

**Dinge und Handlungsfähigkeit in der beruflichen Pflege
Identifikation soziomaterieller Aspekte als vorbereitende
Begriffsarbeit im Rückgriff auf die Akteur-Netzwerk-Theorie
in der Lesart Bruno Latours**

**Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades (Dr. phil.)
des Fachbereichs Humanwissenschaften
der Universität Osnabrück**

**vorgelegt
von**

André Heitmann-Möller

aus

Georgsmarienhütte (Geburtsort)

Osnabrück, 2022

Berichtersteller:

Prof. Dr. Harmut Remmers M.A.

Prof. Dr. Manfred Hülsken-Giesler

Tag der mündlichen Prüfung: 21.06.2022

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	v
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	ix
Abkürzungsverzeichnis	x
Abstract (deutsch)	xi
Abstract (englisch)	xiii
I Problemstellung.....	1
1 Einleitung	3
1.1 Problemstellung und Ziel der Arbeit	3
1.2 Aufbau der Arbeit	8
II Theorieteil	9
2 Mikroebene pflegerischen Handelns.....	11
2.1 Begrenzte Standardisierbarkeit pflegerischen Handelns	11
2.2 Verstehenszugänge im pflegerischen Handeln.....	13
2.3 Gelingende Pflegepraxis versus Zweckrationalität.....	15
2.4 Zwischenfazit	17
3 Materialität und Technologien in Pflege und Care.....	19
3.1 Rezeption von Soziomaterialität in der Pflegewissenschaft.....	19
3.2 Technologien als Sozialisierungsproblem?.....	23
3.3 Assistierende Technologien als Problem der Begriffsbildung	25
3.4 Zwischenfazit	27
4 Epistemologische Grundlagen der Akteur-Netzwerk-Theorie	29
4.1 Symmetrische Perspektive und irreduktionistische Erklärungen	29
4.2 Aktanten und Akteure als Kernbegriffe irreduktionistischer Erklärungen	32
4.3 Akteurschaft, Netzwerke und Macht	34
4.4 Zwischenfazit	36
5 Vom Sozialen zur Agency in der ANT	37
5.1 Die drei Formen des Sozialen	37
5.2 Agency in der ANT-Perspektive	39
5.3 Materielle Agency und Skripte.....	43
5.4 Zwischenfazit	45
6 Kritische Würdigung	47
6.1 Kritikpunkte an der ANT	47
6.2 Rezeption der Kritik	50
6.3 Zwischenfazit	56
III Empirischer Teil.....	59
7 Konkretion der Fragestellungen	61
8 Datenerhebungs- und Auswertungsmethoden	65

8.1 Teilnehmende (fokussierte) Beobachtung	65
8.2 Teilstrukturierte Interviews	66
8.3 Präsentation der Daten in Anlehnung an ethnografische Vignetten	70
8.4 Qualitativ-inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse	72
8.5 Ethische Aspekte	74
8.6 Protokoll des Vorgehens/Samplings	76
IV Interpretation der Ergebnisse	79
9 Positionen der Dinge im ‚Making of‘ pflegerischen Handelns	81
9.1 Diagnostik und Symptomkontrolle	82
9.1.1 Erster Blutentnahmeversuch	82
9.1.2 Zweiter Versuch einer Blutentnahme	85
9.1.3 Besorgung des Betäubungsmittels	87
9.1.4 Herstellung der Morphinspritze und Durchführung der Injektion	88
9.1.5 Auf dem Stationsflur: Alles nur eine psychologische Wirkung?	90
9.1.6 Zusammenfassende Skizzierung der Zuschreibungen	91
9.2 Hightech macht Hightouch zur Bedingung	92
9.2.1 Mundpflege	93
9.2.2 Cough Assist	93
9.2.3 Vorbereitung der Waschung	95
9.2.4 Versorgung des Tracheostomas	95
9.2.5 ‚Grund-Behandlungs-Pflege‘	96
9.2.6 Absaugung und Cuff-Kontrolle	99
9.2.7 Zusammenfassende Skizzierung der Zuschreibungen	101
9.3 ‚Fortführung‘ des früheren Handelns	103
9.3.1 Verzögerungen durch Organisationsarbeit	103
9.3.2 Vorbereitung der Teilwaschung	104
9.3.3 Arbeiten im Intimbereich und sprachliche Ablenkung	106
9.3.4 Transfer Bett–Rollstuhl	107
9.3.5 Teilwaschung im Badezimmer	108
9.3.6 Zusammenfassende Skizzierung der Zuschreibungen	110
9.4 Zwischenfazit	111
10 Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse	113
10.1 Skizzierung der Hauptkategorien	113
10.2 Wirkungsmacht	117
10.2.1 Zweckmäßigkeit	117
10.2.1.1 Gewährleistung des leibkörperlichen Optimums	117
10.2.1.2 Unauffälligkeit, Praktikabilität und optimale Beatmung	119
10.2.1.3 Unterstützung bei der Mobilisierung	120
10.2.2 Verringerung Arbeitsaufwand vs. Erhöhung des Arbeitsaufwands	120

10.2.2.1 Entlastung von Aufmerksamkeitsarbeit	121
10.2.1.2 Erleichterung der oralen Nahrungsgabe	122
10.2.2.3 Improvisieren hat seinen ‚Preis‘	123
10.2.3 ‚Tinkering‘ Ding/Mensch/Raum	124
10.2.3.1 Aufeinandertreffen normierter Dinge und Körperlichkeit	124
10.2.3.2 Eigensinn des Körpers und Varianzen der Dinge	125
10.2.3.3 Nachwirkungen der Vergangenheit	126
10.3 Akteurhaftigkeit von Dingen (Agency 2)	126
10.3.1 Akzeptanz der Dinge durch die Betroffenen	126
10.3.1.1 Situationssensible Begründung und abgestimmtes Vorgehen	126
10.3.1.2 Abstriche vom fachlich Gebotenen hinnehmen	128
10.3.1.3 Skeptische Annäherung	129
10.3.2 Gewinn/Verlust von Kontrolle	130
10.3.2.1 Ambivalenz des optimalen Funktionierens	130
10.3.2.2 Konfrontation mit Expertenwissen der Betroffenen/Angehörigen	132
10.3.2.3 Überforderung der Angehörigen	133
10.3.3 Angewiesensein auf Dinge	135
10.3.3.1 Unverzichtbarkeit des Computers	135
10.3.3.2 ‚Kein Handlungsfeld ohne Beatmungsgerät‘	136
10.4 Inskription/Präskription	136
10.4.1 Präskription der Dinge	136
10.4.1.1 Sauberkeit und Durchgängigkeit	136
10.4.1.2 Perfektes Zusammenspiel aller Beteiligten	137
10.4.1.3 Sehen, Reden, Hören, Ahnen	139
10.4.2 Inskription als Erfordernis	140
10.4.2.1 Einweisung nur in risikobehaftete Dinge	140
10.4.2.2 Performativer Charakter der Inskription	141
10.4.3 Kritischer Umgang mit Präskriptionen	143
10.4.3.1 Aufbrauchen personenbezogener Zeitressourcen	143
10.4.3.2 Auch nach dem Tod muss ‚Es‘ weiterarbeiten	144
10.4.3.3 Niedersächsischer Leistungskomplekatalog	144
10.5 Umgang mit Störungen	145
10.5.1 Rückgriff auf Dritte	145
10.5.1.1 Improvisation bis zum Eintreffen des Homecare-Teams	145
10.5.1.2 Improvisieren und emotional auffangen	146
10.5.2 Behebung vor Ort durch Pflegende	148
10.5.2.1 Aufhebung der Sicherheitsblockade	148
10.6 Zwischenfazit	149
11 Diskussion	151

11.1 Die Leibsphäre als zu kommunizierender Ansatzpunkt der Dinge	151
11.2 ‚Tinkering‘ Ding/Mensch/Raum als kritisches, unvollständiges Unterfangen	153
11.3 Hybridität als Anlass für Sorge um Menschen und (technische) Dinge.....	154
11.4 Qualität soziomaterieller Relationen.....	155
11.5 Fehlender Plug-in-Charakter der Dinge	158
11.6 Inskription(en) als Performanz	158
11.7 Zwischenfazit	160
12 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	161
12.1 Zusammenfassung	161
12.2 Folgerungen für die Wissenschaft, Bildung und Praxis der Pflege.....	163
12.3 Kritische Reflexion	164
12.4 Weitere Forschung	166
Literatur	169
Danksagung	189
Anhang.....	191
Erklärung an Eides statt	223

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1 Feldnotizen teilnehmende Beobachtung - Beispiel	70
Abbildung 2 Qualitativ-inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse in Anlehnung an Kuckartz (2014)...	73
Tabelle 1 Beispiele für die Definition einer Kategorie mit zugeordneter Textstelle	73
Tabelle 2 Übersicht über die Studienteilnehmenden	76
Tabelle 3 Übersicht über den Erhebungsverlauf.....	77
Tabelle 4 Hauptkategorie Wirkungsmacht von Dingen (Agency 1)	113
Tabelle 5 Hauptkategorie Akteurhaftigkeit von Dingen (Agency 2).....	114
Tabelle 6 Hauptkategorie Inskriptionen_Präskriptionen	115
Tabelle 7 Hauptkategorie Umgang mit Störungen.....	115

Abkürzungsverzeichnis

ANT	Akteur-Netzwerk-Theorie
ebd.	ebenda
d.h.	das heißt
ders.	derselbe
dies.	dieselbe
Kap.	Kapitel
Nr.	Nummer
o.g.	oben genannte(n)
STS	Science and Technology Studies
Unterkap.	Unterkapitel
z.B.	zum Beispiel

Abstract (deutsch)

Hintergrund:

Materielle Artefakte bilden die handwerkliche Seite der Pflege ab, welche im Zuge der Professionalisierung der Pflege in den Hintergrund getreten ist (Sandelowski 2003). Mit der zukünftig erwarteten Technisierung der Pflege durch digitale und robotische Artefakte wird die materielle Seite der beruflich erbrachten Pflege jedoch wieder an Bedeutung gewinnen. Angesichts des demographischen Wandels und der zunehmenden Personalknappheit sind mit den Technologien gewisse Erwartungen verbunden die pflegerische Versorgung sichern zu können. Allerdings bildet das berufliche pflegerische Handeln nicht den Hauptfokus in technologischen sowie digitalen Entwicklungs- und Implementierungsprojekten. Dies führt zur Unsichtbarkeit beruflich erbrachten pflegerischen Handelns und damit der beruflich Pflegenden als Stakeholder-Gruppe innerhalb dieser Projekte. Dabei ist es wichtig die Relation von Dingen und Pflegenden zu untersuchen, um den Handlungsbeitrag der Dinge zur beruflichen Handlungsfähigkeit der Pflegenden als leiborientierte Beziehungsarbeit (Remmers 2014) herauszuarbeiten. Im Zentrum dieser Untersuchung stehen dabei die etablierten und damit scheinbar banalen Dinge der Pflege, weil sie auf der Mikroebene das materiale Ensemble darstellen, in dem die neuen Technologien zukünftig integriert werden sollen. Dabei dient diese Arbeit als Annäherung an bzw. Vorbereitung einer pflegewissenschaftlich informierten und in der Forschung angemahnten Begriffsarbeit (Hülksen-Giesler 2019), in dem soziomaterielle Aspekte der beruflichen pflegerischen Handlungsfähigkeit und damit der Agency beruflich Pflegender identifiziert werden.

Ziele:

Das Ziel der Untersuchung bildet die Identifikation von soziomateriellen Aspekten beruflicher pflegerischer Handlungsfähigkeit auf empirischer Basis. Hiermit soll ein Verständnis über die Ausformungen materieller Agency in den Relationen von Pflegenden und den Dingen sowie den von ihnen versorgten Menschen entwickelt werden. Die zu formulierenden soziomateriellen Aspekte dienen damit als vorbereitende Arbeit für die weitere Definition und Beschreibung der soziomateriellen Agency beruflich Pflegender.

Studiendesign und Methoden:

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine qualitative Studie, welche ethnographische Untersuchungen und teilstrukturierte Leitfadeninterviews beinhaltet. Sie weist einen explorativen Charakter auf. Als methodische und theoretische Perspektive bezieht sie sich auf Bruno Latours Verständnis der Akteur-Netzwerk-Theorie (Latour 2014a). Die Interpretation der Beobachtungsprotokolle lehnt sich an dem Konzept der ethnographischen Vignetten nach LeCompte und Schensul an (2013). Die Auswertung der Interviews erfolgt in Form einer qualitativ-inhaltlich-strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2014). Im Studienverlauf sind 19 ethnographische Feldeinsätze in den Handlungsfeldern der stationären Akutpflege und der ambulanten Pflege, inklusive der ambulanten Intensivpflege, sowie 12 Interviews mit beruflich Pflegenden durchgeführt worden.

Ergebnisse:

Die soziomateriellen Aspekte beruflich pflegerischen Handelns erscheinen vielfältig zu sein. Insgesamt ließen sich aus der Zusammenführung von Beobachtungs- und Interviewdaten die Aspekte „Leibsphäre als zu kommunizierender Ansatzpunkt der Dinge“, „Tinkering von Dingen, Menschen und Räumen als kritisches und unvollständiges Unterfangen“, „Hybridität als Anlass

für Sorge um Menschen und (technische) Dinge“, „Qualität soziomaterieller Relationen“, „Fehlender Plug-in-Charakter der Dinge“ sowie „Inskription(en) als Performanz“ interpretieren. Während der erstgenannte Aspekt das Erfordernis an Pflegenden die Nutzung der Dinge an und in den Körpern den pflegerisch versorgten Menschen gegenüber proaktiv zu kommunizieren benennt, bezeichnet der zweite Aspekt das Erfordernis zum fortlaufenden Anpassen von Dingen an die Körper der Menschen und umgekehrt auch an die räumlichen Bedingungen. Die Hybridität bezeichnet die enge Kopplung von Ding und Mensch, z.B. im Falle der Verbindung von Mensch und Heimbeatmungsgerät. Diese enge Kopplung begründet dabei in Richtung der Pflegenden ein spezifisches Sorgeverhältnis für beide Entitäten. Hinsichtlich der Qualität soziomaterieller Relationen lassen sich verschiedene exemplarische Themen interpretieren: Hierzu gehören das Thema des leibkörperlichen Optimums, der ästhetischen Unauffälligkeit und Praktikabilität der Dinge, der Ermöglichung von Autonomie, der relativen Entlastung von Arbeitsaufwand sowie der Ambivalenz von Kontrollgewinn und –verlust. Der Aspekt des fehlenden Plug-in-Charakters wiederum unterstreicht die Bedeutung des professionellen Wissens und der Expertise der Pflegenden, weil die Dinge sie nicht allein handlungsfähig machen können. Zudem erscheint die Inskription als letzter Aspekt eine performative Angelegenheit zu sein. Diese erfolgt punktuell in Form der Einarbeitung in den Umgang mit den jeweiligen Dingen, bedarf aber auch des wiederholten Umgangs mit ihnen.

Diskussion und Schlussfolgerungen:

Die soziomaterielle Agency beruflich Pflegenden beruht auf der mutmaßlichen Mitwirkung der materiellen Dinge. Sie verdeutlicht den pflegerischen Arbeitsaufwand und damit auch die Personalintensität der Pflege. Für künftige Entwicklungsprojekte von digitalen und robotischen Technologien sind daher andere Effizienzvorstellungen erforderlich. Mit dieser explorativen Arbeit konnte hierzu eine Annäherung vorgenommen werden. Methodisch hat sich zudem der Nutzwert der Akteur-Netzwerk-Theorie als heuristischer Ansatz für eine mikrologisch orientierte Pflegeforschung zur Beschreibung von soziomateriellen Konstellationen gezeigt.

Abstract (englisch)

Background:

Material artefacts signify the artisanal aspect of Nursing, which has taken a backseat during the professionalisation of Nursing (Sandelowski 2003). The prospective technisation of Nursing practice through the development and implementation of digital and robotic artefacts will lead to a higher significance of the artisanal aspect in Nursing. New technologies are expected to secure nursing care despite the demographic change and decreasing manpower in Nursing. However, professional nursing practice is not the main focus in technological respective digital development and implementation projects. This phenomenon leads to a certain degree of invisibility of Nursing and Nursing professionals as Stakeholders in technisation and digitalisation. But it is important to investigate the relation of material things and nurses, because of their possible contribution to the professional agency of Nurses and their practice as a corporal oriented working relationship (Remmers 2014) on the micro level of nursing practice. This investigation focusses on established and apparently mundane material things in Nursing, because new technologies have to be integrated in this material context. It serves as an approximation on respective preparation of terms which are defined and informed through the perspective of Nursing science as a demanded conceptual task (Hülsken-Giesler 2019). This will take place through the identification of sociomaterial aspects referring to the professional agency of Nurses.

Aims:

The investigation aims to identify sociomaterial aspects of professional nursing agency on the basis of an empirical approach. It should support the development of an understanding of different forms of material agency within the relations of Nurses, things and the people they are caring for. The aspects serve as a preparatory work concerning a further definition and description of the Nurse's sociomaterial agency.

Study design and method:

The qualitative exploratory study comprises ethnographic methods and semi-structured interviews with nurses. The Actor Network Theory served as a methodical and theoretical approach, notably based on the works of Bruno Latour (Latour 2014a). The interpretation of the ethnographic protocols refers to the methodological approach of ethnographic vignettes by LeCompte and Schensul (2013). A qualitative structuring content analysis referring to Kuckartz (2014) was conducted. In summary, 19 ethnographic observations in hospitals and ambulatory nursing services, including intensive home care settings, and 12 interviews with Nurses were conducted.

Results:

All sociomaterial aspects of Nursing practice seems to be various. Following aspects can be mentioned: Corporal sphere as a leverage point to be communicated; Tinkering of things, humans and spaces as a critical and incomplete endeavour; Hybridity as an occasion for concern about humans and (technical) things; Quality of sociomaterial relations; Missing plug-in character of things; Inscription as a performance. The first-mentioned aspect refers to the requirement for nurses to communicate proactively the use of things on and in the body of their patients. The second aspect names the requirement for the ongoing ad-justment of things on the patient bodies and vice versa, as also the adjustment to spatial conditions. With the third aspect

the tight linkage of thing(s) and human(s) is mentioned (e.g. the connection of a home mechanical respiratory device with the patient). The tight linkage establishes a relationship of specific concernment for Nurses in direction of humans and things. Regarding the quality of sociomaterial relations, different exemplary topics can be mentioned in following order: corporal optimum, aesthetic inconspicuousness and practicability of things, enablement of autonomy, relative easing of amount of work, ambivalence from gain and loss of control. The aspect missing plug-in character underscores the meaning of professional knowledge and expertise of Nurses, because things alone cannot give nurses the capacity to act. As a last topic, the inscription as performance refers to it as a punctual briefing in the use of things, which needs their repeated use.

Discussion and Conclusions:

The sociomaterial agency of professional nurses relies on the alleged involvement of material things. It elucidates the efforts of nurses, thus also the personnel intensity of nursing. Regarding future development projects of digital and robotic technologies, alternative ideas of efficiency will be required. This exploratory work is an approximation in this direction. It gives also a methodological insight concerning the utility of the Actor-Network Theory as a promising heuristic approach for a micrologic oriented nursing research to describe sociomaterial constellations.

I Problemstellung

1 Einleitung

1.1 Problemstellung und Ziel der Arbeit

Materielle Artefakte, die nachfolgend als ‚Dinge‘ bezeichnet werden, bilden einen selbstverständlichen Bestandteil pflegerischen Handelns (Sandelowski 2003, 2000). Zugleich markieren sie den handwerklichen Aspekt der Pflege, der im Zuge der Verwissenschaftlichung der Pflege vernachlässigt worden ist (dies. 2003). In diesem Zusammenhang plädierte erstmalig Margarete Sandelowski für eine intensivere Beschäftigung mit den Dingen als Bestandteil der materiellen Kultur der Pflege (ebd.). Ihr Vorschlag fand in der englischsprachigen Pflegewissenschaft allerdings nur ein verhaltenes Echo und wurde bis auf einige wenige Studien (de la Cuesta/Sandelowski 2005, Smith 2006) erst seit Mitte des vergangenen Jahrzehnts weiterverfolgt (z. B. Tavares Araujo et al. 2019, Soffer 2016).¹

Ähnlich verhielt es sich in Bezug auf den deutschsprachigen pflegewissenschaftlichen Kontext (Kruse et al. 2013): Weder wurden die ‚Dinge‘ innerhalb des pflegerischen Arbeitsalltags untersucht noch ihr Anteil an der Hervorbringung von Handlungsfähigkeit von Menschen und deren Verhältnis zu ihnen. Erste grundlegende Erkenntnisse zum Verhältnis von Pflege und materiellen Dingen konnten im von 2014 bis 2017 laufenden interdisziplinären Verbundprojekt ‚Die Pflege der Dinge‘ erarbeitet werden (Artner et al. 2017). Die Herausarbeitung des Anteils der Dinge an der Hervorbringung professioneller pflegerischer Handlungsfähigkeit in einer explizit pflegewissenschaftlichen Perspektive, die von der identitätsstiftenden Position pflegerischer Arbeitsprozesse (Remmers 2014) ausgeht, erfolgte indes lediglich ansatzweise mit einer objektzentrierten Studie zum Pflegebett im Rahmen des o. g. Projekts (Heitmann-Möller/Remmers 2017). Diese zielte auf die Herausarbeitung der Handlungsträgerschaft von Pflegebetten in der Sicht der beruflich Pflegenden.² In deren Aussagen wurde der ermöglichende ‚Charakter‘ dieser Dinge in Abhängigkeit von ihrer materiellen Beschaffenheit und vom jeweiligen Arbeitskontext hervorgehoben, um fachgerecht am und mit dem Leib-Körper der pflegerisch zu versorgenden Menschen arbeiten zu können (ebd.). Allerdings wurde deutlich, dass die Fokussierung auf ein einzelnes Ding im pflegerischen Handlungsgeschehen nicht ausreicht und eine umfassendere Ausarbeitung des Anteils der Dinge an der Hervorbringung professioneller pflegerischer Handlungsfähigkeit notwendig ist. Zudem stellt sich das Problem einer zukünftigen theoretischen Einordnung der Dinge als greifbare Bestandteile der pflegerischen Praxis.

Die Frage nach der Hervorbringung professioneller pflegerischer Handlungsfähigkeit selbst bildete zu Beginn der Akademisierung und Professionalisierung der Pflege in den USA einen Bestandteil des intradisziplinären Diskurses zur Herausstellung der Beruflichkeit der Pflege. Anfangs geschah dies durch die in der zweiten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts im US-amerikanischen Kontext formulierten ‚klassischen‘ Pflegetheorien, deren exklusiver Anspruch darin bestand, Pflege als Ganzes definieren und beschreiben zu können (Friesacher 2011). Dieser in der Perspektive von Mischo-Kelling (1995) als Theoriemonismus bezeichnete Zustand erklärt sich vor dem Hintergrund des Etablierungserfordernisses der Pflege als akade-

¹ Die Materialität bildet gegenwärtig in der historischen Pflegeforschung einen zunehmend stärker beforschten Gegenstand (Hallet/Nolte 2019, Atzl 2018).

² Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird die geschlechtsneutrale Form ‚beruflich Pflegenden‘ verwendet. In der Interpretation der Ausschnitte aus den Beobachtungsprotokollen und den Interviews werden die jeweilige Geschlechtszugehörigkeit sowie der berufliche Status berücksichtigt. Der Terminus ‚beruflich Pflegenden‘ umfasst dabei sämtliche Personen, die in einem beruflichen Zusammenhang Pflege als Dienstleistung erbringen. Hierzu gehören sowohl Fachkräfte mit einem Staatsexamen als auch pflegerische Hilfskräfte. Patientinnen und Patienten werden als pflegerisch zu versorgende Menschen bezeichnet.

mische Disziplin (ebd.), obwohl die Vielzahl an Theorieangeboten einen ausgeprägten Theoriepluralismus aufzeigen. Gleichzeitig verfügten diese über einen hohen normativen Gehalt (Parse 1987), sowohl in Form einer „set-of-rules conception“ (Beckstrand 1980: 78) als auch als ethisches Manifest (Moers/Uzarewicz 2012).

Historisch hatte sich der Anspruch der ‚klassischen‘ Pflgetheorien jedoch nicht erfüllt, den beruflich Pflegenden Handlungsfähigkeit durch die praktische Umsetzung ihrer theoretischen Konzepte zu verschaffen, um als Expertinnen Probleme in der Praxis einer rationalen Lösung zuführen zu können (Remmers 2000). Vielmehr scheiterte die Ausrichtung des pflegerischen Handelns an exklusiven theoretischen Denkstrukturen, welche mit dem quasi omnipotenten Anspruch verbunden waren, Probleme in der pflegerischen Versorgung lösen zu können (Neumann-Ponesch 2014). Ein Grund mag im Entstehungskontext dieser Theorien liegen, der sich in Distanz zu den Kontingenzen der Pflegepraxis befand (Risjord 2010) und daher auf einer abstrakten Ebene verblieb (McEwen 2011). In der Folge verloren die normativen Vorgaben der Pflgetheorien ihre Ansatzpunkte in der pflegerischen Praxis (Risjord 2010), während Theorien mittlerer Reichweite an ihre Stelle traten, sich auf begrenzte Bereiche der pflegerischen Realität fokussierten (Smith/Lier 2008) und damit den Nutzenerwartungen an der Theoriebildung in der Pflege besser entsprochen haben (Brandenburg 2019). Ihr Schwerpunkt liegt – im Gegensatz zu den klassischen Pflgetheorien mitsamt ihrer normativen Ausrichtung – auf der Krankheitsbewältigung und Versorgungsgestaltung des pflegerischen Handlungsfelds (Moers/Uzarewicz 2012) im Sinne einer Instrumentenentwicklung (Im/Chang 2012).

Gleichwohl enthielten die klassischen Pflgetheorien erste Ansätze eines prozesshaften Denkens, das im Rückgriff auf die Kybernetik (Hülsken-Giesler 2008) zur Entwicklung des Pflegeprozesses als Regelkreis zur Steuerung pflegerischen Handelns führte (Moers/Schaeffer 2011). Einen wesentlichen Zweck des Pflegeprozesses verkörpert die Unterstützung der beruflich Pflegenden bei der Strukturierung ihres Handelns: Primär rahmt er das fachliche Wissen und Können von Pflegenden (Wilkinson 2012). Er macht das entsprechende Handeln sowie die sich daraus ergebenden Resultate im Sinne des *evidence-based nursing* falsifizierbar (Alfaro-LeFevre 2013) und bietet damit die Möglichkeit, den Nutzen bzw. die Wirksamkeit einer Maßnahme (Meyer 2014) oder einer Theorie mittlerer Reichweite (Im 2015, McEwen 2011) zu belegen. Es kommt hierdurch mutmaßlich zu einer kontinuierlichen Verbesserung des pflegerischen Handelns (Alfaro-LeFevre 2013), die z. B. mit einer stetigen Kosteneinsparung assoziiert wird (Wilkinson 2012). Allerdings darf hier – auch in Bezug auf die klassischen Pflgetheorien – nicht unterschlagen werden, dass es sowohl um den Gewinn von Wissen zur Erlangung von Sicherheit in der alltäglichen Pflege (Brandenburg 2019) als auch um die Definition und Begründbarkeit pflegerischer Versorgung geht.³ Besonders in Hinblick auf den deutschen Kontext wurden diese Aspekte noch keiner eindeutigen Definition unterzogen (Hasseler/Stemmer 2018).

³ Infolge eines WHO-Projekts Anfang der 1980er-Jahre verbreitete sich das Konzept des Pflegeprozesses, das im Krankenpflegegesetz (Hülsken-Giesler 2008) und in deutschsprachigen Pflegekonzepten (als Beispiel: Krohwinkel 2007) seinen Niederschlag gefunden hatte, auch in Deutschland. Gleichwohl erscheint dieser vom tatsächlichen Geschehen entkoppelt zu sein: Beispielsweise ergab sich durch die Dominanz der managerialistischen Logik im Krankenhausbereich ein Stellenabbau in der Pflege (Simon 2014, Vera 2010). In entgegengesetzter Bewegungsrichtung wurden hingegen ärztliche Stellen aufgrund der besseren Abbildbarkeit ärztlichen Handelns ausgebaut (Quasdorf 2010). Auch in der Langzeitpflege dominierten z. B. vor der Einführung des neuen Begutachtungsinstruments (NBA) auf der Grundlage der Novellierung des Pflegebedürftigkeitsbegriff Zeitvorgaben auf der Basis von Zeitschätzungen in der Laienpflege (Hömann/Hasseler 2015). Nichtsdestotrotz bleibt unklar, welches theoretische Modell dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff zugrunde liegt, zumal die Pflegegraderrechnung intransparent erscheint (ebd.).

Der Gewinn an Sicherheit als ein Bestandteil beruflicher Handlungsfähigkeit konstituiert sich demnach durch die Einhaltung dieses Regelkreises. Dennoch erscheint diese Zuschreibung problematisch zu sein, da sich der Pflegeprozess durch seine Trivialität (Hülksen-Giesler 2008) und die fehlende Rekonzeptualisierung bisherigen pflegespezifischen theoretischen Wissens (Varcoe 1996) auszeichnet. Im Lichte des Pflegeprozesses erscheint die Pflegepraxis somit als ein routiniert ablaufender Prozess (Pepito/Locsin 2019).

Die erste Kritik nimmt dabei Bezug auf die scheinbare Linearität pflegerischen Handelns, indem dieses auf plan- und vorhersagbare Probleme im Sinne eines zweckrationalen Musters reduziert wird (Hasseler 2016, Hülksen-Giesler 2008), während die zweite die Instrumentalität der auf verschiedenen Pflege-theorien basierenden Assessmentverfahren hervorhebt (Hülksen-Giesler 2008). Es bestehen folglich erhebliche Zweifel, ob die Einhaltung des Pflegeprozesses allein ausschlaggebend für die Handlungsfähigkeit der Pflegenden sein kann, da dieser das Handeln mutmaßlich eher an institutionelle Routinen aus der industriellen Massenproduktion ausgerichtet hat (Vera 2009, Henderson 1982) und damit, in der Perspektive einer sich kritisch verstehenden Pflegewissenschaft, neoliberal gefärbten staatlichen und managerialistischen Agenden zu entsprechen scheint (Freshwater/Cahill 2017). Dementsprechend wird die mutmaßliche Dominanz von einseitigen Wirtschaftlichkeitsaspekten vor pflegerischen Aspekten zementiert (Friesacher 2012), das pflegerische Handeln fragmentiert (Hülksen-Giesler 2008) oder zur Gänze nicht berücksichtigt (Kim 2010).

Vor dem Hintergrund dieses kurzen Aufrisses stellt sich die Frage, wie Dinge in einer theoretisierenden Perspektive innerhalb pflegerischer Handlungsvollzüge positioniert und ihr Beitrag zur beruflichen Handlungsfähigkeit von Pflegenden beschrieben werden können, zumal der beruflichen Pflege als personenbezogener weiblich konnotierter Dienstleistungsarbeit ursprünglich kein dinglicher Charakter, sondern ein Prozesscharakter zugeschrieben wurde (Rabe-Kleeberg 1996). Eine Notwendigkeit, sich mit diesem Problem zu beschäftigen, lässt sich gegenwärtig vor dem Hintergrund einer zunehmenden Entwicklungsdynamik in Projekten zur Digitalisierung und Technisierung (Hülksen-Giesler 2019) sowie der zukünftigen Anreicherung pflegerischer Handlungsfelder mit avancierten und dinglich in den jeweiligen Handlungssettings präsenten Technologien annehmen, die die Handlungsfähigkeit beruflich Pflegenden fördern oder sicherstellen sollen.

Vordergründig liegen der technischen Entwicklung in der Pflege Überlegungen zugrunde, entweder den Personalmangel in der Pflege abzumildern (Hielscher et al. 2015/Hülksen-Giesler 2015) oder den Bedarf nach Fachkräften abzusenden (Kiran 2017). Letzteres würde auf die Substitution von Pflegenden durch Technik hinauslaufen (Pepito/Locsin 2019). Die beruflich erbrachte Pflege würde somit zu einem reinen Mengen- und Koordinationsproblem (von Kardoff/ Meschnig 2009), welche durch technische Innovationen in befriedigendem Maße geregelt werden könnte. Daher überrascht es nicht, dass die Thematik der Technisierung und der Robotisierung in der Pflege vornehmlich den Prämissen der Managementebene zu entsprechen scheint (Turja et al. 2018). Damit wird den zukünftig materiell präsenten avancierten Technologien zudem eine Wirkungsmacht zugesprochen den gesellschaftlichen Sektor der Lebensvor- und Nachsorge tiefgreifend zu verändern.

Allerdings zeichnet sich gerade das pflegerische Handeln wesentlich durch den leiborientierten Beziehungsaspekt zwischen den Pflegenden und den zu pflegenden Personen aus (Remmers 2014). Vor dem Hintergrund einer solch einseitigen Herangehensweise wird die pflegewissenschaftliche Begriffsarbeit angemahnt (Hülksen-Giesler 2019), die auch für einen demokratischen Zugang zur Technikentwicklung in der Pflege genutzt werden könnte (siehe hierzu Hülksen-Giesler/Depner 2018). In einem übergreifenden Sinne geht es darum, sich pflegewissen-

schaftlich geprägten Begrifflichkeiten anzunähern, mit denen die Art und Weise artikuliert werden kann, wie Technologien zum sozialen Handeln befähigen oder dieses einengen (Leonardi/Barley 2010) und welche Technologien in pflegewissenschaftlicher Perspektive als Innovation verstanden werden können und welche Optionen der soziotechnischen Weiterentwicklung der Pflege damit verbunden sind (Hülsken-Giesler 2019).

Vor diesem Hintergrund stellt die vorliegende Abhandlung eine vorbereitende Annäherung an eine Konkretion des Anteils der Dinge an der Handlungsfähigkeit beruflich Pflegender im Sinne einer pflegewissenschaftlichen Begriffsarbeit dar. Dabei geht es um die Identifikation soziomaterieller Aspekte beruflich-pflegerischer Handlungsfähigkeit auf der Basis von Einblicken in verschiedene pflegerische Handlungsfelder. Im Fokus stehen dabei Dinge, die Selbstverständlichkeiten repräsentieren und denen bislang keine besondere Aufmerksamkeit zuteilwurde. Diese können aber potenziell den Gegenstand einer alltags- und lebensweltgerechten Weiterentwicklung (Hülsken-Giesler/Remmers 2020) bilden. Grundsätzlich handelt es sich um Artefakte, also durch Menschen hergestellte Dinge. Dabei wird von einer weiten Bandbreite an materiellen Dingen ausgegangen, die grundlegend von Depner und Kollewe (2017) in Form einer spezifischen Terminologie der ‚Pflegedinge‘ begrifflich erfasst wurden: Hierzu gehören Dinge, z. B. der Patientenlifter, die eigens für die pflegerischen Handlungsfelder hergestellt wurden. Eine weitere Gruppe von Dingen verkörpern Objekte (z. B. der Waschlappen), die ursprünglich für den Eigengebrauch bzw. für die Durchführung der Selbstpflege hergestellt und auch von Pflegenden genutzt werden. Als letzte Gruppe identifizierten Depner und Kollewe Dinge aus anderen Lebensbereichen und Kontexten (z. B. persönliche Gegenstände), die jedoch durch Pflegende mittels einer kreativen Aneignung genutzt werden können. Diese Dinge bilden mutmaßlich aufgrund der taktilen Verbundenheit der Pflegenden mit den Dingen (Berner/Tanner 1987) einen Bestandteil des *situated knowledge* der beruflich Pflegenden (Hülsken-Giesler/Depner 2018), in den der zukünftige Umgang mit avancierten, aber auch etablierten Technologien bzw. Dingen einfließen wird.

Als geeigneter Ansatzpunkt rückt hier die Beschäftigung mit der Mikroebene des pflegerischen Handelns in den Vordergrund, in der die Positionierungen der Dinge als Alltagselemente der Pflege (Kollewe et al. 2017), die für das ‚Handwerkliche‘ in der Pflege stehen (Sandelowski 2003), und das Verhältnis der beruflich Pflegenden zu ihnen sowie zu den von ihnen versorgten Menschen beschrieben werden können. Die vorliegende Studie beruht in diesem Zusammenhang auf der Annahme, dass sich die Mikroebene pflegerischen Handelns durch eine genuine Komplexität auszeichnet und sich in Form empirischer Praxen innerhalb organisationaler Kontexte konstituiert (Ceci et al. 2017). Es ist daher notwendig auf Ansätze in der deutschsprachigen Pflegewissenschaft zurückzugreifen, welche die Komplexität als das Originäre der Pflege (Heitmann-Möller/Remmers 2017 in Bezugnahme auf Remmers (2000), Hülsken-Giesler (2008) und Friesacher (2008)) und in Abgrenzung zu den vorgenannten Ansätzen der klassischen Pflegetheorien und des Pflegeprozesses herausgearbeitet haben. Hierdurch wird es möglich, sich einem Verständnis für die konstituierenden Bedingungen pflegerischen Handelns auf der Mikroebene anzunähern, die für die spätere Einordnung der Ergebnisse in einer pflegewissenschaftlichen Perspektive notwendig sein werden.

In einem nächsten Schritt gilt es, Hinweise im pflegewissenschaftlichen Diskurs auf die Beziehung von Pflege⁴ und den materiellen Dingen herauszuarbeiten. Ausgehend davon ist es dann

⁴ Pflege bildet einen Bestandteil von Carework. Allerdings umfasst das Verständnis von Care- bzw. Sorgearbeit dabei alle Tätigkeiten der Haushalts-, Erziehungs-, Betreuungs- sowie Pflegearbeit im familialen und beruflichen Kontext (Kohlen 2016a u. 2016b). Zur Abgrenzung von diesem übergreifenden Begriff wird berufliche Pflege als gesellschaftlich hoch bedeutsame fürsorgende berufliche Tätigkeit in Form einer personenbezogenen Dienstleistung definiert (Frieze 2017), welche in ihrem Handeln den doppelten Handlungs- und Wissensbezug berücksichtigen muss (Remmers 2000).

erforderlich, das Verhältnis von mehr oder weniger avancierten Technologien und deren begrifflichen Rahmung für die Pflege auszuloten. Hierdurch wird es möglich, die damit erstellten Vorannahmen mit dem Verständnis der konstituierenden Bedingungen zu verdichten und mit der Positionierung der Dinge bei der Hervorbringung von (pflegerischer) Handlungsfähigkeit auf der Mikroebene später in Beziehung zu setzen.

Der weiterführende Schritt bedingt die Einnahme einer methodischen Perspektive, in der die materiellen Dinge als Bestandteile pflegerischer Handlungsvollzüge und ihre Positionen in ihnen empirisch veranschaulicht werden können. Eine Möglichkeit hierzu besteht im Rückgriff auf poststrukturalistische Theorieangebote (Holmes/Gagnon 2017). Zu diesem Zweck wird die Akteur-Netzwerk-Theorie (ANT) in der Lesart von Bruno Latour herangezogen, in der die Verbindung von Menschen mit Dingen u. a. als definitives Moment der Herstellung von Handlungsfähigkeit betrachtet wird (Latour 2014a). Insbesondere kommt hier hinzu, dass in der Perspektive der ANT gerade die Performanz alltäglicher Dinge herausgearbeitet werden kann (Kien 2009). Gleichzeitig geht mit der Einnahme dieser Perspektive eine Methodentriangulation einher, da nicht nur die Forscherperspektive auf die Dinge innerhalb pflegerischer Handlungssituationen in Form ethnografischen Arbeitens, sondern auch die als Kontrolle wirkende Perspektive der befragten Menschen auf diese mittels Interviews ermittelt werden muss (Latour 2014a).

Insgesamt stellt sich damit die Frage nach den Zuschreibungen an die gegenwärtig genutzten Dinge in der Pflege, die Erkenntnisse über deren Anteil an der Hervorbringung beruflicher pflegerischer Handlungsfähigkeit ermöglichen. Hierdurch soll die Konturierung pflegewissenschaftlicher Begrifflichkeiten als Grundlage für einen demokratischen Zugang zur Technikentwicklung unterstützt werden.

Damit liegt der Fokus dieser Arbeit auf dem Handeln beruflich Pflegenden und ergänzt u. a. Studien aus dem deutschsprachigen Kontext, die sich partiell auf Latours Konzeption der ANT bezogen und wertvolle Beiträge zur Herausarbeitung der Perspektiven pflegerisch versorgter Menschen auf materielle Dinge in der Pflege geleistet haben (siehe hierzu z. B. Foth 2013, Manz 2015 und Gödecke 2018). Während Foth die Bedeutung der Patientenakte als Steuerungsinstrument in der NS-Psychiatrie hervorhob, wurden in den anderen beiden Studien die Bedeutung von Dingen für die Beziehungsqualität und ihr Stellenwert im alltäglichen Leben in der Betroffenenperspektive herausgearbeitet. Allerdings griff Christiane Gödecke auf Interviews zurück, während Ulrike Manz Daten eines anders gelagerten Forschungsprojekts einer Re-Lektüre unterzogen hatte, ohne dass beide die Performanz des pflegerischen Handelns ethnografisch in den Blick genommen haben. Damit liefert die vorliegende Arbeit weitere Befunde und vervollständigt im Rückgriff auf die Perspektiven der beruflich Pflegenden die Erkenntnisse beider Forscherinnen.

Zudem wird ein weiterer Aspekt dieser Abhandlung sichtbar, der auf eine umfänglichere Anwendung der ANT zielt, um auch ihren Nutzwert kritisch für die pflegewissenschaftliche Forschung herauszuarbeiten. Dabei steht auch die Frage im Vordergrund, ob eine begriffliche Annäherung in der ANT-Perspektive im Sinne einer Handlungswissenschaft in befriedigender Weise vorgenommen werden kann. Zugleich liefert diese Studie einen Beitrag zum zunehmend sich intensivierenden Diskurs über Materialität und Care außerhalb der Pflegewissenschaft (Höppner/Urban 2019) und unterstreicht damit ihre transdisziplinär geprägte Haltung (vgl. Remmers 2014).

1.2 Aufbau der Arbeit

Entsprechend den vorherigen Überlegungen zur Problem- und Zielstellung dieser Arbeit gliedert diese sich in einen Theorieteil (Kap. 2–6), einen empirischen Teil (Kap. 7 u. 8) und einen Ergebnisteil (Kap. 9–12).

In Kapitel 2 wird die Mikroebene pflegerischen Handelns als Ansatzpunkt skizziert, um eine spätere pflegewissenschaftliche Einordnung der Ergebnisse aus dem empirischen Teil der Arbeit vornehmen zu können. Umfasst werden dabei Ansätze aus der deutschsprachigen Pflegewissenschaft, die im weiten Sinne der Traditionslinie der kritischen Theorie sowie der philosophischen Anthropologie entstammen und die Mikroebene begrifflich konturiert haben. Mit Kapitel 3 wird das Verhältnis von Materialität und Technologien zur beruflich erbrachten Pflege als Bestandteil des umfassenderen Care-Zusammenhangs umrissen. Hierzu gehören die pflegewissenschaftliche Rezeption der Material Culture Studies und der ANT. In den dazugehörigen Unterkapiteln dieses Kapitels wird insbesondere auf die Problematik der Sozialisierung von Technologien und der Begriffsbildung in Hinblick auf assistierende Technologien eingegangen.

Kapitel 4 bis 6 dienen der Entwicklung einer theoretisch-methodischen Perspektive auf materielle Dinge als Bestandteil des pflegerischen Handelns beruflich Pflegenden, um ihre Positionen und mutmaßlichen Handlungsbeiträge beschreiben zu können. In Kapitel 4 werden die epistemologischen Grundlagen der ANT skizziert. Das darauffolgende Kapitel umfasst Erläuterungen zum eigentümlichen, für diese Arbeit bedeutsamen Verständnis des Sozialen und des Handelns in der ANT. Anschließend findet sich eine kritische Würdigung der ANT, auf die in der späteren Einordnung der Ergebnisse zurückgegriffen wird.

Der empirische Teil umfasst mit Kapitel 7 die Konkretion der Fragestellung und mit Kapitel 8 Ausführungen zur Datenerhebung sowie -auswertung. Hierzu gehören die teilnehmende Beobachtung, teilstrukturierte Leitfadeninterviews sowie die Interpretation der Beobachtungen in Anlehnung an ethnografische Vignetten und die qualitative Inhaltsanalyse. Dessen ungeachtet, werden die Limitationen der gewählten Methoden aufgezeigt.

In den darauffolgenden Kapiteln des Ergebnisteils (Kap. 9–12) werden die Ergebnisse aus der empirischen Studie erläutert. Hierzu gehören die Auszüge aus den Beobachtungsprotokollen, die in Anlehnung an das Konzept der ethnografischen Vignette Einblicke in die pflegerischen Handlungsorte der stationären Onkologie, der ambulanten Intensivpflege sowie der herkömmlichen ambulanten Pflege gewähren. Die Ergebnisse aus den teilstrukturierten Interviews mit den beruflich Pflegenden werden in Form eines Kategoriensystems, das auf Basis einer qualitativen Inhaltsanalyse erstellt wurde, in den darauffolgenden Kapiteln interpretiert.

In Kapitel 11 erfolgen die Formulierung und die Diskussion von Eckpunkten, die eine Annäherung an soziomaterielle Aspekte pflegerischer Handlungsfähigkeit darstellen können. Kapitel 12 enthält die Zusammenfassung der Erkenntnisse dieser Arbeit, Folgerungen hinsichtlich der Relevanz für den Diskurs in der Pflegewissenschaft und -praxis, die kritische Reflexion und einen Ausblick auf weitere Forschungsdesiderate.

II Theorieteil

2 Mikroebene pflegerischen Handelns

Grundlegend für die Untersuchung des Anteils der materiellen Dinge an der Herstellung von Handlungsfähigkeit beruflich Pflegender ist die Fokussierung auf die Mikroebene pflegerischen Handelns. Um diese angemessen beschreiben zu können, wird auf Vertreter aus der deutschsprachigen Pflegewissenschaft zurückgegriffen, die sich auf phänomenologisch-hermeneutische Ansätze und auf die kritische Theorie bezogen haben. Anders als der gegenwärtig dominierende und zum Teil ideologisch rezipierte Ansatz des *evidence-based nursing* (Neumann-Ponesch 2014, Purkis/Bjornsdottir 2006) fokussieren sie auf Aspekte in menschlichen Bedürfniskonstellationen (Moers et al. 2011). Sie heben die philosophische Reflexion der Kontingenzen des pflegerischen Handelns hervor (Foth et al. 2017, Holmes/Gagnon 2017), um mit qualitativen Zugängen die Komplexität und Variabilität der Pflege herausarbeiten zu können (Thorne 2015, dies. 2018; Mitchell 1999).

2.1 Begrenzte Standardisierbarkeit pflegerischen Handelns

Die Pflege als Artikulation von Care bildet einen Bestandteil der reproduktiven Funktionen menschlicher Lebenswelten (Remmers 2017) und kann als Handlungswissenschaft konstruiert werden, deren wissenschaftstheoretischer Sonderstatus in ihrer „methodologischen Doppelseitigkeit“ (ders. 2011: 16) bzw. in ihrem doppelten Handlungs- und Wissensbezug besteht (ders. 2000). Dieser gründet in der Gleichzeitigkeit eines an somatischen Regelabläufen und am jeweiligen Individuum ausgerichteten pflegerischen Handelns (ebd.). Während die einer naturwissenschaftlichen Erklärung zugänglichen Regelabläufe im Kontext der Medizin optimiert werden sollten, gelte es für die beruflich Pflegenden, den primär situativ auftretenden und in ihrem Sinn erst hermeneutisch zu entschlüsselnden Ansprüchen der jeweiligen Individuen gerecht zu werden.

In diesem Sinne weise die Pflege einen personalen Handlungsbezug auf, der durch ein hermeneutische Kompetenzen erforderndes, individualisiertes (Einzel-)Fallverstehen und einen allgemeinen Wissenschaftsbezug (ders. 2011) charakterisiert wird. Beide Rationalitätstypen seien indes nur schwierig miteinander zu verbinden und müssten in jeder individuellen Situation immer wieder neu zusammengeführt oder zumindest angenähert werden (ebd.). Aus diesem Grund lasse sich pflegerisches Handeln kaum standardisieren.⁵

Die damit einhergehende Komplexität offenbare sich in Form der Mehrschichtigkeit von Aufgaben sowie der Mehrdimensionalität von Handlungsorientierungen mit unterschiedlichen Wissensbezügen (ders. 2011). Remmers Ansicht nach stehe die Pflegewissenschaft vor der Aufgabe, diese Vielfalt an Handlungsdimensionen in reflektierender Art und Weise in eine handlungswissenschaftliche Konzeptualisierung zu integrieren (ebd.). Diese bedinge eine transdisziplinäre Verschmelzung unterschiedlicher Perspektiven unter Wahrung der Leib-orientierten Beziehungsarbeit als Kern pflegerischen Handelns mit dem Zweck, die hierzu erforderliche Perspektive sicherzustellen und fortlaufend zu aktualisieren (Remmers 2014).

Dabei müssten folgende Eigenschaften der professionellen Pflege berücksichtigt werden (ebd.): Beruflich oder informell erbrachte Pflege werde durch Anlässe charakterisiert, die sich

⁵ Zudem könnten aufgrund des interaktiven und kommunikativen Charakters pflegerischer Maßnahmen diese nur schwerlich im Rahmen einer standardisierten Laborsituation untersucht werden (Dallmann/Schiff 2016). Ähnlich sieht dies auch der amerikanische Pflegewissenschaftler Niall McCrae (McCrae 2011): Insbesondere werde durch eine zu starke Betonung des (natur)wissenschaftlichen Denkens im Kontext des *evidence-based nursing* der pragmatische und heuristische Aspekt pflegerischen Handelns in den Hintergrund gedrängt – und damit auch dessen Komplexität. Interessant ist hier, dass sich diese Problematik auch für die Medizin stellt (Wieringa et al. 2017). Stattdessen sollte im Kontext von *evidence-based healthcare* die situative Praxis – und damit die Grenzen abstrakten Wissens – im Vordergrund stehen (ebd.).

auf die biopsychosoziale Lebenseinheit eines Menschen beziehen. Diese Anlässe gingen mit Entwicklungs- oder Störungseigenschaften, d. h. primär mit Einschränkungen, Erkrankungen, Leiden oder Gebrechen, einher. Beispielsweise resultierten aus Störungen bei einem Menschen Bedürfnisse nach Unterstützung, um ihn als Lebenseinheit wiederherzustellen oder diese Störungen auf ein tolerables Maß zu reduzieren. Hartmut Remmers bezeichnet diese Charakteristika als elementare Strukturmerkmale der Pflege. Von ihnen ausgehend „[...] kann Pflege als eine an Grundbedürfnissen hilfebedürftiger Menschen ansetzende Beziehungsarbeit verstanden werden“ (ebd.: 28).⁶

Hierin zeigten sich die originären Aufgaben der Pflege (ders. 2012). Zum einen bestünden sie im Aufbau von Beziehungen, die eine psychosoziale Stabilisierung bewirken sollen, und zum anderen im Aufbau von Interaktionsverhältnissen, in denen die Nähe-Sinne beruflich Pflegenden, inklusive der körperlichen Berührung des zu pflegenden Gegenübers, gefordert werden. Remmers arbeitet damit ein dezidiertes Abgrenzungsmerkmal zum Aspekt des ‚Hightech‘ in der immer stärker technisch ausgerichteten Hochleistungsmedizin heraus. Dieses bestehe im „High Touch“, denn „Pflegeberufe sind Berührungsberufe“ (ebd.: 80). Dieses Distinktionsmerkmal der Pflegeberufe sei indes fragil, da es von den Relevanzsetzungen von Hightech vs. High Touch abhängt. Eine psychoemotionale und physische Distanzierung beeinträchtigt aus Remmers Sicht den High Touch und damit, wie zuvor bereits angesprochen, das originäre Potenzial der Pflege, das selbst therapeutische Folgen offenbaren kann (ders. 2016a).⁷

Damit trete als weitere Eigenschaft der Pflege das „physisch-körperliche Substrat“ hinzu (ders. 2011), dessen „sinnlich-leibliche Anschaulichkeit“ (ebd.) und die auf diesen Aspekten beruhenden emotionalen sowie vorbewussten affektuellen Komponenten. Beispielsweise müssten sich Pflegenden mit den infolge von Traumatisierungen manifestierten Veränderungen der Wahrnehmung des Körperbilds bei den von ihnen versorgten Personen auseinandersetzen (ders. 2016a). Remmers weist darauf hin, dass dieses Charakteristikum mit der Medizin geteilt wird. Gleichwohl bestehen in Berufung auf Helmut Plessners philosophischer Anthropologie (1975) zwei wesentliche Unterschiede zur Medizin (Remmers 2016a): Pflegepersonen bezögen sich auf einen Menschen, der ein Körper ist und gleichzeitig einen Körper besitzt. Entgegen der ausnahmslos naturwissenschaftlichen Ausgangslage der medizinischen Wissenschaft bezögen sich Pflegenden somit auf die Leiblichkeit als ein soziokulturell bestimmtes Verhältnis des Menschen zu seinem Körper. Der Pflege gehe es dabei um die Stärkung dieser (Selbst-)Regulation, wobei sie mit einer persönlichen emotionalen und nicht allzu distanzierten Beteiligung einhergeht. Dabei folge diese Beziehungsarbeit einer eigenen ‚Grammatik‘, die sich auf die (pflegerische) Unterstützung und Begleitung der Bewältigungsprozesse bei einem Menschen erstreckt. In diesem Rahmen gelte es, die persönliche Autorschaft der pflegerisch versorgten Menschen über ihr eigenes Leben weitestgehend aufrechtzuerhalten (Remmers 2012), da sie die Veränderungen in ihrem Leben als Besitzer ihres Leibes bewältigen müssen (ders. 2017).

Hierdurch ergäben sich besondere emotionale Anforderungen an den eigenen Leib-Körper der pflegenden Person, denn die helfende Beziehung in der Pflege lasse sich nicht von der leibli-

⁶ Hier geht Remmers konform mit einigen der klassischen Pflegeetheoretikerinnen wie Virginia Henderson (1982), die sich auch auf die Bearbeitung der Bedürfnisse fokussierte. Anders jedoch als in den ‚klassischen‘ Pflege-theorien, die gerade keinen Körper- und Leibbezug beinhalteten (Moers/Uzarewicz 2012), hebt Hartmut Remmers diesen gerade hervor.

⁷ Eine ähnliche Perspektive wird auch in der englischsprachigen Pflegewissenschaft formuliert und unterstützt seine Argumentation (Green 2013): Pflege bilde einen gesellschaftlich anerkannten Rahmen, in dem die Berührung intimster Körperstellen akzeptiert und auch erwartet wird. Die Interaktion zwischen einer Pflegeperson mit einem Patienten konfrontiere diese unmittelbar mit seiner Situation, unabhängig davon, ob die Berührungskomponente stärker oder weniger stark ausgeprägt ist.

chen Gegenseitigkeit trennen und ist auch mit Risiken verbunden (ders. 2011): Hierzu gehören das Risiko einer grenzenlosen (leib-körperlichen) Verausgabung, die zum Burnout führen kann, oder die den Leib-Körper der pflegerisch versorgten Person betreffende Missbrauchsgefahr.

Neben diesen Risiken des Beziehungscharakters bestehen aus Remmers Sicht weitere Probleme im pflegerischen Handeln. Hierzu zählt er die Probleme der Diffusität und der Kontrolle, die sich aus dem Erfordernis ergeben, Tätigkeiten wie die „(...) Organisation von Versorgung, leibliche Zuwendung, affektive Balance“ (ebd.: 29) zeitlich aufeinander abzustimmen. Erschwerend komme hinzu, dass diese Tätigkeiten sich primär an „(...) natürlichen, zyklisch wiederkehrenden, jedoch stets variierenden Bedürfnissen (...)“ (ebd.) orientieren. Dabei verfügten die Bedürfnisse über die Eigenschaft, dass sie nicht im Rahmen eines zeitlichen Plans bestimmt werden können und sich hierdurch einer umfassenden Kontrolle entziehen. Das Erleben von Erfolgen im pflegerischen Handeln sei folglich erschwert, denn die Resultate dieses Handelns verschwänden meist, zumal ihnen die materielle Anschaulichkeit und die daraus resultierende Greifbarkeit fehlen (ebd.).⁸

Einen weiteren Grund verortet Remmers im geringen Ansehen der Beziehungsarbeit in therapeutischen Berufen, weil diese mit dem Eigensinn des zu versorgenden Gegenübers rechnen müsse (ebd.): Insbesondere durch die Orientierung der Versorgungsabläufe an „lineare Zeitstrukturen“ (ebd.: 28) und der Aufgaben an spezifisch-messbare Nutzensvorstellungen rechnet er mit einer Aushöhlung dieser Beziehungsarbeit.⁹ Er weist hier ausdrücklich darauf hin, dass die legitimen Anstrengungen in Richtung methodischer Verfahrensweisen, strukturierter Interventionen und Wirksamkeitsprüfungen für die Verwissenschaftlichung der Pflege relevant sind, die jedoch nur einen Teil der pflegerischen Expertise bilden (ebd.). Er plädiert dafür, das praktische Wissen bzw. vorrationale Wissensformen zu rehabilitieren und zum Gegenstand phänomenologischer Analysen zu machen (ebd.).¹⁰ Dies sei gerade deswegen von Bedeutung, weil die Pflege als reproduktive Aktivität die rein individuellen Blickwinkel der Betroffenen auf die politische (Makro-)Ebene hin transzendiert (ders. 2017).

2.2 Verstehenszugänge im pflegerischen Handeln

In einem weiteren u. a. an Plessners philosophischer Anthropologie ausgerichteten Zugang hebt Manfred Hülsken-Giesler den verstehenden Zugang zum ‚Anderen‘ hervor (Hülsken-Giesler 2008): Die Pflegenden und die von ihnen versorgten Personen seien in einen Prozess des gemeinsamen Verstehens bzw. der gemeinsamen Sinnkonstitution eingebunden. Dies geschehe in einer Situation, in der die Identität des Gegenübers durch eine Erkrankung bedroht wird. Diese gemeinsame Sinnkonstitution sei nicht nur auf die Sprache, sondern auch auf die Körperlichkeit der Menschen angewiesen. Allerdings werde aus der Sicht Hülsken-Gieslers (2008) insbesondere dieser körperliche Verstehenszugang, der den Körper auch als Leib betrachtet, durch ein mechanistisches Verständnis von Krankheit als Störung des Körpers (Fischer-Rosenthal 2002) verdrängt.

Dieser Leib bilde das Proprium der Pflege (Hülsken-Giesler 2016, ders. 2008, Uzarewicz/Uzarewicz 2005). Hierdurch eröffnet sich in Anlehnung an Plessner ein differenziertes Verständnis

⁸ Diese Diffusivität und scheinbar fehlende materielle Greifbarkeit würden auf das Uno-actu-Prinzip pflegerischen Handelns verweisen (Mischo-Kelling 2012): Das Uno-actu-Prinzip besagt, dass die professionelle Pflege wie die Medizin immer auf Personen bezogen ist, die die (Arbeits-)Leistung nach ihrer Erbringung unmittelbar und gleichzeitig konsumieren. Damit ergebe sich eine wechselseitige Abhängigkeit zwischen den Beteiligten, insofern sie an die leibliche Gegenwart eines jeden gebunden sind.

⁹ Gerade in diesem Umstand könne eine wesentliche Grenze für die Technisierung der Pflege gesehen werden (vgl. Remmers 2016b).

¹⁰ Siehe hierzu auch Hülsken-Giesler (2008), Friesacher (2008).

des Verhältnisses von Leib und Körper (Hülken-Giesler 2008): Der Leib sei unmittelbar zum Körper. Andere Körper seien lediglich durch die Medien ‚Wahrnehmung‘ und ‚Interaktion‘ vermittelbar. Sie sind folglich im Plessnerschen Sinne vermittelt unmittelbar. Der Mensch sei dabei an seinen Körper gebunden. Er könne sich jedoch von seinem Körper durch Reflexion abheben und exzentrisch, außerhalb zu seinem Körper im Rahmen seiner Leibsphäre zu sich selbst oder zu anderen Leibern durch sein leiblich-mimisches Ausdrucksverhalten ins Verhältnis setzen. Letzteres zeige sich durch seine leiblichen Manifestationen an und sei hermeneutisch durch die jeweilige pflegende Person in einem resonanten Situationsverständnis (Maul 2013) zu deuten.

Damit vermittele der mimische Ausdruck Beziehungen zwischen verschiedenen Körpern (Hülken-Giesler 2008): Das Verständnis des mimischen Ausdrucks ermögliche den Pflegenden in Interaktionen den unmittelbaren Zugang zu der von ihr versorgten Person. Der emotionale Zustand drücke sich dabei – und hier greift Hülken-Giesler auf Plessners Doppelaspekt zurück – unmittelbar aus. Dies geschehe in einer Form der körperlichen Bewegung, die auf ein Körper-Haben, d. h. einen Leib, hinweist. Hierdurch zeige sich in der Wahrnehmung dieser Bewegung ein Sinn für die Pflegenden an.

Der (gelingende) Umgang damit weist nach Ansicht Manfred Hülken-Gieslers die Professionalität pflegerischen Handelns aus (Hülken-Giesler 2008): Mithilfe dieses mimetischen Verständnisses könne die Erfahrungswelt des erkrankten Menschen über seine körperlich-leibliche Ausdrucksweise verstanden werden. Es handele sich um eine nichtdiskursive Wissensform, die nicht mittels Sprache rational erklärt werden kann. Der sinnverstehende mimetische Zugang zum ‚Anderen‘ sei vielmehr ein körperlich-leibliches performatives Wissen, das im Vollzug einer pflegerischen Handlung dieses gleichzeitig an der Lebens- und Erfahrungswelt des zu pflegenden Gegenübers ausrichtet. Doch hier würden die Maschinen zwischen die beiden Menschen treten (ebd. 2008):

Maschinen als technisch-dingliche Artefakte verbindet Manfred Hülken-Giesler mit einer Pathologie der Mimesis. Nicht der dingliche Aspekt sei hierfür ursächlich, sondern die Zugehörigkeit computergestützter Informationssysteme zu einem umfassenden, einseitig rationalen technischen System. Dieses erlaube einen Zugriff auf die Welt, die entsprechend einer Maschinenlogik geordnet und operationalisiert wird. Hierdurch erhalte die ‚Maschine‘ ihre gesellschaftsstabilisierende Funktion. Die zentrale Implikation der maschinenlogischen Rationalität bildet die Bearbeitung und Lösung technischer, gesellschaftlicher und zwischenmenschlicher Probleme, wobei diese Funktion als Problemlösungsprozess in den gesellschaftlichen Teilbereichen implementiert wird. Die Pathologie liege dabei in dem Umstand, dass die Pflegenden als helfende Akteure durch die maschinengerechte Fachsprache in ihrer Wahrnehmung auf „(...) maschinenlogische Kriterien einer auf Systemoptimierung zielenden Gesundheitsversorgung“ (ebd. 408) eingeschränkt werden. In diesem Sinne schiebe sich der sinnverstehende Zugang zur Maschine vor den leibbezogenen Zugang und tritt in Konflikt mit den genuinen Herausforderungen und Handlungslogiken pflegerischen Handelns (ders. 2010a).

Beispielhaft führt Manfred Hülken-Giesler die Deformation mimetischer Fähigkeiten an der zunehmenden Techniknutzung in der Pflege an (ders. 2017): Technologien würden für die Planung und Dokumentation von Versorgungsprozessen eingesetzt, dabei auch zunehmend für die Optimierung der Kommunikation. Technische Artefakte bevölkern in zunehmendem Maß auch die (Wohn-)Umgebung derjenigen, die Pflege erhalten. Dies bedeute auch, dass technische Artefakte an und – noch in Einzelfällen – in ihren Körpern zu Monitoring-Zwecken platziert werden, und die damit gewonnenen Daten kommuniziert an die – nicht vor Ort anwesenden – professionellen oder informellen Pflegenden. Dadurch gehe indes der direkte Kontakt zwischen zwei lebenden Körpern als essenzieller Rahmen der Mimesis verloren bzw. wird durch diesen reduziert.

Dabei seien folgende Ansätze denkbar, dieser Deformation der Mimesis etwas entgegenzusetzen (Hülsken-Giesler 2017): Primäre Ausgangspunkte bildeten die Anerkennung des Werts einer sensitiven, situationsorientierten und situational grundierten Wahrnehmung und das daraus resultierende erfahrungsbezogene Wissen als Teil des Selbstbildnisses der professionellen Pflege. Die damit verbundenen Kompetenzen dürften daher nicht als vorrational oder semi-professionell denunziert werden, sondern müssten als ein Bestandteil der pflegerischen Professionalität gelten. Gerade hier hebt Manfred Hülsken-Giesler hervor, dass mimetische Prozesse nicht an Sprache oder Denken gebunden, sondern eher in körperlichen, spürenden und imaginären Seins-Dimensionen gegründet sind. Das mimetische Potenzial erfordere mithin eine in Empfindsamkeit gründende Rationalität, die nach Hülsken-Gieslers Sicht mit der Ästhetik gegeben ist (vgl. hierzu auch Pols 2013). Würden folglich mimetische Prozesse zum Subjekt semantischer Reflexionen, sei es erforderlich, sicherzustellen, dass die körperlichen Erfahrungen in einer Sprache ausgedrückt werden, die nah am Kontext der Erfahrung ist und den Einschluss sinnlicher Wahrnehmungen und scheinbar irrelevanter Informationen erlaubt (Hülsken-Giesler 2017). Dies könne primär durch Narrationen erreicht werden, die Zugang zur Pflegeroutine via Analogien und Gleichnissen ermöglichen (ebd.). Diese müssten aber situational, personal, zeitlich und örtlich zum mimetischen Prozess gebunden sein (ebd.).

2.3 Gelingende Pflegepraxis versus Zweckrationalität

Heiner Friesacher charakterisiert das pflegerische Handeln als etwas, „(...) was im Kern ein dialogisches, kommunikativ ausgerichtetes Handeln darstellt (...)“ (Friesacher 2008: 239). Ergänzend zu Remmers führt er zudem das implizite bzw. stillschweigende Wissen der Pflegenden an (ebd.). Damit sei lediglich ein Teil der Pflege offen für eine Rekonstruktion durch deduktiv-nomologisches Erklärungswissen, d. h. für Erklärungen pflegerischer Phänomene als quantifizierbare, in präskriptiven Regeln gefasste Kausalzusammenhänge.

Hieraus ergebe sich Konfliktpotenzial: Den eigentlichen Kern der Pflege im Rahmen eines Arbeitsbündnisses bilde die Fürsorge, die die Pflegenden mit der Lebenswelt und der existenziellen Lebenssituation der von ihnen versorgten Personen verbindet und mit weitreichenden Konsequenzen verbunden ist (ders. 2017): Pflegenden könnten daher wissenschaftliches Wissen, verstanden als quasi-naturwissenschaftlich fundiertes Regelwissen, in ihrem Handlungsfeld nicht einfach auf konkrete Handlungssituationen unkritisch anwenden, denn generalisiertes Wissen in Form von Theorien, Modellen und Richtlinien muss mit einem individuellen Fallverständnis im Sinne einer doppelten Handlungslogik kombiniert und verschränkt werden.¹¹

Geschehe dies dennoch, werde die Komplexität der pflegerischen Problemlagen ignoriert (ders. 2008). Hinzu komme, dass das Arbeitsbündnis zwischen der pflegenden und der gepflegten Person durch Ungewissheit geprägt ist (ebd.). Nichtsdestotrotz müssten ‚Gewissheiten‘ z. B. mittels der Einschätzung von Bedürfnissen hergestellt werden (ebd.): Dies geschehe im Rahmen der auf Verstehensprozessen basierenden Rekonstruktion des individuell vorliegenden Falls.

Dies lässt sich anhand der Merkmale von Pflegesituationen verdeutlichen (Friesacher 2017, 2011 u. 2010a): Pflegenden handeln an und mit einem Menschen innerhalb stark normierter beruflicher Arrangements. Es bestehe eine asymmetrische Beziehung zwischen den Pflegenden und den von ihnen versorgten Menschen. Diese Asymmetrie könne indes nicht – und wenn, dann nur in Einzelfällen – durch eine Vertragskonstellation aufgehoben werden (ders. 2010a): Eine Patientin könne etwa nie eine gleichberechtigte Kundin oder Vertragspartnerin

¹¹ Siehe hierzu grundlegend Remmers (2000).

sein, denn eine Vertragskonstellation übersehe das Spezifische des Hilfehandelns. In der Regel sei eine Patientin oder ein Patient ein leidender Mensch, der „(...) Unterstützung, Begleitung, manchmal Anleitung und Rat, manchmal einfach nur Nähe und Anwesenheit (...)“ bedarf (ebd.: 82). Die Menschen, die von (beruflich) Pflegenden versorgt werden, seien in ihrem ganzen Menschsein und damit existenziell betroffen. Hierdurch werde das pflegerische Handeln moralisch aufgeladen (ders. 2015).

Dabei macht Friesacher die Asymmetrie in pflegerischen Handlungssituationen als ein grundlegendes Dilemma der beruflichen Pflege aus (ders. 2017, 2012): Auf der einen Seite müsse sich die berufliche Pflege mit dem formalen, mal mehr oder weniger deutlich formulierten, programmatischen gesellschaftlichen Auftrag auseinandersetzen. Auf der anderen Seite richte sich die Pflege im Rahmen einer im Arbeitsbündnis erst zu realisierenden Beziehungsgestaltung an individuell Betroffene aus. Die damit einhergehende Asymmetrie in pflegerischen Handlungssituationen verhindere die eigentliche Realisierung des Kerns der Pflege. Dies setzt Heiner Friesacher in Beziehung mit dem Phänomen der verhinderten Pflegeprofession (ders. 2012): Gerade die jahrhundertelange und immer noch nachwirkende Fremdbestimmung der Pflege in deren Geschichte habe bis heute eine Loslösung von der Medizin und damit Eigenständigkeit der Pflege verhindert. Als aktuelles Hindernis benennt Friesacher die seit den 1970er-Jahren des vergangenen Jahrhunderts um sich greifende neoliberale Ökonomisierung des Gesundheitswesens. Diese äußere sich in der Dominanz der Wirtschaftlichkeitsaspekte vor medizinischen oder pflegerischen Aspekten. Hierzu gehören betriebswirtschaftliche Steuerungsinstrumente und kybernetisch-technische Imperative in Gestalt des Pflegeprozesses, wobei die damit verbundene Verwendung einer positivistisch ausgerichteten wissenschaftlichen Rhetorik die Realität derjenigen verberge, die einer vulnerablen Gruppe angehören (Laperrière 2018), und damit eine deutliche asymmetrische Konstellation begünstige.

Gleichzeitig stabilisieren Pflegewissenschaft und Pflegemanagement in ihren Lösungsansätzen eher das System (Friesacher 2012): Ein emanzipatorisches Moment sei hierbei nicht erkennbar. Besonders die klassischen Theorieansätze in der Pflege hätten eine ambivalente Wirkung auf die pflegerische Praxis ausgeübt. Meist seien deren Ideale nicht erreichbar – überfordern also die klinischen Praktikerinnen und Praktiker – oder auf ‚checklistenartige‘ Praxismodelle reduziert. Dabei verlören Letztere ihre Substanz und würden in der Praxis nur noch affirmativ eingesetzt.

Zudem charakterisiere sich die systemkonforme Zweckrationalität in Form des erfolgsorientierten Handelns, das auf einer Relation von Mittel und Zweck beruht und daran gemessen wird, wie erfolgreich ein Ziel erreicht werden konnte (ders. 2017): Eine Handlung könne dann als zweckrational bezeichnet werden, wenn sie somit technischen Regeln folgt, strategisch ausgerichtet und unter dem Aspekt einer rationalen Wahl analysiert worden ist. Dieses instrumentell rationale Handeln werde insbesondere am Beispiel des Pflegeprozesses, in Organisationsformen der Pflege wie den klinischen Pfaden und in einigen Managementansätzen sichtbar. Damit gerieten aber weniger automatisierte Handlungen, reine Routineaktivitäten und letztendlich auch intuitive Handlungen sowie der gemeinsame Verstehensprozess in einer pflegerischen Versorgungssituation in den Hintergrund.

Friesachers Gegenentwurf eines kritischen Begriffs pflegerischen Handelns besteht in einer gelingenden pflegerischen Praxis (ders. 2011): Diese zielen auf die Erlangung vernünftiger Zustände eines nicht entfremdeten Lebens. Es handle sich dabei um eine formale Konzeption, die eine metaphysische und essenzialistische Begründung, z. B. mittels einer Auflistung von zu befriedigenden Bedürfnissen, umgeht. Es gehe diesem kritischen Begriff des pflegerischen Handelns um dessen Modus und damit um das Wie des Lebens. Eine gelingende pflegerische Praxis trete dann zutage, wenn sie eine Möglichkeit für eine pflegerisch versorgte Person eröffne, ihr Selbst und die sie umgebende Welt ungehindert aneignen zu können. Daraus leite

sich die Kernaufgabe der Pflegewissenschaft ab, die vielgestaltige und phänomenreiche Pflege als ihren Gegenstandsbereich zu sichten, zu beschreiben, zu systematisieren, zu rekonstruieren und einzugrenzen (ebd.).

2.4 Zwischenfazit

Die in dem Kapitel umrissenen Ansätze heben die komplexen Bedingungen hervor, welche das direkte beruflich-pflegerische Handeln auszeichnen. Dieses lässt sich in dieser Perspektive als Beziehungsarbeit beschreiben, innerhalb derer das soziokulturell bestimmte Verhältnis von Leib und Körper im Rahmen einer gemeinsamen sprachlichen und vorsprachlichen Sinnkonstitution, unter den Bedingungen einer strukturellen und gesundheitlich bedingten Asymmetrie, zum Zwecke der Bearbeitung von Bedürfnissen der pflegerisch versorgten Menschen austariert wird.

Zugleich lässt sich beruflich erbrachtes pflegerisches Handeln nicht allein mit einseitig generalisierten Theorien und Wissensbeständen zielgerichtet beschreiben, ohne das Handeln der beruflich Pflegenden auf der Mikroebene quasi zu dekontextualisieren. Gerade aufgrund der in diesem Kapitel skizzierten phänomenologisch-hermeneutischen Ansätze wird der Modus pflegerischen Handelns innerhalb von pflegebezogenen Kontexten in dessen Kontingenz und Diffusität sichtbar.

Inwiefern der materielle bzw. dingliche Anteil in der Pflege hier für den Modus Bearbeitung von Bedürfniskonstellationen eine Rolle spielt, bleibt zunächst offen. Dies gilt auch in Bezug auf die Position der Dinge im Rahmen des Verhältnisses von Leib und Körper, wenn es um die Handlungsfähigkeit beruflich Pflegenden auf der Mikroebene der Pflege geht. Im folgenden Kapitel wird zu diesem Zweck eine Annäherung an die Bedeutung von Materialität und Technologien vorgenommen.

3 Materialität und Technologien in Pflege und Care

Im Zentrum dieses Kapitels steht ein Einblick in den Diskurs über die Dinge und Technik im Kontext von Pflege und Care. Dabei wird dem Technikaspekt ein Spannungsverhältnis zur beruflichen Pflege zugeschrieben, zu dem sich die Pflegewissenschaft und klinische Praxis in ein Verhältnis setzen müsse (vgl. Hülsken-Giesler 2010b, Barnard 2002). Dabei betreffe die Techniknutzung nicht nur die beruflich Pflegenden in einer Versorgungssituation, sondern auch die Care-Arrangements häuslich versorgter Menschen und ihrer Angehörigen (Gödecke 2018, Kollwe 2017). Hinsichtlich des Technik- und Technologiebegriffs ergebe sich zudem die Schwierigkeit eines anscheinend fehlenden eindeutigen Begriffs in pflegewissenschaftlicher Perspektive (Friesacher 2019). Daher empfehle es sich, die Bedeutungszuschreibungen hinsichtlich der Materialität von Technik herauszuarbeiten (ebd.), zumal die Dinglichkeit der technischen Artefakte ein Charakteristikum von Technologien darstellt (Barnard 2007). Entsprechend diesem pragmatischen Ansatz kann, Pols (2017) folgend, statt von der Technologie als singulärer Begriff eher von Technologien und den mit sie verbundenen vielfältigen Praktiken gesprochen werden. Damit rücke die Soziomaterialität als Beziehung zwischen dem Sozialen und dem Materiellen im Alltagsleben (Leonardi 2012, Orlikowski/Scott 2008) in den Vordergrund. In diesem Kontext werden die folgenden Fragen aufgeworfen: Welche ersten Hinweise auf die soziomaterielle Verwobenheit von Menschen und Dingen lassen sich aus den Arbeiten herausziehen? Welche Bedingungen stellen sie für Pflege und Care dar? In Richtung des Spannungsverhältnisses von Pflege und Technologien stellen sich Fragen nach der Sozialisierung avancierter (robotischer) Technologien und der inhaltlichen Bestimmung ihrer mutmaßlich assistierenden Funktionen.

3.1 Rezeption von Soziomaterialität in der Pflegewissenschaft

Wie in der Problembeschreibung bereits angesprochen, empfahl Margarete Sandelowski eine besondere forschungsmethodische Berücksichtigung materieller Dinge, da diese bislang durch die Bevorzugung des abstrakten Wissens gegenüber dem handwerklichen Tun der beruflich Pflegenden im Kontext der Professionalisierung der Pflegeberufe ignoriert worden seien (Sandelowski 2003). Hierbei plädierte sie für eine stärkere Berücksichtigung der Material Culture Studies in der Pflegeforschung (ebd.). Die Material Culture Studies selbst beruhen auf verschiedene Theoriewenden in den Kulturwissenschaften, die unter den Begriffen des ‚Cultural turn‘ und des ‚Material turn‘ subsummiert werden (Hicks 2010). Der letztere ‚turn‘ habe sich auf die Beziehungen zwischen den Menschen als kulturelle Subjekte und den von ihnen geschaffenen kulturellen Objekten fokussiert, und zwar in Hinblick auf die Bedeutung von Objekten und ihrem Gebrauch in der Praxis der Subjekte (ebd.). Im Vordergrund habe hier der Gedanke gestanden, dass Objekte bzw. Dinge als materielle Formen Einsichten in Mechanismen der sozialen Reproduktion und der Dominanz von Ideologien verschaffen können (Miller 1998).

In einer Studie, die Margarete Sandelowski zusammen mit der kolumbianischen Pflegewissenschaftlerin Carmen de la Cuesta durchgeführt hat, wird eine an den Material Culture Studies ausgerichtete Pflegeforschung greifbar. Hierbei stand die Bedeutung der Veränderung der physischen Umgebung für die Pflege demenziell erkrankter Menschen durch Angehörige in einem Staat ohne ein funktionierendes soziales Sicherungssystem im Vordergrund (de la Cuesta/Sandelowski 2005): Sie veränderten und adaptierten ihre Lebens- und Wohnumgebung, um die besonderen Versorgungserfordernisse ihrer demenziell veränderten Angehörigen erfüllen zu können. Hierdurch ergaben sich physische Umgebungen, die gleichzeitig die pflegerische Versorgung und ein normales Familienleben ermöglichen sollten. Es ging also darum, die häusliche Umgebung in den Dienst, d. h. „to the service“ (ebd. 221) der demenziell

erkrankten Angehörigen durch die Umwidmung von Alltagsgegenständen zu stellen, dabei gleichzeitig Sicherheit für die pflegenden Angehörigen zu geben und somit das sich durch das demenziell veränderte Verhalten eintretende Chaos zu vermeiden. De la Cuesta und Sandelowski verweisen in diesem Zusammenhang auf die kritische Rolle der pflegenden Angehörigen als ‚bricoleurs‘ (ebd.: 223), die die Möglichkeiten von Räumen und Alltagsobjekten sehen und für die Versorgung ihrer Angehörigen nutzen können (ebd.): Durch die Veränderungen an der Wohnung und an den Alltagsobjekten ergab sich jedoch eine Hybridisierung des ‚Zuhause‘ in Gestalt einer zunehmenden klinischen Atmosphäre. Diese wirkte sich auf das Familienleben und die häusliche informelle Pflege aus, verbunden mit der Folge, dass das ‚Zuhause‘ für die Angehörigen zu einem belastenden Ort wurde.

Sandelowskis Plädoyer für eine an den Material Culture Studies ausgerichtete Pflegeforschung fand in einer weiteren pflegewissenschaftlichen Studie ein gewisses Echo (Smith 2006): Smith erläutert in ihrer Objektanalyse die Materialität von Schnabeltassen und -bechern, die aus dem Zeitraum vom 18. bis zum frühen 20. Jahrhundert stammen und anscheinend die Herstellung menschlicher Nähe in der Pflege wesentlich erleichtert hätten.¹² Als Hauptkenntnis ihrer Arbeit führt sie an, dass der Gebrauch der Schnabeltassen eine unhektische, geduldige Präsenz der Pflegenden erforderte. Durch diesen Aspekt, die mit Entschleunigung (vgl. auch Friesacher 2008) in Verbindung gesetzt werden könne, sei es den Pflegenden möglich, so ihre Hypothese, ihre Patientinnen oder Patienten besser kennenzulernen (Smith 2006). Allerdings scheine diese Bedeutung der Schnabeltassen in der gegenwärtigen US-amerikanischen Pflege nicht mehr zu existieren. Durch die weitestgehende Ökonomisierung des Gesundheitssystems würde die entschleunigte und zeitaufwendige Nahrungsgabe mittels der Schnabeltasse zu einer bloßen, in Form der Nursing Intervention Classifications (NIC) standardisierten pflegerischen Intervention (ebd.).

Aus ihrer Sicht werde hieran deutlich, dass die Priorität dieser Aktivität bei in Krankenhäusern arbeitenden US-amerikanischen Pflegenden nicht so hoch angesiedelt zu sein scheint (ebd.): Vielmehr werde stattdessen auf technische Hilfsmittel wie nasale oder perkutan angelegte Magensonden zusammen mit Pumpensystemen zurückgegriffen. Als Beispiel führt Smith neuartige elektrische Pumpensysteme an, die automatisch das Sondensystem durchspülen können, ohne die Anwesenheit einer Pflegenden erforderlich zu machen. Im Ergebnis müssten die Pflegenden dann nicht mehr so häufig bei den betroffenen Personen anwesend sein. Smith gelangte daher zu dem hypothetischen Schluss, dass infolge der Ökonomisierung des US-amerikanischen Gesundheitssystems die Pflegenden den ökonomisch ausgerichteten Sprachgebrauch (vgl. zum Sprachgebrauch Friesacher 2012) übernommen haben. Der Begriff ‚Pflege‘ wird ihrer Ansicht nach in diesem Sprachgebrauch nicht mehr mit der Versorgung des Patienten übersetzt, sondern im Sinne einer zu steigernden Produktivität von Pflegenden (Smith 2006). Hier störe die Verwendung einer Schnabeltasse, die durch ihre materielle Beschaffenheit einen Zeitaufwand erfordert, der im schnell getakteten Krankenhausablauf nicht mehr gerechtfertigt werden kann (ebd.).

Neben diesen wenigen an den Material Culture Studies orientierten Studien lassen sich noch vergleichsweise mehr Ansätze in der Pflegewissenschaft anführen, die die ANT-Perspektive mit verschiedenen Schwerpunktsetzungen berücksichtigt haben. Aus dem englischsprachigen Bereich können hier die Arbeiten von Allen (2015, 2012) und Booth (2013), die sich auf den Klinikbereich fokussierten, angeführt werden:

¹² Allerdings tritt bei Smith in den Hintergrund, dass Schnabeltassen und Schnabelbecher eher mit starken Gefährdungen für die pflegerisch zu versorgenden Menschen einhergehen. Insbesondere sei hier die Aspirationsgefahr hervorgehoben, so dass diese Dinge eigentlich als kontraindiziert zu betrachten sind (Mall 2019, Schmidt 2009).

Allen (2012) untersuchte in ihrer Studie die Einführung klinischer Behandlungspfade und die damit einhergehenden Praktiken der Pflegenden. Im Zentrum stand die soziomaterielle Infrastruktur in Gestalt eines Dokumentationssystems zur Steuerung von Behandlungspfaden. Den Pflegenden im Klinikbereich oblag es, diese Infrastruktur aufzubauen und zu unterhalten. Hierzu gehörte das Aushandeln der Ziele und der damit verbundenen Nutzungsweisen der Behandlungspfade, die mit einem zusätzlichen Aufwand für die Pflegenden verbunden waren. Dies stand diametral dem ursprünglichen Ansinnen der Behandlungspfade gegenüber, mittels der Standardisierung von Prozessen Ordnung im Versorgungsgeschehen zu schaffen. Daher scheine die Vorstellung der Implementierung klinischer Behandlungspfade durch das bloße Vorhalten eines (materiellen) Systems mitsamt den vordefinierten Schritten irreführend zu sein, da die Pflegenden in der Umsetzung der ‚Pfade‘ quasi „bottom up“ (Lindberg et al. 2012: 167) stets Aushandlungen mit unterschiedlichsten Akteuren unter Berücksichtigung der materiellen Bedingungen vornehmen mussten und hierdurch eben erst die ‚Behandlungspfade‘ hergestellt haben (Allen 2015). Anhand dieser Prozesse wird laut Allen der unsichtbare Anteil der pflegerischen Arbeit sichtbar, der im Organisieren und in der Stabilisierung von Handlungsnetzwerken besteht (ebd.).

Booth (2013) fokussierte auf ein ähnlich gelagertes Thema, jedoch in Hinblick auf Lernstrategien im Umgang mit neuen Technologien und deren anschließende Integration im Klinik-Setting: Dabei arbeitete er die Bedeutung der „end-user resistance“ (ebd. :196) aufseiten der Pflegenden heraus, die die Widerständigkeit der Pflegenden als eine Dekonstruktion der Vorgaben der Hersteller der verschiedenen Technologien verdeutlichte. Dabei ging es um die jeweilige Interpretation der Nutzungsweise, um vermeintliche oder tatsächliche Bedrohungen der Stabilität bewährter Praktiken durch das ‚Eindringen‘ anderer technischer Artefakte zu schützen. Im Vordergrund der Pflegenden ging es darum, handlungsfähig zu bleiben. In diesem Sinne sollte zukünftig bei der Entwicklung und Implementierung neuer Technologien in die Pflegepraxis ein Ansatz des wechselhaften Aushandelns vonseiten der Entwickler verfolgt werden. In Brasilien ließ sich eine weitere Studie von Tavares Araujo et al. (2019) identifizieren, die sich auf den Status von Inkontinenzvorlagen in der häuslichen Versorgung demenziell erkrankter Menschen durch die Angehörige fokussiert hatte. Dieser Status war indes aufgrund des stark bürokratisierten Sozialsystems in der Familie umstritten. Aus Perspektive des behandelnden Arztes stellten die – aufgrund einer lediglich einen Mindeststandard abdeckenden Sozialversicherung verordneten – Standard-Inkontinenzvorlagen einfache, unscheinbare und damit nicht weiter zu berücksichtigende Werkzeuge dar. Diese konnten entsprechend seinem beruflichen Alltagsverständnis¹³ lediglich im Sinne einer einfachen Problemlösungslogik eingesetzt werden. Das erkrankte Familienmitglied hingegen nahm eine andere Statuszuordnung vor, da die von der Sozialversicherung zur Verfügung gestellten Exemplare an Inkontinenzvorlagen auf sie infantilisiert gewirkt haben. Die Angehörigen versuchten vergeblich, sie von der Annahme dieses Typs zu überzeugen, da alternative und weniger infantilisierende Varianten von Inkontinenzvorlagen das Familienbudget strapaziert hätten. Der Arzt als beratende und steuernde Instanz hatte diese Aushandlungen sowie die hierdurch belasteten Sorgebeziehungen ignoriert und aufgrund seiner Statuszuschreibung den Angehörigen keine Wege für die Beantragung von Beihilfen aufgezeigt. Erst durch das Voranschreiten der Erkrankung bei der betroffenen Person konnten die Standardvorlagen von den pflegenden Angehörigen eingesetzt werden, da nunmehr die Statuszuschreibung der Infantilisierung durch diese Vorlagen und die damit verbundene Ablehnung nicht mehr von ihr artikuliert und durchgesetzt werden konnten.

¹³ Gewissermaßen kann hier im Rückgriff auf Depner (2017) von der Unaufdringlichkeit der alltäglich genutzten Dinge ausgegangen werden, die zu einem unreflektierten Gebrauch derselben führen kann.

Für den deutschsprachigen Raum hingegen lassen sich neben der dieser Abhandlung zugrunde liegenden explorativen Untersuchung drei weitere Arbeiten in der ANT-Perspektive, die sich hauptsächlich auf die pflegerisch versorgten Menschen konzentrierten, identifizieren: Foths (2013) Studie zur psychiatrischen Patientenakte als materialisierte soziale Technologie in der Zeit des Nationalsozialismus konnte ihren wirkmächtigen Akteurstatus offenlegen. Für ihn bildete die Begrifflichkeit des heterogenen Netzwerks eine hilfreiche Metapher zur Rekonstruktion von Machtbeziehungen als ein Ergebnis einer mehr oder weniger erfolgreichen Ausrichtung verschiedener Akteure auf ein Ziel hin. Diese Ausrichtung erfolgte in der Weise, dass technische oder nichttechnische Objekte Rollen an menschliche und nichtmenschliche Akteure verteilten. Nichttechnische Objekte wie die Patientenakte bildeten für ihn daher eine soziale Technologie der psychiatrischen Praxis. Sie stellte das Resultat eines vielfältigen Wechselspiels zwischen verschiedenen Prozessen, Instrumenten, Berichten und Messdaten dar. Über die Materialität der Patientenakte, die ihre Dauerhaftigkeit und den lokalen Handlungsort überschreitende Nutzungsmöglichkeit sicherte, konnte sie verschiedene Einschreibungen aufnehmen und weiterleiten. Durch die Einschreibungen in die Patientenakte wurde ihr Inhalt zu einer unhinterfragten Tatsache bzw. zu einem medizinischen Rechtfertigungsgrund für die Tötung bzw. Ermordung psychisch kranker Menschen entsprechend der nationalsozialistischen Vorstellung eines ‚unwerten Lebens‘.

Manz (2015) führte im Rückgriff auf die ANT eine Re-Lektüre von Interviews aus ihrer Studie zu Körperkonzepten bei Personen mit einer Multiple-Sklerose-Erkrankung durch: Dabei konnte sie soziomaterielle Beziehungskonstellationen, ihre Qualitäten sowie die Effekte in der Perspektive der erkrankten Personen herausarbeiten. Bei den Beziehungskonstellationen unterschied sie zwischen der losen Koppelung von Dingen am und mit dem Körper (z. B. Rollstuhl) sowie der Verschmelzung der Dinge mit dem Körper (z. B. Blasenkatheter, Schmerzpumpe) und zuletzt der Anordnung der Dinge im Raum (z. B. Patientenliege im Krankenhaus). In Hinblick auf die Beziehungsqualität dieser Interaktionen und Bewegungsfreiheiten konstituieren, die aber auch als Zwang erlebt wurden. Dies war dann der Fall, wenn ein Rollstuhl in Verbindung mit einer Türschwelle eine angestrebte Handlung verunmöglichte. Zudem trug die Sitzposition im Rollstuhl dazu bei, dass die betroffene Person lediglich physisch in asymmetrischer Weise kommunizieren konnte und damit Exklusions- und Diskriminierungserlebnisse assoziierte. In der Konstellation der Verschmelzung wurden die Dinge als etwas zum Körper Gehörendes wahrgenommen. Der Blasenkatheter sowie die Schmerzpumpe wurden in ihrer Beziehungsqualität als Erleichterung empfunden: Während der Katheter bei der Ausscheidungsregulation half¹⁴, ermöglichte die implantierte Schmerzpumpe ein Leben ohne Schmerzen. Beide materiellen Entitäten verschmolzen mit den Betroffenen zu einem hybriden Akteur, sodass der jeweilige Anteil der materiellen Dinge an dem Hybriden in den Hintergrund geriet. Sie bewirkten zudem einen die betroffenen Menschen ermächtigenden Effekt.

Als letzte Beziehungskonstellation beschrieb Manz die Anordnung der Dinge im Raum, die die jeweiligen Praktiken und Interaktionen strukturieren können. Hier bezog sie sich auf ein biografisches Beispiel einer Betroffenen, die auf einer Patientenliege in einem Untersuchungszimmer eines Krankenhauses liegend ihre Diagnose quasi ‚nebenbei‘ erfuhr. Durch die dinglich-räumliche Anordnung war sie vom sich beratenden medizinischen Personal relativ weit entfernt. In Hinblick auf die Qualität stellte sich für sie eine Objektivierung ein, die bei ihr im Effekt zu einem gravierenden Verunsicherungsgefühl führte.

¹⁴ Damit konnte in Bezug auf den Blasenkatheter der gesellschaftliche Grenzfall der Ausscheidung (Artnier/Böhringer 2017) quasi im häuslichen Bereich normalisiert werden.

Gödecke (2018) arbeitete in ihrer Studie den Status von Technik in der häuslichen Versorgung von langzeitbeatmeten Menschen heraus: Hier kristallisierte sich in den Interviews mit den beatmeten Personen die Co-Akteurschaft des Heimbeatmungsgeräts und des Rollstuhls heraus. Insgesamt wurde diesen Dingen von den Betroffenen ein Ermöglichungscharakter zugesprochen (ebd.): Während das Beatmungsgerät grundlegend das Überleben sicherstellte, gewährleistete der Rollstuhl eine gewisse Bewegungsfreiheit. Bei beiden Dingen bildeten zudem die Akkuleistung und die Sicherheit in der Stromversorgung einen essenziellen Part. Darüber hinaus bildete die Anpassung des Heimbeatmungsgeräts aufgrund seiner Materialität an die häusliche Umgebung einen relevanten Faktor für die Betroffenen, um keinen allzu klinischen Charakter in der häuslichen Umgebung zu verbreiten. Darüber hinaus mussten sich die Pflegenden bei der Durchführung ihrer Praktiken mit den Betroffenen und ihren Angehörigen absprechen. Dementsprechend konnten rein klinische Routinen nicht in der häuslichen Umgebung umgesetzt werden. Insgesamt zeigte sich für Gödecke ein ganzes Beziehungsgeflecht von Menschen und Maschinen. Die Herausforderung für die beruflich Pflegenden in diesem Beziehungsgeflecht bestand auf der Basis eines erst herzustellenen Vertrauensverhältnisses zu den Betroffenen darin, eine Sensibilität dahin gehend zu entwickeln, ab wann sie – analog zu den Dingen – in den Hintergrund oder Vordergrund treten sollten.

3.2 Technologien als Sozialisierungsproblem?

Erste neuartige technische Gegenständen diffundierten wie z. B. das ‚einfache‘ Fieberthermometer im 19. Jahrhundert aus dem ärztlichen Handlungsfeld in das pflegerische Handlungsfeld (Atzl 2017).¹⁵ Gleiches gilt auch für das Pflegebett, das sich in seiner in mehrere Komponenten aufgeteilten Struktur u. a. auf das ärztlich-therapeutische Instrument des Gatch-Betts (Gatch 1909) zurückführen lässt. Ein weiterer Aspekt bildete zudem die Assoziierung der Techniknutzung im Alltag mit Professionalität (Barnard 2002). Gegenwärtig werden mit der Technologisierung der Pflege mehrere Versprechen verbunden (Hielscher et al. 2015): Hierzu gehörten der Zugewinn an Zeit und damit auch die bessere Ausnutzung von Personalressourcen. Auch der sich abzeichnende Fachkräftemangel in der Pflege solle durch den Technikeinsatz gemildert werden können. Im Idealfall könnten von einer verbesserten Lebensqualität für die Pflegebedürftigen und von Arbeitserleichterung für die Pflegenden ausgegangen werden. Hielscher et al. stellen sich dabei die Frage, ob die Technisierung der Pflege eine selbstlaufende unvermeidliche Entwicklung darstellt, zumal betrachtet werden müsse, welche Rolle das Expertenwissen der Pflegenden sowie deren Technikaneignung in diesem Zusammenhang spielen.

Einen kritischen Zugang hierzu bietet Alan Barnard, für den Pflege grundsätzlich eine praktische Tätigkeit darstellt (Barnard 2016): Das pflegerische Wissen wird dabei häufig durch die Art und Weise der Ausübung pflegerischer Tätigkeiten artikuliert. Dies betrifft hauptsächlich den Modus von Entscheidungen, die in der Praxis getroffen werden. In Bezug auf die alten und neuartigen Technologien gilt daher, dass ein pflegerisches bzw. objektbezogenes Wissen und Fähigkeiten entwickelt werden müssen. Ohne diese Ressourcen verfügen diese Technologien nur über eine begrenzte Anwendbarkeit, da eine pflegende Person diese lediglich ineffizient oder in gefahrbringender Weise anwenden könnte. Technologien akzentuieren somit

¹⁵ label Atzl vermutet, dass dieser Übergang um das Jahr 1870 stattgefunden haben muss. Einher ging dieser mit einer Transformation pflegerischen Handelns (Atzl 2017): Technisches und medizinisches Wissen bildete ein Erfordernis für die Nutzung des Thermometers; pflegerisches Erfahrungswissen und die Praxis des Handauflegens zur Beobachtung der Körpertemperatur wurden verdrängt, zumal durch die Praxis der rektalen Temperaturmessung intime Bereiche des Körpers betroffen waren, die vorher keine Rolle bei der taktilen Messung der Temperatur aufgewiesen haben.

aus seiner Sicht die Komplexität der pflegerischen Praxis. Sie weisen einen ambivalenten Charakter auf, sodass Technologien in einem widersprüchlichen Spannungsfeld von Vor- und Nachteilen erlebt werden können.

