Intuition als Bestandteil pflegerischen Handelns in der ambulanten Pflege – Entstehungskontexte und Merkmale intuitiven Handelns

Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

durch den

Promotionsausschuss Dr. phil.

der Universität Bremen

vorgelegt von

Änne-Dörte Jahncke-Latteck

Hamburg, 5. November 2009

Erste Gutachterin:	Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck; Professur für Pflegewissenschaft Universität Bremen Fachbereich 11 Human- und Gesundheitswissenschaften
Zweite Gutachterin:	Prof. Petra Weber; Professur für Pflegewissenschaft Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg Fakultät Wirtschaft und Soziales Department Pflege und Management

Das Promotionskolloquium fand am 01.03.2010 statt.

Hinweis
Diese Veröffentlichung lag dem Promotionsausschuss Dr. phil. der Universität Bremen als Dissertation vor.

Abstract

Die Forschungsarbeit untersucht die Entstehungskontexte, Bestandteile und Merkmale intuitiven Pflegehandelns in der ambulanten Pflege.

Im theoretischen Teil der Arbeit werden die grundlegenden Inhalte pflegerischen Handelns innerhalb der Pflegewissenschaft und im Versorgungssegment der ambulanten Pflege dargelegt. Daran anschließend erfolgt eine Deskription des Forschungsgegenstandes Intuition. Dafür werden die theoretischen und forschungsgestützten Wissensbestände zum Intuitionsphänomen aus den wesentlichen Bezugsdisziplinen der Pflegewissenschaft und der pflegerischen Disziplin aufgenommen.

Die empirische Untersuchung zur Erfassung des Intuitionsphänomens in der ambulanten Pflege basiert auf den Grundlagen der qualitativen Sozialforschung. Die wissenschaftstheoretische Basis ist der Symbolische Interaktionismus. Zur Entdeckung einer empirisch begründeten Theorie wurde die Grounded Theory-Methodologie umgesetzt. Die Methoden der Datenerhebung bildeten eine Triangulation aus teilnehmender Beobachtung mit Videodokumentation und leitfadengestütztem Interview mit Videoanalyse.

Als Ergebnis wurden zwei pflegerische Handlungsmodi als Bestandteile eines Handlungsmodells im Sinne einer Folie intuitiven Handelns identifiziert. Das Handlungsmodell beinhaltet einen gedanklichen, fallgebundenen Entwurf der Pflegenden für ihre Handlungen bei den Pflegebedürftigen. Es ist Abbild der Handlungsnormalität und funktioniert als Orientierungsrahmen für die Pflegehandlungen. Intuition als situationsgebundener Handlungsauslöser führt zum einen zu routinierten Handlungen, die dem Modell entsprechen und zu dessen Festigung beitragen. Zum anderen löst Intuition Handlungen aus, die vom Modell der Pflegenden abweichen und zu dessen Erweiterung beitragen. Die intuitiven Handlungen präsentieren sich in Form von manuellen (z.B. als Routine), sprachlichen (z.B. als Kodierung) und verkörperlichten Handlungen (z.B. als Körperberührung).

Intuition in der ambulanten Pflege stellt ein individualisiertes, situationsgebundenes, am beruflichen Alltag orientiertes Handlungswissen dar, das insbesondere auf Erfahrungswissen und Wahrnehmungsfähigkeiten basiert. Die intuitiven Handlungen können als Kompetenz von Pflegenden zur Gestaltung des komplexen beruflichen Alltags verstanden werden. Intuition – als Kompetenz verstanden – bedeutet auch, dass Pflegende Situationen schnell und adäquat erfassen, problematische Situationen lösen oder Vorausahnen sowie Verstehen und Zusammenarbeit mit den Pflegebedürftigen herstellen. Dabei zeigen die Ergebnisse auch fehlleitende Intuitionen auf.

Intuitives Handeln in der ambulanten Pflege ist keine isolierte Einzelleistung der Pflegenden, sondern Bestandteil interaktiv-dialogischer Handlungskonstruktion, die die Bedeutungswelten und Lebensgewohnheiten der Pflegebedürftigen integriert.

Die Ergebnisse verstehen sich als ein pflegewissenschaftlicher Beitrag, um den Wissensbestand intuitiven Praxiswissens einer Reflektion und Diskussion zuzuführen und konzeptionell weiter zu entwickeln. Die Ergebnisse können zu einer wissenschaftlich fundierten Handlungsorientierung in der Praxis und zur professionellen Selbststeuerung innerhalb der Disziplin beitragen.

Key words: Intuition, intuitives Handeln, unbewusstes Handeln, ambulante Pflege, Grounded Theory-Methodologie, Handlungsmodell, Routine, sprachliche Kodierungen, Ahnungen, Interview, teilnehmende Beobachtung, Videodokumentation

Intuition as a component of nursing action in outpatient care – Originating contexts and features of intuitive action

Abstract

The research work examines the originating contexts, components and features of intuitive nursing action in outpatient care.

In the theoretical section of the work, the basic content of nursing action within the realm of nursing science and in the care sector of outpatient care is set out. Following on from this, there follows a description of the research subject, intuition. Here, the theoretical and research-based existing knowledge on the phenomenon of intuition is incorporated from the key reference disciplines of nursing science and the discipline of nursing.

The empirical examination aimed at recording the phenomenon of intuition in outpatient care rests on the foundations of qualitative social research. The epistemological basis is symbolic interactionism. In order to uncover an empirically-founded theory, the grounded-theory methodology was used. The methods of data gathering formed a triangulation of participatory observation with video documentation, and guided interviews with video analysis. As a result, two modes of nursing action were identified as components of an action model, in the form of a slide presentation of intuitive action. The action model comprises a conceptual, case-related design by caregivers for their actions in relation to care recipients. It reflects the normality of action, and functions as an orientation framework for nursing actions. Intuition as a situation-linked trigger for action leads on the one hand to routine actions which correspond to the model and contribute towards its consolidation. On the other hand, intuition triggers actions which deviate from the model of the caregiver and contribute to its expansion. The intuitive actions are presented in the form of manual (e.g. as routine), linguistic (e.g. as coding) and materialized actions (e.g. physical touching).

Intuition in outpatient care constitutes individualized, situation-linked knowledge of action oriented towards everyday professional work, which is based in particular on empirical knowledge and cognitive abilities. The intuitive actions may be understood as a skill of caregivers for the purpose of structuring their complex everyday professional work. Intuition – understood as a skill – also means that caregivers grasp situations rapidly

and sufficiently, solve or anticipate problematic situations, and generate understanding and cooperation with care recipients. Here, the results also reveal misdirecting intuition.

Intuitive action in outpatient care is not an isolated single performance by a caregiver, but a component of an interactive-dialogical action mechanism, which integrates the worlds of meaning and lifestyle habits of the care recipients.

The results are to be understood as a contribution to nursing science aimed at adding reflection and discussion to the body of knowledge relating to intuitive knowledge of practice and to develop it further in conceptual terms. The results may contribute to a scientifically-grounded action orientation in practice, and professional self-monitoring within the discipline.

Key words: Intuition, intuitive action, unconscious action, outpatient care, grounded-theory methodology, action model, routine, linguistic coding, anticipation, interview, participatory observation, video documentation

Inhaltsverzeichnis

Einleitung **9**

1 Pflegerisches Handeln als Gegenstand der Handlungswissenschaft und die Handlungslogik in der ambulanten Pflege **15**

1.1 Pflegewissenschaft als Handlungswissenschaft, Aspekte pflegerischen Handelns und der Handlungsbegriff der vorliegenden Arbeit 15

1.1.1 Pflegewissenschaft als Handlungswissenschaft 16

1.1.2 Aspekte pflegerischen Handelns 17

1.1.3 Der Handlungsbegriff der vorliegenden Arbeit 19

1.2 Bedeutungen, Rahmenbedingungen und Merkmale der ambulanten Pflege 21

1.2.1 Gesellschaftliche Bedeutung und Finanzierung der ambulanten Pflege 21

1.2.2 Wirkung und kritische Würdigung des Pflegeversicherungsgesetzes 23

1.2.3 Merkmale von Pflegebedürftigen in der ambulanten Pflege 27

1.2.4 Merkmale professioneller Dienstleister ambulanter Pflege 28

1.2.5 Implikationen für das Gelingen ambulanter Pflegearrangements . 31

1.3 Zusammenfassung 34

2 Deskription des Phänomens Intuition – eine theoretische Untersuchung des Intuitionsbegriffes **39**

2.1 Intuition in der Philosophie 40

2.1.1 Die Entwicklung des Intuitionsbegriffes vom Hellenismus bis zur Neuzeit 40

2.1.2 Der Intuitionsbegriff bei Bergson und Husserl 44

2.1.3 Kritische Positionen zum Intuitionsbegriff 46

2.1.4 Zusammenfassung und Relevanz für das Forschungsvorhaben . . . 48

2.2 Intuition in der Psychologie 50

2.2.1 Verstehende Psychologie 50

2.2.2 Intuition im psychoanalytischen und -therapeutischen Prozess . . 51

2.2.3 Intuition als Teil menschlicher Grundfunktion 53

2.2.4 Experimentalpsychologische Untersuchungsergebnisse zum Forschungsgegenstand 54

2.2.5 Intuition im schöpferischen Prozess 55

2.2.6 Intuition als informationsverarbeitender Prozess 58

2.2.7 Intuition in der Gestaltpsychologie . . . 59
2.2.8 Zusammenfassung und Relevanz für das Forschungsvorhaben . . . 60
2.3 Der Forschungsgegenstand in der Humanmedizin . . . 61
2.3.1 Intuition als Element ärztlicher Kunst im Gegensatz zur Wissenschaft . . . 62
2.3.2 Evidenz-basierte Medizin versus Intuition? . . . 64
2.3.3 Erscheinungsformen, Aufgaben, Bedingungen und Voraussetzung von Intuition im klinischen Alltag . . . 67
2.3.4 Prozess der ärztlichen Entscheidungsfindung und Problemlösung . 69
2.3.5 Grenzen ärztlicher Intuition . . . 71
2.3.6 Zusammenfassung und Relevanz für das Forschungsvorhaben . . . 72
2.4 Erkenntnisse der kognitiven Neurowissenschaften zur Intuition . . . 74
2.4.1 Hemisphärentheorie . . . 75
2.4.2 Die Hypothese der somatischen Marker . . . 77
2.4.3 Fraktale Affektlogik . . . 78
2.4.4 Zusammenfassung und Relevanz für das Forschungsvorhaben . . . 80
2.5 Der Intuitionsbegriff in der Pädagogik . . . 81
2.5.1 Die Rolle von Intuition in der pädagogischen Professionalisierungsdebatte . . . 81
2.5.2 Intuition als implizites Wissen in der Berufspädagogik . . . 83
2.5.3 Intuition als Merkmal von Expertenkompetenz . . . 86
2.5.4 Auftreten und Entwicklung von Intuition bei Lehrenden und Lernenden . . . 88
2.5.5 Zusammenfassung und Relevanz für das Forschungsvorhaben . . . 91
2.6 Intuition in der Linguistik . . . 93
2.7 Zusammenfassung zur theoretischen Untersuchung des Intuitionsbegriffes 95

3 Der Forschungsgegenstand in der Disziplin Pflege 97
3.1 Intuition als pflegerische Kompetenz . . . 97
3.1.1 Intuition als Charakteristikum der Kompetenz von Pflegeexperten 98
3.1.1.1 Pflegerische Intuition auf der Basis des Kompetenzmodells von Dreyfus und Dreyfus . . . 98
3.1.1.2 Intuitives, klinisches Urteilsvermögen von Pflegeexperten 103
3.1.1.3 Das Kompetenzmodell als Interpretationsrahmen für Intuition . . . 105
3.1.1.4 Die pflegewissenschaftliche Diskussion zur intuitiven Kompetenz von Experten . . . 106
3.1.2 Intuition als kreative Kompetenz . . . 111
3.1.3 Das Verhältnis von Intuition zur Kompetenz des impliziten Wissens . . . 113
3.1.4 Förderung von Intuition als Kompetenz . . . 115
3.2 Charakteristische Merkmale von Intuition . . . 117

3.2.1 Intuition als Empfindung . . . 118
3.2.2 Intuition als rationaler und irrationaler Vorgang . . . 119
3.2.3 Die Komplementarität unbewusster und bewusster Intuitionsprozesse . . . 120
3.3 Intuition im Rahmen von Professionalisierungsbestrebungen . . . 121
3.3.1 Professionelles Pflegehandeln oder Intuition? . . . 121
3.3.2 Methoden und Möglichkeiten der Ergänzung oder Korrektur von Intuition . . . 123
3.4 Zusammenfassung . . . 127
3.5 Konklusionen für das Forschungsdesign . . . 129

4 Erkenntnisinteresse und Forschungsziel 133
4.1 Erkenntnisinteresse . . . 133
4.2 Forschungsziel und Untersuchungsgegenstand . . . 138

5 Grundlagen der empirischen Untersuchung: die Grounded Theory-Methodologie und das Vorgehen zur Datenerhebung und -auswertung 141
5.1 Qualitative Sozialforschung . . . 141
5.2 Die Grounded Theory-Methodologie . . . 143
5.2.1 Datenerhebung . . . 145
5.2.2 Datenanalyse und Theoriebildung . . . 146
5.3 Die Datenerhebung unter Anwendung der Grounded Theory-Methodologie 147
5.3.1 Theoretisches Wissen . . . 148
5.3.2 Methodisches Vorgehen: Triangulation aus Beobachtung, Videodokumentation und Interview . . . 148
5.3.2.1 Teilnehmende Beobachtung . . . 150
5.3.2.2 Videodokumentation . . . 151
5.3.2.3 Leitfadenorientiertes Interview . . . 153
5.3.3 Umsetzung des theoretical sampling . . . 157
5.3.4 Forschungsethik . . . 160
5.3.5 Die Identifikation von Intuition . . . 161
5.3.6 Transkriptionen der Videosequenzen und Interviews . . . 164
5.4 Die Datenauswertung unter Anwendung der Grounded Theory-Methodologie . . . 166
5.4.1 Offenes Kodieren . . . 167
5.4.2 Axiales Kodieren . . . 168
5.4.3 Selektives Kodieren . . . 169
5.5 Gütekriterien . . . 170
5.6 Zusammenfassung . . . 173

6 Das pflegerische Handlungsmodell als Folie intuitiven Pflegehandelns 175
6.1 Das fallgebundene Handlungsmodell der Pflegenden . . . 175

6.1.1 Charakteristika des Handlungsmodells . . . 176
6.1.2 Bedeutung des Handlungsmodells . . . 182
6.1.3 Handlungsmodell und Intuition . . . 183
6.1.4 Prinzipien als Mittler zwischen Handlungsmodell und -umsetzung 184

7 Modellstabilisierung durch Alltäglichkeit im manuellen Pflegehandeln 187
7.1 Routine als alltägliche Umsetzung des Handlungsmodells . . . 187
7.1.1 Routine ohne Mitarbeit von Pflegebedürftigen . . . 191
7.1.1.1 Kennzeichen des Merkmals: Schweigen und Einsilbigkeit 191
7.1.1.2 Das Erleben der Pflegenden . . . 192
7.1.1.3 Die Bedeutung des Merkmals . . . 193
7.1.1.4 Zusammenfassung . . . 194
7.1.2 Routine als Hand-in-Hand-Arbeiten . . . 195
7.1.2.1 Kennzeichen des Merkmals: fließende Handlungsübergänge, Einvernehmen und Körpersprache . . . 195
7.1.2.2 Das Erleben der Pflegenden . . . 197
7.1.2.3 Zusammenfassung . . . 198
7.1.3 Gespräche während der Routine . . . 198
7.1.3.1 Kennzeichen des Merkmals: Handlungsparallelität, der Fokus der Aufmerksamkeit und Nähe sowie Übereinstimmung der Situationseinschätzung . . . 199
7.1.3.2 Das Erleben der Pflegenden . . . 203
7.1.3.3 Die Bedeutung des Merkmals: der Doppel-Effekt bei Handlungsparallelität . . . 203
7.1.3.4 Zusammenfassung . . . 205
7.1.4 Routine und Gesprächsgestaltung als pflegerische Handlungsparallelität . . . 206
7.1.4.1 Kennzeichen des Merkmals: Routine, Gesprächsgestaltung und Handlungsparallelität . . . 206
7.1.4.2 Das Erleben der Pflegenden . . . 209
7.1.4.3 Die Bedeutung des Merkmals . . . 210
7.1.4.4 Zusammenfassung . . . 210
7.1.5 Strategien zum Umgang mit Erlebnis- oder Problemäußerungen von Pflegebedürftigen auf der Grundlage von Routine . . . 211
7.1.5.1 Kennzeichen des Merkmals: intuitive Strategien als Reaktion auf Äusserungen von Pflegebedürftigen . . . 211
7.1.5.2 Das Erleben der Pflegenden: Intuition als Handlungsgrundlage und die Vermeidung negativen Gefühlserlebens bei Pflegebedürftigen . . . 214
7.1.5.3 Die Bedeutung des Merkmals . . . 216
7.1.5.4 Zusammenfassung . . . 217
7.2 Kodierungen zur alltäglichen Modellumsetzung . . . 218

7.2.1 Handlungsauslösung durch formulierte Kodierungen 221
7.2.1.1 Kennzeichen des Merkmals 221
7.2.1.2 Das Erleben der Pflegenden 222
7.2.1.3 Die Bedeutung des Merkmals 224
7.2.1.4 Zusammenfassung 225
7.2.2 „So“-Einsilbigkeiten zwischen Beendigung und Neubeginn pflegerischer Handlungen 225
7.2.2.1 Kennzeichen des Merkmals: ruhig und leise sowie laut und akzentuiert formulierte „So“-Einsilbigkeiten 225
7.2.2.2 Das Erleben der Pflegenden 226
7.2.2.3 Die Bedeutung des Merkmals ‚Ruhig und leise formulierte „So“-Einsilbigkeiten‘ 227
7.2.2.4 Die Bedeutung des Merkmals ‚Laut und akzentuiert formulierte „So“-Einsilbigkeiten‘ 228
7.2.2.5 Zusammenfassung 230
7.2.3 Integration von Abweichungen in das Handlungsmodell durch „So“-Einsilbigkeiten als Satzeinleitung 231
7.2.3.1 Kennzeichen des Merkmals: die Abweichung vom Handlungsmodell und die Rückkehr zum Selbigen 231
7.2.3.2 Das Erleben der Pflegenden 234
7.2.3.3 Die Bedeutung des Merkmals 235
7.2.3.4 Zusammenfassung 236
7.3 Körperberührungen, -bewegungen und Gesten als Ausdruck alltäglicher Umsetzung des Handlungsmodells 236
7.3.1 Körperberührungen auf der Grundlage und als Ausdruck körperlicher und zwischenmenschlicher Nähe 239
7.3.1.1 Kennzeichen des Merkmals 240
7.3.1.2 Das Erleben der Pflegenden 241
7.3.1.3 Die Bedeutung des Merkmals: Vermittlung von Nähe . . 242
7.3.1.4 Zusammenfassung 243
7.3.2 Gesten als Bestandteil von Routine und Ausdruck von Individualität 243
7.3.2.1 Kennzeichen des Merkmals 243
7.3.2.2 Das Erleben der Pflegenden 244
7.3.2.3 Die Bedeutung des Merkmals: Abwendung gesundheitlicher Schäden als Anspruch an die eigene Arbeit und der Ausdruck von Fürsorge 245
7.3.2.4 Zusammenfassung 246
7.3.3 Körperberührungen zur Vermittlung emotionaler Nähe und zur Umsetzung des Handlungsmodells 246
7.3.3.1 Kennzeichen des Merkmals 246
7.3.3.2 Das Erleben der Pflegenden 248

7.3.3.3 Die Bedeutung des Merkmals: Vermittlung von Nähe und Umsetzung des Handlungsmodells . . . 249
7.3.3.4 Zusammenfassung . . . 251
7.3.4 Eingriffe in die Handlungsfreiheit der Pflegebedürftigen im Rahmen von Routine . . . 251
7.3.4.1 Kennzeichen des Merkmals . . . 252
7.3.4.2 Das Erleben der Pflegenden . . . 254
7.3.4.3 Die Bedeutung des Merkmals: Aufrechterhaltung des Handlungsmodells . . . 257
7.3.4.4 Zusammenfassung . . . 259
7.4 Zusammenfassung: Modellstabilisierung durch Alltäglichkeit im manuellen Pflegehandeln . . . 259

8 Flexibilität bei der Modellumsetzung durch intuitives Pflegehandeln 261
8.1 Körperberührungen, -haltungen und Gesten als Ausdruck von Modellunterbrechungen . . . 264
8.1.1 Körperberührungen als Ausdruck einer Modellunterbrechung . . . 264
8.1.1.1 Kennzeichen des Merkmals: Körperberührung als pflegerische Intervention . . . 265
8.1.1.2 Das Erleben der Pflegenden . . . 269
8.1.1.3 Die Bedeutung des Merkmals: Vermittlung von Anteilnahme, Nähe und Dasein . . . 270
8.1.1.4 Zusammenfassung . . . 272
8.1.2 Eine zugewandte Körperhaltung zu Gunsten eines lebendigen Dialogs . . . 272
8.1.2.1 Kennzeichen des Merkmals . . . 273
8.1.2.2 Das Erleben der Pflegenden . . . 274
8.1.2.3 Die Bedeutung des Merkmals . . . 275
8.1.2.4 Zusammenfassung . . . 276
8.1.3 Gesten als Auslöser für Handlungsabbrüche und Modellabweichungen . . . 277
8.1.3.1 Kennzeichen des Merkmals: zum Handlungsabbruch führende Spontaneität . . . 277
8.1.3.2 Das Erleben der Pflegenden: Spontaneität als ‚angebahntes', unbewusstes Handeln . . . 278
8.1.3.3 Die Bedeutung des Merkmals . . . 278
8.1.3.4 Zusammenfassung . . . 279
8.2 Manuelle und sprachliche Handlungen als Ausdruck von Modellunterbrechungen . . . 280
8.2.1 Erkenntnis und Handlungsauslösung in Form von Ahnungen . . . 280
8.2.1.1 Kennzeichen des Merkmals . . . 280

8.2.1.2 Das Erleben der Pflegenden: Intuition als Ahnung und Handlungssteuerung . . . 281
8.2.1.3 Die Bedeutung des Merkmals . . . 282
8.2.1.4 Zusammenfassung . . . 283
8.2.2 Handlungsauslösung durch Situationspartizipation . . . 283
8.2.2.1 Kennzeichen des Merkmals . . . 284
8.2.2.2 Das Erleben der Pflegenden: Intuition als situationspartizipative Erkenntnis, Entscheidung und Handlungsauslösung . . . 284
8.2.2.3 Die Bedeutung des Merkmals . . . 285
8.2.2.4 Zusammenfassung . . . 287
8.2.3 Handlungsänderung als Reaktion auf spezifische Verhaltensmuster 287
8.2.3.1 Kennzeichen des Merkmals: Verdichtung von Impulsen und spezifische Verhaltensweisen von Pflegebedürftigen . 287
8.2.3.2 Das Erleben der Pflegenden . . . 289
8.2.3.3 Die Bedeutung des Merkmals . . . 290
8.2.3.4 Zusammenfassung . . . 292
8.3 Zusammenfassung: Flexibilität bei der Modellumsetzung durch intuitives Pflegehandeln . . . 292
8.4 Zusammenfassung intuitives Pflegehandeln . . . 293

9 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse 295
9.1 Zusammenfassung der Ergebnisse . . . 295
9.2 Intuition in der ambulanten Pflege . . . 298
9.3 Beitrag der Ergebnisse für die Disziplin Pflege . . . 300

Zusammenfassung und Schlussbemerkung 305

Anmerkungen Kapitel 7 309

Anmerkungen Kapitel 8 349

A Einwilligungserklärung 381

B Interviewleitfaden 383

C 1. Teil des Interviewleitfadens mit Erkenntnisinteresse und theoretischem Vorwissen 387

D 2. Teil des Interviewleitfadens mit Erkenntnisinteresse 393

E Sample der Interviewpartner 397

F Sample zum Profil der Pflegebedürftigen und den pflegerischen Handlungen **399**

Literaturverzeichnis **401**

Einleitung

> Interviewaussage von Pflegefachkraft I:
>
> „Ich denke, ich arbeite mit Intuition, obwohl rein bewusst ich das eigentlich ablehne. Ich denke, es sollte schon klar sein, überprüfbar sein. Intuition hat ja oft auch was mit den eigenen Gefühlen zu tun. Ich versuche, mich da möglichst nicht zu sehr von meinen Gefühlen beeinflussen zu lassen."

> Interviewaussage von Pflegefachkraft II:
>
> „Ich hatte mir vorgenommen, als ich wusste, dass Sie filmen, dass ich ganz viele Dinge ganz bewusst tun wollte, wie sie angeblich so gut und richtig sind. Aber ich habe festgestellt, dass ich einfach viele Dinge mache, wie ich sie jeden Tag mache."

Zwei Aussagen von Pflegefachkräften aus dem Handlungsfeld der ambulanten Pflege sollen stellvertretend für ihre Kollegen eine weit verbreitete Haltung zum Thema Intuition aufzeigen. In beiden Aussagen ist eine distanzierte Einstellung der Pflegenden gegenüber intuitiven Handlungen erkennbar, beide verfolgen primär das Postulat rational gegründeten Handelns. Rationales Handeln gilt als klar und überprüfbar sowie gut und richtig und zugleich als frei von beeinflussenden Gefühlen. Die Äußerungen der Pflegenden zeigen exemplarisch auf, dass durch Intuition geleitetes Pflegehandeln Alltagsrealität ist, die aber nicht gewollt ist. Sie zeigen auch auf, dass Intuition mit Emotionen vergesellschaftet ist und intuitive Handlungen als nachrangig bedeutsam gegenüber rationalen Handlungen bewertet werden.

Die theoretische Analyse des Forschungsgegenstandes Intuition und die empirischen Ergebnisse der Forschungsarbeit belegen, dass intuitives Pflegehandeln einen Bestandteil des pflegerischen Handlungswissens darstellt. Berufliches Pflegehandeln beruht nicht in Gänze auf wissenschaftlich begründeten und rational begründbaren Entscheidungen. Insbesondere in jungen Wissenschaftsdisziplinen, zu denen die Pflege gehört, ist die Notwendigkeit einer rationalen Legitimation praktischen Handelns stark ausgeprägt. Ein Zuwachs wissenschaftlicher Erkenntnisse, wie er in den letzten Jahren in der Pflegewissenschaft zu verzeichnen ist, führt zu einer überproportionalen Betonung wissenschaftli-

chen Wissens gegenüber anderen Wissensformen. In der Folge kann es innerhalb der Disziplin zu einer ungerechtfertigten Abwendung von praktischem Alltagswissen kommen, deren Bestandteil Intuition ist. Das praktische Alltagshandeln wird an den Rand innerhalb der professionellen Diskussion verbannt, obwohl es fester Bestandteil pflegerischen Handelns und Könnens ist. Davon beeinflusst, schätzen die Pflegenden ihre Intuitionen nicht als Kompetenz zur situationsgebundenen und fallbezogenen Gestaltung beruflicher Alltagssituationen ein.

Die vorliegende Arbeit ist von der Grundüberzeugung getragen, dass intuitives Handeln einen bedeutungsvollen Aspekt zur Gestaltung von Pflege darstellen kann. Die Fähigkeit zu intuitivem Handeln kann eine notwendige Voraussetzung für die Herstellung von Situationen gelungener Pflege sein und so einen bedeutsamen Aspekt bei der Bewältigung des beruflichen Alltages darstellen. Vor diesem Hintergrund folgt das Forschungsinteresse dem Anliegen, Entstehungskontexte, Bestandteile und Merkmale intuitiven Handelns von Pflegenden zu erfassen und zu systematisieren. Insbesondere die Beziehung zwischen intuitivem Handeln und den Situationsbedingungen steht im Mittelpunkt der Betrachtung. Es wird davon ausgegangen, dass die Situationsbedingungen maßgeblich intuitives Handeln auslösen und beeinflussen.

Soweit methodisch erfassbar, werden mit Intuition einhergehende Intentionen, Sinnstrukturen und Kompetenzen expliziert. Mit der empirischen Annährung an das Thema Intuition soll ein Beitrag dazu geleistet werden, intuitives Pflegehandeln einer wissenschaftlichen Reflektionsebene zugänglich zu machen. Das Wissen über Intuition kann wissenschaftlich fundierte Handlungsorientierung für die Praxis schaffen und zur professionellen Selbststeuerung innerhalb der Disziplin beitragen.

Ein wesentliches Anliegen besteht darin, die Voraussetzungen zu schaffen, damit Intuition als Wissen zukünftig in einem komplementären Verhältnis zum wissenschaftsbasierten Wissen im Rahmen professionellen Handelns wahrgenommen werden kann. Die vorliegende Arbeit will einen Beitrag dazu leisten, Intuition die Stigmatisierung des unprofessionellen Handelns mit den Methoden der Wissenschaft zu nehmen. Dabei ist es nicht das vordergründige Ziel, durch Intuition hervorgerufene Handlungen zu bewerten. Zeigen sich aus der Forscherperspektive jedoch Hinweise auf gelungenes oder fehlgeleitetes Handeln, werden diese benannt.

Das Forschungsvorhaben ist im Handlungsfeld der ambulanten Pflege verankert. Dies trägt den gesellschaftlichen Veränderungen und dem strukturellen Wandel der Gesundheitssysteme in den westlichen Ländern Rechnung. Sowohl auf die Pflegeberufe als auch auf die ambulante Pflege wirkt sich die demographische Entwicklung dynamisierend aus. Die Zunahme älterer und pflegebedürftiger Menschen führt zu einem Bedeutungszuwachs der ambulanten Pflege. Sie gilt in Übereinstimmung mit internationalen Trends als ein zunehmend an Bedeutung gewinnender Versorgungsbereich. Das Forschungsthema Intuition ist bislang in diesem Feld nicht ausreichend untersucht. Im Gegensatz dazu besteht ein umfangreicher Wissensfundus zu intuitivem Handeln im Bereich der Intensivpflege,

insbesondere im angloamerikanischen Raum. Jedoch kann dieser Wissensbestand nicht linear auf die ambulante Pflege übertragen werden. Ambulante Pflegearbeit unterliegt spezifischen Dynamiken und Anforderungsprofilen, die sich aus der lebensgeschichtlich gewachsenen Situation, den aktuellen familiären Bedingungen und Konstellationen der zu pflegenden Person und den leistungs- und vertragsrechtlichen Rahmenbedingungen ergeben. Es ist daher von zentralem Interesse, die intuitiven Handlungen in diesen Konstellationen zu erforschen.

Aus den Vorüberlegungen ergibt sich folgender Aufbau für die Forschungsarbeit zum Thema intuitiven Pflegehandelns in der ambulanten Pflege.

Theoretischer Teil

Im Mittelpunkt des ersten Kapitels steht eine Standortbestimmung sowohl der Disziplin Pflege als Handlungswissenschaft als auch des pflegerischen Handelns, insbesondere in der ambulanten Pflege. Die Beziehung zwischen Pflegewissenschaft und dem praktischen Handeln der Pflegenden ist dabei ein Gegenstand der Betrachtung. Pflegewissenschaft hat den Auftrag, das vorhandene praktische Wissen zu beschreiben, zu systematisieren und zu dessen Weiterentwicklung beizutragen. Zur Erfüllung dieses Auftrages möchte die vorliegende Arbeit beitragen.

Einen weiteren Betrachtungsgegenstand bilden die Charakteristika der Pflege wie Interaktion und Körperkontakt. Bereits in der theoretischen Analyse des praktischen Handelns zeigt sich, dass es in Routinen und Gewohnheiten eingebettet ist und nicht in seiner Gesamtheit auf rationalen Entscheidungskriterien basiert.

Anschließend wird das Verständnis von Handlungen dargestellt. Hierbei erfolgt eine Loslösung der Betrachtungsweise von Handlungen als Ergebnis einer abwägenden, rationalen Entscheidung.

Thematisch aufbauend auf die Charakteristika pflegerischen Handelns erfolgt eine Darlegung zur Bedeutung der ambulanten Pflege im Gesundheitswesen. Darüber hinaus werden die Rahmenbedingungen und Charakteristika der beruflichen ambulanten Pflege erörtert. Insbesondere die sozialrechtlichen Regelungen beeinflussen auf normativer und ökonomischer Ebene das pflegerische Handeln. Aufbauend auf der Beschreibung der Merkmale von Pflegebedürftigen in ihrer Häuslichkeit und ihrem familialen Netzwerk werden die Merkmale der professionellen Dienstleister ambulanter Pflege aufgezeigt. Im häuslichen Arrangement folgt die Lebenswelt der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen anderen Rationalitäten als die der Arbeitswelt der beruflich Pflegenden. Die Annäherung beider Rationalitäten setzt voraus, dass sich die beruflich Pflegenden den alltagsbezogenen Normalisierungsbemühungen der Pflegebedürftigen anpassen und eine möglichst passgenaue Unterstützung für die Problemlagen des häuslichen Arrangements erbringen. Das Ergebnis des ersten Kapitels bildet eine Darstellung des theoretischen

Verständnisses von Pflege und insbesondere von Pflegehandeln in der Häuslichkeit der Pflegebedürftigen.

Im zweiten Kapitel wird das nationale und internationale Wissen aus den Bezugsdisziplinen der Pflege zum Intuitionsbegriff dargelegt. Dieses Vorgehen ermöglicht ein Nachzeichnen und Verstehen der charakteristischen Denkfiguren zum Intuitionsphänomen und eine Annäherung an den Intuitionsbegriff. Ebenso ermöglicht es, eine Charakteristik und Verwendung des Forschungsgegenstandes in den Bezugsdisziplinen von Pflege aufzunehmen sowie die relevanten Denkmuster und ihre Implikationen für das Forschungsvorhaben zu prüfen.

Insbesondere Philosophie, Psychologie, Humanmedizin und Pädagogik setzen sich mit dem Intuitionsthema auseinander. Die in den Disziplinen auffindbaren Überlegungen stellen eine erste Annäherung an das Intuitionsphänomen dar.

Im dritten Kapitel stehen die pflegewissenschaftliche Diskussion zum Intuitionsbegriff sowie empirische Ergebnisse zum Thema im Zentrum der Auseinandersetzung. Daraus resultieren Implikationen für das Forschungsvorhaben. Das Kapitel zeigt auf, dass auf die Fragen, in welchen Kontexten intuitives Handeln entsteht, welche Merkmale dieses Handeln aufweist und welchen Themenbereichen sich intuitives Handeln in der ambulanten Pflege zuwendet, bisherige Forschungen fehlen.

Die Eigenschaft von Intuition als etwas Unbewusstes – das sich jedoch im Handeln zeigen kann – erfordert ein Forschungsdesign, in dem die intuitiven Handlungen der Pflegenden sowie die Entstehungskontexte, Bestandteile und Merkmale von Intuition im Zentrum der Betrachtung stehen.

Im vierten Kapitel wird das Erkenntnisinteresse vorgestellt. Es resultiert aus den Grenzen der Wissensbestände innerhalb des konzeptionellen Bezugsrahmens und dem Auftrag von Pflegeforschung und dem persönlichen beruflichen Erleben der Autorin. Das Forschungsziel beinhaltet primär die Erfassung von Entstehungskontexten, Bestandteilen und Merkmalen intuitiven Handelns von beruflich Pflegenden in der ambulanten Pflege. Damit ist intendiert, das Auftreten von Intuition ebenso wie das Erleben und die Bewertungen durch Pflegende und damit die Prägnanz von Intuition in der Alltäglichkeit der ambulanten Pflege zu erforschen. Die Forschung bezieht sich dabei auf die Rekonstruktion von erlebter Intuition und fokussiert die subjektiven Darlegungen von Pflegenden.

Intuition offenbart sich nicht von selbst für den externen Betrachter, sondern kann lediglich in der Rekonstruktion der Wahrnehmung und Entscheidungsfindung oder Handlungsinterpretation durch den pflegerischen Akteur eine dementsprechende Zuschreibung erfahren. Vor diesem Hintergrund wird der Symbolische Interaktionismus als wissenschaftstheoretische Grundlage im Sinne einer metatheoretischen Position der qualitativen Sozialforschung herangezogen.

In Kapitel fünf wird die qualitative Sozialforschung als Grundlage der empirischen Untersuchung vorgestellt. Für das Forschungsvorhaben bildet die Grounded Theory-Methodologie nach Glaser und Strauss zur Entdeckung einer empirisch begründeten Theorie die Methodologie. Sie ist geeignet, die soziale Wirklichkeit der Handelnden empirisch zu untersuchen und bietet den Vorteil eines ausformulierten, systematisierten Vorgehens für alle Stadien im Forschungsprozess.

Intuitives Handeln entsteht unbewusst in der handelnden Pflegekraft, sodass nur sie Hinweise für ihr Handeln und erlebte Intuitionen sowie deren Bedingungsfaktoren und Merkmale liefern kann. Vor diesem Hintergrund wurde zur Generierung einer gegenstandsbezogenen Theorie ein Untersuchungsdesign umgesetzt, das zwei methodische Zugänge realisiert: zum einen die teilnehmende Beobachtung von Pflegenden in der Interaktion mit Pflegebedürftigen mit Videodokumentation und zum anderen das leitfadengestützte Interview zur Videoanalyse mit den beobachteten Pflegenden. Diese methodische Triangulation kann als geeignet gelten, das Verständnis vom Untersuchungsgegenstand substanziell zu erhöhen und die Datenqualität zu verbessern.

Das Kapitel hat weiterhin das theoretische Sampling, die Identifikation von Intuition und die Umsetzung der Schritte der Grounded Theory-Methodologie sowie die Umsetzung forschungsethischer Aspekte zum Inhalt.

Empirischer Teil

Im sechsten Kapitel ist als Ergebnis der Forschungsarbeit das pflegerische Handlungsmodell aufgeführt. Das pflegerische Handlungsmodell stellt einen gedanklichen Entwurf der Pflegenden für die alltäglichen Handlungen bei Pflegebedürftigen dar und basiert auf konkreten fallgebundenen Handlungssituationen. Es wird als gedankliches Abbild verstanden, das sich durch Pflegehandlungen beim Pflegebedürftigen individuell herausbildet und sich als Handlungsnormalität zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen darstellt. Jedoch fehlt ihm die konkrete Situationsbezogenheit im aktuellen Geschehen.

In Kapitel sieben werden Konzepte vorgestellt, die aufzeigen, dass intuitives Pflegehandeln eng mit der Alltäglichkeit und der Routine der Pflegenden verbunden ist. Die intuitiv ausgelösten Handlungen dienen der Umsetzung des fallgebunden Handlungsmodells der Pflegenden oder sind dessen Ausdruck.

In Kapitel acht werden Konzepte vorgestellt, in denen es durch Intuition ausgelöst zu einer situationsbezogenen Unterbrechung der begonnenen Pflegehandlungen und der routinierten Umsetzung des fallgebundenen Handlungsmodells kommt.

Im neunten Kapitel wird der Erkenntnisgewinn der Ergebnisse dargestellt und diskutiert. Im Wesentlichen bildet sich Intuition in der ambulanten Pflege als ein individualisiertes, situationsgebundenes und am beruflichen Alltag orientiertes Handlungswissen ab.

Die empirischen Ergebnisse zeigen, dass mit intuitivem Handeln Intentionen einhergehen, die als professionell gemeinter Handlungssinn verstanden werden können. Mehrere Kompetenzen können mit einer intuitiven Handlung vergesellschaftet sein.

Der Beitrag der Ergebnisse für die Disziplin Pflege wird in einem vertiefenden Verständnis intuitiven Handelns von Pflegenden in der ambulanten Pflege gesehen. Die Ergebnisse können die Grundlage weiterer theoretischer und konzeptioneller Überlegungen bilden. Sie können zu einer wissenschaftlich fundierten Handlungsorientierung in der Praxis und zur professionellen Selbststeuerung innerhalb der Disziplin beitragen.

1 Pflegerisches Handeln als Gegenstand der Handlungswissenschaft und die Handlungslogik in der ambulanten Pflege

Am Beginn der Arbeit steht eine Standortbestimmung sowohl der Disziplin Pflege als Handlungswissenschaft als auch die Beschreibung pflegerischen Handelns, insbesondere im Kontext der ambulanten Pflege im Mittelpunkt. Zum einen wird herausgearbeitet, dass im primären Interesse der Pflegewissenschaft das Pflegehandeln stehen muss. Zum anderen wird anhand der Charakteristika pflegerischen Handelns deutlich, dass der Gesamtbestand praktischen Pflegehandelns nicht auf wissenschaftlich fundiertem Wissen beruht. Anschließend erfolgt eine Bestimmung des für die vorliegende Arbeit gültigen Handlungsbegriffes. Dieser erlangt besondere Relevanz für die Erhebung und Auswertung der Daten, in deren Zentrum die Handlungen der Pflegenden stehen (Kap. 5.3).

Thematisch aufbauend auf die Charakteristika pflegerischen Handelns werden die Bedeutungen, Rahmenbedingungen und Charakteristika der professionellen ambulanten Pflege dargestellt.

Das Ergebnis bildet eine Darlegung des theoretischen Verständnisses von Pflege und insbesondere von Pflegehandeln in der Häuslichkeit der Pflegebedürftigen.

1.1 Pflegewissenschaft als Handlungswissenschaft, Aspekte pflegerischen Handelns und der Handlungsbegriff der vorliegenden Arbeit

Ziel dieses Kapitels ist es, Pflege als Handlungs- oder Praxiswissenschaft zu beschreiben, den Kern pflegerischen Handelns zu skizzieren und den für diese Arbeit gültigen Handlungsbegriff darzulegen.

1.1.1 Pflegewissenschaft als Handlungswissenschaft

Pflege als Wissenschaft ist eine Handlungs- oder Praxiswissenschaft, die sich von theoretischen Wissenschaften und einem naturwissenschaftlichen Verständnis abgrenzt und auf einer praktischen Ebene den technisch-instrumentell geprägten Handlungsbegriff erweitert (Dornheim, van Maanen, Meyer, Remmers, Schöninger, Schwerdt, Wittneben 1999: 74)[1].

Als primäre Aufgabe muss sich Pflegewissenschaft an den Problemen der Pflegepraxis ausrichten, Hilfe für diese anbieten und das Praxiswissen analysieren sowie deuten (Dornheim et al. 1999: 73). Die gesellschaftlichen Notwendigkeiten und die in der Pflegepraxis zu erreichenden Ziele bestimmen, welche Problemfelder wissenschaftlich bearbeitet werden. Die Pflegewissenschaft gewinnt ihre Bedeutung durch Erkenntnisse und Handlungskonzepte, die Beeinträchtigungen des in seinen Alltagskompetenzen eingeschränkten Pflegebedürftigen mindern oder gar vermeiden (Weber 1999: 6). Das bedeutet, ohne Pflegepraxis hat die Pflegewissenschaft keine Handlungslegitimation; die Wissenschaft ist Dienstleister der Praxis (Dornheim et al. 1999: 73). Auf der einen Seite bestimmt die Pflegepraxis, welche Fragen wissenschaftlich bearbeitet werden müssen. Auf der anderen Seite beeinflussen die Ergebnisse pflegewissenschaftlicher Arbeit die praktisch zu erreichenden Ziele. Das praktische Wissen ist verbunden mit dem Wissen, welches den Gegenstand der Pflegewissenschaft darstellt. Die Gesetzmäßigkeiten unterscheiden sich, nach denen sich praktisches und theoretisches Wissen entwickeln (Vollstedt 2001: 11). Ersteres resultiert aus dem interaktiv-dialogischen Handeln mit pflegebedürftigen Menschen und wird durch kulturelle, situative und lokale Gegebenheiten beeinflusst. Praxiswissen basiert einzelfallbezogen auf hermeneutischem Fallverstehen und phänomenologischen Fähigkeiten zur Situationserfassung (Dornheim et al. 1999: 74). Theoretisches Wissen dagegen wird gemäß den Regeln der Wissenschaft entwickelt (Vollstedt 2001: 11f).

Pflegewissenschaft muss die Praxisphänomene neben den rational begründbaren Anteilen pflegerischen Handelns aufnehmen und dabei die konstitutiven Elemente alltagspraktischen Handelns erkennen (Dornheim et al. 1999: 74). Sie muss situationsbezogenes Fachwissen hervorbringen und es so in der Praxis aufbauen, dass es die Pflegenden dabei unterstützt, die Phänomene im Handlungsfeld gezielt zu beurteilen und die dazugehörigen Einflussfaktoren mit einzubeziehen sowie daraus wirksame Interventionen abzuleiten (Evers 1997: 6; Käppeli 1999: 156; Schaeffer 1999: 145; Weber 1999: 6).

Pflege ist phänomenreich und angereichert mit praktischem, zufällig sowie situationsbezogen erworbenem Erfahrungswissen der Handelnden, das an den Einzelnen gebunden ist. Pflegewissenschaft muss die Phänomene und das Erfahrungswissen erfassen und theoretisch analysieren, um den Wissensbestand des Praxiswissens zu erhalten und weiter zu entwickeln (Friesacher 2008: 241).

[1] zur Diskussion von Pflege als Praxis- oder Handlungswissenschaft / angewandte Wissenschaft vgl. Axmacher 1991; Dornheim et al 1999; Vollstedt 2001; Friesacher 2008

Das Wissen über pflegerische Situationen kann nicht in seiner Gesamtheit eingeholt werden, d.h. die Praxis ist für eine Komplettanalyse oder eine allgemeine Theorie der Pflege zu komplex, heterogen und entwickelt sich entlang eigener Gesetzmäßigkeiten. Pflegehandeln ist immer wieder neu und anders komplex und situations- sowie fallspezifisch (Friesacher 2008: 240). Somit entzieht es sich der Zugänglichkeit durch Regeln, lässt sich durch Wissenschaft nicht vollständig und in allgemeingültiger Form darstellen (Friesacher 2008: 241). Das Ziel kann in einer handlungsleitenden Pflegewissenschaft gesehen werden, die die Pflegepraxis analysiert, reflektiert, ein sinnadäquates Verstehen ermöglicht und ein prinzipiengeleitetes Pflegehandeln fördert (Dornheim et al. 1999: 73; Friesacher 2008: 241). Theoretisches und praktisches Wissen sind als Einheit zu betrachten, die geeignet ist, Wohlbefinden, Gesundheit und Normalität zu erhalten oder wiederherzustellen (Friesacher 2008: 242f).

Eine weitere Aufgabe von Pflege als Handlungswissenschaft besteht in der Entwicklung der Forschungs- und Theoriearbeit, d.h. in der wissenschaftsimmanenten Entwicklung ihrer selbst (Moers 1998: 4).

1.1.2 Aspekte pflegerischen Handelns

Pflegehandeln wird in der vorliegenden Arbeit als eine wechselseitige, kommunikativ vermittelte Interaktionsbeziehung verstanden, in deren Mittelpunkt Fürsorge und Anteilnahme in existentiell bedeutsamen Situationen und auch die Lösung von individuellen Problemen stehen. Pflegehandeln ist ein situationsorientiertes Handeln, das sich sowohl aus theoretischem Wissen als auch aus implizitem Wissen speist (Friesacher 2008: 239). Zentrale Charakteristika von Pflege sind Interaktion, Körperkontakt und Entwicklungsförderung (Robert-Bosch-Stiftung 1996: 10).

Unterstützende, beratende und begleitende Interaktion hat deshalb einen so hohen Stellenwert für die Pflege, weil nur auf der Basis eines gegenseitigen Verständnisses der Situation und der Anliegen eine individuelle Dienstleistung möglich ist. Der Mensch, der Pflege benötigt, ist in verschiedener Weise und situationsbedingt davon abhängig, in einer für ihn existentiell bedeutsamen Situation verstanden zu werden. Durch Kommunikation ist die Voraussetzung geschaffen, Zugang zur Lebenswelt Pflegebedürftiger zu erlangen (Jahncke & Schneider 2000: 17ff; Weber 1999: 15). Das interaktionale Handeln wird sprachlich und nichtsprachlich vermittelt, der menschliche Körper/Leib stellt ebenso wie die Sprache ein wesentliches Medium dieser Interaktion dar (Friesacher 2008: 257). Pflegende und Pflegebedürftige müssen einander verstehen und Verständigung über die Situation erzielen, wenn Pflege gelingen will (Friesacher 2008: 257). Dabei handeln weder die Pflegenden noch die Pflegebedürftigen ausschließlich mit begründbaren und reflektierten Motiven, gehen rationalen Zielen nach oder folgen normativen Handlungsentwürfen (Dornheim et al. 1999: 74).

Ein weiteres Merkmal pflegerischen Handelns stellt die Nähe zum Körper der Pflegebedürftigen dar, die gekennzeichnet ist durch direktes Berühren, Sensibilität und das Zulassen unmittelbarer Kontakte (Weber 1999: 15).

Körperkontakt im Sinne einer body-to-body Arbeit (Kühne-Ponesch 2000) erfolgt in individuell bedeutsamen Momenten. Besonders der Berufsgruppe der Pflegenden ist es vorbehalten, in die Intimsphäre jener Menschen einzudringen, die aus gesundheitlichen Gründen nicht ausreichend in der Lage sind, alltägliche Handlungen selbstständig zu bewältigen (Weber 1999: 15).

Pflege als interaktive Dienstleistung bezieht sich auf ein Individuum, das in der Gegenwart angemessene Hilfe benötigt. Darüber hinaus berücksichtigt sie dabei die Vergangenheit der Pflegebedürftigen im Sinne von Lebensgewohnheiten, Lebenssituation und individuellem Bedeutungskontext. Zusammengenommen bilden Vergangenheit und Gegenwart die Grundlage, um gemeinsam mit dem Pflegebedürftigen die Zukunft entsprechend seinen Fertigkeiten und Fähigkeiten zu gestalten. Pflege bezieht sich in diesem Zusammenhang nicht nur darauf, die pflegebedürftige Person zu motivieren, sondern auch darauf, ihr Wissen zu vermitteln, sie zur Erweiterung des eigenen Handlungsspielraums zu befähigen und materielle sowie soziale Ressourcen zu mobilisieren. Mittels Anleitung und Beratung leistet Pflege im Rahmen der individuellen Möglichkeiten jedes Einzelnen einen abgestimmten Beitrag zur persönlichen Entwicklung auf einer physischen, psychischen, sozialen oder auch spirituellen Ebene. Unter diesem Aspekt dient Pflege der Persönlichkeitsentwicklung (Jahncke & Schneider 2000: 17ff; Robert-Bosch-Stiftung 1996: 11; Weber 1999: 16).

Eine pflegerische Handlung gelingt insbesondere dann, wenn mittels hermeneutischer Kompetenz das theoretische Wissen situationsangemessen auf den konkreten Einzelfall angepasst wird (Dornheim et al. 1999: 74; Friesacher 2008). Dabei erlangen Aspekte der Reflektion, der Urteilsbildung, der Selbstdeutung und der kulturell-kontextuellen, gesundheitlichen und lebensgeschichtlichen Situationshintergründe, bezogen auf den Einzelfall, Bedeutung (Dornheim et al. 1999: 74).

Ein Anteil des pflegerischen Handlungswissens kann als lebensweltliches Wissen bezeichnet werden (Friesacher 2008: 200). Es stellt ein situationsgebundenes, individualisiertes Handeln im beruflichen Alltag dar, das sich meist wie von selbst und ganz selbstverständlich realisiert und als Routine oder Gewohnheit verstanden werden kann. Die Vorteile des lebensweltlichen Wissens bestehen in der Sicherheit und Schnelligkeit der ausgeübten Handlungen. Es stellt ein Praxiswissen dar, das dem Handelnden Orientierung bei der Bewältigung des beruflichen Alltages gibt. Dabei wiederholen sich die Routinen als gleichförmige Handlungsmuster, innerhalb derer die Fertigkeiten automatisiert sind. Auch neue Situationen können auf der Grundlage von Erfahrungen unter bekannte Muster subsumiert werden. Seine Grenze erreicht das Wissen dann, wenn unbekannte Situationselemente oder problematische Situationen auftauchen (Friesacher 2008: 200-202).

Pflegerisches Wissen als Können basiert nicht immer auf rationalen Entscheidungsprozessen (Friesacher 2008: 252). Das Können ist in Routinen eingebettet, wenig standardisierbar und hilft in ungewissen Situationen mit Blick auf den pflegebedürftigen Einzelfall diesen zu verstehen und zu rekonstruieren (Friesacher 2008: 256, 262).

Rational-intentionales Handeln als instrumentelles, planbares und kontrollierbares Handeln ist nur für einen Teil der pflegerischen Situationen umsetzbar (Friesacher 2008: 264). Pflegearbeit zeichnet sich durch situationsgebundene Komplexität, Heterogenität und einen Rest an Ungewissheit aus, der einer rationalen Handlungskontrolle entzogen ist. Hier ist das situationsbezogene intuitive Wissen der Pflegenden gefordert, das auf der Basis theoretischen Wissens im Sinne eines unbewussten Rahmens professionelles und wirksames Handeln markiert. Pflegende verbinden mit ihrem Tun einen Sinn, der oftmals im Verborgenen liegt (Friesacher 2008: 248, 263). Intuition als Bestandteil von Wissen der beruflich Pflegenden in der ambulanten Pflege stellt einen Gegenstand des Erkenntnisinteresses der vorliegenden Arbeit dar.

Eben dieses Wissen mit den Methoden der Wissenschaft zu explizieren, impliziert eine interpretative Dimension. Sie setzt voraus, dass der Forschungsprozess auf einem gemeinsamen Vorverständnis und einer gemeinsam getragenen Situationsdeutung basiert (Friesacher 2008: 248). Friesacher (2008: 248) bezeichnet die zwei Verstehensprozesse zur Erkenntnisgewinnung durch Pflegewissenschaft als doppelte Hermeneutik. Der Forscher trifft immer auf eine vorinterpretierte Welt. Die darin eingebettete Pflegehandlung zu verstehen, bedeutet, den Situationssinn über Teilhabe an der Praxis der Pflegenden zu erfassen. Das Erfassen pflegerischen Handelns kann dann gelingen, wenn der Handelnde selbst primär kompetent die Situation deutet und durch den Forscher aufgezeigt wird, wie die Handlung in einen sozialen Kontext eingefügt ist (Friesacher 2008: 248f) (Kap. 5.1). Um das intuitive Wissen der Pflegenden darzustellen, muss die Pflegewissenschaft ihren Ausgang von den subjektiven Interpretationen der Akteure nehmen und darüber hinausgehend die grundlegenden Strukturen des einzelfallbezogenen Pflegehandelns systematisieren (auch Friesacher 2008: 248).

1.1.3 Der Handlungsbegriff der vorliegenden Arbeit

Im Folgenden wird der für die vorliegende Forschungsarbeit zugrunde liegende interaktionistische Handlungsbegriff skizziert, ohne die Diskussion um eine disziplinäre Handlungstheorie der Pflege aufzunehmen (dazu Dornheim et al. 1999; Friesacher 2008; Vollstedt 2001).

Unter dem Handlungsbegriff können mehrere Merkmale subsumiert werden, die auch weitestgehend dem Verständnis von Handlung in der vorliegenden Arbeit entsprechen. Handeln weist eine hierarchisch-sequentielle Gliederung auf, greift auf Wissen aus Gesellschaften, Gruppen und von Individuen zurück, beinhaltet eine Mindestintegration

von Kognition, Emotion und Handlungsausführung und enthält Zielgerichtetheit sowie Bewusstheit (Wahl 1991: 20ff in Schwarz-Govaers 2005: 68)[2]. Die Betonung der Zielgerichtetheit und Bewusstheit von Handlungen entspricht nicht unseren Alltagserfahrungen (Schwarz-Govaers 2005: 68) und trifft auch für die vorliegende Arbeit nicht zu.

In dieser Arbeit wird hingegen von einem Handlungsbegriff ausgegangen, der wissenschaftlich nicht erfassbare Inhalte enthält, wie die Selbstdeutung oder die Einbettung der Handlung in eine kontextuelle Lebenswelt. Pflegende und Pflegebedürftige befinden sich als kommunikativ und/oder manuell Handelnde in einem Dialog, der nicht artikulierbare Wirklichkeitsaspekte enthält und deren Motive sowie Intentionen nicht ausschließlich auf rationalen Entscheidungen basieren (Dornheim et al. 1999:74). Handlungen enthalten zugleich auch eine subjektiv verinnerlichte Zeit und sind in einen sozial konstruierten Raum eingefasst (Friesacher 2008: 245).

Handlungen sind Mischformen u.a. aus zielgerichtetem Handeln, Routinehandeln und emotional-intuitivem Handeln (Schwarz-Govaers 2005: 68), die lebensweltliche Kontexte und kulturelle Aspekte enthalten und als Ergebnis von Interpretationen verstanden werden können (Friesacher 2008: 245). Handlungen können vom Handelnden unbewusst erzeugt werden und zugleich ist mit ihnen ein subjektiver Sinn verbunden.

Handlungen von Pflegenden können als kommunikatives und/oder manuelles, soziales Handeln verstanden werden, dass sich primär sprachlich in verbaler oder körperlicher/leiblicher Kommunikation umsetzt und miteinander verbunden ist (Friesacher 2008: 247).

Die vorliegende Arbeit will intuitives Pflegehandeln erfassen (Kap. 4.1). Insofern wird das Merkmal der Zielgerichtetheit und Bewusstheit durchaus als möglicher, jedoch nicht zwingend konstituierender Bestandteil von Handlungen verstanden. Vielmehr steht die Deutung und Erfassung der Strukturlinien und Kontextbedingungen unbewusster Handlungen im Mittelpunkt. Das Wissen über den sozialen Kontext der Handlung konstituiert das Verstehen der Handlung, denn ohne Kenntnis des sozialen Sinns können Handlungen nicht verstanden werden. Dabei verfügt primär der Sprachbenutzer über den Zugang zu seinen Handlungen. Nur durch ihn können pflegerische Handlungen verstanden und erklärt werden (Friesacher 20008: 247). Zugleich wird Handeln als ein kommunikatives und/oder manuelles, situationsgebundenes Tun verstanden, wenn daraus ein Ereignis resultiert (Wigger 1983: 89f in Schwarz-Govers 2005: 69f), ein Zustand oder eine Situation sich verändert oder ein Unterschied zwischen vorher und nachher hergestellt ist (Friesacher 20008: 246).

[2] Auch in Handlungserklärungen, wie sie z.B. Dornheim et al. (1999: 74) in Anlehnung an Seiffert & Radnitzky (1992: 120) vornehmen, ist Handlung eine kausal erklärbare und damit objektiv feststellbare sowie nachprüfbare Ergebnisfolge: Handlung wird als bewusste und zielorientierte Tätigkeit verstanden. Die in zahlreichen traditionellen Handlungsbegriffen verankerten Bestandteile der Kausalität und Finalität befördern den Eindruck, Handlungen seien das zweckrationale Ergebnis einer bewussten Wahl zwischen Alternativen (Friesacher 2008: 245).

1.2 Bedeutungen, Rahmenbedingungen und Merkmale der ambulanten Pflege

Das Kapitel beschreibt die Bedeutungen, Rahmenbedingungen und besonderen Merkmale häuslicher Pflegearrangements hinsichtlich der Beziehung zwischen beruflich Pflegenden und Pflegebedürftigen. Es fokussiert auf die Situation der Pflegenden und Pflegebedürftigen in der ambulanten Pflege. Das Handlungsfeld der beruflich Pflegenden als Kontext, Bedingungsfaktor und Projektionsfläche für intuitives Pflegehandeln steht dabei im Mittelpunkt.

Ziel des Kapitels ist zum einen die Beschreibung der ambulanten Pflege als eine bedeutsame Leistungssäule innerhalb des Gesundheitswesens in Deutschland. Zum anderen wird die besondere Dynamik ambulanter Pflegearrangements nachgezeichnet. Es wird ein Rahmen skizziert, in den das intuitive Handeln der Forschungsteilnehmer kontextuell eingebettet ist.

Im folgenden Kapitel werden, ausgehend von der gesellschaftlichen Bedeutung und der Finanzierung der ambulanten Pflege in Deutschland, insbesondere durch das Pflegeversicherungsgesetz (Pflege-VG), die Charakteristika der Leistungsempfänger ambulanter Pflege beschrieben. In weiteren Abschnitten werden die Charakteristika ambulanter Pflegedienste und der von ihnen beschäftigten Pflegefachkräfte dargestellt. Bezug nehmend auf die Anlässe und Hintergründe ambulanter Pflegearrangements erfolgt eine Beschreibung der Situationsbedingungen in der Häuslichkeit der Pflegebedürftigen und der Arbeitswelt der Pflegenden. Aus ihnen resultieren Implikationen an beruflich Pflegende in der ambulanten Pflege wie das Herstellen von Normalität oder die Vertrauensarbeit, die Determinanten für ein lebensweltorientiertes Pflegehandeln darstellen.

1.2.1 Gesellschaftliche Bedeutung und Finanzierung der ambulanten Pflege

Im Vergleich zum letzten Jahrhundert hat die ambulante Pflege gegenwärtig einen bedeutenden Anteil am Gesundheitssystem in Deutschland (Statistisches Bundesamt 2007a: 4f) und kann in ihrer derzeitigen Ausprägung als ein junger, dynamisch wachsender Sektor bezeichnet werden (Roth 2001: 355), der sich strukturell und leistungsbezogen intensiv entwickelt und mengenmäßig ausweitet (Beikirch & Korporal 2000: 634). Die ambulante Pflege ist ein gewichtiger Wirtschafts- und Kostenfaktor (Beikirch & Korporal 2000: 634), der in Übereinstimmung mit internationalen Trends als ein zunehmend an Bedeutung gewinnender Versorgungsbereich gilt (BMFSFJ 2001: 105). Die wirtschaftliche Bedeutung der ambulanten Pflege liegt sowohl im Ort der Leistungserbringung als auch im demografischen Wandel und in der lebensweltnahen Orientierung der professionell Handelnden begründet. Sowohl die informell-familiäre als auch die formell-

professionelle Pflege gelten bis ins hohe Alter der Betreuten als dominierende Versorgungsform (BMFSFJ 2001; Roth 2001).

Für einen perspektivisch wachsenden Bedarf an beruflicher Pflege im häuslichen Milieu sprechen die sich abzeichnende demografische Entwicklung und die sich daraus ergebenden Veränderungen der Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen. Eine Determinante für den wachsenden Bedarf an ambulanter Pflege stellt die Entwicklung des informellen Pflegepotenzials dar. Allgemein wird von dessen Abnahme und dem Sinken von Anzahl und Anteil der zusammenlebenden älteren Menschen ausgegangen (Roloff 2003: 13). Weitere Veränderungen basieren darauf, dass die Relation von Frauen im mittleren Alter zur Anzahl der Pflegebedürftigen sich bis zum Jahr 2040 halbieren wird. Derzeit wird die informelle Pflege überwiegend von Frauen erbracht. Perspektivisch wird Pflege mehr als gesamtgesellschaftliche Aufgabe gesehen. Es existiert ein kultureller Wandel, der mit einem Sinken der Pflegebereitschaft einhergeht (Rothgang 2005:127f; Rothgang 2007: 6).

Weitere Gründe für die Abnahme des informellen Pflegepotenzials liegen u.a. in einer sozialräumlichen Trennung der Familienmitglieder, durch die das Erbringen direkter Unterstützungsleistungen erschwert wird (Beikirch & Korporal 2000: 613).

Darüber hinaus beeinflussen die Entwicklungen in den anderen Sektoren des Gesundheitswesens die ambulante Pflege positiv. Exemplarisch ist die Verweildauerkürzung in Krankenhäusern, die Verlagerung von Krankenhausleistungen in den ambulanten Bereich und die Stärkung der Hausarztrolle zu nennen (Rückert in Zeman 2000:115).

Die finanzielle Absicherung ambulanter Pflegeleistungen basiert derzeit auf drei gesetzlichen Grundlagen:

Gesetzliche Pflegeversicherung (Pflege-VG), geregelt im elften Sozialgesetzbuch (SGB XI)

Leistungen der Pflege-VG werden unabhängig vom Einkommen und Vermögen gewährt, unterliegen dem Budgetprinzip und verfolgen keine vollständige Bedarfsdeckung. Sie werden nach Feststellung der „Pflegebedürftigkeit“ entsprechend der gesetzlichen Definition (SGB XI §14, 15) im gutachterlich-diagnostischen Verfahren durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen (MDK) in drei Pflegestufen gewährt. Innerhalb dieser drei Pflegestufen werden die Leistungen nach ihrem Umfang als Sachleistungen, Geldleistungen oder in einer Kombination aus den beiden zuvor genannten gewährt. Während Sachleistungen durch das soziale Netzwerk erbracht werden können, leisten ambulante Pflegedienste im Rahmen von Geldleistungen Unterstützung (BMFSFJ 2001: 105f).

Gesetzliche Krankenversicherung (GKV), geregelt im fünften Sozialgesetzbuch (SGB V)

Ambulante Pflegeleistungen werden ausschnitthaft entweder als ‚Vermeidungspflege‘ oder als ‚Sicherungspflege‘ über das SGB V (§ 37) finanziert. Auslöser für die Inanspruch-

nahme von SGB V-Leistungen ist jeweils eine zu behandelnde Krankheit. Auf diese Weise bedürfen die zu gewährenden Leistungen einer ärztlichen Verordnung (BMFSFJ 2001: 105). In den Bereichen der Grund- und Behandlungspflege sowie der Hauswirtschaft werden Leistungen der ambulanten Krankenpflege, der ambulanten Pflege und der Haushaltshilfe gewährt.

Bundessozialhilfegesetz (BSHG), geregelt im zwölften Sozialgesetzbuch (SGB XII)

Nachrangig nach o.g. Finanzierungsquellen werden Leistungen der steuerfinanzierten Sozialhilfe nach dem Bedürftigkeitsprinzip (SGB XII §§ 61-66) gewährt. Die Ursache des Hilfebedarfes wird als unerheblich betrachtet. Ambulante Pflegeleistungen werden dann gewährt, wenn die Voraussetzungen für die Pflegeversicherung nicht erfüllt werden (BMFSFJ 2001: 106f).

Mit nachrangigem Umfang sind die privaten Haushalte Träger ambulanter Leistungen, die nicht mit o.g. Sozialgesetzen erfasst werden.

Der Schwerpunkt der Finanzierung ambulanter Pflegeleistungen hat sich von der ambulanten Krankenpflege (SGB V) zur ambulanten Pflege (SGB XI) verlagert (Beikirch & Korporal 2000: 616).

Zum Zweck der Finanzierung wurde Pflege nach sozialrechtlichen Kriterien in Grund- und Behandlungspflege und hauswirtschaftliche Versorgung aufgeteilt (BMFSFJ 2001: 107).

Den überwiegenden Anteil (56%) ihres Umsatzes erzielen ambulante Pflegedienste mit der Grundpflege. Insgesamt 34% ihres Umsatzes erlangen ambulante Pflegedienste mit SGB V-Leistungen (Isfort, Weidner, Messner, Zinn 2004: 10-17).

1.2.2 Wirkung und kritische Würdigung des Pflegeversicherungsgesetzes

Auf Grund der Bedeutsamkeiten für die strukturelle und inhaltliche Neuformierung und Prägung des ambulanten Pflegesektors durch das Pflege-VG werden diejenigen Potenziale und Kritikpunkte dargestellt, die sich insbesondere handlungsbeeinflussend auf die Pflegenden von ambulanten Pflegediensten auswirken und sich auf die Pflegebedürftigen beziehen.

Mit der Einführung des Pflege-VG erfolgte die sozialstaatliche Anerkennung von Pflegebedürftigkeit als allgemeines Lebensrisiko (Zeman 2000:102). Das Pflege-VG bietet einkommens- und vermögensunabhängig die Möglichkeit, langfristig Pflegebedürftigkeit abzusichern (BMFSFJ 2001: 111). Mit dem Pflege-VG wird Pflege als eigenständige Leis-

tung gewährt und tritt aus dem Schattendasein der Krankenbehandlung heraus. Pflege hat im Bewusstsein der Gesellschaft einen höheren Stellenwert erhalten.

Die mit dem Pflege-VG finanzierten Leistungen stärken die Position der Pflegebedürftigen als Nutzer. Für zahlreiche ältere Menschen mit dauerhaften Beeinträchtigungen ihrer Selbstversorgungsfähigkeiten hat sich die Pflegesituation verbessert, d.h. ihr Zugang zur pflegerischen Versorgung ist einfacher geworden, Pflegebedürftigkeit ist kein finanzielles Risiko mehr (BMFSFJ 2001: 111ff).

Im häuslichen Bereich stabilisiert die Pflegeversicherung die primären sozialen Netzwerke. Die ausgeprägte Inanspruchnahme von Geld- und Kombinationsleistungen belegt, dass mit der Aufwertung pflegender Angehöriger die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen getroffen wurden (Blinkert & Klie in BMFSFJ 2001: 115; BMFSFJ 2001: 24, 115). Der Beitrag pflegender Angehöriger wurde mit dem Pflege-VG erstmals gewürdigt, finanziell anerkannt und damit wurde die Unsichtbarkeit des primären sozialen Netzwerkes öffentlich gemacht (BMFSFJ 2001: 115; Zeman 2000: 112).

Im Folgenden werden Kritikpunkte des Pflege-VG aufgenommen, die in der Pflegewissenschaft vielfältig Gegenstand der Diskussion sind und sich für die Pflegekräfte in der ambulanten Versorgung handlungssteuernd und alltagsrelevant auswirken. Dabei stehen der eng ausgelegte Pflegebedürftigkeitsbegriff und die Finanzierung nach Leistungskomplexen im Mittelpunkt der Ausführungen.

Die drei Finanzierungsgrundlagen ambulanter Pflege haben erhebliche Auswirkungen auf die infrastrukturelle Entwicklung des Arbeitsbereiches (BMFSFJ 2001: 108). Dazu gehört die Kategorisierung pflegerischer Arbeit in Grund- und Behandlungspflege, die zur Kalkulation von Anhaltszahlen für Stellenberechnungen dient und zu Organisationsformen pflegerischer Arbeit führt, die einer Funktionspflege am nächsten kommt. Die Trennung in Grund- und Behandlungspflege als ‚Übersetzungsfehler' (Müller 1998: 1-6) ignoriert die Komplexität pflegerischen Handelns (Friesacher 2008: 192) und weist einen wertenden Bedeutungsgehalt auf. Das Begriffspaar strukturiert und ordnet pflegerische Tätigkeiten und setzt Wertmaßstäbe für den Einsatz wenig qualifizierter Pflegekräfte (Grundpflege) und dreijährig ausgebildeter Pflegefachkräfte (Behandlungspflege) (Müller 1998: 3). Die sozialpolitische Trennung von Grund- und Behandlungspflege führt dazu, dass immer mehr pflegerische und pflegeflankierende Handlungen von angelernten Hilfskräften übernommen werden. Das Ziel, die Lebenswelt der Pflegebedürftigen und die familialen Netzwerke mit der beruflichen Welt zu vernetzen, die Leistungen und Ressourcen zu optimieren, kann auf diese Weise nicht erreicht werden (Zeman 2000: 227f).

Aus Sicht der Pflegewissenschaft und auch aus der Nutzerperspektive ist die begriffliche Trennung ein theoretisches Konstrukt, das im Alltag zahlreiche Abgrenzungsprobleme aufwirft und weder den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen noch den fachlich begründeten Ansprüchen der Pflegenden entspricht.

In den Begriff der Pflegebedürftigkeit fließen ohne tiefgehende theoretische Fundierung der Zustand des Pflegebedürftigen, sein Hilfebedarf und die Leistungen ein (Friesacher 2008: 172). Der Bedarf an Hilfen wird mit den erhaltenen Hilfen gleichsetzt, und diese entsprechen nicht automatisch dem Hilfebedarf (Capell 1997:2). Untersuchungen zur Messung von Pflegezeiten belegen, dass die als Orientierungsrahmen geltenden Zeitkorridore der Begutachtungsrichtlinien des MDK sowohl unzureichend sind als auch Denkfehler aufweisen (Bartholomeyczik & Hunstein 2001: 264 ff). Das SGB XI vermittelt ein Verständnis von Pflege als handwerklich-technische Tätigkeit. Es wird davon ausgegangen, dass gleiche pflegerische Handlungen auch immer ähnlich lange dauern. Die Forschung belegt jedoch, dass die Zeiten für gleiche Pflegehandlungen, beeinflusst von Art und Grad der Pflegebedürftigkeit, dem aktuellen Befinden und den Ressourcen des Pflegebedürftigen unterschiedlich lange dauern. Zeitangaben sagen weder etwas über die Notwendigkeiten, noch über die Qualitäten von Pflegehandlungen aus (Bartholomeyczik & Hunstein 2001: 264 ff). Derzeit gibt es keine validen Verfahren zur objektiven Messung des zeitlichen Aufwandes von Pflege (Friesacher 2008:172). Neue sozialpolitische Regelungen wie das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz von 2002 sind ein erster wirkungsvoller Ansatz zur Kompensation solcher Fehlsteuerungen[3]. Das Leistungsrecht des Pflege-VG, das den für die Pflege benötigten Zeitbedarf pauschalisiert, wirkt sich direkt auf das pflegerische Handeln im häuslichen Pflegearrangement aus. Ungefähr 80% aller Pflegedienste in Deutschland rechnen entsprechend des Leistungskomplexsystems ab (Rosenbrock & Gerlinger 2004: 209); die Vergütung wurde 1996 nahezu bundesweit auf das Komplexleistungsprinzip umgestellt (Meyer 1997: 13). Leistungskomplexe beinhalten pflegerische Leistungen, die inhaltlich typisiert gebündelt sind und auf der Grundlage von Punktwerten pauschal vergütet werden, d.h. eine bestimmte Handlung der Pflegenden wird mit immer dem gleichen Wert ungeachtet situationsbedingter Erfordernisse vergütet.

Leistungskomplexe umfassen die Bereiche Körperpflege, Ernährung, Mobilität sowie Hauswirtschaft und berücksichtigen laut Pflegekassen alle erforderlichen Tätigkeiten in der individuellen Patientensituation, wie Beobachtung und Durchführung von Prophylaxen oder die Dokumentation von Leistungen (Meyer 1997: 13). Die Einengung der beruflichen Pflege auf das körperfunktionsorientierte Leistungskomplexsystem stößt bei Pflegenden auf Kritik, da sie mit ihren Vorstellungen von einer bedarfsgerechten Pflege, aber auch mit Ansprüchen nach präventiv und therapeutisch-rehabilitativ wirkender Pflege nur selten vereinbart werden können.

[3]Unter Beteiligung von Pflegewissenschaftlern fand seit 2006 eine grundlegende Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Begutachtungsverfahrens statt. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff stellt die Selbstständigkeit des Menschen in den Vordergrund und das Prinzip „Teilhabe statt Fürsorge“ findet in dem neuen Begutachtungsverfahren seinen Ausdruck. Sowohl über die Finanzierbarkeit, den Prozess der Implementierung als auch die Effekte des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes und Begutachtungsverfahren fehlen bisher eindeutige Aussagen. Mitte Mai 2009 hat der Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs den Umsetzungsbericht des Beirats an das Bundesgesundheitsministerium übergeben.

Die Zeitlichkeit ist ein zentrales Strukturierungselement von Pflegesituationen, denn zur Finanzierung der Pflegedienste sind die Zeithorizonte oftmals minutengenau vorgegeben. Für die Anbieter von Pflegeleistungen besteht ein finanzieller Anreiz in der Verminderung der für die jeweilige Leistung aufgewendeten Zeit (Roth 2001: 27). Jedoch ist die reale Dauer einer Pflegeleistung häufig unbestimmt. Pflegende können wegen der schlechten Unbestimmbarkeit der Zeit, der Vereinbarkeit von eigentlicher Pflegetätigkeit laut Vertrag und den verschiedenen Bedürfnislagen der Pflegebedürftigen und deren sozialen Netzwerke Belastungssituationen erleben. Das Alltagshandeln der professionell Pflegenden kann sich durch funktionalisierte Abläufe von Verrichtungen nur schwer lebensweltlich eingebettet realisieren (Zeman 2000: 93; 122). Die Empirie zeigt, dass beispielsweise die Dauer des Waschens eines Körpers weniger von der Körperoberfläche des Pflegebedürftigen bestimmt wird, sondern vielmehr von den situationsbedingten Unterstützungsbedarfen oder dem Grad der Selbstständigkeit und den Ressourcen des Pflegebedürftigen abhängig ist.

