

Susanne Mertes-Büschel

Die situative Handlungsorientierung professionell Pflegender

Eine facettentheoretisch gestützte Annäherung unter
Anwendung der multidimensionalen Skalierung



Nomos

Statistik in Sozialer Arbeit, Pflege und den Humanwissenschaften

herausgegeben von
Prof. Dr. Albert Brühl
Prof. Dr. Peter Löcherbach

Band 4

Susanne Mertes-Büschel

Die situative Handlungsorientierung professionell Pflegender

Eine facettentheoretisch gestützte Annäherung unter
Anwendung der multidimensionalen Skalierung



Nomos

© Titelbild: Rost-9D – istockphoto.com

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

Zugl.: Vallendar, Vinzenz-Pallotti-Universität, Diss., 2023

u.d.T.: Die pflegerische Handlungsorientierung als situativer Ausdruck pflegerischen Handelns - Eine facettentheoretisch gestützte Annäherung unter Anwendung der multidimensionalen Skalierung

ISBN 978-3-7560-0453-9 (Print)

ISBN 978-3-7489-3947-4 (ePDF)



Onlineversion
Nomos eLibrary

1. Auflage 2024

© Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2024. Gesamtverantwortung für Druck und Herstellung bei der Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG. Alle Rechte, auch die des Nachdrucks von Auszügen, der fotomechanischen Wiedergabe und der Übersetzung, vorbehalten. Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier.

*„Alle Initiative des Menschen ist situationsbedingt,
zugleich aber auch situationsgestaltend.
Sie ist hervorgerufen von der Lebenslage,
gleichsam herausgefordert von ihr,
stößt aber selbst wiederum formend in sie vor.“*

Nicolai Hartmann 1965

Dank

Diese Seite ist für einen herzlichen Dank an die Personen reserviert, die am Entstehen dieser Veröffentlichung einen sehr großen Anteil haben – manchmal so groß, dass ohne diesen Anteil das Entstehen gefährdet gewesen wäre:

Zuallererst meinem Mann Marcel - dafür, dass er die Zeit der Promotion mit mir bewältigt, mich mit Nährstoffen für Bauch und Hirn versorgt und mich in allen erdenklichen Lebenslagen entlastet hat.

Meinen Eltern und Schwiegereltern, hier insbesondere meiner Mutter – dafür, dass sie immer zur Stelle waren, um mir Zeit zum Denken und Schreiben zu verschaffen – wenn unsere Tochter krank nicht in die KiTa durfte oder die KiTa aufgrund von Corona-Beschränkungen nicht öffnen konnte.

Herrn Brühl und Frau Planer – dafür, dass Sie mir im Entstehen dieser Arbeit mit klaren und kritischen Gedanken zur Seite standen und mit mir auch abseitige Ideen diskutierten und verfolgten.

Den Interview-Partner:innen - dafür, dass sie die immer gleichen Fragen über sich ergehen ließen und dadurch gewährleisteten, dass beforschbare Situationsbeschreibungen entstehen konnten. An dieser Stelle sei auch die Klinik mit einem herzlichen Dank bedacht, in der ich Daten erheben durfte.

Den Personen, die die Fragebögen ausgefüllt haben – für die wirklich bemerkenswerte Geduld, 78 Situationsvergleiche durchzuführen und die Beweggründe für die jeweilige Einschätzung akribisch niederzuschreiben.

Den Mitgliedern des Subkolloquiums und des Promotionskolloquiums – für die vielen Diskussionen zur (Weiter-)Entwicklung der vielen Versionen des Abbildungssatzes und der Forschungsergebnisse.

Sehr sicher ist davon auszugehen, dass auch viele weitere Personen, die hier nicht explizit erwähnt sind, das Entstehen und Werden dieser Arbeit mit ermöglicht haben – Ich danke Ihnen und euch an dieser Stelle ganz ausdrücklich!