Das Kernproblem in der vorausgehenden Interpretation von zunehmend raffinierteren Technologien besteht aus seiner Sicht darin, dass vor dem Hintergrund der technisch gestützten Effizienzsteigerung autonome Entscheidungen weniger wahrscheinlich und umsetzbar werden (Barnard 2016). Die pflegerische Praxis wurde in diesem Zusammenhang von einem Verständnis als kreatives künstlerisches Handeln in Richtung eines rationalistischen Handlungsverständnisses als Methode und Praxis transformiert. Dies ging mit einem Autonomieverlust der Pflege einher, insbesondere deswegen, weil der technische Fortschritt mit einem in zunehmendem Maße strikteren Ordnungssystem und Effizienzzwängen verbunden ist (ebd.). Barnard fasst das Zusammengehen von technischem Fortschritt mit strikteren und auf Effizienzsteigerung ausgerichteten Ordnungssystemen unter dem Begriff der ‚Technique‘ zusammen (ebd.): ‚Technique‘ bezeichnet die Etablierung effizienzcentrierter logischer Ordnungen menschlicher Aktivitäten. Eine ‚Technique‘ zielt mithin auf die Maximierung der Effizienz durch die Verfeinerung von Praxen, wobei dieser Aspekt aus der Sicht Barnards noch unproblematisch ist, da Effizienz einen vernünftigen Zweck darstelle. Gleichwohl trete dieser Effekt dann ein, wenn die traditionell handwerklichen Aspekte der Pflege wie Sorge oder intuitives Handeln aus dem Raster fallen. Sie könnten nicht auf ein effizientes und rationalisiertes Verhalten reduziert werden. Hierdurch seien sie laut Barnard (2016) dem Risiko einer Marginalisierung in der Pflegepraxis ausgesetzt.

In diesem Sinne reduziere eine Pflege als ‚Technique‘ das pflegerische Denken und Handeln als intensive humanzentrierte Aktivitäten letztendlich auf einen mess- und vorhersagbaren Prozess (ebd.). Herausforderungen entstünden dann, wenn damit verbundene Aspekte wie persönliche Erfahrungen oder Bedürfnisse oder Verhaltensweisen auf Schemata reduziert werden. In diesem Sinne sorgt aus seiner Sicht ein an die ‚Technique‘ ausgerichtetes Handeln für eine zunehmende Kontrolle menschlicher und nichtmenschlicher Aspekte in der Gesundheitsversorgung. Denken und Handeln in personenzentrierten Aktivitäten wie der Pflege werden demzufolge auf einen mess- und vorhersagbaren Prozess reduziert. Insbesondere die Unmittelbarkeit von Technologien, die materiell greifbaren Kombinationen organisierter Praxen und Technologien sowie die urbanisierten Lebensumwelten zeigen die Vorteile von Technologien klar auf. Hierdurch lassen sich die Nachteile indes kaum bestimmen. Barnard erläutert die widersprüchlichen Folgen für die pflegerische Berufsgruppe in der Weise, dass trotz des Zuwachses an Wissen, Können und Verantwortlichkeiten von Pflegenden die hauptsächliche Verantwortung für die Technologien bei der ärztlichen Berufsgruppe verbleibt. Technologien haben somit – wie die anfangs angeführten Gegenstände – anscheinend eine primär ärztlich ausgerichtete Sozialisierung erfahren, die die wesentliche Grundlage für eine funktionierende Interaktion und Koordination zwischen Menschen und Technik bildet (Weyer 2009). Diese Sozialisierung von Technologien im Klinikbereich kann allerdings auch eher betriebswirtschaftlich ausgerichtet sein. Beispielhaft lässt sich dies anhand der Einführung der elektronischen Patientenakte, die mit einer weiteren Verbreitung mobiler oder stationärer Computer verknüpft ist, skizzieren: Sie ermöglichte neben der Bündelung des Körperwissens zugleich die Vernetzung stationsinterner und externer Akteure (Manzei 2011). In der Folge konnte die Versorgungspraxis der klinischen Akteure weitestgehend beeinflusst werden (ebd.). Dies geschah über den Einsatz betriebswirtschaftlicher Evaluationsinstrumente, deren Eigenlogik nicht den pflegerischen Betreuungsaufwand abbildbar machte (dies. 2009). Aufgrund dieser Logik mussten die Pflegenden Umwege finden, diesen Betreuungsaufwand abzubilden – ein

Unterfangen, das für sie mit einem erheblichen Aufwand verbunden war (ebd.).¹⁶ Demnach ist eine nachträgliche pflegerische Sozialisierung erforderlich bzw. wird wie in der zunehmenden Verwendung von Simulationstechnologien in der Pflegeausbildung (Soffer 2014, Kelly et al. 2016, Nyström et al. 2016) im Sinne eines spielerischen sowie angstbefreiten Lernens (Peters 2019) bereits umgesetzt.¹⁷

3.3 Assistierende Technologien als Problem der Begriffsbildung

Zu den gegenwärtig häufig genutzten assistierenden Technologien gehört eine Vielzahl an Objekten und Systemen, z. B. Sicherheitsalarme, GPS-Trackinggeräte, Netzwerksensoren, Kontrollmechanismen, Sturzdetectoren sowie smarte Wohnungen bzw. Häuser (Kiran 2017). Diese Technologien, zu denen auch Companion- oder Service-Roboter gehören, sollen durch ihren Beistand einen Beitrag im Rahmen der „[...] – öffentlich deklarierten – kosten- und zeitintensiven Betreuung von pflegebedürftigen Personen [...]“ (Krings/Weinberger 2017: 185) zur Entlastung der sie versorgenden Angehörigen und professionell Pflegenden sowie der Pflegebedürftigen selbst leisten. Die technische Assistenz, die meist als Technologien des Ambient-assisted Living (AAL) in die Umgebung eingelassen ist (Remmers 2012, Hülsken-Giesler 2011), wird in dieser Hinsicht positiv bewertet (Krings/Weinberger 2017).¹⁸ Aus der Sicht der Autorinnen bleibt jedoch der Begriff der assistierenden Technologien unbestimmt, denn er macht nicht deutlich, „[...] in wessen Dienst diese Technologien gestellt werden“ (Krings/Weinberger :185). Sie vermuten, dass der Begriff ‚assistierende Technologien‘ eher ihre soziale Akzeptanz im pflegerischen Handlungsfeld erhöhen soll, ohne aber den Bezugsrahmen der Technologien offenzulegen. Gewissermaßen existieren Hinweise, dass die derzeit massive Förderung von Forschungsprojekten im Bereich robotischer Assistenzsysteme eher einen explorativen Charakter aufweist und weniger handlungsfeldspezifische und damit auch die pflegerischen Bedarfslagen adressierende Zwecke verfolgt (Hülsken-Giesler/Daxberger 2018). Mithin lässt sich ein technopolitisches Regime vermuten, das auf den Umbau sozialer Handlungsfelder durch technologische Innovationen ausgerichtet ist (Lipp 2020).

Zu diesem Regime zählt auch die politisch motivierte Hoffnung, den Fachkräftemangel in der Pflege aufzufangen (Hülsken-Giesler 2015) oder – anders gelesen – den Bedarf nach diesen Fachkräften durch eine technisch gemittelte effizientere Versorgung nicht ansteigen zu lassen (Kiran 2017). Insbesondere herrscht zudem in größeren Institutionen der pflegerischen Versorgung das Verständnis, dass viele Anteile pflegerischen Handelns rein instrumentelle zweckbezogene Tätigkeiten und weniger interaktionsintensive empfindungsbezogene Tätigkeiten darstellen (Hülsken-Giesler/Remmers 2020).¹⁹ Damit könnte die Entwicklung assistiver (robotischer) Systeme auf die Substitution professioneller Pflegenden im Kontext der leiblich-körperlich konnotierten Beziehungsarbeit hinauslaufen. Insbesondere bei einem unausgewo-

¹⁶ Hielscher et al. (2015) zeigen analog zur Digitalisierung der Patientenakte auf, dass sich im Bereich der stationären Langzeitpflege und der ambulanten Pflege die Digitalisierung des Pflegeprozesses weitestgehend durchgesetzt hat. Hierdurch haben sich die Spielräume für Abwägungs- und Aushandlungsprozesse verengt, sodass diese gesondert begründet werden müssen (ebd.).

¹⁷ Andererseits veranschaulicht Pols (2010) am Beispiel eines videobasierten Betreuungsprogramms auch, wie durch die Nutzung durch Pflegenden und pflegerisch versorgte Menschen eine Technik selbst ‚pflegerisch‘ sozialisiert wird.

¹⁸ Als interessant erweist sich hier, dass bei der Gestaltung von Versorgungs-Settings in der Langzeitpflegepflege scheinbar hauptsächlich die Umgebung als zu verändernde Größe adressiert wird (siehe z. B. auch Elo et al. 2013).

¹⁹ Hülsken-Giesler und Remmers führen hier als Beispiel für eine empfindungsbezogene Tätigkeit die Mobilisierung eines Menschen aus dem Rollstuhl an, die auf den ersten Blick rein instrumentell interpretiert werden kann (Hülsken-Giesler/Remmers 2020).

genen Verhältnis in der Versorgungsrelation von Pflegenden sowie pflegebedürftigen Menschen bei Vorhandensein robotischer Assistenzsysteme, womit auf die Einsparung menschlicher Arbeitskraft gesetzt wird, existiert folglich die Wahrscheinlichkeit für den Verlust zwischenmenschlicher Kontakte (Kreis 2018). Hierbei handelt es sich um eine Vision, die aus der pflegewissenschaftlichen Perspektive heraus vehement abzulehnen ist (Remmers 2018a, ders. 2016b).²⁰ Gleichwohl sei hier angemerkt, dass eine solche technische Assistenz auch den Präferenzen der pflegebedürftigen Menschen entgegenkommen könnte, weniger von anderen Menschen abhängig zu sein (Santoni de Sio/van Wynsberghe 2016). Damit adressieren die Vorbehalte von pflegewissenschaftlicher Seite aus stärker die mutmaßlichen Präferenzen der strukturell steuernden Entscheidungsträger auf der gesellschaftlichen Meta- und Me-soebene.

Krings und Weinberger merken darüber hinaus das Erfordernis der Bestimmung eines Referenzrahmens an, dem sich der Handlungsraum technologischer Assistenz unterordnen müsse. Erst dann könne die funktionale Bedeutung technologischer Assistenz beschrieben, entwickelt und damit in den Dienst des Referenzrahmens als Handlungsrahmen gestellt werden (Krings/Weinberger 2017). Beispielsweise gilt es im soziomateriellen Design als Erfordernis, die jeweiligen materiellen und sozialen Rahmungen der zu entwerfenden Geräte zu antizipieren (Bjørn/Østerlund 2014). Nichtsdestotrotz ergibt sich gegenwärtig in der pflegebezogenen Roboterentwicklung ein anderes Bild (Bischof 2020): Institutionalisierte oder standardisierte Aspekte von Pflegepraktiken werden meist in der Roboterentwicklung fokussiert. Implizite Aspekte von Pflegepraktiken, d. h. in Routine eingegangene Wissensformen, Vorlieben oder die kommunikative Pflegearbeit, die am Rande der standardisierten Pflegepraktiken geschieht, werden nicht berücksichtigt. Zudem wird nicht mit Blick auf den konkreten Menschen entwickelt, sondern in Hinblick auf durch rechtliche Vorschriften figurierte Gruppen – wie den Pflegebedürftigen. Die Dekontextualisierung ergibt sich insgesamt dadurch, dass auf der Basis sehr begrenzter Ausschnitte pflegerischer Settings und Praktiken übertragbare Entwicklungsszenarien konstruiert werden sollen. Diese sind indessen nicht ergebnisoffen, wobei auch die Rekrutierung von Versuchspersonen eher den Projektzielen entspricht als dem tatsächlichen Bedarf der Nutzergruppe. Ferner stellen Pflege-Settings und -praktiken selbst nur einen Ausschnitt der Alltagswelt dar.

Ergänzt werden muss dessen ungeachtet der soziale Gerechtigkeitsaspekt, da nicht alle häuslichen Settings über ausreichend Ressourcen für den Technikeinsatz verfügen (siehe hierzu genauer Poland et al. 2005). Dabei verfügen bereits einige Technologien bzw. konventionelle technische Hilfsmittel (Hülken-Giesler 2015) im Unterschied zu den sogenannten assistierenden Technologien über eine etablierte Rolle im Pflegesetting, z. B. der Rollator oder Hebeeinrichtungen (Krings/Weinberger 2017): Auch wenn diese keine avancierten Technologien repräsentieren, nehmen sie die Funktion eines Assistenten ein. Krings und Weinberger kontrastieren daher den Aspekt der avancierten Technologie mit den anderen ‚einfacheren‘ Technologien, die aufgrund der funktionalen Zuschreibungen im Handlungs-Setting als Assistenten betrachtet werden können und von den Beteiligten in diesem Setting auch akzeptiert sind.

²⁰ Am Beispiel Japans lässt sich veranschaulichen, dass in der dortigen pflegewissenschaftlichen Community die Substitution der Beziehungsarbeit durch Companion-Roboter erwartet wird, jedoch ethische Programmierungen für die potenziellen autonomen robotischen Systeme gefordert werden (siehe Tanioka 2017; Tanioka et al. 2017). Allerdings ist das weit medial verbreitete Bild der Companion-Roboter (z. B. Robbe Paro) in der Realität des japanischen Pflegekontexts nicht vorzufinden (Bruksch 2020). Die Entwicklung roboterartiger Artefakte geht vielmehr in Richtung von Robotic Care Devices, die z. B. in Gestalt eines ‚Wheelchair-beds‘ den Anforderungen der Pflege-Settings zu entsprechen scheinen (ebd.).

Dieser Nutzen avancierter Technologien ist für das Handlungs-Setting und damit für die Beteiligten nicht deutlich erkennbar.

Krings und Weinberger versuchen daher eine analytische Annäherung an den Begriff der technologischen Assistenz und heben drei Aspekte hervor (ebd.): Hierzu gehören die fehlende Korrespondenz der Technikentwicklung mit dem Handlungsfeld der Pflege, die Erkennbarkeit des Nutzens technischer Assistenten sowie die Durchführung von Bedarfsanalysen. In Hinblick auf den ersten Aspekt wird deutlich, dass die Technikentwicklung sich nicht oder nur unzulänglich an den sozialen Kontext ausrichtet. Damit stimmen die Technologien nicht mit dem Referenz- bzw. Handlungsrahmen überein, weil die relevanten Akteure nicht in den Blick genommen werden. Der zweite Aspekt bezieht sich auf das Erfordernis, dass der Nutzen technologischer Assistenzsysteme im funktionalen Sinne von „[...] Entlastung, Einfachheit und Praktikabilität [...]“ erkennbar sein muss (ebd.: 198). Ohne diesen werden die Technologien nicht akzeptiert.²¹ Im dritten und letzten Aspekt wird darauf verwiesen, dass sensible Bedarfsanalysen dem Einsatz neuer Technologien vorausgehen sollen. Obligatorisch sind hier die genaue Untersuchung des Handlungsrahmens und die mit ihm korrespondierenden Funktionen der Technologien.

Demnach darf der Zweck einer assistierenden Technologie nicht auf einer abstrakten Ebene, die auf einer einseitigen Perspektive fußt, festgelegt sein (Hülksen-Giesler 2011). Vielmehr müssen die spezifischen Werte eines pflegerischen Handlungsfelds identifiziert und bei der Entwicklung avancierter Technologien, z. B. aus dem Bereich der Robotik, berücksichtigt werden (Depner/Hülksen-Giesler 2017). Von entscheidender Bedeutung bei der Bewertung des Technikeinsatzes in Sorgebeziehungen ist die Bestimmung des gesellschaftlichen Status von Pflege- und Care-Arbeit (Hülksen-Giesler 2020): Die Diskussion um Robotik und Digitalisierung der Pflege bildet dabei einen Bestandteil dieser Standortbestimmung, die sich jedoch nicht auf die technischen Möglichkeiten allein fokussieren sollte. Hierzu gehört, „[...] das Zusammenspiel von Dynamiken der Professionalisierung und Ausdifferenzierung der Pflege sowie der strukturellen Neuformation von komplexen Hilfe-Mixen aus informellen, professionellen und technischen Unterstützungssystemen zu diskutieren [...]“ (ebd.: 154). Dies umfasst ebenfalls die Einbindung der pflegerischen Akteure, die auf pflegewissenschaftlich geprägte Begriffsarbeiten (Hülksen-Giesler 2019) zurückgreifen können.

3.4 Zwischenfazit

Die Ausführungen in diesem Kapitel dienen der Annäherung an die Themen Materialität und Technologien in der Pflege. Deutlich wird, dass die Dinge als mutmaßliches Kennzeichen der Materialität für den handwerklichen Aspekt der Pflege stehen. Sie verweisen dabei auf die (Mikro-)Mechanismen der sozialen Reproduktion, so dass die Materialität anscheinend nicht scharf von sozialen Prozessen getrennt betrachtet werden kann. Dinge können demnach aus dem Gebrauch verschwinden oder grundlegend für die Bearbeitung von Bedürfnissen umgestaltet werden. Sie konstituieren soziale Rollen (u.a. mit negativen Folgen) sowie soziale Austauschprozesse und bedingen gleichzeitig Beziehungskonstellationen.

Was Technologien und damit auch technologisch avancierte Dinge angeht, so stehen sie für die Professionalität der Pflege. Dabei werden avancierte Technologien mit einer gewissen Ambivalenz in Verbindung gebracht, da sie aufgrund ihrer meist nicht-pflegerischen „Sozialisation“

²¹ Zumal aufgrund der Lebensverhältnisse der Betroffenen diese durch die mit der Nutzung assistiver Technologien einhergehenden Lernerfordernisse negativ belastet werden (Kiran 2017) oder auch zu Überforderungen bzw. Irritationen des familiären Umfelds und der Betroffenen führen können (Kollewe 2017).

bestimmte Aspekte pflegerischen Handelns in den Hintergrund rücken. In diesem Sinne besteht ein Sozialisierungserfordernis, das jedoch eine Repräsentation der beruflichen Pflege notwendig macht, um den pflegerischen Referenzrahmen mit zu bestimmen. Diese bedarf allerdings einer pflegewissenschaftlich informierten Begriffsbestimmung. Einen möglichen Weg für eine empirisch begründete Vorbereitung einer Begriffsbestimmung bietet die Akteur-Netzwerk-Theorie (ANT), deren epistemologischen Grundlagen im folgenden Kapitel skizziert werden.

4 Epistemologische Grundlagen der Akteur-Netzwerk-Theorie

Die vorliegende Arbeit ist auf die Untersuchung des Stellenwerts der materiellen Dinge bei der Herstellung von Handlungsfähigkeit in der beruflich erbrachten professionellen Pflege fokussiert. Als methodischer Zugang wird auf die Akteur-Netzwerk-Theorie (ANT) in der Lesart Bruno Latours zurückgegriffen, da dieser beiden Aspekte in der Analyse gemeinsam berücksichtigt. Latours geht von besonderen und in der Perspektive einer humanistisch grundierten Pflegewissenschaft nicht unumstrittenen epistemologischen Prämissen aus, die nachstehend skizziert werden.

4.1 Symmetrische Perspektive und irreduktionistische Erklärungen

Latour grenzt sein Verständnis einer sogenannten ‚zweiten Version der Soziologie‘ von demjenigen der herkömmlichen Soziologie ab. Während im Kontext der Letzteren Erklärungen anhand bestimmter Begriffe a priori vorgenommen werden, geht er von dem Standpunkt aus, dass Soziologinnen und Soziologen primär die Verknüpfungen bzw. Assoziationen zwischen den sozialen und den nichtsozialen Entitäten nachzeichnen sollen, bevor sie Zuschreibungen vornehmen (Latour 2014a).²² Somit offenbart sich auf den ersten Blick ein spannungreiches Verhältnis der ANT Latours zur in seiner Sicht traditionellen soziologischen Theorieauffassung: Sie bzw. die Theoretiker der ANT lehnen die traditionelle Theorieauffassung der Soziologie, sich gesellschaftlichen Sachverhalten aus der Vogelperspektive mittels abstrakter Reflexion nähern zu können, als Spekulation ab (Holzinger 2009). Die vorab angenommenen Regeln des Wissens und der Handlung existieren lediglich in beobachtbaren Praktiken (ebd.). Daher lässt sich die erkenntnistheoretische Position der ANT, die Latour als Sozial-Konstruktivismus²³ bezeichnet (Latour 2014a), weder dem Realismus noch dem Konstruktivismus zuordnen (Belliger/Krieger 2006). Die ANT beschreibt nicht die Gesellschaft oder die Natur als Ganzes. Im Zentrum ihrer Beschreibung steht vielmehr der Artikulationsprozess des Sozialen, verstanden als Herstellungsprozess von (u. a. wissenschaftlichen) Tatsachen. Am Beispiel der Wissenschaft verdeutlichen Belliger und Krieger diesen Prozess (ebd.): Die Wissenschaft stellt nicht nur neues Wissen her, sondern bereichert die Welt mit neuen Entitäten.²⁴ Im Sprachduktus der ANT wird damit das (soziale) ‚Netzwerk‘ erweitert und größer: „Das Mittelalter ist im Vergleich zur Moderne eine kleinere und nicht eine qualitativ andere Welt. Die moderne Welt ist enorm viel größer geworden und besteht aus viel mehr Hybriden einer bestimmten Art“ (ebd.: 29). Damit sind wissenschaftliche oder technische Tatsachen als zusammengesetzte Entitäten gemeint, deren Zustandekommen und damit ihre Herstellung untersucht werden müssen (Latour 2014a).

Nach Ansicht von van Loon bildet die Zwischenposition der ANT eine radikal-empirische Sozialwissenschaft, die als eine eigenständige Form des Konstruktivismus angesehen werden kann (van Loon 2014): Dieser umfasst dabei Schwerpunktverschiebungen (ebd.: 107): „[...] von der Epistemologie zur Praxis; [...] von sozialen Subjekten versus technischen oder natürlichen Objekten zu den Prinzipien der generalisierten Symmetrie und der freien Assoziation [...] und [...] von reduktionistischen logischen Erklärungen zu differenzierten empirischen Beschreibungen.“

²² Latour spricht im weiteren Verlauf seiner Ausführungen zu einer neuen Soziologie von nichtmenschlichen und menschlichen Entitäten (vgl. Latour 2014a).

²³ Mit dem Bindestrich in dieser Wortschöpfung von Latour hebt er die Zwischenposition der ANT hervor. Auch wenn er als ein Vertreter der Postmoderne gilt, versteht er die Welt nicht nur ‚als Text‘ und grenzt sich damit vom tatsächlichen Sozialkonstruktivismus ab (Latour 2014a). Vielmehr werden Fakten bzw. Tatsachen konstruiert (ebd.). Er spricht hier auch von *Faitiches* (ders. 2000a).

²⁴ In Form von Methoden, Erklärungen, Modellen oder Entdeckungen.

Der ersten Verschiebung lässt sich die Annahme der ANT zuordnen, dass nichts außerhalb der inszenierten Netzwerke (z. B. eine etablierte unhinterfragte Vorstellung einer objektiven Wahrheit, Anm. d. Verf.) über eine Realität verfügt (Law 2009). Es gilt vielmehr die empirisch wahrnehmbaren Netzwerke und die durch sie getragenen Praktiken bzw. Praxen untersuchen und beschreiben zu können (ebd.). In Bezug auf die Prinzipien der generalisierten Symmetrie und der freien Assoziation wird deutlich, dass sich die ANT vom humanistischen Paradigma absetzt und die Bedeutung nichtmenschlicher Akteure auf dem ersten Blick nicht niedriger bewertet als diejenige der menschlichen Akteure (Booth et al 2016, Booth 2013).²⁵ Dabei stellt Latour allerdings klar, dass es der ANT nicht um die Überwindung der Dichotomie zwischen Objekt und Subjekt geht (Latour 2014a): Sie behauptet nicht, dass eine essentialistische Symmetrie zwischen Menschen und nichtmenschlichen Entitäten existiert. Symmetrisch bedeutet vielmehr, a priori keine falsche Asymmetrie zwischen dem menschlichen intentionalen Handeln und der materiellen Welt kausaler Beziehungen anzunehmen. Die letzte Verschiebung, d. h. von reduktionistischen Erklärungen zu ‚dichten‘ Beschreibungen, begründet sich mit den Entlehnungen der ANT – und hier im Besonderen durch Latour – aus dem Bereich der (französischen) Narrationstheorien und der Semiotik (ebd.): Der Grund liegt für ihn darin, dass die Narration und die Semiotik bei der empirischen Beschreibung von Netzwerken Bewegungsfreiheit verschaffen, gerade weil die Vielfalt der in der Literatur beschriebenen fiktiven Welten dem Literaten diese Freiheit auch gewährt. Für ihn sollen z. B. die Soziologen Assoziationen, also Verknüpfungen zwischen verschiedenen Akteuren, aufzeichnen und nicht im Vorhinein alles herausfiltern, was einem sozialen Akteur nicht ähnlich sieht. Letztendlich sollen sie beschreiben und nicht disziplinieren. Wesentlich ist für Latour daher der ethnographische Zugang zu den Akteuren, so dass dichte Beschreibungen erstellt werden können (Latour 2014a). Hierin besteht die große Bedeutung der symmetrischen Perspektive in der ANT (ders. 2014b): Aus analytischen Gründen verliert ein Subjekt die ihm unterstellte Eigenschaft, autonom handeln zu können, und teilt sich die (später noch zu erklärende) Agency bzw. Handlungsträgerschaft (siehe Kapitel 5) mit ebenfalls an Autonomie verlustigen Subjekten. Damit wird die Kategorie des menschlichen Akteurs in der ANT auch auf nichtmenschliche Objekte (bzw. Entitäten) ausgeweitet (Elder-Vass 2008). Dabei entfaltet sich das Potenzial der symmetrischen Einstellung, das im Auffinden von Spuren besteht und damit die Identifizierung von Mechanismen auf individueller Ebene²⁶ ermöglicht, die später auf der strukturellen Ebene²⁷ in Erscheinung treten (ebd.).

Einen weiteren zuvor angesprochenen Aspekt bildet die Vermeidung reduktionistischer rationaler Erklärungen, die nach Latour einen relevanten ontologischen Ansatz der ANT darstellt (Latour 2016): Dieser Ansatz besteht darin, anzuerkennen, dass Erfahrungen in Bezug auf die Entitäten in der Welt nicht nur durch das objektive Wissen erklärt werden können. Dieses objektive Wissen ist an sich nicht problematisch, wenn es im Bereich der Wissenschaft eine Vorwärtsbewegung in Richtung des weit Entfernten und Unbekannten, d. h. der jeweiligen noch sichtbar zu machenden Erkenntnisgegenstände, bedeutet. Hierzu gehört aber auch, die Verbindungen bzw. Spuren des Wissens zu kennen, um zurückverfolgen zu können wie das Wissen ‚hergestellt‘ worden ist. Die klassische Form wissenschaftlichen Wissens hatte sich in seiner Perspektive von diesen Verbindungen getrennt bzw. aus der Welt und den verschiedenen Sichtweisen zurückgezogen. Latour leitet für sich daraus eine Deontologie ab, nicht selektiv in der Forschung vorzugehen und eventuell andere bedeutende nichtmenschliche Entitäten zu

²⁵ Der posthumanistische Ansatz der ANT sorgte für weitreichende Kontroversen in Bezug auf die ANT (vgl. z. B. Kneer 2008).

²⁶ Latour spricht hier vom Lokalen (Latour 2014a).

²⁷ Latour spricht hier vom Globalen (ebd.).

übersehen.²⁸ Diese Deontologie wird von Latour anhand seines sogenannten Irreduktionsprinzips verdeutlicht (ders. 2014a). Mit dem Prinzip versucht Latour, die Aussage zu treffen, dass Ereignisse allein sich nicht auf rein soziale Phänomene reduzieren lassen (Wieser 2012). Der zu Beginn dieses Unterkapitels angesprochene radikal empirische Ansatz der ANT ist indes anders als derjenige des herkömmlichen Empirismus (Latour 2014a): Dieser bildet für Latour nicht mehr die solide Grundlage für die Interpretation der Erfahrung. Er ist vielmehr dürftig, da er die vielfältigen Existenzformen der Materialien nicht berücksichtigt hatte. Die vielen Windungen der Objektivität, d. h. die sich als Zickzack-Bewegungen in einem ‚making of‘ von wissenschaftlichen Tatsachen anzeigenden Unbestimmtheiten, hatte er ignoriert. Aus der Perspektive der ANT jedoch werden die zahlreichen Faltungen der Objektivität deutlich. Latour bezieht sich hier auf seine Laborstudien am Salk Institute: In ihnen bewegte er sich dahin, „[...] wo Agenzien dazu gebracht werden, sich zu manifestieren [...]“ (ebd.: 195). Daher beansprucht er die Definition eines ‚zweiten‘ Empirismus (ebd.): Nicht mehr unbestreitbare Tatsachen, sondern umstrittene Tatsachen stehen als Versammlungen von Netzwerken im Mittelpunkt. Es müssen zu diesem Zweck wissenschaftliche Kontroversen über umstrittene Tatsachen kartografiert werden. Dabei ergibt sich das Problem, wie ANT-Forscher der Masse an Belegen für die Existenz umstrittener Tatsachen gerecht werden können. Die Lösung für den Umgang mit dieser Vielfalt besteht aus seiner Sicht darin, sich auf die Unbestimmtheiten bzw. Kontroversen einzulassen und nicht im Voraus zu definieren, wie die zu untersuchende Welt auszusehen hat. Nicht mehr passive Zwischenglieder, sondern eine komplexe und kontroverse Reihe von Akteuren steht im Vordergrund. Deren gemeinsame Welt muss durch die Forscher zusammengesetzt und versammelt bzw. assoziiert werden. Dabei müssen nicht alle Kontroversen beantwortet und die vollständige Reihe an Akteur-Netzwerken entfaltet sein, die die umstrittenen Tatsachen manifestieren. Es muss lediglich vorab vermieden werden, die Mannigfaltigkeit durch eine hegemoniale Version einer unbestreitbaren Tatsache, die das präsentiert, was die Erfahrung zeigt, aufzuheben. Hierin liegt aus der Sicht Latours der Zweck eines ANT-konformen Berichts (ebd.): Die Akteure sollen in ihm als Netzwerke von Vermittlungen entfaltet werden, um der Performanz des Sozialen eine Form zu geben. Gleichwohl steht Latour dem Reduktionismus nicht in fundamentaler Weise entgegen, da er auch zwei Formen aufweist (Latour 2016): Die erste Form besteht in der Reduktion einer Substanz auf seine Attribute und bildet die gemeinsame Eigenschaft aller wissenschaftlichen Disziplinen. Wann immer jemand als Akteur (z. B. eine Gruppe von Neurologen) über eine Handlungsmacht verfügt, z. B. das Hirntodkriterium definieren zu können, muss dabei fähig sein, die Handlungen zu beschreiben, aus denen diese Handlungsmacht entstanden ist.²⁹ Die zweite, problematischere Form des Reduktionismus besteht in der Substitution der Substanz zugunsten ihrer Attribute, indem die gefundenen wirkungsmächtigen Eigenschaften des Akteurs von den vorausgegangenen Handlungen getrennt werden. Sie verkörpern nicht länger die Zusammenfassung und Erklärung der Handlungen, sondern die unbestrittene Quelle für diese Handlungen. In diesem Fall definieren z. B. die Neurologen allein das Hirntodkriterium, da ihre Definition sich gesellschaftlich durchgesetzt hat und nicht mehr dessen Entstehungshintergrund in der Gesellschaft bekannt ist und hinterfragt werden kann. Latour bezeichnet diesen zweiten Reduktionismus als „the scientific world view“ (ebd.: 94), der auf die Aufgabe

²⁸ Ob damit ein selektiver Blick auf den Untersuchungsgegenstand tatsächlich ausgeschlossen werden kann, bleibt zu diskutieren.

²⁹ Siehe z. B. Manzeis Publikation zum Hirntodkriterium (Manzei 2005).

der Beschreibung verzichtet und unhinterfragte Tatsachen, sogenannte Blackboxes, produziert (Latour 2014a).³⁰ Im Ergebnis führt dies zu einer Abwertung anderer Erkenntnisansätze durch eliminative Erklärungen, wie Latour im folgenden Zitat polemisch anmerkt: „[...] while letting humanists, lovers, archaic social scientists, add to this fabric of the universe the secondary subjective qualities, like little kids painting doodles on the washable walls of their kindergarten“ (ders. 2004a: 225). Mit dem Begriff der Existenzweisen, den er als neue Version des Netzwerkbegriffs³¹ als Metapher für Formen des Wahrsprechens verwendet, soll dieser ‚zweite Reduktionismus‘ abgewehrt werden (ders. 2016): Eine Beschreibung der Farbe Rot als elektromagnetische Welle soll nicht mehr fähig sein, eine andere Beschreibung wie diejenige des romantischen Sonnenuntergangs zu eliminieren. Es geht Latour dabei nicht um einen Relativismus; vielmehr möchte er mit der ANT ein ‚Mehr‘ an Realität registrieren und beschreiben können.

4.2 Aktanten und Akteure als Kernbegriffe irreduktionistischer Erklärungen

Die Begriffe des Aktanten und des Akteurs bilden weitere Kernbegriffe der ANT. Sie beruhen, wie so vieles in der Latourschen ‚Variante‘ der ANT, in seinem Rückgriff auf die Semiotik (Latour 2014a): In einem wissenschaftlichen Bericht muss dem Handlungsträger, verstanden als Aktant, eine Figuration d.h. eine vage Form oder einen Umriss verleihen. Die Figurationen verleihen einer Entität Gesicht, Figur, Gestalt, Verkleidung oder Konsistenz, die das Handeln von Menschen steuern können. Allerdings existieren auch abstrakte Figurationen eines Aktanten. Dementsprechend ist zum Nachzeichnen der Figuration eines Aktanten eine Vielfalt an Möglichkeiten vonnöten, um aus ihm einen Akteur zu machen. Anhand der Chorea-Huntington-Krankheit als Aktant erläutert Latour, wie verschiedene Sichtweisen im Sinne einer Pluralität der Existenzweisen gleichberechtigt zur Sprache kommen und wie damit aus einem Aktanten verschiedene Akteure figuriert werden, indem andere Akteure befragt werden (Latour 2016). Dabei geht es um die Zuschreibungen der Akteure an bzw. ihre Beschreibungen von anderen Akteuren, die Latour in seiner Terminologie als Ontologien bezeichnet (ders. 2014a). Diese als Ontologien bezeichnete Zuschreibungen wird an folgendem Beispiel nachvollziehbar: Latour bezieht sein Beispiel auf das ‚Mind-Body-Problem‘ bzw. die Verengung des Blickwinkels auf den ‚Körper‘ im naturwissenschaftlichen Sinne (ders. 2016, siehe auch ders. 2004a).

³⁰ Ein weiteres eindrückliches Beispiel einer unhinterfragten Tatsache bietet sich in Gestalt der Objektivität der quantitativ zu erhebenden Daten in einem Gutachtenformular und der dahinterstehenden gesetzlichen Regelungen als ‚Blackbox‘ an (Ouart 2011): Nach Ouarts Ansicht ergibt sich der Konflikt um die Festlegung der Pflegestufen an der Schnittstelle zwischen den im Gutachten erhobenen ‚objektiven‘ Zahlen und der erlebten und von ihr beobachteten Pflegepraxis. Dies betraf hauptsächlich Aspekte, die nicht genau quantifiziert werden konnten. Dabei verfolgen die Gutachterinnen die Prämisse, dass die Quantifizierbarkeit unbedingt auch unter Inkaufnahme der extremen Reduktion einer Pflegesituation im Gutachten gewährleistet sein musste. Sie konnten dabei beobachten, dass im Gutachtenformular differenzierte Angaben nicht erfolgen konnten. In diesem Sinne definierte ein Gutachten damit eine offizielle alleingültige Form der Pflegebedürftigkeit, die die Abweichungen von diesem ‚Durchschnittswert‘ und der schwierigen Alltagssituationen schlichtweg übersah. Letztendlich zählten nur die gesetzlichen Kategorien. Damit handelt es sich aus ihrer Sicht bei der Praxis der Pflegestufenfestlegung nicht um ein Umrechnen eines Systems, des Alltags der Antragstellerinnen in das andere System des Gutachtens bzw. dessen Beschreibung im Gutachtenformular. Es ist vielmehr eine komplexe, indes mit erheblichen Reduktionen einhergehende Transformationsleistung. Viele der auf das Gutachten einwirkenden Aspekte werden hierdurch nicht mehr abgebildet und sind damit nicht mehr – entsprechend einer Blackbox – nachvollziehbar.

³¹ Der Grund hierfür liegt darin begründet, dass sich nach Latour das Internet als weltweites Netz(werk) etabliert hat und nunmehr per ‚Doppelklick‘ alles – aber in einer reduktionistischen Perspektive – verfügbar ist (vgl. Latour 2014c)

Im Zentrum eines Seminars an der *École des Mines*, an der Latour lehrte, stand die Chorea-Huntington-Krankheit, deren ‚etablierte‘ Definition im Sinne der zweiten Form des Reduktionismus auf die Kategorie des Körpers reduziert werden konnte: „[...] one gene, one condition, sure death“ (Latour 2016: 115). Um diese unbestreitbare Tatsache in eine umstrittene Tatsache zu überführen, d. h. zu verkomplizieren, wurden weitere Personen von einer mit Latour zusammenarbeitenden Patientenorganisation mit der Bezeichnung ‚Dingdingdong‘ (DDD) eingeladen (ebd.): Normalerweise wird aus der Sicht Latours von den passiven ‚Zwischengliedern‘ der Patienten erwartet, dass sie leiden, über die gelebte Erfahrung des Krankseins berichten oder die mangelhafte Forschungsförderung sowie die gesundheitliche Versorgung, um den Erwartungen des öffentlichen wissenschaftlich vermittelten Bilds von Menschen mit Chorea Huntington zu genügen, beklagen. Die beiden Vertreter der Patientenorganisation wurden allerdings von AIDS-Aktivisten inspiriert und damit in ein bereits existierendes Netzwerk eingebunden. Hier konnten sie Eindrücke von den Aktivisten sammeln, die über einen anderen Blick auf ihre Erkrankung verfügten und diese auch anders figurierten. Entsprechend ihren Vorbildern wollten sie Wissen über ihre Krankheit generieren, welches über die subjektiven Interpretationen des Lebens mit dieser Erkrankung hinausging.

Zur weiteren Verkomplizierung der Situation wurde ein Hirnforscher mit einer hohen wissenschaftlichen Reputation eingeladen. Dieser hatte einen bedeutenden Beitrag in der Entdeckung des krankheitsauslösenden Gens geleistet und die pathophysiologischen Vorgänge im Gehirn beschrieben. Dabei entsprach er nicht den Reduktionisten der zweiten Form. Er war kein Eliminativist, d. h., er negierte nicht aus einem eliminativen Materialismus heraus die anderen parallel bestehenden Ansichten auf die Realität und die damit verbundenen Existenzweisen. Seine Erklärung folgt nicht dem Schema ‚one gene, one condition, sure death‘. Die Aufmachung bzw. Figuration des Gens und der Nervenverbindungen im Gehirn wurden von ihm erläutert. Dabei stellte sich heraus, dass das Gen sich in alle Arten von Richtungen, auch in unerwartete, entwickeln kann. Das ‚Handeln‘ des Gens ist demnach keine absolut gerade Angelegenheit. Es gibt mehrere Wege hinsichtlich der Wirkungen dieses Gens. Auf dieser Basis entwickelte sich ein Gespräch der Aktivisten mit dem Hirnforscher. Sie kamen auf eine gemeinsame Maxime: „[...] in natural philosophy we cannot pick and choose [...]“ (ebd.: 115). Hierdurch wurde die Beschreibung der Chorea Huntington wesentlich um zwei weitere Zuschreibungen³² erweitert. Im weiteren Verlauf kam ein neuer Gesprächspartner, ein Vertreter aus der Ethnopsychiatrie, zur weiteren Verkomplizierung der Beschäftigung mit dem Chorea-Gen hinzu. Als das Gespräch auf die unfreiwilligen (oder unwillkürlichen) Bewegungen kam und dieses Phänomen des ‚Veitstanzes‘ von den Teilnehmern sowie die Frage diskutiert wurden, weshalb der Erkrankung der Name ‚Chorea‘ verliehen wurde, begannen diese zu realisieren, dass die wissenschaftliche Vorstellung über unfreiwillige Bewegungen einen Gegenstand für weitere Fragen bildete. Hier kam der Beitrag des Ethnopsychiaters zum Tragen, der als weiteres Beispiel für diese Art der Bewegung die süditalienische Tarantella als ein therapeutisches Tanzritual beschrieb. Einer der Vertreter aus der Patientenorganisation ergänzte die Äußerungen des Ethnopsychiaters, da er selbst Mitglied einer für Betroffene offenen Tanzgruppe war. Das ursprünglich pathologische Symptom wurde im Verlauf des Gesprächs zu einem Entspannungstanz bzw. künstlerischen Tanz. Die Bedeutung, eine solche Erkrankung zu haben, wurde im Verlauf der Gesprächsrunde für eine alternative und in der Perspektive Latours vollständigere Beschreibung geöffnet.

Dem schadhafte Gen als Aktant wurden durch die Befragung mehrerer Akteure weitere Zuschreibungen handlungstragender Aspekte zugeordnet, die sich folgendermaßen veranschau-

³² Von Latour auch als ‚Agencies‘ bezeichnet (Latour 2016); vgl. hier auch Unterkapitel 5.2.

lichen lassen (Latour 2016): Das Gen weist nicht eine Kondition auf, sondern zahlreiche verschiedene Konditionen und damit Krankheitsverläufe. Das pathologische Symptom der unfreiwilligen Bewegungen ist gleichzeitig auch eine Form künstlerischer (Körper-)Betätigung. Dabei wurden die verschiedenen Sichtweisen der Akteure, d.h. die Figurationen der Wissenschaftler und Betroffene, gleichberechtigt und damit symmetrisch zusammengeführt. Am Ende stand nicht mehr das alte Bild bzw. Figuration des Chorea-Huntington-Gens mit ‚one gene, one condition, sure death‘, sondern ein vielschichtiges handlungsanregendes und folglich mit einer weiteren Form von Agency versehenes Bild der Krankheit. Im Bereich der Wissenschaft hat sich hierdurch aus Latours Perspektive eine neue diplomatische Situation ergeben (ebd.): Der alte Vertrag zwischen den Domänen der Wissenschaft ist aufgekündigt. Die alte Arbeitsordnung – die Naturwissenschaften für die objektive Wahrheit und die Geisteswissenschaften für die mehr subjektiven Aspekte des menschlichen Lebens – greift aus seiner Sicht nicht mehr. Vielmehr gilt es, die Kreuzungen dieser verschiedenen Arten von Existenzweisen mit ihren unterschiedlichen Verständnissen des ‚Wahrsprechens‘ in den Blick zu nehmen (vgl. Latour 2014c).³³

4.3 Akteurschaft, Netzwerke und Macht

Einen weiteren Aspekt der Akteurschaft, der für das Verständnis der ANT von großer Bedeutung ist, verkörpert die nichtessenzialistische Sicht auf diese (Belliger/Krieger 2006). Jedes eine Situation verändernde Ding macht einen Unterschied und kann aus Sicht Latours damit als Akteur bezeichnet werden (Latour 2014a).

Dabei bildet ein Akteur in einem Akteur-Netzwerk, d. h. einem sich aus mehreren miteinander verknüpften Akteuren ergebenden ‚Netz‘, nicht den Ursprung einer Handlung (ebd.). Das Wort ‚Akteur‘ verweist darauf, dass das Handeln nicht lokalisierbar, sondern über den Ort hinausgeht bzw. von anderen Orten ‚diskokal‘ beeinflusst wird. Der diskokale Aspekt besteht darin, dass das Handeln „[...] entlehnt, verteilt, suggeriert, beeinflusst, dominiert, verraten, übersetzt [...]“ (ebd.: 81) wird. Die Akteure verfügen indes über die Fähigkeit, eigene Handlungstheorien zur Erklärung der Wirkung von Handlungsträgern zu bilden. Nach Ansicht Latours sind Akteure „[...] voll entwickelte reflexive und geschickte Metaphysiker [...]“ (Latour 2014a: 100). Damit verweist er auf eine Voreinstellung der ANT, dass Akteure eigene Metatheorien über das Agieren von Entitäten formulieren können und diese in Erfahrung gebracht werden müssen.

Jeglicher Akteur muss dementsprechend ‚befragt‘ werden (Latour 2014a): Bewirkt er als handlungstragender Akteur im Verlauf einer Handlung eines anderen Akteurs einen Unterschied oder nicht? Ist eine Möglichkeit vorhanden, diesen Unterschied zu ermitteln? Latour bezieht sich hier beispielhaft auf ‚banale‘ Beispiele: Er fragt u. a. danach, ob es keinen Unterschied macht, einen Nagel mit oder ohne Hammer einzuschlagen bzw. auf der Straße mit oder ohne Kleidung zu spazieren. Es macht allerdings in beiden Fällen einen Unterschied, sodass Aktanten irgendwann eine Figuration als schwerer Hammer oder als geblümtes Kleid erhalten. Diese Akteure werden hierdurch zu Beteiligten am Handlungsverlauf, determinieren aber nicht das Handeln. Ein Hammer erzwingt in Latours Sicht nicht das Einschlagen von Nägeln. Der Grund liegt darin, dass vermieden werden muss, Objekte als Ursachen aufzufassen. Ihre Wirkungen werden nicht durch menschliches Handeln bloß transportiert, sodass das Handeln lediglich eine Folge von Aktionen passiver Zwischenglieder wäre. Vielmehr kann die Beteiligung von Objekten am Handlungsverlauf unterschiedliche Schattierungen annehmen. Objekte können

³³ Latour spricht in seinem 2013 erschienenen Werk ‚An Inquiry into the modes of Existence‘ von verschiedenen Existenzweisen (Latour 2014c), u. a. von Technik [TEC], wissenschaftlicher Referenz [REF], Politik [POL], Recht [REC] sowie Religion [REL].

„[...] ermächtigen, ermöglichen, anbieten, ermutigen, erlauben, nahelegen, beeinflussen, verhindern, autorisieren, ausschließen [...]“ (ebd.: 124). Die ANT fokussiert sich dabei auf die Frage danach, wer und was an Handlungen beteiligt ist, damit die Dauerhaftigkeit und die Ausbreitung von Interaktionen erklärt werden können.

Aus Sicht der ANT-Forscher sind Objekte nicht nur ‚vollgültige‘ Akteure, sondern auch an Ungleichheiten sowie an der Ausübung von Macht beteiligt (ebd.). Ein Akteur besitzt dabei keine Macht wie eine Eigenschaft (Latour 2006a): Allein dann, wenn er Macht ausübt und andere Akteure die angeordneten Handlungen ausführen, besitzt ein Akteur Macht. Daher ist, wenn es um die Analyse von Macht geht, von den Konsequenzen einer Handlung und nicht primär von deren Ursachen auszugehen. Ein Befehl ist daher im Sinne der ANT eine Konsequenz einer Handlungskette, die sich aus verschiedenen Akteuren zusammensetzt. Dabei übersetzt jeder Akteur die Handlungen entsprechend seinen eigenen Handlungsprogrammen, sodass letztendlich Macht durch viele Akteure im Hier und Jetzt zusammengesetzt und in ein politisches oder soziales Schema gesetzt wird. Der Unterschied zwischen der Macht als Eigenschaft und der Macht im Handeln besteht darin, dass Letztere in den Handlungen anderer begründet liegt. Macht ist damit eine heterogen gestaltete Komposition. Diese bildet den primären Mechanismus. Der sekundäre Mechanismus ergibt sich aus einer den Akteuren zugewiesenen Macht. Dementsprechend hängt die Macht eines Akteurs davon ab, wie viele andere Akteure Teil der Komposition werden. In der Perspektive Latours sind dabei besonders die Akteure mit viel Macht ausgestattet, die über eine Vielzahl an Verbindungen zu anderen Akteuren und damit über weitreichende Akteur-Netzwerke verfügen (ders. 2014a). Hierzu zählt er die Rechenzentralen und andere ‚Schaltstellen‘ der Gesellschaft, die aus seiner Perspektive für die Bildung sozialer Gruppen als bestimmende ‚Sprecher‘ verantwortlich zeichnen (ebd.). Macht kann in diesem Sinne als Eigenschaft nicht zu- oder abnehmen, weil sie durch das Handeln anderer ausgeübt wird. Dies geschieht mittels der Translation, die Latour als diskontinuierlichen Handlungsverlauf (ebd.) und als Mediation (ders. 1994) beschreibt, und umfasst Interaktionen, Transaktionen, Aushandlungen und Vermittlungen zwischen heterogenen Akteuren (Belliger/Krieger 2006): Im Verlauf dieser Interaktionen nehmen die Akteure auf der Basis häufig entgegengesetzter Handlungsprogramme Rollen und Funktionen an und führen diese aus. In diesem Sinne kann dann von einem Interessenausgleich zwischen den Akteuren gesprochen werden. Dabei müssen diese, um andere Akteure jeweils in ein Netzwerk einzubinden, durch das eigene Handlungsprogramm beeinflusst werden. Die dazugehörigen Übersetzungsprozesse umfassen dabei die Annahme, Veränderung und Anpassung von Interessen sowie Zielen und deren Einbindung in Handlungsprogramme (Belliger/Krieger 2006). Letztere werden dann wiederum durch andere Handlungsprogramme verändert, aufgenommen oder ausgeschaltet (ebd.).³⁴ Am Ende steht eine (z. B. wissenschaftliche) Tatsache, die als Selbstverständlichkeit nicht mehr hinterfragt wird (ebd.). Da Latour sich damit auf die ‚Mikroebene‘ fixiert hat, bietet sich somit potenziell ein Einblick in die „capillary activities“ (Foth 2013:99) der Aufrechterhaltung und Sinnfunktion von Macht an.

³⁴ Belliger und Krieger (2008) beziehen sich in der Beschreibung des Übersetzungsprozesses als Grundlage der Bildung von Netzwerken auf Michel Callon (1986), der die Schritte der Problematisierung, des Interesselement, des Enrolment, der Mobilisierung und zuletzt der Konstruktion von Black Boxes (oder dem Blackboxing) durch die Fixierung von Rollen beschrieben hat. Dabei handelt es sich primär um ein Reflexionsinstrument, mit dem die Herstellung wissenschaftlicher Tatsachen rekonstruiert werden kann (Lipphardt/Niewöhner 2008).

4.4 Zwischenfazit

Entgegen der im zweiten Kapitel skizzierten pflegewissenschaftlichen Grundlagen, die sich auf phänomenologisch-hermeneutische Ansätze berufen, basiert die ANT in Gestalt der generalisierten Symmetrie von sozialen und nicht-sozialen Entitäten auf einem scheinbar nicht-humanistischen Paradigma. Allerdings versteht Latour diese Symmetrie von Menschen und materiellen Dingen als methodische Aufforderung an die Wissenschaft weniger reduktionistische bzw. nicht-eliminative Beschreibungen der komplexen Realität u.a. von Handlungssituationen anzufertigen. Der Begriff des Netzwerks steht dabei für die Performanz des Sozialen. Und hier besteht das Potenzial für eine pflegewissenschaftlich informierte Begriffsbildung: Als radikal-empirischer Zugang erlaubt die ANT die Beschreibung des Zusammenspiels von materiellen Entitäten und Menschen. Hierdurch ist es wahrscheinlich möglich dem Aktanten der ‚beruflichen Pflege‘ weitere Figurationen der Handlungsfähigkeit von Pflegenden zuzuordnen. Die Zielrichtung bildet hier die Befragung der menschlichen Akteure, um ihre Metatheorien herauszuarbeiten und in den Diskurs einzubringen. Ob hierdurch neue Verknüpfungen mit anderen Akteuren und damit mehr Macht für beruflich Pflegenden entsteht, muss hier offenbleiben. Allerdings bleibt noch offen, was Latour unter dem Sozialen in der Perspektive einer generalisierten Symmetrie versteht.

5 Vom Sozialen zur Agency in der ANT

In diesem Kapitel werden weitere relevante Aspekte der ANT präsentiert. Hierzu gehört das besondere Verständnis des ‚Sozialen‘, das die symmetrische Perspektive aufnimmt und somit auch nichtsoziale bzw. nichtmenschliche Entitäten einbezieht. Ein weiterer Abschnitt widmet sich dem Agency-Verständnis, das Aussagen über den Aspekt der Handlungsfähigkeit erlaubt. Im letzten Unterkapitel wird ein Begriffsinventar skizziert, mit dem die Herstellung dieser Handlungsfähigkeit umrissen werden kann.

5.1 Die drei Formen des Sozialen

Einen wesentlichen Aspekt der Akteur-Netzwerk-Theorie in der Lesart Bruno Latours bildet das Verhältnis der Mikroebene zur Makroebene der Gesellschaft, dem er ein anderes analytisches Verständnis des Sozialen entgegenhält. Diesem herkömmlichen soziologischen Verständnis nach existieren zwei Ebenen des Sozialen, die den Gegenstand der Analyse verkörpern können (Latour et al. 2012): Hierzu gehören die Mikroebene, die sich auf Individuen fokussiert, und die sich auf Aggregate (z. B. Politik, Wirtschaft) fokussierende Makroebene.³⁵ Die Problematik besteht aus Sicht der ANT-Theoretiker allerdings in dem Umstand, wie man analytisch von der Mikro- auf die Makroebene und im Umkehrschluss in die andere Richtung gelangen kann. Aus Sicht der Autoren verdeckt diese Unterteilung in Mikro und Makro indes das zentrale Phänomen, das eigentlich sowohl die Natur- als auch die Sozialwissenschaften untersuchen wollen. Es geht darum, herauszufinden, wie den stärkeren, weiteren und dauerhafteren Assoziationen gefolgt werden kann. Ein Akteur-Netzwerk ist umso stärker, wenn es über eine Vielzahl an Assoziationen bzw. Verknüpfungen mit anderen Netzwerken verfügt als andere Akteur-Netzwerke (Latour 2014a). Eine Unterteilung in Mikro und Makro beantwortet hingegen diese Fragen zu schnell und unterschlägt aus der ANT-Perspektive gerade die heterogenen Netzwerke (Latour et al 2012).

Die ANT bietet daher keinen Kompromiss zwischen Mikro und Makro der konventionellen Soziologie, die Latour als das Soziale Nr. 1 bezeichnet (Latour 2014a): Vielmehr muss die Unmöglichkeit in den Mittelpunkt gerückt werden, auf einer der beiden analytischen Ebenen lange bleiben zu können. Latour verfolgt hier einen anderen, in seinen Worten kartografischen Ansatz, um das ‚Soziale‘ nachzuverfolgen, indem der analytische soziale Bereich vollständig ‚flach‘ gehalten und damit die herkömmliche Vorstellung von mehreren gesellschaftlichen Ebenen, wie z. B. Pyramiden, Systemen oder Organisationen, entsprechend dem Mikro und Makro vermieden wird. Für Latour besteht der Vorteil des analytischen ‚Flachhaltens‘ der sozialen Welt darin, dass verfolgt werden kann, wie die jeweiligen soziale Dimensionen erzeugt und aufrechterhalten wurden.

Dabei stellt sich die Frage nach dem theoretischen Hintergrund dessen, weshalb Latour einen großen Wert auf die Metapher einer ‚flachen Topografie‘ legt. Hier greift er auf den französischen Philosophen Gabriel Tarde aus dem 19. Jahrhundert zurück, der von Latour als ein Gegenspieler Emile Durkheims, dem Urheber der ‚herkömmlichen‘ Soziologie, bezeichnet wurde (Latour 2001). Latour hebt dabei den Reduktionismus von Tarde hervor (ebd.): Dieser besagt, dass die kleinsten Entitäten differenzierter und komplexer sind als die aus ihnen bestehenden Aggregate. Eine Gesellschaft stellt für ihn keine höhere und komplexere Ordnung dar. Gleichwohl setzt sich die menschliche Monade als Agent nicht als eine Entität für sich zusammen. Der menschliche Agent besteht aus einer Vielzahl weiterer kleinerer Monaden, die über eine Handlungsträgerschaft verfügen. Für die ANT ist Tarde deswegen so interessant, weil er als Reduktionist nicht die Grenze zwischen Natur und Kultur anerkennt. Ferner geht er

³⁵ Interessanterweise spricht Latour nie von einer Mesoebene.

nicht davon aus, dass von der Warte der höheren Stufen aus die niedrigen Stufen erklärt werden können. Menschliche Gesellschaften erscheinen mithin lediglich spezifisch zu sein, da sie die Betrachter in der Binnenperspektive sehen und die Gesellschaften nur aus wenigen Elementen zusammengesetzt sind. In diesem Sinne bilden damit alle Dinge bzw. nichtmenschlichen Entitäten eine soziale Tatsache.

Tarde denkt im Gegensatz zur herkömmlichen Soziologie heterarchisch (ebd.): Nicht von der Makrostruktur oder von Kulturen oder Gesellschaften sowie emergenten Eigenschaften soll gesprochen werden. Vielmehr ist das ‚Makro‘ den einzelnen Monaden unterlegen, da es sich um eine simple Version eines Ziels einer Monade handelt, indem sie andere Monaden dazu gebracht hat, dieses Ziel gemeinsam zu teilen. Aus Latours Sicht muss sich ein ‚guter‘ Soziologe weigern, einen umfassenderen Überblick bzw. ein panoptisches Gesamtbild zu gewinnen. Vielmehr muss er sich mit dem Oligoptikon³⁶ und der flach gehaltenen Gesellschaft auseinandersetzen. Mit dem Oligoptikon kann zwar nicht alles in den Blick genommen werden, aber das, was gesehen wird, kann detailliert erläutert werden (ders.2014a).

Damit fokussiert sich die ANT auf die konkreten Interaktionen, in denen das ‚Soziale‘ in den durch die Interaktionen hervorgebrachten ‚Netzwerken‘ zirkuliert (ders. 2006b). Zu diesem Zweck fügt Latour dem ‚Sozialen Nr. 1‘ noch weitere Formen des Sozialen hinzu. Hierzu gehören das ‚Soziale Nr. 2‘ und das ‚Soziale Nr. 3‘ (ders. 2014a): Beim ‚Sozialen Nr. 2‘ handelt es sich um die nichtmenschlichen und/oder nichtsozialen Entitäten, die die lokalen und dynamischen Face-to-face-Interaktionen des ‚Sozialen Nr. 3‘ zu einem dauerhaften Gebilde stabilisieren können. Es geht folglich um den Aspekt der materiellen Dauerhaftigkeit der Gesellschaft (Law 2009) und mithin darum, wie Dinge, Maschinen und Technologien die Gesellschaft zusammenhalten (Spreen 2015), indem Objekte bzw. Dinge mittels der Delegation von Aufgaben als Mediatoren der sozialen Beziehungen fungieren (Latour 2000b). An technischen Artefakten können beispielsweise sachtechnische Abläufe delegiert werden (Schulz-Schaeffer 2008a): Diese führen sinnhafte Operationen durch, die zuvor eigentlich von menschlichen Akteuren durchgeführt worden sind. Sie knüpfen dabei an die anderen Handlungen der Menschen sinnvoll an. Gleichwohl darf dabei nicht vergessen werden, dass den eingebundenen Materialien keine Stabilität an sich innewohnt (Law 2009). Das heißt, auch wenn nichtsoziale Entitäten eine soziale Struktur stabilisieren, bleibt die Kontingenz erhalten. Sie kann nicht zur Gänze eliminiert werden (ebd.).

Entgegen der herkömmlichen Soziologie begründet die ANT ihre Aussagen auf der Performanz der Netzwerkbildung (ebd.). Im Vordergrund steht hier die Untersuchung der Logik der Netzwerkarchitektur und der Art und Weise der Netzwerkkonfigurationen die eventuell, aber nicht zwangsläufig zu einer relativen Stabilität führen können (ebd.). Dies erfordert von einem ANT-Forscher dann allerdings die praktischen Mittel, die Ausdehnung einer beliebigen sozialen Interaktion in Zeit und Raum zu identifizieren (Latour 2014a).³⁷ Hier kommt der Face-to-face-Interaktion wiederum eine gewichtige Bedeutung zu: Sie erfolgt durch die Fokussierung auf das ‚Soziale Nr. 3‘, d. h. auf eine konkrete Face-to-face-Interaktion, da hieran deutlich wird, mit welchen nichtmenschlichen Entitäten Assoziationen eingegangen werden müssen (ebd.). Indem die ‚Vertreter‘ des ‚Sozialen Nr. 2‘ herangezogen werden, erhöht sich die Stabilität des ‚Sozialen Nr. 3‘, wobei Latour auch von Verschiebungen oder Delegationen an nichtmenschliche bzw. nichtsoziale Entitäten spricht (ebd.).

³⁶ Das Oligoptikon konzipierte Latour als ‚Gegenentwurf‘ zum Panoptikum Foucaults (siehe Latour 2014a).

³⁷ Vgl. das Beispiel zum Hörsaal in diesem Kapitel.

Dabei tritt aus Sicht Jos de Muls (2010) eine mögliche Überschneidung mit dem für die pflegewissenschaftliche Perspektive bedeutsamen Plessnerschen Konzept der exzentrischen Positionalität hervor: In der Verbindung des Sozialen Nr. 3 mit dem Sozialen Nr. 2 setzen sich nichtmenschliche Entitäten mit den menschlichen Akteuren in ein Verhältnis. Damit kommt zugleich die natürliche Künstlichkeit des Menschen zum Vorschein (ebd.): Dazu gehört die fundamentale Bedürftigkeit, die jedem subjektiven Bedürfnis vorangeht und dieses untermauert. Ein Mensch ist daher, um für sich selbst sein zu können, auf die unterstützenden Mittel der Technologie und der Kultur angewiesen. Technologien oder Dinge sind indessen keine bloßen Instrumente, sondern schlichtweg für das ‚Sein‘ essenziell notwendig. Dies bedeutet, dass diese unterstützenden Mittel trotz ihrer Andersheit (z. B. als materielle Objekte, Anm. d. Verf.) einen Teil des Selbsts eines Menschen bilden. Das menschliche Leben inszeniert sich in diesem Sinne in einem heterogenen Ensemble auf organischer Basis des Körpers und der Mittel, die dieses Ensemble unterstützen. De Mul veranschaulicht dieses Verhältnis am Beispiel des Schreibens (de Mul 2010) ebd.): Auch wenn der Stift keinen Teil eines Organismus darstellt, ist dieser nichtsdestotrotz mit den kognitiven Strukturen eines Menschen verbunden. Dies gilt auch für die Nutzung technischer oder kultureller Artefakte, denn wenn technologische Innovationen als Produkte menschlichen Werkzeugbaus gesehen werden können, sind die Menschen selbst gleichzeitig die Produkte dieser Technologien (de Mul 2014). Die Exzentrizität ist folglich mit den Dingen bzw. dinglichen Technologien verwoben (ebd.).

5.2 Agency in der ANT-Perspektive

Latour beschreibt die Problematik, dass aus seiner Sicht alle soziologischen Theorien von einer Trennung individueller Körper von den Struktureffekten ausgehen (Latour 2001). Letztere treten dann in Form eines transzendenten Schicksals wieder auf die Bühne, und zwar in der Weise, dass zwischen ihnen und den Menschen keine Verbindung nachgezeichnet werden kann (ebd.). Ihm geht es im Sinne des ‚ersten Reduktionismus‘ darum, diese Kluft zu überwinden und zu veranschaulichen, wie Agency in einem Netzwerk entsteht (Latour 2016). Dabei kann der Begriff der Agency ungefähr als Handlungsträgerschaft (Mathar 2012), als Wirkungsmacht oder als Handlungsmacht (Roßler 2016) sowie als Handlungsmöglichkeit (Gnosa 2018) beschrieben werden, wobei diese Unbestimmtheit den Anlass für kontroverse Diskussionen über die Gebrauchbarkeit des Begriffs gebildet hat (Helfferich 2012). Im ursprünglichen Sinne und damit im Gegensatz zur ANT wird von einer ausschließlich menschlichen Eigenschaft bzw. Fähigkeit gesprochen, intentional handeln zu können (Raithelhuber 2012).

Im Zentrum der symmetrischen Perspektive der ANT hingegen steht dabei das Zusammenspiel menschlicher und nichtmenschlicher Handlungsbeiträge, die sich zu handelnden Akteur-Netzwerken verbinden (Laux 2011), d. h. auf den Vorgang des Netzworlbildens (Kneer 2009) oder des ‚Making of‘ (Latour 2014a). Die Zuschreibung von Agency auf nur eine der an einer Handlung beteiligten Entitäten wäre in diesem Sinne willkürlich, da menschliche und nichtmenschliche Entitäten (= Akteure) nicht allein aus eigener Kraft handeln können (Laux 2011). Zudem werden die Handlungen von diesen Entitäten durch weitere in das Netzwerk eingebundene Entitäten anders aufgenommen (Latour 2014a). Dieses alternierende Aufnehmen eines Handlungsverlaufs verweist darauf, dass die anderen Entitäten bzw. Akteure nicht vollständig kontrollierbar sind (Kneer 2009), da sie auch über ihre jeweils eigenen Handlungsprogramme verfügen.

Hinzu tritt die sogenannte Delokalisation der Interaktion, da nach Latours Verständnis in einer Handlung stets (menschliche) Akteure aus weit entfernten Räumen und Zeiten eingebunden sind (Laux 2011). Dies verdeutlicht er am Beispiel des Hörsaals (Latour 2014a: 335): „Wenn [...] man auf einem Stuhl in einem Hörsaal sitzt, umgeben von wohlgeordneten Reihen von

Studenten wie in einem Amphitheater, dann braucht es nur einen halben Tag Arbeit in den Archiven der Universität, um herauszufinden, dass vor fünfzehn Jahren und zweihundert Kilometer entfernt eine Architektin [...] die Spezifikationen dieses Ortes bis auf den Zentimeter genau vorgezeichnet hat. Sie hatte keine präzise Vorstellung davon, dass man heute eine Vorlesung halten würde, und doch antizipierte sie, im Groben, einen Aspekt des Skripts einer solchen Szene: Man muss zu hören sein, wenn man spricht; man wird auf dem Podium sitzen, man wird einer bestimmten Anzahl von Studenten gegenüber sitzen, deren maximale Anzahl, notwendiger Bewegungsspielraum etc. in Betracht gezogen werden mussten. Kein Wunder, dass man fünfzehn Jahre später [...] das Gefühl hat, dass man das alles nicht improvisiert hat und das meiste von dem, was man braucht, um zu handeln, bereits an Ort und Stelle ist.“

Am Beispiel dieses Hörsaals unterstreicht Latour einen relevanten Aspekt seines Verständnisses von Struktur (ebd.): Die Struktur determiniert nicht, was ein (menschlicher) Akteur tut, sagt oder wie sich dieser im Hörsaal hinsetzen soll. Die materiellen Elemente sind dennoch nicht inaktiv: Wenn still herangebrachte Aktanten einen Akteur nicht ausreichend einrahmen, können die Akteure nicht das tun, was lokal geleistet wird. Durch diese Einrahmung wird die Intersubjektivität bzw. die Face-to-face-Interaktion ermöglicht. Im Fall des Hörsaals geschieht dies durch die materielle Einrahmung, die Interaktionen zwischen den menschlichen Akteuren erlauben und befördern. Daher kann die lokale Interaktion als ein Endpunkt beschrieben werden, zu dem sich viele Existenzformen wie die Baupläne des Hörsaals, die Arbeit der Handwerker oder die Absichtserklärungen von Sponsoren, die die Baufinanzierung sichergestellt hatten, hinbewegen. In der Folge tritt die Interobjektivität hinzu, die eine lokale Aktion delokalisiert, indem die anderen Akteure von einem anderen Ort und aus einer anderen Zeit durch indirekte, aber vollständig rückverfolgbare Verbindungen bzw. Assoziationen agieren.

In Bezug auf die Determination menschlichen Handelns abseits vom Hörsaalbeispiel geht es also nicht um das, was Subjektivität begrenzt, sondern darum, was eine Subjektivierung ermöglicht (Raithelhuber 2012). Hier kann Latours Beispiel der ‚Plug-ins‘ (Latour 2014a) angeführt werden, die Menschen eine lokale und vorübergehende Kompetenz übereignen. Sie machen einen Menschen kompetent, indem sie ihn auf die Strukturen der Lokalität vorbereiten und damit handlungsfähig machen. Damit ergibt sich eine „sozialtheoretische Umgehungsstraße“ (ebd.:140), mit der die Vorstellungen von der Agency qua Geburt oder von den die Menschen formenden allmächtigen Strukturen analytisch als A-priori-Annahme ausgeklammert werden können.

Damit geht die ANT nicht von einem autonomen Subjektbegriff aus (Latour 2014b): Ein Subjekt zu sein, bedeutet nicht, vor einem objektiven Hintergrund autonom zu handeln, sondern die Agency mit anderen ebenfalls an Autonomie eingebüßt habenden Subjekten als Entitäten bzw. Akteuren im gemeinsam verrichteten Handlungsverlauf zu teilen. Van den Berg und de Mul führen hier den Aspekt der Reflexivität an (van den Berg/de Mul 2011): Die menschliche Agency ist keine vollständig autonome Macht, sondern eher eine reflexive Beziehung oder reflexive Schleife, die einen Menschen zum Handeln motiviert.³⁸ Gleichzeitig ermöglicht diese Beziehung, dass die motivierenden Kräfte als eigene Motive, Ideen, Antriebe oder Leidenschaften angesehen werden. Allein im Zusammenspiel interner und externer Motivatoren und deren reflexiven Inbesitznahme durch einen Menschen kann dieser handeln. Nichtsdestotrotz ist das Mit-Handeln insbesondere für nichtmenschliche Akteure von Bedeutung, denn solange ein Akteur handelt bzw. von Menschen in Handlungen eingebunden wird, verfügt er über Agency und existiert auf diese Weise weiter (Latour 2014b).

Somit ergibt sich folgendes Verständnis einer materiellen Agency (Joyce/Bennett 2010): Die Agency von Dingen ist nicht autonom zu verstehen, sondern in Relation zu den menschlichen

³⁸ Hier wird nochmals der Plessner-Bezug von de Mul deutlich (vgl. de Mul 2010 u. 2014).

Praktiken und den Beziehungen zwischen den menschlichen Akteuren. Den Dingen kann daher keine Intentionalität unterstellt werden. Es geht damit um eine distinkte Art der Wirksamkeit von Dingen und den dazugehörigen Prozessen. Letztere bilden die Konsequenz der Positionierung der Dinge im Netzwerk, das menschliche und nichtmenschliche Akteure umfasst. Die zentrale Frage bezieht sich auf den Umstand, wie Agency durch eine Anordnung menschlicher und nichtmenschlicher Akteure mobilisiert und verrichtet wird

Agency wird dementsprechend als ein verschiedenartig verteiltes und von relationalen Netzwerken aus Personen und Dingen besessenes Phänomen konzeptualisiert (Knappett/Malaouris 2008): Gleichfalls bildete diese posthumanistische Ausgangsposition der ANT den Anlass für Kritik an der ANT. Die damit einhergehende Unterstellung einer nichtmenschlichen Handlungsfähigkeit in der ANT Latours erweist sich indes nicht als metaphysische Erkenntnis (van Loon 2014). Sie beruht auf der empirischen Erkenntnis, dass Dinge, z. B. der automatische Türschließer oder der Revolver, handlungsleitend sein können (ebd.).

Hieran wird deutlich, dass Latour mit seinem Verständnis einer verteilten Agency die ‚moderne‘ dualistische Trennung von Natur und Kultur aufheben bzw. destabilisieren wollte (Latour 1998). Es handelt sich um eine analytische Setzung der Agency, die bislang exklusiv als mutmaßliche Eigenschaft (menschlichen) sozialen Subjekten zugeschrieben worden ist (Nimmo 2011): Die Agency von Menschen kann in zahlreichen Fällen nicht ohne die Agency von verschiedenen nichtmenschlichen Entitäten verstanden werden, wobei umgekehrt das Gleiche gilt. Damit stellt sich in dieser Perspektive heraus, dass Agency keine Eigenschaft einer Entität bzw. eines Akteurs allein, sondern eine emergente Eigenschaft von Netzwerken repräsentiert, aus denen Beziehungen zwischen heterogenen Akteuren entspringen und damit einen relationalen Effekt bilden. Umso mehr Akteure in einem Netzwerk aufgenommen werden, umso mehr sie hierdurch heterogener werden, desto stärker ist auch die sich hieraus ergebende Agency (Latour 2014a).³⁹ Zudem steht bei der sogenannten materiellen und damit nichtmenschlichen Agency der Modus einer Wirkung im Vordergrund, während die menschliche Agency die Gründe für das Handeln anzeigt (Robb 2010).

Der Begriff des Nichtmenschlichen fungiert in diesem Kontext als Überbegriff, der ein großes Spektrum an Entitäten umfasst, auch wenn diese Reichweite letztendlich nach Sayes nicht als unbegrenzt aufgefasst werden kann (Sayes 2014): Die grundlegende Bedeutungszuschreibung an nichtmenschliche Entitäten durch die Vertreter der ANT erwächst aus dem Umstand, dass nichtmenschliche Entitäten als Mediatoren die Bedingung für die Möglichkeit einer menschlichen Gesellschaft gelten.⁴⁰ Sie verleihen der menschlichen Gesellschaft eine relative Stabilität (Latour 2014a).

Die Agency nichtmenschlicher Entitäten bleibt in der ANT allerdings unbestimmt (Sayes 2014): Die Agency wird demnach nicht als eine kausale Agency von z. B. technischen Objekten (Latour 2014a) aufgefasst. Stattdessen versucht sie, die Bedeutungen von Agency zu pluralisieren (Sayes 2014): Damit ist das Verständnis von Agency in der ANT kompliziert und beruht trotzdem auf einer minimalen Handlungskonzeption, dass eine Entität bei einer anderen Entität in einem heterogenen Netzwerk einen Unterschied hervorrufen oder diesen befördern kann (Latour 2014a). Dabei rückt die Vielfalt der Formierungsprozesse der (Re-)Produktion von Agency ins Zentrum der Analyse (Klausner 2015). Diese Überlegungen wurden von Gustav Roßler vorgenommen, der auf der Basis von Latour fünf Figuren des Agierens als Formen

³⁹ Hier stellt sich die Frage, ob dies auf Pflegende in ambulanten Setting außerhalb von Krankenhäusern als weitreichende Akteur-Netzwerke zutrifft. Gerade hier müssen sie sich in weniger umfangreiche Netzwerke ‚einordnen‘ sowie anpassen.

⁴⁰ Aus Sicht von Ingo Schulz-Schaeffer kann daher auch von einer Handlungsträgerschaft von Technik gesprochen werden. Dabei bezeichnet dieser Begriff die Handlungsdeutungen vonseiten der menschlichen Akteure zu den technischen Abläufen und den technischen Artefakten (Schulz-Schaeffer 2007).

einer relationalen Agency konkretisiert (Roßler 2016): Bei der Umschreibung des Agency-Begriffs hebt Roßler hervor, dass der englische Begriff für viele Unstimmigkeiten verantwortlich ist, denn Agency bildet sowohl ein „Synonym für Handeln“ (ebd.:85), eine Handlungsursache sowie die aktive und passive Eigenschaft des Handelns.⁴¹

Als eine Facette des Handelns bezeichnet Roßler die Wirkungsmacht, von ihm als Agency 1 bezeichnet (Roßler 2016): Diese verkörpert die „Nullstufe“ (ebd.:87) des Agierens von Dingen und anderen nichtmenschlichen Entitäten aufgrund ihrer Materialität. Entsprechend der ‚Agency 1‘ entsteht im Wechselspiel mit menschlicher Wirkungsmacht eine neue Form der materiellen Wirkungsmacht. Gerade Technologien verfügen hierdurch über eine etwas verändernde Wirksamkeit und damit über Wirkungsmacht. Dies trifft im weiten Sinne auch auf nicht-agierende Objekte, z. B. Gemälde zu, die eine Wirkung auf Menschen ausüben können.

Mit ‚Agency 2‘ bezeichnet Roßler die Akteurhaftigkeit von (nichtmenschlichen) Agenten, die über die Agency 1, d. h. die reine Wirkmächtigkeit, hinausgeht (ebd.): Hierzu zählt er Computer oder Anrufbeantworter. Die Maschine wird zu einem Gegenpart oder Partner des Menschen; gewissermaßen agiert dann ein Mensch mit seinem Computer. Solche Dinge sind (Mit-)Akteure und daher nicht die Hauptakteure. Sie nehmen Rollen ein und fordern von ihrem menschlichen Gegenpart wiederum, eine Rolle einzunehmen.

Die dritte Bedeutung von Agency (Agency 3) legt Roßler als Handlungsvollmacht dar (ebd.): Dieser aus dem juristischen Sprachgebrauch abgeleitete Begriff besagt, dass eine Handlungsvollmacht an einen Handlungsbevollmächtigten, entweder einen Agenten oder eine Agentur, übertragen werden kann. In diesem Sinne kann das Handeln auch an Dinge delegiert werden, sodass sie zu sozialen Agenten, Handlungsbevollmächtigten oder Handlungsträgern werden. Auch wenn der Einwand existiert, an Dinge oder Automaten würden lediglich Verhaltenssequenzen übertragen werden, ergibt die Handlungsträgerschaft aus Roßlers Perspektive Sinn. Auch wenn lediglich Verhaltenssequenzen an nichtmenschliche soziale Akteure delegiert worden sind, verändert sich der menschliche Handlungsbeitrag und somit der Handlungsvollzug. Den vierten Aspekt von Agency beschreibt Roßler als Vermittlung bzw. als Agency 4 (ebd.): Dieser Überlegung liegt die Annahme von Menschen als handlungstragende Akteure zugrunde, denen von außen das ‚Handeln‘ an sie übertragen wurde und das von ihnen aufgenommen und damit weitergetragen wird. Ein Mensch kann folglich als eine Vermittlungsinstanz oder als Handlungsrelais beschrieben werden. Aus diesem Grund gilt dies auch für nichtmenschliche Dinge, denn auch sie nehmen das Handeln auf und tragen dieses im Rahmen der Vermittlung weiter. Einen weiteren Aspekt der Vermittlung bildet die Hervorbringung heterogener Netzwerke. Diese sind im Latourschen Sinne nicht auf eine lokale Situation beschränkt, sondern vermitteln gleichzeitig mit anderen zeitlich vor- oder nachgelagerten Situationen. Allerdings kann die Vermittlung im Sinne der Delegation von Handlungsmacht an nicht-soziale Akteure scheitern, denn die „Vermittlung durch Dinge erfolgt nicht ohne Reibungen, Friktionen, Überraschungen“ (ebd.: 97).

Als letzten Begriff führt Roßler das intentionale strukturverändernde ‚Handeln‘ der Menschen als Agency 5 an (ebd.): Hier kommt aus seiner Sicht „[...] das Gegensatzpaar agency/structure, übersetzbar als Handlung und Struktur [...]“ (ebd.:99), zur Geltung: Die menschliche Agency von Einzelnen oder Gruppen bildet hier den Impulsgeber, um träge Strukturen verändern bzw. beeinflussen zu können. Gleichwohl können Dinge eben dieses auch tun: „Bewegung in die trägen Strukturen bringen nicht nur handelnde oder agierende Menschen, sondern auch effiziente Maschinen, heranflutende Wassermassen, gezähmte Mikroben, berstende

⁴¹ Dabei überträgt sich auch die begriffliche Unbestimmtheit auf abgeleitete Begriffe wie denjenigen der materiellen Agency und hat hierdurch zu Missverständnissen geführt (Kirchhoff 2009).

Atomkraftwerke, leistungsstarke Computer, faszinierende Kunstwerke und andere problematische oder interessante Dinge.“ (ebd.:99).

Inwieweit die vorgenannten Figuren des Agierens als Beschreibungsinstrument auf die Herstellung der Handlungsfähigkeit von beruflich Pflegenden auf Mikroebene zutreffen, bleibt noch offen, zumal die Studien von Ulrike Manz (2015) und Christiane Gödecke (2018 sowie Gödecke/Kohlen 2019) auf die Relevanz der Beziehungskonstellationen und -qualitäten in der Perspektive der pflegerisch versorgten Menschen, aber nicht der beruflich Pflegenden hingewiesen haben. Dessen ungeachtet stellt sich die Frage, ob die Figur der ‚Agency 5‘ auf der Mikroebene identifiziert werden kann, da Pflegende in kleinere strukturelle Netzwerke eingebunden sind und sich historisch nicht aus sich selbst heraus zu strukturell wirksamen Gruppen bzw. Akteur-Netzwerken zusammengeschlossen haben (Bollinger et al 2006) bzw. gegenwärtige Strukturbildungsprozesse in Gestalt der Pflegekammern zu widerstreitenden Dynamiken geführt haben (Schwinger 2016, Loer 2014).

5.3 Materielle Agency und Skripte

Da in der ANT-Perspektive Agency und damit Handlungsfähigkeit in relationaler Weise performativ hervorgebracht werden muss, ist es von Bedeutung, über ein Werkzeug zu verfügen, mit dem die Abstimmungsmechanismen zwischen den Akteuren innerhalb ihres Netzwerks dargelegt werden können. Hier bieten sich semiotische Begriffe an, die die Unterscheidung zwischen dem ‚Technischen‘ und dem ‚Sozialen‘ vermeiden helfen (Akrich 2006). Damit geht es um die Aufrechterhaltung einer symmetrischen Perspektive auf Grundlage einer zweckmäßigen Terminologie (Akrich/Latour 2006).

Die zweckmäßige Terminologie kann am Beispiel einer Studie zur Entwicklung und Markteinführung eines Dosieraerosols von Alan Prout als ein Abstimmungsprozess veranschaulicht werden. Prout zeigt in seiner Studie auf, dass es sich beim Dosieraerosol als Medizinprodukt mehr um einen Akteur, denn als Beiwerk in sozialen Handlungen handelt (Prout 1996): Dieses Dosieraerosol verbindet sowie assoziiert eine große Anzahl an verschiedenen Entitäten. Einige sind menschlich wie Patienten, Kliniker, Techniker, Wissenschaftler, und andere davon sind technische oder materielle Entitäten wie Aerosole, das Bernoulli-Prinzip und das Organ der Lunge. Die Anordnung dieser heterogenen Elemente in einem spezifischen Gegenstand ist nicht in einer bestimmten Art und Weise determiniert. Es handelt sich um eine komplexe Interaktion, in der das Soziale und das Technische untrennbar miteinander verbunden sind. Auf diese Weise wird ein Setting definiert (Akrich/Latour 2006): In der zweckmäßigen Terminologie bildet ein Setting das Analyseobjekt, in dem weder eine Maschine noch ein Mensch nur für sich allein betrachtet werden kann. Settings beziehen sich daher auf Konstellationen menschlicher und nichtmenschlicher Akteure. Ein Setting ist damit stets eine Kette von Menschen und Nicht-Menschen. Jedes Teil der Kette ist mittels eines Skripts mit neuen Kompetenzen ausgestattet oder delegiert seine Kompetenzen an eine andere Entität. Im Fall des Dosieraerosols wird dies folgendermaßen sichtbar (Prout 1996): Das Dosieraerosol stellt einen Versuch dar, unterschiedliche Aspekte wie die biomedizinische Kontrolle der therapeutischen Substanz und den Zugang der Patienten zum Gerät auszubalancieren. Die therapeutisch wirksame Substanz wurde in einer Form verfügbar gemacht, die ein gewisses Maß an Autonomie für die Patienten bereithielt. Gleichzeitig sollte der Inhalt durch das Dosieraerosol in vorgegebenen Quantitäten abgegeben werden. Die Aufgabe, die Dosen zu kontrollieren, wurde damit dem Gerät überantwortet bzw. an dieses delegiert, welches jedoch in der Hand der Nutzerinnen und Nutzer platziert werden sollte.

Hier kommt der Aspekt der De-Skription des Skripts zum Tragen (Akrich/Latour 2006): Die wissenschaftliche Analyse zielt darauf, die innerhalb eines Settings beobachteten Wirkungen

der Akteure aufeinander und miteinander in einem Text zu verschriftlichen und damit eine De-Skription anzufertigen. Die De-Skription bezeichnet einen methodologischen Ansatz, mit dem kontinuierlich zwischen der vom Benutzer in das Objekt inskribierten ‚Welt‘ (verstanden als die vom Ersteller des Objekts intendierten Funktionen, Anm. d. Verf.) und der durch die vom jeweiligen Benutzer definierten Welt (wie ein Objekt in der Perspektive der es benutzenden Person funktionieren soll, Anm. d. Verf.) hin- und zurückgegangen werden kann (Akrich 2006). Dies bedeutet, kontinuierlich die Reaktionen der Benutzer, die den Vorstellungen der Designer erst durch die Benutzung des technischen Objekts Realität verschaffen und der Art, wie die Umwelt durch die Einführung eines (neuen) Gerätes verändert wird, in den Blick zu nehmen, um Abstimmungsmechanismen beschreiben zu können (ebd.). Die De-Skription kann laut Akrich und Latour nur bei einem außergewöhnlichen Ereignis, bei einer Krise, nachgezeichnet werden (Akrich/Latour 2006).

An ihr wird dann das Skript eines technischen Objekts sichtbar (Akrich 2006): Ein Skript bildet das Endprodukt von Einschreibungs- bzw. Inskriptionsprozessen, zu dem auch die Delegation gehört. Während dieser Prozesse werden die Visionen der ein technisches Objekt gestaltenden Designer in den technischen Inhalt eines Objekts eingeschrieben. Auf dieser Basis erfolgt die technische Realisierung des Skripts mittels der „[...] Beziehungen zwischen einem Objekt und den es umgebenden Akteuren [...]“ (ebd.: 411). Dabei handelt es sich um einen Versuch, das Setting vorherzubestimmen, das sich die potenziellen Benutzer vorstellen sollen, sowie die dieses Setting begleitenden Präskriptionen, beispielsweise in Form von Notizen oder Verträgen.

Einen weiteren relevanten Aspekt, der zum Setting gehört, repräsentiert der Begriff der Verschiebung (Akrich/Latour 2006): Eine Verschiebung bezeichnet jegliche Bewegung eines Akteurs in einen anderen (im-)materiellen Referenzrahmen. Dies ist dann der Fall, wenn bei einem Sicherheitsgurt das Zeichen zum Schließen desselben in Form eines akustischen Alarms signalisiert und die moralische sowie rechtliche Verpflichtung verdeutlicht wird (Latour 1992). Zwei Arten der materiellen Verschiebung unterscheiden Akrich und Latour: die Verschiebung nach unten von Zeichen zu Dingen und die Verschiebung nach oben von Dingen zu Zeichen (Akrich/Latour 2006). Beispielsweise stellt in dieser Logik eine Verschiebung nach oben die Abfassung einer Bedienungsanleitung dar (Latour 2014a).

Einen weiteren Begriff im Kontext der De-Skription verkörpert die Präskription (Akrich/Latour 2006): Eine Präskription ist eine Vorgabe, die den menschlichen/nichtmenschlichen Akteuren etwas erlaubt oder verbietet. Es geht mithin um den Modus, wie technische sowie materielle Objekte Handeln verordnen oder verbieten oder, anders gesprochen, dieses erlauben, nahelegen oder begünstigen (Wieser 2012). Im Fall des Dosieraerosols sind die Präskriptionen folgendermaßen gestaltet (Prout 1994): Das Dosieraerosol kreierte das Erfordernis für bestimmte Fähigkeiten, mit ihm umgehen zu können. Diese Fähigkeiten bildeten den Part der menschlichen Nutzer. Zunächst erforderte das Dosieraerosol Nutzerinnen, die eine Handlung in dieser Weise koordinieren können, die darin besteht, den Auslöseknopf zu drücken und die ausgestoßenen Aerosole langsam zu inhalieren. Diese Kompetenzen ergaben sich nicht natürlicherweise, sondern aus den Inskriptionen im Dosieraerosol.

Allerdings stellt sich im Aufeinandertreffen des Dosieraerosols mit seinen menschlichen Benutzern die Frage, ob sie diese Präskriptionen einhalten können. Hier kommen die Begriffe der Subskription und der De-Inskription zum Tragen (Akrich/Latour 2006): Die Subskription oder ihr Gegenteil, die De-Inskription, beschreiben die Reaktion der Akteure auf die Präskription dessen, was ihnen erlaubt oder verboten ist. Entsprechend ihren eigenen Anti-Programmen ordnen sie sich der Präskription unter, entziehen sich oder passen ihr Verhalten und/oder das Setting mittels Verhandlungen an diese an. Subskription und De-Inskription bilden somit die Modalitäten des Wollens (Wieser 2012). Entsprechende Antiprogramme offenbaren sich

daher an dem Umstand, dass kein Akteur die von einem Designer gedachte Rolle im Sinne der Subskription übernehmen will oder dass diese ihre Rolle ganz anders definieren (Akrich 2006). In einem solchen Fall, wenn kein Akteur sich auf die ihm zugeordnete Rolle einlässt, kann ein technisches Objekt nicht mehr existieren (ebd.). Zwischen den Präskriptionen und den Subskriptionen besteht folglich eine Kluft, die die An- oder Abwesenheit einer Krise beschreibt (Akrich/Latour 2006). Ist keine Unterscheidung zwischen der Präskription und der Subskription möglich, gibt es keine Krise, und dies verhindert auch die De-Skription (ebd.). Im Fall des Dosieraerosols zeigte sich die ‚Krise‘ folgendermaßen an (Prout 1994): Grundsätzlich hatte das Dosieraerosol bei den Benutzern eine neue Fähigkeit definiert. Allerdings wurde im Zuge der Verbreitung dieses Geräts deutlich, dass die Benutzer den Anforderungen in der Bedienung nicht immer gerecht wurden. Die Krise bestand demnach in einem unsachgerechten Umgang mit dem Dosieraerosol aufgrund der ‚eigensinnigen‘ Handlungsprogramme bzw. Anti-Programme der Benutzer.

Um diese Krise zu überwinden, waren Gegenmaßnahmen notwendig. Im Vokabular der ANT geht es daher um die Durchführung einer Prä-Inskription und/oder die Einrichtung einer Schnittstelle und damit die Re-Inskription (Akrich/Latour 2006): Die Prä-Inskription ist eine von den Akteuren erwartete Kompetenz, die für die Behebung einer Krise zwischen Präskription und Subskription erforderlich ist. Der Begriff der Prä-Inskription kann demnach als Modalität des Könnens verstanden werden (Wieser 2012). Gleichwohl kann das ‚Können‘ nicht immer auf die Schnelle vermittelt werden, sodass Schnittstellen definiert werden müssen, um zu einer raschen Befähigung zu führen (Akrich/Latour 2006). Wie bereits vorher erläutert, spricht Latour hier von ‚Plug-ins‘ (Latour 2014a), die z. B. in Form von Bedienungsanleitungen zur Verfügung gestellt werden können. Im Fall des Dosieraerosols lässt sich dies wie folgt skizzieren (Prout 1994): Die Nutzer des Dosieraerosols mussten für die Bedienung des Geräts kompetent gemacht werden, indem ihre Antiprogramme dem Programm des Dosieraerosols angepasst wurden. Zu diesem Zweck erstellten Experten des Herstellers detaillierte Instruktionen. Das ‚Netzwerk des Dosieraerosols‘ wurde im Endeffekt durch das bereitgestellte Informationsmaterial für den korrekten Umgang mit dem Dosieraerosol erheblich erweitert und stabilisiert, sodass eine unsachgemäße Bedienung durch die Nutzer unwahrscheinlicher geworden ist. Akrich und Latour sprechen hier auch von einer Re-Inskription, d. h. von einem Feedback-Mechanismus, mit dem viele Antiprogramme anderer Akteure bewältigt werden können (Akrich/Latour 2006). Am Ende steht die stabilisierte Technik des Dosieraerosols und seiner Nutzer (Akrich 2006). Gewissermaßen kann dieses vorgenannte Verhältnis in komprimierter Form als ‚Tinkering‘ (Mol 2010) bezeichnet werden. Es steht für eine persistente und schrittweise erfolgende Aktivität des Anpassens menschlicher und nichtmenschlicher Entitäten aneinander, an dessen Ende sich ein relativ stabilisiertes Netzwerk befindet (ebd.). Dabei ist er fluide, performativ und muss immer wieder aufs Neue ausgehandelt werden (ebd.).

5.4 Zwischenfazit

Latour definiert verschiedene Formen des Sozialen. Hierbei unterscheidet er zwischen dem ‚herkömmlichen‘ Sozialen als Verhältnis von Mikro- und Makro(ebene) in Form des Sozialen Nr. 1, den nicht-menschlichen bzw. nicht-sozialen Entitäten und damit auch den materiellen Dingen als das Soziale Nr. 2, welche die zwischenmenschlichen Interaktionen als das Soziale Nr. 3 relativ erfolgreich stabilisieren helfen. Im Zentrum steht dabei der Detailblick auf die beiden letzteren Varianten des Sozialen. Hierin besteht ein möglicher Ansatzpunkt für die phänomenologisch-hermeneutische Ausgangsposition dieser Arbeit: Wenn das Soziale Nr. 2 für die natürliche Künstlichkeit steht, ergibt sich hieraus eine Begründung für die Bestimmung der

Positionierungen der materiellen Dinge bei der Herstellung der Handlungsfähigkeit von beruflich Pflegenden als leiborientierte Beziehungsarbeit. Im Vordergrund steht hier die Beschreibung der Wirkung(en) der Dinge unter Zuhilfenahme der zweckmäßigen Terminologie und der Formen des Agierens. Dabei gilt es zu untersuchen, welche Formen der materiellen Handlungsträgerschaft in Gestalt der Formen des Agierens angetroffen werden und welche Handlungsmöglichkeiten durch sie im Rahmen des Sozialen Nr. 3 für die beruflich Pflegenden mit konstituiert werden.

6 Kritische Würdigung

6.1 Kritikpunkte an der ANT

Die epistemologischen Gedankengänge der ANT-Theoretikerinnen und -Theoretiker, insbesondere diejenigen von Latour⁴², wurden in der Naturwissenschaft weitestgehend abgelehnt (Gill 2008): Zu den Gründen für diese Ablehnung zählen einerseits die durch die ANT-Theoretikerinnen und -Theoretiker forcierte Standortgebundenheit des Beobachters und andererseits die ihr innewohnende Hinterfragung der nomothetischen Ansprüche der Naturwissenschaft, einschließlich der durch sie ermöglichten instrumentellen Weltbeherrschung. Gleichzeitig ist auch die ANT in den Sozial- und Geisteswissenschaften nur verhalten, wenn nicht gar zur Gänze ablehnend (vgl. Bloor 1999) aufgenommen worden, da ihr Perspektivismus eigentlich keine Neuerung darstellen würde und ihre Anwendung auf die „unbeseelte Welt“ (Gill 2008: 49) unklar zu sein schien – zumal mit dem Verlassen des herkömmlichen Naturbegriffs dessen normativer Gehalt und damit die Möglichkeit, auf dieser Basis Kritik zu üben, von den ANT-Theoretikerinnen und -Theoretikern untergraben wurde (Manzei 2005).

In einer anderen Richtung, wenn sich auch auf das Problem der Normativität beziehend, zielt die Kritik von Lindemann (2008): Sie merkt an, dass sich Latour von der Theorie der funktionalen Differenzierung verabschiedet habe. Die soziale Realität werde von ihm demnach nur als eine „einheitlich strukturierte gesellschaftliche Praxis“ aufgefasst (ebd.: 354). In diesem Lichte existieren keine gesellschaftlichen Bereiche, die miteinander in Konflikt stehen könnten und damit einer normativen Kritik nicht mehr zugänglich seien.⁴³ Dieses Fehlen einer differenzierungstheoretischen Komponente wird auch von Gertenbach und Laux (2019) geteilt: In der ANT werde ausschließlich auf das ‚Wie‘ der Entstehung und Stabilität von Akteur-Netzwerken geschaut, nicht auf das ‚Was‘ der daraus entstehenden Sozialformen und Aggregate. Damit könnten jedoch unterschiedliche Formen der Konnektivität von Akteur-Netzwerken nicht unterscheidbar gemacht werden.

Zusätzlich existiert eine Vielzahl an ‚selbstverschuldeten‘ Grenzen für die mikrologische Herangehensweise der ANT (Gill 2008): Zum einen kann sie gegen die nomothetischen Verfahren der Naturwissenschaft nicht ernsthaft ankommen, zum anderen ist es ihr nicht möglich, die soziokulturellen Bedingungen wissenschaftlicher Erkenntnisgewinnung sowie der Gestaltung von Technologien abschließend erklären zu können. In Latours Publikationen sind zudem Systematik und deren Explikation vor dem Hintergrund des postmodernen Entstehungshintergrunds eher von sekundärer Bedeutung.⁴⁴ Gill sieht insbesondere in der Sprachregelung die Gefahr, dass diese zu einem hermetischen Idiom wird. Für ihn existiert hierin ein Dilemma der ANT. Beispielsweise formuliert Latour in Bezug auf die ‚Dinge‘ keinen präzisen Dingbegriff (Roßler 2008). Letztendlich werden sie lediglich als nichtmenschliche Wesen definiert, die durch eine Vielfalt an weiteren Begriffen, etwa Hybride, Quasi-Objekte, Mittler oder Aktanten, bezeichnet werden können (ebd.). Die Verwendung von Begriffen, z. B. Aktant oder Akteur, werde von den Vertreterinnen und Vertretern der ANT ohnehin uneinheitlich und damit gewissermaßen ungeordnet gehandhabt wird (Dimai 2012, Fenwick/Edwards 2010). Für Günter Ropohl geht damit eine unterschiedslose Verwendung von Begriffen in der Beschreibung

⁴² Zu den sogenannten Science Wars und der ‚Sokal-Affäre‘ gibt Mellor (1999) aus einer relativ neutralen Perspektive detailliert Auskunft.

⁴³ Hierin lässt sich auch eine Kritik an der Metapher einer ‚flachen Topographie‘ festmachen, die nicht mehr das Verhältnis von der Mikro- zu Makroebene analysierbar zu machen scheint.