Mit der Abstraktion vom Zeitfaktor wird sich von einer Grundbedingung lebensweltlichen, situationsangepassten Pflegehandelns entfernt. Eine große Zahl von Pflegebedürftigen, insbesondere ältere und alleinstehende Menschen erwarten von den professionellen Helfern ein bestimmtes Maß an Fürsorge. Für sie sind die auf einem dialogischen Vorgehen beruhenden Kriterien von Einfühlungsvermögen und Freundlichkeit sowie Verständnis für die Situation besonders bedeutsam (BMFSFJ 2001: 114). Oftmals ermöglicht diese Fürsorge erst die Umsetzung pflegerischer Handlungen (Meyer 1997: 15). Unter Zeitmangel, mit einem instrumentellen Pflegeverständnis und einem von Leistungskomplexen bestimmten Produktionsbedürfnis lassen sich solche Anforderungen nur schwer realisieren.

Ein Verdienst der Pflegeversicherung liegt in der Verpflichtung ambulanter Pflegedienste, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen. Dies hat zu einer nachhaltigen Veränderung der Pflegelandschaft geführt, zumal vor 1995 die Qualitätssicherung nur unsystematisch und vereinzelnd stattfand (Zeman 2000: 114). Im Pflege-VG besteht eine Reihe von Maßnahmen, die auf ein Mindestmaß an Qualität in der Pflege abzielen. Dazu gehören auch die Regelungen zur Qualitätssicherung im Leistungs- und Verfahrensrecht, z.B. im Pflege-Qualitätssicherungsgesetz-PQSG. Es verpflichtet nach §§ 112-114 SGB XI jeden ambulanten Pflegedienst, ein umfassendes, einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen und die geleistete Qualität in regelmäßigen Abständen durch von den Verbänden der Pflegekassen anerkannte Sachverständige oder Prüfstellen nachzuweisen. Die Pflegedienste sind verpflichtet, regelmäßig Leistungs- und Qualitätsnachweise vorzulegen. Der MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach § 80 SGB XI liegt ein strukturorientiertes Prüfkonzept zu Grunde, dass auf einem engen Pflegebegriff basiert und ein technisches Verständnis pflegerischen Handelns erkennen lässt. Die tatsächliche Prozessqualität ambulanter Pflege, die durch nicht formalisierbare Beziehungsgestaltung und Interaktion sowie lebensweltliches Handeln und Vertrauen bestimmt ist, wird zugunsten von Fragen zur Einhaltung von Ablaufplänen und Standards ausgeklammert.

Hier wird Pflege als lineare, planbare und zielorientierte Umsetzung des Pflegeprozessmodells und als rationales technisch-instrumentelles Handeln verstanden (Friesacher 2008: 192f). Der MDK, finanziert von den Sozialleistungsträgern, prägt als Prüfinstanz das Verständnis von Pflegequalität bei den Pflegenden. Dieser Macht stehen oftmals verunsicherte Praktiker gegenüber und dabei kann es „nicht angehen, dass Pflegekassen und MDK zu den Garanten der Pflegequalität in den Einrichtungen (würden), nicht nur durch ihre Prüfungen, sondern auch durch die Vorgaben hinsichtlich der Maßstäbe und der Qualitätsprüfungen." (Klie 2001: 19). Für die professionellen Helfer können solche normierenden Vorgaben einen hohen Verpflichtungsgrad besitzen, auch wenn sie in o.g. Punkten fehlleitend sind.

1.2.3 Merkmale von Pflegebedürftigen in der ambulanten Pflege

Um das ambulante Pflegearrangement nachzuzeichnen, werden Situationen, die Anlass für die Inanspruchnahme von Leistungen durch Pflegebedürftige sind sowie wesentliche Merkmale von Pflegebedürftigen dargestellt.

Ende 2005 lebten in der Bundesrepublik Deutschland ca. 2,13 Millionen Pflegebedürftige. Davon wurden 1,45 Millionen (68%) zu Hause von Angehörigen und/oder Pflegediensten versorgt. Demgegenüber betrug die Zahl der pflegebedürftigen Menschen in stationären Einrichtungen 677.000 (32%) (Statistisches Bundesamt 2007a: 4, 11).

Pflegebedürftige organisieren mit dem ihnen zur Verfügung stehenden Geld die Hilfeleistungen autonom. Die professionelle Hilfe wird solange nicht in Anspruch genommen, wie die Hauptpflegeperson auch von anderen Familienmitgliedern unterstützt wird (Zeman 2000: 205). Erst das Wegbrechen oder das Fehlen eines helfenden sozialen Netzwerkes begünstigt die Inanspruchnahme professioneller Unterstützung (Gräßel in Zeman 2000: 207). Mit zunehmender Dauer der Pflege eines Angehörigen nimmt auch die Belastung der Pflegenden zu und die Bereitschaft zur Inanspruchnahme professioneller Helfer wächst. Das Hinzuziehen professioneller Helfer bestimmt sich ebenfalls aus der subjektiven Bedeutung und Relevanz, die die Betroffenen den formellen Helfern zuschreiben (Zeman 2000: 208). Es ist davon auszugehen, dass die lebensweltliche Normalität zwar durch die Pflegesituation gestört wird, jedoch durch das Hinzukommen externer, professioneller Helfer nicht gleich verbessert, sondern noch empfindlicher gestört werden kann (Zeman 2000: 205-208). Die familial geprägten Hilfesysteme, Orientierungs- und Steuerungsmechanismen sowie Bewältigungsmuster erweisen sich als lebensweltnah, stabil, kompatibel und autonomieerhaltend (Zeman 2000: 209).

Die von den Pflegediensten betreuten Pflegebedürftigen waren zu 51% der Pflegestufe I, 37% der Pflegestufe II und 12% der Pflegestufe III zugeordnet. Der größte Teil der zu Hause professionell Versorgten weist einen verhältnismäßig geringen Pflegebedarf auf. Mit zunehmender Schwere der Pflegebedürftigkeit sinkt der Anteil der informell häuslich

Gepflegten zugunsten der professionellen ambulanten und stationären Pflege (Roth 2001: 60; Statistisches Bundesamt 2007a: 4f, 11).

Die in Privathaushalten von ambulanten Pflegediensten versorgten Pflegebedürftigen weisen primär multiple Funktionseinschränkungen, zumeist bedingt durch chronisch degenerative Erkrankungen und Krankheiten des Kreislaufsystems auf. Nach Häufigkeiten betrachtet schließen sich dann psychiatrische Erkrankungen und Krankheiten des Nervensystems an (BMFSFJ 2001: 111). Pflegebedürftigkeit korreliert in hohem Maße mit Erkrankungen, die zum Verlust von Mobilität und motorischen Fähigkeiten führen. Zusammengefasst bilden alte Menschen mit chronisch-degenerativen Erkrankungen die Klientel ambulanter Pflegedienstleistungen (BMFSFJ 2001: 86; 113).

Das Leistungsangebot ambulanter Pflegedienste kann als relativ einheitlich, auf den ‚klassischen Pflegeversicherungspatienten' ausgerichtet beschrieben werden, und dessen Versorgungs-, Betreuungs- und Pflegebedarfe sind Folgen des hohen Alters. Für diese Personengruppe erlaubt das Finanzierungsmodell eine eindimensionale Refinanzierung, die Pflegeverläufe sind stabil und lang dauernd (BMFSFJ 2001: 116ff). Einen anderen qualitativen und quantitativen Unterstützungsbedarf als die ‚klassischen Pflegeversicherungspatienten' weisen populationsspezifische Gruppen wie Schwerkranke mit technik- und betreuungsintensivem Pflegebedarf, z.B. durch Infusionstherapien, parenterale Ernährung und künstliche Beatmungen, auf (BMFSFJ 2001: 116ff; Schaeffer & Ewers 2000: 265).

Die größten Anteile des gesamten Zeitaufwandes der ambulanten Pflegedienste entfallen auf die Leistungskomplexe Kleine Morgen-/Abendtoilette (20%), Große Morgen-/Abendtoilette (33%), hauswirtschaftliche Versorgung (13%) und Hilfe/Unterstützung bei Ausscheidungen (9%) (Roth 2001: 62).

1.2.4 Merkmale professioneller Dienstleister ambulanter Pflege

Entsprechend dem Sozialgesetzbuch XI (§ 71) sind ambulante Pflegedienste „selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen oder hauswirtschaftlich versorgen." Die Abrechnung mit den Kostenträgern stellt nach Erteilung der Zulassung die finanzielle Basis für die Pflegedienste dar.

Im Jahre 2005 gab es in Deutschland insgesamt 11 000 zugelassene ambulante Pflegedienste (gegenüber 1995 6.000 laut BMFSFJ 2001: 108), die ca. 472.000 pflegebedürftige Menschen betreuten, pflegten und versorgten (Statistisches Bundesamt 2007b: 4ff). Die Mehrzahl der Pflegedienste befindet sich in privater Trägerschaft (ca. 58%), der Anteil gemeinnütziger Träger beträgt ca. 41%, nachrangig liegen die Pflegedienste in der Hand öffentlicher Träger (ca. 2%) (Statistisches Bundesamt 2007b: 4). Damit sind die freigemeinnützigen Pflegedienste Marktführer in Deutschland. In Hamburg, dem Bundesland

der vorliegenden Untersuchung, nehmen die freigemeinnützigen Pflegedienste (33%) die geringste Bedeutung ein. Hier sind mit 67% die privaten Pflegedienste stark vertreten (Statistisches Bundesamt 2007b: 4).

In ambulanten Pflegediensten arbeiteten Ende 2005 in Deutschland 214 000 Beschäftigte im Rahmen des SGB XI, davon waren 88% Frauen (Statistisches Bundesamt 2007a: 5). Die überwiegende Mehrheit (71%) ging 2005 einer Teilzeitbeschäftigung nach und nur jeder Vierte (26%) war vollzeitbeschäftigt. Im Vergleich zu 2003 stieg die Anzahl der Beschäftigten, insbesondere der geringfügig Beschäftigten in 2005 um 6,7%, bei gleichzeitiger Rückläufigkeit der Vollzeitbeschäftigten (Statistisches Bundesamt 2007a: 5ff).

Die Pflegekräfte verfügen über eine mehrjährige Berufserfahrung, sie beträgt für 50% der Pflegekräfte zwischen 6 und 18 Jahren und lag bei 25% über 18 Jahre. Nur 5% der Pflegekräfte weisen weniger als 2 Jahre Berufserfahrung auf (Roth 2001: 223). Neben der langjährigen Berufserfahrung der professionellen Helfer zeigt sich auch, dass diese nur eine geringe berufliche Fluktuation zeigen und die professionellen Helfer relativ lange im jeweiligen Pflegedienst arbeiten (Roth 2001: 224). Der überwiegende Anteil der Beschäftigten weist eine Ausbildung als Krankenschwester/Krankenpfleger (38%) oder Altenpfleger(in) (22%) auf (Statistisches Bundesamt 2007a: 6). Die Qualifikation des Personals gilt als ein Qualitätsmerkmal und trotz der pessimistischen Aussagen von Praxiserfahrenen ist der Anteil von 60% ausgebildetem Personal hoch. Vor diesem Hintergrund können die professionellen Helfer als gut qualifiziert und berufserfahren bezeichnet werden.

Im Vergleich zu den anderen Leistungssäulen des Gesundheitswesens nimmt die ambulante Pflege in mehreren Punkten eine Sonderstellung ein, die im Wesentlichen darin begründet liegt, dass die Arbeitswelt der Pflegenden zugleich die Häuslichkeit der Pflegebedürftigen bildet und die berufliche Pflege nicht in der Häuslichkeit, sondern in stationären Einrichtungen ihre Wurzeln hat. Pflegende werden primär in der Welt der Krankenhäuser und Altenpflegeeinrichtungen sozialisiert.

Es ist das Ziel der ambulanten Pflege, die Selbstständigkeit und individuelle autonome Lebensführung der Pflegebedürftigen möglichst zu erhalten (Zeman 2000: 140). Im Vergleich zu Krankenhäusern oder stationären Pflegeeinrichtungen zeigen sich folgende Merkmale für die professionell Handelnden in der ambulanten Pflege:

- Während in Krankenhäusern und stationären Pflegeeinrichtungen eine technisch-bürokratisch geprägte Logik das Handeln bestimmt, Pflegekräfte das Hausrecht haben, die Betreuten sich den festgelegten Arbeitsabläufen der Organisation anpassen müssen und die Angehörigen meist eine nachrangige Rolle einnehmen (Stratmeyer 2005: 28), verfügen die in ihrer Häuslichkeit Betreuten über ausgeprägte Selbstbestimmungsrechte, die ihnen eine eigenverantwortliche Situationsgestaltung ermöglichen. Im Krankenhaus ist Pflege in funktional ausgerichtete Organisationsstrukturen eingebettet, die in dieser Ausprägung nicht im häuslichen Milieu bestehen.

In der Folge sind die Rollen der ambulant Pflegenden weniger eng definiert. Ihre Aufgabe besteht zunächst darin, die Lebensverhältnisse des Pflegebedürftigen kennen zu lernen (Friesacher 2008: 174). Pflegende müssen in der ambulanten Pflege Vernetzungs- und Kooperationsleistungen als Gäste in Privathaushalten erbringen, wofür sie nicht primär ausgebildet sind.

- In der ambulanten Versorgung kommen die privaten und lebensweltlichen Ressourcen der betreuten Menschen besser zum Tragen als in anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens. Wenn die eigene Wohnung genutzt und das primäre soziale Netzwerk zur Unterstützung eingesetzt wird, werden öffentliche und private Mittel geschont. Eine von den meisten Menschen auch im Alter präferierte unabhängige Lebensführung fördert die Erhaltung der eigenen Kompetenzen, der Unabhängigkeit und Selbstverantwortlichkeit (Zeman 2000: 140). In der eigenen Wohnung behalten die Pflegebedürftigen die Definitionsmacht und haben das Recht zur Grenzsetzung. Die Systemlogik wird bestimmt durch den ‚Hausvorteil' des Pflegebedürftigen, der seinen Einfluss auf die Arbeitsbedingungen und -beziehungen erfolgreich geltend machen kann. Gegenüber anderen Versorgungsformen behalten die Pflegebedürftigen in ihren eigenen vier Wänden eine Vielzahl von Möglichkeiten der Selbstdefinition und Selbstbestimmung (Heinemann-Knoch 1997: 147). Das kann für die Pflegenden bedeuten, dass persönliche und fachlich begründete Standards zur Arbeitserleichterung im Widerspruch zu den Lebens- und Wohnbedingungen der Pflegebedürftigen stehen.
- Pflegende in der Häuslichkeit arbeiten alleinverantwortlich und sind nur in geringem Umfang abhängig von Kollegen oder Ärzten, d.h. situationsbezoge Entscheidungen können nicht in kollegialer Konsultation getroffen werden. Die in anderen Bereichen ausgeprägte Anordnungskompetenz der Ärzte mit ihren weitreichenden Implikationen für das Pflegehandeln bestehen nicht in dieser Form in der ambulanten Pflege.

Das pflegerische Handeln wird von Arbeitsbelastungen beeinflusst, jedoch fühlen sich ca. 72% der Beschäftigten ‚genau richtig' oder ‚etwas unterfordert' belastet und nur ca. 24% fühlen sich ‚etwas überlastet' (Roth 2001: 251). Als häufigste Ursachen für Belastungen nennen Pflegende Zeitdruck und Personalmangel. Ebenso erleben Pflegekräfte es als Belastung, ihre beruflichen Vorstellungen auf Grund von Zeitmangel nicht umsetzen zu können (Roth 2001: 106). Nach ihrem Wunschbereich zum Arbeiten im Falle der Wahlfreiheit befragt, äußerten 83% der Beschäftigten in der ambulanten Pflege bleiben zu wollen. Dies spricht für die Attraktivität des Arbeitsbereiches der ambulanten Pflege.

Trotz der Bedingungen, die das Leistungsrecht und die Sozialisationseffekte der Pflegeausbildung schaffen, zeigt sich, dass die Pflegenden in der ambulanten Pflege eine relative, individuelle Gestaltungsfreiheit haben, derentwegen sie bewusst im ambulanten Bereich arbeiten. Das kreative Ausbalancieren zwischen den gesetzlichen Vorgaben, den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen, den Anforderungen des familiären Netzwerkes und

den Organisationsbedingungen des Pflegedienstes vor dem Hintergrund der eigenen professionellen Ansprüche spiegelt die Handlungskomplexität im Feld wider und markiert zugleich die Grundlage einer an der Lebenswelt orientierten Pflege.

1.2.5 Implikationen für das Gelingen ambulanter Pflegearrangements

Die Pflegebedürftigen selbst möchten überwiegend (78%) von ihren Angehörigen in ihrem Privathaushalt gepflegt werden.

Die Motive zur Übernahme häuslicher Unterstützung und die emotionale Nähe zum Pflegebedürftigen, ein Gefühl der Verpflichtung, finanzielle Erwägungen, die Reziprozität des Bedürfnisses nach Anerkennung und die Erfüllung gesellschaftlicher Normen können für die Pflegebeziehung in Situationen der Überlastung nicht mehr stabil und tragfähig sein. Bei den Pflegebedürftigen setzt die Inanspruchnahme professioneller Helfer voraus, dass sie ihren eigenen Fähigkeitsverlust erkennen und sich für Hilfe von anderen entscheiden. Die Solidarpotenziale, die große Flexibilität und Anpassungsfähigkeit des familialen Netzwerkes können die Grenzen ihrer adaptiven und fachlichen Kompetenzen erreichen. In der Regel werden ambulante Pflegedienste in krisenhaften Situationen hinzugezogen (BMFSFJ 2001: 115). Die Pflegebedürftigen oder ihre Angehörigen müssen die Pflegesituation als so krisenhaft erleben, dass die gewohnten Bewältigungsmuster nicht mehr erfolgreich eingesetzt werden können, um die bisherige Stabilität des bestehenden Arrangements erhalten zu können (Zeman 1997: 101).

Auf Seiten der Hilfebedürftigen bedarf die Entscheidung für Sachleistungen der Wahrnehmung und das Eingeständnis, ein Problem zu haben, der Überzeugung, dass die eigenen Fähigkeiten zur Kompensation nicht mehr ausreichen und der Entscheidung, Hilfe von anderen erhalten zu wollen (Krause & Jakob 1993: 183ff).

Das, was der einzelne Pflegebedürftige an externer Unterstützung für zweckmäßig und sinnvoll erachtet und welche Erwartungen er an die Helfenden richtet, vermischt sich zu einem Konglomerat von ausgesprochenen und unausgesprochenen Erwartungen, Hoffnungen, Ängsten und Schuldgefühlen sowie Dankbarkeiten und ist alles andere als ein eindeutiges, zielgerichtetes Signal an die Umwelt. Es wird bestimmt von der gesamten Familiengeschichte mit ihren jeweiligen subjektiven Bildern, Projektionen, Annahmen, Stereotypen, Erwartungen und moralischen Überzeugungen.

Entstehen Pflegearrangements mit professionellen Helfern, versuchen die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen die Störungen ihrer lebensweltlichen Normalität zu minimieren. Das Ziel ist es, die gewohnten Abläufe und Rahmenbedingungen zu erhalten. Hier folgt die Lebenswelt einer anderen Rationalität als der Arbeitswelt der professionellen Helfer. Während der professionelle Helfer sich mit funktionalen Organisationen unter

pflegerischen Gesichtspunkten identifiziert und beispielsweise Hilfsmittel und räumliche Anpassungen empfiehlt, kann dies für den Betroffenen eine Beeinträchtigung seiner lebensweltlichen Normalität darstellen (Zeman 1997: 102). Lebensweltliche Pflegearrangements basieren nicht auf einer professionellen Rationalität, in der mit Situationsklärungen und Problemlösungsstrategien gearbeitet werden kann, sondern sind eher das Resultat stillschweigender Übereinkünfte, von Aushandlungsprozessen und Fehldeutungen sowie Uminterpretationen. Professionelle Helfer können dann entlastend wirken, wenn sie passgenau auf die Problemlage zugeschnittene Unterstützung erbringen und wenn sie die Komplexität der Steuerung eines Pflegearrangements nicht noch erhöhen (Zeman 1997: 102f). Pflegerisches Handeln mit eindeutiger fachlicher Zuständigkeit, wie der Umgang mit medizinischen Geräten oder die Katheter- und Stomapflege, berühren weniger die Rollen der informellen Helfer und überschreiten oftmals deren Fähigkeiten, anders als bei der Unterstützung alltäglicher Handlungen (Zeman 2000: 225).

Eine Besonderheit professioneller Pflege in der Häuslichkeit der Pflegebedürftigen liegt darin, dass die Privathaushalte der pflegebedürftigen Menschen deren Lebenswelt bilden und diese zugleich die Arbeitswelt der anderen sind. Privates Terrain weist eine hohe Bedeutung auf und ermöglicht eine spezifische Definitionsmacht, in der der Pflegebedürftige und seine Angehörigen den Expertenstatus innehaben. Dabei nimmt die Bedeutung des Wohnens und des Innenraums für ältere Menschen zu, je kleiner ihr Aktionsradius wird. Einen besonders geschützten, intimen und privaten Raum kommt dabei dem eigenen Bett des Pflegebedürftigen zu (Jansen 1997: 82-95). Die zentrale Arbeitsform der Pflegekräfte stellt der Hausbesuch dar, und der häufigste Arbeitsort ist das Bett der Pflegebedürftigen. Die Pflegekräfte erhalten einen Vertrauensvorschuss als gebetene und notwendige Gäste.

Professionelle Helfer bewegen sich zwischen lebensweltlichen und fachlichen Orientierungsmustern. Um solche Situationen fachlich gut, menschlich entlastend und ohne Selbstüberforderung zu meistern, benötigen sie eine sensible Wahrnehmung für die Normalität des Alltagslebens. Es bedarf der kommunikativen Kompetenz der Pflegekräfte, um den eigenen fachlichen Einfluss aktiv geltend machen zu können. Sie ist notwendig, um Transparenz von Handlungszielen, Erwartungen und Abstimmungen auf der Beziehungsebene anschlussfähig zu machen. Nur wenn dialogisch geklärt ist, woran sich die Qualität der Beziehungen, der Kommunikation und der Alltagsabläufe misst, kann eine lebensweltlich-professionelle Helferkooperation gelingen. Kooperationsstrategien dienen dazu, die Pflege qualitativ gut und effizient zu gestalten, die lebensweltlichen Helfer zu entlasten und die lebensweltlichen Potenziale zu erhalten (Zeman 1997: 115).

Forschungsergebnisse zeigen, dass Pflegende über die vereinbarten Leistungen hinaus einen entscheidenden Beitrag zur Sicherung der Normalität der Betroffenen verwirklichen (Jahncke-Latteck & Weber 2008). Die vereinbarten Verrichtungen, wie z.B. das Reichen und Zubereiten von Nahrung oder die Gabe von Medikamenten, werden in Umfang, Dauer und Art situativ auf die jeweilige Individualität und Befindlichkeit des

pflegebedürftigen Menschen abgestimmt. Ausschlaggebend dafür ist die Wahrnehmung der aktuellen Situation des Pflegebedürftigen.

Neben der kommunikativen Kompetenz zum Aushandeln ihrer Rollen, der Bereitschaft und der Fähigkeit, die Lebenswelt der Pflegebedürftigen kennen zu lernen und diese in Beziehung zum sozialen Umfeld zu setzen sowie gemeinsame Situationsdeutungen anzustreben, benötigen die professionellen Helfer Rollendistanz, um für sich professionelle Handlungsautonomie herzustellen (Friesacher 2008: 174f). Je mehr die professionellen Helfer die Realität des primären Arrangements und deren Muster erkennen und je größer ihre kommunikative Kompetenz ist, desto konstruktiver können sie sich in die Gesamtleistung Pflege einbringen und sie im professionellen Sinn beeinflussen (Zeman 2000: 220). Es ist eine Frage der Aushandlung zwischen lebensweltlicher und emotionaler Beziehung einerseits und dem instrumentellen Handeln andererseits (Zeman 2000: 189).

Aus der Handlungsperspektive von Pflegebedürftigen und Pflegenden ist die gemeinsame Situation mit voneinander abweichenden Problemen, Erwartungen und Interessen verbunden, die miteinander verknüpft und intersubjektiv aufeinander gerichtet sind. Beispielsweise können arbeitsorganisatorische Verpflichtungen oder gesetzliche Normierungen der Pflegenden den beziehungsethischen Normen der Pflegebedürftigen gegenüberstehen. Dies kann Pflegesituationen mit hoher Ambiguität hervorrufen, in denen Komplexitätsreduktion durch Alltagsroutinen beiderseitige Handlungserleichterung schaffen (Zeman 2000: 92f).

Vernetzungs- und Kooperationsleistungen sind eine Kernaufgabe ambulanter Versorgung. Das bedeutet, die Balance zwischen pflegefachlichem Anspruch und Können einerseits und der Komplexität häuslicher Pflegearrangements andererseits zu finden (Zeman 1997: 106, 120). Vernetzungs- und Kooperationsleistungen von beruflich Pflegenden beziehen sich auch auf niedrigschwellige Hilfsangebote und andere therapeutische Dienste. Ebenso sind die Bedürfnisse, Wünsche und Ressourcen der Pflegebedürftigen und ihrer familialen Helfer Bestandteil der Vernetzungsarbeit. Friesacher (2008: 185) beschreibt in Anlehnung an Dreßke (2001: 68ff) vier Arenen als symbolische Austragungsorte für Praktiken:

- ‚Sozialadministrative Arena', in der die Aushandlung mit Kostenträgern im Mittelpunkt steht. Sie bilden die finanziellen Kontextbedingungen. Pflegende müssen zwischen den finanziellen Mitteln und einer angemessenen Versorgung balancieren.
- ‚Medizinische Arena', in der es um Pflegeleistungen als eine Teilmenge der Gesamtleistung der Helfer geht. Sie ist von Machtkonstellationen und Kompetenzfragen zwischen Ärzten und Pflegenden geprägt.
- ‚Familiale Arena', in der die Anforderungen und Bedürfnisse der Pflegebedürftigen und ihrer sozialen Netzwerke mit den konkreten Pflegeleistungen in Einklang gebracht werden müssen. Die lebensweltlichen Erwartungen pflegender Angehöriger können hier auf eine technisch-instrumentelle Arbeitsweise stoßen.

- ‚Kollegiale Arena', in deren Mittelpunkt die Kollegen stehen und deren Aushandlungsort das Büro des Pflegedienstes darstellt. Hier werden die unterschiedlichen Pflegeverständnisse miteinander diskutiert und eine gemeinsame Pflegekultur geprägt (Dreßke 2001: 74 in Friesacher 2008: 186).

Vertrauen nimmt als Grundlage für das Gelingen ambulanter Pflege eine zentrale Rolle ein. Vertrauen zwischen Pflegebedürftigen und beruflich Pflegenden bildet sich als Ergebnis von Interaktion, gelungener gemeinsamer Arbeit und erfolgreichen Aushandlungsprozessen ab. Vertrauen ist geeignet, die Pflegesituation zu stabilisieren und zu entlasten und kann den kommunikativen und instrumentellen Handlungsspielraum der beruflich Pflegenden erweitern (Zeman 1997: 111). Das Vertrauen muss dabei immer wieder aufs Neue erschlossen werden und beruht primär auf gemeinsamen Erfahrungen in vergleichbaren Situationen. Das wechselseitig vorhandene Vertrauen steht in direktem Bezug zur subjektiv empfundenen Qualität. Dabei spielt das Vertrauen in die pflegende Person, ihre menschlichen Qualitäten und sozialen Kompetenzen eine wichtigere Rolle als das Vertrauen in die fachliche Kompetenz und in die optimale Pflegeorganisation (Zeman 2000: 235-245).

Eine empirische Untersuchung zeigt, dass die Folge von Vertrauen in einer gegenseitigen Vertrautheit münden kann (Jahncke-Latteck & Weber 2008). Vertrautheit ist nicht gleichzusetzen mit einer situationsunabhängigen Stereotypisierung der Handelnden, sondern impliziert ein selbstreflexives Moment, das als Folie zur Einschätzung und Entwicklung ihrer selbst dient. Die Fähigkeiten und Fertigkeiten, die dieses selbstreflexive Arbeiten benötigt, bleiben ‚unsichtbar', da sie situationsbezogen und vergänglich sind. Der Alltag kommt nicht ohne sie aus, aber ‚wenn es läuft', ist die Normalität hergestellt und die Versorgung gesichert (Jahncke-Latteck & Weber 2008: 146f).

Pflegekräfte fühlen sich in die Lebenswelt der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen ein, sie konstruieren Normalität und leisten einen entscheidenden Beitrag zur Sicherstellung der grundlegenden Lebensvollzüge der Pflegebedürftigen. Dafür vollziehen sie nicht nur einen Reflektionsprozess, der ihnen Rollenflexibilität ermöglicht, sondern verfügen auch über selbstreflexive Kompetenzen, um ihre komplementären Rollen auszugestalten. Dass ihnen dies gelingt, kann als Indiz für eine professionelle Überzeugung gesehen werden. Sie setzt sich trotz der durch das Leistungskomplexsystem eingeschränkten tätigkeitsbezogenen Sicht auf die Versorgung in den Pflegesituationen selbst durch (Jahncke-Latteck & Weber 2008: 146f).

1.3 Zusammenfassung

Im ersten Kapitel wurde Pflegewissenschaft als Handlungswissenschaft und die Tätigkeit des Pflegens als eine Tätigkeit auf der Grundlage von praktischem und theoretischem

Wissen beschrieben. Die Handlungswissenschaft hat die Aufgabe, an den Problemen der Pflegepraxis ausgerichtet, einen Beitrag zur Förderung des Wohlergehens pflegebedürftiger Menschen und zur Lösung gesellschaftlicher Probleme zu leisten. Dabei bestimmt primär die Pflegepraxis die von der Pflegewissenschaft zu bearbeitenden Themen.

Das Pflegehandeln kann als dialogisch, situationsorientiert, fallbezogen und komplex bezeichnet werden. Dabei ist es in Routinen eingebettet und folgt nicht immer reflektierten, bewussten Motiven oder Entscheidungsprozessen und rationalen Zielen.

Das Pflegehandeln kann nicht in seiner Gesamtheit durch Wissenschaft dargestellt werden. Dennoch muss die Pflegewissenschaft die Phänomene und das Erfahrungswissen der Handelnden erfassen und analysieren, um den Wissensbestand des Praxiswissens sichtbar zu machen und weiter zu entwickeln.

Handlungen können als Mischformen aus zielgerichtetem, routiniertem und emotional-intuitivem Handeln verstanden werden. Sie sind in zeitliche, soziale und lebensweltliche Kontexte eingebettet und enthalten einen subjektiven Sinn.

Ambulante Pflegearrangements werden ermöglicht und in starkem Maße beeinflusst durch die Sozialgesetzbücher XI und V. Eine große Bedeutung aus gesamtgesellschaftlicher, pflegewissenschaftlicher und ökonomischer Perspektive nimmt das Pflege-VG ein. Es beeinflusst das Handeln der beruflich Pflegenden und markiert zugleich die Bedeutung des ambulanten Sektors im Gesundheitswesen. Die unumstrittene positive Wirkung für das allgemeine Lebensrisiko der Pflegebedürftigkeit liegt in der verbesserten Pflegesituation für zumeist ältere Menschen, in der Würdigung und Entlohnung der pflegerisch-familialen Netzwerke und in seinem fördernden Beitrag zur Neugründung und zum Arbeitskräftezuwachs von Pflegediensten. Demgegenüber weist das Pflegeversicherungsrecht inhaltliche und strukturelle Mängel auf, die das alltagspraktische Pflegehandeln beeinflussen. Dazu gehört die sozialpolitisch geprägte Kategorisierung der Pflege in Grund- und Behandlungspflege, die enge Auslegung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und die Finanzierung der Pflegeleistungen über das Leistungskomplexsystem. Während vor Einführung des PQSG Qualitätsprüfungen von ambulanten Diensten willkürlich und vereinzelt stattfanden, so stehen die mit dem PQSG geschaffenen Prüfanforderungen und -inhalten, umgesetzt durch den MDK, berechtigt in der Kritik der Pflegewissenschaft.

Für die Pflegebedürftigen selbst ist die Betreuung in der Häuslichkeit die bevorzugte Versorgungsform. Sie weist gegenüber stationären Einrichtungen Vorzüge auf, die im Wesentlichen darin bestehen, dass die privaten und lebensweltlichen Ressourcen der Pflegebedürftigen und ihrer familialen Netzwerke besser zum Tragen kommen. Dies bedeutet zugleich, dass Pflegende mit einer überwiegend beruflichen Sozialisation in der stationären Pflege ihre Rollen finden müssen und sich von der Handlungslogik stationärer Betreuung zu Gunsten von Kooperations- und Vernetzungsleistungen, Vertrauen und Verstehen des ambulanten Arrangements abwenden müssen.

Perspektivisch ist ein wachsender Bedarf an ambulanter Pflege erkennbar, der primär in der demografischen Entwicklung begründet liegt.

Die Bedeutung und auch die Zahl ambulanter Pflegedienste sind in den letzten Jahren gestiegen. Sie betreuen überwiegend Pflegebedürftige in der Pflegestufe I und II, d.h. der größte Anteil der professionell Versorgten weist einen geringen Pflegebedarf auf.

Der Großteil der in ambulanten Pflegediensten Beschäftigten ist weiblich und in Teilzeit beschäftigt. Der überwiegende Anteil der Pflegekräfte verfügt über mehrjährige Erfahrung und kann als Pflegefachkraft gelten. Ein großer Anteil der beruflich Pflegenden fühlt sich nicht von seiner Arbeit über Gebühr belastet. Belastungssituationen resultieren primär aus Zeitdruck und Personalmangel.

Beruflich Pflegende werden oft erst dann von Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen in die Versorgung mit einbezogen, wenn die familialen Netze zu erschöpfen drohen. Letztere weisen eine hohe Flexibilität und Anpassungsfähigkeit auf, jedoch können sie in krisenhaften Situationen bei Überlastung und Überforderung sowie in Situationen der gesundheitlichen Verschlechterung ihre pflegerischen Leistungen nicht mehr erbringen. Sie öffnen das Arrangement für Dritte, geben die Pflege ab. Bei den Pflegebedürftigen setzt die Inanspruchnahme professioneller Helfer voraus, dass sie ihren eigenen Fähigkeitsverlust erkennen und sich für Hilfe von anderen entscheiden.

Die Lebenswelt der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen folgt anderen Rationalitäten als die der Arbeitswelt von beruflich Pflegenden. Ihr Handeln muss sich den alltagsbezogenen Normalisierungsbemühungen der Pflegebedürftigen anpassen, wenn es gelingen soll.

Pflegende benötigen eine sensible Wahrnehmung für die lebensweltlichen Orientierungsmuster und die Normalitätssteuerung im Alltag. Um Erwartungen, Abstimmungen und Handlungsziele miteinander auszuhandeln, bedürfen die Pflegenden kommunikativer Kompetenzen. Pflegende müssen dann situationsbezogen für sich zwischen lebensweltlicher Orientierung, emotionaler Beziehung und dem instrumentellen Handeln ausbalancieren. Eine weitere Kernaufgabe pflegerischen Handelns besteht in der Kooperations- und Vernetzungsarbeit. Pflegende erbringen zumeist nur eine ergänzende Leistung. Vor diesem Hintergrund besteht ein Ziel pflegerischen Handelns darin, die Ressourcen des familialen Netzwerkes zu stärken. In der Folge ist pflegerisches Handeln immer auch das Aushandeln zwischen verschiedenen Erwartungen, Vorgaben, Bedürfnissen und Anforderungen, die in gewichtete Ordnung zu bringen sind und sich in den genannten vier Arenen beschreiben lassen.

Voraussetzung und Ergebnis gemeinsamen Handelns von Pflegebedürftigen und Pflegekräften kann im gegenseitigen Vertrauen bestehen. Vertrauen erweitert den Handlungsspielraum der Pflegenden und kann dazu dienen, positiv auf das lebensweltnahe Arrangement einzuwirken.

Insgesamt betrachtet zeigt sich, dass ambulante Pflegearrangements eine hohe Komplexität aufweisen, die sich verstärkt, wenn sich lebensweltliche und professionelle Systeme miteinander verbinden.

2 Deskription des Phänomens Intuition – eine theoretische Untersuchung des Intuitionsbegriffes

Ein Blick in die Geschichte und die heutige Diskussion in verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen ermöglicht das Nachzeichnen und Verstehen der charakteristischen Denkfiguren zu dem Phänomen Intuition. Das Ergebnis dieses Kapitels bildet eine Annäherung an den Intuitionsbegriff, seine Charakteristik und seine Verwendung in den verschiedenen Bezugsdisziplinen von Pflege. Im Mittelpunkt steht nicht die gesamte Analyse der Literatur zu dem Thema, sondern es werden die wesentlichen Grundzüge dargestellt, die relevant für das Forschungsvorhaben sind. Aus den Wissensständen der Bezugsdisziplinen von Pflege zum Intuitionsphänomen werden Hinweise für das eigene Forschungsvorhaben abgeleitet, die als sensibilisierende Konzepte im Rahmen der Grounded Theory-Methodologie (Kap. 5.3) Eingang in den Forschungsprozess finden.

In der vorliegenden Arbeit ist es nicht das Ziel, den Intuitionsbegriff lexikalisch zu definieren, um ihm zugleich durch Abgrenzung zu anderen Begriffen eine Bedeutung zuzuschreiben. Die vorliegende Arbeit stellt eine qualitative Untersuchung dar, die der Methodologie der Grounded Theory folgt (Kap. 5.2). Sie verfolgt das Ziel, eine gegenstandsbezogene Theorie durch die Verknüpfung empirischer und theoretischer Realität zu generieren (Haller 2000: 12). Strauss und Corbin, die Vorreiter der Grounded Theory-Methodologie schreiben: „Da das Entdecken unser Anliegen ist, müssen wir nicht im Voraus alle Kategorien kennen“ (Strauss & Corbin 1996: 33). Strauss und Corbin fordern einen offenen Forschungsbeginn, dem keine definitorische Begrenzung obliegen sollte. Es ist Aufgabe der vorliegenden Forschungsarbeit, das Phänomen Intuition zu erfassen, zu strukturieren und zu deskriptieren. Die relevante Bedeutung des Intuitionsbegriffes resultiert zum einen aus seinem praktischen Gebrauch im Handlungsfeld und seiner Verortung in den subjektiven Theorien der Untersuchten und ist zum anderen das Ergebnis der Forschungsarbeit. Es gilt, den Gebrauch des Wortes so zu beschreiben, dass als Ergebnis der Forschung ein für andere nachvollziehbares Verständnis deutlich wird (Frege 1976: 42).

Begriffsdefinitionen verfügen in der Regel über eine eingeschränkte, auf die wissenschaftliche Disziplin und den Forschungsschwerpunkt bezogene Aussagekraft. Teilweise wurden sie von anderen Disziplinen transformiert und modifiziert (Hänsel 2002: 52 f).

Es wird davon ausgegangen, dass einerseits das Intuitionsphänomen zu komplex und prozesshaft ist, um von einer Disziplin ausreichend beschrieben zu werden und andererseits kann jede Disziplin ihren eigenen wertvollen Beitrag zur Begriffsdeskription leisten. Die in den Disziplinen auffindbaren Überlegungen sollen in der weiteren Forschungsarbeit Berücksichtigung finden, indem ihre Relevanz zur Klärung der Bedeutung von Intuition im pflegerischen Kontext diskutiert wird. Eine Definition von Intuition im Kontext von Philosophie oder Psychologie wird beispielsweise keinen hinreichenden Erklärungszusammenhang für intuitives Handeln von Pflegekräften in der ambulanten Pflege bieten. Das Ziel bildet in diesem Kapitel die Darlegung eines theoretischen Vorverständnisses. Die Deskription des Forschungsgegenstandes Intuition wurzelt in der Philosophie und Psychologie. Eine lange Tradition nehmen dabei philosophische Ansätze ein (Friesacher 2001: 164f).

2.1 Intuition in der Philosophie

In der zweieinhalb Jahrtausende umfassenden abendländischen Philosophiegeschichte nimmt der Intuitionsbegriff im Erkenntnisprozess unterschiedlich bedeutsame Rollen ein (Friesacher 2001: 164f; Hänsel 2002: 61). Im Folgenden werden die historisch weitreichenden und zugleich typischen Denkfiguren vorgestellt, die für ein theoretisches Vorverständnis erforderlich sind.

2.1.1 Die Entwicklung des Intuitionsbegriffes vom Hellenismus bis zur Neuzeit

Als philosophischer Terminus ist Intuition die lateinische Übersetzung aus dem Griechischen der Schrift von Proklos (412-485) durch Wilhelm von Moerbeke. Intuition als philosophischer Ausdruck steht in der Zeit des Hellenismus (300-30 v.u.Z.) synonym für ein intuitives Erkennen und ein schlagartiges Erfassen eines ganzen Gegenstandes im Gegensatz zur partiellen Erkenntnis. In der Spätantike erfährt der Begriff eine neue terminologische Prägung als ‚diskursives Denken' und wird inhaltlich neu gefüllt, bis Philon (20 v.u.Z-50 u.Z.) diskursives von intuitivem Denken trennt. Zahlreiche griechische Philosophieschulen der Antike (z.B. Philon, Plotin) verorten intuitive Erkenntnis im Reich des rein Geistigen als ‚reine geistige Schau' und als eines ‚höheren oder göttlichen Prinzips' (Hänsel 2002: 61; Ritter & Gründer 1976: 525). Auf der Grundlage der Intuition verfügt der Mensch über die Fähigkeit der Wahrnehmung, die das Materielle

und Weltliche transzendiert. Plotin bezeichnet diese Wahrnehmung als Sehen, als sinnliches Schauen, und wie beim Sehen ist in der Intuition das Erkannte anwesend. Der Intuitionsbegriff repräsentiert eine metaphysische Weltsicht. Dieses Intuitionsverständnis basiert darauf, dass intuitive Erkenntnis im Kern das Erkennen einer unbestimmten Ganzheit, das „schlagartige Erfassen des ganzen Erkenntnisgegenstandes im Unterschied zur nur „partiellen Erkenntnis“ (Mittelstraß 1984: 285) ist (Ritter & Gründer 1976).

Die grundlegende Unterscheidung von intuitiven und diskursiven Denkvorgängen findet sich auch bei den Aristoteles-Kommentatoren Themistios und Boethius. Der Unterschied beider Erkenntnisweisen besteht darin, dass mit Hilfe der Intuition ‚einfache Begriffe‘ erfasst werden und das diskursive Denken mehrere einfache Begriffe zusammensetzt oder trennt. In dieser Syntax täuscht sich wesensgemäß intuitives Erkennen nicht, denn Irrtum entsteht gerade durch die Synthese von Teilen oder durch die Analyse eines Ganzen (Ritter & Gründer 1976: 526).

Im 5. und 6. Jahrhundert wird Intuition als Lehre nahezu ausschließlich im Rahmen von Wissenschafts- und Methodenlehre eingeordnet. Die Griechen Syrianos und Proklos propagierten eine Lehre des Erkenntnisaufstiegs in die Seele durch intuitives Erfassen. Die Lehre der intuitiven Erkenntnis als höchste Erkenntnisstufe, auf der alles ein Ganzes bildet, wurde von von Kues (1401-1464) bis in die französische Platonrenaissance durch Champier und in England von Shaftesbury (1671-1713) rezipiert (Ritter & Gründer 1976: 526).

Zu Beginn des 14. Jahrhunderts stehen sich zwei Hauptpositionen zum Wesen der Intuition gegenüber. Duns Scotus (um 1265-1308) bezeichnet die intuitive Erkenntnis als vollkommenere gegenüber der abstraktiven Erkenntnis, weil die Erstgenannte ein Objekt als existierend unmittelbar in sich zu erreichen vermag, vorausgesetzt, das Objekt ist sichtbar vorhanden (Imbach 1994: 234). Von Ockham (um 1285-1349) fragt nach der Wissenschaftlichkeit theologischer Aussagen. Er kommt zu dem Ergebnis, dass der Akt der Erkenntnis nicht mit dem des Urteilens identisch ist. Dabei ist die Erkenntnis dem Urteil immer vorangestellt und der Grad der Gewissheit des Urteils hängt von dem Grad der Gewissheit der Erkenntnis ab. Wie Duns Scotus unterscheidet von Ockham zwei Formen der Erkenntnis, die abstraktive (im Sinne von rational) und die intuitive (Imbach 1994: 233ff).

Intuitive Erkenntnis ist Bezug, Anfang und Grundlage zu einem Erkannten, das keinen Zweifel über die Existenz oder Nichtexistenz des Erkannten zulässt. Gegenüber Duns Scotus vertritt von Ockham die theologiebasierte Position, dass Gott in seiner Allmächtigkeit eine Intuition eines nur Denkmöglichen und aktuell Nichtexistierenden bewirken könne. Intuition und Objekt können durch Gottes Allmacht unabhängig voneinander existieren. Deshalb kann Gott die Intuition eines Gegenstandes aufrechterhalten oder verursachen, auch wenn es den Gegenstand nicht mehr gibt. Darüber hinaus legt von Ockham dar, dass nur in intuitivem Erkenntnisvermögen komplexe Wahrheiten erfass-

bar sind, und durch intuitive Erkenntnis der erkennende Mensch in Beziehung zu seiner Umwelt steht (Imbach 1994: 233f).

Descartes (1596-1650) unterscheidet zwischen Intuition und Deduktion als zwei zulässige Wege der Erkenntnis. Intuition richtet sich auf die einfachen, durch sich selbst klaren Dinge, die keiner Erklärung bedürfen. Deduktion setzt ein, wenn Verknüpfungen dieser einfachen Dinge unterschiedlichen Grades vollzogen werden müssen. Gegenüber der Intuition bleibt die Deduktion nicht selbstständig; ihre Wahrheit reduziert sich auf die in den Deduktionen enthaltenen Intuitionen. Durch Intuition wird Undurchschaubares zum Prinzip der Durchschaubarkeit selbst (Peters 1975: 12, 44).

Descartes bestimmt intuitive Erkenntnis als ein leichtes Begreifen von uns bekannten Gegenständen durch einen aufmerksamen Geist und durch Gott als das vollkommenste Wesen. Durch Intuition sollen die Grundlagen der Wissenschaften gelegt werden. Mit Hilfe der Intuition sollen absolute oder auch einfache Wahrheiten erkannt werden. Dies erfordert eine analytische Zergliederung des Ganzen, bis man zum Absoluten gelangt (Friesacher 2008: 220). Durch die Analyse ist es möglich, ein Problem zu zergliedern und das entstandene Abgetrennte auf Bekanntes zurückzuführen. Auf diesem Weg wird das Problem weitestgehend vereinfacht. Das dabei entstandene Abgetrennte ist Gegenstand der Intuition. Als Beispiel für die Existenz von Intuition führt er an, dass ein Bewusstsein über bestimmte Dinge besteht, wie über die Kugel, die sich durch eine einzige Oberfläche charakterisiert. Laut Descartes gibt es weitere Einsichten solcher Art, nur der Mensch lehnt es ab, seinen Geist auf etwas derartig Einfaches zu richten. Als wahr bezeichnet Descartes alles das, was der Mensch klar und deutlich erfasst, z.B. die intuitive Gewissheit der eigenen Existenz. Diese Form der Intuition ist evident und bildet einen der wichtigsten Bestandteile der Philosophie Descartes (Hirschberger 1991: 93f; Peters 1975: 12; Specht 1994: 307f). Später wird von Husserl diese intuitive Erkenntnisform weiter entwickelt und als Wesensschau bezeichnet (Kap. 2.1.2).

Spinoza (1632-1677) unterscheidet vier Erkenntnisformen mit unterschiedlichen Vollkommenheitsgraden, wie das Wissen durch Hörensagen, z.B. den Tag der Geburt und das Wissen, das durch unbestimmte Erfahrung zustande kommt, z.B. der sichere Tod eines Menschen. Eine dritte Art des Erkennens ist jene, bei der das Wesen einer Sache aus einer anderen Sache erschlossen wird, z.B. vom Körper auf die damit verbundene Seele mit Hilfe von Vorstellungsvermögen. Als vierte Erkenntnisart nennt er ein Wissen, das aus dem bloßen Wesen einer Sache oder durch die unmittelbare Erkenntnis der nächsten Ursache dieser Sache begriffen wird. Diese vierte Erkenntnisart ist vollkommen und sicher, sie ist anzustreben, denn nur sie liefert wahre Erkenntnis. Der Geist ist dabei ein tätiges, spontan handelndes Vermögen. Dieser Verstand ist jedoch nicht das schließende, diskursive Denken, sondern Intuition (Hirschberger 1991: 133). Spinoza beschreibt die vierte Erkenntnisform als ‚scientia intuitiva', die vom göttlichen Wissen abgeleitet ist und relativ selten vorkommt (Hirschberger 1991: 133f). Sie stellt eine unmittelbare

Erkenntnis des Wesens einzelner Objekte dar und in ihr ist die Wirklichkeit gegeben (Ritter & Gründer 1976: 529).

Für Spinoza besteht der wesentliche Unterschied zwischen rationaler und intuitiver Erkenntnis darin, dass die rationale Erkenntnis mit Hilfe diskursiver Operationen voranschreitet, während die intuitive ohne weitere Operationen unmittelbar erkennt. Das Besondere der von Spinoza geprägten intuitiven Erkenntnis liegt nicht nur darin, dass Gegenstände und ihr Wesen intuitiv verstanden werden, sondern dass die intuitive Erkenntnis einen prozedierenden Charakter aufweist (Schmidt 1975: 62f). Sie ist bestimmt als solche, „die prozediert; und zwar fortgeht vom Wesen der Attribute der Substanz auf das Wesen der Dinge." (Schmidt 1975: 63). „Jener Umschlag aber von rationaler in intuitive Erkenntnis ist die Intuition selbst; es wird plötzlich klar, daß alles, was die ratio nur als Allgemeines des einzelnen fixiert hatte, in Wahrheit Attribute und unendliche Modi der Substanz, in letzter Instanz diese selbst ist." (Schmidt 1975: 69). In diesem Sinne könnte die rationale Erkenntnis – insbesondere die naturwissenschaftliche – als eine Propädeutik der intuitiven Erkenntnis gelten (Schmidt 1975: 63-69).

Wesentliche Beiträge zum Intuitionsverständnis leistet Locke (1632-1704) in Anlehnung an Descartes. Er zeichnet ein Modell für drei Erkenntnisarten, wobei Intuition die hervorragende, klarste und sicherste Form der Erkenntnis darstellt. Bloße Intuition, ohne Vermittlung weiterer Ideen, vorausgegangener Kenntnisse oder Erfahrungen ermöglicht dem Geist das Erfassen von einfachen Wahrheiten. Intuitives Wissen entsteht ohne Mühe, einfach dadurch, dass der Geist sich der Wahrheit zuwendet. Die Wahrheitserkenntnis verbleibt im menschlichen Bewusstsein und bildet dort eine Grundlage für weitere Vorgänge. Das demonstrative Erkennen, die zweite Erkenntnisart, ist ebenfalls ein von Erfahrung unabhängiges Verfahren, das als schrittweise, mühevolle Analyse und als Vergleichen verstanden wird. Zur Wahrheitserkenntnis benötigt der menschliche Geist eine vermittelnde Instanz; erst auf diskursivem Weg entsteht Erkenntnis. Dieses Verfahren von Analyse, Vergleich und Vermittlung ist laut Locke schwer überschaubar und damit weder klar noch sicher. Diese dritte Erkenntnisart beschreibt Locke als sensitive, sinnliche Erkenntnis (Hirschberger 1991: 210f; Ritter & Gründer 1976: 530).

In der deutschen Philosophie unterscheidet Leibniz (1646-1716) symbolisches vom intuitiven Erkennen. Aus vielen Merkmalen zusammengesetzte Dinge, die in ihrem Wesen ursprünglich sind, können nur in intuitiver Erkenntnis erkannt werden. Die Erfassung aller anderen Dinge beschreibt Leibniz als blinde, symbolische Erkenntnis. Kant (1724-1804) erklärt Leibniz' Entgegensetzung von symbolischer und intuitiver Erkenntnis für falsch. Aus seiner Perspektive ist die symbolische nur eine Art der intuitiven Einsicht. Die symbolische Vorstellungsart kommt durch Vernunft und z.B. durch Regelvergleich zum Tragen. Intuitiven Verstand bezeichnet eine göttliche, intellektuelle Urform. Für die nachkantinische Zeit liefert die philosophische Literatur zum Intuitionsbegriff nur wenig Informationen. Der Grund dafür liegt im Wesentlichen in der terminologischen Änderung des Intuitionsbegriffes in den der ‚intellektuellen Anschauung' (Ritter & Gründer 1976:

531f). Schopenhauer (1788-1860) greift später die Unterscheidung der intuitiven und abstrakten Erkenntnis, wie Duns Scotus sie prägte, auf. Im Gegensatz zu Kant erhebt Schopenhauer den Verstand zum Organ der unmittelbaren, intuitiven Erkenntnis. Das intuitiv Erkannte kann durch Reflektion zu abstraktem Wissen werden. Die Vernunft gibt dem Wissen eine andere Form, durch die diese Art der Erkenntnis eine implizierte praktische Form erfüllt. Die Vernunft erweitert somit nicht das Wissen. Der Philosoph von Hartmann (1842-1906) widerspricht den Ideen Schopenhauers. Er warnt ausdrücklich vor der Herabsetzung der bewussten Erkenntnis, denn diese unterliegt weniger der Gefahr des Irrtums als die Intuition. Intuition wird wie diskursives Denken durch logische Schlüsse bestimmt, jedoch charakterisiert sich Intuition durch ein ‚momentanes Erfassen'. Es ist das Verdienst von von Hartmann, den Prozess intuitiven Erkennens und Urteilens als intersubjektiv unkontrollierbar, undiskutierbar und unkommunizierbar zu beschreiben (Ritter & Gründer 1976: 533f).

In der philosophischen Disziplin entwickelte sich auf der Grundlage von Descartes der Intuitionismus als philosophische Richtung. Das Bestreben lag darin, Intuition als einzige oder hauptsächliche Quelle des Wissens anzuerkennen. Zu Beginn des 18. Jahrhunderts bildete sich eine schottische Schule heraus, deren Vertreter u.a. Reid, Stewart und Hamilton waren. Sie versuchten, mit Hilfe einer Liste evidenter Sätze Intuition zur Grundlage der Philosophie zu machen (Ritter & Gründer 1976: 540). In der Mitte des 18. Jahrhunderts entwickelten Shaftesbury (1671-1713), Hutcheson (1694-1747) und Jacobi (1743-1819) Ideen, die die Sicherung metaphysischer Ansätze in den Mittelpunkt stellte. Die unmittelbare Evidenz der Existenz Gottes war dabei vordergründig. Diese Denktradition kann als ethischer Intuitionismus bezeichnet werden. In dessen Mittelpunkt steht die moralische Erkenntnis auf Grund derer man sich seinen Mitmenschen verbunden fühlt. Die Philosophen des ethischen Intuitionismus geben keine Hinweise dafür, dass oder wie die moralische Erkenntnis überprüft oder begründet werden kann (Hügli & Lübcke 1997: 327; Ritter & Gründer 1976: 541). Für die Kritiker des Intuitionismus gilt dieser Ansatz als gefährliche Theorie, die die Menschen in der Illusion bestärkt, dass das, woran sie unerschütterlich glauben, deshalb auch wahr sein müsse (Birnbacher 1995: 140).

2.1.2 Der Intuitionsbegriff bei Bergson und Husserl

Beeinflusst von Schopenhauers Ideen nimmt der französische Philosoph Bergson den Intuitionsbegriff Anfang des 20. Jahrhunderts wieder auf, erweitert ihn und gibt ihm einen zentralen Platz in seiner Lebensphilosophie. Damit leistete Bergson die derzeit vermutlich umfassendste und bekannteste Abhandlung zum Thema Intuition (Friesacher 2001: 164). Terminologisch behält Bergson die Unterscheidung von intuitiver und symbolischer Erkenntnis bei. Intuition versteht er als Erkenntnis, die es dem Bewusstsein ermöglicht, in das Innere eines Gegenstandes vorzudringen (Pflug 1995: 308). Durch Introspektion, in der eine innere absolute Erkenntnis des Ichs durch das Ich erfolgt, schließt Bergson

auf die Möglichkeit, sich Kraft der Intuition gedanklich in ein Ich-fremdes Sein zu projizieren. Dabei ist Bergson der Überzeugung, dass intuitives Verstehen die Bedeutung eines Gegenstandes vermittelt. Dieser entsteht durch die zugeordnete Zeit, die er als ungeteiltes Kontinuum versteht, in dem sich Leben entfaltet, einem Strom vergleichbar. Intuition erfüllt die Aufgabe, sich eins mit diesem Strom zu wissen, während Intelligenz sich auf die Bezwingung bedeutungsloser Materie richtet (Ritter & Gründer 1976: 535). Das Muster für diese intuitive Erkenntnis bildet die Erfahrung, z.B. der Bewegung, die als raumzeitlicher Vorgang verstanden werden kann. Intuition kann beispielsweise den unmittelbar hinter der Bewegung stehenden Impuls erfassen und ist in einem mehrfachen Akt des Nachvollzugs in der Bewegung enthalten (Pflug 1995: 308). Bergson spricht der Intuition nicht nur die Fähigkeit zu, den seelisch-geistigen Wirkungsbereich zu erfassen, sondern gibt ihr auch eine leibperzeptive Komponente. Er spricht der Intuition die Fähigkeit zu, den seelisch-geistigen Wirkungsbereich zu erfassen. Demgegenüber ist der naturwissenschaftliche Verstand ausschließlich für die materiell-physikalische Welt zuständig. Er lässt damit allen Erkenntnisarten ihre Berechtigung (Friesacher 2001: 164f; Friesacher 2008: 220). Bergson gilt als einer der wenigen Denker, der in einer Phase des allgemeinen naturwissenschaftlichen Fortschrittsglaubens einen metaphysischen Ansatz vertrat (Pflug 1995: 298).

Bergson entwickelt den Intuitionsbegriff zu einer umfassenden philosophischen Methode. Er betont den Gegensatz zwischen der diskursiven Methode der Wissenschaft und dem intuitiven Verfahren, ohne jedoch die wissenschaftliche Analyse von Fakten, d.h. ohne die Einzelerkenntnis als Voraussetzung der philosophischen Erkenntnis aufzugeben (Ritter & Gründer 1976: 540). Nur wenn die Fülle von Einzeltatsachen und -erkenntnissen aufgenommen wurde, ist der Mensch in die Lage versetzt, intuitiv die Oberfläche zu durchbrechen und zum Kern vorzustoßen (Pflug 1995: 311).

In der Entwicklung des Intuitionsbegriffes entwirft Husserl (1859-1938) aus philosophischer Perspektive neue Denkfiguren. Er greift die transzendentale Funktion der Intuition, wie sie in der Spätantike dargelegt wurde, und Ideen von Descartes wieder auf und spricht ihr bei der Erkenntnisgewinnung eine eigene, fundamentale Rolle zu. Im Wissen um den Gegensatz von leerem, sachfernem, bloß symbolischem Denken und intuitivem Denken, versteht er Intuition anders als die Philosophen vor ihm (Marbach 1999: 24f). Er versteht sie als ‚reine Wesensschau', die auf einer ‚eidetischen Reduktion' und erfahrungsgestützten Tatsächlichkeiten basiert. Damit wendet er sich gegen das Vorurteil, dass nur Individuelles anschaulich sein könnte. Auch ein Allgemeines „kann bald unklar bedacht und beredet, bald klar und in voller Intuition als es selbst, und als seiendes Allgemeines erschaut und erfasst sein." (Ritter & Gründer 1976: 536).

Das allgemeine Wesen, das ‚Eidos', kann intuitiv in Erfahrungs- aber auch in Fantasiegegebenheiten beispielhaft erläutert werden. Husserl fokussiert Erfahrung im Kontext der Wesensintuition und wendet sich gegen die Abstraktion als ausschließliche Erkenntnisquelle (Ritter & Gründer 1976: 536). In der ‚Wesensschau' der Phänomenologie ist

die Methode erkennbar, den Gegenstand von Wissenschaft und Philosophie in einer vom diskursiven Denken und von empirischer Wahrnehmung unabhängigen Erfahrung unmittelbar zu erfassen. Die ‚eidetische Variation' als philosophische Methode bedeutet für Husserl: sich zu einem Gegenstand und seinen unterschiedlichsten Möglichkeiten der Veränderung zu denken und dabei zu prüfen, bis zu welcher Grenze der gedachte Gegenstand seine Identität, sein Wesen behält. Laut Husserl kommt dieser Prozess einer direkten inneren Anschauung am nächsten, und so nannte er ihn Intuition. Husserls Phänomenolgie schöpft alle Feststellungen apriori aus reiner, immanenter Intuition. Das transzendentale Moment in Husserls Ideen liegt darin begründet, dass mit der ‚eidetischen Reduktion' nicht nur empirische Gegenstände betrachtet werden können, sondern auch Bedingungen und intentionale Erlebnisse, unter denen Erkenntnis und Erfahrung möglich ist (Hänsel 2002: 62; Held 1995: 280). Die ‚Wesensschau', d.h. das Wesentliche herauszuheben und das Nebensächliche in Bewusstseinsinhalte einzuklammern, bildet den Kernbegriff der Philosophie Husserls. Wesensschau ermöglicht den direkten Zugang zur Wesensstruktur eines Gegenstandes. Jede originär gegebene Anschauung ist eine Quelle der Erkenntnis. Was sich in der Intuition, d.h. in der leibhaftigen Wirklichkeit darbietet, muss als das betrachtet werden, was es ist und als was es sich darstellt, aber auch in den Grenzen, in denen es sich darstellt (Marbach 1999: 25).

Im Gegensatz zu Bergson ist im Kanon der Phänomenologie keine Einzelerkenntnis notwendig, um den Kern einer Sache zu erfassen (Held 1995: 311). Nach Husserl ist Intuition Evidenz, d.h. das Selbsterscheinen eines Seins, das sowohl ein Ding als auch ein Wert sein kann (Ritter & Gründer 1976: 541).

In Groces Geistphilosophie, die in dem Satz: „Es gibt nichts, was nicht eine Manifestation des Geistes wäre" (Ritter & Gründer 1976: 537) seinen markantesten Ausdruck findet, ist Intuition die Form allgemeiner theoretischer Aktivität, die Erkenntnis aus Fantasie, die in Kunst gipfelt. Daneben existiert als zweite Form das intelligente, logische Denken. Die Besonderheit der Groceschen Ideen liegen darin, dass Intuition gegenüber dem logischen Denken nicht nur für autonom erklärt wird, sondern auch in unmittelbaren Kontext zur schöpferisch geistigen Tätigkeit des Menschen gesetzt und deshalb geradezu mit der ‚Expression' identifiziert wird. Für Groce ist Intuition als die ‚Expression einer Impression' das Wesen der Kunst schlechthin (Ritter & Gründer 1976: 537).

2.1.3 Kritische Positionen zum Intuitionsbegriff

Gegen die philosophischen Betrachtungen von Bergson und Husserl richtet sich Schlick (1882-1936), indem er auf die Divergenz von Intuition und Erkenntnis hinweist. Nach Schlick ist jede Erkenntnis zweistufig. In der ersten Stufe benötigen wir das Denken im Sinne von Ordnen und Zuordnen von Dingen. In der zweiten Stufe gibt es die Intuition, welche nur als unvermittelte Beziehung zu einem betrachteten Gegenstand existiert. Einerseits werden in der Intuition Gegenstände oder die Welt angeschaut, andererseits

erklärt oder begreift der Mensch nichts mit Hilfe der Intuition, sondern nur mittels Denken. Intuition hat mit Erkenntnis nichts Gemeinsames. Der Fehler der Intuitions-Philosophen besteht nach Schlick darin, dass sie Erkennen und Kennen miteinander verwechseln (Ritter & Gründer 1976: 537; Schlick 1918).

Der Philosoph Wittgenstein (1889-1951) setzt sich besonders in seinem ersten Werk ‚Tractatus logicophilosophicus' mit der Sprache als Werkzeug auseinander und vertritt die Auffassung, viele Probleme der Philosophie entstünden durch sprachliche Ungenauigkeit. In dem Werk der ‚Philosophischen Grammatik' schließt er neben der Sprache noch die Logik mit ein, indem er sagt: „Was man als Begründung einer Behauptung auffasst, das konstituiert den Sinn der Behauptung." (Wittgenstein in Helme 1995: 357). Er stellt den Intuitionsbegriff in den Kontext eines ‚Sprachspiels', das gesellschaftliche Verständnisse und Gewohnheiten im Umgang mit dem Begriff repräsentiert. Der verwendete Intuitionsbegriff wird zu einer Erklärungskonvention. In der Logik Wittgensteins bedeutet es, dass die den Intuitionsbegriff verwendenden Philosophen keine treffendere Erklärung für das Zustandekommen von einer solchen oder ähnlichen Erkenntnis finden. In diesem Sinne nennt Wittgenstein (1984: 349) Intuition „eine unnötige Ausrede". Stumpf wendet gegen Husserls Ideen ein, dass solche Intuitionen bequem und leer seien, weil sie nur auf liebgewonnene Bewusstseinsinhalte schauen (Hirschberger 1991: 599).

Darüber hinaus zweifelt Wittgenstein an dem unmittelbaren Anspruch auf Wahrheit, die der intuitiven Erkenntnis zugeschrieben wird. Wenn Intuition zur wahren, richtigen Erkenntnis führt und leitet, so kann sie gleichsam auch irreleiten und der Geleitete kann richtig und falsch nicht voneinander trennen. Wittgenstein fordert eine Überprüfung der Intuition durch weitere Schritte der Erkenntnisgewinnung innerhalb der philosophischen Disziplin (Helme 1995: 346, 358; Wittgenstein 1984: 349).

Die Vertreter des Kritischen Rationalismus, besonders Popper und Albert betonen die Vorläufigkeit und Endlichkeit des menschlichen Erkennens und präferieren jederzeit überprüfbare und gegebenenfalls revidierbare Erkenntnisse. Die in der Intuition implizierte Gewissheit und die intuitiv gewonnene, ‚selbstfabrizierte' Erfassung der Wirklichkeit erscheint den Kritikern wertlos gegenüber verifizierten Ergebnissen (Ritter & Gründer 1976: 537). Gegen die Dominanz des Szientismus wendet sich Goldberg (1995: 11ff). Naturwissenschaft, Rationalität und Intuition sind symbiotisch miteinander verbunden, denn sie ergänzen sich und sind Teilelemente der Erkenntnis. Der Mensch gelangt nicht durch ausschließlichen Einsatz des Verstandes zur Wahrheit. Goldberg warnt vor Dichotomien, in denen beim Wahrnehmen formaler Logik auf das Fehlen von Intuition geschlossen wird und umgekehrt. Zum einen begünstigt Intuition rationales Denken und wertet dessen Ergebnisse, beispielsweise indem durch Intuition insbesondere induktive Schlussfolgerungen, Erkenntnisse oder Bewertungen möglich sind, die Zwischenstufen bei rationalen Denkvorgängen überspringen. Zum anderen kann rationales Denken Intuitionen analysieren, verifizieren und verwertbar machen (Goldberg 1995: 11-40, 124f).

2.1.4 Zusammenfassung und Relevanz für das Forschungsvorhaben

Gemeinsam ist den beschriebenen philosophischen Denkansätzen das Bestreben, die Ganzheit und die Unmittelbarkeit des Intuitionsphänomens als einen eigenen Erkenntnisakt zu begreifen und philosophisch fruchtbar zu machen (Hügli & Lübcke 1997: 541). Im Verlauf der Geschichte der Philosophie diente Intuition zur Bezeichnung unterschiedlicher Erkenntnisformen, denen die drei folgenden Elemente gemeinsam sind:

- Während intuitive Erkenntnis als ‚geistige Anschauung' oder als ‚Zugang zur grundlegenden Wahrheit' unmittelbar und direkt erfolgt, bezeichnet das Diskursive die Erkenntnis durch Zwischenglieder und Schlussfolgerungen. Diese auf Abgrenzung beruhenden Definitionen werden von den Denkern der Antike, des Mittelalters bis hin zur Neuzeit wiederholt. Die Bedeutung der abgegrenzten Bereiche Intuition versus Diskursivität variieren.
- Die intuitive Erkenntnis wird durch eine eigentümliche Anwesenheit des Erkannten charakterisiert.

  Mit der Intuition ist der Abstand zwischen Erkenntnis und Erkanntem überwunden. Einige Philosophen wie Leibniz und Husserl verstehen das Erkannte im eigentlichen, unmittelbaren Sinne. Philosophen wie Descartes oder Locke fassen Intuition im übertragenen, z.B. durch Gott geleiteten Sinne auf.
- Der intuitiven Erkenntnis wird in einem bestimmten Maß Wahrheit und Sicherheit zugesprochen.

Dabei werden der Wahrheitsanspruch und die Zuschreibung von Fehlerlosigkeit unterschiedlich dargestellt: Intuitive Erkenntnis täuscht sich nicht oder sie wird als vollkommen bezeichnet oder sie wird als evident erachtet (Hügli & Lübcke 1997: 325).

Unabhängig von den gemeinsamen Merkmalen werden dem Intuitionsbegriff verschiedenartige Erkenntnisleistungen zugeschrieben, sodass Intuition folgende unterschiedliche Bedeutungen einnimmt:

- Intuition als geistige Einsicht in das Wesen oder die Idee der Welt, im Gegensatz zum Verstand

  Dieses Intuitionsverständnis findet vor allem in der platonischen Tradition und bei Spinoza seinen Höhepunkt. Intuition ist meist die höchste Erkenntnisform in mehrstufigen Modellen.
- Intuition als Einsicht in das Nichtzusammengesetzte und Einfache

  Descartes verwendet diese Bedeutung, indem er empfiehlt, ein Problem zu analysieren und in immer einfachere Elemente zu zerlegen. Am Ende stehen selbsteinleuchtende Wahrheiten. Auch für Leibniz dient Intuition der Erkenntnis ursprünglicher,

einfacher Begriffe und Wahrheiten, die für alle komplexen Begriffe die Grundlage bilden. Locke zufolge beruht Erkenntnis auf einer Verknüpfung von Ideen. Mit Hilfe der Intuition lassen sich nun die einfachsten Verknüpfungen von Ideen erkennen. Die Erkenntnis komplexer Ideen und ihrer Verknüpfungen erfordern dagegen diskursive Beweise.

- Intuition als das in der Anschauung oder Erfahrung des direkt Gegebenen

  Bergson und Husserl sprechen explizit von einer intuitiven Erkenntnis in das Innere von Gegenständen und in ihr Wesen oder von der Wesensschau.

- Intuition als Erfahrung (Erfassen) des Gegenstandes (Objekt) in seiner Ganzheit, im Gegensatz zu teilbezogenen Einzelerfahrungen und ihrer nachträglichen Zusammenfügung

  Intuition wird als Erfahrung des direkt oder unmittelbar Gegebenen einer Ganzheit verstanden. Die Philosophen der Spätantike sowie auch Bergson und Husserl verwenden intuitive Erkenntnis in dieser Syntax (Hügli & Lübcke 1997: 325f).

Die Bewertung der philosophischen Erkenntnisse zum Intuitionsbegriff orientiert sich an dem unter Kapitel 1 vorgestellten Handlungsfeld der Pflege und erfolgt in Bezug auf den Forschungsgegenstand. Es kann als Ergebnis festgehalten werden:

Der Bedeutungsschwerpunkt des Intuitionsbegriffs liegt in der transzendentalen Funktion der Intuition, d.h. in der Ideen- und Wesensschau, als ganzheitliches Erfassen. Intuition wird in der Philosophie im Erleben, z.B. als Wahrheit und als Ergebnis eines zwei-, drei- oder vierstufiger Prozesses und als Funktion, z.B. als Ideenschau beschrieben.

Der philosophische Intuitionsbegriff konzentriert sich auf die Ebene der Erkenntnis, während Handlungen und deren Bedeutungen weniger berücksichtigt werden. Im Forschungsverlauf soll jedoch nicht nur die Ebene der Erkenntnis und des Erlebens, sondern auch die Ebene pflegerischer Aktion und Interaktion untersucht werden.

Intuition im Kontext kreativen Schöpfertums kann auch auf das praktische Handeln von Pflegekräften übertragen werden. In deren Alltag kann es zur Erkenntnis von Neuem bei Einzelfallentscheidungen kommen. Auch in komplexen Situationen sind kreative Lösungen gefordert, z.B. um vertraglich vereinbarte Verrichtungen situativ der Befindlichkeit der Pflegebedürftigen anzupassen (Kap. 1.2.5).

Die kritischen Stimmen zum Intuitionsbegriff, wie von Wittgenstein und Stumpf, wurden bisher aus philosophischer Perspektive nicht eindeutig widerlegt und stellen im Sinne einer kritischen Reflextion für die Datenauswertung (Kap. 5.3) eine Folie dar. Dies impliziert, intuitive Erkenntnisse der Pflegenden unvoreingenommen zu erfassen.

Die Begriffsbestimmungen von Intuition in der Philosophie beeinflusst maßgeblich eine Annäherung an das Phänomen Intuition in der ambulanten Pflege. Jedoch liefern die philosophischen Erkenntnisse nicht allein und nicht umfassend den benötigten Er-

klärungszusammenhang, um das Phänomen Intuition als Bestandteil pflegerischen Handelns in der ambulanten Pflege zu beschreiben. Das Hauptaugenmerk der Philosophie liegt in der Erklärung und Anschauung der Welt durch verschiedene Zugangsweisen, in dem Streben nach Wahrheit und der Erfassung der Wirklichkeit (Hügli & Lübcke 1997: 491). Die philosophische Disziplin verfolgt Absichten und Zielsetzungen im Rahmen ihrer Forschung (z.B. die Frage nach der Erkenntnis), die vom Fachgebiet Pflege divergieren. Es ist zu vermuten, dass gerade die Kombination von face-to-face und body-to-body als ein Kennzeichen pflegerischer Arbeit (Kühne-Ponesch 2000) ebenso wie die Tatsache, dass Produktion und Konsumption dieser Dienstleistung zeitgleich stattfinden, für die Kennzeichnung von intuitivem Handeln bedeutsam ist.

2.2 Intuition in der Psychologie

Mit der Entwicklung der Psychologie zum eigenständigen Fachgebiet wurden dem Intuitionsbegriff anfänglich Ideen und Erkenntnisse aus dem Bereich der Philosophie zu Grunde gelegt (Ausfeld-Hafter 1999: 137). Beispielsweise orientierte sich Berne (1910-1970) an dem Intuitionsbegriff von Aristoteles als Verarbeitung von Einfachem, von Sinneswahrnehmungen (Schmid, Hipp & Caspari 1999: 101). Im Folgenden werden die weit reichenden Denkfiguren zum Forschungsgegenstand aus der Disziplin der Psychologie dargelegt und die wesentlichen Erkenntnisse auf ihre Relevanz für das Forschungsvorhaben beschrieben.

2.2.1 Verstehende Psychologie

Der Begriff der ‚verstehenden Psychologie' wurde vom Philosophen Dilthey (1833-1911) als Bestandteil der geisteswissenschaftlichen Lebensphilosophie geprägt und in Gegensatz zu den Naturwissenschaften gestellt. Das Verstehen kann als Erfassen, Begreifen, Einsicht oder als wissenschaftliche Methode gelten, die es ermöglicht, die geistige Welt von Menschen, die sie selbst geschaffen haben und in der sie leben, zu deuten und zu erforschen (Balmer 1982: 108). Diltheys verstehende Psychologie verfolgt das Ziel, das Erfassbare im Erleben und das Gegebene z.B. von Handlungen, Gebärden oder auch Texten in den Mittelpunkt des Interesses zu stellen (Ineichen 1995: 196f). Sein Schüler Spranger beschreibt das Verstehen als ein intuitives Verfahren. Ausgangspunkt seiner Überlegungen ist die Annahme, dass dem Individuum nur ein kleiner Ausschnitt der Wirklichkeit unmittelbar gegenwärtig sein kann und der verbleibende Rest ergänzt wird. Dabei findet nicht nur ein Hineinversetzen in ein anderes Lebensganzes statt, sondern auch das Zusammentragen und in Beziehung setzen von Einzelheiten zu einem unbestimmten skizzenhaften Gebilde. Dieses Verfahren nennt Spranger intuitiv. Intuition versteht er als lebendige Erfahrung, die dazu dient, unmittelbar und unbewusst sich gestaltende

Einheiten zu erfassen. Dabei liegt der Ursprung des Erfassens oder Welterkennens in einer verborgenen Lebensgesetzlichkeit im Menschen selbst, d.h. der Mensch verfügt über eine ‚uranfängliche Phantasietätigkeit', die zum Welterkennen beiträgt (Spranger 1911: 150).

