

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

6.3 Implikationen für die Praxis

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

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

6.3.1 Berufliches Pflegehandeln

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

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

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

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

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

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

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

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

6.3.2 Technikentwicklung für die Pflege

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

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

möglichen Technikentwicklung sensibel vorzugehen und möglichst früh diverse Gruppen einzubeziehen.

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