Susanne Mertes-Büschel

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	13
Tabellenverzeichnis	17
Abkürzungsverzeichnis	21
Theoretischer Teil	23
1 Ausgangslage	25
2 Entwicklung der Forschungsfragen	37
3 Die Pflegesituation als Aktualisierungspunkt pflegerischer Handlungsorientierung	43
3.1 Vorgehen in der Literaturanalyse	43
3.2 Unterscheidungsmerkmale von Pflegesituationen in theoriebildender Literatur	47
3.3 Forschungslage zu Unterscheidungsmerkmalen von Pflegesituationen	66
3.4 Synthese der Aussagen zur Pflegesituation	75
4 Facettentheorie	81
4.1 Wissenschaftstheoretischer Hintergrund der Facettentheorie	83
4.2 Formulierung inhaltlicher Hypothesen	86
4.2.1 Abbildungssatz und Abbildung	86
4.2.2 Facette	89
4.2.3 Strukt – Struktupel	90
4.2.4 Menge – Partitionierung	91
4.2.5 Der Begriff der Definition in der Facettentheorie	92
4.3 Datengewinnung und Datenanalyse auf Basis der Facettentheorie	94
	9

5	Multidimensionale Skalierung	101
5.1	Metrik, Dimensionalität und Ties	101
5.2	Exploratorische MDS – Konfirmatorische MDS	106
5.3	Aggregation von Personen in der MDS	108
5.4	Bestimmung der Güte einer MDS-Lösung	109
5.5	Interpretation der MDS	116
	Übergang vom theoretischen Teil zum empirischen Teil	119
6	Entwicklung eines Abbildungssatzes zur Handlungsorientierung in Pflegesituationen	121
6.1	Bildbereich	121
6.2	Definitionsbereich	131
	Empirischer Teil	137
7	Datenerhebung	139
7.1	Vorbereitung der Interviews	139
7.2	Durchführung der Interviews	140
7.3	Auswertung der Interviews	142
7.4	Erstellung der Situationsbeschreibungen	144
7.5	Erstellung des Fragebogens	152
7.6	Durchführung Fragebogenerhebung	156
8	Ergebnisse	157
8.1	Auswertung der strukturellen Merkmale des Fragebogens	157
8.2	Ergebnisse der exploratorischen MDS	159
8.3	Ergebnisse der konfirmatorischen MDS Teil 1 – Abbildungssatzes als externe Restriktion	166
8.4	Auswertung der Freitexte	182
8.5	Ergebnisse der konfirmatorischen MDS Teil 2 – Freitexteintragungen als externe Restriktion	224

9	Inhaltliche Analyse der konfirmatorischen MDS	233
9.1	Facette „Pflegerisches Handeln“	234
9.2	Facette „Pflegehandlung“	246
9.3	Facette „Interaktion_Kommunikation“	247
9.4	Facette „Autonomie_Fürsorge“	248
9.5	Facette „Bedürfnis“	250
9.6	Facette „Pflegebedarf“	251
9.7	Facette „(körperlicher) Zustand des:r Patient:in“	253
9.8	Facette „Einstellung des:r Patient:in der pflegerischen Intervention gegenüber“	255
9.9	Facette „Bewertung der Situation“	256
9.10	Facette „Situativer Rahmen“	258
9.11	Nicht graphisch analysierte Facetten	259
9.12	Synthese der Analyseergebnisse	263
	Reflexion	265
10	Diskussion des Forschungsvorgehens	265
10.1	Anmerkungen zur Nutzung der Facettentheorie als methodologischer Grundlage	265
10.2	Anmerkungen zu den Methoden des empirischen Teils	270
10.2.1	Situationsbegriff und Nutzung von Interviews als Zugang zu Situationsbeschreibungen	270
10.2.2	Anmerkungen zur Fragebogenstruktur	272
10.2.3	Anmerkungen zur Freitextauswertung	276
10.2.4	Anmerkungen zur Nutzung der MDS	278
11	Reflexion der Forschungsergebnisse	281
12	Literaturverzeichnis	293

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Darstellung des Forschungsvorgehens	42
Abbildung 2	Ablauf Literaturanalyse zum Begriff „Pflegesituation“	46
Abbildung 3	Schematische Übersicht der Elemente der Facettentheorie	82
Abbildung 4	Verortung des Abbildungssatzes in der Facettentheorie	87
Abbildung 5	Überführung einer Facette in Dummyfacetten	91
Abbildung 6	Arten von Mengen	92
Abbildung 7	Rolle der Items in der Facettentheorie	95
Abbildung 8	Unterschiede der euklidischen und der City-Block- Metrik	103
Abbildung 9	Elbow-Kriterium	112
Abbildung 10	Graphische Partitionierungen in der MDS	117
Abbildung 11	Abbildungssatz – Handlungsorientierung in Pflegesituationen	121
Abbildung 12	Entstehung von Handlungsorientierung nach Parsons	122
Abbildung 13	Schematischer Abbildungssatz der Handlungsorientierung bei Parsons	126