Dilthey und Spranger verstehen Intuition als Erkenntnisart, die sich zugleich als Erkenntnismethode eignet. Heute vertreten Wissenschaftstheoretiker gleichfalls die Auffassung, dass die Perspektive und die Persönlichkeit des Forschers die Erforschung von Phänomenen psychischer Wirklichkeit mit bestimmen (Morgenthaler 1979: 13).

2.2.2 Intuition im psychoanalytischen und -therapeutischen Prozess

Berne, Begründer der Transaktionsanalyse, orientierte sich in seinem Aufsatz „Das Wesen der Intuition" an der Frage, wie Menschen zu Urteilen über die Wirklichkeit gelangen. Neben Logik und nichtsprachlichen Vorgängen beschreibt Berne als weitere Form einen primär unterbewussten Prozess. Dieser stellt eine Synthese aus sublimen Wahrnehmungen dar, wobei Wahrnehmung und Synthese unterhalb der Bewusstseinsschwelle stattfinden. Diese Urteilsform bezeichnet er als Intuition (Berne 1991: 33f). Berne legt dar, dass die Hauptvoraussetzung zur Erfahrung eigener Intuitionen ein Zustand der Wachsamkeit und Empfänglichkeit mit nach außen gerichteter Aufmerksamkeit darstellt. Situationen der Angst lassen Intuitionen scheitern. Sie entsteht beispielsweise, wenn intuitive Fähigkeiten des Intuitierenden auf die Probe gestellt werden. Die Genauigkeit intuitiver Voraussagen geht mit Erfahrung einher (Berne 1991: 39-55; Schmid, Hipp & Caspari 1999: 115). Auf Grund seiner praktischen Arbeit und seiner Überlegungen prägt Berne folgenden Intuitionsbegriff: „Intuition ist Wissen, das auf Erfahrung beruht und durch direkten Kontakt mit dem Wahrgenommenen erworben wird, ohne dass der intuitiv Wahrnehmende sich oder anderen genau erklären kann, wie er zu der Schlussfolgerung gekommen ist." (Berne 1991: 36).

Der Begriff des ‚Wissens' wird aus wirklichkeitskonstruktiver Perspektive durch den des ‚Urteilens' ersetzt (Schmid, Hipp & Caspari 1999: 101). Intuition meint demnach ein Urteilen über die Wirklichkeit, ohne dass der Beurteilende weiß, wie er sein Urteil gebildet hat und häufig ohne den Vorgang verbalisieren zu können. Die Urteile zeigen sich implizit in den Handlungen, die daran orientiert sind.

Berne unterscheidet zwischen der Fähigkeit des Wissens und der Verbalisierung von Wissen. In den Handlungen des Menschen ist erkennbar, dass der Wahrnehmende auf etwas reagiert und sich so verhält, als wüsste er etwas. Während mit Hilfe von Intuition die Beurteilung komplexer Zusammenhänge einfach erscheint, ist wiederum die Erörterung der dazugehörigen psychischen Vorgänge kompliziert. Intuitive Prozesse sind im psychologischen Kanon integrativ, während sprachliche Vorgänge additiv sind. Berne geht davon aus, dass die Psyche des Menschen Eindrücke und Vorgänge der verschiedensten

Wirklichkeitssphären, wie Körpereindrücke, Ausstrahlungen und Ahnungen, schnell und unabhängig (z.B. von der Übersetzung in Sprache) direkt integriert und zu einem Urteil kombiniert. Dadurch wird unmittelbar Komplexitätsreduktion möglich und Handlungsfähigkeit hergestellt (Berne 1991: 75, 104ff; Schmid, Hipp & Caspari 1999: 102).

Intuitionen sind das Ergebnis präverbaler Vorgänge ohne präzise Terminologie, die unbewusst wirken, beständig ablaufen und in der Urteilsbildung zugleich spontaner, genauer, raffinierter und zuverlässiger sind als bewusste diagnostische Prozesse (Berne 1991: 67-76, 129). Weiterhin schlussfolgert Berne (1991: 62ff):

- Intuitive, unterbewusste Prozesse können empirisch untersucht werden.
- Intuition kann als Grundlage kreativen Denkens betrachtet werden.
- Intuitive Funktionen sind nützlich, wertvoll und logisch vieldeutig.
- Intuitive Urteile haben einen größeren Einfluss auf Realitätsurteile, als ihnen in der Gesellschaft zugestanden wird.

Zugleich erkennt Berne (1991: 21, 62) in Anlehnung an Wittels an, dass auf Intuition gegründete Urteile sehr verzerrt und irreführend oder auch befangen oder unbefangen, konventionell oder kreativ, weitsichtig und/oder versponnen (Gautier-Caspari 1994) sein können.

Ein wesentliches Ziel der Psychoanalyse liegt darin, psychische, meist unbewusste Konflikte des Klienten bewusst zu machen. König beschreibt die Psychoanalyse als ein „ständiges Wechselspiel von voraussetzungslosem Aufnehmen innerer und äußerer Wahrnehmungen und gezielter Aktualisierung von Wissen und bewusster Hypothesenbildung." (König 1996: 337). Den ersten Endpunkt des Wechselspiels bildet die gleichschwebende, ungerichtete Aufmerksamkeit, die zunächst vom Analytiker fordert, sich unbefangen, absichtslos, überraschungsbereit und voraussetzungslos dem Unbewussten als empfangendes Organ zuzuwenden (Freud 1912). Die gleichschwebende Aufmerksamkeit ist beweglich und nutzt vorbewusste, blitzschnelle Einfälle aus dem Unterbewusstsein. Diese Einfälle auf der Grundlage gleichschwebender Aufmerksamkeit können empirisch verschiedenen Stilen u.a. dem intuitiven Stil und laut König „impliziten Privattheorien" (König 1996: 347) zugeordnet werden. Reik (1976: 309ff) benennt eine allem weiteren vorausgehende Intuition als die passive Fähigkeit des Analytikers, der durch unbewusste Kommunikation die Gedanken des anderen gelesen hat.

Den zweiten Endpunkt des o.g. Wechselspiels stellt die Gegenübertragung als bewusstes Heranziehen von Vorwissen über den Patienten dar. In der Gegenübertragung bringt der Analytiker in die Behandlung sowohl unbewusste Anteile und Reaktionen als auch sein Vorwissen zu dem Klienten und seine Wahrnehmungen sowie Emotionen gegenüber dem Klienten ein (Heise 1999: 72; Lampl-de Groot 1967: 74). Rentrop (1987: 142f) beschreibt als existentielle Ursache intuitiver Erkenntnisse eine Kombination von vor- oder bewussten Mikrowahrnehmungen sowie von projektiven Mechanismen. Insbesondere bei

der Wahrnehmung von Aussagen, Handlungen oder auch Persönlichkeitsmerkmalen des Klienten ergänzt der Analytiker diese durch Interpretationen und Schlussfolgerungen in Bezug auf Gefühle, Motive und Einstellungen, die teilweise unbewusst im Analytiker selbst begründet liegen. Auf Grund der unbegrenzten Vielfalt menschlicher Erfahrung vermutet Bullmer (1978: 43), dass auch eine unbegrenzte Vielfalt menschlicher Interpretationen und Schlussfolgerungen existieren, die richtig oder falsch sein können. Der Therapeut kann auf der Grundlage der Gegenübertragung intuitiv Situationen erfassen und deuten (Rentrop 1987: 142). Laut Greenson (1975) können diese Intuitionen ohne Korrektur z.B. durch objektives Wissen irreführend sein.

Zahlreiche Psychoanalytiker und -therapeuten betrachten Intuition als eine wesentliche Voraussetzung zur Berufsausübung und schreiben ihr als Erkenntnisform eine bedeutsame Funktion zu (Rentrop 1987: 139). Psychoanalytiker berufen sich auf die Komplexität der Phänomene und ihre intuitive klinische Beobachtung, wenn allgemeine Regeln oder Methoden für den Arbeitsprozess des Psychologen aufgestellt werden sollen (Balmer 1982: 101).

Eine wesentliche Schwierigkeit der psychoanalytischen Praxis besteht darin, dass die intuitiven Prozesse diagnostischer Entscheidungsfindung und therapeutischer Interventionen auch durch differenzierte Prozessmodelle momentan nicht hinreichend erfasst werden können (Beerlage & Fehre 1990: 3). Somit können intuitive Prozesse nicht systematisch zur praktischen Anwendung vermittelt werden. In diesem Kontext wird die praktische Tätigkeit des Psychologen als intuitive Kunst postuliert. Kritisch wird diese Kunstform dahingehend aufgenommen, dass ein Fehlen angemessener Modelle für solche komplexen Problembereiche kein hinreichender Grund dafür sein kann, die Tätigkeit des Psychotherapeuten in den Bereich der Kunst zu verweisen (Grawe 1982: 132). Ähnliche Diskussionen werden in der Medizin (Kap. 2.3.1), Pädagogik (Kap. 2.5.1) und Pflege (Kap. 3.3) geführt.

2.2.3 Intuition als Teil menschlicher Grundfunktion

Für den Psychologen Goldberg (1988: 126, 182) ist C. G. Jung von allen einflussreichsten Theoretikern der modernen Psychologie derjenige, der sich am intensivsten mit dem Intuitionsphänomen auseinandersetzte (auch Zeuch 2003: 19). Es ist das Verdienst Jungs, den individuellen Geist mit universalen Grundfunktionen zu verknüpfen. In der Psychologie hat sich dieses Wissen als sehr produktiv erwiesen (von Franz & Hillmann 1980: 7).

Jung stellt in dem Werk „Psychologische Typen“ ein auf eigener klinischer Erfahrung beruhendes Konzept dar, das die endlose Verschiedenheit menschlicher Individuen in Grundfunktionen zusammenzufassen versucht. Jeder Mensch verfügt über vier psychologische Grundfunktionen (Jung 1972: 131ff). In Abhängigkeit von Disposition und Le-

bensgeschichte entwickelt sich eine dieser Funktion zur Hauptfunktion, mit deren Hilfe das Leben bewältigt werden kann. Die vier Grundfunktionen sind Denken, Empfinden, Fühlen und Intuieren. Intuition wird als „Wahrnehmung auf unbewusstem Wege oder Wahrnehmung unbewusster Inhalte“ (Jung 1972: 199) definiert. Mit Hilfe der Intuition nehmen Menschen unbewusst Phänomene wahr, die sublimen, irrationalen oder auch paranormalen Charakter aufweisen. Intuition hilft dem Menschen dabei, den Sinn eines Geschehens zu verstehen und ganzheitlich zu erkennen. Darüber hinaus ist sie ein aktiver, schöpferischer Vorgang. Im Bewusstsein ist Intuition als Erwartungseinstellung, Anschauen und Hineinschauen vertreten. Sie vermittelt zunächst nur Bilder oder Anschauungen, die andere Funktionen gar nicht oder nur auf beträchtlichen Umwegen erreichen können. Intuition wirkt dann, wenn keine andere Funktion zur Entdeckung führt (Jung 1972; Morgenthaler 1979: 17).

Während Denken und Fühlen als rationale Funktionen gelten, sind Empfinden und Intuieren irrational, d.h. unbewusst entstanden und durch Vernunft nicht begründbar.

Hänsel (2002: 71) bewertet Jungs Arbeit als brauchbares Modell, in dem verschiedene psychische Funktionsweisen beschrieben sind.

Morgenthaler (1979) analysierte tiefenpsychologisch Erzählungen zu Intuition in Entsprechung der Typendefinition von Jung. Ein Ergebnis besteht darin, dass Einfühlung in Menschen und Situationen eine wesentliche Voraussetzung für Intuitionen sind. Einfühlung in Menschen versteht Morgenthaler als innerliches Zugehen, als sich mit jemandem in gewissem Grade zu identifizieren und sich in hoher Intensität von Stimmungen berühren und ergreifen lassen. Solchen Intuitionen geht eine Ahnung voraus. Als weiteres Ergebnis wird Intuition als blitzschnelle Wahrnehmung charakterisiert (Morgenthaler 1979: 33-45). Morgenthaler weist ihren Ergebnissen im Kanon der Terminologie von Jung eine Entsprechung zu und bestätigt nach eigenen Aussagen indirekt die Typologie von Jung.

2.2.4 Experimentalpsychologische Untersuchungsergebnisse zum Forschungsgegenstand

Experimentalpsychologische Forschung beschäftigt sich mit dem Intuitionsbegriff zum einen in Hinblick auf die Entwicklung und Testung von Instrumenten zur Erfassung von intuitiver und rationaler Verarbeitung. Zum anderen wird in der experimentellen Forschung zum Unbewussten auch dessen Zusammenhang zur Intuition untersucht. Forscher vermuten, dass bei allen intuitiven Entscheidungen das Unbewusste diesen Vorgang primär steuert (Reber 1967). Dabei geht es im Wesentlichen nicht mehr um die Frage, ob es das Unbewusste wirklich gibt, sondern wie viel Macht es hat und inwieweit Bewusstsein und Verhalten das Ergebnis unbewusster Prozesse sind (Perrig, Wippich & Perrig-Chiello 2000: 54). Reber (1967) belegt, dass sich Intuition als mental strukturierender Vorgang

auszeichnet, der zunächst unbewusst abläuft und dann ins Bewusstsein tritt. Wesentliche Voraussetzung für angemessene situative intuitive Entscheidungen stellt nach Reber ein erfahrungsbasiertes Wissen dar.

Westcott (1968) hat in einer umfangreichen empirischen Studie intuitive Entscheidungen und den Zusammenhang mit typologischen Charaktermerkmalen erfolgreicher intuitiver Personen untersucht. Im Ergebnis bildete er vier Gruppen: wilde Rater, vorsichtige Erfolgreiche, vorsichtige Versager und intuitive Denker, die mit wenig Informationen sehr erfolgreich Problemlösungen finden. Intuition ist das „Erreichen einer Schlussfolgerung auf der Basis von weniger expliziter Information, als sie normalerweise für diese Schlussfolgerung nötig ist." (Westcott 1968: 98 nach Reiter & Steiner 1988: 305; Goldberg 1988: 136). Als Ergebnis von Persönlichkeitstests hält Westcott (1968: 140) mehrere Merkmale des erfolgreichen intuitiven Denkers fest. Diese sind beispielsweise eine hohe Sicherheit im Antwortverhalten und ein flexibler Umgang mit Komplexität.

2.2.5 Intuition im schöpferischen Prozess

Die Tatsache, dass bedeutende Entdeckungen und Erfindungen intuitiv entstehen, wird weder von den meisten Entdeckern und Erfindern selbst noch vom Großteil der Gesellschaft bestritten. Einige wenige Forscher vertreten die Meinung nur rationale Prozesse führen zu Ergebnissen und die Intuition spiele bei wissenschaftlichen Entdeckungen keine Rolle (Goldberg 1988: 21, 50).

Die Erklärung für intuitionsbasierte Entdeckungen liegen nicht in deren idealistischen Theorien, sondern in der intensiven Auseinandersetzung mit dem zu lösenden Problem. Beispielsweise beschreiben die Philosophen Schelling und von Hartmann ihre Intuitionen als eigentümliche Erleuchtungen, die ihnen als Auserwählte ohne eigenes Zutun, d.h. mühelos und ohne Arbeit zufielen (Goldberg 1988: 80; Uhlmann 1973: 206).

Zugleich versuchen ebenso namhafte Künstler, Philosophen, Forscher und Entdecker, wie Mozart, Goethe, Schopenhauer und Nietzsche sowie Pioncarè, Jean Paul, Gauß, von Helmholtz, Einstein und Heisenberg, ihren schöpferischen, wissenschaftlichen Weg bei der Lösung von Problemen zu beschreiben (Catel 1979: 5f; Goldberg 1988: 72f; Morgenthaler 1979: 83f; Nalčadžjan 1975: 67; Uhlmann 1973: 206). Konsens herrscht darüber, dass die Lösung von Problemen oder Aufgaben als ein plötzliches Ereignis erlebt wird und insbesondere bei solchen Problemen auftritt, deren hypothetische Lösung leichter auffindbar ist als die zur Lösung führenden Methoden (Nalčadžjan 1975: 67; Uhlmann 1973: 206). Das Ergebnis liegt den Personen gedanklich vor und Intuition war dabei der initiierende Faktor. Das Erkennen eines solchen Ergebnisses stellt einen intuitiven Akt dar, der in Gestalt von Antizipation auftritt. Intuitionen drängen sich dabei unbewusst auf und unterscheiden sich von reiner Fantasie durch ihren Realitätsbezug (Goldberg 1988: 51ff; Morgenthaler 1979: 57; Uhlmann 1973: 207).

Wesentliche Voraussetzung für Intuition im schöpferischen Problemlösungsprozess ist eine ausdauernde langwierige Denkarbeit, bei der das Problem so beherrscht wird, dass Aufzeichnungen und Materialien nicht mehr nötig sind und alle Variationen und Kombinationen im Gehirn durchlaufen wurden. Beispielhaft illustriert Bunge (1962) das Problemlösungsverhalten von Kekulé von Stradonitz, dem Entdecker des Benzolringes (1865), der sich 12 Jahre mit dem Problem beschäftigte. In einem Zustand geistiger Erholung, zum Beispiel im Schlaf, kommt plötzlich die Lösung oder wenn der Forscher mit Abstand zum Problem einen Blick auf das Ganze werfen kann (Goldberg 1988: 73ff; Uhlmann 1973: 206f). Diese intuitive Problemlösung ist mitunter nicht die endgültige Lösung, sondern nur ihre Antizipation (Uhlmann 1973: 207).

Der russische Psychologe und Philosoph Nalčadžjan unterscheidet sinnliche von intellektueller Intuition. Aus gnoseologischer Perspektive erfolgt die sinnliche Intuition durch das Sehen, durch das Empfinden und durch Wahrnehmungen z.B. von Raum, Zeit und Zeichen mit Hilfe anderer Sinnesorgane. Empfindungen gehen dabei in Wahrnehmungen über. Wahrnehmungen schließen Denkoperationen wie Vergleich, Analyse und Synthese mit ein. Sie tauchen assoziativ in der Bewusstseinsphäre auf und werden meist unbewusst durch die Gesamtheit der individuellen Erfahrungen beeinflusst.

Unter intellektueller Intuition kann das plötzliche Auftreten einer Idee im Bewusstsein nach langer bewusster Analyse und unbewusster Ergänzung verstanden werden. Dabei muss die Idee über ausreichend Intensität verfügen, um das Bewusstsein zu erreichen. Ist das Bewusstsein erreicht, wird die Idee in ihrem Auftreten als plötzlich erlebt (Bunge 1962; Nalčadžjan 1975: 52ff).

Nalčadžjan beschreibt Intuition im schöpferischen Prozess und stützt sich dabei auf Wissensbestände der Erkenntnispsychologie: „Vorahnungen, intuitive ‚Erleuchtung' des Bewusstseins, schöpferische Fantasie, Insight oder Antizipation – dies alles ist im Kern derselbe Prozess der Synthese neuen Wissens, einer neuen hypothetischen Idee aus Material vorangegangener Erfahrung." (Nalčadžjan 1975: 61).

Nalčadžjan (1975: 115ff) unterteilt sieben Phasen im intuitiven, forschenden Problemlösungsprozess:

1. Das Sammeln von Informationen als das Einarbeiten in die Materie
2. Die Phase der „diffusen Analyse"

   Die Aufmerksamkeit wird auf die Problemlösung gelenkt und von unterschwelligen emotionalen Wahrnehmungen begleitet.
3. Phase der „bewussten Analyse"

   Zusammenhänge und Verbindungen einzelner Elemente der gestellten Aufgabe werden untersucht, Leerstellen werden durch Vermutungen geschlossen. Mit Hilfe von Intuition werden fruchtbare Kombinationen gesucht und unfruchtbare verworfen.

4. Die Inkubationsphase

   Bewusste und unbewusste Denkarbeit ergänzen einander, mit Hilfe von Intuition werden fruchtbare Gedankenkombinationen herausgearbeitet. Dabei vervollständigt das Unbewusste das Bewusste. Die Psyche beschäftigt sich kontinuierlich weiter mit dem Problem und schützt es vor dem Absinken ins Unbewusste. Der emotionale Hintergrund bleibt bestehen und aus dem Unbewussten gelangen ‚Splitter' von Daten, Bildern oder Ideen aus dem Inhalt in das Bewusstsein. Das Individuum spürt intuitiv, dass die Psyche das Problem nicht abgeschlossen hat.

5. Das Einfallen der Lösung

   Resultate liegen dem Problemlöser vor, aber der wissenschaftliche Weg dorthin ist unklar.

6. Die retrospektive Analyse

   Die plötzliche, unbewusste Lösung wirkt unverständlich. Deshalb ist eine retrospektive Problemlösung als Form logischer Verarbeitung nötig.

7. Die kritische Verarbeitungsphase

   Die aufgetauchten Ideen werden objektivierend bearbeitet.

Ähnliche Schritte im schöpferischen intuitiven Prozess beschreibt Goldberg (1988: 19ff, 53ff, 72ff) und ergänzt Nalčadžjans Prozessmodell bei der Inkubationsphase. Hier erhält Intuition eine eigene Bedeutung, indem eingefahrene Denkvorstellungen durch ungewöhnliche, vom Logischen abweichende Zusammenhänge, Kombinationen oder Ergebnisse in Frage gestellt werden. Des weiteren ergänzt er diese schöpferische Intuition um die Komponente der Kreativität im Sinne von Vorstellungskraft und Imagination der Entdecker. Ausschließlich schöpferische Intuition tritt dann hervor, wenn nur eine Problemlösung die einzig richtige darstellt. Kreative Intuitionen entfalten sich dann, wenn mehrere Lösungen für ein Problem in Betracht kommen, z.B. bei alltäglichen Problemlösungen.

Morgenthaler (1979: 69-79) belegt exemplarisch die Phasen des intuitiven Problemlösungsprozesses und ihre Anwendbarkeit auf alltägliche Problemlösungen. Ihrer Argumentation ist zu entnehmen, dass Denken und Kreativität der Aufgabe und Arbeitsmethode von Forschern entspricht und somit Intuitionen zwangsläufig in der Nähe des schöpferischen Denkprozesses auftauchen. Dieser Logik folgend, treten intuitive Lösungen meistens in Zusammenhang mit der berufsspezifischen Arbeitsweise auf. Intuition als Zündfunke tritt demnach nicht nur bei großen Entdeckungen auf, sondern erscheint auch bei alltäglichen Problemlösungsprozessen in jedem möglichen Arbeitsbezug.

2.2.6 Intuition als informationsverarbeitender Prozess

Die zentralen Fragen im Kontext der kognitiven Psychologie lauten, welche Prozesse auf welche Weise bei der Verarbeitung von Informationen bedeutsam sind und wie sie sich auf das Verhalten auswirken. Erkenntnisse aus diesem Bereich weisen darauf hin, dass Menschen kontinuierlich unzählige Reize bewusst und unbewusst in großem Umfang aufnehmen. Ihre Verarbeitung beginnt mit der Aktivierung von vorhandenen Wissensstrukturen. Anschließend werden aus den Reizen sinnvoll interpretierbare Informationen, d.h. jeder Reiz wird unter Berücksichtigung des über ihn im Gedächtnis gespeicherten Wissens verarbeitet. Zugleich werden unzählbare Reize simultan gedeutet und bewusst oder unbewusst zur individuellen Wirklichkeit konstruiert. Aus Reizen können nicht nur Informationen entstehen, sondern auch affektive Erwartungen oder Gedanken. Sie bilden die Entscheidungsgrundlage für geistige und motorische Handlungen. Das Zusammenwirken von sich gegenwärtig vollziehender, über- und unterschwelliger Wahrnehmungen und im Gedächtnis gespeicherter Informationen mit vorangegangener Erfahrung kann als Intuition verstanden werden (Kriz 1997; Petzold 1998: 111).

Auf unbewusster Ebene tauschen Menschen beständig nonverbale Reize aus. Blick, Mimik, Gestik oder räumliche Distanz enthalten Informationen über die Beziehung von Menschen. Nonverbal werden Gefühle und Stimmungen als Art der Beziehung ausgedrückt, die von einem Gegenüber unbewusst als Reize über Sinneswahrnehmungen empfangen werden. Der eine Teil der Reize dringt in das Bewusstsein, während der andere sich auf der Ebene unbewusster Kognitionsprozesse etabliert. Die Reize werden kontinuierlich simultan gedeutet, und es können Überlagerungen im Sinne von Synästhesien entstehen. Es entstehen neuartige Effekte, die mit anderen Qualitäten einhergehen und im bewussten Handeln mitunter als unbewusstes Erfahrungswissen erlebt werden. Zugleich ermöglicht Intuition die Wahrnehmung von Ganzheiten, von Wesentlichem, z.B. um in der Reizflut nicht zu ‚ertrinken' oder um nicht ausreichend Informationen von einem Ganzen zu ergänzen. Einerseits macht Intuition den Menschen auf wichtige Reize und Informationen aufmerksam (Goldberg 1988: 34). Andererseits kann sie einen störenden Einfluss auf die objektive Realitätswahrnehmung haben (Morgenthaler 1979: 55). Während die Sinneswahrnehmung an die Gegenwart gebunden ist, vergegenwärtigen sich Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft in der Intuition (Goldberg 1988: 44; Morgenthaler 1979).

Der Psychologe Piaget (1986) beschreibt im Kontext der Wahrnehmung von Informationen und Signalen sowie bei deren Kategorisierung und Musterbildung bei Kindern zwei unterschiedliche Prozesse: Akkomodation und Assimilation. Der assimilatorische Prozess wird im Zusammenhang mit Intuition von mehreren Autoren aufgenommen. So vermuten Schmid, Hipp und Caspari (1999: 103), dass Intuitionen über Ähnlichkeitsrelationen gebildet werden. Sie basieren darauf, dass bestimmte Konstellationen wahrgenommen werden und im Abgleich mit der Lebenserfahrung ähnliche Konstellationen gesucht wer-

den. Die sich zuvor herausgebildeten und bewährten Urteile werden aktiviert und dienen der weiteren Bearbeitung innerhalb neuer Situationen – ähnlich der Assimilation.

Für den Kognitionspsychologen Mérö muss ein Experte eines Fachgebietes (Kap. 2.5.3) sein Wissen selten umordnen, wenn er tägliche Entwicklungen innerhalb seines Aufgabengebietes beobachtet. Er greift vielmehr auf den Prozess der Assimilation zurück. „Er verfügt über eine begriffliche Basis, wobei die alltägliche Intuition durch professionelle Intuition ersetzt werden kann." (Mérö 2002: 231). Für Mérö ist Intuition „die Art des Denkens, mit deren Hilfe wir ein Gefühl für die Wahrheit der Dinge und der Welt gewinnen, ohne sie speziell und logisch beweisen zu können." (Mérö 2002: 283) und zugleich „die Meinung, die das richtige trifft, ohne es begründen zu können." (Mérö 2002: 284).

Intuition dient als Hilfe, mit der eine ‚Größenordnung' mehr an Komplexität erfasst werden kann als mit rationalen Mitteln. Das Ergebnis bildet eine intuitive Erkenntnis, deren Weg mit Worten nicht immer beschreibbar ist (Mérö 2002: 327f).

2.2.7 Intuition in der Gestaltpsychologie

Dieses psychologische Teilgebiet setzt sich auf der Ebene der Wahrnehmung mit der spontanen Tendenz zur Bildung von Ordnungen und der primären Wahrnehmung charakteristischer Gesamtstrukturen auseinander. Die emergente Qualität der Ganzheit besteht in ihrer Übersummativität, d.h. ‚Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile'.

Als namhafter Begründer der Gestaltpsychologie untersuchte Wertheimer im Kontext des ‚produktiven Denkens' Fälle der bewussten Lösung von Aufgaben. Er stellt fest, dass die Gerichtetheit auf eine Gesamtheit den Denkprozess in bestimmte Bahnen lenkt, d.h. das Individuum operiert im Lösungsprozess mit den Elementen und Strukturen, die aus subjektiver Sicht zum Problem gehören. Ein Grundprinzip der Prägnanz beinhaltet, dass die Organisation der Wahrnehmung im psychischen Feld nach größtmöglicher Einfachheit und Klarheit strebt. Kontinuierliche Strukturen, gleiche Sachverhalte, Begriffe, Urteile und gleich angeordnete Elemente in wiederkehrenden Situationen implizieren Beharrlichkeit und Gewohnheit und stellen für den Menschen eine Vereinfachung dar. Eine Umstrukturierung und Neuorientierung der Elemente befähigen den Betrachter dazu, gegebene Elemente oder Situationen in einer neuen und tiefer eindringenden, völlig anderen Perspektive zu sehen. Diese Erscheinung des schöpferischen Verstehens wird in der Gestaltpsychologie als plötzliche Einsicht (‚Insight') bezeichnet. Im Verlauf kann es zu bedeutsamen Änderungen von Ganzheiten, Rollen oder Funktionen kommen. ‚Insight' versteht Wertheimer (1964: 91ff, 231ff) als Intuition.

Goldberg (1988: 85) bezieht sich auf die emergente Qualität der Ganzheit und schreibt der Intuition eine weitere Bedeutungsebene zu. Die einzelnen Teile und ihre Summe lassen sich mit rationaler Analyse erfassen; das Ganze jedoch kann nur mit Hilfe der

Intuition erfasst werden. Er beschreibt Intuition als Gefühl der innersten Identifizierung mit der Ganzheit.

Metcalfe und Jacobs (1998) sowie Rew und Barrow (1987) berufen sich auf frühe Modelle der Gestaltpsychologie und beschreiben die wesentliche Qualität nicht als übersummative, sondern als nicht-summative Verbindung, d.h. ‚Das Ganze ist anders als die Summe seiner Teile.' (Neuweg 1999). Gemäß Rew und Barrow besteht an der Grenze zwischen bewusster und unbewusster Aufmerksamkeit eine Gestalt-Intuition, d.h. eine Form der Wahrnehmung von offenen Stellen oder fehlenden Verbindungen einer Ganzheit.

2.2.8 Zusammenfassung und Relevanz für das Forschungsvorhaben

Im Fachgebiet der Psychologie wurde Intuition im Denken, Erleben und Handeln betrachtet. Hier nimmt sie die Funktion im Rahmen von Urteilen, Entscheidungen, Schlussfolgerungen, Informationsverarbeitungen und Handlungen ein. Intuition erscheint bei der Problemlösung, der Beurteilung komplexer Zusammenhänge, bei der Komplexitätsreduktion, Wahrnehmung und Beurteilung von Ganzheiten oder Teilaspekten und Informationsverarbeitung. Intuition zeichnet sich im psychologischen Kontext als ein mentaler Vorgang, als Verfahren oder als Prozess, z.B. zur Problemlösung aus. Der gemeinsame Nenner in den Gedanken der aufgeführten Autoren besteht darin, dass der intuitive Prozess zunächst unbewusst abläuft und dann meist plötzlich in das Bewusstsein eintritt, beispielsweise als Erkenntnis oder Einsicht. Erfahrungen und Erfahrungswissen gelten als wesentliche Voraussetzungen für Intuition. Weitere Kontextgegebenheiten stellen die ausdauernde, intensive Auseinandersetzung mit einem Gegenstand, das Einfühlen in Menschen und in Situationen sowie die Aufmerksamkeit und ein Zustand der Wachsamkeit dar. In der psychoanalytischen Therapie gilt Wahrnehmung als bedeutsame Voraussetzung für Intuition.

Urteile, die auf Intuition gründen, können verzerrt oder falsch sein. Demnach ist Intuition nichts grundsätzlich Richtiges und Verlässliches. Intuition lässt sich nicht bewusst herbeiführen, sie kann nicht geplant werden es gibt jedoch Bedingungen, die Intuition ermöglichen.

Für das eigene Forschungsvorhaben lassen sich aus dem Wissenstand in der Psychologie zum Intuitionsphänomen folgende Hinweise für den Forschungsprozess ableiten:

Während sich Intuition beim Handelnden plötzlich und nicht planbar einstellt, kann sie dennoch durch Rekonstruktion der Forschung zugänglich gemacht werden. Um Bewährungsdruck zu verhindern, werden die Forschungsteilnehmer nicht darüber informiert, dass ihre intuitiven Handlungen Gegenstand des Forschungsinteresses sind.

Dennoch kann Intuition mittels Rekonstruktion der Wahrnehmungen und Entscheidungsfindung der Handelnden herausgeschält werden. Dafür muss ein Setting geschaffen

werden, dass Rekonstruktionen möglichst realitätsnah ermöglicht (Kap. 5.3). Für den Handelnden tritt Intuition plötzlich auf und die Verbalisierung des Intuitionsprozesses ist dem Intuierenden schlecht möglich. Aus diesem Grund werden teilnehmende Beobachtungen (Kap. 5.3.2.1) und Videodokumentation (Kap. 5.3.2.2) eingesetzt. Plötzliche, unvermutete Handlungen der Pflegenden können Hinweise auf Intuition geben (Kap. 5.3.5).

Pflegerisches Handeln zeigt Parallelen mit dem hier dargestellten Wissenstand zum Intuitionsphänomen. Als dialogisch-interaktives Handeln auf der Grundlage hermeneutischen Fallverstehens beinhaltet es die Wahrnehmung von Informationen, das Einfühlen in die Situationen von Menschen und die Bewertung von Situationen sowie die Lösung von Problemen (Kap. 1.1.2 und Kap. 1.2.5). Es ist davon auszugehen, dass Intuition im Handeln von Pflegenden sich in ähnlichen Phänomenhintergründen abbildet. Intuitionen von Pflegenden können gleichermaßen das schöpferische Ergebnis alltäglicher Problemlösung oder auch der Informationsverarbeitung sein. Wie sich jedoch die Intuitionen im pflegerischen Handeln abbilden, muss die Forschungsarbeit zeigen.

2.3 Der Forschungsgegenstand in der Humanmedizin

Intuition nimmt seit Jahrhunderten im ärztlichen Handeln eine bedeutende Funktion ein (Zühlke 1999: 55) und wird als eine der wichtigsten Grundlagen ärztlichen Handelns bezeichnet (Gross 1992: 295f; Vescovi 1977: 2245).

Bei der Definition des Intuitionsbegriffes greifen die Autoren auf den Erkenntnisstand aus der Philosophie und der Psychologie zurück. Beispielsweise wird Intuition als Erkenntnisform bezeichnet (Fleischer 1999: 42f; Hartmann 1990: 448; Vescovi 1977: 2225). Der Intuitionsbegriff wird von den Klinikern different interpretiert, was darauf hinweist, dass der klinische Gebrauch und die Bedeutung des Begriffes divergieren (Gastinger 1999: 48f).

Im Folgenden sollen das Phänomen Intuition und seine Verwendung im Fachgebiet sowie dazugehörige empirische Erkenntnisse beschrieben werden. Es ist auch das Ziel, Intuition im Kontext von ärztlichem Wahrnehmen, Erkennen, Urteilen und Handeln zu erörtern und Befunde zur Wirksamkeit von Intuition darzustellen.

Die Humanmedizin findet hier Beachtung, da ihr Aufgabengebiet im Vergleich zur Philosophie (Kap. 2.1) und Psychologie (Kap. 2.2) eine besondere Nähe zum pflegerischen Handlungsfeld aufweist. Diese besteht insbesondere darin, dass in ihrer Gesundheit beeinträchtigte Menschen im Zentrum des Handelns stehen und sowohl Medizin als auch Pflege individuelle Lösungsangebote zum Umgang mit Gesundheitsbeeinträchtigungen bereitstellen. Die Arbeit in beiden Handlungsfeldern charakterisiert sich als eine Leistungserbringung, die in direktem Kontakt mit dem Leistungsempfänger erfolgt. Medizin

und Pflege betreuen im Handlungsfeld oftmals den gleichen Betroffenen. Für Pflege ist die Medizin einer der wichtigsten Kooperationspartner. Zugleich kann die Medizin wie die Pflege auch als Handlungswissenschaft (Kap. 1.1.1) betrachtet werden (Friesacher 2008: 241).

2.3.1 Intuition als Element ärztlicher Kunst im Gegensatz zur Wissenschaft

Überlegungen zum Intuitionsbegriff im Kontext der Medizinwissenschaft finden oftmals ihren Ursprung in kontroversen Diskussionen um die wissenschaftlichen und künstlerischen Aspekte des Entscheidens und Handelns (Hempel 1999: 41; Nager 2000; Vescovi 1977; Zühlke 1999). Seit vielen Jahrhunderten besteht in der Medizin ein Spannungsfeld zwischen Erkenntnissen aus der Wissenschaft und den individuellen Fähigkeiten des Arztes wie Intuition und Kunst (Butzlaff, Lutz & Falck-Ytter 1998: 647). Um verschiedene Vorstellungen von Intuition, beispielsweise als Ergänzung von wissenschaftlicher Erkenntnis (Ausfeld-Hafter 1999: 1) zu verdeutlichen, sollen wesentliche Gedanken und Überzeugungen nachgezeichnet werden.

Die Medizin ist laut Heusser (1999: 88f) nicht in erster Linie Wissenschaft, sondern Kunst, die auf Intuition beruht. Im ärztlichen Handeln müssen wissenschaftliche Erkenntnis, konkrete Patientensituation und therapeutische Idee in Übereinstimmung gebracht werden. Dabei bedarf Intuition gemäß Heusser (1999) keiner Begründung, sie stellt selbst eine solche dar. Die medizinische Erkenntnis beruht auf empirischer Wahrnehmung, Beobachtung und Deutung von Inhalten oder Objekten wie seh- oder hörbare Untersuchungsbefunde durch den Arzt. Die Erkenntnis im Sinne einer Diagnose entsteht erstens, wenn die inneren gesetzmäßigen Zusammenhänge wie die ideelle Organisation der Einzelbefunde erfolgt ist und sich eine Idee von der Krankheit durch das Denken präsentiert. Zweitens muss die Idee von der Krankheit mit den Wahrnehmungsinhalten übereinstimmen. Heusser (1999: 78f) versteht dieses prozesshafte, evidente, denkerische Durchschauen von Inhalten als begriffliche Intuition. Zusammengefasst liefert die Beobachtung den Wahrnehmungsinhalt und das Denken als Intuitionsakt den Begriffsinhalt, d.h. den Inhalt der Intuition. Ohne begriffliche Inhalte (Intuition) ist laut Heusser (1999: 78f) keine Wissenschaft möglich.

Die Medizin als Wissenschaft betrachtet Vescovi (1977: 2230ff) und geht von der These aus, dass sich ärztliches Handeln sowohl aus wissenschaftlicher Erkenntnis als auch aus praktischer Erfahrung speist. Die Anwendung beider Erkenntnisebenen versteht er als Kunst, die kreative, intuitive Fähigkeiten voraussetzt. Die Verbindung zur Kunst besteht darin, Neues zu schaffen, das die Situation und die Individualität des Kranken einschließt. So steht Intuition als künstlerische Fähigkeit des raschen Dahinter- und Durchschauens nicht in Konkurrenz zum wissenschaftsfundierten Handlungsbereich, sondern bedeutet

ein unverzichtbares Komplement ärztlichen Vermögens (Vescovi 1977: 2230ff). Methodologisch fasst Vescovi (1977: 2230ff) die ärztliche Aufgabe als das Lösen von medizinischen Problemen bei Diagnostik und Therapie auf. Intuition löst medizinische Probleme, wenn Informationen zu dem Problem fehlen und indem vorhandene Informationen eine Neuanordnung oder Umstrukturierung erfahren. Für eine Erfolg versprechende Problemlösung setzt der ärztliche Beruf sowohl die Fähigkeit des wissenschaftlichen Denkens als auch der künstlerischen Intuition voraus.

Die moderne Medizin ist laut Nager (2000: 329ff) größtenteils einem mechanistischen Weltbild verpflichtet, dessen Erkenntnisse kausalanalytisch gewonnen werden und dessen Ergebnisse statistische Signifikanz verlangen. Zahlreiche Mediziner fühlen sich den Naturwissenschaften zugehörig und suchen für ihr Entscheiden und Handeln die erkenntnistheoretischen Grundlagen in einem logischen, diskursiven Denken (Diehl 1999: 153; Labhart 1998: 860). In der Konsequenz findet nicht nur eine Überbewertung statistisch signifikanter Ergebnisse statt, sondern auch eine Ausklammerung von Wissensbeständen, die quantitativer Forschung nicht zugänglich sind. Eine Gefahr wird darin gesehen, dass Ärzte lediglich auf messbare Zahlen vertrauen. Diese Überbewertung interpretiert Diehl (1999: 156) als Fluchtreaktion, in der sich eine verarmte Emotionalität spiegelt. Perspektivisch wird durch die Überbewertung der naturwissenschaftlichen Erkenntnisse ein voranschreitender Mangel an Emotionalität, Empathie und Intuition bei Ärzten befürchtet (Nager 2000: 329ff). Für Nager (2000: 329ff) und Wolner (1982: 141) ist der Arztberuf ein Komplex aus Wissenschaft, Handwerk, Kunst und Geschäft, das sowohl Denken als auch Intuition erfordert. Intuition ist notwendig, um sich flexibel auf sich ändernde Situationen einzustellen. Das Wesen ärztlicher Kunst liegt weniger in der technischen Perfektion bei der Durchführung von Handlungen als vielmehr in der Verschmelzung von theoretischem Wissen und Ergebnissen praktischer Tätigkeit zur Intuition (Wolner 1982: 141f).

Aus einer arbeitsinhaltlichen Perspektive bilden z.B. für den Chirurgen Beobachten, Wahrnehmen, Urteilen und Handeln die berufsspezifischen und alltäglichen Werkzeuge (Wolff 1999: 38). Der Kern chirurgischen Handelns ist eher praktizierender als naturwissenschaftlicher Art, d.h. soziale Belange, Erfahrungswerte und moralische Überzeugungen sowie Gefühle beeinflussen das Handeln. Diese Einflussfaktoren sind sowohl Zeichen eines naturwissenschaftlichen Gestaltens von Arbeitssituationen als auch von Intuition als ein Aspekt von Kunst. Intuition dient insbesondere dem Erfassen und Bewältigen von Notfallsituationen und bei der Lösung komplexer Ausnahmesituationen (Wolff 1999: 38).

Labhart (1998: 860f) plädiert dafür, sowohl die naturwissenschaftlichen Erkenntnisse als Fundament ärztlichen Handelns zu erachten als auch ihre Grenzen anzuerkennen. Diese sind einerseits bei logisch nicht fassbaren Gegebenheiten existent, beispielsweise in der Beziehung zwischen Arzt und Patient, in der das Fühlen im Gegensatz zum Denken eine größere Bedeutung erlangt. Entscheidende Bedeutung kann Intuition als Bestandteil der

Kunst in der Beziehungsgestaltung einnehmen. Anderseits gibt es eine Grenze dergestalt, dass Mediziner die Gesamtheit einer Erscheinung, beispielsweise zahlreiche Symptome einem Krankheitsbild zuzuordnen, erfassen müssen. Das erfordert eine Steigerung des normalen Beobachtens und Erfassens, die Labhart (1998: 867) gleichfalls als Intuition versteht.

Der Frage, welche Bedeutung Intuition im medizinischen Handeln in einer technologisch ausgerichteten Medizin und Gesellschaft einnimmt, geht Zühlke (1999: 55f) nach. Der Einsatz z.B. digitaler Techniken scheint die gestalterische Freiheit des ärztlichen Handelns zu reduzieren. Ein Verlust der ärztlichen Kunst und damit von Intuition droht der Medizin. Die zunehmende Technisierung, wie sie z.B. mit bildgebenden Verfahren einhergeht, ist dafür verantwortlich, dass eine ausschließliche Reduzierung auf naturwissenschaftliche Grundlagen für ärztliches Denken und Handeln droht (Fleischer 1999: 46f).

Als unerlässliche Grundlage ärztlicher Entscheidungen sind Intuition und Logik gleichbedeutend (Gross 1992: 295). Die Betonung der Gegensätzlichkeit beider Grundlagen führt zu divergierenden Betrachtungsweisen des ärztlichen Berufes, die dadurch aufgelöst werden, dass ärztliche Entscheidungen gleichermaßen Kunst und Wissenschaft verkörpern. Dass Kunst und Wissenschaft gleichberechtigt das Arztsein charakterisieren, formulieren die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin und der Berufsverband Deutscher Internisten: „Arztsein zum Wohle der Patienten bedarf ebenso wie des naturwissenschaftlich begründeten ärztlichen Wissens auch der Elemente der ärztlichen Kunst, das heißt Intuition, ... kreatives Denken, Widerstand gegen Dogmatismus, Automatismus und Einengung." (Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin/Berufsverband Deutscher Internisten 1999: 3).

2.3.2 Evidenz-basierte Medizin versus Intuition?

Im ärztlichen Handlungsfeld wird der Gegensatz zwischen Therapieempfehlung aus Studien und der Entscheidung des erfahrenen Klinikers im Einzelfall diskutiert (Lorenz 1984: 403f). Im Allgemeinen wird von den Medizinern akzeptiert, dass ihre Therapie wissenschaftlichen Erkenntnissen folgen soll, doch besteht auch große Sorge darum, dass die Forderung nach evidenz-basierter Medizin mit einer Abwertung des klinischen Urteils und einer stärkeren Ausrichtung des Handelns an Vorgaben einhergeht.

Die Entwicklung des Ansatzes von Evidence-Based-Medicine (EbM) ist der Herausforderung geschuldet, die durch zunehmende Wachstumsgeschwindigkeit der zu integrierenden Wissensmenge in der Medizin sowie deren Komplexität entstand (Butzlaff, Lutz & Falck-Ytter 1998: 643f).

EbM kann als der sorgfältige und bewusste Gebrauch der zum gegenwärtigen Zeitpunkt vorhandenen besten wissenschaftlichen Erkenntnisse für medizinische Entscheidungen

zur Diagnostik und Therapie von Patienten verstanden werden. Die Umsetzung von evidenz-basierter Medizin erfolgt in fünf Schritten von der Umwandlung der vorhandenen, klinisch relevanten Informationen in eine beantwortbare Frage über die Ermittlung und Bewertung der besten externen Evidenz bis hin zur Umsetzung der Ergebnisse in die klinische Praxis und die Bewertung des gesamten Vorgehens (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes & Richardson 1996: 71f). Dies beinhaltet die Integration der eigenen klinischen Expertise mit der bestmöglichen externen Evidenz aus systematischer Forschung, deren Grundlage klinische Studien bilden (Butzlaff, Lutz & Falck-Ytter 1998: 647). Die Entwicklung von EbM spiegelt auf konkreter Ebene die kontroverse Diskussion um subjektive Fähigkeiten von Ärzten und Erkenntnissen auf der Grundlage klinischer Forschung wider und gibt Auskunft zum Gebrauch und Verständnis des Intuitionsbegriffes.

Zunächst werden Positionen vorgestellt, die die Bedeutung der evidenz-basierten Medizin im Zusammenhang mit der Intuition hervorheben.

Grundvoraussetzung auf Seiten des Arztes zur Umsetzung von evidenz-basierter Medizin besteht in seiner Bereitschaft, das eigene zumeist intuitiv geprägte Handeln kritisch zu hinterfragen (Jung & Rzany 2002: 119). An dieser Aussage zeigt sich, dass Intuition und EbM dichotom für ärztliches Entscheiden und Handeln betrachtet werden. Evidenz-basierte Medizin soll intuitives Handeln überprüfen und ggf. ersetzen. Intuition kann sowohl als Anlass für evidenz-basierte Medizin als auch als handlungsleitend für ärztliches Tun betrachtet werden.

Fehlentscheidungen, auch auf der Basis von Intuition als Folge von fehlendem Erfahrungswissen und der Unkenntnis von objektiven Forschungsergebnissen begründen die Notwendigkeit von evidenz-basierter Medizin als Handlungs- und Entscheidungshilfe (Gastinger 1999: 49). Intuitive Strategien zur Entscheidungsfindung können Misserfolge erzeugen, die insbesondere bei sich ändernden Situations- oder Umgebungsbedingungen eintreten (Lorenz, Schult & Rothmund 1990: 1284ff).

Im normalen ärztlichen Alltag erfolgt z.B. eine Patientenberatung intuitiv, d.h. auf einer vorwissenschaftlichen Ebene (Braun & Danninger 1992: 82f). Die Autoren plädieren für eine Verwendung von forschungsgestützten Erkenntnissen mit deren Hilfe sich auch geschulte Anfänger von der Intuition lösen und auf deutlich höherem Niveau handeln können als ihre erfahrenen Kollegen.

Nachstehende Autoren heben Intuition gegenüber EbM hervor:

Vor einem medizinethischen Hintergrund betrachtet Neitzke (1999: 4f) EbM. Der medizintechnische Fortschritt stellt Ärzte besonders in Entscheidungssituationen vor ethische Probleme. Entscheidungen auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse verschaffen dem Anwender Sicherheit. Mit dieser Sicherheit kann ein ethisches Problem einhergehen, wenn sie das individuelle moralische Empfinden des Arztes ersetzen. Der Arzt wird darin sozialisiert, sein Gewissen auf eine äußere Instanz zu verlagern. Er traut

seiner Intuition nicht mehr und kann sein moralisches Empfinden nicht mehr in die Entscheidungsfindung integrieren (Neitzke 1999: 4f).

Intuition wird auch als die Instanz betrachtet, die in Situationen der Entscheidungsfindung, in denen evidenz-basierte Wissensbestände keinen Beitrag leisten können, eingesetzt wird (Lansel 2001: 1679). Einer ‚großen' randomisierten Studie kann keine absolute Vorrangstellung für individuelle Patientensituationen gegenüber ärztlicher Intuition eingeräumt werden.

Für die Einzelfallbehandlung stellen die durch Studien gewonnenen Ergebnisse lediglich Hypothesen dar, die durch Erfahrung bestätigt werden können. Dabei kann Intuition eine legitime Begründung für ein abweichendes Verhalten von forschungsgestützten Therapieempfehlungen darstellen (Lansel 2001: 1679f).

Während erfahrene Kliniker im Verlauf ihres Berufslebens in ihrer intuitiven Sicherheit wachsen, werden daran Zweifel mit dem Ruf nach evidenz-basierter Medizin begründet (Hartel 1999: 53). Intuition ist trotz EbM in der Medizin ein aktuelles Thema, weil die Schwäche von EbM darin besteht, dass sie abstrakte Tatsachen fordert und bietet, jedoch den Ärzten im Alltag leidende Patienten gegenüber stehen. Ärzte müssen Entscheidungen treffen, die über medizinisches Faktenwissen hinausgehen und die individuelle Patientensituation berücksichtigen (Hartel 1999: 54).

Das Problem der Generalisierbarkeit von Studienergebnisse lässt sich nicht mit evidenzbasierter Medizin erfassen (Nies, Celik, Lorenz, Koller, Plaul, Krack, Sitter & Rothmund 2001: 25). Während intuitive Problemlösungen und Entscheidungsfindungen die Gefahr der Selbsttäuschung beinhaltet, sind z.B. mathematisch fundierte Wahrscheinlichkeitsrechnungen statisch und berücksichtigen nicht die Beeinflussung einzelner Variablen. Sie erfassen nicht die spezifische Realität komplexer Patientensituationen (Troidl 2000: 773-776). Keine Studie kann die komplette und in der Regel komplexe Realität ihres Gegenstandes erfassen. So kann es nicht im Sinne der Patienten sein, durch Forschungsergebnisse die ärztliche Intuition zu unterminieren. Intuition ist Kunst, die im Gegensatz zur exakten Wissenschaft steht (Hempel 1999: 40f). Die Kunst bezieht sich auf die Fähigkeit des Arztes, auf Grund von Erfahrung, Wissen und kritischer Wertung intuitiv zu entscheiden. Die Entscheidungskunst bewährt sich in individuellen, komplexen und ungewöhnlichen Situationen (Lorenz 1984: 403f). Vor diesem Hintergrund stellt individuelles ärztliches Handeln eine Gradwanderung auf dem Weg zwischen Kunst und Wissenschaft dar (Hempel 1999: 40f).

Die Notwendigkeit von EbM ist für Fleischer (1999: 46) unbestritten. Jedoch engt sie den geistigen Rahmen der Ärzte auf schematisierte Denkvorgänge ein und erlaubt kaum noch Intuition. Intuition weicht als individuelle Fähigkeit dem Diktat vermeintlich objektiver Eindeutigkeit (Fleischer 1999: 46).

Ärztliche Entscheidungen sollten auf der Grundlage von Erfahrungswissen, Intuition, ethischen Aspekten und forschungsbasierten, objektiven Daten stehen. Sowohl für ein

evidenz-basiertes als auch für ein intuitives Vorgehen muss der Beleg erbracht werden, dass es einen Vorteil oder nachhaltigen Nutzen für den Patienten mit sich bringt (Troidl 2000: 781).

2.3.3 Erscheinungsformen, Aufgaben, Bedingungen und Voraussetzung von Intuition im klinischen Alltag

Intuition in der Medizin wird als plötzliche Entdeckung oder Erhellung, die keiner logischen Ableitung folgt und zugleich hohe Evidenz zeigt, beschrieben (Gross 1992: 299f). Drei Manifestationsweisen des Intuitionsbegriffes in der Medizin können in Anlehnung an Gross (1992: 299f) und weitere Autoren beschrieben werden:

1. Die Intuition, die dem Arzt täglich in seinen Gedanken, Ideen und Handlungen begegnet, begleitet und sie bestimmt

   Intuition gilt als Fähigkeit zur richtigen ärztlichen Entscheidung trotz ungenügender Informationen. Solche Entscheidungsfindung zählt zu den alltäglichen Herausforderungen im ärztlichen Alltag.

   Auch andere Autoren schreiben der Intuition im Arztberuf wie im täglichen Leben einen festen Platz zu (Catel 1979: 21; Hartel 1999: 54; Maritz-Mosimann & Winzenried 1999: 31). Demgegenüber tritt nach Auffassung anderer Autoren (Gastinger 1999: 48; Troidl 2000: 778) Intuition nur selten, in nicht vorhersehbaren und nicht kalkulierbaren, unerwarteten und meist plötzlichen Ausnahmesituationen auf. Gemeint sind beispielsweise komplikationsträchtige Situationen, wie Notfallsituationen.

2. Die Intuition, die zu ungewöhnlichem Entdecken von Zusammenhängen führt

   Diese Erscheinungsform der Intuition wird von anderen Autoren auch als ‚klinischer Blick' verstanden (Hartmann 1990: 448; Nager 2000: 330; Zühlke 1999: 57). Er bedeutet zum einen das Vorhandensein des richtigen Spürsinns auf der Basis geschulter Sinne im Kontext der Synästhesie und zum anderen das Erfassen des Wesentlichen in komplexen Situationen aus einer Fülle von Informationen.

3. Die Intuition, die als geniale Idee zu bezeichnen ist und die zu grundlegend weltverändernden Situationen führt

   Dazu gehören die Entdeckungen genialer Mediziner, beispielsweise des Blutkreislaufes von Harvey oder des Penicillins durch Fleming. Der zündende Funke wird im Kontext der Entdeckung auf Intuition zurückgeführt (Herfarth 1999: 65; Nager 2000: 330f) (Kap. 2.2.5).

Zühlke (1999: 56) orientiert sich an Gross bei der Unterteilung der Intuitionen in der Medizin und ordnet alltagsrelevanten Intuitionen im medizinischen Bereich den ersten beiden Kategorien zu. Er führt die Einteilung gedanklich fort und konstatiert, dass ärztliche Intuition keine spezifische ärztliche Eigenschaft, sondern lediglich eine spezialisierte Form einer allgemeinen menschlichen Fähigkeit darstellt (auch Hartmann 1990: 450). Sie kann definiert werden als eine „Komplexleistung, die sich zusammensetzt aus einem Gefüge von Instinkten, Mustererkennen im Sinne der Gestaltwahrnehmung, aus erfahrungsgeleitetem diskursiven Denken hoher Geschwindigkeit, theoriegeleitetem Vorstellungsdenken (Imagination) und erlebnisgeschulter Empathie." (Zühlke 1999: 56).

Zühlke (1999: 56f) beschreibt ärztliche Intuition als Erfahrungsdenken, als kognitiven Prozess, ohne dass einzelne Situationen und Gedankenabläufe bewusst werden. Ärztliche Intuition bedeutet Diagnostizieren auf der Grundlage impliziten Wissens und durch Überspringen analytischer Denkprozesse. Im Zentrum stehen dabei das Erkennen medizinischer Probleme und die Entscheidung einer adäquaten Therapie. Intuition hilft Komplexität zu reduzieren und erweist sich so als schnelles Vorgehen mit patientenbezogenen und ökonomischen Vorteilen.

Als weitere Erscheinungsform fügt Nager (2000: 330f) die intuitiv-empathische Einfühlung in die Individualität, Befindlichkeit und Situation von Kranken an. Sie verlangt mitschwingende Empathie, die sich mit dem Gegenüber nahezu identifiziert.

Nach Hartmann (1990: 449ff) kann die Definition von Intuition in der Medizin vernachlässigt werden, denn sie ist immer das Ergebnis von Verständigung und Konvention. Hartmann selbst verwendet Intuition synonym mit dem ärztlichen Blick als eidetische Reduktion (Kap. 2.1.2) und formuliert drei Aufgaben für die ärztliche Intuition:

- die Erkenntnis der Zusammengehörigkeit von Beschwerden und Befunden zu einem Bild der Krankheit
- die Unterscheidung von essenziellen und akzidentiellen Zeichen und Daten
- die Zuordnung des Bildes einer Krankheit zu dem Bild einer bekannten Krankheit als deduktives Vorgehen.

Die Leistung von Intuition besteht ferner in der Fähigkeit, fehlende Informationen zu ergänzen und sie einem Idealbild zuzuordnen. Hartmann versteht Intuition als Informations- und Zeitraffung, mit gleichzeitiger verhaltensleitender Schau von Zusammenhängen. Intuition ist „mehr innere als äußere Wahrnehmung, ein Miterleben und Verstehen, das die Begrifflichkeit des Verstandes und die Reichweite kausalen und logischen Erklärens übergreift." (Hartmann 1990: 450). Den Eingang zur inneren Wahrnehmung bilden äußere Sinnesempfindungen. Hartmann schätzt Intuitionen als Vermutung mit hoher Wahrscheinlichkeit ein, die subjektiv als Gewissheit empfunden wird und erkennt Intuition komplementär wie diskursives Denken als Grundwerkzeug des Arztes an.

Intuition ist für ärztliches Handeln unerlässlich in den Bereichen der Erkenntnis, Urteilsbildung und Entscheidungsfindung (Hartmann 1990: 451). Sie dient der Erfassung von Wesentlichem, der Gesamtheit des Patienten, von Besonderem und von Ungewöhnlichem und des für den Patienten Notwendigen (Fleischer 1999: 46; Hartmann 1990: 450).

Folgende, Intuitionsbedingende Prämissen werden in der Medizin formuliert:

- Erfahrungs- und Fachwissen, z.B. durch die Reflektion von Krankheitsbilder und Symptomen (Fleischer 1999: 45f; Gastinger 1999: 48; Gross 1992: 295; Hartel 1999: 53; Nager 2000: 330; Reding 1999: 51; Speich 1997: 1265-1277; Wolff 1999: 38; Wolner 1982: 142). Dietrich (1977: 1612) präzisiert die Gemeinsamkeit von Intuition und Erfahrungswissen, indem Intuition ein automatischer Erkenntnisakt der Kennerschaft ist und Erfahrungen zur unbewussten Versenkung von Arbeitsinhalten führen (Kap. 2.5.2).
- Empathie, z.B. im Sinne von Einfühlungsvermögen in die Patientensituation, als Mitleidenschaft und Verstehen und als Teilen von Primäraffekten wie Angst, Trauer und Zuversicht (Hartel 1999: 53; Hartmann 1990: 453; Nager 2000: 330)
- Nachdenklichkeit (Fleischer 1999: 46; Hartel 1999: 53) oder ein In-sich-hineinschauen, das zu einem Wiedererkennen von zuvor gespeicherter Erfahrung führt (Hartel 1999: 53f).

2.3.4 Prozess der ärztlichen Entscheidungsfindung und Problemlösung

Der intuitiven Entscheidung im ärztlichen Handeln kommt in Situationen der Diagnostik und Indikationsstellung für Therapien eine besondere Bedeutung zu (Kümmerle 1990: 1294; Hempel 1999: 40; Maritz-Mosimann & Winzenried 1999: 30). Intuitive Entscheidungen sind im Klinikalltag gefordert, wenn Akut-Ereignisse, Komplikationen oder Ausnahmesituationen eine dramatische Situation mit Patientenbeteiligung entstehen lassen, in der wenig Zeit zum reflektierenden und analysierenden Handeln verbleibt (Gastinger 1999: 48f; Reding 1999: 51).

Einen sechsphasigen diagnostischen Prozess für die Innere Medizin, der in der Regel bei medizinischen Problemstellungen Anwendung findet, zeichnet Speich (1997: 1264f). Die ersten beiden Phasen sind intuitionsrelevant und beinhalten:

1. Entwicklung diagnostischer Hypothesen

   Verschiedenste mögliche Krankheitsbilder werden aus dem Gedächtnis abgerufen, gegeneinander abgewogen und erste Arbeitshypothesen aufgestellt. Die für die Identifikation des Problems notwendigen Informationen stehen in der ersten Phase selten in ausreichender Menge zur Verfügung.

2. Charakterisierung der gewonnen Informationen

   Die Charakterisierung der mittels Anamnese und klinischer Untersuchung gewonnenen Informationen stellt die wichtigste Phase im diagnostischen Prozess dar. Intuition erhält in dieser Phase eine Bedeutung, wenn neue Hypothesen erzeugt und komplexe, kritische oder seltene und in der Literatur kaum beschriebene Situationen erfasst und bewältigt werden müssen.

Das Ergebnis des sechsphasigen diagnostischen Prozesses kann mehrere Hypothesen beinhalten. Der Arzt kann jedoch nur wenige Hypothesen parallel berücksichtigen und muss Entscheidungen über die weiter zu verfolgende Hypothese treffen. Für diese Abläufe sind drei semiotische Dimensionen (syntaktisch, semantisch, pragmatisch) bedeutungsvoll. In allen Dimensionen der Entscheidungsanalyse im diagnostischen Prozess können intuitive Handlungsmöglichkeiten beteiligt sein.

Bei diesem komplexen Vorgehen wird die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer Krankheit mit zwei verschiedenen Heurismen eingeschätzt. Speich bezieht sich dabei auf die heuristischen Methoden bei Entscheidungen von Kahneman und Tversky (1972) und verwendet sie im philosophischen Sinne, d.h. als Verfahrensweise zur Problemlösung durch Formulierung von Hypothesen und die Suche nach einer zur Verifizierung geeigneten Beweisführung. Die beiden heuristischen Methoden sind:

1. Repräsentativitätsheuristik

   Der Arzt hält eine Krankheit für umso wahrscheinlicher, je ähnlicher sie dem aus dem Gedächtnis abgerufenen typischen Beispiel ist.

2. Verfügbarkeitsheuristik

   Sie beruht darauf, dass die subjektive Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer Krankheit sowohl von der Leichtigkeit abhängt, mit der diese aus dem Gedächtnis abgerufen wird, als auch mit der Präsenz, Häufigkeit sowie der persönlichen Bedeutung einer Erfahrung.

Beide Heuristiken sind laut Speich in mehrerer Hinsicht Bias-anfällig. Dazu können beispielsweise die falsche Einschätzung der Prävalenz, das Fehlen eines typischen Symptoms in einem Syndrom oder die Überbewertung eines Erinnerungsfragmentes gehören. Um heuristische Fehlschlüsse zu vermeiden, sind formal-analytische Denkprozesse unumgänglich. Der vom Autor entwickelte diagnostische Prozess für die Innere Medizin soll den Arzt dabei unterstützen, den Einfluss persönlicher Neigungen oder Vorurteile zu minimieren (Speich 1997: 1275). Speich stellt in Rechnung, dass mit ausschließlicher Anwendung rationaler Denkprozesse in der Praxis selten Diagnostiken durchgeführt werden und die Entscheidungsfindungsanalyse möglicherweise lediglich eine Systematisierung dessen darstellt, was kompetente Kliniker intuitiv umsetzen. So werden Wahrscheinlichkeiten intuitiv berücksichtigt und die Qualität ärztlicher Handlungen ist von der persönlichen Erfahrung abhängig (Speich 1997: 1265-1277). Die Aussagen von Speich können dahin in-

terpretiert werden, dass intuitive Entscheidungen durch mangelndes formal-analytisches Denken zu Bias-Effekten führen können.

Auf der Grundlage des fünfstufigen Modells zum Erwerb von Fähigkeiten von Dreyfus und Dreyfus (Kap. 2.5.3) wählten Lorenz, Koller und Rothmund (1994: 259f) alltagstypische klinische Tests zur Entscheidungsfindung aus. Die in der Studie als Spezialisten eingeschlossenen Ärzte verwendeten zum einen umfangreiche gedankliche Verbindungen, um wichtige Informationen zu verknüpfen. Zum anderen konzentrierten sie sich auf die für die Diagnose entscheidenden Symptome und engten den Problemraum so ein, dass sich zwei klare Hypothesen herauskristallisierten. Die Gruppe der Nicht-Experten generierte eine Vielzahl konkurrierender Diagnosen und löste das Problem nicht (Lorenz, Koller & Rothmund 1994: 259ff).

Troidl (2000: 773-776) untersuchte die Wahrscheinlichkeitsvorhersage eines Risiko-Score-Systems zur Einschätzung einer chirurgischen Intervention. Er verglich in Anlehnung an das fünfstufige Modell zum Erwerb von Fähigkeiten von Dreyfus und Dreyfus (Kap. 2.5.3) Anfänger (Assistenzarzt), Erfahrene (Oberarzt) und Experten (Chefarzt) in der Chirurgie. Die Intuitionsdefinition übernimmt (Troidl 2000: 778) von Abernathy und Hamm (1995) und bezeichnet sie als „ein präzises Erkennen in einer besonderen Situation, das schnell und leicht abläuft, sich der jeweiligen Situation anpasst und meist zu einer erfolgreichen Aktion führt.“. Troidl (2000: 778f) kommt zu folgenden relevanten Ergebnissen: Die Effizienz des Risiko-Scores liegt bei 74%, einem Niveau, das Erfahrene knapp erreichen. Anfänger erreichen einen Wirkungsgrad von 34%. Im Bereich der Sensitivität liegt der Experte bei nur 50%, während der Risiko-Score wiederum 74% Genauigkeit zeigt. Insgesamt zeigt die Arbeit, dass Experten genau in ihren Vorhersagen sind, aber nicht perfekt.

Vor dem Hintergrund, dass der Arztberuf unter dem ethischen Imperativ des Helfens und Heilens steht, dieser in seiner Anlage auf Handlung und Aktivität ausgelegt ist und das Begrenzen oder Verzichten von Therapie eher die Ausnahme ärztlichen Handelns darstellt, untersuchten Baberg, Kielstein, de Zeeuw und Sass (2002) die Einflussfaktoren klinischer Entscheidungsprozesse bei Behandlungsgebot und Behandlungsbegrenzung. Die Autoren verwenden die Begrifflichkeiten ‚intuitives Entscheiden‘ und ‚intuitives Handeln‘ synonym mit ‚aus dem Bauch heraus Handeln‘. Intuitive klinische Entscheidungen kommen zum Einsatz, wenn nicht genügend Informationen vorliegen oder diese nicht schnell genug beschafft werden können oder wenn die vorhandenen Informationen sich widersprechen oder nicht interpretierbar sind (Baberg et al. 2002: 1633f).

2.3.5 Grenzen ärztlicher Intuition

Kritische Ansatzpunkte zu Intuition im ärztlichen Handeln beziehen sich auf ihre Fehlbarkeit (Hartel 1999: 53; Nager 2000: 330f; Troidl 2000: 778; Zühlke 1999: 57), das Fehlen

logischer Methoden zur Überprüfung intuitiver Entscheidungen und damit ihre fehlende analytische Nachvollziehbarkeit (Hartel 1999: 54). So wird gefordert, intuitiv gewonnene Erkenntnisse und Entscheidungen einer analytischen Prüfung nach diskursiven Denkansätzen auf ihre logische Konsistenz hin zu unterziehen (Fleischer 1999: 45f; Hartmann 1990: 450f; Hempel 1999: 39; Nager 2000: 330f; Vescovi 1977: 2245f; Zühlke 1999: 57). Durch ihre Überprüfung kann Intuition nicht nur eine Einordnung in die Erkenntnistheorie und Methodik ärztlichen Denkens und Handelns erfahren, sondern auch eine Ablösung aus nebulösen und mystischen Denkmustern (Vescovi 1977: 2230ff). Die Begründung liegt zum einen darin, dass intuitive Entscheidungen logische Zwischenschritte ‚überspringen' und auf Grund falscher oder unzulänglicher Informationen zu falschen Ergebnissen führen. Zum anderen ist in der ärztlichen Diagnostik nicht nur das Ergebnis entscheidend, sondern auch die ‚übersprungenen' Zwischenschritte. In diesen Fakten sieht Gross (1992: 297) ‚Glanz und Elend der Intuition' begründet und weist ihr die Bedeutung eines ersten Schrittes auf eine Diagnose zu. Bleibt eine analytische Prüfung aus, bewegt sich Intuition auf dem Grad zwischen schöpferischer Tätigkeit, Scharlatanerie und intellektueller Überheblichkeit (Fleischer 1999: 45; Herfarth 1999: 64).

Eine weitere Schwäche intuitiver Entscheidungen wird darin gesehen, dass sie bei zahlreichen Ärzten positiv besetzt ist und bei kritischer Betrachtung revidiert und als analytische Entscheidung bezeichnet werden muss. Ärzte verwenden gern den Intuitionsbegriff, wenn sich ihr Ergebnis als richtig erweist (Hartmann 1990: 450f). Ärztliche Entscheidungsfindung erscheint jedoch nahezu rational; Intuition erhält lediglich in der ärztlichen Diskussion eine Überbewertung (Gastinger 1999: 49). Mitunter erheben intuitiv Entscheidende einen apodiktischen Wahrheitsanspruch, der die Richtigkeit der Entscheidungen nicht beweisen kann (Nager 2000: 330). Hartmann (1990: 450f) bezeichnet Intuition als Vermutung mit hoher Wahrscheinlichkeit, die subjektiv als Gewissheit empfunden wird. Intuitive Fehlentscheidungen mit negativen Folgen für Patienten sind selten Gegenstand ärztlicher Auseinandersetzung. Gefahr besteht für den Patienten, wenn mangelhaftes Erfahrungswissen oder Unerfahrenheit und intuitive Entscheidungen zusammentreffen und Zeitdruck die Situation negativ beeinflusst (Gastinger 1999: 49; Hartel 1999: 54; Kümmerle 1990: 1293, Lorenz, Schult & Rothmund 1990: 1288). Für Hartmann (1990: 450f) beginnt die Unzulänglichkeit der Intuition mit der Tatsache, dass bereits die in das Gedächtnis eingehende klinische Erfahrung gefiltert wird und in der Summe aus getrübter Erinnerung besteht.

2.3.6 Zusammenfassung und Relevanz für das Forschungsvorhaben

In der Handlungswissenschaft der Medizin findet eine Diskussion um die handlungsleitenden Grundlagen ärztlichen Tuns statt. Die Paradigmen Wissenschaft und Kunst als zwei Quellen der ärztlichen Entscheidungsfindung stehen sich gegenüber. Das Vorhandensein beider ist unstrittig, jedoch konkurrieren ihr Bedeutungsgehalt und Zusam-

menhang. Die Wissenschaft erfährt eine Rolle als Kontrahent zur Intuition. In diesem Diskurs wird Intuition überwiegend mit dem Bereich der Kunst identifiziert und als Wesenselement ärztlichen Handelns anerkannt. Intuition ist assoziiert mit erfahrenem, praktischem, klinischem Entscheiden und Handeln.

Die Funktion von Intuition in der Humanmedizin liegt in folgenden Bereichen:

- Lösung von Problemen

  Intuition wird als Vorgehen zur Problemlösung identifiziert. Intuitiv und unbewusst ist dabei die Lösung gegeben. Intuitives Vorgehen erhält vor rationalem Vorgehen im ärztlichen Berufsalltag den Vorrang, wenn es beispielsweise an Informationen mangelt. Der Prozess der Problemlösung impliziert in erster Linie die ärztliche Diagnostik und Therapie.

- Neuordnung, Umstrukturierung und Ergänzung von Informationen
- Kreatives Schaffen von Neuem
- Erfassen von Gesamtheiten und Zusammenhängen (Gestaltwahrnehmung)
- Erfassen von Wesentlichem
- Vergleichendes Schlussfolgern
- Komplexitätsreduktion.

Intuition in der Humanmedizin geht mit Empathie einher. Sie dient dem Arzt zur Beziehungsgestaltung mit dem Patienten und wird stark von der individuellen Patientensituation beeinflusst.

Intuition steht nicht nur für ein plötzliches, sondern auch für ein schnelles, zeitsparendes Erkennen – auch als klinischer Blick –, das Flexibilität für sich verändernde Situationen bietet.

Unabdingbare Voraussetzung für intuitives Entscheiden und Handeln stellen sowohl umfangreiche Fachkenntnisse und klinisches Erfahrungswissen als auch systematisches Beobachten dar. Insbesondere die Bedeutung des Erfahrungswissens ist forschungsgestützt belegt.

Charakteristisch für Intuition in der Medizin ist ihr prognostischer prädiktiver Wert. Im Erleben, besonders bei erfahrenen Klinikern, genießt Intuition ein ausgeprägtes Ansehen. Darüber hinaus ist erkennbar, dass Intuition nur den nachgeordneten Rang eines ersten, vorläufigen Schrittes zur späteren rationalen Erkenntnis erhält. Demnach wird die Notwendigkeit zur Überprüfung dieser Fähigkeit eingefordert.

Das Kapitel 2.3 weist im Vergleich zu den zuvor dargestellten Disziplinen eine neue Inhaltsebene auf. Die Medizin setzt sich mit einem drohenden Intuitionsverlust vor dem Hintergrund von evidenz-basierter Medizin und technologischer Entwicklungen ausein-

ander. Diese Diskussion ist nicht nur ein Spezifikum der Medizin, sondern findet auch in der Pflege ihre Entsprechung (Kap. 3.3.2). Die Implementation von evidenz-basierter Medizin / Pflege liegt in einem hohen Legitimationsdruck begründet (Kap. 3.3.2). Innerhalb der Diskussion der beiden Handlungswissenschaften zeigen sich weitere Parallelen. Den Diskussionsgegenstand um Wissenschaft und Kunst der praktisch Handelnden führen beide Disziplinen mit vergleichbaren Argumenten. Intuition wird dabei als Bestandteil der Kunst und des Wissenschaftlers betrachtet (Kap. 3.1.2).

Intuition wird als Fähigkeit für gelungenes ärztliches Handeln bei ungenügenden Informationen erachtet. Intuition tritt sowohl bei alltagsnahen Entscheidungssituationen als auch in plötzlich auftretenden Ausnahmesituationen auf. Beide Situationstypen kennzeichnen auch das pflegerische Handeln in der Häuslichkeit der Pflegebedürftigen (Kap. 1.1). Auch hier treten unvorhersehbare Situationen plötzlicher gesundheitlicher Veränderungen auf, in denen schnelle Entscheidungen ohne einen umfangreichen Informationsstand zu treffen sind.

Intuition tritt im ärztlichen Handeln bei der Lösung von Problemen auf, beeinflusst die Beziehung zum Patienten, ermöglicht, das für den Patienten Notwendige zu erkennen und geht mit Einfühlungsvermögen einher. Wie im ärztlichen Handeln dem Patienten die zentrale Bedeutung zukommt, so ist es im pflegerischen Handeln der Pflegebedürftige (Kap.1.1). Ebenfalls Anteile pflegerischen Handelns sind in der ambulanten Pflege von Empathie getragene Beziehungen zum Pflegebedürftigen – zumeist über einen längeren Zeitraum – mit dem Ziel, das für ihn Wesentliche in unterschiedlichen Situationen zu erkennen und Probleme mit oder für ihn zu lösen.

