

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

5.1.4 Blick auf den gesamten Fall

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

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

5.2 Fall 2: Typ Patient:in

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

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

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

Peter: (17) Dann. Viel Spaß.

Frau Mühlenkamp: Danke. (lacht) (4)

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

Frau Mühlenkamp: Ja.

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

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

(Fallo2, 00:00:37 – 00:01:17)

Fallvignette

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

Fallrekonstruktion

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

Abb. 6: Beginn der Sequenz



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tab. 4: Akteur:innen und deren Möglichkeitsräume

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

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

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

Peter: (17) Dann. viel Spaß.

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

Frau Mühlenkamp: Danke (lacht) (4)

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

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

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

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

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

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

Abb. 7: Kopfteil tiefer fahren



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

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

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

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

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

Frau Mühlenkamp: Ja

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

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

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

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

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

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

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

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

Abb. 8: Bett höher fahren



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

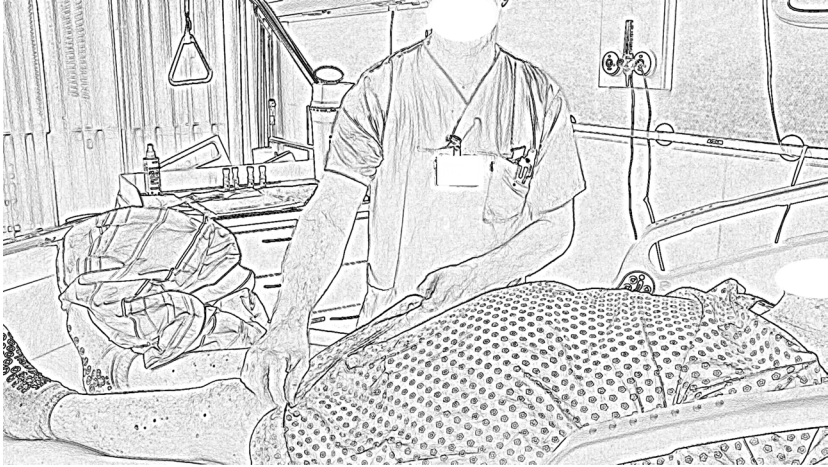
Peter legt die Decke schließlich zu Frau Mühlenkamps Füßen zusammen. Wie in Abbildung 9 (S. 120) zu sehen, greift er dann die Unterseite des OP-Hemdes, um dies anzuheben und anschließend auf Frau Mühlenkamps Bauch zu legen. Beim Weglegen der Decke und beim Hochlegen des Hemdes ist sein Blick auf die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

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

Zusammenfassung

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

Abb. 9: Decke entfernt



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

5.2.2 Pfleger: »auf den Patienten konzentrieren«

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

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

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

(Fallo2 Peter, 00:00:02 – 00:01:02)

Fallvignette

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

Fallrekonstruktion

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Da waren immer so gefühlt Unterbrechungen in mir drinne.

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

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

Zusammenfassung

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

5.2.3 Patient:in: »Mir ist das egal.«

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

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

Forscherin: Ja?

Frau Mühlenkamp: Ja. (lacht)

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

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

Forscherin: Wie ist denn normal?

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

Forscherin: Hmh. Ja.

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

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

Fallvignette

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

Fallrekonstruktion

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

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

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

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

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

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

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

Forscherin: Ja?

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

Frau Mühlenkamp: Ja. (lacht)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ja, wie war es?

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

Normal irgendwie.

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

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

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

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

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

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

Die Wunde (.) tat ein bisschen weh

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

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

Zusammenfassung

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

5.2.4 Blick auf den gesamten Fall

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

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

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

5.3 Zusammenfassung des Ergebniskapitels

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