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 14	Abbildungssatz „Pflegerische Handlungsorientierung“ Bildfacette	127
Abbildung 15	Abbildungssatz „Pflegerische Handlungsorientierung“ Definitionsbereich	131
Abbildung 16	Layout der Paarvergleiche	155
Abbildung 17	Stress Decomposition Chart exploratorische MDS LPLPLP	163
Abbildung 18	Shepard Diagramm exploratorische MDS LPLPLP	164
Abbildung 19	Abbildungssatz „Pflegerische Handlungsorientierung“	166
Abbildung 20	Stress Decomposition Chart LPLPLPMtrxAbbsatz_alle	181
Abbildung 21	Shepard Diagramm LPLPLPMtrxAbbsatz_alle	182
Abbildung 22	Paraphrasierungsprotokoll Zuordnung, Inhalt und Verhältnis zur verglichenen Situation	186
Abbildung 23	Ablauf Analyse der Freitexte zur Bildung einer Constraint-Matrix	189
Abbildung 24	Stress per point – LPLPLPFreitxt_o_Aus_emoL_Macht	230
Abbildung 25	Shepard Diagramm LPLPLPFreitxt_o_Aus_emoL_Macht	231
Abbildung 26	Facette „Pflegerisches Handeln“ Übersicht	235
Abbildung 27	Facette „Pflegerisches Handeln“ – Ressourcenorientierung	236

Abbildung 28	Facette „Pflegerisches Handeln“ – Anforderungsorientierung	237
Abbildung 29	Facette „Pflegerisches Handeln“ – Bedürfnisorientierung	238
Abbildung 30	Facette „Pflegerisches Handeln“ – Empathie gesamt	239
Abbildung 31	„Pflegerisches Handeln“ – Empathie Partitionierung zwischen „nicht empathisch“ und „keine Angabe“	240
Abbildung 32	„Pflegerisches Handeln“ – Flexibilität	241
Abbildung 33	Facette „Pflegerisches Handeln“ – Kompetenz	242
Abbildung 34	Zusammenhang zwischen Handlungsorientierung und Kompetenz im pflegerischen Handeln	245
Abbildung 35	Facette „Pflegehandlung“ – Differenzierung nach Inhalt	246
Abbildung 36	Facette „Interaktion_Kommunikation“	247
Abbildung 37	Facette „Autonomie_Fürsorge“	249
Abbildung 38	Facette „Bedürfnis“	250
Abbildung 39	Facette „Pflegebedarf“ Partitionierung nach Aufwand	252
Abbildung 40	Facette „Pflegebedarf“ Partitionierung Dringlichkeit hoch zentral	252
Abbildung 41	Facette „Pflegebedarf“ Partitionierung Dringlichkeit gering zentral	252
Abbildung 42	Facette „(körperlicher) Zustand des:r Patient:in“	254

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 43	Facette „Einstellung des:r Patient:in der pflegerischen Intervention gegenüber“	255
Abbildung 44	Facette „Bewertung der Situation“	256
Abbildung 45	Facette „Situativer Rahmen“	258
Abbildung 46	Häufigkeiten der abgegebenen Ratings	275

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Übersicht genutzte Suchbegriffe und Datenbanken zu „Pflugesituation“	44
Tabelle 2	Interpretation der Stress-1-Werte	110
Tabelle 3	Mögliche Ausprägungen der Bildfacette „Handlungsorientierung“	130
Tabelle 4	Bedeutung der Facette „Einschätzung“ in Verbindung mit der Facette „Entscheidungskriterien zur Handlungsplanung“	133
Tabelle 5	Zuordnung der Dimensionen der Facette „Kongruenz“ basierend auf den Facetten „Entscheidungskriterien zur Handlungsplanung“ und „Einschätzung“	134
Tabelle 6	Zuordnung der Strukture für Situation 11 – Interview Patientin	145
Tabelle 7	Zuordnung der Strukture für Situation 11 – Interview Pflegefachperson	146
Tabelle 8	Facettierungsstruktur Situation 11	147
Tabelle 9	Anordnung der Paarvergleiche im Fragebogen	154
Tabelle 10	Soziodemographische Daten der Paarvergleiche durchführenden Personen	158
Tabelle 11	Bearbeitungsdauer des Fragebogens je Person	158
Tabelle 12	Analyse der Stresswerte der exploratorischen MDS-Lösungen	162