Darüber hinaus bestehen weitere Gemeinsamkeiten im ärztlichen und pflegerischen Handeln, wie Synästhesien oder das Beobachten und Wahrnehmen innerhalb von Situationen. Die Wahrscheinlichkeit ist hoch, pflegerische Intuition in ähnlichen Kontexten aufzuspüren. Auch die Suche nach dem prädiktiven Wert intuitiver Entscheidung der Pflegenden soll direkter Forschungsgegenstand sein. Der prädiktive Wert kann ein Kennzeichen pflegerischer Intuition darstellen. Im Sinne sensibilisierender Konzepte der Grounded Theory-Methodologie müssen bei der Datenerhebung o.g. Situationen in den Blick genommen werden (Kap. 5.3.1).

2.4 Erkenntnisse der kognitiven Neurowissenschaften zur Intuition

Die Neurowissenschaften als Teilgebiet der Medizin repräsentieren einen eigenen Forschungsschwerpunkt, dessen Ergebnisse den Kenntnisstand im Zusammenhang mit Intuition bereichern. Die Forschungsergebnisse bieten neurophysiologische Erklärungsansätze

zur Beschreibung der Funktionsweise von Intuition und werden in Forschungsarbeiten diskutiert (Goldberg 1988: 143).

2.4.1 Hemisphärentheorie

Der amerikanische Hirnforscher und Neurologe Sperry erforschte die Funktionsweise der menschlichen Gehirnregionen. Er fand heraus, dass beide Hirnhälften unabhängig voneinander in Bezug auf Informationsverarbeitung, Wahrnehmung, Erinnerungsvermögen und Lernfähigkeit arbeiten und begründete damit die Hemisphärentheorie. Weitere Untersuchungen beruhten auf dem Prinzip der doppelten Dissoziation, d.h. es wird angenommen, dass ein Funktionsausfall im geschädigten Bereich im Vergleich zu einem vollständig funktionsfähigen Gehirn Rückschlüsse auf die physiologischen Funktionen der gesunden Hirnareale zulässt. Folgende funktionale Zuordnung von Merkmalen für die beide Hemisphären haben sich als Ergebnisse herausgebildet (Goldberg 1988: 149; Hänsel 2002: 78):

Propagierte Hemisphäreneigenschaft	
Linke Hemisphäre	**Rechte Hemisphäre**
objektiv	subjektiv
intellektuell	emotional
deduktiv	induktiv
realistisch	fantasievoll
wissenschaftlich	künstlerisch
bewusst	unbewusst
rational	irrational
Logik	Intuition
sprachlich orientiert	bildhaft orientiert

Tabelle 1: funktionale Zuordnung von Merkmalen (in Anlehnung an Goldberg 1988: 146, Hänsel 2002: 78)

Vor dem Hintergrund der Intuition gilt die Hemisphärentheorie unter Kritikern inzwischen als unzulässige und vereinfachende Vorstellung einer Dichotomie, die das komplexe Phänomen Intuition nicht angemessen als rechtshemisphärisch deklarieren kann (Goldberg 1988: 144f; Hänsel 2002: 78). Intuitive Erfahrungen scheinen mit der rechten Hemisphäre assoziiert zu sein, „was nicht ganz das selbe ist, als wenn man sagt, sie seien eine Funktion der rechten Hemisphäre oder hätten dort ihren Sitz.“ (Goldberg 1988: 146). Ebenso kann Intuition mit kognitiven Eigenschaften vergesellschaftet sein (Goldberg 1988: 144f).

Forscher, die Sperrys Theorie weiter untersuchten, erkannten, dass die aufgeführten Funktionen als komplexe Muster beide Hemisphären betreffen. So geben Untersuchungen von Springer und Deutsch (1987) Hinweise darauf, dass die Tätigkeit der linken Hemisphäre eher mit den Begriffen ‚nacheinander' und ‚linear' verbunden werden kann, während die rechte Hemisphäre mit ‚gleichzeitig', ‚ganzheitlich' und ‚nichtlinear' assoziiert wird.

Birbaumer und Töpfner (1998: 2844f) äußern, dass mit den verschiedensten Untersuchungsmethoden wie Elektroenzephalografie und Magnetenzephalografie Unterschiede zwischen den Hemisphären gefunden wurden, deren funktionelle Bedeutung in den meisten Fällen unklar ist. Die Autoren betrachten die Aufteilung, dass die rechte Hemisphäre überwiegend an räumlich-gestalthaften Aufgaben, raschen zielgeleiteten Bewegungen und an der visuellen Daueraufmerksamkeit beteiligt ist, als neurowissenschaftlich belegt (Birbaumer & Töpfner 1998: 2846).

Die wesentliche Bedeutung der Hemisphärentheorie besteht darin, dass in einem ersten Schritt bisher über Materie nicht nachweisbare Erkenntnisformen naturwissenschaftlich legitimiert wurden.

Roth (1997) geht von einem gleichrangigen Zusammenwirken beider Hemisphären unter Beeinflussung des limbischen Systems und des Corpus callosum aus. Er sieht in der Hemisphärentheorie die Fortsetzung des dualistischen Denkens Descartes (Kap. 2.1.1). Aus der Perspektive der Hirnevolution ist das limbische System, das Gefühle hervorbringt und steuert, deutlich älter als die präfrontale Großhirnrinde, der die ‚höchsten' kognitiven Hirnfunktionen zugesprochen werden. Die besondere Leistung der Großhirnrinde liegt in der Verhaltensplanung und der Einbindung des geplanten Verhaltens in einen Handlungskontext. Sie erfasst und verarbeitet die Bedeutung komplexer Sachverhalte und Prozesse und schafft ein Ich als Subjekt dieser Handlungen, allerdings erfolgt dies nur im Rückgriff auf das limbische System. Für Roth bilden Großhirnrinde und limbisches System eine unauflösliche Einheit, in deren Konsequenz Kognitionen nicht ohne Emotionen möglich sind (Roth 1997: 178, 184, 192).

Roths neurowissenschaftliche Ausführungen bieten, auch wenn keine ausführliche Beschäftigung mit dem Intuitionsphänomen erfolgt, eine nachvollziehbare Darstellung über das Wirkungsgeflecht von Kognitionen und Emotionen und über neuronale Prozesse, die Aufschluss über den physiologischen Zusammenhang von Erfahrung, neuronalen Netzwerken und Bewusstsein geben. Es lässt die Vermutung zu, dass die Erklärung der Physiologie intuitiver Prozesse im limbischen System gefunden werden könnte.

Die Aufgabe des Gehirns besteht primär nicht in der Datenverarbeitung, sondern darin, Verhalten zu erzeugen, das ein Überleben des Organismus sichert. Dabei kann das Überleben nicht genau voraus berechnet werden, sondern es ist eine Instanz nötig, die Konsequenzen von Handlungen für den Organismus in Rückgriff auf das Gedächtnis (Cortex) bewertet. Diese Bewertungsinstanz im menschlichen Organismus stellt das limbische

System dar. Im Gedächtnis wird das Bewertungsergebnis in Abgleich zum momentanen emotionalen Zustand festgehalten und als Gefühl erlebt. Roth (1997: 212) formuliert: „Wer nicht fühlt, kann auch nicht vernünftig entscheiden und handeln.“. Das limbische System steuert das Verhalten auf der Grundlage von der hier abgespeicherten und bewerteten Lebenserfahrung, den Signalen (z.B. Gefühlen), die der Körper sendet, den jeweiligen Reizen aus der Umwelt und den Komponenten bewusster Handlungsplanung aus dem präfrontalen Cortex.

Bewertet das limbische System im Lichte von Erfahrung einen Wahrnehmungsinhalt oder eine Verhaltensaufgabe als wichtig, wird unbewusst geprüft, welche corticalen Areale zur Aufgabenbewältigung zuständig sind und ob bereits vorhandene neuronale Netzwerke routiniert die Aufgabe bewältigen können. Ist dies nicht der Fall, beispielsweise bei neuartigen Aussagen oder dem Erlernen ungewohnter Bewegungen, wird ein neues Netzwerk angelegt oder neu ‚verdrahtet‘. Neue Neuronenverknüpfungen müssen in der Lage sein, das Verhalten so zu steuern oder einen inneren Zustand zu erzeugen, der vom Gehirn als Lösung des Problems angesehen wird. Dieser Vorgang kann blitzartig oder langsam erfolgen (Roth 1997: 232f). „Je mehr Verknüpfungsaufwand betrieben wird, desto bewusster wird ein Vorgang, und je mehr ‚vorgefertigte‘ Netzwerke für eine bestimmte kognitive und motorische Aufgabe vorliegen, desto automatischer und unbewusster erledigen wir diese Aufgabe.“ (Roth 1997: 233). Sind die Nervennetze verfestigt und erfolgt die Problembewältigung routiniert, verliert das Bewusstsein als Bedingungsfaktor seine Funktion (Roth 1997: 251). Nur solche Prozesse, die in der Großhirnrinde stattfinden, werden dem Menschen bewusst, d.h. ein großer Teil der Handlungssteuerung ist dem Bewusstsein nicht zugänglich (Roth 1997: 261f). Die Beteiligung des Bewusstseins stellt eine notwendige Begleiterscheinung dar, die einer mühsamen, zeitraubenden Trainingsphase gleicht (Roth 1997: 252).

Alle Signale und Informationen werden vor dem Hintergrund vorangegangener Erfahrungen bewertet. Wir ordnen die Welt in Begriffe und Kategorien und geben ihnen Bedeutungen (Roth 1997: 254). Bewertungen mit ausreichend subjektiver Bedeutung, d.h. auch mit intensiven emotionalen Begleitzuständen, gehen in das Gedächtnis ein. Demnach hängen Gedächtnis und Bewertungssystem untrennbar zusammen, denn Gedächtnis ist ohne vorherige Bewertung nicht möglich und jede Bewertung erfolgt auf der Grundlage von Gedächtnis (Roth 1997: 195ff).

2.4.2 Die Hypothese der somatischen Marker

Der amerikanische Neurologe Damasio (1997) erforschte die Lokalisierung von Entscheidungen. Er zeigt auf, dass beim Durchdenken von unangenehmen Entscheidungs- und Handlungsalternativen sowie deren Konsequenzen eine unangenehme Empfindung im Bauch auftaucht und reine Vernunftentscheidungen beim Menschen nicht vorkommen (Damasio 1997: 237ff). Durch Lernen ist aus diesen Empfindungen eine Verbindung zur

Vorhersage künftiger Ergebnisse bestimmter Szenarien hergestellt worden. Die Empfindung im Bauch betrifft als Zustand den Körper (= soma) und kennzeichnet oder ‚markiert' ein Vorstellungsbild (= Marker). Ein somatischer Marker ist eine den Körper betreffende Empfindung, wobei alle Körperempfindungen als somatische Marker in Erscheinung treten können. Ein somatischer Marker kann zwei Funktionen einnehmen; als:

- Warnsignal, d.h. er lenkt die Aufmerksamkeit auf das negative Ergebnis, das eine Handlungsweise nach sich ziehen kann
- Startsignal, d.h. ein positiver Marker deutet auf positive Handlungsoptionen hin und wirkt als Beförderer zur Ausführung der Handlung.

Somatische Marker, als Sonderfall der Empfindungen, ersetzen nicht das Denken, sie unterstützen dieses jedoch, indem Handlungsoptionen beurteilt und die Aufmerksamkeit positiv oder negativ konnotiert wird. Sie erhöhen damit die Genauigkeit und Nützlichkeit von Entscheidungsprozessen. Eine Eigenschaft somatischer Marker besteht darin, dass sie verdeckt wirken, d.h. nicht immer bewusst wahrgenommen werden (Damasio 1997: 237ff).

Somatische Marker entstehen erfahrungsbasiert im Verlauf der individuellen Erziehung und Sozialisation im präfrontalen Cortex, indem dort bestimmte Reize und Signale mit bestimmten somatischen Zuständen verknüpft wurden. Die Aufgabe der Rindenfelder besteht darin, empfangene Signale über alte und neue Fakten, Lebenserfahrungen und zufallsbestimmte Ereignisse nach Maßgabe der persönlichen Relevanz in ein internes Präferenzsystem zu kategorisieren. Zugleich sind hier frühere und aktuelle Körperzustände repräsentiert (Damasio 1997: 247ff).

Damasio (1997: 256) zeigt eine enge Verbindung zur Intuition auf. Somatische Zustände markieren die Ergebnisse von Reaktionen als positiv oder negativ und vermeiden somit ‚negative' Reaktionsmöglichkeiten. Sie wirken verdeckt und unbewusst und können zügig Handlungstendenzen verstärken oder hemmen. Diesen verdeckten Mechanismus versteht Damasio als Ursprung von Intuition, mit deren Hilfe Probleme ohne Nachdenken gelöst werden. Die Hypothese der somatischen Marker kann als gute Beschreibung über die Vernetzung von Emotionen/Intuitionen und Kognitionen in Arealen des menschlichen Gehirns bewertet werden (Hänsel 2002: 80; Zeuch & Hänsel 2001: 3).

2.4.3 Fraktale Affektlogik

Der Psychiater und Neurowissenschaftler Ciompi verbindet in seiner Theorie der fraktalen Affektlogik emotionale und kognitive Prozesse enger miteinander, als es bis dahin der Fall war (Ciompi 1997: 11). Er beschreibt das komplexe Wirken von kognitiven, emotionalen und sensomotorischen Elementen, die „aktionsgenerierte Fühl-, Denk- und

Verhaltensprogramme“ (Ciompi 1997: 290) bewirken. Sie sind in jeder Art von Aktivität untrennbar miteinander verwoben und verfestigen sich sowohl auf zentralnervösen wie auch auf körperlich-vegetativen, sensomotorisch und ausdruckspsychologischen Ebenen (Ciompi 1997: 46ff, 63, 67).

Der Affektlogik schreibt Ciompi (1997: 46) eine doppelte Bedeutung zu:

1. die Logik der Affekte und
2. die Affektivität der Logik.

Der Affektbegriff beinhaltet von inneren oder äußeren Reizen ausgelöste Emotionen und Intuitionen unterschiedlicher Qualität, Dauer und Bewusstseinsnähe. Intuitionen charakterisieren sich durch eine Dauer von wenigen Sekunden (Ciompi 1997: 47f, 63, 67). Intuitionen entspringen dem Unbewussten und sind oftmals „plötzliches bewusstes Offenbarwerden von Zusammenhängen“ (Ciompi 1997: 162).

Affekte nehmen nicht nur die Funktion von Operatoren ein, sondern sind auch für den Fokus der Aufmerksamkeit verantwortlich, für die Hierarchie der Denkinhalte und ein Mittel zur Komplexitätsreduktion (Ciompi 1997: 94-99). Als solche entwickeln sie den Verstehens- und Wissenshorizont des Individuums. Affekte bilden den Referenzrahmen für kognitv-rationale Prozesse und bleiben bestimmend in Bezug auf logische Schlussfolgerungen.

Unter Logik versteht der Autor die „Art und Weise, wie kognitive Inhalte miteinander verknüpft werden“ (Ciompi 1997: 78). Operatoren prägen die Logik. Besonders in Erscheinung tretende Affekte innerhalb einer Situation bezeichnet der Autor beispielsweise als ‚Freudelogik‘, ‚Angstlogik‘ oder auch ‚Wutlogik‘. Eine jeweilige gefühlsbetonte Befindlichkeit bestimmt, welche kognitiven Wahrnehmungen, Informationen und Inhalte selektiert und/oder verknüpft werden. In dieser Syntax sind Alltagsdenken und wissenschaftliches Denken von derselben Essenz und entwickeln sich willkürlich durcheinander. Gefühlsbetont-intuitive und logische Komponenten haben eine gleichwertige Position inne (Ciompi 1997: 206).

Ciompi (1997: 140) verwendet Affekte als Attraktoren. Der Attraktorenbegriff wird als komplexes Zusammenspiel von Affekt, Kognition und Handlung verstanden. „Jede affektive Stimmung wirkt dabei als typischer Attraktor, der alles Denken und Verhalten konditioniert.“ (Ciompi 1997: 154). Demnach sind Attraktoren in einem affektiven Bezugssystem für das Denken richtungsweisend. Sie lenken die individuelle Aufmerksamkeit. Dieser Syntax folgend, können abseits vom sonstigen Aufmerksamkeitsfokus neuartige affektive und/oder kognitive Denkwege entstehen, die als Intuition wahrgenommen werden können. Das heißt, Attraktoren können fernab von alten Pfaden neue Bahnen bilden, in denen das Denken gelenkt wird. Intuition gilt als affektive Komponente des Denkens, die maßgeblich zur Problemlösung beiträgt und reziprok vom Denken beeinflusst und erhellt wird (Ciompi 1997: 41, 162).

Die Besonderheit der Ciompischen Theorie kann darin gesehen werden, dass Affekte wie Intuition und Logik untrennbar miteinander verknüpft sind. Ratio, Logik und Intuition sind gleichwertige Denkformen.

2.4.4 Zusammenfassung und Relevanz für das Forschungsvorhaben

Kognitive Neurowissenschaftler setzen sich mit dem anatomischen Ort und den physiologischen Prozessen, die für Intuition verantwortlich sind, auseinander. Sperry und Damasio weisen dem präfrontalen Cortex als Ort des Geschehens die Priorität zu, während Roth Gefühle und Situations- wie Handlungsbewertungen sowohl im präfrontalen Cortex als auch im limbischen System verortet. Intuition wird auf der Ebene von Emotionen als gleichrangig bedeutend und grundlegend wie kognitive Prozesse für die menschliche Verhaltenssteuerung und letztendlich die Überlebenssicherung des Organismus betrachtet. Intuition nimmt im Vergleich zur Betrachtungsweise in der Humanmedizin (Kap. 2.3) nicht die Position einer reflektionsbedürftigen Vorstufe zu logisch-rationalen Entscheidungsprozessen ein. Die Vermutung liegt nahe, dass die Trennung von intuitiv-affektiven und rationalen Prozessen möglicherweise lediglich ein semantisches Konstrukt darstellt.

Die wesentliche Bedeutung von Intuition kann darin gesehen werden, dass

- Situations- wie Handlungsbewertungen auf der Basis subjektiver Bedeutungen vorgenommen werden
- Warn- und/oder Startsignale für Handlungen und Handlungsoptionen gesendet werden und dass
- das Verhalten gelenkt sowie ‚sozialisiert' wird.

Somatische Marker oder auch Affekte lenken den Fokus der Aufmerksamkeit des Menschen und entscheiden damit über die Inhalte unserer Wahrnehmungen und Denkprozesse. Indem nicht nur Handeln bewertet und beeinflusst wird, sondern darüber hinaus eine für den Organismus emotional harmonische, verträgliche und ihn erhaltene Lösung gesucht wird, trägt Intuition zur Problemlösung bei.

Die Autoren begründen den Erfahrungsbegriff als Voraussetzung für Intuition im neurophysiologischen Kontext. Intuition entspringt blitzartig oder plötzlich unterhalb der Bewusstseinsebene, weil auf vorhandene neuronale Netzwerke zurückgegriffen werden kann oder weil Attraktoren neue Bahnen und Denkwege bilden und sich auf diese Weise die physiologische Grundlage der Intuition entwickeln kann.

Die Erkenntnisse der kognitiven Neurowissenschaften zeigen, dass Handlungen, bei denen auf vorgefertigte neuronale Netzwerke zurückgegriffen wird, routiniert, automatisch und unbewusst erfolgen. Auf das pflegerische Handeln übertragen kann dies für die Forschungsarbeit bedeuten, dass Intuition nicht nur als plötzliches Handeln oder plötzliche

Verhaltensweise in Erscheinung tritt, sondern auch an das alltägliche, routinierte und unbewusste Handeln gekoppelt ist (Kap. 5.3.1).

Die Erkenntnis, dass emotionale und kognitive Prozesse eng miteinander verknüpft sind, ist für die Forschungsarbeit bedeutsam. Das intuitive Handeln der Pflegenden ist von Gefühlen begleitet und kann ein Gefühl von einer ‚stimmigen Handlung' für die Pflegekraft erzeugen. Für den Forschungsprozess bedeutet es, die Nähe von Intuitionen und Emotionen in der pflegerischen Situation zu berücksichtigen. Beispielsweise könnten die Befragten verkörperlichte Gefühle wie ‚ein Handeln aus dem Bauch heraus' als Äußerung von Intuition verbalisieren (Kap. 5.3.1 und Kap. 5.3.5).

Die kognitiven Neurowissenschaften zeigen, dass Situationsbewertungen vor dem Hintergrund sozialer Kontexte mit subjektiver Bedeutung in das Gedächtnis eingehen. Erfahrung schließt hier subjektive Empfindungen und die Sozialisation mit ein und umfasst damit mehr als Fachkenntnisse, die im beruflichen Kontext eingesetzt werden. Insbesondere für das Handeln in der ambulanten Pflege, das dem Erhalten von Normalität verpflichtet ist, erhält der Erfahrungsbegriff hier eine alltagsorientierte Nuancierung, die subjektive Situationsbewertung in individueller Sozialisation mit einschließt.

2.5 Der Intuitionsbegriff in der Pädagogik

Grundlagen der Pädagogik rekrutieren sich unter anderem aus dem Wissensbestand der Psychologie, beispielsweise wird der Intuitionsbegriff in der Pädagogik im Zusammenhang mit Kognitivismus bei der Gestaltung von Lernprozessen verwendet (Pfleger 2002: 12f). Weiter gefasst als im Rahmen kognitiver Prozesse ist der Intuitionsbegriff Gegenstand pädagogischer Auseinandersetzung, wenn er als Wissensform oder Handlungskompetenz beschrieben wird. Diese Auseinandersetzung soll im Folgenden dargestellt werden.

2.5.1 Die Rolle von Intuition in der pädagogischen Professionalisierungsdebatte

Im Mittelpunkt der Professionalisierungsdebatte in der Pädagogik steht das Verhältnis von Wissen, z.B. als Regelwissen und Handeln, z.B. als Fallverstehen (vergleichbar mit der Diskussion in der Pflege Kap. 3.3.1 und Kap. 3.3.2 sowie in der Medizin Kap. 2.3.1 und 2.3.2). Intuition wird dabei als Merkmal professionellen Handelns mit unterschiedlichen Positionen diskutiert.

Das Verhältnis von Wissenschaft und Profession haben Reiter und Steiner (1996) als eine wechselseitige Beziehung zwischen System und Umwelt beschrieben. Beide bilden

für einander die Umwelt und profitieren voneinander im Sinne produktiver Kräfte. In einem professionellen System könne es „keine problemlose ‚Anwendung wissenschaftlichen Wissens' geben. Intuition, Urteilsfähigkeit, Risikofreudigkeit und Verantwortungsübernahme stellen wechselseitige Komponenten in Situationen dar, in denen Nichtwissen und Unsicherheit vorherrschen." (Reiter & Steiner 1996: 177). Das intuitive Handeln zu reflektieren stellt ein Charakteristikum professioneller Fähigkeit dar (Reiter & Steiner 1996: 171).

Jedes Individuum stützt sich bei der Lösung von Problemen auf Wissensbestände, die ihm helfen, wirkungsvoll zu handeln. In Bezug auf das handelnde Individuum ordnet Geser (1998: 2ff) die Wissensbestände drei Quellen zu. Die erste Quelle stellt das internale Wissen dar. Es ist ein überwiegend personengebundenes Wissen, wie Begabung und Intuition, das nicht planmäßig erzeugt werden kann, interpersonell nicht übertragbar ist und unkontrollierbar bleibt. Gleichfalls internal ist Erfahrungswissen, das durch umweltorientierte Wahrnehmungs- und Lernprozesse erworben wird. Erfahrungswissen wird individualistisch erzeugt und ist teilweise in Kommunikationsprozessen vermittelbar.

Die beiden anderen Wissensquellen stellen das semi-externale und das externale Wissen dar. Semi-externales Wissen wird auf kollektiver Ebene tradiert, weiterentwickelt und in Sozialisationsprozessen übermittelt. Externales Wissen dagegen ist von individuellen Einflüssen weitgehend unabhängig und wird in Handlungen wirksam, für die keine umfangreichen Lernprozesse nötig sind.

Intuition als internales Wissen tritt auf, wenn in Folge von Einmaligkeit und Unvergleichlichkeit in Problemsituationen nicht auf anderes Wissen zurückgegriffen werden kann. Auf Grund der Personengebundenheit von Intuitionswissen verharrt es laut Geser (1998: 4ff) stets auf demselben ‚niedrigen' Niveau. Bei Lehrern und Erziehern hat sich die Auffassung durchgesetzt, dass die Wirksamkeit der Arbeit weniger durch Formalbildung als vielmehr durch Faktoren intuitiver Einfühlung und persönlicher Ausstrahlung erzielt wird, die nur im Rahmen der Rollentätigkeit in Erscheinung treten. Durch eine Zunahme von wissenschaftlichem Wissen, von Technisierung und Informatisierung kommt es zur Expansion externaler Wissensbestände in der Pädagogik, in deren Folge Intuitionswissen an Bedeutung verliert (vgl. auch die parallele Diskussion in der Medizin in Kap. 2.3.1 und Pflege Kap. 3.3).

Koring (1989: 14ff) entwickelt eine Theorie pädagogischen Handelns und setzt sich mit kompetentem, professionellem pädagogischem Handeln auseinander. Als Voraussetzung dafür formuliert er in Anlehnung an die Hermeneutik die Kompetenzen der situativen Wahrnehmung, Deutung und des Verstehens. Diese sind in zahlreichen Situationen gefordert, insbesondere beim Auftreten von Widersprüchen und Ambivalenzen oder bei Zeitmangel. Koring charakterisiert ein Handlungsfeld mit irritierender Vielschichtigkeit und Gleichzeitigkeit pädagogischer Ereignisse, die unter Zuhilfenahme von pädagogischem ‚Verstehen' handhabbar werden. Situatives ‚Verstehen' ermöglicht Orientierung,

basiert auf Wissensbeständen, Erfahrung, Einstellungen und vorangegangener Reflektion von Erlebtem und ist wesentliches Element der pädagogischen Profession. Intuition tritt in Erscheinung, wenn in der Situation pädagogischer Alltäglichkeit sowohl Wissensbestände als auch Erfahrungen und Einstellungen aktualisiert werden.

Auf der Suche nach erfolgssichernden, standardisierten Methoden für professionelles pädagogisches Handeln stellt Koring fest, dass es keine vollständig erlernbare Technik oder Methode gibt mit der alle pädagogischen Situationen beherrscht werden können. Dieses Defizit gleicht der Pädagoge durch Intuition und Erfahrung aus. Zugleich ist professionelles Handeln nicht standardisierbar, weil in der Praxis Situationen auftreten, die theoretisch nicht antizipierbar sind. Bei neuartigen Problemlagen und unter Zeitdruck muss der Professionelle handlungsfähig bleiben. Mit Hilfe der Kompetenzen Intuition und Erfahrung kann er dies. Unterstützt werden Intuition und Erfahrung durch das professionelle Ethos des Handelnden (Koring 1989: 80f).

2.5.2 Intuition als implizites Wissen in der Berufspädagogik

Neuwegs (1999: 44f; 134f) Ausführungen zu implizitem Wissen stützen sich auf kognitions- und gestaltpsychologische Erkenntnisse (Kap. 2.2.6 und Kap. 2.2.7), die gleichfalls auf philosophischen Prämissen beruhen. Der Autor bezieht sich auf die phänomenologischen Ausführungen Polanyis, der implizite Wissensformen für alle Erscheinungsformen menschlicher Intelligenz beschreibt und als Schöpfer des Begriffes ‚impliziten Wissens' gilt.

Implizites Wissen bezeichnet eine Theorie des Erkennens, Handelns, Verstehens und Lernens insbesondere von Berufstätigen. Implizites Wissen (tacit knowing) bezeichnet u.a. ein Handeln, das synonym für intuitives Können steht und einen Anspruch auf Intelligenz erheben kann. Die implizite Komponente des Wissens erklärt sich aus seiner Fähigkeit zur Aktualisierung. Das Subjekt identifiziert Neues auf der Grundlage von bereits bekanntem Wissen als neu und integriert es implizit in den eigenen Wissensbestand (Neuweg 1999: 12, 139, 203). Das Subjekt

> „nimmt wahr, fällt ein Urteil, erwartet etwas, gelangt zu einer Schlussfolgerung, hat einen Einfall, löst ein Problem, erreicht ein Ziel, führt eine Bewegung aus usw. In dem Ausmaß, in dem ihm die dabei ablaufenden mentalen Prozesse und damit die Regulation solcher Verrichtungen nicht, sondern nur Ergebnisse oder Zwischenergebnisse solcher Prozesse zum Bewusstsein gelangen, erlebt es sein Wahrnehmen, Urteilen, Entscheiden, Handeln als intuitiv." (Neuweg 1999: 13).

Bei der Beschreibung von Intuition hebt Neuweg (1999: 140) in Anlehnung an Polanyi Wahrnehmung als das gemeinsame Element impliziten Wissens auf den Ebenen des Erkennens, Urteilens und Handelns hervor. Neuweg (1999) beschreibt drei Merkmale des impliziten Wissens:

- Nichtverbalisierbarkeit: Einzelne Teilelemente von Handlungsabläufen können nicht bewusst verbalisiert werden.
- Nicht-Formalisierbarkeit: Implizites Wissen kann nicht in Form von Regeln beschrieben werden. Die Ursache liegt jedoch nicht in der mangelnden Bewusstheit des Handelnden, sondern in der Komplexität von Handlungsabläufen, was dazu führt, dass diese nicht adäquat in ein explizites Regelwerk eingepasst werden können.
- Erfahrungsgebundenheit: Implizites Wissen ergibt sich aus der individuellen Verarbeitung von gelebter Erfahrung.

Aus einer Vielfalt von bewusst und unbewusst aufgenommenen Informationen, die im Laufe der Zeit über einen Gegenstand gespeichert sind, können sich neue Strukturen oder Einsichten ergeben. Diese können ein intuitives Gefühl von Richtigkeit und Harmonie vermitteln. Vor diesem Hintergrund scheint besonders in Situationen, die Entscheidungen verlangen, explizites Wissen weniger hilfreich zu sein als Intuition.

Implizites Wissen baut auf kognitiven Prozessen auf und wird häufig als Erfahrungswissen bezeichnet (Anderson 1996; Neuweg 1999). Das bedeutet, dass Subjekte immer wieder Handlungen vollziehen, deren Steuerung zunächst bewusst verläuft. Durch Wiederholung der Handlungen werden diese in eine unbewusste Automatisierung transformiert. Im Verlauf findet eine oftmals unbewusste Verrichtung von Handlungen statt. Dieses Wissen ist stark alltagsspezifisch situiert, kontextgebunden gespeichert und wird als ‚know-how' erlebt.

Implizites Wissen kann auf der Grundlage eines mehrjährigen Erfahrungsprozesses von den Subjekten als Kennerblick erlebt werden. Intuitiv erfasst der Kenner kontextbezogen Bedeutungen, Muster, Strukturen oder Ganzheiten, ohne dabei erst Teilelemente zusammenfügen zu müssen (Neuweg 1999: 176).

Intuitive Könner verfügen nicht nur über implizites Wissen, dem Lernerfahrungen voraus gehen, sondern auch über Wissen um Regeln, dem das Können (tacit knowledge) folgt und das dynamisch, flexibel und optional angewandt werden kann (Neuweg 1999: 12ff).

Implizites Wissen zeigt sich im Können, es kann nicht vollständig sprachlich rekonstruiert werden. Der Könner weiß mehr, als er verbalisieren kann, was die Explikation impliziten Wissens erschwert. Jedoch ist es möglich, implizites Wissen retrospektiv zu demonstrieren. Anhand zahlreicher Untersuchungen zur Performanz impliziten Wissens, beispielsweise von Reber, belegt Neuweg eine Dissoziation zwischen Verhaltens- und Verbaldaten. Die Versuchspersonen können überwiegend ihren erfahrungsbasierten Lerninhalt weder schriftlich noch mündlich verbalisieren und nicht begründet herleiten, warum sie richtige Entscheidungen trafen. Die Versuchspersonen gaben an, ‚nach Gefühl' gehandelt zu haben, ‚einfach geraten' zu haben oder die Aufgaben ‚hätten sich von selbst erledigt'. Neuweg geht davon aus, dass ausschließlich durch Befragung kein reales Bild impliziten

Wissens gewonnen werden kann (Neuweg 1999: 24ff). Bei der Untersuchung impliziten Wissens können intuitive Könner mit Fragen nach Definitionen, Gründen und Überzeugungen für ihre Handlungen diese in Begründungszwänge führen, in deren Konsequenz der Befragte Bezug auf Lehrbuchwissen nimmt. Der entstandene Rationalisierungsdruck lässt Subjekte auf verfügbare Theorien zurückgreifen, die ihr Verhalten angemessen erklären können, ohne dass diese jedoch das Verhalten tatsächlich gesteuert hätten.

Intuitives Können, besonders von Experten (Kap. 2.5.3), ist zu kontextgebunden und einzelfallbezogen, als dass seine Flexibilität in Regeln abgebildet werden kann. Aus didaktischer Perspektive ist implizites Wissen primär mit der Funktion von Erfahrung verbunden. Es bezeichnet ein Können als Lernergebnis, das durch Lernmodi wie Übungen alltäglicher Situationen und Ermöglichen individueller Erfahrung durch Handeln erworben wurde (Neuweg 1999: 16ff, 378).

Schweikart (2003: 103f) stützt sich bei der Definition impliziten Wissens auf Swap et al. (2001: 97) und versteht es als personengebundenes Wissen, das über Jahre hinweg erworben wird und sich einer Explikation entzieht. In diesem Kontext charakterisiert sich implizites Wissen bei Interventionen durch ‚Fingerspitzengefühl' im Umgang mit Klienten oder durch „intuitives Erfassen von unübersichtlichen Situationen oder Störungen" (Büssing, Herbig & Ewert 1999: 12). Dieses Wissen stellt einen eigenständigen Wissensbereich dar, der deutlich von explizitem Wissen als rationalistische, intellektualisierte Überzeugung abzugrenzen ist. Neuere Sichtweisen, wie die von Büssing, Herbig und Ewert (1999: 10), gehen von einem Primat des Impliziten aus. Diese These erfährt Unterstützung durch die Erkenntnisse der Neurowissenschaften, die sich darauf beziehen, dass Wahrnehmungen unbewusst verarbeitet werden, das Bewusstsein sich erst als Reaktion auf bereits ausgelöste Handlungsimpulse bildet und Emotionen untrennbar mit kognitiven Prozessen verbunden sind (Kap. 2.4.).

Implizites Wissen ist jedoch nach Schweikart (2003: 107ff) eine Zuschreibung von außen. Bei enger Verknüpfung von implizitem Wissen und beruflicher Expertise stellt sich für Schweikart die Frage, ob allein das Vorhandensein des erstgenannten die berufliche Expertise sichert. Der Autor verneint dies: implizites Wissen sichert keine fachlich richtigen Entscheidungen und Handlungen. Die Begründung liegt darin, dass Experten ihre eigene Expertise nicht einschätzen können. Experten haben diffuse Empfindungen zur Richtigkeit ihrer Entscheidungen, können sie aber nicht explizit begründen. Auf Grund des von Neuweg dargestellten Prinzips der ‚ungeteilten Aufmerksamkeit' ist es dem Handelnden nicht möglich, die eigene Aufmerksamkeit von einem Gegenstand weg auf die Reflektion der eigenen Handlungen zu lenken. Einen weiteren Grund sieht Schweikart darin, dass es aus neurowissenschaftlicher Perspektive die Aufgabe des Gehirns ist, Sinneseindrücke nicht in unzusammenhängende Einzelteile zu zerstückeln, sondern durch Selbstorganisationsprozesse eine ‚kohärente Wahrnehmung' zu bewirken (Schweikart 2003: 103ff). Unbewusst werden Einzeleindrücke zu einem Gesamtbild zusammengefügt, in deren Folge nicht das Problem erkannt wird, sondern dessen Lösung. Zu diesem einmal gefundenen

Lösungsweg wird das entsprechende Problem subsumiert. Experten wählen unbewusst und vom Gehirn ‚autonom' situationsadäquate Handlungen aus und greifen auf unzählige Ideen und Handlungsalternativen zurück. Eine auf diese Weise ‚automatisch' ausgelöste Verhaltensweise ist gleichzusetzen mit Intuition (Schweikart 2003: 107ff).

Schreyögg und Geiger (2002: 8ff) verstehen implizites Wissen vor dem Hintergrund der Ideen von Polanyi als Erfahrungswissen und Intuition. Sie setzen sich mit dem Wissensbegriff auseinander und untersuchen die Frage, ob implizites Wissen eine Subsumtion unter den Wissensbegriff rechtfertigen kann. Die grundlegende Anforderung an Wissen beinhaltet, dass es auf explizierbaren, begründeten Aussagen beruht, die ein angemessenes Prüfverfahren durchliefen. Demnach erfüllt implizites Wissen nicht die Voraussetzungen für den Wissensbegriff.

Die Schwierigkeiten bei der Erforschung impliziten Wissens erhöhen sich, weil es Menschen nicht möglich ist, primär zu handeln, zu beobachten oder zu fühlen und gleichzeitig darüber zu berichten. Es existiert nur eine Bewusstseinsebene, die sich nicht selbst zum Gegenstand der Aufmerksamkeit machen kann. Die Suche nach implizitem Wissen stellt demnach eine Rekonstruktionsaufgabe dar, die die Akteure selbst vornehmen müssen und die, orientiert an der Erinnerung, zu Verzerrungen und Überschätzungen der Bewusstheit von mentalen Prozessen führt. Lediglich die handelnde Person verfügt über den privilegierten Zugang zu ihren intuitiven Prozessen, aber nur retrospektiv. Neuweg empfiehlt, das Handeln der Menschen zu beobachten. Kann ein Handlungserfolg nicht kausal auf explizites Wissen zurückgeführt werden, so ist von der Existenz impliziten Wissens auszugehen (Neuweg 1999: 80f, 399).

Vor der Gleichsetzung von Intuition mit implizitem Wissen warnt Zeuch (2003: 38) aus dem Grund, dass der Intuition ein überraschendes Moment innewohnt, während die Anwendung impliziten Wissens zu erwarteten Ergebnissen führen soll.

2.5.3 Intuition als Merkmal von Expertenkompetenz

Eine spezielle Art der Betrachtung von Intuition ergibt sich aus der Erforschung künstlicher Intelligenz, deren Ziel u.a. darin besteht, Expertenwissen zu konkreten Themen regelhaft und kontextfrei einer Softwareprogrammierung zugänglich zu machen. Bei der Beschreibung von Wissen unterscheiden Dreyfus und Dreyfus ‚Know-how', das nicht in Worte gefasst werden kann und nicht in Form von Fakten oder Regeln zugänglich ist, und ‚Know-that', dem Wissen um Regeln und Fakten (Dreyfus & Dreyfus 1987: 37f). In ihrer phänomenologisch ausgerichteten Studie wenden sich Dreyfus und Dreyfus dem Prozess des Erwerbs von Fähigkeiten zu, d.h. dem Übergang von regelgeleitetem Know-that zum erfahrungsbasierten Know-how und entwickelten ein fünfstufiges Modell des Erwerbs von Fähigkeiten (Dreyfus & Dreyfus 1987: 41-62):

1. Stufe 1: Neuling (Novice)

2. Stufe 2: Fortgeschrittener Anfänger (Advanced Beginner)
3. Stufe 3: Kompetenz (Competent)
4. Stufe 4: Gewandtheit (Proficient)

   Der gewandt Handelnde nimmt emotional zutiefst Anteil an seiner Aufgabe. Sein gewandtes Vorgehen erfolgt wie selbstverständlich. Sein Handeln basiert sowohl auf der Erfahrung vergangener, ähnlicher Situationen als auch auf der Fähigkeit, Situationen als Ganzes zu erkennen, indem die hervorstechenden Situationsmerkmale miteinander kombiniert werden. „Diese intuitive Fähigkeit, Muster (Patterns) zu benutzen, ohne sie in Komponenten zu zerlegen, wollen wir ‚holistisches Erkennen von Ähnlichkeiten' (Holistic Similarity Recognition) nennen." (Dreyfus & Dreyfus 1987: 52).

5. Stufe 5: Expertentum (Expertise)

   Ein erfahrenes und geübtes Verständnis vermittelt dem Experten die Fähigkeit, intuitiv, engagiert und richtig zu handeln. Sein intuitives Können erfolgt internalisiert und unbewusst. „Wenn keine außergewöhnlichen Schwierigkeiten auftauchen, lösen Experten weder Probleme noch treffen sie Entscheidungen; sie machen einfach das, was normalerweise funktioniert." (Dreyfus & Dreyfus 1987: 55). Ein weiteres Charakteristikum ergibt sich daraus, dass kontextgebundene emotionale und körperlich assoziierte Empfindungen sowohl die Situationswahrnehmung als auch die Handlungssteuerung beeinflussen. Experten betrachten ihre Intuitionen kritisch und können zu der Erkenntnis kommen, dass ihre intuitiven Entscheidungen falsch waren.

Im Vergleich zum gewandt Handelnden erkennt der Experte nicht nur die Ähnlichkeiten zwischen vorherigen Situationen, sondern erinnert sich an die damit verbundenen Entscheidungen und Taktiken und prägt auf diese Weise intuitive Erwartungen aus.

Gültige Erklärungen für seine Entscheidungen findet der Experte, indem er Situationselemente erkennt und miteinander verbindet und handelt. In seinem Erleben sind diese Erklärungen rational. Das Verbalisieren kann in einer Rationalisierung im negativen Sinne münden. Dieser Logik folgend ist das Handeln auf den Kompetenzstufen eins bis drei rational und auf der fünften Kompetenzstufe arational, d.h. ohne bewusstes analytisches Zerlegen und Rekombinieren. Intuition und besonnene Rationalität als kontextsensitive Reflektion führen Experten produktiv durch.

Die Autoren verwenden Intuition und Know-how synonym und integrieren damit das geschickte Ausführen körperlicher Fähigkeiten in den Intuitionsbegriff. Sie bezeichnen damit ein sich mühelos einstellendes Verstehen, wenn aktuelle Situationen vergangenen Ereignissen ähneln. Intuition kann als Produkt von emotionalem Eingebundensein in eine Situation und von Erkennen von Ähnlichkeiten betrachtet werden. Voraussetzung

für Intuition stellen Wissen und Erfahrung in großem Umfang dar. Intuition wird als Fähigkeit betrachtet, die in alltäglichen Handlungen zum Einsatz kommt.

Anfänger können intuitiv handeln, indem sie jede Situation der vorherigen als ähnlich zuschreiben und die gleichen Aktionen wiederholen, jedoch führt das in der Regel zu unbrauchbaren Ergebnissen. Demnach wird Intuition bei der Entwicklung vom Anfänger zum Experten bedeutungsvoller und situationsangemessener (Dreyfus & Dreyfus 1987).

Zusammengefasst besteht der qualitative Unterschied zwischen Anfängerstadium und Expertentum darin, dass eine Entwicklung vollzogen wird: vom analytischen Verhalten eines distanzierten Subjekts, das seine Umgebung in Teilelemente zerlegt und Regeln befolgt, zum teilnehmenden Können, das sich auf Erfahrung und unbewusstes Erkennen von Ähnlichkeiten zwischen neueren und früheren Situationen stützt.

Neuweg betrachtet das Kompetenzmodell auf der Grundlage der Überlegungen Polanyis. Er kritisiert die vorgenommene Überbewertung unbewusster, intuitiver Entscheidungsprozesse des Experten und deren Gleichsetzung mit Intelligenz und fordert eine stärkere Berücksichtigung bewusster Denkmodi (Neuweg 1999: 316, 345, 362). Neuweg zitiert Ryle (in Neuweg 1999: 49) folgendermaßen: Intelligentsein bedeutet „seine Handlungsweise gut regeln, nicht bloß gut geregelt zu sein." Besonders in Situationen mit hochkomplexen Zielen und zahlreichen Handlungseinheiten, die zugleich strategischer Planung bedürfen, können intuitives Expertentum und implizites Wissen (Kap. 2.5.2) ihre Grenze erreichen (Neuweg 1999: 345f).

Nach Neuweg darf Intuition nicht den Endpunkt eines Lernprozesses darstellen. Das Ziel sollte ein nie abgeschlossenes explizites und implizites Denken und Weiterdenken sein (Neuweg 1999: 345f).

2.5.4 Auftreten und Entwicklung von Intuition bei Lehrenden und Lernenden

Hänsel (2002: 214f) führte eine qualitative Untersuchung zu Intuition als Beratungskompetenz im Rahmen professioneller Fortbildung durch und beantwortet die Fragestellung, ob Intuition als Kompetenz gelehrt werden kann, folgendermaßen:

- Intuition steht als Fähigkeit jedem Menschen zur Verfügung.
- Intuition kann als Teil eines natürlichen Entwicklungsprozesses betrachtet werden, dabei nehmen frühere Lernerfahrungen, z.B. im familiären Kontext, und dort gebildete Einstellungen zu Intuition eine prägende Rolle ein.
- Intuition kann beispielsweise durch geeignete Fortbildungsmethoden wie Modelllernen und Demonstration weiter entwickelt werden. Förderlich ist eine Lernkultur, die implizites Lernen wertschätzt. Hänsel empfiehlt ein ressourcenorientiertes Ler-

nen, d.h. Anknüpfen an positive Erfahrungen mit Intuition und eine Vertiefung der Selbstwahrnehmung. Die Wahrnehmung unbewusst-intuitiver Vorgänge kann in Form von inneren Bildern oder Dialogen, Emotionen oder synästhetischen Sinneserfahrungen erfolgen.

Hänsels (2002) Ergebnisse der Befragung von Fortbildungsteilnehmern zeigen darüber hinaus, dass der Intuitionsbegriff in der Praxis von Lehrenden nicht definitorisch, sondern als Familienbegriff im Kontext eines Wortfeldes verwendet wird. Das bedeutet, „Intuition dient als Titel für eine Menge verwandter Konzepte, bei denen jedes Merkmal mit dem anderen teilt, jedoch keine allen gemeinsame Schnittmenge zentraler Merkmale ausgemacht werden kann." (Hänsel 2002: 207). Der Intuitionsbegriff wurde von den Befragten meist orientiert am alltäglichen Lebenskontext gebraucht. Die Befragten beschrieben ihre Intuitionen als innere Bilder, inneren Dialog, Körperreaktionen, als emotionales Erleben und als veränderten Bewusstseinszustand (Hänsel 2002: 207).

Für Hauschildt (1998: 89) erlangt intuitives pädagogisches Handeln Bedeutung, wenn der Pädagoge von vorgegebenen und regelfundierten Konzepten abweicht und durch das Einfühlen und Hineinversetzen in Situationen kontextbezogen agiert.

Bruner (1973: 70f) plädiert für eine Vermittlung von Problemlösungsstrategien an Lernende und für die Förderung von entdeckendem Lernen im Sinne von intuitivem Denken und Lernen. Er beschreibt als Voraussetzung für intuitives Denken und Lernen das Vorbild des Lehrers im intuitiven Denken, in seiner Fach- und Methodenkenntnis, in der Ermutigung des Lernenden zu Spontaneität, zum Fantasieren, zum Spekulieren und Raten. Das Ziel dieser Anleitung zum intuitiven Lernen besteht darin, ein wirkliches Verständnis des Lehrstoffes durch Sinnerfassung zu ermöglichen und die Fähigkeit zu vermitteln, in späteren Lernsituationen wesentliche Probleme schnell zu erfassen. Dabei ist intuitives Lehren und Lernen anfällig für Fehler und muss überprüft werden.

Didaktische Ansätze zur Vermittlung von Intuition beruhen vorwiegend auf praktischen Erfahrungen von Lehrern und deren pädagogisch-didaktischem Berufsverständnis. Der Erziehungswissenschaftler Eggenberger stellt nach umfangreicher Literaturanalyse fest, dass der Faktor Intuition in der pädagogischen Forschung „weniger als ein Randphänomen geblieben sei, obwohl die pädagogische Tätigkeit durch ihn mitgestaltet und beeinflusst wird." (Eggenberger 1998: 71). Eggenberger (1998: 7f) benennt Intuition für die pädagogische Arbeit als bedeutsames Phänomen. So bedarf professionelles pädagogisches Handeln nicht nur wissenschaftlicher Fähigkeiten, sondern auch der Intuition, die den Handelnden leiten können soll. Pädagogische Konzepte zum Erwerb intuitiver Fähigkeiten für pädagogisch Handelnde gibt es nicht. Als mögliche Wege, um Zugang zum eigenen intuitiven Handeln zu erhalten, beschreibt Eggenberger sechs Bereiche: sinnliche Wahrnehmung, Meditation und Kontemplation, musisch-kreativer Ausdruck und künstlerisches Arbeiten, Fantasie/Imagination/Vision, Denken/Willen/Bewusstmachen, Entspannung und Muße. Eggenberger (1998: 127f) zeichnet ein Vierphasenmodell für die intellektuelle Erkenntnis, deren Gegenstand Intuition darstellt. In der ersten Phase tritt

eine Lücke im bisherigen Wissen auf, und zugleich besteht der Wille, diese zu schließen. Die zweite Phase ist durch die Suche nach Antworten und die Strukturierung des Problemfeldes gekennzeichnet. Es besteht eine intensive Aufmerksamkeit und Erwartungshaltung. Die dritte Phase charakterisiert sich durch die Intuition als die ‚Empfängnis' einer geistigen Erkenntnis. In der vierten Phase findet die Überprüfung der Intuition im Sinne einer Verifizierung oder Falsifizierung bis hin zur Festigung der Idee oder des Wissens statt. Intuitives Lernen ermöglicht anschließend den Transfer von Idee oder Wissen auf ähnliche Problemfelder mit Wissenslücken.

Eggenberger definiert Intuition u.a. auf der Grundlage seiner multidisziplinären Literaturrecherche ausführlich (Schriftbild aus dem Original übernommen):

Intuition ist ein ganz bestimmter,

nur unter gewissen Voraussetzungen

> die nur in begrenztem Maße konstruierbar sind

sich einstellender Moment

> also zeitlich begrenzt
>
> und oftmals flüchtig

innerhalb von Vorgängen,

Erkenntnis, Verstehen und Wissen betreffen

> Erkenntnis z.B. von Dingen, Sachverhalten, Wesensgestalten, Zusammenhängen und Motiven von Menschen sowie anderen Lebewesen (Tiere, aber auch Pflanzen).
>
> Sie ist also ein Faktor und ein Prinzip, welche zur Bildung von Erkenntnis, Verstehen und Wissen beiträgt.

Sie gibt auf ganz bestimmte Art und Weise

> die sich etwa von der Art diskursiven Denkens unterscheidet

nämlich unmittelbar, syntheseartig-zusammenschauend und umfassend ganzheitlich das erkenntnismäßig Neue

> die intuitive Erkenntnis, das intuitive Verstehen und Wissen,

indem sie die ganze Sache an einem Punkt kippen lässt

unverhofft die Erkenntnislage klärt,

überraschend den Schleier des Geheimnis lüftet,

und bewirkt verschiedenartige Gefühle
z.B. Evidenzgefühle, ästhetische Gefühle, Impersonalitäts- und Passivitätsgefühle, appellative Gefühle, spirituelle und mystische Gefühle

und Empfindungen
z.B. ein Kribbeln im Nacken, ein komisches Gefühl im Bauch usw.“ (Eggenberger 1998: 524).

In dieser Definition sind verschiedene, bisher nur einzeln dargelegte Dimensionen einbezogen. Dem Erziehungswissenschaftler Eggenberger gelingt ein Maß an Vollständigkeit und Komplexität, das dem Intuitionsphänomen gerechter wird als kürzere Varianten (Zeuch 2003: 22). Sie stellt eine facettenreiche Definition des Intuitionsphänomens dar, die zugleich die Wissensstände anderer Disziplinen zum Phänomen integriert.

2.5.5 Zusammenfassung und Relevanz für das Forschungsvorhaben

Im Fachgebiet der Pädagogik werden dem Intuitionsbegriff zwei grundlegende Funktionen zugeschrieben. Intuition gilt als:

- Können und Kompetenz, besonders bei Experten, die sich als alltägliche Fähigkeit zeigt und mit körperlichen Gefühlen assoziiert ist
- Form von Wissen, das kontextbezogen und situationsgebunden in Erscheinung tritt.

Der Begriff der Intuition ist eng vergesellschaftet mit Erfahrungswissen, das als essenzielle Voraussetzung für Intuition gilt. Darüber hinaus ist das emotionale und gedankliche Hineinversetzen in Situationen eine weitere Voraussetzung für Intuition.

Intuition in pädagogischen Zusammenhängen weist nachstehende Eigenschaften auf:

- intuitives Handeln erfolgt unbewusst, vermittelt ein hohes Maß an Evidenzerleben und kann fehlerhaft sein
- intuitives Handeln kann das Abweichen von Regeln implizieren.

Der Aufgabenbereich von Intuition wird als Lösung von Problemen und als Erfassen von Wesentlichem, Ganzheiten oder Mustern von Situationen sowie Lerninhalten betrachtet. Neuweg assoziiert Intuition mit dem Kennerblick (Kap. 2.3). Intuition tritt insbesondere in ungewohnten, neuartigen und widersprüchlichen Situationen auf, die sich durch Zeitdruck charakterisieren. Als Intuition beeinflussende Faktoren gelten die Wahrnehmungen des Handelnden, seine Werthaltung und Sozialisation.

Eine Spezifität des Intuitionsbegriffes in der Pädagogik ergibt sich daraus, dass Intuition mit pädagogischen Methoden entwickelt und gefördert werden kann.

Hinweise für das Forschungsvorhaben resultieren aus den Beschreibungen der empirischen Vorgehensweisen. So muss die Erkenntnis Berücksichtigung finden, dass Intuition im Handlungsfeld nicht angemessen verbalisiert werden kann. Das Merkmal der Nichtverbalisierbarkeit bedingt ein Forschungsvorhaben, in dem die Handelnden – nicht ausschließlich auf sprachliche Handlungen aufbauend – den Rekonstruktionsprozess ihrer Intuition nachzeichnen. Zugleich wird es implizite Wissensbestände geben, die nicht adäquat mit dem Forschungsvorhaben erfasst werden können. Ebenso darf der Intuitionsbegriff nicht deduktiv und definitorisch verwendet werden, sondern muss als Familienbegriff verstanden werden. Das bedeutet, auch jene Intuitionen in die Datenauswertungen mit einzubeziehen, die auf gefühlsbasierte unbewusste Handlungen hinweisen, z.B. wenn eine Arbeit ‚sich wie von selbst' erledigt (Kap.5.3.5). Intuitives Handeln kommt gemäß dem Kompetenzstufenmodell in alltäglichen Handlungen zum Einsatz.

Intuitives Handeln wird primär den Experten mit Erfahrungswissen zugeschrieben. Für die Datenerhebung bedeutet dies, zunächst Experten im Pflegehandeln in die Untersuchung einzubeziehen und anschließend die Stichprobe, den Empfehlungen der Grounded Theory-Methodologie folgend, auf die kontrastierenden Fälle, d.h. auf die Anfänger in der ambulanten Pflege auszudehnen (Kap. 5.2).

Die Aufforderung der Verbalisierung von Intuition kann bei den Akteuren ein Gefühl des Begründungszwangs erzeugen. Im Rahmen der Datenerhebung müssen Begründungszwänge, ausschließliche Befragungen sowie die Gleichzeitigkeit von Handlung und Befragung vermieden werden (Kap. 5.3.2). Die Suche nach Intuition muss im Forschungsprozess als Rekonstruktionsaufgabe gesehen werden, die die Pflegenden selbst vornehmen müssen, denn nur sie verfügen retrospektiv über den Zugang zu ihren intuitiven Handlungen. Zur Darstellung von Intuition kann Sprache allein nicht angemessen sein. Aus diesem Grund wird die Datenerhebung über das Medium der Videodokumentation erfolgen (Kap. 5.3).

2.6 Intuition in der Linguistik

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf das Werk ‚Linguistische Semantik' von Lutzeier (1985: 42-65). Sie dienen dazu, herauszuarbeiten, dass Intuition in kommunikativen Zusammenhängen Sinngehalt erzeugt und zugleich in anderen Begriffen ausgedrückt wird. Durch gute Sprachapproximation können die Forschungsteilnehmer und die Forscher Mitglieder einer Sprachgemeinschaft sein, die ähnliche Wortbedeutungen verstehen.

Aus linguistischer Sicht können Beschreibungssprache und Gegenstandssprache voneinander unterschieden werden. Als Beschreibungssprache gilt die theoretische Umschreibung von Einzelbedeutungen; Gegenstandssprache bezeichnet die natürliche, alltagsgeprägte Sprache. Voraussetzung für das Verstehen einer dieser Sprachen ist das Verständnis von deren Inhalt. Damit wendet sich der Linguist Lutzeier dem Konzept des impliziten Wissens (Kap. 2.5.2) zu. Er stellt fest: „Das Meiste an unserem Wissen über die Gegenstandssprache ist unbewusstes Wissen, dennoch befähigt uns dies latent vorhandene Wissen als anerkanntes Mitglied in der Sprachgemeinschaft zu wirken." (Lutzeier 1985: 56).

Jedes Mitglied einer Sprachgemeinschaft erwirbt mit der Sprache ein Sprachgefühl. Dies drückt sich darin aus, dass die Mitglieder der Sprachgemeinschaft zu natürlichen Interpretationen der Wortbedeutungen bei der Benutzung der Alltagssprache befähigt sind, ohne dabei auf explizites Wissen zurückgreifen zu müssen. Die natürliche Bedeutungszuordnung einer natürlichen Sprache ist für den Sprecher/Schreiber automatisch gegeben und stellt immer eine interpretierte Sprache dar. Sie ist mit ihren natürlichen Interpretationen, über die ihre kompetenten Sprecher/Schreiber verfügen, verbunden (Lutzeier 1985: 64). „Der Erfolg der formulierten Interpretation mit der Absicht, die natürliche Sprache als genau diese Sprache zu beschreiben, die sie nun mal ist, muß also letztlich an der natürlichen Interpretation dieser Sprache gemessen werden." (Lutzeier 1985: 64). Künstliche Interpretationen, wie Forscher sie vornehmen, sollten demnach eine möglichst genaue Approximation der natürlichen Interpretation sein. „Dieser Vergleich zwischen vorgeschlagener künstlicher Interpretation der Sprache und natürlicher Interpretation der Sprache ist einzig über die Intuition durchführbar, da jegliches Wissen über die natürliche Interpretation nur intuitiv erfahrbar ist." (Lutzeier 1985: 64). Intuition kann die künstliche Interpretation unterstützen, dennoch muss das Resultat dieser Interpretation mit der natürlichen Interpretation abgeglichen werden (Lutzeier 1985: 64f).

Intuition erhält für den Sprecher/Schreiber im Alltag und den Sprachforscher ein besonderes Gewicht als wertvolles heuristisches Prinzip (Lutzeier 1985: 58). Für den Linguisten ist Intuition eine dem Ergebnis vorgezogene Instanz, die als Sprachgefühl Eingang in seine Arbeit findet. Auch bei der Interpretation von Texten stellt Intuition einen Bedingungsfaktor dar; „wie anders könnten wir Texte beim Hören oder Lesen überhaupt verstehen? -, erachte ich jeden Versuch, allein mit objektiven Verfahren über solchen aus

konkreten Äußerungen bestehenden Texten zu linguistischen Beschreibungen zu kommen, als Illusion.“ (Lutzeier 1985: 58f).

Die Angabe von Bedeutungen und implizitem Wissen mit Hilfe von sprachlichen Mitteln, z.B. wenn Gegenstandssprache in Beschreibungssprache transferiert wird, bringt eine qualitative Änderung des Vorgegebenen mit sich. Eine Alternative zu sprachlichen Mitteln bei der Darstellung von eigentlich Nichtsprachlichem sieht Lutzeier (1985: 43-46) nicht.

Davon ausgehend, dass ein Begriff mit unzähligen Begriffen in mehreren Bedeutungsgeflechten verbunden ist, wird deutlich, dass selbst bei ‚einfachen‘ Wörtern die Komplexität hoch sein kann. Mitglieder einer Sprachgemeinschaft sind jedoch in der Lage, Wörter mit vielen, sich mitunter überschneidenden Bedeutungen so zu verwenden und zu verstehen, dass sie in der alltäglichen, kontextgebundenen Kommunikation einen Sinngehalt erzeugen. Hier wird erneut der Zusammenhang zum impliziten Wissen deutlich, denn Lutzeier (1985: 59) geht davon aus, dass jedes Mitglied einer Sprachgemeinschaft ein teilweise bewusstes Wissen über die Bedeutungen von Wörtern und teilweise ein unbewusstes, implizites Wissen darüber hat.

Zusammengefasst wird Intuition als Sprachgefühl betrachtet. Intuition dient dabei als heuristisches Prinzip, das Anhaltspunkte zur Interpretation von Sprache liefert. Auf der Ebene impliziten Wissens ist eine Komplexitätsreduktion von wortbezogenen Bedeutungen und ein Verständnis innerhalb von Sprachgemeinschaften möglich.

Die Arbeit von Lutzeier ist in mehrerer Hinsicht relevant für das Forschungsvorhaben. Bei der Erforschung des Intuitionsphänomens kann mangels Alternativen der Rückgriff auf Sprache nicht ausbleiben. Jedoch erhält das Vorgehen mittels Videodokumentation, um nicht nur sprachliche Mittel der Datenerhebung zu verwenden, argumentative Unterstützung, denn Sprache allein kann nicht angemessen das Intuitionsphänomen wiedergeben.

Bei der Datenauswertung muss die künstliche Interpretation durch die Forscherin mit den natürlichen Interpretationen durch den Sprecher abgeglichen werden (Kap. 5.3). Darüber hinaus kann davon ausgegangen werden, dass im Rahmen der natürlichen Sprache eine Zuschreibung mehrerer Wörter mit gleicher Bedeutung zum Intuitionsbegriff stattfindet (Kap. 2.5.4).

Um eine möglichst gute Sprach-Approximation zu erzielen, ist es sinnvoll, dass die Forscherin mit der Sprache innerhalb der Gemeinschaft vertraut ist. Dazu führt die Forscherin eine ausgedehnte Feldphase durch (Kap. 5.3).

Intuition kann als Element wissenschaftlicher Kompetenz gelten, insbesondere bei der Interpretation von Daten, die mit qualitativen Forschungsmethoden gewonnen werden und auf Sprache beruhen.

2.7 Zusammenfassung zur theoretischen Untersuchung des Intuitionsbegriffes

Das Intuitionsphänomen erfährt durch die Auseinandersetzungen mit Theorien und empirischen Erkenntnissen innerhalb verschiedener Disziplinen eine Bereicherung, indem diese Erklärungsansätze präzisieren, beschreiben und deuten. Die vielfältigen Perspektiven und wissenschaftstheoretischen Ansätze der Fachdisziplinen verhindern eine einheitliche und zugleich umfassende Definition des Forschungsgegenstandes und belegen gleichermaßen, dass es zum Intuitionsbegriff keine begriffliche Randschärfe, sondern lediglich eine Kernprägnanz im Sinne eines ‚kleinsten multidisziplinären Nenners' geben kann.

Die multidisziplinäre Betrachtung des Intuitionsphänomens ermöglicht eine Verknüpfung der Erklärungsansätze, die dem Forschungsprozess zugutekommen kann.

Die Rolle von Intuition in den Professionalisierungsdebatten der Psychologie (Kap. 2.2.2), Medizin (Kap. 2.3.1) und Pädagogik (Kap. 2.5.1) zeigt deutliche Ähnlichkeiten miteinander auf – und, wie noch zu zeigen sein wird, bestehen Parallelen zu der Professionalisierungsdebatte in der Pflege (Kap. 3.3). Es sind für Handlungswissenschaften typische Auseinandersetzungen um das Verhältnis von theoretischem und praktischem Wissen. Beispielsweise wird in den Disziplinen ein Verlust intuitiver Fähigkeiten mit einer Zunahme an wissenschaftlichem Wissen, an handlungsleitenden Regularien und dem technischen Fortschritt befürchtet, und Intuition wird als Merkmal von Expertenkompetenz der praktisch Handelnden verstanden.

Zusammenfassend wird disziplinübergreifend überblicksartig der Kern der verschiedenen Erkenntnis- und Funktionsebenen und Bedeutungen des Forschungsgegenstandes in den vorgestellten Fachgebieten aufgeführt.

Als Vorraussetzungen für Intuition gelten:

- expertengebundenes Erfahrungswissen
- Fachkenntnisse innerhalb eines Gebietes
- gedankliche, intensive Auseinandersetzung mit einem Gegenstand
- emotionales Hineinversetzen in Situationen.

Nachstehende Kennzeichen stehen in engem Zusammenhang mit dem Intuitionsphänomen:

- Abgrenzung zu logisch-diskursivem Denken und Handeln und zugleich Nähe zu kognitiven Prozessen
- unbewusste, gefühlsbetonte Steuerung von Entscheidungen und Handlungen

- unbewusstes Erleben als Erkenntnis, Denken und Entscheiden
- Unmittelbarkeit und Plötzlichkeit bei der Selbstwahrnehmung des Phänomens
- Wirkung durch hohes Evidenzerleben, Vollkommenheit, Wahrheit und Sicherheit.

Intuition beeinflussende Faktoren sind:

- Sozialisation und vermittelte Werthaltungen, die den Gegenstandsbereich von Intuition prägen
- Zeit- und Informationsmangel, die vermehrt Intuition erzeugen
- Angst, die eine intuitionsverhindernde Beeinflussung ausüben kann.

Folgende Erscheinungsformen auf verschiedenen Ebenen wurden für Intuition beschrieben:

- als Ergebnis, Erkenntnis oder Wissen, dessen Weg nicht oder kaum rekonstruierbar und verbalisierbar ist
- in alltäglichen Arbeitsbezügen als personengebundene Fähigkeit
- in der Zuschreibung als Kunst.

Die Funktionen und Aufgaben von Intuition liegen in folgenden Aspekten:

- Wahrnehmung, Erkennung und Beurteilung von Ganzheiten, Wesentlichem und Mustern oder komplexen Zusammenhängen
- Problemlösung
- Komplexitätsreduktion
- Teilschritt beim kreativen Schaffen von Neuem
- Neuordnung von Informationen
- Lenkung der Aufmerksamkeit.

Die aufgeführten Ergebnisse aus der theoretischen Analyse des Intuitionsphänomens werden in die empirische Untersuchung einfließen. Im Verlauf der Arbeit werden die vorliegenden Ergebnisse dazu dienen, bei der Datenauswertung neben der textnahen auch eine theoriegestützte Perspektive einzunehmen und die Erkenntnisse zu berücksichtigen.

3 Der Forschungsgegenstand in der Disziplin Pflege

Im folgenden Kapitel stehen die pflegewissenschaftliche Diskussion zum Intuitionsbegriff sowie empirische Ergebnisse zum Intuitionsthema im Zentrum der Auseinandersetzung. Forschungserkenntnisse, Aussagen auf pflegetheoretischer und -praktischer Ebene fließen inhaltlich dort ein, wo sie zum Erkenntnisgewinn beitragen, d.h. es werden in den Grundzügen jene Ausführungen aufgenommen, die relevant die Pflegepraxis und/oder -wissenschaft beeinflussten.

Seit 20 Jahren stellt der Intuitionsbegriff in der klinischen Pflegepraxis ein prominentes Thema dar (King & Appleton 1996: 194). Dem Faktor Intuition wird in der Praxis, Wissenschaft sowie in der Lehre als auch im Management ein hoher Stellenwert beigemessen (Friesacher 2008: 223). Die Wurzeln des heutigen Intuitionsverständnisses in der Pflege liegen bei Carper (King & Appleton 1996: 194). Carper identifizierte auf die Ideen von Polanyi gestützt (Kap. 2.5.2), Intuition als eine Form pflegerischen Wissens und weist auf ihre fundamentale Bedeutung in der klinischen Praxis hin. Die wohl bekannteste Arbeit mit weit reichender Akzeptanz in der Disziplin zum Intuitionsphänomen in der Pflege stellen die Forschungsergebnisse von Benner et al. dar (Cash 1995: 527; Meretoja, Eriksson & Leino-Kilpi 2002: 95).

Im ersten Teil dieses Kapitels wird Intuition als Kompetenz dargestellt. Im zweiten Teil stehen charakteristische Merkmale des Intuitionsphänomens im Mittelpunkt und im dritten Teil erfolgt eine Darstellung des Intuitionsverständnisses, wie es im Rahmen der Professionalisierungsdebatte verwendet wird.

Wesentliche Grundlagen zum Intuitionsbegriff in der Pflege resultieren aus Erkenntnissen der Bezugsdisziplinen; auf entsprechende Quellen wird im Textverlauf Bezug genommen.

3.1 Intuition als pflegerische Kompetenz

Pflegerische Intuition gilt bei Praktikern, Forschern und Theoretikern als Kompetenz zum Treffen von Entscheidungen, als Grundlage oder Ausdrucksform von Wissen. Intuition als pflegerische Kompetenz korrespondiert mit Handlungswissen, das einzelfallorientiert und zumeist lebensweltlich begründet ist und in situations- und kontextgebunde-

nem Handeln seinen Ausdruck findet (Friesacher 2001: 166). Die genauere Spezifikation des Kompetenz- und Wissensbegriffs innerhalb der Disziplin erfährt verschiedene Auslegungen und Bedeutungen, z.B. als Wissen von Experten. Den Spezifikationen von Handlung, Wissen und Kompetenz mit ihren Implikationen und Relevanzen für das Forschungsvorhaben geht das folgende Kapitel nach. Zu Beginn des Kapitels wird Intuition in Zusammenhang mit Kompetenzentwicklung in der Pflege (Kap. 3.1.1) dargestellt. Anschließend folgt eine Darlegung von Intuition als eine Form von Kompetenz (Kap. 3.1.2). Daran schließt sich eine Beschreibung des Verhältnisses von Intuition zu anderen Wissens- und Kompetenzformen an (Kap. 3.1.3). Abschließend werden die intuitive Kompetenz fördernde Bedingungen dargelegt (Kap. 3.1.4).

3.1.1 Intuition als Charakteristikum der Kompetenz von Pflegeexperten

1984 veröffentlichte Benner ihre erste Studie, in der sie zum einen das von den Brüdern Dreyfus entwickelte Modell des stufenweisen Kompetenzerwerbs (Kap. 2.5.3) auf die Pflege übertrug und zum anderen das Berufsfeld Pflege in sieben Aufgabenbereichen beschrieb. Die Attraktivität ihres Werkes ‚From Novice to Expert' liegt „in seinem herausragenden Beitrag für die Krankenpflege" (Aydelotte im Vorwort in Benner 1994: 13), im methodischen Vorgehen, mit dem „eine Lanze für die Pflegepraxis gebrochen wurde" (Meyer 1999: 95), in der Theoriefundierung und der Kohärenz, die es Praktikern ermöglicht, ihre Praxis und Kompetenzen wiederzuerkennen, zu deuten und in Sprache auszudrücken (Cash 1995: 527; Kesselring im Geleitwort in Benner 1994: 11; Meyer 1999: 95). Benners Forschungsergebnisse modellierten nachhaltig den Intuitionsbegriff in der Pflegewissenschaft und stehen daher in den folgenden Abschnitten im Mittelpunkt.

3.1.1.1 Pflegerische Intuition auf der Basis des Kompetenzmodells von Dreyfus und Dreyfus

Das Ziel der ersten Studie von Benner bestand darin, das praktische Wissen von Pflegenden systematisch zu erfassen und jene besonderen Ereignisse zu untersuchen, in denen sich dieses erweiterte. Benner wollte auf die Bedeutung der Urteilsfähigkeit der Pflegekräfte hinweisen, Beispiele für pflegerische Kompetenzen liefern und praktisches Wissen als Know-how explizieren (Benner 1994: 19, 25ff). Know-how wird gemäß Benner bei der Arbeit mit Erkrankten erworben, ohne dass die klinisch Tätigen sich dessen bewusst sind oder es erklären können.

Die Forschungsgrundlage stellten Berichte von den Forschungsteilnehmern dar, die von ihnen als außergewöhnliche klinische Situationen charakterisiert wurden, in denen sie zugleich neue Einsichten gewannen und ebenso zum Wohl der Patienten beitrugen. Si-

tuationen, die Alltäglichkeit und Banalität aufwiesen, fanden ausdrücklich keine Berücksichtigung im Forschungsdesign (Benner 1994: 21ff).

Mit Befragungen in Krankenhäusern und Pflegeschulen erreichte Benner 1.200 Pflegende. Das Interesse lag auf den charakteristischen Unterschieden in der von Unerfahrenen und Experten vorgenommenen Beschreibung derselben Situation und der Interpretation von Ursachen dieser Unterschiede. Als Erfahrene galten jene Pflegende, die mindestens seit fünf Jahren über klinische Erfahrung verfügten, direkt in der Pflege tätig waren und von den Pflegedienstleitungen als hochkompetente Fachkräfte eingeschätzt wurden (Benner 1994: 23-36).

Die Dateninterpretation erfolgte mittels Vergleich und Validierung durch Konsens. Die verwendete interpretative Strategie zur Erfassung und Beschreibung klinischen Wissens beruhte auf der Phänomenologie Heideggers und Gadamers und lehnte sich an die vergleichende Methodologie von Strauss und Glaser an (Benner 1994: 37, 40). Bei der Datenauswertung wurden die erhobenen klinischen Situationsbeschreibungen danach beurteilt, welche Kompetenzstufe sich in ihnen widerspiegelt. Benner beschrieb Merkmale pflegerischen Handelns auf fünf Kompetenzstufen. Kompetenz wird als Fähigkeit verstanden, die kontextgebunden mit pflegerischem Urteilen und Handeln in Zusammenhang steht. Als solches gilt insbesondere das angewandte pflegerische Können in Praxissituationen (Benner 1994: 35). Benner wandte das Modell auf die klinische Pflegepraxis an und stattet es mit folgenden Inhalten aus (Kap. 2.5.3) (Benner 1994: 41):

- Stufe 1: Neuling

  Neulinge treten in ein für sie bisher unbekanntes klinisches Gebiet ein, d.h. es fehlt ihnen an Erfahrungen mit realen Situationen. Für eine sichere praktische Tätigkeit sind sie auf Regeln, Richtlinien, Konzepte oder auf objektivierbare, messbare Informationen angewiesen, an denen sie ihr Handeln ausrichten können (Benner 1994: 40ff).

- Stufe 2: Fortgeschrittene Anfängerin/fortgeschrittener Anfänger

  Sie bewältigten bereits so viele Praxissituationen, dass sie sich den wiederkehrenden bedeutsamen Aspekten einer Situation bewusst werden können. Fortgeschrittene Anfänger vernachlässigen häufig die unterschiedlichen Bedeutungen von Attributen und Aspekten einer Situation, können auch nicht ihr Verhältnis zueinander beurteilen und sind begrenzt in ihrer Situationswahrnehmung (Benner 1994: 42-45).

- Stufe 3: Kompetente Pflegende

  Als kompetent Pflegende gelten jene, die ihre Handlungen bereits auf längerfristige Ziele oder Pläne ausrichten und sich deren Bedeutung bewusst sind. Eine bewusste, abstrakte und analytische Sicht der Problemlagen bestimmt, welche Be-

standteile einer gegenwärtigen oder zukünftigen Situation als wichtig zu erachten sind (Benner 1994: 45ff).

- Stufe 4: Erfahrene Pflegende

  Auf dieser Stufe werden Situationen als Ganzes wahrgenommen. Diese auf Erfahrungswissen basierende Fähigkeit ermöglicht ein unmittelbares Erkennen von Abweichungen vom Normalen. Erfahrene Pflegende sind mit ihrem tiefgehenden, vielschichtigen Verständnis der Situation in der Lage, direkt auf den Kern eines Problems vorzustoßen. Sie können sicher und zügig richtige Entscheidungen treffen, weil sie die Priorität bestimmter Attribute oder Aspekte erkennen. Das Agieren auf der Grundlage individueller Wahrnehmung löst in diesem Stadium das Handeln nach Regeln oder Plänen ab (Benner 1994: 47-50).

- Stufe 5: Pflegeexpertin/Pflegeexperte

  Pflegeexperten sind nicht mehr auf Regeln oder Richtlinien angewiesen, um mit ihrem Verständnis der Situation angemessene Handlungen herbeizuführen. Sie erfassen aufgrund ihres reichhaltigen Erfahrungsschatzes Situationen intuitiv und sind damit in der Lage, direkt den Kern eines Problems zu erfassen. Benner beschreibt intuitives Erfassen als „unmittelbares Durchschauen einer Sachlage auf der Grundlage der Erfahrung mit vielen mehr oder weniger ähnlichen Situationen und einer dadurch erworbenen Intelligenz oder besonderen Fähigkeit. ... Es läßt das Wahrnehmen von Ganzheit zu, ermöglicht ein umfassendes Begreifen und umgeht es, die Situation erst in ihre einzelnen Elemente zerlegen und diese dann wieder zu einem Ganzen zusammenfügen zu müssen.“ (Benner 1994: 277).