⁴⁴ Dies gilt eigentlich für alle Monografien Latours, insbesondere für das Werk ‚Existenzweisen‘, die den Zugang zu den Überlegungen Latours erschweren (Gertenbach/Laux 2019).

menschlicher und nichtmenschlicher Entitäten mit vernebelnden Konsequenzen einher (Ropohl 2009). Darüber hinaus erschwere sich durch die Unschärfe der Begriffe die Erfassung der Spezifität sozialer Verbindungen (Gertenbach/Laux 2019).

Insgesamt zeigt sich anhand der vorangegangenen Anmerkungen, dass die epistemologischen Gedankengänge der ANT-Theoretikerinnen und -Theoretiker die Erwartungen des wissenschaftlichen Publikums unterliefen, die eine klassische hypothesenüberprüfende Theorie für einen definierten Gesellschaftsbereich erwartet hatten (Gertenbach/Laux 2019), zumal Latour auch nicht zwischen einer Beobachtertheorie und einer Ethnotheorie unterschieden hat (Schulz-Schaeffer 2008b). Des Weiteren kommt hinzu, dass er als herausragender Vordenker der ANT anscheinend selbst nicht seine Prämissen eingehalten hatte (ebd.). Flatscher und Seitz (2018) heben hier beispielhaft hervor, dass Latour in seiner Kritik an den Poststrukturalisten selbst reduktionistisch vorgegangen sei und nicht vor der eigentlichen Urteilsbildung die Komplexität der Ansätze im Sinne eines heterogenen Netzwerks herausgearbeitet hätte.

In diesem Zusammenhang repräsentierte die methodische Unterlaufung des radikalisierten Symmetrieprinzips in der forschungspraktischen Umsetzung von ANT-Studien einen weiteren Kritikpunkt (Kneer 2008): Im Analyseraster wird zwischen menschlichen Handlungen und Kommunikationen und nichtmenschlichen Entitäten unterschieden. Latours methodischer Ansatz unterscheidet sich aus Georg Kneers Ansicht daher eigentlich nicht von den Methoden der herkömmlichen Soziologie. Er macht Gebrauch von der Textanalyse, der teilnehmenden Beobachtung und vereinzelt Interviews. Diese Instrumente implizieren indes die Priorisierung der menschlichen Akteure vor den nichtmenschlichen Entitäten.

Dies schlägt sich auch in der Sprachregelung nieder (ebd.): Menschliche und nichtmenschliche Entitäten in symmetrischer Weise zu beschreiben, legt aus seiner Sicht die Vermutung nahe, dass eine grundsätzliche Trennung zwischen beiden dennoch angenommen werden kann. Diese Trennung wird aber von Latours Hybridizitätsthese abgelehnt, jedoch nicht einheitlich umgesetzt, sodass im Ergebnis „widersprüchliche Zurechnungsfiguren“ (ebd.: 283) gebildet werden. Insbesondere Hironori Matsuzaki konnte hier am Beispiel des ARAMIS-Projekts (Latour 1992) veranschaulichen, dass Latours Modell einer symmetrischen Beschreibung menschlicher und nichtmenschlicher Entitäten nicht angemessen zu sein scheint (Matsuzaki 2011). In dieser empirischen Studie wurde – im Vergleich zu den menschlichen Akteuren – den materiellen Objekten nicht die gleiche Prominenz hinsichtlich ihrer Wirkungsmacht bzw. Agency verliehen (ebd.).

Kneer schließt aufgrund der Terminologien auf zwei aus seiner Sicht unvereinbare Theorieversionen (Kneer 2008): In der einen Theorieversion herrsche eine unparteiische Terminologie, um alle Akteure erfassen zu können. Allerdings setzt aus seiner Sicht die Maßgabe Latours, den Akteuren zu folgen, eine vorherige Entscheidung bezüglich der definierenden Merkmale eines Akteurs voraus. Der Anspruch Latours auf Neutralität und Unvoreingenommenheit der Begriffe ist somit aus Kneers Sicht anzuzweifeln. In der anderen Theorieversion Latours – vermutlich als Korrektur dieser Unklarheiten konzipiert – wird die Unparteilichkeit fallengelassen. Es gehe ihm nun um die Ausweitung der Akteure. Die Identifizierung von Akteuren bleibe dann jedoch nicht mehr den Akteuren allein überlassen, sondern nun auch dem Forscher. Kneer führt hier beispielhaft an, dass Latour die Wissensbestände der Naturwissenschaften mit positiver Konnotation betrachtet, während er die Zurechnungspraxis auf Basis der soziologischen Tradition ablehnt (Kneer 2008). Gesa Lindemann unterstellt Latour darüber hinaus, dass er mit seinem theoretischen Ansatz den Weg zur Legitimierung einer elitären Expertokratie bereitet hat (Lindemann 2008): Die Dinge seien lediglich Akteure zweiter Klasse, deren Akteurstatus von Experten, d. h. den Wissenschaftlern und Technikern, zugewiesen wird oder nicht. Dabei gehören ihrer Ansicht nach zu den Akteuren zweiter Klasse potenziell nicht nur

Dinge, sondern auch die menschlichen Nicht-Experten. Hierdurch suspendiere Latour die universellen Menschenrechte.⁴⁵

Kneers Vorbehalte betreffen auch den Netzwerkbegriff Latours (Kneer 2008): Für ihn bleibt es unklar, ob ein Netzwerk von Akteuren wiederum auch einen Akteur bildet. Auch bestehe in der Grenzenlosigkeit des Netzwerks eine Schwäche der ANT, denn die kausale Bedingtheit eines Ereignisses lasse sich nicht zur Gänze erfassen. Es existierten bei Latour keine Begründungsansätze, wie ein Ausschnitt aus dem Ganzen eines Ereignisses bzw. Gegenstand der Forschung als das wissens- und untersuchungswerte Element definiert werden kann.

Einen letzten Kritikpunkt an Latours Systematik der ANT bildet für Kneer die fehlende Auseinandersetzung mit der Semiotik (Kneer 2008): Latour versuche, das semiotische Modell nicht nur auf Zeichen, sondern auch auf Objekte anzuwenden. Dies unternehme er vor dem Hintergrund seiner Kritik an der Semiotik, da diese sich nur auf linguistische Zeichensysteme und damit auf die Herstellung von Texten konzentriert hatte. Seine Konzeption der Semiotik habe er indes nicht mittels einer ausführlichen Reflexion der Ansätze aus der Semiotik und Zeichentheorie entwickelt, sondern auf empirischem Wege, indem er ein botanisches Forschungsprojekt begleitete und dort die Praktiken, Aufzeichnungstechniken sowie Auswertungsverfahren der Botaniker untersucht hatte. Dabei stand in der Lesart Kneers nicht die Nachzeichnung des Forschungsprozesses im Zentrum, sondern die Herausarbeitung und Erklärung der „[...] referenz- und zeichentheoretischen Konsequenzen“ (Kneer: 289). Seine Feststellung, dass der Erkenntnisgegenstand des botanischen Forschungsprojekts nicht zeichenunabhängig, sondern vorab bereits durch andere Zeichen (d. h. durch Luftaufnahmen und Landkarten) bezeichnet worden sei, erweist sich nicht als neue Aussage im Vergleich zu konventionellen Ansätzen der Sprachphilosophie. Auch die Nachverfolgung wissenschaftlicher Aussagen als ‚zirkulierende Referenz‘ über den Weg ihrer Entstehung bis hin zu ihrer Abfassung in Textform stellt für Kneer keine neuartige theoretische Konzeption dar.

Insbesondere der Handlungsbegriff, der damit auch den Agency-Begriff der ANT betrifft, bildete einen weiteren Hauptkritikpunkt an Latour. Vor diesem Hintergrund ergebe sich ein weitreichender Klärungsbedarf (Hurtado de Mendoza et al. 2015): Wenn diesem Verständnis nach Agency dem Konzeptuellen, Abstrakten und dem Material zugeschrieben werden könne, stelle sich die Frage, wo dies nicht der Fall sei. Des Weiteren sei zu fragen, worin ein markanter Unterschied besteht, wenn ein Akteur auf einen anderen Akteur einwirkt. Auch bleibe offen, wie Inaktivität und Nichthandeln in der ANT-Perspektive beschrieben werden können, da sie sich zu stark auf die Performanz des Handelns fokussiere (Gertenbach/Laux 2019).

Letztendlich könnten Subjekte dann nur noch etwas in Bewegung bringen (Reichertz 2014): Sie würden sich damit nicht von den Dingen in ihrer Agency unterscheiden. Dementsprechend handle auch ein geplatzter Reifen, der durch seine materielle Desintegration ebenfalls einen Unterschied hervorruft. Eine Handlung sei dann nur noch eine wirkungsvolle Aktion. Die Subjekte gerieten aus dem Zentrum und würden zu Akteuren, die wiederum Wirkungen bei anderen Entitäten verursachen. Dem Handeln werde das Sinnhafte entzogen oder, anders betrachtet, der sinnhaft handelnde Akteur werde aus der Konzeption des Sozialen verabschiedet (Lindenmann 2008). Dessen ungeachtet werde durch die Aufweichung der Grenzen von Menschen und nichtmenschlichen Entitäten die Möglichkeit für Kritik genommen, die auf solche Unterscheidungen aufbaut (Friesacher 2019). In der Konsequenz würden dann letztendlich auch Dinge handeln (Reichertz 2014). Zudem bildeten Latours empirische Beispiele hinsicht-

⁴⁵ Gesa Lindemann bezieht sich hier jedoch maßgeblich nur auf Latours Laborstudie (vgl. Lindenmann 2008).

lich des Mitwirkens konventioneller Technik im Sinne einer materiellen Agency keine methodisch stringenten Fallstudien, die seine Annahmen einer Falsifizierung unterzogen hätten und lediglich einen illustrativen Charakter aufwiesen (Fink/Weyer 2011).

Dabei müsse ebenfalls – entgegen der in der ANT postulierten nichtdualistischen Sichtweise – zwischen natürlichen und gemachten Dingen unterschieden werden (Reichertz 2014): Letztere seien zur Bearbeitung von Handlungsproblemen hergestellt worden. Gleichwohl verfügen sie nach Reichertz Ansicht nicht über irgendeine erkennbare Agency der Dinge. Ihre Eigenschaften seien vielmehr kommunikativ konstruiert worden, sodass sie letztendlich menschliche „Offerten und Imperative“ (ebd.:109) darstellen. Diese seien von Menschen gedeutet und durch Sprache sowie Kultur institutionalisiert worden. Auch bildeten Menschen keine hybriden Einheiten wie der Waffenschmied Latours: „Menschen beschließen, andere zu töten, nicht die Maschinen. Sie werden ‚nur‘ eingesetzt“ (ebd.: 110, Hervoh. i. Orig.), sodass der Begriff der Agency als eine „schlechte Metapher“ bezeichnet werden könne (Ropohl 2009:33).

Menschen seien zugleich nie nur Akteure oder reine Körper, wenn man sie lediglich als etwas bewirkende Einheiten betrachtet (Reichertz 2014): Der Gegenstand der Soziologie sei die „leiblich-geistig Einheit“ (ebd.: 116). Diese handle sinnhaft aufgrund eines sozialen Sinns der Welt und der anderen Menschen. Situationen könnten demnach nur von Menschen geschaffen werden. Zu diesem Zweck kommunizierten sie untereinander, artikulierten gemeinsam den Rahmen einer Handlung. Auch wenn Technik verwendet werde, verbleibe daher die Letztverantwortung beim Menschen. Latour wurde hier ferner vorgeworfen, sich nur auf einfache, herkömmliche Technologien fokussiert zu haben (Weyer 2009). Somit benutze er lediglich einen traditionellen instrumentellen Technikbegriff (ebd.), der avancierte Technologien nicht fassen könne. Diesen kritischen Ansatzpunkt machen sich auch Schulz-Schaeffer und Rammert zu eigen, da Latours Agency-Verständnis keine Graduierungen der Agency technischer Objekte ermöglicht (Rammert/Schulz-Schaeffer 2002). Insbesondere fortgeschrittene Technologien partizipierten in zunehmendem Maße am Verlauf und der Konstellation menschlichen Handelns in Gestalt instruktiv-kommunikativer Beziehungen zwischen Menschen und Objekten, sodass allein ein metaphorisches Verständnis von Agency nicht mehr genüge (Rammert 2008).

6.2 Rezeption der Kritik

Einen wesentlichen Aspekt, der für die vorangehenden Kritiken verantwortlich zu sein scheint, verkörpert die akademische Sozialisation Bruno Latours als exponierter ‚Vordenker‘ der ANT. Latour wurde in der Zeit von 1966 bis 1975 wesentlich durch seine akademischen Lehrer André Malet und Claude Bruaire – beide von Haus aus christliche Philosophen – geprägt: Während Malet sich intensiv mit Bultmanns entmythologisierender Bibelexegese und Heideggers Existenzphilosophie auseinandersetzte (Schmidgen 2011), fokussierte sich Bruaire auf den französischen christlich orientierten Philosophen Charles Péguy (ders. 2008). Das Thema seiner auf einer intensiven Auseinandersetzung von Bultmanns und Heideggers Gedanken mit dem Werk des französischen Philosophen Charles Péguy basierenden Doktorarbeit bildete die ‚*Exegese und Ontologie in Bezug auf die Wiederauferstehung*‘ (Schmidgen 2011: 26, Hervorh. i. Orig.).

Im Kern setzte sich Latour mit der christlichen Überlieferungsgeschichte als Konstruktionsprozess auf Basis eines durch die stetige Arbeit an den Evangelientexten dichter werdenden Netzwerks von Übersetzungen auseinander (Gertenbach/Laux 2019). In diesem Sinne bildet erst die Auslegungs- und Interpretationskette eine kontinuierliche sich wiederholende „Kette von Übersetzungspraktiken“ (ebd.: 12), in der Latour das Wahrsprechen bzw. die Wahrheit der Überlieferung des Christentums verortete. Diese wird aus seiner Sicht eben durch diese Prak-

tiken erst erschaffen und könne nicht als etwas verstanden werden, das einen arkanen Ursprung der Wahrheit verbirgt (ebd.). Dabei kommt dem von Péguy thematisierten Aspekt der Wiederholung eine große Bedeutung zu, die die Frage nach der Inskription und der Übersetzung stellt (Schmidgen 2011; ders. 2008). Insbesondere das Verständnis Péguy's von der Inskription verweist auf das spätere Verständnis Latours von heterogenen, aus menschlichen und nichtmenschlichen Entitäten bestehenden Netzwerken: Die Inskription wird greifbar an Kirchenbauten, mit denen die Schrift, die Körper der Gläubigen, deren Gebete und der Stein zusammengeführt werden und sich somit Menschen und Dinge mittels des textlich vorgegebenen, sich wiederholenden Rituals der Eucharistie im Kirchenraum begegnen können (ders. 2011).

Entgegen seinen poststrukturalistischen Zeitgenossen, die dem Aspekt der Wiederholung als Marker für die indeterminierte und folglich mit Diskontinuitäten oder Differenzen einhergehenden Erneuerung von Gesellschaftsstrukturen ebenfalls Aufmerksamkeit entgegengebracht hatten, thematisiert Latour den Aspekt der Stabilisierung gesellschaftlicher Strukturen durch die Wiederholung (Gertenbach/Laux 2019). Ihm ging es darum, danach zu fragen, „wie etwas gleich bleibt, *indem* es sich ändert“ (ebd.: 13, Hervorh. i. Orig.), d. h., wie eine Entität durch die Wiederholungen und die damit einhergehenden Übersetzungen stabilisiert wird und damit konstant bleibt (ebd.). Auf dieser Basis wendete sich Latour wissenschaftlichen Texten bzw. der Produktion wissenschaftlicher Tatsachen zu, bei denen sich das Problem der Reproduzierbarkeit des Experiments unter Laborbedingungen stellt (ebd.).

In der Studie *Laboratory Life*, die Latour mit Steve Woolgar Ende der 1970er-Jahre am Salk Institute for Biological Studies im kalifornischen La Jolla durchführte, ging es um die Herstellung von Labortexten (Schmidgen 2011, ders. 2008). Diese Studie diente als späterer Ausgangspunkt für die Irritation der herkömmlichen sozialtheoretischen Annahmen der Soziologie (Gertenbach 2015). Auch hier wird der von Péguy thematisierte räumlich-materielle Aspekt der Inskription von Latour angesprochen: Die Räumlichkeiten bestanden aus zwei getrennten Laboren, jeweils eines für Physiologie, ein anderes für Chemie, verbunden durch eine „Insel mit einem Konferenzraum“ (Schmidgen 2011: 45), sowie mehreren kleinen gläsernen Büros (ebd.). Innerhalb dieser physischen Räumlichkeiten fanden die von den Forschern unternommenen textlich basierten Exegesen, Relektüren und Überarbeitungen in Bezug auf die Laborereignisse statt (Schmidgen 2008), an deren Ende stabilisierte konstruierte Wahrheiten als Tatsachen (Gertenbach/Laux 2019) bzw. *Faitiches* (Latour 2000a) standen. Damit können wissenschaftliche Tatsachen als Sachverhalte aufgefasst werden, die prozedural durch die Kreuzung der relevanten Praktiken von Menschen und nichtmenschlichen Entitäten hergestellt wurden (ebd.). Aufgrund des prozessualen Charakters der Inskription steht die Konstruktion wissenschaftlicher Tatsachen allerdings nicht für ein „[...] planmäßiges Zusammenbauen oder [...] [eine, Anm. d. Verf.] programmierte Fertigung [...]“ (Schmidgen 2008: 37). Eine Konstruktion stellt in der Perspektive Latours vor dem Hintergrund der Inskription und Wiederholung eine Kreation dar und kann daher als Neuschöpfung verstanden werden, die durch ebenjene stabilisiert worden ist.

Einen weiteren durch Gill und Kneer formulierten Kritikpunkt an der ANT bildete deren Eigenart, sich primär nicht als klassische Theorie zu betrachten. Verdeutlicht hat dies Annemarie Mol (2010): Die ANT an sich verkörpere keine Theorie, um Ergebnisse aus verschiedenen Studien zu einem übergreifenden und in sich konsistenten Rahmenwerk zusammensetzen. Sie suche auch nicht nach Ursachen, sondern versuche, Spuren von Effekten bzw. Wirkungen nachzuverfolgen. Sämtliche ANT-Studien würden unterschiedliche Dinge, die in unterschiedliche Richtungen verlaufen können, unternehmen. Damit liefere die ANT als „Theorie der Methode“ (Gertenbach/Laux 2019) ein analytisches Instrument, das die Ungeordnetheit und die

Ambivalenzen, die soziale Phänomene gestalten, in den Blick nehmen (Fenwick/Edwards 2010). Sie erweitere das Repertoire der Forschung dabei in einer eigensinnigen Weise (Mol 2010): Das Ziel bilde nicht der Kampf, an dessen Ende ein einzelnes generalisierbares (Erklärungs-)Muster stehe. Es gehe vielmehr um die Bereicherung des Erkenntnisrepertoires. Würde man sie lediglich als eine Theorie betrachten, helfe sie u. a. dabei, Fälle zu erzählen, Kontraste zu zeichnen oder Fragen aufzuwerfen, wobei dies auch auf andere Erkenntnisfelder übertragen werden könne. Anders, als Lindemann (2008) unterstellt, versuchte Latour nicht, eine Expertokratie zu legitimieren und die Gesellschaft quasi als Labor zu beschreiben (Gertenbach 2015). Vielmehr bildete die Naturwissenschaft in Gestalt des Labors den „archimedischen Punkt“ (ebd.: 1965) der Moderne, deren dualistische Grundunterscheidung zwischen Natur und Kultur sowie die sich darauf berufende Expertokratie von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern Latour geradeheraus kritisiert hat (Latour 1998).⁴⁶

Dementsprechend verkörpere die ANT keine einzelne monolithische Entität, sondern eine Multiplizität, die vorrangig auf Fallstudien beruht (Law 2009). Hieraus ergibt sich aus Sicht John Laws als einem der frühen ANT-Theoretiker folgende grundlegende Frage (ebd.): Wie nützlich ist es, in einer intellektuellen Welt zu leben, die definiert wird durch Kritizismus, Verteidigung und das Verlangen, Auseinandersetzungen unbedingt gewinnen zu müssen? Diese Frage ist aus seiner Sicht kompliziert.⁴⁷ Gleichwohl bestehe ein Weg der Übersetzung darin, mehrere intellektuelle und politische Räume zu gewinnen – ein Ansatz, der auch von Mol (2010) und Latour mit seinem Irreduktionsprinzip vertreten wird.

In Hinblick auf den Agency- und Handlungsbegriff der ANT könne auf das ANT-interne Primat der Methodologie verwiesen werden (Sayes 2014): Der Anspruch, dass nichtmenschliche Entitäten Agency ausüben, werde lediglich dann voll verständlich, wenn der Unterschied zwischen Theorie und Methodologie erfolge. Während die Theorie eher allgemeine und substantielle Ansprüche auf die Untersuchungsobjekte erhebe, sei die Terminologie der ANT im Sinne der Methodologie notwendig, um eine Beschreibung zu erstellen und die Vergleichbarkeit mit anderen Beschreibungen zu garantieren. Somit diene der Verzicht auf ontologische Setzungen, z. B. in Form der klassischen Strukturierungstheorie nach Anthony Giddens oder das Strukturprinzip nach Talcott Parsons (Loyal/Barnes 2001), im Vorhinein dem Zweck, die offene Frage nach Handlungsträgerschaft und damit nach der Agency erst empirisch zu beantworten (Getzinger/Berger 2009).⁴⁸ Dies geschehe, indem struktur- und handlungsbezogene Perspektiven angemessen verbunden werden (Raithelhuber 2012). Hier könne angemerkt werden, dass z. B. Pflegende und ihr Handeln einen unmittelbaren Bestandteil eines Kontexts bilden, aus dem sie letztendlich nicht heraustreten können (Milliken 2018). Vielmehr komme es darauf an, sich zu diesem Kontext zu verhalten (ebd.).⁴⁹ Gerade hier bietet der Ansatz von Latour die

⁴⁶ Gerade in Bezug auf diesen Umstand weist Gertenbach darauf hin, dass sich Lindemann mit ihrer Kritik an Latour als ein Fürsprecher einer vermeintlichen Expertokratie geirrt hat (Gertenbach 2015).

⁴⁷ Auch aus der Perspektive der Gesundheitssoziologie wird an sozialkonstruktivistischen Ansätzen kritisiert, dass sie Technologien zu simplifizierend als Assemblagen von Eigenschaften und Funktionen auffassen, denen einfach verschiedene soziale Bedeutungen angehängt werden können (Lehoux et al. 2004). Nichtsdestotrotz kommt Latour dieser Kritik insofern entgegen, als dass er sich eher als Sozialkonstruktivist versteht und der Forderung von Lehoux et al. (ebd.) nachkommt, die Agency von Technologien ethnografisch – also empirisch – in ihrer Nutzungssituation zu beobachten.

⁴⁸ Beispielhaft konnte in einer techniksoziologischen Studie aufgezeigt werden, dass die menschlichen Akteure dem autonomen Fahr Simulator nur bestimmte Zuständigkeiten zugebilligt hatten. Diese entsprachen aber nicht dem im Versuch definierten Programm. Dies bedeutet, dass der Technologie, die ihr zugeordnete Autonomie nicht zugestanden worden ist (Fink/Weyer 2011)

⁴⁹ Ein explizites Verständnis – außerhalb der ANT – einer personenbezogenen Agency, verstanden als Handlungskompetenz, die Versorgungsstrukturen beeinflussen kann, wurde beispielsweise von Dorothea Orem formuliert (Banfield 2011). Gewissermaßen ergibt das Bewusstsein einer hohen indivi-

Möglichkeit, die Handlungen relativ determinierter Individuen innerhalb von Strukturen angemessen zu beschreiben (Latour 2016).⁵⁰

Dennoch bedeute dies keine Absage an ein handelndes Subjekt, da die Konstellation von menschlichem und nichtmenschlichem Akteur eine gemeinsame Verantwortung und neue Handlungsmöglichkeiten begründe (Gnosa 2018). Hieran werde der Delegationscharakter von menschlicher Agency sichtbar (van den Berg/de Mul 2011): Ein beträchtlicher Teil menschlicher Handlungen werde vielmehr durch externe und interne Faktoren kontrolliert, die außerhalb der eigenen kontrollierbaren Sphäre liegen. Die menschliche Agency sei keine vollständig autonome Macht, sondern eher eine reflexive Beziehung, die einen Menschen zum Handeln motiviert.⁵¹ Van den Berg und de Mul veranschaulichen dies als reflexive Schleife. Gleichzeitig ermögliche diese Beziehung, dass die motivierenden Kräfte als eigene Motive, Ideen, Antriebe oder Leidenschaften angesehen werden. Einzig im Zusammenspiel interner und externer Motivatoren und deren reflexiven Inbesitznahme durch einen Menschen könne dieser als Agent handeln. In diesem Sinne sei die menschliche Agency durch ihre Delegation an Artefakte stets auch eine verteilte Agency gewesen. In den meisten Fällen sei durch diese Delegation kein Schaden an den Menschen entstanden, sondern eher das Gegenteil. Sie würden die Fähigkeiten der Menschen, in der Welt zu handeln und neue Handlungsmöglichkeiten zu kreieren, erweitern. Dies wäre ohne eine solche Art der Delegation unmöglich. Mit dem Aufkommen des autonomen Computerwesens und der Umgebungszintelligenz (z. B. AAL, Anm. d. Verf.) habe die Delegation von Agency bislang unvorstellbare Ebenen erreicht. Durch diese Entwicklung werde der Grad menschlicher Kompetenz, Effektivität und Autonomie neue Grenzen berühren. Aus diesem Grund benötigten die technologischen Entwicklungen Unterstützung und Aufmerksamkeit. Gleichzeitig müsse aber der Wendepunkt, an dem die Autonomie sowie die Agency der Menschen in so einem Ausmaß externalisiert und unterminiert werden, kritisch in den Blick genommen werden (van den Berg/de Mul 2011).

Hierin könne auch eine Verbindung mit dem schwachen Anspruch der ANT, eine umfassende Theorie zu sein, hergestellt werden (Sayes 2014): Dieser spiele lediglich in Hinblick auf die Infraprache eine Rolle, die als ein Werkzeug angesehen wird, um erklären, erläutern und verknüpfen zu können. Die Infraprache beinhalte indes keinen Anspruch, eine rigorose, widerspruchsfreie Erklärung der Welt zu liefern. Demnach handle es sich bei dem Anspruch, dass nichtmenschliche Entitäten über Agency verfügen, nicht um eine strenge theoretische Aussage. Dies sei vielmehr eine methodische Perspektive, um Empirie betreiben zu können. Daher könne der Akteurbegriff bezogen auf nichtmenschliche Entitäten im Sinne der Infraprache nur als ein schwacher Begriff aufgefasst werden. Gewissermaßen dürfe daher Latours Ansatz als ‚Vordenker‘ der ANT als ein Aufruf an die Forschung verstanden werden, sich vom Abstrakten abzuwenden und sich im Sinne einer empirischen Philosophie der empirischen Konkretion zuzuwenden (Gertenbach/Laux 2019), wobei Latour sich hier ebenfalls auf den

duellen Handlungskompetenz damit auch ein hohes professionelles Selbstbewusstsein, die handlungsbedingenden Strukturen zu beeinflussen (siehe hier z. B. Chulach/Gagnon 2016). Im gegenteiligen Fall werden Strukturen als handlungslimitierend angesehen und damit von einer niedrigen ‚Agency‘ der pflegerischen Berufsgruppe ausgegangen (z. B. Trapani et al. 2016, Attree 2005). Interessant ist hier auch der Ansatz von Patricia Benner, die die Strukturgebundenheit pflegerischer Expertise als ein weiteres personengebundenes Agency-Verständnis erläutert hat (siehe Benner (2012)).

⁵⁰ Beispielhaft sei hier eine Studie zum Neugeborenen-Screening angeführt (Wieser 2009): Die Eltern oder das medizinische Fachpersonal entscheiden nicht in letzter Instanz über die Ausgestaltung des Neugeborenen-Screenings. Die Inhalte werden stattdessen auf politischer Ebene bestimmt und durch die medizinische Maschinerie in Richtung der Handlungsorte übersetzt. Die Akteure auf den Geburtsstationen sind somit keine vollständig autonomen Akteure.

⁵¹ Hier wird nochmals der Plessner-Bezug von de Mul deutlich (vgl. de Mul 2010 u. 2014).

Pragmatismus von John Dewey beziehe, die aus seiner Sicht gerade den Einbezug der nicht-menschlichen (dinglichen) Entitäten fordert (Latour 2007).

Dies gelte auch für das generalisierte Symmetrieprinzip, mit dem aus der Perspektive der Kritiker die Besonderheiten der menschlichen Akteure ignoriert werden (van Loon 2014). Van Loon merkt dabei an, dass die ANT keineswegs den menschlichen Akteuren eine geringere Bedeutung zuweist (ebd.): Vielmehr bilde die symmetrische AnalyseEinstellung die Voraussetzung zur Herausarbeitung der Heterogenität der Netzwerke aufgrund der Assoziationen von nichtmenschlichen und menschlichen Akteuren, um reduktionistische Erklärungsmuster zu vermeiden. Hierzu gehöre auch die Zuschreibung von Agency an nichtmenschliche Akteure, da etwa in der Generierung naturwissenschaftlichen Wissens bestimmte Objekte mittels bestimmter Artefakte „[...] zum Sprechen gebracht [...]“ werden (ebd.:107). Die Zuschreibung der Agency erfolge demnach über die menschlichen Akteure (Latour 2014a), die Aussagen über das gemeinsame Handeln von Menschen und Dingen erlauben (Wieser 2009). Besonders diesen Aspekt hätte Latour nicht stets explizit verdeutlicht und hierdurch Missverständnisse ausgelöst (ebd.).⁵² Damit erscheine auch die Vorstellung von einer materiellen Agency sinnvoll zu sein, wenn sie relational aufgebaut und zugleich auf der Basis einer asymmetrischen Ontologie verstanden werden kann (Kirchhoff 2009).

In Bezugnahme auf einen der schärfsten englischsprachigen Kritiker Latours – David Bloor – hebt van Loon das an Kant ausgerichtete Denken Bloors als einen Hauptgrund für das Fehlen einer breiten Akzeptanz der ANT in der Sozialwissenschaft hervor (van Loon 2014): Die Sozial- und Kulturwissenschaften würden sich auf den Menschen fokussieren und scharf zwischen sinnlicher Erfahrung und kognitiver Vernunft trennen, wobei immer die Einteilung in Subjekte und Objekte vorausgesetzt wird. Diese Voraussetzung sei jedoch in van Loons Perspektive empirisch unbegründet und daher wenig bedeutsam für die Forschung entsprechend der ANT. Aus Sicht der ANT würden Subjekte und Objekte allein dann Sinn ergeben, wenn diese anhand empirischer Forschung identifiziert worden sind. Daher könne die Differenz von Subjekt und Objekt nicht a priori durch Aktiv/Passiv noch durch Mensch/Ding ersetzt werden. Würde man die ANT im klassischen Sinne als Theorie verstehen, wäre diese Sichtweise für eine am humanistischen Paradigma ausgerichtete Pflegeforschung eine Herausforderung, da diese die Bedeutung nichtmenschlicher Akteure niedriger zu bewerten scheint (Booth 2013). Hier empfehle es sich, die vermeintlich nichthumanistische generalisierte Symmetrie als eine rein analytische Perspektive zu verstehen und in der Beschreibung des gemeinsamen Handelns menschlicher und nichtmenschlicher Akteure pragmatisch vorzugehen (Booth et al. 2016), um damit die Komplexität der Komposition einer Handlung herausarbeiten zu können (Wieser 2009).

Allerdings erfordere dies vor dem Hintergrund der begrifflichen Unklarheit der ANT bzw. der Latourschen Begrifflichkeiten, die auf beobachtbare Praktiken fokussieren (Holzinger 2009), den Rückgriff auf das Praktikenverständnis von Andreas Reckwitz, um den menschlichen Part in den ‚Akteur-Netzwerken‘ und damit auch die Verkörperung von Praktiken (Hirschauer 2004) angemessen konturieren zu können. Reckwitz identifiziert hier drei Grundpositionen sozialer Praktiken (Reckwitz 2003):

Die erste Grundposition der Materialität des Sozialen und Kulturellen gibt Auskunft über die strukturellen Aspekte einer Praktik bzw. einer Handlung, zu der ihre Körperlichkeit und die Materialität der Dinge gehören. In Hinblick auf die Körperlichkeit setzt sich eine Praktik aus bestimmten routinisierten – performativen – Bewegungen des Körpers zusammen, die ein inkorporiertes, nicht erklärbares oder erklärungsbedürftiges Wissen umfasst. Die Materialität der

⁵² Selbst heutige Publikationen verweisen auf ein nichtmetaphorisches Verständnis von Latour, das sie indirekt mit einer Verklärung nichtmenschlicher Entitäten in Verbindung bringen (vgl. Artner/Atzl 2018).

Dinge hingegen weist auf ihre Bedeutung als Voraussetzung hin, damit durch ihren sinnhaften Gebrauch eine Praktik entstehen, vollzogen und reproduziert werden kann.

Die implizite Logik der Praxis bildet die zweite Grundposition. Sie besagt, dass im Vollzug einer Praktik implizite soziale Kriterien genutzt werden und damit in Form des praktischen Wissens die Wiederholung einer Praktik über räumliche und zeitliche Grenzen ermöglichen. Dieses praktische verinnerlichte Wissen umfasst dabei Elemente des interpretativen Verstehens als routinemäßige Bedeutungszuschreibung, des methodischen Wissens in Form skriptförmiger Prozeduren und zuletzt des motivationalen-emotionalen Wissens als Wollen oder Nicht-Wollen.

Das Spannungsfeld von Routinisiertheit und Unberechenbarkeit bezeichnet die dritte Grundposition: Während die Routinisiertheit für repetitive Handlungsmuster steht, handelt es sich bei der Unberechenbarkeit um interpretative Unbestimmtheiten in Form des Misslingens, der Neuinterpretation oder der Konflikthaftigkeit. Praktiken sind demnach stets mit ihrem Entstehungskontext verbunden, sodass praktisches Wissen unter den Bedingungen der Zukunftsungewissheit und des Zeitdrucks in anderen Kontexten keine handlungsleitenden Antworten liefert. Damit ergibt sich das einer Praktik inhärenten Potenzial von Sinnverschiebungen, da eine Wiederholung einer Praktik keine identische Wiederholung darstellt. Dabei sind die Praktiken zu einem losen Konglomerat miteinander verbunden, innerhalb dessen sich die Anforderungen an das praktische Wissen widersprechen oder unterscheiden können, aber gleichzeitig miteinander verbunden sind. Menschen müssen demnach diese heterogenen Formen des praktischen Wissens inkorporieren.

Dementsprechend ergeben sich Perspektiven für eine an der ANT ausgerichteten Pflegeforschung: Die Würdigung der Bedeutung nichtsozialer Akteure bietet zum einen eine Perspektive auf die sich entwickelnden Beziehungen von Pflegenden mit Technologien oder Dingen (Anm. d. Verf.), um so gerade die subtilsten soziotechnischen und soziomateriellen Szenarios analytisch öffnen zu können (Booth 2013). Zum anderen ist es auch potenziell möglich, sich der Machtthematik zu nähern: Dölemeyer und Rodatz weisen darauf hin, dass Latour das „[...] Wie der Konstitution und Funktionsweisen von Machtverhältnissen [...]“ hervorgehoben hatte (Dölemeyer/Rodatz 2010: 217). Macht erscheine in dieser Perspektive als Ergebnis und nicht als Ursache eines Beziehungsgeflechts (ebd.). Allerdings, und hierin besteht eine definitive Limitation dieses Ansatzes, könne die ANT z. B. nicht allein für eine Analyse von Machtbeziehungen im Sinne einer Foucaultschen Dispositivanalyse genutzt werden (Gnosa 2018). Gleichzeitig biete sie jedoch eine höhere Detailschärfe und könnte zu diesem Zweck quasi als vorbereitende Zuarbeit herangezogen werden (ebd.).

Realistisch erscheine vor dem Hintergrund des Anspruchs der ANT, die ‚Herstellung‘ irreduktionistischer Erklärungen voranzutreiben, eher die Kritik an Fiktionen (Gill 2008): Die ANT kann sich auf die Kritik von Fiktionen beschränken, aber im Gegenzug nicht auf die Überwindung des Dualismus von Geist und Materie. Sie sollte aus Gills Sicht daher die Fiktionen herausarbeiten und ihre Dogmatisierung als „Terror der Realabstraktion“ (ebd.: 49) einhegen. In pflegewissenschaftlicher Perspektive lassen sich hier die Versprechungen einer zunehmenden Technisierung und Robotisierung in der Pflege anführen, den Personalmangel in der Pflege abzumildern (Hielscher et al. 2015/Hülsken-Giesler 2015) oder generell den Bedarf nach Fachkräften abzusenken (Kiran 2017).⁵³ Darin bestünden dann auch die empirischen Verdienste der ANT, denn sie zeige die Kosten und Probleme der Dekontextualisierung durch reduktio-

⁵³ Ein weiteres mögliches Beispiel für den ‚Terror der Realabstraktion‘ bietet die auf Eichhorn (1967) zurückgehende Aufteilung in Grund- und Behandlungspflege, die weiterhin nachhaltigen Einfluss auf die Pflege ausübt.

nistische Erklärungen an und sensibilisiere für den Bedarf an sozialer und materieller Rekontextualisierung.⁵⁴ Die ANT erlaube somit, einen anderen Ansatz von Technologien oder Dingen (Anm. d. Verf.) kontextbezogen zu untersuchen (ebd.). Gerade vor diesem Hintergrund wählte er das Labor als Ansatzpunkt der ANT, da die (Natur-)Wissenschaft für das ‚herkömmliche‘ Verständnis der Moderne stand, die Latour kritisiert hatte (Gertenbach 2015).⁵⁵ Hierdurch hätte er sich zugleich auch versprochen, mehr Möglichkeiten für Kritik durch nichtreduktionistische Erklärungen verschaffen zu können (Latour 2004b). Dennoch gelte es in diesem Zusammenhang, die Limitationen des ANT-Ansatzes zu berücksichtigen. Das weit gesteckte Ziel der ANT, den ‚Akteuren zu folgen‘, bilde gewissermaßen die Definition eines groß angelegten Forschungsprogramms, in dem dessen Begrenzungen im Vorhinein nicht festgelegt sind. Gerade für das Handlungsfeld der Pflege sei es vonnöten, die strukturellen und kontextuellen Begrenzungen zu berücksichtigen (Booth et al. 2016). Eine Begründung liefert hier Latour selbst, da im Sinne der Netzwerkmetaphorik nur schmale Kanäle oder Wege erkannt werden können (Latour 2014a). Die Zwischenräume in den Netzwerken beinhalten das Unerkannte bzw. Unbekannte; ein Überblick im Sinne eines Panoptikums kann nicht mehr erreicht werden (ebd.). Stattdessen werden in einem Oligoptikon nur die Details und Verknüpfungen sichtbar, denen es zu folgen gilt (ebd.), wobei dies eine Beschränkung der epistemologischen Perspektive bedeutet (Flatscher/Seitz 2018) und die damit einhergehende Konzentration auf kleinteilige Prozesse kaum bei der Erkennung dauerhafter Mustern und Strukturen hilft (Dölemeyer/Rodatz 2010).

Zudem bestünden hinsichtlich der Praktikabilität des ANT-Ansatzes weitere strukturelle Begrenzungen (Färber 2014): Angesichts der kompetitiven Ausrichtung der Wissenschaft sowie der Orientierung an interdisziplinärer anwendungsbezogener Forschung sieht Färber für eine mikroperspektivische empirische Forschung in Verbindung mit einer detaillierten Beschreibung von Akteur-Netzwerken geringe Chancen auf eine breite Umsetzung – einerseits u. a. aufgrund der hohen zeitökonomischen Investitionen für eine solche Forschung, andererseits, weil die Ergebnisse nicht einfach auf die jeweiligen Disziplinen übertragbar zu sein scheinen. Trotz dieser Einschränkungen biete Latours Färbung der ANT einen Rahmen, abseits von einem reduktionistischen Positivismus über die Komplexität von Fakten und Dingen nachdenken zu können (Flatscher/Seitz 2018), d. h., diese zu matters of concern zu machen (Ceci et al. 2017).

6.3 Zwischenfazit

Welchen Ertrag lässt sich aus der kritischen Reflexion der ANT in Bezug auf die Zielstellung dieser Arbeit skizzieren? Trotz ihres hermetischen Idioms und der leicht missverständlichen Theoreme besteht folgendes Potenzial: Die ANT versteht sich als Ansatz, um die Ungeordnetheit und Ambivalenz sozialer Phänomene, verstanden als Netzwerke von Menschen und nicht-sozialen Entitäten, in den Blick zu nehmen. Hier kann die beruflich erbrachte Pflege als soziales Phänomen einen Untersuchungsgegenstand bilden, da gerade die phänomenologisch-hermeneutische Beschäftigung mit dem pflegerischen Handeln sowohl die Diffusität als auch die Kontingenz beruflich-pflegerischen Handelns hervorgehoben haben. Zudem lässt sich das pflegerische Handeln nicht allein mit generalisierbaren Wissensbeständen definieren.

⁵⁴ Insbesondere konnte Heinlein (2003) im Rückgriff auf Latour in der Perspektive der Sozialwissenschaften aufzeigen, dass der Begriff des autonomen Kunden nicht auf die materielle Realität pflegebedürftiger Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen angewendet werden kann. Vielmehr beruht aus seiner Sicht ein solcherart verstandener Begriff auf der Ignoranz gegenüber den tatsächlichen Lebensbedingungen der Betroffenen und damit auf einer definitiven Dekontextualisierung.

⁵⁵ Gerade an diesem Umstand weist Gertenbach darauf hin, dass sich Lindemann mit ihrer Kritik an Latour als ein Fürsprecher einer vermeintlichen Expertokratie geirrt hat (Gertenbach 2015).

In diesem Sinn bietet die ANT als methodisch-analytischer Ansatz die Gelegenheit das Erkenntnisrepertoire der Pflegewissenschaft zu erweitern. Insbesondere kann sie die dekontextualisierten Fiktionen einer problemlosen Technisierung bzw. Robotisierung beruflichen pflegerischen Handelns potenziell vorbeugen. Dabei zielt diese Arbeit auf die Herausarbeitung des gegenwärtigen soziomateriellen Kontextes beruflichen pflegerischen Handelns in Gestalt der Agency von materiellen Dingen und Pflegenden, da gerade in dem Ensemble etablierter Dinge der Pflege die avancierten Technologien zukünftig eingeführt werden sollen.

Forschungsmethodisch bedeutet dies zugleich sich auf die methodischen Ansätze der ANT einzulassen: Dies bedeutet die Performanz pflegerischen Handelns und der eigenen Vorstellungen der Agency der Dinge mittels der Ethnographie als ‚Making of‘ (vgl. Kapitel 4.1) zu beschreiben und wiederum die Ontologien der pflegerischen Akteure über die Agency der Dinge mittels Interviews zu befragen.

III Empirischer Teil

7 Konkretion der Fragestellungen

Als Ausgangsbasis dieser Arbeit fungiert die Feststellung, dass die materiellen Dinge hinsichtlich ihres Anteils an der Herstellung der beruflichen Handlungsfähigkeit bzw. Agency Pflegender⁵⁶ noch nicht einschlägig im deutschsprachigen pflegewissenschaftlichen Kontext untersucht worden sind. Dabei wurde in den Ausführungen zum ‚Originären‘ der beruflichen Pflege die Komplexität dieser personenbezogenen Dienstleistung deutlich, deren materieller ‚Ansatzpunkt‘ möglicherweise auf der Mikroebene der direkten leibkörperlichen Interaktion mit den pflegerisch zu versorgenden Personen zu verorten ist. In Hinblick auf die Komplexität des ‚Originären‘ der Pflege lassen sich daher zwei Thesen formulieren:

- **Zusammenführung unterschiedlicher Anforderungen**

Auf Mikroebene besteht für die beruflich Pflegenden das Erfordernis, unterschiedliche Anforderungen, die zeitlich nicht vorab und linear bestimmbar sind, unter den Bedingungen der Ungewissheit zusammenzuführen. In erster Linie gehen diese vom pflegerisch zu versorgenden Menschen als leibkörperlich verstandene Einheit aus. Anlässe bilden hier Erkrankungen oder lebensphasebedingten Entwicklungen, die nicht mehr allein mittels der durch ‚informell‘ Pflegenden erbrachten Hilfen aufgefangen werden können. Zudem müssen die beruflich Pflegenden weiteren strukturellen Anforderungen situativ mit ihrem Handeln in der konkreten Interaktionssituation verbinden. Diese können eine doppelte Asymmetrie bedingen, die einer für beide beteiligten Akteure gelingenden Pflege entgegenstehen.

- **Leibbezogenheit als Verstehenszugang**

In Hinblick auf die leibkörperliche Einheit des Menschen gilt es, neben den objektiv beschreibbaren körperbezogenen Aspekten die subjektiven Aspekte des Leibes zu verstehen. Dies schließt eine leibliche Hermeneutik der nichtsprachlichen Ausdrucksformen und die der Berührung mit ein. Vorsichtig angedeutet, zeichnet sich das Handeln von beruflich Pflegenden auf der Mikroebene durch eine nicht zu unterschätzende Komplexität aus. Gelingt es den Pflegenden, sämtliche Aspekte im Rahmen eines Beziehungsaufbaus zu den jeweils von ihnen versorgten Menschen miteinander auszubalancieren, kann wohlmöglich eine über die Situation hinausgreifende gelingende Pflege begründet werden.

Damit kann die Agency beruflich Pflegender als relational eingebundene menschliche Handlungsfähigkeit, aufbauend auf einer reflexiven Beziehung (van den Berg/De Mul 2011), veranschaulicht werden, um die unterschiedlichen Anforderungen in einer Versorgungssituation zusammenzuführen und einen leibbezogenen Zugang zu den von ihnen versorgten Menschen aufbauen zu können. Diese berufliche Agency wiederum wird in der analytischen Perspektive der ANT auf die nichtmenschlichen Entitäten – die materiellen Dinge – ausgeweitet. Dabei wird davon ausgegangen, dass an diese Handlungsfähigkeiten in Gestalt von Funktionalitäten delegiert werden und somit heterogene Netzwerke als Handlungszusammenhänge entstehen.

⁵⁶ Wobei diese Fokussierung eher in einem weiten Sinn verstanden werden kann, da z. B. die Hauptlast der häuslichen Pflege durch zum Teil berufstätige Angehörige getragen wird (Geiger 2016; Hauss et al. 2010) und sich ähnliche Erfordernisse auch für die informelle Pflege durch Angehörige ergeben. Hier kann noch angemerkt werden, dass auf Ebene der Europäischen Kommission die Formalisierung der Angehörigenpflege mitsamt der Etablierung von Qualitätsindikatoren diskutiert wird (Europäische Kommission 2018).

Ein dahinterstehender Gedanke Latours bildet in diesem Zusammenhang die relative Stabilisierung des Sozialen durch das Nicht-Soziale bzw. durch materielle Dinge (vgl. Kap. 5). Gewissermaßen kann damit die Annahme formuliert werden, dass durch diese relative Stabilisierung die Handlungsfähigkeit beruflich Pflegender mit ermöglicht wird. Ob diese materielle ‚Stabilisierung‘ tatsächlich ausreicht, ist jedoch angesichts der drohenden Erosion intakter Lebensweltstrukturen und Lebensformen (Remmers 2018b) oder des akuten Personalmangels in der Pflege (Lehmann/Behrens 2016) zu hinterfragen.

Problematisch ist, neben der fehlenden Ausrichtung der ANT an das humanistische Paradigma und der Beschränkung der Analyse auf der deskriptiven Ebene, indes auch die vielfach kritisierte begriffliche Unbestimmtheit im Agency-Verständnis Latours (siehe hier z. B. 2014a), das analytisch den Blick auf die nichtmenschlichen Entitäten als mithandelnde Akteure eröffnen soll. Bisherige Studien aus dem pflegewissenschaftlichen Kontext mit ANT-Bezug (vgl. Unterkap. 3.1) haben diesen Aspekt nicht explizit angesprochen bzw. andere Aspekte herausgearbeitet: Booth (2013) und Allen (2015 bzw. 2012) fokussierten hauptsächlich auf Organisationsaspekte sowie Foth (2013) auf historische Zusammenhänge anhand der Patientenakte. Im Gegenzug hierzu haben Manz (2015) und Gödecke (2018) sowie Tavares et al. (2018) eine stärkere Ausrichtung an das Erleben des soziomateriellen Versorgungsgeschehens in der Perspektive der pflegerisch versorgten Menschen und ihrer Angehörigen herausgearbeitet. Sie verweisen auf den Beziehungsaspekt, der mit der Nutzung der Dinge einherzugehen scheint und mit mehr oder minder interaktionsreichen Anpassungsvorgängen im Sinne eines ‚Tinkering‘ (Mol et al. 2010) verbunden ist. Damit wird in einem weiten Sinne besonders die Relation von ‚Leib‘ mit seiner Umwelt als Positionalität, die über die Grenze zwischen beiden Aspekten vermittelt wird (Spreeen 2015), angesprochen. Dieser relationale Aspekt der Positionalität zeigt dabei auf, wie lebendige Entitäten „[...] sich aktiv auf ihre Umwelt beziehen, mit ihr im Austausch stehen und sich ihr gegenüber abgrenzen [...]“ (Manzei 2005:66). Doch wie lässt sich hier die anteilige materielle Agency, die nach Latours Verständnis als Zuschreibungsphänomen (Latour 2014a) darin besteht, dass alles, was einen Unterschied bei einem anderen Akteur bzw. Entität hervorruft, auch handelt, im Sinne der Pflegewissenschaft als eine Handlungswissenschaft begrifflich konkretisieren respektive inhaltlich füllen?

Eine mögliche Annäherung zwischen der phänomenologisch-hermeneutischen Ausgangsposition und den Theoremen der ANT eröffnet sich hier aufgrund der Bedeutung der Dinge im Kontext der exzentrischen Positionalität des Menschen (de Mul 2010) in Form der leib-orientierten Performanz der beruflich Pflegenden (Hoops 2013). Dies umfasst damit ihre Konstellationen, Beziehungen und Positionen (Hoops 2013) zu den Menschen und den materiellen Dingen als Verweise auf die Materialität des pflegerischen Falls (Hänel 2018). Nach Latour (2014a) bildet hier die Ethnographie den methodischen Zugang die leiborientierte Performanz zu beschreiben. Dabei rückt potenziell die Sozialisierung von Dingen als Repräsentanten von Technologien in den Blick. Bislang scheint (siehe Unterkap. 3.2 u. 3.3) das Verhältnis von Pflege und etablierten sowie neuen avancierten Technologien sehr ambivalent gewesen zu sein, da der Referenzrahmen u. a. nicht von den Pflegenden mit definiert worden ist. Zudem ist die Nutzung technischer Dinge sehr voraussetzungsreich und erfordert spezifische Kompetenzen bei den beruflich Pflegenden. Folglich treten diese zu den Anforderungen hinzu, was die Komplexität der Mikroebene pflegerischen Handelns wesentlich erhöhen könnte. Allerdings müssen diese avancierten Dinge zukünftig in das alltägliche Ensemble bereits etablierter Pflegedinge integriert werden. Hier besteht das Potenzial aufgrund ihrer selbstverständlichen Benutzung übersehen zu werden. Dies könnte auch bedeuten, dass das beruflich ausgerichtete pflegerische Handeln gegenüber politischen Entscheidungsinstanzen auf der gesellschaftlichen Makro- sowie den technikentwickelnden Disziplinen auf der Mikroebene weiterhin unsichtbar bleibt. Gerade hier setzt nach Latour (2016) die ANT an mehr Aspekte der Realität

zu registrieren und damit andere Wissensformen als das rein naturwissenschaftliche Wissen (ders. 2004a) in den wissenschaftlichen oder politischen Diskurs einzubringen.

Damit besteht ein Bedarf die vielfältigen Aspekte der Realität beruflichen pflegerischen Handelns zu registrieren. Hierzu gehört auch dessen Soziomaterialität im Kontext der gegenwärtig genutzten Dinge, damit die Grundlage für eine begriffliche Vorarbeit als Figuration beruflichen pflegerischen Handelns (und damit auch der Pflege) zum Zwecke einer späteren demokratischen Technikentwicklung (Hülsken-Giesler/Depner 2018) gelegt werden kann. Vor dem Hintergrund des diffusen Agency-Begriffs in der ANT ist es jedoch erforderlich, auf die Figuren des Agierens als ‚Agency-Grade‘ zurückzugreifen, da diese möglicherweise dabei behilflich sein können, verschiedene Nuancen aufzuschlüsseln. Dabei wird, auf Reckwitz zurückgreifend, das Verhältnis von Körperlichkeit und Materialität der Praktiken in der Pflege berücksichtigt. Leitend ist hier folgende primäre Fragestellung:

- *Welche Figuren des Agierens als Hinweise auf Formen einer materiellen Agency und welche Positionierungen können in der Forscherperspektive den materiellen Dingen in ihrer Relation zu den beruflich Pflegenden und den von ihnen versorgten Menschen zugeschrieben werden?*

Gleichwohl bleiben hier die Referenzrahmen in der Perspektive beruflich Pflegender, die auf die Sozialisierung der Dinge hinweisen, unbestimmt. Diese sind besonders erforderlich, da sie Hinweise auf die soziomateriellen Beziehungsaspekte zwischen den Dingen und den pflegerisch versorgten Menschen in der Perspektive der beruflich Pflegenden als Teil ihres Handelns geben können. Eingedenk der Setzung der ANT, die Handlungssituation mit einem weiten analytischen Blick zu betrachten, bedeutet dies daher zwingend, neben der Forscherperspektive die Perspektive der mit den Dingen handelnden Pflegenden als relevante Akteure hinzuziehen. In der Perspektive von Latour erfordert dies die Befragung der Akteure (Latour 2014a, ders. 2016). Gleichzeitig ermöglichen ihre Aussagen möglicherweise die Deskription der soziomateriellen Skripte der Dinge:

- *Welchen Anteil der Dinge am Alltagshandeln der Pflegenden und welche Hinweise auf damit verbundene Skripte lassen sich aus deren Zuschreibungen erarbeiten?*

Mit den beiden letzten Fragestellungen werden die Ergebnisse als Eckpunkte eines soziomateriellen Referenzrahmens pflegerischer Handlungsfähigkeit zusammengeführt und im Rückgriff auf die vierte Fragestellung diskutiert:

- *Wie lässt sich in der Zusammenschau eine begriffliche Annäherung an soziomaterielle Aspekte beruflich-pflegerischer Handlungsfähigkeit vornehmen, die den Anteil der Dinge an der Herstellung von Handlungsfähigkeit beruflich Pflegender benennen hilft?*
- *Welche Schlussfolgerungen lassen sich daraus für die Pflegewissenschaft, -bildung und -praxis in Hinblick auf die erwartete zunehmende Technisierung in der Pflege identifizieren?*

Das weitere Vorgehen zur Beantwortung dieser Fragen wird nachstehend thematisiert.

8 Datenerhebungs- und Auswertungsmethoden

8.1 Teilnehmende (fokussierte) Beobachtung

Einen wesentlichen Part an der Erhebung bildete die aus dem Methodeninventar der Ethnologie stammende teilnehmende Beobachtung. Sie entspricht dem methodischen Verständnis Latours als Ergebnis der Entwicklung der ANT im Rahmen der Laborstudie von Latour und Woolgar (1979). In seiner Perspektive hilft die Ethnographie ein lokales Akteur-Netzwerk von menschlichen und nicht-menschlichen Entitäten zu entfalten (Latour 2014a), welches als ein protokollierter Handlungsverlauf aufgefasst werden kann.

Generell zeichnet sich die teilnehmende Beobachtung durch folgende Charakteristika aus: Mithilfe der teilnehmenden Beobachtung sollen möglichst natürliche Interaktionen beobachtet werden können, sodass die Alltagssituationen in den Blick geraten, die sich auch in Abwesenheit des Forschenden in gleicher Weise ergeben würden (Ammann/van Holten 2017). Ein weiteres Charakteristikum besteht darin, dass das beobachtende Verfahren mehrere Elemente in einer Interaktionssituation in den Fokus rückt (ebd.): Hierzu gehören nonverbale, vorsprachliche Äußerungen, Lebewesen, Räume und Gegenstände. Die Herausforderung für die forschende Person besteht jedoch darin, gleichzeitig als Erhebungsinstrument und als Analyseinstrument zu agieren. Damit wird eine beobachtende Forschung zu einem „personengebundenen Vorhaben“ (ebd.: 6), um neue Beschreibungen sowie neue Fragestellungen erschließen zu können (Harbers et al. 2002). Insbesondere ergibt sich eine Sensibilisierung für die verschiedenen „modes of caring“ (ebd.: 219), in denen pflegerisches Handeln umgesetzt wird.

Mit der teilnehmenden Beobachtung wird dabei das spezifische Ziel verfolgt, die ‚emische‘ Innensicht der Akteure mit den ‚etischen‘ Außensichten der Forschenden zu verknüpfen (Ammann/van Holten 2017). Es wird das Ziel verfolgt, das Handeln für Außenstehende so zu beschreiben, dass es nachvollzogen und verstanden werden kann. Letztendlich gilt es, mittels des ausführlichen Schreibens als zentrales Instrumentarium der teilnehmenden Beobachtung die „[...] Regelgeleitetheit sozialer Interaktionen [...]“ rekonstruieren zu können (ebd.: 11). Dabei ergeben sich im Zusammenhang mit der teilnehmenden Beobachtung spezifische Konsequenzen (ebd.): Zu diesen gehören die Offenheit gegenüber dem Feld und die Notwendigkeit, die sich im Feld ergebenden Beziehungen und Rollen im Sinne einer Entscheidung für eine stärker emische oder etische Perspektive zu reflektieren. Gleichwohl entscheiden die Forschenden im Feld nicht allein über ihre und der den Akteuren im Feld zugewiesenen Rollen, da die Letzteren diese entweder akzeptieren oder ablehnen bzw. einen Kompromiss vonseiten des Forschenden erfordern. Dies bedeutet für den Forschenden, nicht für Irritationen zu sorgen, sofern der Zugang zum Feld gewährleistet werden soll. Damit gibt er oder sie auch die Kontrolle über die Datengewinnungsvorgänge an die beobachteten Menschen ab (Hodgson 2000).

Das ethnografische Vorgehen in dieser Studie lehnte sich aufgrund der kurzen Beobachtungsdauer stark an die fokussierte Ethnografie an, die eine Sonderform des ethnografischen Vorgehens darstellt: Einerseits konzentriert sich diese im Unterschied zur herkömmlichen Ethnografie auf spezifische Settings (Wall 2015), z. B. die ambulante Pflege (Cruz/Higginbottom (2013). Andererseits unterscheidet sie sich durch ihre Kürze, die selbst auch von herkömmlichen Ethnologinnen und Ethnologen praktiziert wird, von längerfristigen Beobachtungen (vgl. Harbers et al. 2002). Die fokussierte Ethnografie versteht sich als soziologische Ethnografie, da sie die eigene und nicht die fremde Gesellschaft untersucht und beschreibt (Knoblauch 2001). Dabei beschränkt sich die fokussierte Ethnografie, wie oben bereits genannt, auf einen Schwerpunkt und damit letztendlich auf einen abgegrenzten Ausschnitt der eigenen Kultur

(ebd.). Ihr Entstehungshintergrund liegt aus Sicht Knoblauchs in der Wissenschaftssoziologie begründet, in der sich ethnografische Arbeiten wie die Laborstudie von Latour und Woolgar (1979) auf bestimmte Aspekte wissenschaftlicher Tätigkeiten konzentriert hatten (Knoblauch 2001). Grundsätzlich zeichnet sich die fokussierte Ethnografie durch die kurzfristige Beschaffung allgemeiner Informationen über das interessierende Feld aus. Der hierzu notwendige Zeitaufwand ist im Gegensatz zur herkömmlichen Ethnografie weniger hoch. Fakultativ besteht auch die Einsatzmöglichkeit technischer Aufzeichnungsgeräte (ebd.), wobei dies in dieser Untersuchung aus ethischen und pragmatischen Gründen unterblieben ist.⁵⁷

Hinsichtlich der beschränkten Offenheit ist zu konstatieren, dass das soziale Feld nicht umfassend, sondern nur ein Ausschnitt desselben untersucht wird (ebd.): Innerhalb dieses Rahmens erfolgt der Versuch, das methodische Prinzip der Offenheit zu verwirklichen, da die Interaktionen und Aktivitäten der beobachteten Akteure sowie deren Muster im Mittelpunkt stehen. Entgegen der methodischen Setzung einer Fremdheit zum Feld geht die fokussierte Ethnografie von der Bekanntheit des Feldes zur gezielten Fokussierung aus. Dabei wird quasi ein umfassendes Expertenwissen über das Feld vorausgesetzt, um sich auf die interessierenden Aspekte konzentrieren zu können (ders. 2002). Der mit der Ethnografie traditionell verbundene Aspekt der Exotik bzw. der Fremdheit zum Feld kommt somit nicht vollständig zum Tragen, da gerade bürokratisch-formalisierte Felder der Gesellschaft untersucht werden und demzufolge eine kulturelle Fremdheit zwischen den Forschenden und den Beforschten nicht zutrifft (ebd.). Für Knoblauch geht es hier eher um die „gesellschaftliche Selbst-Beobachtung“ (ders. 2001:134). Die Befremdung⁵⁸ wird jedoch dann erforderlich, wenn es um den fokussierten Aspekt des Feldes geht, also die beobachteten Praktiken und die mit ihnen verbundenen Konstellationen (Knecht 2012). Dieser Aspekt bildet allerdings einen Bestandteil der Analyse, die bereits mit dem Niederschreiben der Beobachtungsprotokolle ansetzt.

Mit der fokussierten teilnehmenden Beobachtung wird in der ANT-Perspektive das Ziel verfolgt, Protokolle der Positionierungen der Dinge innerhalb der pflegerischen Arbeitshandlungen anzufertigen und die Zuschreibung der Figuren des Agierens an die Dinge in ihrer Relation zu den beruflich Pflegenden und den von ihnen versorgten Menschen durch den Forscher vorzunehmen.

8.2 Teilstrukturierte Interviews

Da die beruflichen Pflegenden und ihr Handeln mit den Dingen und den ihnen anvertrauten Menschen im Fokus der teilnehmenden Beobachtungen standen, bildeten sie auch die Zielpersonen für die teilstrukturierten Interviews. Grundsätzlich wird von Latour gefordert die Ontologien⁵⁹ der menschlichen Akteure in Erfahrung zu bringen, indem sie befragt werden und damit auch das Bild der forschenden Personen korrigieren können (Latour 2014a). Im Fall des sich auf das pflegerische Handeln und der darin einbezogenen Dinge fokussierende Projekt ist es die materielle Agency. Zur Aufschlüsselung von materieller Agency bieten Interviews als diskursive Praktik (Caronia/Mortari 2015) hierzu die Gelegenheit, wobei dies insbesondere dann zutrifft, wenn Dinge nicht mehr funktionieren bzw. den an sie gestellten Erwartungen nicht entsprechen (ebd.).⁶⁰

⁵⁷ Anscheinend wird in der gegenwärtigen Praxis der fokussierten Ethnografie in der Soziologie der Schwerpunkt hauptsächlich auf die Videografie gelegt (z. B. Rebstein/Schnettler 2018).

⁵⁸ Diese ergibt sich beispielsweise durch den zeitlichen Abstand zum beobachteten Ereignis und das Herangehen mittels einer spezifischen Fragestellung.

⁵⁹ vgl. Kap. 4.2

⁶⁰ Wobei dies in den Beobachtungen nie beobachtet werden konnte und in den Interviews eher ein Randthema gebildet hatte. Die ‚Dinge‘, d. h. Geräte oder Gegenstände, mussten schlichtweg im Feld funktionieren.

Dabei stellte sich die Frage, wie die interviewte Person und ihr Sprechen als Grundlage der Textproduktion durch Interventionen im Interviewablauf geformt und vorstrukturiert werden (Helfferrich 2014). Hinzu kam der Aspekt der Rollengestaltung, da in einer Interviewsituation meist ein asymmetrisches und sich ergänzendes Rollenverhältnis konstituiert wird (ebd.). Insbesondere spielt hier der Interviewleitfaden eine bedeutende Rolle (ebd.):

Der Interviewleitfaden gestaltet zum einen den Ablauf des Interviews. Er enthält Erzählaufforderungen als optionale Elemente, explizit vorgegebene Fragen und/oder Stichworte. Gleichzeitig bildet er eine methodologische Entscheidung, die die maximale Offenheit in Interviewsituationen in Richtung des Erkenntnisinteresses oder aus forschungspragmatischen Gründen einschränkt. Gleichwohl verschafft er auch Transparenz (Mey/Mruck 2007): Er erlaubt vor der Interviewdurchführung die Organisation und Explikation des eigenen Wissens. Hierdurch ist es möglich, diese mit Dritten zu diskutieren und zu konkretisieren. Gleichzeitig dient er als Checkliste, um zu überprüfen, ob sämtliche Aspekte im Interview angesprochen werden konnten.

Im Kern soll ein Leitfaden die interaktive Texterzeugung unterstützen (Helfferrich 2014): Diese ist jedoch nicht authentisch, da dies aus wissenssoziologischer Sicht ein nicht erreichbares Ziel darstellt. Es geht vielmehr darum, die Rekonstruktion der wandelbaren subjektiven Wahrheit aus dem Text heraus voranzutreiben. Dabei gilt, dass mit Aufgabe der Authentizitätserwartung die Reflexion des textspezifischen Entstehungskontexts als Abbild der Interaktion zwischen Interviewtem und Interviewer verknüpft ist.

Einen bedeutenden Prüfstein in Interviews bildet die Offenheit (ebd.): Damit ist gemeint, dass in der Interviewsituation die Interviewten ihre eigenen Deutungen entsprechend ihrer Logik, die nicht der Logik des Interviewenden gleichen muss, äußern können. Konkret bedeutet dies, dass Interviewte das äußern können, was ihnen wichtig und bedeutsam ist. Allerdings besteht hinsichtlich des vorab zu formulierenden Leitfadens die Notwendigkeit, die Offenheit einzuschränken, zumal auch aus ethischen Gründen die Interviewten im Vorfeld über den Forschungszweck aufgeklärt werden müssen und durch die Fragen mit theoretischen Setzungen sowie Vorannahmen konfrontiert werden. Die Einschränkung der maximalen Offenheit begründet sich dabei mit dem Forschungsinteresse.

Die Konzeption des teilstrukturierten Leitfadens erfolgte im Rahmen des von 2014 bis 2017 laufenden interdisziplinären Verbundforschungsprojekts „Die Pflege der Dinge – Die Bedeutung von Objekten in Geschichte und gegenwärtiger Praxis der Pflege“. Das Projekt zielte auf die Untersuchung der Materialisierung von pflegerischen und anderen Wissensbeständen in den Gegenständen der Pflege, die Herausarbeitung ihrer historischen und gegenwärtigen Bedeutung, die Untersuchung des in den Dingen eingeschriebenen Wissens hinsichtlich ihrer Potenziale Handeln zu ermöglichen oder einzuschränken sowie zuletzt die Interaktionen von Menschen mit Gegenständen und der sich daraus ergebenden Aufteilung von Handlungsfähigkeit (Kruse et al. 2013).

Als interdisziplinäres Projekt baute es auf Erkenntnisse aus den Science and Technology Studies (STS), den Workplace Studies und der historischen Pflegeforschung (ebd.). Die übergreifende Projektfragestellung bezog sich auf die Untersuchung der Bedeutung der Dinge bei der Herstellung von Pflege und nach der Materialisierung des Wissens in diesen Dingen (ebd.). Dabei wurde der Fokus auf Dinge im Kontext von Care gelegt, so dass sich der Gesamtertrag des Verbundprojekts nicht primär auf die Beschreibung der Handlungsfähigkeit beruflich Pflegender bezog.

Innerhalb des Teilprojekts „Die Dinge in pflegewissenschaftlicher Perspektive“ wurden die Interaktionen von beruflich Pflegenden mit Dingen in der Perspektive der ANT untersucht, wobei

die Interpretation der ANT von Bruno Latour hauptsächlich herangezogen worden ist. Die Untersuchung, d.h. die teilnehmende fokussierten Beobachtungen und die Interviews, bildeten die empirische Grundlage für diese Arbeit. Der zu diesem Zweck erstellte teilstrukturierte Leitfaden umfasst mehrere Fragekomplexe, die für das jeweilige besuchte pflegerische Handlungsfeld adaptiert wurden und in der Interviewsituation den Bezug auf die teilnehmenden Beobachtungen ermöglichten.⁶¹ Die grundlegende theoretische Annahme für die Konzeption des Leitfadens bestand darin, dass die beforschten menschlichen Akteure die wesentlichen Zuschreibungen an die nicht-menschlichen bzw. nicht-sozialen Entitäten als eigene Ontologien ausführen und weniger die Forschenden (Latour 2014a). Sämtliche Interviews wurden jeweils mit einem gewissen Zeitabstand nach den Beobachtungen durchgeführt und anhand eines Tonaufnahmegeräts elektronisch aufgezeichnet sowie anschließend transkribiert.⁶²

Der erste Fragekomplex ‚Kreis der Pflegedinge‘ diente zur Hinführung an das Thema. Im Hintergrund stand der Gedanke die hermetische Begriffsebene der Akteur-Netzwerk-Theorie zu verlassen, um auf die Ebene der Lebenswelt der professionell Pflegenden zu gelangen.⁶³ Das Ziel bildete hier die Herausarbeitung des Status der Dinge und damit den Grund für ihre Einbindung (Belliger/ Krieger 2006) in das Akteur-Netzwerk pflegerischen Handelns. Folgende Fragen wurden formuliert:

1. Was macht aus Ihrer Sicht einen Gegenstand (bzw. Ding) zu einem ‚Pflegeding‘?
2. Welche Gegenstände sind aus Ihrer Sicht für die Durchführung der Pflege unbedingt erforderlich?
3. Für welche Gegenstände gilt das Gegenteil?

Im zweiten Fragekomplex ging es um die ‚Agency‘, wobei hier deren begriffliche Konkretion in Form der Handlungsträgerschaft (Mathar 2012) verwendet wurde. Der Ansatz bildete hier der mögliche strukturierende Einfluss von Gegenständen (und Geräten) auf den Arbeitsalltag der interviewten Pflegenden im Rahmen der Vernetzung des Sozialen Nr. 2 (d.h. der Dinge) mit dem Sozialen Nr. 3 (d.h. der face-to-face-Interaktion). Insbesondere ging es auch um die Erwartungen der Pflegenden an diese Gegenstände, die zugleich Hinweise auf deren eigenen ‚Handlungsprogrammen‘ liefern sollten. Beide Aspekte dienten als Ansatzpunkt für die Ausarbeitung der Figuren des Agierens (Roßler 2016). Insgesamt ließen sich vier Fragen zu diesem Komplex formulieren:

1. Welche konkreten Gegenstände üben Einfluss auf Ihre Arbeit aus und in welchem Umfang?
2. Wie beeinflussen einige dieser Gegenstände Ihre Arbeitsplanung und die Ausführung Ihrer Pflegemaßnahmen?
3. In welcher Weise entsprechen diese Gegenstände in ihrer Funktion Ihren Erwartungen?
4. In welcher Weise widersprechen einige Funktionen von Gegenständen/Geräten den praktischen Anforderungen einer Pflegesituation?

⁶¹ Die Interviewleitfäden sind im Anhang der Arbeit enthalten.

⁶² Die Transkription lehnte sich an einen Regelungsvorschlag von Kuckartz (2014) an: Es handelte sich um sprachlich geglättete Transkriptionen der Aufnahmen. Lediglich die Pausen im Gesprächsverlauf wurden mit einer Klammer und Punkten markiert. Letztere weisen auf die Länge der Gesprächspausen hin.

⁶³ Dies galt auch für den anderen Fragekomplexe des Leitfadens.

Während im zweiten Fragekomplex die Agency in Gestalt der Handlungsträgerschaft im Fokus stand, sollte im dritten Fragekomplex der relationale Aspekt der Agency auf der ‚Beziehungsebene‘ eruiert werden. Zugleich spiegeln sich hier die im zweiten Kapitel skizzierten pflegewissenschaftlichen phänomenologisch-hermeneutisch ausgerichteten Ansätze wider, welche die Komplexität der Mikroebene pflegerischen Handelns herausgearbeitet haben. Hierzu gehörten die Aspekte der Leibsphäre, der Kommunikation und der (u. a. mimischen) Ausdrucksformen aufseiten der Pflegenden. Hierdurch ergab sich eine Umkehrung der Blickrichtung auf die mimetische Ausdrucksweise der professionellen Pflegenden selbst. Im Zentrum wurden besonders diejenigen Gegenstände angeführt, die direkt in die Leibsphäre der pflegerisch versorgten Menschen gemäß ihrer jeweiligen Zwecksetzung eindringen und mit einem spezifischen Handeln an und mit ihren Körpern verbunden sind. Damit wurde die Verschränkung des Sozialen Nr. 2 mit dem Sozialen Nr. 3 als Hinweis auf die Zugehörigkeit des Materiellen zur exzentrischen Positionalität des Menschen (de Mul 2010) fokussiert. Folgende Fragen⁶⁴ wurden hierzu erstellt:

1. Der Einsatz technischer Gegenstände zur Patientenüberwachung sowie von Zu- und Ableitungen (Infusionen, Magensonden) bilden wichtige Merkmale Ihrer Abteilung. Wie reagieren die Patienten darauf?
2. Wie können Sie hier pflegerisch auf der körperlichen und auf der psychisch-emotionalen Ebene aktiv werden?
3. Welche Gegenstände wirken sich aus Ihrer Sicht auf das Nähe-Distanz-Verhältnis zu Ihren Patienten besonders stark aus? Wie gehen Sie damit um?
4. Welche Ausdrucksformen (z. B. Sprache, Mimik, Gestik, Berührung) sind für Ihre pflegerische Arbeit besonders wichtig? Wie setzen Sie diese Ausdrucksformen ein?

Mit zwei weiteren Fragenkomplexen wurde im Handlungsfeld der ambulanten Intensivpflege vertieft nachdem Umgang mit avancierten Technologien gefragt. Begründen ließ sich dies mit der weitest gehenden Intransparenz dieses Handlungsfelds (Ewers 2010) aber auch mit der Diskussion um Technikkompetenz in der Pflege (z. B. Hülsken-Giesler 2010a), besonders im Hinblick auf einen kritischen Umgang mit Technik (Friesacher 2010b):

1. Welche Voraussetzungen in Hinblick auf die eingesetzte Technik müssen Sie für Ihre Arbeit erfüllen? Bitte nennen Sie mir ein Beispiel.
2. Mit welchen Geräten fühlen Sie sich vertrauter und mit welchen weniger vertraut?
3. Welche Aspekte sehen Sie in Ihrem Arbeitsgebiet im Umgang mit den technischen Geräten kritisch? Bitte nennen Sie ein Beispiel.
4. Im Rückblick auf Ihren bisherigen beruflichen Werdegang: Was hat sich bei Ihnen in Ihrem pflegerischen Selbstverständnis über die Zeit verändert?

Im zweiten Komplex wurde die Einbindung der Angehörigen und der Klienten erfragt, da es sich bei der ambulanten Intensivpflege um eine in die Lebensräume der Betroffenen definitiv stark eingreifende Versorgungsform handelt. Hierdurch wurde der relationale Aspekt in Richtung des sozialen Umfelds eruiert:

1. Welche technikbezogenen Aufgaben und Kompetenzen können Sie an Angehörige und/oder Klienten vermitteln, um diese in die Pflege einzubinden?

⁶⁴ Setting-spezifische Fragen (d. h. in Bezug auf das Krankenhaus, ambulante Pflege und ambulante Intensivpflege) wurden hier jeweils eingestreut (vgl. Anhang)

2. Wie vermitteln Sie das dazugehörige Wissen und die Fertigkeiten an die Klienten und Angehörigen?
3. Wie wird die Einbindung der Angehörigen aus Ihrer Sicht angenommen?
4. Gibt es auch Fälle, in denen Klienten selber die Steuerung der Technik übernehmen?
5. Welche Chancen und Risiken sehen Sie für Ihre Pflegearbeit durch die Einbindung von Angehörigen und Klienten?

8.3 Präsentation der Daten in Anlehnung an ethnografische Vignetten

Vor dem Hintergrund der vorhergehenden methodologischen Skizzierung der teilnehmenden fokussierten Beobachtungen stellt sich die Frage, wie die gewonnenen Daten präsentiert und ausgewertet werden können. Grundsätzlich existieren in der Ethnografie keine puristischen Auswertungsmethoden (Pfadenhauer 2018), sodass hier die Darlegung stark von der ethnografisch forschenden Person abhängt. Dabei finden die Datenerhebung und deren Analyse bereits parallel während der teilnehmenden Beobachtung statt (Breidenstein 2012). Einen wesentlichen Part der Analyse bildet dabei die Verschriftlichung des Beobachteten in Form eines ausführlichen Textes (ebd.). Dieser ist bereits mit einem hohen Grad an Interpretation verbunden (Jazarblowski et al. 2014), indem die Subjektivität und Sozialität der forschenden Person mit einfließt (Beil-Hildebrand/Frei 2013). Daher sind die nachträgliche Reflexion und Analyse konstruktivistisch zu verstehen (Knoblauch 2002). Am folgenden Beispiel soll kurz der ‚Übertrag‘ der Feldnotizen in einen Ausschnitt eines Beobachtungsprotokolls veranschaulicht werden:

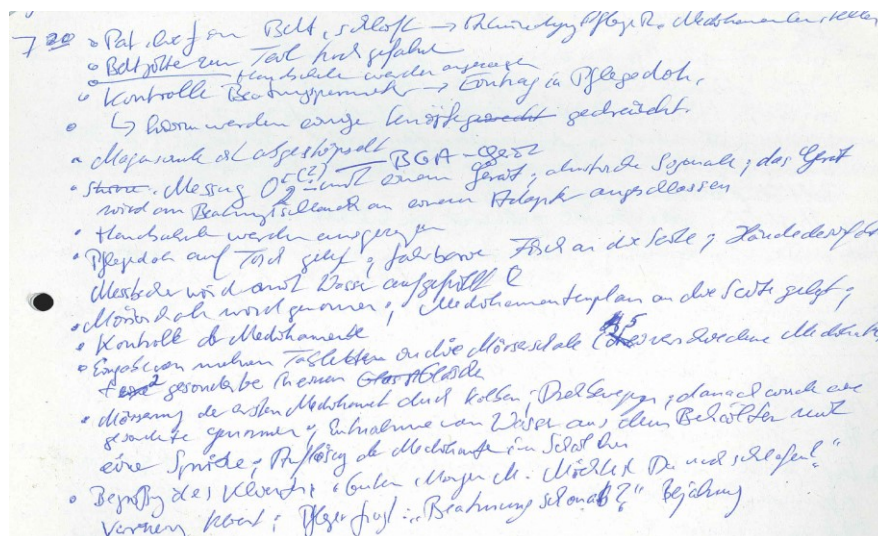


Abbildung 1 Feldnotizen teilnehmende Beobachtung - Beispiel

Aus den obenstehenden kurzen Feldnotizen wurde am selben Tag ein Beobachtungsprotokoll angefertigt, sodass die Erinnerungen zeitnah in das Protokoll einfließen konnten:

Der Klient liegt im Bett auf dem Rücken, wobei ein Teil des Bettgitters im Fußbereich hochgestellt ist. Pfleger R. geht um das Bett mit der Pflegedokumentationsmappe herum und kontrolliert die Beatmungsparameter am Beatmungsgerät. Dieses befindet sich mit anderen Geräten wie dem Absauggerät hinter dem Bett auf einer Ablage. Er drückt zwischenzeitlich mehrere Tasten am Beatmungsgerät, deren Betätigung zeitgleich durch akustische Signale angezeigt wird. Das Leitungssystem der Sondenpumpe ist nicht mit der PEG-Sonde, d.h. der Magensonde, verbunden. Der Pfleger nimmt, nachdem er Handschuhe angezogen hat, von einer Ablagefläche hinter dem Bett ein Gerät, das nach seinen Aussagen für die Blutgasanalyse verwendet werden kann (BGA-Gerät). Er verbindet einen Adapter des Gerätes mit dem Beatmungsschlauch. Er kontrolliert die Werte. Die Beendigung

der Erhebung wird durch akustische Signale des Gerätes angezeigt. Danach entfernt er das Gerät von dem Adapter, zieht die Handschuhe aus und notiert den Wert. Sämtliche seiner Aktionen am Klienten führt er meinem Eindruck nach sehr leise durch. Er wiederholt mit leiser Stimme die Daten und notiert sie unmittelbar danach in die Dokumentationsmappe. Im weiteren Verlauf legt er die Pflegedokumentation auf einen fahrbaren Tisch. Er desinfiziert seine Hände und nimmt anschließend einen Messbehälter, der ein Füllvermögen von 500 ml aufweist. Mit dem Messbehälter geht er in das Badezimmer und füllt diesen mit klarem Wasser. Er kommt aus dem Badezimmer zurück und stellt den Behälter auf die Kommode, die sich neben dem Zimmereingang auf der rechten Seite befindet. Er nimmt daraufhin die Mörserschale und öffnet die oberste Schublade der Kommode. Aus dieser nimmt er den Medikamentenplan, den er seitlich auf die Oberfläche legt. Er blickt mehrmals auf den Medikamentenplan und kontrolliert die sich in der Schublade befindlichen Medikamentenpackungen. Er gibt mehrere Tabletten (ca. 5) in die Mörserschale. Eine Tablette sowie eine Kapsel in ein Glastöpfchen. Die erstere wird anschließend zu den anderen Tabletten in die Porzellanschale gegeben und mit dem Porzellan Kolben gemörsert. Er entnimmt dann aus dem Behälter Wasser mit einer Spritze, löst die Medikamente mit dem Wasser und belässt die angefertigte Suspension in der Schale. Anschließend geht R. zum Klienten und begrüßt ihn: „Guten Morgen M. Möchtest du noch schlafen?“ Der Klient verneint. R. fragt ihn bezüglich der Beatmung: „Soll ich die Beatmung schon abmachen?“ Der Klient bejaht dies durch eine nickende Geste. (Beobachtungsprotokoll 06.03.2015, Abschnitt 11-41)

Dieser Ausschnitt aus einem Beobachtungsprotokoll bildet eine Sequenz ab, in der die Vorbereitungen für die pflegerische Versorgung eines intermittierend beatmeten Menschen beschrieben werden. Sie endet mit einer Übergangsszene, in der die Abstimmung des weiteren Vorgehens zwischen beiden Personen in der Erinnerung des Beobachters wiedergegeben wird. Der konstruktivistische Charakter des Beobachtungsprotokolls zeigt sich dabei in dem Textumfang, da dieser weit über denjenigen der stichwortartigen Feldnotizen hinausgeht. Damit wird ersichtlich, dass es sich hier um die Nachzeichnung von erlebten Handlungsvollzügen aus der Perspektive des Forschenden handelt. Zur Kontrolle dieser subjektiven Konstruktionen wurden die Beobachtungsprotokolle Dritten gegenüber zur Gegenlesung vorgelegt.⁶⁵ Zudem konnten die Beobachtungsprotokolle als Bestandteil eines wechselseitig zu interpretierenden Datenkorpus (Hirschauer/Amann 1997) miteinander zu Kontrollzwecken verglichen werden. Wird ein oder werden mehrere Protokollauschnitte herangezogen, die in ihrer Art und Weise aussagefähig genug und im Sinne der Fragestellungen interpretierbar sind, können diese als Fallbeschreibung sowie für die Durchführung eines Fallvergleichs genutzt werden. Hierin erfolgt eine Anlehnung an das Konzept der ethnografischen Vignette (LeCompte/Schensul 2013):

Ethnografische Vignetten bilden eine dichte Beschreibung von Ereignissen oder Menschen, die es ermöglichen, ein umfassendes Bild über das beobachtete Handlungsfeld zu evozieren. Der Schwerpunkt ethnografischer Vignetten besteht darin, ein Porträt typischer Alltagsphänomene zu zeichnen. Dabei handelt es sich um normales Verhalten oder einen typischen Tag bzw. Tagesausschnitt im Leben der Beobachteten. Das Ziel besteht – im Rückgriff auf die Terminologie der ANT und den Figuren des Agierens – in einer Annäherung an ein akkurates und vollständiges Bild einer kulturellen ‚Szene‘ und ihrer Muster. Im Rahmen dieser Arbeit liegt ihr hauptsächlichster Zweck indes darin, die Akteur-Netzwerke zu entfalten – verstanden als

⁶⁵ Dies fand u. a. im Rahmen der Daten-Sessions im Projekt ‚Pflege der Dinge‘ sowie im Promotionskolloquium an der Ostfalia Hochschule, Fakultät Gesundheitswesen, statt. Gleiches gilt auch für die Validierung der Kategorien aus der qualitativen Inhaltsanalyse.

protokollierte Handlungsabläufe. Dabei kann z. B. auf die nichtdiskursiven Praktiken zurückgegriffen werden (Caronia/Mortari 2015): Mit ihnen zeigen die Mitglieder eines gegebenen Kontexts eine Orientierung an materiellen Aspekten ihres Alltagslebens, z. B. durch Bewegungen, Gesten und Positionierungen, an. Dies schließt jedoch auch die diskursiven Praktiken mit ein (ebd.), die allerdings nicht nur die Diskurse mit dem Forscher umfassen, sondern auch die Diskurse zwischen den Pflegenden und den von ihnen versorgten Menschen innerhalb der beobachteten Handlungs-Settings.

8.4 Qualitativ-inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse

Die Analyse der transkribierten Interviews erfolgte anhand des Ablaufschemas der qualitativ-inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2014). Bevor auf diese Form der Inhaltsanalyse eingegangen wird, werden einige allgemeine Aspekte dieses Instruments erläutert.

Die qualitative Inhaltsanalyse unterscheidet sich durch ihre Orientierung an Kategorien, die eng am Ausgangsmaterial ausgerichtete Kurzformulierungen darstellen und eine hierarchische Ordnung in Ober- und Unterkategorien ermöglichen, grundlegend von anderen, offeneren Textanalyseansätzen, etwa der objektiven Hermeneutik (Mayring/Fenzl 2014). Nichtsdestotrotz existiert kein einheitliches Verständnis der qualitativen Inhaltsanalyse, wobei sich im Folgenden einige gemeinsame grundlegenden Charakteristika nennen lassen (Schreier 2014): Die qualitative Inhaltsanalyse kann als ein deskriptives Verfahren verstanden werden, mit dem ausgewählte Textbedeutungen in Gestalt von Kategorien innerhalb eines Kategoriensystems expliziert und entsprechende Textstellen verschiedenen Kategorien zugeordnet werden. Das Hauptmerkmal der qualitativen Inhaltsanalyse ist daher die Kategorienorientierung, wobei das Kategoriensystem interpretativ erstellt und angewendet wird. Der Aspekt der Validität der qualitativen Inhaltsanalyse kann daran festgemacht werden, ob ein Kategoriensystem die wesentlichen Bedeutungsaspekte des Materials mittels induktiver Kategorienbildung erfassen kann. Hierzu gehören auch die Relationen der einzelnen Kategorien mit den im Vorfeld genutzten Theorien (Stamann et al. 2016). Insgesamt geht es darum, herauszustellen, was zu einem Thema oder zu mehreren Themen gesagt wurde (Schreier 2014), wobei ein rein deduktiv entwickeltes Kategoriensystem nicht ausreichend ist (Stamann et al. 2016). Zugleich werden die wechselseitigen Relationen der Haupt- und Unterkategorien analysiert (Kuchartz 2014).

Ergänzend muss noch auf das Fehlen einer Hintergrundtheorie der qualitativen Inhaltsanalyse hingewiesen werden (Janssen et al. 2017): Im Vergleich zu anderen Methoden der qualitativen Sozialforschung fehlt der qualitativen Inhaltsanalyse die theoretische Basis hinsichtlich der Menschenbilder und der Wissenskonzeptionen. Hierdurch besteht indes auch ihre Vielseitigkeit als deskriptives Verfahren, zumal sie pragmatisch in der Untersuchung unbekannter neuer Kontexte induktiv genutzt werden kann.

Dennoch wird insbesondere die Berücksichtigung quantitativer Aspekte in der qualitativen Inhaltsanalyse kritisiert: Hier hebt Ramsenthaler (2013) insbesondere die Inhaltsanalyse in der Mayringschen Diktion hervor, in der quantitative Aspekte einer Kategorie mit einer höheren Bedeutsamkeit ihrerseits gleichgesetzt werden. Hierdurch würde der Einzelfall zugunsten der Aussagenmasse in den Hintergrund gerückt (ebd.). Allerdings hebt Mayring hier lediglich die Verbindung von quantitativ mit qualitativ ausgerichteten Analyseschritten hervor, mit der eine ausgeprägtere Transparenz und methodische Stringenz in qualitativ ausgerichteten Forschungsprojekten gewonnen werden können (Mayring 2001). Zudem sei angemerkt, dass die Quantität einer Kategorie auf der interpretativen Arbeit der forschenden Person im Sinne eines deduktiv-induktiven Vorgehens beruht.

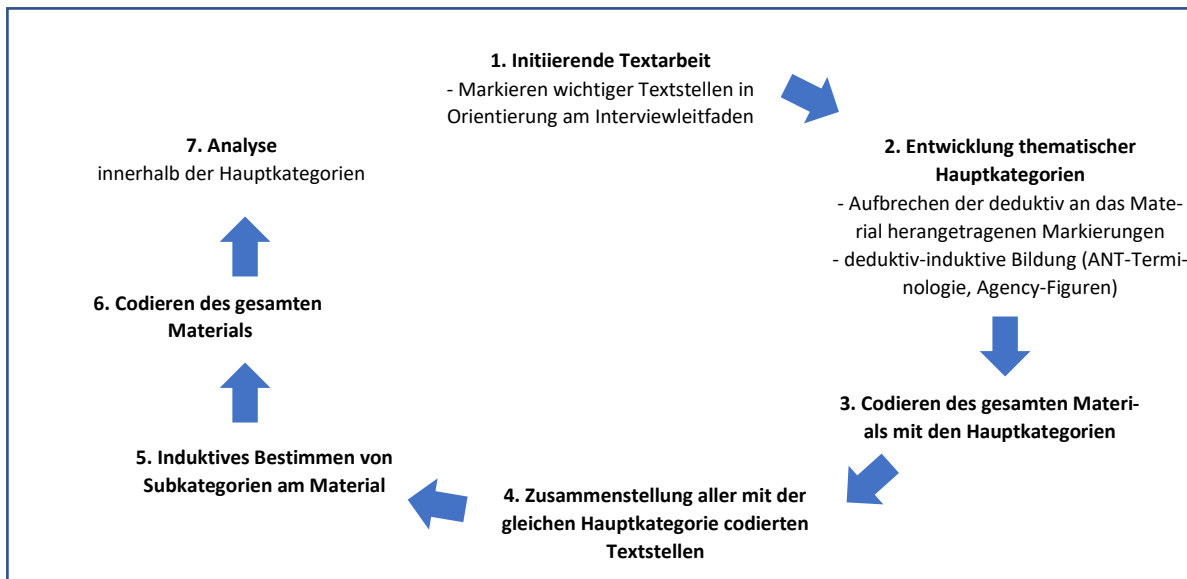


Abbildung 2 Qualitativ-inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse in Anlehnung an Kuckartz (2014)

Kuckartz (2014) definiert verschiedene Phasen des Analyseprozesses, an die diese Arbeit angelehnt wird: Zu Beginn erfolgt die initiierende Textarbeit, bei der die relevanten Textstellen markiert und erste Memos erstellt werden. Im Rahmen der vorliegenden Abhandlung orientierte sich die Textarbeit am Interviewleitfaden, um einen ersten Eindruck der inhaltlichen Aussagen der Interviewten zu erhalten. In der zweiten Phase werden thematische Hauptkategorien entwickelt, in denen diese improvisierte und rein deduktiv herangetragene Ordnung der Texte aufgebrochen wird. Dies geschieht im Rückgriff auf die Begriffe aus der ‚leeren‘ Terminologie der ANT (Unterkap. 5.2 und 5.3), was ein ‚deduktiv-induktives‘ Vorgehen darstellt. In der dritten Phase erfolgte die Codierung des gesamten, thematisch auf die Fragestellung zutreffenden Materials mit den Hauptkategorien. Anschließend werden sämtliche Textstellen, die mit der gleichen Hauptkategorie codiert wurden, zusammengestellt. Der weitere Verlauf der Analyse besteht aus der Verfeinerung und Ergänzung der Kategorien induktiv aus dem Datenmaterial heraus.

Danach schließt sich die Codierung des gesamten Datenmaterials anhand des nun verfeinerten Kategoriensystems an. Nachstehendes Beispiel führt zur Veranschaulichung die Zuordnung einer Textstelle zur Subkategorie ‚Zweckmäßigkeit‘ auf der folgenden Seite an:

Tabelle 1 Beispiele für die Definition einer Kategorie mit zugeordneter Textstelle

Definition	Textstelle
Die Zweckmäßigkeit eines im pflegerischen Handeln verwendeten Gegenstands/Geräts wird hervorgehoben. Hierzu gehören auch Äußerungen in Bezug auf die erwünschte oder fehlende Zweckmäßigkeit von Gegenständen/Geräten.	Denn so ein Pflegebett macht das ja sehr wohl lebenswerter, weil bestimmte Sachen hier halt wenn man, in einem somnolenten Zustand ist oder komatös, ist das für ihn angenehmer, wenn wir so ein Bett haben. Weil wir natürlich uns tut das natürlich auch gut, dadurch, dass wir rückenschonend arbeiten können. Aber ihm natürlich auch. Da kann man im Sitzbett sitzen, ohne dass er aus dem Bett raus muss. Oder Oberkörper hochlagern. Oder die Beine hoch. Also das (.) nur mal auf das Bett bezogen. A_Int 13032015, Abschnitt12

Die Textstelle aus dem Transkript wird anhand folgender Aspekte der Subkategorie zugeordnet, da diese der Definition im weitesten Sinne entsprochen hat: Zum einen offenbart sich die Zweckmäßigkeit des Pflegebetts an dem Umstand, dass es für den Patienten oder die Patientin unabhängig vom Bewusstseinszustand aufgrund der adäquaten Lagerungsmöglichkeiten

angenehm ist, in einem solchen zu liegen, wobei die interviewte Person die vermeintliche Patientenperspektive mit ihrer eigenen verbindet: Das Pflegebett gewährleistet gerade durch die vielfältigen Lagerungsfunktionen ein rückenschonendes Arbeiten.

In der letzten Phase findet die Auswertung der Kategorien und ihrer Zusammenhänge statt, wobei sich die Analyse auf die Zusammenhänge innerhalb der Hauptkategorien fokussiert. Während des gesamten Analyseprozesses erfolgt stets eine Rückkopplung der gewonnenen Kategorien mit den Fragestellungen (Kuckartz 2014). Im weiteren Verlauf der mittels des Datenverarbeitungsprogramms MaxQDa durchgeführten Analyse, d. h. in den Phasen 6 und 7, werden Zusammenfassungen mithilfe eines sogenannten Summary Grid erstellt. Auf dieser Grundlage werden die in der siebten Phase genannten Analyseschritte vorgenommen.

8.5 Ethische Aspekte

Das Studienvorhaben wurde bei der Ethikkommission der Universität Osnabrück vorgelegt und ohne Auflagen genehmigt.⁶⁶ Hierzu wurden der Ethikkommission detaillierte Erläuterungen zum Forschungszweck, zur Gewährleistung des Datenschutzes, zur Erlangung einer informierten Zustimmung unter den Bedingungen der Freiwilligkeit der Teilnahme für die Pflegenden (und pflegerisch versorgten Personen) sowie eine Darlegung der Vulnerabilitätsprüfung vorgelegt. Hinsichtlich der teilnehmenden Beobachtung ergaben sich jedoch Abweichungen von einer rein formellen Vorgehensweise, wie sie sich in einer klinischen Interventionsstudie oder einer Interviewstudie und im Forschungsverlauf eingestellt haben. Grundsätzlich unterliegt ethnografisches Forschen auch den Kernprinzipien der Forschungsethik, die unbedingt eingehalten werden müssen (Schnell/Dunger 2017): Hierzu gehören die Einholung der informierten Zustimmung, die prognostische Einschätzung der Vulnerabilität, Präventionsmaßnahmen sowie die Beachtung des Datenschutzes.

Allerdings besteht in Hinblick auf die informierte Zustimmung bei einem ethnografisch orientierten Vorgehen der Grundsatz, dass dieses jeweils in Abhängigkeit von dem untersuchten Setting und den weiteren darin genutzten Methoden kein schriftliches Einverständnis voraussetzt (Roper/Shapira 2000). Dies ist dann der Fall, wenn Aktivitäten beobachtet werden, die normalerweise im Setting geschehen und die beobachteten Individuen anhand der Daten nicht identifiziert werden können, sodass die Einholung eines verbalen Einverständnisses vorab ausreicht. Dies trifft insbesondere auf die Personen zu, die quasi nicht im Zentrum der teilnehmenden Beobachtung stehen, jedoch an den Handlungsvollzügen beteiligt gewesen sind (Arnold 2015).

Werden indessen Interaktionen mittels Videos oder Interviews aufgezeichnet, ist ein mündliches und schriftliches Einverständnis einzuholen (Roper/Shapira 2000). Letzteres ist z. B. dann der Fall, wenn nach der teilnehmenden Beobachtung Interviews mit den beobachteten Personen durchgeführt werden sollen (Gießen-Scheidel et al. 2017) oder beabsichtigt wird, andere personenbezogene Daten einzuholen (Dunger et al. 2017). Ein einmaliger verbaler oder schriftlich eingeholter Informed Consent ist im Falle ethnografischer Studien allerdings nicht ausreichend (Zahle 2017) und in schriftlicher Form letztendlich nicht immer möglich (Ammann/Van Holten 2017): Interaktionssituationen können nicht dazu dienen, sämtliche Beteiligte mündlich und schriftlich zu informieren sowie im Anschluss das schriftliche Einverständnis einzuholen. Dies bedeutet, dass das mündliche Einverständnis der Teilnehmenden immer wieder ausgehandelt werden muss. Damit liegt hier ein ‚ongoing consent‘ vor.