Tabellenverzeichnis

Tabelle 13	LPLPLP\$weights Gewichte der Dimensionen	165
Tabelle 14	Inhaltliche Zuordnung der Situationsbeschreibungen zu den Strukten des Abbildungssatzes	179
Tabelle 15	Numerische Zuordnung der Situationsbeschreibungen zu den Strukten des Abbildungssatzes	180
Tabelle 16	Anzahl Freitexteintragungen je Person	183
Tabelle 17	Erster Reduktionsgang (L2, Facette Intervention)	188
Tabelle 18	Bildung Facette1/Strukt1 – Ausschnitt Analyseprotokoll P6	189
Tabelle 19	Bildung Facette2/Strukt2 – Ausschnitt Analyseprotokoll P6, Sit. 9	190
Tabelle 20	Bildung Facette3/Strukt3 – Ausschnitt Analyseprotokoll L2	191
Tabelle 21	Inhalte Facette4/Strukt4	205
Tabelle 22	Facettierungsstruktur nach Freitexten	223
Tabelle 23	numerische Facettierungsstruktur nach Freitexten	224
Tabelle 24	Korrelationsmatrix Facetten Freitexte	226
Tabelle 25	Ausschnitt Analyseprotokoll für Auswahl der inhaltlich auszuwertenden Konfiguration anhand der Stress-1-Werte	229
Tabelle 26	Analyseprotokoll für Auswahl der inhaltlich auszuwertenden Konfiguration anhand der spp	230
Tabelle 27	Konfigurationsdistanzen LPLPLPfreitxt_o_Aus_emoL_Macht\$confdist	234

Tabelle 28	Konfiguration LPLPLPFreitxt_o_Aus_emoL_Macht\$conf	261
Tabelle 29	Facettierungsstruktur der Extrempaare	261
Tabelle 30	Einzelzuweisungen der Extrempaare, Facette „Pflegerisches Handeln“	262

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
ÄD	Ärztlicher Dienst
AT-Spritze	Anti-Thrombose-Spritze
AT-Strumpf	Anti-Thrombose-Strumpf
AVD	aggregiert-varianzorientiertes Design
COVID	Corona-Virus-Disease
CIRS	critical incident reporting system
DGP	Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft
evtl.	eventuell
EBN	Evidence Based Nursing
FT	Facettentheorie
FD	Frühdienst
Gem	Gemeinsamkeit
ggü.	gegenüber
GKPS	Gesundheits- und Krankenpflegeschüler:in
H_0	Hypothese 0
H_1	Hypothese 1
i.d.R.	in der Regel
incl.	inclusive
i.O.	in Ordnung
k.A.	keine Angabe
max.	maximal:e:r:s
min.	minimal:e:r:s
MDS	Multidimensionale Skalierung
MSA	Multidimensionale Struktupelanalyse, auch multidimensionale Skalogramm-Analyse
n.r.	nicht relevant
o.g.	oben genannte:r:s
o.ä.	oder ähnliches

Abkürzungsverzeichnis

POSA	Partial Order Scalogram Analysis
POSAC	Partil Order Scalogram Analysis by Coordinates
PK	Pflegekraft
post-op	postoperativ
PTHV	Philosophisch-Theologische-Hochschule Vallendar
PV	Paarvergleich
RS	Rücksprache
s.c.	subkutan
SD	Spätdienst
SGB	Sozialgesetzbuch
Sit.	Situation
sog.	so genannte:r:s
SSA	Similarity Structure Analysis
Tab.	Tabelle
u.a.	unter anderem
Unt.	Unterschied
u.U.	unter Umständen
VPU	Vinzenz-Pallotti-Universität
wg.	wegen
Z. post-op	Zustand nach Operation

Theoretischer Teil

Der theoretische Teil dient der Darlegung der Ausgangslage, hernach wird die Entwicklung der Forschungsfragen vorgestellt. Im Anschluss daran folgt die Darstellung der Ergebnisse der Literaturrecherche und die Vorstellung der Facettentheorie als in der Arbeit genutzter Methodologie, um den empirisch zu überprüfenden Abbildungssatz zur Handlungsorientierung in Pflegesituationen zu erläutern. Abschließend wird die Methode zur empirischen Überprüfung des Abbildungssatzes in Form der multidimensionalen Skalierung (MDS) vorgestellt.