Intuitives Erfassen setzt ein breites Hintergrundwissen und Erfahrungen mit zahlreichen ähnlichen Situationen voraus und ermöglicht fachlich kompetente Entscheidungsfindung (Benner 1994: 277). Aufgrund ihres umfangreichen klinischen Sachverstandes befinden sich Experten in dem Dilemma, ihr Wissen kaum in Worte fassen zu können. Ihre Sprache ist eng mit den Handlungen verknüpft und diese sind selbstverständlich. Mit Bezug auf Polanyi äußert Benner, dass Experten mehr wissen, als sie anderen mitteilen können (Kap. 2.5.2). Ihre Ausdrucksweise ist geprägt von Engagement und Bedeutsamkeit und verzichtet auf unnötige Informationen (Benner 1994: 50f; Benner, Tanner & Chesla 2000: 184).

Pflegeexperten verfügen über eine gereifte, erprobte und damit verlässliche Sicherheit in ihren Wahrnehmungen. Sie handeln auf der Grundlage eines umfassenden Verständnisses der Gesamtsituation. Kennzeichen von Experten ist ihr klinisches Urteilsvermögen (Kap. 3.1.1.2) und ihr Umgang mit vielschichtigen klinischen Problemen. Dabei wird ihr Handeln stark vom Kontext und der subjektiven Bewertung der Situation beeinflusst. Beispielsweise treffen Pflegeexperten Entscheidungen ganzheitlich, zügig und berücksichtigen die individuellen Bedeutungen der Pflegebedürftigen. Demnach sind Bewertungs-

strategien, die den Handlungskontext unberücksichtigt lassen, nicht geeignet, um das Wissen der Handelnden dieser Kompetenzstufe zu erfassen und zu beurteilen.

Das Expertentum beruht auf konkreten Erfahrungen in bestimmten Situationen und ist immer situations- und erfahrungsgebunden. Aus diesem Grund können Pflegekräfte nur als Experten für bestimmte Situationen gelten. In Situationen, mit denen der Experte keine Erfahrung besitzt, greift er auf seine analytischen Fähigkeiten zurück. Nicht alle Pflegenden können die höchste Kompetenzstufe erreichen (Benner 1994: 50-54, 61).

Im Weiteren werden zwei bedeutsame Elemente aus der Studie rezipiert, die auf der Basis von Erkenntnissen aus vorherigen Darlegungen (Kap. 2.3) in den Kontext von Intuition gestellt sind. Beide Begriffe – Erfahrung und offenes Wahrnehmen – sind zentrale Bestandteile von Benners Intuitionsdefinition.

Pflegerisches Expertentum und damit pflegerische Intuitionen setzten im Wesentlichen Erfahrung und Motivation für gute Leistung sowie die Verfügbarkeit von angemessenen Mitteln zur Situationsbewältigung voraus. Erfahrung stellt nicht nur das Verstreichen von Zeit dar, sondern ist vielmehr als eine Verfeinerung und Bereicherung von Vorstellungen und Theorien durch zahlreiche Praxissituationen zu verstehen. Der Erwerb von Erfahrung ist in diesem Sinne ein reflektierter und aktiver Vorgang, der durch Konfrontation mit realen Situationen bestehende Vorstellungen, Erwartungen, Theorien oder Konzepte in Frage stellt und daraufhin verfeinert, erweitert oder verwirft. Erfahrung ist neben theoretischem Grundlagenwissen elementare Voraussetzung für eine pflegerische Expertenpraxis und trägt zur Deutungskompetenz neuer Situationen bei (Benner 1994: 26, 42, 54-57).

Offenes Wahrnehmen gilt als ein zentraler Bestandteil ausgezeichneten pflegerischen Könnens. Vage Ahnungen oder unkonkretes Unbehagen, aber auch umfassende Einschätzungen der Situation gehen oftmals einer systematischen Analyse voraus, an deren Ende erst theoretische Klarheit als Ergebnis steht. Pflegeexperten lassen sich von unscharfen Empfindungen, die auf der Grundlage früherer Erfahrungen spontan begriffen werden, leiten und suchen dabei nach weiteren Informationen, die Aufklärung schaffen. Benner stellt heraus, dass diese Sensibilität für feine qualitative Unterschiede auf einer gereiften, erprobten und damit zuverlässigen Wahrnehmungsfähigkeit basiert, die in einem sachverständigen Umgang mit vielschichtigen klinischen Problemlagen deutlich wird. Wahrnehmungsfähigkeit als Teil der Intuition markiert einen zentralen Aspekt klinischen Expertenwissens (Benner 1994: 18, 50ff).

In einer weiteren Studie untersuchten Benner und Tanner (1987: 23) Intuition in klinischer Entscheidungsfindung von Pflegeexperten mit einer Tätigkeitsdauer von mehr als fünf Jahren im selben klinischen Bereich. Bei der Datenauswertung bestätigten sie die von Dreyfus und Dreyfus (Kap. 2.5.3) entwickelten sechs Schlüsselaspekte intuitiver Urteilsfindung und beschrieben diese für den pflegerischen Bereich (Benner & Tanner 1987: 23-31):

1. Mustererkennung: als die Fähigkeit, Zusammenhänge wahrzunehmen, ohne die einzelnen Bestandteile oder Komponenten der Situation zu kennen.
2. Erkennung von Ähnlichkeiten: als die Fähigkeit, verschwommene Ähnlichkeiten trotz signifikanter Unterschiede in den objektiven Merkmalen, in der vergangenen oder gegenwärtigen Situation zu erkennen.
3. Gesunder Menschenverstand: als tiefes Erfassen von Kultur und Sprache, das flexibles Verstehen in verschiedenen Situationen offeriert.
4. Das Wissen Wie (Know-how): basiert auf verkörperlichter Intelligenz, indem ein automatisches Zusammenspiel von Intelligenz und Handlung zu einer Einheit wird. Diese Fähigkeit ist körpergebunden.
5. Der Sinn für Wichtiges, Hervorstechendes: das heißt, in einer bedeutungsvollen Welt zu leben, in der Ereignisse mit ihren verschiedenen Nuancen als wichtig oder unwichtig empfunden werden.
6. Die bewusste rationale Überlegung: Experten verfügen über ein Netz von Wahrnehmungen, welche sie befähigt, eine Situation auf dem Hintergrund vergangener Situationen zu sehen. Sie haben gelernt, Situationen vorauszusehen, zu erwarten und selektiv bestimmten Situationsaspekten Beachtung zu geben.

Die Schlüsselaspekte intuitiver Expertenkompetenz beruhen auf klinischer Erfahrung und kontextueller Wahrnehmungskompetenz. Die Erweiterung der Wahrnehmungsfähigkeit um die leibperzeptive Komponente tritt hervor.

Die meisten Forschungsarbeiten zum Intuitionsthema , z.B. von Smith (in King & Appleton 1996: 197), Gerrity (in King & Appleton 1996: 195) und Jacavone und Dostal (1992), zumeist im Krankenhaus auf Intensivstationen durchgeführt, bestätigen die Fähigkeit der Muster- und Ähnlichkeitserkennung als Schlüsselaspekte von Intuition (Easen & Wilcockson 1996: 671).

In einer weiteren Studie wenden sich Benner, Tanner & Chesla (2000) erneut dem Kompetenzmodell zu (Kap. 3.1.1.2). In Ergänzung zur ersten Forschungsarbeit tritt ausdrücklich bereits bei erfahrenen Pflegekräften in Kompetenzstufe 4 intuitives Verhalten an die Stelle von rationalen Überlegungen. Pflegende dieser Kompetenzstufe planen intuitiv und nehmen Situationsaspekte intuitiv wahr (Benner, Tanner & Chesla 2000: 411).

Experten in Kompetenzstufe 5 handeln fortlaufend intuitiv: „... sie tun ganz einfach das, was erfahrungsgemäß im Normalfall funktioniert, und das funktioniert fast immer." (Benner, Tanner & Chesla 2000: 60). Durch distanziertes, bewusstes Beobachten stellen Pflegeexperten ihr intuitives Verhalten in Frage. Sie setzen zur Überprüfung ihrer intuitiven Reaktionen bewusste Denkprozesse ein, wie bereits von Dreyfus und Dreyfus beschrieben (Kap. 2.5.3). Pflegende überprüfen ihre Intuitionen auf Relevanz, Angemessenheit vorangegangener Erfahrungen und auf mögliche Konsequenzen hin. Bei

der Wahl zwischen Entscheidungsalternativen reflektieren Pflegeexperten ihre spontanen Intuitionen, versuchen diese zu schärfen und sammeln weiterhin Informationen, bis sich die richtige Entscheidung herauskristallisiert (Benner et al. 2000: 338). Mehrfach beschreiben Benner et al. Intuition zunächst als eine spontane Erscheinung, die dann durch einen Prozess, z.B. der Informationssammlung oder Reflektion, verfeinert wird. Demnach beruht das Entscheiden von erfahrenen Pflegenden auf Intuition, an die sich bewusste Denkprozesse anschließen können. Grundlage von Intuition bilden praktische Umsichtigkeit, innere Anteilnahme und Vertrautheit mit dem Patienten (Benner et al. 2000: 20, 22ff, 61f, 64, 334).

Pflegeexperten fühlen sich unbehaglich, wenn sie den Signalen ihres Körpers nicht folgen können, sie den Patienten nicht kennen oder wenn Entscheidungen getroffen werden, die ihrem engagierten, ethischen und klinischen Verständnis widersprechen (Benner et al. 2000: 36f).

Benner et al. modellieren ein Intuitionsverständnis, das Wahrnehmung auf verschiedenen Ebenen, Spontaneität in Handlungen und bewusste Reflektion prozesshaft miteinander verbindet. Mit ihren Darlegungen vom intuitiven Verstehen der Erfahrenen und Experten gelingt es Benner et al., den Fokus von der Hervorhebung der Problemdefinition auf die kontext- und situationsgebundenen Handlungen zu legen (King & Appleton 1996: 195). Intuition erfährt eine Ausdifferenzierung anhand von Schlüsselaspekten und wird als Kompetenz und Wissen präsentiert.

3.1.1.2 Intuitives, klinisches Urteilsvermögen von Pflegeexperten

Benner et al. (2000) untersuchten klinisches Urteilsvermögen in der zuvor genannten Studie. Sie basiert auf den phänomenologischen und existenzphilosophischen Arbeiten Heideggers und Kierkegaards und baut auf den Resultaten der ersten Studie von 1984 auf. Die Studie wurde vornehmlich mit erfahrenen Pflegenden und Pflegeexperten aus dem Arbeitsbereich der Intensivpflege durchgeführt.

Im Ergebnis kamen die Forscher zu dem Schluss, dass klinisches Urteilsvermögen von Pflegeexperten einem engagierten praktischen Denken gleicht und sowohl kognitiv-analytische, bewusste als auch intuitive, unbewusste Anteile der Entscheidungsfindung beinhaltet (Benner et al. 2000: 11). Fünf zusammenhängende Aspekte klinischen Urteilsvermögens kristallisierten sich heraus.

1. Pflegende begegnen einer Situation mit einer grundlegenden Auffassung darüber, was gut und richtig ist.
2. Pflegende verfügen über umfassende praktische Erkenntnisse. Wahrnehmungen und Reaktionen von Pflegenden werden bestimmt durch kompetentes Know-how und implizites Wissen (Kap. 3.1.3 und Kap. 2.5.2).

3. Pflegende zeigen emotionale Reaktionen und sind von Sorgen berührt.
4. Pflegende urteilen intuitiv.
5. Pflegende verstehen und wissen um Bedeutungen, die Erlebtes und Aktuelles für Patienten besitzen (Benner et al. 2000: 13-24).

Auf dem intuitiven Anteil klinischen Urteilsvermögens von Pflegeexperten liegt nachstehend der Fokus der Betrachtung.

Im Mittelpunkt klinischen Urteilsvermögens von Experten steht das Kennen der Patienten, das Vertrautsein mit typischen Reaktionsmustern der Patienten, z.B. mit deren Bewegungen oder Reaktion auf therapeutische Maßnahmen oder Routinen und Gewohnheiten und die Achtung deren Persönlichkeit und Würde. Vertrautsein mit den Patienten ermöglicht sowohl Hinweise auf Ähnlichkeiten mit früheren, gemeinsam erlebten Situationen zu erkennen als auch feine qualitativ veränderte Reaktionen zwischen gegenwärtigem und charakteristischem Erscheinungsbild der Patienten wahrzunehmen. Mustererkennung findet in Abgleich zwischen der Anamnese und den in der gegenwärtigen Situation hervortretenden Bedeutungen statt (Benner et al. 2000: 33f, 36ff). Das hier beschriebene intuitive Urteilsvermögen zeigt deutliche Parallelen (z.B. Muster- und Ähnlichkeitserkennung) zu den Schlüsselaspekten von Intuition, wie Benner und Tanner sie bereits ermittelten. Die Forscherinnen verstehen Intuition als das sofortige Erfassen einer klinischen Situation, das auf Vertrautheit mit ähnlichen Erfahrungen beruht[4].

Zusammengefasst identifizieren Benner et al. mit der Vorlage des Dreyfus-Modells pflegerische Intuition als erfahrungsbasierte Kompetenz von Pflegeexperten, die ein Wahrnehmen von Ganzheiten ermöglicht. Insbesondere die Ganzheitswahrnehmung lässt eine inhaltliche Nähe zu den Erkenntnissen der Psychologie (Kap. 2.2.6, Kap. 2.2.7 und Kap. 2.5.2) erkennen. In Benners erster Intuitionsdefinition stehen die Wahrnehmung von Ganzheiten, das Durchschauen einer Sachlage und ein umfassendes Begreifen im Mittelpunkt. Auf diese Weise wird eine Konzeption geprägt, die auf ein Verstehen ohne Beteiligung rationaler Aspekte fokussiert.

Den Intuitionsbegriff charakterisieren neben Erfahrungswissen auch Situationsgebundenheit, Hintergrundwissen und bewusste Denkprozesse. Intuitives Handeln ist mit ethischem Verhalten und einem Involviertsein die höchste Form expertenhafter Kompetenz (Benner et al. 2000: 46). Durch die zweite umfangreiche Forschungsarbeit tritt im Kontext klinischen Urteilsvermögens Intuition in enger Verbindung zu einem situationsgebundenen, emotionalen Verständnis über das Gute und Richtige hervor (Kap. 3.2.1).

[4]In diesem Forschungsbericht werden begriffliche Unschärfen deutlich, z.B. fragt die Forschergruppe in den Interviews bei ‚Problemdefinition und Interventionen ohne offensichtliche rationale Erklärung' nach Ahnungen und äußert sich bei der Ergebnisdarlegung zur Intuition. Der Ahnungsbegriff findet in den Forschungsergebnissen keine weitere Verwendung, sodass die Vermutung nahe liegt, Ahnung und Intuition wurden synonym oder als Teil eines Familienbegriffes verwendet.

3.1.1.3 Das Kompetenzmodell als Interpretationsrahmen für Intuition

Mit teilweise groß angelegten Studien (z.B. Meretoja, Eriksson & Leino-Kilpi 2002) wurde das Modell des stufenweisen Kompetenzerwerbs angereichert, ohne den Intuitionsbegriff weiter zu entwickeln. Nachstehend werden Forschungsarbeiten vorgestellt, denen die Ergebnisse von Benner et al. als Interpretationsrahmen dienten und die darüber hinaus zum Erkenntnisgewinn für den Forschungsgegenstand beitragen.

1992 führten Jacavone und Dostal eine deskriptive Studie zur pflegerischen Entscheidungsfindung beim Umgang mit Patienten mit Herzschmerzen durch. Das Ziel der Studie lag darin, das klinisch-praktische Wissen und die Gedankenprozesse von expertenhafter Pflege bei der Behandlung von kardialem Schmerz offen zu legen und zu bewerten. Die Studienergebnisse können folgendermaßen beschrieben werden: Experten verfügen über Wissen und tiefgehende Sicherheit im Umgang mit Medikamentengaben. Die Stärke der Experten zeigte sich besonders in Situationen, bei denen Patienten unter starken Herzschmerzen litten. Experten führten eine schnelle, wirkungsvolle Medikamentenbehandlung durch. Ihr handlungsleitendes Ziel lag in der Schmerzfreiheit für den Patienten. Experten hatten ein mitfühlendes Verständnis für die Schmerzen der Patienten. Nach der Medikamentengabe und in Akutphasen verweilten die Experten bei den Pflegebedürftigen und registrierten subtile Veränderungen. Dieses Verhalten zeigte sich nicht bei Anfängern. In der Behandlung von Schmerzen sind Experten erfolgreicher als Anfänger. Das Repertoire der Experten zur Schmerzbehandlung ist vielschichtig und umfassend. Experten trafen intuitiv Entscheidungen (Jacavone & Dostal 1992: 55-59).

Die Studie zeigt, dass wirkungsvolles Handeln von Experten in Notfallsituationen auf Intuition beruht und belegt die Parallelität zu Erkenntnissen der Bezugsdisziplin Humanmedizin (Kap. 2.3.2 und Kap. 2.3.4). Die Studie beschreibt zugleich eine enge Verbindung zwischen intuitivem und ethischem Handeln, erkennbar in dem Ziel der Schmerzfreiheit.

Die Forschungsarbeit von Trenoweth (2003) konzentrierte sich auf die Einschätzung der Wahrscheinlichkeit der Gefahr durch unmittelbare oder drohende Gewalttätigkeit von Patienten in psychiatrischer Behandlung für Pflegende. Potenziell gewaltsame Situationen sind für Pflegende psychisch wie physisch anstrengend; ohne Zeitverlust sind Entscheidungen gefordert. Das Erkenntnisinteresse lag auf den Fähigkeiten und kognitiven Prozessen, die einen Beitrag zur Einschätzung der potenziellen Gewaltbereitschaft leisteten. Die Datenerhebung fand mit erfahrenen Pflegenden statt. Im Ergebnis zeigte sich, dass Pflegende auf ihr persönliches Wissen über den Patienten, auf ihr persönliches Kennen der Patienten sowie auf ihre Erfahrungen in anderen gewaltgeprägten Situationen vertrauen. Wenig bis keinen Einfluss auf ihre klinischen Urteile übten die Anamnese zu gewaltbereitem Verhalten und biografische Daten aus. In der klinischen Risikobeurteilung von Gewaltbereitschaft bilden erfahrene Pflegende schnell intuitive Urteile. Ihr Handeln haben die erfahrenen Pflegenden situationsnah modifiziert. Wie auch in den Bennerschen Forschungsarbeiten verglichen die Befragten auffällige Situationen von

vorherigen gewaltsamen Ereignissen mit der gegenwärtigen klinischen Situation. Wenn Entscheidungen schnell getroffen wurden, assoziierten die Befragten den Intuitionsbegriff (Trenoweth 2003: 278ff).

Ohne direkt auf das Kompetenzmodell zurückzugreifen, belegt Trenoweth, dass erfahrene Pflegende intuitiv handeln. Sie vertrauen ihren Wahrnehmungen, ihrer Fähigkeit der Mustererkennung und dem positiven Einfluss einer pflegerischen Beziehungsgestaltung mit dem Patienten.

1995 führte Polge (in King & Appleton 1996) eine Studie mit 179 fortgeschrittenen und erfahrenen Pflegekräften aus dem Bereich der Intensivpflege durch. Die Befragten waren gebeten, anhand eines Fallbeispiels ihre Entscheidungsfindung niederzuschreiben. Anschließend wurden sie aufgefordert, aus fünf vorgegebenen kurzen Behauptungen diejenige auszuwählen, welche ihrem klinischen Urteil inhaltlich am nächsten kamen. Die Behauptungen beruhten auf den Eigenschaften, die Benner im Kompetenzmodell für beide Niveaus identifizierte. Die Ergebnisse demonstrieren, dass auch mit zunehmender Erfahrung die Zuschreibung von Intuition innerhalb der Urteile zunahm.

In mehreren deutschsprachigen Veröffentlichungen (z.B. Frömming-Ohmke 2000: 192ff; Ahrens 2000: 91ff; Rauter 1999: 15ff) werden die Erkenntnisse von Benner et al. als Argumentationsfolie von Pflegenden herangezogen. Die Vorgehensweise und Ausführungen der Autoren deuten darauf hin, dass die Forschungsergebnisse von Benner zur Intuition mit einem hohen Evidenzerleben für Pflegende einhergehen.

3.1.1.4 Die pflegewissenschaftliche Diskussion zur intuitiven Kompetenz von Experten

Benners erste Forschungsarbeit initiierte in der Pflege eine Debatte um Intuition und den Expertenbegriff, die als ‚Benner Debatte' (English 1993; Horrocks 2000; Paley 1996) in die pflegewissenschaftliche Literatur einging (Zeuch 2003: 98). In ihrer zweiten Studie bezieht Benner Stellung zu einigen Kritikelementen, z.B. zur begrenzten Reichweite kognitiver Modelle und zur Beteiligung rationaler Prozesse an expertenhafter Entscheidungsfindung (dazu Benner et al. 2000: 20f).

Forschungsgestützter Nachweis intuitiver Entscheidungsfindung bei Anfängern

1993 führten Orme und Maggs (in King & Appleton 1996: 198f) eine Studie mit dem Ziel durch, Faktoren zu ermitteln, aus denen sich die berufliche Entscheidungsfindung zusammensetzt. Drei Forschungsergebnisse sind von besonderem Interesse: Intuitionen sind für den erfahrenen Praktiker im beruflichen Alltag von Nutzen, wenn auf einer Wissensbasis klinische Situationen interpretiert werden. Es ist nicht möglich, intuitive Urteile quantitativ zu messen, weil sonst Intuition zu einem rationalen, gefühlsarmen

Prozess transformiert wird. Pflegestudierende und berufliche Anfänger erleben in klinischen Situationen Intuitionen. Sie gaben an, für die Äußerungen ihrer intuitiven Empfindungen von erfahrenen Pflegenden kritisiert zu werden. Orme und Maggs kommen zu der Schlussfolgerung, dass Intuition, wie von Benner et al. beschrieben, nicht ausschließlich auf dem Niveau erfahrener Praktiker und Experten liegt.

Die Erkenntnisse von Orme und Maggs nahm McCormack (1993: 11-17) auf und untersuchte Intuition mit dem Ziel, Eigenschaften von Intuition zu definieren. Es zeigte sich, dass Studierende über intuitive Fähigkeiten verfügen. Sie beschrieben Intuition als Instinkt und/oder Bauchgefühl und gaben an, ihre anfänglichen Wahrnehmungen in Zusammenhang mit Veränderungen der Patientensituation als Anlass zur weiteren Informationssuche zu nehmen. Dabei zeigten sich intuitive Wahrnehmungen zumeist bei Patienten, die die Studierenden gut kannten.

King und MacLeod Clark (in Zeuch 2003: 98f) untersuchten 2001 in Anlehnung an das Kompetenzmodell pflegerische Expertise. Im Rahmen von Entscheidungen führen Anfänger zuerst eine bewusste Situationsanalyse durch und gelangen dann zur Intuition. Auch kompetent Pflegende gingen bei ihrer Entscheidungsfindung zunächst bewusst, routiniert und anschließend intuitiv vor. Der Intuition ging auf dieser Kompetenzstufe eine präzise Situationsanalyse voraus. Lediglich erfahrene Pflegende und Experten gewinnen zuerst mit Intuition einen Überblick über die Patientensituation und nutzen dann eine rationale Analyse zur Situationserfassung (Zeuch 2003: 98f). In der Untersuchung von King und MacLeod Clark wird intuitives Vorgehen für die Kompetenzstufen eins bis drei festgehalten.

Pyles und Stern (in King & Appleton 1996: 194) untersuchten die intuitiven Fähigkeiten von Pflegenden in der Ausbildung und von Pflegeexperten in der Intensivpflege bei Patienten mit kardiogenem Schock und bezogen sich zugleich auf das Dreyfus-Modell. In allen Kompetenzstufen gaben die Befragten an, intuitiven Zugang zu Patientensituationen zu kennen.

Die aufgeführten Forschungsarbeiten weichen die Demarkation von Intuition als Expertenkompetenz, wie Benner et al. sie vorgenommen haben, auf und weisen forschungsgestützt intuitive Entscheidungsfindung auch für Anfänger nach. Aus den Untersuchungen geht nicht eindeutig hervor, welche inhaltlichen Qualitäten die Intuitionen von Anfängern aufweisen. Weil Anfängern jedoch die Erfahrung und damit die wiederholte Auseinandersetzung mit klinischen Situationen fehlt, sind sie nicht befähigt, in den Situationen Muster zu erkennen, wie es erfahrene Pflegende tun (Leners in Miller & Babcock 2000: 95; Leners in Milligan 2002: 9-14).

Diskussion um die Methodologie, das Forschungsdesign und die Ergebnisinterpretation von Benner et al.[5]

Vollstedts (2001) Kritik bezieht sich auf die Dissonanz zwischen der von Benner zu Grunde gelegten Phänomenologie einerseits und dem von den Brüdern Dreyfus entwickelten Modell mit Entwicklungsstufen andererseits. Der Phänomenologie folgend erkennt der Mensch die Welt a priori aus immanenter Intuition (Kap. 2.1.3) und nicht erst als Experte auf der höchsten Stufe eines Modells, dessen Ursprung in der kognitiven Psychologie liegt. Demnach entspricht die Intuition von Experten nicht der höchsten Entwicklungsstufe, sondern phänomenologischem Erkennen, das gleichwohl allen Menschen zur Verfügung steht (Vollstedt 1999: 46).

Cash (1995: 527-531) trägt zur Benner-Debatte wesentliche Kritikelemente bei. Ausgehend davon, dass praktisches Wissen auf zahlreichen vorangegangenen impliziten Praktiken beruht, beschreibt Cash einen unendlichen hermeneutischen Zirkel, der sich aus kontextuell gebundenen, kulturellen Hintergründen, Überzeugungen und Haltungen sowie gleichfalls dahinter liegenden oder sich verändernden sowie korrespondierenden Überzeugungen und Haltungen formt. Die Erforschung praktischen Wissens setzt voraus, praktisches Handeln zu verstehen und sich mit den kontextuellen Hintergründen und Überzeugungen auseinanderzusetzen. Um jedoch einem unendlichen Regress zu entgehen, müssen Forscher den hermeneutischen Zirkel verlassen und zugleich darauf vertrauen, dass die Hintergründe und Überzeugungen wahr sind. An diesen Vorüberlegungen knüpft nachstehende Kritik an. Benner et al. untersuchen das pflegerische Handlungswissen u. a. mit teilnehmender Beobachtung und verfügten damit nur in geringem Umfang über gesprochenen Text, d.h. die Datenlage ist zu gering, um Handlungswissen und deren Überzeugungen und Hintergründe zu erfassen.

Cash (1995: 527-531) fragt nach dem Punkt, an dem der Untersucher entscheidet, was den kontextuellen Hintergrund des Forschungsteilnehmers eingrenzt und damit expliziert werden soll. Dies haben Benner et al. nicht problematisiert. Darüber hinaus hat Benner den Status der Untersucher und damit den entscheidenden und kodierenden Personen über pflegerisches Wissen und Expertentum nicht expliziert. Das Forscherteam der ersten Untersuchung bestand, abgesehen von Benner, nicht aus Pflegenden, d.h. nichtpflegerische Autoritäten validierten pflegerische Expertise. Ebenfalls unbeantwortet bleibt die Frage, wie die Grenzen zwischen virtuosem Expertenhandeln und erfahrenem Handeln gezogen werden können (Cash 1995: 531-534). Aus diesen Gründen ist für Cash (1995: 527-531) das Konzept des Expertentums willkürlich gesetzt.

[5] Weitere Kritik zu den Studien von Benner und Benner et al., wie sie z.B. Cash (1995), Paley (1996) oder Pyles und Stern (in King & Appleton 1996), Meyer (1999) und Vollstedt (1999, 2001) aus philosophischer, methodo- logischer und berufspolitischer Perspektive diskutieren, werden hier nicht aufgenommen. Sie stehen nicht in unmittelbarem Erkenntnisinteresse dieser Arbeit.

Aus der Perspektive der kognitiven Psychologie kritisiert English (1993: 387-393) Benners Arbeit bezüglich Objektivität, Validität, Generalisierbarkeit und Vorhersagbarkeit. English fordert die Explikation von Kriterien zur Beantwortung folgender Fragen: Wie identifiziert man in der Praxis Pflegeexperten, welche expliziten Kriterien sind zur Identifikation des Experten geeignet und wie können intuitive Entscheidungsfindungen von Begriffen wie Vorhersagen, Gewohnheiten oder extrasensorischer Wahrnehmung unterschieden werden? Eine weitere zentrale Frage für English besteht darin, ob alle Experten Intuition nutzen oder ob nur die Experten Intuition nutzen. Laut English greifen nicht alle Experten auf intuitive Urteile zurück. English kritisiert das methodische Vorgehen Benners, die lediglich exzellente Pflege berücksichtigt und negative Ereignisse unberücksichtigt lässt. Benner et al. versäumen es, Anfänger auf ihre Intuitionen hin zu untersuchen. Damit erhält Intuition den Status des exklusiven Privatbesitzes von Pflegexperten. In der Konsequenz liegt die Assoziation von Intuition mit Gedankenübertragung, Mystik oder esoterisch-femininem Charakterzug nahe. English konstatiert dazu, dass das Wesen von Intuition solange subjektiv und zweifelhaft und damit in der pflegerischen Profession in seiner Anwendung beschränkt ist, bis es forschungsbasiert eindeutig definiert und validiert wird. Laut English greift Benner mit dem Dreyfus-Modell auf ein kognitives Modell zurück, denn jeder Aspekt innerhalb des Modells (z.B. Mustererkennung) findet eine Entsprechung in der kognitiven Psychologie (English 1993: 387-393)[6].

Darbyshire nimmt die Kritik von English auf und entwickelt eine Verteidigung der von Benner gewählten Vorgehensweise und Ergebnisse. So ergeht der Vorwurf an English, in kartesianischer Denktradition zu verharren und damit eine eingeengte Perspektive eingenommen zu haben. English unterliegt einem kognitivistischen Denkfehler, wenn intuitives Erfassen als passives mentales Ereignis verstanden werden soll, an dem keine Handlung beteiligt ist. Im Gegenteil, im Nachweis der Handlungsbeteiligung und des aktiven pflegerischen Involviertseins, Engagements und der sorgenden Haltung liegt Benners Stärke (Darbyshire 1994: 755-761).

Der von Benner zum thementragenden Gegenstand erhobene Expertenbegriff wird anhand weniger Merkmale (Kap. 3.1.1.1) zum Forschungsgegenstand innerhalb der verschiedenen Studien erhoben. Dieser Begriff erfährt innerhalb der Disziplin divergierende Definitionen und Konnotationen (Jasper 1994: 769). Jasper (1994: 769f) bearbeitet auf der Grundlage einer Literaturrecherche den Gebrauch und Charakter des Expertenbegriffs in der Pflege. Der Expertenbegriff wird ohne messbare Ein- oder Ausschlusskrite-

[6] Benner et al. (2000: 23, 433ff) legitimieren ihr Vorgehen mit dem Argument, dass bei der Beschäftigung mit klinischem Urteilsvermögen kognitive Modelle oder Methoden lediglich rationalen Ansätzen Vorschub leisten. Sie distanzieren sich von kognitivistischen Auffassungen wie English sie vertritt, in denen Intuition als rationaler Prozess betrachtet wird, der es Menschen ermöglicht, die in einer äußeren Situation enthaltenen Hinweise mit den Merkmalen innerer Vorstellung zu verbinden. Diese Auffassungen lassen unberücksichtigt, dass Pflegeexperten durch Gewohnheiten, Aufmerksamkeit und Wahrnehmungen ihre berufliche Kultur erfahren und erlernen (Benner et al. 2000: 20f).

rien verwendet – so auch von Benner. Ähnlich wie English fordert Jasper (1994: 771) operationalisierte Kriterien zur Beschreibung von Expertentum (Jasper 1994: 770f).

Zeuch (2003: 98) kritisiert Benners Aussagen zur intuitiven Entscheidungsfindung von Experten dahingehend, dass eine Überlegenheit von Intuition gegenüber zeitraubendem, analytischem Vorgehen skizziert wird. Zugleich stellt er die von Benner postulierte grundsätzliche Richtigkeit von Intuition, die weder empirisch noch theoretisch haltbar ist, in Frage.

Für Rolfe (1998: 245-250) geht bewusste klinische Entscheidungsfindung weit über das von Benner beschriebene ‚einfache' Expertenwissen hinaus, denn der reflexive Praktiker – anders als Benners Experte – gestaltet in klinischen Situationen bewusst seine Praxis durch Prozesse der Theoriebildung und Hypothesentestung als Reaktion auf vorangegangene Aktionen (Reflection in action). Der reflexive Praktiker generiert als aktiv Lernender Wissen, indem er Theorien in der Praxis testet und sie weiter entwickelt. Dieses Vorgehen ermöglicht dem reflexiven Praktiker – anders als Benners Experten – seine klinische Entscheidungsfindung zu rechtfertigen und nachvollziehbare Argumentationen und Beweise zur Begründung eigenen Handelns bereitzustellen (Rolfe 1998: 250).

Gemäß Rolfe (in Meyer 1999: 96) können Experten keine komplexen Situationen intuitiv erfassen. Wiederholungen von Handlungen führen zwar zu Automatisierungen und Verbesserungen dieser im Sinne von Intuition, umfassen aber lediglich Verrichtungen, in deren Mittelpunkt die Koordination zwischen Auge und willkürlicher Bewegung steht. Für Rolfe ist die Gültigkeit intuitiver Expertenkompetenz begrenzt auf die Verrichtungskompetenz von Pflegenden und schließt damit die Rolle der die Entscheidungen treffenden Personen aus (Rolfe in Meyer 1999: 96). Wie aber selbst Verrichtungen ohne vorherige Entscheidung ausgeführt werden können, erläutert Rolfe nicht.

Zusammengefasst zeigt die kritische Auseinandersetzung mit den Forschungsergebnissen von Benner und Benner et al. auf, dass Intuition nicht ausschließlich Experten vorbehalten sein muss, die Stringenz des phänomenologischen Ansatzes von den Forschern nicht konsequent verfolgt wurde und die Identifikation von Expertentum methodologische Schwächen, logische Brüche und/oder Fehlinterpretationen aufweist. Benner übertrug das Kompetenzmodell der Brüder Dreyfus auf die Pflegepraxis. So liegt es nahe, Intuition ausschließlich den Experten zu zuschreiben und die Frage, ob Anfänger gleichfalls intuitiv handeln, stellt sich nicht. Benner berücksichtigte im Forschungsdesign ausschließlich Situationen, in denen Pflegende aus ihrer Perspektive die klinischen Situationen deuteten und meinten, zum Patientenwohl beizutragen. Dem folgend kann Intuition nur positive Zuschreibungen erfahren, denn fehlleitende Intuition blieben im Design unberücksichtigt. Vor diesem Hintergrund wird im Forschungsdesign bei der Datenerhebung der Interviewpartner um eine Einschätzung seiner intuitiv ausgeösten Handlung gebeten (Anhang 4: Frage 4d). Darüber hinaus werden im Sampling unterschiedliche Erfahrungsniveaus der Pflegenden angestrebt (Anhang 5).

3.1.2 Intuition als kreative Kompetenz

In diesem Abschnitt tritt der Aspekt der Intuition als kreative Kompetenz von Pflegepraktikern in den Vordergrund[7]. Kreativität wird vor diesem Hintergrund als die Fähigkeit zur Schaffung von Neuem verstanden. Ziel des nachfolgenden Abschnittes ist es, das Spektrum des in der pflegerischen Disziplin verwendeten Intuitionsbegriffes dazulegen und Hinweise für den theoretischen Rahmen und das methodische Vorgehen zu erhalten.

In der Literatur über Pflegetheorien (u. a. Fawcett 1996; Marriner-Tomey 1992; Meleis 1999) wird das pflegerische Handeln sowohl als Wissenschaft als auch als Kunst bezeichnet, die der Intuition bedarf oder mit Intuition in Zusammenhang gebracht wird (Dornheim et al. 1999: 74; LeVasseur 1999: 49)[8].

Rew und Barrow formulieren auf der Basis von Literaturrecherchen die heutige Bedeutung von Intuition: „ ... associates art with a certain desirable elegance and craft, an extension of formal training that occurs primarily through experience." (Rew & Barrow 1987: 59).

Carper (in Chinn & Kramer 1996; in Milligan 2002: 9) beschrieb vier Wissensgrundlagen, die zugleich zum Erkenntnisgewinn von Pflegenden beitragen und Anwendung finden. Neben Ethik, persönlichem Wissen und Empirie stellt Intuition als die Kunst des Pflegens eine Wissensgrundlage von Pflegepraktikern dar. Für Jacobs-Kramer und Chinn (Chinn & Kramer 1996: 4-7) kommt intuitives Wissen überwiegend unmittelbar im Handeln und Verhalten zum Ausdruck, das als Kunst betrachtet wird. „In der Pflege manifestiert sich intuitives Wissen im Handeln, Verhalten, Benehmen sowie in den Haltungen und Interaktionen einer Pflegeperson als Reaktion auf andere Menschen." (Chinn & Kramer 1996: 10). Intuitives Wissen kann sich als Kunst ausdrücken. Diese entsteht, wenn in zwischenmenschlichen Begegnungen Bedeutungen erfasst und einzigartig sowie individuell Ausdruck finden. Kunst ist pflegerische Kompetenz, z.B. im Umgang mit Menschen (Chinn & Kramer 1996: 11).

Intuition in der Pflege bezeichnet laut Carper (Chinn & Kramer 1996: 10f) die Erfassung und Bedeutung einer einzigartigen, individuellen und subjektiven Ausdrucksform, die

[7] Intuition von Pflegewissenschaftlern wird als eine schöpferische Kompetenz (Käppeli 1998: 41) ähnlich der Intuition im schöpferischen Prozess (Kap. 2.2.5) beschrieben. Intuition kann der Erfassung von Mustern innerhalb von Realitäten dienen, zu Entscheidungen oder Schlussfolgerungen führen oder kann ein Verständnis von Phänomenen und ihrer Gestalt ermöglichen. Ebenso kann Intuition zur Einsicht in einen Ausschnitt realer Welt sowie zur Lösung und Bearbeitung von Problemen innerhalb des Forschungsprozesses führen (Meleis 1999: 385). Aus Intuitionen können gleichwertige Wahrheiten resultieren, wie aus traditionellen Forschungsmethoden (Sylva in Meleis 1999: 277, 385).

[8] Beispielsweise versteht Adbellah (in Paterson & Zderad 1999: 145) Pflege gleichfalls als Kunst und Wissenschaft und fordert, die Kunst der Pflege nicht mit der wissenschaftlich geprägten Pflege gleichzusetzen. Während erstere intuitive, technische und zumeist ritualisierte Fähigkeiten umfasst und eine unterstützende Funktion in der Pflege einnimmt, haben letztere wissenschaftliche Erkenntnisse zum Gegenstand. Beide Bestandteile sind wichtig und ergänzen einander.

als Kunst oder Kunstfertigkeit verstanden werden kann. Intuitive Prozesse ermöglichen, die Grenzen des Augenblicks zu überschreiten und perspektivisch den Bedeutungsgehalt sowie die Potenziale einer Situation zu erspüren. Unbewusst und unverzüglich gibt Intuition den Pflegenden ein, welche Handlungen eine Situation erfordert und welche Bedeutung ihr zukommt. Mit intuitivem Wissen gehen kreative Prozesse, wie ‚Sich Einlassen', ‚Intuitiv Verstehen' und ‚Erspüren' einher. Während ‚Sich Einlassen' als das Einbringen des Selbst in die Situation verstanden wird, führt ‚Intuitives Verstehen' zu spontanen Reaktionen auf die Besonderheit des Augenblicks und fördert ein ‚Erspüren' kreativer Möglichkeiten. „In dem Maße, wie sich intuitives Wissen entwickelt, wird Pflege zur Kunst. Das heißt, Maßnahmen einer Pflegeperson bekommen eine gewisse Kunstfertigkeit und ermöglichen so beeindruckende, bedeutsame und tief bewegende Interaktionen, die an den Wurzeln menschlicher Erfahrungen rühren." (Chinn & Kramer 1996: 11). Die Entstehung von Kunst durch intuitive Handlung ist auf den besonderen Moment begrenzt und unwiederbringlich.

Die Wissensgrundlagen (Ethik, persönliches Wissen, Empirie, Intuition) können sich verselbstständigen, wenn die auf ihrer Grundlage entwickelten Erkenntnisse sich nicht in die Gesamtheit des Wissens integrieren. Verselbstständigt sich Intuition, führt dies zu Voreingenommenheit (Carper in Chinn & Kramer 1996: 10-17).

Die von Carper identifizierten vier Wissensgrundlagen leisten gleichermaßen komplementär einen wesentlichen Beitrag zu pflegerischem Handeln; eine hierarchische Unterscheidung der einzelnen Grundlagen ist gemäß den Autoren nicht sinnvoll (Carper in Chinn & Kramer 1996: 4).

Carper (in Chinn & Kramer 1996: 5) unterscheidet intuitives und persönliches Wissen voneinander und zeigt zugleich Prallelen auf, z.B. das Unvermögen, dieses Wissen sprachlich auszudrücken. Moch (in Meleis 1999: 248) betrachtet intuitives Wissen als Teilkomponente/ Dimension persönlichen Wissens (auch Agan in Chinn & Kramer 1996: 196). Dieses, erworben durch Praxiserfahrung, Nachdenken und die Integration von handwerklich-künstlerischen sowie wissenschaftlichen Komponenten, sind für die Entwicklung des Pflegewissens unabdingbar. Kikuchi (in Newton 1999: 5) versteht Intuition als eine private Art des Wissens, die deshalb nur indirekt und geringfügig zum Fundus des Pflegewissens beitragen kann.

Paterson und Zderad beschreiben eine Theorie der ‚Humanistischen Pflege'. Pflege verstehen sie als Präsenz und Empathie persönlicher sowie professioneller Art, als auch als Kunst und Wissenschaft (Paterson & Zderad 1999: 11, 26ff, 147f). Die Kunst der Pflege ist intersubjektiv und darstellend; Pflegende als Künstler wirken durch ihren Körper, ihre Stimme, ihre Gefühle und ihre Erscheinung sowie ihre Kreativität. In diesem Zusammenhang ist Intuition in der Pflege ein „Überdenken der Umstände und geistig vollzogene Synthese, die eine zutreffende Beurteilung erlaubt, da sie, mit dem Ziel der Problemlösung, auf verständiger Auswahl und Einschätzung beruht. ...ein Absolutes kann nur

durch Intuition erfasst werden; alles andere benötigt Analyse.“ (Paterson & Zderad 1999: 119).

Die Pflegetheoretikerin Watson beschreibt Pflege gleichfalls als Wissenschaft und Kunst und prägte eine deduktiv abgeleitete Theorie der ‚Wissenschaft der zwischenmenschlichen Zuwendung‘ (Watson 1996: 17). Den Aspekt der Kunst assoziiert sie mit Menschlichkeit und zwischenmenschlicher Zuwendung (Watson 1996: 22, 46f). Die Gefühle und die innere Verfassung des Gegenübers wahrzunehmen und genau zu erfassen kann durch Intuition geschehen (Watson 1996: 85f).

In den pflegetheoretischen Ausführungen von Paterson und Zderad sowie Watson wird Intuition als selbstverständlich formulierter Bestandteil pflegerischen Handelns dargelegt.

LeVasseur (1999: 49f) sieht in der Literatur einen diffus umrissenen und theoretisch unausgereiften Kunstbegriff für die Pflege, der sich auf die Methode oder den Prozess des Handelns oder des Erkenntnisgewinns bezieht und weniger auf das Ergebnis. Pflegerische Kunst bezieht sich auf Phänomene, die von der Wissenschaft noch nicht tiefgehend erklärt werden konnten. Es besteht eine Spaltung zwischen den Begrifflichkeiten der künstlerischen und wissenschaftlich ausgerichteten Pflege. Während die Anwendung wissenschaftlicher Grundsätze zu dem Vorwurf der Verobjektivierung und Teilnahmslosigkeit gegenüber Individuen führen kann, kann Intuition der übermäßigen, willkürlichen und unnachprüfbaren Subjektivität beschuldigt werden (LeVasseur 1999: 49).

Zusammengefasst beruht intuitives Pflegehandeln als Merkmal von Kunst auf Erfahrungswissen und Prozessen interaktiver Zuwendung wie Fürsorge und Emotionalität. Als Kompetenz dient sie der Situationsbewältigung und ermöglicht das Ausdrücken und Erleben einer auf den Moment begrenzten kreativen Besonderheit. Pflege definiert sich dabei nicht über die Merkmale von Kunst, sondern über die Kunstfertigkeiten als Können im Handeln (auch Friesacher 2008: 205). Intuition als Wissen wird von einigen Autoren gleichberechtigt und komplementär zu anderen Wissensformen wie dem wissenschaftlichen Wissen betrachtet.

3.1.3 Das Verhältnis von Intuition zur Kompetenz des impliziten Wissens

In diesem Kapitel steht Intuition im Kontext von Wissen im Zentrum. Der Schwerpunkt liegt auf dem impliziten Wissen. Intuition auf der Basis kognitiver Prozesse findet seinen Platz als implizites Wissen oder synonym als tacit knowledge (Kap. 2.5.2). Intuitives Wissen besteht in dem, was Polanyi als tacit knowledge bezeichnet (O’Connell in Newton 1999: 8). Andere Autoren (Zeuch 2003: 38; Büssing, Herbig & Ewert 2000) unterschieden zwischen implizitem Wissen und Intuition dahingehend, dass implizites Wissen die Basis

für intuitive Entscheidungen und Problemlösungen darstellen kann. Implizites Wissen steht u.a. in Zusammenhang mit einer Erwartung an ein Ergebnis, während der Intuition ein Überraschungsmoment innewohnt (Zeuch 2003: 38).

Implizites Pflegewissen oder tacit knowledge wird in Anlehnung an Polanyi und Neuweg (Meleis 1999: 248) folgendermaßen charakterisiert:

- Es ist ein praktisches Wissen über Handlungen, Fertigkeiten, Fakten und über Vorgehensweisen und Strategien (Büssing, Herbig & Ewert 2000: 292). Es ist ein Wissen, aus dem intelligentes Können im Handeln, Erkennen und Wahrnehmen resultieren kann (Friesacher 2008: 212, 231). Es ermöglicht ohne gründliche diskursive Analyse von Einzelheiten die Bedeutung der Dinge zu erkennen (Friesacher 2008: 212).
- Der Prozess des Wissenserwerbes kann unbewusst erfolgen oder ohne wissenschaftlich anerkannte Form der Beweisführung (Büssing, Herbig & Ewert 2000: 292f; Meleis 1999: 248) sowie auf unbewusster Mustererkennung basieren (Eraut in Easen & Wilcockson 1996: 671). Es wird durch praktische Erfahrung erworben, weiter entwickelt und ist dort insbesondere als verkörperlichtes, einverleibtes Wissen eingebettet (Büssing, Herbig & Ewert 2000: 292f; Friesacher 2008: 211; O'Conell in Newton 1999: 8).
- Die handelnde Person ist sich der Grundlage ihres Handelns nicht bewusst; ihrem Handeln geht nicht zwingend logisches Denken voraus, sie kann einzelne Schritte einer Gesamthandlung nicht benennen und erklären und es finden auch nicht zeitgleich mit der Handlung analytische Denkprozesse statt, sondern das Wissen liegt in der Handlung selbst (Büssing, Herbig & Ewert 2000: 292; Friesacher 2008: 231f).
- Es ist schwer artikulierbar und erklärbar (Büssing, Herbig & Ewert 2000: 292f; Meerabeau in Easen & Wilcockson 1999: 671).
- Implizites und explizites Wissen ergänzen einander (Büssing, Herbig & Ewert 2000: 292).

Büssing, Herbig und Ewert (2000) erforschten Intuition als Erkenntnis, die auf implizitem Pflegewissen basiert. Sie sprechen von Intuition, „wenn eine Person ein bestimmtes Urteil abgibt (z.B. ob ein Patient stabil ist), ohne dass sie rationale und bewusste Gründe dafür angeben kann, warum und wie sie zu diesem Urteil gekommen ist." (Büssing, Herbig & Ewert 2000: 291). Im Studiendesign wurden kritische Pflegesituationen mit der Begründung simuliert, dass unbewusste Problemlösungen auf der Grundlage impliziten Wissens wie Intuition in besonders schwierigen und zeitkritischen Situationen mit begrenzten Informationen wahrscheinlicher sind (Büssing, Herbig & Ewert 2000: 293). Die erfolgreichen Pflegekräfte innerhalb der Studie zeigten deutlich mehr implizites Wissen. In kritischen Situationen arbeiten sie mit einer umfassenden Situationswahrnehmung,

integrieren ihre Gefühle in den diagnostischen Prozess und gehen in der Kommunikation mit dem Pflegebedürftigen verstärkt auf dessen Äußerungen ein. Die Ergebnisse belegen, dass implizites Wissen nicht ausschließlich positiv zu betrachten ist. Insbesondere das in der Gruppe der weniger erfolgreichen Pflegenden erfasste implizite Wissen führte zu einer sequenziellen Arbeitsweise, die Flexibilität verhinderte (Büssing, Herbig & Ewert 2000: 293-296).

Büssing, Herbig und Latzel (2004: 113-122) untersuchen implizite Theorien bei erfahrenen und unerfahrenen Pflegenden. Theorien, die synonym mit naiven oder intuitiven Theorien Verwendung finden, unterstützen den Menschen dabei, schnell, effizient und ökonomisch zu handeln. Sie dienen zur Komplexitätsreduktion und können kognitive Überlastungen verhindern. Aus diesem Grund bezeichnen die Autoren solche Vorgänge als Gedankenökonomie. Erfahrene Pflegende repräsentierten die Situation angemessener als Unerfahrene. Demgegenüber bildete der erste Eindruck vom Patienten einen stärkeren, die Situationseinschätzung überlagernden und handlungsleitenden Wert bei Erfahrenen gegenüber Unerfahrenen, d.h. implizite Persönlichkeitstheorien wurden unreflektiert und generalisierend angewandt. Implizite Theorien können als Wahrnehmungsfilter eine angemessene Verarbeitung von neuen Informationen verhindern. Die Autoren belegen die Notwendigkeit zur Überprüfung impliziten Wissens.

Zusammengefasst können Intuition und implizites Wissen einen wesentlichen Bestandteil pflegerischen Könnens darstellen. Während sich implizites Wissen primär im Können zeigt, ist Intuition nicht immer an Handlungen gebunden.

Die Expertise der Pflegenden zeigt sich in Forschungsdesigns, die auf kritischen Situationen und Entscheidungsfindungsprozessen basieren. Die Untersuchungen belegen, dass Intuition mit umfassender Situationswahrnehmung und Gefühlsbeteiligung assoziiert ist, im Sinne einer Gedankenautonomie funktioniert, jedoch eine ausschließlich positive Betrachtung von Intuition, wie beispielsweise Benner sie vornimmt, als nicht angemessen erscheint.

3.1.4 Förderung von Intuition als Kompetenz

In pflegewissenschaftlichen Veröffentlichungen wird die Frage aufgeworfen, ob und inwieweit pflegerische Intuition erlernbar ist, mit unterschiedlichen Positionen vertreten. Einerseits gilt Intuition als nicht direkt erlernbar (Friesacher 2001: 166), jedoch retrospektiv vermittelbar (Chinn & Kramer 1996: 11). Andererseits können die Fähigkeit des intuitiven Urteilens erlernt oder trainiert werden (Mathys 1999: 130; Koch-Straube 2001: 91). Pflegende benötigen Förderung, um ihre intuitiven Potenziale zu nutzen (Beck in Zeuch 2003: 77). Bei Benner (1994) und Benner et al. (2000) konstruiert sich die Intuitionsförderung über die Kompetenzentwicklung des Neulings zum intuitiv handelnden Experten.

Nachstehend werden die drei wesentlichsten Bedingungen und Voraussetzungen zur Entwicklung von Intuition von Pflegenden aufgeführt:

- Durch die Schaffung von Lernorten in der Praxis oder feldähnlicher Umgebungen sowie durch die Vermittlung von Basiswissen als Handwerkszeug können Pflegende in die Lage versetzt werden, bedeutsame Fragen zu stellen. Der Lernfortschritt wird zugleich durch klinische Erfahrung erzielt (Benner 1994: 171, 181; Friesacher 2001: 166; Mathys 1999: 130-134).
- Mit Lernen im persönlichen Meister-Schüler-Verhältnis, d.h. Einsatz von Praxisbegleitern und damit klinischer Unterweisung von Anfängern durch Erfahrene oder Experten, wird das Ziel verfolgt, einen sicheren und wirkungsvollen Zugang zu klinischen Situationen zu erhalten. Mit diesem Vorgehen ermöglichen Experten klinische Vergleiche anhand konkreter Fälle und können Berufsanfänger auf feine klinische Veränderungen aufmerksam machen sowie bei Situationsdeutungen unterstützen (Benner 1994: 177, 183f; Friesacher 2001: 166; Jacavone & Dostal 1992: 62; Mathys 1999: 130-134).
- Lernen durch konkrete Beispiele und paradigmatische Fälle ermöglicht beispielsweise, Besonderheiten einer Situation wahrzunehmen, die über das, was in Theorien erfasst und vermittelt werden kann, hinausgehen. Neulinge können aus den Erzählungen von Experten lernen, ihre Aufmerksamkeit auf bedeutsame Elemente von Situationen zu fokussieren und zugleich ihre Situationswahrnehmungen reflektieren, in deren Folge der Weg einer dialogischen Wissensvermittlung gebahnt wird (Benner 1994: 179, 184; Benner et al. 2000: 246; Friesacher 2001: 166; Mathys 1999: 130-134).

Mehrere Autoren benennen Voraussetzungen und Bedingungsfaktoren für intuitive Pflegekompetenz, die bisher noch keine Aufmerksamkeit erfuhren.

Als Voraussetzung beschreiben King und Appleton (1996: 196) bei Pflegenden eine hohe Selbstwahrnehmung im Klientenkontakt, Interesse am Abstrakten, Eigenverantwortlichkeit bei Risikohandlungen und die Bereitschaft zum intuitiven Handeln.

Leners (in Zeuch 2003: 114) unterscheidet zwischen externen Bedingungen wie die Organisationskultur und persönlichkeitsbezogenen Faktoren. Als eine externe Bedingung rufen schwer erkrankte Patienten vermehrt intuitive Aufmerksamkeit hervor als leicht Erkrankte. Organisationskulturen, die die Autonomie und Unabhängigkeit der Mitarbeiter präferieren, werden als intuitionsfördernd erlebt (auch Benner et al. 2000: 215). Zu den intuitionsfördernden persönlichkeitsbezogenen Faktoren gehört ein professionelles Selbstbild, das Intuition als wertvolles Element beruflicher Expertise beinhaltet. Das wesentlichste Element stellt die Fürsorge von Pflegenden für Patienten dar.

Als intuitionsfördernde Faktoren benennt Correnti (in Miller & Babcock 2000: 95) Aufgeschlossenheit gegenüber dem Klienten, den Wunsch und die Fähigkeit, sich auf Pa-

tienten einzulassen, Selbstvertrauen und eine warmherzige Beziehung zwischen Patient und Pflegendem.

1987 erforschte Young (in King & Appleton 1996: 196) Bedingungen, die Intuition von Pflegenden erleichtern. Dies sind: Gefühle aus sich selbst heraus und in direktem Patientenkontakt, Selbstempfänglichkeit als die Fähigkeit, offen für Informationen zu sein, Erfahrung und Selbstvertrauen.

Frauen gelten als intuitiver im Gegensatz zu Männern (Burnard in King & Appleton 1996: 198). Intuition ist für Frauen in der Pflege eine Ressource, die mit Flexibilität und Erfindungsreichtum korrespondiert (Adams in Meleis 1999: 119f). In einer Untersuchung von Piechotta (2000: 191f) mit weiblichen Pflegenden waren diese aufgefordert, das typisch Weibliche innerhalb pflegerischer Kompetenzen zu beschreiben. Die Befragten hielten sich für vermehrt intuitiv handelnd, sie empfanden Intuition als typisch weiblich. Im Gegensatz zu anderen Autoren wie Benner et al., Rew und Büssing, Herbig und Ewert stuft Piechotta Intuition neben Geduldigkeit und Harmonievermittlung als vorberuflich sozialisierte Eigenschaft und weniger als berufliche Kompetenz ein.

Zusammengefasst basiert die wesentliche Bedingung zur Förderung von Intuition auf dem situationsspezifischen klinischen Zuwachs an Erfahrung, der durch Experten begleitet und gemeinsam mit ihm reflektiert werden sollte. Weitere intuitionsfördernde Bedingungen können in drei Bereiche unterteilt werden. Der erste Bereich stellt Persönlichkeitsmerkmale der Pflegekraft dar, z.B. die Bereitschaft zur Intuition, die Eigenverantwortlichkeit, das professionelle Selbstverständnis. Der zweite Bereich besteht im aufgeschlossenen, empathischen und/oder fürsorglichen Kontakt zwischen Pflegekraft und Patient. Als dritter Bereich können die Rahmenbedingungen der Arbeit von Pflegenden, beispielsweise die Organisationskultur bzgl. der Gestaltungsmöglichkeiten von Pflegenden, bezeichnet werden.

3.2 Charakteristische Merkmale von Intuition

Im folgenden Abschnitt sollen Nuancierungen des Intuitionsbegriffes aufgezeigt werden, die teilweise ungeklärt einander gegenüber stehen. Easen und Wilcockson (1996: 668) halten nach einer Literaturanalyse fest, dass zum Intuitionsbegriff ein Dschungel an Terminologien mit divergierenden Inhalten, Interpretationen und Lesarten besteht. Für King und Appleton (1996: 194) korrespondierte lange Zeit der Intuitionsbegriff beispielsweise mit Instinkt oder dem Sechsten Sinn, was zu der Konsequenz führte, dass Intuition mit Mystik verbunden wurde und die Wissenschaft sich von der Bedeutung der Intuition als klinische Kompetenz distanzierte. Die wesentlichen Positionen zum Intuitionsbegriff werden im folgenden Abschnitt aufgegriffen, um den Forschungsgegenstand in seinen Merkmalen und seinem Gebrauch zu verstehen.

3.2.1 Intuition als Empfindung

Rew (in King & Appleton 1996: 194, 196ff) skizziert Intuition als unmittelbares Wissen von Fakten oder Wahrheit, als etwas Ganzes, das auf der Basis unvollständiger oder unklarer Informationen wahrgenommen wird. Das Ganze stellt sich dem Experten unabhängig vom linearen Denkprozess als Fähigkeit dar. Rew untersuchte Intuition im Pflegeprozess mit 56 Pflegenden u.a. aus der ambulanten Pflege und Intensivpflege. Drei Typen von Intuition konnten gruppiert werden:

- kognitive Schlussfolgerung: schnelle, unbewusste Verarbeitung von Stichwörtern
- Gestaltintuition: Lücken in Daten wurden rasch geschlossen und unbewusst Muster innerhalb eines vertrauten Zusammenhangs erkannt
- präkognitive Funktion: Wahrnehmen einer Veränderung, bevor sie geschieht.

Pflegende erfahren Intuitionen auf drei Wegen: als Gefühl, als Erkenntnis und/oder als Verhaltensreaktion. In einer weiteren Untersuchung von Rew zum Pflegeprozess mit 25 Pflegenden von Intensivstationen zeigte die Datenanalyse, dass die Pflegenden in der Lage waren, ihre klinischen Intuitionen als Wissen, Bauchgefühl und Fähigkeit zur Partizipation zu beschreiben. Sie assoziierten mit ihren Intuitionen auch physische Ereignisse, wie Pulsrasen, Mundtrockenheit, Gesichtsrötung oder Muskelstraffung. Bezogen auf den Pflegeprozess zeigte sich, dass die häufigsten intuitiven Erfahrungen bei den Schritten Assessment, Pflegediagnose und Evaluation erfolgten.

Pyles und Stern (in King & Appleton 1996: 194) untersuchten die intuitiven Fähigkeiten von Pflegenden. Folgende Fähigkeiten verbanden die Pflegenden mit Intuition:

- Problemerkennung: hohe Sensibilität für Verschlechterungen der Gesundheitssituation von Patienten; die Patientensituation fällt aus dem von Pflegekräften erwarteten Muster heraus
- Erkennen von Ähnlichkeiten und Mustern: Pflegende wenden ihre Erfahrungen mit verschiedenen Krankheitsverläufen auf eine konkrete Situation an und identifizieren im Vorfeld begünstigende oder problematische Faktoren
- ‚Skilled know-how': Pflegende verändern situationsgebunden ihre Perspektive vom Problem weg zur Erwägung von Handlungsoptionen. An intuitiven Entscheidungen beteiligte Prozesse sind Bauchgefühle und das Gefühl, ‚irgend etwas stimmt nicht'. Solche Gefühle nehmen Pflegende als Frühwarnsystem zur Wahrnehmung von weiteren Veränderungen.
- Empathie: Das Einfühlen in Situationen ermöglicht Pflegenden, Informationen über die Bedürfnisse und Befindlichkeiten der Patienten zu erlangen.

- Die Vorstellung von der Vergangenheit mit einer vorweggenommenen Zukunft zu verbinden (Pyles & Stern in King & Appleton 1996: 195).

Schraeder und Fischer (1997) skizzieren als Ergebnis ihrer Befragung von Pflegenden in der neonatologischen Intensivpflege zu Gefühlen und Bewertungen in Situationen, in denen die Neugeborenen ihr Aussehen veränderten, gleichfalls gefühlsassoziierte Mustererkennung. Im hochtechnisierten Arbeitsbereich der neonatologischen Intensivpflege zeigten die Pflegenden intuitive Anteile im Denken und Handeln. In einer Untersuchung von Smith (in King, Appleton, 1996, S. 197) im Bereich der Intensivpflege zeigte sich gleichfalls, dass Pflegende auf ihre Bauchgefühle und ihr Gefühl über Unklarheiten innerhalb von Situationen als Mustererkennung vertrauen und diese sich bei Intuitionen präsentierten.

English und McCormack (in Easen & Wilcockson 1996: 667) unterscheiden zwei Arten von Intuition: das intuitive Gefühl und intuitive Gedanken. Bastik (in Easen & Wilcockson 1996: 667) konstatiert, dass in Intuitionen Wahrnehmungen und emotionale Beteiligungen ebenso wie kognitive Prozesse vereint sind. Insbesondere die Beteiligung von Gefühlen im intuitiven Prozess kann die erlebte Zufriedenheit bei intuitiven Entscheidungen erklären.

Noddings und Shore (in Easen & Wilcockson 1996: 669) leiten ihre Hinweise zum Vorhandensein tiefer innerer Beteiligung bei Intuition davon ab, dass sich diese dem Intuierenden unmittelbar im Kontakt mit einem Problem präsentieren. Diese tiefe innere Beteiligung könnte ein Hinweis darauf sein, dass Intuition als unbewusster Prozess abläuft.

Zusammengefasst verdeutlichen die Untersuchungen eine Gefühlsbeteiligung bei intuitiven Prozessen der Pflegenden. Sie steht zugleich in Interaktion mit den Pflegebedürftigen. Die Gefühlsbeteiligung bei intuitiven Prozessen dient den Pflegenden u.a. zur Situationsbewertung.

3.2.2 Intuition als rationaler und irrationaler Vorgang

Easen und Wilcockson (1996: 668) stellen die Frage, ob Intuition auf irgendeine Weise irrational ist und wer oder was die Kriterien dafür festlegt. Dreyfus und Dreyfus bezeichneten Intuition als arational. Zweckmäßiges Denken prüft und verbessert intuitive Entscheidungen (Kap. 2.5.3). Jung (in Easen & Wilcockson 1996: 667-671) betrachtet Intuition als einen Inhalt, der sich im Akteur herstellt und den Charakter eines Gegebenen aufweist, im Gegensatz zu abgeleiteten Gedanken. Für Jung ist Intuition kein kognitiver Prozess, jedoch hat er eine rationale Basis. Wie aber kann Intuition zugleich irrational und rational basiert sein? Mehrere Autoren legen dar, dass der intuitive Prozess auf rationale Elemente aufsetzt (Benner et al. 2000: 45-52; Easen & Wilcockson 1996: 671; Schraeder & Fischer 1987).

Für Rew (in King & Appleton 1996: 197) stellt die Anwendung intuitiver Fähigkeiten eine Erweiterung linearer, analytischer Denkverfahren dar. Rew versteht Intuition als Erkenntnis, die vom gradlinigen Denkprozess unabhängig ist. Insbesondere das Abweichen vom gradlinigen Denkprozess ermöglicht es dem intuierenden Subjekt, sowohl spontan als auch schnell zu erfassen oder zu handeln. Das Unbewusste, Schnelle und Spontane erzeugt ein Bild, in dem sich Intuition als mühelos und leicht präsentiert (in Easen & Wilcockson 1996: 670; Cioffi 1997). Intuition umgeht den gradlinigen Denkprozess, ermöglicht damit ein hohes Maß an Geschwindigkeit und ist deshalb retrospektiv schwer erklärbar (Easen & Wilcockson 1996: 670; Eraut in Easen & Wilcockson 1996: 670). Intuition ermöglicht dem Praktiker, gedankliche Abkürzungen zu entwickeln, die einerseits eine komplexe Situation auf einfache, wesentliche Urteilsoperationen reduziert (auch Gedankenökonomie bei Büssing, Herbig & Latzel 2004) und andererseits Vorstellungen aus der Vergangenheit mit einer vorweggenommenen Zukunft verbindet (Cioffi 1997).

Schrems bezieht sich auf Thompson und Dowding (in Schrems 2003: 172) und weist intuitivem Handeln einen Platz als nicht frei wählbare Alternative, sondern in der Situation als einzig zur Verfügung stehende Handlungsoption zu. Selten bedienen sich Pflegende in Momenten der Unsicherheiten im klinischen Alltag ausschließlich der Rationalität, in der dafür alle situationsrelevanten Informationen zur Verfügung stehen müssten.

Easen und Wilcockson (1996: 667-671) und Miller (in Newton 1999: 9) legen dar, dass unsere westliche Welt und Kultur das rationale, systematische und erklärbare Denken prägte und damit als Denkstandard von zahlreichen Menschen anerkannt wird. Auch gemäß Benner et al. (2000) erscheint die kognitivistische, cartesianische Denkweise so plausibel, weil sie distanzierte Denkstrukturen als gesellschaftlich positiv belegtes Verfahren einstuft und damit traditionsgebundene, intuitive Überlegungen missachtet.

Als Zusammenfassung soll das Plädoyer für pluralistische Denkansätze von Miller und Babcock dienen: „Wer meint, dass wichtige Arten des Denkens nur wissenschaftlich beschrieben werden können, beraubt sich der Möglichkeit, Zugang zu anderen, gleichberechtigten und wertvollen Erkenntnis-, Denk- und Kommunikationsformen“ zu erlangen (Miller & Babcock 2000: 97). Intuition ermöglicht ein schnelles Erfassen von Situationen. Intuition kann auftreten, wenn analytisches Denken nicht möglich ist. Analytisches Denken kann Intuition prüfen und verbessern.

3.2.3 Die Komplementarität unbewusster und bewusster Intuitionsprozesse

Der überwiegende Anteil der sich mit Intuition auseinandersetzenden Autoren bezieht sich in Zusammenhang mit Intuition auf die Bezeichnung ‚unbewusst‘ (z.B. Büssing, Herbig & Ewert 2000: 291; Carper in Chinn & Kramer 1996: 10; Easen & Wilcockson 1996: 669; Noddings & Shore in Easen & Wilcockson 1996: 669; Pyles & Stern in King

& Appleton 1996: 194; Schrems 2003: 175), seltener wird die Bezeichnung ‚bewusst' verwendet (z.B. Benner et al. 2000: 11; Eraut in Easen & Wilcockson 1996: 669). Autoren, die Intuition als einen bewussten Vorgang ansehen, begründen ihre Einstellung damit, dass Intuition mit Mustererkennung einhergeht, die bewusst erfolgt (Eraut in Easen & Wilcockson 1996: 669) oder dass den Menschen der Gebrauch von Intuition bewusst ist, jedoch nicht der Intuitionsprozess selbst (McCormack 1993). Cioffi (1997) verwendet den Begriff perzeptualen Bewusstseins. Es befähigt den Praktiker ohne vorangegangene Analyse zur Wahrnehmung von Ganzheiten von Situationen. Easen und Wilcockson gehen von Intuition als unbewusstem Prozess aus. Als Ergebnis ihrer Literaturarbeit verstehen sie Intuition folgendermaßen:

- „A process of making sense of a situation which often leads to a decision. This process is non-conscious by-passing linear methods of reasoning and, by western cultural standards, is considered to be irrational.
- Essential features of this process are that it is speedy, effortless and can be validated.
- Intuitive involves the used of a sound, rational, relevant knowledge base in situations that, through experience, are so familiar the person has learned how to recognize and act on appropriate patterns." (Easen & Wilcockson 1996: 671).

Zusammenfassend bestehen partiell dichotome Überzeugungen zum Forschungsgegenstand, die zurzeit nicht aufgelöst werden können. Konsens scheint darin zu bestehen, dass mit Intuition gefühlsassoziierte Empfindungen einhergehen, Intuition auf einer rationalen, diskursiven Basis beruhen kann und im Ergebnis schnelle sowie spontane Erkenntnisse, Entscheidungen oder Handlungen hervorruft.

3.3 Intuition im Rahmen von Professionalisierungsbestrebungen

Die folgenden Ausführungen setzen sich mit Positionen zur Intuition im Rahmen von Professionalisierungsbestrebungen und -diskussionen in der Pflege auseinander. Diese Diskussion ist zugleich ein Beleg für die Auseinandersetzungen um Rationalität und Wissenschaftlichkeit auf der einen und Irrationalität und Unwissenschaftlichkeit auf der anderen Seite.

3.3.1 Professionelles Pflegehandeln oder Intuition?

Paterson und Zderad (1999: 35) konstatieren, dass Pflegende Intuition oder auch Bauchreaktionen als geringschätzig abwerten. Sie fordern deren Erforschung und Wertschät-

zung. Mehrere Forscher (King & Appleton 1996; Pyles & Stern in King & Appleton 1996; Schraeder & Fischer 1997) legen dar, dass Pflegende Missachtungen von Kollegen beim Verbalisieren ihrer Intuitionen erlebt haben.

Erklärungsansätze für die Distanzierung von Intuition könnten darin begründet liegen, dass das Phänomen oftmals auf unvollständigen und unklaren Informationen basiert, als subjektives Wissen in der Person präsentiert ist, nicht in kontrollierbarer Form vorliegt und im erlebten Moment wie auch später für andere schwer nachvollziehbar wirkt. Insbesondere die präkognitive und prädiktive Funktion von Intuition (Rew & Barrow in Kap. 3.2.1) wirkt auf Pflegende unwissenschaftlich. „This inability to define intuition has contributed to the feeling that it is unreliable, unscientific and somehow unworthy." (McCutcheon & Pincombe 2001: 342f). Auf Grund der mit Intuition einhergehenden emotionalen Prozesse und ihrer mangelnden Nachvollziehbarkeit wird sie gegenüber wissenschaftlicher Entscheidungsfindung als unprofessionell und irrational betrachtet (Easen & Wilcockson 1996: 668). Diese Positionen können dazu dienen, einen Auftrag an die Pflegewissenschaft zur Erfassung und Beschreibung des Intuitionsphänomens abzuleiten. Würde das Phänomen begrifflich erfasst, könnten Pflegende auf der Grundlage einer angemessenen Begrifflichkeit Ausdruckskompetenz und darauf aufbauend professionelle Identifikation erwerben, und Intuition könnte eine gesellschaftliche Anerkennung finden (auch Miller & Babcock 2000: 96; Paterson & Zderad 1999: 35).

Intuition wird in der Pflege von einigen Autoren als unprofessionell und nicht wissenschaftlich diskreditiert (Ahrens 2000: 92; Koch-Straube 2001: 90). Im Folgenden werden exemplarisch Textstellen zitiert, in denen Autoren Intuition synonym mit unsystematisch verwenden:

- „Therapeutischer Einsatz der eigenen Person impliziert außerdem, Urteilskraft und Intellekt einzusetzen und nicht intuitiv oder aufs Geratewohl zu verfahren." (Travelbee 1997: 109).
- „Diese [Umgangsweisen mit Beratungsfragen in der Pflege] werden unter anderem nach momentaner persönlicher Befindlichkeit, akutem Arbeitsaufwand oder eigener Betroffenheit durch das Beratungsthema mehr oder weniger oder gar nicht bearbeitet. Selbst wenn sie bearbeitet werden, geschieht dies vornehmlich aus Intuition, Lebens- und Berufserfahrung und nicht aus professioneller Beratungskompetenz." (Knelange & Schieron 2000: 10).
- „Dieses Vorgehen [Einführung der Patientenübergabe am Bett nach CBO-Methode] ermöglichte es uns Pflegenden, eine nachvollziehbare Position zu ergreifen und den Pfad der Intuition zu verlassen, der so lange Zeit pflegerische Veränderungsprozesse begleitet hat." (Stenzel, Birke, Thätner & Wittrock 2000: 944).

Einen Erklärungsansatz für das hier dargelegte ‚Alltagsverständnis' zum Intuitionsbegriff finden Rew und Barrow (in Benner et al. 2000: 21). Sie beschreiben den Einfluss einer überwiegend rationalen Sichtweise auf eine sich in der Entwicklung befindlichen

Disziplin wie die Pflege und kommen zu dem Ergebnis, „daß der Intuition in der Forschungsliteratur bisher kaum ernsthafte Aufmerksamkeit entgegen gebracht wurde, daß sie im Gegenteil gewöhnlich als unangemessen für eine wissenschaftliche Disziplin abqualifiziert wird." (Rew & Barrow in Benner et al. 2000: 21).

Für Benner et al. (2000: 24) enthält die Literatur zahlreiche Aufforderungen an Pflegepraktiker, ihre Intuitionen durch Nachdenken zu ersetzen und mit wissenschaftlichen Belegen zu untermauern. Dadurch erfährt praktisches, engagiertes Denken keine Aufmerksamkeit in der professionellen Diskussion. Intuition mit der Stigmatisierung des Irrationalen findet demnach keine Beachtung bei denen, die sich auf den Weg der Wissenschaft begeben. In einem Klima, in dem forschungsbasierte Beweise eine Profession dominieren sollen, wird Intuition von Forschern missachtet, weil sie schwer zu quantifizieren und wissenschaftlich zu untersuchen ist. Wird Intuition qualitativ untersucht, betrachten die Kritiker die Ergebnisse als unzuverlässige anekdotische Beweise (Truman 2003: 42).

Die Verwissenschaftlichung von Pflege führt zur Veränderung von Wissensformen innerhalb der Disziplin, in deren Folge nicht nur die Überwindung nicht professionellen Wissens steht, sondern Pflege den Kern ihres Gegenstandes zu verlieren droht (Friesacher 2001: 164ff). Verwissenschaftlichung führt auch in der Pflege zur einseitigen Betonung wissenschaftlichen Wissens und damit zur ungerechtfertigten Abwertung von Intuition. Intuition ist als Kompetenz unabdingbar, u.a. um situationsspezifisch unter Zeitdruck oder mit wenigen Informationen von dem Patienten angemessen reagieren zu können. Damit fordert Friesacher (2001), sich von einer tradierten Sichtweise von Professionalität zu lösen und den Kern der Pflege neu zu fokussieren.

Erfahrungsbasiertes, intuitives subjektives Handeln stellt aus Sicht der Autorin der vorliegenden Arbeit kein Zeichen von Professionalisierungsmangel dar, sondern setzt hohe Anforderungen an die persönliche Arbeitsautonomie, an das Wahrnehmungsvermögen und die sozialen Fähigkeiten voraus (auch Böhle & Brater 1999: 18).

3.3.2 Methoden und Möglichkeiten der Ergänzung oder Korrektur von Intuition

Als die Professionalisierung befördernde Methoden gelten Evidence-based Nursing, Methoden ethischer Entscheidungsfindung oder auch Pflegediagnosen, die aus der Perspektive einiger Autoren einer intuitiven Vorgehensweise diametral gegenüberstehen. Die unter 3.3.1 skizzierten und teilweise konträren Positionen spiegeln sich methodenbezogen wider und belegen den Diskussionsstand innerhalb der pflegerischen Disziplin.