In der konkreten Forschungspraxis, die als Grundlage für diese Arbeit fungiert, spiegeln sich die vorgehenden Überlegungen wie folgt wieder: Von allen teilnehmenden Pflegenden wurde

⁶⁶ Parallel hierzu wurde das Vorhaben der Ethikkommission einer Universitätsklinik vorgelegt, da diese auf Anfrage hier ihre Zuständigkeit deklariert hatte.

vor den Beobachtungen ein mündliches und schriftliches Einverständnis und im Sinne eines ‚ongoing consent‘ wiederholt das Einverständnis für die Beobachtung von Pflegehandlungen eingeholt.

In ähnlichem Maße galt dies auch für die pflegerisch versorgten Personen, insbesondere wenn es um die Einholung des Einverständnisses ging, wobei hier bezüglich der Akzeptanz des Forschenden die Pflegenden als maßgebliche Gatekeeper (Schrems 2017) agierten. Dies wurde in vielen der Einrichtungen mit dem besonderen Vertrauensverhältnis der Pflegenden zu den von ihnen versorgten Personen erklärt. In zwei teilnehmenden Krankenhäusern erfolgte auf ausdrücklichen Wunsch der Führungskräfte auf höchster und mittlerer Managementebene lediglich eine mündliche Aufklärung der gepflegten Personen durch die Pflegenden am Vorabend der jeweiligen Beobachtungstermine. Zur Begründung wurden von ihnen die verkürzte Verweildauer sowie mögliche Statusänderungen und die damit einhergehende Verlegung der gepflegten Personen in andere Häuser oder Abteilungen angeführt. Zudem wurde in diesen beiden Häusern auf der Basis der vorliegenden Verschwiegenheitserklärungen sowie in Rücksprache mit dem Leiter der Abteilung Pflegewissenschaft auf die Einholung eines schriftlichen Einverständnisses vonseiten der in der Klinik versorgten Personen aufgrund des sehr niedrigen Vulnerabilitätsrisikos verzichtet. Ergänzend kann hier noch auf Gießen-Scheidel et al. verwiesen werden, die in Bezug auf Carnevale et al. (2008) das minimale Vulnerabilitätsrisiko mit der Alltagsbezogenheit der teilnehmenden Beobachtung hervorheben, da die Wahrscheinlichkeit für negative Einflüsse auf die beobachteten Personen nicht größer ist als in dem ansonsten gelebten (all-)täglichen Leben (Gießen-Scheidel et al. 2017).

Hinzu kommt, dass in sämtlichen Fällen weder Interviews mit den pflegerisch versorgten Menschen durchgeführt noch deren personenbezogene Daten gesammelt wurden. Dennoch wurden diese im Sinne des ‚ongoing consent‘ durch die forschende Person vor und während jeder Beobachtung nach ihrem Einverständnis gefragt. Dieses Vorgehen wurde auch in allen anderen Fällen eingehalten, wenn neben den teilnehmenden Pflegenden noch von den pflegerisch versorgten Personen oder ihren Stellvertretenden in den beiden ambulanten Handlungsfeldern ein schriftliches Einverständnis eingeholt wurde. Es sei noch ergänzt, dass forschungspraktisch kein Einblick in die Akten genommen wurde und die Beobachtungen vollständig anonymisiert wurden.

In Hinblick auf die oben kurz erwähnte Gatekeeper-Funktion der Pflegenden im Feld lassen sich noch weitere ethisch-relevante Aspekte herausarbeiten, die für die Durchführung der teilnehmenden Beobachtungen⁶⁷ von Bedeutung waren (Schrems 2017): Zum einen kennen die betreuenden Pflegenden die in ihren Handlungsfeldern (mit-)beforschten Personen und können deren Reaktionen deuten. Auch können sie diese in Belastungssituationen unterstützen, wenn die pflegerisch zu versorgenden Personen im Mittelpunkt stehen.⁶⁸ Pflegende erfüllen damit eine Schutzfunktion als Advokaten, um die Vulnerabilität der beobachteten Individuen erfassen zu können (Schrems 2014). Zum anderen wird die ethische Verantwortung der Forschenden im Feld direkt sichtbar (Ammann/Van Holten 2017): Ohne ethische Verhaltensweisen hätten sie keinen Zugang zum Feld erhalten und wären nicht akzeptiert worden. Unethisches Verhalten kann von den beobachteten Akteuren unmittelbar mit dem Abbruch der Beobachtung sanktioniert werden.

⁶⁷ Und damit auch für das Sampling der Stichprobe.

⁶⁸ Was im Fall der dieser Arbeit zugrundeliegenden Studie von sekundärer Bedeutung war, da das professionelle Handeln der Pflegenden – im Netzwerk von gepflegten Personen und den Dingen – im Vordergrund stand.

8.6 Protokoll des Vorgehens/Samplings

In einer lockeren Anlehnung an den Translationsprozess von Callon (1986) als Instrument zur Reflexion der eigenen Forschungspraxis im Feld lässt sich das Vorgehen und damit auch das Sampling der Stichprobe folgendermaßen rekonstruieren: Im Kern ging es während der ‚Problematisierung‘ um die Vermittlung des Forschungsanliegens und die Gewinnung von Einrichtungen für die Genehmigung der Interviews sowie teilnehmenden Beobachtungen. Zu Beginn wurden hierzu bundesweit Leitungspersonen aus dem Krankenhausbereich (Krankenhäuser der Maximal- und Regelversorgung, neurologische Rehakliniken), der ambulanten Pflege (inklusive von ambulanten Pflegediensten, welche Intensivpflegeleistungen anboten) kontaktiert. Mit der Auswahl dieser Pflege-Settings war die Annahme verbunden, eine ausgeprägte Vielfalt an ‚Dingen‘ und eine weite Bandbreite pflegerischer Praxis abbilden zu können. Die primär zu beobachtenden und interviewenden Personen waren beruflich Pflegenden. Angesichts einer tendenziellen Absenkung des Ausbildungsniveaus von Pflegenden in der ambulanten Pflege (Prausa 2016) sollten auch Pflegehilfskräfte einbezogen werden, wenn diese über eine medizin- oder pflegeaffine Ausbildung (z. B. Medizinische Fachangestellte) verfügten.

In der Zeit von Juni bis September 2014 wurden insgesamt 44 Einrichtungen und Pflegedienste angeschrieben. Der Zugang zu den beruflich Pflegenden und damit auch zu den versorgten Menschen wurde letztendlich von sieben Einrichtungen grundsätzlich ermöglicht (siehe Tabelle 2). Als beruflich Pflegenden galten alle Personen, die als Voll- oder Teilzeitkraft pflegebezogene Aufgaben entweder auf der Basis einer examinierter Ausbildung oder einer Ausbildung mit assistierender Ausrichtung ausübten. Daher wurde auch pflegerisches ‚Hilfspersonal‘ in die Studie einbezogen.⁶⁹

Tabelle 2 Übersicht über die Studienteilnehmenden

Gender ⁷⁰	Berufliche Aus- und Weiterbildung	Berufserfahrung ⁷¹	Handlungsfeld
W	Gesundheits- u. Krankenpflegerin	4 J., davon 1 J. Stroke Unit	Krankenhaus (Stroke)
M	Gesundheits- u. Krankenpfleger	10 J., davon 8 J. Stroke Unit	Krankenhaus (Stroke)
W	Gesundheits- u. Krankenpflegerin	5 J., seit Examen auf der Station	Krankenhaus (Pneumologie)
W	Gesundheits- u. Krankenpflegerin, Fachkraft für onkologische Pflege	16 J.	Krankenhaus (Onkologie)
W	Gesundheits- und Krankenpflegerin, Fachkraft für Leitungsaufgaben	30 J., darunter auch Tätigkeit als selbstständiger Klein-Unternehmerin	außerklinische Beatmungspflege
W	Altenpflegerin	10 J., davon 3 J. außerklinische Intensivpflege	außerklinische Beatmungspflege
W	Altenpflegerin	7 J., davon 1 J. außerklinische Intensivpflege	außerklinische Beatmungspflege
M	Altenpfleger	4 J.	außerklinische Beatmungspflege
M	Altenpfleger	5 J.	außerklinische Beatmungspflege
W	Pflegehelferin, Medizinische Fachangestellte	13 J., davon 6 J. ambulante Pflege	ambulante Pflege
W	Pflegehelferin, Medizinische Fachangestellte	25 J., davon 7 J. ambulante Pflege	ambulante Pflege
W	Altenpflegerin, Fachkraft für Leitungsaufgaben, Qualitätsmanagerin	16 J., davon 9 J. ambulante Pflege	ambulante Pflege

⁶⁹ Insbesondere in der ambulanten Pflege erklärten hauptsächlich ‚Pflegehelferinnen‘, die über eine Grundausbildung als Medizinische Fachangestellte verfügten, ihre Teilnahmebereitschaft.

⁷⁰ Die biografischen Daten zur Person wurden in einem Vorgespräch zum Interview erhoben. Die Angaben waren optional.

⁷¹ Status jeweils zum Zeitpunkt der Interviews.

Der Erstkontakt erfolgte, wie bereits oben genannt, über die pflegerische Leitungsebene, die den Kontakt mit den Stationsleitungen oder – im Fall der ambulanten Pflegedienste – direkt mit den Pflegenden herstellte. In jeder Einrichtung fanden nach der Vorstellung des Forschungsanliegens interne Besprechungen für oder wider die Teilnahme auf Mitarbeiterebene statt. Im Anschluss daran wurden Terminabsprachen mit an der Teilnahme interessierten Pflegenden (Gesundheits- u. Krankenpflegerinnen u. -pfleger, Altenpflegerinnen u. -pfleger sowie Pflegehelferinnen mit einer medizin-/pflegenahen Grundausbildung) bezüglich des Aufklärungsgesprächs und der Unterzeichnung der Einverständniserklärung durchgeführt. Allerdings hatten im Handlungsfeld der ‚herkömmlichen‘ ambulanten Pflege mehrere ‚Kunden‘ der Pflegedienste trotz persönlicher Vorstellung kein Einverständnis erteilt oder ihr Einverständnis spontan zurückgezogen.⁷²

In der nächsten Phase – dem Intéressement – standen die Aushandlungsprozesse hinsichtlich der Rollenfindung innerhalb des Forschungsfelds an. Dabei ging es um die spezielle Situation, die sich durch die Anwesenheit eines Beobachtenden während der Handlungen von Pflegenden an und mit den betroffenen Menschen sowie den hierin eingebundenen Dingen ergab. Die ‚fremde‘ Rolle des Forschenden gewann wesentlich dadurch an Sichtbarkeit, dass neben einem Namensschild keine Berufsbekleidung getragen und ein Klemmbrett mit Schreibmaterial für Feldnotizen mitgeführt wurde. Insgesamt kann aus einer Binnenperspektive des Forschers konstatiert werden, dass sich ein Gefühl der ‚vertrauten Fremdheit‘ eingestellt hat. Diese Einschätzung ergab sich einerseits aus einer gewissen Vertrautheit mit den beobachteten Handlungsvollzügen aufgrund der eigenen Pflegeausbildung, und andererseits bestand die Fremdheit vor dem Hintergrund eines zeitlichen Abstands von der eigenen klinisch-praktischen Tätigkeit in der Pflege sowie der akademischen Sozialisation im Zuge der beruflichen Tätigkeit im wissenschaftlichen Bereich und in der institutionellen Fremdheit.

Tabelle 3 Übersicht über den Erhebungsverlauf

Pflege-Setting	Erstkontakt	Projektvorstellung	Zeitraum Feldforschung	Beobachtungen	Interviews
Krankenhaus (Stroke Unit)	06/2014 ⁷³	09/2014	10-11/2014	4	2
Krankenhaus (Pneumologie)	07/2014	08/2014	11-12/2014	3	1
Krankenhaus (Onkologie)	08/2014	10/2014	01-02/2015	3	1
Ambulante Intensivpflege	06/2014	12/2014	03-04/2015	2	2
Ambulante Intensivpflege	06/2014	02/2015	03-04/2015	3	3
Ambulante Pflege	09/2014	01/2015	06-07/2015	2	1
Ambulante Pflege	09/2014	06/2015	08-12/2015	2	2

Einigen der teilnehmenden Pflegenden wiederum bedeutete die Anwesenheit des Forschers eine Erinnerung an die eigenen Examensprüfungen. Diese Hinweise wurden vom Forschenden in der Weise aufgenommen, die Teilnehmenden auf den nichtwertenden Charakter der

⁷² Daher gestaltete sich die Sample-Auswahl nach forschungspragmatischen Gesichtspunkten. Die Auswertung der Beobachtungsprotokolle und Interviewtranskripte als Analyseeinheiten (Akremi 2014) legten zudem eine rasche Datensättigung nahe.

⁷³ mm/yyyy.

teilnehmenden Beobachtung hinzuweisen und die Beobachtung in einem zurückhaltenden Modus umzusetzen.

In der Phase des Enrolments, d. h. der vollständigen Akzeptanz der sich im Feld ergebenden Rollen (Forschender, Beobachtungssubjekte), konnten somit die teilnehmenden Beobachtungen und die Interviews mit den teilnehmenden Pflegenden durchgeführt werden. Geplant war eine Anzahl von drei Beobachtungsterminen je Einrichtung bzw. Pflegedienst. Insgesamt konnten 19 Termine mit einer durchschnittlichen Beobachtungsdauer von rund vier Stunden pro Termin durchgeführt werden, in denen die teilnehmenden Pflegenden während ihres Früh- und Spätdienstes begleitet wurden.

Den Beobachtungen folgten teilstrukturierte Interviews mit den Pflegenden auf der Basis der Fragenkomplexe des Leitfadens, deren Dauer im Durchschnitt 51 Minuten betrug. Die ersten beiden Interviews dienten als Pretest des Leitfadens. Aufgrund des Ertrags konnten diese in die Auswertung einbezogen werden. Die Einzelinterviews wurden, jeweils entsprechend den Wünschen der teilnehmenden Pflegenden, entweder direkt am Arbeitsort vor oder nach einer Dienstschicht oder an anderen von den Teilnehmenden vorgeschlagenen Orten durchgeführt. Als ‚Ergebnis‘ in Bezug auf die vierte Phase des Translationsprozesses – der Mobilisierung – konnten nun die für den Forschenden interessanten ‚Güter‘ erworben werden. Diese bestanden zum einen in einer Vielzahl an Impressionen über das beruflich ausgerichtete pflegerische Handeln in unterschiedlichen Handlungsfeldern in Form von Feldnotizen, die zu Beobachtungsprotokollen zusammengeführt wurden. Zum anderen konnte mit den aufgezeichneten und transkribierten Interviews ein umfassendes Datenreservoir als Analyseeinheiten gebildet werden. In Richtung der teilnehmenden Pflegenden hingegen scheint die implizite Motivation, an einem nicht anwendungsbezogenen Studienprojekt partizipieren zu können, ein wesentliches ‚Gut‘ gewesen zu sein.

Gleichwohl wirft sich die Frage auf, ob am Ende dieses Prozesses eine Blackbox hergestellt wurde, in der die protokollierten Akteur-Netzwerke (d. h. die Handlungsvollzüge der Beteiligten) und transkribierten Redebeiträge fixiert sind und ihre Aufgabe (weiterhin) erfüllen. Hier muss ausdrücklich ein Fragezeichen gesetzt werden, da das gewonnene Material selbst erst einen Translationsprozess mittels der anstehenden Analyseschritte durchlaufen soll. Dabei gilt, dass das ausdrückliche Ziel der Untersuchung nicht die Herstellung einer neuen dekontextualisierten Blackbox eines pflegewissenschaftlichen Verständnisses von materieller Agency bildet.

IV Interpretation der Ergebnisse

9 Positionen der Dinge im ‚Making of‘ pflegerischen Handelns

In diesem Kapitel werden aus den beforschten Handlungsfeldern der Pflege mehrere Auszüge aus Beobachtungsprotokollen als ‚Vignetten‘ interpretiert, um in der Forscherperspektive Zuschreibungen in Richtung der materiellen Dinge und ihrer Positionen innerhalb der Relationen zwischen den Pflegenden sowie den von ihnen versorgten Menschen vornehmen zu können. Im Vordergrund steht hier die Annäherung an das mutmaßliche ‚Making of‘ (vgl. Kap. 5) der Handlungsfähigkeit beruflich Pflegenden, wobei die Interpretation der Sequenzen in der Perspektive der ANT in Form der Figuren des Agierens erfolgt.

Allerdings ist der Umstand zu berücksichtigen, dass es sich um Ausschnitte aus weitläufigen Handlungsketten des klinischen bzw. pflegerischen Alltags handelt. Damit werden implizite Kontextaspekte vorausgesetzt, die Bestandteile des doppelten Wissens- und Handlungsbezugs der Pflegenden bilden können. In diesem Sinne bezieht sich das ‚Making of‘ auf ihre in Form der Beobachtungsprotokolle rekonstruierten soziomateriellen Verknüpfungsleistungen während ihrer Interaktionen mit den von ihnen versorgten Menschen. Dabei gilt es, am Ende des Kapitels ‚summierend‘ die Relationen von Körperlichkeit zu den Dingen hinsichtlich des praktischen Wissens im Spannungsfeld von Routinisiertheit und Unberechenbarkeit in den dargebotenen Fällen mit zu reflektieren.

Die Auswahl der Beobachtungssequenzen aus den Beobachtungsprotokollen erfolgte in Anlehnung an das Praktikenverständnis von Reckwitz (2003). Primär werden protokollierte Handlungsschritte interpretiert, welche performative Bewegungen von Körpern und der Materialität von Dingen offenlegen und/oder einen Einblick in die implizite Logik der Praxis ermöglichen. Letzteres traf besonders dann zu, wenn die beobachteten Pflegenden über ihre Arbeit während der teilnehmenden Beobachtungen Auskunft gegeben hatten. Zudem wurden Sequenzen eingebunden, die auf das Spannungsfeld von Routine und Unberechenbarkeit verweisen. Allerdings beziehen sich diese nur auf den ersten Beitrag, da aufgrund der Auswahl der beobachteten Handlungsfelder und der Gatekeeper-Funktion der beruflich Pflegenden solche Situationen eher selten beobachtet werden konnten.

Ergänzend muss darauf hingewiesen werden, dass die Beobachtungsprotokolle selbst eine eigene personenabhängige Interpretation und Konstruktion in der Perspektive der ANT – unter Rückgriff auf die Figuren des Agierens - darstellen. Wenn z.B. von einer Agency gesprochen wird, so handelt es sich vorrangig um (m)eine Zuschreibung.

Der erste Beitrag bezieht sich auf zwei Situationen in der Krankenhauspflege. Im Vordergrund steht dabei das pflegerische Handeln in Bezug auf die Diagnostik und Symptomkontrolle. Naturgemäß wird hiermit der Anteil am pflegerischen Handeln beschrieben, der immer noch unter dem Begriff der ‚Behandlungspflege‘ von der angeblich unspezifischen und scheinbar in betriebswirtschaftlicher Logik weniger gut abbildbaren ‚Grundpflege‘ getrennt betrachtet wird. Dabei wird bereits das oben angesprochene Spannungsfeld mit beiden Situationen am Beispiel der Wiederholung einer Blutentnahme und der Morphingabe aufgrund einer Atemnot aufgezeigt.

Im zweiten Beitrag wird das pflegerische Handeln in der außerklinischen Intensivpflege in der Versorgung einer dauerbeatmeten Frau beschrieben. Die Überschrift ‚Hightech meets Hightouch in der außerklinischen Beatmung‘ hebt dabei hervor, dass eine solche hochtechnisierte Versorgungsmöglichkeit gerade mit einem erhöhten Personalaufwand – sozialrechtlich als ‚besondere Krankenbeobachtung‘ bezeichnet – einhergeht.⁷⁴ Zugleich wird das Zusammenfallen sogenannter grund- und behandlungspflegerischer Tätigkeiten deutlich.

⁷⁴ Im Sinne der Richtlinie des G-BA zu ambulanten Versorgungsleistungen nach SGB V.

Der dritte Beitrag umfasst ein Beispiel aus der ‚konventionellen‘ ambulanten Pflege, d. h. einer ambulanten pflegerischen Versorgungsform, in der punktuell im Tagesablauf der Betroffenen zu erbringende Versorgungsleistungen nach SGB XI und SGB V als Sachleistung im Vordergrund stehen. Die Überschrift ‚Fortführung des früheren Handelns‘ weist darauf hin, dass im Zentrum des Handelns des pflegerischen Akteur-Netzwerks die mutmaßliche Fortführung früherer Alltagshandlungen in Form der Unterstützung bei der Körperwäsche steht bzw. stehen kann.

9.1 Diagnostik und Symptomkontrolle

In den besuchten Klinik-Settings (Stroke Unit, Pneumologie sowie Onkologie) dominierte in den beobachteten stationären Handlungsfeldern die Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen. Zum Beispiel zählten in sämtlichen stationären Handlungsfeldern die Gabe von Medikamenten (oral, per Infusion oder Injektion), die Überwachung der Vitalfunktionen und organisatorische Tätigkeiten am Computer oder am Telefon zum Handlungsrepertoire der beruflich Pflegenden. Ein Zugang zu anderen körperbezogenen Handlungen wurde von den Pflegenden in ihrer Gatekeeper-Funktion jedoch nicht immer ermöglicht.⁷⁵

Anhand mehrerer Ausschnitte aus Beobachtungsprotokollen von Interaktionen einer onkologischen Fachpflegekraft mit den ihr anvertrauten Menschen während ihres Frühdienstes werden beispielhafte Handlungsvollzüge als ‚Akteur-Netzwerke‘ nachgezeichnet bzw. im Zuge dessen den materiellen Dingen – mögliche – Figuren des Agierens zugeschrieben. Einleitend können folgende Angaben gemacht werden:

Patient Herr Z. in den ersten beiden Protokollauszügen war Mitte 60 Jahre und litt an einer metastasierenden Krebserkrankung, die durch die Gabe von Zytostatika anhand einer operativ angelegten Portanlage behandelt wurde. Ihm sollte Frau B., die Pflegerin, Blut zu diagnostischen Zwecken abnehmen.

Frau H. in den darauffolgenden Protokollauszügen war ebenfalls Mitte 60 und war von einer bis in die Lunge metastasierten Krebserkrankung betroffen. Sie litt an einer permanenten Atemnot, die eine durchgehende Sauerstoffgabe und Oberkörperhochlagerung erforderte.

Beide Personen wurden von Frau B. versorgt, die als Gesundheits- und Krankenpflegerin über eine zusätzliche onkologische Fachweiterbildung verfügte. Sie war eine langjährige Mitarbeiterin auf der onkologischen Station in einem Krankenhaus der Regelversorgung, wobei sie zum Zeitpunkt der Beobachtungen seit 16 Jahren in der Pflege beschäftigt gewesen ist.

9.1.1 Erster Blutentnahmeversuch

In dem folgenden Ausschnitt wird der Versuch einer Blutentnahme bei Herrn Z. geschildert, die über das Portsystem erfolgen sollte. Dieser Versuch der Pflegerin schlug indes fehl:

Das Blutentnahmeset ist im Stationszimmer auf der oberen Ablage einer Arbeitsplatte auf der linken Zimmerseite abgelegt. Nach Angaben der Pflegerin ist sie froh, dass sie über eine ausreichende Körpergröße verfügt, um an das Set herankommen zu können. Das Set setzt sich aus einem Abwurfbehälter, mehrere Venenverweilkatheter mit farblich unterschiedlich bezeichneten Größen, einer Butterfly-Na-

⁷⁵ In den Probandeninformationen und nochmals in den Einverständniserklärungen wurde z. B. auf die Entscheidungshoheit der Studienteilnehmenden hingewiesen, welche Situationen beobachtet werden sollten und welche nicht. Dies hat sich vermutlich auf die Möglichkeiten der Beobachtung in den Krankenhäusern nachhaltig ausgewirkt.

del mit integriertem Abnahmeadapter für die Blutentnahmeröhrchen, steril verpackte Spritzen, Pflaster, Desinfektionsspray und einem Stauschlauch sowie mehreren Verschlussstopfen zusammen.

Wir verlassen, nachdem die Pflegerin Handschuhe übergezogen hat, das Stationszimmer in Richtung Zimmer 1. Im Zimmer angekommen bittet sie Herrn Z., den Patienten, sich im Bett auf den Rücken zu drehen und das Hemd des Schlafanzuges aufzuknöpfen. Währenddessen zieht Frau B. einen Mundschutz über ihre Nase und Mund und schiebt mit dem Fuß einen Müllabwurfbehälter, der sich unter einem Tisch an der Wand befindet, in das Zentrum des Zimmers. Daraufhin stellt sie das Kopfteil und das Bett insgesamt etwas höher und öffnet eine der steril verpackten Spritzen. Diese Maßnahme führt sie nach eigenen Angaben gegenüber dem Patienten durch, um die Durchgängigkeit der Leitung in der Portanlage zu überprüfen. Frau B. kann jedoch kein Blut aspirieren und unternimmt mit einer neuen Spritze einen weiteren Versuch. Da dies auch nicht gelingt, packt sie eine Spritze mit einer Spüllösung aus und spült den Portzugang an. Dieser erweist sich als durchgängig für Flüssigkeiten. Im Anschluss sucht sie im Set nach einem Verschlussstopfen, um den Zugang am Port verschließen zu können. Ein Verschlussstopfen ist allerdings nicht im Set und nicht im Materialregal im Zimmer auffindbar, so dass sie kurz das Zimmer verlässt. Zuvor bittet sie Herrn Z. sich nicht zu bewegen, weil sie das Bett hochgefahren hat. Ich warte im Zimmer. Auf dem Pflegewagen, sichtbar durch die geöffnete Zimmertür, wird sie fündig und kommt rasch in das Zimmer zurück. Frau B. zieht die Spülspritze ab und verschließt den Zugang. Sie sagt dem Patienten, dass das Vorgehen geändert werden muss: „Schade, ich dachte ich müsste Sie nicht pieken. Dann müssen wir es so machen.“ (Beobachtung 26.01.2015, Abschnitt 108-134)

Die zu Beginn beschriebene Vorbereitung der Blutentnahme verdeutlicht bereits die Komplexität des Vorhabens von B. Für die Durchführung einer Blutentnahme mussten viele materielle Akteure zusammengeführt werden.⁷⁶ Dass dies unbedingt erforderlich zu sein scheint, wird im gerade beschriebenen gescheiterten Versuch von B., Blut über die Portanlage zu entnehmen, sichtbar, der eine Änderung ihres Vorgehens erforderlich machte.

Das Anziehen der Handschuhe bildete, wie in den anderen beobachteten pflegerischen Handlungsfeldern, eine obligatorische Voraussetzung für das Handeln an und mit einem pflegerisch zu versorgenden Menschen. Die Wirkungsmacht (Agency 1) der Handschuhe aufgrund ihrer materiellen Beschaffenheit verschafften B. gewissermaßen die Möglichkeit, diese Manipulation am Körper von Herrn Z. vornehmen zu dürfen, indem sie quasi Nähe und zugleich auch Distanz ermöglichten.⁷⁷

Der Zweck des Handelns von B. bestand hier darin, weitere materielle Akteure, d. h. die korpuskularen Anteile des Bluts, in das die lokale Situation überschreitende Akteur-Netzwerk des Versorgungshandelns, die u. a. (nicht-)ärztliche Labormitarbeiterinnen und -mitarbeiter, Laborgeräte, Computer, Ausdrucke sowie diagnostizierende Ärztinnen und Ärzte umfasste, mit ein-

⁷⁶ Ähnliches scheint auch für andere diagnostische Maßnahmen, z. B. der Vorbereitung von Sputumproben auf einer pneumologischen Station, zu sein (Beobachtung 28.11.2014, Abschnitt 205–216).

⁷⁷ Dies reichte hier jedoch nicht aus, da im späteren Verlauf aus hygienischen Gründen ein Mund-Nase-Schutz angelegt wird. Insofern zeigt sich hier die aus verschiedenen Anlässen begründete hohe Sensibilität für hygienische Arbeiten am Körper an, die früher nicht zum regelhaften Repertoire in der Pflege gehörte.

zubinden. Das Ziel bildete hier anscheinend die Gewinnung eines aktuellen Blutbilds im Kontext einer Zytostasetherapie. Damit verbunden war – in Abhängigkeit von den Untersuchungsergebnissen – eine Entscheidung für die Fortsetzung oder Unterbrechung der Therapie.

Die Hilfe von Herrn Z. ist in dieser Situation für die Blutentnahme unverzichtbar gewesen: Diese bestand in der Einnahme einer geeigneten Position im Pflegebett. Seine Mitarbeit, aufbauend auf einer intentionalen und in seinen Folgen für ihn selbst die körperlichen Strukturen verändernden Handlung, trat damit punktuell in den Vordergrund, da er sich gegenüber der Pflegerin B. in einer gewissen Art und Weise verhalten musste. Dass dies mittels einer Subskription geschah, und zwar in Form des Entgegenkommens der Lagerungswünsche von B., sollte daher nicht als Ausdruck einer reinen Passivität verstanden werden.⁷⁸ So wie sich die Situation darbot, schien hier eine relativ aktive Mitarbeit vorzuliegen, denn der Patient ermöglichte der Pflegerin erst die Durchführung der diagnostischen Maßnahme als Eingriff in seine Leibsphäre.

Im weiteren Verlauf setzte B. einen Mund-Nase-Schutz auf, der neben den Handschuhen die eingeschriebene materielle Wirkungsmacht (Agency 1) des Schutzes vor kontagiösen Entitäten ausübte. Während die unsterilen keimbehafteten Handschuhe jedoch in erster Linie dem Schutz der Pflegerin dienten, war die Wirkungsmacht des Mund-Nase-Schutzes an beide Personen gerichtet. Primär stand hier anscheinend Herr Z. im Vordergrund, da die Portanlage eine künstlich angelegte Eintrittspforte in seinen Körper bildete und damit ein Infektionsrisiko darstellte. Hierüber bestand, hätte die Pflegerin keine solche Vorrichtung aufgesetzt, die Gefahr einer Einbindung von weiteren aus ihren Atemwegen stammenden Keimen, die den Leibkörper des Patienten in negativer Weise beeinflussen können. Eingebunden in dieses heterogene Netzwerk konnte die Pflegerin somit ihr beruflich gerahmtes Handeln im Kontext der Mitwirkung an ärztlichen Tätigkeiten regelgerecht durchführen.

Während des weiteren Vorgehens arrangierte B. das räumliche Ensemble: Hierzu gehörte die Zentrierung des Abfallbehälters in das Zentrum des Zimmers mittels des Fußes. Dessen handlungstragende Rolle diente auf der Ebene der Wirkungsmacht (Agency 1) zur Gewährleistung eines raschen Punktionsablaufs, indem schnellstmöglich die benutzten Gegenstände entsorgt werden konnten. In diesem Sinne ging es hier dem Augenschein nach um die Gewährleistung einer hygienisch regelgerechten pflegerischen Tätigkeit durch ein geeignetes ‚Tinkering‘ der Gegenstände.

Bevor der erste Versuch der Blutentnahme über die Portanlage gestartet wurde, führte B. eine Überprüfung der Durchgängigkeit der Portanlage mittels einer Spritze durch. Diese zuvor in einer teildurchsichtigen Verpackung aus Plastik und Papier eingepackte sowie sterilisierte Spritze ermöglichte durch die materiell inskribierte Funktionsweise bzw. Wirkungsmacht (Agency 1) in Gestalt einer isotonischen Kochsalzlösung die Eingabe von Flüssigkeiten in Gefäßen und die Ausübung einer Sogwirkung.

Der Versuch von B. misslang allerdings, die Spritze konnte ihre Wirkungsmacht nicht unter Beweis stellen. Die Pflegerin versuchte es erneut mit einer weiteren Spritze. Auch dieser Versuch war nicht erfolgreich. Auf jeden Fall schien für B. dieses Vorkommnis eine Indikation für eine Überprüfung der Funktionsfähigkeit der Portanlage zu repräsentieren. Würde eine tatsächliche Fehlfunktion der Portanlage vorliegen, müsste im ungünstigsten Fall eine erneute operative Anlage eines Ports stattfinden. Die Pflegerin zog daher eine weitere steril verpackte

⁷⁸ Auf der in diesem Beispiel vorgestellten Station wurde zudem den Patientinnen und Patienten viel Eigenaktivität bei der Körperpflege ermöglicht: *„Nachdem wir das Zimmer verlassen haben, frage ich Frau B. nach dem Umgang mit der Thematik der Patientenwaschung. Sie sagt mir, dass die Patientinnen und Patienten nach Bedarf gewaschen werden. In diesem Sinne bestimmen die Patientinnen und Patienten ihre Körperpflege. Sie drückt dieses Verständnis mit folgendem Satz aus: „Ich will keine Satt- und Sauber-Pflege mehr haben.“ (Beobachtung 26.01.2015, Abschnitt 336–342)*

und bereits mit einer isotonischen Lösung befüllte Spritze hinzu. Mithilfe ihrer Wirkungsmacht (Agency 1) konnte sie die Durchgängigkeit der Portanlage bestätigen. In diesem Sinne funktionierte die Portanlage entsprechend ihrem materiell eingeschriebenen Hauptzweck, Flüssigkeiten, z. B. Zytostatika-Infusionen oder parenterale Nährlösungen, in den Körper zu leiten. Gleichwohl verzichtete B. auf einen erneuten Versuch und musste den Zugang folglich verschließen. Allerdings fehlte ihr ein spezieller Verschlussstopfen für die aus der Portanlage tretende Leitung. Erst dieser verfügt über die erforderliche Wirkungsmacht (Agency 1), damit die Pflegerin als Mitwirkende bei Diagnostik und Therapie im Sinne einen sicheren Verschluss dieses Systems gewährleisten konnte. Begründen lässt sich dies anhand des Umstands, dass die zur Spülung benutzte Spritze nicht den Verschluss des Venenkatheters bezwecken sollte. Sie konnte vielmehr jederzeit abfallen und hierdurch das Eindringen von Keimen in den Organismus von Herrn Z. begünstigen.

9.1.2 Zweiter Versuch einer Blutentnahme

B. beendete diesen Versuch mit einem präskriptiv zu verstehenden Sicherheitshinweis an Herrn Z. Aufgrund des höher gestellten Bettes, welches für B. als Arbeitsfläche diente, bestand die Gefahr für Herrn Z. aus diesem herauszufallen. Dieses musste von B. vorsorglich verhindert werden. Die Pflegerin holte dann anschließend unmittelbar vom Pflegewagen, der als mobiles Materialdepot diente, einen passenden Verschlussstopfen. Anschließend kündigte sie entschuldigend die Änderung des Vorgehens an. Dies bedeutete ihren Worten gemäß nun in einer für den Patienten unangenehmen Weise Blut abnehmen zu müssen:

Sie fährt nach einer kurzen Ankündigung das Bett herunter und bittet Herrn Z., sich auf die rechte Bettkante zu setzen. Für die Ablage des rechten Arms holt sie den Tisch vom benachbarten Nachtschrank heran. Frau B. sagt dem Patienten, dass er auf dem Tisch seinen rechten Arm für die Blutentnahme ablegen kann. Anschließend legt sie den Stauschlauch an und wünscht von dem Patienten, dass er eine Faust macht. Danach zieht sie den Stauschlauch zu und sucht mit den Fingern eine Vene für die Blutentnahme. Sie sprüht die ihr passende Stelle mit Desinfektionsspray ein und packt die Butterfly-Punktionsnadel aus. Sie sticht in die passende Vene und steckt ein Blutentnahmeröhrchen in den an der Butterfly-Nadel integrierten Adapter. Auf diesem Wege kann sie drei Blutentnahmeröhrchen befüllen und sagt parallel hierzu: „Geht noch.“. Nachdem sie die Blutentnahme beendet hat, zieht sie die Butterfly-Nadel aus der Vene und drückt die Einstichstelle mit einem Tupfer zu. Zur gleichen Zeit kommt die Schülerin in das Zimmer. Die Pflegerin bespricht mit ihr das weitere Vorgehen: „Du kannst ihr das Frühstück bringen und nach dem Frühstück das Blut abnehmen.“ Dem Patienten zugewandt sagt sie, dass er Druck auf den Tupfer ausüben muss: „Einmal drücken.“ Herr Z. drückt die Stelle ab, während die Pflegerin einen Tupferverband vorbereitet. Sie führt einen raschen Wechsel durch und befestigt den mit einem Klebestreifen versehenen Tupferverband auf die betroffene Stelle: „So, jetzt reicht das auch. Sie müssen jetzt noch draufdrücken, weil ihre Blutgerinnung nicht so gut ist. Das liegt an den Medikamenten, die ihnen gegeben worden sind.“ Herr Z. übt Druck mit seiner linken Hand auf den Verband aus. Für eine kurze Zeit hebt er diesen jedoch an. Daraufhin erinnert ihn die Pflegerin daran, weiterhin Druck auf den Verband auszuüben. (Beobachtung 26.01.2015, Abschnitt 134-158)

Für den zweiten Versuch veränderte die Pflegerin das Arrangement des Patienten mit seinem Bett sowie dem Nachtschrank.⁷⁹ Herr Z. musste sich auf Anweisung der Pflegerin auf die Bettkante setzen. Der Nachtschrank diente hier mit seinem ausfahrbaren Tisch als Ablagefläche für seinen rechten Arm. In Bezug auf das Bett und den Nachtschrank trat hier erneut die Wirkungsmacht (Agency 1) der materiellen Dinge zum Vorschein, da beide Gegenstände die vom Patienten eingenommene körperliche Position unterstützten. B. gab ihm weitere präskriptive Hinweise, wie er seinen Arm lagern sollte.

Im Zuge dessen wurde ein weiterer Gegenstand an den Oberarm von Herrn Z. angelegt. Dieser Stauschlauch diente mit seiner Wirkungsmacht (Agency 1) der Ausübung eines Drucks auf die Gefäße im Oberarm, damit sich ausreichend Blut in den Venen für die Blutentnahme befinden würde. In gewisser Weise trat der Stauschlauch hierdurch mit dem Leibkörper in eine Art ‚Beziehung‘, da das Anbringen am Körper eine lokal begrenzte Manipulation des Körpers und zugleich ein Eindringen in die Leibsphäre des Patienten repräsentierte. Doch diese Konstellation schien den Patienten nicht zu stören. Er erkannte im Sinne einer ‚Subskription‘ die Hinweise bzw. Anweisungen von B. an. Dies wurde auch in seinem Nachkommen der Aufforderung von B., eine Faust zu bilden, deutlich. Es handelte sich hier um eine Maßnahme, die der Pflegerin das Aufsuchen punktierbarer Venen erleichterte und sie damit handlungsfähiger machte. B. tastete sich dabei mit ihren Fingern an den nun gestauten Venen des Arms vor. Für sie bedeutete dies eine relevante sowie auch ihren eigenen Leib berührende Aktivität, da sie nun mit ihrem ‚Gespür‘ eine geeignete Vene ertasten musste.

Um jedoch die Punktion kunstgerecht auszuführen, bedurfte es der Hinzuziehung des Desinfektionssprays als einen weiteren zusammengesetzten materiellen Akteur: Der Sprühbehälter umfasste die in ihm materiell eingeschriebene Wirkungsweise (Agency 1), Flüssigkeiten durch Druckausübung auf die sich in ihm befindliche Lösung mittels einer Hebelwirkung auszustoßen. Das Desinfektionsmittel wiederum minimierte durch seine chemische Zusammensetzung und der damit verbundenen Wirkungsmacht (Agency 1) im ‚Auftrag‘ der Pflegerin die Keime quasi mit einer Handlungsvollmacht (Agency 3) auf dem betreffenden Hautareal. Hierdurch konnte B. die vermutlich in den Hygieneplänen festgelegte Präskription einhalten, das Infektionsrisiko für Herrn Z. zu minimieren.

Mit einer speziellen Punktirnadel, die im Stationsgebrauch als ‚Butterfly‘ bezeichnet wurde, durchbrach B. die Hautbarriere (Wirkungsmacht, Agency 1) des Patientenkörpers und verband nach Austreten von Blut unmittelbar ein Entnahmeröhrchen am Leitungsadapter der kurzen Leitung des ‚Butterfly‘. Im Ergebnis konnte B. drei Probenröhrchen entnehmen. Sie gewann quasi durch die zuvor verwendeten Vorrichtungen Handlungsmacht, um ihr Vorhaben erfolgreich abschließen zu können.

Dieser Aspekt deutete sich in der verbalen Bestätigung durch B. an, in der kurz und bündig die erfolgreiche Durchführbarkeit ihres Vorhabens artikuliert wurde. Zum Ende der Blutentnahme legte sie einen Tupfer auf die Punktionsstelle und gab Herrn Z. die Anweisung, möglichst lange auf diesen Druck auszuüben. Gleichzeitig organisierte sie auf Anfrage der ihr zugeordneten Auszubildenden die Versorgung anderer Personen in ihrem Verantwortungsbe- reich mit weiteren an sie gerichteten präskriptiven Vorgaben. Während dieses Gesprächs bereitete B. im fließenden Übergang einen Verband für den Patienten vor und legte diesen rasch an. Sie gab dem Patienten weitere, präskriptiv zu verstehende Hinweise für die Blutungsstillung. Dabei nahm sie Bezug auf die eingeschränkte Agency seines Körpers, die sie als ‚niedrige Gerinnung‘ figuriert hatte. Zudem ist hier zu bedenken, dass es sich um einen in seiner

⁷⁹ Das Arrangieren von Körper und Dingen bildete z. B. selbst bei weniger umfangreichen Probeentnahmen, etwa einer Abnahme kleiner Mengen Bluts zur Erstellung einer Blutgasanalyse (BGA), einen Bestandteil pflegerischen Handelns auf der Stroke Unit (Beobachtung 27.10.2014, Abschnitt 87–101).

Integrität angegriffenen Leibkörper handelte: Herr Z. erlebte den Verlust körperlicher Fähigkeiten infolge der Therapie und der Erkrankung als Eigentümer seines Körpers, die ihn in seiner Handlungsfähigkeit als menschliches Subjekt (Agency 5) einschränkten.⁸⁰ Welche Entscheidung auf Basis der später analysierten Blutproben gefällt wurde, muss hier indes offen bleiben.

9.1.3 Besorgung des Betäubungsmittels

Während es sich im vorherigen Beispiel um einen Teil eines ‚diagnostisches Netzwerks‘ handelte, bei dem das ‚Tinkering‘ von Dingen und Körpern im Erstversuch nicht gelang, ist die folgende Nachzeichnung einer Handlungssequenz auf einen temporär erfolgreichen Versuch der Symptomkontrolle fokussiert: Im Zentrum stand hier die Gabe einer Morphininjektion. Diese war für Frau H., einer Patientin mit multiplen Lungenmetastasen in Verbindung mit einer starken Atemnot, bestimmt. Es handelte sich um die subkutane Injektion von Morphin und damit um einen unter das Betäubungsmittelgesetz fallenden Wirkstoff. Ausgehend von einer direkten verbalen Bedarfsmeldung vonseiten der Patientin und einer langanhaltenden Situation der Atemnot, entschied sich die Pflegerin für die Injektion eines solchen Wirkstoffs:

Wir gehen in das Stationszimmer. Auf dem Weg dahin fragt Frau B. ihre Kolleginnen nach dem Schlüssel für den Schrank mit den Betäubungsmitteln. Nachdem eine Kollegin ihr den BTM-Schlüssel übergeben hat, geht sie zum BTM-Schrank bzw. Safe. Dieser befindet sich auf der Rückseite der Schrankwand im Bereich der Laptop-Arbeitsplätze. Sie holt eine Packung mit dem verordneten Präparat zusammen mit dem Ordner aus dem Safe, in dem die Betäubungsmittel aufbewahrt werden. Sie entnimmt eine Ampulle und dokumentiert diese in dem Ordner. Frau B. legt den Ordner nebst Packung wieder in den Schrank zurück und verschließt den Safe. Kurz nachdem sie diesen abgeschlossen hat, erzählt sie mir, dass die Patientin Frau H. viel Flüssigkeit erhalten hat. Sie sagt sie zu mir: „Wenn wir jetzt nichts spritzen, dann schwitzt sie das durch ihre Todesangst aus.“ Frau B. besorgt sich – nachdem sie wieder Handschuhe angezogen hat - anschließend eine steril verpackte Spritze, einen Tupfer, Desinfektionsspray, ein Tablett sowie eine Kanüle zum Aufziehen des Medikaments. (Beobachtung 28.01.2015, Abschnitt 53-66)

In der Nachzeichnung des Protokollauschnitts ergeben sich folgende Zuschreibungen: Die erforderlichen materiellen Utensilien für die Durchführung der Injektion befanden sich nicht im Patientenzimmer. B. musste in das Stationszimmer als den zentralen Steuerungsort der Station zurückgehen. Der entscheidende materielle Gegenstand war hier ein Safe, in dem sich die Medikamente befanden. Aufgrund ihres Wirksamkeitstypus bestand die Verpflichtung, diese entsprechend dem Betäubungsmittelgesetz streng gesichert zu lagern.

Dieser Safe konnte lediglich mit einem speziell hierfür vorgesehenen Schlüssel geöffnet werden, der sich im Besitz einer Kollegin von B. befand. Erst dieser Schlüssel ermöglichte mit seiner materiell eingeschriebenen Wirkungsmacht (Agency 1) den Zugriff auf den Inhalt des Safes, wobei hier im Hintergrund angenommen werden kann, dass eine schriftlich niedergelegte (materielle) Anordnung durch eine Ärztin oder einen Arzt vorgelegen hatte. Doch auch

⁸⁰ Obwohl die Ausschnitte aus dem Beobachtungsprotokoll den Eindruck nahelegen, dass der Patient sich weitestgehend passiv verhielt, darf dies nicht verallgemeinernd verstanden werden. Ohne sein – irgendwie geäußertes – Einverständnis wäre für B. keine Handlung an seinem Körper möglich gewesen. Allerdings erfolgte der Krankenhausaufenthalt und damit die ‚Einreihung‘ in vordefinierte – präskriptive – Versorgungsprozesse aufgrund der Krebserkrankung. Hierdurch konnte von einer Freiwilligkeit des Patienten definitiv nicht mehr ausgegangen werden.

diese war noch nicht für einen ordnungsgemäßen Gebrauch des Medikaments ausreichend, denn B. musste die aus dem Safe entnommene Glasampulle zusätzlich in einem speziellen Ordner dokumentieren. Erst danach konnte die Pflegerin mit der Herstellung einer Morphinspritze beginnen.

Bevor sie ein Ensemble an weiteren materiellen Entitäten zusammenstellte, verstaute sie die nicht entnommenen Medikamente wieder im Safe. Ergänzend wurden im Stationszimmer die Bestandteile eines Zubereitungs- und Injektions-Sets von der Pflegerin zusammengesucht. Während dieser Situation erklärte mir die Pflegerin den Grund für ihre Maßnahme: Infolge der intravenösen Flüssigkeitszufuhr ging sie von einem Ungleichgewicht im Flüssigkeitshaushalt aus, was sich ungünstig auf die Atmung der Patientin auswirkte. Sie figurierte vor dem möglichen Hintergrund eines leibbezogenen hermeneutischen Verstehens die existenzielle Krise von Frau H. als Todesangst, die im Falle eines Unterlassens von Gegenmaßnahmen (wie der Morphinspritze) zur Symptomlinderung sich quasi durch das Ausschwitzen der Angst materialisieren würde.

Zudem wird – wenn die Krebserkrankung als Akteur figuriert wird – an der existenziellen Notlage der Patientin der ‚präskriptive‘ Anteil der Krebserkrankung als ein die Situation dominierender Gegenpart der Beteiligten (damit lässt sie sich der Figur der Agency 2 zuordnen) Folgendes deutlich: Die Metastasen in der Lunge ‚diktierten‘ Frau H. einen pathologischen Atmungsmodus, zumal mit der insuffizienten Atmung noch Gefühle der Todesangst einhergingen und die Patientin diesem Symptom vollständig ausgeliefert war. Sie konnte demnach ihren Körper als wesentliches Instrument zur Herstellung einer relational gegründeten menschlichen Agency der zerstörenden Erkrankung nicht entziehen. Für die Pflegerin bedeutete dies, dieses Symptom unter Kontrolle zu bringen oder zumindest zu lindern, indem sie in Form des Morphins der Krebserkrankung bzw. der Reaktion des Körpers auf diese ein ‚Anti-Programm‘ aufzwang.

9.1.4 Herstellung der Morphinspritze und Durchführung der Injektion

Auf dem Weg zum Patientenzimmer unterstrich B. die gravierende Bedeutung der Atemnot:

Während wir zum Zimmer gehen, sprechen wir über die Atemnot. Sie sagt, dass es schlimm sein müsse dauernd ein Erstickungsgefühl zu haben. Vor dem Zimmer auf dem Flur bereitet sie die Medikamentengabe auf einen Tisch vor. Nach ihren Angaben ist der Platz im Zimmer nicht ausreichend, um eine rasche Vorbereitung der Spritze zu gewährleisten. Sie ergänzte dies folgendermaßen: „Ich möchte keine wertvolle Zeit verlieren.“ Frau B. packt die Kanüle aus und steckt diese auf die ebenfalls ausgepackte Spritze. An der Kanüle ist eine Sicherheitsleiste angebracht, die durch Umknicken dem Anschein nach, die Gefahr für Stichverletzungen minimieren soll. Mit dem Tupper umschließt sie die Ampulle und öffnet durch das Umknicken des oberen Teils an der Sollbruchstelle der Ampulle. Sie hält die geöffnete Ampulle mit der linken Hand. Mit der rechten Hand führt sie die Kanüle in die Ampulle und zieht mit der Spritze das Medikament auf. Nachdem sie dies beendet hat, muss sie noch eine Kanüle für die Injektion suchen. (Beobachtung 28.01.2015, Abschnitt 66 - 78)

Der Ort für die Medikamentenaufbereitung erscheint pragmatisch gewählt zu sein: Hierbei handelte es sich weder um das Stationszimmer noch das Patientenzimmer, sondern um einen unscheinbaren und zugleich wirkungsmächtigen Tisch (Agency 1) auf dem Stationsflur. B. begründete ihre Entscheidung, die Vorbereitungen an diesem Ort durchzuführen, einerseits mit

dem Umstand eines Bedarfs nach ausreichend Platz für das Aufziehen des Medikaments sowie andererseits mit dem aus ihrer Sicht drohenden Zeitverlust durch eine örtlich zu weit entfernte Stelle.

Die anschließenden Handlungen eröffnen einen Einblick, wie B. ihr ‚Handwerkszeug‘ unmittelbar vor Ort⁸¹ hergestellt hat: Hierzu gehörten das Auspacken der Gegenstände aus ihren die Sterilität bewahrenden Umverpackungen, das aus Arbeitsschutzgründen mit einem Tupfer zu erfolgende Öffnen der Glasampulle, das Aufziehen des Medikaments mit der Spritze sowie das Aufsetzen der Injektionskanüle, wobei Letztere von B. erst noch gesucht werden musste. Am Ende hatte B. ein in der Figur der Wirkungsmacht (Agency 1) agierendes Instrument beinahe vollständig zusammengesetzt, mit dem ein Wirkstoff direkt in die Mikrostrukturen des Körpers eingebracht werden konnte:

Als sie zurückkommt gehen wir in das Zimmer hinein. Sie kündigt Frau H. im ersten Bett an, dass sie nun ein Medikament bekommt. Während dieses Dialogs ist sie ihr körperlich zugewandt, beugt sich zu ihr herüber und spricht in Gesichtsnähe von Frau H. Frau B. hebt anschließend ein Teil der Bettdecke an, desinfizierte kurz das Hautareal und injiziert das Medikament in den linken Oberschenkel. Nach der Entsorgung der Injektionsgegenstände in einem Abwurfbehälter sagt sie: „Wir machen jetzt hier erstmal fein Piano.“ Die Patientin fragt: „Blutdruck?“. Frau B. antwortet: „Der interessiert mich erstmal nicht.“ Sie ergänzt ihre Aussage, dass es erstmal wichtiger sei, dass sie zur Ruhe kommt und von der Pflege in Ruhe gelassen wird. (Beobachtung 28.01.2015, Abschnitt 78-87)

Im Zimmer angekommen, kündigte B. die Injektion an, die jedoch nicht aus einer körperlich-distanzierten Position heraus geschah, sondern in einer Frau H. zugewandten körperlichen, gleichsam Nähe suggerierenden Haltung. In diesem Sinne kann hier von einer Verschränkung beider Leibsphären in der Kommunikationssituation gesprochen werden, die vermutlich ein vorsprachliches Verstehen begünstigen sollte. Gleichwohl handelte es sich um einen kurzen Moment, da sie sofort zur Injektion in den Oberschenkel übergang. Wie in der vorherigen Blutentnahmesequenz wurden die Keime auf dem Hautareal mit einem Desinfektionsmittel reduziert (Wirkungsmacht/Agency 1), wobei dieses Mittel wiederum im Auftrag der Pflegerin ‚handelte‘ (Handlungsvollmacht/Agency 3). Die Injektion des Wirkstoffs erfolgte dabei durch das Durchbrechen der Körpergrenze. Nun befand sich dieser im Unterhautgewebe des Oberschenkels und diffundierte in die Tiefenstrukturen des Leibkörpers der Patientin.

Während B. die Bestandteile ihres Werkzeugs entsorgte, fragte Frau H. nach der Kontrolle ihres Blutdrucks. Ihre Nachfrage zielte auf eine präskriptive – d. h. regelhaft erforderliche – Praktik in Krankenhäusern, mit der quantitative Daten erhoben werden, die einen Bestandteil der Diagnostik und Therapie bilden. Diese Nachfrage wurde von der Pflegerin verneint. Vielmehr kündigte sie ihren Rückzug aus der Situation an, und zwar in der Weise, ihre berufliche Tätigkeit gegenüber der Patientin als einen ‚Störfaktor‘ zu figurieren. Stattdessen hatte die Schaffung einer Ruhepause für die Patientin – frei von jeglichen pflegerischen Interventionen – die höchste Priorität.

⁸¹ Interessant ist hier, dass im Gegensatz zu speziellen Medikamenten häufig subkutan zu verabreichende Wirkstoffzubereitungen, z. B. Low-Dose-Heparin, in vorgefertigten und damit rasch nutzbaren Spritzen verabreicht wurden (z. B. Beobachtung 30.10.2014, Abschnitt 59–68). Dennoch ist es bezeichnend, dass die Gabe relativ risikoreicher Medikamente quasi erst den ‚Zusammenbau‘ der passenden Werkzeuge durch die Pflegenden vorauszusetzen scheint.

Währenddessen verblieb die Pflegerin im Zimmer und verräumte die Waschutensilien der vorher abgebrochenen Körperpflege. Sie arrangierte anschließend den Nachtschrank mit der sich in einer aufrecht sitzenden Position im Bett befindlichen Frau H. Im Anschluss an diese Aktivitäten gab die Patientin eine Rückmeldung:

Frau H. sagt, nachdem die Pflegerin ihre Arbeiten beendet hat: „Ich glaube jetzt geht es mir gut.“ Frau B. fragt die Patientin, ob sie das Frühstück haben möchte: „Wenn jetzt jemand kommen sollte, dann sagen Sie, dass Sie sich melden werden, wenn Sie ihr Frühstück haben möchten.“ Danach schaltet die Pflegerin die Anwesenheitsanzeige aus. Wir verlassen das Zimmer. (Beobachtung 28.01.2015, Abschnitt 96-101)

Obwohl die Injektion des Betäubungsmittels nicht lange zurücklag, bekundete Frau H., eine rasche Wirkung des Medikaments verspüren zu können. Hierbei handelte es sich um eine etwas ungewisse Aussage, da sie hier das Verb ‚glauben‘ verwendete. Eventuell empfand sie hier ein diffuses leibliches Empfinden, das eine rasch einsetzende Wirkung suggerierte, da es sich um eine symptombezogene Maßnahme handelte. Die Existenz der die organische Integrität der Lunge zerstörenden Tumormetastasen wurde durch diese Maßnahme nicht aufgehoben. Tendenziell jedoch schien hier die Patientin möglicherweise weniger Angst zu empfinden, obwohl die Gesamtproblematik der Erkrankung trotz dieser Maßnahme unabänderlich bestehen blieb.

Die Pflegerin verknüpfte die Aussage von Frau H. hingegen mit der Thematik der Nahrungsaufnahme. Hierbei handelte es sich dem Anschein nach um eine an die Patientin gerichtete Präskription, die sich auf die Organisation des Frühstücks bezog. Vielleicht erinnerte B. sie auch an ihre ‚Wahlfreiheit‘ und damit an ihre Agency als Mensch, das Frühstück dann einzunehmen, wenn sie es möchte, ohne den strikten Tagesablauf eines Krankenhauses mit seinen vorgegebenen Zeitkorridoren für die Nahrungsaufnahme einhalten zu müssen.

9.1.5 Auf dem Stationsflur: Alles nur eine psychologische Wirkung?

Außerhalb des Zimmers äußerte sich B. mir gegenüber allerdings offen zur Rückmeldung von Frau H., wobei sie eine eigene Erklärung für die vermeintlich sofortige Wirkung anbrachte:

Vor dem Zimmer erklärt mir die Pflegerin etwas zur stattgefundenen Medikamentengabe: „Das wirkt jetzt eigentlich noch nicht. Das war wohl die Handlung. Das dauert noch 20 Minuten bis das wirkt.“ Wir führen den Dialog weiter im Hinblick auf die psychologische Wirkung von ärztlichen und pflegerischen Handlungen. Frau B. sagt anschließend in Bezug zu ausgeprägten Zuständen der Atemnot: „Sedieren wäre besser.“ (Beobachtung 28.01.2015, Abschnitt 102 – 107)

In diesem Sinne schien hier der performative Aspekt im Vordergrund zu stehen. Das Betäubungsmittel als materielle Entität mit seiner Wirkungsmacht (Agency 1) bedurfte nach ihren Aussagen einer gewissen Zeit, um tatsächlich durch seine Verstoffwechslung in Form einer performativen Verknüpfung mit den entsprechenden Mikro-Akteuren des Leibkörpers als Akteur-Netzwerk eine tatsächliche Wirksamkeit entfalten zu können. Demnach sprach sie diesem soziomateriellen Handeln, d. h. der Verknüpfung des in einer Spritze aufgezogenen Medikaments und dessen Injektion in Verbindung mit ihrer der Patientin zugewandten Haltung als körperliche Präsenz, eine hohe symbolische Bedeutung zu.

Gleichwohl offenbarte sie auch ihre implizite Ansicht hinsichtlich eines aus ihrer Sicht adäquaten Umgangs mit schweren Stadien von Atemnot: Die einzig wirksame Maßnahme bestände

darin, die Betroffenen in einen schlafähnlichen Zustand zu versetzen. Dabei wird der Mensch als Agency-herstellender Akteur, d. h. als Leib-Körper-Einheit, ausgeschaltet, damit das (in diesem Fall das baldige Sterben ankündigende) Symptom der Atemnot quasi ‚durchschlafen‘ werden kann.⁸²

9.1.6 Zusammenfassende Skizzierung der Zuschreibungen

Werden die angeführten Nachzeichnungen aus dem Stationsalltag einer onkologischen Pflegefachkraft zusammengefasst, ergibt sich folgender Eindruck: Bei beiden Interaktionen ließ sich den nichtmenschlichen Entitäten aus der Forscherperspektive hauptsächlich die einfache Wirkungsmacht (Agency 1) zuschreiben. An und für sich ist dies nicht überraschend, da in den beschriebenen heterogenen Netzwerken von Menschen und Dingen keine ‚Hightech‘-Geräte verwendet wurden, die einen höheren Grad an Selbstbewegung (Rammert 2008) aufgewiesen hätten. Lediglich dem Desinfektionsmittel und dem Medikament konnte aufgrund ihrer materiellen Struktur die Figur der Handlungsvollmacht (Agency 3) zugeschrieben werden.

In der ANT-Perspektive wird dabei die ‚Verknüpfung‘ menschlicher und nichtmenschlicher Entitäten hervorgehoben: Diese Verknüpfungen von Dingen und Menschen erfolgte in den beschriebenen Situationen meist körpernah, sodass die Dinge temporäre gekoppelte Bestandteile der Leibsphäre der pflegerisch versorgten Menschen und auch in einem gewissen Maß der Pflegerin gebildet haben. Aus der Perspektive des physischen Arrangements der Beteiligten setzte dies vonseiten der Pflegerin die körperlich und durch eine volle Aufmerksamkeit gekennzeichnete zugewandte Haltung gegenüber den von ihr versorgten Menschen voraus.

In den konkreten Interaktionen waren zudem die Dinge für die zweckbezogenen Interaktionen der jeweiligen Beteiligten mitverantwortlich: Innerhalb dieser Interaktionen wiesen die Dinge einen instrumentellen und damit zweckbezogenen Charakter auf, deren damit verbundene handlungstragende Eigenschaften im Falle des Blutentnahme-Sets primär auf programmatische Aspekte des Krankenhauses oder wie im Falle der Atemnot auf leibkörperliche erkrankungsbedingte Symptome zurückgeführt werden können. Ihre Verwendung geschieht somit innerhalb eines Kontexts, d. h. als Akteur-Netzwerk, einer Organisation oder Institution und damit von vorausgehenden Handlungsketten.

Die Pflegerin wurde somit durch die letztendlich einfachen Teil-Agencies (!) in die Lage versetzt, die Handlungsketten innerhalb der Organisation mit den von ihnen versorgten Menschen fortzuführen. Hervorzuheben ist dabei der Umstand, dass die Pflegerin dies nicht in Form einer ‚Technique‘ umgesetzt hat: Sie rahmte vielmehr ihr Handeln kommunikativ ein, wobei ihre volle Aufmerksamkeit auf den Zustand des Patienten und der Patientin unter Berücksichtigung bürokratischer Handlungserfordernisse ausgerichtet war. Letzteres war im Falle der Morphingabe von großer Bedeutung: Die Einhaltung der Regeln in Gestalt des Vermerkens im BTM-Ordner befähigte bzw. berechtigte sie dazu, ein Werkzeug zur Linderung der Atemnot herzustellen. Andersherum betrachtet befähigte sie damit auch die Dinge dazu, Wirkungen hervorzurufen. Ihr ‚Akteur-Netzwerk‘, verstanden als Praktik, machte hier den eigentlichen Unterschied aus. Ohne dieses heterogen zusammengesetzte Handeln hätten weder Daten für das Monitoring der Blutwerte erhoben noch Symptome bekämpft werden können.

Die skizzierten Praktiken zeichnen sich mithin insgesamt durch ein Handeln in der Leibsphäre der pflegerisch versorgten Menschen aus, in denen der Hauptanteil der Dinge positioniert gewesen ist. Mögliche Hinweise auf das praktische Wissen der Pflegerin lassen sich in Gestalt des Arrangements von Körpern und Dingen als ein ‚Tinkering‘ herausdeuten, dem kein starres Handlungsprogramm einer ‚Technique‘ zugrunde gelegt werden kann. Gleichwohl agierte die

⁸² Kurzum scheint hier die Figuration einer möglichen eigenen Sehnsucht von B., im Schlaf zu sterben, vorzuliegen.

Pflegerin in dem relativ determinierten Handlungsraum des Krankenhauses und damit im Rahmen vorgegebener Routinen sowie krankheitsbedingter Kontingenzen. In diesem Kontext wirft sich die Frage auf, welches Bild sich außerhalb des Krankenhauskontexts ergibt, insbesondere dann, wenn ein nichtmenschlicher Akteur mit einem hohen Grad an Selbstbewegung involviert ist.

9.2 Hightech macht Hightouch zur Bedingung

Bei den beiden Handlungsorten der ambulanten Intensivpflege, in denen teilnehmende Beobachtungen möglich waren, handelte es sich um eine betreute Wohngruppe sowie zwei private Haushalte.⁸³

Die beobachteten Aktivitäten der beruflich Pflegenden umfassten hauptsächlich körperbezogene Maßnahmen. Hierzu gehörte die Positionierung der pflegerisch versorgten Personen in ihren Pflegebetten oder während des Transfers vom Pflegebett in den Rollstuhl. Viele der Aktivitäten waren eng mit der Versorgung von Zugängen (z. B. der Trachealkanüle oder der Austrittsstelle einer Magensonde in der Bauchdecke) oder Abgängen (z. B. Ausgängen von Kathetern in der Bauchdecke oder einem künstlichen Darmausgang) verbunden.⁸⁴

Bei dem folgenden Fall handelte sich um eine dauerhafte Heimbeatmung, in der die Versorgungsprozesse allein auf Frau U. als Einzelperson im Kreis ihrer Familie ausgerichtet waren.⁸⁵ Beatmet wurde U., die von einer neuromuskulären Erkrankung betroffen war und über keine Eigenatmung mehr verfügte, mittels einer Trachealkanüle in einem Tracheostoma. Sie verfügte über eine PEG-Sonde (d. h. eine operativ angelegte Magensonde, deren Zugang durch die Bauchdecke verläuft) sowie über einen Blasen-Dauerkatheter. Es fand eine 24-Stunden-Beatmung verbunden mit einer durchgehenden Betreuung statt. Die pflegerisch versorgte Person U. und ihr Ehemann waren mit der Pflegerin E. freundschaftlich bekannt, sodass die Kommunikation in einer informellen Art und Weise erfolgte.

Die Pflegerin selbst arbeitete seit ca. zwei Jahren im Pflegedienst. Sie verfügte über eine Ausbildung als Gesundheits- und Krankenpflegerin, die sie vor 30 Jahren absolviert hatte. Zusätzlich hatte sie einen Kurs für Leitungskräfte in der Pflege absolviert und bei verschiedenen Wohlfahrtsorganisationen gearbeitet. Nach einer Zeit der Arbeit als selbstständige Kleinunternehmerin entschied sie sich, in die Pflege zurückzukehren.

Anders als in den Klinikbereichen waren die räumlichen Bedingungen ursprünglich nicht für die Versorgung einer dauerbeatmeten Person ausgerichtet: Das motorisierte Pflegebett stand mitsamt den technischen Geräten für die Beatmung im Wohnzimmer des Ehepaars. Es handelte sich um ein geräumiges Wohnzimmer im Erdgeschoss mit einer großen Fensterfront, einem Kamin gegenüber einer Sofaecke und einem Essbereich. In diesem in der Vergangenheit eigentlich als gemütlichen Rückzugsort konzipierten großräumigen Wohnzimmer befand

⁸³ In der Wohngruppe handelte es sich um die Versorgung eines während der Nacht intermittierend über eine Trachealkanüle beatmeten Tetraplegiker (Beobachtungen 05.03.2015 u. 06.03.2015). Im ambulanten Pflegedienst konnten die Versorgung einer dauerhaft über eine Trachealkanüle beatmeten an ALS erkrankten Person (Beobachtungen 09.03.2015 u. 11.03.2015) sowie die Versorgung eines während der Nacht nichtinvasiv, d. h. über eine Gesichtsmaske, beatmeten Tetraplegikers (Beobachtung 29.03.2015) beobachtet werden.

⁸⁴ Generell verwies die enge Verflechtung der pflegerischen Maßnahmen mit dezidiert medizinisch ausgerichteten Maßnahmen auf die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege als regulatorischer Rahmen für die ambulante Intensivpflege (Gemeinsamer Bundesausschuss 2018). Im Vordergrund steht hier die sogenannte spezielle Krankenbeobachtung, die eine permanente Anwesenheit der beruflich Pflegenden zur Voraussetzung hat (ebd.).

⁸⁵ Die Versorgungssituation kann deshalb als klassisch bezeichnet werden, da der (rechtliche) Anspruch auf eine individuelle häusliche Versorgung ein Charakteristikum für den deutschen Kontext bildet (Lehmann et al. 2016a).

sich eine Vielzahl an Geräten und anderen Gegenständen für die Sicherstellung der intensivpflegerischen Versorgung.⁸⁶

9.2.1 Mundpflege

Die morgendliche Körperpflege begann mit der Mundpflege im Bett:⁸⁷

Die Pflegerin E. beginnt mit der Mundpflege. Sie hat ein Mundpflegeset, bestehend aus einer Zahnbürste, einem Handtuch sowie einem mit Wasser gefüllten Plastikbecher. E. nimmt mit ihren behandschuhten Händen die Zahnbürste in ihre rechte Hand, hält mit der linken Hand die Stirn der Klientin⁸⁸ und bittet sie ihren Mund aufzumachen. Nach mehrmaligen Bewegungen der Zahnbürste im Mund der Klientin, nimmt die Pflegerin sie wieder heraus und tunkt diese in den Plastikbecher. Danach geht sie wieder mit der Zahnbürste in den Mund hinein und putzt die Zähne ihrer Klientin. Sie sagt zu ihrer Klientin, während sie die obere Zahnreihe putzt: „Das klappt heute gut U. Noch nach oben“ Diesen Vorgang wiederholt sie noch einmal. Zum Abschluss sagt sie: „Einmal noch über die Zunge und dann sind wir fertig. Gut.“ Danach bringt sie die Materialien in das Badezimmer und kommt nach kurzer Zeit wieder in das Wohnzimmer zurück. (Beobachtung 09.03.2015, Abschnitt 39-50)

In dieser Sequenz stand die Mundhygiene der Klientin U. im Vordergrund. E. als Pflegerin übernahm stellvertretend für sie das Zähneputzen. Die Position von E. als stellvertretend für U. Handelnde zeichnete sich dabei prominent durch das Tragen von Handschuhen aus Kunststoff an. Demnach erschien es in dieser Situation unangemessen zu sein, ohne Handschuhe zu handeln.

Generell können in dem nachgezeichneten Handlungsverlauf der Zahnbürste, dem Becher, der im Protokoll nicht aufgeführten Zahnpasta und den Handschuhen jeweils die Wirkungsmacht (Agency 1) zugeordnet werden: Ein mit Wasser gefüllter Becher bewirkte in der Situation die Möglichkeit, die Zahnbürste auswaschen zu können; eine mit Zahnpasta bestückte Zahnbürste unterstützte die Reinigung der Zähne. Die Handschuhe bewirkten Nähe mit einem erforderlichen Maß an Distanz und ermöglichten das regelgerechte Eindringen in die Leibsphäre von U. Dabei wird folgender Aspekt denkbar: Früher hatte U. selbstständig die Mundpflege mit den in der Sequenz eingesetzten Dinge durchgeführt – ein Aspekt, der nun von E. aufgenommen und fortgeführt wurde und sie zwangsläufig auf die vorgenannten Dinge verwies, wobei U. sicherlich anders und in einem anderen räumlich-materiellen Arrangement gehandelt hatte. Es handelte sich daher nicht um eine Kopie ihres vergangenen Handelns, sondern um ein übersetztes Handeln.

9.2.2 Cough Assist

In einem weiteren Schritt der Rahmenhandlung der ‚Körperpflege‘ wurde die behandlungspflegerische Maßnahme der Sekretmobilisierung vorgenommen:

⁸⁶ Hierzu zählten beispielsweise: Antidekubitusmatratze, Sondenpumpe, Absauggerät, Befeuchter für die Beatmungsluft, ein Pulsoxymeter zur ständigen Überwachung der Vitalfunktionen als auch das Beatmungsgerät.

⁸⁷ Bei den intermittierend beatmeten Personen fand die Mundpflege jeweils nach dem Transfer aus dem Pflegebett in den jeweiligen Duschstuhl statt (Beobachtung 06.03.2015, Abschnitt 170–197; 29.03.2015 Abschnitt 98–112).

⁸⁸ im ambulanten Intensivpflegedienst wurde offiziell von Klientinnen und Klienten, anstatt vom klassischen Patienten bzw. Patientin, gesprochen

Danach holt die Pflegerin den Schlauch eines sogenannten „Cough assist“. Zugleich legt sie einen beutelähnlichen Gegenstand auf der Brust von U. ab. Er soll nach Angaben von E. an den Beatmungsschlauch angeschlossen werden, während der Schlauch des ‚Cough Assist‘ auf die Trachealkanüle gesteckt wird. Vom Wirkprinzip her gesehen funktioniert das Gerät nach ihren Angaben in dem es einen Druck und Vakuum erzeugen würde. Hierdurch wird eine Lockerung des Sekretes bewirkt und damit ein belastungsärmeres Absaugen erreicht. Sie kündigt die Anwendung dieses Gerätes ihrer Klientin gegenüber an, entfernt den Beatmungsschlauch, baut ihn an die beutelähnliche Vorrichtung an und steckt den Adapter des Schlauchs vom ‚Cough Assist‘ auf die Öffnung der Trachealkanüle. Sie gibt der Klientin zwei Kommandos: „Ein – Aus“. Dies wiederholt sie noch einmal, um dann rasch den Beatmungsschlauch wieder auf die Trachealkanüle zu befestigen. Sie erklärt mir, dass hier rasch vorgegangen werden muss, da hier die mechanische Beatmung unterbrochen wird. (Beobachtung 09.03.2015, Abschnitt 61-72)

Im Zentrum dieser Sequenz steht zum einen die Erklärung der Pflegerin in Bezug auf die Funktionen des Cough Assist und zum anderen dessen Einsatz: Nach Angaben der Pflegerin diente dieses Gerät zur Sekretmobilisierung in den unteren Atemwegen. Deren Mobilisierung erleichterte zudem die unangenehme Maßnahme des endotrachealen Absaugens. Das Handeln des Cough Assist lässt sich demnach in der Figur der Wirkungsmacht (Agency 1) definieren: Hinsichtlich des Wirkmechanismus arbeitete das Gerät mit einem Wechsel von Über- und Unterdruck, der das Sekret in der Lunge mobilisierte. Aufgrund ihrer Erkrankung war der Klientin keine Spontanatmung mehr möglich – und damit auch nicht mehr die von gesunden Menschen unbewusst erlebte Sekretmobilisierung durch eine unbeeinträchtigte Atmung.⁸⁹ Zugleich sollte die im späteren Verlauf häufig wiederholte Maßnahme des endotrachealen Absaugens weniger belastend für U. sein, wobei die Belastung allerdings nicht zur Gänze aufgehoben werden konnte, da von E. nach wie vor der Absaugvorgang als belastende Maßnahme definiert wurde.

Der oben kurz skizzierte Wirkmechanismus war angereichert mit präskriptiven Aspekten, greifbar in der materialen Form und Funktionsweise des eingeschriebenen Erfordernisses der Trennung des Beatmungsschlauchs von der Trachealkanüle. Sofort musste der Adapter des Cough Assist dann auf die Trachealkanüle aufgesetzt werden und forderte anscheinend von der Pflegerin, die Aktionen des Cough Assist sich und der Klientin gegenüber verbal – neben der ohnehin erfolgenden Vorankündigung – deutlich bewusst zu machen. Allzu lange durfte diese Maßnahme nicht vorgenommen werden, da U. aufgrund der unterbrochenen Beatmung förmlich die Luft wegzubleiben drohte.

⁸⁹ Bei der intermittierend, d. h. während der Nacht beatmeten Person in einer Wohngemeinschaft konnte der Einsatz des Cough Assist nicht verfolgt werden. Die Unterstützung der Lungenfunktion und Sekretmobilisation erfolgte dort mittels regelmäßiger und durch spezielle Apparate unterstützter Inhalationen über die Trachealkanüle (Beobachtung 05.03.2015, Abschnitt 303–312; Beobachtung 06.03.2015, Abschnitt 71–81).

9.2.3 Vorbereitung der Waschung

Nachdem sie diese prophylaktische bzw. therapeutische Aktivität abgeschlossen hatte, ging E. zu den Vorbereitungen zur Waschung des Körpers über. Diese Sequenz begann zunächst mit der Entfernung des Steckbeckens sowie der Positionierung von U. in ihrem Bett durch die Pflegerin:

Danach fragt die Pflegerin ihre Klientin, ob sie sie vom Steckbecken nehmen könne. Die Klientin bejaht dies durch das Schließen ihrer Augen. Die Pflegerin hat während dieser Situation stets ihren Blick auf das Gesicht der Klientin gerichtet. Sie geht um das Bett herum auf die linke Bettseite und erhöht das Bettgitter. Danach geht sie wieder auf die rechte Bettseite. Dann, nach entsprechender Vorankündigung gegenüber ihrer Klientin, lagert sie sie auf die linke Seite. Sie nimmt das Steckbecken heraus und säubert anschließend den Gesäßbereich. Nachdem sie die Stellen mit einem Handtuch getrocknet hat, bleibt die Klientin auf dem Rücken liegen. Sie deckt diese mit der Decke bis zum Bauch wieder zu und führt Lagerungskorrekturen durch. Sie zieht dann die Klientin von hinten herum wieder höher in Richtung Kopfteil. (Beobachtung 09.03.2015, Abschnitt 73-79)

Die vorgenannte Sequenz verdeutlicht die Bedeutung der Leibsphäre von U., zu der auch zeitweise das Steckbecken zu gehören schien. Das Steckbecken verfügte hier über die Funktion, bei Bedarf den Stuhlgang aufzufangen, ohne dass sich die Klientin hätte einstuhlen müssen. Aufgrund der Erkrankung war auch die relative Kontrolle über die Schließmuskeln verloren gegangen. Insofern lässt sich dem Steckbecken hypothetisch folgende Wirkungsmacht (Agency 1) zuweisen: Es bewirkte mutmaßlich – unter den gegebenen Umständen eines nahezu bewegungsunfähigen Körpers – zumindest ein anderes, vielleicht weniger unangenehmes Gefühl bei U., liegend im Bett den Vorgang des Stuhlabgangs in das Steckbecken anstatt z. B. in eine Vorlage erleben zu müssen.

9.2.4 Versorgung des Tracheostomas

In der weiteren Handlungssequenz musste E. ein Bettgitter zur Sicherung des Körpers der Klientin auf der gegenüberliegenden Seite hochstellen. Nach Erfüllen dieser Sicherheitsmaßnahme⁹⁰ konnte die Pflegerin U. anschließend im erforderlichen Maße positionieren, das Steckbecken entfernen und ihre Gesäßgegend säubern. Im weiteren Handlungsverlauf ging E. dazu über, den Verband an der Trachealkanüle zu wechseln:

Sie geht dann zur Klientin und positioniert sich auf der rechten Bettseite. Dabei zieht sie sich Handschuhe über und nimmt mehrere Verbandsmaterialien an sich. Diese legt sie auf die Decke in Brusthöhe der Klientin ab. Sie beginnt mit der Versorgung des Tracheostomas. Die alte Schlitzkomresse wird von ihr entfernt. Die das Stoma umgebende Haut wird von ihr mit einem Mulltuch vorsichtig gereinigt. Sie löst mit Wischbewegungen die Verunreinigungen von der Haut. Danach packt sie eine neue Schlitzkomresse aus und schiebt diese unter die Auflagefläche der Trachealkanüle. Anschließend entfernt sie das Halteband der Kanüle: Sie löst die Schleife, die sich vorne am Hals befindet, auf und entfernt das Band vorsichtig von der Kanüle. Das Halteband wird dann mit der linken Hand hinter dem Nacken der Klientin hergezogen und dann nach einem kurzen Blick der Pflegerin auf das Band

⁹⁰ Auch dem Bettgitter kann eine Wirkungsmacht (Agency 1) zugeordnet werden.

in den Abfall entsorgt. Der Ehemann fragt sie während dieses Vorgangs, ob das Band entsorgt werden müsse. Dies bejaht die Pflegerin. Sie sagte, dass dieses Band schon einmal gewaschen worden ist und nun entsorgt werden kann. Sie hätte den Wechsel des Haltebandes bereits in der Pflegedokumentation aufgeschrieben. Danach holt sie ein neues Halteband, das bislang auf der Decke in Brusthöhe der Klientin platziert gewesen ist, und zieht dieses vorsichtig hinter dem Nacken der Klienten von der rechten zur linken Seite hervor. Sie befestigt das Band an der Kanüle und schnürt eine Schlaufe. (Beobachtung 09.03.2015, Abschnitt 100-118)

In dieser Sequenz stand die Versorgung des Tracheostomas im Vordergrund. Als künstlich angelegte Öffnung der Luftröhre unterhalb des Kehlkopfs kam ihr eine besondere Bedeutung zu. Inmitten dieser Öffnung war die Trachealkanüle eingelassen, an der der Beatmungsschlauch befestigt war. E. nahm hier zu Beginn nach vorherigem Überziehen eines neuen Paares Einmalhandschuhe zwei Maßnahmen vor: zum einen die Säuberung des Hautareals um das Tracheostoma herum, verbunden mit der Auswechslung einer Schlitzkomresse, die einen direkten Hautkontakt der Aufliegefläche der Kanüle mit dem betroffenen Hautareal unterband und Exkretionen aufnahm. Zum anderen wurde das Halteband, das das Verrutschen der Trachealkanüle verhindern sollte, ausgewechselt.

Dem in dieser Sequenz eingesetzten Verbandsmaterial kann ebenfalls eine mutmaßliche Wirkungsmacht (Agency 1) zugeschrieben werden: Die Mullkompressen unterstützten mittels ihrer materiellen Beschaffenheit auf mechanischem Wege die Pflegerin bei der Entfernung des getrockneten ausgetretenen Lungensekret. Die neu angebrachte Schlitzkomresse verhütete auf dem Hautareal potenziell die Bildung von Druckstellen. Zuletzt sorgte das neue Halteband für einen sicheren Sitz der Trachealkanüle im Tracheostoma und in der Luftröhre. Zudem ging es auch um die Verringerung des Risikos für eine Infektion der unteren Atemwege oder von Druckstellen am Tracheostoma. Dies ging eventuell auch mit einem optimalen ‚Tragekomfort‘ der Kanüle einher, die mit dem Beatmungsgerät verbunden war. Hinzu kommt, dass das Beatmungsgerät zusammen mit dem Beatmungssystem mutmaßlich einen Teil der Leibsphäre von U. bildete.

9.2.5 ‚Grund-Behandlungs-Pflege‘

Nach der Erneuerung des Trachealkanülenverbands und deren Halterung kündigte die Pflegerin an, zur eigentlichen Körperwäsche – die freilich im konventionellen Sinne ‚grund- und pflegereische‘ Tätigkeiten umfasste – überzugehen. Sie besorgte, mich im Wohnzimmer zurücklassend, eine mit Wasser gefüllte Waschschißel aus Kunststoff und platzierte diese auf dem Nachtschrank neben dem Kopfteil:

Sie legt dann einen Waschlappen in das Wasser und sagt: „So, dann kommt der Waschlappen. Erstmal das Gesicht.“ Nach dieser Ankündigung wäscht die Pflegerin die Ohren der Klientin und geht dann auf das Gesicht über. Sie fragt die Klientin, wobei sie ihren Blick genau auf die Augen der Klientin richtet: „Möchtest du Musik hören?“ Die Klientin verneint mit dem Lidschlag.⁹¹ Nachdem das Gesicht abgetrocknet wurde, geht die Pflegerin auf die Waschung der oberen Extremitäten über.

⁹¹ Folgende Gründe wurden von der Pflegerin für die Kommunikationsmethode während der Beobachtung angeführt: *Die Kommunikation zwischen den Akteuren erfolgt auf Seiten der Klientin mittels Augenbewegungen. Die anderen Akteure entziffern die Bewegungen der Augen der Klientin. Ihre, nach Angaben der Pflegerin - genannt E. - selbst gebildete Kommunikationsmethode basiert auf einer Buch-*

Zuerst wird der rechte Oberarm gewaschen, wobei zuvor ein Handtuch unter dem Arm von der Pflegerin gelegt worden ist. Hier beginnt sie mit dem Unterarm. Ihre Wischbewegungen verlaufen in Richtung Achselhöhle der Klientin. Den Arm hielt die Pflegerin dabei unterhalb des Handgelenkes fest. Diesen Griff behielt sie auch bei der Abtrocknung des rechten Armes und der Hand bei. Während des Waschvorgangs spricht die Pflegerin die Klientin an, dass noch ein Besuch einer Bekannten der Klientin anstände, die auch an ALS erkrankt sei. Die Klientin reagiert mit einer Bewegung ihrer Lider. Die Handlung geht weiter. Nun wird die Seite gewechselt. Der linke Arm der Klientin wird gewaschen. Die Pflegerin hebt den Arm an, indem sie den Unterarm anpackt, und legt das Handtuch auf die Decke. Auch hier beginnt sie mit dem Unterarm und wäscht mit fließenden Bewegungen in Richtung der Achsel der Klientin die Haut mit dem Waschlappen. Nachdem der linke Arm abgetrocknet ist, deckt sie die Brüste der Klientin mit dem Handtuch ab. Der Bauch der Klientin bleibt dabei frei einsehbar. Die Pflegerin sagt: „So, jetzt mach ich mal die Einstichstelle sauber. Das heißt, die ist irgendwie immer sauber.“ Sie kündigt der Klientin an, dass es etwas kalt werden würde. Sie befeuchtet die PEG-Austrittsstelle mit Desinfektionsspray, das von der Ablage neben dem Bett genommen hat. Sie öffnet die Halteplatte der PEG-Sonde, wischt mit einem Tupfer die Hautareale ab und verschließt die Halteplatte wieder. Nachdem diese Hautstelle versorgt ist, geht die Pflegerin zur Waschung der Brust über. (Beobachtung 09.03.2015, Abschnitt 124-148)

Auch hier wird die Versammlung von Dingen zur Ermöglichung von Handeln sichtbar: Die Pflegerin E. zog eine (sicherlich mit Waschlotion versehene) Waschschüssel hinzu. Zusätzlich kombinierte sie den Waschvorgang mit einem Handtuch, das jeweils unter die Arme der Klientin zur Vermeidung einer Befeuchtung des Matratzenbezugs gelegt wurde. Hinsichtlich der Beschaffenheit des Waschlappens und den von der Pflegerin getragenen Handschuhen, die vorher angelegt wurden, entstand erneut eine Verknüpfung menschlicher und materieller Entitäten. In diesem Kontext kann der befüllten Waschschüssel und dem Waschlappen jeweils eine materiell eingeschriebene Wirkungsmacht (Agency 1) zugeordnet werden. Eine mit Wasser gefüllte Waschschüssel bewirkte in diesem Handlungszusammenhang die Befeuchtung eines Waschlappens, während Letzterer in seiner Benutzung mittels seiner materiellen Struktur die Säuberung eines Hautareals bewirken konnte.

Zugleich wird in der o. g. Situation wiederholt deutlich, dass in dem heterogenen Netzwerk die Pflegerin E. zusammen mit den verwendeten Gegenständen das mutmaßliche frühere Handeln der Klientin (d. h., sich morgens zu waschen) aufnehmen und in veränderter Weise sowie unter gänzlich anderen Umständen fortführen konnte. Zwar muss hier wiederholt eingrenzend ergänzt werden, dass nicht bekannt ist, ob sich U. in der Zeit vor der gravierenden Verschlechterung ihres Allgemeinzustands in dieser Weise auf den Tag vorbereitet hatte. Demnach kann davon ausgegangen werden, dass das Handeln von E. aller Wahrscheinlichkeit nach ähnlich wie bei der Mundpflege zu Beginn nicht den vergangenen Alltagspraktiken von U. entsprochen hatte. Gleichwohl führte E. hier, ausgestattet mit den erforderlichen Materialien, zumindest tendenziell die frühere Aktivität von U. aus ihrem Leben vor der Erkrankung weiter.

stabentafel, die die Klientin und die Akteure auswendig gelernt haben. Diese ist mittlerweile durch ständige Nutzung aufgrund der Ablehnung einer elektronischen Sprachhilfe durch die Klientin von beiden Seiten auswendig gelernt worden. Auf dieser Basis findet die Kommunikation zwischen der Klientin und den Akteuren statt. (Beobachtung 09.03.2015, Abschnitt 10-17)

Interessant ist hier die weitere Unterbrechung der Waschung, da E. dazu überging, eine weitere künstlich angelegte Körperöffnung bzw. Einstichstelle zu säubern: Es handelte sich um eine perkutane Enterogastrostomie (PEG), also eine operativ angelegte Öffnung, in der die Magensonde eingelassen war. Auch in dieser Handlungssequenz kann eine ähnliche Skizzierung der Agency der verwendeten Dinge vorgenommen werden, wobei dem Desinfektions-spray hinsichtlich seiner Beschaffenheit als zentraler Akteur eine differenziertere Zuschreibung möglich erscheint: Primär befand sich in dem Behälter ein Desinfektionsmittel, dessen Beschaffenheit eine selbsttätige Aktivität auf der Haut beinhaltete, um Hautkeime auf ein tolerables Maß zu reduzieren. Damit kann hier – ähnlich wie bei den Vignetten aus dem Krankenhauskontext – dem Desinfektionsmittel in Verbindung mit dem Sprühbehälter sowie dem Tupfer neben der Wirkungsmächtigkeit (Agency 1) die Figur der Handlungsvollmacht (Agency 3) zugeschrieben werden.

Durch die Verknüpfung mit den Gegenständen konnte E. mutmaßlich als Agentin der Klientin und einer Ärztin oder eines Arztes fungieren – einerseits, weil E. ärztliche Aufgaben übernahm, und andererseits, weil sie im Interesse der Klientin handelte, um Infektionen zu verhindern. Im weiteren Verlauf nahm E. das frühere Handeln von U. wieder auf und fuhr mit der Waschung fort. Allerdings war ihr weiteres Handeln mit einer zusätzlichen diagnostischen Aktivität verbunden:

Nachdem die Brust mit einem Waschlappen gewaschen und mit einem Handtuch abgetrocknet worden ist, holt die Pflegerin ein Stethoskop von der Ablage und hört verschiedene Punkte auf der Brust ab. Nachdem sie die Lunge abgehört hat, legt sie das Stethoskop auf dem sich auf der rechten Bettseite befindlichen Beistelltisch ab und geht um das Bett herum. Sie erhöht das Bettgitter unter Betätigung der Bettbedienung auf der linken Seite und kehrt dann wieder auf die rechte Seite zurück. Anschließend sagt sie zur Klientin: „So, dann dreh ich dich mal auf die Seite. So, dann das rechte Bein anziehen.“ Die Pflegerin stellt das rechte Bein auf und hält es am Knie fest. Gleichzeitig fasst sie mit ihrer linken Hand auf die Schulter der Klientin. Sie dreht die Klientin auf die Seite, wobei auffällt, dass die Beatmungsschläuche aufgrund ihrer Länge anscheinend flexibel die Drehung der Klientin mitmachen. Diese hängen über das Brett am Kopfteil des Bettes. Nun wäscht die Pflegerin den Rücken der Klientin. Dies kündigt sie ihr vorher an. Dabei hält sie die Klientin am Becken mit der rechten Hand fest, wobei diese auf einem Waschlappen aufliegt. Anschließend besorgt sie sich das Stethoskop und sagt zur Klientin: „So, dann hör ich dich auch am Rücken ab.“ Nachdem sie auch hier die Belüftung der Lunge kontrolliert hat, gibt sie der Klientin folgende Rückmeldung: „Wunderbar! Ganz frei hinten alles. So, dann geht es zurück.“ Sie legt nach dieser Ankündigung die Klientin wieder auf den Rücken. Im Anschluss bittet die Pflegerin den Ehemann der Klientin, sie im Bett hoch zu ziehen: „H. kannst du mithelfen sie mal hoch zu ziehen?“ Der Ehemann bejaht dies. Beide packen – inzwischen ist auf der linken Seite das Bettgitter heruntergestellt worden – das Stecklaken. Dieses befindet sich unter dem Gesäß der Klientin. Die Pflegerin E. gibt ein Kommando an: „Auf drei – 1, 2, 3.“ Dann ziehen beide die Klientin im Bett höher. (Beobachtung 09.03.2015, Abschnitt 158-182)

In dieser Sequenz ergab sich ein ähnliches Muster wie in den zuvor genannten: Die Waschung des Oberkörpers wurde im vorderen Bereich abgeschlossen. Auch hier war eine weitere spezifische Aktivität in die Körperwäsche integriert. Es handelte sich diesmal um die Auskultation der Lunge bei laufender Beatmung. Dies erinnerte an eine diagnostische Maßnahme, wobei

in der beobachteten Handlungssituation ein Überwachungszweck eher angenommen werden darf.⁹² Die Pflegerin handelte hier in Aktion mit einem Stethoskop und kontrollierte über die Sammlung von durch diesen Gegenstand vermittelten Sinneseindrücken die Arbeitsleistung des Beatmungsgeräts. Zwar konnte die Überprüfung auch über die Darstellung der Sauerstoffsättigung am Pulsoxymeter erfolgen. Allerdings bildeten diese Werte möglicherweise nicht ab, ob sämtliche Lungenareale ausreichend belüftet waren. Wäre dies nicht der Fall, könnte sich hieraus u. a. eine Lungenentzündung bilden und zu schwerwiegenden lebensbedrohlichen Konsequenzen führen. Zudem trat hier die kommunikative Komponente des Handelns von E. wieder zum Vorschein, da sie ihrer Klientin U. jeweils ihre Hör-Eindrücke in Form eines positiven Feedbacks zurückmeldete.

Wird dem Stethoskop eine Agency zugeordnet, müsste diese in Form der Figur der Wirkungsmacht (Agency 1) zugeschrieben werden: In Bezug auf die bauliche Struktur des Stethoskops trug die Membran im Bruststück die maschinell induzierten Bewegungen der Lunge in Form von Schallwellen weiter. Auf dieser Basis sowie in Kombination mit der Nutzung des Stethoskops wurde zugleich E. als Pflegerin ermöglicht, ein Urteil über den gegenwärtigen Zustand der Belüftung der Lunge und damit über die Beatmungsqualität fällen zu können. Ferner bildete das Stethoskop eine Erweiterung der Leibsphäre von E., sodass in der Situation die Eindrücke konkret von ihr wahrgenommen werden konnten.

Nach der Beendigung der Auskultation des vorderen Brustbereichs wurde die Waschung fortgesetzt. Zu diesem Zweck positionierte die Pflegerin entsprechend ihrem Bedarf U. in sicherer Weise im Pflegebett. Für mich wurde dabei im Prozess der Lagerung die enge Verbindung des Beatmungsgeräts mittels des Beatmungsschlauchs mit U. deutlich: Es bildete sozusagen eine Erweiterung der Leibsphäre von U., an die die Atemtätigkeit sowohl als mechanische Wirkungsmacht (Agency 1) als auch im Sinne der Handlungsvollmacht an ein rechnergesteuertes System (Agency 3), die Atemtätigkeit zu übernehmen, delegiert worden ist. Dieses Arrangement hielt U. dabei am Leben und machte sie damit trotz ihrer fast vollständigen Bewegungsunfähigkeit als Individuum ‚handlungsfähig‘, wobei die Grenzen hier angesichts der Erkrankung sichtbar zutage traten. Ergänzend zu der nun folgenden Waschung des Rückens wurde wiederum der hintere Bereich des Brustkorbs auskultiert.⁹³

9.2.6 Absaugung und Cuff-Kontrolle

Zum Ende der Sequenz wurde U. unter Zuhilfenahme eines Stecklakens von E. und des Ehemanns im Pflegebett auf ihr Kommando in Richtung Kopfteil gezogen, d. h., es wurde eine neue Positionierung ihres Leibkörpers vorgenommen. Die Sinnhaftigkeit dieser Maßnahme erschließt sich aus der nachfolgenden endotrachealen Absaugung:⁹⁴

Die Pflegerin fragt die Klientin: „Sollen wir dich ein bisschen absaugen?“ Die Klientin bejaht dies. Nun legt die Pflegerin das von ihr so genannte Gerät „Cough Assist“ auf den Bauch der Klientin ab. Sie wechselt die Handschuhe und zieht einen Mundschutz über. Sie öffnet die Packung eines Absaugkatheters, steckt diesen auf den Absaugschlauch und stellt den Absauger an. Anschließend sagt sie zur Klientin: „So, ich stecke um!“ Dies bedeutet für mich, dass sie die Beatmung

⁹² Das heißt entsprechend der speziellen Krankenbeobachtung (siehe Gemeinsame Bundesausschuss 2018).

⁹³ Die Zuschreibungen der Figuren des Agierens entsprechen hier der vorherigen Auskultationssituation.

⁹⁴ Bei der intermittierend beatmeten Person wurde die endotracheale Absaugung nach der morgendlichen Trennung vom Beatmungsgerät durchgeführt (Beobachtung 05.03.2015, Abschnitt 30–49, sowie 06.03.2015, Abschnitt 44–57).

unterbricht. Sie zieht den Absaugkatheter rasch aus der Verpackung und führt diesen in die Trachealkanüle ein. Mit drehenden Bewegungen - dabei den Absaugkatheter langsam rausziehend - saugt sie das Sekret ab. Die Klientin hustet. Die Absaugung wird mit folgender Ankündigung durch die Pflegerin abgeschlossen: „Das wars. Und Luft!“ Sie steckt in diesem Moment schnell den Beatmungsschlauch auf die Trachealkanüle. Das Beatmungsgerät gibt zweimalig akustische Alarme ab. Dann normalisiert sich die durch das Gerät angezeigte Sauerstoffsättigung der Klientin. Es erfolgt ein Handschuhwechsel. Die Pflegerin nimmt nach der Entsorgung der Materialien sich ein Manometer und schließt diesen an einen dünnen Schlauch, der aus der Trachealkanüle entspringt. Sie kontrolliert kurz den Wert. (Beobachtung 09.03.2015, Abschnitt 201-218)⁹⁵

In dem obigen Protokollausschnitt wird deutlich, welche nichtmenschlichen Entitäten von der Pflegerin E. für die Durchführung einer Absaugung versammelt wurden. Dem ging, wie in den anderen Sequenzen zuvor sowie auch in anderen Fällen innerhalb dieses Handlungsfelds beobachtet, die Frage von E. nach dem tatsächlichen Bedarf und dem Einverständnis von U. voraus.