1 Ausgangslage

Seit etlichen Jahren wird in Deutschland u.a. zum Zweck der monetären Berechenbarkeit versucht, „zentrale pflegewissenschaftliche Konstrukte“ (Brühl 2020, S. 8) wie z.B. Pflegebedarf, Pflegebedürftigkeit und Pflegequalität zu messen. Diese Versuche zeigen dabei deutlich, dass dieses Unterfangen mindestens schwierig ist und häufig nicht zufriedenstellend gelingt. Es ist ein gesetzlicher Bezugsrahmen gesetzt, der keine theoretische Fundierung im Vorfeld erfahren hat und sich in der Anwendung unter Praktikabilitäts Gesichtspunkten bewähren muss, die wenig mit pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen in Kontakt treten (vgl. Teigeler 2020, S. 55; vgl. Brühl 2020, S. 8). Als Beispiel können hier die Instrumente zur Erhebung des als Pflegebedürftigkeit bezeichneten Pflegebedarfs im Rahmen der Pflegegrade auf der Ebene der Pflegerezipienten genannt werden (vgl. Brühl 2020, S. 8; vgl. Planer et al. 2012; vgl. Bensch 2013). Konstrukte wie „Pflegequalität“ zeigen sich zudem als dahingehend schwer zugänglich, dass sie kaum sinnvoll quantifizierbar sind und vor dem Hintergrund dieser Eigenschaft mit steigendem Abstraktions- und Aggregationsniveau das abzubildende Konstrukt kaum mehr denn hypothetisch fassen können (vgl. Hensen 2018, S. 9).

Hensen hält die Differenz zwischen Soll und Ist folgendermaßen fest:

„Pflegerische Versorgung ist weder umfänglich noch erschöpfend über messbare Kenngrößen erfassbar und darstellbar. In ihrer Grundausübung konstituiert sie sich vor allem durch ihre subjektive, einzelfallorientierte und situative Dimension und beinhaltet demgemäß auch Versorgungsaspekte, die sich „unmessbar“ einer Quantifizierung und objektivierbaren Merkmalserhebung entziehen (z.B. Vertrauen, Wertschätzung, Zwischenmenschlichkeit). Andererseits ist Versorgungsqualität nicht allein durch die Beherrschung von Einzelhandlungen oder der Gestaltungsmacht und das Können einzelner Personen und Berufsgruppen erzielbar; sie ist auch an die Zweckrationalität und Funktionslogik ihres institutionellen Leistungsrahmens gebunden“ (Hensen 2018, S. 11).

In diesen Ausführungen zeigt sich deutlich das Dilemma, in dem die qua öffentlichem Finanzierungserfordernis einer Operationalisierungsfähigkeit bedürftige, sozial konstruierte pflegerische Versorgung in allen Settings steckt (vgl. Planer 2013, S. 98). Pflege befindet sich im Konflikt zwischen den ver-

allgemeinernden Anforderungen, die die sich in Standardisierungsbestrebungen durch Messinstrumente, Handlungsvorgaben wie Leitlinien oder Pflegestandards zeigen und dem Anspruch, der Einzigartigkeit und der besonderen persönlichen Situation des:r Patient:in als dem Fokus der Disziplin Pflege gerecht zu werden (vgl. Smith et al. 2021, S. 13). Somit stehen Bestrebungen der Standardisierung dem Anspruch der Individualisierung von pflegerischer Versorgung entgegen.

Wie zeigt sich dieses Dilemma konkret? Kelle (2004) beschreibt, dass pflegewissenschaftliche Handlungsprobleme auf der gesellschaftlichen Mikroebene individuellen Handelns in sozialen Nahbeziehungen in den „Handlungen und Interaktionen individueller sozialer Akteure“ (Kelle 2004, S. 53) nachvollziehbar sind. In der konkreten Pflegesituation sind sie Teil des sozialen Handelns als allgemeinem Strukturierungsprinzip (vgl. Kelle 2004, S. 53). In der Definition von Max Weber ist „soziales Handeln“ dadurch geprägt, dass es als „seinem von dem oder den Handelnden gemeinten Sinn nach auf das Verhalten anderer bezogen wird und daran in seinem Ablauf orientiert ist“ (Weber 2015, S. 5). „Handeln“ definiert Weber als „menschliches Verhalten (einerlei ob äußeres oder innerliches Tun, Unterlassen oder Dulden), wenn und insofern als der oder die Handelnden mit ihm einen subjektiven Sinn verbinden“ (Weber 2015, S. 5). Dabei bilden Normen und Regeln ein Fundament sozialen Handelns und sind damit „Teil von Prozess und Praxis der Herstellung sozialer Wirklichkeit“ (Nover 2015, S. 301). Normen und soziales Handeln stehen hier in reziproker Beziehung, da Normen in der Interaktion das soziale Handeln prägen und soziales Handeln normativ wirkt (vgl. Nover 2015, S. 301). In der konkreten Pflegesituation wirken also Normen und Regeln, die von z.B. Sozialversicherungsträgern und Organisationen gesetzt werden und deren Umsetzung eingefordert wird, ebenso wie die Normen und Regeln des sozialen Handelns in Form von akzeptierten Handlungsweisen und Vorstellungen ethisch angemessenen Verhaltens. Die hieraus erwachsenden Herausforderungen aufgrund widersprüchlicher Anforderungen lassen sich vielfältig und beständig in der Literatur nachvollziehen (vgl. z.B. Monteverde 2019, vgl. Riedel 2013, S. 1; vgl. Fölsch 2008, S. 95; vgl. Wester-Ebbinghaus 1972, S. 211).