Evidence-based Nursing

Wissenschaftliche Erkenntnisse nehmen expotenziell zu und stehen den Praktikern zur Verfügung (Estabrooks 1999: 273). Pflege in den USA kann auf eine langjährige Erfahrung mit Evidence-based Nursing (EbN), die ihren Ursprung in Evidence-based Medicine (Kap. 2.3.2) hat, zurückblicken. Mit dem Wissen um das Vorhandensein weiterer Wissensgrundlagen über EbN hinaus, führte Estabrooks (1999) eine Befragung mit 600 Pflegenden mit Master- und Bachelorabschlüssen durch. Auf die Frage, auf Grund welcher Erkenntnisse Pflegende in der Praxis Entscheidungen treffen, gaben die Befragten mit Erfahrungswissen, Ausbildungswissen, Patienteninformationen und an achter von 16 Stellen Intuition an. Das Ranking beendeten Fachzeitschriften und Fachbücher; auch weitere Fragen explizieren eine Zweitrangigkeit der Fachzeitschriften. Demnach stellen klinische Erfahrungen und klinisches Urteilsvermögen bedeutsame Beweisinstanzen für Praktiker dar (Estabrooks 1999: 273-294). Estabrooks Ergebnisse zeigen möglicherweise Werthaltungen der Befragten gegenüber diversen Entscheidungsgrundlagen auf, d.h. Erfahrungswissen gilt gegenüber dem Wissen aus Fachbüchern als höherwertig für Praxisentscheidungen.

Lamond und Thompson (2000: 411-414) stellen fest, dass klinische Entscheidungen selten auf EbN und häufiger auf angemessener Intuition beruhen. Intuitive Urteile haben so lange ihre Berechtigung, wie sie hinreichende Ergebnisse für den Pflegebedürftigen präsentieren. Wurde aber beispielsweise intuitiv fehldiagnostiziert oder -interveniert, können die zu Grunde liegenden Erkenntnis- und Entscheidungsprozesse nicht, wie es bei EbN der Fall ist, nachweislich sichtbar dargestellt werden und damit nicht als Beweise gelten. Aus dieser Perspektive bildet EbN für die Autoren die bessere Entscheidungshilfe bei klinischen Problemen.

Die EbN-Debatte hat sich in Gegner und Befürworter polarisiert (Closs & Cheater 1999: 762ff). Gegnerische Stimmen zielen auf die Angst vor einer Kochbuch-Betreuung der Pflegebedürftigen und auf die Abwertung sowohl der Erfahrungen als auch der Fähigkeiten von Praktikern ab. Trotz der Anwendung von EbN wissen Praktiker nicht sicher, welches die beste Entscheidung für den individuellen Pflegebedürftigen darstellt. Für Closs und Cheater treffen Pflegende am häufigsten in der Interaktion oder auf der Basis einer Beziehung mit dem Betroffenen Entscheidungen. Solche Entscheidungen beruhen auch auf Intuition, die gleichsam, wie auch Forschungsergebnisse und EbN, Grenzen unterliegen. Jedoch können intuitive, erfahrungsbegründete Entscheidungen nicht durch EbN ersetzt werden (Closs & Cheater 1999: 762ff).

King und Appleton (1996: 201) fordern die Anerkennung von Intuition als wirksames Element der Gestaltung von Pflegepraxis insbesondere in einer Zeit, in der EbN und der Zuwachs an Forschungswissen zunehmend an Bedeutung gewinnt. „It must be recognized that intuition occurs in response to knowledge, is a trigger for nursing action and/or reflection and thus has a direct bearing on analytical processes in client care. If intuition

continues to be ignored it will be at the peril of the nursing profession.“ (King & Appleton 1996: 201).

Methoden ethischer Entscheidungsfindung

Eine Zunahme der Häufigkeit ethischer Probleme innerhalb des pflegerischen Handlungsfeldes konstatiert Gordijn (2000: 114-117). Für die meisten alltäglichen Problemsituationen stehen Pflegenden ethische Intuitionen zur Verfügung, d.h. spontane unmissverständliche Urteile über ‚gut‘ und ‚schlecht‘, die ohne Begründung entstehen. Ebenso existieren ethisch problematische Situationen, in denen keine hinreichend klaren Intuitionen vorhanden sind oder sich die Intuitionen im Team widersprechen. Für die Lösung einer ethisch problematischen Situation empfiehlt Gordijn die ‚Nimweger Methode der multidisziplinären ethischen Fallbesprechung‘, deren Ausgangspunkt eindeutige oder widersprüchliche Intuitionen bilden können und die dann im Verlauf auf rationale und systematische Weise gewonnene Argumente hinaus arbeitet.

Um ethisch-moralische Urteile z.B. gegenüber pflegerischen Kollegen zu rechtfertigen, stehen den Pflegenden neben dem Naturalismus und dem metaphysischem Kognitivismus auch Intuition zur Verfügung (Berg, Borker & Schnell 2000: 746-749). Letztere stellt eine Rechtfertigungsoption dar, die zugleich bedeutet, „... dass ein Urteil ohne wissenschaftliche Erkenntnis mittels Eingebung getroffen wird. ... Ob diese Entscheidung richtig ist, muss also dahingestellt werden.“ (Berg, Borker & Schnell 2000: 747) (Kap. 3.2.2). Die Autoren empfehlen die Anwendung von Tschudins Vierphasenmodell zur ethischen Entscheidungsfindung, weil es moralische Dilemmata systematisch lösen kann und einem Austausch von Argumenten den Weg bahnt (Berg, Borker & Schnell 2000: 746-749).

Für die ethische Entscheidungsfindung in der Pflege unterscheidet Kesselring (2000: 20-23) zwei Möglichkeiten. Zum einen ist dies die rational-analytische Option mit logischen Gedankengängen, die für andere nachvollziehbar sind, zum anderen die intuitiv-ganzheitliche Entscheidungsfindung, bei der explizite Rationalität und Logik fehlen. Ethische Entscheidungen werden besonders in alltäglichen Normalsituationen auf intuitiv-ganzheitlichem Weg getroffen. Bei der näheren Erläuterung des Intuitiven stützt Kesselring sich auf Benners Intuitionsbegriff als Expertenkompetenz. Im Kontext ethischer Entscheidungsfindung liegt die Bedeutung von Intuition darin, ethische Problemsituationen zu vermeiden. Bei neuen, unklaren sowie unbekannten ethischen Problemkonstellationen müssen diese systematisch analysiert werden, wozu die rational-analytische Entscheidungsfindung dient (Kesselring 2000: 21, 23).

Für Benner et al. (2000: 341f) besteht die höchste Form ethischen Verhaltens darin, engagiert zu sein und die eigenen Intuitionen zu verfeinern. Ethisches Verhalten bedeutet praktisch zu denken und Reziprozität und Universalität zu gewährleisten. Gerät der in-

tuitiv handelnde Experte in ein ethisches Dilemma, so distanziert er sich laut Benner et al. von seiner engagierten Intuition und greift auf Reflektion zurück. In alltäglichen ethischen Entscheidungssituationen ist ein intuitiv-kontextuelles Reagieren einem Handeln nach abstrakten moralischen Regeln überlegen.

Einen empirischen Beleg für das Vorhandensein intuitiv-ethischer Entscheidungsfindung liefert Beine (in von Kampen & Sanders 2000: 62). Er setzte sich mit Patiententötungen – meist durch Pflegende verübt – auseinander und suchte nach den Tätermotiven. Er kommt zu dem Ergebnis, dass zahlreiche Täter intuitiv handelten und von ihrem moralischen Standpunkt aus gesehen der Überzeugung waren, richtig gehandelt zu haben. Beine zeigt damit unzweifelhaft fehlleitende Intuition auf.

Pflegediagnosen

Die Entwicklung und Einführung von Pflegediagnosen wird von Diagnose-Befürwortern als Grundlage pflegerischer Professionalisierungsbestrebungen bezeichnet (Schrems 2003: 29). Die Autorin zeichnet die Diskussion von Pro und Kontra um Pflegediagnosen nach. Sie legt dar, dass eine grundlegende Annahme von Pflegediagnosen darauf beruht, pflegerisches Urteilen als linear und systematisch zu betrachten. Diagnosesysteme berücksichtigen Linearität und Ordnung im Sinne von Ursache-Wirkungsgeflechten, die andere Wirkmechanismen und Wissensformen wie Intuition unbeachtet lassen. In der Folge fließen in den ergebnisorientierten Diagnoseprozess nur eindeutig interpretierbare Aspekte. Unklare Situationen oder Verläufe gehen verloren, weil diese Systeme eine prozesshafte Ausrichtung vermissen lassen. Eine weitere Prämisse von Pflegediagnosen beruht in dem Postulat der Wertfreiheit, d.h. der Trennung von Emotionen und Fakten. Wertfreiheit ist in dem Sinne nicht möglich, da subjektive Werte und Gefühle alle Entscheidungen beeinflussen (vgl. dazu auch Kap. 2.4.2 und Kap. 2.4.3).

Bei der Anwendung von Pflegediagnosen können Anteile pflegerischer Arbeit wie Beziehungs-, Gefühlsarbeit und Intuition abgewertet werden oder unbeachtet bleiben (Friesacher 2000: 33). Starre Modelle wie die der Pflegediagnosen orientieren sich an einem Verständnis von Pflege und Wissenschaft, das enge Grenzen für individuelle kreative Prozesse impliziert. Pflegediagnosen intendieren beispielsweise Wertneutralität, die möglicherweise unbeabsichtigt Einfluss auf die Beziehung zwischen Menschen ausübt. Zugleich können Phänomene oder deren Teilaspekte einem Diagnosebegriff zugeschrieben werden, in deren Folge sich ihre Bedeutung erhöht, während andere Phänomene ausgeblendet werden (Friesacher 2000: 32-36).

Laut Benner (1994: 56, 175; Benner et al. 2000: 411) vollzieht sich zwischen der dritten Kompetenzstufe und den nachfolgenden beiden Stufen ein entscheidender qualitativer Sprung. Das pflegerische Handeln orientiert sich nun nicht mehr an formalen Modellen, Regeln oder Prozessmethoden, weil diese die Komplexitätswahrnehmung nicht angemes-

sen abbilden können und zu deren Reduktion keinen hilfreichen Beitrag leisten. Stützen sich Erfahrene oder Experten auf formale Modelle oder Regeln, verliert ihre Arbeit an Qualität. Insbesondere Richtlinien sind nicht geeignet, um die Wahrnehmung der Experten zu fördern. Sie lassen sowohl Kontext, Handlungsintentionen, Situationsinterpretationen und die Beziehung der Situationselemente als auch Mitgefühl, Engagement oder auch Nachvollziehen dessen, was Krankheit für das Subjekt bedeutet, unberücksichtigt. Gleichfalls können Richtlinien das klinische und ethische Urteil im Einzelfall niemals ersetzen, weil im Verlauf von Zeit weitere beeinflussende Faktoren gewonnen werden, die eine umsichtige und mitfühlende Entscheidung bewirken (Benner 1994: 55ff; Benner et al. 2000: 25). Lediglich auf rationalen Kriterien basierendes Denken ermöglicht keine Erfassung einer sich entwickelnden klinischen Situation. Benners Aussagen zur begrenzten Reichweite von Richtlinien können in Form einer gedanklichen Folie gleichfalls für alle Methoden gelten, die, wie EbN oder Pflegediagnosen, das Handeln und Denken von Pflegenden systematisieren wollen und damit scheinbar situationsunabhängig kontrollierbar machen.

Zusammengefasst stehen Intuition und wissenschaftsbasiertes Wissen in einem Spannungsverhältnis zueinander. Intuition wird von einigen Autoren auf Grund ihrer Grenzen der rationalen Entscheidungsfindung und -begründung gegenüber gestellt und erhält mehrfach die Zuweisung eines ersten Schrittes, dem weitere, rationale Denkprozesse folgen sollen. Jedoch ist es unwahrscheinlich und nicht erstrebenswert, die Existenz von Intuition und deren unbewusste, gefühlsassoziierte Beteiligung bei pflegerischer Entscheidungsfindung z.B. durch EbN grundsätzlich zu ersetzen. Pflegende müssen auf Grund eines hermeneutischen Fallverstehens im beruflichen Alltag Entscheidungen situationsangemessen und einzelfallbezogen treffen. Dabei kann nicht jede Situation auf Grundlage formalisierten, wissenschaftlichen Wissens gestaltet werden (Kap. 1.1.1 und Kap. 1.1.2). Ähnlich dem Diskurs innerhalb der Humanmedizin (Kap. 2.3.2) muss sowohl für ein evidenz-basiertes als auch für ein intuitives Vorgehen in den jeweiligen alltäglichen Entscheidungssituationen der Beleg erbracht werden, dass das eine oder das andere einen Vorteil oder nachhaltigen Nutzen für den Pflegebedürftigen mit sich bringt.

3.4 Zusammenfassung

In der Pflege wird Intuition überwiegend als unbewusster, spontaner, schneller und situationsgebundener Prozess verstanden. Intuitionen können auf bewussten Denkprozessen beruhen und durch solche, wie auch das Sammeln weiterer Informationen, auf ihre Angemessenheit hin reflektiert werden. Wesentliche Bedingungsfaktoren für angemessene Intuitionen stellen klinisches Erfahrungswissen, das Kennen des Pflegebedürftigen sowie die Ausgestaltung einer Beziehung zwischen Pflegebedürftigem und Pflegendem dar.

Intuition führt zu neuer Erkenntnis und Einsicht, zur klinischen Urteilsfindung und Entscheidung sowie Verhaltensreaktionen und kann dem Situationsverstehen und der Problemerkennung und -lösung dienen. In diesem Kontext wird Intuition als Kompetenz von Experten in der Praxis oder Wissenschaftlern verstanden, die sich besonders in komplexen Situationen mit wenigen oder widersprüchlichen Situationsmerkmalen zeigen. Auf fehlleitende Intuitionen wird lediglich vereinzelt in den Forschungsberichten (z.B. Beine in Kap. 3.3.2) eingegangen.

Als Fähigkeit basiert Intuition auf Muster- und Ähnlichkeitserkennung von Situationen, Wahrnehmung von Ganzheiten, der Neugestaltung von Wahrnehmungen, dem Erkennen von Wesentlichem und der Wahrnehmung von Veränderungen in Patientensituationen. Mittels Intuition werden die wahrgenommenen Informationen neu geordnet, sodass das Wesentliche der Situation erkannt wird. Eine weitere Fähigkeit von Intuition liegt in ihrer Zukunftgerichtetheit, d.h. in dem Erkennen von Unerwartetem. Intuition ist Kennzeichen situationsbezogenen, künstlerischen Pflegehandelns. Intuitive Fähigkeiten können entwickelt und gefördert werden.

Charakteristische Eigenschaften von Intuition bestehen darin, dass auf ihr beruhende Handlungen sprachlich schwer vermittel- und begründbar sind und sie im Erleben der Pflegekräfte eine leibperzeptive, gefühlsassoziierte Komponente erhält.

Ebenso wie in den Bezugswissenschaften (Kap. 2.7) werden auch innerhalb der pflegewissenschaftlichen Literatur der Intuitionsbegriff und das Intuitionsphänomen als Familienbegriff dargestellt und können nicht eindeutig voneinander abgegrenzt werden. Eine eindeutige konzeptionelle und semantische Klarheit zum Intuitionsbegriff gibt es derzeit in der Pflegewissenschaft nicht. Dies zeigt sich beispielsweise in der konträr betrachteten Rolle von Intuition als expertenhafte Schlüsselkompetenz einerseits und andererseits als unwissenschaftliches Phänomen oder an der Frage, wie rational die Basis von Intuition ist (auch Friesacher 2008: 224).

In der pflegewissenschaftlichen Diskussion wird Intuition als nicht diskursives Denken in Bezug auf rationales, methodisches und analytisches Denken diskutiert, in deren logischer Konsequenz eine Kontroverse zwischen intuitivem Wissen einerseits und wissenschaftlichem Wissen sowie der Professionalisierung andererseits besteht (Kap. 1.1.1). Diese Diskussion um die Inhalte und Begriffe wie Intuition erscheint bedeutungsvoll und typisch für eine junge Handlungswissenschaft, die sich im Kanon anderer Professionen legitimieren muss. Mit Blick auf ein professionelles Pflegehandeln ist zu hoffen, dass Intuition zukünftig seinen Platz im Rahmen einer praktisch erworbenen hermeneutischen Fähigkeit findet (dazu Weidner 1995: 47, 125ff) und in einem komplementären Verhältnis zum diskursiven Denken steht. Auch wenn Intuition derzeit nicht in Lehrbüchern kommuniziert wird, so ist es doch fester Bestandteil pflegerischen Handelns und Könnens (auch Friesacher 2008: 229).

Untersuchungen zur Intuition fanden überwiegend im Arbeitsbereich der Intensivpflege und damit im Handlungsfeld Krankenhaus statt. Die Gründe können darin liegen, dass in diesem Arbeitsbereich häufig auf der Basis mangelnder, unvollständiger oder unklarer Informationen und in häufig auftretenden kritischen Pflegesituationen sowie unter Zeitdruck intuitive Entscheidungen getroffen werden und damit die Fähigkeiten wie Muster- und Ähnlichkeitserkennung, die mit Intuition einhergehen, gefordert werden. In den Studiendesigns von Büssing, Herbig und Ewert (2000) und Benner (1994) sowie Benner et al. (2000) wird von der Annahme ausgegangen, dass sich intuitives pflegerisches Handeln besonders in kritischen Situationen, wie im Kontext eines nahen Todes oder einer lebensbedrohlichen Verschlechterung, offenbart. Offen bleibt, ob intuitives Handeln tatsächlich auf die genannten Situationen beschränkt ist und ob Pflegende sich retrospektiv primär an solche ‚Ausnahmesituationen' erinnern. Es besteht ein Mangel an Forschungen zum Gegenstand außerhalb von Intensivstationen, um Intuition in der Pflegepraxis zu erfassen und zu legitimieren (auch King & Appleton 1996: 200).

Darüber hinaus ist das Untersuchungsfeld in der Regel das Krankenhaus, in dem pflegerisches Handeln im Vergleich zur ambulanten Versorgung deutlich anderen situativen Kontexten sowohl für die Patienten als auch für die Pflegekräfte steht (Kap. 1.2.4). Es ist daher von zentralem Interesse, die intuitiven Handlungen in diesen Konstellationen genauer zu betrachten.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass bisherige Forschungen auf die Frage, in welchen Kontexten intuitives Handeln entsteht, welche Merkmale dieses Handeln aufweist und welchen Themenbereichen sich intuitives Handeln in der ambulanten Pflege zuwendet, noch keine ausreichende Antwort geben.

3.5 Konklusionen für das Forschungsdesign

Sowohl aus den Forschungsergebnissen als auch aus den gedanklichen Auseinandersetzungen resultieren Hinweise für das Erfassen von Entstehungskontexten, Bestandteilen und Merkmalen intuitiven Handelns von beruflich Pflegenden in der ambulanten Pflege.

Intuition wird primär als Expertenkompetenz verstanden, die jedoch nicht als personenbezogenes Merkmal, sondern als situative Kompetenz angesehen wird. Unter den Prämissen, dass Intuitionen dem Menschen als Potenzial immanent und in der ambulanten Pflege sich situationsabhängig zeigen kann, muss ein Forschungsdesign gewählt werden, das Intuition von Pflegenden in der ambulanten Pflege in verschiedenen Situationen erfasst (Kap. 5.3).

Die Eigenschaft von Intuition als Unbewusstes erfordert ein Design, in dem der Handelnde – im Gegensatz zu einer Forschergruppe – seine erlebten Intuitionen und deren Merkmale sowie Bedingungsfaktoren retrospektiv beschreibt. Innerhalb der Gren-

zen, die es zur Untersuchung von Intuition gibt, kann nur eine Erscheinungsform von Intuition untersucht werden. Die vorliegende Arbeit begrenzt sich auf die intuitiven Aspekte im pflegerischen Handeln in der ambulanten Pflege. Nicht der Prozess und die Entscheidungsfindung intuitiver Handlungen sollen nachgezeichnet werden, sondern die pflegerischen Handlungen sollen identifiziert werden, in denen sich Intuition zeigt. Im Mittelpunkt steht das tatsächliche alltagspraktische Handeln der Pflegenden, ihre Interaktionen mit den Pflegebedürftigen am Arbeitsort der Pflegenden und in der Lebenswelt der Pflegebedürftigen. Auf diese Weise soll eine zentrale intuitionsfördernde Bedingung – komplexe und mitunter widersprüchliche Situationen mit Pflegebedürftigen – bewusst in die Forschung eingeschlossen werden.

Auf Grund der wachsenden gesellschaftlichen Bedeutung des Versorgungssegmentes ambulanter Pflege und der Besonderheiten des Feldes (Kap. 1.2), aber auch durch die Argumentation von Pflegewissenschaftlern wie King und Appleton (1996) gestützt, fokussiert das Forschungsinteresse Intuition, die aus alltäglichen Situationen resultiert und sich in diesen präsentieren. Das Ziel besteht darin, Inhalte, Merkmale, Ausdrucksformen, Bedingungsfaktoren und potenzielle Wirkungen des Phänomens zu erforschen. Damit ist intendiert, nicht nur positiv erlebte und wirkende Intuition im Design zu berücksichtigen, sondern auch fehlgeleitete Intuition erstmalig für das Handlungsfeld der ambulanten Pflege im deutschsprachigen Raum zu beschreiben. Vor diesem Hintergrund ist sowohl die inhaltlich-qualitativ Ausgestaltung von Intuition bedeutsam als auch ein methodisches Vorgehen, das sowohl positive als auch fehlleitende Intuitionen erfasst. Aus diesem Grund erfolgt eine Videodokumentation des konkreten Pflegehandelns (Kap. 5.3.2).

Intuitionen stellen sich zunächst unbewusst ein. Durch Erinnerung, z.B. in Form von Befragung, werden sie als kognitive Prozesse bewusst rekonstruiert und somit verändert. Der damit einhergehende Verlust oder die retrospektive Verzerrung des Unbewussten kann im Rahmen von Befragungen nicht vollständig vermieden werden. Der Kompromiss kann darin bestehen, erlebnisnahe Situationserinnerungen durch Videowiedergabe (Kap. 5.3.2) zu unterstützen.

Für die Datenerhebung können die Schlüsselaspekte von Intuition, z.B. Wahrnehmungen, Muster- und Ähnlichkeitserkennung und Ganzheitserfassung erkenntnisleitend sein. Von Interesse sind zugleich das konkrete gefühlsbasierte Erleben von Intuition und der Umgang damit. Aus der Diskussion innerhalb der Professionalisierungsdebatte resultiert das Interesse der Forscherin an der Frage nach der individuellen Einstellung zu Intuition und den Erfahrungen im Umgang mit dem Phänomen.

Als intuitionsfördernd wird Zeitdruck der Pflegenden beschrieben, wie er häufig auf Intensivstationen, insbesondere bei Reanimationen, auftritt. In der ambulanten Pflege resultiert der Zeitdruck seltener aus lebensbedrohlichen Problemlagen der Patienten, sondern er besteht vielmehr in der Strukturierung der pflegerischen Arbeit durch das Leistungskomplexsystem (Kap. 1.2.2) und wird voraussichtlich andere Auswirkungen auf das Handeln der Pflegenden haben. Im Sinne eines lebensweltlichen Wissens der

Handelnden (Kap. 1.1.2) und der Lebensweltorientierung pflegerischen Handelns in der ambulanten Pflege (Kap. 1.2.5) ist davon auszugehen, dass Intuitionen in Gewohnheiten und Routinen eingebettet sind.

Die Tatsache, dass der Intuitionsbegriff als Teil einer Sprachgemeinschaft mit Synonymen verwendet wird, muss bei der Datenerhebung Berücksichtigung finden. Intuition ist schwer kommunizierbar und aus diesem Grund oftmals mit einer emotionalen Ausdrucksweise konnotiert. Der Intuitionsbegriff muss für die emotionalen Synonyme geöffnet werden, d.h. nicht nur die sprachliche Zuschreibung durch das Wort ‚Intuition' kennzeichnet eine pflegerische Handlung als intuitiv, sondern z.B. auch Zuschreibungen mit dem Vokabular ‚Bauchgefühl'.

4 Erkenntnisinteresse und Forschungsziel

In Kapitel 4 stehen die Ausführungen zum Erkenntnisinteresse (Kap. 4.1) und die Darlegung des Forschungsziels sowie die Beschreibung des Untersuchungsgegenstandes (Kap. 4.2) für die vorliegende Arbeit im Mittelpunkt.

4.1 Erkenntnisinteresse

Das Erkenntnisinteresse resultiert aus drei Aspekten:

- den Grenzen der Wissensbestände innerhalb des konzeptionellen Bezugsrahmens
- dem Auftrag von Pflegeforschung innerhalb von Pflege als Handlungswissenschaft
- dem persönlichen beruflichen Erleben der Forscherin.

Diese Aspekte beruhen überwiegend auf Inhalten vorangegangener Kapitel und werden nachstehend kurz aufgenommen, weil sie das Forschungsziel und die forschungsleitenden Fragen prägen.

Grenzen der Wissensbestände innerhalb des konzeptionellen Bezugsrahmens

Nach der Exploration des pflegerischen Wissens zum Intuitionsphänomen kann dieses im Handlungsfeld der ambulanten Pflege im deutschsprachigen Raum als nicht ausreichend erforscht gelten. Insbesondere geben bisherige Forschungen auf die Frage, in welchen Kontexten intuitives Handeln entsteht, welche Merkmale dieses Handeln aufweist und welchen Themenbereichen sich intuitives Handeln in der ambulanten Pflege zuwendet, noch keine Antwort. In der Regel wird mit den vorhandenen Forschungen innerhalb der Disziplin auf Situationen in der Intensivpflege fokussiert, wie das Vorausahnen einer Verschlechterung der Patientensituation und damit wird die Frage ausgespart, wie sich intuitives Handeln in anderen beruflichen Alltagssituationen modelliert. Darüber hinaus ist das Untersuchungsfeld in der Regel das Krankenhaus, in dem pflegerisches Handeln

im Vergleich zur ambulanten Versorgung deutlich anderen situativen Kontexten sowohl für die Pflegebedürftigen als auch für die Pflegenden unterliegt (Kap. 1.2).

Eine unkritische Übernahme des Kenntnisstandes im Rahmen des Disziplinwissens unterliegt weiteren Beschränkungen, die aus einer begrenzten Übertragbarkeit der angloamerikanischen Erkenntnisse in den hiesigen Wissensfundus resultiert. Der umfangreiche und historisch gewachsene Wissensfundus der US- amerikanischen Pflegewissenschaft enthält wegweisende Anregungen und Orientierungen für die bundesdeutsche Pflegewissenschaft (Robert Bosch Stiftung 1996: 1). Erinnert sei an die Erkenntnisse von Benner et al. und deren Wirkung innerhalb der Disziplin sowie die daraus hervorgegangene bislang nahezu ausschließlich in den USA geführte Diskussion. Jedoch bestehen unterschiedliche kulturelle und gesellschaftliche Wertvorstellungen sowie Ungleichheiten in der Professionstradition und Wissenschaftsorganisation (Robert Bosch Stiftung 1996: 1). Insbesondere die Unterschiede in den Berufsbildungsstrukturen und in den Tätigkeitsprofilen führen zu anderen Arbeitsinhalten, Verantwortungsbereichen und Professionalisierungsentwicklungen. Selbst ähnlich verstehbare Begrifflichkeiten sind durch divergierende Handlungsinhalte, berufspolitische Hintergründe und verschiedene Entwicklungsstadien nicht grundsätzlich vergleichbar (Schaeffer, Moers & Steppe 1997: 15; Wolters 1998: 69). Remmers (2000: 123-133) rekonstruiert die Besonderheiten der amerikanischen Wissenschaftskultur und deren Korrespondenz mit der Pflegewissenschaft. Er beschreibt eine pragmatische Wissenschaftstradition als Resultat vorurteilsfreier und freiheitlich ausgerichteter amerikanischer Historie und fortschrittsgläubiger, verwissenschaftlichter Lebenswelt sowie naturwissenschaftlich orientierter amerikanischer Sozialwissenschaften.

Schaeffer (1998: 13; 1999: 147f) systematisiert die forschungsbasierten Wissensbestände der Pflege nach ihrer Herkunft. Als Pflegeforschung ‚von auswärts' bezeichnet sie die Erkenntnisse aus anderen, insbesondere den angloamerikanischen Ländern. Deren Forschungsschwerpunkte resultieren u.a. aus den dortigen Akademisierungsprozessen und beziehen sich auf die „Transformation [von Anm. d. V.] intuitiv-erfahrungsorientiertem hin zu wissenschaftlich begründetem, systematischen Pflegehandeln" (Schaeffer 1998: 16; Schaeffer 1999: 148). Daraus folgen zwei Hinweise: einerseits gingen – Bezugspunkt ist 1998 – in den USA Professionalisierungsbestrebungen mit dem Trend der Distanzierung vom intuitiven hin zum rational, positivistisch ausgerichteten Handeln einher. Eine Parallele zur deutschen Entwicklung ist offensichtlich (Kap. 3.3). Andererseits kann die angloamerikanische Pflegeforschung in Bezug auf den Forschungsgegenstand als inhaltlicher Vorreiter gelten. Beispielsweise gelingt es Benner, sich von einer positivistisch orientierten Erkenntnislehre zu lösen und vernachlässigte hermeneutische Forschungstraditionen in den wissenschaftlichen Diskurs einzubringen (Remmers 2000: 157). Zum Umgang mit den US-amerikanischen Forschungsbeständen fordert Schaeffer (1999: 149) von der deutschen Pflegeforschung nicht nur die Bergung und den Transfer dieses Wissens unter Berücksichtigung der kontextuellen Gegebenheiten, sondern auch das Schließen von Forschungslücken. Sowohl dem Wissenstransfer als auch der Erforschung der offenen Stellen will die vorliegende Arbeit nachkommen.

Käppeli formuliert zur Standortbestimmung von Pflegewissenschaft und Pflegeforschung im deutschsprachigen Raum: „Wir haben (und dies ist ein wichtiger Aspekt unseres Standortes) unsere vor allem deutsch, österreichisch und schweizerisch geprägte Pflegepraxis und andere Identifikationsfiguren ...“ (Käppeli 1998: 33). Beispielsweise schuf die bundesdeutsche Regierung mit der Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes eine deutsche Lösung zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit, die in ihrem Kontext, ihrer Anlage und ihren Auswirkungen auf die ambulante Pflege im internationalen Vergleich einmalig ist (Kap. 1.2). Weitere sozialpolitisch bedeutsame Normierungen und Initiativen, wie zur Qualitätssicherung und -entwicklung, prägten und veränderten nachhaltig die ambulante Pflegepraxis. Auf diese Weise manifestiert sich, bereits historisch-kontextuell angelegt, ein inhaltlich anders ausgerichtetes Pflegehandeln. Durch diese spezifische Ausprägung der Pflegepraxis und die Tatsache, dass pflegerisches Handeln sich kulturspezifisch ausprägt, erhält die Pflegeforschung hierzulande einen eigenen Geltungs- und Aufgabenbereich (Bartholomeyczik 2000: 74). Damit soll nicht behauptet werden, dass beispielsweise die an Intuition beteiligten Prozesse ethnologischen Unterschieden unterliegen, sondern es wird vermutet, dass das Phänomen in der bundesdeutschen ambulanten Pflege in anderen Kontexten entsteht, andere Entscheidungen und Handlungen auslösen kann sowie anders erlebt wird und andere Bewertungen erfährt.

Aus den aufgeführten Gründen ist diversen Autoren (Hundenborn 1998: 17; Käppeli 1998: 33; Moers, Schaeffer & Steppe 1997: 291; Schröck 1998: 33) darin zuzustimmen, dass sich die deutsche Pflegewissenschaft nicht auf der Basis einer unreflektierten Rezeption der Erkenntnisse aus den USA konstituieren sollte.

Neben der begrenzten Reichweite des eigenen Disziplinwissens können auch die Erkenntnisse aus den Bezugsdisziplinen nicht linear und unreflektiert in den pflegerischen Wissenskanon übernommen werden, denn sie verfolgen unterschiedliche Absichten und Zielsetzungen und fokussieren von Pflege abweichende Gegenstandsbereiche (Kap. 2.1.4). Das Charakteristikum pflegerischen Handelns und deren Implikationen können lediglich in einem pflegewissenschaftlichen Rahmen angemessen erklärt werden (Robert Bosch Stiftung 1996: 8). Es ist unabdingbar, die Erkenntnisse aus angrenzenden Disziplinen zusammenzutragen und die übertragbaren Erkenntnisse in die Forschungstätigkeit zu integrieren und für Pflege fruchtbar zu machen. Jedoch liefern die Bezugsdisziplinen nicht den benötigten Erklärungszusammenhang, um das Intuitionsphänomen in der ambulanten Pflege, vornehmlich in der Interaktion zwischen Pflegebedürftigen und Pflegenden sowie in der Häuslichkeit des Betroffenen zu beschreiben. Demgegenüber kann Pflege nicht den Anspruch erheben, das Intuitionsphänomen vollständig selbst zu erklären (Bräutigam 2002: 129). Pflege, mit noch junger Forschungstradition und geringem Erkenntnisstand zum Intuitionsphänomen, ist somit auch auf das Wissen der Bezugsdisziplinen im Sinne einer Rezeption angewiesen.

Auftrag der Pflegeforschung innerhalb der Pflegewissenschaft als Handlungswissenschaft

Der Pflegeforschung obliegen unterschiedliche Aufgaben. Sie resultieren u.a. aus ihrer handlungswissenschaftlichen Orientierung, ihrem wissenschaftlichen Entwicklungsstand sowie den Problemlagen der ambulanten Pflege und werden nachstehend in ihrem Bezug zum Ziel dieser Arbeit aufgeführt.

Die Pflegewissenschaft in Deutschland genügt noch nicht den Ansprüchen einer etablierten Wissenschaftsdisziplin. Im Wesentlichen mangelt es an pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen, die die Handlungsfelder wissenschaftlich fundieren. Dafür Erkenntnisse bereitzustellen, ist Gegenstand und Auftrag der Pflegeforschung (Hundenborn 1998: 18). Auf die Beziehung und Bedeutung zwischen der Handlungswissenschaft Pflege und ihren Handlungsfeldern wurde in Kapitel 1 eingegangen. Ein Handlungsfeld mit gesellschaftlich zunehmender Bedeutung stellt das Versorgungssegment der ambulanten Pflege dar (Kap. 1.2). Die unter Kapitel 1.2.1 und Kapitel 1.2.2 aufgezeigten fundamentalen Transitionen, die der Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes folgten und die daraus resultierenden Problemlagen der ambulanten Pflege, wie von Schaeffer (1998: 2f) als Dequalifizierung des Pflegehandelns auf handwerkliche Funktionen beschrieben, sollen die Forschungsinhalte bestimmen. Schaeffer (1998: 2) analysiert, dass dieses Versorgungssegment von der pflegewissenschaftlichen Diskussion lange Zeit unberücksichtigt blieb. Daraus kann der Auftrag abgeleitet werden, dass Forschungsvorhaben im Bereich der ambulanten Pflege indiziert sind.

Unterschiedliche Autoren benennen verschiedene Systematisierungen der Pflegeforschung und deren Gegenstandsbereich. Schaeffer (1999: 147f) charakterisiert Forschungstätigkeit nach ihrer Herkunft, z.B. beschreibt ‚Forschung von innen' als die forschende Tätigkeit mit pflegerelevanten Themenstellungen in den Handlungsfeldern. Als entwicklungsbedürftig gelten das Forschen über das Phänomen Pflegen (Schaeffer 1998: 14) und die Inhalte von Pflege (Robert Bosch Stiftung 1996: 15).

Die Robert Bosch Stiftung (1996: 15) differenziert fünf Gegenstandsbereiche von Pflegeforschung, z.B. Pflegepraxis als zentraler Gegenstandsbereich, Pflege als Teil der Gesundheits- und Sozialpolitik und schließlich historische Pflegeforschung. Erstgenannter Bereich thematisiert den pflegerischen Handlungs- und Beziehungsprozess zwischen Pflegebedürftigen und Pflegenden. Das existente berufliche Erfahrungswissen erhält eine besondere Bedeutung. Dieses zu erfassen, zu systematisieren, zu evaluieren und damit zur Weiterentwicklung pflegerischen Wissens beizutragen, bildet ein Ziel der Pflegewissenschaft (Robert Bosch Stiftung, 1996: 1, 9).

Mit inhaltlicher Nähe zur Einteilung der Robert Bosch Stiftung übernimmt Bartholomeyczik (2000: 74) die Einteilung von Forschung in Makro-, Meso- und Mikroebene von der Zentralen Arbeitsgruppe Pflegeforschung im Deutschen Berufsverband für Pflegebe-

rufe. Die Mikroebene kann synonym mit klinischer, fallbezogener, handlungsorientierter, den Klientenkontakt betreffende Pflegeforschung verwendet werden. Dieser Aufgabenbereich von Forschung sollte gegenwärtig im Vordergrund stehen (Bartholomeyczik 2000: 83). Während die Mesoebene die Organisationsformen pflegerischer Arbeit, das Qualitätsmanagement und die Arbeitsbedingungen in der Pflege fokussiert, bilden beispielsweise Fragen der Berufspolitik oder der Epidemiologie von Pflegebedürftigkeit den Schwerpunkt der Makroebene (Bartholomeyczik 2000: 78-82).

Kim (in Bartholomeyczik 2000: 72f) schuf eine Einteilung zur Strukturierung pflegerischen Wissens und entwickelte dafür vier miteinander verwobene Domänen, wie die Klientin/Klient-Pflegende-Domäne und die Praxis-Domäne. Bei ersterer bildet die Interaktion zwischen den Akteuren und deren Art sowie Auswirkung den Gegenstand von Pflegeforschung. Die Forschung zum Typus Praxis-Domäne beinhaltet sowohl kognitive als auch verhaltensbezogene und soziale Aspekte professionellen Pflegehandelns und umfasst gleichfalls Prozesse des Wissenserwerbs, der Entscheidungsfähigkeit, der Umsetzung von Wissen in Handlung und die Entstehung pflegerischer Expertise.

Unabhängig von der konkreten sprachlichen Bezeichnung und den Systematisierungsebenen kann begründet konstatiert werden, dass eine elementare Aufgabe von Pflegeforschung darin besteht, das kontextuell geprägte und situativ gebundene, fallbezogene pflegerische Handeln und Wissen im Interaktionsprozess zu erforschen. Aus der vorangegangenen Literaturanalyse geht das Intuitionsphänomen als Erkenntnis-, Entscheidungs- und Handlungsprozess hervor, der in der Interaktion mit Pflegebedürftigen kontextgebunden existent ist. Insbesondere die inhaltliche Ausprägung, die Entstehung intuitiven Handelns und deren Merkmale im Versorgungssegment ambulanter Pflege müssen als nicht angemessen erforscht gelten[9].

Persönliches berufliches Erleben

Erfahrungen und Erkenntnisse, die die Autorin als Fachschwester für Anästhesie und Intensivpflege sammeln konnte, förderten die Idee, Intuition zu untersuchen. Intuition wurde selbst erlebt, von Kollegen beschrieben, verschiedentlich bewertet und oftmals als unzeitgemäß diskreditiert. Die persönlichen Erfahrungen der Forscherin müssen bewusst gemacht werden, dürfen den Blick nicht auf andere Erkenntnisse verstellen und fließen als sensibilisierende Konzepte in die Datenerhebung und -auswertung (Kap. 5.3.1) mit ein. Sie können auf der Basis der Erkenntnisse aus der Linguistik (Kap. 2.6) als wertvolle Forscherressource, die zum Verstehen innerhalb von Sprachgemeinschaften beiträgt, bewertet werden.

[9] Ähnliches stellt Elsbernd (2000: 14) fest, indem sie formuliert, dass Forschungsaktivitäten, die pflegepraktisches Handeln und die „Perspektiven, Erlebnis- und Erfahrungshorizonte von ... Pflegenden“ (Elsbernd 2000: 14) fokussieren, in ihrem Umfang und ihrer Erkenntnisdichte noch unzureichend ausgeprägt vorhanden sind.

Zusammengefasst modelliert sich aus den vorangegangenen Ausführungen ein der pflegerischen Disziplin verpflichtetes Vorhaben, das sich dem Praxisfeld ambulanter Pflege zuwendet und nachstehende Forschungsziele verfolgt.

4.2 Forschungsziel und Untersuchungsgegenstand

Folgende Ziele bilden den Mittelpunkt der Forschung:

1. **Erfassung von Entstehungskontexten, Bestandteilen und Merkmalen intuitiven Handelns von beruflich Pflegenden in der ambulanten Pflege**
2. **Explikation der Selbstwahrnehmung von Intuition durch beruflich Pflegende**

Mit diesen Zielen ist intendiert, Eigenschaften, Entstehungskontexte und das Auftreten von Intuition ebenso wie deren Erleben und Bewertungen durch Pflegende und damit die Kernprägnanz von Intuition in der Alltäglichkeit der ambulanten Pflege zu erforschen. Das Forschungsziel bezieht sich dabei auf die qualitative Rekonstruktion von erlebter Intuition und fokussiert die subjektiven Darlegungen von pflegerisch Handelnden. Damit soll eine pflegerische Handlungsoption aus einer Vielzahl innerhalb des komplexen pflegerischen Handlungsrepertoires, dem auch manuelles Pflegehandeln zuzurechnen ist, untersucht werden.

Das Forschungsvorhaben will dazu beitragen, sich mit dem Thema Intuition einem Ausschnitt pflegerischen Praxishandelns empirisch zu nähern. Es soll ein Beitrag dazu geleistet werden, intuitives Handeln einer wissenschaftlichen Reflektionsebene zugänglich zu machen und damit die professionelle Entwicklung zu unterstützen.

Orientiert an den Zielen stehen folgende Forschungsfragen im Zentrum der Untersuchung:

- Welchen Inhalt weist pflegerische Intuition im ambulanten Versorgungsbereich auf?
- In welchen Situationen und unter welchen Bedingungen entspringt Intuition? Welche Anlässe und Beweggründe benennen Pflegende für ihre Intuitionen? Mit welchen Gefühlen und Empfindungen wird Intuition assoziiert? Welche Ausdrucksformen und Funktionen zeigen sich für das Phänomen?
- Wie deuten und bewerten die Handelnden ihre Intuitionen in Bezug auf ihre professionelle Selbstwahrnehmung und zum Pflegebedürftigen?

Mit der Forschungstätigkeit soll das Wesen von Intuition in der ambulanten Pflege erschlossen werden. Diese Gesamtbetrachtung soll die Möglichkeit eröffnen, intuitives

Erfassen, Entscheiden und Handeln in pflegerischer Interaktion und in Beziehung zur ambulanten Versorgung aufzuzeigen und zu analysieren.

5 Grundlagen der empirischen Untersuchung: die Grounded Theory-Methodologie und das Vorgehen zur Datenerhebung und -auswertung

Die Grundlage der vorliegenden empirischen Untersuchung bildet die qualitative Sozialforschung. Die wissenschaftstheoretische Basis stellt der Symbolische Interaktionismus und die angewandte Methodologie die Grounded Theory dar. Die Methodik der Datenerhebung stellt eine Triangulation aus Beobachtung, Videodokumentation und Interview dar.

In den folgenden Abschnitten wird zunächst die qualitative Sozialforschung als Vorgehen zur Rekonstruktion von Wirklichkeit beschrieben. Daran anschließend werden der Symbolische Interaktionismus und die Grounded Theory-Methodologie mit drei Vorgehensschritten dargestellt. Dies bildet die Grundlage für die Darstellung des Forschungsprozesses unter Anwendung der Grounded Theory-Methodologie. Die Kapitel 5.3 und 5.4 legen als zentrale Kapitel das Vorgehen der Datenerhebung und Datenauswertung dar. Das Ziel besteht darin, das methodologische und methodische Vorgehen transparent vorzustellen.

5.1 Qualitative Sozialforschung

Zur Erfassung intuitiven Handelns in der ambulanten Pflege wurde ein Zugang mittels qualitativer Sozialforschung gewählt. Handlungsprozesse der Pflegenden sollen rekonstruiert, die sozialen Wirklichkeiten und Sinnstrukturen abgebildet werden (Lamnek 2005: 32).

Qualitative Sozialforschung ermöglicht, soziale Verhaltens- und Bewusstseinsphänomene aus einem sozialen Prozess heraus zu erklären. Soziales Verhalten besteht demnach nie historisch ungebunden, sondern bezieht sich auf einen zeitlichen und situativen Kontext

(LoBiondo-Wood & Haber 1996: 289ff). Eine primäre Voraussetzung zur Erreichung des Forschungsziels ist dann erfüllt, wenn der Methode das Verstehen der zu Untersuchenden und ihres Kontextes zu Grunde liegt. Dieses Verstehen folgt dem interpretativen Paradigma, welches nicht nur in einer direkten Interaktionssituation von Bedeutung ist, sondern auch grundsätzlicher Bestandteil der sozialen Wirklichkeit. Letztere wird durch Interpretation hergestellt. Akteure beschreiben ihr Handeln mit ihren Interpretationen der Wirklichkeit, in der sie agieren (Haller 2000: 16)[10]. In einem ersten Schritt ist das Verstehen und Durchdringen der Verhaltensweisen und Bewusstseinsphänomene der Akteure notwendig, beispielsweise durch Beobachtung und Interview. In einem zweiten Schritt muss die theoretische Deskription durch Reinterpretation in einer eigenen Theoriesprache erfolgen; d.h. Handlungswissen wird transzendiert im Sinne qualitativer Sozialforschung. Eine essenzielle Voraussetzung für diese interpretative Rekonstruktion und Analyse der Wirklichkeit besteht in der Annahme, dass Menschen – zumindest im gleichen Kulturkreis – sich gedanklich in die Position des jeweils anderen hinein versetzen können (Bartholomeyczik & Müller 1997: 113ff). Diese Annahme basiert auf den Grundannahmen des Symbolischen Interaktionismus.

Im Rahmen des Forschungsvorhabens wird der Symbolische Interaktionismus als wissenschaftstheoretische Basis im Sinne einer metatheoretischen Position der qualitativen Sozialforschung herangezogen (Lamnek 2005: 37). Er wird als Bezugssystem für die Forscherperspektive verstanden. Das bedeutet, das Intuitionsphänomen als Element menschlichen Verhaltens in der empirischen Welt mit einem der Wirklichkeit verbundenen Ansatz zu explorieren (Lamnek 2005: 41).

Der Symbolische Interaktionismus geht vom Menschenbild eines seine Umgebung gestaltenden Individuums aus. Es bezeichnet ein wechselseitig, aufeinander bezogenes Verhalten der Personen. Dabei verfügen Menschen in ähnlichen sozialen Bezügen über geteilte Symbole (z.B. Gebärden, Gesten), die ihnen u.a. den Bedeutungsgehalt des Gesagten, Gezeigten vermittelt und ihnen anzeigt, ob der gemeinte Sinn durch den Anderen verstanden wurde. Bedeutungen können als soziale Produkte verstanden werden, die durch Interaktion entstanden (Lamnek 2005: 37ff). Es wird davon ausgegangen, dass pflegerisches Handeln und damit auch intuitives Handeln symbolisch strukturiert ist und immer wieder interaktiv hergestellt wird.

[10] Intuition offenbart sich nicht von selbst für den externen Betrachter, auch nicht in den Handlungen der Pflegenden, sondern kann lediglich in der Rekonstruktion der Wahrnehmung und Entscheidungsfindung oder Handlungsinterpretation durch den pflegerischen Akteur eine entsprechende Zuschreibung erfahren.

5.2 Die Grounded Theory-Methodologie

Gegenüber quantitativer Forschung haftet qualitativer Forschung das Stigma an, dass sie mit ihrem offenen Vorgehen nur das belegen kann, was beispielsweise dem Alltagsverständnis oder den persönlichen Überzeugungen der forschenden Person entspricht. Um diesem Stigma adäquat begegnen zu können, ist qualitative Forschung auf ausgewählte Methodologien und Techniken der Theoriekonstruktion angewiesen (Kelle 1994). Eine dieser Methoden stellt die Entdeckung empirisch begründeter Theorien (Grounded Theory) nach B. Glaser und A. Strauss dar.

Zur Erforschung von Intuition als Bestandteil pflegerischen Handelns in der ambulanten Pflege kann davon ausgegangen werden, dass ein Vorgehen nach den Prinzipien der Grounded Theory-Methodologie maßgeblich zum Erkenntnisgewinn führen kann. Methodologisch bietet die Grounded Theory den Vorteil eines ausformulierten, systematisierten Vorgehens für alle Stadien im Forschungsprozess; von der Analyse bis zur Theoriebildung. Des Weiteren erweist sich die Anwendung der Grounded Theory als folgerichtig, weil intuitivem Handeln ein situativer Entstehungskontext vorausgegangen ist. Der ausgewählte Forschungsansatz ist geeignet, die soziale Wirklichkeit der Handelnden empirisch zu rekonstruieren. Die Vorteile des Verfahrens liegen insbesondere in der Einbeziehung des Kontextwissens, was bei explorativen Fragestellungen besonders geeignet ist (Mayring 1996: 85).

Aus folgenden Gründen wird die Grounded Theory-Methodologie als geeignet für die Exploration des Intuitionsphänomens betrachtet:

- Die Forschungsarbeit hat eine Rekonstruktion sozialer Wirklichkeit zum Ziel, die das Handeln und Erleben der Pflegenden fokussiert (auch Tacke 2006: 41).
- Der Forschungsgegenstand wird in menschlicher Interaktion erkennbar.
- Das Intuitionsphänomen von Pflegenden in der ambulanten Pflege kann als weitgehend unerforschtes berufliches Handeln gelten.
- Die Erkenntnisse sollen die Phänomene der Realität abbilden und verstehbar machen (Strauss & Corbin 1996).

Darüber hinaus enthält die Grounded Theory-Methodologie die Möglichkeit, formale Theorien zu bilden. Die Theoriegenerierung ist als triadischer und zirkulärer Prozess zu verstehen (Hildenbrand 2007: 33), der die Verknüpfung empirischer und theoretischer Realität zum Inhalt hat (Haller 2000: 12). Theoretische Konzepte werden aus den Daten heraus entwickelt und müssen sich zugleich in den Daten bewähren (Hildenbrand 2007: 33). Die Theorien sollen sich durch einen umfangreichen empirischen Gehalt und eine hohe innere Konsistenz auszeichnen. Damit können sowohl verallgemeinernde Aussagen über die Beziehungen zwischen den Phänomenen als auch Vorhersagen zu zukünftigen Geschehnissen getroffen werden (Kelle 1994: 292). Gegenstandsbezogene Theorien kön-

nen als Wissen zweiten Grades der Sozialforschung angesehen werden (Soeffner 2007: 167f).

Um das methodische Vorgehen zu verdeutlichen, werden im Folgenden die Grundzüge der Grounded Theory dargestellt. Die Grounded Theory hat ihren Ursprung im Symbolischen Interaktionismus (Strauss & Corbin 1996: 11; Haller 2000: 16) und wurde in den 1960iger-Jahren von Glaser und Strauss entwickelt. „Eine Grounded Theory ist eine gegenstandsverankerte Theorie, die induktiv aus der Untersuchung des Phänomens abgeleitet wird, welches sie abbildet." (Strauss 1998: 7). Ziel ist es, anhand der Empirie eine Theorie mit Schlüsselkategorien aus den Daten zu emergieren, die Verhaltensmuster erklärt, die zugleich für die Betroffenen relevant sind (Strauss 1998: 65).

Eine Grounded Theory wird durch systematisches Erheben und Analysieren von Daten, die sich auf das untersuchte Phänomen beziehen, entdeckt, ausgearbeitet und vorläufig bestätigt. Datensammlung, Analyse und Theoriegenerierung stehen in reziproker Beziehung zueinander (Strauss & Corbin 1996: 7f). Der direkte Bezug zur empirischen Wirklichkeit wird durch die gleichzeitige Sammlung und Analyse der Daten gewährleistet (Bartholomeyczik & Müller 1997: 115).

Die Grounded Theory-Methodologie impliziert die Verbindung von Datensammlung und Hypothesenbildung. Die Hypothesen werden mit zunehmender Datenfülle integriert und bilden die Grundlage für einen analytischen Bezugsrahmen. So wie Datensammlung und -analyse gleichzeitig verlaufen, geht mit der Datensammlung auch eine Kodierung der erhobenen Daten einher, d.h. die Informationen werden zu Oberbegriffen zusammengefasst, die schließlich in einer Kategorienbildung enden. Die Daten, die entstehenden Konzepte und Kategorien werden kontinuierlich vergleichend kontrastiert, miteinander verknüpft, zu theoretischen Sätzen verwoben und in den Daten getestet.

Eine wichtige Funktion im Forschungsgeschehen nehmen Memos ein, auf denen Prozesse der Konzeptualisierung, Kategorienbildung und -verknüpfung sowie Entscheidungen über Forschungsschritte nachvollziehbar protokolliert werden. Sie werden parallel zu allen Kodiervorgängen formuliert und begleiten den gesamten Forschungsprozess. Memos haben die Funktion, die Ergebnisse der Datenanalyse, aber auch Einstellungen, Meinungen, Ideen und Hypothesen sowie Entscheidungsprozesse der Forscher darzustellen. Die Formulierung von Memos lässt den Forscher übergreifende Zusammenhänge erkennen und fördert eine analytische Distanz zu den Daten (Böhm 2007: 477).

Dem Forschungsstil der Grounded Theory haben Glaser und Strauss gesellschaftstheoretische und methodologische Postulate zu Grunde gelegt. Dazu gehört, dass Forschende sich in das Untersuchungsfeld begeben, um zu verstehen, was dort geschieht. Dazu gehört ebenso, dass Handlungen in gegenseitiger Beziehung mit Bedingungen und Bedeutungen zu sehen sind und, dass Menschen eine aktive Rolle in der Gestaltung ihrer Lebenswelten einnehmen.

Ein Forschungsprozess nach der Grounded Theory-Methodologie ist durch eine komparative Analyse als wesentlichste Tätigkeit im Auswertungsprozess (Böhm 2007: 476) und als zentrale Methode gekennzeichnet (Lamnek 2005: 102). Sie ist durch Verfahren geprägt, die nachfolgend erläutert werden.

5.2.1 Datenerhebung

Bei der theoretischen Stichprobenbildung (theoretical sampling) sind Stichprobenauswahl und Datenauswertung integrative, dynamische Bestandteile des Forschungsprozesses. Innerhalb des theoretical sampling werden drei Schritte vollzogen: Daten erheben, Daten kodieren und die Formulierung von Memos. In dem Prozess des theoretical sampling ist „die kritische Prüfung des Falls bereits Teil seiner Konstruktion“ (Merkens 2007: 297).

Der Forschungsbeginn verläuft relativ offen; die Methode der Grounded Theory bietet wenig detailliert ausgestaltete Denkfiguren an, worin eine Stärke für die empirische Arbeit gesehen werden kann. Bei der Auswahl des Samples ist es wichtiger, nach der theoretischen Bedeutsamkeit zu suchen, als große Stichproben anzustreben (Bartholomeyczik & Müller 1997: 116 ff; Haller 2000: 13ff).

Eine Grundlage des theoretical sampling bilden die sensibilisierenden Konzepte für die Forschung. Diese Konzepte können aus der für das Untersuchungsphänomen relevanten Literatur und aus beruflicher Erfahrung entnommen werden (Kap. 5.3.1). Die erste Auswahl von Erhebungseinheiten kann beispielsweise auf Konzepten, die aus gezieltem analytischem Beobachten oder Fragenstellen resultieren oder auf vorläufigen Annahmen basieren, z.B. auf Grund beruflicher Erfahrungen (Kap. 5.3.1).

Im Vordergrund des theoretical sampling steht die Auswahl von Fällen, bei denen der Forscher davon ausgehen kann, dass sie Hypothesen aus bereits kodierten Daten bestätigen, verdichten oder falsifizieren (Strauss 1996: 148ff). Dadurch kann zu Forschungsbeginn die Grundgesamtheit nur geschätzt werden, während im Forschungsverlauf neue Fälle die Daten verifizieren und erweitern (Kap. 5.3.3). Das theoretical sampling wird maßgeblich von den identifizierten und kodierten Fundstellen im Material sowie den Memos beeinflusst. Dabei werden mittels Datenkodierungen Hypothesen am Material getestet, die mit Hilfe weiterer Daten ausgebaut oder verworfen werden.

Glaser und Strauss prägten den Begriff der theoretischen Sensibilität, welche sich auch auf die persönlichen Fähigkeiten des Forschers bezieht. Gemeint ist ein Bewusstsein für die Feinheiten in der Bedeutung von Daten oder die Fähigkeit, Wichtiges von Unwichtigem zu trennen. Sie plädieren für eine in hohem Maße selbst-reflexive Herangehensweise an die Forschungsarbeit (Strauss & Corbin 1996: 15).

5.2.2 Datenanalyse und Theoriebildung

Die Datenanalyse beginnt nach den ersten Erhebungen im Feld. Im Verlauf des Forschungsprozesses bilden die provisorischen Ergebnisse der Datenanalyse die Grundlagen für die Auswahl der nächsten Untersuchungssituation.

Glaser und Strauss entwickelten ein Verfahren, mit dem rohe Daten, z.B. in qualitativen Interviews gewonnene Texte, kodiert und als Kategoriensystem theoretisierend beschrieben werden können. Zwischen drei Kodierformen ist bei der Datenanalyse zu unterschieden:

1. Offenes Kodieren

   Strauss und Corbin (1996: 43) sprechen von offenem Kodieren als einem Prozess des Aufbrechens, Untersuchens, Vergleichens, Zerlegens, Konzeptualisierens und Kategorisierens von Daten. Daten werden zunächst in einzelne Beobachtungsinhalte, Texteinheiten oder Begriffe kodiert und spezifischen Begriffen (Konzepten) zugeordnet. Dabei können abstrakte Begriffe oder natürliche Kodes aus den Daten generiert werden (Strauss 1998: 64). Diese Konzepte präsentieren zunächst Einzelphänomene, die im Forschungsfeld vorkommen. Bestandteil des offenen Kodierens ist die Analyse der Konzepte auf ihre Eigenschaften hin, (z.B. Charakteristika, Häufigkeit, Ausmaß) und Dimensionen (z.B. die Anordnung von Charakteristika auf einem Kontinuum) (Strauss & Corbin 1996: 43f, 53; Strauss 1998: 52ff). Zugleich stellt der Forscher Fragen an die Daten, z.B. wofür das Phänomen steht. Mittels offenen Kodierens werden Kategorien als eine Klassifikation von Konzepten in den Daten entdeckt, analysiert und ein erstes Mal hypothetisch beschrieben (Strauss & Corbin 1996: 43f). Kategorien bilden im Forschungsverlauf die Grundlage theoretischer Konzepte.

2. Axiales Kodieren

   Der Begriff des axialen Kodierens bezeichnet ein Verfahren, mit dem die Zusammenhänge zwischen den nach dem offenen Kodieren entwickelten Kategorien untersucht werden (Haller 2000: 13ff.). Vorhandene Konzepte werden als Kategorien verfeinert und differenziert (Böhm 2007: 478). „Dies wird durch Einsatz eines Kodierparadigmas erreicht, das aus Bedingungen, Kontext, Handlungs- und interaktionalen Strategien und Konsequenzen besteht.“ (Strauss & Corbin 1996: 75). Die Daten werden fokussiert, d.h. die das Phänomen beschreibende Kategorie steht im Mittelpunkt, und die aus den Daten gebildeten Hypothesen können mit Hilfe des Kodierparadigmas analysiert werden. In Bezug auf die Kategorie wird im Textmaterial nach Belegen und weiteren Hypothesen gesucht. Im Rahmen des Kodierparadigmas werden die Daten nach folgendem Schema kodiert (Strauss & Corbin 1996: 75):

- Phänomene als das zentrale Geschehen, auf das die Handlungen gerichtet sind, um damit umzugehen
- Bedingungen: Im Mittelpunkt stehen ursächliche Bedingungen (Subkategorien, die für das Phänomen relevant sind) und intervenierende Bedingungen (Eigenschaften des Phänomens)
- Kontext als eine Reihe von Eigenschaften, die Teil des Phänomens sind
- Interaktionen zwischen den Akteuren, z.B. Wechselbeziehungen oder Strategien, um auf das Phänomen zu reagieren
- Konsequenzen: Dies sind Resultate, Folgen oder Nichtfolgen.

3. Theoretisches / selektives Kodieren

   Im letzten Schritt werden die einzelnen Kategorien und Subkategorien einer oder mehreren Schlüsselkategorien zugeordnet (Strauss 1998: 65ff). Schlüsselkategorien haben die Funktion, die Theorie zu generieren, zu verdichten und zu sättigen, d.h. die theoretischen Vorstellungen als Ergebnis des offenen und axialen Kodierens werden zu einer Theorie integriert. Der Forscher entwickelt einen roten Faden der die zentralen Ereignisse in einer Kernkategorie systematisch zusammenfasst. Die Subkategorien werden um die Schlüsselkategorie im Sinne des Kodierparadigmas geordnet (Strauss 1998: 95f; Strauss & Corbin 1996: 94).

Der Samplingprozess wird im Forschungsverlauf gezielter, abgrenzender durch die entstehenden, datengestützten Kategorien geleitet. Das konstante Vergleichen von Kategorien, induktives Denken sowie Arbeitsschritte zur Verifikation von theoretischen Aussagen geschehen in Hinblick auf die Verdichtung der entstehenden Theorie, die fortlaufend einen höheren Abstraktionsgrad erhält. Kodieren und Sampling sind selektiv auf Erkenntnislücken und Kernkategorien abgestimmt. Diese Phase der Analysen bezeichnen die Autoren der Grounded Theory als selektives Kodieren und abgrenzendes Sampling (Strauss & Corbin 1996: 94). Die Theorie ist dann gesättigt, wenn trotz hinreichender Kontrastierungen keine neuen Ergebnisse in den Daten kodiert werden können. Der Forschungsprozess ist beendet, wenn die gewonnene Theorie datengestützt begründet werden kann und Erklärungen zum Forschungsinteresse liefert (Haller 2000: 14).

5.3 Die Datenerhebung unter Anwendung der Grounded Theory-Methodologie

Im nachstehenden Abschnitt wird die Ausgestaltung der vorliegenden Forschungsarbeit in Anlehnung an die Grounded Theory-Methodologie dargestellt.

5.3.1 Theoretisches Wissen

Theoretisches Wissen stellt einen zentralen Datenfundus bei der Entwicklung einer Grounded Theory dar. Sowohl beim theoretical sampling als auch bei den einzelnen Forschungsschritten greift der Forscher auf Kontextwissen, Alltagswissen und theoretisches Wissen zurück (Strauss & Corbin 1996: 33f). Theoretisches Wissen bildet „den heuristischen Rahmen bzw. es kann im Sinne einer Interaktion mit den empirischen Daten genutzt werden, um eine breite Verifikation bzw. Falsifikation zu ermöglichen." (Hellige 2002: 80).

Die literaturbasierte Analyse des Untersuchungsgegenstandes dient der theoretischen Sensibilisierung der Forscherin für den Untersuchungsgegenstand und formt neben den beruflichen Erfahrungen der Forscherin im Handlungsfeld Pflege ihr Kontextwissen. Kontextwissen aus Literatur, beruflicher und persönlicher Erfahrung bilden die Quellen der theoretischen Sensibilität (Strauss & Corbin 1996: 25f) der Forscherin für den Untersuchungsgegenstand Intuition in der ambulanten Pflege.

Sowohl das methodische Vorgehen, das theoretical sampling als auch die Datenanalyse wurden durch das theoretische Vorverständnis der Forscherin geprägt. Dieses beruht einerseits auf mehr als zehnjähriger Berufserfahrung im Handlungsfeld Pflege. Aus diesem Kontext resultieren auch persönliche Erfahrungen im Erleben eigener Intuitionen in professionellen Arbeitszusammenhängen. Andererseits wurde das Vorverständnis durch mehrwöchige Beobachtungen beruflichen Handelns von Pflegenden mit Pflegebedürftigen in der ambulanten Pflege geprägt (Kap. 5.3.5). Dies ermöglichte nicht nur eine theoretische Sensibilisierung, sondern auch eine möglichst hohe Annäherung an die Sprache der Handelnden und ihrer Gemeinschaft (Kap. 2.6).

5.3.2 Methodisches Vorgehen: Triangulation aus Beobachtung, Videodokumentation und Interview

Intuition kann als nicht durch kausale Zusammenhänge erklärbares Handeln erforscht werden, wenn die subjektive Komponente der Handelnden und ihre Bewertung auch methodisch angemessen berücksichtigt werden. So müssen zur Erlangung tieferer Einsichten in das Phänomen Intuition in der ambulanten Pflege jene zu Wort kommen, deren Handeln Intuition enthält (Kap. 1.2 und Kap. 2.2.8). Intuitives Handeln entsteht unbewusst in der handelnden Pflegekraft und ist teilweise bewusstseinsfähig, sodass nur die Pflegekraft Hinweise für ihr Handeln und erlebte Intuitionen sowie deren Merkmale und Bedingungsfaktoren liefern kann. Vor diesem Hintergrund wurde im Kontext qualitativer Sozialforschung zur Generierung einer gegenstandsbezogenen Theorie ein Untersuchungsdesign umgesetzt, das zwei methodische Zugänge realisiert (Flick 2007: 309; Flick in Schaeffer & Müller-Mundt 2002: 398ff):

- Teilnehmende Beobachtung von Pflegenden in Interaktion mit Pflegebedürftigen mit Videodokumentation (visuelle Daten gelten dabei als eigene Erkenntnisquelle; Flick 2007: 312)
- Leitfadengestütztes Experteninterview durch die Forscherin mit den handelnden Pflegenden, u.a. mit Videoanalyse.

Auf diese Weise wurde eine methodische Triangulation umgesetzt. Sie gilt als geeignet, das Verständnis vom Untersuchungsgegenstand substanziell zu verbessern (LoBiondo-Wood & Haber 2005: 250f) und die Datenqualität zu verbessern (Flick in Schaeffer & Müller-Mundt 2002: 398ff). Sie stellt einen „Schritt auf dem Weg zu mehr Erkenntnis“ (Flick 2007: 311) dar und ist geeignet, die Validität der Forschung zu erhöhen (Flick 2007: 310).

Mit der methodischen Triangulation wird versucht, die Grenzen der Anwendung einzelner Methoden zu überschreiten (Flick 2007: 310f). Mit teilnehmender Beobachtung und leitfadengestütztem Interview können zum einen das konkrete Handeln im Feld und zum anderen die Zuschreibungen der Handelnden als intuitives Handeln sowie Beweggründe, Anlässe und Intentionen intuitiver Handlungen erfasst werden.

Die triangulierten Methoden der teilnehmenden Beobachtung mit Videodokumentation und des leitfadengestützten Interviews wurden in konkreten Pflegesituationen eingesetzt und bieten die Möglichkeit einer fallspezifischen Datenauswertung (Flick in Schaeffer & Müller-Mundt 2002: 398ff). Flick (2007: 316) bezeichnet die Triangulation von Methoden, angewandt auf den Fall, als die konsequenteste Variante für einen Erkenntnisgewinn. In der methodischen Umsetzung bedeutet das, die Handelnden zu beobachten, ihr Handeln per Video zu dokumentieren und mit dem pflegerischen Akteur möglichst zeitnah die Beobachtungen auf ihren möglichen Intuitionsgehalt hin zu analysieren. Eine zeitliche Nähe zwischen Beobachtung und Videoanalyse ist insofern von Bedeutung, als dass die Handlungen und das Verhalten in den Situationen nicht in der Erinnerung verblassen sollten (Kap. 2.2.8). Dieses Vorgehen dient prophylaktisch einer primären Retrospektive an so genannte Extremsituationen, wie sie in anderen pflegewissenschaftlichen Forschungsarbeiten (Kap. 3.1.1) offengelegt sind.

Im Interview sind die intuitiv Handelnden aufgefordert, über Anlass sowie Auslöser, Motive und Intentionen zu sprechen.

Mit der methodischen Triangulation geht zugleich eine Datentriangulation einher, d.h. visuelle und verbale Daten stehen, zu unterschiedlichen Zeitpunkten an unterschiedlichen Orten erhoben, als Abbild der Realität zur Analyse zur Verfügung (Flick 2007: 311).

5.3.2.1 Teilnehmende Beobachtung

Die teilnehmende Beobachtung gilt als wissenschaftlich-empirische Methode, um Handlungen und Verhalten situationsgebunden zu rekonstruieren (Lamnek 2005: 547, 562; Lüders 2007: 388). Sie ist wie auch das Interview ein Datenerhebungsverfahren (Lüders 2007: 388). Teilnehmende Beobachtung ermöglicht systematisches, methodisch kontrolliertes Verstehen von situativen Handlungen anderer. Sie kann als „flexible, methodenplurale kontextbezogene Strategie“ (Lüders 2007: 389) verstanden werden.

Maßgebliches Kennzeichen teilnehmender Beobachtung bildet der Einsatz der Beobachtung in der natürlichen Lebenswelt der Forschungssteilnehmer (Lamnek 2005: 548f). Auf diese Weise nimmt der Forscher am Alltag der Teilnehmer teil und kann Verhalten, Muster oder Sinnstrukturen erfassen. Mit Hilfe von teilnehmenden Beobachtungen ist es möglich, einen Einblick in die soziale Wirklichkeit ambulanter Versorgung zu dem Zeitpunkt zu erhalten, an dem sie existent ist (Lamnek 2005: 553). Diese Binnenperspektive gestattet es, Intuition und ihre Bedingungsfaktoren sowie Entstehungskontexte in dem Augenblick zu erfassen, dem sie entspringt und sich als Handlung manifestiert. Das Alltagshandeln der Pflegenden als Ausgangspunkt der Datenerhebung gewährleistet, dass intuitives Handeln auch in alltäglichen Situationen wahrgenommen werden kann und nicht nur positiv erlebte, sondern auch fehlleitende Intuitionen erfasst werden. Das Forschungsinteresse fokussiert Intuition, die aus alltäglichen Situationen resultiert und sich in diesen präsentiert (Kap. 2.2.8).

Der Versuch, etwas Erlebtes oder Erfühltes sprachlich zu konkretisieren, bleibt immer nur eine Annäherung an die Handlung, ihre Implikationen und Auslöser (Kap. 2.2.8 und Kap. 2.5.2). Demgegenüber ermöglicht die Beobachtung den Mitvollzug von Handlungen durch den Forscher und hebt sich dadurch von Rekonstruktionen in Interviews oder Gruppendiskussionen ab (Lüders 2007: 391).

Das Alltagshandeln in der ambulanten Pflege ist der Bezugsrahmen der vorliegenden Arbeit. Aus diesem Grund ist der pflegerische Alltag Ausgangspunkt und Gegenstand der Datenerhebung. Mit der Grounded Theory-Methodologie ist das Postulat verankert, dass Forschende sich in das Untersuchungsfeld begeben, um zu verstehen, was dort geschieht (Strauss & Corbin 1996: 9). Im Sinne der Methodologie ist die teilnehmende Beobachtungen legitim.

Entsprechend des Forschungsziels findet die teilnehmende Beobachtung in der Arbeitswelt der Pflegenden statt. Auf diese Weise sind die Pflegebedürftigen unabdingbare Mitakteure und Forschungsteilnehmer. Sie sind Gegenstand des sozialen Handelns der Pflegenden. Die Wohnungen der Pflegebedürftigen stellen dabei die berufliche Lebenswelt der ambulant tätigen Pflegenden dar.

Die Beobachtung erfolgt gezielt und mit thematischer Fokussierung, für die Beobachteten offen, in ihrer natürlichen Situation (Kap. 5.3.5) (Lamnek 2005: 564; Scheffer 2002: 359).

Die Forscherin befand sich passiv teilnehmend im Feld und ihre Rolle als Beobachterin war für die Handelnden wahrnehmbar[11].

Eine mehrmalige oder auch längere Teilnahme wird als begünstigender Faktor für eine möglichst realitätsnahe Insiderperspektive betrachtet (Lüders in Flick 2007: 391). Eine längere Begleitphase durch die Forscherin als vertrauensbildende Maßnahme und Respektsausdruck für die Handelnden verfolgte das Ziel der Normalisierung der Situationen (Scheffer 2002: 356). Die Beobachteten wurden darüber informiert, dass das Interaktionsgeschehen im Mittelpunkt der Forschung steht, d.h. das Forschungsziel wurde nicht vollständig offen gelegt, um nicht Belastungssituationen zu begünstigen, die Intuitionen verhindern können (Kap. 2.2.2). Die Pflegebedürftigen wurden darüber informiert, dass sie als Akteure für die Forschung unabdingbar, jedoch nicht unmittelbarer Untersuchungsgegenstand sind.

Die teilnehmenden Beobachtungen basieren auf den Wahrnehmungsfähigkeiten des Forschers und können dadurch lokal und zeitlich beschränkt sein (Lamnek 2005: 553f). Die Komplexität der Situationen, d.h. die Detailliertheit und Geschwindigkeit des Geschehens erfordern Hilfsmittel, um die Beobachtungskapazität des Forschers zu verbessern (Scheffer 2002: 359). Zugleich ermöglicht die Anwesenheit des Forschers in der Situation bestehende Stimmungen, aufkommende Spannungen und mitschwingende Untertöne zu erspüren (Scheffer 2002: 362). Diese Begrenzungen können durch audiovisuelle Aufnahmen erweitert werden. Zugleich muss der Forscher seinen Beobachtungsfokus festlegen (Kap. 5.3.5) (Lamnek 2005: 555). Der Einsatz technischer Medien kann gleichermaßen dazu dienen, Wahrnehmungsverzerrungen durch den Forscher zu minimieren (Kap. 5.3.2.2).

Lediglich sich in Pflegehandlungen ausdrückende Intuitionen können mit der Methode der teilnehmenden Beobachtung erfasst werden. Informationsverarbeitende Intuitionen (Kap. 2.2.6) oder auch Einstellungen und emotionale Situations- und Handlungsbewertungen der Pflegenden (Kap. 2.4.2 und Kap. 2.4.3) können mit dieser Methode nur dann Forschungsgegenstand werden, wenn sie sich im Verhalten der Handelnden zeigen (zur Grenze teilnehmender Beobachtungen Lamnek 2005: 555f).

5.3.2.2 Videodokumentation

Die mit Beobachtungen gewonnenen Daten gelten als anfällig gegenüber den vom Forscher ausgehenden Einflüssen auf die Situation, z.B. können sich Wertvorstellungen und Sympathien auf die Beobachtungsinhalte und die Beurteilung der Beobachtungen auswir-

[11] In dieser Arbeit wird der Begriff der teilnehmenden Beobachtung präferiert, weil sich die Forscherin als Beobachterin direkt im sozialen Feld befand. Der Grad der Partizipation der Forscherin am Handlungsgeschehen kann als passiv und kaum in das soziale Geschehen integriert bezeichnet werden (Lamnek 2005: 562, 575ff).

ken (LoBiondo-Wood & Haber 2005: 477). Um Wahrnehmungsverzerrungen und Bewertungseinflüsse durch die Forscherin zu minimieren, fand zeitgleich zu den Beobachtungen eine Videodokumentation statt.

Videoaufnahmen können den Forscher bei der Beobachtung in der Situation entlasten und bei der körperlichen, visuellen und auditiven Wahrnehmung unterstützen. Sie sind der Beobachtung zur Seite gestellt, gelten als kompletteste Aufzeichnungen von Situationen und können dennoch nicht das ganze Wesen einer Situation erfassen (Scheffer 2002: 362f). Videoaufzeichnungen dokumentieren nicht nur verbale Äußerungen, sondern das gesamte Verhalten der Beobachteten (Lamnek 2005: 393). Für die Exploration des Untersuchungsgegenstandes Intuition ist es besonders bedeutsam, Intuition nicht nur in verbalen Äußerungen, sondern auch in nichtsprachlichen Handlungen einzufangen.

Intuitionen stellen sich unbewusst ein. Durch Erinnerung, unterstützt mit einer Videoanalyse, kann Intuition retrospektiv kognitiv transformiert werden. Der damit einhergehende mögliche Verlust und die retrospektive Verzerrung des Unbewussten kann damit nicht vollständig vermieden werden. Der Erkenntnisgewinn kann befördert werden, indem erlebnisnahe Situationserinnerungen durch Videowiedergabe unterstützt werden, d.h. Videoaufzeichnungen können auf Grund ihrer Bildhaftigkeit und ihrer Originaltreue die beobachteten Pflegenden im Rekonstruktionsprozess unterstützen.