Deutlich wird hieran, dass nicht im Sinne der von Barnard beschriebenen ‚Technique‘ vorgegangen wurde. Zwar bildete die Sekretabsaugung technisch betrachtet auf den ersten Blick eine Maßnahme, mit der unter Zuhilfenahme eines Sogs Sekretreste am unteren Ende der Trachealkanüle schnell beseitigt werden konnten. Doch es handelte sich auch um eine invasive Maßnahme, da ein weiterer Fremdkörper in die Leibsphäre von U. eindringen sollte. Aufgrund des Sogs konnte es dabei zu einem Erstickungsgefühl kommen. Daher handelte es sich um eine besonders sensible Maßnahme.

Einen wesentlichen Part bildeten hier zusätzlich die materiellen Vorbereitungen der Absaugung: Im ersten Schritt fand ein Handschuhwechsel statt. Gleichzeitig wurde von E. ein Mund-Nase-Schutz angelegt. Beiden Dingen ließ sich die Figur der Wirkungsmacht (Agency 1) zuschreiben: Sie schützten vor dem direkten Kontakt mit Sekretresten aus den unteren Atemwegen von U. Diese sammelten sich am Cuff, einem kleinen, mit Luft befüllten Ballonring am unteren, in der Luftröhre befindlichen Teil der Trachealkanüle. Zugleich wurde auch U. vor Keimen aus der Nase und dem Mund von E. geschützt, die sich am Absaugkatheter oder am äußeren Kanülenaufsatz hätten festsetzen können.

Im weiteren Schritt wurde das eigentliche Absaugsystem hergestellt: E. verband hier einen Absaugkatheter mit dem Schlauch des Absauggeräts. Beide Dinge verfügten ebenfalls über Wirksamkeiten (Agency 1). Das Absauggerät übte im laufenden Betrieb einen variabel einstellbaren Sog aus, während der Absaugkatheter materiell flexibel über die Trachealkanüle in die Luftröhre eingeführt werden konnte.

Die Absaugung begann mit einer kurzen Ankündigung. Dabei ist hinzuzufügen, dass dies – ähnlich wie bei der Sekretmobilisierung mittels Cough Assist – die Unterbrechung der maschinellen Beatmung bedeutete. Diesbezüglich muss hier von einem gegenseitigen impliziten Verständigungsmodus zwischen E. und U. ausgegangen werden, der durch den Begriff des ‚Umsteckens‘ deutlich wurde. Die Absaugung wurde rasch ausgeführt – eine Intervention, auf die U. eine hustende Reaktion zeigte. Das Absaugsystem demonstrierte hier seine Akteurhaftigkeit (Agency 2), da es einen Gegenpart zum Leibkörper von U. repräsentierte. Zugleich übernahm es das Ableiten von Sekret, d. h. eine Körperfunktion, was sich hier mit der Figur der Handlungsvollmacht (Agency 3) beschreiben lässt. E. beendete dann anschließend die

⁹⁵ Im weiteren Verlauf wurde die Körperpflege fortgesetzt bzw. beendet. Da sich hier die Zuschreibungsmuster ähneln, wird auf eine Wiedergabe der weiteren Sequenzen verzichtet.

Maßnahme mit der sprachlichen Ankündigung, dass nun wieder Atemluft zur Verfügung stehen würde. Am Ende wurde von ihr die ‚Einheit‘ von Beatmungssystem und Klientin wiederhergestellt.

Auffallend war in dieser Situation die Alarmmeldung vonseiten des Beatmungsgeräts aufgrund der vom Gerät erkannten niedrigen Sauerstoffsättigung. Hier scheinen zwei Agency-Figuren hervorzutreten: einerseits das Agieren in der Figur der Handlungsvollmacht (Agency 3) des Beatmungsgeräts, da es die Körperfunktion der Atmung von U. stellvertretend für sie übernommen hatte. Zudem ersetzte das Gerät die manuelle Beatmung, die durch E. oder eine andere Person kontinuierlich mittels eines Beatmungsbeutels hätte übernommen werden müssen.⁹⁶ Andererseits agierte das Beatmungsgerät in der Figur des Vermittelns (Agency 4) bzw. als Handlungs-Relais. Vermutlich war es nicht unabhängig von den Weisungen einer Fachärztin oder eines Facharztes von einer professionell Pflegenden eingestellt worden. Gleichzeitig wäre das Versorgungsarrangement einer außerklinischen Beatmung nicht ohne eine ärztliche Verordnung und damit auch die Bereitstellung dieses Geräts denkbar.

Seinen Abschluss fand die Sequenz nach einem erneuten Handschuhwechsel in der Überprüfung des Luftdrucks in dem den Halt der Trachealkanüle stabilisierenden Cuff-Ballon (Wirkungsmacht, Agency 1) am unteren Ende der Trachealkanüle mittels eines Manometers. Dieser Schritt diente der ‚Herstellung‘ von Sicherheit, da durch die Absaugung der Cuff als Stabilisator der Kanüle möglicherweise beeinträchtigt wurde. Eine aufgrund eines schlecht befüllten Cuffs verrutschte Trachealkanüle oder die infolge eines Sekreteintritts in die Lunge entstandene Lungenentzündung bilden jeweils ernsthafte Komplikationen. Dies bedeutet, dass E. hier als Akteur Sorge zu tragen hatte, dass durch ihr berufliches Handeln keine negativen Konsequenzen auftreten würden.

9.2.7 Zusammenfassende Skizzierung der Zuschreibungen

Zusammengefasst ergibt sich folgender Eindruck: Primär sticht die kontextabhängige Andersartigkeit der beobachteten Pflegesituation im Vergleich zum Krankenhaus hervor: Wesentlich ist hier die Umwidmung des Wohnzimmers von einem Rückzugsort für die Betroffenen zu einem Hybriden in Gestalt eines Wohnzimmers mit häuslichem Intensivpflegebereich (vgl. auch de la Cuesta/Sandelowski 2003). Ohne diese Umwidmung eines der zentralen Lebensräume hätte U. nicht im vertrauten häuslichen Umfeld verbleiben können, wobei hier definitiv die technischen Möglichkeiten in Gestalt der außerklinischen Beatmungstechnologien in Kombination mit familiären sowie baulichen Ressourcen entscheidend für eine 1:1-Versorgung im häuslichen Umfeld gewesen sein müssen. Die avancierte Technologie des Heimbeatmungsgeräts bildete damit einen zentralen, aber im räumlich-dinglichen Ensemble sich nicht in den Vordergrund drängenden Akteur (siehe hierzu auch Gödecke 2018).

Inmitten dieses Netzwerks an Dingen und Menschen fokussierte sich das pflegerische Handeln von E. hauptsächlich auf die individuelle Versorgung von U. im Modus des ‚high touch‘, die im Vergleich zum vorhergehenden Fall aus dem Krankenhaus ausgeprägter war. Die von ihr im Handlungsverlauf eingeflochtenen Dinge ließen Zuschreibungen in Form der Wirkungsmacht (Agency 1) bei der Körperwäsche in der Sammlung von Daten über diesen Körper zur Überwachung der Beatmungsqualität und im Eindringen in die Leibsphäre während der invasiven Maßnahme des Absaugens zu. Wie im Krankenhaus waren die meisten Dinge zwischen der Pflegerin und der Betroffenen innerhalb ihrer Leibsphäre positioniert. Dabei handelte es sich ebenfalls um meist temporäre Verkoppelungen zwischen den Dingen und der Betroffenen,

⁹⁶ Dies war z. B. während einer Polioepidemie in Dänemark der Fall: Hier mussten 200 Medizinstudierende im Wechselschichtsystem die Erkrankten manuell mit Beatmungsbeuteln beatmen (siehe hierzu West 2005).

die entweder von der Pflegerin in Form von Angeboten ausgingen oder auf ihre Anfrage hin von der Betroffenen als Arbeitsauftrag artikuliert wurden.

In diesem Handlungszusammenhang wurde erneut das Beatmungsgerät als ermöglichender Faktor sichtbar, da es der Klientin U. ein Weiterleben im stetigen erkrankungsbedingten Abbauprozess in der vertrauten Umgebung unter der Bedingung einer engen Koppelung von Maschine und Mensch gestattete. Durch die Delegation der Atemtätigkeit als Körperfunktion an diese Maschine (d. h. in der Figur der Agency 3), die gleichzeitig in der Figur der Vermittlung (d. h. der Agency 4) als Medium von unterschiedlichen Berufsgruppen eingebunden ist, konnte U. in ihrer vertrauten Umgebung und damit in einem subjektivitätsstiftenden Kontext voraussichtlich bis zum Eintritt ihrer letzten Lebensphase bleiben. Ihre Handlungsintentionen bzw. subjektiven Bedürfnisse wurden dabei über den Hiatus der Augenlidbewegungen kommuniziert.

E. führte in diesem voraussetzungsreichen Arrangement von Dingen und Körpern mutmaßlich das frühere, indes nicht gleichartige Handeln von U. in der Körperpflege fort. Andersherum führte sie medizinische Handlungsweisen weiter, da ihr beatmungsbezogenes Handeln und damit auch die Dienstleistung des Pflegediensts als SGB-V-Leistung von anderen Akteuren erst verordnet werden musste. Gleichwohl konnte die von externen Akteuren definierte dualistische Trennung zwischen Grund- und Behandlungspflege (z. B. historisch Eichhorn 1967, aber auch rechtlich bedingt in Gestalt der Sozialgesetzbücher V und XI) hier aufgrund ihrer engen ‚soziomateriellen‘ Verflechtung nicht aufrechterhalten werden. Das Heimbeatmungsgerät co-produzierte quasi sowohl die Versorgung auf Ebene des ‚high tech‘ als auch das berühungs- und personalintensive Handeln der Pflegerin auf Ebene des ‚high touch‘.

Insgesamt lässt sich damit die Praktik der Pflegerin als ein spezifisches Verhältnis ihres Körpers zum Körper von U. sowie zum Beatmungssystem umschreiben: Gerade aufgrund des progredienten bzw. weit vorangeschrittenen Verlusts der Bewegungsfähigkeit bestand für E. das Erfordernis, für beide ‚Beteiligte‘ sorgen. Wie im Beispiel aus dem Krankenhaus bedeutete dies für E., ihrer Klientin gegenüber in einer zugewandten Haltung zu handeln. Allerdings musste E. aufgrund der fehlenden verbalen Kommunikationsfähigkeit von U. stärker heuristisch vorgehen. Gleichzeitig handelte sie mutmaßlich in einem Spannungsfeld von Routinisierung und Unberechenbarkeit, in dem ein nichtmenschlicher Akteur mit einem höheren Grad an Selbstbewegung eingebunden war. Hinzu trat ihr Gaststatus in dem häuslichen Umfeld, sodass sie sich bereits aufgrund dessen gegenüber einem Handeln in der Form einer weniger heuristisch ausgerichteten ‚Technique‘ abgrenzen musste.⁹⁷ Gerade hierdurch – wenn auch durch die persönliche Bekanntschaft zu den Betroffenen befördert – konnte sie ein für dieses Handlungsfeld entscheidendes Vertrauensverhältnis aufbauen (siehe hierzu auch Gödecke 2018; Gödecke/Kohlen 2019).

⁹⁷ Siehe hierzu auch Kap. 10.3.1.2 sowie 10.3.2.2.

9.3 ‚Fortführung‘ des früheren Handelns

In den teilnehmenden Beobachtungen von Pflegehandlungen im Handlungsfeld der ‚konventionellen‘ ambulanten Pflege⁹⁸ trat zutage, dass das Arrangieren von Menschen und Dingen, z. B. zur Vorbereitung und Durchführung von Transfers aus dem Bett in den Rollstuhl,⁹⁹ oder das Versorgen von Menschen im Pflegebett als punktuellere Tagesereignis im Vordergrund standen. Hierzu gehörte hauptsächlich die Unterstützung bei der Körperpflege.

Ähnlich wie in der ambulanten Intensivpflege verfügten die pflegebezogenen Gegenstände über eine deutlich wahrnehmbare Sichtbarkeit im materiellen Ensemble des häuslichen Umfelds, wobei dies von der jeweiligen Ausprägung der Pflegebedürftigkeit abhing und u. a. im Vorhandensein eines Rollstuhls, eines Pflegebetts oder Patientenlifters anzeigte.

Die folgenden Ausführungen umfassen die Interpretation der Figuren des Agierens der Dinge im Kontext der morgendlichen Unterstützung von Herrn B. bei der Körperwäsche und beim Ankleiden durch Frau A., einer examinierten Altenpflegerin. Sie verfügte neben ihrer Ausbildung als examinierte Altenpflegerin und einer 16-jährigen Arbeitserfahrung über eine Weiterbildung zur Qualitätsmanagerin. Diese Funktion übte sie parallel zu ihrer Pflege Tätigkeit innerhalb des Pflegediensts aus, in dem sie bereits neun Jahre gearbeitet hatte. Herr B. als ihr Patient war über 70 Jahre alt. Aufgrund einer länger zurückliegenden Operation im Rückenbereich war seine untere Körperpartie gelähmt, sodass er als Paraplegiker dementsprechend auf Unterstützung in der morgendlichen Körperpflege und dem Transfer vom Bett in den Rollstuhl angewiesen war. Er lebte mit seiner Frau sowie weiteren Angehörigen im eigenen Zweifamilienhaus und verfügte hierdurch über ein verhältnismäßig weites und stabiles soziales Umfeld.

9.3.1 Verzögerungen durch Organisationsarbeit

Die folgende einleitende Sequenz beginnt mit einem Begrüßungsritual, das auf ein länger bestehendes ‚Arbeitsverhältnis‘ der Pflegerin mit ihrem Patienten hinweist:

Frau A. begrüßt Herrn B. und gibt ihm ihre Hand.¹⁰⁰ Ich begrüße ihn ebenfalls mit einem Handschlag. Ich stelle mich nach Rücksprache mit der Pflegerin und dem Patienten vor dem konventionellen Bett. Kurz darauf klingelt das Mobiltelefon von A. Sie geht in den Flur und spricht mit einer Patientin aus der Tagespflege, die sich - so ist es dem Gespräch zu entnehmen - in der Zentrale des ambulanten Pflegedienstes befindet. Im Gespräch geht es um die Besorgung eines Kühlelements für eine Körperstelle. Nachdem Frau A. das Telefonat beendet hat geht sie in das Badezimmer und füllt die Waschschale mit warmem Wasser auf. Dies vernehme ich an den Geräuschen, die in das Schlafzimmer dringen. (Beobachtung 23.06.2015, Abschnitt 37-45)

⁹⁸ Der Begriff ‚konventionell‘ wurde deshalb verwendet, da in diesem Feld neben den SGB-XI-Leistungen keine SGB-V-Leistungen entsprechend der G-BA-Richtlinie (siehe Unterkapitel 9.2) erbracht worden sind, welche eine besondere und ‚intensivere‘ Patientenbeobachtung erforderlich gemacht hätten.

⁹⁹ Dies traf auf die hier vorgestellte Versorgungssituation sowie eine weiter beobachtete Versorgung in einem anderen Pflegedienst (Beobachtung 20.08.2015) zu. An einem anderen Beobachtungstermin wurde die Versorgung von mobileren Personen begleitet, die lediglich eine flankierende Unterstützung benötigten (Beobachtung 27.08.2015).

¹⁰⁰ Wichtig zu erwähnen ist noch, dass A. vor Betreten der Wohnung bereits ihre Handschuhe angezogen hatte. Aufgrund ihrer materiellen Zusammensetzung, d.h. ihrer Wirkungsmacht (Agency 1), ermöglichten diese der Pflegerin am und mit dem Körper des Patienten arbeiten zu können.

Die Begrüßung wurde durch einen Anruf auf dem Mobiltelefon unterbrochen. A. konnte daher nicht direkt mit den Vorbereitungen der Körperpflege beginnen. Den Gegenstand des Telefonats mit einer Patientin in der zentralen Tagespflege des Pflegediensts bildete die Besorgung von Kühlelementen, da eine Körperstelle geschwollen war. Deutlich wird die ‚Dislokalität‘ ihres Handelns in dieser Situation sichtbar: Primär stand hier die Versorgung des Patienten in seiner häuslichen Umgebung im Vordergrund. Allerdings musste A. aufgrund der Wirkungsmacht (Agency 1) des Mobiltelefons gleichzeitig an einem anderen Ort den Bedarf einer anderen Person adressieren und zu diesem Zweck temporär aus der Situation heraustreten.

9.3.2 Vorbereitung der Teilwaschung

Als sie in das Schlafzimmer zurückkommt, bleibt sie bei mir stehen und berichtet ihm, dass sie Bereitschaftsdienst hat. Daher wird sie noch zwischenzeitlich am Morgen angerufen werden. Anschließend stellt sie mit ihren behandschuhten Händen die Waschschale auf den Toilettenstuhl ab. In der Waschschale liegt ein Waschlappen. Das Trockentuch wird über die Lehne des Toilettenstuhls gelegt. Der Toilettenstuhl wird dann von der Pflegerin in Höhe des Fußteils des Bettes geschoben.

Frau A. nimmt die an einem Kabel befestigte flexible Bettbedienung, senkt das aus meiner Blickrichtung gesehen rechte Bettgitter seitlich ab, so dass der Bereich des Gitters am Kopf noch erhöht bleibt, und fährt das Bett nach einer kurzen Ankündigung hoch. Es entwickelt sich ein Gespräch: "Haben Sie gut geschlafen?" Herr B. antwortet: "Ja" Die Pflegerin sagt dann: "Jetzt habe ich die Marmelade vergessen" Das weitere Gespräch bezieht sich auf eine von ihr selbstgemachte Marmelade, die sie dem Patienten und seiner Ehefrau schenken möchte. Nachdem das Bett hochgefahren ist, deckt sie den Patienten ab. Das Oberbett schiebt sie auf das konventionelle Bett. Anschließend sagt sie: "Jetzt ziehe ich erst die Strümpfe an." Sie begutachtet währenddessen die Haut der Beine und gibt Herrn B. die Rückmeldung: "Der Knöchel ist gerötet. Die Stelle muss etwas mehr beobachtet werden." Der Gesprächsinhalt wechselt danach auf die Wetterthematik. Die Pflegerin spricht mit Nachdruck: "Gestern hat es aber geregnet." Der Patient antwortet: "Ja, ganz schön viel." Währenddessen bereitet Frau A. die Antithrombosestrümpfe vor. Es handelt sich um hautfarbene Strümpfe, die sie auf links dreht. Sie beginnt mit dem linken Fuß des Patienten. Sie stülpt das auf links gedrehte Fußende des Strumpfes über die Zehen des Patienten. Danach zieht sie schrittweise die übrigen Strumpfbestandteile über die Ferse bis hin zum Oberschenkel. In der gleichen Weise zieht sie den Strumpf über sein rechtes Bein. Anschließend stülpt sie über die linke Wade einen Schlauchverband. Ein weiterer Schlauchverband wird über den rechten Knöchel gezogen. Beide Schlauchverbände liegen auf den Antithrombosestrümpfen obenauf. Während des Anziehens der Strümpfe bemerkt die Frau A.: "Das Bett bewegt sich aber stark". Herr B. meint: "Vielleicht ist das kaputt. Das kommt wahrscheinlich vom Höherfahren." Die Pflegerin meint, nachdem sie die Strümpfe vollständige hochgezogen hat: "Mein Frühsport." Der Patient und die Pflegerin lachen gemeinsam. (Beobachtung 23.06.2015, Abschnitt 46-76)

A. erläuterte ihre Rolle aufgrund des vorherigen Telefonats, das ihre Arbeit vor Ort verzögert hatte. Sie sprach vom Bereitschaftsdienst, den sie innehatte, und den damit zu erwartenden bzw. möglichen Unterbrechungen in der morgendlichen Versorgung. Damit wurde von ihr ein präskriptiver Aspekt explizit verdeutlicht nämlich, dass ihr lokales Handeln aufgrund ihrer Rolle

in der Arbeitsorganisation parallel mit anderen Menschen an anderen Orten verbunden war und daher aufkommende Bedarfslagen von ihr koordiniert werden mussten.

Währenddessen nahm sie das materielle Arrangement vor, zu dem die Platzierung der Waschschale und des Trockentuchs auf dem Toilettenstuhl gehörte. Letzterer diente als mobile Ablage für Pflegeutensilien, wobei sein Hauptzweck eher für die Stuhlausscheidung zu bestimmten Tageszeitpunkten oder auch in der Nacht gedacht gewesen zu sein scheint. In der Situation fungierte seine materiell beschaffene Wirkungsmacht (Agency 1) als Ablagefläche für die Waschutensilien und stellte demnach eine Umwidmung der ursprünglichen Funktion durch die Pflegerin dar. Angemerkt sei, dass nach dem Arrangieren des Toilettenstuhls mit den Waschutensilien und dem Bett nicht sofort mit der Körperpflege fortgefahren wurde. Der Toilettenstuhl und die sich auf ihm befindliche sowie aufbereitete Waschschüssel gerieten als ‚Akteure‘ daher zunächst in den Hintergrund. Im Vordergrund dieser Sequenz stand vielmehr die Wirkungsmacht (Agency 1) des in das Ehebett eingelassenen Gestells eines Pflegebetts als flexible Arbeitsfläche. Zu den auf dieser Arbeitsfläche stattgefundenen Aktivitäten gehörten die Positionierung des Patienten in einer für die Pflegerin vorteilhaften Arbeitshöhe, die diagnostische Begutachtung des Hautzustands der Beine sowie das Anziehen von Antithrombosestrümpfen. Doch dieses funktionell erscheinende Arrangement von Herrn B. und Frau A. wurde durch Letztere aufgebrochen: Nach der Hochlagerung des Oberkörpers mittels der flexiblen Bettbedienung initiierte A. flankierende Gesprächsangebote. Diese bezogen sich auf den Schlaf des Patienten und das für ihn und seine Ehefrau gewidmete, jedoch von ihr nicht mitgebrachte Geschenk in Form einer selbst gemachten Marmelade. Inwieweit dieser abwesende Gegenstand einen handlungstragenden Akteur darstellte, muss hier offen bleiben. Möglicherweise diente das ‚Quasi-Objekt‘ der Marmelade als Symbol eines die ‚reine‘ Funktionalität ihres Handelns relativierenden Vertrauensverhältnisses zwischen den Beteiligten. Mithin kann diesem vor Ort nicht anwesenden Gegenstand eine zumindest im Gespräch existierende Wirkungsmacht (Agency 1), eventuell in Gestalt der Ablenkung von der Intimpflege, zugesprochen werden.

Nach dem Wegräumen des Oberbetts begutachtete A. im weiteren Verlauf den Hautzustand der Beine. Die Pflegerin erstattete Herrn B. parallel hierzu Bericht über eine auffällige (d. h. gerötete) Hautstelle an einem seiner Knöchel und verband dies mit einer an ihn und vielleicht auch an sich selbst gerichteten präskriptiven Aussage, diese Stelle weiterhin zu beobachten. Die Begründung für diese Aussage ergab sich aufgrund der mit einer Querschnittslähmung einhergehenden Dekubitusgefahr als Folge von nicht mehr beweglichen und in ihrer Empfindungsfähigkeit gestörten unteren Extremitäten. Nichtmenschliche Entitäten waren in dieser Situation lediglich im Hintergrund ‚beteiligt‘. Primär fokussierte sich hier A. in ihrem Handeln auf den Körper des Patienten, d. h. auf seine eigene, durch die Querschnittslähmung beeinträchtigte Leibsphäre.

Diesem Feedback der Pflegerin folgte ein inhaltlicher Themenwechsel im knapp skizzierten, parallel zur Vorbereitung der Antithrombosestrümpfe verlaufenden Gespräch. Beide Strümpfe, hergestellt aus einem Spezialmaterial, übernahmen aufgrund der damit verbundenen Wirkungsmacht (Agency 1) die Aufgabe, eine ausreichende Kompression der Gefäße in den nicht mehr vom Patienten willkürlich zu bewegenden Beinen zu unterstützen. Das eigentliche Ziel dieser materiellen Akteure bestand darin, einer tiefen Beinvenenthrombose und damit im schlimmsten Fall einer Embolie vorzubeugen. In diesem Sinne ging es um die Kompensation einer beeinträchtigten Handlungsfähigkeit des Patienten, selbsttätig in physiologischer Weise die Beine durchzubewegen, um damit die körperlichen Strukturen zu beeinflussen und die Wahrscheinlichkeit für die Entstehung einer Thrombose zu vermindern. Ergänzt wurden die

Antithrombosestrümpfe durch zwei Schlauchverbände, mit denen Auflagen zum Schutz der Schienbeine befestigt werden konnten.

Während des Anziehens machte sich das Pflegebett ‚bemerktbar‘: Durch das Wackeln der von der Pflegerin als bislang für stabil gehaltenen ‚Arbeitsunterlage‘ wurde die Aufmerksamkeit von Herrn B. auf dieses Phänomen gerichtet. Der Patient erwiderte hier jedoch, dass dies vermutlich durch die Benutzung selbst verursacht wurde. Ob hier tatsächlich ein Defekt vorgelegen hat, konnte vor Ort nicht festgestellt werden. Sichtbar wird hier allerdings die Aufmerksamkeit von A. für Verschleißerscheinungen und damit für den Erhalt der Funktionsfähigkeit pflegebezogener, indes den versorgten Menschen gehörender oder von den Kassen an sie verliehener Gegenstände im häuslichen Umfeld.

9.3.3 Arbeiten im Intimbereich und sprachliche Ablenkung

Nach einem humorvollen Abschluss des Anziehens der Antithrombosestrümpfe im Übergang zur Waschung des Intimbereichs wurde dieses Phänomen wiederholt von A. angesprochen:

Sie spricht nochmal das Wackeln des Bettes an: "Also ich würde das kontrollieren lassen." Sie geht dann zur Kommode herüber und besorgt sich eine kleine Mülltüte. Sie legt diese am Fußende des Pflegebettes ab. Anschließend öffnet Frau A. die Vorlagenhose an den Rändern. Der Blasenkatheter ist nun frei sichtbar. Der Schlauch des Katheters führt zum Beutel, der auf der (aus meinem Blickwinkel gesehen) rechten Seite des Pflegebetts liegt. Sie tunkt dann den Waschlappen mehrmals in der Waschschüssel und wringt diesen über sie aus. Sie beginnt mit der Waschung des vorderen Intimbereichs. Sie wäscht das Geschlechtsteil und den Leistenbereich. Sie legt dann den Waschlappen in die Waschschüssel und nimmt das Trockentuch. Hiermit trocknet sie dann den vorderen Intimbereich ab. Anschließend entfernt sie die Vorlagenhose, steckt sie in die Tüte und zieht eine neue über die Beine des Patienten. Diese bleibt dann auf halber Höhe liegen. Während dieser Aktion fragt sie Herrn B.: "Na, was gibt es heute zu essen?" Der Patient antwortet: "Bratkartoffeln und Fisch." Die Pflegerin fragt: "Gibt es immer Bratkartoffeln?" Der Patient antwortet lächelnd: "Nein, heute gibt es Fisch. Kann sein auch mit Bratkartoffeln."

Herr B. wird von der Pflegerin gebeten sich auf die aus meiner Seite gesehen linke Seite zu drehen. Er dreht sich daraufhin auf diese Seite. Die Pflegerin legt das Handtuch vor dem Gesäß und tunkt den Waschlappen in die Waschschüssel. Sie wäscht das Gesäß mit dem Waschlappen ab. Dabei erzählt sie dem Patienten über das gestrige Mittagessen, das ihre Schwiegermutter zubereitet hat. Nachdem sie das Gesäß abgetrocknet hat zieht sie die Vorlagenhose hoch. Eine Hälfte des Intimbereiches ist nun mit der Vorlagenhose bedeckt. Sie bittet Herrn B. sich auf den Rücken zu drehen. Sie zieht die Antithrombosestrümpfe höher. Anschließend bittet sie ihn, sich auf die aus meinem Blickwinkel rechte Seite zu drehen. Sie zieht dann die Vorlagenhose vollständig hoch. Der Patient hält sich unterdessen an dem oberen Bereich des Bettgitters fest, der noch nicht abgesenkt ist. Sie schiebt dann den Toilettenstuhl vor dem Wandschrank und positioniert ihn seitlich vom Lifter. Sie nimmt eine Sporthose und zieht sie über die Fersen bis in Höhe der Oberschenkel. Danach geht sie um das Bett, stellt sich an die rechte Seite und bittet den Patienten sich zu drehen: "Einmal zur Seite." Nach dieser Aufforderung dreht sich der Patient auf die rechte Seite. "Okay, einmal wieder zurück." Der Patient legt sich nun auf die linke Seite. Die Pflegerin zieht ihm dann die Hose vollständig

hoch. Der Patient dreht sich infolgedessen auf den Rücken. (Beobachtung 23.-06.2015, Abschnitt 77-109

Der Waschung des Intimbereichs gingen weitere Vorbereitungsmaßnahmen voraus, wobei die Pflegerin zunächst wiederholt das potenziell defekte Bett ansprach und die möglicherweise präskriptiv zu verstehende Empfehlung aussprach, diesen materiellen Akteur zu überprüfen. Sie fuhr indes unmittelbar mit den Maßnahmen fort, ohne diesen Aspekt weiter zu vertiefen bzw. das Pflegebett zu untersuchen. In diesem Sinne verblieb die Entscheidung bei Herrn B. und seinen Angehörigen.

Vor der eigentlichen Waschung des vorderen Intimbereichs wurde noch eine Mülltüte als Abwurfbehälter für die verwendete Vorlage hinzugezogen. Während der Waschung des Geschlechtsteils konnten vom Patienten keine verbalen oder nonverbalen Äußerungen vernommen werden. Es darf hier folglich von seinem Einverständnis ausgegangen werden, dass A. mit dieser Maßnahme in seine Leibsphäre eindringen durfte, wobei ihr Handeln durch den Patienten in der Situation direkt vor Ort und über den vor einiger Zeit abgeschlossenen Versorgungsvertrag mit dem Pflegedienst, d. h. über diesen Ort hinaus, grundsätzlich legitimiert wurde.

Die eigentliche Körperwäsche, aufbauend auf der Verknüpfung von Pflegerin, ihren Handschuhen, den Waschutensilien und dem Patienten im Pflegebett, beanspruchte dagegen nur eine kurze Zeit. Es erfolgte ebenfalls ein rascher Wechsel der Inkontinenzvorlage, die wahrscheinlich die Folgen einer möglichen Fehlfunktion des über die Harnröhre verlaufenden Blasenkatheters minimieren sollte. Sämtlichen einfachen materiellen Entitäten in dieser Handlung lässt sich jeweils eine Wirkungsmacht (Agency 1) zuordnen. Hierbei erweist sich als interessant, dass ausgehend von A. nach der Waschung des Intimbereichs wiederholt über ein von der Situation ablenkendes Thema gesprochen wurde. Diese kurze Unterhaltung über das Mittagessen bildete scheinbar einen Übergang in diesem Handlungsausschnitt, der auch möglicherweise zur Ablenkung während des Eindringens in diesen schambesetzten Körperbereich diente. Nun leistete Herr B. seine Mitarbeit an der Waschung im Bett. Deutlich wurde hier wieder der handlungstragende Aspekt des Pflegebetts, dessen Oberfläche als Arbeitsoberfläche für beide Beteiligten diente und damit in seiner von den Herstellern inskribierten Wirkungsmacht (Agency 1) eine tragende Funktion für die Versorgung aufwies. Zudem konnte sich hier der Patient an die Erfordernisse vonseiten der Pflegerin ausrichten, d. h. er konnte sich so positionieren, dass sie ihn auf einer für sie geeigneten Arbeitshöhe versorgen konnte. Innerhalb dieses soziomateriellen Netzwerks konnte A. die früher von Herrn B. selbstständig ausgeübte Aktivität weiterführen, wobei dieses Handeln in seiner Art und Weise wohl nicht vollständig mit der früheren von Herrn B. durchgeführten Morgentoilette deckungsgleich gewesen zu sein scheint. Gleiches galt auch für das Anziehen im Bett: Hier wurde eine Handlung mit einer Zielrichtung verfolgt, die auch dem Patienten zu eigen war, aber früher von ihm höchstwahrscheinlich in einer anderen Art und Weise durchgeführt wurde.

9.3.4 Transfer Bett–Rollstuhl

Ähnliches darf auch für die nun folgende Sequenz des Transfers vom Bett in den Rollstuhl, d. h. das ‚Aufstehen‘, angenommen werden:

Frau A. besorgt ein Paar Schuhe und zieht diese dem Patienten im Bett an. Sie nimmt die Bettbedienung und fährt das Kopfteil des Bettes hoch. Der Patient kommt im Bett zum Sitzen. Daraufhin nimmt die seitlich am Bett stehende Pflegerin beide Beine, indem sie mit beiden Armen die Unterschenkel umgreift. Sie dreht

Herrn B. im Bett, so dass er an der Bettkante zum Sitzen kommt. Anschließend fährt sie das Kopfteil herunter. Der Patient hält sich unterdessen mit einer Hand am Fußbrett des Bettes fest. Danach holt sie ein flaches, halbmondförmiges Kunststoffbrett aus dem Rollstuhl und legt dieses ihm seitlich unter seinem linken Oberschenkel. Sie fährt daraufhin das Bett noch etwas niedriger. Herr B. stützt sich auf seine Hände und gleitet über das Brett in den Rollstuhl, der seitlich am Bett steht. Nachdem er sich in den Rollstuhl gesetzt hat, legt die Pflegerin seine Beine und Füße auf die dafür vorgesehenen Ablageflächen ab. Frau A. macht dann den Weg frei und besorgt das Seitenteil des Rollstuhls, welches nicht an den Rollstuhl montiert ist und in einer Ecke des Schlafzimmers liegt. Der Patient fährt in die Mitte des Wohnzimmers, wo Frau A. sofort das Seitenteil an dem Rollstuhl befestigt. Frau A. zieht ihm anschließend das Oberteil des Schlafanzuges aus. (Beobachtung 23.06.2015, Abschnitt 110-125)

Der Transfer von Herrn B. aus seinem Bett in den Rollstuhl verdeutlicht im Vergleich zu den anderen beobachteten pflegerischen Handlungsfeldern den dominierenden menschlichen Anteil an der gesamten Handlung. Zwar ‚agierten‘ das im ‚klassischen‘ Ehebett integrierte Gestell eines Pflegebetts¹⁰¹ anhand seiner materiell eingeschriebenen Funktionen und das halbmondförmige Kunststoffbrett als Fläche zum relativ eigenständigen Hinübergleiten des Patienten jeweils in der Figur der Wirkungsmacht (Agency 1). Ohne deren Hilfestellung wäre die Pflegerin allein auf ihre Muskelkraft angewiesen gewesen, wobei dies auch umgekehrt für den Patienten angenommen werden kann. Beide Handlungsmöglichkeiten wären für die Beteiligten kurz- oder langfristig sowie aus Sicherheitsgründen nachteilig gewesen.

Dennoch wurde hier von der Pflegerin und auch von Herrn B. eine gewisse körperliche Anstrengung abgefordert: Einerseits veränderte A. die Position des Patienten im Pflegebett in der Weise, dass dieser sich an der Bettkante setzen konnte. Andererseits musste sich der Patient am Bettende festhalten, sodass er seine Position selbst halten konnte. Bei dieser Aktion bot die an einem Kabel befestigte Bettbedienung aufgrund ihrer materiellen Gegebenheit der Pflegerin wiederum die Möglichkeit, nah am Patienten zu stehen und ihm ebenfalls Sicherheit zu verschaffen. Mithilfe des durch einen elektronischen Motor verstellbaren Bettgestells wurde dieses in einer für den Patienten geeigneten Höhe abgesenkt. Herr B. konnte daher relativ eigenständig in den Rollstuhl gleiten. Kurz nach dem Transfer wurden die Beine des Patienten von A. mit den Fußstützen als materielle Bedingungen des Rollstuhls arrangiert, die ihm einen sicheren Halt seiner Beine gewährleisteten. Doch der Rollstuhl war noch unvollständig, da ein Seitenteil zum Zweck des Seiteneinstiegs abmontiert gewesen war. Nachdem sie dieses anmontiert hatte, konnte der Patient seine räumliche Position selbst bestimmen. Konkret bedeutete dies vermutlich für ihn, sich in den Grenzen seiner häuslichen Mikrostrukturen im Tagesverlauf relativ frei bewegen zu können.

9.3.5 Teilwaschung im Badezimmer

Im Abschluss dieses Ausschnitts konnte dann A. als Pflegerin mit dem Übergang zur Unterstützung der Waschung des Oberkörpers von Herrn B. beginnen:

Der Patient fährt seinen nichtmotorisierten Rollstuhl in den Hausflur, indem er mit seinen Händen die Räder bewegt. Er bleibt im Flur stehen und wartet auf Frau A.

¹⁰¹ Interessant ist, dass diese Integration des ‚Pflegebetts‘ in die materielle Struktur des Ehebetts auch im Rahmen einer weiteren Beobachtung in einem anderen ambulanten Pflegedienst beobachtet werden konnte (Beobachtung 20.08.2015, Abschnitt 46–51).

Sie folgt ihm und bereitet das Badezimmer vor. Sie stellt das Wasser im Waschbecken ein und positioniert mich in einer Ecke des Badezimmers. Herr B. wird anschließend in seinem Rollstuhl von der Pflegerin durch die schmale Eingangstür des Badezimmers geschoben. Er bewegt dann seinen Rollstuhl eigenständig in Richtung des Waschbeckens und stellt die Bremsen fest. Die Pflegerin zieht dem Patienten das Unterhemd aus und legt dieses auf der Badewannenkante ab. Der Patient nimmt sich den bereitgelegten Waschlappen und beginnt seinen vorderen Oberkörper und das Gesicht abzuwaschen. Hinter ihm steht Frau A. und beobachtet seine Aktionen. Sie spricht den Patienten auf die Erdbeeren an, die sich noch in seinem Garten befinden und pflückreif sind. Hieraus entwickelt sich ein zwangloses Gespräch. Frau A.: "Die Erdbeeren sind ja noch immer noch vorne. Wenn die nicht bald weg sind, pflück' ich sie." Patient: "Ja, das ist dann wohl so." Die Pflegerin reicht ihm dann anschließend das Trockentuch, mit dem er sich abtrocknet. Anschließend tunkt die Pflegerin den Waschlappen erneut in das Waschwasser im Waschbecken. Der Patient beugt sich leicht nach vorne. Nun wäscht die Pflegerin den Rücken des Patienten und trocknet anschließend diesen wieder ab. Der Patient lockert danach die Bremsen am Rollstuhl und führt mit dem Rollstuhl eine halbe Drehung auf der Stelle durch. Die Pflegerin steht ihm hierdurch gegenüber und zieht ihm das Unterhemd an. Er nimmt dieses, nachdem die Pflegerin das Hemd über den Kopf und die Arme gezogen hat, und zieht es selbst herunter. Das Unterhemd wird dann von der Pflegerin gerichtet und in die Hose gesteckt. Zuerst wird der rechte Hemdärmel über den rechten Arm und dann hinter dem Rücken her der linke Ärmel über den linken Arm gezogen. Frau A. knöpft das Hemd zu. Der Patient antwortet anschließend: "Dankeschön". Hierbei schaut er mich an und lächelt. Ich erwidere sein Lächeln. (Beobachtung 23.06.2015, Abschnitt 126-152)

Wie zu Beginn der Sequenz deutlich wurde, bewegte sich der Patient mit seinem Rollstuhl selbstständig im Flur von seiner Wohnung. Allerdings benötigte er, nachdem die Pflegerin das Badezimmer vorbereitet hatte, ihrer Unterstützung beim Betreten dieses Zimmers. Als ‚Hybrid‘ von ‚Mensch und Rollstuhl‘ konnte er allein nicht gegen das – um hier einen Begriff aus der zweckmäßigen Terminologie von Akrich und Latour (2006) zu verwenden – ‚Antiprogramm‘ der räumlichen Bedingungen in Gestalt des engen Türrahmens ankommen. Die Pflegerin musste ihn hier in ihrem Handlungsanteil mit dem Rollstuhl in das Badezimmer hineinschieben. Dabei war dieses bauliche ‚Antiprogramm‘ wahrscheinlich der Planung der Erbauer (vielleicht war es auch Herr B. selbst) des Hauses geschuldet, in der eine zukünftige Rollstuhlnutzung mutmaßlich nicht vorgesehen gewesen war. Innerhalb dieses Raums konnte er sich wiederum mit dem Rollstuhl entsprechend seiner Handlungsintention relativ eigenständig bewegen und seinen vorderen Oberkörper mit den entsprechenden materiellen Utensilien selbst versorgen. A. als Pflegerin übernahm anschließend, flankiert durch mit der Handlung thematisch nicht übereinstimmenden Gesprächsangeboten, die Waschung des Rückens und das Anziehen des Unter- sowie Oberhemds. Ähnlich wie in den vorherigen Sequenzen dieser Vignette wird hieran deutlich, dass A. zwar nicht in einem tatsächlichen ‚1:1-Verhältnis‘ des früheren Handelns von Herrn B., aber doch in einer ähnlichen Handlungsrichtung seine morgendliche Körperpflege weitergeführt hat. Am Ende der morgendlichen Toilette traten die Dokumentation ihres Handelns und die Planung der nächsten, diesmal sogenannten behandlungspflegerischen Maßnahmen, in den Vordergrund:

Danach dreht der Patient den Rollstuhl und versucht alleine aus der anscheinend sehr engen Badezimmertür zu kommen. Frau A. schiebt ihn in seinem Rollstuhl durch den Türrahmen hindurch über den Flur in die Küche. Sie setzt sich anschließend an den Küchentisch und führt die Pflegedokumentation durch, indem sie die pflegerischen Maßnahmen abzeichnet. Sie sagt im Anschluss: "Der Katheter läuft ja noch gut. es läuft nichts para. Der Wechsel war..." Hier ergänzt der Patient: "Dienstag letzte Woche." Die Pflegerin sieht dann die Ehefrau des Patienten hinkommen und sagt zu ihr: "Jetzt habe ich wieder die Marmelade vergessen. Ich werde diese aber noch bringen." Nach Abschluss der Dokumentation legt Frau A. die Kurve in einem Bereich der Sitzecke wieder ab. Sie und ich verabschieden uns von dem Ehepaar. (Beobachtung 23.06.2015, Abschnitt 153-162)

Beim Hinausfahren benötigte der Patient wiederholt die Unterstützung der Pflegerin. Anschließend wurde die morgendliche Versorgungssituation in der Küche beendet: Am Küchentisch ‚übersetzte‘ A. die von ihr am und mit dem Patienten durchgeführten Handlungen in Form von Eintragungen in die Pflegedokumentationsmappe, d. h. in einen ‚objektiven‘ Nachweis ihres tatsächlichen Handelns. Erst auf der Basis dokumentierter bzw. mit einem Symbol markierter Tätigkeitsbeschreibungen konnte die Abrechnung der vertraglich zu erbringenden ‚Sachleistung‘ der Pflege erfolgen. Dabei trat zugleich der handlungsordnende Aspekt der Pflegedokumentation hervor: A. vergewisserte sich bei Herrn B. bezüglich der ordnungsgemäßen Einhaltung der Versorgung des Blasenkatheters. Dies wurde von ihm bestätigt, sodass A. kurz darauf die Dokumentation und die morgendliche Versorgung abschloss.

9.3.6 Zusammenfassende Skizzierung der Zuschreibungen

Im Gegensatz zu den beiden nachgezeichneten Handlungssituationen im Krankenhaus war das Handeln der Pflegerin nicht auf die Einholung biochemischer Informationen oder der Symptomlinderung ausgerichtet. Gleiches gilt auch im Vergleich zum Handlungs-Setting der ambulanten Intensivpflege, da die Pflegerin hier ihr Handeln nicht mit einem Beatmungsgerät sowie mit den damit verbundenen Überwachungstätigkeiten ‚materiell‘ abstimmen musste. Dennoch offenbarte sich im Gaststatus der Pflegerin ein gemeinsames Merkmal, an dem sie ihr Handeln ausgerichtet hatte.

Im Vordergrund standen hier die ‚einfachen‘ Dinge mit ihrer bloßen Wirkungsmacht (Agency 1), welche zur Durchführung der morgendlichen Körperpflege erforderlich gewesen sind. Allerdings sticht die Rahmung dieser ‚einfachen‘ Wirkungsmächte der Dinge durch das dingliche und räumliche Ensemble der Wohnung hervor: Zum einen wäre hier das Ehebett zu nennen, das als ‚Camouflage‘ für das zweckmäßig ausgerichtete Pflegebettgestell auf Patientenseite diente. Zum anderen verwies die bauliche Struktur des Badezimmers, festgemacht am Türrahmen, auf vergangene Zeiten, in denen sich der Patient selbstständig in seiner zu diesem Zweck hergerichteten Wohnung bewegen konnte. Beide Aspekte verweisen auf früher gelebte Alltagsroutinen.

Der Patient führte im Verbund mit den Dingen und der Pflegerin sein früheres alltägliches Handeln aus der Zeit vor der schicksalhaften Operation in einer übersetzten Art und Weise weiter. Damit ähnelte die rekonstruierte Handlung dem Beispiel aus der ambulanten Intensivpflege, wobei der Unterschied hervorgehoben werden muss, dass im Vergleich zu den beiden anderen Handlungs-Settings die ‚Eingriffstiefe‘ in die Leibsphäre und das Vorhandensein komplexerer Dinge nicht so ausgeprägt waren.

Die vorangegangenen Ausschnitte veranschaulichten folglich, dass die materiellen Dinge in der Relation zu den Körpern der Akteure eher im Hintergrund standen. Sie bildeten in diesem Sinne hauptsächlich Bestandteile routinierter Praktiken. Nichtsdestotrotz handelte es sich

nicht um Praktiken im Sinne der Technique', da die Pflegerin flankierende Gesprächsangebote initiierte, in denen die Versorgungssituation hauptsächlich thematisch marginalisiert wurde. Gleichzeitig war ihre Aufmerksamkeit auf den Körper von Herrn B. gerichtet, um eventuellen Zustandsverschlechterungen infolge der lähmungsbedingten veränderten Wahrnehmung der unteren Extremitäten vorbeugen zu können. Generell darf hier die Vermutung aufgestellt werden, dass die Praktiken auf einer langanhaltenden, freundlich zugewandten Arbeitsbeziehung beruhten. Ein Handeln der Pflegerin in Form der ‚Technique‘ erscheint demnach unwahrscheinlich zu sein. Dessen ungeachtet hatte Herr B. im Vergleich zu den pflegerisch versorgten Personen aus den anderen pflegerischen Handlungsfeldern eine aktivere Rolle als Co-Produzent der Praktiken inne. In dieser Konstellation können die genutzten Dinge damit als notwendige, indes passive Zwischenglieder aufgefasst werden, die rein zweckmäßige Instrumente für beide beteiligten Akteure bildeten und über die auch nicht mehr umfänglich gesprochen werden musste.

9.4 Zwischenfazit

Die Skizzen der pflegerischen Handlungen heben hervor, dass den meisten benutzten Dingen hauptsächlich eine ‚einfache‘ Wirkungsmacht bzw. Agency 1 zugeschrieben werden konnte. Wenn andere Figuren des Agierens in der Interpretation der Sequenzen eingeflochten wurden, begründete sich dies in meiner Perspektive mit der materiellen oder technisch avancierten Struktur der Dinge.

Die zugeschriebene Agency der Dinge lässt sich erst sinnhaft mit ihrer körpernahen Koppelung und damit ihrer Positionierung im Bereich der Leibsphäre der pflegerisch versorgten Menschen nachvollziehen. Dabei spiegeln diese Koppelungen unterschiedliche Kontexte wieder, die sich mit der körperlichen Disposition der Betroffenen erklärt: Im Krankenhaus handelte es sich um Interaktionen als Bestandteile von zweckmäßigen Handlungsketten mit dem Ziel der Diagnostik und Symptomkontrolle von krebserkrankten Menschen. Im Gegensatz hierzu diente das pflegerische Handeln in den beiden ambulanten Settings der Fortführung des Lebens trotz einer progredienten Muskelerkrankung oder einer Querschnittslähmung im eigenen Zuhause, wobei sich die ambulante Intensivpflege aufgrund der krankheitsbedingten Eingriffstiefe der Maßnahmen in die Leibsphäre der Klientin wesentlich von dem ‚konventionellen‘ ambulanten Setting unterschieden hatte. Die Dinge bildeten somit materielle Bestandteile von zweckhaften und kontextbedingten Interaktionen, die in den teilnehmenden Beobachtungen immer die Leibsphäre der pflegerisch versorgten Menschen tangierte. Im Falle des Heimbeatmungsgeräts stellte dies eine besonders dauerhafte, nur intermittierend unterbrochene, enge Koppelung mit der Klientin dar, so dass die Pflegerin für sie und für das Beatmungsgerät sorgen musste.

Allerdings wäre es zu einseitig nur die Koppelung mit den pflegerisch versorgten Personen zu betrachten. Vielmehr wird deutlich, dass die Agencyzuschreibungen an die Dinge personen-gebunden sein könnten. Erst die Pflegenden brachten diese Agencies performativ hervor, indem sie Dinge in die Handlungen einflochten und, früher oder später, in die Leibsphäre einführten. Dabei arrangierten sie die Positionen von Menschen und Dingen mittels Tinkering, wobei sie dieses kommunikativ ausgerichtet hatten.

Zusammengefasst wird somit deutlich, dass die soziomaterielle Agency pflegerischen Handelns leiborientiert und gebunden an die Person der Pflegenden zu sein scheint. Dinge werden zweckmäßig und instrumentell verwendet, um Handlungsketten in spezifischen organisationalen Kontexten aufrechtzuerhalten oder das frühere alltagsbezogene Handeln der pflegerisch versorgten Personen in einer übersetzten Art und Weise unterstützend fortzuführen.

10 Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse

10.1 Skizzierung der Hauptkategorien

Die Bestandteile des Kategoriensystems wurden deduktiv an das Textmaterial herangetragen sowie induktiv aus diesem im Rahmen der qualitativ-inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse herausgearbeitet. Die Ausgangsbasis für die deduktive Bildung der Hauptkategorien bildete der Interviewleitfaden, welcher im Zuge der initiiierenden Textarbeit zur primären Strukturierung des Textmaterials herangezogen wurde. In der zweiten Phase der Inhaltsanalyse wurden die deduktiv herangetragenen ‚Ur-Kategorien‘ mithilfe der ANT-Terminologie bzw. den sogenannten Figuren des Agierens aufgebrochen und die Hauptkategorien definiert. Dabei wurden inhaltlich ähnliche Textstellen der jeweiligen Hauptkategorie zugeordnet und mit einem entsprechenden Begriff bezeichnet. Hierzu gehörten die Begriffe der Wirkungsmacht (Agency 1), Akteurhaftigkeit (Agency 2), Inskriptionen und Präskriptionen. Lediglich für die vierte Hauptkategorie wurde der Begriff des Umgangs mit Störungen induktiv aus dem Material gebildet.

Im Rahmen der dritten Phase erfolgte das Codieren des gesamten Materials mit den Hauptkategorien, so dass in der vierten Phase mit der Zusammenstellung der Textstellen innerhalb der Hauptkategorien begonnen werden konnte. Danach folgte in der fünften Phase der Inhaltsanalyse das induktive Bestimmen der Subkategorien anhand der inhaltlichen Aussagen der jeweiligen Textstellen innerhalb einer Hauptkategorie. Zu diesem Zweck wurde auf die im Analyseverlauf angelegten Memos zurückgegriffen und thematische Summaries zu den markierten Aussagen angelegt. Dabei wurden mehrere Subkategorien induktiv aus den Textstellen gebildet, deren inhaltliche Nähe dank der thematischen Summaries nachvollzogen werden konnte. Die sechste Phase der Inhaltsanalyse führte infolge der Anwendung der Subkategorien auf das restliche Textmaterial gleichzeitig zu einer stärkeren Abstrahierung der induktiv gebildeten Subkategorien. Im letzten Schritt erfolgte die Analyse der codierten Textstellen im Rahmen der jeweiligen Hauptkategorie.

In den untenstehenden Tabellen wird ein Überblick über die Bezeichnung der Hauptkategorien (HK) und der Subkategorien (SK), deren Definitionen und der markierten Textstellen (Codes) gegeben:

Tabelle 4 Hauptkategorie Wirkungsmacht von Dingen (Agency 1)

Kategorien	Definition	Codes
HK: Wirkungsmacht von Dingen (Agency 1)	Dieser Kategorie werden Zuschreibungen an Dinge (Gegenstände, Geräte, Computerprogramme) von den interviewten Pflegenden zugeordnet, die eine Wirkungsmacht bezeichnen (Agency 1).	107
SK Zweckmäßigkeit	Die Zweckmäßigkeit eines im pflegerischen Handeln genutzten Gegenstandes/ Gerätes wird hervorgehoben. Hierzu gehören auch Äußerungen in Bezug auf die erwünschte oder fehlende Zweckmäßigkeit von Gegenständen/ Geräten.	71
SK Verringerung Arbeitsaufwand vs. Erhöhung des Arbeitsaufwandes	Die interviewten Pflegenden schreiben den Dingen eine den Arbeitsaufwand verringernde und/oder erhöhende Wirkung zu.	37
SK 'Tinkering' Ding/ Mensch/ Raum	In dieser Kategorie werden die Äußerungen der interviewten Pflegenden versammelt, in der ein (relativ) erfolgloses oder erfolgreiches 'Tinkering' von Gegenstand und Mensch (oder Räumen) thematisiert wird.	15

Die Tabelle 4 enthält Informationen zur Hauptkategorie ‚Wirkungsmacht von Dingen (Agency 1)‘ und die dazugehörigen Subkategorien. Der Begriff Wirkungsmacht, abgeleitet aus den Figuren des Agierens (vgl. Kap. 5.2) bezieht sich auf die Zuschreibungen durch die interviewten Pflegenden, was ein in der Pflege genutzter Gegenstand (oder Gerät) bezwecken und wie er

dies leisten soll. Dabei wurde in der Analyse das Gegenteil vor dem Hintergrund der Interviewaussagen ebenfalls ‚mitgedacht‘, da insbesondere die Verringerung des Arbeitsaufwands durch einen pflegerischen Gegenstand auch in dessen Erhöhung umschlagen kann.

Genauso besteht als Gegenpol zur Zweckmäßigkeit die Möglichkeit, dass die ‚Zusammenführung‘ materieller Dinge mit den Leibkörpern der pflegerisch zu versorgenden Menschen oder mit den räumlichen Bedingungen erforderlich ist und die ‚Wirkungsmacht‘ damit wesentlich mitbedingt. Dies wurde besonders von interviewten Pflegenden aus dem Bereich der ambulanten Pflege angesprochen. Zudem zeichnete sich diese Hauptkategorie dadurch aus, dass sich die interviewten Pflegenden mit den Dingen und den Leibkörpern der von ihnen versorgten Menschen während ihres Gebrauchs in Beziehung setzten.

Im Hinblick auf die Anzahl der codierten Textstellen zeichnet sich diese Hauptkategorie mitsamt den Subkategorien durch die höchste Anzahl von Codierungen aus. Gewissermaßen scheint hier der Schwerpunkt in den Zuschreibungen der interviewten Pflegenden zu liegen. Im Vordergrund steht die ‚einfache‘ Wirkungsmacht der Dinge und die darin enthaltene Zweckmäßigkeit. Dabei scheinen die Dinge einen ambivalenten Einfluss auf den Arbeitsablauf zu haben, zumal ein Anpassungserfordernis in Gestalt des Tinkering zwischen den Dingen und den Menschen sowie den Räumen von den Pflegenden beachtet werden muss.

Tabelle 5 Hauptkategorie Akteurhaftigkeit von Dingen (Agency 2)

Kategorien	Definition	n
HK: Akteurhaftigkeit von Dingen (Agency 2)	Dieser Kategorie werden Zuschreibungen von den interviewten Pflegenden zugeordnet, die den Dingen (Gegenstände, Geräte, Computerprogramme,...) eine gewisse Akteurhaftigkeit verleihen (Agency 2).	71
SK Akzeptanz der Dinge durch die Betroffenen	Zu dieser Thematik werden Äußerungen der interviewten Pflegenden zugeordnet, die sich auf die Akzeptanz hinsichtlich der Anwendung und/oder Anbringung von Dingen an pflegerisch versorgten Menschen und/oder ihrem Umfeld bezieht. Diese kann mit Aushandlungen und/oder Abstimmungen einhergehen.	49
SK Gewinn/Verlust von Kontrolle	Die Dinge werden im Zusammenhang mit einem Gewinn oder einem Verlust von Kontrolle erwähnt.	24
SK Angewiesensein auf Dinge	Die interviewten Pflegenden heben das Angewiesensein auf das Vorhandensein von Gegenständen für ihr pflegerisches Handeln hervor.	4

Die Akteurhaftigkeit der ‚Dinge‘ (vgl. Kap. 5.2) trat in den Beschreibungen hinzu, in denen diese als ein ‚Gegenpart‘ figuriert wurden. Damit rückten diese in den Ausführungen der Pflegenden etwas stärker in den Vordergrund, wobei es sich um eine stärkere Präsenz der Dinge in der verbalen Kommunikation der Pflegenden zwischen den von ihnen versorgten Menschen und deren Angehörigen handelte. Dinge bildeten in diesem Sinne einen Gegenpart, wenn diese zum Gegenstand von Aushandlungen der Pflegenden mit den Betroffenen und ihren Angehörigen wurden. Primär ging es dabei um die Akzeptanz ihrer Anwendung durch die Pflegenden im Bereich der Leibsphäre der pflegerisch versorgten Personen.

Auch der Gewinn oder der Verlust an Kontrolle über die Pflegesituation ließ sich mit dieser Akteurhaftigkeit in Verbindung bringen. Anders als die Figur der Wirkungsmacht von Dingen, die eine eher passive materielle Agency nahelegt, wird mit der Akteurhaftigkeit eine etwas aktivere Rolle der Dinge in den Beschreibungen der Pflegenden sichtbar. Auffällig erscheint, dass nur selten der Aspekt des Angewiesenseins auf den Dingen als Akteure in den Interviews thematisiert wurde. Hier kann vermutet werden, dass die Dinge für die interviewten Pflegenden nicht mehr hinterfragte Selbstverständlichkeiten in ihrem Berufsalltag dargestellt haben müssen. Im Hinblick auf die Figuren des Agierens zeichnet sich diese Hauptkategorie zusammen mit den Subkategorien durch die zweithöchste Anzahl von Codierungen aus. Im Gegensatz zur Wirkmächtigkeit (Agency 1) stellt die Akteurhaftigkeit (Agency 2) eine etwas weniger ausgeprägte Figur des Agierens in der Interpretation der Zuschreibungen der Pflegenden dar.

Scheinbar nehmen die Dinge in der Perspektiven der Pflegenden keine ausgeprägte Prominenz ein.

Tabelle 6 Hauptkategorie Inskriptionen_Präskriptionen

Kategorien	Definition	n
HK: Inskriptionen_Präskriptionen	Hier werden die Kategorien zugeordnet, die sich auf dem das pflegerische Handeln bestimmenden/ beeinflussenden Inskriptionen - und damit ihre präskriptiven Anteile - der im jeweiligen Handlungsfeld benutzten Gegenstände beziehen.	97
SK Präskriptionen der Dinge oder Präskriptionen der Interaktion?	Diese Kategorie umfasst die Zuschreibungen der Pflegenden zu Vorgaben (Präskriptionen), die bei der Benutzung von pflegebezogenen Gegenständen während einer pflegerischen Interaktion beachtet werden müssen.	67
SK Inskription als Erfordernis	Hier werden Aussagen der interviewten Pflegenden zugeordnet, in der die Einweisung in ein Gerät (verstanden als Inskription bzw. Präskription) oder in eine Handlung als obligatorisches Erfordernis beschrieben wird.	16
SK Kritischer Umgang mit Präskriptionen	Zu dieser Kategorie werden die Aussagen der interviewten Pflegenden zugeordnet, die sich auf einen kritischen Umgang mit den Handlungsanforderungen (= Präskriptionen), die mit den genutzten Gegenständen bzw. Geräte in ihrer Perspektive verbunden sind, beziehen.	15

Die Hauptkategorie Inskription_Präskription bezieht sich auf die mutmaßlichen Skripte, welche von den Pflegenden mit der Einbindung von Dingen in das pflegerische Handeln am und mit dem Menschen skizziert worden sind. Im Vordergrund stand damit die Einbindung von Dingen in die Performanz der Pflege. Es ging hier vorrangig nicht um die Umsetzung eines in einem Manual hinterlegten Handlungsprogramms (vgl. 5.3), sondern um die sich wiederholende Einbindung von Dingen in der Interaktion von Pflegenden und den von ihnen versorgten Menschen.

Aus den Interviews mit Pflegenden sämtlicher Handlungs-Settings konnte zudem ein kritischer Umgang mit den Präskriptionen andeutungsweise herausgearbeitet werden. Dabei ist auffällig, dass die im lokalen Handeln eingebundenen Dinge weniger im Vordergrund standen, sondern eher die ‚dahinterstehenden‘, lokal nicht anwesenden Akteure mit ihren mutmaßlichen Präskriptionen. Hinsichtlich des Umfangs der interpretierten Textstellen ähnelt diese Hauptkategorie den beiden ersten Hauptkategorien. Damit wird sichtbar, dass die Thematik der Handlungserfordernisse auf der Basis von Inskriptionen eine ebensolche Bedeutung verfügt wie das Thema der Agency der Dinge.

Tabelle 7 Hauptkategorie Umgang mit Störungen

Kategorien	Definition	n
HK: Umgang mit Störungen	Diese Hauptkategorie umfasst die Themen der interviewten Pflegenden, die sich auf den Umgang mit Störungen von Gegenständen beziehen.	16
SK Rückgriff auf Dritte erforderlich	Diese Kategorie bezieht Äußerungen der interviewten Pflegenden ein, die sich im Falle von Störungen bei pflegebezogenen Gegenständen oder Geräten auf Dritte zurückgreifen. Lediglich improvisierte Lösungen mit vorläufigem Charakter konnten erreicht werden, so dass Dritte zur Problemlösung hinzugezogen werden müssen.	12
SK Erfolgreiche Behebung vor Ort durch Pflegende	Diese Kategorie bezieht sich auf Äußerungen der interviewten Pflegenden, in denen von (erfolgreichen) Aktivitäten eine Störung vor Ort behoben zu haben, berichtet wird.	5

Hinsichtlich der Hauptkategorie ‚Umgang mit Störungen‘ wird der Schwerpunkt der ambulanten Handlungsfelder – sowohl der konventionellen ambulanten Pflege als auch der ambulanten Intensivpflege – sichtbar (vgl. Abb. 3 unten). In Relation zu den anderen Hauptkategorien wird

der Eindruck erweckt, dass Störungen bei den in der Pflege genutzten Dingen (seien es Gegenstände oder Geräte) nicht auftreten dürfen. Sie müssen durchgehend ihren Zweck erfüllen und zur relativen Stabilität der jeweiligen Handlungssituation beitragen. Im Falle einer Störung wird darüber hinaus deutlich, dass für die Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit der Dinge und damit auch der pflegerischen Handlungsfähigkeit letztendlich stets auf Dritte zurückgegriffen werden muss. In diesem Sinne deutet sich die Einbindung der beruflich Pflegenden in materiellen Abhängigkeitsverhältnissen an.

In der Gesamtsicht auf das Kategoriensystem wird deutlich, dass sich anhand der herausgearbeiteten Hauptkategorien ein recht einheitliches Bild des Kategoriensystems und damit annäherungsweise eine theoretische Sättigung ergeben hat (vgl. Abb. 3). Während die ‚Figuren des Agierens‘ als Hilfskonstruktionen zur Beschreibung der ‚Agency‘ der Dinge sich auf deren ‚Wirkungsmacht (Agency 1)‘ und ‚Akteurhaftigkeit (Agency 2)‘ beziehen, boten die Aussagen der Interviewten Hinweise auf den Aspekt der Inskription und der damit verbundenen Präskriptionen. Im Textmaterial selbst konnten nur wenige Aussagen der Hauptkategorie ‚Umgang mit Störungen‘ zugeordnet werden.

Codesystem	Amb2...	Amb2...	Amb1...	A_Int...	A_Int...	A_Int...	A_Int...	A_Int...	A_Int...	KH 3 ...	KH 2 ...	KH 1 ...	KH 1 ...
Wirkungsmacht von Dingen (Agency 1)													
Zweckmäßigkeit													
Verringerung Arbeitsaufwand vs. Erhöhung des Arbeitsaufwandes													
'Tinkering' Ding/ Mensch/ Raum													
Akteurhaftigkeit von Dingen (Agency 2)													
Akzeptanz der Dinge durch die Betroffenen													
Gewinn/Verlust von Kontrolle													
Angewiesensein auf Dinge													
Inskriptionen_Präskriptionen													
Präskriptionen der Dinge oder Präskriptionen der Interaktion?													
Inskription als Erfordernis													
Kritischer Umgang mit Präskriptionen													
Umgang mit Störungen													
Rückgriff auf Dritte erforderlich													
Erfolgreiche Behebung vor Ort durch Pflegende													
sonstiges													

Abbildung 3 Übersicht über das Kategoriensystem (Screenshot MaxDa 01.03.2020)

Werden die vorgenannten Ausführungen zusammengefasst, wird die Bedeutung der Dinge für die Ermöglichung eines zweckbezogenen, indes nicht rein instrumentell ausgerichteten Handelns in den drei Handlungsfeldern. Mit den folgenden, jeweils die einzelnen Unterkategorien betreffenden Interpretationen exemplarischer Aussagen ist es jedoch möglich, detailliertere Nuancen der Dinge als materielle ermöglichende Aspekte pflegerischen Handelns aufzuzeigen.

10.2 Wirkungsmacht

10.2.1 Zweckmäßigkeit

In Bezug auf die Wirkmächtigkeit (Agency 1) der in den pflegerischen Handlungsvollzügen eingebundenen Geräte und Gegenstände tritt der Aspekt der vorhandenen oder nicht vorhandenen Zweckmäßigkeit hervor. Dabei fokussierten sich die Aussagen der interviewten Pflegenden aus den drei pflegerischen Handlungsfeldern hauptsächlich auf die verschiedenen Formen des Pflegebetts. Mit den folgenden Ausschnitten aus den zu dieser Subkategorie zugeordneten Textstellen werden beispielhafte Aussagen zum Stroke-Bett als ‚Vertreter‘ der Pflegebetten, zum Heimbeatmungsgerät sowie zum Rollator aufgeführt. Anhand dieser Beispiele lässt sich mit der Zweckmäßigkeit ein Aspekt der Wirkungsmacht der Dinge herausarbeiten.

10.2.1.1 Gewährleistung des leibkörperlichen Optimums

„Was aber für mich mit einer der wichtigsten Gegenstände sind ist das Bett. Eigentlich das Pflegebett, weil man bei uns auf Station gut merkt, wir haben diese elektrischen Betten, Strokebetten.“ (KH 1 25112014 Abschnitt 36)

Zu Beginn ihrer Ausführungen zum Pflegebett hob die Pflegerin, die auf einer Stroke Unit in einem Krankenhaus der Regelversorgung arbeitete, dessen hohe Bedeutung für ihre Arbeit hervor. Dabei ging es nicht um sämtliche Phänotypen des Pflegebetts, sondern um eine besondere, auf die medizinisch-pflegerischen Erfordernisse in der Akutversorgung von Menschen mit einer Schlaganfallerkrankung zugeschnittene Variante des Pflegebetts. Es handelte sich hier um das Stroke-Bett. Hierzu führte sie im weiteren Verlauf einen Vergleich dieser speziellen Variante eines Pflegebetts mit den normalen, nichtmotorisierten Phänotypen an. Als Ausgang ihrer Argumentation diente hier ein Mangel an diesen Spezialbetten auf ihrer Station:

„Davon haben wir aber halt nicht genug. Eigentlich, wir haben 16 Strokebetten und dann aber nur 20 Monitorplätze. Das heißt, es sind irgendwie immer mindestens vier ähm Patienten in einem (.) alten Bett. Also dem normalen Bett.“ (KH 1 25112014 Abschnitt 36)

Der Hauptzweck einer Stroke Unit besteht im Allgemeinen in der Diagnostik und intensiven Therapie von Schlaganfallereignissen.¹⁰² Eine wesentliche Aufgabe für die Pflegenden auf dieser Station bildete hier die Überwachung der betroffenen Menschen. Von den durch den Landeskrankenhausinvestitionsplan¹⁰³ und damit von externer Seite vorgegebenen Bettenplätzen waren indes nicht alle mit diesen speziellen Pflegebetten ausgerüstet. Mit einem Restbestand an ‚alten Betten‘ waren materielle Bedingungen gegeben, mit denen die akut erkrankten Personen versorgt werden mussten. Auf dieser Basis arbeitete die Pflegerin in der Form eines Vergleichs beider Bettentypen die bessere Zweckmäßigkeit des Stroke-Betts heraus:

Und das Gute ist an den Strokebetten ist, die sind elektrisch. Das ist halt für das Hochpumpen, also für das Hochfahren nicht unbedingt so erforderlich, weil ich

¹⁰² In diesem Zusammenhang bestand die Zweckmäßigkeit von Zu- und Ableitungen (Magensonden, Katheter, Infusionssysteme) in der vereinfachten Vorstrukturierung des Arbeitsalltags auf der Stroke Unit (KH1 24112014, Abschnitt 28) oder der raschen Erhebung von Daten durch z. B. das Ohrthermometer (KH1 25112014, Abschnitt 32).

¹⁰³ Entsprechend § 6 Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG).

finde, das geht mit den alten Betten recht gut. Aber besonders für das rückschonende Arbeiten. Wenn man jetzt das Kopfteil runtermachen will, das geht schwierig. Manchmal bei den alten Betten, wenn man dann die Hebel oder man muss das hochmachen und dann die ganze Kraft, die man dafür braucht. Es ist anstrengend. Ich finde es nicht wirklich rückschonend. Meistens oder auch zum Beispiel bei Patienten, die recht adipös sind. (.) Man kriegt das Kopfteil manchmal auch einfach nicht so richtig hoch. Und auch neue Betten, die Strokebetten, die haben ganz andere Funktionen. Man kann den Patienten richtig wie in so einem Sessel aufsetzen. Das heißt, auch bei Patienten, die nicht irgendwie mobilisiert werden können oder nur schwer mobilisiert werden können. Man kann die einfach richtig hinsetzen. Also irgendwie wie zuhause auf dem Fernsehsessel sitzen. Und die haben mal auch ein anderes Körpergefühl und auch mal eine andere Wahrnehmung des Raumes. Als wenn man immer gegen die Decke starrt. Also ich, das ist eigentlich für mich so das der wichtigste Gegenstand mit dem ich eigentlich am Tag arbeite. (KH 1 25112014 Abschnitt 36)

Grundsätzlich betrachtete die Pflegerin die älteren, nicht mittels Elektromotoren ausgestatteten Pflegebetten in Hinblick auf die unzureichende Gewährleistung einer rückschonenden Arbeitsweise kritisch. Dennoch wurde ein gemeinsames Kriterium von ihr formuliert, das auch von diesen Pflegebetten erfüllt wurde. Dieses bestand in der Höhenverstellbarkeit, die bei den Stroke-Betten über die Motorleistung und bei den älteren Pflegebetten über ein Pedal gewährleistet wurde.¹⁰⁴ Im Vordergrund stand hier für die Pflegerin einschließlich der interviewten Pflegenden aus den anderen Pflege-Settings die Ermöglichung bzw. Gewährleistung eines rückschonenden Arbeitens.¹⁰⁵ Dies galt insbesondere für die Positionsveränderung der pflegerisch versorgten Personen in den Betten.

Die Pflegerin verdeutlichte dies am Beispiel des manuellen Hochstellens des Kopfteils als eine kräftezehrende und ihren Körper in eine für sie unvorteilhafte bringende Arbeitsposition, da zu diesem Zweck erst ein Hebel, der zumeist die Einnahme einer beugenden Haltung erforderte, umgelegt und zeitgleich mit der anderen freien Hand das Kopfteil an einem Griff hochgezogen werden musste. Die Pflegerin setzte diese für sie unzureichende Zweckmäßigkeit auch in Beziehung zur körperlichen Konstitution der auf ihrer Station versorgten Personen. Besonders bei Menschen mit einer größeren Körpermasse, die von ihr medizinisch als adipös klassifiziert wurden, konnte keine befriedigende Lagerung erreicht werden.

Im Gegensatz hierzu wurde von ihr den Stroke-Betten eine größere Vielfalt an Funktionen zugeschrieben, die gewissermaßen ein pflegetherapeutisches Potenzial zu beinhalten schienen. Dieses bezog sich auf die Herstellung optimalerer Liegebedingungen für die erkrankten Personen, einschließlich einer adäquaten Beziehung zwischen der Körper- und Raumwahrnehmung. Eingerahmt wurde dieses ‚Mehr‘ an Funktionen durch die Verringerung des körperlichen Arbeitsaufwands bei der Lagerung und damit auch die aus ihrer Sicht verbesserte Gewährleistung einer rückschonenden Arbeitsweise. Gleichwohl muss hier unter Berücksichtigung der Aussagen von Pflegenden aus den ambulanten Pflege-Settings darauf hingewiesen werden, dass dies auch für die weniger komplexeren motorisierten Pflegebetten galt.

¹⁰⁴ In einem anderen Interview wurde ebenfalls von einer Pflegerin erwähnt, dass ein Pflegebett mindestens über eine Pumpfunktion zum Zweck der Höhenverstellbarkeit verfügen muss (KH 3 02022015, Abschnitt 28).

¹⁰⁵ Siehe hierzu auch: KH 2 08122014, Abschnitt 42; KH 3 02022015, Abschnitt 28; A_In 1 13032015, Abschnitt 12; A_Int 1 20032015, Abschnitt 56; A_Int 2 01042015, Abschnitt 18; A_Int 2, 10042015 Abschnitt 80; Amb 2 08102015, Abschnitt 12; Amb 2 020122015, Abschnitt 26.

10.2.1.2 Unauffälligkeit, Praktikabilität und optimale Beatmung

„Ja. Also, ja, das macht mir ein gutes Gefühl, auch ein sicheres Gefühl.“ (A_Int 2 30032015, Abschnitt 46)

Zu Beginn ihrer Ausführungen zum Heimbeatmungsgerät hob die Pflegerin den emotionalen Aspekt hervor, der für ihr Handeln bestimmend zu sein schien. Dieser bezog sich nicht primär auf die pflegerisch versorgte Person, sondern auf ihr eigenes Gefühl im Umgang mit diesem Apparat. Das Heimbeatmungsgerät bewirkte bei ihr positive Gefühle hinsichtlich einer erfolgreichen Bewältigung der mit der außerklinischen Beatmung einhergehenden Anforderungen an das jeweils eigene berufliche Können. Demnach bestand ein mutmaßliches Kriterium der Zweckmäßigkeit des Beatmungsgeräts in der Verschaffung von Sicherheit im eigenen Handeln. In den weiteren Ausführungen fokussierte sich die Pflegerin auf die praktischen Aspekte des von ihr benutzten Heimbeatmungsgeräts, die wesentlich für ihre positive emotionale Einschätzung waren:

Das sind die ganz neuen Geräte, die Trilogy 100, das sind ziemlich die leichtesten, kleinsten und am wenigsten aufwendigsten Geräte. Die sind auch so eingestellt, dass die nicht pausenlos piepen. Es gibt ja auf den Intensivstationen ganz andere Beatmungsgeräte, die pausenlos irgendwie piepen und ganz laut und so. Dieses ist total soft eingestellt. Man hört das Piepen zwar auch in einem Nebenraum, aber es ist, wenn man es so hört, das Piepen direkt, wenn man danebensteht, ist absolut erträglich und es piept auch nur, wenn es einen Alarm macht. Also, das heißt, man muss schon gucken, aber es hört auch sofort wieder auf. Also, es ist ein gutes Gerät. Finde ich. Es erfüllt total die Erwartungen, weil sie wird richtig gut beatmet und sie fühlt sich auch wohl dabei. (A_Int 2 30032015, Abschnitt 46)

Ein wesentlicher Hinweis auf die Zweckmäßigkeit des Geräts Trilogy 100 bestand in dessen Unauffälligkeit und einfachen Handhabbarkeit für ästhetische und ergonomische ‚Wirkungen‘: Die Pflegerin erläuterte dies in Verbindung mit der zurückhaltenden Präsenz dieses Geräts und damit auch mit einer gewissen Unscheinbarkeit im Vergleich zu den wesentlich größeren ‚Verwandten‘ auf den Intensivstationen der Krankenhäuser als einen weiteren Aspekt der Zweckmäßigkeit. Letztere unterschieden sich von der Trilogy 100 und den anderen Heimbeatmungsgeräten einerseits durch ihre physische Größe und den damit verbundenen Raumbedarf sowie andererseits durch ihre deutlich lautstarken aufmerksamkeitsfordernden akustischen Signale.¹⁰⁶ Im häuslichen Setting wurden zwar auch akustische Signale benötigt, an der sich die Pflegerin orientieren und ihr Handeln ausrichten konnte. Sie überstiegen sogar räumliche Grenzen, sodass sie auch im Falle einer kurzzeitigen Nicht-Anwesenheit bei der beatmeten Person über eventuell kritische Auffälligkeiten informiert wurde. Zudem bezeugte sie, dass die akustischen Signale tatsächlich auf kritische Ereignisse hingewiesen hätten. Demnach handelte es sich um ein verlässliches Gerät, das sich in solchen Situationen mit seiner Akustik nicht in den Vordergrund drängte und hierdurch möglicherweise den zu erwartenden Stress für die beatmete Person und die anderen anwesenden Personen nicht verstärkt hatte.

¹⁰⁶ Heimbeatmungsgeräte zeichnen sich im Vergleich zu Beatmungsgeräten auf Intensivstationen dadurch aus, dass u. a. ihre Handhabung für die Anwender einfach und übersichtlich ist, sie über eine geringere Größe verfügen und ihr Bedienfeld mittels einer Sperrfunktion die unbeabsichtigte Verstellung von Beatmungsparametern verhindert (Franke/Henzel 2015).

In einer weiteren Äußerung hob die Pflegerin darüber hinaus das relevanteste Kriterium der Zweckmäßigkeit des Heimbeatmungsgeräts hervor: Dieser bestand in der optimalen Beatmung der von ihr pflegerisch versorgten Person – das heißt nicht nur hinsichtlich der Lebenserhaltung, sondern auch vermutlich in der Prävention von Infektionen infolge einer guten Belüftung der Lunge und der damit verbundenen Krankenhausaufenthalte.¹⁰⁷ Gleichzeitig sprach die Pflegerin auch hier von der emotionalen Ebene aufseiten der beatmeten Person, da Trilogy 100 bei ihr ein Gefühl des Wohlbefindens bewirkte.¹⁰⁸

Damit wird – neben dem nicht hintergehbaren Kriterium der Lebenserhaltung – ein weiteres Kriterium der Zweckmäßigkeit sichtbar: Es handelt sich dabei um den gefühlten Komfort für diejenigen, die auf dieses Gerät dauerhaft (oder auch nur intermittierend) angewiesen sind.

10.2.1.3 Unterstützung bei der Mobilisierung

Ja alleine würde ich schon mal sagen, um Leute mobilisieren zu können. Es ist wichtig, dass man einen Rollator auch innerhalb der Wohnung benutzen kann. Indem man die Leute aktiviert auch daran aufzustehen, sich in der Wohnung auch zu bewegen, sicher zu bewegen, eigenständig zu bewegen. Ist da eine ganz wichtige Sache. (Amb 2 02122015, Abschnitt16)

In dem kurzen Ausschnitt aus einem Interview mit einer Pflegerin aus der ‚konventionellen‘ ambulanten Pflege wird ersichtlich, woran sie die Zweckmäßigkeit eines in ihrem Handeln eingebundenen Geräts festgemacht hat. Ein wesentlicher Zweck des beispielhaft angeführten Rollators bestand aus ihrer Sicht darin, die beatmete Person in ihrem jeweils eigenen häuslichen Lebensraum mobilisieren zu können. Darüber hinaus verdeutlichte sie in ihrer Aussage zum Rollator, dass mit dessen Zweckmäßigkeit als Mobilisationsinstrument ein aktivierender Pflegestil verbunden zu sein scheint. Als Mittel zum Zweck unterstützte somit der Rollator die Pflegerin möglicherweise darin, Menschen aus dem Bett mobilisieren zu können und sie z. B. in das Bad zu begleiten. Dabei beschränkte sich dieses nicht auf die von ihr erbrachten punktuell über den Tag erbrachten Hilfestellungen. Vielmehr ging es ihr um die Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung eines – wenn auch auf den häuslichen Lebensraum begrenzten – selbstbestimmten Bewegungsraums.¹⁰⁹

Ähnlich wie bei den vorhergehenden Äußerungen von Pflegenden aus den anderen Handlungsfeldern wird deutlich, dass ein pflegebezogenes Instrument wie der Rollator nicht allein für die Pflegenden zweckmäßig zu sein hat, sondern auch für die sie ebenfalls nutzenden pflegerisch versorgten Personen.

10.2.2 Verringerung Arbeitsaufwand vs. Erhöhung des Arbeitsaufwands

In dieser Subkategorie wurden die Aussagen der interviewten Pflegenden zugeordnet, in denen den Dingen eine den Arbeitsaufwand verringernde oder erhöhende Wirkung zugeschrieben wurde. Zwar ist die Trennschärfe zur vorhergehenden Kategorie der Zweckmäßigkeit nicht eindeutig gegeben, da die Bezeichnung der Subkategorie zumindest in ihrem ersten Abschnitt einen eindeutigen Zweck bezeichnet. Gleichwohl lässt sich hier die tendenziell selbstbezogene

¹⁰⁷ Siehe hierzu auch die Auskultationsmaßnahmen in der Vignette (Kap. 9.2.5).

¹⁰⁸ Interessant ist hier ebenfalls, dass der Aspekt des Wohlbefindens auch mit den während der Arbeit zu tragenden Handschuhen verbunden wird. Diese würden aus Sicht der interviewten Pflegerin gleichzeitig eine maximale Nähe und Distanz ermöglichen (A_Int 2 30032015, Abschnitt 72).

¹⁰⁹ Auch muss darauf hingewiesen werden, dass die Rollatoren als Hilfsmittel entweder den Betroffenen selbst gehören oder als GKV-Leistung an sie verliehen wurden. Gewissermaßen gehören sie damit zu den personenbezogenen Utensilien der pflegerisch versorgten Menschen.

Perspektive der Pflegenden auf die ‚Wirkung‘ der Dinge hinsichtlich ihres Arbeitsaufwands hervorheben.

Die folgenden Beispiele veranschaulichen stellvertretend für die Vielzahl an benannten Dingen, wie der Arbeitsaufwand durch die Benutzung von Dingen anscheinend beeinflusst wird: Hierzu gehören die Infusionsapparate auf einer onkologischen Station, die mittels eines operativen Eingriffs angelegte Magensonde in der ambulanten Intensivpflege sowie ein improvisierter Duschstuhl aus der ‚konventionellen‘ ambulanten Pflege.

10.2.2.1 Entlastung von Aufmerksamkeitsarbeit

„Also beeinflussen in dem Fall, wenn in dem Sinne, dass sie mir halt auch schon vieles erleichtern. Weil wir ja auch ganz oft Medikamente, die Patienten über die Vene oder die halt über einen gewissen Zeitraum gegeben werden müssen.“ (KH 2 08122014, Abschnitt 35)

Zu Beginn ihrer Ausführungen zu den Infusionsgeräten und Perfusoren hob die Pflegerin einen wesentlichen Schwerpunkt ihrer Arbeit hervor: Dieser lag im Kontext einer interdisziplinären Station eines Universitätsklinikums auf konservative systemische Therapien. Angemerkt sei hier der Umstand, dass die Pflegerin im Vergleich zu einem anderen Interview mit einer onkologisch tätigen Pflegerin¹¹⁰ keine Hinweise auf die Art der verabreichten Medikamente gegeben hatte. Eventuell erklärt sich dies durch eine andere Organisation der Infusionsgabe, da auf dieser Station lediglich vollständig aufbereitete Zytostatika und – im Vergleich zu der anderen onkologischen Station – in einem geringeren Umfang verabreicht wurden. Generell bildete die intravenöse Medikamentengabe dennoch einen relevanten Part der Arbeit der interviewten Pflegerin:

„Und über diese Geräte, (.) jetzt über die Perfusoren oder über die Injektomaten, kann man ganz einfach einstellen wie viel (.) Volumen in einer gewissen Zeit appliziert werden soll. So am Anfang für den Patienten. Deswegen erleichtert das für mich schon mal, weil das Gerät errechnet mir das schon mal. Das heißt, ich muss mich nicht selber nochmal hinstellen und muss ausrechnen wie die Laufart ist, sondern das macht das Gerät alleine.“ (KH 2 08122014, Abschnitt 35)

Die von ihr benannten Geräte waren aus ihrer Sicht ‚leicht‘ einzustellen. In diesem Sinne wiesen diese eine ausgeprägte Praktikabilität auf. Sie konnte an ihnen die intravenöse Medikamentengabe exakt und entsprechend dem gewollten Zeitschema vorgeben. In der Terminologie der ANT kann daher von computergesteuerten Apparaten gesprochen werden, die auf den ersten Blick passive Zwischenglieder darstellen, wobei jedoch der Aspekt der Kalkulation und damit die Übernahme einer kognitiven Arbeit eine vielleicht aktivere Rolle dieser Geräte nahelegen, da die Geräte die Berechnung des einzulaufenden Volumens und des damit verbundenen zeitlichen Aufwands vorgenommen haben. Die Pflegerin musste nun nicht mehr die Rechenoperationen z. B. vor Ort und in Gegenwart der Patientinnen und Patienten leisten. Insgesamt bildet diese Fähigkeit für sie die Grundlage für die Reduzierung des Arbeitsaufwands in ihrer täglichen Arbeit:

„Und (.) ich muss nicht ständig darauf gucken, denn wenn irgendwas ist, alarmiert das Gerät und gibt mir dann Bescheid das irgendwas nicht funktioniert. Irgendwie

¹¹⁰ KH 3 02022015.

Fehlerform oder dass auch das gegebene Volumen eingelaufen ist und das sozusagen fertig ist. Und somit erleichtert das für mich schon sehr die Arbeit. Muss ich sagen. Und ich glaub auch den andern Kollegen auch. Auch den Ärzten, die benutzen das ja auch ganz viel hier bei uns diese beiden Geräte.“ (KH 2 08122014, Abschnitt 35)

Die Pflegerin wurde ihren Angaben nach in Bezug auf die Überwachung der intravenösen Medikamentengabe weitgehend entlastet und musste dementsprechend nicht zu viel Aufmerksamkeit auf sie verwenden¹¹¹ – einmal in Hinblick auf Fehlleistungen oder Störungen sowie hinsichtlich der Beendigung der Medikamentengabe. Diese mutmaßliche Verlässlichkeit der Infusions- und Perfusionsgeräte bildete ihren Angaben nach zudem einen Aspekt, der berufsgruppenübergreifend Zustimmung finden würde.

Zusammenfassend ist zu konstatieren, dass sich die Verringerung des Arbeitsaufwands durch Infusions- und Perfusionsgeräte an der Entlastung der Pflegerin von überwachungsbezogenen Aktivitäten gezeigt hat. Nichtsdestotrotz ist die Pflegerin trotz dieser ‚Smartness‘ der Geräte nicht von der Verpflichtung der genauen Überwachung der Gerätefunktionen entbunden, da sie als Endnutzerin die entscheidende sicherheitsrelevante Akteurin verkörpert (Giuliano/Niemi 2016).

10.2.1.2 Erleichterung der oralen Nahrungsgabe

In den Ausführungen einer Pflegerin¹¹² aus der ambulanten Intensivpflege, die in der häuslichen Umgebung eine einzelne Patientin versorgt hatte, wird die den Arbeitsaufwand reduzierende Wirkungsmacht einer perkutan angelegten Magensonde greifbar:

„Dann die Magensonde zum Beispiel erleichtert uns ein stundenlanges Essen anreichen. Aber deswegen hat sie die nicht bekommen. Sie hat die bekommen, weil sie halt nicht mehr so gut schlucken kann, aber sie schluckt trotzdem noch und will auch noch Essen angereicht bekommen, aber eben halt nicht alles. Wenn wir ihr alles Essen geben würden, denn würden wir den halben Tag dasitzen und anreichen.“ (A_Int 30032015, Abschnitt 32)

Gewissermaßen ermöglichte sie der Pflegerin und ihren Kolleginnen, einem persönlichen Wunsch der Patientin gerecht zu werden. Dieser bestand in der oralen Nahrungsaufnahme, die durch eine den Grundbedarf abdeckende Sondenkostgabe unterstützt wurde. Vor dem Hintergrund einer progressiven und recht weit vorgeschrittenen Muskelerkrankung der Patientin ging es dabei hauptsächlich um die Bewältigung der Folgen einer gestörten Schluckfähigkeit. Für die Patientin bestand die Gefahr, Nahrungsbestandteile oder Flüssigkeiten zu aspirieren. Zugleich musste die Versorgung mit Nährstoffen und Flüssigkeit für die Patientin sichergestellt werden. Entsprechend dieser Gefährdungslage war anscheinend der Umstieg von der oralen auf die Ernährung mittels einer Sonde geboten. Diesem krankheitsbedingten Faktum gegenüber stand indes der Wille der Patientin, die weiterhin ihre Nahrung tatsächlich ‚essen‘ und Getränke ‚trinken‘ wollte. Zum Zeitpunkt des Interviews und der Beobachtung verfügte sie auch noch über Reste ihrer Schluckfähigkeit. Letztendlich ging es ihr mutmaßlich um

¹¹¹ Andersherum wird die räumlich-dezentrale Anordnung diagnostischer Geräte wie dem Blutgasanalysegerät (KH 1 24112015, Abschnitt 22) oder therapeutischer Gegenstände wie den Sauerstoffflaschen (KH 1 25112015, Abschnitt 86) als erhöhender Faktor für den Arbeitsaufwand betrachtet.

¹¹² Siehe Unterkapitel 9.2.

die Ausnutzung eines Residuums der Genussfähigkeit und damit auch um ihre Lebensqualität.¹¹³

Diesem Wunsch wurde nach Aussagen der Pflegerin weitestgehend entsprochen: Hier verringerte die Magensonde den mit der oralen Nahrungsgabe verbundenen zeitlichen Aufwand für die Pflegerin. Wäre diese nicht angelegt gewesen, hätte das Anreichen der Nahrung enorme zeitliche Ressourcen der Pflegerin gebunden. Stattdessen ergab sich für sie eine zwar weiterhin mit einem großen Arbeitsaufwand verbundene Aktivität, deren Umsetzung jedoch durch die parallele Sondenkost- und Flüssigkeitsgabe über die Magensonde wesentlich erleichtert wurde.¹¹⁴

10.2.2.3 Improvisieren hat seinen ‚Preis‘

„Und bei den Duschen ist es ja auch so, selbst die die schon eine Dusche drin haben, haben eigentlich noch eine alte Dusche. Das heißt mit dieser Stufe drin. Das hilft uns also auch nicht viel weiter. Es sei denn, die haben noch irgendwo Griffe an den Seiten wo sie sich dann halten können.“ (Amb 2 08102015, Abschnitt 32)

Eingangs berichtete die Pflegerin von den räumlichen Bedingungen der Duschen in den Haushalten, die sie im Rahmen ihrer Tour aufgesucht hatte. Diese waren in der Regel nicht entsprechend den Anforderungen der Barrierefreiheit errichtet. Hier sprach die Pflegerin von sogenannten alten Duschen und verdeutlichte damit das für sie geltende Erfordernis, in der ambulanten Pflege zu improvisieren¹¹⁵ und mit den vor Ort vorhandenen Mitteln auszukommen:

„Also ich habe jetzt neulich eine Patientin gehabt, die Dusche war dermaßen schmal. Sie hatte da noch ihren Duschhocker, der übrigens auch mal gefährlich werden kann. Sie hatte dann den Duschhocker. Ich musste sie aber trotzdem irgendwie, sie war auch ein bisschen korpulenter, musste sie dann ja auch irgendwie, ich bin ja nun auch nicht gerade so, wer weiß wie viel ich veranschlag. Also es war sehr schwierig, sie hat sich aber trotzdem gefreut, dass wir duschen konnten. Also manchmal und dieser Duschstuhl, okay. Das war dieser kleine Hocker, der war in dem Moment schon gut. Wobei ich dann immer auch manchmal denke dieses wackelige Ding. Also es ist immer so, je nachdem auch wieder.“ (Amb 2 08102015, Abschnitt 32)

In der beispielhaft angeführten Situation erläuterte die Pflegerin den Einsatz eines Duschhockers: Einerseits ermöglichte dieser vor Ort das Duschen ihrer Patientin. Damit konnte die

¹¹³ Wobei der Begriff der Lebensqualität hier nicht als statischer Begriff aufgefasst wird. Hier kann insbesondere auf Jeannette Pols verwiesen werden: “The feeding tube can best be understood not as an intervention that causes ‘impacts on quality of life’, but as a technology or prosthesis that may bring different qualities and appreciations that may shift over time, depending on the way it can or cannot be made to fit in with the patient’s possibility and values.” (Pols/Limburg 2016: 376)

¹¹⁴ Offenkundiger wurde die Bedienung von im Raum zu bewegendem Dingen deutlicher mit einem höheren Arbeitsaufwand in diesem Handlungsfeld assoziiert. Hierzu gehörten der Patientenlifter (A_Int 1 13032015, Abschnitt 36; A_Int 1 20032015, Abschnitt 30) sowie das Heimbeatmungsgerät (A_Int 2 01042015, Abschnitt 60).

¹¹⁵ Die Improvisation erscheint demnach ein analoges Handlungserfordernis für (beruflich/nichtberuflich) Pflegende zu sein (vgl. de la Cuesta/Sandelowski 2005).

Pflegerin vor Ort einen Beitrag zur Aufrechterhaltung der Lebensqualität bei dieser Frau leisten. Zudem verdeutlichte die Pflegerin in einem anderen Interviewabschnitt, dass ein fahrbarer Duschstuhl aufgrund einer von ihr als Stufe figurierten Schwelle nicht benutzt werden konnte. Andererseits erhöhte sich für die Pflegerin aufgrund der Instabilität des improvisierten Duschhockers der Arbeitsaufwand: Zum einen zeichnete sich der Duschhocker, dessen Gestalt nicht genauer von ihr beschrieben wurde, durch eine gewisse Instabilität aus. Hierdurch bestand eine erhöhte Sturzgefahr für die scheinbar übergewichtige Patientin. Zugleich forderte dieser Gegenstand von der Pflegerin ein hohes Maß an Aufmerksamkeit. Zum anderen war aufgrund der räumlichen Enge der Dusche, dem Leibesumfang der Patientin sowie der eigenen, lediglich kurz angedeuteten körperlichen Konstitution die Durchführung der Körperpflege für die Pflegerin erschwert. In ihren abschließenden Worten hob sie hervor, dass mit solchen Situationen bei der improvisierten Nutzung patienteneigener Einrichtungsgegenstände unter diesen Bedingungen gerechnet werden müsse.¹¹⁶

10.2.3 ‚Tinkering‘ Ding/Mensch/Raum

In dieser Kategorie werden die Äußerungen der interviewten Pflegenden versammelt, in der ein (relativ) erfolgloses oder erfolgreiches ‚Tinkering‘ von Gegenstand und Mensch (oder Räumen) thematisiert wurde. Dabei geht es um die Zuschreibungen in Hinblick auf das ‚Anpassen‘ des Körpers an das Ding und umgekehrt an die räumlichen Bedingungen. Dabei wurden beide Aspekte hauptsächlich im ambulanten Kontext angesprochen.¹¹⁷ Im Folgenden werden als exemplarische Dinge das Pflegebett, die Varianzen in der Bauform von Toilettenstühlen sowie die räumlichen Nachwirkungen aus der Vergangenheit skizziert.

10.2.3.1 Aufeinandertreffen normierter Dinge und Körperlichkeit

Das Pflegebett bildet einen bedeutenden Gegenstand für das pflegerische Handeln. Aufgrund der jeweils mehr oder minder ausgefeilten Konstruktion der verschiedenen Ausführungen des Pflegebetts ermöglichen diese ein Arbeiten am und mit der sich darin befindlichen Person:

„Beim Bett ist es halt eigentlich, die Grundfunktion sind super. Allein das äh, das äh Hoch und Runterfahren, das ist super. Die Einstellungen, die man damit vornehmen kann sind auch (.) wirklich gut und erleichtern. Allerdings, wie gesagt, das Runterrutschen der Patienten (.) erschwert das Arbeiten. Teilweise muss man sagen, also einfach, (.) man hat keine Möglichkeit den Patienten irgendwie so zu positionieren und dann zu bremsen das man nicht, wenn man das Bett danach wieder flachstellt muss, man ihn wieder hochziehen sozusagen.“ (KH 1 24112104, Abschnitt 30)

Der Pfleger berichtete eingangs von den Vorteilen, die mit den multiplen Einstellungen am Pflegebett verbunden seien. Das Problem bestand für ihn in dem Umstand, dass die von ihm

¹¹⁶ Andererseits wurde von einer Kollegin die zeitkonsumierende Funktion eines elektrisch verstellbaren Pflegebetts mit einem erhöhten Arbeitsaufwand in Verbindung gebracht (Amb 2 02122015, Abschnitt 44).