Trotz der großen Wissenstatbestände bezüglich einzelner Faktoren wie pflegerischen Maßnahmen, Regeln und Normen oder möglicher ethischer Dilemmata, die in Pflegesituationen wirken, ist vergleichsweise wenig darüber bekannt, was die „Pflegesituation an sich“ konstituiert und damit eine Vielzahl an Pflegesituationen unterscheidbar macht. Dies stellt auch Bartholomeyczik (2020) fest, wenn sie schreibt:

„Wenig dagegen ist bekannt, was tatsächlich passiert gerade in der Mikrowelt zwischen Pflegenden und Patientin. Es gibt eine Reihe wichtiger Forschungsprojekte, die sich mit den Ergebnissen pflegerischer Beziehungen und Maßnahmen befassen, dabei aber mehr den Patienten betrachten, und nicht die Gegenseitigkeit von Pflegenden und Patientin.“ (Bartholomeyczik 2020, S. 20).

Ebenso gibt es wenige empirische Befunde dazu, wie Pflegefachpersonen und Patient:innen die pflegerische Beziehung in der Pflegesituation erleben (vgl. Berg et al. 2007, S. 500; vgl. Elsbernd 2001, S. 253). Elsbernd formulierte 2001 das Forschungsdesiderat nach theoretischer Fundierung in Form eines Situationskonzepts, um „zentrale, d.h. bedeutsame Themen aus der Sicht von Patienten/Bewohnern und Pflegenden zu explorieren.“ (Elsbernd 2001, S. 257). Diesem Desiderat soll in der vorliegenden Arbeit teilweise nachgegangen werden vor folgendem Hintergrund: Im Rahmen der Entwicklung von Abbildungssätzen zum mobilitätsassoziierten Pflegebedarf und zur Körperhaltung bei der oralen Nahrungsaufnahme sind bereits Versuche unternommen, Pflegerisches Handeln facetzentheoretisch fundiert in inhaltlichen Hypothesen zu beschreiben (vgl. Mertes-Büschel 2020). Gleichwohl zeigte sich bei der diskursiven Entwicklung dieser Abbildungssätze, dass die Vorhersagbarkeit pflegerischen Handelns jeweils in Bezug auf ihre Ausrichtung nicht allein vom Zustand des:r Patient:in und der Kongruenz zwischen Pflegefachperson und Patient:in abhängt, sondern dass es weitere Einflussfaktoren geben muss, die wirken. Diese Einflussfaktoren wirken dabei nicht isoliert, sondern sind fest in der jeweiligen Situation verortet.

Um das vorliegende Verständnis in Bezug auf Pflegesituationen darzulegen, sollen zunächst fünf Eigenschaften von Pflege dargelegt werden:

1) Pflege ist Handeln und nicht nur Tätigkeit.

Sie findet als Form des sozialen Handelns immer in einem Sinnzusammenhang statt und ist nicht sinnvoll in ihre Einzelbestandteile zerlegbar (vgl. Weber 2015, S. 5; vgl. Bentz 2021, S. 8). Zum einen kann dies daran nachvollzogen werden, dass die Dauer einer pflegerischen Leistung nicht aus den Inhalten der Bestandteile der Einzelleistungen heraus erklärt werden kann, sondern in ihrem Sinnzusammenhang betrachtet werden sollte (vgl. Tuschy 2019, S. 251). Es zeigt sich auch darin, dass die Entscheidung zu einer pflegerischen Handlung sowie deren Begründung von einem hohen Maß an Gleichzeitigkeit geprägt sind (vgl. Weidner 2011, S. 49; vgl. Oevermann 1981,

S. 27). Der Begriff des „Handelns“ ist bereits vielfältig konzeptualisiert und es haben sich insbesondere drei Arten von Handlungsmodellen herauskristallisiert: Modelle, die

- a) den normativen Charakter einer Handlung in den Fokus nehmen,
- b) das zu erwartende Ergebnis des Handelns beleuchten
- c) die Art der Ausführung der Handlung beschreiben.