Der Videofilm gilt als „ideale Aufzeichnung von Beobachtungen“ (Lamnek 2005: 616), weil er die Möglichkeit bietet, Situationen zu reproduzieren und ex post das Material einem Beobachtungsschema zuzuführen. Die Möglichkeit der beliebig häufigen Reproduktion der aufgezeichneten Daten wurde für das Forschungsvorhaben insofern genutzt, als dass die Videoaufzeichnungen mit den Pflegenden analysiert wurden. In diesem Zusammenhang konnten die Pflegenden wiederholt ihre Handlungen betrachten und z.B. auf Anlässe, Gefühlsbeteiligungen und Intentionen hin analysieren. Die genaue Wiedergabe der beobachteten Situation (Lamnek 2005: 393) nahm eine bedeutsame Rolle ein, damit die Pflegenden möglichst ohne längere Orientierungsphase an den Situationen aus der Perspektive des analysierenden Betrachters und ehemals Beobachteten anknüpfen konnten. In zahlreichen Analysesituationen haben die beobachteten Pflegenden und die Forscherin mit Hilfe der Videoaufzeichnung und den damit einhergehenden technischen Möglichkeiten (z.B. Zeitlupe) Verständigung über das konkrete Verhalten erzielt und somit die Basis der Datenauswertung geschaffen. Bei der Datenauswertung konnte auf der Grundlage der Videodokumentation die künstliche Interpretation durch die Forscherin mit den natürlichen Interpretationen durch die Handelnden abgeglichen werden (Kap. 2.5.4).

Um die Pflegenden und Pflegebedürftigen in ihren Interaktionen und Bewegungen in den jeweiligen Räumen möglichst wenig durch die Videoaufzeichnung zu beeinflussen, erfolgte die Videodokumentation mit Weitwinkelobjektiv, lichtstarker Canon-Videokamera und Richt-Mikrofon. Die Dokumentation entstand durch manuelle Kameraführung ohne Stativ. Die Forscherin bewegte sich möglichst wenig und dann auch nur im Hintergrund der

Interaktion, um gewohnte Situationen möglichst wenig zu stören. Das Kameraauge wurde stets auf das Gesamtgeschehen der Pflegenden und Pflegebedürftigen gerichtet. Auf diese Weise wurde die Aufnahme des Gesamtgeschehens sichergestellt, während die Auswahl eines Bildausschnittes bedeutet hätte, sich gegen andere Geschehnisse der Situation zu entscheiden. Insofern fand eine ‚feste Kameraposition mit mobilem Ortswechsel' statt (dazu Scheffer 2002: 363). Dies führte dazu, dass mikroskopisch feine mimische Bewegungen der Akteure von ihnen selbst verdeckt werden konnten und sich somit der Kamera entzogen.

Alle Videosequenzen entstanden im Rahmen der alltäglichen ‚Tourenpläne' der Pflegenden und stellten natürliche Situationen dar.

Wie bei Lamnek (2005: 394) beschrieben, entstand auch bei der Forscherin der Eindruck, dass die Videokamera zu Beginn der Aufzeichnung den Teilnehmern präsent war, jedoch im Verlauf an Bedeutung für die Handelnden verlor und nach Aussagen der Pflegenden in Vergessenheit geriet[12].

Die Videoaufnahme begann nach Betreten der Wohnung der Pflegebedürftigen mit dem mündlichen Einverständnis von Pflegenden und Pflegebedürftigen und endete direkt nach dem Schließen der Wohnungstür der Pflegebedürftigen durch die Pflegenden. Dieses Vorgehen sollte gewährleisten, dass sowohl Intuitionen, die mit Betreten der Wohnung auf Grund der Wahrnehmungen der Pflegenden auftreten, erfasst werden können als auch jene Intuitionen, die mit dem Verlassen der Wohnung und dem Alleinlassen des Pflegebedürftigen auf Grund der Verabschiedung und des gemeinsamen vorherigen Handelns einhergehen.

5.3.2.3 Leitfadenorientiertes Interview

Interviews sind eng mit den Ansätzen der verstehenden Soziologie verbunden und bieten die Chance, mittels Verständigung und Interpretation empirische Daten in handlungstheoretische Konzeptionen zu transformieren. Sie bieten die Möglichkeit, Situationsdeutungen und Handlungsmotive zu erfragen und Alltagstheorien sowie Selbstinterpretationen zu explorieren (Hopf 2007: 350). Dabei wird davon ausgegangen, dass im Interview die Befragten bezüglich eines Forschungsgegenstandes Erfahrungen vermitteln können, die ihre Wahrnehmung und ihr Wissen repräsentieren (zum episodischen Interview in Lamnek 2005: 362). Lamnek (2005: 362) unterscheidet das narrativ-episodische vom semantischen, aus Erfahrungen abgeleiteten Wissen. Beide Wissensformen sind für die vorliegende Forschung von Bedeutung. Sie werden als geeignet betrachtet, auf den For-

[12] Interview IP4 Zeilen 690-698:
Teilnehmerin: „... wir haben keinen Film gespielt. Das war die normale Arbeit, und wenn man sich als Schauspielerin hinstellt, dann kann man vielleicht alles perfekt machen. Aber ich habe wie immer gearbeitet und meine Patientinnen waren fast wie immer."

schungsgegenstand fokussiert, Erfahrungen und Wissensbestände systematisch zu erheben und Wirklichkeiten im Sinne intuitiven Pflegehandelns zu rekonstruieren. Das episodische Interview basiert in der Regel auf einem Leitfaden, der die für die Forschungsfrage wesentlichen Themen beinhaltet und als Erzählaufforderung für den Befragten dient (Lamnek 2005: 362).

Intuition entzieht sich teilweise der Sprache und dennoch ist es wesentlich, sich mit den Akteuren über die beobachteten Handlungssequenzen, deren Bedeutungen, Anlässe und Intentionen zu verständigen. Dazu dient als Methode der Datengewinnung das mündliche Interview der Forscherin mit der handelnden Pflegekraft. Es gilt als geeignet, Gefühle, Haltungen und Grundüberzeugungen zu erfassen (LoBiondo-Wood & Haber 2005: 477).

Als Form des Interviews wurde von der Forscherin das leitfadengestützte Interview (Flick in Schaeffer & Müller-Mundt 2002: 205) ausgewählt. Das wesentliche Charakteristikum des leitfadengestützten Interviews besteht darin, mit sowohl offenen als auch weniger offenen Fragen die Interviewsituation flexibel zu gestalten (Flick in Schaeffer & Müller-Mundt 2002: 205). Dabei werden einige, vorab festgelegte offene Fragen situativ eingesetzt. Der Interviewleitfaden bietet dem Forscher thematische Fokussierung sowie Orientierung durch eine inhaltliche Strukturierung des Gespräches (Siering, Staender, Bergner in Schaeffer & Müller-Mundt 2002: 290). Der Leitfaden erfüllt gleichzeitig die Funktion einer Gedächtnisstütze. Zugleich lässt ein leitfadengestütztes Interview Handlungsspielraum für Nachfragen, für Erzählstimulierungen, flexible Fragenformulierung und die Anpassung der Fragenabfolge sowie den Einsatz gesprächsfördernder Techniken (Hopf 2007: 351; Lamnek 2005: 363). Beispielsweise können im Interview neu auftauchende Aspekte vom Forscher aufgenommen werden; der Leitfaden besitzt eine begrenzte Verbindlichkeit für die Gesprächssituationen. Auf diese Weise kann das thematische Interesse der Forscherin in allen Interviews annähernd vergleichbar angemessenen Raum erhalten (Siering et al. in Schaeffer & Müller-Mundt 2002: 290). Die Forscherin hat demzufolge im Interviewverlauf über die inhaltlichen Stellen entscheiden, an denen sie intensiv nachgefragt oder den Interviewten breiten Erzählraum eingeräumt hat.

In der typologischen Zuordnung leitfadengestützter Interviews wurde dieses als Experteninterview umgesetzt (Flick in Schaeffer & Müller-Mundt 2002: 205). Experteninterviews stellen ein geeignetes Verfahren dar, um in explorativen Forschungszusammenhängen komplexe Wissensbestände zu erfassen und die Wissensbestände der Experten über ungeschriebene Gesetzmäßigkeiten sozialen Handelns und den zu Grunde liegenden Bedeutungsgehalten aufzuspüren (Schaeffer & Müller-Mundt 2002: 269). Bogner, Littig und Menz (2002: 45) verstehen Experten als Personen, „die sich – ausgehend von spezifischem Praxis- oder Erfahrungswissen, das sich auf einen klar begrenzbaren Problemkreis bezieht – die Möglichkeit geschaffen haben, mit ihren Deutungen das konkrete Handlungsfeld sinnhaft und handlungsleitend zu strukturieren.“ Dabei entscheidet der Untersuchungsgegenstand über die Zuschreibung des Expertenstatus. In Bezug auf ihre intuitiv ausgelösten Handlungen und ihre Handlungen im Arbeitsbereich der ambulan-

ten Pflege können die Pflegenden als Experten zur Exploration und Rekonstruktion ihrer Handlungen und Handlungsauslöser betrachtet werden. Die Pflegenden werden im Versorgungsfeld ambulante Pflege als Experten ihrer Intuitionen, d.h. als Sachverständige ihrer intuitiven Handlungen und deren Kontexte interviewt.

Im Wesentlichen wurden zur Datenerhebung offene Items verwendet, um die befragten Pflegenden mit eigenen Worten über ihre Intuitionen sprechen zu lassen (Anhang 2: Interviewleitfaden). Für die Erfassung sozialstatistischer Daten kamen geschlossene Fragen zum Einsatz (Anhang 2: Interviewleitfaden). Auf Grund des theoretischen Vorwissens der Forscherin (Kap. 5.3.1) führte sie alle Interviews selbstständig durch.

Hopf (2007: 359) führt als mögliche Grenzen leitfadengestützter Interviews die Tendenz zu einem dominierenden Kommunikationsstil, Probleme mit passiv-rezipienten Anteilen des Interviewens und eine aus dem Leitfaden resultierende Unsicherheit und Unfreiheit bei dessen Umsetzung an. Hermanns (2007: 361f) beschreibt die Tätigkeit des Interviewens als vom Forscher zu bewältigende spezifische Aufgabe, bei der z.B. eine annehmbare Gesprächsatmosphäre, der Einsatz von Aufnahmegeräten und die Inhalte des Interviews in Einklang gebracht und verarbeitet werden müssen. Um diesen Grenzen und Aufgaben zu begegnen, hat die Forscherin in anderen Untersuchungen Erfahrungen mit Leitfaden-Interviews gesammelt, einen Pretest durchgeführt, den Leitfaden an nicht an der Forschung beteiligten Personen erprobt sowie die abgeschlossenen Interviews mit anderen Forschern auf ihre suggestiven Anteile hin reflektiert (Kap. 5.5). In Anlehnung an Hermanns (2007: 367) wurden die Hinweise zur Regieführung eines Interviews, z.B. mit dem zu Befragenden den Rahmen klären, dem Befragten Raum zu eigenen Darstellung geben oder das Vermeiden theoretischer Begriffe von der Forscherin im Pretest und an nicht an der Forschung beteiligten Personen eingeübt.

Das hier eingesetzte leitfadenorientierte Interview besteht aus zwei Bestandteilen:

1. der Befragung der Pflegenden zu ihrem beruflichen Hintergrund, dem Handlungsfeld ambulante Pflege und ihrer Beziehungen zum konkreten Pflegebedürftigen
2. der Analyse der Videodokumentation mit den Pflegenden.

Sowohl die Entwicklung des Interviewleitfadens als auch die Interviewgestaltung basieren auf dem theoretischen Vorwissen der Forscherin (Kap. 5.3.1). Mit diesem Wissen und auf der Grundlage der Videodokumentation wurden die Verhaltensweisen der Pflegenden gefiltert, die auf Intuition als Handlungsauslöser hinwiesen (Kap. 5.3.5).

Der Interviewleitfaden besteht aus zwei thematisch verschiedenen Bestandteilen (Anhang 2: Interviewleitfaden). Der erste Teil enthält vier Themenkomplexe mit offenen und geschlossenen Fragen (Anhang 3). Er nimmt primär als sensibilisierendes Konzept Inhalte aus dem theoretischen Bezugsrahmen auf. Diese wurden auf das Handlungsfeld ambulante Pflege transformiert. Exemplarisch soll eine Frage aus einem Themenkom-

plex aufgeführt werden, um die Verzahnung von Vorwissen und Erkenntnisinteresse zu belegen:

3. Einschätzung der Pflegebeziehung durch die Pflegekraft		
Frage	**Erkenntnis-interesse**	**Hinweise aus dem theoretischen Bezugsrahmen**
Wie würden Sie Ihre Beziehung zu dem/der Pflegebedürftigen beschreiben?	Hinweise auf die Qualität der Beziehung	Eine warmherzige, empathische Beziehungsgestaltung mit dem Pflegebedürftigen und Mitempfinden für seine Belange sowie Vertrautsein, gelten als intuitionsfördernd (Zühlke in Kap. 2.3) (Benner 1994; Benner et al. 2000; Paterson & Zderad; Watson; Büssing et al. 2000; Rew; Schraeder & Fischer; Smith; McCormack; Easen & Wilcockson; Jacavone & Dostal in Kap. 3)

Der zweite Themenkomplex des Leitfadens ist durch erzählgenerierende Fragen gekennzeichnet (Interviewleitfaden Anhang 2). Er dient primär der Rekonstruktion von Intuition (Kap. 5.3.5) und der inhaltlichen Erfassung des Intuitionsphänomens. Nachstehend werden exemplarisch drei Leitfragen und das damit verbundene Erkenntnisinteresse aufgeführt (komplette Fassung siehe Anhang 4):

3	**Handlungshintergrund**	
	Frage	**Erkenntnisinteresse**
a	Können Sie mir sagen, was in dieser Situation in Ihnen vorgegangen ist?	- Bewegungsgründe/Motivation von Handlungen - Einflussfaktoren von Intuition
b	Wenn Sie diese Situation sehen, hat Sie dabei etwas Besonderes geleitet oder beeinflusst?	- zur Identifikation unbewussten/bewussten Handelns - Hinweise auf Intuition als eine Entscheidungsoption
c	Gibt es Dinge in der Situation, die Sie besonders wahrgenommen haben oder die Sie besonders beeinflusst haben? Wenn ja, welche? Ist die Situation anders als bei vorherigen Einsätzen?	- Erfassung von Merkmalen von Intuition

5.3.3 Umsetzung des theoretical sampling

Die Methode des theoretical sampling zur Ermittlung der Stichprobe basiert auf den Ausführungen von Glaser und Strauss zur Methodologie der Grounded Theory. Der Forscher prüft in den Daten, wie die kodierten Fundstellen im Material mit weiteren Stichproben überprüft und gesichert werden und wie mit dem bisherigen Wissenstand eine Erweiterung mittels Stichprobenmodifizierung erreicht werden kann. Dementsprechend werden ergänzende oder neue, kontrastierende Stichproben erhoben (Merkens 2007: 296f). Beide Verfahren erweitern die Datenbasis. Dies kann als zielgerichtete Auswahl der Fälle verstanden werden (Merkens 2007: 296f). Das theoretical sampling erfordert somit ein Vorgehen, bei dem der Forscher zur Datenerhebung wiederholend ins Feld zurück kehrt (Flick in Schaeffer & Müller-Mundt 2002: 203).

Die Stichprobenauswahl und Datenerhebung fand bei drei Hamburger ambulanten Pflegediensten statt (Pflegedienst A: 40 Pflegebedürftige, Pflegedienst B: 70 Pflegebedürftige und Pflegedienst C über 100 Pflegebedürftige). Die Dienste betreuen im wesentlichen den ‚klassischen Pflegeversicherungspatienten' (Kap. 1.2.3) in verschiedenen Stadtteilen Hamburgs, verfügen über mehrere stadteilnahe Niederlassungen und sind in ihrem Profil auf Leistungen nach dem SGB XI sowie SGB V ausgerichtet. Zwei Pflegedienste sind in privater Trägerschaft, ein Dienst ist freigemeinnützig organisiert (Kap. 1.2.4).

In Gesprächen mit der Geschäftsführung und den Leitungskräften wurde die Bereitschaft der Dienste zur Teilnahme an der Forschungsarbeit erwirkt (zur Gatekeeper-Funktion Wolff 2007: 334f). Ein Benefit für die Einrichtungen wurde insofern in Aussicht gestellt, als dass die Forschungsteilnehmer mittels Videoanalyse ihr Handeln reflektieren konnten. Zudem erhielten die Dienste eine ausführliche Darstellung der Forschungsergebnisse und Einladungen für einen Kongress, auf dem erste Forschungsergebnisse vorgestellt wurden.

Der Kontakt zu den Pflegekräften erfolgte auf drei verschiedenen Wegen. Während im ersten angefragten Dienst im Rahmen einer Dienstbesprechung die Mitarbeiter ihr Interesse und ihre Bereitschaft bekunden konnten, schlug im zweiten angefragten Pflegedienst die Geschäftsführung potenziell interessierte Mitarbeiter vor. Eine individuelle Kontaktaufnahme und Vorstellung des Forschungsvorhabens vor den einzelnen Mitarbeitern und deren Interesse entschied dann über ihre endgültige Teilnahme. Im dritten angefragten Pflegedienst nahm eine Führungskraft Kontakt zu potenziell interessierten Mitarbeitern auf und sicherte deren Bereitschaft zu einer Darstellung der Forschungsarbeit im Rahmen eines gemeinsamen Treffens. Für alle drei Pflegedienste konnte sichergestellt werden, dass die Teilnahme an der Forschung freiwillig durch die Beschäftigten erfolgte. Zugleich führte dies zu einer Stichprobe, die sich aus Pflegekräften zusammensetzte, die zumindest für das Forschungsvorhaben, vermutlich jedoch auch für ihre Arbeit allgemein motiviert waren. Die Pflegekräfte wussten, dass mit ihrer Rekrutierung eine Videoaufnahme mit ihnen das angestrebte Ziel darstellte. Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass Pflegekräfte, die sich selbst und ihrer Arbeit kritisch gegenüber stehen, hier eher nicht

rekrutiert werden konnten und ein Bias auf Grund einer Selektion vorliegen kann (dazu Merkens 2007: 286-299).

Entsprechend des Forschungsziels, Intuition in pflegeprofessionellen Zusammenhängen zu explorieren, wurden ausschließlich examinierte Pflegende in die Untersuchung mit einbezogen.

Im Anschluss an die persönliche Kontaktaufnahme der Forscherin zu den Pflegenden wählten diese von ihnen betreute Pflegebedürftige aus, bei denen eine potenzielle Bereitschaft zur Teilnahme an einer videogestützten Forschungsarbeit vermutet werden konnte (zur Forschungsethik Kap. 5.3.4). Das hier gewählte Vorgehen weist eine biasanfällige Ambivalenz auf. Während mit einem Höchstmaß an Freiwilligkeit die Pflegenden ihre Einwilligung erbrachten, ist auf den Artefakt hinzuweisen, dass sich der Zugang zu den Pflegebedürftigen über die persönliche Beziehung zwischen den Akteuren im Handlungsfeld ergab (auch emotionale Nähe / innere Beteiligung als ein Bedingungsfaktor für Intuition in Kap. 2.3.6). Es ist davon auszugehen, dass die Pflegenden jene Pflegebedürftigen nach ihrer Teilnahme befragten, mit denen eine konfliktarme Pflegebeziehung bestand.

Die Pflegenden wurden von der Forscherin über einen längeren Zeitraum – meist mehrwöchig – während ihrer Einsätze bei den von ihnen ausgewählten Pflegebedürftigen begleitet. Neben dem Kennenlernen, der sozialen Verortung im Feld (Wolff 2007: 340) und dem Abbau von Ängsten stand dabei im Mittelpunkt, das Handeln der Pflegenden nach für sie typischen Mustern und Verhaltensweisen zu beobachten und kennen zu lernen. Die Beobachtungen bildeten die Grundlage, um von Intuition ausgelöste Abweichungen von der Handlungsnormalität erfassen zu können. Im Anschluss an die Beobachtung mit Videodokumentation wurden zeitnah die Videosequenzen mit den Pflegenden besprochen. Dies sollte gewährleisten, dass den Pflegenden sowohl die Handlungen als auch damit einhergehende Emotionen und auch Kontextbedingungen gegenwärtig sind.

Gemäß der Grounded Theory-Methodologie wurden die Untersuchungseinheiten zeitnah auf der Grundlage der Datenanalyse ausgewählt (Strauss 1998: 70f; Strauss & Corbin 1996: 148f). Auf diese Weise beeinflussten sich die Prozesse der Datenerhebung und -analyse gegenseitig. Die Kriterien zur Auswahl der Untersuchungseinheiten bildeten:

- ein mögliches Minimum und Maximum an Erfahrungshintergrund von Pflegenden und gegenseitigem Kennen zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen
- die Geschlechterverteilung von Pflegenden und Pflegebedürftigen
- die Varianz pflegerischer Handlungen. Von besonderem Interesse waren die pflegerischen Handlungen, die gemäß des SGB XI und V erbracht wurden. Es sollte möglichst das typische Spektrum ambulanten Pflegehandelns abgebildet werden (Kap. 1.2.3).

Die Untersuchungseinheiten wurden bewusst nach Population, Ereignissen und Handlungen kontrastiert und verdichtet. Insgesamt fand die Datenerhebung mit 12 examinierten Pflegekräften (7 weiblich, 5 männlich) bei 16 Pflegebedürftigen (12 weiblich, 4 männlich) statt. Die Literaturanalyse zeigt, dass eine Vertrautheit und ein enges Verhältnis zum Patienten und seinen Reaktionsmustern Intuition befördern kann. Aus diesem Grund wurden zu Forschungsbeginn Pflegende in die Untersuchung mit einbezogen, die seit mehreren Jahren die Pflegebedürftigen aus der gemeinsamen Arbeit kennen und angaben, eine gute Beziehung zu den Pflegebedürftigen zu haben. Im Forschungsverlauf wurde zur Kontrastierung gezielt nach den weiblichen und männlichen Pflegenden gesucht, die mit geringem Stundenumfang seit weniger als einem Jahr weibliche wie auch männliche Pflegebedürftige betreuen.

Erfahrungswissen gilt als eine Voraussetzung für Intuition (Kap. 2). In Orientierung an die Erkenntnisse von Benner und Büssing (Kap. 3.1.1 und Kap. 3.1.3) fand die Datenerhebung zu Beginn mit erfahrenen Pflegekräften statt. Beispielsweise weisen Interviewpartner I und II (IP1; IP2) 18 und 14 Jahre Berufserfahrung in der ambulanten Pflege auf. Zur Kontrastierung wurde im Sampling ein relativer Neuling im Handlungsfeld ambulante Pflege (IP6) in das Setting mit einbezogen.

Das Sample zeigt eine Streuung der Berufserfahrung der teilnehmenden Pflegenden zwischen einem und 18 Jahren, unterschiedliche Altersgruppen, eine für die Berufsgruppe der Pflegenden geschlechtliche Normalverteilung als auch verschiedene wöchentliche Arbeitszeiten (Anhang 5).

Die Beziehung der Pflegenden mit den Pflegebedürftigen umfasst den Zeitraum zwischen 0,5 und 4 Jahren (Anhang 6). Im Durchschnitt liegt sie bei 1,5 Jahren. Die Pflegebedürftigen sind in die Pflegestufen 0-III durch den MDK eingestuft; die Pflegestufe II ist am häufigsten vertreten. Dies weicht vom typischen Bild ab (Kap. 1.2.3). Aufschluss über die vertraglich vereinbarten Leistungen bei den Pflegebedürftigen gibt Anhang 6.

Sowohl die Pflegekräfte als auch ihre Handlungen bei den Pflegenden repräsentieren überwiegend das typische Bild der ambulanten Pflege (Kap. 1.2.3 und Kap. 1.2.4) (Anhang 5 und Anhang 6). Dementsprechend wurden überwiegend weibliche Pflegefachkräfte mit der Ausbildung zur Krankenschwester und Altenpflegerin mit mehrjähriger Berufserfahrung und in Teilzeittätigkeit in die Untersuchung aufgenommen. Die Tabellen belegen die Kontrastierungen im Rahmen des Samplings.

Die Tatsache, dass überwiegend weibliche Pflegebedürftige gepflegt wurden, entspricht dem typischen Bild der ambulanten Pflege. Besonders wichtig für die Kontrastierungen waren die Suche nach männlichen Pflegebedürftigen mit höherer oder niedriger Pflegestufe und eine Varianz aller Pflegebedürftigen bei der Dauer der Beziehung zu den Pflegekräften.

Die Dauer der Videoaufnahmen der teilnehmenden Beobachtungen umfasst im Minimum 6 Minuten (Setting mit Messung von Blutzucker und Insulininjektion) und im

Maximum 52 Minuten (Setting mit Unterstützung bei der Körperpflege, Medikamentengabe, Zubereitung des Frühstücks, Verbandwechsel am Fuß). Überwiegend dauerten die Videoaufnahmen zwischen 20 und 40 Minuten. Die sich daran anschließenden leitfadenorientierten Interviews dauerten im Minimum 42 Minuten und im Maximum 162 Minuten. Überwiegend dauerten die Interviews zwischen 80 und 110 Minuten.

Das Konzept des theoretical sampling als Verzahnung von Datenerhebung und -analyse (Kap. 5.2.1) erfordert ein Vorgehen, bei dem sich der Forscher kontinuierlich zwischen Forschungsfeld und Datenauswertung bewegt (Flick in Schaeffer & Müller-Mundt 2002: 203). Diese Anforderung wurde dahingehend umgesetzt, dass der Zeitraum der Datenerhebung ca. ein Jahr umfasste und zeitgleich mit der Datenaufnahme auch mit deren Transkription und deren Auswertung begonnen wurde. Mit diesem Vorgehen konnte zugleich die Suche nach kontrastierenden Fällen kontinuierlich umgesetzt werden.

5.3.4 Forschungsethik

Für die Zustimmung zur Beobachtung ihres Handelns wurden die Pflegenden zunächst mündlich um ihre Teilnahme von den Leitungskräften und anschließend von der Forscherin befragt. Die Pflegebedürftigen wurden gleichfalls zunächst mündlich um ihr Einverständnis von den ihnen vertrauten Pflegenden gefragt.

Die teilnehmenden Pflegebedürftigen wiesen zum Zeitpunkt der Datenerhebung keine kognitiven Einschränkungen auf, die ihnen selbst oder den Pflegenden bekannt und für die Forscherin erkennbar waren. Eine gesetzliche Betreuung bestand bei keinem Pflegebedürftigen. Dies stellt somit einen Personenkreis dar, der als nicht vulnerabel, d.h. in der aktuellen Situation als weitgehend uneingeschränkt selbstbestimmungsfähig bezeichnet werden kann. Alle Forschungsteilnehmer waren zum Zeitpunkt der Datenerhebung mündig und befähigt, Ziel und Folgen ihrer Mitwirkung einschätzen zu können (in Anlehnung an Schnell 2006: 44ff).

Die an der Forschung teilnehmenden Pflegenden und Pflegebedürftigen wurden mehrmals durch die Forscherin begleitet und ihnen wurde Beratung in Bezug auf ihre Einverständniserklärung und die Forschung sowie den Datenschutz angeboten, sodass sie sich auf das Vorgehen der Beobachtung und auf die Videoaufnahme einstellen konnten. Anschließend wurde ein schriftliches Einverständnis der Pflegenden und Pflegebedürftigen zur Teilnahme an der Forschung dokumentiert. Für alle Forschungsteilnehmer war dabei das Recht auf Selbstbestimmung gewährleistet. Sie haben eine informierte Zustimmung gegeben, wurden über alle wesentlichen Aspekte der Forschung informiert, verfügten über mehrere Tage Zeit für ihre Entscheidungen und wurden durch das Forschungsvorhaben nicht erkennbar belastet oder gefährdet. Ihre Menschenwürde wurde gewahrt (in Anlehnung an Schnell & Heinritz 2006: 20f).

Nachstehende forschungsethische Prinzipien wurden berücksichtigt (in Anlehnung an Schnell & Heinritz 2006: 211ff):

- Mit der Literaturanalyse wurde nachgewiesen, dass gleiche oder ähnliche Forschungen zu dem hier dargestellten Forschungsvorhaben nicht existieren.
- Die Forschungsteilnehmer wurden wahrheitsgemäß mündlich und schriftlich über Ziel, Zweck und Umfang der Forschungsarbeit informiert. Die Einverständniserklärung gibt Auskunft über die Adresse und Erreichbarkeit der Forscherin. Damit ist gewährleistet, dass die Forschungsteilnehmer auch nach der Datenauswertung ihr Einverständnis zurückziehen können (Anhang 1: Einverständniserklärung).
- Eventuelle Schäden und Verletzungen sowie positive oder negative Folgen im Rahmen der Forschungsarbeit hat die Forscherin versucht einzuschätzen und zu minimieren. Die Forschungsteilnehmer wurden z.B. mündlich und schriftlich darauf hingewiesen, ohne Angabe von Gründen ihre Teilnahme beenden zu können. Ethische Risiken wurden mit den diese Arbeit betreuenden Professorinnen und den Geschäftsführern der ambulanten Pflegedienste sowie den jeweiligen Pflegekräften reflektiert und minimiert.
- Die Forscherin gewährleistet die Umsetzung der Datenschutzbestimmungen für die Videoaufnahmen und Interviews. Bestandteil dessen ist, die Videoaufnahmen nicht zu veröffentlichen. Eine Anonymisierung der Daten wurde vorgenommen und die Daten werden nur für die vorliegende Forschung verwendet (in Anlehnung an Schnell & Heinritz 2006: 46f). Die Einwilligungserklärungen der Untersuchungsteilnehmer werden von der Forscherin archiviert.

5.3.5 Die Identifikation von Intuition

Mit der folgenden Abbildung soll der Prozess der Datenerhebung dargestellt werden. Im Verlauf dieses Kapitels wird die Datenerhebung beschrieben.

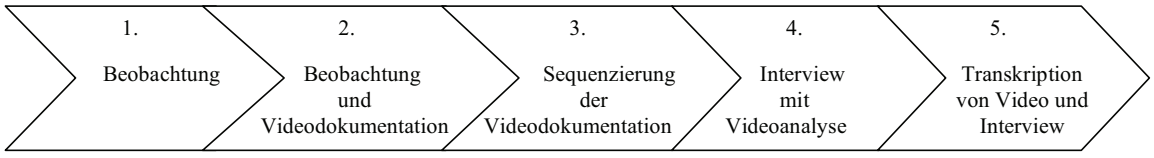


Abbildung 1: Prozess der Datenerhebung

Intuitives Verhalten von beruflich Pflegenden wurde durch folgenden Prozess identifiziert: Mit den wiederholten teilnehmenden Beobachtungen, zunächst noch ohne Videodokumentation, gelangte die Forscherin zu Erkenntnissen über die ‚normalen' und

‚typischen' Handlungsweisen der Pflegenden beim individuellen Pflegebedürftigen. Die Pflegenden wurden auch bei anderen Pflegebedürftigen begleitet, sodass die Forscherin einen Einblick darüber erhalten konnte, welche Pflegehandlungen typisch für die Interaktion zwischen beobachteter Pflegefachkraft und konkretem Pflegebedürftigen sind.

Nach der Videodokumentation wurde diese für die gemeinsame Analyse vor dem Gespräch mit den beobachteten Pflegenden von der Forscherin kriteriengeleitet sequentiert. Bereits die erste Datenerhebung mit der Pflegekraft zeigte, dass es zeitlich nicht möglich ist, eine Videodokumentationen mit einem Umfang von mehr als 15 Minuten offen zu analysieren. Eine Sequenzierung bietet den Vorteil einer Auswahl des gesamten Filmmaterials und ist zugleich eine Grenzziehung, bei der Filmausschnitte unberücksichtigt bleiben. Um dennoch in nicht analysierten Ausschnitten intuitives Handeln aufspüren zu können, wurden die Forschungsteilnehmer am Ende der Videoanalyse danach gefragt, ob sie sich noch an weitere, bisher nicht besprochene intuitive Handlungen erinnern.

Die Sequenzierung erfolgte nach folgenden Kriterien:

- Welche für die Pflegenden und die Interaktion mit dem konkreten Pflegebedürftigen typischen Handlungen bildeten sich auf dem Videofilm ab?
- Welche Pflegehandlungen sind im Film abgebildet, die vorher nicht zwischen der Pflegekraft und dem Pflegebedürftigen beobachtetet wurden?
- Welche Verhaltensweisen zeigt der konkrete Pflegebedürftige, die unerwartet oder neu für die dokumentierte Situation sind?
- Gibt es Verhaltensweisen, die als plötzlich gelten können?
- Gibt es Veränderungen im Arbeitsablauf, die vorher nicht beobachtet wurden?
- Gibt es sprachliche oder nichtsprachliche Handlungen, die von dem unmittelbar Vorangegangenen oder auch unmittelbar Folgenden abweichen; d.h. gibt es Situationen, in denen sprachliches und nichtsprachliches Handeln keinen inhaltlichen und temporären Zusammenhang miteinander aufweisen?
- Gibt es sprachliche oder nichtsprachliche Handlungen, die vom Erfahrungswissen der Forscherin abweichen?
- Zeigen sich sprachliche und nichtsprachliche Handlungen, die nicht dem Vorentwurf für die Situation durch die Forscherin entsprechen? Hat die Forscherin einen anderen perspektivischen Situationsentwurf als erwartet beobachtet?

Die Sequenzierung entspricht einer Selektion des Videomaterials und stellt zugleich eine thematische Fokussierung der Beobachtungsausschnitte für die weitere Interpretation dar (Scheffer 2002: 359f).

Mit der beobachteten Pflegekraft wurden die selektierten Videosequenzen unter Verwendung des Interviewleitfadens analysiert. Bei Aussagen von Pflegenden, die auf intuitives,

unbewusstes Handeln hindeuten (z.B. „Das habe ich aus dem Bauch heraus gemacht“, „Ich weiß nicht, warum ich das gemacht habe“, „Das ist Routine“ oder „Das mache ich automatisch“ oder „Die Handlung kenne ich gar nicht von mir“) (vgl. auch Kap. 2.4.4), wurden entsprechend des Leitfadens flexibel vertiefende Fragen gestellt (Leitfaden siehe Anhang 2)[13].

Bei Hinweisen auf reflektiertes Pflegehandeln (z.B. „Ich wusste, dass ich das mache.“, „Das mache ich mit Absicht“, „Das mache ich, damit ich ...“) erfolgte der Übergang zur nächsten selektierten Videosequenz[14].

Auf Intuition hinweisende Videosequenzen bildeten den Anlass, die Handlungssituation weiter dialogisch im Interview zu analysieren, um Material für die Beantwortung der forschungsleitenden Fragen zu erhalten. In dieser Situation hat die Forscherin bewusst suchend eine verstehende Perspektive eingenommen und den Experten mit erzählgenerierenden Fragen um Beschreibungen, Erklärungen und Situationsbewertungen gebeten (Anhang 2: Interviewleitfaden).

Am Interviewende wurde unter Anwendung des Interviewleitfadens die Identifikation von Intuition im Sprachverständnis der Forschungsteilnehmer erfragt[15]. Dies sollte gewähr-

[13] Interview mit Interviewpartner 5 zur Analyse der Videodokumentation (Zeilen 1810-1922):
[Film läuft: Die Pflegekraft legt ihre rechte Hand auf die Schulter / den Rücken der Pflegebedürftigen, lässt die Hand dort kurz liegen und äußert: „Ich bring Ihnen die Schüssel.“]
Interviewerin stoppt den Film.
Interviewerin: „Du sagst: „Ich bring' Ihnen die Schüssel“, und mit Deiner rechten Hand fasst Du auf ihre rechte Schulter.“
Teilnehmerin: „Kann ich Dir jetzt nicht sagen, warum. Aus dem Bauch heraus. Das hatte da jetzt keinen Grund. Bauch. Bauchgefühl. ... ... Da es aus dem Bauch ist, ist es mir auch nicht so 100%ig bewusst, dass ich das mach'.“

[14] Interview mit Interviewpartner 5 zur Analyse der Videodokumentation (Zeilen 1145-1189):
[Film läuft: Die Pflegekraft steht dicht bei der gerade aufgestandenen Pflegebedürftigen und hält diese fest. Zugleich fragt die Pflegekraft: „Stehen Sie sicher?“]
Interviewerin stoppt den Film.
Interviewerin: „Du hältst fest und vergewisserst Dich, so kommt es mir vor, mit der Frage „Stehen Sie sicher?“
Teilnehmerin: „Hmh. Ja. ... ... Weil sie so schwankend war, ja. Und ich will es ihr und mir natürlich ersparen, dass ich sie loslasse, und plötzlich finden wir uns beide auf dem Fußboden wieder. ... ... Genauso wie ich sie ja ganz bewusst weniger anfass' und weniger halte, wenn sie jetzt sicherer steht.“

[15] Interview mit Interviewpartner 5 (Zeilen 3280-3298 und Zeilen 3581-3593):
Interviewerin: „Was ist Intuition für Dich? ...“
Teilnehmerin: „Intuitiv ist für mich instinktiv vorausschauend.
Interviewerin: „Das beides?“
Teilnehmerin: „Ja, eine Mischung davon. Für mich grenzt es sehr nah aneinander. Ein bisschen ineinander greifend. Das tut man bestimmt tagtäglich. Instinktiv handeln und auch vorausschauend. Das wäre so für mich meine Definition.“
Interviewerin: „Hat Intuition für Dich eine Bedeutung in Deinem Arbeitsalltag?“
Teilnehmerin: „Ja. In gewissen Situationen / Doch, es ist ja auch so / Also ich finde, das ist auch wichtig. So wie vorhin bei PB XX, ne? Denn / es ist vielleicht auch intuitiv, meine Hand so auf

leisten, dass die Handelnden selbst äußern, ob mit ihrem Verständnis von Intuition die im Video angesehene Handlung intuitiv erfolgte. Von besonderer Bedeutung war dabei die Zuschreibung des Intuitionsbegriffes zu der konkreten Handlung durch die Handelnden. Auf diese Weise wurde sichergestellt, dass die Aussagen der Befragten mit ihrem Verständnis von Intuition an die Forscherin vermittelt wurde, d.h. die ggf. verzerrenden Interpretationen durch die Forscherin sollte in der Phase der Datenerhebung minimiert werden.

Es entstanden von den Forschungsteilnehmern eindeutig zugewiesene intuitionshaltige Sequenzen. Zugleich lag ein Fundus an Sequenzen vor, in denen die Pflegenden angaben, unbewusst, instinktiv, aus dem Bauch heraus, automatisch oder spontan und routiniert gehandelt zu haben. Einem erweiterten Intuitionsbegriff folgend, in dem Intuition zugleich in Bauchentscheidungen, Automatismen oder Routinen zeigen kann, wurden diese Sequenzen in die Datenauswertung mit aufgenommen. Darüber hinaus kann davon ausgegangen werden, dass im Rahmen der natürlichen Sprache eine Zuschreibung mehrerer Wörter mit ähnlicher Bedeutung zum Intuitionsbegriff stattfindet (Kap. 7 und Kap. 8). Im Ergebnis lagen zur Datenauswertung 62 von Pflegekräften eindeutig identifizierte Intuitionssequenzen und 61 Intuitionssequenzen mit erweitertem Intuitionsverständnis vor.

5.3.6 Transkriptionen der Videosequenzen und Interviews

Eine Transkription stellt eine grafische Darstellung ausgewählter Verhaltensaspekte von Personen dar, die an einem Interview oder einer Handlungssequenz teilnehmen (Kowal & O'Connell 2007: 437). Transkripte sind notwendig, um sprachliche oder nichtsprachliche Handlungen für wissenschaftliche Analysen in Papierform dauerhaft verfügbar zu machen. Das Ziel besteht darin, alle in der Situation enthaltenen Gestaltungsmerkmale wie Lachen oder Gesten so genau darzustellen, dass die Besonderheiten und die Einmaligkeit der Situation zum Tragen kommen. Dabei werden die Situationsmerkmale so verschriftlicht, dass eine Ähnlichkeitsbeziehung zwischen dem realen Verhalten und dessen Verschriftlichung besteht (Kowal & O'Connell 2007: 437f).

Transkripte können als selektive Konstrukte verstanden werden, weil sie immer eine Reduktion von Situationskomplexität darstellen und einem analogen zeitgebundenen Muster folgen. Sie sind auch deshalb Selektionen unterworfen, weil an ihrer Herstellung Forscher mit detaillierten Zielsetzungen, Fähigkeiten, aber auch Beschränkungen beteiligt sind. Diese Selektivität hat Auswirkungen auf die Datenanalyse. Um den Selektionen vorzubeugen, müssen die Notationszeichen festgelegt und expliziert werden (Kowal & O'Connell 2007: 440). Sie verfolgen das Ziel, die Transkripte verständlich, einheitlich und

den Rücken zu legen. ... ... Ich kann immer so schlecht mit diesen Lateinwörtern. Für mich ist das immer so Bauch, aus dem Bauch. ... so ohne drüber nachzudenken. ... ... Irgendwo hier drinnen, da sitzt einer, und dann passiert das. Das passiert dann."

transparent auszugestalten und liegen bei der Forscherin (z.B. sind Auslassungen im Text mit: ... gekennzeichnet). Für die Transkription der Tonbandaufzeichnungen aus den Interviews mit Pflegefachkräften wurde die Form der literarischen Umschrift gewählt, die es ermöglicht, Umgangssprache originalgetreu mit aufzunehmen. Als Transkriptformat wurde die häufig verwendete Zeilenschreibweise umgesetzt (Kowal & O'Connell 2007: 441).

Die digitalen Aufzeichnungen der Interviews wurden komplett transkribiert. Demgegenüber wurden nicht die gesamten Videofilme transkribiert, sondern lediglich alle 123 intuitionshaltigen Sequenzen. Die Transkriptionen, ebenfalls in literarischer Umschrift verfasst, gelten als Beleg für die Darstellung intuitiven Handelns und als Grundlage der Datenanalyse. Bei diesen Protokollen handelt es sich um ‚Transformationsprozesse', mit dem ein in sich logisches, sinnhaftes und strukturiertes Geschehen in eine ex post typisierende und selektierende Darstellung transformiert wird. Ein Gesamtgeschehen wird durch die Transkription mit dem Ziel der Verschriftlichung selektiert und neu rekonstruiert (Lüders 2007: 396).

Beginn und Ende der Videotranskriptionen markierten dabei die im Interview besprochenen Situationsinhalte. Entsprechend des Forschungsziels (Kap. 4.2) wurden vor und nach der intuitionshaltigen Handlung die Videoaufnahmen transkribiert. Dabei bestimmten maßgeblich der von den Pflegenden geäußerte Handlungsgehalt und Handlungssinn den zeitlichen Umfang der Transkription. Es wurde versucht, einen hohen Detaillierungsgrad der Handlungen zu erzielen, ohne die Sequenzen durch eine zu kleinteilige Deskription zu zerstören. Beispielsweise kam es der Forscherin in jener Sequenz, in der eine Pflegende der Pflegebedürftigen die Hand auf die Schulter legt, weniger auf die millimetergenaue Position der Hand zwischen Hals und Schultergelenk an, als vielmehr auf die Dauer des Auflegens der Hand. Ebenso wurde auf die weiteren Handlungen innerhalb der Situation, d.h. auf die Reaktion der Pflegebedürftigen und den Leib der Pflegekraft sowie die sprachlichen Begleithandlungen die Aufmerksamkeit gelegt.

Die Schwierigkeit bestand in der Transkription von jenen Videosequenzen, in denen Pflegende und Pflegebedürftige sprachlich und zugleich nichtsprachlich interagierten, wenn sie beispielsweise in den gemeinsamen Prozess der Körperpflege eingebunden waren und sich zugleich über einen Boxkampf am Vorabend unterhielten. Hier mussten kaum mögliche Entscheidungen getroffen werden.

Entsprechend der Empfehlungen von Kowal und O'Connell wurde der Fokus auf eine interpretationsfreie Beschreibung der Situation gelegt (in Flick 2007: 441). Vor diesem Hintergrund können die transkribierten Videosequenzen nicht als situationsgetreue Wiedergaben betrachtet werden, sondern als Texte von Autoren, die mit den zur Verfügung stehenden sprachlichen Mitteln ihre Situationsbeobachtungen in Zusammenhänge einordnen und textförmig nachvollziehbar gestalten (Lüders 2007: 396). Das reale, mehrdimensionale Geschehen wird zeitlich und inhaltlich strukturiert in eindimensionale Sprache gefasst. Dies geht immer mit Substanzverlusten einher. Aus diesem Grund war es

methodisch unerlässlich, die Videos mit den Pflegenden gemeinsam zu analysieren, um größtmögliche Annäherung an ein Situationsverstehen zu erzielen (Kap. 2.6).

Im Verlauf der vorliegenden Arbeit werden Interview- und Videoausschnitte als Beleg für bedeutungsvolle Aussagen und Handlungssequenzen aufgeführt (Anmerkungen Kapitel 7; Anmerkungen Kapitel 8). Sie enthalten die Kodierung der Videosequenz (V = Videosequenz) und die Nummer des Interviewpartners (IP = Interviewpartner) sowie die Zeilenangabe der Transkription. Die beobachteten und interviewten Pflegebedürftigen werden in den Anmerkungen mit PB XX bezeichnet.

5.4 Die Datenauswertung unter Anwendung der Grounded Theory-Methodologie

Im folgenden Abschnitt steht das Vorgehen bei der Auswertung des Datenmaterials in Anlehnung an die Grounded Theory-Methodologie im Mittelpunkt. Bestandteile des Datenmaterials sind die Transkriptionen von Videosequenzen und die dazugehörigen Interviewanalysen. Für das Vorgehen der Datenauswertung nahmen die Videosequenzen die Priorität gegenüber den komplementären Interviewanalysen ein, denn sie enthalten die Intuition, deren Entstehungsbedingungen und Kontextfaktoren. Das Interviewmaterial stellt als Hintergrund einen erklärenden Rahmen dar, der sowohl zur Intuitionsidentifikation als auch zur Situationsdeutung und -klärung beiträgt, jedoch nicht die Intuition selbst darstellt. In der Datenauswertung bildeten die Transkriptionen der Videosequenz und der Interviewanalyse eine sich ergänzende Einheit mit dem Primat auf der Videosequenz.

Die Materialauswertung wurde mit dem zur Auswertung nicht-numerischer, unstrukturierter Daten (Ohlbrecht in Flick 2007: 668f) hergestellten EDV-Programm winMax Standard als QDA Software (Qualitative Data Analysis) in der Version von 1999 durchgeführt. Es ersetzt nicht die Denkarbeit, analysiert nicht selbstständig die Daten, unterstützt jedoch bei der Textinterpretation und Theoriebildung. Es ermöglicht, in den Texten zu kategorisieren, zu klassifizieren und zu typisieren. Im Programm entsteht mit der Datenauswertung ein Beziehungssystem von Textstellen, Kategorien, Oberkategorien und Kodes, die die Auswertung der Daten mit der Grounded Theory-Methodologie unterstützen.

Die Umsetzung der Datenauswertung mit der Grounded Theory-Methodologie (GT) wird anhand der drei Schritte der GT dargestellt und exemplarisch mit Textstellen gestützt.

5.4.1 Offenes Kodieren

In dem ersten GT-Schritt wurden die transkribierten Video- und Interviewtextstellen je nach Bedeutungsgehalt Wort für Wort und Zeile für Zeile aufgebrochen und konzeptualisiert. Für das Intuitionsphänomen relevante, typische und hervortretende Erscheinungen oder Handlungen erhielten einen eigenen Kode. Diese bildeten Begriffe, die direkt dem Material entstammten (In-vivo-Codes) oder auf Grundlage des im Interview analysierten Handelns der Teilnehmer vergeben wurden. Auf diese Weise wurde das gesamte Textmaterial aus der Videodokumentation und den Interviews zur Videodokumentation kodiert.

In mehreren Videosequenzen handelten die Pflegekräfte manuell, indem sie beispielsweise den Rücken oder Genitalbereich von Pflegebedürftigen wuschen oder ein Bett neu bezogen. Zugleich haben sich die Pflegekräfte mit den Pflegebedürftigen über Themen unterhalten, die nicht das manuelle Handeln der Pflegekräfte zum Gegenstand hatten, wie z.B. über einen Boxkampf im Fernsehen am Vorabend. Die Videosequenz[16] dazu wurde mit den Kodes ‚Parallelität', ‚manuelle Handlung', ‚Gespräch' und ‚Routine' belegt. Die Aussagen der Pflegekraft im Interview[17] wurden mit dem textnahen Kode ‚bei ihm sein' belegt.

Im Verlauf wurden im Sinne einer komparativen Analyse Fragen an das Material gerichtet mit dem Ziel, Eigenschaften und Dimensionen im Rahmen einer Konzeptbeschreibung hypothetisch zu skizzieren (Kap. 5.2.2). Die Antworten wurden miteinander verglichen, konzeptualisiert und in einer vorläufigen Kategorie zusammengefasst. Beispielsweise konnte in einer erneuten Datenerhebung eine Video- und Interviewsequenz aufgenommen werden, in der ein Pfleger eine Pflegebedürftige wäscht und sich zeitgleich mit ihr über die Wäscheversorgung unterhält. Der Pflegende äußert im Interview, mit seinen Gedanken beim Gespräch über die Wäscheversorgung zu sein. Eine andere Pflegekraft äußert sich gleichfalls dahingehend, gedanklich bei dem Gespräch verankert

[16] V-IP12-3I: IP12 cremt den Unterbauch von PB XX ein, dann die Vorderseite der Oberschenkel. Zugleich fragt IP12: „Wer hat geboxt, wissen Sie das noch?", und sieht einmal kurz zu PB XX. Während sie cremt, liegt ihre linke Hand auf der rechten Gesäßhälfte von PB XX (als würde IP12 ihn gegen den ‚Cremedruck' von vorne stützen). „Nee, die Namen weiß ich nicht mehr", antwortet gähnend PB XX. IP12 nimmt sich neue Creme aus dem Gefäß, sieht kurz zu PB XX und bemerkt: „Waren also keine Deutschen?" Anschließend cremt IP12 die Vorderseite der Oberschenkel von PB XX, nimmt sich erneut Creme und wiederholt ihr Vorgehen. „Ja, ein Deutscher, Herbert, Herbert", äußert überlegend PB XX. Die linke Hand, die zuvor auf dem Gesäß lag, ist nach dem Creme-Entnehmen ausgestreckt am rechten Oberschenkel – liegt jedoch nicht auf, sondern ist etwas vom Schenkel entfernt – und ist zwischendurch am Cremen beteiligt. Nun cremt IP12 das Gesäß und die Rückseite der Oberschenkel und beide schweigen. IP12 nimmt sich erneut Lotion und cremt Gesäß sowie Oberschenkel. Zugleich sagt sie: „Ich kenn ja sowieso nur Tiger, ähm, wie heißt er, der Tiger, Micha, Michalschewski oder so ähnlich, ne?" „Ja, ja, Michaelschewski", bestätigt PB XX.

[17] V-IP12-3I: Interview zur Videosequenz:
Teilnehmerin: „Ich denke, als ich das Gespräch angefangen habe, war ich auch bei ihm ...

zu sein. Die Antworten aus den Fragen an das Datenmaterial haben zu dem Ergebnis geführt, dass der erste Kode ‚bei ihm sein' in den abstrakteren Begriff ‚Aufmerksamkeit' eingeflossen und unter die Kategorie ‚Gespräch' subsumiert wurde. Die Analyse der Textstellen auf Grund von Fragen (z.B. Wie und wann beginnt und endet ein Gespräch? Wie wird es von den Handelnden bewertet? Was macht das Gespräch zu dem, was es ist? Was ermöglicht das Gespräch? Was braucht ein Gespräch, um zu entstehen? Wie verhalten sich die Pflegebedürftigen?) führten zur ersten hypothetischen Beschreibung der Charakteristika des Konzeptes. Es stellt die Grundlage für den nächsten Schritt dar, die Beziehungen zwischen den Konzepten herauszuarbeiten.

Flankierend dazu wurden während der gesamten Datenanalyse zahlreiche Memos mit Überlegungen zur Vorgehensweise und zum Inhalt, mit Hypothesen, Planungsnotizen und mit verschiedenen thematischen Bezügen angelegt[18]. Sie wurden überwiegend im GT-Prozess weiter bearbeitet oder auch vervollständigt und bilden die Brücke zwischen abstraktem Denken und den Daten.

5.4.2 Axiales Kodieren

Die bestehenden Kategorien werden in der zweiten GT-Phase komparativ analysiert, in Kategorien höherer Ordnung zusammengefasst und in Beziehung zueinander gesetzt. Auf diese Weise entstehen Sub- und Hauptkategorien. Das Ziel besteht darin, die Daten mit Hilfe des Kodierparadigmas nach Bedingungen, Interaktionen, Strategien und Konsequenzen stärker zu fokussieren und zu verdichten (Kap. 5.2.2).

Unter der Hauptkategorie stellt sich intuitives Pflegehandeln als manuelles Routinehandeln heraus. Die Tatsache, dass Pflegende und Pflegebedürftige Hand-in-Hand-Arbeiten, ihnen die Arbeitsabläufe bekannt sind und sie darüber nicht zu sprechen brauchen, ermöglicht ein Gespräch zwischen beiden, dessen Inhalt nicht mit der manuellen Handlung in Zusammenhang steht. Das zeitgleiche manuelle und sprachliche Handeln mit dem Pflegebedürftigen zusammen erzeugt eine Handlungsparallelität. Die Hauptkategorie hieß ‚Handlungsparallelität' und die Subkategorien lauteten ‚manuelle Routine', ‚Gespräch' und ‚Aufmerksamkeit'; sie bilden die inhaltlichen Kennzeichen der beobach-

[18] V-IP8-2I: Die Pflegekraft äußert gegenüber der Pflegebedürftigen während der Körperpflege: „Heute wiegen Sie bestimmt wieder ein bisschen mehr, glaube ich".
Memo: Dem direkt Vorangegangenen ist nicht entnehmbar, wie IP8 wahrnimmt und entscheidet, dass die Pflegebedürftige mehr wiegt. Die Pflegebedürftige hat keine diesbezügliche Frage gestellt und nicht um Gewichtsauskunft gebeten. IP8 erklärt nicht, was ihre Aussage bedeutet oder wie diese Aussage entstanden ist. Die Aussage von IP8 steht in direktem Zusammenhang mit der Gesundheit der Pflegebedürftigen. IP8 beendet ihre Feststellung mit: „glaube ich". Die Aussage stellt eine Vermutung dar. Komplette Sicherheit hat IP8 erst nach dem Wiegen, jedoch hat IP8 eine Vermutung vom Ergebnis. Ist die Intuition von IP8 die Ahnung oder Vermutung, dass die Pflegebedürftig mehr wiegt oder liegt die Intuition in der Äußerung dieser Vermutung? IP8 formuliert ihre Vermutung mit leiser Stimme, d.h. noch etwas zurückhaltend und vorsichtig.

teten und analysierten Intuition. Unter Anwendung des Kodierparadigmas entstanden die Subkategorien der Handlungsparallelität: ‚Voraussetzungen', ‚Bedingungen', ‚Auflösen', ‚Intention' und ‚Wirkung'.

Die Umsetzung der GT, verstanden als Prozess der gleichzeitigen Erhebung und Analyse von Daten, führte zur Suche nach weiteren Sequenzen, in denen sich Handlungsparallelität zeigte. Da sich die Aussagen der Pflegenden zur Parallelität jedoch wiederholten, wurden diese Sequenzen nicht intensiver bei der Analyse der Videodokumentation mit anderen Pflegenden besprochen. Die Forscherin ging davon aus, eine inhaltliche Dichte und damit eine theoretische Sättigung erzielt zu haben. Vielmehr wurde die Suche nach abweichenden Mustern von Handlungsparallelität intensiviert, d.h. eine minimale Kontrastierung angestrebt. Auf diese Weise entstand eine weitere Hauptkategorie, die Intuition als manuelle Handlungsroutine, jedoch ohne Gespräch zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen, zum Inhalt hat. Maximale Kontrastierungen basieren auf umgekehrten Fällen mit extrem unterschiedlichen Merkmalen. Eine solche zeigt sich beispielsweise, wenn Pflegende intuitiv Techniken einsetzen, um mit Erlebnis- oder Problemäußerungen von Pflegebedürftigen umzugehen. In diese Sequenzen beeinflussen die Gespräche das manuelle Handeln der Pflegenden.

5.4.3 Selektives Kodieren

Die letzte Phase der Datenanalyse dient dazu, die gebildeten Hauptkategorien und die bis dahin entstandenen theoretischen Konzepte in wenigen Kern- oder Schlüsselkategorien innerhalb eines Kategoriensystems zu verdichten. Die theoretischen Vorstellungen aus dem offenen und axialen Kodieren werden zu einer Theorie integriert. Dazu wird ein roter Faden entwickelt, der die zentralen Ergebnisse bündelt. Auf diese Weise sind als Ergebnis zwei Kernkategorien entstanden (Kap. 7 und Kap.8).

Die entwickelte bereichsbezogene Theorie (Kap. 6) kann als Grounded Theory im Sinne der GT-Methodologie verstanden werden. Sie wurde für ein bestimmtes empirisches Feld der Sozialforschung entwickelt – das intuitive Handeln von Pflegekräften in der ambulanten Pflege in Interaktion mit Pflegebedürftigen – und die Ergebnisse sind speziell für diesen Bereich tragfähig. Sie liefert Erklärungen zur Forschungsfrage (Strauss 1998: 303ff; Lamnek 2005: 102f).

Der Forschungsprozess wurde beendet, die gewonnene Theorie als datengestützt und konzeptuell dicht begründet erachtet, weil keine weiteren Fälle und im Textmaterial keine relevanten Ähnlichkeiten oder Unterschiede gefunden und einbezogen werden konnten, die die vorhanden Kategorien beeinflusst oder die Entstehung neuer Kategorien begründet hätten (Lamnek 2005: 189ff).

Trotz der Bemühungen, das Sampling an den vorgefundenen Kontrastlinien auszurichten, ist dennoch davon auszugehen, dass weitere Variationen intuitiven Handelns von

Pflegekräften in der ambulanten Pflege existieren. Hinweise darauf resultieren aus einer Videosequenz, in der eine pflegende Angehörige die Situation bereichert. Sie zieht die Zudecke ihres im Bett liegenden pflegebedürftigen Ehemannes weg und die Pflegekraft beendet unbewusst ihr Gespräch mit dem Pflegebedürftigen und beginnt mit der Körperpflege (V-IP7b-1I). Diese Sequenz passt nicht zum roten Faden der bestehenden Schlüsselkategorien, die intervenierenden Bedingungen entsprechen nicht dem Muster bisheriger Kategorien. Auch durch das Zurückgehen zum offenen Kodieren, das Aufbrechen des Falles in die jeweiligen Einzelteile (Strauss & Corbin 1996: 115f) führte zu keiner weiteren Kategorie und bot nicht hinreichenden Anlass, das theoretical sampling an dieser Stelle zu erweitern. Untergeordnete Kategorien, die in Bezug zu den Schlüsselkategorien irrelevant sind, können „beiseite gelegt werden (auch wenn sie oft für sich genommen interessant sind)“ (Strauss 1998: 123) oder der Forscher versucht sie in die Analyse mit einzubeziehen (Strauss 1998: 123). Die Interaktion mit Angehörigen stand nicht im Fokus der Forschungsarbeit, obwohl sie unbewusstes pflegerisches Handeln herbeiführen können, sodass die Forscherin sich für das Beiseitelegen entschied.

5.5 Gütekriterien

Autoren qualitativer Forschung sehen sich oftmals einem stärkeren Legitimationsdruck ausgesetzt als die Vertreter eines quantitativen Ansatzes. Um diesem Diskurs zu begegnen, vertreten Lincoln und Guba (in Haller 2000: 32ff) die Position, dass im Forschungsstil des interpretativen Paradigmas spezifische Gütekriterien eingesetzt werden müssen. Gleichzeitig orientieren sie sich an den Gütekriterien des quantitativen Forschungsparadigmas wie Validität und Reliabilität (Haller 2000: 32ff). Auch Strauss und Corbin teilen die Meinung, dass die üblichen Kriterien eine „Umdefinition erfahren sollten, damit sie der Wirklichkeit der qualitativen Forschung und der Komplexität sozialer Phänomene gerecht werden.“ (Strauss & Corbin 1996: 214). Die Gütekriterien qualitativer Forschungsarbeiten sind auf die Gesamtkonzeption der Forschungsarbeit abgestimmt und orientieren sich begrifflich an den klassischen Gütekriterien quantitativer Forschung (Lamnek 2005: 142ff):

1. Validierung

   Die Validierung, in deren Mittelpunkt die Vertrauens- und Glaubwürdigkeit von Prozess und Ergebnis stehen, genießt den höchsten Status gegenüber anderen Gütekriterien. Validierung wird als Konstruktion von Wissen und als sozialer Diskurs verstanden. Eine Validierung der Ergebnisse soll durch eine intersubjektive Überprüfbarkeit des Vorgehens und eine kommunikative Dateninterpretation von Texten während der Analyse erfolgen (Lamnek 2005: 142-166; Steinke 2007: 324ff). In Anlehnung an Lamnek (2005: 153f) bedarf es der Ausweisung von Vorannahmen über die zu untersuchende Wirklichkeit und deren Beeinflussung auf das Forscher-

verhalten. Die Validierung kann durch die Triangulation und analytische Induktion methodisch gestützt werden (Lamnek 2005: 142-166).

Die Vorannahmen sind in Kapitel 1, 2 und 3 sowie in Kapitel 5.3.1 offengelegt. Die Umsetzung der Methoden- und Datentriangulation ist in Kapitel 5.3.2 sowie mit der analytischen Induktion als Analyse abweichender Fälle (Kap. 5.3.3) im Forschungsprozess berücksichtigt.

Die Datenauswertung in Anlehnung an die GT-Methodologie ist als diskursiver Prozess konzipiert. Der Dialog mit Praktikern und Forschern wurde zu unterschiedlichen Zeitpunkten gesucht, um einen hohen Wahrheitsgehalt bei der Datenanalyse anzustreben und die Ergebnisse auf Plausibilität hin zu prüfen. In diesem Zusammenhang wurden Kategorien als Zwischenstände und Ergebnisse mit Pflegekräften der ambulanten Pflege, mit anderen Forschern und auch Pflegestudierenden validiert. Auf dem 2. Kongress „Ambulante Pflege – Herausforderungen und Antworten“ 2007 in Hamburg führte die Forscherin mit Pflegekräften von ambulanten Pflegediensten einen Workshop zu dem Thema „Wissensbestände in der ambulanten Pflege“ durch. Den Teilnehmern wurden erste Kategorien präsentiert und diese mit ihnen diskutiert.

Mit Studierenden im 6. und 7. Semester des Studiengangs Pflege an der Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg, die zugleich eine Ausbildung als Pflegefachkräfte und Berufserfahrungen im pflegerischen Handlungsfeld aufwiesen, fand ein Seminar zu dem Thema „Intuition in der Pflege auf Basis der Grounded Theory“ statt. Die Studierenden haben ausgewählte Daten aus einzelnen Kategorien mit der GT-Methodologie analysiert. Das Ziel bestand darin, sowohl mit dem praktischen als auch dem methodischen Wissen der Studierenden unentdeckte Aspekte im Datenmaterial zu identifizieren, die Übereinstimmung der Ergebnisse mit dem Erfahrungshorizont der Studierenden als Pflegekräfte zu überprüfen und eingefahrene Denkmuster der Forscherin aufzubrechen.

Im Doktorandenkolloquium der Universität Bremen, Fachbereich 11 Human-und Gesundheitswissenschaft wurden mehrfach Ergebnisse des axialen Kodierens vorgestellt und diskursiv die Deutungen der Forscherin bereichert, Passungsprobleme aufgezeigt und der Analyseprozess kritisch reflektiert.

Darüber hinaus nahm die Forscherin an einem Kolloquium mit Doktoranden aus verschiedenen Disziplinen teil, deren Anwendung der GT-Methodologie das verbindende Element darstellte. Hier wurden ausgewählte Textpassagen unabhängig voneinander kategorisiert, mit denen der Forscherin verglichen, ‚Ungereimtheiten‘ im Vorgehen, in den Daten und Passungsprobleme aufgedeckt sowie bearbeitet.

Die unterschiedlichen Foren trugen zur Erhöhung der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit und Plausibilität der Ergebnisse und damit zur Verbesserung der Kategorienbildung bei.

Als eine weitere zentrale Technik zur Erhöhung der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit wird die Dokumentation des Forschungsprozesses betrachtet (Steinke 2007: 324). Sie ist unter Kapitel 5.3 und 5.4 dargelegt. Um einen Rückbezug zu den Daten zu ermöglichen, sind im Anhang unter Anmerkungen Kapitel 7 und Anmerkungen Kapitel 8 die zentralen Transkriptionen als Belege für die Aussagen in den Kategorien aufgenommen.

2. Zuverlässigkeit

   In Abgrenzung zur quantitativen Forschung tritt hier an die Stelle der Reliabilität die Betonung der situativen Kontextgebundenheit für die Ergebnisse der Datenerhebung und -auswertung. Statt der Kontrolle verschiedener Variablen wird die Plausibilität der Ergebnisse vor dem Hintergrund der Ergebnispräsentation als Gütekriterium zu Grunde gelegt (Lamnek 2005: 166-172). Alternativ zur Reliabilität sind eine Stimmigkeit von Forschungsziel, Methodenwahl und eine angemessene Offenheit gegenüber der Komplexität des Forschungsgegenstandes sowie ein Diskurs von Forscher und Forschungssubjekten von Bedeutung (Bogumil & Immerfall in Lamnek 2005: 171).

   Die Darstellung der situativen Kontextgebundenheit findet sich in der Ergebnispräsentation in Kapitel 7 und 8 sowie in Kapitel 5.3 bei der Vorstellung des Forschungsprozesses unter Anwendung der GT-Methodologie. Das Forschungsziel und die Methodenwahl sind in den vorangegangenen Kapiteln (Kap. 4.1, Kap. 4.2 und Kap. 5.3) beschrieben. Die Anmerkungen zu Kapitel 7 und 8 enthalten die Transkriptionen und dienen der Transparenz der Kategorien. Der Diskurs mit den Forschungssubjekten ist im Forschungsdesign gezielt angelegt und unter den vorangegangenen Ausführungen zur Validierung dargelegt.

3. Objektivität

   Der Begriff der Objektivität wird vermehrt durch den der interindividuellen Zuverlässigkeit ersetzt. Objektivität kann als Gegensatz zur Subjektivität verstanden werden und impliziert die Umsetzung allgemeiner Kriterien wissenschaftlichen Arbeitens. Die Beurteilung der Objektivität qualitativer Sozialforschung kann durch zwei Kriterien erfolgen: zum einen durch die innere Stimmigkeit bei der Konsistenz der Gewinnung der Daten, der verwendeten Methoden und der Interpretation der Daten. Der Nachweis kann beispielsweise über eine korrekte Stichprobenauswahl und logische Schlussfolgerungen erfolgen. Zum anderen erfolgt die Beurteilung über eine äußere Stimmigkeit, d.h. der Übereinstimmung des Ergebnisses mit dem Wissen über den Untersuchungsgegenstand. Das Kriterium der inneren Stimmigkeit steht im Vordergrund der Objektivität und garantiert primär verwertbare Ergebnisse. Dabei kommt der komparativen Analyse eine entscheidende Bedeutung zu. Die fallgerechte Beschreibung, die Kategorien und deren Dimensionen, deren Überprüfung an der sozialen Wirklichkeit sowie die Integration der Ergebnisse können

die Angemessenheit und Glaubwürdigkeit einer Theorie belegen. Dabei sind die Auswahl von typischen Fällen im Sample und die Kontrastierung bedeutungsvoll (Lamnek 2005: 172-180).

Das theoretical sampling in Kapitel 5.3.3 gibt Auskunft über die Stichprobenauswahl und in Kapitel 5.4 ist exemplarisch der Prozess der Kategorienbildung auf der Grundlage der komparativen Analyse dargestellt.

4. Repräsentanz und Generalisierung

   Repräsentanz und Generalisierung werden durch die Allgemeinheit mit rekonstruktiven Verfahren gesichert. Die Ausweisung des Typischen im Sinne von Idealtypen und Extremtypen steht im Mittelpunkt und impliziert eine theoretisch-systemische Auswahl. Es geht darum, durch einen kommunikativen Prozess und durch Abstraktion zum Wesentlichen zu gelangen. Eine große theoretische Reichweite wird durch den Einbezug typischer Fälle und durch eine systematische Fallauswahl erzielt (Lamnek 2005: 180-187). Die Ergebnisse sollen empirisch verankert sein, d.h. sich erkennbar auf das Datenmaterial gründen (Steinke 2007: 328). Im Rahmen der GT-Methodologie wird dies durch die Transparenz und Aufeinanderbezogenheit der Phasen der Kodierung und Kategorisierung, begleitet durch Memos, gewährleistet. Textbelege innerhalb der Theorie unterstützen die Transparenz (Steinke 2007: 328).

   Die Theorie wird in den nachfolgenden Kapiteln vorgestellt und mit Textbelegen (Anmerkungen Kapitel 7 und Anmerkungen Kapitel 8) gestützt. Der Forschungsprozess ist unter Kapitel 5.3 und 5.4 dargelegt. Eine intensive Feldphase trug dazu bei, typische und abweichende Fälle zu identifizieren.

5.6 Zusammenfassung

In diesem Kapitel wurden ausgehend von der qualitativen Sozialforschung, der Symbolische Interaktionismus als wissenschaftstheoretische Basis und die Methodologie der Grounded Theory dargelegt. Qualitative Sozialforschung und Grounded Theory-Methodologie begründen das für diese Arbeit gewählte Vorgehen und können als geeignet betrachtete werden, die Wirklichkeit pflegerischen Handelns als soziales Verhalten mit dem Forschungsinteresse zu verknüpfen.

Die Grounded Theory-Methodologie wurde ausführlich mit den drei Schritten zur Theoriebildung vorgestellt. Die Darstellung legt den Grundstein für die anschließend beschriebene Vorgehensweise bei der Umsetzung der Grounded Theory-Methodologie. Im Verlauf wurden, Bezug nehmend auf das konkrete Forschungsvorgehen, die Anwendung der Methodologie aufgezeigt und die Methodenauswahl dargelegt und begründet. Sie be-

steht in einer Triangulation aus teilnehmender Beobachtung, Videodokumentation und leitfadengestütztem Interview. Der Abschnitt des theoretical sampling hat die Beschreibung der ambulanten Pflegedienste, der rekrutierten Forschungsteilnehmer und ihrer Arbeitsaufgaben bei den Pflegebedürftigen zum Inhalt. Eine Übersicht zum Sampling gibt Auskunft über die Suche nach kontrastierenden Fällen einerseits und des typischen Abbildes der ambulanten Pflege in der gewählten Stichprobe andererseits. Zum Schutz der Forschungsteilnehmer wurden forschungsethische Aspekte umgesetzt. Der sich daran anschließende Abschnitt hat das methodische Vorgehen zur Identifikation von Intuition im Handeln der Pflegenden zum Inhalt. Hier steht das Aufspüren von Intuition auf der Grundlage der Videodokumentation in den sprachlichen und nichtsprachlichen Handlungen im Mittelpunkt. Das Ergebnis sind 123 intuitionshaltige Videosequenzen, die mit den Handelnden im Interview analysiert wurden.

Das Vorgehen, die Möglichkeiten und Grenzen der Transkriptionen zeigt der abschließende Abschnitt auf. Die Transkriptionen stehen am Übergang von der Datenerhebung zur Datenauswertung. Sie sind sowohl mit der Datenerhebung entstanden, Teil dessen und zugleich beginnt mit den Transkriptionen der Prozess der Analyse und Auswertung.

Die Datenauswertung wurde als Wechselprozess von Datenerhebung und -analyse umgesetzt, in den theorieorientierte und auch gegenstandsorientierte Aspekte einflossen. Das Material zur Datenanalyse bildeten primär die Videotranskriptionen und komplementär die Interviewtranskriptionen mit den handelnden Pflegekräften. Durch die Anwendung der drei GT-Schritte auf der Basis der komparativen Analyse und durch die Erstellung von Memos sind Schlüsselkategorien entstanden. Dazu wurden zunächst das Textmaterial in Kodes aufgebrochen, mit dem Kodierparadigma Kategorien beschrieben, minimale und maximale Kontrastierungen angestrebt und Hauptkategorien herausgeschält, die abschließend in Schlüsselkategorien verdichtet wurden. Sie bilden die formale, gegenstandsverankerte Theorie intuitiven Handelns von Pflegekräften in der ambulanten Pflege. Sie wird im nachstehenden Kapitel als Ergebnis der Forschungstätigkeit dargestellt.

Die Gütekriterien qualitativer Forschung orientieren sich an denen der quantitativen und werden umdefiniert. Sie lauten Validierung, Zuverlässigkeit, Objektivität und Repräsentanz sowie Generalisierung. Die zentralen Techniken zum Nachweis der Gütekriterien – intersubjektive Nachvollziehbarkeit, die Triangulation, die Explikation von Vorannahmen, eine analytische Induktion typischer und abweichender Fälle und eine Transparenz des Forschungsprozesses – wurden gewährleistet.

6 Das pflegerische Handlungsmodell als Folie intuitiven Pflegehandelns

Die in diesem Kapitel vorgestellte Theorie des pflegerischen Handlungsmodells von intuitivem Pflegehandeln stellt das Forschungsergebnis dar. In den weiteren Kapiteln 7 und 8 wird vor dem Hintergrund des Handlungsmodells das intuitive Pflegehandeln entfaltet. Dabei steht die Deskription von Entstehungskontexten, Bestandteilen und Merkmalen intuitiven Pflegehandelns in der ambulanten Pflege im Mittelpunkt der Betrachtung. Darüber hinaus sind die Selbstwahrnehmungen von Intuition durch die beruflich Pflegenden Gegenstand der Ausführungen.

6.1 Das fallgebundene Handlungsmodell der Pflegenden

Das pflegerische Handlungsmodell stellt einen gedanklichen Entwurf der Pflegenden für die alltäglichen Handlungen bei Pflegebedürftigen dar (zum Handlungsbegriff Kap. 1.1.3). Es ist an die Pflegekraft und an den individuellen Pflegebedürftigen gebunden, basiert auf konkreten Handlungssituationen von Pflegenden mit Pflegebedürftigen und ist zugleich in seiner Funktion situationsungebunden. Das Handlungsmodell wird hier als gedankliches Abbild verstanden, das sich durch Pflegehandlungen beim individuellen Pflegebedürftigen herausbildet. Es kann als ideelle Abstraktion einzelner Bestandteile der beruflichen Realität der Pflegenden verstanden werden. Das Modell repräsentiert für die handelnde Pflegekraft relevante Einzelelemente eines gesamten Handlungsoriginals. Jede Pflegekraft verfügt über ein eigenes Handlungsmodell. Es ist Abbild der pflegerischen Routine und damit der Handlungsnormalität zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen. Es stellt einen Orientierungsrahmen für das pflegerische Handeln dar.

6.1.1 Charakteristika des Handlungsmodells

Inhalte des Handlungsmodells bilden ausschließlich die manuellen Pflegehandlungen. Sprachliche Handlungen sind nicht Modellgegenstand[19].

Das Handlungsmodell ist eine fallgebundene, realitätsnahe Reduzierung von Handlungsentwürfen auf Ziele bzw. Inhalte, Intentionen, Aufgaben, Umsetzungsformen und Zeit (Abb. 2). Es ist für die Pflegenden der fallgebundene Entwurf im Sinne einer Folie für die Handlungsumsetzung bei dem Pflegebedürftigen.

Innerhalb des Modells wird eine Makro- von einer Mikroebene unterschieden. Die Makroebene umfasst den gesamten Arbeitstag der Pflegenden, bildet einen übergeordneten Rahmen und enthält als Fixpunkte den Beginn und das Ende der jeweiligen Anwesenheit beim Pflegebedürftigen. Sie integriert die pflegerischen Aktivitäten, die Beziehungsgestaltung und Bedürfnisse aller an dem Arbeitstag betreuten Pflegebedürftigen. Pflegende jonglieren mit den Zielen, Aufgaben, den Formen der Umsetzung der Aufgaben und der ihnen zur Verfügung stehenden Zeit und balancieren diese im Sinne einer Leistungsgerechtigkeit unter Berücksichtigung der individuellen Bedarfe der Pflegebedürftigen aus[20].