¹¹⁷ Hierzu gehörten Zuschreibungen: zum einen das Tinkering von Dingen mit Menschen: Amb 2 02122015, Abschnitt 56 (Weichlagerungsmatratze); A_Int 2 10042015, Abschnitt 162 (Trachealkanüle); A_Int 1 20032015, Abschnitt 68 (Rollstuhl). Zum anderen betraf dies auch das Tinkering von Dingen sowie den sich darin befindlichen Menschen mit den räumlichen Bedingungen: Amb 2 08102015, Abschnitt 26 (Toilettenstuhl); Amb 1 16072015, Abschnitt 33 (Rollstuhl); KH 02022015, Abschnitt 78 (Pflegebetten).

gelagerten Personen nicht in der von ihm gewünschten Position verblieben. Sie rutschten jeweils immer in Richtung des Fußendes des Betts. Hier schien es, dass das Vorhaben des Pflegers vom Bett gewissermaßen konterkariert wurde. Dies traf jedoch auf die tatsächliche Situation wohl eher nicht zu. Vielmehr liefert das Beispiel einen Hinweis darauf, dass das Pflegebett im Verwendungszusammenhang mit dem Krankenhaussektor ein Massenprodukt darstellt.¹¹⁸ Daher wurden die jeweiligen Exemplare nicht auf die individuellen Maße der Patientinnen und Patienten hin, sondern orientiert an gewissen standardisierten Durchschnittswerten von Körpergröße und Gewicht produziert. Darüber hinaus wurden diese Spezialbetten, ebenso wie die anderen Pflege- bzw. Krankenhausbetten, entsprechend den therapeutischen Erfordernissen und Zwecksetzungen vonseiten der Pflege sowie der Medizin konzipiert. Im Ergebnis musste dann der Pfleger mittels ‚Tinkering‘ die Lage der betroffenen Person korrigieren. Hier konnte er wieder auf die Einstellungen des Pflegebetts zurückgreifen:

*„[...] Gut auch dabei kann das Bett unterstützen, wenn man es in beispielweise Kopftieflage bringen darf bei dem Patienten. Dann ist es natürlich dann wieder auch eine Erleichterung den Patienten ((l. räuspert sich)) wieder hochzubewegen.“
(KH 1 24112104, Abschnitt 30)*

Damit relativierte sich aus seiner Sicht die Problematik, sodass über diesen ‚Umweg‘ im Sinne des ‚Tinkering‘ eine vermutlich relativ stabile Lagerung erreicht werden konnte.

10.2.3.2 Eigensinn des Körpers und Varianzen der Dinge

Ein Pfleger, der in einer Beatmungswohngemeinschaft arbeitete, wies auf den Umstand hin, dass die Vielfalt an Phänotypen von Toilettenstühlen nicht unbedingt ein erfolgreiches ‚Tinkering‘ von Menschen mit ‚Ding‘ gewährleisten können:

„Ja. Und ähm, Sie haben ja gesehen, nicht jeder Toilettenstuhl ist ein Toilettenstuhl. Und jeder Toilettenstuhl, nicht jeder passt zu dem Bewohner. Da hat der Bewohner zum Beispiel wo wir waren, da hat der Toilettenstuhl. Da wo er viele Kontrakturen auch oder Spastiken auch hat, ja, und da habe ich dann schon ein Problem in diesem Stuhl überhaupt zu arbeiten. Denn so ein Bad ist nicht so einfach.“(A_Int 1 13032015, Abschnitt 40)

Der Pfleger bezog sich hier auf einen intermittierend beatmeten Bewohner, der aufgrund seiner Tetraplegie Kontrakturen sowie Spastiken an seinen Gliedmaßen aufwies. Ähnlich wie beim Pflegebett aus dem vorhergehenden Beispiel diente der Toilettenstuhl als pflegerisches Arbeitsinstrument. Mit diesem Toilettenstuhl, der als Duschstuhl genutzt wurde, war aufgrund des ‚Eigensinns‘ der Gliedmaßen als Folge der Tetraplegie kein einfaches ‚Tinkering‘ mit einem soziomateriellen Kollektiv von Pfleger, Bewohner und Duschstuhl gegeben.¹¹⁹ Dabei sprach der Pfleger hauptsächlich aus seiner beruflichen Perspektive und nicht über die Reaktionen seines Bewohners. Demnach drängt sich der Eindruck auf, dass dies in der Hauptsache

¹¹⁸ In einem größeren Zusammenhang gesehen bildet beispielsweise die Standardisierung bzw. Normierung einen Gegenpol zu den Bemühungen der Anpassung von Gesundheitsversorgungsmaßnahmen, zu denen auch die Versorgung mit materiellen Gegenständen gehört, an die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen (Mannion/Exworthy 2017). Ob dieses Spannungsverhältnis auf der materiellen Ebene letztendlich behoben werden kann, ist anzuzweifeln. Letztendlich läuft hier alles auf ein ‚Tinkering‘ von Mensch mit dem ‚Ding‘ hinaus.

¹¹⁹ Beispielweise könnte von einer instabilen Sitzposition des Bewohners ausgegangen werden, die zudem mit einer Sturzgefahr einhergeht.

ein Problem für den Pfleger bildete, obwohl er in einer nahezu barrierefreien Umgebung arbeitete.

10.2.3.3 Nachwirkungen der Vergangenheit

Das nachstehende Beispiel aus der konventionellen ambulanten Pflege zeigt auf, dass ein optimal zum Körper einer Person passender Duschstuhl nicht gut mit den räumlichen Bedingungen zusammenpasst:

„Der bessere Stuhl ist zwar super toll und sie sitzt da wunderbar darauf. Aber dieser Stuhl passt auch nicht in ihr Badezimmer rein. Sie hat also auch ein verwinkeltes kleines Badezimmer. Und zu damaligen Zeiten als beide noch fit waren war es okay, aber da ist eine große Badewanne. Sie kann aber nicht baden.“ (Amb 2 08102015, Abschnitt 32)

Auch hier wird deutlich, dass ein fahrbarer Stuhl ein relevantes Arbeitsinstrument in der Pflege verkörpert. Die Pflegerin berichtete jedoch, dass der aufgrund seiner materiellen Verfasstheit zur Patientin passende Duschstuhl nicht im verwinkelten Badezimmer genutzt werden konnte. Zudem handelte es sich um einen Raum, der in der Vergangenheit der Patientin und ihres Ehemanns noch vollumfänglich zugänglich gewesen sei.¹²⁰

Im Endeffekt konnte dieser Duschstuhl nicht von der Pflegerin für die Durchführung der Körperpflege genutzt werden. Auch die mögliche Alternative, die nach ihren Worten ausreichend große Badewanne nutzen zu können, war der Patientin – auch mit Unterstützung der Pflegerin – nicht möglich. Folglich war aufgrund der fehlenden Möglichkeit für ein erfolgreiches ‚Tinkering‘ von Menschen, Dingen und Raum keine Körperpflege in dem zu diesem Zweck gewidmeten Bereich der Wohnung durchführbar.

10.3 Akteurhaftigkeit von Dingen (Agency 2)

10.3.1 Akzeptanz der Dinge durch die Betroffenen

Zu dieser Thematik werden Äußerungen der interviewten Pflegenden zugeordnet, die sich auf die Akzeptanz hinsichtlich der Anwendung und/oder Anbringung von Dingen an pflegerisch versorgten Menschen und/oder ihr Umfeld beziehen. Dies kann mit Aushandlungen und/oder Abstimmungen einhergehen. Mit den hier beispielhaft vorgestellten Dingen, etwa den für die Überwachung erforderlichen Gegenständen (EKG-System, Blutdruckmanschette etc.), dem Heimbeatmungsgerät sowie dem durch eine operative Maßnahme angelegten suprapubischen Katheter, wird deren Figur als Gegenpart der pflegerisch zu versorgenden Menschen oder ihrer Angehörigen herausgearbeitet bzw. als Akteur sichtbar. Dabei fällt den beruflich Pflegenden hier die Aufgabe zu, für die Akzeptanz der Benutzung und den damit verbundenen Handlungserfordernissen zu sorgen.

10.3.1.1 Situationssensible Begründung und abgestimmtes Vorgehen

Einen begleitenden Anlass für die Abstimmung mit den Patientinnen und Patienten bildete auf der Stroke Unit das Monitoringsystem, mit dessen Hilfe ihre akute Krankheitslage sowie die parallel verlaufende intensive Therapie zeitnah überwacht wurde:

¹²⁰ Siehe hier auch Unterkapitel 11.3 dieser Arbeit, da die Räumlichkeiten für die assistierte Körperpflege ebenfalls ursprünglich nicht für eine Pflegesituation ausgerichtet waren.

„Also die Patienten fühlen sich halt auch angekettet, (.) weil sie ja einfach auch von dem Bewegungsradius her extrem eingeschränkt sind. Wenn die am Monitor angeschlossen sind und besonders bei Patienten, die dann vielleicht vorher auch nie so krank waren und jetzt auf einmal plötzlich aus dem Leben gerissen einen Schlaganfall bekommen und bei uns dann angekettet am Bett liegen.“ (KH 1 25112014, Abschnitt 126)

Die Pflegerin verwendete hier die bildliche Beschreibung des ‚Angeketteteins‘ als Gefühlsqualität der Betroffenen, die nun in ihrem Bewegungsradius stark eingeschränkt waren. Aus ihrer Sicht bildete der Anschluss an das Monitoringsystem somit für die betroffene Person neben der akut aufgetretenen Erkrankung einen scharfen Einschnitt in das vor dem Schlaganfallereignis von Krankenhausaufenthalten bislang unbeeinträchtigte Leben. Dies manifestierte sich in Form der am Brustkorb angebrachten Klebeelektroden des EKG-Leitungssystems, dem Anlegen der Blutdruckmanschette und eines am Finger befestigten Pulsoxymeters. Vor diesem Hintergrund sah die Pflegerin das Erfordernis als gegeben an, die Betroffenen über die Funktion dieser Vorrichtungen aufzuklären:

„Ist nicht unbedingt eine Situation, die sehr wünschenswert ist für die und (.) manchmal auch wirklich (...) Verständnis bedürftig ist. Auch unsererseits, dass wir den das dann nochmal erklären, wie wichtig das wirklich ist und das sie sich natürlich jederzeit zur Toilette und solchen (l. hustet) abkabeln dürfen. Aber halt bitte hinterher auch wieder ankabeln, weil das eigentlich, sonst hat das ja das Ganze keinen Zweck.“ (KH 1 25112014, Abschnitt 126)

Hier wird deutlich, dass für die Pflegerin das Monitoring der Vitalfunktionen einen bedeutenden Part des Versorgungsgeschehens auf ihrer Station repräsentierte. Ohne diese Maßnahme konnten die Überwachung der Therapie und die Früherkennung von Komplikationen nicht gewährleistet werden. Dementsprechend bildeten die körpernahen Bestandteile des Monitoringsystems hier das kontextuell gebotene Mittel, um diesen Zweck erfüllen zu können.¹²¹ Daher stand wahrscheinlich weniger eine Aushandlung im Vordergrund, mit der die betroffenen Personen ihre Vorstellungen hinsichtlich der Dauer und Intensität des Monitorings hätten bestimmen können. Hier rahmten die auf der Stroke Unit getroffenen Maßnahmen entsprechend der dahinterstehenden Logik von Diagnostik und Therapie die Situation. Gewissermaßen könnte im Rückgriff auf Barnard (2016) der Aspekt der ‚Technique‘ mit dem Handeln der Pflegerin in Verbindung gebracht werden. Gleichwohl kann darauf hingewiesen werden, dass die Pflegerin auf die Aufklärung der betroffenen Personen hinwies.¹²² Diese verband sie mit einer – als empathisch zu bewertenden – Sensibilität für die Situation der betroffenen Personen, um ihnen die Möglichkeiten aufzuzeigen, mit dem ‚Angekettetein‘ im Sinne eines Modus vivendi umgehen zu können.

¹²¹ Die situationssensible Begründung des Vorgehens findet sich auch in den Ausführungen einer Pflegerin zur Mundpflege bei schwer ansprechbaren Menschen (KH 3 02022015, Abschnitt 14).

¹²² Ähnliches berichtete eine Pflegerin aus einer interdisziplinären Station eines Universitätsklinikums. Die Erklärung der Gerätefunktionen von Infusionsgeräten diente hier jedoch der Vorbeugung von Manipulationen vonseiten der Patientinnen und Patienten (KH 2 08122014, Abschnitt 62).

10.3.1.2 Abstriche vom fachlich Gebotenen hinnehmen

Die Aussagen einer Pflegerin aus der ambulanten Intensivpflege verdeutlicht den Aushandlungsaspekt, der mit der Nutzung von Geräten in der Pflege verbunden ist, indes stärker. Dabei nahm die Pflegerin aufgrund der mit dem Betrieb des Heimbeatmungsgeräts einhergehenden Handlungserfordernisse eine Vermittlerfunktion ein:

„Also da habe ich als allererstes so das Beatmungsgerät. Ne? Also da müssen wir die Kontrolle auf die vollständige Funktion zu Dienstbeginn (.) machen. Beziehungsweise die stündliche Kontrolle der Beatmungsparameter. Und das wirkt sich insofern auf den Pflegealltag aus.“ (A_Int 2 01042015, Abschnitt 24)

Entsprechend den Anforderungen musste das Beatmungsgerät jeweils zu Beginn ihrer Arbeitstätigkeit überprüft werden. Hierzu kam im Rahmen der besonderen Krankenbeobachtung die Überprüfung der Beatmungsparameter. Es handelte sich dabei um obligatorisch zu erbringende Tätigkeiten. Zugleich verliehen diese ihrem Arbeitstag in der häuslichen Umgebung eine gewisse Struktur. Doch ihre Umsetzung konnte nicht gegen den Willen der beatmeten Personen erfolgen:

„Es gibt Patienten, die möchten jetzt zum Beispiel, also unser Dienstbeginn ist jetzt so halb sieben. Die möchten aber gerne schlafen. Das heißt, dass ich vor neun halb zehn diese Überprüfung nicht machen kann. Und das übt sich schon gravierend aus, weil ich halt, ich sage jetzt mal, dass zweite Beatmungsgerät nicht auf Funktionstüchtigkeit überprüfen kann. Ne?“ (A_Int 2 01042015, Abschnitt 24)

Hier kollidierten Vorstellung und Bestimmung der Tagesstrukturen aufseiten der beatmeten Person mit den aufseiten der Pflegerin bestehenden Vorstellungen über eine fachlich gebotene außerklinischer Beatmungspflege und den sich hieraus strukturierenden Tagesablauf¹²³ – zumal die Pflegerin bereits zu Beginn ihrer Ausführungen auf den für sie obligatorischen Charakter der Überwachungstätigkeiten hingewiesen hatte. Zugleich ging es hier auch darum, sicherzustellen, dass das Zweitbeatmungsgerät im Fall von Notfällen sofort einsatzbereit zur Verfügung steht.

Dabei ignorierte die Pflegerin definitiv nicht die Notwendigkeit bzw. den Anspruch der Betroffenen auf Privatsphäre und selbstbestimmte Momente. Auch den Betroffenen und ihren Angehörigen unterstellte sie nicht, dass diese die Notwendigkeit für die Monitoring-Tätigkeiten durch die Pflegenden nicht sehen würden:

„Das wissen die Leute auch. Das ist vorher dementsprechend abgesegnet und die haben sich auch damit einverstanden erklärt.“ (A_Int 2 01042015, Abschnitt 24)

Dies bedeutet, dass die Anpassung der intensivpflegerischen Maßnahmen im Rahmen der besonderen Krankenbeobachtung an die Lebensgewohnheiten und Tagesstrukturen der Betroffenen durch weitere schriftliche Übereinkünfte geregelt werden musste. Hierdurch wurde

¹²³ Diese Problematik wurde beispielsweise von Dybwick et al. (2011) aufgezeigt, in der gerade die Rolle der Angehörigen als ‚informell‘ Pflegenden und Experten in der außerklinischen Beatmungspflege eine Herausforderung für die beruflich Pflegenden darstellen können. Gerade deswegen wird von Schaepe und Ewers darauf hingewiesen, die beruflich Pflegenden besonders in ihrer Sozialkompetenz zu schulen, um ein tragfähiges sicherheitsförderliches Beziehungsnetzwerk mit den Angehörigen aufzubauen (Schaepe/Ewers 2017). Das Ziel sollte hier eine Partnerschaft bilden, in der die Angehörigen zum ‚Team‘ gehören und sich ihre spezifischen Aufgaben bewusst aussuchen können (dies. 2018).

die Pflegerin mutmaßlich von ihrer Garantenpflicht insoweit befreit, als dass sie und die sie beschäftigende Firma keine Haftungsrisiken eingehen müssen. Anhand eines Beispiels zeigte sie allerdings auf, dass sie bei einer solchen Übereinkunft dennoch ein starkes Unbehagen verspürt:

„Beziehungsweise die stündliche Kontrolle der Beatmungsparameter, wenn jetzt zum Beispiel Besuch da ist, möchten die wenigsten Leute, dass das Pflegepersonal da mit anwesend ist. Und das heißt auch, dass die Angehörigen und auch die Patienten dann sagen: "Also wir möchten jetzt nicht, dass Du jede Stunde reinkommst." Das heißt, ich habe die Kontrolle darüber nicht, weiß nicht wie die Werte sind. Und ich finde das wirkt sich schon ganz extrem aus, weil man halt nicht einschätzen kann a) funktioniert das Gerät oder b) wie geht es demjenigen. Aber die Angehörigen sind ja informiert und sagen dann dementsprechend Bescheid, wenn irgendwas sein sollte. Ne. Und so viel, also mit der Überprüfung der Gerätschaften, ist mit dem Sauerstoffgerät, also alle relevanten Dinge, die ich in der Beatmung brauche, sind wie gesagt zu Dienstbeginn zu kontrollieren. Und das übt sich dann meiner Meinung nach schon aus auf die Pflegekraft. Zum negativen. Für mich jetzt. Ne?“ (A_Int 2 01042015, Abschnitt 24)

Ihr Unbehagen konkretisierte sie als Kontrollverlust. Dies war dann der Fall, wenn sie zu bestimmten Anlässen die Beatmungsqualität nicht überprüfen konnte. Damit entglitt ihr sowohl die Kontrolle über das arbeitende Beatmungsgerät als auch über den Allgemeinzustand der beatmeten Person. Hier war sie auf die Angehörigen angewiesen, die sie dann bei Verschlechterungen benachrichtigten.¹²⁴

Gleichwohl wird hier ein von ihr nicht artikulierter Aspekt sichtbar: Hätte sie das Monitoring-Regime im Sinne der in der häuslichen Krankenpflegerichtlinie beschriebenen besonderen Krankenbeobachtung umgesetzt, wären Zustandsverschlechterungen oder Auffälligkeiten früher entdeckt und behandelt worden. In diesem Sinne bildeten die Abstriche vom fachlich Gebotenen einen ihr berufliches Handeln negativ beeinflussenden Faktor.

10.3.1.3 Skeptische Annäherung

Ein weiterer Hinweis auf Abstimmungen im Rahmen der Benutzung von Gegenständen oder Geräten in der Pflege findet sich auch ansatzweise in den Äußerungen einer Pflegerin, die in der ‚konventionellen‘ ambulanten Pflege arbeitete:

„Genau. Da war das zum Beispiel, da war das auch das Problem. Okay, erst hat er zum Beispiel den Blasenkatheter gehabt. Einen Blasenkatheter kann man nicht auf Dauer legen. Und da ist es wirklich sinnvoller einen suprapubischen Katheter legen zu lassen, durch die Bauchdecke. (...) Aber die alten Leute sind meistens so Gewohnheitstiere. So wie es läuft ist es gut oder ich kann mich damit abfinden, aber wenn etwas neues dann hinzukommt, vielleicht kommen dann neue Probleme. Was ist wenn sich dann was entzündet oder er das überhaupt gar nicht

¹²⁴ An diesem Umstand wird deutlich, dass die Grenze, die die professionellen Endnutzerinnen und -nutzer von medizinischen Technologien von den ‚Laien‘ trennt, im ambulanten Bereich zunehmend aufweicht (siehe hier genauer Poland et al. 2005). Weitere Hinweise hierauf ergaben sich aus den Ausführungen der Pflegenden aus der ambulanten Intensivpflege zur Nutzung der Patientenlifter, in der die Angehörigen oder die pflegerisch versorgten Personen selbst aktiv daran beteiligt waren (A_Int 1 20032015, Abschnitt 82; A_Int 1 13032015, Abschnitt 112 sowie A_Int 2 30032015, Abschnitt 108).

verträgt. Die sind dann erstmal auf Abstand. Die meisten Patienten oder die Angehörigen. Weil die müssen damit auch umgehen können.“ (Amb 1 16072015, Abschnitt 82)

Obwohl hier nur andeutungsweise Hinweise auf die Art und Weise der Abstimmung mit den Betroffenen und Angehörigen gegeben wurden, wird Folgendes ersichtlich: Die Verwendung eines transurethralen Katheters (von der Pflegerin als Blasenkatheter bezeichnet) stößt definitiv an Grenzen. Beispielsweise stellt dieser aufgrund des höheren Infektionsrisikos als Aufstiegsschiene für Keime eine häufig temporäre Maßnahme dar. Im Fall einer anhaltenden Harninkontinenz besteht daher im Endeffekt nur der Umstieg auf einen operativ angelegten suprapubischen Katheter (SPK). Im Beispiel bildeten dieser Umstieg und damit der fragliche Gegenstand selbst ein Objekt der Besorgnis aufseiten der Betroffenen.

Ein Grund hierfür bestand möglicherweise in der von der Pflegerin angedeuteten Neuordnung von Routinen bzw. Gewohnheiten. Zudem fürchteten die Betroffenen und ihre Angehörigen das Eintreten von Komplikationen durch den gleichsam bestehenden invasiven Charakter des Fremdkörpers. Zugleich ergibt sich hier ein Hinweis auf die lediglich punktuelle Anwesenheit der Pflegerin im Alltag der Betroffenen. Sie war nicht immer für sie greifbar, sodass sich die Betroffenen und ihre Angehörigen mit den Anforderungen im Umgang mit einem solchen Katheters auseinandersetzen mussten.

Der Hinweis auf die skeptische Haltung der Angehörigen und der Betroffenen hinsichtlich einer Entscheidung für einen Umstieg auf eine invasive Katheteranlage verweist auf mögliche, von der Pflegerin nicht explizierte Aushandlungsvorgänge innerhalb der Familie. Damit deutet sich in Hinblick auf den zu ‚etablierenden‘ SPK und der hierzu erforderlichen Anbahnung eines Krankenhausaufenthalts das Handeln der Pflegerin als Vermittlerin an: Mutmaßlich hatte sie die Betroffenen für eine Entscheidung zugunsten dieser Maßnahme, zu dem eben auch ein ärztlich veranlasster Krankenhausaufenthalt gehörte, überzeugt und musste dementsprechende Vorgänge mit in die Wege geleitet haben.¹²⁵

10.3.2 Gewinn/Verlust von Kontrolle

Dinge als Akteure bieten die Möglichkeit, eine gewisse Kontrolle über eine Handlungssituation zu gewinnen oder diese auch zu verlieren. In den Zuschreibungen der interviewten Pflegenden überwogen jedoch die Hinweise auf einen Kontrollgewinn, was im weitesten Sinne im Rückgriff auf Hülsken-Giesler (2015) mit dem Herstellen von Situationsinvarianzen verbunden werden kann. Nichtsdestotrotz wird am ersten Beispiel aus dem stationären Kontext deutlich, dass Dinge zu einem Kontrollgewinn führen, indes in Abhängigkeit vom Handlungskontext auch zu einem Gefühl des Kontrollverlusts bzw. der Überforderung beitragen können.

10.3.2.1 Ambivalenz des optimalen Funktionierens

Das Infusionsgerät verfügt für die Pflege im Krankenhaus über eine relevante Bedeutung hinsichtlich der kontrollierten systemischen Gabe von Medikamenten. Der beispielhafte Auszug aus dem Interview mit der auf einer onkologischen Station tätigen Pflegerin hebt hier den Aspekt des ‚Laufens‘ als Kennzeichen des optimalen Funktionierens hervor:

„Ja, das ist einmal, natürlich, das hab ich auch aufgeschrieben. Das ist ein großer Punkt. Unsere Infusomaten laufen wirklich relativ gut.“ (KH 2 02022015, Abschnitt 44)

¹²⁵ In einem ähnlichen Fall führte die Überlastung des pflegenden Ehemanns dazu, von der Einmalkatheterisierung auf einen SPK umzusteigen (Amb 2 02122015, Abschnitt 70).

Allerdings verdeutlichte sie auch die Ambivalenz dieses optimalen Funktionierens. Der Grund hierfür lag wahrscheinlich in den strukturellen Bedingungen der Station, in der nicht wenige, sondern eine Vielzahl an Infusionsgeräten sich parallel im Einsatz befunden haben müssen. Hierin bestand ein Umstand, an dem der Gewinn an Kontrolle¹²⁶ durch ein gesteuertes Einlaufen der Infusion aufgrund der Sensibilität der Geräte für Fehlfunktionen in einen gefühlten Kontrollverlust umschlagen konnte:

„Aber dadurch, dass diese Apparate natürlich auch piepen, wenn irgendwas nicht in Ordnung ist, ist es hier schon teilweise sehr sehr unruhig. Und das heißt und dann piept es in jedem zweiten Zimmer. Dann war man gerade in einem Zimmer und im nächsten Zimmer piepst dann auch. Und das kann einen auch ganz schön müde machen, weil man (.) manchmal nicht unbedingt in der Geschwindigkeit hinterher kommt.“ (KH 2 02022015, Abschnitt 44)

Aufgrund dieser zugleich der Kontrolle und der Sicherheit dienenden ausgeprägten Sensibilität der Infusionsgeräte ergab sich durch deren massiven Nutzung für die Pflegerin ein Überforderungsgefühl. Den damit mutmaßlich von ihr empfundenen Kontrollverlust verband sie mit der Vorstellung, dass sie die Alarmmeldungen nicht zeitnah genug hätte bearbeiten können. Dabei bildete diese Konstellation von gleichzeitig optimal funktionierenden akustischen Alarmen abgebenden Infusionsgeräten nur einen Teil dessen, was anhand ihrer Aussagen auf eine potenziell beeinträchtigte Kontrolle des Geschehens hindeutet. Gerade im Setting einer onkologischen Station gehören die zu infundierenden Zytostatika zu den Wirkstoffen, die mit einer gesundheitlichen Gefährdung für die mit ihnen umgehenden Personen einhergehen. Mit diesen nichtmenschlichen Entitäten muss besonders vorsichtig umgegangen werden:

„Weil unsere (.) Problematik besteht ja auch einfach noch da drin, dass es ist jetzt nicht eine normale Infusion, das sind Chemotherapien. Wenn da irgendwas leer läuft ist die Gefahr einfach für uns viel zu groß, dass wir mit diesen Substanzen in Kontakt kommen und das kann ja nicht funktionieren. Das kann ja auch für keinen gut sein. Für mich nicht, für den Patienten nicht.“ (KH 2 02022015, Abschnitt 44)

Die auf der Station eingesetzten Infusionen gehörten nach den Worten der Pflegerin nicht zu den ‚normalen‘ Infusionen, die z. B. zur Volumeneingabe für die Sicherstellung eines physiologischen Flüssigkeitshaushalts genutzt wurden. Stattdessen mussten sie und ihre Kolleginnen sowie Kollegen den sicheren Umgang mit den Zytostatika als Gefahrenstoffe mit ins Zentrum ihres Handelns stellen. Konkret artikuliert sie hier ihre Befürchtung, mit den Wirkstoffen in direkten Kontakt zu kommen. Dieses Risiko wäre aus ihrer Sicht dann gegeben, wenn die Restbestände aus dem Infusionsbehälter herauslaufen würden. Wird die vorhergehende Äußerung herangezogen, setzte sie das Risiko für ein Auslaufen der Restbestände in einen Zusammenhang mit dem Zeitdruck bei der Auswechslung bzw. Abnahme der Zytostatika-Infusionen aufgrund des gleichzeitigen Aufkommens an Gerätealarmen. Infolgedessen würde sich durch die Eile ein erhöhtes Risiko für den Kontakt mit diesen Wirkstoffen ergeben.

¹²⁶ Der Aspekt der dinglich gemittelten Kontrolle wurde in anderen Interviews mit Pflegenden aus der stationären Krankenversorgung in Gestalt der rechnergesteuerten Infusionsgabe (KH 2 08122014, Abschnitt 34), dem Informationsüberblick durch die Pflegedokumentation (KH 1 25112014, Abschnitt 64) sowie durch Zu- und Abgänge (KH 1 24112014, Abschnitt 26) angesprochen.

Insgesamt wird an den optimal funktionierenden Infusionsgeräten damit deutlich, dass mit deren Benutzung ein Gewinn an Kontrolle hinsichtlich Therapie und Sicherheit verbunden war. Gleichzeitig bestand aufgrund der Kontextbedingungen der Stationen ein Gefühl des Kontrollverlusts aufgrund der parallel zu bearbeitenden, Alarme abgebenden Infusionsgeräte.

10.3.2.2 Konfrontation mit Expertenwissen der Betroffenen/Angehörigen

In der ambulanten Intensivpflege, insbesondere dann, wenn es sich um die Versorgung von einer Einzelperson in ihrer häuslichen Umgebung handelt, verfügt das Wissen der Angehörigen über die Bedeutung der von den Beatmungsgeräten ausgehenden Signalen eine hohe Bedeutung:

„Richtig, genau. So, und dann finde ich ist es gewährleistet den Leuten dann wieder halt ihre Privatsphäre zu lassen, weil ich halt nicht die ganze Zeit danebensitzen muss. Sondern die wissen, Ok, das Gerät alarmiert, ich gehe da gerade hin, hole die Pflegekraft dazu. Und die wissen dann auch, also, so.“ (A_Int 2 01042015, Abschnitt 70)

Durch die Kompetenzen der Angehörigen, die von den Geräten ausgehenden Zeichen korrekt zu deuten und die Pflegerin zeitnah hinzuzuziehen, war es ihr selbst möglich, der von ihr betreuten Person (und damit auch den Angehörigen) etwas Kontrolle über die eigene Privatsphäre zu verschaffen. Zugleich erfuhr sie auch ein Gefühl der Entlastung, wobei der Gewinn an Kontrolle aufseiten der beatmeten Person und ihrer Angehörigen auch einen Kontrollverlust für die Pflegerin bedeuten könnte. Sie bezog sich dabei auf eine bekannte Internet-Suchmaschine, die hier den nichtmenschlichen Akteur in ihren Aussagen abbildet:

„Und der negative Aspekt bei der ganzen Sache. Die Leute setzen sich ja heutzutage ganz anders mit Krankheiten auseinander. Zum Teil gibt es Google. Die haben unheimlich viel Wissen. Sehe ich ein bisschen zwiegespalten. Also auf der einen Seite finde ich das gut, dass Angehörige so viel wissen und sich auch mit diesen Themen auseinandersetzen. Auf der anderen Seite kann das für Pflegekräfte aber auch verdammt anstrengend werden. Weil, auch wir wissen nicht alles und wir wissen und wir können auch nicht alles. (.) Also für jemanden mit bisschen Berufserfahrung sollte das eine oder andere nicht kritisch zu bewerten sein.“ (A_Int 2 01042015, Abschnitt 70)

Ausgehend von einem über die Suchmaschine Google erworbenes detailliertes quasi-professionelles Wissen, musste sich die Pflegerin mit dem selbstbewussten Auftreten der Angehörigen in ihrer täglichen Pflegepraxis auseinandersetzen. Dabei hob die Pflegerin hervor, dass es sich hauptsächlich um krankheitsbezogenes Wissen handle. Dieses mittels der Suchmaschine erworbene Wissen bedeutete für sie jedoch einen Faktor, der die Kontrolle über ihr eigenes professionelles Handeln und Wissen im lokalen Beziehungsgeflecht erschwerte. Obschon sie sich indirekt einen gewissen erfahrungsgesättigten Wissensfundus selbst attestierte, überstieg das mutmaßliche Wissen der Angehörigen ihrem Gefühl nach die Bandbreite des eigenen pflegerischen Expertenwissens.

An diesem Umstand offenbarte sich für die Pflegerin die Ambivalenz des Laienwissens, aufgrund dessen sie in ihrer Wahrnehmung in eine quasi asymmetrische Position im Verhältnis zu den Angehörigen rückte. Gleichwohl sei hier angemerkt, dass sowohl die Betroffenen als auch das Umfeld der Angehörigen durch die Auseinandersetzung mit der Heimbeatmung selbst zu Expertinnen und Experten in eigener Sache werden können (Gödecke/Kohlen 2019).

Generell wurde die Konfrontation ihres beruflichen Expertenwissens mit dem Expertenwissen der Betroffenen und Angehörigen vor dem Hintergrund der eigenen Berufserfahrung indes wieder relativiert.¹²⁷ Liegt diese stattdessen aus ihrer Sicht nicht vor, ergibt sich folgendes Problem:

„Aber ich sage jetzt mal, für einen Neuling, glaube ich [ist] das schon schwierig, wenn Angehörige dastehen und ihr Wissen preisgeben. Und man selber kann da jetzt nicht so mithalten. Ne.“ (KH 2 01042015, Abschnitt 70)

Damit sprach sie von einer Herausforderung für die weniger erfahreneren Kolleginnen und Kollegen: Im Falle einer Konfrontation der noch nicht vollständig entwickelten pflegerischen Expertise mit dem Expertenwissen der Angehörigen gelangen demnach weniger erfahrene Pflegenden vermutlich in eine stärker asymmetrische Position innerhalb des häuslichen sozialen Gefüges. Damit verweisen die Äußerungen der Pflegerin auch auf den hohen Anspruch an die Pflegenden, sich im häuslichen Umfeld fachlich behaupten zu können (vgl. Dybwik et al. 2011).

10.3.2.3 Überforderung der Angehörigen

Das folgende Beispiel aus der ambulanten Pflege veranschaulicht ebenfalls das ambivalente Verhältnis von Gewinn und Verlust von Kontrolle in der Nutzung von Dingen.¹²⁸ Im Zentrum steht hier der Umstieg von einem nach dem Schwerkraftprinzip arbeitenden Leitungssystem für Sondenkost auf ein computergesteuertes Pumpensystem zum Zweck der Nahrungsgabe über eine perkutan angelegte Magensonde. Den Anlass für diesen Umstieg lieferte der Kontrollverlust über den regelgerechten Verbleib der zugeführten Sondenkost im Körper eines Patienten:

„Bei dem besagten Patienten, das lief erst über Schwerkraft und dann sollte das über Pumpe laufen. Weil, er hat auch immer viel die Nahrung erbrochen.“ (Amb 1 16072015, Abschnitt 82)

In dem angeführten Beispiel wurde der pflegebedürftige Ehemann hauptsächlich von seiner Ehefrau versorgt. Hierzu gehörten wohl auch die Verabreichung und die Überwachung der Sondenkostgabe. Das Leitungssystem arbeitete nach dem Schwerkraftprinzip: Die Fließgeschwindigkeit musste hier manuell durch Betätigung eines kleinen Rädchens unterhalb einer Tropfenkammer am oberen Ende des Leitungssystems eingestellt werden. Damit war anscheinend nur ein grob kontrollierter Einlauf von Sondennahrung über die Magensonde möglich. Aufgrund der flüssigen Beschaffenheit dieser Nahrung und einer mutmaßlich nicht optimal einstellbaren Fließgeschwindigkeit erbrach der Patient. Dies geschah nach Angabe der Pflegerin häufig, sodass ein gewichtiger Handlungsbedarf vorhanden war, denn für den Patienten bildete das Erbrechen der Sondennahrung eine große Gefahr, diese zu aspirieren und entweder direkt daran zu ersticken oder an einer Lungenentzündung zu erkranken. Zudem ist hier noch

¹²⁷ Insbesondere der Gewinn an Souveränität im täglichen Umgang mit den in der ambulanten Intensivpflege genutzten Geräten scheint essenziell zu sein (A_Int 2 30032015, Abschnitt 90), wobei auch ein gewisses Vertrauen in die Technik bei den Pflegenden existieren muss (A_Int 1 13032015, Abschnitt 92).

¹²⁸ In einem anderen Einzelbeispiel wurde jedoch deutlich, dass Geräte wie das Pulsoxymeter zur Kontrolle sowie Bestätigung der eigenen Wahrnehmung eingesetzt und damit besonders geschätzt werden (Amb 2 08102015, Abschnitt 52).

zu berücksichtigen, dass die Pflegerin mit ihrer Expertise lediglich punktuell vor Ort Hilfestellung leisten konnte. Um dieses zu verhindern und damit wieder ein ‚Mehr‘ an Kontrolle über die Sondenkostgabe zu gewinnen, erfolgte eine Umstellung auf ein computergesteuertes Pumpensystem. Doch diesbezüglich berichtete die Pflegerin von einer Überforderung der Ehefrau:

„Und, okay, damit hat sie sich auch erstmal schwergetan, weil viele alte Leute können nicht mehr mit Computer umgehen. Wieso sollen die jetzt mit so einem Heimcomputer umgehen können, weil das ist ja. Man muss etwas eingeben und muss es verstehen und dass ist meistens immer so eine Hürde für die Angehörigen oder für die Patienten auch.“ (Amb 1 16072015, Abschnitt 82)

Hier thematisierte die Pflegerin das Alter der Ehefrau und verwies damit auf den Umstand, dass beide maßgeblich Beteiligten über grundverschiedene Erfahrungen im Umgang mit Technik, festgemacht an der Computertechnologie, verfügten. Die computergesteuerte Sondenkostpumpe enthielt darüber hinaus andere präskriptive Inhalte und Handlungsprogramme als das bisherige simple, mittels Schwerkraft funktionierende System.¹²⁹ In diesem Zusammenhang sprach die Pflegerin von zwingenden Erfordernissen des korrekten Umgangs mit der Pumpe sowie vom Verständnis ihres Funktionsprinzip. Doch die Einarbeitung der Ehefrau und der anschließende Umgang mit dem Gerät verliefen nicht vollständig erfolgreich. Für die Ehefrau stellten die Präskriptionen eine Überforderung dar und führten auf ihrer Seite mutmaßlich zu einem eklatanten Kontrollverlust. Dieser ergab sich jedoch auch für die Pflegerin, und zwar in Bezug auf die Organisation ihres eigenen Arbeitsalltags:

„Da musst du irgendwie etwas, am Anfang wurde ich ganz oft angerufen von ihr. Da musste ich wirklich hinfahren und das nochmal zeigen, "Ach da hätten Sie nur diesen Knopf drücken müssen." "Oh ich hatte meine Brille nicht auf" "Nächste Mal Brille aufsetzen, dann können Sie auch das besser sehen, dann wissen wo Sie drücken müssen." Das ist jetzt aber halt ein bisschen schwieriger. Weil jetzt im Nachhinein kommt sie Super damit zurecht. Aber das braucht halt immer so seine Zeit. Gerade bei den alten (..) Menschen.“ (Amb 1 16072015, Abschnitt 82)

Ursprünglich sollte die computergesteuerte Sondenpumpe das Erbrechen von Sondennahrung beim bettlägerigen Ehemann zur Gänze abstellen. Im Endeffekt musste die Pflegerin nicht wegen eines solchen Ereignisses mehrmals die Ehefrau des Patienten aufsuchen. Vielmehr musste sie aufgrund der Schwierigkeiten der Ehefrau in der Benutzung der Sondenkostpumpe häufig vorbeikommen und Unterstützung leisten. Im Rahmen dieser Übergangszeit war ihr Handeln somit durch einen erheblichen Anteil an edukativer Arbeit geprägt.

¹²⁹ Gewissermaßen stellt der Transfer von Medizintechnik in den häuslichen Bereich für die pflegenden Angehörigen als ‚Laien‘ eine Barriere dar, dessen fehlende Bearbeitung durch begleitende edukative Maßnahmen zu negativen Konsequenzen für die pflegerisch versorgten Personen in der Techniknutzung führen kann (Lehoux 2004).

10.3.3 Angewiesensein auf Dinge

In dieser Subkategorie wurden Äußerungen der Interviewten eingeordnet, die das Angewiesensein auf Dinge thematisierten. Sie gibt, trotz weniger kodierbarer Textstellen, Hinweise auf ein Bewusstsein für deren Relevanz als das Handlungsfeld mitstrukturierende Akteure.

10.3.3.1 Unverzichtbarkeit des Computers

„Auch genauso wie der Computer. Heutzutage könnte man auch nicht mehr ohne Computer arbeiten. Auch in der Pflege nicht. (I. lacht) Also das ist einfach nicht mehr möglich.“ (KH 1 25112014, Abschnitt 36)

In ihrer einführenden Aussage hob die auf einer Stroke Unit tätige Pflegerin die Unverzichtbarkeit des Computers hervor. Dabei unternahm sie eingangs noch eine gewisse Unterscheidung zwischen dem Arbeitsleben im weiteren Sinne sowie dem Berufsfeld der Pflege. Sie verdeutlichte, dass ein berufliches Handeln ohne den Rückgriff auf Computertechnologien nicht mehr umsetzbar sei. Allein anhand der Vielfalt an Funktionen, die auf ihrer Station im Krankenhaus genutzt wurden, untermauerte sie ihre Aussage:

„Alleine für die Aufnahme, wenn der Patient kommt ist er im Computer. Man muss, wir müssen ihn in den großen Monitor eingeben. In den Überwachungsmonitor müssen wir ihn eingeben. (.) Wir brauchen ihn so im Computer. Wir müssen Etiketten ausdrucken für die Dokumentation. Für (.) die weitere Diagnostik. Für die MRT-Scheine, CT-Scheine. Also solche Dinge. Dafür brauchen wir den Computer. Wenn wir Blut ausdrucken Also für das Labor irgendwelche Etiketten brauchen. Dafür brauchen wir den Computer also eigentlich, (.) wenn der Patient zu irgendwelchen Untersuchungen gebracht werden muss oder so. Da auch, das geht über den Computer. Heutzutage geht ohne den Computer auch nichts. Unabdingbar nicht. Also nicht nur für uns. Das ist sicherlich für alle Berufsgruppen im Krankenhaus so. (.) Aber es ist halt auch für mich jeden Tag wichtig.“ (KH 1 25112014, Abschnitt 36)

Sämtliche organisatorischen Arbeitsschritte wurden am Computer erledigt. Hierzu gehörte die Eingabe von Patientendaten – sowohl am individuell zugeordneten Monitor im Patientenzimmer als auch im zentralen Computer des Stationszimmers. Erst auf dieser Basis konnten entsprechende Daten über die Vitalzeichen gespeichert und der juristisch sichere Nachweis für die Kassen zu Abrechnungszwecken geführt werden.¹³⁰ Ohne diese über die Computer gemittelte Datenbasis konnten ferner keine weiteren Schritte stattfinden, die für die Organisation von Diagnostik und Therapie im Krankenhaus vor Ort benötigt wurden.

Im Rückgriff auf Manzei (2011, 2009) wird somit die objektivierende Wirkung dieser technischen Objekte deutlich. Nur durch die soziomateriell erzwungene ‚Engstelle‘ von (zentralen

¹³⁰ Hierzu die Ausführungen aus einem Protokoll der Beobachtungen auf der Stroke Unit: [...] Zusätzlich werden die Daten des Monitorings parallel auf elektronischen Datenträgern gespeichert, um dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) vorgelegt werden zu können. Dieser verlangt eine doppelte Dokumentation, weil bei einer ausschließlich papierbasierten Dokumentationsweise von einer erhöhten Chance zur Datenfälschung ausgegangen wird. Ein weiterer Grund besteht darin, dem MDK nachzuweisen, dass die jeweiligen Patientinnen und Patienten über einen Zeitverlauf von mindestens 73 Stunden am Monitoring teilgenommen haben. Dieser Nachweis ist essenziell notwendig, um die Zulage für die Behandlung auf der Stroke Unit erhalten zu können. (Beobachtung 15.10.2014, Abschnitt 252–263)

und dezentralen) Überwachungsmonitoren sowie das elektronische Verwaltungssystem, greifbar in Form der in den Stationszimmern vorgehaltenen Computerterminalen, konnte das pflegerische (bzw. auch das medizinische) Handeln dokumentiert und im Vorfeld gerechtfertigt werden.

10.3.3.2 ‚Kein Handlungsfeld ohne Beatmungsgerät‘

Dieses kurze Statement eines Pflegers, der in einer Beatmungswohngemeinschaft arbeitete, verdeutlicht die Bedeutung von im außerklinischen Kontext einsetzbaren Beatmungsgeräten:

„Also halt, ja einmal wäre es hier halt bei den Bewohnern, die wir hier haben, die Beatmung. Weil das für die ja lebenswichtig ist.“ (A_Int 1 20032015, Abschnitt 15)

Erst die Verfügbarkeit eines solchen Geräts ermöglicht das Handlungsfeld der ambulanten Intensivpflege, da es die pflegerisch zu versorgenden Personen am Leben erhält oder – bei intermittierenden Beatmungsformen – vor stationären Aufenthalten im Krankenhaus bewahren kann. Dabei ist zu ergänzen, dass die Heimbeatmung in einem quasi-stationären oder häuslichen Kontext auf adäquate Netzwerke angewiesen ist. Ferner wurden die Grenzen für diese Versorgung und deren Qualität noch nicht deutlich bestimmt (Lehmacher-Dubberke 2018; Lehmann et al. 2016b).

10.4 Inskription/Präskription

10.4.1 Präskription der Dinge

Diese Subkategorie bezieht sich auf Zuschreibungen der interviewten Pflegenden, in denen präskriptive Aspekte bzw. Präskriptionen der Dinge herausgearbeitet werden konnten. Hierbei erweist es sich als interessant, dass sie sich nicht allein mit den jeweiligen Dingen in Verbindung bringen ließen, sondern mit dem performativen Charakter einer Interaktion. Anders als das von Prout (1996) veranschaulichte Beispiel zum Dosieraerosol standen die Dinge zwischen zwei Menschen. Damit ging es mithin nicht um eine Nutzerkonstellation von Menschen und Dingen, sondern um die Nutzung bzw. Manipulation eines Gegenstands durch die Pflegenden mit und am Körper der von ihnen versorgten Menschen.

10.4.1.1 Sauberkeit und Durchgängigkeit

In allen besuchten Krankenhäusern konnte die vereinzelte Versorgung zentraler Venenkathetern (ZVK) oder von Portanlagen beobachtet werden. Das folgende Beispiel bezieht sich auf die Versorgung eines gängigen ZVK, dessen Zugang im Gegensatz zu einer Portanlage außerhalb des Körpers lag. In der Konsequenz handelte es sich damit um einen für mechanische Störungen und für die Besiedlung durch bakterielle oder andere Keime anfälligen Zugang in das Gefäßsystem. Der Zugang verfügte über mehrere Schenkel; an ihm war zusätzlich ein Dreiwegehahn befestigt. Von der Pflegerin wurden hinsichtlich der Versorgung folgende präskriptive Aspekte benannt:

„Nein, also man sollte täglich den, normalerweise bei einem Verband, also dann Dreiwegehähne wechseln und nur (.) dann spült man dann auch diesen (..) Schenkel an. Und sonst, wenn der nicht genutzt wird, wenn der ZVK, der drei Schenkel, manchmal oder sogar vier Schenkel, wenn der nicht benutzt ist, muss man da weiter auch nichts machen. Nur das an dem, der benutzt wird. Und da spült man automatisch, wenn da etwas durchgelaufen ist an Infusionen. Immer automatisch mit Kochsalz noch mal durch.“ (KH 2 08122014, Abschnitt 59)

Folgende Aspekte werden hier erkennbar: Grundsätzlich bleibt der Verband als Schutz des ZVK anscheinend für eine gewisse Zeitspanne auf der Eintrittsstelle liegen. Der Dreiwegehahn sollte, wie von der Pflegerin zuvor ausgeführt, täglich gewechselt werden. Als Vorrichtung ermöglichte dieser Gegenstand die parallele Gabe mehrerer Infusionen, aber als eine Eintrittsstelle für Keime hingegen handelte es sich um eine Schwachstelle im System. Daher existierte die im Krankenhaus mutmaßlich durch die Hygieneabteilung definierte Vorgabe, das Risiko für eine Keimbesiedlung des Gefäßsystems durch einen täglichen Wechsel dieses Geräts zu minimieren. Hinzu kam noch das Anspülen des Katheters. Hier wurden jedoch nur die benutzten, d. h. die vorher geöffneten Schenkel mit einer für den Körper verträglichen isotonischen Kochsalzlösung gespült. Dabei sprach die Pflegerin von einem verinnerlichten Automatismus, um die Bestandteile des sich im Katheter befindenden Infusionsrests aus dessen Lumen zu entfernen. In jedem Fall bildete der ZVK somit einen Gegenstand, der von der Pflegerin eine routinierte Aufmerksamkeit erforderte. Die durch sie knapp skizzierten Arbeitsschritte heben indes den technischen Charakter ihres Handelns hervor.

Insgesamt werden bei der Versorgung eines ZVK damit folgende präskriptive Aspekte sichtbar: Den ersten Aspekt bildete die Reduktion der Keimbesiedlung durch den obligatorischen Austausch abnehmbarer Komponenten. Der zweite Aspekt bestand in der Freihaltung des Katheterlumens, um diese für weitere Infusionsgaben nutzen zu können.

10.4.1.2 Perfektes Zusammenspiel aller Beteiligten

Im Handlungsfeld der ambulanten Intensivpflege ließen sich Hinweise auf präskriptive Aspekte am Beispiel des Beatmungsgeräts inklusive Schlauchsystem herausarbeiten. Dabei stand das Beatmungssystem als Kombination aus Beatmungsschlauch und Beatmungsgerät im Zentrum, da es letztlich das Überleben der Betroffenen sicherstellte. Im ANT-Sinne mussten die Pflegenden in den beobachteten Handlungssituationen folglich mit einem ‚Hybriden‘ aus Mensch und Maschine umgehen. Hierdurch bildete eine adäquate Choreografie zwischen Mensch, Beatmungsschlauch und Beatmungsgerät einen präskriptiven handlungsleitenden Aspekt, um den Betroffenen gerecht zu werden:

*„Ja das Beatmungsgerät, das ist schon sehr, das beeinflusst schon sehr halt die Pflege. Und da muss man immer daran denken, wenn man jetzt jemanden (..) zur Seite dreht oder wenn man jemanden aus dem Bett rein und raus mobilisiert.“
(A_Int 1 20032015, Abschnitt 28)*

Hier ging es primär um die Aufmerksamkeit des Pflegers, der in einer sogenannten Beatmungs-WG und damit in einer nicht unumstrittenen Form des ambulant betreuten Wohnens arbeitete.¹³¹ Hier ist eine gesteigerte Aufmerksamkeit gerade dann erforderlich, wenn die Position des Körpers von einer beatmeten Person im Pflegebett verändert oder diese aus dem Bett in den Rollstuhl transferiert werden soll. Durch den Beatmungsschlauch ergaben sich daher potenzielle Ereignisse, die aber unmittelbare Auswirkungen auf die beatmete Person haben können.¹³² Dies schilderte der Pfleger anhand folgender Beispiele:

¹³¹ Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass die häusliche Umgebung und damit auch sogenannte Beatmungs-WGs in ihrer baulichen und sonstigen Ausstattung nicht den Anforderungen an eine Versorgung beatmungspflichtiger Menschen genügen (Lehmacher-Dubberke 2018).

¹³² Insbesondere das Wissen um die körperlichen Auswirkungen dinglich gemittelter Manipulationen bzw. von Interventionen auf den pflegerisch versorgten Menschen und den Umgang damit wurde besonders häufig von Pflegenden in der ambulanten Intensivpflege angeführt. Hierzu gehörte das Vorausahnen des reizarmen Einlegens der Trachealkanüle (A_Int 1 13032015, Abschnitt 84). Weitere präskriptive Aspekte bildeten hier das Zeigen von Souveränität in der Durchführung der jeweiligen Intervention,

„Muss man ja immer bedenken, ja da ist ja noch der Schlauch dran. (nicht verständlich) da muss man alles gucken, dass das nicht unterbrochen wird. Das da nichts dran passiert. Das da nicht geklemmt wird.“ (A_Int 1 20032015, Abschnitt 28)

Der Pfleger benannte die Wirkungen hier ausdrücklich als Gefahren, die bei der Bewegung beatmeter Menschen durch den Beatmungsschlauch ausgehen können. Als definitive Lebensversicherung der Betroffenen durften hier keine schwerwiegenden Ereignisse in Form mechanischer Irritationen des Schlauchsystems auftreten. Beispielhaft führte der Pfleger die Diskonnektierung des Schlauchsystems – womöglich durch eine starke Zugentwicklung auf den Schlauch oder den Adapter der Trachealkanüle – an. Ein weiteres Beispiel bildete das Abklemmen des Schlauchs, das ebenfalls die Versorgung mit Atemluft unterbrechen konnte. Anhand dieser für die beatmeten Personen gefährlichen Situationen wurden folgende präskriptive Aspekte vom Pfleger benannt:

„Also es ist schon sehr umfangreich, sehr umfangreichen Rundumblick muss man immer haben, weil die ganze Zeit immer auch (..) ja, das halt beobachten muss. Oder auch halt am besten zu zweit macht man. Also was generell nur irgendwelche Hinsetzungen. Weil man halt einfach auch dieses ganze Drumherum gucken muss, das das halt mit passt. Und dass man die ganzen Utensilien auch dabei hat, was so ringsrum hinzugehört. Die ganzen Notfallsachen, dass mein ein Absauggerät mit dabei hat und auch wirklich, dass die Sachen funktionieren.“ (A_Int 1 20032015, Abschnitt 28)

Nochmals rekurrierte der Pfleger auf die obligatorische gesteigerte Aufmerksamkeit. Zwar machte er hier nicht deutlich, ob diese sich nur auf den Beatmungsschlauch oder auch auf andere materielle Entitäten bezog. Letzteres dürfte anhand der weiteren Aussagen angenommen werden. Eine weitere präskriptive Aussage stellte das Arbeiten mit einer Kollegin oder Kollegen dar, wenn es um den Transfer vom Bett in den Rollstuhl ging. Zumindest legt seine Wortwahl der ‚Hinsetzungen‘ einen Transfer nahe.

Ein anderer, präskriptiv zu verstehender Aspekt bestand in der Anwesenheit eines Ensembles an Gegenständen, die bei Zustandsverschlechterungen benutzt werden konnten. Hier wies der Pfleger lediglich auf das Absauggerät hin. Möglicherweise trat bei solchen Maßnahmen eine massive Sekretlockerung auf, sodass mittels eines raschen Absaugens die störende Sekretmenge aus den unteren Atemwegen entfernt werden konnte. Implizit deutete er auch das Erfordernis an, vorab die Geräte auf ihre Funktionen hin zu überprüfen. In diesem Sinne lässt sich hier die Sorge um eine verlässliche Funktionalität der Geräte als präskriptiver Aspekt benennen.

Insgesamt ergeben sich damit mehrere Präskriptionen: Die erste bildet die Umsetzung einer perfekten Choreografie von Mensch, Beatmungsschlauch und Beatmungsgerät. Mit der zweiten Präskription ist die gesteigerte Aufmerksamkeit gemeint, die sich auf das gesamte Handeln mit der betroffenen Person und dem Beatmungssystem bezieht. Die dritte Präskription umfasst die Einbindung weiterer Personen im Bedarfsfall, wenn eine massive Lageveränderung angedacht ist. Dabei beziehen sich die beiden letzten Präskriptionen auf die Gewährleistung von

z. B. Absaugen (A_Int 2 01042015, Abschnitt 48), sowie das adäquate ‚Lesen‘ des Zusammenhangs von körperlichen Zeichen und den sichtbaren Parametern am Beatmungsgerät (A_Int 2 10042015, Abschnitt 86).

Sicherheit für die beatmeten Menschen. Hierdurch ergab sich ein komplexes Geflecht an Anforderungen, dem der Pfleger gerecht werden musste.

10.4.1.3 Sehen, Reden, Hören, Ahnen

In Bezug auf präskriptive Aspekte des Transfers einer Person mit einem Hebelifter vom Bett in den Rollstuhl beschrieb eine Pflegerin aus der ‚konventionellen‘ ambulanten Pflege, dass eine auf den ersten Blick sich anbietende Routinehandlung stattdessen ein komplexes Unterfangen darstellte:

„Das ist ja auch ein täglicher Prozess den man hat. Man holt den Menschen täglich aus dem Bett und (.) man bespricht das ja auch vorher. Die Leute wissen das auch, sie sind fertig angezogen. Sie liegen im Bett und“ (Amb 2 02122015, Abschnitt 78)

Die von ihr betreute Person wurde während ihres Arbeitseinsatzes jeden Tag mit einem Lifter aus dem Pflegebett in den Rollstuhl transferiert. Zur täglichen Routine gehörte hier die Vorbesprechung dieser Maßnahme, wobei die Person und ihr Umfeld diesen Vorgang bereits kannten. Gewissermaßen lag dem Handeln eine vor Ort bestehende routinierte Arbeitsteilung zugrunde. Hier erweist sich als interessant, dass sie zu Beginn der weiteren Ausführungen auf eine grundlegende Verhaltensform hinwies:

„(..) es ist genau wie in der Pflege, ne, man sagt was dann passiert in dem Moment. Und man legt das dann an. Und vergewissert sich natürlich, weil das ja auch gerade bei immobilen Menschen ist, die dann auch drinne hängen, dass so ein Netz auch gut sitzt. Und fragt natürlich auch nach. Auch während des Transfers, wenn es losgeht, muss man gucken, dass nichts einschneidet. Man muss ständig immer in Sichtkontakt mit den Leuten bleiben. Also das ist wichtig. Ne? Das man (..) ihnen die Möglichkeit gibt zu sagen "Nee da zwickt mir was" oder "Nee gefällt mir nicht, da klemmt was." Und das auch ihnen die Möglichkeit geben, dass sie das äußern können und auch ändern zu können dementsprechend. Ne? Und nicht sagen "Ja ja, jetzt machen wir erstmal zu Ende und wenn wir am Rollstuhl sind gucken wir mal." Also vor Ort ihm das Gefühl zu vermitteln, wenn was nicht stimmt, dass sie das äußern dürfen jederzeit. Aber auch wiederum, wenn alles sitzt und alles gut ist, dann muss man auch sagen können, es sitzt aber alles gut, es ist alles prima. Oder man weiß, dass da ein Schwindel entsteht. Wenn die meist aus der liegenden Position kommt und der Lifter fängt an hochzuziehen, dann auch mal vielleicht eine kurze Pause einzulegen. Ne? Und erst mal den Menschen zu sich kommen zu lassen und dann weiter fortfahren. Ne? Und sanft arbeitet. (lacht) Und auch nicht grob ist.“ (Amb 2 02122015, Abschnitt 78)

Die Ausführungen der Pflegerin, denen sich jeweils ein präskriptiver Charakter zuschreiben lässt, weisen verschiedene Schwerpunkte auf: Zum einen ist hier die Berücksichtigung des Faktors der Immobilität als Hinweis auf die Vulnerabilität der betroffenen Person zu nennen. Die Pflegerin führte in diesem Zusammenhang den Begriff des ‚Im-Netz-Hängens‘ an, der diese Situation angemessen figurierte. Auch dem Hinweis auf das Einschneiden des Tragetuchs in Körperstellen kann eine Bedeutung zugeschrieben werden, da hierdurch Schmerzen bei der betroffenen Person verhütet werden können. Die Gewährleistung des optimalen Zusammenpassens des vulnerablen Körpers mit dem Tragetuch und damit ein erfolgreiches ‚Tinkering‘ bildeten somit einen Schwerpunkt mit präskriptivem Charakter.

Ein weiterer Aspekt bestand im Blickkontakt in Verbindung mit einem proaktiven Kommunikationsstil vonseiten der Pflegerin, der ein unmittelbares Feedback vonseiten der betroffenen Person gewährleisten sollte.¹³³ Der ständige Blickkontakt diente hier zusätzlich zur Kontrolle des bereits zuvor angesprochenen austangierten Verhältnisses von Körper und Tragetuch, zumal die Pflegerin kategorisch eine rein technisch zu verstehende Durchführung, die mit einer Ignoranz gegenüber den Signalen des jeweiligen Gegenübers einhergehen könnte, ausgeschlossen hatte. Damit war ihr ein Handeln nicht im Sinne einer ‚Technique‘ relevant, sondern als kommunikatives, der pflegerisch versorgten Person zugewandtes Vorgehen.¹³⁴ Hierzu gehörte auch die Gabe positiver Rückmeldungen in Richtung der Betroffenen, um einen erwartungsgemäßen sicheren Verlauf der Maßnahme zu signalisieren.

Einen letzten Schwerpunkt verkörperte die Antizipation möglicher, durch die Bettlägerigkeit bedingte physiologische Verschlechterungen infolge des Aufrichtens des Körpers. Hier bestand der präskriptive Anteil darin, während des Transfers den Prozess auszusetzen, d. h. zu pausieren, damit sich die betroffene Person an die veränderte Lage gewöhnen konnte.

10.4.2 Inskription als Erfordernis

Vor dem Hintergrund der Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten nach § 37 des Medizinproduktegesetzes (MPBetreibV) sind Pflegende verpflichtet, sich in die Benutzung bestimmter Dinge einweisen zu lassen. Hierin lässt sich eine Analogie zur Inskription herstellen, wobei die Einweisungsprozeduren deutlich über das bloße Lesen einer Gebrauchsanweisung hinausgehen. Die folgenden Beispiele liefern hierzu einige Einblicke, auf deren Basis der Begriff der Inskription zumindest ansatzweise inhaltlich gefüllt werden kann.

10.4.2.1 Einweisung nur in risikobehaftete Dinge

Grundsätzlich wurde nach den Aussagen der auf einer Stroke Unit arbeitenden Pflegerin bei jedem Gegenstand oder Gerät, das in der pflegerischen Versorgung genutzt wurde, eine Einweisung benötigt:

„Ja, das ist häufig so. Eigentlich braucht man für alle, für alle Dinge eine Einweisung oder so ziemlich für alle medizintechnischen Dinge brauchen wir oftmals eine Einweisung. () Da müssten, wenn wir auch in diese.“ (KH 1 25112104, Abschnitt 84)

Dabei sprach die Pflegerin von sogenannten medizintechnischen Dingen. Es handelte sich hier um Gegenstände, deren Nutzung durch die entsprechende rechtliche Verordnung gesondert von anderen technischen Geräten geregelt wird. Es bleibt indessen unklar, wie die Einweisungen konkret vonstattengingen. Vermutet werden kann eine Einweisung direkt vor Ort durch speziell hierzu befähigte Kolleginnen und Kollegen. Für die Pflegerin schien diese Einweisung eine Selbstverständlichkeit zu sein, da diese wohl zur Einarbeitung auf ihrer Station

¹³³ In einem anderen Interview mit einer Pflegerin im ambulanten Handlungsfeld wird insbesondere das Ausstrahlen von (körperlicher) Souveränität bei Maßnahmen am Körper der pflegerisch versorgten Menschen hervorgehoben (Amb 1 16072015, Abschnitt 98).

¹³⁴ Ähnlich verhielt es sich aus der Sicht einer anderen Interviewpartnerin mit dem Tragen der unerlässlichen Latexhandschuhe, womit ein gewisser sozialer Takt in den aufgesuchten Haushalten berücksichtigt werden sollte. Präskriptiv sollten Handschuhe ausschließlich für pflegerische Tätigkeiten getragen werden, jedoch aus ihrer Sicht gerade nicht bereits bei der Begrüßung der zu versorgenden Personen (Amb 2 08102015, Abschnitt 58).

gehörte. Einen wesentlichen Aspekt der Einweisung bildete deren schriftliche Nachweisbarkeit:

„Also da ist so eine Karteikarte, wo wir quasi uns eintragen können und auch dann nachweisen müssen, dass wir daran eingewiesen sind, weil wir eigentlich sonst auch nicht mit den Dingen arbeiten dürften.“ (KH 1 25112104, Abschnitt 84)

Die Karteikarte diente in der Klinikorganisation der Pflegerin als unentbehrlicher Nachweis für eine stattgefundene Einweisung. Gewissermaßen ist sie auch identitätsstiftend, da sie in Anlehnung an Latour (2014a) durch die Karteikarte zur nutzungsberechtigten Person und damit vermutlich als vollwertiges Teammitglied subjektiviert wurde. Erst mit diesem Gegenstand wurde sie der Klinikorganisation und im Schadensfall den rechtlichen Akteuren gegenüber als kompetente Akteurin wahrnehmbar. Eine Benutzung medizintechnischer Geräte war zudem ohne diesen Nachweis nicht möglich.

Nach einer kurzen Zwischenfrage durch den Interviewer zählte die Pflegerin mehrere Gegenstände auf, für die eine Einweisung in deren Handhabung obligatorisch ist:

*„Das heißt auch nicht mit dem E-Bett?
Ja nein. Ich glaube mit dem Bett ist das noch eine Ausnahme. Aber so zum Beispiel, ich meine die Perfusoren, Infusomaten, das BGA-Gerät, die Sauerstoff.“ (KH 1 25112104, Abschnitt 85 - 86)*

Definitiv gehörte das auf der Station genutzte vollautomatisierte Stroke-Bett nicht zu den Geräten, bei denen eine medizintechnische Einweisung zwingend erforderlich ist. Hier war sich die Pflegerin ebenfalls nicht sicher. Aus ihren weiteren Ausführungen geht allerdings deutlich hervor, dass die Einweisung nur für die Geräte und Gegenstände obligatorisch ist, deren Benutzung mit Risiken für die Patientinnen und Patienten verbunden ist. Konkret ging es also um Geräte für die Zuführung von Medikamenten in den Körper, zu denen von ihr auch die Sauerstoffflaschen sowie das auf der Station zu Monitoring-Zwecken verwendete Blutgasanalysegerät gezählt wurden. Ihren Aussagen folgend, müssen sich die Pflegenden auf der Stroke Unit mit den weniger ‚risikobehafteten‘ Geräten und Gegenständen im Modus eines heuristisch ausgerichteten ‚praktischen Lernens‘ als ‚Training on the job‘ im Arbeitsalltag auseinandersetzen. Dies dürfte auch bei den anderen besuchten Krankenhäusern der Fall gewesen sein.

10.4.2.2 Performativer Charakter der Inskription

Einleitend hob der Pfleger die initiatorische Bedeutung der Einweisung im Umgang mit den Beatmungsgeräten in der ambulanten Intensivpflege hervor. Im Vordergrund stand hier das anwendungsbezogene Wissen:

„Ja. Also wir müssen natürlich um überhaupt damit umgehen zu dürfen mit dem Beatmungsgeräten müssen wir natürlich erstmal eingewiesen sein. Wir müssen genau wissen, was dieses Ding kann und was es nicht kann. Und wo bestimmte Parameter abzulesen sind und wie ich die Alarmgrenzen sehe oder wie ich sehe, ob irgendwas verstellt ist. Und daran anhand dessen kann ich natürlich auch sehen, ob jemand Sekret eingelagert hat oder nicht. Oder, dass es Schwierigkeiten gibt. Beispielsweise mit dem, mit der Sauerstoffmessung. Also das ist so alles ein bisschen, da sollte man schon die Fachkenntnisse auch haben.“ (A_Int 1 13032015, Abschnitt 88)

Dementsprechend ging es dem Pfleger um die Kompetenz, die Geräteeigenschaften, die die Delegation einer ansonsten manuell durchzuführenden mechanischen Beatmung darstellten, exakt zu kennen – einerseits hinsichtlich der Fähigkeiten des Beatmungsgeräts, andererseits in Hinblick auf dessen Grenzen oder nicht vorhandenen Fähigkeiten. Ihm ging es damit um die Einweisung in das Gerät in Form eines primär technischen Verständnisses. Dies betraf das Ablesen der Beatmungsparameter und das Wissen über die Alarmgrenzen. Zudem führte er auch noch den Sicherheitsaspekt an, um Veränderungen in den Einstellungen der Alarmgrenzen frühzeitig erkennen zu können. Aus diesen vom Beatmungsgerät in quantitativer Form vermittelten Informationen könne er dann die jeweilige klinische Situation interpretieren. Allerdings wies er zum Schluss darauf hin, dass die Einweisung in das Gerät kein solitäres Ereignis verkörpert:

„Die erlernt man eigentlich nur, wenn man tagtäglich damit umgeht. Am Anfang sollte immer jemand dabei sein. Das ist auch klar. Ja. Aber man sollte genau wissen, wie diese Geräte funktionieren. Denn es gibt auch Situationen wo Geräte einfach mal kaputtgehen oder anfangen rumzuspinnen. Nun sollte man genau wissen, was zu tun ist. Denn ohne dieses Gerät wird dieser Mensch, also mein Gegenüber, nicht leben. Wenn ich dann zu langsam handle (..), dann ist es quasi meine Schuld. Weil ich hätte handeln müssen und zwar richtig. Das, das soll, das weiß hier jeder. Ja. Zum Glück sind wir hier mehrere Mann und können uns immer gegenseitig helfen, weil es diese Situationen halt auch gibt. Kommt immer wieder vor, dass ein Gerät kaputt geht. Ist auch normal, weil die Arbeiten ja dauernd. Die stehen ja nie still. Also es gibt immer ein Zweitgerät, das dann stillsteht. Wechselnd. Ja.“ (A_Int 1 13032015, Abschnitt 88)

Grundsätzlich erwirbt man laut den Angaben des Pflegers die Fachkenntnisse durch den täglichen Umgang mit den Beatmungsgeräten.¹³⁵ Er verwies damit auf den performativen Charakter – einerseits hinsichtlich der Einweisung und andererseits hinsichtlich der darauffolgenden Alltagspraxis. Eine anfängliche ‚Inskription‘ des Nutzers sei für sein Handlungsfeld nicht ausreichend.¹³⁶ Die Wiederholung in der Nutzung des Beatmungsgeräts ist in seiner Perspektive zwingend erforderlich, um kompetent handeln zu können. Zudem weisen seine Äußerungen auf eine mutmaßlich längere Einarbeitungsphase in Begleitung einer erfahreneren Person hin.

Die Einweisung als Inskription hat für die beatmeten Menschen noch eine weitere lebenserhaltende Bedeutung: Der Pfleger berichtete von der Wahrscheinlichkeit von Störungen bzw. fehlerhaften Arbeitsleistungen der Beatmungsgeräte aufgrund ihrer fortwährenden und stetigen Benutzung. Für ihn bestand hier anscheinend ein enger Zusammenhang zwischen dem fundierten Wissen über die Funktionen und den erforderlichen Handgriffen zur Behebung von Fehlfunktionen. Ohne dieses mittels rekursiv-performativer Inskription erworbene Wissen konnte er nicht schnell genug handeln und die Störungen abstellen. Die Abhängigkeit der beatmeten Person vom Beatmungsgerät unterstrich zudem seine Verantwortung für die Aufrecht-

¹³⁵ Dieses Training ‚on the job‘ erscheint auch in der außerklinischen Intensivpflege in anderen Ländern zu dominieren (siehe z. B. Swedberg et al. 2015).

¹³⁶ Allerdings stellt die Einweisung durch fachkundige Dritte eine zwingende Voraussetzung für den Umgang mit Heimbeatmungsgeräten dar (A_Int 1 30032015, Abschnitt 24). Ähnlich wie im Krankenhaus findet jedoch keine Einweisung in andere, weniger risikobehaftete Dinge, z. B. das Pflegebett oder den Patientenlifter, statt (A_Int 2 01042015, Abschnitt 28).

erhaltung der Beatmung. Ein falsches Handeln war demnach vor dem Hintergrund seiner Garantenpflicht für ihn definitiv ausgeschlossen. Damit musste die Inskription ebenfalls inhaltlich und praktisch ‚richtig‘ sein.

Ein Aspekt, der für ihn entlastend wirkte, bezog sich auf die Strukturen seiner quasi-stationären Beatmungs-Wohngemeinschaft.¹³⁷ In dieser arbeiteten mehrere in die Benutzung der Beatmungsgeräte eingewiesene Pflegende. Hierdurch konnte er auf zusätzliche Hilfe zurückgreifen, die aufgrund des Verschleißes der Beatmungsgeräte notwendig ist. Damit wird annäherungsweise sichtbar, dass das zwingende Erfordernis der Inskription in Form der alltäglichen Praxis eine kollektive Angelegenheit für die beruflich Pflegenden zu repräsentieren scheint.

10.4.3 Kritischer Umgang mit Präskriptionen

In dieser Subkategorie wurden die Aussagen der interviewten Pflegenden versammelt, die einen kritischen Umgang mit Präskriptionen aufzeigen. Dabei heben die beispielhaft aufgeführten Dinge u. a. den ‚dislokalen‘ Charakter dieser Präskriptionen hervor, da sie auf andere, außerhalb der lokalen Situation anwesende Akteure verweisen. Insgesamt wird dabei deutlich, dass nicht die ‚Dinge‘ an sich im Fokus der Kritik stehen.

10.4.3.1 Aufbrauchen personenbezogener Zeitressourcen

In den folgenden Ausführungen einer auf einer onkologischen Station arbeitenden Pflegerin werden mit hauptsächlich an einem Computerterminal zu erledigenden Dokumentationsarbeit implizit präskriptive Aspekte angesprochen. Eingangs wurden diese von ihr in den Kontext der Arbeitsverdichtung gestellt:

„Da habe ich mir. Ganz klar zum Thema EDV ist einfach diese massive Dokumentation. Und dadurch weniger Zeit am Patienten, wo ich immer für mich gucken muss was hat für mich Priorität. Klar muss ich auch dokumentieren. Da muss man natürlich für sich gut strukturiert und organisiert sein damit man nicht tausendmal dahin läuft. Was manchmal auch schon schwierig ist. Und natürlich eine Dokumentation, dann vergisst man was da, muss man sich dann nochmal wieder auch hinsetzen. Das kann ja auch nicht Sinn der Sache sein. Das ist natürlich, ist das wichtig, dass man sich da gut organisiert, wenn man schon eine relativ ausgeprägte Dokumentation hat. Was aber nicht unbedingt so einfach ist. Und da ist man auch jeden Tag unterschiedlich. Den einen Tag is man da fitter drin, den nächsten Tag eher. Ist ja einfach so, wie es ist. Nicht?“ (KH 3 02022015, Abschnitt 56)

Für die Pflegerin bildete der Umfang der Dokumentationsarbeit ein dominantes, ihr pflegerisches Handeln negativ beeinflussendes Thema. Sie wurde hierdurch in einen Zugzwang gesetzt, den für die Versorgung der Patientinnen und Patienten aufgewendeten Zeitressourcen eine nachrangige Priorität zuzuweisen. Dies bedeutete, den Zeitaufwand für die obligatorische Dokumentation situativ einzuschätzen und dementsprechend die Zeit für das pflegerische Handeln an dem von ihr versorgten Personenkreis einzuschränken.

Ihre weiteren Ausführungen unterstrichen die indirekt mit dem elektronischen Dokumentationssystem verbundene Anforderung, sich selbst optimal zu organisieren. Dabei sprach sie die mentale Komponente an, sich innerlich gut strukturieren zu müssen, um die anfallenden Aufgaben adäquat priorisieren zu können. Gewissermaßen kann hier auch von einer Prä-Inskription gesprochen werden, da die Pflegerin diese für sie unvermeidliche Aufgabe bewältigen

¹³⁷ Siehe zur Kritik an den gegenwärtigen Versorgungsformen Lehmacher-Dubberke (2018).

wollte. Definitiv beabsichtigte sie, ihre Zeitressourcen in der direkten Patientenversorgung durch ineffektive Dokumentationstechniken oder Unaufmerksamkeiten nicht aufbrauchen zu müssen. Gleichwohl resümierte sie hier, dass ihre Bemühungen aufgrund des Aufkommens der obligatorischen Dokumentationsarbeiten und der dafür benötigten Zeitressourcen nur einen relativen Erfolg hätten. Im Großen und Ganzen könne sie hier keine befriedigende Absenkung des Zeitaufwands für die Dokumentation erreichen. Damit wiederholt sich hier anscheinend ein ähnliches Muster hinsichtlich eines Hintanstellens von originär pflegerischen Tätigkeiten zugunsten einer elektronisch gestützten Dokumentation, was bereits von Manzei (2011, 2009) beschrieben wurde.

Dessen ungeachtet verwies sie auf die Tagesform, die sich auf die Bewältigung der massiven Dokumentationserfordernisse auswirkt. Hier kam zusätzlich eine leibliche Komponente hinzu: Diese wirkte sich ihren Angaben zufolge auf das Gelingen ihrer Arbeitsorganisation aus. Letztendlich begegnete sie diesem Sachverhalt mit einer resignativen Einschätzung, die mit dem ANT-Begriff der Subskription bzw. Unterordnung unter den „technischen Sachzwang“ (dies. 2009) in Verbindung gebracht werden kann. Dennoch wurde ein kritischer Umgang mit den präskribierten Dokumentationsaufgaben sichtbar, da die Pflegerin im Aufbrauchen von Zeitressourcen zuungunsten der direkten Patientenversorgung einen ihre Arbeit negativ tangierenden Faktor sah.

10.4.3.2 Auch nach dem Tod muss ‚Es‘ weiterarbeiten

Im Bereich der ambulanten Intensivpflege hingegen lässt sich am Beispiel des Beatmungsgeräts ein weiterer kritischer Umgang mit Präskriptionen veranschaulichen:

„Auf der anderen Seite denke ich mir, boh, so ein Beatmungsgerät, man darf das ja nicht abschalten als Pflegekraft, egal was los ist. Würde ich auch niemals machen. Aber auch selbst, wenn jemand tot ist, darf man das nicht, (spricht leise und sehr eindringlich) dürfen wir das nicht ausschalten. Das finde ich schon echt heftig diesen Gedanken.“ (A_Int 2 30032015, Abschnitt 96)

Die Pflegerin äußerte hier ihr Befremden hinsichtlich der Aufrechterhaltung des Betriebs der Beatmung im Fall des Todes der beatmeten Person. Ihren Ausführungen entnehmend, handelte es sich um ein hypothetisches, aber zu erwartendes Szenario. Als beruflich Pflegende dürfte sie das Beatmungsgerät jedoch nicht abstellen, sodass dessen Betrieb aufrechterhalten werden müsste. Definitiv liegt folglich die vollständige Handlungshoheit über das Beatmungsgerät und damit auch über dessen Ausschalten nicht bei der Pflegerin.¹³⁸ Vielmehr ist dies den Ärztinnen oder Ärzten vorbehalten.

10.4.3.3 Niedersächsischer Leistungskomplekatalog

Die Aussagen einer Pflegerin aus der ambulanten Pflege verweisen auf den Niedersächsischen Leistungskomplekatalog für ambulante Pflegeleistungen nach SGB XI (2015) als einen weiteren nichtmenschlichen Akteur, der ihrem Empfinden nach mit seinen Vorgaben in ihre Arbeit nachteilig eingreift:

„Der ja auch unsere Maßnahmen bestimmt. Ne? Also das auch. Auf jeden Fall wird in der Pflegedokumentation der Zeitaufwand, die Zeitangaben, große Pflege 20 Minuten. Der niedersächsische Pflegekatalog ist mit einem Pflegebett mit einem

¹³⁸ Zudem müssen sich die Pflegenden stets in der Nähe der beatmeten Personen aufhalten, sodass es für sie keine Rückzugsmöglichkeiten gibt (A_Int 2 01042015, Abschnitt 36).

bettlägerischen Menschen ja gar nicht einzuhalten die Zeit. Also das (nicht verständlich) einen erhöhten Zeitaufwand beeinflusst. Ne?“ (Amb 2 02122015, Abschnitt 44)

Sie bescheinigte diesem Dokument, das auf der Basis eines Rahmenvertrags der Pflegekassen mit verschiedenen Leistungserbringern in Niedersachsen erstellt wurde, unrealistische Zeitvorgaben zu beinhalten.¹³⁹ Die in dem Katalog hinterlegten Zeiten würden definitiv für eine aufwendige und interaktionsintensive Übernahme der Körperpflege bei stark pflegebedürftigen Personen nicht ausreichen. Dies galt auch beim Vorhandensein eines Pflegebetts, das speziell für diese Versorgung hergestellt wurde. Demnach konnte – trotz einer materiell ausreichenden Ausstattung des häuslichen Settings – diese aus Sicht der Pflegerin mehr oder minder abstrakte und im Latourschen Sinne reduktionistische Vorgabe nicht eingehalten werden.

10.5 Umgang mit Störungen

10.5.1 Rückgriff auf Dritte

Nachstehend finden sich zwei Beispiele, die einerseits die Improvisationsfähigkeit der ambulant tätigen Pflegenden und andererseits ihre Abhängigkeit von Dritten bzw. von Medizinproduktedienstleistern aus dem Homecare-Bereich bei der Behebung von Störungen an Geräten abbilden. Diese Abhängigkeit wurde von den Pflegenden in den ambulanten Handlungsfeldern in den Interviews durchgehend angesprochen.

10.5.1.1 Improvisation bis zum Eintreffen des Homecare-Teams

Im Beispiel aus der ambulanten Intensivpflege berichtete die Pflegerin von einem Defekt an einem Pflegebett in einer häuslichen Versorgung. Dieser Defekt bestand in der nicht zweckgemäßen Verstellbarkeit der Bettkomponenten, aber einer fehlenden Höhenverstellbarkeit, um das Bett auf eine geeignete Arbeitshöhe zu bringen:

„Auf jeden Fall das Bett. Ne, also wenn ich mir jetzt überlege. (lacht) Wir hatten da mal eine Situation da ging das Bett nicht mehr zu verstellen. Es stand ganz oben und jedes Mal wenn ich es runterfahren wollte, ging nur der Kopf runter und die Beine waren oben. Und das geht ja nicht.“ (A_Int 2 10042015, Abschnitt 78)

Das Pflegebett schien gewissermaßen das Handeln der Pflegerin zu ‚sabotieren‘ oder ein Eigenleben zu führen. Diese ‚Sabotage‘ bestand in Form eines sich entgegen der in der Bettsteuerung angegebenen Funktion anbietenden Bewegungsmusters. Ein in der Bettbedienung getätigter manueller Absenkungsbefehl führte zu einem paradoxen Ergebnis, d. h. in der Absenkung des Kopfteils und in der Erhöhung des Fußteils. Die Pflegerin unterstrich hier ihre Aussagen, dass eine solche Situation definitiv unerwünscht war. Ihre Aussage gewinnt anhand der Tatsache an Bedeutung, da die Patientin mittels einer Trachealkanüle dauerhaft an einem Hausbeatmungsgerät angeschlossen war. Hier kann auf den in einer vorherigen Ausführung aufgezeigten präskriptiven Aspekt zurückgegriffen werden, der die Aufrechterhaltung der materiellen Integrität der Verbindung von beatmeter Person mit dem Beatmungsgerät als bedeutendste Prämisse pflegerischen Handelns in der außerklinischen Intensivpflege unterstrich.

¹³⁹ Ähnlich argumentierte eine Kollegin innerhalb des Pflegedienstes, in der die handlungsrahmenden – präskriptiven – Vorgaben als unrealistisch betrachtet wurden (Amb 2 08102015, Abschnitt 24).

Durch die Fehlfunktion des Pflegebetts wird daher der Eindruck einer möglichen Gefährdung dieser Integrität und damit auch der Patientin selbst erweckt. Allerdings betraf dies gewissermaßen auch die Pflegerin selbst, die unter diesen Bedingungen an und mit der Patientin arbeiten musste:

„Und dann musste ich das für den restlichen Spätdienst ich glaube es waren nur zwei Stunden oben stehen lassen. Habe da bei diesem Sanitätshaus angerufen. Die haben gesagt, die schicken am nächsten Tag einen Techniker. Und da war das Arbeiten für mich, weil ich so klein bin zum Beispiel, unmöglich. Ich kam an Frau XYZ nicht dran, ich musste mir so ein Würfelmöbel holen, wo ich mich daraufstellen musste. Also es war alles komplett kompliziert. Und wenn ich sonst überlege, das Bett kann ich mir immer so verstellen, dass ich meinen Rücken schone, dass ich an Frau XYZ überall drankomme, dass ich ihr helfen kann und und und. Also alleine das ist schon für mich ganz ganz ganz wichtig. Ich achte auch grundsätzlich darauf, dass das Bett auf einer rüchenschonende Arbeitshöhe ist.“ (A_Int 2 10042015, Abschnitt 80)

Grundsätzlich konnte der Defekt nicht vor Ort durch die Pflegerin behoben werden. Aus diesem Grund kontaktierte sie das für ihre Patientin zuständige Homecare-Unternehmen. Dieses wiederum bestimmte den Zeitpunkt, an dem der Schaden behoben werden sollte. Als ein anscheinend für die Patientin mit wenigen Risiken verbundener Gegenstand wurde diesem vom Dienstleister dementsprechend eine geringere Priorität zugeschrieben.¹⁴⁰ Im Vergleich hierzu müsste bei defekten Beatmungsgeräten unverzüglich eine Auswechslung stattfinden. Vor diesem mutmaßlichen Hintergrund improvisierte die Pflegerin: Die improvisierte Lösung bildete die Verwendung eines stabilen Würfelmöbels, auf das sie sich stellen und so ihre kleinere Körpergröße teilweise ausgleichen konnte. In ihrem Resümee hob sie hervor, dass diese Situation die Durchführung ihres restlichen Dienstes bei der Patientin wesentlich erschwert hatte. Ohne die Möglichkeit für eine dennoch zeitnahe Defektbehebung durch den Homecare-Dienstleister wären sie und ihre Patientin (einschließlich der Angehörigen) im häuslichen Umfeld erheblich beeinträchtigt gewesen.

10.5.1.2 Improvisieren und emotional auffangen

Anhand des Badewannenlifters als Beispiel aus der ambulanten Pflege wird ebenfalls das Phänomen der Improvisation sichtbar, die dennoch notwendigerweise in den Rückgriff auf einen Homecare-Dienstleister mündete. Die Ausgangslage bildete ein altersschwaches und langjährig genutztes Exemplar eines Badewannenlifters:

„Ja, ein Badewannenlifter war schon ziemlich veraltet. Schon ziemlich sieben acht Jahre alt. Er wurde immer von der Patientin aufgeladen. Aber an diesem besagten Tag ging er nur noch ein bisschen nach oben. Also sie lag wirklich richtig tief in der Badewanne.“ (Amb 1 16072015, Abschnitt 53)

Als ungefähres Alter gab die Pflegerin eine Nutzungsdauer von bis zu acht Jahren an: Die Sorge um dieses Gerät in Form des Aufladens des Akkus fiel in den Verantwortungsbereich der Patientin. Als Gegenstand wurde der Badewannenlifter jeweils einmal in der Woche ge-

¹⁴⁰ In den anderen Interviews mit Pflegenden aus der ambulanten Intensivpflege fanden sich ähnliche Aussagen. Die höchste Priorität galt demnach den Heimbeatmungsgeräten sowie den damit verbundenen Gegenständen (A_Int 1 13032015 Abschnitt 92, A_Int 1 2032015 Abschnitt 26, A_Int 2 01042015 Abschnitt 28).

nutzt. Dies bedeutete, dass die Patientin sich hauptsächlich selbst versorgte und lediglich Unterstützung beim Baden benötigte. Damit handelte es sich um eine dezidiert punktuelle Maßnahme, die von der Pflegerin als Vertreterin ihres Dienstes erbracht wurde. Ihren Aussagen zufolge wurde der Badewannenlifter in routinierter Weise verwendet, wobei diese Routine nun durch das Aussetzen der Tätigkeit unterbrochen wurde. Er konnte nicht mehr auf die für einen Ausstieg aus der Badewanne erforderliche Höhe hochgefahren werden. Als erschwerender Faktor kam das Fehlen einer Rutschmatte hinzu. Dieser Gegenstand war im Rahmen der bisherigen Routine nicht vonnöten, zumal die Patientin sich auch dank des Badewannenlifters nicht in der Wanne hinstellen musste. Aus den weiteren Ausführungen der Pflegerin geht hervor, wie sie der Patientin mit einer improvisierten ‚Badematte‘ aus der Badewanne helfen konnte. Eine wesentliche Ressource bestand hier in der körperlich guten Verfassung der Patientin:

„Weil sie wird einmal wöchentlich gebadet. (hustet) Und dann ging es nicht mehr hoch. Und sie hat auch kein, keine Rutschmatte in der Badewanne. Weil, wenn sie stellt sich auch nicht hin in der Badewanne. Und wenn sie , ja war auch gottseidank gut beweglich. Ich glaube ich hatte da auch mehr zu kämpfen gehabt, die Patientin zu beruhigen. Weil die sind da sehr emotional und "Oh mein Gott, jetzt läuft alles schief, und jetzt komme ich hier garnicht mehr heraus und wie soll ich das denn schaffen", als das eigentliche Problem. Weil das fand ich jetzt nicht so schlimm, zumindest bei dem Beispiel. Habe die Frau, die Patientin, erstmal beruhigt und ausprobiert. Und habe da eine Lösung gesucht, wie ich sie da am Besten rausbekommen kann, ohne dass da was passiert. Wie ein Sturz oder wie auch immer. Legt man halt ein Handtuch unten, also ich hab da ein Handtuch unten reingelegt, Wasser rausgelassen (Handy der interviewten läutet). Und ihr dabei geholfen halt aufzustehen. Gottseidank war die Patientin sehr beweglich. Sie konnte sich noch komplett bewegen, hatte keine Einschränkungen gehabt. Habe sie aufstehen lassen mit meiner Hilfe und habe sie dann aussteigen lassen mit meinem Festhalten. Und das war dann auch in Ordnung.“ (Amb 2 16072015, Abschnitt 53

Nach Angaben der Pflegerin verursachte die Abweichung vom routinierten Ablauf bei ihrer Patientin eine starke emotionale Reaktion der Verunsicherung. Die Pflegerin musste hier den Schwerpunkt in ihren Anstrengungen auf deren Beruhigung legen. Laut ihren Angaben war dies der schwierigste Aspekt in dieser Situation und nicht die darauffolgende körperliche Anstrengung.

Ein weiterer Schritt bestand in der Überlegung in Hinblick auf eine Notlösung, damit die Patientin aus der Badewanne so sicher wie möglich wieder aussteigen konnte. Die Pflegerin ging hier probierend vor, d. h., sie versuchte wohl zunächst, der Patientin ohne Hilfsmittel aus der Badewanne herauszuhelfen. Allerdings gab sie diesen Suchprozess in komprimierter Weise wieder und präsentierte direkt die Lösung: Die oberste Priorität hatte für sie die Sturzvermeidung. Daher griff sie auf ein Handtuch als Ersatz für die Rutschmatte zurück. Da das nasse Handtuch auf dem glatten Wannenboden jedoch nicht unbedingt eine rutschfeste Unterlage darstellte, sondern eher vielleicht einen Ansatzpunkt für das leibliche Sicherheitsempfinden der Patientin, musste die Pflegerin sie unbedingt beim Aussteigen unterstützen. Für den Erfolg war zudem das Fehlen körperlicher Einschränkungen aufseiten der Patientin mit verantwortlich. Am Ende konnten beide zusammen auf den Ausstieg aus der Badewanne hinarbeiten. Mit diesem Vorfall war nun ein Anlass für den Austausch des Badewannenlifters gegeben:

„Und dann wurde der Badewannenlifter umgehendst ausgewechselt. Ne? Ja. (..) Aber man fragt dann, man lernt dann daraus. Und fragt dann, okay, wie alt ist der Badewannenlifter oder wurde das letztes Jahr überprüft. Oftmals werden die auch nicht regelmäßig überprüft, weil ich glaube die Firmen haben auch nicht die Zeit dazu. Die werden schon anrufen wenn was damit ist. So ungefähr. Ja. Ja dann wurde der auch ausgewechselt. Jetzt hat sie nun einen Nagelneuen.“ (Amb 1 16072015, Abschnitt 53)

Nach Angaben der Pflegerin geschah dies zeitnah durch den Homecare-Dienstleister. In diesem Zusammenhang erläuterte sie die Aufsichtspraxis vonseiten dieser Unternehmen zur Gewährleistung der Gerätefunktionen. Sie stellte ihr Erlebnis zudem auch als Lernerfahrung dar, aufgrund dessen sie nun für die Thematik der Geräteüberwachung sensibilisiert worden sei, wobei sie zugleich in der tatsächlichen Leistungserbringung durch die zuständigen Dienstleistungsunternehmen auf die fehlende Verlässlichkeit hinwies.¹⁴¹ Sie vermutete hier ein hohes Arbeitsaufkommen, das eine engmaschige Überwachung der in der häuslichen Pflege genutzten Geräte verhinderte. Dennoch drückte sie zuletzt ein gewisses Vertrauen in den Homecare-Dienstleister aus, was vermutlich durch ein nagelneues Produkt gestärkt worden war.

10.5.2 Behebung vor Ort durch Pflegende

In dieser – lediglich einen sehr kleinen Teil des Textmaterials abdeckenden – Subkategorie wird die exemplarische erfolgreiche Behebung einer Störung und damit die Bewältigung von meist abrupt unterbrochenen Pflegehandlungen präsentiert. Vorwiegend waren nicht aufgeladene Akkumulatoren bei Patienten- oder Badewannenliftern die Ursache für diese meist leicht behebbaren Störungen.¹⁴² Als illustrierendes Beispiel kann hier der abrupte Ausfall eines Patientenlifters angeführt werden.

10.5.2.1 Aufhebung der Sicherheitsblockade

Das Beispiel aus der ‚konventionellen‘ ambulanten Pflege zeigt eine der in den Interviews nur selten erwähnten Situationen, in denen ein vermeintlicher Defekt oder eine Störung an einem Gerät zeitnah vor Ort behoben werden konnte. Die Ursache bestand hier in einer unbeabsichtigten Berührung eines Sicherheitsschalters am Patientenlifter:

„Ja. Auch Lifter, der hat ja auch so einen Notknopf. Ist mir letztens auch passiert, da ist der Mann rangekommen an den Notknopf. Und dann hing sie da. Und ist für beide dann irgendwo, man kriegt ja auch erstmal einen Schreck. Sie wurde sehr unruhig, weil sie hing da so mitten in der Luft in ihrem Netzlein (lacht) und wir standen da und (macht Geräusche und Gesten) aber der rote Knopf an der anderen Seite schrie uns beide an. Und bis mir dann irgendwann der Funke kam, so jetzt drücken wir nochmal dagegen. Und dann ging er wieder. Na, also auch eine Sicherung, das falls irgendwas ist, dass man den sofort stoppen kann. Deswegen sage ich von der Sicherheit her und von der Funktionsweise her sind die gut zu handhaben. Also auch bei eventuellen Problemen wird der Schaden schnell behoben. (lacht)“ (Amb 2 02122015, Abschnitt 52)

¹⁴¹ Insbesondere das Überbrücken der Wartezeiten auf Ersatzhilfsmittel wurde von einer anderen Interviewpartnerin als Problem hervorgehoben, das lediglich überbrückt werden konnte (Amb 2 08102015, Abschnitt 34).

¹⁴² Vgl. auch A_Int 1 13032015, Abschnitt 68; Amb 1 16072015, Abschnitt 51 sowie Amb 2 08102015, Abschnitt 34.

In der Situation arbeitete die Pflegerin mit dem Ehemann ihrer Patientin zusammen, um ihren Transfer vom Pflegebett in den Rollstuhl durchzuführen. Wie bereits oben erläutert, berührte der Ehemann durch eine unbeabsichtigte Bewegung den Sicherheitsschalter des Lifters. Dieses Vorkommnis geschah mitten im Transferprozess. Durch die Unterbrechung der Aktivität des Lifters befand sich die Patientin nun in einer für sie unangenehmen Lage. Das Hängen in der Luft versetzte sie in erhebliche Unruhe, wobei dies auch auf die Pflegerin und den Ehemann zutraf. Beide, so deutete es die Pflegerin, suchten mutmaßlich nach der möglichen Ursache, um den Stillstand zu beheben.

In dieser Situation fokussierte sich deren Aufmerksamkeit auf den Sicherheitsschalter. Nach ihren Angaben wurde dies durch seine rote Signalfarbe bewirkt. Nach einer kurzen Überlegung, vielleicht auch durch die unruhige Situation bedingt, unternahm die Pflegerin den erforderlichen Schritt, um die Sicherheitsblockade aufzuheben. Damit konnte die infolge eines Sicherheitsmechanismus unterbrochene Handlung weiter fortgeführt werden.

Letztlich attestierte die Pflegerin dem Patientenlifter eine optimale Praktikabilität in Bezug auf die Behebung von Störungen. Dabei bildete diese eine Begleiterscheinung eines Handelns, in dem zwei Menschen sich in einem begrenzten räumlichen Bereich aufeinander abstimmen mussten. Dementsprechend lässt sich hier eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für ein solches Fehlereignis vermuten. Möglicherweise war diese Sensibilität des Geräts oder des Sicherheitsschalters im Vorhinein auch von den Herstellern, die den Patientenlifter als ein möglichst sicheres Gerät entsprechend den rechtlichen Normen konzipiert hatten, so angelegt worden. Daher musste sich dieser Aspekt zugleich im mutmaßlich schlichten Design des Lifters wiederfinden. Aus diesem Grund konnte der Sicherheitsschalter ‚hervorstechen‘, sodass diese ‚Störung‘ vor Ort von den Beteiligten schnell behoben werden konnte.

10.6 Zwischenfazit

Die qualitative Inhaltsanalyse fokussierte auf die Herausarbeitung der Zuschreibungen der Pflegenden im Hinblick auf den Anteil der Dinge an ihrem beruflichen Alltagshandeln und möglichen Hinweisen auf die mit den Dingen verbundenen Skripte. In diesem Zwischenfazit lassen sich die Zuschreibungen vor dem Hintergrund des Kategoriensystems folgendermaßen stark verdichten:

Die Wirkungsmacht (Agency 1) und Akteurhaftigkeit (Agency 2) der Dinge stellt ein Konstrukt dar, welches als Bestandteil der Relation der Pflegenden mit den von ihnen versorgten Personen umschrieben werden kann. In diesem Sinne erscheinen Dinge der Pflege erst dann wirkmächtig zu sein oder eine gewisse Form der Akteurhaftigkeit anzunehmen, wenn diese auch tatsächlich in das leibbezogene Beziehungsgeflecht von Pflegenden und pflegerisch versorgten Menschen eingebunden werden.

Dabei beziehen sich die Skripte der Dinge nicht allein auf rein technisch zu verstehende Handgriffe, vielmehr umfassen diese choreographische und kommunikative Anteile sowie Hinweise auf die Grenzen der Handlungsmacht von beruflich Pflegenden. Deutlich wird zudem, dass die Skripte nicht allein auf die Dinge bezogen sind. Vielmehr verweisen diese auf die Interaktion der Pflegenden mit den von ihnen versorgten Personen. Die Skripte, sowohl die Inskriptionen als auch die Präskriptionen, bilden darin einen punktuellen oder sich wiederholenden Bestandteil der Performanz der Pflege als Beziehungsarbeit.