Zudem sind Modelle entwickelt, welche die drei benannten Schwerpunkte von Handlungsmodellen/-theorien zusammenführen, z.B. das integrierte Handlungsmodell von Rost und Martens oder das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns von Schwarzer (1994) (vgl. Martens 2012, S. 210). Nach dem integrierten Handlungsmodell gehen einer Handlung immer die Bildung von Motivation (Motivierungsphase), die Bildung von Intention (Intentionsphase) und die Volitionsphase voraus. Dabei findet in der Motivierungsphase eine Verantwortungsübernahme für eine negative Bilanz des Soll-Ist-Vergleichs statt. In der Intentionsphase ist das Selbstwirksamkeitserleben zentral und in der Volitionsphase wird die Zielverfolgung derart gestaltet, dass sie mit dem Selbst der (bald) handelnden Person kongruent ist (vgl. Martens 2012, S. 211).

Handeln kann gemäß Parsons auf „elementarer Ebene in den Begriffen von *Handlungsorientierungen*, die einem *Aktor* in einer *Handlungssituation* zugeschrieben werden, analysiert werden“ (Habermas 1981, S. 32). Im Sinne eines teleologischen Handlungsmodells wird Handeln so verstanden, dass eine Person in einer Situation Zwecke setzt, für deren Realisierung Mittel wählt, die geeignet erscheinen und diese anwendet (vgl. Habermas 1981, S. 31). Dies geschieht dabei in einem Kontext, der von „doppelter Kontingenz“ im Handeln von „ego“ und „alter“ gekennzeichnet ist (vgl. Parsons et al. 1951, S. 16; vgl. Habermas 1981, S. 33). Es gibt demnach immer neben der gewählten Handlungsmöglichkeit andere, die zu einem alternativen Gefüge in der Beziehung und einem anderen Ablauf einer Situation führen können (vgl. Bonß et al. 2020, S. 82). Parsons Begriff des Handelns zeigt sich im Rahmen der Forschungsfrage (siehe Kapitel 2) als tragfähig, da er durch den Verweis auf die doppelte Kontingenz die Reziprozität zwischen alter und ego sowie die Existenz alternativer Möglichkeiten aufzeigt und in konkreten Situationen sichtbar wird (vgl. Habermas 1981, S. 40 bis 44, vgl. Parsons 1976, S. 121). Zudem ist davon auszugehen, dass lebensweltliche Zusammenhänge, wie sie in Pflegesituationen zu finden sind, „nur mit Hilfe der Handlungstheorie angemessen erfasst werden können“ (Bohnen 1984, S. 194). Die Nutzung des Handlungsbegriffs nach Parsons geschieht unter Ergänzung und Erweiterung

zung des Aspekts des kommunikativen Handelns als Merkmal „handlungs-koordinierender Verständigungsprozesse“ (Habermas 1981, S. 34; vgl. Bohnen 1984, S. 194). Der Begriff des „kommunikativen Handelns“, wie er insbesondere von Habermas geprägt ist, fokussiert, dass die Abstimmung der Akteure in der Situation die „kommunikative Vernetzung und Stabilisierung von Handlungssystemen“ ermöglicht (Habermas 1981, S. 35). In diesen kommen zudem Prägungen der Kultur, institutionelle Ordnungen und auch Merkmale und Kompetenzen der Persönlichkeit der Akteur:innen zum Tragen (vgl. Habermas 1981, S. 35). Im kommunikativen Handlungsakt reproduzieren und erneuern sich die Regeln, die basierend auf z.B. Kultur, Gesetzen, Traditionen und auch den Eigenschaften der handelnden Personen vorhanden sind, indem sie durch die Akteure verhandelt und dadurch Übereinkommen hergestellt werden (vgl. Bohnen 1984, S. 195). Damit geht die Tragweite des kommunikativen Handelns über die des sozialen Handelns hinaus – es basiert nicht nur auf sozialen Normen und Regeln, sondern die Kommunikation ist „der entscheidende Mechanismus der sozialen Handlungskoordination in lebensweltlichen Zusammenhängen“ (Bohnen 1984, S. 35). Habermas fokussiert bei seiner Konzeption des „kommunikativen Handelns“ insbesondere auf den Sprechakt, die sprachliche Kommunikation. Im Rahmen dieser Arbeit soll basierend auf der breiten Datengrundlage, die zu nicht- und vor-sprachlicher Kommunikation im Rahmen der pflegewissenschaftlichen Betrachtung vorliegt, der Begriff des kommunikativen Handelns im Sinne Scherers (1978) erweitert werden, dieser wird anhand der nächsten Aussage erläutert.

