

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

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

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

2.2 Pflegehandeln und seine Akteur:innen

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

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

2.2.1 Pflegehandeln in dichotomen Perspektiven

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

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

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

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

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

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

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

2.2.2 Pflegehandeln in technopragmatischer Perspektive

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

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

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

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

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

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

2.3 Zielsetzung der Arbeit

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