‚Stören‘ jedoch Dinge den pflegerischen Handlungsvollzug, fallen sie aus dem Handlungszusammenhang und damit dem jeweiligen Akteur-Netzwerk heraus. An deren Stelle tritt dann die Improvisation der Pflegenden, in dem sie die Wirkungsmacht von anderen Dingen nutzen bzw. diese entsprechend den Handlungserfordernissen einer Pflegesituation arrangieren. Dabei ist

die Improvisation zeitlich begrenzt und erfordert, besonders in den ambulanten Handlungsfeldern, den Rückgriff auf Akteure außerhalb der Pflege.

Der Anteil der Dinge an dem Alltagshandeln der Pflegenden hebt die enge Verknüpfung des Sozialen Nr. 2, d.h. den nicht-menschlichen bzw. materiellen Entitäten, mit dem Sozialen Nr. 3, d.h. der direkten Face-to-face-Interaktion, hervor. In der Perspektive der Pflegenden erscheint dabei die instrumentelle Nutzung der Dinge im Vordergrund zu stehen, die aber durch die kommunikative Beziehungsarbeit situativ von den Pflegenden und den von ihnen versorgten Personen ‚gerahmt‘ werden. Hierzu gehören auch die Skripte. Sie zeigen auf, dass diese nicht allein in den Dingen eingeschrieben sind, sondern vielmehr auch die jeweilige Interaktion diese Skripte mit in die Dinge einschreibt.

11 Diskussion

In den folgenden Ausführungen werden die Ergebnisse vor dem Hintergrund der ANT als ‚Theorie der Methode‘ und des pflegewissenschaftlichen Standpunkts miteinander verbunden. Es werden Antworten auf die letzten Fragestellungen geliefert, deren Ziel die begriffliche Annäherung an soziomaterielle Aspekte beruflich-pflegerischer Handlungsfähigkeit vor dem Hintergrund einer potenziellen dinglichen Anreicherung pflegerischer Handlungs-Settings mit avancierten Technologien bildete. Dabei handelt es sich um die Verknüpfung von Zuschreibungen aus der Forscherperspektive mit derjenigen der beruflich Pflegenden. Dabei erfolgt eine Untergliederung in grundlegende Aspekte (Unterkap. 11.1, 11.2 u. 11.3), qualitative Aspekte (Unterkap. 11.4) und wissensbezogene Aspekte (Unterkap. 11.5 u. 11.6).

11.1 Die Leibsphäre als zu kommunizierender Ansatzpunkt der Dinge

Die Interpretation der Ausschnitte aus den Beobachtungsprotokollen verdeutlicht die Positionierung der innerhalb einer pflegerischen Interaktion genutzten Dinge als etwas zwischen den Menschen Stehendes. Gewissermaßen kann hier von einer Verschränkung gesprochen werden, deren Ansatzpunkt in der Leibsphäre der pflegerisch zu versorgenden Menschen verortet werden kann. Anders als die sich im Beispiel von Prout (1996) aus einer Person und einem Ding zusammengesetzte Konstellation, umfasste die Konstellation in den beobachteten Pflegesituationen die Pflegenden, die jeweils genutzten Dinge sowie die pflegerisch versorgte Person im Sinne einer Konstellation von Mensch-Ding-Mensch (Kruse et al. 2013).

Dabei wurden die Dinge für pflegerische Interventionen an oder im Körper von Letzteren positioniert. Hierzu gehörten z. B. der Waschlappen als ein Ding, das entsprechend der von Depner und Kollwe (2017) formulierten Einteilung der Pflegedinge ursprünglich für den Eigengebrauch hergestellt wurde, oder der einfach gehaltene, aber für eine invasive Maßnahme konzipierte Absaugkatheter als ein explizit für die Pflege hergestellter Gegenstand. Damit werden der Leibkörper und die Leibsphäre der Betroffenen zu Bezugspunkten für den materiellen Aspekt pflegerischen Handelns, da die Dinge während der gemeinsamen Handlung von Pflegenden und pflegerisch versorgten Menschen an den Körpern von letzteren ansetzen.

Im Rückgriff auf die Varianten des Sozialen (Latour 2014a) lässt sich hier diese Konstellation folgendermaßen umschreiben: In diesem kreuzen sich das Soziale Nr. 1 als Metapher für die beruflich erbrachte Pflege mit dem Sozialen Nr. 2 als Metapher für nichtmenschliche materielle Entitäten im Rahmen des Sozialen Nr. 3 als konkrete Face-to-face-Interaktion. Für die beruflich Pflegenden erfordert dies den Aufbau von Beziehungen und damit von Interaktionsverhältnissen, in denen ihre Nähe-Sinne in Form des ‚High Touch‘ gefordert werden (Remmers 2012). Hinzu kommt, dass aufgrund der Leiblichkeit als soziokulturell zu bestimmendes Verhältnis von Leib und Körper (ders. 2016a) die soziomaterielle Verschränkung von Dingen mit der Leibsphäre vonseiten der beruflich Pflegenden ein proaktives kommunikatives Handeln zu erfordern scheint:

- *proaktives, kommunikatives Handeln:*

Dieser Aspekt bildete in sämtlichen Beispielen des ethnografischen Teils der Arbeit eine grundlegende Gemeinsamkeit: Weder die einfachen noch die komplexeren Dinge wurden ohne eine vorherige sprachliche Initiative in die Interaktion eingeflochten. Im weiten Sinne verstanden, scheinen die Dinge die direkte Kommunikation zwischen Menschen sogar zu verstärken (Uzarewicz 2019). Zu dieser sprachlichen Kommunikation gehörte zumeist eine leibkörperlich den Betroffenen zugewandte Haltung der Pflegenden. Im Rückgriff auf Manz (2015) lässt sich dies auf die Beziehungskonstellation von Körpern, Dingen und Räumen zurückführen.

Somit erscheint die Verschränkung von Dingen mit der Leibsphäre hauptsächlich ein mittels sprachlicher Kommunikation zu begleitender Vorgang zu sein, wobei hier ein Selektionsbias aufgrund der Bereitschaft von zumeist verbal artikulationsfähigen, pflegerisch versorgten Menschen an der teilnehmenden Beobachtung benannt werden muss. Dies gilt auch im Fall der teilnehmenden Beobachtung aus dem Handlungsfeld der ambulanten Intensivpflege (Kap. 9.2). Zwar konnte die Klientin aufgrund ihrer Erkrankung nicht mehr sprechen, aber sie war kognitiv in der Lage die Anliegen der Pflegerin zu verstehen und über Umwege ihre eigenen Anliegen wieder zu artikulieren. Hinzu tritt, dass es sich um bereits bestehende und nicht erst sich entwickelnde Versorgungsbeziehungen handelte. Daher muss dieser Befund mit einer gewissen Einschränkung. Dies gilt insbesondere für die pflegerische Versorgung von Menschen mit demenziellen Erkrankungen, bei der grundlegend auf vorsprachliche Zugänge gesetzt werden muss (Friesacher 2021).

Zumindest die Interviews liefern indirekt Hinweise auf die Einholung vorsprachlicher bzw. mimetischer Feedbacks (z.B. Unterkapitel 10.4.1.3). Der Schwerpunkt der proaktiven sprachlichen Kommunikation vonseiten der Pflegenden zielte auf die Herstellung von Akzeptanz des Eindringens in die Leibsphäre, da die Dinge einen gewissen materiellen Gegenpart zur Leibsphäre der pflegerisch versorgten Menschen darstellten und damit über Akteurschaft (Roßler 2016) ‚verfügten‘.

- *Begründung von Arbeitsbündnissen*

Anhand der Äußerungen der Pflegenden aus den verschiedenen Handlungsfeldern lassen sich mehrere Aspekte zur Erreichung dieser Akzeptanz herausarbeiten, die zugleich auf die hohe Bedeutung des Arbeitsbündnisses (Friesacher 2008) in der pflegerischen Arbeitsbeziehung verweisen: Am Beispiel des Anschlusses von Personen an das Monitoringsystem der Stroke Unit (Unterabschnitt 10.3.1.1) verdeutlichte die Pflegerin die Relevanz für eine situationssensible Begründung einer diagnostisch gebotenen Maßnahme, aber auch deren anschließende Durchsetzung. Dabei muss ihr Handeln in einem definierten institutionellen Kontext berücksichtigt werden, der ihr und den ‚Dingen‘ die Handlungsmacht verliehen hat, die ‚Ziele‘ der Institution durchzusetzen. Sichtbar wurde damit die soziomaterielle Verschränkung im Rahmen eines für die pflegerisch versorgten Personen stark asymmetrisch ausgerichteten Arbeitsbündnisses. Ein entgegengesetztes Beispiel boten die Äußerungen einer Pflegerin aus der ambulanten Intensivpflege (Unterabschnitt 10.3.1.2), die auf eine Umkehrung der Asymmetrie in der 1:1-Versorgung hinwies. Diese machten den potenziell zur Disposition gestellte Expertenstatus der in diesem Handlungsfeld arbeitenden Pflegenden ersichtlich. Um das Arbeitsbündnis im Rahmen der soziomaterielle Verschränkung am Ende der Aushandlungen mit den Angehörigen aufrechtzuerhalten, mussten gefühlte ‚Abstriche‘ vom fachlich Gebotenen im Sinne der besonderen Krankenbeobachtung akzeptiert und rechtlich abgesichert werden. Bedeutsam ist hieran, dass außerhalb der hochregulierten Umgebung des Krankenhauses die Betroffenen in der technikintensiven ambulanten Pflege sich nicht den durch eine professionelle Organisation aufgestellten Regeln unterwerfen müssen (Willems 2010), sodass gerade die Art und Weise der Beziehungsgestaltung den Technikaspekt in den Hintergrund rückt (Gödecke/Kohlen 2019). Im Gegensatz zu diesen beiden Beispielen hoben die Ausführungen einer Pflegerin aus der weniger technikintensiven ambulanten Pflege (Unterabschnitt 10.3.1.3) die begleitende Funktion pflegerischen Handelns hervor. Diese bezogen sich auf den Wechsel vom transurethralen hin zu einem suprapubischen Kathetersystem. Maßgeblich war hier die anfängliche Skepsis von Betroffenen und ihrer Angehörigen gegenüber diesem

Wechsel, da dieser einen operativen Eingriff und damit eine vollständig andere Verschränkung mit der Leibsphäre, einschließlich einer Veränderung von Alltagsroutinen im Sinne stabiler Netzwerke (Booth 2013), erforderte.

Insgesamt wird an der von den Pflegenden ausgehenden oder ihrer Beteiligung an der Verschränkung der Dinge mit der Leibsphäre der pflegerisch zu versorgenden Menschen sichtbar, dass diese sich scheinbar nicht durch eine einseitige Zweckrationalität (Friesacher 2017) auszeichnet hat. Nicht die Dinge allein machen somit die Pflegenden handlungsfähig, sondern deren Akzeptanz im Modus des Wollens (Wieser 2012) vonseiten der Betroffenen und/oder ihres Umfelds.¹⁴³ Dies setzt aber ein kommunikatives Handeln der Pflegenden voraus. Dabei trifft dies besonders auf den ambulanten Bereich außerhalb der ‚wirkmächtigeren‘ Akteur-Netzwerke der Krankenhäuser zu, in denen die Modi der soziomateriellen Arbeitsbündnisse stärker ausgehandelt werden müssen.

11.2 ‚Tinkering‘ Ding/Mensch/Raum als kritisches, unvollständiges Unterfangen

Die eingangs benannte Verschränkung der Dinge mit der Leibsphäre der pflegerisch versorgten Menschen setzt das gegenseitige Anpassen von Dingen und Körpern, aber auch das Anpassen der Dinge und Körper an die Räume in Form einer mehr oder weniger schrittweisen Heranführung voraus. In der einschlägigen STS-Literatur wird hier von ‚Tinkering‘ gesprochen (Mol 2010), an dessen Ende ein stabilisiertes heterogenes Netzwerk steht. Das ‚Tinkering‘ ermöglicht in Form einer halbwegs losen Verkoppelung von Dingen und Menschen (Manz 2015) die Einbindung der Dinge in das Handeln der beruflich Pflegenden und stabilisiert auf diese Weise die jeweiligen Handlungszusammenhänge bzw. Akteur-Netzwerke vor Ort. Gleichwohl wurde in den Interviews deutlich, dass dieses Anpassen mitunter ein kritisches, wenn nicht gar unvollständig abzuschließendes Unterfangen repräsentiert:

- *Unvollständiges ‚Tinkering‘ von Dingen mit Körpern:*

Das Stroke-Bett im Krankenhaus (Unterabschnitt 10.2.3.1) stand hier stellvertretend für das Aufeinandertreffen materiell normierter Betten und der jeweiligen Körperlichkeit der betroffenen Menschen. Für den Pfleger bestand das Problem in dem Umstand der nicht ausreichenden Lagerungsstabilität der von ihm versorgten Menschen, sodass hier von ihm Korrekturen vorgenommen werden mussten. Deutlicher war jedoch das Beispiel aus der ambulanten Intensivpflege (Unterabschnitt 10.2.3.2). Hier führte der Pfleger den der Materialität des Toilettenstuhls scheinbar entgegenstehenden pathophysiologischen Eigensinn der Körper eines von ihm versorgten Menschen an, sodass er nicht in optimaler Weise mit und am Körper arbeiten konnte. In der ‚konventionellen‘ ambulanten Pflege (Unterabschnitt 10.2.3.3) ließen sich Analogien zur von Manz (2015) beschriebenen Beziehungskonstellation von Menschen mit der räumlichen Anordnung der Dinge aufzeigen, in denen die Umgebungen als strukturelle Grenzen (Frers 2009) die spezifischen Bewegungen der Akteure kanalisiert. Dies betraf hauptsächlich die Badezimmer, deren räumliche Gegebenheiten sowie die damit verbundenen und einen hohen Grad an Selbstständigkeit voraussetzenden Handlungsmöglichkeiten durch in der längeren Vergangenheit zurückliegende planerische Aktivitäten festgelegt worden waren.

¹⁴³ Wobei dies auch vom Allgemeinzustand der Betroffenen und der Nachvollziehbarkeit des Willens, z.B. in Gestalt von Patientenverfügungen, bei Zustandsverschlechterungen abhängt.

- *Unvollständiges ‚Tinkering‘ von Dingen mit Räumen:*

Das Beispiel aus dem ethnografischen Part der Studie (Unterkap. 9.3) veranschaulicht dies anhand des Umstands der schwierigen Zugänglichkeit für den im Rollstuhl sitzenden Bewohner. Vor dem Hintergrund der Aussagen einer Pflegehelferin lassen sich zudem Mutmaßungen hinsichtlich sozialer Ungleichheiten aufgrund der baulichen Bedingungen der Badezimmer in städtischen Mietwohnungen (Unterkap. 10.2.3.3) anstellen. Demzufolge tangieren die soziale Wohnlage und die damit verfügbaren Ressourcen (Poland et al. 2005) das ‚Tinkering‘ von Hilfsmitteln mit den räumlichen Gegebenheiten und damit auch ihren Nutzwert für die Pflegenden sowie die Betroffenen.

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass anscheinend sowohl das materiell-leibkörperliche ‚Tinkering‘ oder das ‚Tinkering‘ von Menschen und Dingen mit den Räumlichkeiten kritische Momente im pflegerischen Handeln darstellen und gegebenenfalls nur unzureichend oder unvollständig erreicht werden können. Anders als bei Winnance (2010) geht es weniger um die Herstellung eines sorgenden Kollektivs von Dingen und Menschen, sondern eher um die Ausnutzung der Funktionalität bzw. Instrumentalität der Dinge in einem mehr oder minder fest umrissenen Handlungsfeld.

11.3 Hybridität als Anlass für Sorge um Menschen und (technische) Dinge

Das Heimbeatmungsgerät bildete unter den zumeist etablierten Dingen in den verschiedenen pflegerischen Handlungsfeldern einen technisch herausragenden Gegenstand, der primär das Handlungsfeld der häuslichen Beatmungspflege erst ermöglichte (Unterabschnitt 10.3.3.2). Auf Basis der ethnografischen Vignette (Unterkap. 9.2) konnte dessen Bedeutung als ein Ding herausgearbeitet werden, für das mehrere Personen Sorge tragen mussten. Nach Roßler (2016) verkörpert es ein Handlungsrelais, da es sowohl von Pflegenden als auch von Ärztinnen oder Ärzten verwendet wird. Letztere hatten, so die Vermutung, an einem anderen Ort und in einem anderen organisationalen Kontext die Einstellungen des Beatmungsgeräts bestimmt. Zudem verfügten sie – anders als die Pflegerin – über die Letztverantwortung für die Beatmungseinstellungen.

Die Pflegerin hatte indes die lokale Verantwortung für die Sicherstellung und Überwachung der lebenserhaltenden Funktionen inne, die sich wie folgt darstellte: Die Verbindung des Beatmungsgeräts und des Schlauchsystems über die am und im Körper der beatmeten Person integrierte Trachealkanüle sicherte deren Existenz - als Hybrid von Mensch und Maschine. Die Sorge äußerte sich in der regelmäßigen Kontrolle der Lungenbelüftung mittels eines Stethoskops, dem Berücksichtigen des Schlauchsystems beim Umlagern der betroffenen Person sowie in der Überwachung der am Gerät repräsentierten Vital- und Funktionsparameter. Damit wird, wie Gödecke (2018) in Bezugnahme auf Pols (2017) hervorgehoben hat, die Einbettung von Technik im Prozess fürsorglicher Handlungsweisen sichtbar. Allerdings wurde auch deutlich, dass der Umgang mit avancierten Technologien, die mit Menschen hybride Konstellationen bilden, mit potenziellen Irritationen verbunden sein kann. Im Kontext der Heimbeatmung musste z. B. deren Weiterbetrieb auch nach dem Eintritt des Todes der Betroffenen von den Pflegenden sichergestellt werden (Unterabschnitt 10.4.3.2). Insgesamt darf dies aber auch für andere eher lose gekoppelte (Manz 2015) Konstellationen von Dingen und Körpern angenommen werden, die in den Interviews selbst nur implizit genannt wurden (z. B. Unterabschnitt 10.3.1.1).

11.4 Qualität soziomaterieller Relationen

Der ANT liegt die methodische Annahme zugrunde, nichtmenschliche und menschliche Akteure gemeinsam in den analytischen Blick nehmen zu können (Nimmo 2011). Entsprechend der damit eingenommenen Perspektive verfügt jeder Akteur über handlungsmächtige Merkmale, wenn er bei anderen Akteuren in einem Handlungszusammenhang einen Unterschied bzw. eine Wirkung hervorruft (Latour 2014a). Latours Ansatz aufnehmend, hat Roßler (2016) verschiedene Formen oder Figuren des Agierens als graduelles Raster von ‚Agency‘ formuliert. Die Ausschnitte aus den Beobachtungsprotokollen als Vignetten (Kap. 9) erlaubten hier in der Forscherperspektive orientierende Zuschreibungen:

Bei der Mehrzahl der Dinge ließen sich einfache Wirkmächtigkeiten in Gestalt der Agency 1 rekonstruieren. Ihr Gebrauch stellte indes keine triviale Sache dar, da die Pflegerinnen mit ihnen bei der Umsetzung pflegerischer Maßnahmen in die Leibsphäre der von ihnen versorgten Menschen eindringen mussten. Weitere Zuschreibungen der Figuren des Agierens bezogen sich auf die Delegation von Handlungsvollmachten (Agency 3) an Dinge, etwa das Desinfektionsmittel, das Morphin sowie das Heimbeatmungsgerät. Dabei ging es bei den beiden ersten Entitäten, die jeweils selbst in Dinge (z. B. Ampulle und Sprühgerät) integriert waren, hauptsächlich um (bio-)chemische Eigenschaften, die gewisse Wirkungen auf oder in den Körpern hervorrufen sollten. Als Zwischenglieder, die Bestandteil einer Interaktion waren, zeichneten sie sich wie die anderen Dinge durch ihren instrumentellen Charakter aus, um gewisse Handlungserfordernisse (z. B. Linderung der Atemnot) zu erfüllen. Als Bestandteile eines relationalen Gefüges gewährleisteten sie damit die lokale Handlungsfähigkeit der Pflegerinnen innerhalb unterschiedlicher organisationaler und räumlicher Kontexte. Dies kann als ein Ergebnis ihrer Positionierung im Netzwerk (Joyce/Bennett 2010) verstanden werden.

Gleichwohl bot der Fokus auf das ‚Making of‘ pflegerischer Handlungsfähigkeit hauptsächlich einen Einblick in das Zusammenspiel menschlicher und nichtmenschlicher Handlungsbeiträge (Laux 2011) in der Forscherperspektive. Die konkreten Qualitäten ließen sich jedoch nicht allein in der Forscherperspektive aufschlüsseln. Auf Grundlage der Annahme menschlicher Agency als eine reflexive Schleife, die mit nichtmenschlichen Entitäten geteilt wird (van den Berg/de Mul 2011), ist es daher erforderlich, auf die Zuschreibungen der Pflegenden zurückzugreifen. Diese helfen dabei, die offen gehaltene ANT-Terminologie inhaltlich zu befüllen und damit zu konkretisieren. In den Interviews wurden von den Pflegenden u. a. zweckbezogene Qualitäten wie ein leibkörperliches Optimum, Praktikabilität und Unauffälligkeit sowie die Förderung von Autonomie der Pflegenden beschrieben:

- *Leibkörperliches Optimum*

Am Beispiel des Stroke-Betts (Unterabschnitt 10.2.1.1), d. h. einem Phänotyp des Pflegebetts im stationären Kontext, wurde die Gewährleistung eines leibkörperlichen Optimums hervorgehoben. Dabei galt dies entsprechend den Aussagen der interviewten Pflegerin für beide Beteiligte – sowohl in Richtung der Pflegenden für den Zugriff auf den Leibkörper als auch in Richtung der pflegerisch versorgten Menschen hinsichtlich ihres leibkörperlichen Komforts. Dieser Aspekt wurde auch in den anderen Interviews mit Pflegenden aus den beiden ambulanten Handlungsfeldern in Hinblick auf die Zweckmäßigkeit von Pflegebetten angesprochen. Allerdings besteht keine Garantie dieses leibkörperliche Optimum aufgrund des Spannungsfelds von Körperlichkeit und Technik zu erreichen, da Idealtypische Vorstellungen der Produzenten von Artefakten mit ihrer Nutzung bzw. ihrer Alltagseinbettung aufeinandertreffen (Liebsch 2021). Vielmehr muss aufgrund der obligatorischen Standardisierung und Normierung von Materialien in der Gesundheitsversorgung als Gegenpol zu den individuellen Bedarfen

(Mannion/ Exworthy 2017), von einem stetigen Anpassen bzw. Tinkering von Ding und Leibkörper ausgegangen werden.

- *Unauffälligkeit und Praktikabilität als ästhetische Aspekte*

In der ambulanten Intensivpflege (Unterabschnitt 10.2.1.2) wurde ein ästhetischer Aspekt hervorgehoben. Dieser bestand in der ästhetischen Unauffälligkeit und Praktikabilität, wobei hierzu auch die Gewährleistung einer optimalen Beatmung gehörte. Die Zuschreibungen der Pflegerin decken sich hier teilweise mit den Erkenntnissen von Gödecke (2018), die auf die Positionierung der Heimbeatmungsgeräte in den Hintergrund der häuslichen Umgebung hinweisen. Demensprechend haben avancierte Technologien weitestgehend unauffällig zu sein. Lediglich bei Alarmen sollte das Heimbeatmungsgerät nicht allzu stark in den Vordergrund treten. Gewissermaßen ergibt sich hier ein Hinweis auf die Aufrechterhaltung von Lebensqualität durch die Schaffung einer ‚guten‘ Beziehung zur Technologie (Pols 2017) des Heimbeatmungsgeräts.

- *Ermöglichung von Autonomie*

Das Beispiel aus der ‚konventionellen‘ ambulanten Pflege (Unterabschnitt 10.2.1.3) führte mit dem Rollator einen recht einfachen, allerdings im pflegerischen Feld lang etablierten Gegenstand (Krings/Weinberger 2017) an. Die mit seiner Nutzung einhergehenden Effekte verlaufen, wie beim Pflegebett, sowohl in Richtung der Pflegenden als auch der pflegerisch versorgten Menschen. Die Pflegehelferin unterstützte der Rollator bei ihrer Arbeit und ermöglichte den pflegerisch versorgten Personen ein relativ autonomes Leben in den eigenen Räumlichkeiten. Entsprechend dem Life-Space-Ansatz (Jansen et al. 2021) kann somit der immer enger werdende räumliche Bereich des Alltagslebens soweit wie möglich autonom ausgenutzt werden.

- *Relative Entlastung von Arbeitsaufwand*

Des Weiteren wurden in den Interviews Qualitäten in Hinblick auf den Arbeitsaufwand, etwa die Entlastung von kognitiven Arbeiten, und die Ermöglichung zum leiborientierten Arbeiten angesprochen: Im Krankenhaus (Unterabschnitt 10.2.2.1) bildete das Infusionsgerät einen Gegenstand, der die Pflegerin kognitiv unterstützte und damit ihren Arbeitsaufwand verringerte. Dementsprechend konnte sie ihre Aufmerksamkeit auf andere Handlungserfordernisse in ihrer alltäglichen Stationsarbeit richten. Im Handlungsfeld der ambulanten Intensivpflege (Unterabschnitt 10.2.2.2) bestand die Arbeitserleichterung darin, dass durch eine operativ angelegte Magensonde die flankierende orale Nahrungsgabe einerseits zeitökonomisch gut und im Sinne der Klientin durchgeführt werden konnte. Folglich offenbarte sich ein beidseitiger sowohl ästhetischer als auch ‚technischer‘ Nutzen (vgl. hierzu auch Pols/Limburg 2016).

Dabei handelte es sich um ein 1:1-Versorgungsverhältnis über 24 Stunden, in der die zeitlichen Grenzen im Vergleich zu den anderen beforschten Handlungsfeldern eher weit gesteckt waren. Nichtsdestotrotz scheint sich der arbeitserleichternde Effekt lediglich auf definitiv für pflegerische Zwecke hergestellte Dinge zu beschränken. Das Beispiel aus der ‚konventionellen‘ ambulanten Pflege (Unterabschnitt 10.2.2.3) veranschaulicht in Anlehnung an de la Cuesta und Sandelowski (2005) den Bricolage-Charakter der beruflichen Pflege in der häuslichen Umgebung. Hier ermöglichte zwar ein improvisierter Sitzhocker die Versorgung einer Patientin in der Dusche, jedoch erforderte die Wahl dieses Gegenstands von der Pflegerin eine erhöhte Aufmerksamkeit, da dieser anscheinend nicht ausreichend stabil war. Dies erhöhte für sie im Gegenzug den Arbeitsaufwand. In diesem Sinne kann sich der Arbeitsaufwand durch die Nutzung

materieller Gegenstände erhöhen, die originär nicht für pflegerische Arbeiten am Körper konzipiert wurden.

- *Ambivalenz von Kontrollgewinn/-verlust*

Eine weitere Qualität der soziomateriellen Relation repräsentierte der (gefühlte) Kontrollgewinn: Die interviewten Pflegenden sprachen hier vom Gefühl des Kontrollgewinns durch die Nutzung oder das Funktionieren von Dingen, etwa in Bezug auf das Infusionsgerät, das Heimbeatmungsgerät oder ein computergesteuertes Sondenkostsystem. Allerdings berichteten sie auch von einem gefühlten Kontrollverlust, der mit dem soziomateriellen Handlungskontext in Verbindung gebracht werden kann:

In den Ausführungen der Pflegerin aus der onkologischen Station (Unterabschnitt 10.3.2.1) wurde die Ambivalenz optimal funktionierender Infusionsgeräte deutlich. Diese Ambivalenz war eng mit dem Kontext des Krankenhauses und den Folgen der Strukturänderungen der vergangenen Jahre verbunden. Vor dem Hintergrund der damit in Verbindung zu bringenden Stagnation an Pflegenden mit einer Vollzeitstelle versorgt gegenwärtig nunmehr eine zunehmend begrenzte Anzahl an Pflegenden eine größere Anzahl an Personen im Sinne einer unzureichenden ‚patient-to-nurse ratio‘ (Zander-Jentsch et al. 2019). Dabei lässt sich dieses unzureichende Verhältnis auch auf die Sorge für die optimal funktionierenden Infusionsgeräte und die Trägersysteme der Zytostatika ausweiten. Als teilautomatisierte Geräte sorgen sie für eine relativ sichere Medikamentengabe. Aufgrund des quantitativen Verhältnisses des für die Bedienung befähigten Personals zu den zu versorgenden Menschen werden aber die ‚Sorgepflichten‘ für die Geräte als Kontrollverlust empfunden.

Aus den Ausführungen der Pflegerin aus dem Handlungsfeld der ambulanten Intensivpflege (Unterabschnitt 10.3.2.2) wurde hingegen deutlich, dass das Heimbeatmungsgerät und die damit assoziierten Versorgungserfordernisse kein exklusives Wissensgebiet für beruflich Pflegende darstellen. Vielmehr werden die Betroffenen und ihre Angehörige durch ihren (Lebens-)Kontext zu „Experten der Situation“ (Gödecke 2018). Allerdings konnte hier aber auch der Expertenstatus von Pflegenden, die als Neulinge und mit wenig Vorerfahrung in den häuslichen Handlungskontext eintraten, von den Betroffenen und ihren Angehörigen infrage gestellt werden.

Das letzte Beispiel aus der ‚konventionellen‘ ambulanten Pflege (Unterabschnitt 10.3.2.3) wies einen weiteren ambivalenten Aspekt auf, der mit der Einführung eines neuen materiellen Akteurs in Gestalt einer computergesteuerten Sondenpumpe verbunden war. Diese sollte das vorher nur schwer zu kontrollierende und nach dem Schwerkraftprinzip arbeitende Sondenkostsystem ablösen. Gleichwohl wurde die Angehörige des Betroffenen mit einer für sie neuen Technologie konfrontiert. Der darin entstehende Kontrollverlust aufseiten der Angehörigen wurde von der Pflegerin als Überforderung beschrieben, da die pflegende Ehefrau nicht mit der Bedienung der computergesteuerten Sondenkostpumpe, die eine kontrollierte Nahrungsgabe gewährleisten sollte, zurechtkam. Für die Pflegerin bedeutete dies einen Mehraufwand, der ihren Arbeitsablauf tangierte.

Der Blick auf die einzelnen Dinge und die Zuschreibung von Figuren des Agierens als Hinweise auf ihre (mutmaßliche) Agency scheinen in der Zusammenschau für eine begriffliche Konkretisierung nicht ausreichend zu sein. Sie geben indessen Hinweise auf ihre Positionierung innerhalb der als Akteur-Netzwerk zu verstehenden Interaktionen. Vor dem Hintergrund der Forderung Latours (2014a), die ‚Ontologien‘ der menschlichen Akteure herauszuarbeiten, wird

deutlich, dass die Qualitäten der soziomateriellen Relationen in den Vordergrund gerückt werden sollten. Damit scheint es notwendig zu sein, sich stärker auf die Identifikation und begriffliche Konkretisierung dieser Qualitäten, von denen die vorgenannten Beispiele lediglich einen Ausschnitt mit vorläufigem Charakter darstellen, zu fokussieren.

11.5 Fehlender Plug-in-Charakter der Dinge

In den Beobachtungen wurden von den Pflegenden einige Dinge miteinander kombiniert, um als zweckdienliche Werkzeuge genutzt zu werden. Dies betraf z. B. die Herstellung einer Morphinspritze (Unterkap. 9.1.) oder eines Absaugsystems (Unterkap. 9.2) bei den verschiedenen materiellen Komponenten organisiert und zusammengeführt wurden. Damit waren interessanterweise Dinge betroffen, die originär für den Gebrauch im pflegerischen und medizinischen Kontext hergestellt wurden.

Entgegen dem gängigen Verständnis des Uno-Actu-Prinzips (Mischo-Kelling 2012) und der damit fehlenden materiellen Greifbarkeit pflegerischen Handelns (Remmers 2011) wird an diesem Umstand zumindest die materielle Greifbarkeit des praktischen Wissens der Pflegenden sichtbar. Dieses beinhaltet mutmaßlich das Erkennen der klinischen Bedarfslage bei den zu versorgenden Menschen, die Ableitung geeigneter Maßnahmen sowie das damit verbundene Wissen über die Zusammenstellung und folglich die ‚Einschreibung‘ von Kompetenzen in die jeweiligen materiellen Dinge. Weder die oben genannte Morphinspritze noch das Absaugsystem standen den Pflegenden als fertig verfügbares Werkzeug und als sofort kompetent machendes Plug-in (Latour 2014a) zur Verfügung. Vielmehr mussten die Pflegenden aufgrund ihrer kontextabhängigen Expertise im Sinne eines ‚situated knowledge‘ (Hülken-Giesler/Depner 2018) unter Einschluss einer zu erwartenden taktilen Verbundenheit (Benner/Tanner 1987) mit den zu versorgenden Personen die Dinge in Form eines Ding-Arrangements zu einem zweckmäßigen Werkzeug zusammenstellen und damit kompetent machen. Andersherum können bei einem Störfall Dinge mit einem vermeintlichen Plug-in-Charakter, etwa ein elektrisch verstellbares Pflegebett, ihren Nutzen als Werkzeug verlieren und den Einbezug von Dritten mit einer technologischen Expertise erfordern (vgl. Unterkap. 10.5). Hieran wird eine grundlegende Abhängigkeit beruflich Pflegender von Dienstleistern aus dem Home-Care-Sektor (siehe auch Gödecke 2018), aber auch ihre Improvisationspraktiken zum Auffangen von Störungen sichtbar.

Nichtsdestotrotz sollte die Frage nach dem Expertenwissen der Pflegenden in Hinblick auf die Technologisierung ihrer unterschiedlichen Handlungsfelder (Hielscher et al. 2015) demnach auch die jeweiligen Praktiken der Werkzeugherstellung und der damit verbundenen Einschreibung von Kompetenzen durch die Pflegenden in die Dinge, aber auch von Improvisationspraktiken in den Blick nehmen. Dabei ist nochmals der Hinweis von Hülken-Giesler und Remmers (2020) hervorzuheben, dass diese Werkzeuge sowie ihr Einsatz über den instrumentellen zweckbezogenen Aspekt hinausgehen. Sowohl der Indikationsstellung für die Gabe einer Morphininjektion als auch dem endotrachealen Absaugen ging jeweils ein interaktionsintensives und empfindungsbasiertes Handeln der Pflegenden voraus.

11.6 Inskription(en) als Performanz

In den Interviews wurden beispielhafte Präskriptionen genannt, die von den Interviewten in Relation zu den in ihrem Handeln benutzten Dingen gesetzt wurden. Im ersten Beispiel, das auf den Äußerungen der in einer großen Universitätsklinik arbeitenden Pflegerin (Unterabschnitt 10.4.1.1) basiert, wurden die kleinteiligen Schritte benannt. Dabei handelte es sich um ein sensibles Thema, da der besagte zentrale Venenkatheter (ZVK) als Gegenstand eine Eingangspforte für gefährliche Keime in den Leibkörper darstellt. Somit erklären sich die stärker

‚technisch‘ ausgerichteten präskriptiven Aspekte im Umgang mit diesem Ding, die auf die Vermeidung einer Keimbesiedlung und die Freihaltung des Lumens zur Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit des ZVK zielten.

In einer stärker performativen Weise beschrieb ein Pfleger aus einer Beatmungs-Wohngemeinschaft (Unterabschnitt 10.4.1.2) die präskriptiven Aspekte im Umgang mit dem Beatmungsgerät. Zwar bot das Beispiel auch nur einen Ausschnitt aus seinem Handeln. Es hob aber die Präskription des perfekten Zusammenspiels aller Beteiligten beim Umlagern einer beatmeten Person hervor, sodass hier quasi von einer Choreografie (Klausner 2015) von Beatmungsgerät, Beatmungsschlauch und beatmeter Person sowie dem Pfleger gesprochen werden kann.

Das Beispiel aus der ambulanten Pflege (Unterabschnitt 10.4.1.3) erweiterte diese Choreografie um kommunikative und wahrnehmungsbezogene Aspekte: Es ging um das Erfordernis einer umfassenden Aufmerksamkeit für die sich im Tragenetz befindliche Person während der Benutzung eines Patientenlifters. Die rein technischen Aspekte wurden von der Pflegerin interessanterweise nicht expliziert. Hier spiegelt sich gewissermaßen ein Gedanke Friesachers zum Aspekt der Ahnung wider (Friesacher 2008): Für die Pflegerin gehörten sowohl ein aufmerksames Sehen und Hören, die verbale Information der betroffenen Person mit Ermöglichung eines sprachlichen bzw. vorsprachlichen Feedbacks als auch ein Vorausahnen körperlicher Verschlechterungen zur Choreografie pflegerischen Handelns, welches damit wesentliche Züge eines mimetischen Verstehens (Hülsken-Giesler 2008) offenbaren.

Die vorgenannten präskriptiven Aspekte bilden in der ANT-Perspektive einen Bestandteil der Inskription. Dabei zeigten die Aussagen aus den Interviews, dass die Inskription sowohl punktuell als auch sich wiederholende Performanzen darstellt: Grundsätzlich besteht das obligatorische Erfordernis für die Einweisung in die Handhabung von Gegenständen oder Geräten lediglich bei denjenigen, deren Benutzung für die pflegerisch versorgten Menschen oder die sie bedienenden Personen mit Risiken verbunden sind. Dies gilt, folgt man den Äußerungen der Pflegerin der Stroke Unit (Unterabschnitt 10.4.2.1), nicht für andere scheinbar risikoärmere Gegenstände oder Geräte. Deren Handhabung musste im Rahmen des Arbeitsalltags erlernt werden. Eine einmalige Einweisung im Sinne einer punktuellen Inskription fand bei diesen nicht statt.

Dass diese Maßgabe nicht nur für das Handlungsfeld des Krankenhauses galt, verdeutlichten die Ausführungen eines Pflegers aus einer Beatmungs-Wohngemeinschaft (Unterabschnitt 10.4.2.2). Auch hier erfolgte sozusagen initiatorisch eine Pflichteinweisung im Umgang mit dem Heimbeatmungsgerät. Seine Äußerungen zeigen zudem auf, dass eine punktuelle Einweisung nicht ausreicht, sondern die Benutzung im Laufe der täglichen Arbeit immer wieder eingeübt werden muss. Damit tritt der Aspekt der Wiederholung in den Vordergrund, der für die Entwicklung der pflegerischen Expertise innerhalb eines Arbeitskontexts von großer Bedeutung zu sein scheint (siehe hierzu auch Benner 2012).

Somit lässt sich ein gewisses Spannungsverhältnis zwischen einer punktuellen und einer sich wiederholenden performativen Inskription der Nutzerinnen und Nutzer beschreiben, die die Bedeutung der Pflege als eine zuvorderst praktische Tätigkeit (Barnard 2016) hervorhebt. Eine einmalige Einweisung erscheint in der Pflege unzureichend zu sein. Vielmehr muss der Inhalt der Einweisung performativ im Arbeitsalltag eines spezifischen Handlungskontexts wiederholt eingeübt werden, um z.B. in der Perspektive Benners (2012) zu Expertinnen und Experten in der Pflege reifen zu können. Dabei dürfen die durch den jeweiligen Handlungskontext oder durch andere ‚Akteure‘ generierten präskriptiven Handlungsanforderungen an die beruflich Pflegenden (Abschnitt 10.4.3) nicht vergessen werden, die von ihnen kritisch gesehen worden

sind. Dabei erscheinen nicht die Dinge an sich, sondern hauptsächlich die Handlungskontexte Auslöser für die kritische Perspektive auf die Dinge gewesen zu sein.

11.7 Zwischenfazit

Es ließen sich vielfältige soziomaterielle Aspekte pflegerischer Handlungsfähigkeit aus der Zusammenführung der Interpretation der Beobachtungs- und der Interviewdaten herausarbeiten. Sie stellen jedoch lediglich eine Annäherung an einen Referenzrahmen der soziomateriellen Agency in der Pfleg dar, weil sie die Mikroebene der untersuchten Handlungsfelder widerspiegeln. Die Untersuchung von anderen pflegerischen Handlungsfeldern sowie von organisatorischen bzw. patientenfernen Tätigkeiten dürfte daher die Liste der soziomateriellen Aspekte erweitern.

Als ausbaufähiger Referenzrahmen pflegerischer Handlungsfähigkeit bietet sie allerdings eine Grundlage für die intradisziplinäre Diskussion über pflegewissenschaftlich informierte Begriffe als Voraussetzung für eine demokratische Technikentwicklung (Hülsken-Giesler/ Depner 2018), weil die vorliegenden soziomateriellen Aspekte die banalen bzw. selbstverständlichen Dinge in der Pflege aus der Versenkung holen (Buse et al. 2018) und damit bei der mutmaßlichen Erweiterung der Handlungsfähigkeit von beruflich Pflegenden durch Technologien berücksichtigt werden müssen.

12 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

12.1 Zusammenfassung

Ausgangspunkt dieser Arbeit bildete das Problem, wie die Vielzahl materieller Dinge in einer theoretisierenden pflegewissenschaftlichen Perspektive veranschaulicht werden kann, um sich auf dieser Basis verschiedenen soziomateriellen Aspekten beruflich-pflegerischer Handlungsfähigkeit annähern zu können. Vor dem Hintergrund einer potenziell zukünftigen Anreicherung pflegerischer Handlungs-Settings mit avancierten und zum Teil robotischen Technologien wurde dabei auf die gegenwärtig genutzten Dinge fokussiert, um den materiellen Anteil der Dinge und ihre Position bei der ‚Herstellung‘ beruflich-pflegerischer Handlungsfähigkeit herauszuarbeiten. Zu diesem Zweck wurde auf die ANT in der Lesart Bruno Latours zurückgegriffen. Deren nichtdualistisches bzw. symmetrisch ausgerichtetes Handlungsverständnis in Form einer relationalen Agency ermöglichte als Analyseperspektive die Herausarbeitung von Eckpunkten, wobei diese lediglich einen vorbereitenden Charakter aufweisen. In dieser analytischen Perspektive ging es um die Beschreibung des Anteils der materiellen Dinge als ‚Akteure‘ an der Herstellung der Handlungsfähigkeit beruflich Pflegender. Zu diesem Zweck wurde auf das individuelle Handeln von Pflegenden in verschiedenen pflegerischen Handlungsfeldern sowie auf ihre Zuschreibungen in Richtung der Dinge fokussiert.

Auf der Grundlage der ethnografisch und mittels Leitfadeninterviews gewonnenen Daten und deren Interpretation in Anlehnung an ethnografische Vignetten und der qualitativen Inhaltsanalyse lässt sich aufzeigen, dass von der ‚Agency‘ bzw. der Handlungsträgerschaft der Dinge nicht als ein isolierter Aspekt innerhalb pflegerischer Handlungsabläufe gesprochen werden kann. Erst aufgrund der instrumentellen und relationalen Verschränkung der Dinge mit den pflegerisch zu versorgenden Menschen innerhalb ihrer Leibsphäre durch die beruflich Pflegenden lassen sich Zuschreibungen zur Handlungsträgerschaft der Dinge vornehmen.

Somit wird die Personengebundenheit materieller Handlungsträgerschaft in der beruflich erbrachten Pflege hervorgehoben, die von den Pflegenden performativ und im instrumentellen Sinne in die Tat umgesetzt wird. Dinge bilden hier grundsätzlich ermöglichende Faktoren. Sie werden zum großen Teil jedoch vor dem Hintergrund spezifischer, auf das Angewiesensein auf pflegerische Hilfe hinweisende Anlässe sowie im Rahmen von Arbeitsbündnissen in Abhängigkeit von organisationalen Zusammenhängen erst durch die Initiative der Pflegenden als (Teil-)Antworten auf diese Anlässe in Anspruch genommen. Hinzu kommt, dass im Rahmen pflegerischen Handelns nicht garantiert ist, die Dinge mit den Körpern der pflegerisch versorgten Menschen und/oder den räumlichen Bedingungen in Gestalt des ‚Tinkerings‘ zusammenführen zu können.

Einen weiteren Aspekt verkörpert die Hybridität der Mensch-Ding-Konstellationen, die sich aus einer engen oder einer eher losen Koppelung von Mensch und Ding ergeben. Exemplarisch für die enge Variante steht das Heimbeatmungsgerät, das zudem im Vergleich zur Mehrheit der genutzten Dinge in den verschiedenen untersuchten Handlungs-Settings über eine ausgeprägte Selbstbewegung verfügt und letztendlich die Existenz der pflegerisch versorgten Person garantiert. Avancierte dinglich greifbare Technologien wie diese fordern von den Pflegenden aufgrund ihrer engen Koppelung mit dem jeweils betroffenen Menschen die Sorge für beide Akteure. Dabei hebt diese Sorge für Mensch und Maschine den personalintensiven Charakter der Pflege hervor, der gewissermaßen nicht mit den Vorstellungen technisch zu verstehender Effizienzsteigerungen übereinstimmen muss. Für die weitaus loseren Koppelungen von Menschen und Dingen darf Ähnliches angenommen werden.

Ein wesentlicher, den Anteil der Dinge an der Herstellung pflegerischer Handlungsfähigkeit bedingender Aspekt besteht in den unterschiedlichen Qualitäten der soziomateriellen Relatio-

nen, die die Positionen der Dinge als zwischen den Menschen stehende Entitäten hervorheben. Diese sind in der Perspektive der beruflich Pflegenden hauptsächlich zweckbezogen, wobei der Zweck nicht allein mit dem ‚technischen‘ Handeln zusammenfällt und sowohl auf ästhetische, leibkörperliche Zustände als auch autonomieförderliche Effekte abzielt. Darüber hinaus hängen die Qualitäten von den Handlungskontexten und den sie rahmenden Versorgungsaufträgen ab, in denen die Benutzung der Dinge mit ambivalenten Erfahrungen in der Perspektive der Pflegenden in Verbindung gebracht werden kann.

Ferner setzt der Umgang mit den Dingen aufseiten der Pflegenden neben der Erkenntnis des Handlungsanlasses Kompetenzen voraus, diese empfindungsbezogen nutzen zu können. Damit stellen sie keine der von Latour beschriebenen ‚Plug-ins‘ dar, die den Pflegenden ad hoc Kompetenzen zuteilen oder sie befähigen. Hinzu treten performative Anforderungen bzw. präskriptive Inhalte, die in der ANT-Terminologie als Präskriptionen bezeichnet werden. Dabei scheint der Umfang dieser Präskriptionen abhängig von der physischen Größe der Dinge, der an sie delegierten Aufgaben und davon ausgehenden Wirkungen sowie deren Verschränkung mit den Körpern der pflegerisch versorgten Menschen, aber auch von Ambivalenzen hervorgerufenen Handlungskontexten zu sein. Sie reichen von kleinteiligen Schritten bis hin zu interaktiven Choreografien zwischen den Pflegenden, den Dingen und den pflegerisch versorgten Menschen. Eine Grundlage für den Umgang mit den Dingen in der Pflege in Form der Präskription bildet dabei die Einweisung, die mit der Inskription im Sinne der ANT gleichgesetzt werden kann. Dabei ist sie für risikobehaftete Dinge obligatorisch, zumeist punktuell und zeichnet sich gleichzeitig durch das Erfordernis an die Pflegenden aus, ihre Handhabung im alltäglichen Handeln wiederholt einüben zu müssen.

– Fazit –

In der Gesamtschau bleibt es weiterhin offen, welchen Einfluss avancierte (robotische) Technologien mit welchen Ausprägungen von Wirkmächtigkeit bzw. Agency auf die pflegerischen Interaktionen als Alltagshandeln tatsächlich ausüben werden. Durch die Fokussierung auf Handlungssettings, in denen keine avancierte Technologie bislang genutzt wurde, rückten daher zumeist materielle Gegenstände mit einer nicht so auffälligen Agency in den Vordergrund. Dennoch ergeben sich einige Anhaltspunkte für soziomaterielle Aspekte der Handlungsfähigkeit von beruflich Pflegenden:

Der Anteil der Dinge an der Herstellung der Handlungsfähigkeit beruflich Pflegender lässt sich anscheinend nicht allein an der materiellen Wirkmächtigkeit unterschiedlicher hierarchisch zu verstehender Ausprägungen von Agency festmachen, von denen die beruflich Pflegenden als handelnde Akteure definitiv abhängig sind. Hinzu treten vielmehr die relationalen Qualitäten innerhalb der zumeist leiborientierten Interaktionen zwischen den Pflegenden und den von ihnen versorgten Menschen. Diese gehen über den rein instrumentellen Charakter der Dinge hinaus und sind nicht ganz frei von kontextbedingten Kontingenzen. In der Gesamtsicht wird dabei deutlich, dass die Dinge diese Interaktionen mit ermöglichen und hierdurch die Pflegenden situationsabhängig handlungsfähig machen.

Die lokale soziomaterielle ‚Agency‘ der beruflich Pflegenden als mutmaßliche ‚Mit-Wirkung‘ der Dinge lässt sich vor dem Hintergrund der vorgenannten Aspekte annäherungsweise innerhalb der auf den Dingen und den jeweils zu versorgenden Menschen sowie ihr Umfeld aufbauenden relationalen Netzwerken als eine individuelle und situationelle Handlungsfähigkeit deuten, um empfindungsbezogene Tätigkeiten verrichten zu können. An ihr wird der pflegerische Arbeitsaufwand materiell greifbar, der die an sich unaufhebbare Personalintensität der Pflege hervorhebt und damit andere als rein technisch zu verstehende Effizienzvorstellungen in der Entwicklung und Implementierung von (mehr oder minder) avancierten sowie dinglich präsenten Technologien erforderlich macht.

12.2 Folgerungen für die Wissenschaft, Bildung und Praxis der Pflege

Die gegenwärtige Covid-19-Pandemie verdeutlicht eindrücklich die infolge einer mehr als unzureichend zu nennenden Vorhaltung und Bereitstellung von Schutzausrüstungen potenziell erwarteten Gefährdungen für die Angehörigen der Gesundheitsberufe sowie den besonders in Institutionen untergebrachten Angehörigen der Risikogruppen. Falls umfassende Schutzausrüstungen vorhanden sind, erfordern diese von den Pflegenden das Erlernen völlig neuer und personalintensiver Handlungsweisen, die insbesondere für das Personal im Langzeitpflegebereich eine Herausforderung darstellen (Immenroth 2020). Hinzu kommen asymmetrische Figurationen von Medizin und Pflege durch politische und mediale Akteure, die Letztere auf Intensivbetten bzw. Beatmungsplätze als vermeintlich allein relevante Größen reduzieren. Das für die Versorgung erforderliche Personal tritt dabei hinter den Dingen zurück. Zugleich findet medial ein Rückgriff auf rein symbolische Anerkennungsformen und Zuschreibungen (nicht nur) in Richtung der beruflich Pflegenden statt (Fischer et al. 2020). In dieser Abhandlung wurde indes versucht, die Dinge in symmetrischer Perspektive in ihren Relationen zu den beruflich Pflegenden zu veranschaulichen, ohne Letztere hinter den Dingen ‚verschwinden‘ zu lassen. Dabei lassen sich drei Folgerungen für die Pflegewissenschaft (Qualität der materiell induzierten Sozialität), die Pflegebildung (Materialität in der Ausbildung) sowie – in einem erweiterten Sinne zu verstehende - Pflegepraxis (Professionalisierung durch Weiterbildung) exemplarisch aus der Arbeit ableiten:

Qualität der materiell induzierten Sozialität

Es wurde deutlich, wie die Dinge den beruflich Pflegenden die Möglichkeit geben, situativ handlungsfähig zu werden und dies in der Regel zu bleiben. Dabei ‚agieren‘ die Dinge niemals isoliert, sondern als Bestandteil von Interaktionen aus denen Pflege als Fürsorgepraktik hervorgeht (Buse et al. 2018). Dabei zeigte sich, dass die Dinge – in einem weiten Sinne verstanden – anscheinend Sozialität mit induzieren (Uzarewicz 2019). Mit der soziomateriellen Perspektive wird in diesem Zusammenhang die – von politischen Akteuren allzu oft relativierte oder ignorierte – Tatsache der besonderen Personalintensität der Pflege und des Angewiesenseins auf materielle und funktionelle Dinge hervorgehoben. Hier stellt sich jedoch die Frage danach, welche Qualität diese materiell mitinduzierte Sozialität angesichts zunehmender rationaler oder unterlassener Pflegeleistungen infolge des Personalmangels (Stemmer/ Schubert 2019) aufweisen soll. In Hinblick auf die pflegewissenschaftliche Beschäftigung mit der erwarteten zunehmenden Technisierung der Pflege ist es daher notwendig, spezifische Qualitätskriterien dieser Sozialität im Rahmen einer demokratischen Technikentwicklung in der Perspektive der beruflich Pflegenden im Rahmen von Praxisentwicklungsprojekten zu identifizieren. Die erarbeiteten soziomateriellen Aspekte könnten hier zudem in Verbindung mit den stärker auf die Betroffenenperspektive bezogenen Erkenntnisse der Arbeiten von Manz (2015) und Gödecke (2018) bei der Identifizierung von Qualitätskriterien hilfreich sein. Dabei gilt es, die Nicht-Trivialität der Dinge als materielle Bestandteile empfindungsbezogener Tätigkeiten hervorzuheben, deren optimale Verwendung die Gestaltung von einer gelingenden Pflegepraxis förderlichen Arbeitsbedingungen erfordert. Insgesamt erfordert dies die Initiierung von Praxisentwicklungsprojekten sowie partizipativ ausgerichteten Forschungsvorhaben.

Soziomaterialität als Thema in der Ausbildung

Zudem unterstützen die Ergebnisse die noch vereinzelt existierenden Positionen im pflegebezogenen Bildungsbereich (Hänel 2018, Arens 2017), die für eine stärkere Berücksichtigung der Materialität von Pflege in der Ausbildung und damit für eine Sozialisation als konjunktiver Transaktionsraum (Nohl 2011) plädieren. Hierzu gehört im Zusammenhang mit der Materialität

die Medialität des Falls, die für dessen Authentizität stehen kann (Hänel 2018). In diesem Sinne bieten Ausschnitte aus Transkripten, Bildern oder Filmen mehr Deutungsmöglichkeiten als konstruierte Fallbeispiele (ebd.). Die soziomateriellen Aspekte dieser Arbeit könnten daher bei der Auswahl geeigneter Medien bzw. Materialien während der Entwicklung von sowohl nicht dinglichen Lernformaten wie dem Game-based-Learning oder anderen Computersimulationen, als auch dinglich präsenten Lernumgebungen in Form der Skills Labs, im Ausbildungskontext mitberücksichtigt werden. Im Rückgriff auf Barnards Verständnis der ‚Technique‘ (2016) sollte es ferner um die Vermittlung objektbezogenen Wissens gehen, das vor dem Hintergrund der Ergebnisse dieser Studie die ausgeprägte Bedeutung der Face-to-face-Interaktion hervorhebt und die damit verbundenen sinnlich-leiblichen Aspekte der Pflege zur Geltung bringt (Hauck 2019). Insgesamt könnten die vorteilhaften Wirkungen des simulierten Trainings in der Ausbildung der Gesundheitsberufe, welche nach Schönhardt (2019) in der reflexiven Bearbeitung des Problems der impliziten Blindheit und der Prävention eines unreflektierten Habitus mittels der Methode des De-Briefings bestehen, durch den Einbezug der soziomateriellen Aspekte verstärkt werden.

Professionalisierung durch Weiterbildung

Zugleich stellt sich die Aufgabe, in einer kritischen Perspektive auf definitiv existierende Dequalifizierungsprozesse in der Pflegepraxis (Ehrentraut et al. 2019) dieses in den verschiedenen Qualifikationsprofilen und -stufen der in der beruflichen Pflege arbeitenden Menschen zu verankern. Die mit dieser Arbeit gewonnenen Erkenntnisse unterstreichen in diesem Zusammenhang die Komplexität pflegerischen Handelns, innerhalb dessen Dinge sowohl instrumentell als auch empfindungsbezogen am und mit den pflegerisch zu versorgenden Menschen genutzt werden. ‚Reduktionistische‘ Vorstellungen von z.B. einem bloßen technisch orientierten ‚Anlernen‘ von Hilfskräften im Umgang mit den Dingen und deren Überwachung durch (einige wenige) Pflegefachpersonen erscheint hier nicht empfehlenswert zu sein. Auch die nur selektive Einarbeitung von beruflich Pflegenden in den Umgang mit den Dingen der Pflege, welche lediglich den Mindeststandard erfüllt, sollte durch umfassende Einarbeitungsprogramme erweitert werden. Vor diesem Hintergrund untermauern die Erkenntnisse dieser Abhandlung die Bestrebungen in Richtung einer Professionalisierung der direkten Patientenversorgung (Krampe 2014), welche u.a. eine zwingende Voraussetzung für die Beziehungsgestaltung in den verschiedenen pflegerischen Kontexten bildet (Czakert et al. 2020). Angesichts der fehlenden Berücksichtigung von handlungsfeldspezifischen Kompetenzen im Pflegeberufegesetz sowie der dazugehörigen Ausbildungs- und Prüfungsordnung müssen daher im Rückgriff auf Falkson et al. (2020) Weiterbildungsmaßnahmen für die beruflich Pflegenden forciert werden. Hier könnte von den (Fach-)Hochschulen in Form von Weiterbildungsmodulen und Studiengängen mit dem Schwerpunkt ‚Advanced Nursing Practice‘ ein Beitrag geleistet werden.

12.3 Kritische Reflexion

In der Gesamtsicht erscheint die Methodenwahl für den Untersuchungsgegenstand angemessen gewesen zu sein: Einerseits konnte das pflegerische Alltagshandeln ausschnittsweise mit dem ethnografischen Vorgehen erhoben werden. Andererseits lieferten die teilstrukturierten Interviews die Selbstauskünfte der Pflegenden. Angesichts des auf den ersten Blick für die Interviewpartner befremdlichen Erkenntnisinteresses wies der Leitfaden einen stark explorativen Charakter auf. Neben dieser im Sinne einer Methodentriangulation zweigleisigen Datenerhebung erfolgte die Interpretation der Ausschnitte aus den Beobachtungsprotokollen in Anlehnung an ethnografische Vignetten als eine weniger und der inhaltlich strukturierenden qua-

litativen Inhaltsanalyse als eine stärker regelgeleitete Methode. Insbesondere durch die Einbindung der Perspektive der beruflich Pflegenden erfuhren die Zuschreibungen in der Forscherperspektive eine gewisse Kontrolle.

In Bezug auf das Sampling der untersuchten Einrichtungen und Pflegedienste besteht ein Selektionseffekt. Zwar wurden bundesweit einschlägige Einrichtungen und Pflegedienste angeschrieben, jedoch wurde die Studiendurchführung lediglich durch Einrichtungen im südwestlichen Niedersachsen und in der Region Hannover ermöglicht. Demnach spiegelt sich in den Daten ein regional begrenzter Ausschnitt des pflegerischen Versorgungsalltags wider.

Ebenfalls lässt sich ein Selektionseffekt im Kontext der teilnehmenden Beobachtung anführen, da die teilnehmenden Pflegenden als Gatekeeper einen wesentlichen Einfluss auf die Dauer der Beobachtungen und den Zugang zu den Patientinnen und Patienten genommen haben. Hinzu kommt die Einschränkung, dass hauptsächlich die direkte körperbezogene Versorgung durch Pflegende untersucht wurde. Auf periphere, indes das Handeln rahmende Praktiken, etwa die Erledigung der Dokumentation oder der Organisationsarbeit am Computer, wurde nicht fokussiert. Gerade diese sind jedoch bereits weitestgehend technisiert bzw. erfahren ihre jeweilige Aktualisierung durch verbesserte Technologien. Insoweit handelt es sich um Erkenntnisse, die sich auf die körperbezogene pflegerische Arbeit und nicht auf die Organisationsarbeit beziehen. Hinzu kommt, dass durch den Einbezug von Pflegehilfskräften als beruflich Pflegenden in der Untersuchung hinsichtlich des Professionalisierungsdiskurses der Pflege Unschärfen bestehen können.

Im Kapitel 6.2 wurde bereits die Reflexion der Kritik an der ANT und im Besonderen an Latours Beiträgen detailliert ausgeführt. Was lässt sich nun am Ende der Arbeit hieraus ableiten? Generell lässt sich der Ansatz der ANT als eine empirisch ausgerichtete Heuristik beschreiben, die Komplexität einer Handlung anhand ihrer Komposition aus menschlichen und nicht-menschlichen Entitäten aufzuzeigen, indem die Begriffe quasi empirisch konkretisiert und inhaltlich gefüllt werden. Ihr Ansatz zielt nicht auf die Negation der menschlichen Subjekte und von (wissenschaftlichen) Tatsachen, sondern auf die mikrologische Re-Kontextualisierung von Tatsachen als Artikulationsprozesse des Sozialen oder, im Hinblick auf die Kritik Latours an dem alten naturwissenschaftlichen Reduktionismus, auf die Re-Kontextualisierung der Wissensproduktion. Gerade hierin besteht ein Ansatz für die Theorieentwicklung in der Pflege im Sinne der Kritik Risjords (2010) an den klassischen Pflgetheorien die Kontingenzen der Pflegepraxis in der Wissensproduktion zu berücksichtigen bzw. theoretische Aussagen an diese anschlussfähig zu machen.

Gleichwohl bestehen gewichtige Limitationen aufgrund der epistemischen Ausgangsposition der ANT. Als erste kann die ‚flache Topographie‘ angesprochen werden. Durch den Verzicht auf die modellhafte Vorstellung von einer gesellschaftlichen Mikro-, Meso- und Makroebene oder von gesellschaftlichen Aggregaten (Gertenbach/ Laux 2019) wird die Möglichkeit eingeschränkt (pflege-)wissenschaftliches Orientierungswissen anzubieten. In diesem Sinne fehlt eine differenzierungstheoretische Perspektive, mit der z.B. Konflikte zwischen gesellschaftlichen Bereichen beschrieben werden könnten (Lindemann 2008). So fokussiert sich die ANT auf das ‚Wie‘ der Bildung von Akteur-Netzwerken, aber nicht auf die daraus entstehenden Sozialformen und Aggregate (Gertenbach/ Laux 2019). Gerade dies ist jedoch für die weitere theoretisierende Arbeit mit dem pflegerischen Handeln von großer Bedeutung, weil in Anlehnung an Brandenburg (2019) Aussagen getroffen werden müssen in welche Richtung Pflege- und Sorgearbeit gesellschaftlich gesteuert werden soll und auf welchen Annahmen die damit verbundenen Zielsetzungen artikuliert werden können. Die zweite Limitation der ANT besteht hinsichtlich ihrer begrifflichen Unschärfe. Dies wurde am Agencyverständnis Latours deutlich, da mit ihm vordergründig die Handlungsfähigkeit bzw. Agency der Menschen als Subjekte in

schwierig eingrenzbaeren heterogenen Netzwerken ohne die methodische Konzeption mehrerer aufeinander bezogener gesellschaftlicher Ebenen – auch in Hinblick auf normative Aspekte und die Frage nach dem Menschen – ebenfalls zu verschwimmen droht und damit wesentliche pflegewissenschaftliche Grundannahmen in Anlehnung an Koppenburger und Wüller (2020) erschüttern kann.

Allerdings kann diese Erschütterung auch produktiv sein (ebd.). In diesem Sinne scheint das relationale Verständnis von Agency Erkenntnisse auf der deskriptiven Ebene in Gestalt der soziomateriellen Aspekte im Sinne der oben genannten mikrologischen Re-Kontextualisierung des Sozialen zu ermöglichen. Dabei wurde deutlich, dass gerade die perspektivische Verschränkung von nichtmenschlichen Entitäten mit Menschen dabei hilft den menschlichen Faktor hervorzuheben. Insgesamt ergibt sich dennoch ein positiver Eindruck, da besonders Latour als (vielleicht) prominentestes Gesicht der ANT auf die hohe Bedeutung der Multiperspektivität in der wissenschaftlichen Beschreibung der Realität hingewiesen hat. Gerade die von Remmers (2000) hervorgehobene situative sowie fallbezogene Verknüpfung verschiedener Wissens- und Handlungsaspekte im pflegerischen Handeln unterstreicht in diesem Zusammenhang den transdisziplinär ausgerichteten (ders. 2011) Rückgriff auf nichteliminative Beschreibungsformen. Es besteht das Potenzial der ANT als heuristische Methode pflegewissenschaftlich relevante Sachverhalte in ihrem Kontext zu untersuchen sowie durch detaillierte Beschreibungen abzubilden und damit ihrer Dekontextualisierung auf einer anderen Ebene des Diskurses in Gestalt von wissenschaftlichen Blackboxes vorzubeugen.

12.4 Weitere Forschung

Die Erkenntnisse aus dieser Arbeit beruhen auf Einblicke in einem weitaus komplexeren beruflichen Handlungsgeschehen innerhalb von zumeist stabilen sozialen Umfeldern. Sie stellen die soziomateriellen Relationen in den Mittelpunkt, in denen die beruflich Pflegenden zum Handeln mit befähigt werden, und weisen somit einen gewissen Grad an Kontextgebundenheit auf. Zudem hat sich der Fokus auf hauptsächlich funktionale Unterstützungsleistungen (Hülken-Giesler/ Remmers 2020) fokussiert, die weitestgehend ohne die Benutzung von digitalen oder robotischen Technologien durch die menschlichen Akteure produziert worden sind. Daher ist es relevant, einzelne Aspekte weiter zu beforschen, welche in Anlehnung an Weber (2020) dabei helfen können normative Mindeststandards zu setzen:

Ein wichtiges Forschungsdesiderat bilden die von Roßler (2016) skizzierten Figuren des Agierens, welche als Ausprägungen der von Latour postulierten Agency gedacht worden sind. Aufgrund der Fokussierung auf konventionellen sowie etablierten Technologien und Dingen konnte nicht eruiert werden, welche Figuren des Agierens digitale und robotische Technologien aufweisen würden. Dies erscheint jedoch aufgrund der möglicher Auswirkungen auf Praktiken und Interaktionen zwischen Pflegenden sowie anderen Akteuren von großer Bedeutung zu sein. Heath et al. (2018) sehen hier im Einsatz von robotischen Technologien das Potenzial der Verdrängung von pflegerischen „non-technical skills“ (ebd. 311) aus interdisziplinären Arbeitszusammenhängen. Insofern stellt sich die Frage danach, ob eine rein technische Effizienzsteigerung durch die Agencies von besagten Technologien zu einer Verdrängung pflegerischer Expertise beitragen oder diese auch unterstützen kann. Insofern wäre eine Re-Lektüre von bereits bestehenden Studien zur Erprobung und Einsatz von digitalen und robotischen Technologien aus forschungspragmatischer Sicht mit dem Fokus auf die Figuren des Agierens zu beschreiben und mit verschiedenen Stakeholdern zu diskutieren.

Allerdings kann eine zunehmende Technisierung in der Perspektive der pflegerisch versorgten Personen auch eine erwünschte Entwicklung darstellen (Weber 2020). Beispielsweise trifft dies auf die ambulante Intensivpflege zu, die beatmeten Personen tendenziell ein Leben in der vertrauten Wohnumgebung ermöglicht. Bisherige Erkenntnisse aus diesem Handlungsfeld

weisen darauf hin, dass durch die Anwesenheit des Beatmungsgerätes als selbsttätiger Akteur das Thema des Vertrauens der pflegerisch versorgten Personen zu den beruflich Pflegenden über eine entscheidende Bedeutung verfügt (Czakert et al. 2020, Gödecke/Kohlen 2019). Hierbei geht es nach Czakert et al. um das Vertrauen in die Fähigkeiten der Pflegenden die Beatmungsgeräte adäquat zu bedienen und für die Sicherheit der pflegerisch versorgten Personen zu sorgen (ebd.). Dieses Erfordernis lässt sich auch für digitale und robotische Technologien annehmen. Allerdings erfordert dies im Idealfall eine Anerkennung der beruflichen Pflege als Profession und damit eines eigenständigen Handlungsbereiches für Pflegende, um als Vertrauenspersonen autonom agieren können. Dabei ist diese Anerkennung bislang verhindert worden (vgl. hier z.B. Friesacher 2012). Czakert et al. (2020) unterstreichen das Erfordernis der Professionalisierung der Pflegeberufe, weil diese eine Grundlage für eine vertrauensvolle Beziehungsgestaltung darstellt. In Bezug auf die Einbindung von avancierten Technologien in pflegerischen Handlungsabläufen sollten daher Vertrauensphänomene stärker empirisch beforcht und operationalisiert werden (ebd.).

Ein weiteres Thema bildet die Qualität soziomaterieller Relationen in Hinblick auf Machtverhältnisse im Kontext der Biopolitik (Foucault 2008). Die Perspektive der ANT als ein Instrument zur Herausarbeitung von Details könnte hier mit den von Foucault ausgehenden analytischen Ansatz der Dispositivanalyse, wie von Gnosa (2018) vorgeschlagen, kombiniert werden, um lokale Machtverhältnisse als „capillary activities“ (Foth 2013:99) z. B. zwischen den beruflich Pflegenden und ‚größeren‘ Akteuren bei der Entwicklung und Implementierung von gesundheitsförderlichen oder gesundheitserhaltenden Technologien als Fallbeispiele zum Verständnis von Prozessen der Biopolitik zu untersuchen. Insbesondere geht es um das Auffinden von Spuren der dahinterstehenden politischen Rationalität, welche die Biopolitik bestimmt (Foucault 2008). In diesem Sinne stellt sich die Frage danach, wie und in welchem Ausmaße das lokale Handeln in den individuellen Versorgungssituationen als Akteur-Netzwerke seinen Niederschlag auf andere und umfangreichere Akteur-Netzwerke an anderen Orten findet oder ob dieses von Letzteren durch prozessuale Technologien, wie z. B. durch Künstliche Intelligenz (KI) unterstützte Pflegeprozessmodellierungen, leichtgängig als biopolitische Maßnahme gesteuert werden kann.

Im Hinblick auf Exklusionsverhältnisse sollte zudem untersucht werden wie Dinge und ihre Nutzung durch beruflich Pflegende vermutlich soziale Ungleichheiten mit konstituieren (Bergschöld 2018) und damit die Qualität der soziomateriellen Relationen rahmen. Dieser Aspekt könnte mit Fragestellungen aus dem Bereich der Care-Ethik, besonders in Hinblick auf ausgegrenzte und materiell schlechter gestellte Bevölkerungsgruppen bzw. Individuen, verbunden werden. Beispielsweise bietet sich hier der Umgang mit der Instabilität von Räumlichkeiten und Ressourcen in der pflegerischen Versorgung an (Tantchou et al. 2018). Des Weiteren könnte in der Perspektive der empirischen Ethik des Guten (Willems 2010) bzw. auf der Grundlage einer prospektiven ethischen Bewertung (Depner/Hülsken-Giesler 2017) die Vielfalt in soziomateriellen Relationen untersucht werden, die bei der (Weiter-)Entwicklung von Technologien, auch in Bezug auf Ungleichheitsbedingungen (Bergschöld 2018, Poland et al. 2005) oder den erodierenden Lebensweltstrukturen und Lebensformen (Remmers 2018b), als Ziele adressiert werden können.

Materielle Dinge müssen zudem mit der Leibsphäre der pflegerisch zu versorgenden Menschen verschränkt werden bzw. bilden einen Teil ihrer Leibsphäre. Damit repräsentiert die Körperlichkeit der Menschen den zentralen Diskurspunkt, wenn es um die Begegnung von Menschen und Robotern geht (Graf/Treusch 2020). Dies erfordert im Rückgriff auf Uzarewicz (2019) spezifische kommunikative Kompetenzen von den beruflich Pflegenden, da diese mit dem Eigensinn des lebendigen Körpers als Ausgangspunkt der Leibsphäre umgehen müssen.

Dabei ist die Kompetenzthematik – und damit insbesondere auch die Technikkompetenz bei beruflich Pflegenden – in der primär nichtessenzialistischen Perspektive der ANT in den Hintergrund getreten. Daher bietet es sich an, zu untersuchen, wie die Technikkompetenz in einem funktionalen und extrafunktionalen Sinne (Hülsken-Giesler/Remmers 2020) hinsichtlich der sich durch empathische Nähe und zweckgerichtete Verhaltensweisen changierenden Proximität in der Pflege (Graf/Treusch 2020) unter Berücksichtigung der verschiedenen Ausformungen der dinglich/technisch induzierten Sozialität (Uzarewicz 2019) in pflegerischen Handlungsfeldern gefördert werden kann. Analog zu Gödecke (2018) sollten hier der Aspekt der Anleitung in den Umgang mit den (technischen) Dingen sowie ihre Anwendung am Leibkörper – als Moment der Inskription – näher untersucht werden.

Literatur

- Akremit, L. (2014): Stichprobenziehung in der qualitativen Sozialforschung, in: Baur, N./Blasius, J. (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung, Springer Fachmedien, Wiesbaden, S. 265–282.
- Akrich, M. (2006): Die De-Skription technischer Objekte, in: Belliger, A./ Krieger, D. J. (Hrsg.): ANThology – Ein einführendes Handbuch zur Akteur-Netzwerk-Theorie, transcript Verlag, Bielefeld, S. 408-428.
- Akrich, M./ Latour, B. (2006): Zusammenfassung einer zweckmäßigen Terminologie für die Semiotik menschlicher und nicht-menschlicher Konstellationen, in: Belliger, A./ Krieger, D. J. (Hrsg.): ANThology – Ein einführendes Handbuch zur Akteur-Netzwerk-Theorie, transcript Verlag, Bielefeld, S. 399 – 405.
- Alfaro-LeFevre, R. (2013): Pflegeprozess und kritisches Denken, Verlag Hans Huber, Bern.
- Allen, D. (2012): Understanding context for quality improvement: Artefacts, affordances and socio-material infrastructure, Health 2012 17(5), S. 460-477.
- Allen, D. (2015): The Invisible Work of Nurses. Hospitals, organisation and healthcare, Routledge, London/ New York.
- Ammann, E.S./ Van Holten, K. (2017): Mit allen Sinnen ins Feld - Teilnehmende Beobachtung als Methode, in: QuPuG 2017 4(1) S. 6-14.
- Arens, F. (2017): Dinge und Körper als Medien? Ein Beitrag zur Pflegedidaktik des fachpraktischen Unterrichts und der Praxisbegleitung. Padua. Fachzeitschrift für Pflegepädagogik, Patientenedukation und -bildung, 12(4) S. 239-244.
- Arnold, D. (2015): Den Umgang mit „schwierigen“ Situationen aus der Sicht der Pflegenden verstehen: Praxis, Potentiale und Grenzen ethnografischer Forschung, in: Pflegewissenschaft, Fachteil, Ausgabe 9-2015, S. 458-471.
- Artner, L./ Atzl, I. (2018): Workingpaper: "Material Care Studies - Objekttheoretische Zugänge zu Pflege und Care", Universitätsverlag Hildesheim, Hildesheim.
- Artner, L./ Atzl, I./ Depner, A./ Heitmann-Möller, A./ Kollwe, C. (2017) (Hrsg.): Pflegedinge - Materialitäten in Pflege und Care, transcript Verlag, Bielefeld.
- Artner, L./ Böhringer, D. (2017): Die Veralltäglichsung grenzwertiger Arbeit, in: Artner, L./ Atzl, I./ Depner, A./ Heitmann-Möller, A./ Kollwe, C. (2017) (Hrsg.): Pflegedinge - Materialitäten in Pflege und Care, transcript Verlag, Bielefeld, S. 169-198.
- Attree, M. (2005): Nursing agency and governance: registered nurses' perceptions, in: Journal of Nursing Management, 2005, 13, S. 387-396.
- Atzl, I. (2017): Das materiale Erbe der Pflege, Historische Pflegedinge in Sammlungen und Museen und ihr Potential für die (pflege-)historische Forschung, in: Artner, L./ Atzl, I./ Depner, A./ Heitmann-Möller, A./ Kollwe, C. (2017) (Hrsg.): Pflegedinge - Materialitäten in Pflege und Care, transcript Verlag, Bielefeld, S. 51-84.
- Atzl, I. (2018): Pflegepraktiken und Pflegealltag. Ein objektzentrierter Zugang, in: Seidl, E./ Steinheimer, F./ Weber, C. (Hrsg.): Objektkulturen der Sichtbarmachung. Instrumente und Praktiken, Gesellschaft für Universitätssammlungen e. V., Berlin, S. 72-78.
- Banfield, B. E. (2011): Nursing Agency: The Link Between Practical Nursing Science and Nursing Practice, in: Nursing Science Quarterly, Vol 24, Issue 1, 2011, S. 42-47.
- Barnard, A. (2002): Philosophy of technology and nursing, in: Nursing Philosophy, 3, S. 15-26.
- Barnard, A. (2007): Advancing the Meaning of Nursing and Technology, in: Barnard, A./ Locsin, R. (Hrsg.): Technology and Nursing. Practice, Concepts and Issues, Palgrave MacMillan, Houndmills/ New York, S. 1-15.

- Barnard, A. (2016): Radical nursing and the emergence of technique as healthcare technology, *Nursing Philosophy*, 17, S. 8-18.
- Beckstrand, J. (1980): A Critique of Several Conceptions of Practice Theory in Nursing, in: *Research in Nursing and Health*, 1980, 3, S. 69-79.
- Beil-Hildebrand, M. B./ Frei, I. A. (2013): Ethnografie und Finden im Feld: diesseits und jenseits der Krise der Repräsentation, in: *Pflege* 2013; 26(1) S. 7-17.
- Belliger, A./ Krieger, D. J. (2006): Einführung in die Akteur-Netzwerk-Theorie, in: Belliger, A./ Krieger, D. J. (Hrsg.): *ANThology – Ein einführendes Handbuch zur Akteur-Netzwerk-Theorie*, transcript Verlag, Bielefeld, S. 13-50.
- Benner, P. (2012): *Stufen zur Pflegekompetenz - From Novice to Expert*, 2., vollst. u. erg. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern.
- Benner, P./ Tanner, C. (1987): Clinical Judgement: How Expert Nurses Use Intuition, in: *The American Journal of Nursing*, 87, S. 23-31.
- Bergschöld, J. M. (2018): Configuring Dementia; How Nursing Students are taught to shape the sociopolitical role of Gerontotechnologies, *Frontiers in Sociology*, April 2018, keine Paginierung.
- Bischof, A. (2020): "Wir wollten halt etwas mit Robotern in Care machen". Epistemische Bedingungen der Entwicklungen von Robotern für die Pflege, in: Hergesell, J./ Maibaum, A./ Meister, M. (Hrsg.): *Genese und Folgen der Pflegerobotik. Die Konstitution eines interdisziplinären Forschungsfeldes*, Beltz Juventa, Weinheim/ Basel. S. 46-61.
- Bjørn, P./Østerlund, C. (2014): *Sociomaterial Design*, Springer International Publishing Switzerland, Cham.
- Bloor, D. (1999): Anti-Latour, in: *Stud. Hist. Phil. Sci.*, Vol. 30, No 1, S. 81-112.
- Bollinger, H./ Gerlach, A./ Grewe, A. (2006): Die Professionalisierung der Pflege zwischen Traum und Wirklichkeit, in: Pundt, J. (Hrsg.): *Professionalisierung im Gesundheitswesen*, Verlag Hans Huber, Bern, S. 76-92.
- Booth, R. G. (2013): *Nurses' Learning and Conceptualization of Technology used in Practice*, Electronic Thesis and Dissertation Repository. Paper 1725, University of Western Ontario, London.
- Booth, R. G./Andrusyszyn, M. A./Iwasiw, C./Donelleb, L./Compeauc, D. (2016): Actor-Network Theory as a sociotechnical lens to explore the relationship of nurses and technology in practice: methodological considerations for nursing research, in: *Nursing Inquiry* 2016; 23(2) S. 109–120.
- Brandenburg, H. (2019): Einige Bemerkungen zur Theoriediskussion in der Pflegewissenschaft, in: *Pflege & Gesellschaft*, 24. Jg. 2019 H.2, S. 139-150.
- Breidenstein, G. (2012): Ethnographisches Beobachten, in: De Boer, H./ Reh, S. (Hrsg.): *Beobachtung in der Schule – Beobachten Lernen*, Springer, Wiesbaden, S. 27-44.
- Bruksch, S. (2020): *Robotic Care Devices: Aktuelle Entwicklungen in der Pflegerobotik in Japan*, in: Hergesell, J./ Maibaum, A./ Meister, M. (Hrsg.): *Genese und Folgen der Pflegerobotik. Die Konstitution eines interdisziplinären Forschungsfeldes*, Beltz Juventa, Weinheim/ Basel. S. 94-120.
- Buse, Ch./ Martin, D./ Nettleton, S. (2018): Conceptualising ‚materialities of care‘: making visible mundane material culture in health and social care contexts, in: *Sociology of Health & Illness*, Vol. 40, No. 2, S. 243-255.
- Callon, M. (1986): Some elements of a sociology of translation: domestication of the scallops of fishermen of St Brieuc Bay, in: Law, J (Hrsg.): *Power, action and belief: a new sociology of knowledge?*, Routledge, London, S. 196-223.

- Carnevale, F./ Macdonald, M./ Bluebond-Langner, E./ McKeefer, P. (2008): Using participant observation in pediatric healthcare settings. Ethical challenges and solutions, in: *Journal of Child Health Care* 12(1), S. 18-32.
- Caronia, L./ Mortari, L. (2015): The agency of things: how spaces and artefacts organize the moral order of an intensive care unit, in: *Social Semiotics*, 2015, Vol. 25, No. 4, S. 401-422.
- Ceci, C./ Pols, J./ Purkis, M. E. (2017): Privileging Practices: Manifesto for "New Nursing Studies", in: Foth, T./ Hülsken-Giesler, M./ Kreutzer, S./ Remmers, H. (Hrsg.): *Critical Approaches in Nursing Theory and Nursing Research*, V&R unipress, Universitätsverlag Osnabrück, Göttingen, S. 51-67.
- Chulach, T./ Gagnon, M. (2016): Working in a 'third space': a closer look at the hybridity, identity and agency of nurse practitioners, *Nursing Inquiry* 2016; 23 (1) S. 52-63.
- Cruz, E. V./ Higginbottom, G. (2013): The use of focused ethnography in nursing research, *Nurse Researcher*. 20, 4, S. 36-43.
- Czakert, J./ Schaepe, Ch./ Ewers, M. (2020): Vertrauensvolle und sicherheitsgenerierende Beziehungsgestaltung in der häuslichen Intensivpflege – Eine qualitative Sekundärdatenanalyse, in: *Pflege & Gesellschaft*, 25. Jg. H.1, S. 34-49.
- Dallmann, H. U./ Schiff, A. (2016): Bedingungen einer guten Pflege, Aktuelle Entwicklungen in der Akademisierung der Pflege und in der Pflegepraxis, in: *JCSW* 57 (2016), S. 171-197.
- de la Cuesta, C./Sandelowski, M. (2005): Tenerlos En La Casa: The Material World and Craft of Family Caregiving for Relatives with Dementia, in: *Journal of Transcultural Nursing*, Vol. 16 No. 3, S. 218-225.
- de Mul, J. (2010): Moral Machines: ICTs as Mediators of Human Agency, in: *Techné: Research in Philosophy and Technology* 14 (3) S. 226-236.
- de Mul, J. (2014): Philosophical Anthropology 2.0, in: de Mul, J. (Hrsg.): *Plessner's Philosophical Anthropology. Perspectives and Prospects*. Amsterdam University Press/ Chicago University Press, Amsterdam/ Chicago, S. 457-475.
- Depner, A. (2017): Diskrete Dinge, Unscheinbare, selbstverständliche und übersehene Objekte in der stationären Pflege demenziell erkrankter Menschen, in: Artner, L./ Atzl, I./ Depner, A./ Heitmann-Möller, A./ Kollewe, C. (Hrsg.): *Pflegedinge - Materialitäten in Pflege und Care*, transcript Verlag, Bielefeld, S. 205-237.
- Depner, A. / Kollewe, C. (2017): High-Tech und Handtaschen. Gegenstände und ihre Rolle in der Pflege und Unterstützung älterer und alter Menschen. in: Kienitz, S./ Endter, C. (Hrsg.): *Alter(n) als soziale und kulturelle Praxis. Ordnungen, Beziehungen, Materialitäten*, transcript Verlag, Bielefeld, S. 301-326.
- Depner, D./ Hülsken-Giesler, M. (2017): Robotik in der Pflege – Eckpunkte für eine prospektive ethische Bewertung in der Langzeitpflege, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 63 (2017), S. 51-62.
- Dimai, B. (2012): *Innovation macht Schule*, Springer, Wiesbaden.
- Dölemeyer, A./ Rodatz, M. (2010): Diskurse und die Welt der Ameisen. Foucault mit Latour lesen (und umgekehrt), in: von Fenstel, R./ Schochow, M. (Hrsg.): *Zwischen Sprachstil und Methode: Perspektiven der Diskursanalyse*, transcript Verlag, Bielefeld, S. 197-220.
- Dunger, C./ Schnell, M. W./ Bausewein, C. (2017): Die Methode der Beobachtung als forschungsethische Herausforderung – Rekrutierung und Zugang am Beispiel einer Studie zu Einflussfaktoren auf die pflegerische Entscheidungsfindung, in: *Pflege & Gesellschaft* 22. Jg. 2017 H.3, S. 231-248.

- Dybwik, K./ Nielsen, E. W./ Brinchmann, B. S. (2011): Home mechanical ventilation and specialised health care in the community: Between a rock and a hard place, in: BMC Health Services Research 2011, 11:115, keine Paginierung.
- Ehrentraut, O./ Huschik, G./ Moog, S./ Sulzer, L. (2019): Langzeitpflege im Wandel. Pflegebedarfe, Pflegeberufe, Pflegefinanzierung. Bertelsmann-Stiftung, Gütersloh.
- Eichhorn, S. (1967): Krankenhausbetriebslehre, Kohlhammer Verlag, Stuttgart.
- Elder-Vass, D. (2008): Searching for realism, structure and agency in Actor Network Theory, The British Journal of Sociology 2008 Volume 59 Issue 3, S. 455-473.
- Elo, S./ Kääriäinen, M./ Isola, A./ Kyngäs, H. (2013): Developing and Testing a Middle-Range Theory of the Well-Being Supportive Physical Environment of Home-dwelling Elderly, in: The Scientific World Journal, Vol. 2013, Article ID 945635, keine Paginierung.
- Europäische Kommission (2018): Informal care in Europe. Exploring Formalisation, Availability and Quality, <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=19681&langId=en>, abgerufen am 02.11.2019.
- Ewers, M. (2010): Vom Konzept zur klinischen Realität – Desiderata und Perspektiven in der Forschung über die technikintensive häusliche Versorgung in Deutschland, in: Pflege & Gesellschaft 15. Jg. 2010 H-4, S. 314-329.
- Falkson, S./ Hellmers, C./ Metzinger, S. (2020): Leben mit einer häuslichen Beatmung – aus der Perspektive von betroffenen Kindern und ihren Eltern, in: Pflege & Gesellschaft, 25. Jg. H.2, S. 152-169.
- Färber, A. (2014): Potenziale freisetzen: Akteur-Netzwerk-Theorie und Assemblageforschung in der interdisziplinären kritischen Stadtforschung, in: sub\urban.zeitschrift für kritische stadtforschung - Debatte 2014, Band 2, Heft 1, S. 95-103.
- Fenwick, T./ Edwards, R. (2010): Actor-Network Theory in Education, Routledge, London/ New York.
- Fink, R./ Weyer, J. (2011): Autonome Technik als Herausforderung der soziologischen Handlungstheorie, in: Zeitschrift für Soziologie, Jg. 40, Heft 2, April 2011, S. 91-111.
- Fischer, G./ Winter, M. H.-J./ Reiber, K. (2020): Applaus, Applaus für Dein stilles Dulden..., in: Pflegewissenschaft. Sonderausgabe: Die Corona-Pandemie, April 2020, S. 112-115.
- Fischer-Rosenthal, W. (2002): Biographie und Leiblichkeit, in: Alheit, P./ Dausien, B./ Fischer-Rosenthal, W./ Hanses, A./ Keil, A. (Hrsg.): Biographie und Leib, Psychosozial_Verlag, Gießen, 2. Auflage, S. 15-43.
- Flatscher, M./ Seitz, S. (2018): Latour, Foucault und das Postfaktische: Zur Rolle und Funktion von Kritik im Zeitalter der "Wahrheitskrise", in: Le foucauldien 4, no. 1 (2018): 5, S. 1-30.
- Foth, T. (2013): Caring and Killing: Nursing and Psychiatric Practice in Germany, 1931-1943, V&R unipress, Universitätsverlag Osnabrück, Göttingen, Göttingen.
- Foth, T./ Remmers, H./ Holmes, D./ Kreutzer, S./ Hülsken-Giesler, M. (2017): Introduction: Critical Approaches in Nursing Theory and Nursing Research: Implications for Nursing Practice, in: Foth, T./ Hülsken-Giesler, M./ Kreutzer, S./ Remmers, H. (Hrsg.): Critical Approaches in Nursing Theory and Nursing Research, V&R unipress, Universitätsverlag Osnabrück, Göttingen, S. 9-32.
- Foucault, M. (2008): The Birth of Biopolitics. Lectures at the Collège de France 1978-79, Palgrave MacMillan, Basingstoke/ New York.
- Franke, A./ Henzel, S. (2015): Beatmungsgeräte, in: Oehmichen, F./ Pohl, M./ Koschel, D.: Außerklinische Intensivpflege – Ein Leitfaden, W. Zuckschwerdt Verlag, München, 3. vollst. neu bearb. u. erweit. Auflage.
- Frers, L. (2009): Space, Materiality and the Contingency of Action. A sequential analysis of the patient's fil in doctor-patient interactions, in: Discourse Studies, 11/3 June 2009, S. 285-303.

- Freshwater, D./ Cahill, J. (2017): Professional Responsibility and Technological informed Decision Making. The Rise and Demise of the Compassionate Algorithm, in: Foth, T./ Hülsken-Giesler, M./ Kreutzer, S./ Remmers, H. (Hrsg.): Critical Approaches in Nursing Theory and Nursing Research, V&R unipress, Universitätsverlag Osnabrück, Göttingen, S. 131-149.
- Friesacher, H. (2008): Theorie und Praxis pflegerischen Handelns, Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft, V&R unipress, Universitätsverlag Osnabrück, Göttingen.
- Friesacher, H. (2010a): Solidarität und Verantwortlichkeit. Eine erweiterte Perspektive auf Gerechtigkeitsdiskurse, in: Remmers, H./ Kohlen, H. (Hrsg.): Bioethics, Care and Gender, V&R unipress, Universitätsverlag Osnabrück, Göttingen S. 79-90.
- Friesacher, H. (2010b): Pflege und Technik – Eine kritische Analyse, in: Pflege & Gesellschaft 15. Jg. 2010 H-4, S. 293-313.
- Friesacher, H. (2011): «Vom Interesse an vernünftigen Zuständen...» Bedeutung und konstitutive Elemente einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft, in: Pflege 2011; 24 (6) S. 373–388.
- Friesacher, H. (2012): Kritik und moralisches Engagement – Überlegungen zur Gerechtigkeitskonzeption in der Pflege, in: Brandenburg, Hermann/ Kohlen, Helen (Hrsg.): Gerechtigkeit und Solidarität im Gesundheitswesen – Eine multidisziplinäre Perspektive, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, S. 65-80.
- Friesacher, H. (2015): Wider die Abwertung der eigentlichen Pflege, in: Intensiv 2015;23 (4): S. -214.
- Friesacher, H. (2017): Nursing and Critique: Elements for a Theory in Nursing, in: Foth, Thomas/ Hülsken-Giesler, Manfred/ Kreutzer, Susanne/ Remmers, Hartmut (Hrsg.): Critical Approaches in Nursing Theory and Nursing Research, V&R unipress, Universitätsverlag Osnabrück, Göttingen, S. 91-110.
- Friesacher, H. (2019): Fürsorge – trotz oder mit Technik? in: Hauck, C./ Uzarewicz, C. (Hrsg.): I, Robot – I, Care. Möglichkeiten und Grenzen neuer Technologien in der Pflege, De Gruyter/ Oldenbourg, Berlin/ Boston, S. 27-48.
- Friesacher, H. (2021). Kritische Theorie der Pflegewissenschaft, in: Philosophie der Medizin, S. 381-415.
- Friese, M. (2017): Care Work. Eckpunkte der Professionalisierung und Qualitätsentwicklungen in personenbezogenen Dienstleistungsberufen, in: Weyland, U./ Reiber, K. (Hrsg.): Entwicklungen und Perspektiven in den Gesundheitsberufen. Zugänge der Berufsbildungsforschung. Beiträge zum AG BFN-Forum „Entwicklungen und Perspektiven in den Gesundheitsberufen. Aktuelle Handlungs- und Forschungsfelder“, Bertelsmann, Bielefeld, S. 29-50.
- Gatch, W. D. (1909): The sitting posture; its postoperative and other uses: with a description of a bed for holding a patient in this position. In: Annals of Surgery (1909 / 3), S. 410-415.
- Geiger, J. (2016): Informell Pflegende in der deutschen Erwerbsbevölkerung: Soziodemographie, Pflegesituation und Erwerbsverhalten, in: Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.): ZQP-Themenreport, Berlin, S. 24-43.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2018): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflegerichtlinie/ HKR), Stand: 19. Juli 2018.
- Gertenbach, L. (2015): Die Wissenschaft als Laboratorium der Soziologie, Zur Rolle der Science Studies bei der Reformulierung von Sozial- und Gesellschaftstheorie bei Bruno

- Latour, in: Lessenich, S. (Hrsg.): Routinen der Krise – Krise der Routinen, Verhandlungen des 37. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie, S. 1957-1967.
- Gertenbach, L./ Laux, H. (2019): Zur Aktualität von Bruno Latour, Einführung in sein Werk, Springer VS, Wiesbaden.
- Getzinger, G./ Berger, W. (2009): Einleitung, in: Berger, Wilhelm/ Getzinger, Günter (Hrsg.): Das Tätigsein der Dinge - Beiträge zur Handlungsträgerschaft von Technik, Profil Verlag, München/ Wien, S. 7-14.
- Gießen-Scheidel, M./ Hellmers, C./ Metzinger, S. (2017): Pflegeforschung mit akut kritisch kranken Kindern auf Kinderintensivstationen - Forschungsethische Herausforderungen, in: Pflege & Gesellschaft 22. Jg. 2017 H.4, S. 321-337.
- Gill, B. (2008): Über Whitehead und Mead zur Akteur-Netzwerk-Theorie, Die Überwindung des Dualismus von Geist und Materie – und der Preis, der dafür zu bezahlen ist, in: Kneer, G./ Schroer, M./ Schüttel, E. (Hrsg.): Bruno Latours Kollektive, Kontroversen zur Entgrenzung des Sozialen, Suhrkamp, Frankfurt am Main, S. 47-75.
- Giuliano, K. K./ Niemi, C. (2016): The urgent need for innovation in I.V. infusion devices, in: Nursing. 2016 April; 46(4) S. 66-68.
- Gnosa, T. (2018): „ANT goes dispositif: Überlegungen zu einer methodischen Verschränkung von Akteur-Netzwerk-Theorie und Dispositivanalyse.“, in: Le foucauldien, no. 1(2018): 4, S. 1-31.
- Gödecke, C. (2018): Langzeitbeatmung im eigenen Lebensumfeld, Sichtweisen auf die Pflege in der außerklinischen Beatmung, Mabuse Verlag, Frankfurt a. M..
- Gödecke, C./ Kohlen, H. (2019): Technik im eigenen Lebensumfeld durch Langzeitbeatmung – eine care-ethische Perspektive, in: Hauck, C./ Uzarewicz, C. (Hrsg.): I, Robot – I, Care, De Gruyter Oldenbourg, Berlin/Boston, S. 125-141.
- 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: Hergesell, J./ Maibaum, A./ Meister, M. (Hrsg.): Genese und Folgen der Pflegerobotik. Die Konstitution eines interdisziplinären Forschungsfeldes, Beltz Juventa, Weinheim/ Basel. S. 62-92.
- Green, C. (2013): Philosophic reflections on the meaning of touch in nurse-patient interactions, in: Nursing Philosophy (2013), 14, S. 242-253.
- Hallet, C./ Nolte, K. (2019): Crossing the Boundaries: Nursing, Materiality and Anaesthetic Practice in Germany and Britain, 1846-1945, in: European Journal for Nursing History and Ethics, Volume 2019, S. 40-66.
- Hänel, J. (2018): „...ist dort eine Toilette, ist dort keine Toilette. ...?“ Pflegedidaktische Fallarbeit vor dem Hintergrund von Handlungsverständnissen und Wissensformen, in: Ohlbrecht, H./ Seltrecht, A. (Hrsg.): Medizinische Soziologie trifft Medizinische Pädagogik, Springer VS, Wiesbaden, S. 231-249.
- Harbers, H./ Mol, A./ Stollmeijer, A. (2002): Food Matters. Arguments for an Ethnography of Daily Care, Theory, Culture and Society vol 19 (5/6) 2002, S. 207-226.
- Hasseler, M. (2016): Entwicklung eines theoretisch-konzeptionellen Qualitätsverständnisses, in: Hasseler, M./ Stemmer, R./ Macsenaere, M./ Weidekamp-Maicher, M. (Hrsg.): Entwicklung eines wissenschaftlich basierten Qualitätsverständnisses für die Pflege- und Lebensqualität. Abschlussbericht, GKV-Spitzenverband, Berlin, S. 1-51.
- Hasseler, M./ Stemmer, R. (2018): Entwicklung eines wissenschaftlich basierten Qualitätsverständnisses für die Pflegequalität, in: in: Jacobs, K./ Kuhlmeier, A./ Greß, S./ Klauber, J./ Schwinger, A. (Hrsg.): Pflegereport 2018, Schattauer, Stuttgart, S. 23-36.