2) **Pflegerisches Handeln findet in Interaktion statt.**

Die Interaktion wird maßgeblich durch die beteiligten Personen geprägt. Im engsten Sinne sind diese bei einer pflegerischen Interaktion die anwesenden Personen, i.d.R. die zu pflegende Person und die pflegende Person (vgl. Dunkel et al. 2004, S. 13). Es wird dabei nicht ausschließlich eine Dienstleistung an der zu pflegenden Person durchgeführt, daher greift der klassische Dienstleistungsbegriff mit der Beschreibung eines externen Faktors zu kurz (vgl. bpb 2016; vgl. Anderson et al. 2004, S. 44). Vielmehr wird in einer Interaktion deutlich, dass alle anwesenden Personen Einfluss auf den Verlauf der Situation nehmen und diese Einflüsse durch sie selbst und durch außenliegende Einflussfaktoren geprägt werden. Gross und Badura prägten hier den Begriff der Ko-Produktion (vgl. Badura et al. 1976 in Dunkel et al. 2004, S. 14). In pflegerischen Situationen kommt hierbei insbesondere zum Tragen, dass

Personen sich unter gleichartigen Bedingungen nicht immer in derselben Weise verhalten. Hierdurch wird die Vorhersagbarkeit des Ablaufs u.U. stark eingeschränkt.

Die Herstellung des Übereinkommens über den Ablauf der Pflegesituation oder das Scheitern des Übereinkommens beruhen auf Kommunikation – dabei scheint zentral, dass sie stattfindet, das Kennzeichen der Sprachlichkeit scheint nicht vorrangig (vgl. z.B. Happe 2003, Schröck 2003, Fleischer et al. 2008, Tausch et al. 2011).

Die Nutzung des Begriffes der „interaktionalen Kommunikation“ wie er von Scherer (1978) geprägt ist, zeigt dies auf. Demnach bedeutet interaktionale Kommunikation, dass

- „(1) ko-orientierte und
 - (2) wechselseitig kontingent interagierende Akteure
 - (3) im Rahmen zielgerichteter Verhaltenssequenzen
 - (4) Informationen durch
 - (5) Zeichenkomplexe in verschiedenen Kanälen übertragen“
- (Schlegel et al. 2017, S. 264).

Diese Definition scheint für die vorliegende Arbeit besonders passend, da sie zum einen den direkten Bezug und die inhaltliche Unauflöslichkeit von Kommunikation und Interaktion in der Pflegehandlung von Angesicht zu Angesicht bereits in der Bezeichnung trägt. Gleichzeitig zeigt sie die Reziprozität der Handlungen der Kommunikationspartner:innen durch die Faktoren der Ko-Orientierung und der wechselseitigen Kontingenz auf. Ko-Orientierung bedeutet in diesem Zusammenhang die gegenseitige Aufmerksamkeit auf Basis mindestens eines Sinnes (Sehen, Hören, Riechen, Tasten, Schmecken). Unter wechselseitiger Kontingenz wird deutlich, dass die Reaktion des:r einen Akteur:in von der vorausgegangenen Reaktion des:r anderen Akteur:in in Abstimmung mit dem eigenen Verhaltensplan abhängig ist. Innerhalb der Kommunikation sind die Verhaltenspläne der Akteur:innen zeitweise miteinander verschränkt und an den jeweiligen Kommunikationszielen der Einzelpersonen ausgerichtet. Der Inhalt der Kommunikationsziele steht in hoher Abhängigkeit zum jeweiligen Situationskontext und der Beziehung der Akteur:innen zueinander (vgl. Schlegel et al. 2017, S. 264). Die Zielgerichtetheit der Verhaltenssequenzen zeigt deutlich auf, dass im Rahmen einer Pflegesituation zumeist ein (wenn auch in unterschiedlicher Form und von unterschiedlichen Akteur:innen explizit oder implizit formulierter) Arbeitsauftrag vorhanden ist und Kommunikation im Rahmen der Zeichenkomplexe sowohl verbal als auch nonverbal stattfinden kann. Merleau-Ponty