- Hauck, C. (2019): Neue Technologien und Pflegebildung, in: Hauck, C./ Uzarewicz, C. (Hrsg.): I, Robot – I, Care. Möglichkeiten und Grenzen neuer Technologien in der Pflege, De Gruyter/ Oldenbourg, Berlin/ Boston, S. 63-87.
- Hauss, F./ Böttcher, S./ Seelinger, Y. (2010): Ambulant vor stationär – ein Konzept mit Zukunft? in: Pflege & Gesellschaft, 15. Jg. 2010 H.2, S- 163-179.
- Heath, Ch./ Luff, P./ Sanchez-Svensson, M./ Nicholls, M. (2018): Exchanging implements: the micro-materialities of multidisciplinary work in the operating theatre, in: Sociology of Health and Illness, Volume 40, Issue 2, S. 297-313.
- Heinlein, M. (2003): Pflege in Aktion – Zur Materialität alltäglicher Pflegepraxis, Rainer Rampp Verlag, München.
- Heitmann-Möller, A./ Remmers, H. (2017): Pflegebett und Agency – Eine Untersuchung aus der Perspektive der Akteur-Netzwerk-Theorie von Bruno Latour, in: Artner, L/ Atzl, I./ Depner, A./ Heitmann-Möller, A./ Kollwe, C. (Hg.) (2017): Pflegedinge - Materialitäten in Pflege und Care, transcript Verlag, Bielefeld, S. S. 133-162.
- Helfferich, C. (2012): Einleitung. Von roten Heringen, Gräben und Brücken. Versuche einer Kartierung von Agency-Konzepten, in: Bethmann, S./ Helfferich, C./ Hoffmann, H./ Niermann, D. (Hrsg.): Agency – Qualitative Rekonstruktionen und gesellschaftstheoretische Bezüge von Handlungsmächtigkeit, Beltz Juventa, Weinheim und Basel, S. 122 – 153.
- Helfferich, C. (2014): Leitfaden- und Experteninterviews, in: Baur, N./ Blasius, J. (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung, Springer Fachmedien, Wiesbaden, S. 559-574.
- Henderson, V. (1982): The nursing process - is the title right? in Journal of Advanced Nursing, 1982, 7, S. 103-109.
- Hicks, D. (2010): The Material cultural Turn: Event and Effect, in: Hicks, Dan/ Beaudry, Mary C. (Hrsg.): The Oxford Handbook of Material Culture Studies, Oxford OUP, S. 25-98.
- Hielscher, V./ Kirchen-Peters, S./ Sowinski, C. (2015): Technologisierung der Pflegearbeit? Wissenschaftlicher Diskurs und Praxisentwicklung in der stationären und ambulanten Langzeitpflege, in: Pflege & Gesellschaft, 20. Jg. 2015, H.1, S. 5-19.
- Hirschauer, S. (2004): Praktiken und ihre Körper. Über materielle Partizipanden des Tuns., in: Hörning, K. H./ Reuter, J. (Hrsg.): Doing Culture. Neue Positionen zum Verhältnis von Kultur und Praxis, transcript Verlag, Bielefeld, S. 73-91.
- Hirschauer, S./ Amann, K. (1997): Die Befremdung der eigenen Kultur. Zur ethnographischen Herausforderung soziologischer Empirie, Suhrkamp, Frankfurt a.M.
- Hodgson, I. (2000): Ethnography and Health Care: Focus on Nursing, in: Forum Qualitative Sozialforschung/ Forum: Qualitative Sozial Research, Vol. 1, No. 1, keine Paginierung.
- Höhmann, U./ Hasseler, M. (2015): Das „Neue Begutachtungsassessment“ zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit: Plädoyer für eine dringliche Debatte, die zwischen „Wissenschaft“ und „Politik“ differenziert, in: Pflege & Gesellschaft, 20. Jg. 2015 H.2, S. 173-179.
- Holmes, D./ Gagnon, M. (2017): Power, discourse, and resistance: Poststructuralist influences in nursing, in: Nursing Philosophy 2018;19, S. 1-6.
- Holzinger, M. (2009): Welcher Realismus? Welcher Sozialkonstruktivismus? Ein Kommentar zu Georg Kneers Verteidigung des Sozialkonstruktivismus und zu Bruno Latours Akteur-Netzwerk-Theorie, Zeitschrift für Soziologie, Jg. 38, Heft 6, Dezember 2009, S. 521-534.
- Hoops, W. (2013): Pflege als Performance: Zum Darstellungsproblem des Pflegerischen, transcript Verlag, Bielefeld.
- Höppner, G./ Urban, M. (2019): Materialities of age and ageing: concepts of a material gerontology, Frontiers in Sociology, May 2019, keine Paginierung.

- Hülsken-Giesler, M. (2008): Der Zugang zum Anderen. Zur theoretischen Rekonstruktion von Professionalisierungsstrategien pflegerischen Handelns im Spannungsfeld von Mimesis und Maschinenlogik, V&R unipress, Universitätsverlag Osnabrück, Göttingen.
- Hülsken-Giesler, M. (2010a): Technikkompetenz in der Pflege – Anforderungen im Kontext der Etablierung neuer Technologien in der Gesundheitsversorgung, in: Pflege & Gesellschaft 15. Jg. 2010 H-4, S. 330-352.
- Hülsken-Giesler, M. (2010b): Aktive Beteiligung ist anzumachen, Pflegezeitschrift 2010, Jg. 63, Heft 5, S.- 268-270.
- Hülsken-Giesler, M. (2011): Neue Technologien in der häuslichen Umgebung älterer Menschen - Anforderungen aus pflegewissenschaftlicher Perspektive, in: Remmers, H. (Hrsg.): Pflegewissenschaft im interdisziplinären Dialog, V&R unipress, Universitätsverlag Osnabrück, Göttingen, S. 315-342.
- Hülsken-Giesler, M. (2015): Technik und Neue Technologien in der Pflege, in: Brandenburg, H./ Dorschner, S. (Hrsg.): Pflegewissenschaft 1 – Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in das wissenschaftliche Denken in der Pflege, Hogrefe Verlag, Bern, 3. überarb. u. erw. Auflage 2015, S.262-280.
- Hülsken-Giesler, M. (2016): Körper und Leib als Ausgangspunkt eines mimetisch begründeten Handelns, in: Uschok, A. (Hrsg.): Körperbild und Körperbildstörungen, Handbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe, hogrefe, Bern, S. 55-65.
- Hülsken-Giesler, M. (2017): Mimesis in Nursing Practice: The Hermeneutical Potential of the Body to Understand Patients' Lived Experiences, in: Foth, T./ Hülsken-Giesler, M./ Kreuzer, S./ Remmers, H. (Hrsg.): Critical Approaches in Nursing Theory and Nursing Research, V&R unipress, Universitätsverlag Osnabrück, Göttingen, S. 150-168.
- Hülsken-Giesler, M. (2019): Schwerpunkt: Neue Technologien in der Pflege, in: Pflege & Gesellschaft 24- Jg. 2019 H.3, S. 195-196.
- Hülsken-Giesler, M. (2020): Robotik in der Pflege: Pflegewissenschaftliche Begründungen und Bewertungen, in: Hergesell, J./ Maibaum, A./ Meister, M. (Hrsg.): Genese und Folgen der Pflegerobotik. Die Konstitution eines interdisziplinären Forschungsfeldes, Beltz Juventa, Weinheim/ Basel. S. 146-157.
- Hülsken-Giesler, M./ Daxberger, S. (2018): Robotik in der Pflege aus pflegewissenschaftlicher Perspektive, in: Bendel, O. (Hrsg.): Pflegeroboter, Springer Gabler, Wiesbaden, S. 125-139.
- Hülsken-Giesler, M./ Depner, D. (2018): Demokratische Techniknutzung in der Pflege, oder: Kann die Pflege Mikropolitik?, in: Balzer, S./ Barre, K./ Kühme, B./ von Gahlen-Hoops, W. (Hrsg.): Wege kritischen Denkens in der Pflege. Festschrift für Ulrike Greb, Mabuse-Verlag Wissenschaft, Frankfurt a.M., S. 84-100.
- Hülsken-Giesler, M./ Remmers, H. (2020): Robotische Systeme für die Pflege. Potenziale und Grenzen Autonomer Assistenzsysteme aus pflegewissenschaftlicher Sicht, V&R unipress, Universitätsverlag Osnabrück, Osnabrück.
- Hurtado-de-Mendoza, A./ Cabling, M. L./ Sheppard, V. B. (2015): Rethinking agency and medical adherence technology: applying Actor Network Theory to the case study of Digital Pills, Nursing Inquiry 2015; 22(4): S. 326-335.
- Im, E. O. (2015): The current status of theory evaluation in nursing, in: Journal of Advanced Nursing 71 (10), S. 2268-2278.
- Im, E. O./ Chang, S. J. (2012): Current Trends in Nursing Theories, in: Journal of Nursing Scholarship, 2012; 44:2, S. 156-164.
- Immenroth, T. (2020): Vorbereitung eines wirksamen COVID-19-Ausbruchsmanagements in stationären Pflegeeinrichtungen, in: Pflegewissenschaft. Sonderausgabe: Die Corona-Pandemie, April 2020, S. 44-46.

- Jansen, C.-P./ Diegelmann, M./ Schnabel, E.L./ Wahl, H.-W./ Hauer, K. (2017): Life-Space and movement behavior in nursing home residents: results of a new sensor-based assessment and associated factor, in: *BMC Geriatrics*, 17: 36.
- Janssen, M./ Stamann, C./ Krug, Y./ Negele, C. (2017): Tagungsbericht: Qualitative Inhaltsanalyse - and beyond?, in: *Forum Qualitative Sozialforschung/ Forum Qualitative Social Research*, 18 (2), Art. 7, keine Paginierung.
- Jazarblowski, P./ Bednarek, R./ Lê, J. K. (2014): Producing persuasive findings: Demystifying ethnographic textwork in strategy and organization research, in: *Strategic Organization*, Vol 12, Issue 4, 2014 S. 274–287.
- Joyce, P./ Bennett, T. (2010): Material powers: introduction in: Bennett, T./ Joyce, P. (Hrsg.): *Material Powers – Cultural studies, history and the material turn*, Routledge, London/ New York, S. 1-22.
- Kelly, M. A./ Berragan, E./ Eikeland H./ Orr, F. (2016): Simulation in Nursing Education – International Perspectives and Contemporary Scope of Practice, *Journal of Nursing Scholarship*, 48:3, S. 312-321.
- Kien, G. (2009): Actor-Netzwerk Theory: Translation as Material Culture, in: Vanini, Ph. (Hrsg.): *Material Culture and Technology in Everyday Life. Ethnographic approaches*, Peter Lang, New York, S. 27-44.
- Kim, H. S. (2010): *The Nature of Theoretical Thinking in Nursing*, Springer, New York.
- Kiran, A. H. (2017): Mediating patienthood - from an ethics of to an ethics with technology, in: *Nursing Philosophy* 2017;18: e12153, S. 1-13.
- Kirchhoff, M. D. (2009): Material Agency: A Theoretical Framework for Ascribing Agency to Material Culture, in: *Techné* 13:3 Fall 2009, S. 205-219.
- Klausner, M. (2015): *Choreografien psychiatrischer Praxis*, transcript Verlag, Bielefeld.
- Knappett, C./ Malafouris, L. (2008): Material and Nonhuman Agency: An Introduction, in: Knappett, C./ Malafouris, L. (Hrsg.): *Material Agency Towards a Non-Antropocentric Approach*, Springer Verlag New York, S. ix – xix.
- Knecht, M. (2012): Ethnographische Praxis im Feld der Wissenschafts-, Medizin- und Technikanthropologie, in: Beck, S./ Niewöhner, J./ Sørensen, E. (Hrsg.): *Science and Technology Studies. Eine sozialanthropologische Einführung*, transcript Verlag, Bielefeld, 2012, S.245-274.
- Kneer, G. (2008): Hybridizität, zirkulierende Referenzen, Amoderne? – Eine Kritik an Bruno Latours Soziologie der Assoziationen, in: Kneer, G./ Schroer, M./ Schüttpelz, E. (Hrsg.): *Bruno Latours Kollektive, Kontroversen zur Entgrenzung des Sozialen*, Suhrkamp, Frankfurt am Main, S. 261-305.
- Kneer, G. (2009): Akteur-Netzwerk-Theorie, in: Kneer, G./ Schroer, M. (Hrsg.): *Handbuch Soziologische Theorien*, VS Verlag für Sozialwissenschaften/ GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden, S. 19-40.
- Knoblauch, H. (2001): Fokussierte Ethnographie: Soziologie, Ethnologie und die neue Welle der Ethnographie, in: *Sozialer Sinn* 2 (2001), 1, S. 123-141.
- Knoblauch, H. (2002): Fokussierte Ethnographie als Teil einer soziologischen Ethnographie – Zur Klärung einiger Missverständnisse, in: *sozialersinn*, 1/2002, S. 129-135.
- Kohlen, H. (2016a): Anerkennung ohne Umverteilung und Sorgearbeit ohne Care-Ethik? Plädoyer für eine Demokratisierung der Sorge/Care, in: Dabrowski, M./Wolf, J. (Hrsg.), *Menschenwürde und Gerechtigkeit in der Pflege*, Paderborn, S. 53 – 62.
- Kohlen, H. (2016b): Sorge als Arbeit und Ethik der Sorge. Zwei wissenschaftliche Diskurse, in: Conradi, E./Vosman, F. (Hrsg.), *Praxis der Achtsamkeit. Schlüsselbegriffe der Care-Ethik*, Frankfurt am Main/New York, S. 115 – 128.

- Kollewe, C. (2017): (In-)Aktivitäten des täglichen Lebens, Die Kategorisierung und Gestaltung des Alltags älterer und alter Menschen durch Technologien des Ambient Assisted Living, in: Artner, L./ Atzl, I./ Depner, A./ Heitmann-Möller, A./ Kollewe, C. (Hrsg.): Pflegedinge - Materialitäten in Pflege und Care, transcript Verlag, Bielefeld, S. 91-126.
- Kollewe, C./ Heitmann-Möller, A./ Depner, A./ Böhringer, D./ Atzl, I./ Artner, L. (2017): Pflegedinge – Materialitäten in Pflege und Care, in: Artner, L./ Atzl, I./ Depner, A./ Heitmann-Möller, A./ Kollewe, C. (Hrsg.): Pflegedinge - Materialitäten in Pflege und Care, transcript Verlag, Bielefeld, S. 15-45.
- Koppenburger, A./ Wüller, H. (2020): Über technologisch bedingte Erschütterungen pflegewissenschaftlicher Grundannahmen, in: Hergesell, J./ Maibaum, A./ Meister, M. (Hrsg.): Genese und Folgen der Pflegerobotik. Die Konstitution eines interdisziplinären Forschungsfeldes, Beltz Juventa, Weinheim/ Basel. S. 158-179.
- Krampe, E. M. (2014): Professionalisierung der Pflege im Kontext der Ökonomisierung, in: Manzei, A./ Schmiede, R. (Hrsg.): 20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen, Gesundheit und Gesellschaft, Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 179-197.
- Kreis, J. (2018): Umsorgen, überwachen, unterhalten - sind Pflegeroboter ethisch vertretbar? in: Bendel, O. (Hrsg.): Pflegeroboter, Springer Gabler, Wiesbaden, S. 213-228.
- Krings, B. J./ Weinberger, N. (2017): Kann es technische Assistenten in der Pflege geben? Überlegungen zum Begriff der Assistenz in Pflegekontexten, in: Biniok, P./ Lettkemann, E. (Hrsg.): Assistive Gesellschaft - Multidisziplinäre Erkundungen zur Sozialform "Assistenz", Springer VS Wiesbaden, S. 183-201.
- Krohwinkel, M. (2007): Rehabilitierende Prozesspflege am Beispiel von Apoplexiekranken - Fördernde Prozesspflege als System, Verlag Hans Huber, Bern. 2. überarb. u. erweiter. Auflage.
- Kruse, A./ Remmers, H./ Schröer, W./ Schnalke, T. (2013): Vorhabenbeschreibung „Die Pflege der Dinge – Die Bedeutung von Objekten in Geschichte und gegenwärtiger Praxis der Pflege, Heidelberg, unveröffentlicht.
- Kuckartz, U. (2014): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Weinheim/ Basel.
- Laperrière, H. (2018): Critical consciousness-raising, popular education and liberation in community health nursing: Let's start the debate, in: Nursing Philosophy 2018;19:e12199, keine Paginierung.
- Latour, B. (1992): „Where are the Missing Masses? The Sociology of a Few Mundane Artifacts“, in: Bijker, W. E./ Law, J. (Hrsg.): Shaping Technology/ Building Society: Studies in Sociotechnical Change, MIT-Press, Cambridge, S. 225-258.
- Latour, B. (1994): On Technical Mediation – Philosophy, Politics, Genealogy, Common Knowledge Fall 1994 Vol.3, No.2 S.29-64.
- Latour, B. (1998): Wir sind nie modern gewesen - Versuch einer symmetrischen Anthropologie, Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main.
- Latour, B. (2000a): Die Hoffnung der Pandora, Suhrkamp, Frankfurt a. M.
- Latour, B. (2000b): The Berlin key or how to do words with things, in: Graves-Brown, P. (Hrsg.): Matter, Materiality and modern culture, Routledge, London/ New York, S. 10-21.
- Latour, B. (2001): Gabriel Tarde und das Ende des Sozialen, Soziale Welt, 2001, Nr. 3, S. 361-376.
- Latour, B. (2004a): How to talk about the Body? The Normative Dimension of Science Studies, Body & Society 2004 Vol. 10 (2-3) S. 205-229.
- Latour, B. (2004b): Why Has Critique Run out of Steam? From Matters of Fact to Matters of Concern, in: Critical Inquiry 30 (Winter 2004), S. 225-247.

- Latour, B. (2006a): Die Macht der Assoziationen, in: Belliger, A./ Krieger, D. J. (Hrsg.): ANThology – Ein einführendes Handbuch zur Akteur-Netzwerk-Theorie, transcript Verlag Bielefeld, S. 195 – 212.
- Latour, B. (2006b): Über den Rückruf der ANT, in: Belliger, A./ Krieger, D. J. (Hrsg.): ANThology – Ein einführendes Handbuch zur Akteur-Netzwerk-Theorie, transcript Verlag Bielefeld, S. 561 – 572.
- Latour, B. (2007): «How to Think like a State»in: van de Donk, W. (Hrsg.): The Thinking State, Scientific Council for Government Policy, Den Haag, 2007, S. 19-32.
- Latour, B. (2014a): Eine neue Soziologie für eine neue Gesellschaft 2014, Suhrkamp, Berlin, 3. Auflage.
- Latour, B. (2014b): Agency at the time of the Anthropocene, New Literary History Vol. 45, S. 1-18.
- Latour, B. (2014c): Existenzweisen, Suhrkamp, Berlin.
- Latour, B. (2016): How Better to Register the Agency of Things, in: Matheson, M. (Hrsg.): The Tanner Lectures on Human Values, volume 34, The University of Utah Press, Salt Lake City, S. 79-117.
- Latour, B./ Jensen, P./ Venturini, T./ Grauwin, S./ Boullier, D. (2012): ‚The whole is always smaller than its parts‘ – a digital test of Gabriel Tarde’s monads, The British Journal of Sociology 2012 Volume 63 Issue 4, S. 589-615.
- Latour, B./ Woolgar, S. (1979): Laboratory Life: The Construction of Scientific Facts, Sage Publications, Beverly Hills.
- Laux, H. (2011): Latours Akteure. Ein Beitrag zur Neuvermessung der Handlungstheorie, in: Lüdtke, N./ Matsuzaki, H. (Hrsg.): Akteur – Individuum – Subjekt, VS Verlag für Sozialwissenschaften/ Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH 2011, S. 275-300.
- Law, J. (2009): Actor Network Theory and Material Semiotics, in: Turner, B. S. (Hrsg.): The New Blackwell Companion to Social Theory, Wiley-Blackwell, Chichester, S. 141-158.
- LeCompte, M. D./ Schensul, J. J. (2013): Analysis & Interpretation of ethnographic Data - A mixed methods Approach, AltaMiraPress, Lanham.
- Lehmacher-Dubberke, C. (2018): Versorgungsqualität verbessern – Außerklinische Beatmung mit hohem pflegerischen und medizinischen Unterstützungsbedarf, in: Szepan, N. M./ Wagner, F. (Hg.): Agenda Pflege 2021, KomPart Verlagsgesellschaft, Berlin, S. 157-173.
- Lehmann, Y./ Behrens, J. (2016): Akademisierung der Ausbildung und weitere Strategien gegen Personalmangel in europäischen Ländern, in: Jacobs, K./ Kuhlmeier, A./ Greß, S./ Klauber, J./ Schwinger, A. (Hrsg.): Pflegereport 2016, Schattauer, Stuttgart, S. 51-72.
- Lehmann, Y./ Stark, S./ Ewers, M. (2016a): Versorgung invasiv langzeitbeatmeter Patienten unter regionalen Gesichtspunkten – VELA-Regio, Teil 1: Kommentierte Bibliographie, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Charité Berlin, Working Paper No. 16-01, Berlin Juni 2016.
- Lehmann, Y./ Stark, S./ Ewers, M. (2016b): Versorgung invasiv langzeitbeatmeter Patienten unter regionalen Gesichtspunkten – VELA-Regio, Teil 3, Working Paper No. 16-03, Berlin, Juni 2016.
- Lehoux, P. (2004): Patients’ perspectives on high-tech home care: a qualitative inquiry into the user-friendliness of four technologies, in: BMC Health Services Research 2004, 4:28.
- Leonardi, P. M. (2012): Materiality, sociomateriality, and socio-technical systems: What do these terms mean? How they are related? Do we need them? in: Leonardi P.M./ Nardi, B. A./ Kallinikos, J. (Hrsg.): Materiality and Organizing: Social Interaction in a Technological World, Oxford University Press, Oxford, S. 25-48.

- Leonardi, Paul. M./Barley, Stephen R. (2010): What's Under Construction Here? Social Action, Materiality, and Power in Constructivist Studies of Technology and Organizing, in: The Academy of Management Annals, Vol. 4, No. 1, 2010, S. 1-51
- Liebsch, K. (2021): Technisch unterstützte Care-Arrangements. Zur Analyse von Koproduktionsverhältnissen, in: Blättel-Mink, B. (Hrsg.): Gesellschaft unter Spannung. Verhandlungen des 40. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie, Essen, keine Paginierung.
- Lindberg, K./ Styhre, A./ Walter, L. (2012): Assembling Health Care Organizations - Practice, Materiality and Institutions, Palgrave Macmillan London.
- Lindemann, G. (2008): »Allons enfants et faits de la patrie ...« - Über Latours Sozial- und Gesellschaftstheorie sowie seinen Beitrag zur Rettung der Welt, in: Kneer, G./ Schroer, M./ Schüttpelz, E. (Hrsg.): Bruno Latours Kollektive, Kontroversen zur Entgrenzung des Sozialen, Suhrkamp, Frankfurt am Main, S. 339-360.
- Lipp, B. (2020): Genealogie der Roboterpflege. Zur politischen Rationalität des europäischen Innovationsdispositivs, in: Hergesell, J./ Maibaum, A./ Meister, M. (Hrsg.): Genese und Folgen der Pflegerobotik. Die Konstitution eines interdisziplinären Forschungsfeldes, Beltz Juventa, Weinheim/ Basel. S. 18-45.
- Lipphardt, V./ Niewöhner, J. (2008): Unterscheiden – biohistorische Narrative und Praxen menschlicher Diversität, in: Rehberg, K. S./ Deutsche Gesellschaft für Soziologie (DGS) (Hrsg.): Die Natur der Gesellschaft: Verhandlungen des 33. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Kassel 2006. Campus Verlag, Frankfurt am Main, S. 1157-1182.
- Loer, K. (2014): Keep calm and trust the Pflegekammer – politische Aushandlungsprozesse in der Diskussion um die Pflegekammer, Discussion Paper für die FoJuS-Jahrestagung in München 2014.
- Loyal, S./ Barnes, B. (2001): „Agency“ as a red Herring in Social Theory, Philosophy of the Social Science, Vol. 31 No. 4, December 2001, S. 507-524.
- Mall, B. (2019): Aspiration vermeiden – das Team ist gefordert, in: Heilberufe 2.2019/71, S. 16-18.
- Mannion, R./ Exworthy, M. (2017): (Re) Making the procrustean bed? Standardization and customization as competing logics in healthcare, in: Int J Health Policy Manag. 2017;6(6) S. 301–304.
- Manz, U. (2015): Ein anderer Blick auf die Dinge? Von „Pflegehilfsmitteln“ zu „Partizipanden des Tuns“, in: Pflege & Gesellschaft 20. Jg. 2015 H.3, S. 213-226.
- Manzei, A. (2005): Umkämpfte Deutungen: zur Kritik szientifischer Bestimmungen menschlicher Existenz in der biotechnologischen Medizin, in: Gamm, G./ Gutmann, M./ Manzei, A. (Hrsg.): Zwischen Anthropologie und Gesellschaftstheorie: Zur Renaissance Helmuth Plessners im Kontext der modernen Lebenswissenschaften, transcript Verlag, Bielefeld, S- 53-80.
- Manzei, A. (2009): Neue betriebswirtschaftliche Steuerungsformen im Krankenhaus: wie durch die Digitalisierung der Medizin ökonomische Sachzwänge in der Pflegepraxis entstehen, in: Pflege & Gesellschaft 14. Jg. 2009 H.1, S. 38-53.
- Manzei, A. (2011): Zur gesellschaftlichen Konstruktion medizinischen Körperwissens: die elektronische Patientenakte als wirkmächtiges und handlungsrelevantes Steuerungsinstrument in der (Intensiv-)Medizin, in: Keller, R./ Meuser, M. (Hrsg.): Körperwissen, VS Verlag Wiesbaden, S. 207-228.
- Mathar, T. (2012): Akteur-Netzwerk Theorie. In: Beck, S./ Niewöhner, J./ Sørensen, E. (Hrsg.): Science and Technology Studies. Eine sozialanthropologische Einführung. Transcript Verlag, Bielefeld, 2012, S. 173 – 190.

- Matsuzaki, H. (2011): Die Frage nach der Agency von Technik und Normvergessenheit der Techniksoziologie, in: Lüdtkke, N./ Matsuzaki, H. (Hrsg.): Akteur-Individuum-Subjekt, Springer, Wiesbaden, S. 301-325.
- Maul, S. (2013): Konstitutionen intensivpflegerischen Handelns - Prozesse der Erkenntnis im Kontext der Arbeit mit komatösen Patienten, Pabst Science Publishers, Lengerich.
- Mayring, P. (2001). Kombination und Integration qualitativer und quantitativer Analyse [31 Absätze]. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum Qualitative Social Research, 2(1), Art. 6, keine Paginierung.
- Mayring, P./ Fenzl, T. (2014): Qualitative Inhaltsanalyse, in: Baur, N./ Blasius, J. (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung, Springer Fachmedien, Wiesbaden, S. 543-556.
- McCrae, N. (2011): Whither Nursing Models? The value of nursing theory in the context of evidence-based practice and multidisciplinary health care, in: Journal of Advanced Nursing 68 (1), S. 222-229.
- McEwen, M. (2011): Theory Development: Structuring Conceptual Relationships in Nursing, in: McEwen, M./ Wills, E. M. (Hrsg.): Theoretical Basis for Nursing, Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 3. Auflage, S. 68-88.
- Mellor, F. (1999): Scientists' rhetoric in the science wars, in: Public Understand. Sci. 8 (1999), S. 51-56.
- Mey, G./ Mruck, K. (2007): Qualitative Interviews, in: Naderer, Gabriele/ Balzer, Eva (Hrsg.): Qualitative Marktforschung in Theorie und Praxis: Grundlagen, Methoden und Anwendungen, Gabler Verlag, Wiesbaden, S. 249-278.
- Meyer, T. (2014): Erfolg, Effekt, Outcome, Nutzen oder Wirkung – Begriffe und Konzepte im Diskurs gesundheitsbezogener Handlungswissenschaften, in: Pflege & Gesellschaft 19. Jg. 2014 H.4, S. 293-302.
- Miller, D. (1998): Why some things matter, in: Miller, D. (Hrsg.): Material cultures - Why some things matter, University College London Press, London, S. 3-21.
- Milliken, A. (2018): Refining moral agency: Insights from moral psychology and moral philosophy, in: Nursing Philosophy 2018;19:e12185, keine Paginierung.
- Mischo-Kelling, M. (1995): Diskussion der pflegetheoretischen Ansätze, in: Mischo-Kelling, M./ Wittneben, K. (Hrsg.): Pflegebildung und Pflgetheorien, Urban & Schwarzenberg, München/ Wien/ Baltimore, S. 165-203.
- Mischo-Kelling, M. (2012): Zur Theorie des Pflegehandelns – Eine explorative Studie zur Bedeutung des Selbst, Selbstkonzepts und Körperbilds für die Transformation des Pflege-modells von Roper, Logan & Tierney in eine pragmatistisch-interaktionistische Theorie des Pflegehandelns, Dissertation Universität Bremen.
- Mitchell, G. J. (1999): Evidence-Based Practice: Critique and Alternative View, in: Nursing Science Quarterly, Vol. 12 No. 1, January 1999, S. 30-35.
- Moers, M./ Schaeffer, D. (2011): Pflgetheorien, in: Schaeffer, D./Wingenfeld, K. (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft, Juventa, Weinheim, S. 37-66.
- Moers, M./ Schaeffer, D./ Schnepf, W. (2011): Too busy to think? Essay über die spärliche Theoriebildung der deutschen Pflegewissenschaft, in: Pflege 2011;24(6) S. 349-360.
- Moers, M./ Uzarewicz, C. (2012): Leiblichkeit in Pflgetheorien - eine Relektüre, in: Pflege & Gesellschaft, 17. Jg. 2012 H.2, S. 135-138.
- Mol, A. (2010): Actor-Network Theory: sensitive terms and enduring tensions, in Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie Vol. 50 no. 1, S. 253-269.
- Mol, A./ Moser, I./ Pols, J. (2010): Care: putting practice into theory, in: Care in Practice – On Tinkering in Clinics, Homes and Farms, transcript Verlag Bielefeld, S. 7-25.

- Neumann-Ponesch, S. (2014): Modelle und Theorien in der Pflege, Facultas.wuv Universitätsverlag, Wien, 3. Auflage.
- Nimmo, R. (2011): Actor-network theory and methodology: social research in a more-than-human-world, *Methodological Innovations Online* (2011) 6 (3) S. 108-119.
- Nohl, A.M. (2011): Pädagogik der Dinge, Verlag Julius Klinkhardt, Bad Heilbrunn.
- Nyström, S./ Dahlberg, J./ Edelbring, S./ Hult, H./ Abrandt Dahlgren, M. (2016): Debriefing practices with students: a sociomaterial perspective, *BMC Medical Education* (2016) 16:148.
- Orlikowski, W.J./ Scott, V. (2008): Sociomateriality: Challenging the separation of technology, work and organization, in: *The Academy of Management Annals*, 2(1), S. 433-474.
- Ouart, L. M. (2011): „Umrechnen auf täglich“ – Wie in Pflegegutachten Zahlen entstehen, in: Kontopodis, M./ Niewöhner, J. (Hrsg.): *Das Selbst als Netzwerk*, transcript Verlag Bielefeld, S. 135-165.
- Parse, R. R. (1987): *Nursing Science - Major Paradigms, Theories and Critiques*, W.B. Saunders Company, Philadelphia.
- Pepito, J.A./ Locsin, R. (2019): Can nurses remain relevant in a technologically advanced future? in: *International Journal of Nursing Sciences* 6 (2019), S. 106-110.
- Peters, M. (2019): Digitales Lernen in der Pflegebildung – Serious Games als spielerischer Zugang zu Kompetenzerwerb, in: Hauck, C./ Uzarewicz, C. (Hrsg.): *I, Robot – I, Care*, De Gruyter Oldenbourg, Berlin/Boston, S. 111-124.
- Pfadenhauer, M. (2018): Lebensweltliche Ethnographie, in: Akremi, L./ Baur, N./ Knoblauch, H./ Traue, B. (Hrsg.): *Handbuch Interpretativ forschen*, Beltz Juventa, Weinheim/ Basel, S. 562-579.
- Plessner, H. (1975): *Die Stufen des Organischen und der Mensch*, Walter de Gruyter, Berlin/ New York, 3. unveränderte Auflage.
- Poland, B./ Lehoux, P./ Holmes, D./ Andrews, G. (2005): How place matters: unpacking technology and power in health and social care, in: *Health and Social Care in the Community*, 13 (2), S. 170-180.
- Pols, J. (2010): The Heart of the Matter, About Good Nursing and Telecare, *Health Care Anals* (2010) 18: S. 374-388.
- Pols, J. (2013): Washing the patient: dignity and aesthetic values in nursing care, in: *Nursing Philosophy* (2013), 14, S. 186-200.
- Pols, J./ Limburg, S. (2016): A Matter of Taste? Quality of Life in Day-to-Day Living with ALS and a Feeding Tube, *Cult Med Psychiatry* (2016), 40: S. 361-382
- Pols, J. (2017). Good relations with technology: Empirical ethics and aesthetics in care. *Nursing Philosophy*, 18(1).
- Prausa, J. (2016): *Bildung und Beschäftigung in Sozial-, Erziehungs- und Pflegeberufen im Spannungsfeld von Professionalisierung und Prekarisierung*, Dissertation Freie Universität Berlin, Berlin.
- Prout, A. (1996): Actor-network theory, technology and medical sociology: an illustrative analysis of the metered dose inhaler, *Sociology of Health & Illness* Vol. 18 No. 2 1996, S. 198-219.
- Purkis, M. E./ Bjornsdottir, K. (2006): Intelligent nursing: accounting for knowledge as action in practice, in: *Nursing Philosophy*, 7, S. 247-256.
- Quasdorf, T. (2010): Die Auswirkungen von DRGs als Entgeltsystem auf die Handlungsebene von Pflegenden im stationären Akutbereich – Eine Analyse empirischer Studien aus den USA, in: *Pflege & Gesellschaft* 15. Jg. 2010 H.1, S. 34-46.

- Rabe-Kleeberg, U. (1996): Professionalität und Geschlechterverhältnis – Oder: Was ist »semi« an traditionellen Frauenberufen?, in: Combo, A./ Helsper, W. (Hrsg.): Pädagogische Professionalität – Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns, Suhrkamp Verlag Frankfurt am Main, S. 5-19.
- Raithelhuber, E. (2012): Ein relationales Verständnis von Agency – Sozialtheoretische Überlegungen und Konsequenzen für empirische Analysen, in: Bethmann, S./ Helfferich, C./ Hoffmann, H./ Niermann, D. (Hrsg.): Agency – Qualitative Rekonstruktionen und gesellschaftstheoretische Bezüge von Handlungsmächtigkeit, Beltz Juventa, Weinheim und Basel, S. 122 – 153.
- Rammert, W. (2008): Where the action is: distributed agency between humans, machines, and programs, TUTS – Working papers 4-2008, Berlin.
- Rammert, W./ Schulz-Schaeffer, I. (2002): Technik und Handeln, Wenn soziales Handeln sich auf menschliches Verhalten und technische Abläufe verteilt, in: Rammert, W./ Schulz-Schaeffer, I. (Hrsg.): Können Maschinen handeln? Soziologische Beiträge zum Verhältnis von Mensch und Technik, Campus Verlag, Frankfurt/ New York, S. 11-64.
- Ramsenthaler, C. (2013): Was ist „Qualitative Inhaltsanalyse?“, in: Schnell, Martin/ Schulz, Christian/ Kolbe, Harald/ Dunger, Christine (Hrsg.): Der Patient am Lebensende – Eine Qualitative Inhaltsanalyse, Springer, Wiesbaden S. 23-43.
- Rebstein, B./ Schnettler, B. (2018): Fokussierte Ethnographie – Von der Analyse kommunikativer Situationen zur Exploration sozialer Welten, in: Akremi, L./ Baur, N./ Knoblauch, H./ Traue, B. (Hrsg.): Handbuch Interpretativ forschen, Beltz Juventa, Weinheim/ Basel, S. 612-635.
- Reckwitz, A. (2003): Grundelemente einer Theorie sozialer Praktiken, in: Zeitschrift für Soziologie, Jg. 32, Heft 4, August 2003, S. 282-301.
- Reichert, J. (2014): Von Menschen und Dingen. Wer handelt hier eigentlich? in: Pofert, A./ Schröer, N. (Hrsg.): Wer oder was handelt?, Springer Wiesbaden, S. 95-120.
- Remmers, H. (2000): Pflegerisches Handeln - Wissenschafts- und Ethikdiskurse zur Konturierung der Pflegewissenschaft, Verlag Hans Huber, Bern.
- Remmers, H. (2011): Pflegewissenschaft als transdisziplinäres Konstrukt. Wissenschaftssystematische Überlegungen – Eine Einleitung, in: Remmers, Hartmut (Hrsg.): Pflegewissenschaft im interdisziplinären Dialog, V&R unipress, Universitätsverlag Osnabrück, Göttingen, S. 7-47.
- Remmers, H. (2012): Assistive Technologien in der Lebenswelt älterer Menschen: Ethische Ambivalenzkonflikte zwischen Sicherheit und menschlicher Würde, in: Joerden, J. C./ Hilgendorf, E./ Petrillo, N./ Thiele, F. (Hrsg.): Menschenwürde in der Medizin: Quo Vadis?, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden Baden, S. 77-94.
- Remmers, H. (2014): Pflegewissenschaft – Disziplinarität und Transdisziplinarität, in: Pflege & Gesellschaft 19. Jg. 2014 H.1, S. 5-17.
- Remmers, H. (2016a): Zur Relevanz des Körpers im Kontext pflegerischen Handelns, in: Uschok, A. (Hrsg.): Körperbild und Körperbildstörungen, Handbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe, hogrefe, Bern, S. 25-54.
- Remmers, H. (2016b): Ethische Implikationen der Nutzung altersgerechter technischer Assistenzsysteme, in: Block, J./ Hagen, C./ Berner, F. (Hrsg.): Expertise zum Siebten Altenbericht der Bundesregierung, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin.
- Remmers, H. (2017): Care: Existential Assets and Nonpartisan Justice. On Several Ethical Aporiae of Care Professions, in: Foth, T./ Hülsken-Giesler, M./ Kreutzer, S./ Remmers, H. (Hrsg.): Critical Approaches in Nursing Theory and Nursing Research, V&R unipress, Universitätsverlag Osnabrück, Göttingen, S. 69-90.

- Remmers, H. (2018a): Pflegeroboter: Analyse und Bewertung aus Sicht pflegerischen Handelns und ethischer Anforderungen, in: Bendel, O. (Hrsg.): Pflegeroboter, Springer Gabler, Wiesbaden, S. 161-179.
- Remmers, H. (2018b): Anmerkungen zum ‚Schicksal‘ von Care-Berufen im Kontext gesellschaftlicher Erosionskrisen, in: Balzer, S./ Barre, K./ Kühme, B./ von Gahlen-Hoops, W. (Hrsg.): Wege kritischen Denkens in der Pflege. Festschrift für Ulrike Greb, Mabuse-Verlag Wissenschaft, Frankfurt a.M., S. 103-117.
- Risjord, M. (2010): Nursing Knowledge – Science, Practice and Philosophy, Wiley-Blackwell, Chichester.
- Robb, J. (2010): Beyond Agency, in: World Archaeology 42 (2): S. 493-520.
- Ropohl, G. (2009): Allgemeine Systemtheorie in der Technikforschung, in: Berger, W./ Getzinger, G. (Hrsg.): Das Tätigsein der Dinge - Beiträge zur Handlungsträgerschaft von Technik, Profil Verlag, München/ Wien, S. 15-35.
- Roßler, G. (2008): Kleine Galerie neuer Dingbegriffe: Hybriden, Quasi-Objekte, Grenzobjekte, epistemische Dinge, in: Kneer, G./ Schroer, M./ Schüttpelz, E. (Hrsg.): Bruno Latours Kollektive, Kontroversen zur Entgrenzung des Sozialen, Suhrkamp, Frankfurt am Main, S. 76-107.
- Roßler, G. (2016): Der Anteil der Dinge an der Gesellschaft - Sozialität, Kognition, Netzwerke, transcript Verlag, Bielefeld.
- Sandelowski, M. (2000): Devices & Desires – Gender, Technology and American Nursing, The University of North Carolina Press, Chapel Hill/ London.
- Sandelowski, M. (2003): Taking things seriously: studying the material culture of nursing, in: Latimer, J. (Hrsg.): Advanced Qualitative Research for Nursing, Blackwell, Oxford/ Ames/ Victoria/ Berlin, S. 185-210.
- Santoni de Sio, F./ van Wynsberghe, A. (2016): When Should We Use Care Robots? in: Sci Eng Ethics (2016) 22 S. 1745-1760.
- Sayes, E. (2014): Actor-Network Theory and methodology: Just what does it mean to say that nonhumans have agency? in: Social Studies of Science, 2014, Vol. 44 (1), S. 134-149.
- Schaepe, C./ Ewers, M. (2017): ‚I need complete trust in nurses‘ – home mechanical ventilated patients‘ perceptions of safety, in: Scandinavian Journal of Caring Sciences, Empirical Studies, 2017, keine Paginierung.
- Schaepe, C./ Ewers, M. (2018): „I see myself as part of the team“ – family caregivers‘ contribution to safety in advanced home care, in: BMC Nursing (2018) 17:40, keine Paginierung.
- Schmidgen, H. (2008): Die Materialität der Dinge? Bruno Latour und die Wissenschaftsgeschichte, in: Kneer, G./ Schroer, M./ Schüttpelz, E. (Hrsg.): Bruno Latours Kollektive, Kontroversen zur Entgrenzung des Sozialen, Suhrkamp, Frankfurt am Main, S. 15-45.
- Schmidgen, H. (2011): Bruno Latour zur Einführung, Junius Verlag, Hamburg.
- Schmidt, S. (2009): Expertenstandards in der Pflege: Eine Gebrauchsanleitung, Springer, Heidelberg.
- Schnell, M. W./ Dunger, C. (2017): Über Wahrheit und Ethik in der Pflegeforschung, in: Pflege & Gesellschaft 22. Jg. 2017 H.4, S. 293-307.
- Schönhardt, St. (2019): Klinische Simulation – Simulationsbasiertes Training als neue Perspektive für die Ausbildung in Gesundheitsberufen, in: Bonse-Rohmann, M./ Raschper, P./ Wolke, R. (Hrsg.): Aktuelle pflegewissenschaftliche Entwicklungen im Gesundheitswesen. Beiträge des wissenschaftlichen Nachwuchses der Hochschulen Hannover, Esslingen und Bielefeld, Jacobs Verlag, Lage, S. 167-189.

- Schreier, M. (2014): Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten, in: Forum Qualitative Sozialforschung/ Forum Qualitative Social Research, 15 (1), Art. 18.
- Schrems, B. (2014): Informed consent, vulnerability and the risks of group-specific attribution, in: Nursing Ethics, 21 (7), S. 829-843.
- Schrems, B. (2017): Vulnerabilität im Kontext der Pflegeforschung. Ein Essay, in: Pflege & Gesellschaft 22 Jg. 2017 H.4, S. 308-321.
- Schulz-Schaeffer, I. (2007): Zugeschriebene Handlungen, Ein Beitrag zur Theorie sozialen Handelns, Velbrück Wissenschaft, Weilerswist, S. 433-520.
- Schulz-Schaeffer, I. (2008a): Deutung und Delegation: Handlungsträgerschaft von Technik als doppeltes Zuschreibungsproblem, in: Rehberg, K. S./ Deutsche Gesellschaft für Soziologie (DGS) (Hrsg.): Die Natur der Gesellschaft: Verhandlungen des 33. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Kassel 2006, Teilbd. 1 u. 2, Campus Verlag, Frankfurt am Main, S. 3135-3144.
- Schulz-Schaeffer, I. (2008b): Technik in heterogener Assoziation – Vier Konzeptionen der gesellschaftlichen Wirksamkeit von Technik im Werk Latours, in: Kneer, G./ Schroer, M./ Schüttpelz, E. (Hrsg.): Bruno Latours Kollektive, Kontroversen zur Entgrenzung des Sozialen, Suhrkamp, Frankfurt am Main, S. 108-152.
- Schwinger, A. (2016): Die Pflegekammer: Eine Interessenvertretung für die Pflege?, in: Jacobs, K./ Kuhlmeier, A./ Greß, S./ Klauber, J./ Schwinger, A. (Hrsg.): Pflege-Report 2016 „Die Pflegenden im Fokus“, Schattauer, Stuttgart, S. 109-125.
- Simon, M. (2014): Ökonomisierung und soziale Ungleichheit in Organisationen des Gesundheitswesens, in: Manzei, A./ Schmiede, R. (Hrsg.): 20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen, Gesundheit und Gesellschaft, Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 157-178.
- Smith, M. J./ Liehr, P. (2008): Middle Range Theory for Nursing, Springer, New York (2. Auflage).
- Smith, Nancy K. (2006): Nutrire: Nurture, Nursing. A Material Culture Analysis of Invalid/Infant Feeders and the Aesthetics and Caring of Nursing, Boca Raton.
- Soffer, A. K. (2014): Tracing detached and attached care practices in nursing education, Nursing Philosophy (2014), 15, S. 201-210.
- Soffer, A. K. (2016): Situation beyond the social: understanding the role of materiality in Danish nursing education, in: Adv Health Sci Educ Theory Pract, Oct; 21(4): S. 819-832.
- Spreen, D. (2015): Upgradekultur, transcript Verlag, Bielefeld, S. 121-140.
- Stamann, C./ Janssen, M./ Schreier, M. (2016): Qualitative Inhaltsanalyse - Versuche einer Begriffsbestimmung Systematisierung, in: Forum Qualitative Sozialforschung/ Forum Qualitative Social Research, 17.
- Stemmer, R./ Schubert, M. (2019): Rationierte und unterlassene Pflege im Kontext von Patienten-/Bewohnersicherheit – Konzept, Einflussmöglichkeiten und Bedeutung für die Pflegepersonal Ausstattung, in: Pflege & Gesellschaft, 24. Jg. H.4, S. 293-311.
- Swedberg, L./ Michelsen, H./ Hammar Chiriac, E./ Hylander, I. (2015): On-the-job training makes the difference: healthcare assistants perceived competence and responsibility in the care of patients with home mechanical ventilation, in: Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2015, (29), 2, S. 369-378.
- Tanioka, T. (2017): The Development of the Transactive Relationship Theory of Nursing (TRET-ON): A Nursing Engagement Model for Persons and Humanoid Nursing Robots, in: Int J Nurs Clin Pract 2017, 4:223, keine Paginierung.

- Tanioka, T./ Osaka, K./ Locsin, R./ Yasuhara, Y./ Ito, H. (2017): Recommended Design and Direction of Development for Humanoid Nursing Robots Perspective from Nursing Researchers, in: *Intelligent Control and Automation*, 2017, 8, S. 96-110.
- Tantchou, J. C. (2018): The Materiality of Care and Nurses' "Attitude Problem", in: *Science, Technology & Human Values*, Volume 43, Issue 2, S. 270-301.
- Tavares Araujo, M./ Silva Cãncio Velloso, I./ Ceci, C./ Purkis, M. E. (2019): The significance of overlooked objects: Materiality and care at home for people with dementia, in *Nursing Inquiry*, Record online: 13. August 2019, keine Paginierung.
- Thorne, S. (2015): The Status and Use Value of Qualitative Research Findings: New Ways to Make Sense of Qualitative Work, in: Lipscomb, M. (Hrsg.): *Exploring Evidence-based Practice: Debates and Challenges in Nursing*, Routledge, Taylor and Francis, Abdingdon, S. 151-164.
- Thorne, S. (2018): What Can Qualitative Studies Offer in a World Where Evidence Drives Decisions? in: *Asia Pac J Oncol Nurs* 2018; 5, S. 43-45.
- Trapani, J./ Scholes, J./ Cassar, M. (2016): Dual agency in critical care nursing: Balancing responsibilities towards colleagues and patients, *Journal of Advanced Nursing* 72(10), S. 2468-2481.
- Turja, T./ van Aerschot, L./ Särkikoski, T./ Oksanen, A. (2018): Finnish healthcare professionals' attitudes towards robots: Reflections on a population sample, in: *Nursing Open*, 2018; 5 S. 300-309.
- Uzarewicz, C. (2019): Mensch, Technik und leibliche Kommunikation, in: Hauck, C./ Uzarewicz, C. (Hrsg.): *I, Robot – I, Care. Möglichkeiten und Grenzen neuer Technologien in der Pflege*, De Gruyter/ Oldenbourg, Berlin/ Boston, S. 49-61.
- Uzarewicz, C./ Uzarewicz, M. (2005): *Das Weite suchen. Einführung in eine phänomenologische Anthropologie der Pflege*, Lucius & Lucius Verlagsgesellschaft, Stuttgart.
- van den Berg, B./ de Mul, J. (2011): Remote control. Human autonomy in the age of computer-mediated agency, in: Hildebrandt, M./ Rouvroy, A. (Hrsg.): *Autonomic Computing and Transformations of Human Agency. Philosophers of Law meeting Philosophers of Technology*, Routledge, London S. 46-63.
- van Loon, J. (2014): Michel Callon und Bruno Latour: Vom naturwissenschaftlichen Wissen zur wissenschaftlichen Praxis, in: Lengersdorf, D./ Wieser, M. (Hrsg.): *Schlüsselwerke der Science & Technology Studies*, Springer Fachmedien, Wiesbaden, S. 99-110.
- Varcoe, C. (1996): Disparagement of the nursing process: the new dogma? in: *Journal of Advanced Nursing*, 1996, 23, S. 120-125.
- Vera, A. (2009): Die „Industrialisierung“ des Krankenhauswesens durch DRG-Fallpauschalen – eine interdisziplinäre Analyse, in: *Gesundheitswesen* 2009; 7 1: e10– e 17.
- Vera, T. (2010): Die Auswirkungen von DRGs als Entgeltsystem auf die Handlungsebene von Pflegenden im stationären Akutbereich – Eine Analyse empirischer Studien aus den USA, in: *Pflege & Gesellschaft* 15. Jg. 2010 H.1, S. 34-46.
- von Kardoff, E./ Meschnig, A. (2009): *Pflege und Behinderung. Gemeinsamkeiten und Vergleichsperspektiven*, in: Garm-Hamolvà, V./ Kardoff, E.v./ Mesching, A./ Fuchs, H. (Hrsg.): *Teilhabe und Selbstbestimmung in der Pflege. Konzeptionelle und methodische Überlegungen zu den Voraussetzungen*, Mabuse-Verlag, Frankfurt a.M., S. 93-104.
- Wall, S. (2015): Focused Ethnography: A Methodological Adaptation for Social Research in Emerging Contexts, [40 paragraphs]. *Forum Qualitative Sozialforschung/ Forum: Qualitative Social Research*, 2015 16(1), Art. 1.

- Weber, K. (2020): Robotik in der Pflege- und Gesundheitsversorgung: Eine normative Bestandsaufnahme, in: Hergesell, J./ Maibaum, A./ Meister, M. (Hrsg.): Genese und Folgen der Pflegerobotik. Die Konstitution eines interdisziplinären Forschungsfeldes, Beltz Juventa, Weinheim/ Basel. S. 180-196.
- West, J. B. (2005): The physiological challenges of the 1952 Copenhagen poliomyelitis epidemic and a renaissance in clinical respiratory physiology, in: J Appl Physiol. 2005 August; 99(2): S. 424–432.
- Weyer, J. (2009): Die Kooperation menschlicher Akteure und nicht-menschlicher Agenten - Ansatzpunkte einer Soziologie hybrider Systeme, in: Berger, W./ Getzinger, G. (Hrsg.): Das Tätigsein der Dinge - Beiträge zur Handlungsträgerschaft von Technik, Profil Verlag, München/ Wien, S. 61-92.
- Wieringa, S./ Engebretsen, E./ Heggen, K./ Greenhalgh, T. (2017): Has evidence-based medicine ever been modern? A Latour-inspired understanding of a changing EBM, in: J Eval Clin. Pract. 2017; S. 1-7.
- Wieser, B. (2009): Akteurskonstellationen des Neugeborenen Screenings, in: Berger, W./ Getzinger, G. (Hrsg.): Das Tätigsein der Dinge - Beiträge zur Handlungsträgerschaft von Technik, Profil Verlag, München/ Wien, S. 209-251.
- Wieser, M. (2012): Das Netzwerk von Bruno Latour – Die Akteur-Netzwerk-Theorie zwischen Science and Technology Studies und poststrukturalistischer Soziologie, transcript Verlag, Bielefeld.
- Wilkinson, J. M. (2012): Das Pflegeprozess-Lehrbuch, Verlag Hans Huber, Bern.
- Willems, D. (2010): Varieties of goodness in high-tech home care, in: Mol, A./ Moser, I./ Pols, J. (Hrsg.): Care in Practice – On Tinkering in Clinics, Homes and Farms, transcript Verlag, Bielefeld, S. 257-275.
- Winnance, M. (2010): Care and disability – Practices of experimenting, tinkering with, and arranging people and technical aids, in: Mol, A./ Moser, I./ Pols, J. (Hrsg.): Care in Practice – On Tinkering in Clinics, Homes and Farms, transcript Verlag, S. 93-118.
- Zahle, J. (2017): Privacy, Informed Consent, and Participant Observation, in: Perspectives on Science, 25 (4), S. 465-487.
- Zander-Jentsch, B./ Wagner, F./ Rzayeva, N./ Busse, R. (2019): Germany, in: Rafferty, A. M./ Busse, R./ Zander-Jentsch, B./ Sermeus, W./ Bruyneel, L. (Hrsg.): Strengthening health systems through nursing: Evidence from 14 European countries, European Observatory on Health Systems and Policies, Kopenhagen, S. 43-52

Danksagung

Ich bin meinem Doktorvater Prof. Dr. Hartmut Remmers dankbar, dass er sich 2014 für mich als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Osnabrück im Projekt „Die Pflege der Dinge“ und die Annahme als Doktorand entschieden hatte. Besonders danke ich ihm für die mir überlassene Freiheit in der Projektbearbeitung. Im gleichen Maße bin ich Prof. Dr. Manfred Hülsken-Giesler für die Übernahme des Zweitgutachten überaus dankbar. Besonders gilt dies vor dem Hintergrund von seiner konzeptionellen Arbeit an den Grundlagen des Projekts „Pflegedinge“.

Ich hoffe, dass mit meiner Arbeit wesentliche Kerngedanken aus dem Projekt „Pflegedinge“ in beider Sinne weiter ausgearbeitet werden konnten.

Das Schreiben einer Dissertation geht nicht ohne Nebenwirkungen für das soziale Umfeld einher. Hier möchte ich mich daher herzlich bei meiner Familie bedanken: Mein ganz besonderer Dank gilt meiner lieben Frau Maud Elise und meinen beiden Kindern Aimée Eléonore und Antoine Junius für das Aushalten des Schreibprozesses im eigenen Zuhause! Dies gilt auch für das Aushalten meiner Abwesenheit während meiner Tätigkeit in Osnabrück.

Meinen Schwiegereltern danke ich herzlich für die Unterstützung meiner Familie, besonders auch in wirtschaftlicher Hinsicht.

Besonderer Dank gilt meiner Mutter und meinem 2017 verstorbenen Vater für die Unterkunft im elterlichen Hause und die finanzielle Unterstützung des Lektorats.

Ebenfalls möchte ich mich bei meinem jüngeren Bruder Christian und bei Dr. David Steinfeld für das Gegenlesen meiner Entwürfe danken.

Ein ganz besonderer Dank gilt den Kolleginnen und Kollegen aus der klinischen Pflege und den von ihnen betreuten Personen, die das Forschen im Feld erst möglich gemacht haben.

Last but not least bedanke ich mich ganz besonders bei Sara Marquard und Marcus Garthaus aus dem Kreis der Mitpromovenden für ihren Rat. Das gleiche gilt für Prof. Dr. Sandra Tschuppke, Sarah Hampel und Uta Weidlich-Wichmann aus dem Promotionskolloquium an der Ostfalia Hochschule.

Anhang

Ethikvoten

Informed-Consent-Materialien

teilstrukturierte Interviewleitfäden

Kopie Ethikvotum Universität Osnabrück



Ethik-Kommission
- Der Vorsitzende -

Herrn
Prof. Dr. Hartmut Remmers
Fachbereich Humanwissenschaften
Pflegerwissenschaft
Albrechtstraße 28
- im Hause -

Az.: 4/71043.5

Tel.: 969 4227

Osnabrück, 20.06.2014

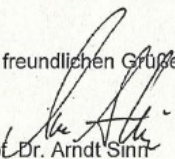
Antrag auf Stellungnahme zum Forschungsprojekt „Die Pflege der Dinge – Die Bedeutung von Objekten in Geschichte und gegenwärtiger Praxis der Pflege“

Sehr geehrter Herr Remmers,

auf ihrer 43. ordentlichen Sitzung am 15. September 2014 hat die Ethik-Kommission der Universität Osnabrück das oben genannte Forschungsprojekt für ethisch unbedenklich befunden.

Das Abstimmungsergebnis lautete: 6 : 0 : 0 .

Mit freundlichen Grüßen


Prof. Dr. Arndt Sinn
- Vorsitzender -



**Medizinische Hochschule
Hannover**

MHH Ethikkommission OE 9515
30623 Hannover

Herrn
André Heitmann-Möller
FB Humanwissenschaften/
FG Pflegewissenschaft
Universität Osnabrück
Albrechtstraße 28, Raum 31/252
49069 Osnabrück

**Ethikkommission
Vorsitzender:
Prof. Dr. H. D. Tröger**

Sekretariat:
Rita Landowski
Telefon: 0511 532-3443
Fax: 0511 532-5423
ethikkommission@mh-hannover.de

Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover
Telefon: 0511 532-0
www.mh-hannover.de

03.09.14/La

**Die Pflege der Dinge – Die Bedeutung von Objekten in Geschichte und gegenwärtiger
Praxis der Pflege – Beobachtungs- und Interviewstudie
Nr. 2368-2014**

Sehr geehrter Herr Heitmann-Möller,

als Vorsitzender habe ich im Auftrag der Mitglieder der Ethikkommission Ihr Schreiben vom 25.08.14 und die nachgereichte Patienteninformation zum o. g. Vorhaben geprüft. Es bestehen keine ethisch-rechtlichen Bedenken gegenüber dem geplanten Vorhaben.

Mit besten Grüßen bin ich
Ihr

Prof. Dr. H. D. Tröger
Vorsitzender

Nachrichtlich:
Frau
Maria Mascia-Papendorf, M.A.
Geschäftsbereich Pflege
3010 im Hause

Probandeninformation und Einverständniserklärung

Probandeninformation und Einverständniserklärung BMBF-Projekt

„Die Pflege der Dinge – Die Bedeutung von Objekten in Geschichte und gegenwärtiger Praxis der Pflege“

Universität Osnabrück

Fachbereich Humanwissenschaften/ Arbeitsgruppe Pflegewissenschaft

1 Unser Anliegen

Wir beabsichtigen in Ihrer Einrichtung Beobachtungen in ganztägigen Pflegesituationen und Interviews mit Tonaufzeichnung außerhalb von Pflegesituationen durchzuführen. Zu diesem Zweck stellen wir Ihnen in dieser Probandeninformation unser Vorhaben vor.

2 Stand der Forschung¹⁴⁴

Technische Gegenstände und Hilfsmittel sind in der Krankenpflege und in vielen anderen Bereichen, wo gepflegt wird, unverzichtbar. Bislang wurden diese allerdings noch nicht wissenschaftlich untersucht. Unklar ist auch, inwieweit die Gegenstände Beziehungen in der Pflege und das pflegerische Handeln ermöglichen oder behindern. In dieser Richtung zielt das vom BMBF geförderte Verbundprojekt.

3 Notwendigkeit der Teilnahme

Ihre Teilnahme ist aus unserer Sicht erforderlich, da in Ihrem Berufsalltag beispielhaft konventionelle und innovative technische Pflegeobjekte in der pflegerischen Versorgung der Patientinnen und Patienten genutzt werden. Dies macht Ihre Teilnahme für das vorliegende Forschungsprojekt sehr wertvoll.

4 Die Forscher - Fachgebiet Pflegewissenschaft

Das Fachgebiet Pflegewissenschaft an der Universität Osnabrück wird von Prof. Dr. Hartmut Remmers geleitet (<http://www.pflegewissenschaft.uni-osnabrueck.de/>). Es befasst sich im Rahmen der Ausbildung von Berufsschullehrern u.a. mit Fragen zur Technikentwicklung und Techniknutzung in der Pflege. Mit der Durchführung des Verbundprojekts am Standort Osnabrück ist André Heitmann-Möller betraut worden. Er verfügt neben der Ausbildung als Gesundheits- und Krankenpfleger über ein Studium der Gesundheits- und Pflegewissenschaften.

5 Methoden und Ablauf des Forschungsprojektes

Zu den einzelnen methodischen Zugängen möchten wir folgende Erläuterungen machen:

Methode 1 -Beobachtung in der Pflege-

Die Beobachtung verfolgt den Zweck, ganz nah am Forschungsgegenstand – den Pflegesituationen - sein zu können. Zu diesem Zweck wählen Sie mit der Forschungsperson Pflegesituationen für diese Beobachtung aus. Die forschende Person wird Ihre Arbeit begleiten und die Beobachtungen

¹⁴⁴ Die komprimierten Angaben zum Stand der Forschung sind der Vorhabenbeschreibung „Die Pflege der Dinge – Die Bedeutung von Objekten in Geschichte und gegenwärtiger Praxis der Pflege“ (Stand 01.10.2013) entnommen worden. Eine Übersicht der Literatur kann Ihnen bei Interesse zugeschickt werden.

während der Pflegesituationen oder im Anschluss protokollieren. Die Dauer der Beobachtung beträgt 3 Tage, die auch über einen längeren Zeitraum verteilt werden können (z.B. 1 Beobachtungstag im Monat).

Die Beobachtungen werden in Krisensituationen (z.B. Arbeitsspitzen) oder wenn aus Ihrer Sicht die Intimsphäre der PatientInnen verletzt wird unterbrochen. Sie werden dann später fortgesetzt.

Wichtig zu bedenken ist, dass die Beobachtungen nicht der Beurteilung bzw. Evaluation Ihrer Arbeit dienen. Sie soll ausschließlich die Pflegesituation abbilden, um das „Wie“ der Herstellung von Pflege analysieren zu können.

Methode 2 - Leitfadengestützte Interview -

Das einmalige leitfadengestützte Interview erfolgt in einem zeitlichen Abstand nach der Beobachtung. Es wird mit einem Tonaufzeichnungsgerät durchgeführt. Für das Interview werden 30 Minuten veranschlagt.

6 Rechte der Teilnehmerinnen/ Datenschutz

- Freiwilligkeit der Teilnahme/ Rücknahme des Einverständnisses -

Ihre Teilnahme an dem Forschungsprojekt und der Verwendung personenbezogener Daten erfolgt auf freiwilliger Basis. Die Teilnahme an dem Projekt kann zu jedem Zeitpunkt des Projektes zurückgezogen werden. Personenbezogene Daten werden dann sofort gelöscht.

- Schriftliche Einverständniserklärung -

Für die Teilnahme an beiden o.g. Untersuchungen (Beobachtungen u. Interview) wird von Ihnen eine schriftliche Einverständniserklärung eingeholt (siehe Anhang). Diese wird in zweifacher Ausfertigung unterschrieben, so dass jeweils ein Original bei Ihnen verbleibt.

- Konsequenzen aufgrund Ihrer Teilnahme -

Es werden durch Ihre Projektteilnahme keine negativen Konsequenzen für Ihr Privat- und Berufsleben erwartet.

- Datenschutz -

Die relevanten Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes werden beachtet. Entsprechend den Empfehlungen des Rates für Sozial- und Wirtschaftsdaten¹⁴⁵ werden zur Erfüllung der datenschutzrechtlichen Anforderungen folgende Maßnahmen vorgenommen:

- Personenbezogene Daten der teilnehmenden Pflegepersonen werden gesondert gespeichert und nach Beendigung des Forschungsprojektes, spätestens nach einer maximalen Verschlusszeit von 5 Jahren, gelöscht. Zu diesen Daten gibt es nur einen passwortgeschützten Zugang. Dritte erhalten keinen Zugang zu den Pseudonymen bzw. Codes.
- Sämtliche Primärdaten (d.h. Rohdaten) der Beobachtungen werden in den zu diesem Zweck erstellten Dokumentationen mittels eines Codes pseudonymisiert dokumentiert.
- Sämtliche Primärdaten aus den Interviews werden während der Verschriftlichung ebenfalls pseudonymisiert und codiert: Direkte Identifizierungsmerkmale (z.B. Name) werden entfernt. Schützenswerte Daten in Interviewtranskripten werden reduziert und systematisch verändert, um eine Re-Identifizierung zu verunmöglichen.
- Die Tonaufzeichnungen der Interviews werden nach erfolgter Verschriftlichung und Evaluation der Verschriftlichung gelöscht. Auch hier gibt es zu diesen Daten nur einen passwortgeschützten Zugang.
- Komplette Interviews werden nicht veröffentlicht. Auszüge, welche keine Rückschlüsse auf den Interviewten zulassen, können z.B. im Rahmen von Ausstellungen veröffentlicht werden.
- Dritte erhalten nur zu wissenschaftlichen Zwecken Einblick in die gewonnenen pseudonymisierten Daten.
- Ihr Arbeitgeber erhält keine Einsicht in die Primärdaten sowie in die aufbereiteten Daten.

¹⁴⁵ Working Paper 238, April 2014, <http://www.ratswd.de/publikationen/working-papers>

- Sämtliche pseudonymisierte Daten werden nach einer maximalen Verschlusszeit von 5 Jahren gelöscht.

- Art und Weise der geplanten Veröffentlichungen -

Die gewonnenen und ausgewerteten Daten werden in Form von Publikationen und wissenschaftlichen Vorträgen und Ausstellungen der (Fach-)Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Eine Projekt-homepage wird eingerichtet.

7 Kontaktdaten der Forschungsperson

André Heitmann-Möller M.A. Dipl.-Pfleger (FH)
Universität Osnabrück
FB Humanwissenschaften/ FG Pflegewissenschaft
Albrechstr. 28
Raum 31/167a
49069 Osnabrück
Tel.:0541-969-7131
Fax:0541-969-3972
E-Mail: andre.heitmann@uni-osnabrueck.de

Einverständniserklärung zum Projekt

„Die Pflege der Dinge – Die Bedeutung von Objekten in Geschichte und gegenwärtiger
Praxis der Pflege“
[Pflegepersonen]

Name: _____
Adresse: _____
Institution: _____

Ich erkläre hiermit mein Einverständnis zur Teilnahme an dem oben genannten Forschungsprojekt, durchgeführt durch die Universität Osnabrück, Prof. Dr. Hartmut Remmers. Ich bin über die Studie durch ein Informationsblatt aufgeklärt worden. Mir wurde ausreichend Möglichkeit zur Nachfrage geboten. Meine Teilnahme ist freiwillig. Ich bin darüber informiert worden, dass ich meine Teilnahme jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.

- Ich bin damit einverstanden, dass die Forschungsperson Beobachtungen meiner Arbeit vornimmt.
- Ich bin damit einverstanden, an einem Interview mit Tonaufzeichnung teilzunehmen.

Ich bin damit einverstanden, dass von mir personenbezogene Daten zur Skizzierung der Pflegesituation erhoben werden. Dazu gehören Daten zur Person (Alter, Geschlecht), zum beruflichen Werdegang (z.B. Zeitpunkt des Examens) und zum gegenwärtigen Tätigkeitsfeld (z.B. Aufgaben im Tätigkeitsfeld).

Mir wurde versichert, dass die Beobachtungen bei einer zu starken Arbeitsbelastung oder wenn aus meiner Sicht die Intimsphäre der von mir versorgten Personen in für sie belastender Weise verletzt wird unterbrochen werden können.

Mir wurde versichert, dass alle Daten pseudonymisiert sowie mit einem Code versehen werden und dass damit keine Rückschlüsse auf meine Person durch Dritte mehr möglich sind. Ich bin damit einverstanden, dass pseudonymisierte Daten für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden. Ergebnisse der Studie werden ohne Möglichkeit der Rückschlüsse auf meine Person gegebenenfalls publiziert.

Mir wurde versichert, dass meine personenbezogenen und pseudonymisierten Daten nach einer maximalen Verschlusszeit von fünf Jahren vernichtet werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Patienteninformation und Einverständniserklärung

**PatientInnen-Information und Einverständniserklärung zum Projekt
„Die Pflege der Dinge – Die Bedeutung von Objekten in Geschichte und gegenwärtiger Praxis der Pflege“**

Universität Osnabrück
Fachbereich Humanwissenschaften/ Arbeitsgruppe Pflegewissenschaft

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

technische Gegenstände und Hilfsmittel sind in der Krankenpflege und in vielen anderen Bereichen, wo gepflegt wird, unverzichtbar. Die Bandbreite reicht vom Schnabelbecher, über das Beatmungsgerät bis hin zu neuesten technischen Innovationen in der Versorgung von alten Menschen.

Im Rahmen des o.g. Projektes möchten wir die Bedeutung dieser Gegenstände und Hilfsmittel untersuchen. Zu diesem Zweck werden sogenannte Beobachtungen der Pflege durchgeführt und Pflegepersonen interviewt. Die Beobachtungen finden für 3 Tage während Ihrer pflegerischen Versorgung statt und können auch 1x monatlich über einen längeren Zeitraum erfolgen. Daher würden wir Ihre Teilnahme an diesem Forschungsprojekt ausdrücklich begrüßen. Für Sie bedeutet Ihre Teilnahme, dass eine Forschungsperson Ihre betreuenden Pflegepersonen während der pflegerischen Versorgung begleiten wird und die Pflegearbeit in ausgesuchten Pflegesituationen beobachtet. Schließlich bitten wir Sie, dass diese Forschungsperson Einsicht in Ihre Krankenakte nehmen darf. Diese Maßnahme dient der Schaffung eines Gesamtbildes der pflegerischen Bedarfssituation.

Alle von Ihnen erhaltenen Informationen und persönlichen Daten zur Person (Alter, Geschlecht, Schulbildung), zur Familie (z.B. Partnerschaft, wichtige Personen), zur Erkrankung (z.B. Anlass der derzeitigen Behandlung) und zur Therapie (z. B. Lysetherapie, Atemtherapie) werden umgehend pseudonymisiert und mit einem Code versehen. Sämtliche Roh-Daten der Beobachtungen werden in den Beobachtungsprotokollen und Tagebucheinträgen pseudonymisiert dokumentiert. Dritte erhalten nur zu wissenschaftlichen Zwecken Einblick in die gewonnenen pseudonymisierten Daten.

Die Projektmitarbeiter der Universität Osnabrück erhalten auf diese Weise nur pseudonymisierte Datensätze, die maximal fünf Jahre sicher verschlossen aufbewahrt werden. Das pseudonymisierte Datenmaterial kann ggf. als Grundlage einer wissenschaftlichen Publikation dienen. Auch dabei werden auf Grund der Pseudonymisierung keine Rückschlüsse auf Ihre Person möglich sein.

Ihre Teilnahme an diesem Projekt ist selbstverständlich freiwillig und nicht mit Risiken verbunden. Sie kann von Ihnen jederzeit ohne Angabe von Gründen beendet werden. Es entstehen Ihnen daraus keine Nachteile.

Die Beobachtungen erfolgen in Pflegesituationen. Dies kann unter Umständen Ihnen das Gefühl geben, dass hierdurch Ihre Intimsphäre verletzt wird. Bitte teilen Sie dieses der Forschungsper-

son mit. Die Beobachtung wird dann unterbrochen. Auch in Krisensituationen können Sie die Unterbrechung der Beobachtung verlangen. Die Beobachtung wird im beiderseitigen Einvernehmen danach wieder fortgesetzt.

Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich selbstverständlich jederzeit an die Sie betreuende Pflegeperson wenden, die über unsere Studie informiert ist.

Alternativ können Sie sich auch an die Forschungsperson wenden:

André Heitmann-Möller M.A. Dipl.-Pfleger (FH)
Universität Osnabrück
FB Humanwissenschaften/ FG Pflegewissenschaft
Albrechstr. 28
Raum 31/167a
49069 Osnabrück
Tel.:0541-969-7131
Fax:0541-969-3972
E-Mail: andre.heitmann@uni-osnabrueck.de

Einverständniserklärung zum Projekt

„Die Pflege der Dinge – Die Bedeutung von Objekten in Geschichte und gegenwärtiger
Praxis der Pflege“

Einverständniserklärung

[PatientInnen]

Name: _____
Adresse: _____
Institution: _____

Ich erkläre hiermit mein Einverständnis zur Teilnahme an dem oben genannten Forschungsprojekt, durchgeführt durch die Universität Osnabrück, Prof. Dr. Hartmut Remmers. Ich bin über die Studie durch ein Informationsblatt aufgeklärt worden. Mir wurde ausreichend Möglichkeit zur Nachfrage geboten. Meine Teilnahme ist freiwillig. Ich bin darüber informiert worden, dass ich meine Teilnahme jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.

Ich bin damit einverstanden, dass eine Forschungsperson Beobachtungen für 3 Tage während ausgesuchter Pflegesituationen vornimmt. Ich wurde darüber informiert und bin damit einverstanden, dass die Beobachtungstage auch in einem zeitlichen Abstand stattfinden können. In beiden Fällen begleitet die Forschungsperson die mich betreuenden Pflegepersonen in Pflegesituationen.

Ich bin damit einverstanden, dass von mir personenbezogene Daten zur Skizzierung der pflegerischen Bedarfssituation erhoben werden. Dazu gehören Daten zur Person (Alter, Geschlecht, Schulbildung), zur Familie (z.B. Partnerschaft, wichtige Personen), zur Erkrankung (z.B. Anlass der derzeitigen Behandlung) und zu Therapien (z. B. Lysetherapie, Atemtherapie)

Mir wurde versichert, dass die Beobachtungen in Krisensituationen oder wenn meine Intimsphäre in einer für mich zu belastenden Weise verletzt wird unterbrochen werden können. Die Beobachtungen können dann bei Wegfall dieser Gründe im beiderseitigen Einvernehmen fortgesetzt werden.

Mir wurde versichert, dass alle Daten pseudonymisiert und mit einem Code versehen werden und dass damit keine Rückschlüsse auf meine Person für Dritte möglich sind. Ich bin damit einverstanden, dass pseudonymisierte Daten für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden. Ergebnisse der Studie werden ohne Möglichkeit der Rückschlüsse auf meine Person gegebenenfalls publiziert.

Mir wurde versichert, dass meine personenbezogenen und pseudonymisierten Daten nach einer maximalen Verschlusszeit von fünf Jahren vernichtet werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Information und Einverständniserklärung gesetzliche Vertreter

**Information und Einverständniserklärung der gesetzlichen VertreterInnen
„Die Pflege der Dinge – Die Bedeutung von Objekten in Geschichte und gegenwärtiger Praxis der Pflege“**

Universität Osnabrück
Fachbereich Humanwissenschaften/ Arbeitsgruppe Pflegewissenschaft

Sehr geehrte gesetzliche Vertreterin, sehr geehrter gesetzlicher Vertreter,

technische Gegenstände und Hilfsmittel sind in der Krankenpflege und in vielen anderen Bereichen, wo gepflegt wird, unverzichtbar. Die Bandbreite reicht vom Schnabelbecher, über das Beatmungsgerät bis hin zu neuesten technischen Innovationen in der Versorgung von alten Menschen.

Im Rahmen des o.g. Projektes möchten wir diese Gegenstände und Hilfsmittel untersuchen. Zu diesem Zweck werden sogenannte Beobachtungen der Pflege durchgeführt und Pflegepersonen interviewt. Die Beobachtungen finden für 3 Tage während der pflegerischen Versorgung der von Ihnen gesetzlich vertretenen Person statt und können auch 1x monatlich über einen längeren Zeitraum erfolgen. Daher würden wir Ihre Erlaubnis für die Teilnahme der von Ihnen gesetzlich vertretenen Person an diesem Forschungsprojekt ausdrücklich begrüßen. Für Sie und die von Ihnen vertretene Person bedeutet die Teilnahme, dass eine Forschungsperson die betreuenden Pflegepersonen während der pflegerischen Versorgung in ausgesuchten Pflegesituationen begleiten und beobachten wird. Schließlich bitten wir Sie, dass diese Forschungsperson Einsicht in die Krankenakte der von Ihnen vertretenen Person nehmen darf. Diese Maßnahme dient der Schaffung eines Gesamtbildes der pflegerischen Bedarfssituation.

Alle erhaltenen Informationen und persönlichen Daten zu der von Ihnen vertretenen Person (z.B. Alter, Geschlecht), zur Familie (z.B. Partnerschaft, wichtige Personen), zur Erkrankung (z.B. Anlass der derzeitigen Behandlung) und zur Therapie (z. B. Lysetherapie, Atemtherapie) werden umgehend pseudonymisiert und mit einem Code versehen. Sämtliche Roh-Daten der Beobachtungen werden in den Beobachtungsprotokollen und Tagebucheinträgen pseudonymisiert dokumentiert. Dritte erhalten nur zu wissenschaftlichen Zwecken Einblick in die gewonnenen pseudonymisierten Daten.

Die Projektmitarbeiter der Universität Osnabrück erhalten auf diese Weise nur pseudonymisierte Datensätze, die maximal fünf Jahre sicher verschlossen aufbewahrt werden. Das pseudonymisierte Daten-Material kann ggf. als Grundlage einer wissenschaftlichen Publikation dienen. Auch dabei werden auf Grund der Pseudonymisierung keine Rückschlüsse auf die von Ihnen vertretene Person möglich sein.

Ihre Erlaubnis der Teilnahme der von Ihnen gesetzlich vertretenen Person an diesem Projekt ist selbstverständlich freiwillig und nicht mit Risiken verbunden. Sie kann von Ihnen jederzeit ohne Angabe von Gründen beendet werden. Es entstehen Ihnen daraus keine Nachteile.

Die Beobachtungen erfolgen in Pflegesituationen. Dies kann unter Umständen Ihnen das Gefühl geben, dass hierdurch die Intimsphäre der von Ihnen gesetzlich vertretenen Person verletzt wird.

Bitte teilen Sie dieses der Forschungsperson mit. Die Beobachtung wird dann unterbrochen. Auch in Krisensituationen können Sie die Unterbrechung der Beobachtungen verlangen. Die Beobachtung wird im beiderseitigen Einvernehmen danach wieder fortgesetzt.

Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich selbstverständlich jederzeit an die Sie betreuende Pflegeperson wenden, die über unsere Studie informiert ist.

Alternativ können Sie sich auch an die Forschungsperson wenden:

André Heitmann-Möller M.A. Dipl.-Pfleger (FH)
Universität Osnabrück
FB Humanwissenschaften/ FG Pflegewissenschaft
Albrechstr. 28
Raum 31/167a
49069 Osnabrück
Tel.:0541-969-2366
Fax:0541-969-3972
E-Mail: andre.heitmann@uni-osnabrueck.de

Einverständniserklärung zum Projekt

„Die Pflege der Dinge – Die Bedeutung von Objekten in Geschichte und gegenwärtiger
Praxis der Pflege“

Einverständniserklärung [gesetzlicher Vertreter]

Name des Patienten: _____
Name des gesetzlichen Vertreters: _____
Adresse: _____
Institution: _____

Ich erkläre hiermit mein Einverständnis zur Teilnahme an dem oben genannten Forschungsprojekt, durchgeführt durch die Universität Osnabrück, Prof. Dr. Hartmut Remmers. Ich bin über die Studie durch ein Informationsblatt aufgeklärt worden. Mir wurde ausreichend Möglichkeit zur Nachfrage geboten. Meine Teilnahme ist freiwillig. Ich bin darüber informiert worden, dass ich meine Teilnahme jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.

Ich bin damit einverstanden, dass eine Forschungsperson Beobachtungen für 3 Tage während ausgesuchter Pflegesituationen vornimmt. Ich wurde darüber informiert und bin damit einverstanden, dass die Beobachtungstage auch in einem zeitlichen Abstand stattfinden können. In beiden Fällen begleitet die Forschungsperson in ausgesuchten Pflegesituationen die Pflegepersonen, welche mit der Betreuung der von mir gesetzlich vertretenen Person beauftragt sind.

Ich bin damit einverstanden, dass personenbezogene Daten der von mir gesetzlich vertretenen Person zur Skizzierung der pflegerischen Bedarfssituation erhoben werden. Dazu gehören Daten zur Person (Alter, Geschlecht, Schulbildung), zur Familie (z.B. Partnerschaft, wichtige Personen), zur Erkrankung (z.B. Anlass der derzeitigen Behandlung) und zur Therapie (z. B. Lysetherapie, Atemtherapie)

Mir wurde versichert, dass die Beobachtungen in Krisensituationen oder wenn meine Intimsphäre in einer für mich zu belastenden Weise verletzt wird unterbrochen werden können. Die Beobachtungen können dann bei Wegfall dieser Gründe im beiderseitigen Einvernehmen fortgesetzt werden.

Mir wurde versichert, dass alle Daten (s.o.) pseudonymisiert sowie mit einem Code versehen werden und dass damit keine Rückschlüsse auf die von mir gesetzlich vertretene Person durch Dritte gezogen werden können. Ich bin damit einverstanden, dass pseudonymisierte Daten für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden. Ergebnisse der Studie werden ohne Möglichkeit der Rückschlüsse auf meine und die Person der/ des von mir gesetzlich vertretenen Angehörigen bzw. Klientin/ Klient gegebenenfalls publiziert.

Mir wurde versichert, dass sämtliche personenbezogenen und pseudonymisierten Daten der von mir vertretenen Person nach einer maximalen Verschlusszeit von fünf Jahren vernichtet werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Interviewleitfaden Krankenhaus



FACHBEREICH HUMANWISSENSCHAFTEN
ARBEITSGRUPPE PFLEGEWISSENSCHAFT
PROF. DR. PHIL. HARTMUT REMMERS, M.A.

Interviewleitfaden

Gegenstände sind für die Durchführung der Pflege unerlässlich, Neben den traditionellen Gegenständen wie z.B. dem Schnabelbecher existieren invasive Gegenstände wie z.B. Magensonden, die in der Pflege berücksichtigt werden müssen. Hinzu kam eine weitreichende Technisierung der Pflege durch den Einsatz von Computern und digitalen Messgeräten. Auch traditionelle Gegenstände wie das Krankenbett wurden motorisiert“. Es stellt sich die Frage wie sich diese Gegenstände auf Ihre Pflegepraxis in der Interaktion mit den Patientinnen und Patienten auswirken. Zu diesem Zweck bitten wir Sie um die Beantwortung einiger Fragen zu den Komplexen „Pflegeting“, „Handlungsträgerschaft“ sowie der „Beziehungsebene“.

Angaben zur Person

Art der Einrichtung:

Alter:

Geschlecht:

weiblich männlich

Berufliche Funktion:

Berufserfahrung:

Sonst. Anmerkungen

Zu Beginn möchte ich Ihnen eine einleitende Frage stellen:

Welche Gegenstände begegnen Ihnen in Ihrem Pflegealltag?

a) Bereich „Kreis der Pflegedinge“

1. Was macht aus Ihrer Sicht ein Gegenstand (bzw. Ding) zu einem „Pflegeding“?

2. Welche Gegenstände sind aus Ihrer Sicht für die Durchführung der Pflege unbedingt erforderlich?

3. Für welche Gegenstände gilt das Gegenteil?

[Nonverbale Aufrechterhaltung!]

Können Sie dazu noch etwas mehr erzählen....berichten....Und dann... Wie ging es weiter?

Wie war das so mit...? Was meinen Sie, wenn Sie von... sprechen...?

b) Bereich „Handlungsträgerschaft von Pflegedingen“

4. Welche konkreten Gegenstände üben Einfluss auf Ihre Arbeit aus und in welchem Umfang?

5. Wie beeinflussen einige dieser Gegenstände Ihre Arbeitsplanung und die Ausführung Ihrer Pflegemaßnahmen? (z.B. *EDV-System erfordert zeitnahe wiederholte Dateneingaben*)

6. In welcher Weise entsprechen diese Gegenstände in ihrer Funktion Ihren Erwartungen? (z.B. *elektrisches Bett unterstützt rüchenschonendes Arbeiten*)

7. In welcher Weise widersprechen sich manche Funktionen von Gegenständen/Geräten mit den praktischen Anforderungen einer Pflegesituation? (z.B. *mehrere Infusionsleitungen erschweren Mobilisation*)

[Nonverbale Aufrechterhaltung!]

Können Sie dazu noch etwas mehr erzählen....berichten....Und dann... Wie ging es weiter?

Wie war das so mit...? Was meinen Sie, wenn Sie von... sprechen...?

c) Beziehungsebene

9. Der Einsatz von technischen Gegenständen zur Patientenüberwachung als auch von Zu- und Ableitungen (Infusionen, Magensonden) bilden wichtige Merkmale Ihrer Abteilung. Wie reagieren die Patienten¹⁴⁶ darauf?

10. Wie können sie hier pflegerisch auf der körperlichen und auf der psychisch-emotionalen Ebene aktiv werden? (z.B. Auftreten von akustischen Alarmen)

11. Welche Gegenstände wirken sich aus Ihrer Sicht auf das Nähe-Distanzverhältnis zu Ihren Patienten besonders stark aus? Wie gehen Sie damit um?

12. Inwieweit wirkt sich der Einsatz von Gegenständen auf die Dauer und Häufigkeit der Patientenkontakte aus?

13. Welche Ausdrucksformen (z.B. Sprache, Mimik, Gestik, Berührung) sind für Ihre pflegerische Arbeit besonders wichtig? Wie setzen Sie diese Ausdrucksformen ein? (z.B. bei der Durchführung einer Absaugung)

**Abschließende Frage:
Gibt es noch aus Ihrer Sicht Dinge, die noch angesprochen werden müssen?**

[Nonverbale Aufrechterhaltung!]

Können Sie dazu noch etwas mehr erzählen....berichten....Und dann... Wie ging es weiter?

Wie war das so mit...? Was meinen Sie, wenn Sie von... sprechen...?

¹⁴⁶ Aus pragmatischen Gründen wird hier die männliche Form benutzt.

Interviewleitfaden Ambulante Intensivpflege



FACHBEREICH HUMANWISSENSCHAFTEN
ARBEITSGRUPPE PFLEGEWISSENSCHAFT
PROF. DR. PHIL. HARTMUT REMMERS, M.A.

Interviewleitfaden ausserklinische Intensivpflege

Gegenstände sind für die Durchführung der Pflege unerlässlich. Neben den traditionellen Gegenständen wie z.B. dem Schnabelbecher existieren invasive Gegenstände wie z.B. Magensonden, die in der Pflege berücksichtigt werden müssen. Hinzu kommt eine weitreichende Technisierung der Pflege durch den Einsatz von Computern und digitalen Messgeräten. Auch traditionelle Gegenstände wie das Krankenbett wurden motorisiert. In Ihrem Arbeitsgebiet sind noch weitere technische Gegenstände hinzugekommen, die eine weitgehende Anpassung des privaten Wohnbereichs Ihrer Klientinnen und Klienten¹⁴⁷ bedeuten. Es stellt sich die Frage wie sich diese Gegenstände auf die Pflegepraxis, insbesondere die Interaktion mit den Klienten, auswirken. Zu diesem Zweck bitten wir Sie um die Beantwortung einiger Fragen zu den Komplexen: „Pflegedinge“, „Handlungsträgerschaft“, „Beziehungsebene“, „Technikkompetenz“ sowie „Angehörigen- und klientenbezogene Einbindung“.

Angaben zur Person

Art der Einrichtung:

Alter:

Geschlecht:

weiblich männlich

Berufliche Funktion:

Berufserfahrung:

Sonst. Anmerkungen

¹⁴⁷ zur vereinfachten Leseweise der Fragen wurde die männliche Form gewählt; weibliche Klientinnen sind damit eingeschlossen

Zu Beginn möchte ich Ihnen eine einleitende Frage stellen:

Welche Gegenstände begegnen Ihnen in Ihrem Pflegealltag?

a) Bereich „Kreis der Pflegedinge“

1. Was macht aus Ihrer Sicht einen Gegenstand (bzw. ein Ding) zu einem „Pflegedding“?

2. Welche Gegenstände sind aus Ihrer Sicht für die Durchführung der Pflege unbedingt erforderlich?

3. Für welche Gegenstände gilt das Gegenteil?

[Nonverbale Aufrechterhaltung!]

Können Sie dazu noch etwas mehr erzählen....berichten....Und dann... Wie ging es weiter?

Wie war das so mit...? Was meinen Sie, wenn Sie von... sprechen...?

b) Bereich „Handlungsträgerschaft von Pflegedingen“

4. Welche Gegenstände üben Einfluss auf Ihre Arbeit aus und in welchem Umfang?

5. Wie beeinflussen einige dieser Gegenstände Ihre Arbeitsplanung und die Ausführung Ihrer Pflegemaßnahmen? (z.B. *EDV-System erfordert zeitnahe wiederholte Dateneingaben*)

6. In welcher Weise entsprechen diese Gegenstände in ihrer Funktion Ihren Erwartungen? (z.B. *elektrisches Bett unterstützt rüchenschonendes Arbeiten*)

7. In welcher Weise widersprechen sich manche Funktionen von Gegenständen/Geräten mit den praktischen Anforderungen einer Pflegesituation?

[Nonverbale Aufrechterhaltung!]

Können Sie dazu noch etwas mehr erzählen....berichten....Und dann... Wie ging es weiter?

Wie war das so mit...? Was meinen Sie, wenn Sie von... sprechen...?

c) Beziehungsebene

9. Was können Sie allgemein zum Thema Beziehungen zum Klienten¹⁴⁸ und zu den Angehörigen in Ihrem Tätigkeitsfeld sagen?

[Nonverbale Aufrechterhaltung!]

Können Sie dazu noch etwas mehr erzählen....berichten....Und dann... Wie ging es weiter?

10. Wie reagieren die Klienten und ihre Angehörigen darauf, dass ihre Wohnung für die technikintensive Pflege umgebaut werden muss/ musste?

Wie war das so mit...? Was meinen Sie, wenn Sie von... sprechen...?

11. Wie können sie hier pflegerisch auf der körperlichen und der psychisch-emotionalen Ebene aktiv werden? (z.B. für körperlich: Initialberührung auf dem Handrücken; z.B. für psychisch-emotional: den Klienten ermutigen, trösten)

12. Welche Gegenstände wirken sich aus Ihrer Sicht auf das Nähe-Distanzverhältnis zu Ihren Klienten besonders stark aus? Wie gehen Sie damit um?

13. Welche Ausdrucksformen (z.B. Sprache, Mimik, Gestik, Berührung) sind für Ihre pflegerische Arbeit besonders wichtig? Wie setzen Sie diese Ausdrucksformen ein? (z.B. bei der Durchführung einer Absaugung)

¹⁴⁸ Aus pragmatischen Gründen wird hier die männliche Form benutzt.

d) Technikkompetenz

14. Welche Voraussetzungen im Hinblick auf die eingesetzte Technik müssen Sie für Ihre Arbeit erfüllen? Bitte nennen Sie mir ein Beispiel. (z.B. im Hinblick auf invasive/nicht-invasive Beatmung)

15. Mit welchen Geräten fühlen Sie sich vertrauter und mit welchen weniger vertraut?

16. Welche Aspekte sehen Sie in Ihrem Arbeitsgebiet im Umgang mit den technischen Geräten kritisch? Bitte nennen Sie ein Beispiel.

17. Im Rückblick auf Ihren bisherigen beruflichen Werdegang: Was hat sich bei Ihnen in Ihrem pflegerischen Selbstverständnis über die Zeit verändert?

[Nonverbale Aufrechterhaltung!]

Können Sie dazu noch etwas mehr erzählen....berichten....Und dann... Wie ging es weiter?

Wie war das so mit...? Was meinen Sie, wenn Sie von... sprechen...?

e) Angehörigen- und klientenbezogene Einbindung

18. Welche technikbezogenen Aufgaben und Kompetenzen können Sie an Angehörige und/oder Klienten vermitteln, um diese in die Pflege mit einzubinden? (z.B. Bedienung des Beatmungsgerätes)

19. Wie vermitteln Sie das dazugehörige Wissen und die Fertigkeiten an die Klienten und Angehörigen?

20. Wie wird die Einbindung der Angehörigen aus Ihrer Sicht angenommen?

21. Gibt es auch Fälle, in denen Klienten selber die Steuerung der Technik übernehmen?

22. Welche Chancen und Risiken sehen Sie für Ihre Pflegearbeit durch die Einbindung von Angehörigen und Klienten?

**Abschließende Frage:
Gibt es noch aus Ihrer Sicht Dinge, die noch angesprochen werden müssen?**

[Nonverbale Aufrechterhaltung!]

Können Sie dazu noch etwas mehr erzählen....berichten....Und dann... Wie ging es weiter?

Wie war das so mit...? Was meinen Sie, wenn Sie von... sprechen...?

Interviewleitfaden Ambulante Pflege



FACHBEREICH HUMANWISSENSCHAFTEN
ARBEITSGRUPPE PFLEGEWISSENSCHAFT
PROF. DR. PHIL. HARTMUT REMMERS, M.A.

Interviewleitfaden

Gegenstände sind für die Durchführung der Pflege unerlässlich, Neben den traditionellen Gegenständen wie z.B. dem Schnabelbecher existieren invasive Gegenstände wie z.B. Magensonden, die in der Pflege berücksichtigt werden müssen. Hinzu kam eine weitreichende Technisierung der Pflege durch den Einsatz von Computern und digitalen Messgeräten. Auch traditionelle Gegenstände wie das Krankenbett wurden motorisiert¹⁴⁹. Es stellt sich die Frage wie sich diese Gegenstände auf Ihre Pflegepraxis in der Interaktion mit den Klientinnen und Klienten¹⁴⁹ auswirken. Zu diesem Zweck bitten wir Sie um die Beantwortung einiger Fragen zu den Komplexen „Pflege-dinge“, „Handlungsträgerschaft“ sowie der „Beziehungsebene“.

Angaben zur Person

Art der Einrichtung:

Alter:

Geschlecht:

weiblich männlich

Berufliche Funktion:

Berufserfahrung:

Sonst. Anmerkungen

¹⁴⁹ zur vereinfachten Leseweise der Fragen wurde die männliche Form gewählt; weibliche Klientinnen sind damit eingeschlossen

Zu Beginn möchte ich Ihnen eine einleitende Frage stellen:

Welche Gegenstände begegnen Ihnen in Ihrem Pflegealltag?

a) Bereich „Kreis der Pflegedinge“

1. Was macht aus Ihrer Sicht ein Gegenstand (bzw. Ding) zu einem „Pflegedding“?

2. Welche Gegenstände sind aus Ihrer Sicht für die Durchführung der Pflege unbedingt erforderlich?

3. Für welche Gegenstände gilt das Gegenteil?

[Nonverbale Aufrechterhaltung!]

Können Sie dazu noch etwas mehr erzählen....berichten....Und dann... Wie ging es weiter?

Wie war das so mit...? Was meinen Sie, wenn Sie von... sprechen...?

b) Bereich „Handlungsträgerschaft von Pflegedingen“

4. Welche konkreten Gegenstände üben Einfluss auf Ihre Arbeit aus und in welchem Umfang?

5. Wie beeinflussen einige dieser Gegenstände Ihre Arbeitsplanung und die Ausführung Ihrer Pflegemaßnahmen? (z.B. *EDV-System erfordert zeitnahe wiederholte Dateneingaben*)

6. In welcher Weise entsprechen diese Gegenstände in ihrer Funktion Ihren Erwartungen? (z.B. *elektrisches Bett unterstützt rüchenschonendes Arbeiten*)

7. In welcher Weise widersprechen sich manche Funktionen von Gegenständen/Geräten mit den praktischen Anforderungen einer Pflegesituation? (z.B. *mehrere Infusionsleitungen erschweren Mobilisation*)

[Nonverbale Aufrechterhaltung!]

Können Sie dazu noch etwas mehr erzählen....berichten....Und dann... Wie ging es weiter?

Wie war das so mit...? Was meinen Sie, wenn Sie von... sprechen...?

c) Beziehungsebene

8. Was können Sie allgemein zum Thema Beziehungen zum Klienten¹⁵⁰ und zu den Angehörigen in Ihrem Tätigkeitsfeld sagen?

9. Der Einsatz von technischen Gegenständen, wie z.B. den Sondenpumpen zur Gewährleistung der Ernährung durch eine Magensonde, bilden wichtige Merkmale Ihrer Arbeit. Wie reagieren die Klienten darauf?

10. Wie können sie hier pflegerisch auf der körperlichen und auf der psychisch-emotionalen Ebene aktiv werden? (z.B. Auftreten von akustischen Alarmen bei einer Sondenpumpe)

11. Welche Gegenstände wirken sich aus Ihrer Sicht auf das Nähe-Distanzverhältnis zu Ihren Klienten besonders stark aus? Wie gehen Sie damit um? (z.B. beim Anlegen von Tragegurten/ Tragenetzen für den Transfer Ihrer Klienten)

12. Welche Ausdrucksformen (z.B. Sprache, Mimik, Gestik, Berührung) sind für Ihre pflegerische Arbeit besonders wichtig? Wie setzen Sie diese Ausdrucksformen ein? (z.B. bei der Durchführung einer Absaugung)

**Abschließende Frage:
Gibt es noch aus Ihrer Sicht Dinge, die noch angesprochen werden müssen?**

[Nonverbale Aufrechterhaltung!]

Können Sie dazu noch etwas mehr erzählen....berichten....Und dann... Wie ging es weiter?

Wie war das so mit...? Was meinen Sie, wenn Sie von... sprechen...?

¹⁵⁰ Aus pragmatischen Gründen wird hier die männliche Form benutzt.

Erklärung an Eides statt

Erklärung an Eides statt über die Eigenständigkeit der erbrachten wissenschaftlichen Leistung

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe der Quelle gekennzeichnet.

Weitere Personen oder Organisationen waren an der inhaltlichen materiellen Erstellung der vorliegenden Arbeit nicht beteiligt. Insbesondere habe ich hierfür nicht die entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- bzw. Beratungsdiensten, Promotionsberaterinnen oder Promotionsberatern oder anderen Personen in Anspruch genommen.

Die Arbeit wurde bisher weder im In- noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Ort, Datum

Unterschrift