[19] Das hier beschriebene Handlungsmodell ist in den Kontext intuitiven Pflegehandelns gestellt. Weitere Modellaspekte und -bestandteile wie seine Entstehung, der Anteil sprachlicher Handlungen oder Beginn und Ende des Handlungsmodells sind auf Grund des Forschungsziels nicht erklärt.

[20] IP5: Interview (Zeilen 26-214):
T: Für mich persönlich ist es von Vorteil [in der ambulanten Pflege], dass man sich vieles selbst einteilen kann. ... Dann lässt sich das ganz toll kombinieren. Man kann eben auch sagen „Ich bleib hier jetzt mal zehn, fünfzehn Minuten länger“, weil diese Zeit eben gebraucht wird. Man hat dann aber auch die Möglichkeit, sich die Zeit woanders wieder reinzuholen. ... Aber es ist eben manchmal so, dass Du diese zehn Minuten länger brauchst. Es muss gar nicht etwas Medizinisches sein, es ist dann eben einfach so. Du kannst es eben weitestgehend auch nur in einem gewissen Rahmen, Du kannst es Dir weitestgehend frei einteilen. ... I: ... Hast Du ein Beispiel dafür? T: So mit dem Duschen, ne. In diesen Leistungsnachweisen, die wir abhaken müssen, steht dann auch drin, dienstags [Duschen]. Das kannst Du aber auch auf Mittwoch umhaken. Das kannst Du einfach machen. Oder da steht, dienstags einkaufen. Jetzt wird aber Dienstag kein Einkauf gebraucht, dann machst Du das mittwochs oder Du gehst schon montags, weil Du siehst, das wird ein bisschen knapp mit dem Frühstück morgen früh oder dem Abendbrot heute Abend. Du kannst auch mal zum Arzt begleiten. Das Organisationsnetz muss natürlich im Ganzen klappen / Du kannst, ich sag mal, mauscheln. Wir holen uns jetzt irgendwie eine Viertelstunde und setzen uns die zusammen auf den Balkon. ... ... Das ist ein Patientenwunsch. Das mache ich ja mit ihm. Ich sage dann: „Wissen Sie was, ich setze Sie jetzt auf den Balkon, dann koche ich schnell die Kartoffeln und dann hole ich Sie wieder rein.“ So, ne. Ich finde auch, dass es kein schlimmes oder negatives Mauscheln ist. Wenn ich sag: „Ich saug' Ihre Wohnung“, das ist soweit in Ordnung. Da ist nichts, was man saugen muss. Diese Zeit nehme ich, um dies, das und das zu machen. Da kannst Du ein bisschen flexibler agieren. Die Pflegeversicherung heute hat das bestimmt nicht so gern. Aber den Leuten tut's gut. ... Ich für mich organisiere mich jeden Tag neu. Ich krieg' meinen Wochenplan, den krieg' ich freitags, da steht drauf, wo ich nächste Woche Montag bis Freitag hingehe. Dann gucke ich schon, welche Patienten ich hab'. ... Dann habe ich die ganze Woche dieselbe Tour, dann komme ich montags hin, und dann mache ich mir bei jedem Patienten schon einen Wochenplan, wann wir was machen, der natürlich im Rahmen / wenn der Patient jetzt sagt, mittwochs duschen / lieber heute, dann

Das zeitliche Austarieren zwischen den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen und der für die Pflege zur Verfügung stehenden Zeit kann Pflegende davor schützen, dass sie trotz der von ihnen als bedeutsam eingeschätzten Gespräche mit Pflegebedürftigen nicht ihre vorgesehene Zeit überschreiten[21]. Die in den Aussagen der Pflegenden enthaltenen In-vivo-Codes (Strauss & Corbin 1996: 17) ‚Rahmen behalten' und ‚inneres Zeitgefühl' bezeugen das Vorhandensein eines handlungssteuernden Modells der Pflegenden, das Zeit und Arbeitsinhalt integriert. Abweichungen vom Makroplan, z.B. durch zusätzliche Pflegeleistungen, können sich direkt auf den Mikroplan auswirken[22].

können wir es natürlich auch heute machen. Ein grobes Gerüst stecke ich mir schon mit denen ab, wo wir absprechen, wann wir was machen. Wie ich das dann für mich organisieren kann. Dann weiß ich, aha, morgen habe ich bei der Patientin 20 Minuten mehr, weil sie laut Plan duscht; die brauche ich aber nicht, weil wir das jetzt auf den und den Tag verschoben haben – das passt mir ganz gut, das passt ihr ganz gut – und dann habe ich diese 20 Minuten, um mit irgendeinem anderen Patienten irgendetwas anderes zu machen. Mal brauche ich den Tag länger, aber dann bin ich den Tag schneller, aber wenn Du so die Gesamtwoche guckst, habe ich genau das gearbeitet, was ich auch soll. Ich verschiebe das so für mich innerhalb der Tage. Ich puzzle mir das so zusammen. I: Was leitet Dich da, wenn Du Dein Puzzle am Montagmorgen zusammenstellst? T: Das mache ich ja nicht nach mir, das ergibt sich von alleine. Ich sitze jetzt nicht zu Hause, mache ein Puzzle, gehe zum Patienten und stelle das vor. So nicht. Das ergibt sich irgendwie so. Dann fragen die „Wann kommen Sie denn wieder?" oder „Wie lange kommen Sie denn jetzt?". Dann sage ich ... ... „Ich komme diese Woche ganz bis Freitag durchgehend zu Ihnen". „Das ist ja schön. Mittwoch wollte ich gerne einkaufen gehen, weil dann hat der das und das im Angebot, und dann könnten wir auf dem Rückweg beim Fischmarkt vorbei". „Ja, wunderbar, das machen wir". Und dann kommst Du zum Nächsten, der hat dann auch irgendetwas. Und dadurch schiebt sich das zusammen. Ich kann nicht so stur nach Plan. Häufig steht auf meinem Plan „Sie müssen aber" – das widerstrebt mir. Das mag ich selber auch nicht. Wenn Du dieses Gefühl hast, Du musst jetzt das machen. Keiner braucht es, dass Du es jetzt machst, keiner will es eigentlich, dass Du es jetzt machst, aber Du musst es machen. Das mag ich nicht, dann bringt mir die Arbeit keinen Spaß. Es ergibt sich durch die Bedürfnisse. Sie sprechen ja auch Dich an. Können wir dann und dann dies und dies machen? Wenn sie einfach so sagen „Ich würde so gerne mal wieder in den Park", wo Du Dir sagst „Mensch, würde mir heute ganz gut passen". Dann hat schon jemand anders einen Wunsch gehabt, wodurch ich Zeit habe. „Lassen Sie uns das doch jetzt machen. Oder aber ich kann Ihnen Donnerstag anbieten". Und so planen wir das. Und dann habe ich die ganze Woche die Tour und alle sind glücklich. Ich bin für mich zufrieden, denke, dass es gut ist, gehe mit einem guten Gefühl nach Hause, Tag für Tag. Ich denke, dass die Patienten dann auch zufrieden sind, weil ich glaube, dass die das auch nicht wollen, so nach Schema F abgearbeitet zu werden. Das kann ich mir nicht vorstellen.

[21] V-IP5-4A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 2898-2907):
T: Es gäbe sicherlich noch tausend andere Themen, wo ich mich mit ihr unterhalten könnte, und auch stundenlang. ... Ich muss dann aber selbst auch aufpassen / gerne nehme ich mir Zeit, aber ich muss eben auch aufpassen, dass ich nicht all meine Zeit nur für sie vertütter. Dass ich meinen Rahmen behalte. Du kriegst dann so ein innerliches Zeitgefühl. Dann weißt Du, so langsam musst Du dann aber auch zum Ende kommen. Ohne Stress, ohne alles.

[22] IP7a: Interview (Zeilen 300-312):
T: Ich hatte das gerade mit einer Patientin, die sonst nie so gut zu Fuß war. Jetzt musste sie aber zum Arzt wegen eines EKGs. Das war schon ein ziemlich großer Plan, dass wir das alles so hingekriegt haben. ... ... Das hat sehr viel Zeit in Anspruch genommen, war aber auch geplant. Ich mach es dann meistens so, dass ich abschätze, wie viel Zeit ich länger brauche, dann wird es natürlich für die nächsten Patienten sehr viel enger.

Auf Grund der Anlage der Forschungsarbeit mit dem Ziel, Intuition in der konkreten pflegerischen Situation zu explorieren, ist die Beziehung zwischen der Makroebene des Handlungsmodells und dem Forschungsgegenstand nicht weiter untersucht.

Die Mikroebene innerhalb des Handlungsmodells bezeichnet den gedanklichen Handlungsentwurf von Pflegenden bei einem Pflegebedürftigen. Für jeden Pflegebedürftigen existiert eine subjektive Abbildung als Handlungsentwurf durch die jeweilige Pflegende. Das Modell bildet als handlungsleitende, sensibel austarierte Folie die Ziele für den individuellen Pflegebedürftigen und die mit den pflegerischen Aufgaben einhergehenden Ziele[23] [24] sowie detaillierte Aufgaben im Sinne von Arbeitsinhalten und die zur Verfügung stehende Zeit beim jeweiligen Pflegebedürftigen in dessen Häuslichkeit ab. Die Aussagen der Pflegenden über ihre Ziele beim jeweiligen Pflegebedürftigen belegen, dass sich das Pflegehandeln sowohl an vertraglich vereinbarten Leistungen und den damit einhergehenden Zielen als auch an den Bedeutungswelten, privaten Hintergründen und Bedürfnissen der Pflegebedürftigen orientieren.

Das Modell stellt einerseits die gedankliche Abstraktion der Realität dar und wirkt andererseits im Sinne einer Folie auf die Realität. Ähnlich einer Overhead-Folie, deren Inhalt von einem Projektor an eine Leinwand projiziert wird, wirft das Handlungsmodell seine steuernden Fixpunkte auf die Realität des pflegerischen Handelns beim Pflegebedürftigen.

[23] IP4: Interview (Zeilen: 373-399):
T: Die PB XX ist eine allein stehende Person ... und sehr einsam. Sie hat keine Kinder, keinen Mann und ... sie ist manchmal sehr depressiv und sie hat niemanden zu reden. Sie hat manchmal dieses Bedürfnis, so wie heute, sich ein bisschen mit jemandem unterhalten zu wollen. Und wenn man sich ein bisschen Zeit nimmt, im Nachhinein sind ihre Blutzuckerwerte ein bisschen normal. Sie ist Diabetikerin. Und man muss ihr ein bisschen das Gefühl geben, dass sie nicht ganz alleine ist, dass sie jemanden hat. Zum Beispiel habe ich ihr versprochen, dass sie, wenn sie übernächste Woche zum Frisör geht, dass ich sie hinfahren werde. Das heißt, ich fahre sie hin und es geht ihr im Nachhinein am nächsten Tag besser. Es ist nicht nur der Frisör, sondern das Gefühl, dass jemand für sie da ist und ich sehe dann, dass sie mehr Lust am Leben hat. ... ... Das heißt, unsere Aufgabe ist nur BZ-Messung und Insulinspritze, das ist unsere Aufgabe für sieben Minuten. Wenn man in sieben Minuten seine Arbeit macht und rauskommt / das heißt unsere Arbeit ist getan, aber PB XX ist nicht zufrieden. Man kann das an ihrem Gesicht und ihrem Verhalten sehen / ... .

[24] IP2: Interview (Zeilen 489-515):
T: Also, was ich auf jeden Fall möchte ist, dass die Mobilität von PB XX erhalten bleibt. Das ist natürlich damit gekoppelt, einmal ganz speziell, dass eben ihre Ulzera sehr schnell / also dass wir dort die Wundheilung fördern, soweit wir das können im Kontakt mit dem Arzt halt. Ihre Mobilität ist auch eng verknüpft mit ihren Schmerzen, dass sie dort so wenig wie möglich Schmerzen hat. Dort sind wir auch in ständigem Kontakt mit dem Hausarzt und mit dem Hautarzt, der jetzt die Regie mehr übernommen hat, was die Schmerztherapie angeht. ... ... Und es ist natürlich der Wunsch, dass sie, weil sie MRSA-Trägerin ist, sie da möglichst nicht diese Keime nicht weiter verstreut. Dass diese Keime da bleiben, da in der Wunde bleiben / und auch dafür ein Bewusstsein bei ihr zu schaffen. Und auch, dass sie keine Maßnahmen macht, die eben die Wundheilung verzögern, wozu sie ja neigt, indem sie dann nasse Waschlappen auf das Bein legt und damit den Wundverband ruiniert.

Wie bei einer Autofahrt mit einem Navigationsgerät, das Start- und Zielpunkt mit Straßen, Entfernungsangaben und der voraussichtlichen Ankunftszeit anzeigt, sind die manuellen Handlungen in einer am Pflegebedürftigen orientierten Abfolge personengebunden aufeinander abgestimmt[25] [26]. Dabei gliedern Pflegende ihre Handlungen in unterschied-

[25] V-IP8-6A: Interview zur Videosequenz:
T: Das ... ... , als wir eben so darüber geredet haben, über Professionalität oder eingespieltes Team, das spielt sich schon in meinem Kopf ab, ... wo sie dann mit dem Wagen über die Schwelle in der Küche muss, und ich weiß es ganz genau, gleich ist sie mit dem Wagen an dieser Schwelle. Dann braucht sie meine Hilfe, dann wird sie unsicher. So weiß ich, wenn sie gerade ein Stück geht, ist sie sicher, und dann kann ich sie auch alleine lassen. Ich muss jetzt nicht die ganze Zeit ihren Arm greifen oder hinter ihr hergehen. Das gibt ihr auch ein gewisses Freiheitsgefühl. Aber ich weiß, dass sie meine Hilfe nicht braucht, aber dass sie sich sicherer fühlt, wenn ich bei ihr bin, wenn sie an dieser Schwelle ist. Und dann komme ich ja auch schon automatisch rausgerannt, nehme ihren Arm, gebe ihr Sicherheit. ... I: Wie hörst Du, dass sie an der Schwelle ist? T: Ihre Schritte werden dann kleiner. Weil sie schon denkt – ich weiß nicht, ob sie das denkt, aber ich denke mir / so würde ich denken: jetzt kommt diese blöde Schwelle, und da muss ich gleich rüber, und dann kommt die Angst, schaffe ich das. Kommt da jemand und hilft mir? Ob sie das so wahrnimmt, dass ich in dieser Situation immer da bin, das weiß ich nicht. ... ... I: Und irgendwie hörst Du es? T: Ich höre es, dass sie jetzt an dieser Schwelle ist. Ich versuche ja, dass sie es alleine macht. Manchmal schafft sie es auch, aber meistens schafft sie es nicht. ... ... Die Schwelle, wo sie dann manchmal nicht die Kraft hat, gerade morgens, wenn sie so versteift ist wegen ihrer Arthrose. Sie hat Schwierigkeiten, über diese Schwelle zu kommen. I: Wie ist das entstanden, dass Du hinkommst und weißt, jetzt gibst Du ihr einen kleinen Ruck? T: Früher bin ich an der Kante immer hinter ihr her gegangen. Ich habe sie an den Hüften angefasst, um sie zu begleiten. Dann habe ich sie beobachtet, dass sie eigentlich relativ sicher geht, wenn sie auf graden Strecken geht. Sobald wir aber da hinkommen, kommt sie in Schwierigkeiten. Am Anfang habe ich ihr immer sehr geholfen, dass ich das ganze Ding [Rollator]da rüber gerüttelt habe. Dann habe ich aber gesagt: „Versuchen Sie es doch mal mit Schmackes darüber". ... Dann hat sie es auch geschafft. Für mich ist es so – es ist jetzt kein besonders toller Erfolg – wie sie es freut, dass sie es alleine geschafft hat. Das ist für mich auch schön. ... ... Für sie ist es bestimmt eine sehr schwierige Situation da über die Schwelle und die Kurve. Sie muss ja zwei Sachen auf einmal machen. Sie muss in die Kurve gehen und sie muss über die Schwelle rüber kommen. ... Da höre ich immer ganz genau, wenn ich andere Sachen mach, wann ist sie an dieser Schwelle, wann muss ich da hin. ... Und nachher kommt auch die Situation mit dem Zähneputzen. Ich höre auf die Geräusche beim Zähneputzen, wann sie fertig ist. Da gehe ich dann wieder hin. Da bin ich in der Situation beim Wäsche aufhängen ... ... meistens bin ich dann in der Küche. Dann höre ich aus der Küche die Geräusche, die sie macht beim Zähneputzen, beim Ausspülen, beim Abtrocknen ihrer Hände und des Zahnputzbechers. Und wie sie die Zahnbürste klirrend in diesen Becher zurückschmeißt und das da hinstellt. Dann weiß ich, sie ist fertig.

[26] IP8: Interview (Zeilen 2670-2694):
T: ... Das ist nämlich der Zeitpunkt für mich, um Zeit einzuholen. ... ... In dieser Situation, wo ich sie dusche, da kann sie nicht weg, da mache ich meinen Ablauf, ganz ehrlich, und dadurch hole ich mir meine Zeit wieder zurück, die ich mit anderen Sachen vorher verschenkt habe, indem ich ihr zugehört habe oder indem sie sich langsam bewegt hat und ich darauf eingegangen bin. Das mache ich ganz bewusst, dass ich da nicht rede, weil ich weiß, wenn ich anfangen würde zu reden, dann würde sie ins Erzählen kommen. ... ... Und dass sie weiß, da läuft auch nicht viel mit Unterhaltung. Das ist jetzt 'ne Sache, die muss gemacht werden, und da weiß sie auch ganz genau wie der Ablauf ist. ... ... Und das ist – das muss ich ganz ehrlich sagen – die Situation, da kann ich Zeit einholen. Und wenn es um Sekunden geht. Wenn ich das gut schaffe, dann bin ich gut in meiner Zeit ... ich habe das schon im Hinterkopf.

lich differenzierte Handlungsabschnitte oder -komplexe. Dies sind individuelle, gedankliche Setzungen[27].

Das Modell ist ein reduzierter Entwurf mit zeitlich ausgerichteten Fixpunkten. In der Realität kann die konkrete Handlungsumsetzung beim Pflegebedürftigen davon abweichen. Die Reduzierung des Modells präsentiert sich in Fixpunkten. Diese sind z.B. eine bestimmte Uhrzeit in Abgleich mit dem Handlungsstand oder die Handlung des Pflegebedürftigen in Abgleich mit dem zeitlichen Modell der Pflegekraft. Pflegende verfügen über ein ‚inneres Zeitgefühl' als ‚innere Uhr', ähnlich einem verinnerlichten Zeit- und Tätigkeitsprogramm, das ihnen ermöglicht, die zu erwartenden Handlungen der Pflegebedürftigen zu kennen und im aktuellen Handeln zu berücksichtigen. Das Modell integriert prospektiv das von den Pflegebedürftigen benötigte Zeitkontingent für deren selbst- oder teilselbstständige Handlungsübernahme, d.h. die Handlungen der Pflegebedürftigen sind im Voraus in das Handlungsgeschehen inhaltlich und zeitlich integriert[28].

Die inhaltliche Gestaltung auf der Mikroebene wird durch das Ende des Einsatzes bestimmt, d.h. das mit Zeit und Aufgaben hinterlegte Einsatzende beim Pflegebedürftigen bildet einen handlungssteuernden Fixpunkt. Beispielsweise ist einer Pflegenden nicht bewusst, zu welchem Zeitpunkt im Verlauf des Einsatzes sie sich die Einmal-Handschuhe als Vorbereitung zur Insulininjektion anzieht. Für sie gibt es einen frühesten Zeitpunkt (nach der Begrüßung) und einen spätesten Zeitpunkt (vor der Insulininjektion), zwischen denen sie die genannte Handlung tätigt. Innerhalb dieser Zeitpole steuert die Pflegende unbewusst ihre Handlung flexibel und situationsangepasst[29].

Abweichungen vom Handlungsmodell auf der Mikroebene beim einzelnen Pflegebedürftigen können zu Auswirkungen bei nachfolgenden Pflegebedürftigen führen und kumu-

[27] V-IP-IP6a-1I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1145-1157):
[Videofilm läuft: IP6 sagt: „Gut, gleich umsetzen?"]
I: Dieses „Gut, gleich umsetzen?" / T: Das ist so ähnlich wie ‚So' und das bedeutet, man ist noch nicht fertig. ... ... Also, das ist dann für mich so, jetzt habe ich das eine fertig gemacht und jetzt geht's mit der anderen Sache weiter. Aber das ist meistens unbewusst, dass ich das dann sage. Aber das ist dann für mich dann innerlich. Also, jetzt ist ein Teilabschnitt fertig gemacht ...

[28] IP8: Interview zur Videosequenz (Zeilen 968-1008):
T: Das ist manchmal echt schwierig. ... ... Es interessiert sie [die Pflegebedürftige] auch nicht, ob es schon spät ist, sie fragt nie nach der Uhrzeit. Hauptsache, dieser Ablauf ist gleich. Solange ich es schaffe, dass dieser Ablauf gleich ist, habe ich ein Zeitgefühl und weiß, ich habe es geschafft in der Zeit und sie wohl auch.

[29] V-IP7a-2A: Interview zur Videosequenz (Zeilen1118-1145):
I: Achte mal auf Deine Hände. Was für mich spannend ist, ist, dass Du über Obstfliegen reden kannst und Du, wie Du mir ja gerade erklärt hast, eine Intention verfolgst, und gleichzeitig ziehst Du Dir Handschuhe an. Kannst Du Dich erinnern, wo Du mit Deinen Gedanken warst? ... ... T: Bei den Handschuhen war ich bestimmt nicht. Das ist Routine, nebenbei. Ich ziehe, glaube ich, meine Handschuhe nicht bewusst an. I: Hättest Du das ohne Film gewusst? T: Dass ich die Handschuhe nebenbei anziehe? Glaube ich nicht. Wenn Du mich jetzt gefragt hättest, zu welchem Zeitpunkt hast Du eigentlich Deine Handschuhe angezogen, hätte ich das nicht beantworten können. ... Ich kann die auch blind anziehen. Ich muss da nicht bei hingucken.

lierend die Makroebene beeinflussen. Beispielsweise wirken sich Schmerzen von Pflegebedürftigen auf das Einsatzende aus[30] oder emotionale Veränderungen von Pflegebedürftigen beeinflussen die Arbeitsinhalte[31]. Zeit, die ‚vertan' wird (IP5 Zeile 2904), kann bei anderen Pflegebedürftigen eingeholt werden, damit am Ende des Arbeitstages der Pflegenden kein Zeitdefizit entsteht, das mitunter zu Lasten ihrer Freizeit geht. Zugleich beschreiben Pflegende ein gutes Gefühl, wenn sie am Einsatzende und auch am Ende ihres Arbeitstages bei den Pflegebedürftigen die Haustür schließen und ihre Ziele oder Handlungsintentionen sowie Arbeitsinhalte erbracht[32] und Zufriedenheit beim Pflegebedürftigen erzielt haben[33] [34].

[30] IP11: Interview (Zeilen 169-179):
T: Es hat heute natürlich auch ein bisschen länger [gedauert] ... ... und außerdem war es heute noch extrem, weil ja auch das Bein so stark geschmerzt hat und es mir so schwer fiel, da die Kurve zu kriegen, sonst wäre ich auch schon viel früher gegangen, wenn es so wie beim letzten Mal gewesen wäre. Nur diesmal war es so, dass sie mir wirklich auch Leid tat und es wirklich eine extreme Situation da war.

[31] IP9: Interview (Zeilen 71-75):
T: Du hast diesen Freiraum, Wichtiges von Unwichtigem zu unterscheiden. Auf gut deutsch, Du kannst mal 'nen Pipifleck in der Windel lassen, wenn jemand wirklich mal gerade depressiv ist. Dann kannst Du sagen, das macht dann der Nachteinsatz, so lange kann das warten, dafür nutze ich meine Zeit für ein Gespräch und mach das am nächsten Tag. Man hat so ein bisschen Bewegungsrahmen.

[32] IP4b: Interview (Zeilen 351-355):
T: Es freut mich, wenn ich jeden Tag die Leistung erbringe, wenn ich aus der Wohnung rauskomme, ich ein schönes Gefühl haben kann. Dass ich etwas erreicht habe. Es ist nicht sehr viel, aber es ist etwas. Das ist positiv.

[33] V-IP4b: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1417-1489):
I: Hier habe ich das Gefühl, ihr verabschiedet Euch. ... T: Ich möchte ihr das Gefühl geben, dass wir uns sehr nah sind. Zwischen uns beiden ist Vertrauen, sie soll ganz ruhig sein. Dann ist sie im Nachhinein ein bisschen beruhigt, wenn man ihr die Hand gibt. ... ... Mein Einsatz war zu Ende. Aber sie hatte das Gefühl, dass wir uns noch einmal über ihre Augen unterhalten. Dann habe ich sie gelassen. ... ... I: Du hättest auch abbrechen können? T: Ja. Das könnte ich. ... ... Sie hat meine Hand so etwas gedrückt / man sagt es nicht, aber es heißt „Geh bitte nicht. Bleib noch einen Moment". Man hat das Gefühl von ihrer Aktion. ... Es fühlt sich gut an, wenn Du ein, zwei Minuten länger da bist. I: Hmh. T: Dann nehme ich mir die Zeit und gehe fünf Minuten später. Ich fühle das. Genau in diesem Moment. Manchmal passiert nichts, und ich gehe raus. ... ... I: Was motiviert Dich, zu bleiben statt raus zu gehen? T: Dieses beruhigende Gefühl, das ich in den Augen meiner Patienten sehe. Es ist ein schönes Gefühl. ... Dann ist sie beruhigt. Wenn man einfach so rausgeht, dann siehst Du in den Augen deiner Patienten, dass sie traurig sind. Dann sieht man die Traurigkeit. Das ist ein unschönes Gefühl. Wenn man die Wohnung verlässt, ist man für sich auch nicht zufrieden.

[34] IP9: Interview (Zeilen 194-212):
T: Ich gehe dann nach Hause, wenn ich das Gefühl habe, dass meine Leutchen – ich habe ja die Abenddienste – dass die ruhig und zufrieden einschlafen, dass die mir nicht übers Balkongeländer springen, dass sie mir nicht aus dem Bett fallen, dass sie mir nicht verhungern, verdursten oder in Depressionen wegkippen. Auf gut deutsch, Alter Preuße, wenn ich das Gefühl habe, ich kann das so zurücklassen bis morgen früh, und da passiert nix Schlimmes, die Leute sind versorgt. ... ... Aber dieses Patientenorientierte, dass die mich anlächeln, wenn ich rausgehe. Und dann hab ich ein gutes Gefühl, dann kann ich auch abschließen, dann nehme ich es auch nicht mehr mit nach Hause. Ich würde es mit nach Hause nehmen in dem Moment, wo eine Oma noch den Finger hochhebt und

Zusammengefasst entsteht ein Handlungsmodell durch eine in Interaktion eingebettete individuelle Handlungswiederholung und die Abweichung oder Bestätigung vom Modell. Es entwickelt sich fallbezogen aus zahlreichen Situationen mit den Pflegebedürftigen. Erfahrungswissen aus alltäglichem Handeln bestimmt maßgeblich die Modellbildung. Die Bestandteile der Mikroebene des Handlungsmodells und ihre wechselseitigen Beziehungen verdeutlicht Abbildung 2.

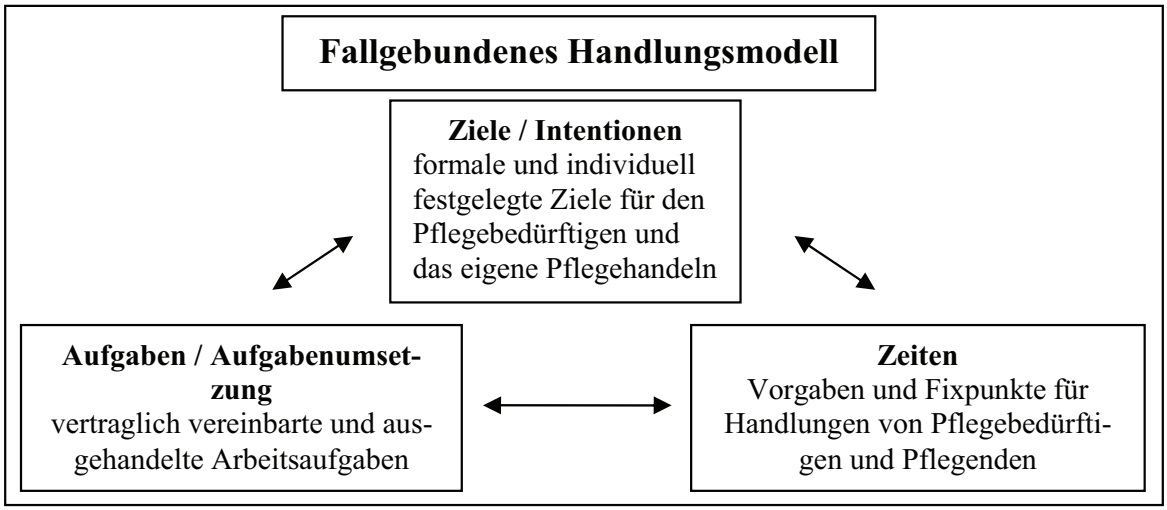


Abbildung 2: Inhalte des fallgebundenen Handlungsmodells für das individuelle manuelle Pflegehandeln für den Pflegebedürftigen

6.1.2 Bedeutung des Handlungsmodells

Das Modell bietet fallbezogen Handlungsorientierung und -sicherheit, d.h. die Pflegenden müssen bei stabilen Bedingungen ihre Arbeitsabläufe und Handlungen nicht in jeder Situation reflektieren und neu koordinieren. Seine Funktion besteht darin, den Pflegenden als Folie einen Rahmen für ihre Handlungen zu geben. Die jeweiligen Situationsmuster werden mit kleinen Abweichungen von den Pflegenden beherrscht, sind internalisiert. Weil Pflegende nicht pro- und retrospektiv Handlungsabläufe reflektieren und koordinieren, bietet das Modell nicht nur Handlungssicherheit, sondern auch Raum für Handlungen, die nicht die manuelle Ebene betreffen, z.B. für Gespräche. Die mit dem Modell einhergehende Sicherheit und Orientierung führt zum einen dazu, dass nicht die gesamte

sagt „Moment, Moment“ und ich sag „Ich hab keine Zeit“. Das könnte ich nicht. So kommt bei mir manchmal auch ein bisschen Überzeit zustande. Ich muss das zu Ende bringen.

Konzentration und Wahrnehmung der Pflegenden für ihre manuellen Handlungen benötigt wird. Zum anderen ermöglicht es den Pflegenden eine persönliche Stressprophylaxe, wenn Zeitkontingente mit vertraglich und individuell vereinbarten Leistungen im Einklang stehen.

6.1.3 Handlungsmodell und Intuition

Das Handlungsmodell stellt den gedanklichen Entwurf für Handlungen und Handlungsabfolgen beim individuellen Pflegebedürftigen dar, jedoch fehlt ihm die konkrete Situationsbezogenheit im aktuellen Geschehen. Das situationsbezogene Handeln beim Pflegebedürftigen, d.h. die konkrete Handlungsumsetzung kann dem Modell folgen und ihm damit entsprechen oder auch von ihm abweichen. Entsprechen Modell und konkrete Handlungsumsetzung einander, kommt es zur Modellbestätigung und -festigung. Dies entspricht dann routinierten Handlungen. Ein Nichtübereinstimmen von Modell und situationsbezogenen Handlungen führt zur Dehnung oder Erweiterung des Modells. Modelldehnungen verursachen beispielsweise Handlungen, die neu in das Repertoire der Pflegenden und Pflegebedürftigen aufgenommen werden müssen oder Handlungen, deren Umfang mehr Zeit beansprucht, als kompensiert werden kann. Auslöser können gesundheitliche Veränderungen der Pflegebedürftigen oder auch konflikthafte Situationen zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen sein.

Intuitives Pflegehandeln entsteht immer situationsgebunden. Einerseits kann intuitives Handeln dazu beitragen, das fallgebundene Handlungsmodell zu bestätigen und damit zu stabilisieren. Indem Pflegende routiniert handeln und ihr Handeln der Umsetzung ihres Handlungsmodells folgt, kann Intuition als routiniertes Handeln das Modell festigen. Andererseits kann intuitives Handeln, wenn es nicht der Umsetzung des fallgebundenen Handlungsmodells entspricht, zur Erweiterung des Handlungsmodells führen. Intuition löst pflegerische Handlungen aus, die z.B. als Reaktion auf situationsbezogene Veränderungen zur Modellerweiterung beitragen. Die Intuition von Pflegenden sowie die Umsetzung und Erweiterung des individuellen Handlungsmodells sind Gegenstand der nachfolgenden beiden Kapitel (Kap. 7 und Kap. 8).

Das Handlungsmodell steht in Bezug zum intuitiven Pflegehandeln. Es besteht nicht im Sinne normativer Orientierung, sondern stellt ein der Veränderung und Flexibilisierung zugängliches Muster dar. Das Modell entsteht nicht rational bewusst bei den Pflegenden, sondern stellt ein sich entwickeltes Ergebnis aus der Interaktion und dem Auftrag der Pflegenden dar.

6.1.4 Prinzipien als Mittler zwischen Handlungsmodell und -umsetzung

Prinzipen sind abstrakte, fallungebundene und situationsunabhängige Maximen, die normativ handlungsleitend wirken. Prinzipien von Pflegenden gehen über die konkreten Pflegeziele bei den jeweiligen Pflegebedürftigen hinaus und sind u.a. Moralvorstellungen, Präferenzen und Einstellungen wie z.B. der Wunsch, den Alltag der Pflegebedürftigen aufzuhellen[35] oder der Anspruch, einen respektvollen Umgang mit den Pflegebedürftigen[36] zu gewährleisten.

Prinzipien bilden die Verbindung zwischen dem Handlungsmodell und der Handlungsumsetzung und beeinflussen sowohl die konkrete Handlungsumsetzung als auch das Modell. Prinzipien stellen keine Intuitionen dar, können jedoch Intuition und dadurch ausgelöste Handlungen befördern. Dazu gehört beispielsweise eine gute Beziehung zum Pflegebedürftigen aus Sicht der Pflegenden.

Abbildung 3 führt die Bestandteile des Handlungsmodells auf, zeigt Intuition als einen möglichen Auslöser von Pflegehandlungen in der konkreten Situation beim Pflegebedürftigen und stellt die Prinzipien als Einflussfaktoren sowohl auf die Handlungsumsetzung als auch auf das Handlungsmodell dar. Handlungsmodell und -umsetzung korrespondieren miteinander, d.h. die Handlungsumsetzung orientiert sich folienhaft am Modell.

Im Folgenden werden durch Intuition ausgelöste Pflegehandlungen beschrieben, die zur Modellstabilisierung oder -erweiterung beitragen. Die folgende Ansicht stellt eine Über-

[35] IP9: Interview (Zeilen 341-356):
T: ... ich versuche - das aber nicht so als Ziel - so ein bisschen Spaß und Freude in seinen Alltag reinzubringen. PB XX Problem ist, er ist ein relativ junger Mann, er ist geistig klar... ... alle seine Lebendigkeit ist immer noch da, dazu gehört natürlich auch politisches Interesse, Alltagsinteresse, Klatsch, Tratsch, Sexualität – es ist alles in vollem Maße da. Gleichzeitig sitzt er in seinem Zimmerchen und kommt da nicht raus. Und zwar gar nicht mehr. Das heißt, ein Interesse ist natürlich so ein Stück Schwung, Lebensfreude in diese Rumpelkammer, die ja auch recht düster ist – er ist ja nun auch so ein kleiner Messi – alles ist verstaubt und voll und grau und duster und staubig, und da so ein bisschen Freude reinzubringen. Das ist das eine. Das andere – eher unterschwellig – so eine kleine Komponente, ihn auch ein bisschen zu aktivieren. Er ist, auf gut deutsch gesagt, manchmal auch ein bisschen faul, träge. Und dann immer mal wieder so einen kleinen Kick zu geben „Mach doch mal dies, mach doch mal das“, ein klein bisschen in den Hintern treten.

[36] IP4: Interview (Zeilen 268-280):
T: Ich bin allgemein ein Mensch, der mit allen Leuten, und mit alten Leuten extra, sehr, sehr respektvoll mit ihnen umgeht. Ich stell mir jeden Tag vor, wenn ich alt und krank bin, wie möchte ich, dass ein Mensch mit mir umgeht. Und ich gehe so mit solchen Leuten um. ... ... manche von unseren Leuten haben niemanden, die sind ganz alleine, und wenn man so alleine ist, dann darf man meiner Meinung nach nicht respektlos mit ihnen umgehen. Ich sehe zum Beispiel, wenn ich mit solchen Leuten respektvoll umgehe, die haben dann noch ein bisschen Freude am Leben und haben noch ein bisschen Lust am Leben.

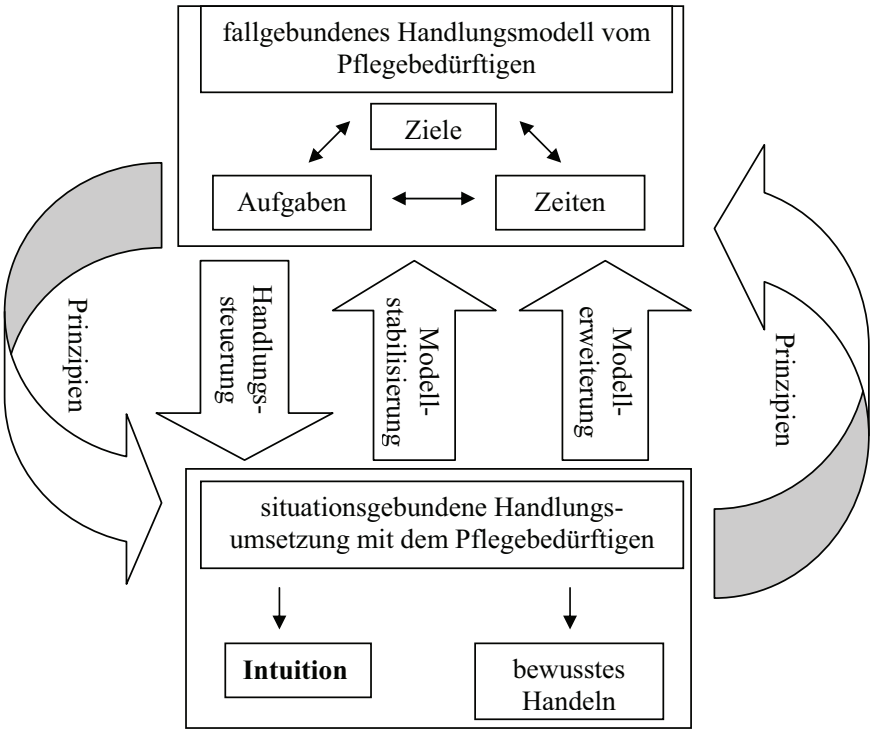
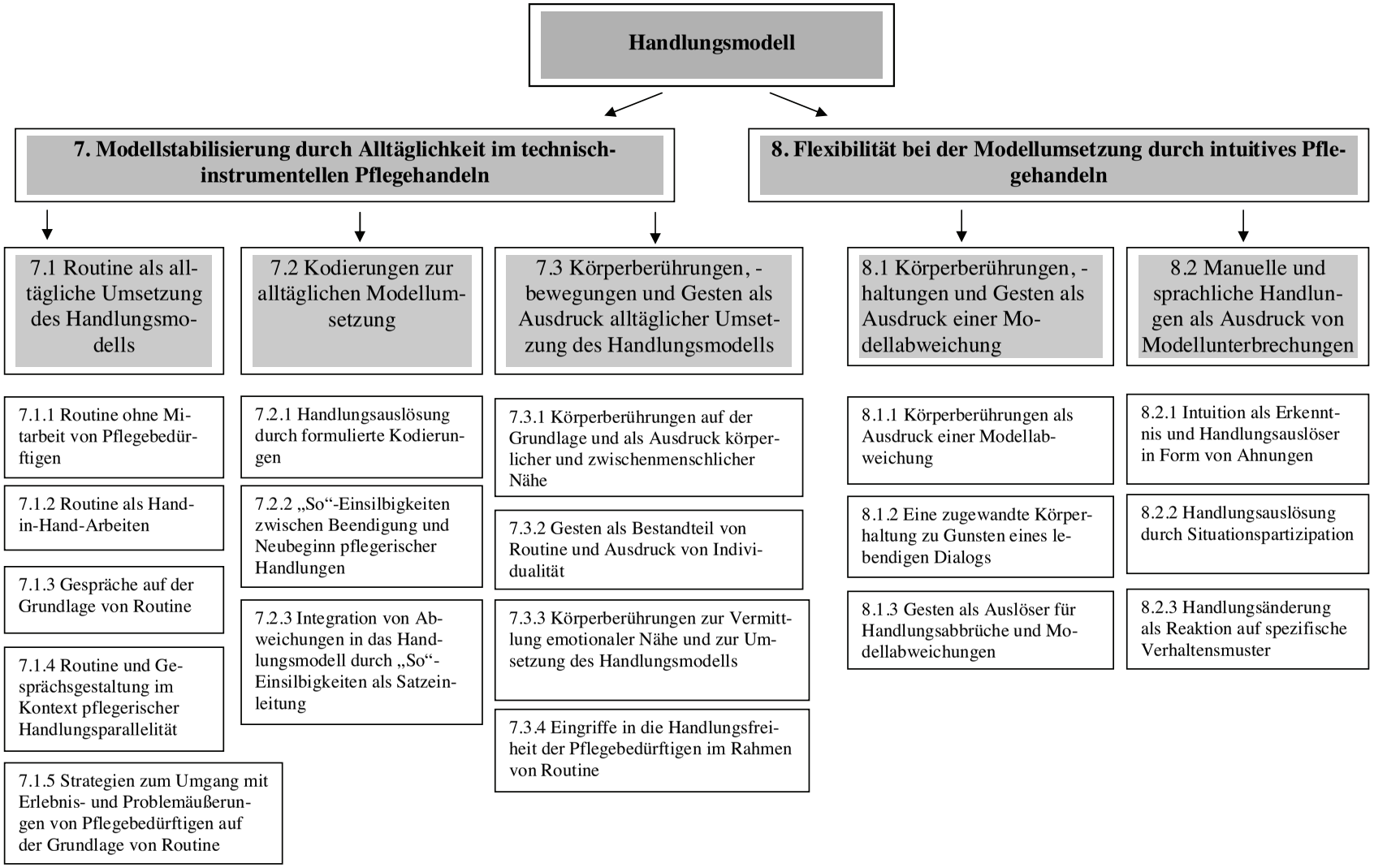


Abbildung 3: Handlungsmodell, Prinzipien, Handlungsumsetzung und Intuition im Kontext pflegerischen Handelns

sicht der beiden zentralen Kategorien mit den Subkategorien dar. Die Nummerierungen der Subkategorien entsprechen den Gliederungsnummern der vorliegenden Arbeit.

In Kapitel 7 und 8 werden die zentralen Kategorien dargelegt. Bei der Beschreibung der Subkategorien werden einleitend die gemeinsamen Merkmale der darin vorgestellten Konzepte ausgeführt. Jedes Konzept und jede der beiden zentralen Kategorien enthält in einer Zusammenfassung die wesentlichen Inhalte.

Als Beleg für die Ausführungen innerhalb der Kategorien und Konzepte und zur Gewährleistung der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit (Kap. 5.5) sind im Text nach bedeutsamen Inhalten oder Abschnitten in Klammern nummerische Verweise auf die Video- oder Interviewtranskriptionen aufgeführt. Um die Situationen der Handelnden und/oder den Interviewkontext verstehen zu können, sind diese Belege teilweise umfangreich. Zur Verbesserung der Lesbarkeit befinden sich die in den Klammern gesetzten Nummern als Beleg in den Anmerkungen Kapitel 7 und Anmerkungen Kapitel 8. Sie sind entsprechend den Kategorien gegliedert.


Handlungsmodell
7. Modellstabilisierung durch Alltäglichkeit im technisch-instrumentellen Pflegehandeln
8. Flexibilität bei der Modellumsetzung durch intuitives Pflegehandeln
7.1 Routine als alltägliche Umsetzung des Handlungsmodells
7.2 Kodierungen zur alltäglichen Modellumsetzung
7.3 Körperberührungen, -bewegungen und Gesten als Ausdruck alltäglicher Umsetzung des Handlungsmodells
8.1 Körperberührungen, -haltungen und Gesten als Ausdruck einer Modellabweichung
8.2 Manuelle und sprachliche Handlungen als Ausdruck von Modellunterbrechungen
7.1.1 Routine ohne Mitarbeit von Pflegebedürftigen
7.1.2 Routine als Hand-in-Hand-Arbeiten
7.1.3 Gespräche auf der Grundlage von Routine
7.1.4 Routine und Gesprächsgestaltung im Kontext pflegerischer Handlungsparallelität
7.1.5 Strategien zum Umgang mit Erlebnis- und Problemäußerungen von Pflegebedürftigen auf der Grundlage von Routine
7.2.1 Handlungsauslösung durch formulierte Kodierungen
7.2.2 „So“-Einsilbigkeiten zwischen Beendigung und Neubeginn pflegerischer Handlungen
7.2.3 Integration von Abweichungen in das Handlungsmodell durch „So“-Einsilbigkeiten als Satzeinleitung
7.3.1 Körperberührungen auf der Grundlage und als Ausdruck körperlicher und zwischenmenschlicher Nähe
7.3.2 Gesten als Bestandteil von Routine und Ausdruck von Individualität
7.3.3 Körperberührungen zur Vermittlung emotionaler Nähe und zur Umsetzung des Handlungsmodells
7.3.4 Eingriffe in die Handlungsfreiheit der Pflegebedürftigen im Rahmen von Routine
8.1.1 Körperberührungen als Ausdruck einer Modellabweichung
8.1.2 Eine zugewandte Körperhaltung zu Gunsten eines lebendigen Dialogs
8.1.3 Gesten als Auslöser für Handlungsabbrüche und Modellabweichungen
8.2.1 Intuition als Erkenntnis und Handlungsauslöser in Form von Ahnungen
8.2.2 Handlungsauslösung durch Situationspartizipation
8.2.3 Handlungsänderung als Reaktion auf spezifische Verhaltensmuster

7 Modellstabilisierung durch Alltäglichkeit im manuellen Pflegehandeln

Pflegerisches Handeln in Form von Routine (Kap. 7.1), sprachlichen Kodierungen und Einsilbigkeiten (Kap. 7.2) sowie inkorporierten Ausdrucksweisen oder Körperberührungen (Kap. 7.3) sind Ausdruck eines fallgebundenen Handlungsmodells und können zu dessen Stabilisierung beitragen. Diese Handlungen erfolgen unbewusst, können Intuition auslösen oder selbst intuitiv ausgelöst sein. Sie stehen im Mittelpunkt dieses Kapitels.

7.1 Routine als alltägliche Umsetzung des Handlungsmodells

In diesem Kapitel wird zunächst Intuition als Routinehandeln mit den gemeinsamen Merkmalen dieser Kategorie vorgestellt. Anschließend erfolgt die Darstellung der Konzepte.

Pflegerische Routine beinhaltet ausschließlich das manuelle Handeln der Pflegenden und stellt eine unbewusste, situationsabhängige Umsetzung des Handlungsmodells dar. Routine und Intuition sind im Sprachgebrauch der Pflegenden Bestandteile einer Sprachfamilie mit sich überschneidenden Inhalten. Pflegende grenzen die beiden Begriffe nicht trennscharf voneinander ab. Sie verwenden die Begriffe als Synonym unbewussten Handelns. Routine wird aus zwei weiteren Gründen unter den Intuitionsbegriff subsumiert: Zum einen kann Routine durch Intuition ausgelöst werden, und zum anderen ermöglicht Routinehandeln intuitiv ausgelöste Gespräche mit Pflegebedürftigen.

Routiniertes Pflegehandeln ist frei von Reflektion über die manuellen Handlungen und den damit einhergehenden Zielen. Pflegende reflektieren ihre Handlungen weder im handlungsauslösenden Moment noch während oder nach ihrem Handeln.

Im Erleben der Pflegenden stellt Routine etwas Alltägliches, Nebensächliches, Positives und zugleich Entspanntes dar, weil die manuellen Handlungen ohne Konzentration auf diese erfolgen und nicht stets neu bewusst geplant, ausgehandelt oder erprobt wer-

den. Indem Pflegende beispielsweise äußern: „das [Waschen] war nebenher“ (V-IP12-3I), geben sie an, ihre Handlungen als Alltäglichkeit zu erleben, die es erlaubt, die eigene Perspektive auf etwas anderes zu legen.

Routinehandlungen sind frei von Kritik oder Störung, solange sie in Übereinstimmung mit dem Handlungsmodell und der Situation beim Pflegebedürftigen stehen. Unter dieser Prämisse erleben Pflegende Routine als etwas Planmäßiges und Planbares, d.h., die einzelnen Handlungen folgen einem Schema, greifen systematisch, geordnet und absehbar ineinander. Unbewusst und mit einem Repertoire an Handlungsoptionen steuern Pflegende variationsreich ihre Handlungen im Rahmen von Routine.

Routine ist bis zu dem Zeitpunkt, an dem Neues integriert werden muss, frei von der Kommunikation über notwendige Handlungskorrekturen durch die Akteure. Vor diesem Hintergrund impliziert routiniertes Pflegehandeln Flexibilität und Spielräume. In Routinen können Handlungen ohne unmittelbare Auswirkungen auf den Handlungsvollzug integriert werden; vorausgesetzt, für diese existiert bereits eine Folie.

Routinen entstehen in Situationen, in denen täglich wiederkehrende Handlungen vorkommen. Sie sind nicht auf Situationen mit neu auftretenden Anforderungen übertragbar.

Entstehungsprozess, Bedingungen und Charakteristika pflegerischer Routine

Pflegende beschreiben ihre Routine als einen umgesetzten Handlungsprozess (z.B. IP6a-1A: „Es läuft einwandfrei“, IP7b-2A: „Das läuft eigentlich immer so ab“), der von alltäglichen Wiederholungen lebt und die verinnerlichte Wiederholung eines Handlungsgeschehens ist. Beispielsweise äußert eine Pflegende zu ihren Handlungen: „Das ist Routinearbeit. Das machen wir jeden Tag.“ (IP4b-3A). Die Legitimation der manuellen Handlungen liegt in der Vergangenheit. Die Handlungsziele innerhalb des Modells sind im Rahmen von Routine mit den konkreten Handlungen verschmolzen, sie werden nicht immer wieder neu mit jeder Handlung expliziert.

Die Entstehung von Routine charakterisiert sich für die Pflegenden als ein im Verborgenen befindlicher und unbewusster Prozess. Routine benötigt einen Entstehungs- und Aushandlungsprozess, der sich an den Leistungsvereinbarungen und Erwartungen, Prinzipien, Vorlieben und Potenzialen der Handelnden ausrichtet, sich am Sinnvollen und dem im Alltag Möglichen, d.h. u.a. den Rahmenbedingungen und der Beziehung zwischen den Akteuren orientiert und das Wissen sowie die Erfahrungen der Pflegenden integriert. Routine ist das Ergebnis eines Aushandlungsprozesses, an dessen Beginn reflektierte, vorsichtige Handlungsweisen stehen (1).

Routine besteht nicht von Beziehungsbeginn an, sondern entsteht durch Fragen und gemeinsames Handeln in Abgleich mit den Bedürfnissen und situationsgebundenen Erfordernissen und Wünschen der Pflegebedürftigen. Dabei erläutern die Pflegebedürftigen

nicht minutiös ihre Bedürfnisse, beschreiben nicht jeden Handgriff in der gewünschten Ausführung, sondern die Akteure einigen sich zu Beziehungsbeginn auf Eckpfeiler der Bedürfnisse und Erfordernisse und gehen dann beim alltäglichen Handeln zu einem sensiblen, abgestimmten Feintuning über (2)(6). Auf diese Weise entsteht der zum Alltag am besten passende Handlungsablauf. Die Akteure arbeiten nicht bewusst dem Ziel entgegen, ihre Handlungen perfekt ineinander greifen zu lassen und dies als Routine bezeichnen zu können. Ihnen ist auch nicht bewusst, dass sie diese Perfektion erreichen, es ist kein ausgesprochenes Handlungsziel – nur für alle Beteiligten überzeugend praktiziert. Irgendeine Routine entsteht immer bei wiederkehrendem Handlungsablauf und nicht abrupt wechselnder Situation der Betroffenen; sie ist die logische Konsequenz von wiederkehrenden Handlungsabläufen und nicht unmittelbar abhängig von einer gelungenen Beziehung der Akteure. Dies ist keine zwingende Voraussetzung für ein gemeinsames routiniertes Handeln.

Routine setzt Handlungen voraus, die häufig im pflegerischen Berufsalltag und im individuellen Kontext der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen vorkommen, wie die Hilfestellung bei einer Körperpflege. Weitere Voraussetzungen für das Entstehen und Fortbestehen von Routine bestehen in einer relativ stabilen Gesundheit der Pflegebedürftigen (5) und der Stabilität der Bedingungen für die Pflegenden, d.h. bei denselben Pflegebedürftigen die gleichen Handlungen auszuführen u.a., weil diese es so wünschen (3).

Jede routinierte Handlungsweise bedarf fachlicher Kenntnisse sowie Handlungs- und Erfahrungswissen der Pflegenden. Sie wissen, wie ihre Handlungsabläufe ausgestaltet sein müssen, um reibungslos zu funktionieren. Sie beherrschen beispielsweise nicht nur die Anwendung von Medizingeräten im Zusammenspiel mit den Medikamentenwirkstoffen, sondern transferieren auch deren Funktion und Wirkungsweisen in Bezug auf die individuelle Situation des Pflegebedürftigen. Das Handlungswissen ist in kleinen Nuancen variabel und muss nicht täglich komplett neu der gesundheitlichen Situation und den Fähigkeiten der Pflegebedürftigen angepasst werden.

Pflegende verfügen nicht nur über Wissen, das sich primär auf ihre Handlungen in der aktuellen Situation bezieht, sondern das auch die Alltäglichkeit und die Bedeutungswelten der Pflegebedürftigen mit einschließt (4). Durch den Prozess der Handlungswiederholung und der Interaktion besitzen Pflegende ein an den jeweiligen Pflegebedürftigen gebundenes, erfahrungsbasiertes Spezialwissen. Es ist an die Handelnden und an die Situation geknüpft und nicht situationsunabhängig für Pflegehandlungen generalisierbar.

Ein gutes gegenseitiges Kennen und eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen stellen begünstigende Faktoren dar. Vertrauen führt zum einen dazu, dass Pflegende sich sicher fühlen und über ihre Handlungen nicht immer wieder neu nachdenken (1) (5). Zum anderen kennen und tolerieren die Akteure sowohl das Ziel als auch die Umsetzung der Pflegehandlungen. Sie wissen um ihre jeweiligen Rollen und Aufgaben im Geschehen und kommen diesen nach. Die Pflegenden erarbeiten sich dieses

Vertrauen, indem sie ihre Handlungen entsprechend den Erwartungen, Bedürfnissen und Wünschen der Pflegebedürftigen ausführen.

Routinehandlungen von Pflegenden sind charakterisiert durch:

- Serielle Einzelhandlungen

  Als serielle Einzelhandlungen oder Handlungsabfolgen vollziehen Pflegende nacheinander mehrere sich aufeinander beziehende manuelle Tätigkeiten (zum Modell der hierarchisch-sequentiellen Handlungsorganisation Volpert 1980: 20f). Solche Handlungen können umfangreiche Arbeitskomplexe oder kleine Handgriffe darstellen. Routine bezeichnet einen strukturierten Prozess, in dem manuelle, serielle Einzelhandlungen systematisch und geordnet ineinander greifen und detailliert ausgearbeitet sind.

- Freisein von Kommunikation über das manuelle Handeln

  Routine kennzeichnet, über die situationsbezogenen, manuellen Handlungen zu schweigen, weil die Rollen und Beiträge der Handelnden sich im Alltag bei stabilen Rahmenbedingungen immer wieder neu als brauchbar erweisen. Eine routinierte Zusammenarbeit ermöglicht, dass die Akteure nicht über ihre manuellen Handlungsabläufe und -inhalte reden. Darüber finden keine Aushandlungsprozesse statt. In Routine ist die gedankliche Antizipation der Abfolge manueller Handlungen integriert. Arbeiten Pflegende mit Pflegebedürftigen routiniert zusammen, geben sie an, „gut eingespielt zu sein“ (IP11-8I) (6). Die Antizipation der Handlungen durch die Pflegebedürftigen ist dabei Grundlage der Zusammenarbeit.

- Freisein von Handlungskorrekturen

  Im Rahmen von Routine erfolgen die Handlungen der Pflegenden sicher, schnell und präzise koordiniert. Ihre Handlungen sind reibungs-, wiederholungs- sowie unterbrechungs- und korrekturfrei. Sowohl umfangreichere als auch kleinere manuelle Handlungsabläufe beherrschen Pflegende, ohne Handlungskorrekturen vorzunehmen, im Handlungsfluss zu stocken oder über einen längeren Zeitraum auf ihren Arbeitsgegenstand zu blicken. Die Pflegebedürftigen fordern keine Korrekturen ein.

- Kurze Blicke der Handelnden zum Ort des manuellen Handlungsgeschehens

  Routiniert Handelnde prüfen mit kurzen Blicken zu ihren Händen oder zum Arbeitsmittel ihren Handlungsstand. Pflegende beherrschen die manuellen Handlungsabläufe, ohne über einen längeren Zeitraum auf ihren Arbeitsgegenstand zu schauen. Ein kurzer Blick zum Ort des manuellen Geschehens dient der Überprüfung des Handlings und genügt, um den routinierten Handlungsverlauf fortzusetzen. Er durchbricht nicht die Konzentrationsebene der Pflegenden.

Während zuvor das Routinehandeln allgemein dargestellt wurde, sollen in den folgenden Kapiteln die fünf Kategorien von Intuition als Routinehandeln vorgestellt werden.

In Kapitel 7.1.1 steht Intuition als Routinehandeln von Pflegenden im Mittelpunkt, die ohne Mitarbeit der Pflegebedürftigen erbracht wird. Das Kapitel 7.1.2 beschreibt Intuition als Routinehandeln, das sich als Hand-in-Hand-Arbeiten von Pflegenden mit Pflegebedürftigen zeigt. Hier ist die Mitarbeit der Pflegebedürftigen unerlässlich für das Gelingen von Routine und damit der Stabilisierung der Umsetzung des fallgebundenen Handlungsmodells. In Kapitel 7.1.3 wird Intuition als Routinehandeln vorgestellt, das den Pflegenden ermöglicht, mit den Pflegebedürftigen unabhängig von den manuellen Pflegehandlungen Gespräche zu führen. In Kapitel 7.1.4 wird Intuition beschrieben, die sich in einer Parallelität aus manuellen und sprachlichen Pflegehandlungen zeigt. Im Gegensatz zu Kap. 7.1.3 ist in dieser Kategorie erkennbar, dass die Pflegenden sowohl intuitiv manuell als auch intuitiv sprachlich Handeln. Das Kapitel 7.1.5 stellt Routine vor, auf deren Grundlage die Pflegenden intuitive Strategien einsetzen, um Erlebnis- oder Promblemäußerungen von Pflegebedürftigen umzugehen.

7.1.1 Routine ohne Mitarbeit von Pflegebedürftigen

Routinierte Pflegehandlungen ohne direkten Einbezug der Pflegebedürftigen charakterisieren sich insbesondere durch ein Schweigen der Akteure. Auch bei pflegerischen Handlungen mit direkter Körperberührung des Pflegebedürftigen findet kein kommunikatives Einbeziehen der Pflegebedürftigen statt. Die Pflegenden beherrschen ihre Aufgaben sicher und erbringen sie allein. Die Pflegebedürftigen geben ihr Einverständnis zu den pflegerischen Handlungen, indem sie schweigen oder im Vorfeld der Handlung die Voraussetzungen schaffen, beispielsweise indem sie vor der pflegerischen Handlung ihr Abdomen zur Insulininjektion entkleiden.

7.1.1.1 Kennzeichen des Merkmals: Schweigen und Einsilbigkeit

Während die Pflegenden ihre seriellen Handlungen routiniert vollziehen, besteht Schweigen oder Einsilbigkeit. Das Schweigen der Akteure dauert mehrere Sekunden an und wird mitunter durch das von Pflegenden geäußerte Wort „So“ unterbrochen (Kap. 7.2.2 und Kap. 7.2.3). Es sind Einsilbigkeiten, die in der Regel nach Beendigung und vor Beginn einer Handlung geäußert werden und für die Beteiligten offensichtlich selbsterklärend sind. Dies unterstützt den Eindruck des gegenseitigen Verstehens der Situation und Einvernehmens über die pflegerischen Handlungen.

Für das beiderseitige Schweigen gibt es mehrere gleichermaßen zutreffende Gründe:

- Die aktive Beteiligung der Pflegebedürftigen ist für eine auf ihre Bedürfnisse ausgerichtete und fachlich richtige Leistungserbringung nicht notwendig. Im Vorfeld wurde alles für die pflegerische Handlung Bedeutsame kommuniziert.
- Die Akteure kennen und vertrauen einander. Sie können miteinander schweigen. Die Pflegebedürftigen wissen um die angemessene Ausführung der pflegerischen Arbeit.
- Die Pflegebedürftigen kennen die pflegerischen Handlungen und haben keinen Gesprächsbedarf. Im Anschluss an serielle Einzelhandlungen kommt der Zeitpunkt, an dem die Akteure miteinander Gespräche führen. Mögliche Informationen während des Pflegehandelns enthalten keine diagnostische oder therapeutische Bedeutung für die Pflegebedürftigen, sodass für die Pflegenden kein Bedarf besteht, sie zu verbalisieren.
- Die pflegerischen Handlungen selbst werden als routiniert, normal und alltäglich wahrgenommen, sodass sie von den Pflegenden als nicht kommunikationsbedürftig eingestuft werden.

7.1.1.2 Das Erleben der Pflegenden

Pflegende geben in den Interviews ihre Handlungsweise als Routine an (1). Ihr Routinebegriff ist mit umfangreichen Handlungsweisen verbunden und nicht auf eine Handlung begrenzt. Routine umfasst in erster Linie eine stete Handlungswiederholung (2), die den Pflegenden vertraut ist und die sie soweit mit allen damit in Verbindung stehenden Situationen und Handlungen beherrschen, sodass sich ein Gefühl des ‚immer Gleichen' und des ‚nichts Neuen' einstellt (3). Ihre Handlungsvariationen innerhalb der Routine subsumieren sie in das Muster des ‚immer Gleichen'.

Während ihrer routinierten Handlungen denken die Pflegenden nicht nach, d.h., sie handeln unbewusst und beherrschen gedanklich sowie manuell die sich täglich wiederholenden Tätigkeiten (3) (4). In ihren Binnenperspektiven erleben Pflegende Routine als Normalität. Es ist Arbeit mit einem Höchstmaß an Handlungssicherheit, die vor Fehlern schützt.

Pflegenden präsentieren sich in der Rekonstruktion ihres Erlebens keine nennenswerten Gefühle zu ihren manuellen Handlungen. Die Handlungen wiederholen sich seit Jahren täglich, und Handlungsvariationen oder -abweichungen sind nicht wahrnehmbar. In der Konsequenz erleben Pflegende ihre Routine als stereotype, unveränderbare und fehlerfreie Handlungsabläufe. Sie werden als einfach erlebt und mechanisch, automatisiert abgespult. Vor diesem Hintergrund ist es zum einen nachvollziehbar, dass Routine Pflegende ermüdet als Folge des ‚immer Gleichen', des nicht Nachdenken-Müssens und der damit einhergehenden Handlungssicherheit. Aus Sicht der Pflegenden scheint es keinen

wahrnehmbaren Handlungsspielraum zu geben; ist dies jedoch der Fall, dann scheint es nicht interessant oder sinnvoll, ihn zu nutzen. Handlungswiederholungen und das Erleben ihrer Einfachheit führen dazu, dass Pflegende den professionellen Gehalt ihrer Leistungen nicht erkennen, z.B. eine gelungene Beziehungsarbeit zu leisten, die Arbeitsbedingungen und Erwartungen nachhaltig stabil auszuloten und die Arbeitsabläufe sowie Techniken zu beherrschen. Das Erleben des ‚immer Gleichen' ist Ausdruck eines erreichten Status. Er resultiert jedoch aus pflegerischem Wissen, Aushandlungsprozessen mit Pflegebedürftigen, gelungener Beziehungsarbeit, Anpassung an Gegebenheiten und Anforderungen sowie Probieren und Vergleichen. In der Folge entstand für Pflegende ein in serielle Handlungen zergliederter logischer Arbeitsablauf, in den alle alltäglichen Faktoren wie die zur Verfügung stehende Zeit, Rahmenbedingungen, Arbeitsauftrag, Ziele oder Intentionen der Akteure und Wünsche sowie Vorgaben der Pflegebedürftigen integriert sind.

Pflegende bezeichnen ihr Handeln als routiniert und verwenden im Interview auch den Begriff des automatischen Handelns, z.B. äußern sie: „Das mache ich automatisch" (V-IP1a-1A) oder „ ... jetzt ist alles automatisch für mich" (V-IP4a-1A). Das automatische Handeln weist überwiegend die gleichen Merkmale wie Routine auf. Es wird unbewusst erbracht und Pflegende reflektieren ihr Handeln nicht. Ein wesentlicher Unterschied zwischen routiniertem und automatischem Handeln zeichnet sich in der Integration der Pflegebedürftigen ab. Während in den Routinebegriff überwiegend die Pflegebedürftigen gedanklich und sprachlich durch die Pflegenden einbezogen sind, fokussiert automatisches Handeln ausschließlich die Pflegenden selbst.

7.1.1.3 Die Bedeutung des Merkmals

Ein Wesensmerkmal der Routine ist es, dass die routiniert Handelnden ohne Benennung eindeutiger Ziele oder Intentionen ihr Handeln legitimieren; sie sind ihnen nicht bewusst (5). Pflegende müssen sich im Alltag bei steter Handlungswiederholung nicht ständig aufs Neue ihre Intentionen verdeutlichen, um handlungsfähig zu sein. Dies bedeutet nicht, dass Pflegende im Rahmen von Routine ziellos handeln, es bedeutet lediglich, dass die Ziele nicht mehr expliziert werden oder bei der Handlungsgestaltung wenig bedeutsam sind.

Routiniertes Pflegehandeln führt zu zwei relevanten Auswirkungen:

A) Erhalt der Gesundheit der Pflegebedürftigen und damit der Stabilität der Situation

Pflegende handeln mit der Überzeugung, dass sich ihr Handeln positiv auf die Gesundheit des Pflegebedürftigen auswirkt und diese davon profitieren. Die Bewertung, dass die eigenen alltäglichen pflegerischen Handlungen bedeutsam für die Gesundheit der Pflege-

bedürftigen sind, stellt eine hinreichende, sinnstiftende Handlungslegitimation dar, die nicht täglich neu geprüft wird. Pflegende wissen, wie sensibel Pflegebedürftige reagieren können, wenn sie ihre Handlungen nicht wie gewohnt ausführen: gesundheitliche Krisen können entstehen (3). Sich täglich wiederholende Pflegehandlungen können präventiv gesundheitliche Schäden verhindern und auf diese Weise zur Stabilität der Situation führen. Für den Pflegebedürftigen Sicherheit vermittelnde Stabilität erleben die Pflegenden als ‚immer das Gleiche' und schaffen zugleich mit ihrem Handeln die Bedingungen für gesundheitliche Stabilität.

B) Handlungssicherheit für die Pflegenden

Für Pflegende bedeutet Routinearbeit, über Sicherheit in den Handlungsabläufen zu verfügen. Sie beherrschen weitestgehend alle mit ihrem Handeln in Verbindung stehende Situationen und kennen das Repertoire der Pflegebedürftigen. Pflegerische Handlungssicherheit impliziert beispielsweise fachlich korrekt, wirkungsvoll und schmerzfrei eine Insulininjektionen vorzunehmen (4).

Mit der von Pflegenden durch ihr Routinehandeln erlebten Handlungssicherheit gehen jedoch auch Gefahren einher. Beispielsweise gibt ein Pfleger an, dass ihn seine Arbeit ermüdet. Die sonst mit seiner Arbeit einhergehende Spannung fehlt. Er vermisst Herausforderungen oder Handlungsvariationen, um seine Denk- und Handlungsprozesse flexibel zu halten (3). Die Gefahr besteht in einer Handlungsstereotypisierung und Horizonteinengung.

In einer Sequenz sieht ein Pfleger beim Vorbereiten der Medikamentengabe nicht in die für ihn bereitliegenden Unterlagen (2). Für seine Handlungsgestaltung ist dies nicht nötig und er setzt sich damit über eine Vorgabe hinweg. Die Gefahr besteht darin, dass der Pflegende sein Handeln nicht in Frage stellt, nicht überprüft und aktuellen Veränderungen nicht anpasst. Demgegenüber verfügt der Pflegende über Handlungssicherheit auf Grund seiner Routine. Sie suggeriert ihm ein Gefühl des richtigen Handelns, das keiner Aktualisierung und Überprüfung bedarf.

7.1.1.4 Zusammenfassung

Pflegende handeln routiniert, ohne direkt die Pflegebedürftigen in ihre Handlungen mit einzubeziehen. Währenddessen entsteht kein Gespräch. Pflegende erleben ihre Routine als unbewusstes und einfaches Handeln sowie als ‚immer das Gleiche'. Routinehandeln stellt eine präzise und schnelle Arbeit dar, die auf Grund ihrer ständigen Wiederholung mit hoher Handlungssicherheit einhergeht. Im Ergebnis dient ihr Handeln der Gesunderhaltung der Pflegebedürftigen und führt zu einer hohen Handlungssicherheit. Letztere

kann fehlleitend sein, wenn die Pflegehandlungen nicht überprüft oder aktualisiert werden.

7.1.2 Routine als Hand-in-Hand-Arbeiten

Hand-in-Hand-Arbeiten bezeichnet im originären Sinne, dass sich die Akteure den jeweiligen Arbeitsgegenstand von einer Hand in die andere übergeben. Die Pflegebedürftigen arbeiten als Koproduzenten aktiv mit und leisten auf ihre Art ihren Beitrag zur Alltagsbewältigung. Sie fordern keine Korrekturen ein und nehmen das Ergebnis ab, indem sie damit wortlos weiter arbeiten (2) (3). Die Akteure wirken gleichrangig bedeutsam in diesem Prozess.

7.1.2.1 Kennzeichen des Merkmals: fließende Handlungsübergänge, Einvernehmen und Körpersprache

Pflegende führen am Leib der Pflegebedürftigen mit ihnen zusammen intime Handlungen aus. Für die Pflegebedürftigen sind Grenzen und Vorbehalte aufgehoben, die man anderen gegenüber hat. Pflegende genießen eine passagere, temporäre und zweckgebundene Vertrautheit. Neben der ‚intimen' Vertrautheit besteht ein Vertrauen in die Richtigkeit der Handlungen des Gegenübers, aber nur dann, wenn durch alltägliches Handeln herausgearbeitet wurde, welche Unterstützung angemessen ist.

Der jeweilige Interaktionspartner weiß, wann sein manueller Beitrag zur gemeinsamen Leistungserbringung beginnt oder endet und wann die Arbeit an den anderen übergeben werden kann. Beispielsweise liegen die Aufgaben der Pflegenden darin, die Handlungen des anderen vorzubereiten oder zu ermöglichen. In solchen Situationen entsteht der Eindruck eines fließenden Überganges zwischen den Handlungen der Akteure.

Im Rahmen des Hand-in-Hand-Arbeitens zeigen sowohl Pflegebedürftige als auch Pflegende serielle Einzelhandlungen. Der jeweils andere Akteur ist in diesen Handlungsablauf manuell nicht zwischengeschaltet. In der Zeit, in der Pflegebedürftige serielle Einzelhandlungen erledigen, nehmen Pflegende eine Art Stand-by-Funktion ein, d.h. sie beobachten, sie lassen den Anderen gewähren, solange ihre Fachlichkeit oder ihr Zeitkontingent nicht bedroht sind. Serielle Einzelhandlungen können voneinander abweichen oder unterschiedliche Arbeitskomplexe betreffen, z.B. Waschen des Leibes oder Anziehen von Kleidung.

Der routinierte Handlungsablauf besteht darin, dass Pflegebedürftige ihre Anteile an der Leistungserbringung, d.h. ihre Aufgaben in einer bestimmten Form, Reihenfolge und mit bestimmter Dauer und mit festgelegtem Inhalt erfüllen. Dabei erfassen Pflegende unbewusst den gesundheitlichen Zustand und die Tagesform der Pflegebedürftigen und sie

beobachten deren Handlungen daraufhin, wie viel Zeit zwischen den einzelnen Tätigkeiten vergeht. Eine ‚gefühlte Pausenlänge' zwischen den Handlungen kann für Pflegende handlungsauslösend sein. Pflegende schätzen die Qualität der vom Gegenüber erbrachten Leistungen ein und richten an ihrem Verständnis von Qualität ihr eigenes Handeln aus. Das Ende des Prüfens und Beobachtens zeigt sich daran, dass Pflegende ihren Wahrnehmungen Handlungen folgen lassen. Aus der Perspektive der Pflegenden müssen die Pflegebedürftigen ihre Aufgaben in einer bestimmten Form und mit bestimmter Dauer und festgelegtem Inhalt erfüllen, bevor sie selbst handeln.

Zwischen den Akteuren gibt es einen festgelegten Handlungsablauf, dessen Reihenfolge sich teilweise seit vielen Monaten wiederholt, auch innerhalb des alltäglichen Ablaufes; z.B. reichen Pflegende mehrfach während der Körperpflege den Pflegebedürftigen einen Waschlappen und diese nehmen ihn entgegen.

Pflegende denken die Handlungen der Pflegebedürftigen im Voraus mit und passen ihre Handlungen den Gegebenheiten an, sie flankieren den Prozess und beschleunigen ihn, indem sie die Handlungen des anderen beeinflussen. Reicht das aktuelle Leistungsvermögen eines Pflegebedürftigen nicht aus, um seinen Anteil im Rahmen des Hand-in-Hand-Arbeitens zu erbringen, erfährt er die Unterstützung durch die Pflegende. Solche Unterstützungs- und Anpassungsleistungen sind stets an die Situation gebunden. Pflegende können nahezu jede Handlung der Pflegebedürftigen, auch deren Ausbleiben oder deren Variation wortlos kompensieren, wenn diese sich im Rahmen eingespielter Abläufe bewegen.

Die Situationen des Hand-in-Hand-Arbeitens zeigen häufiges und teilweise relativ langes Schweigen. Dieses findet sich beim gleichzeitigen, aktiven miteinander Arbeiten und wirkt wie ein Einvernehmen über die situationsgebundene Ausgestaltung der Handlungen. Mit ihrem Schweigen drücken die Akteure Billigung und Befürwortung der einzelnen Handlungen sowie deren Ergebnis aus.

Einvernehmen zeigt sich darin, dass Pflegende ihre Handlungen mit Pflegebedürftigen an deren Leib nicht verbal ankündigen. Die Akteure können darauf verzichten, sich verbal Bestätigungen, Bewertungen, Handlungskorrekturen oder Anweisungen zu geben. Auch, dass der Andere richtig handelt, wird nicht erwähnt, denn bei richtigem Handeln, fließen die Handlungen kommentarlos ineinander. Die Akteure verfügen über zwei Optionen: über ein Thema zu reden oder zu schweigen. Denn über den seit Jahren nahezu gleichen Ablauf zu sprechen ist überflüssig.

Kurze Unterbrechungen des Schweigens durch Pflegebedürftige, z.B. durch Einsilbigkeiten oder Lautierungen führen nicht dazu, dass die Akteure ihre Handlungen unterbrechen oder das ein Gespräch beginnt. Kurze Unterbrechungen werden im Rahmen von Schweigen mehrfach ausgedrückt, haben keine Gerichtetheit und sind durch die Wiederholungen als zur Situation dazugehörig und bedeutungslos bei den Akteuren eingestuft.

Die Akteure zeigen im Rahmen des Hand-in-Hand-Arbeitens und dem damit einhergehenden Schweigen ein hohes Maß an nonverbaler Kommunikation. Insbesondere Lächeln und Blickkontakt dienen dazu, Einvernehmen zu symbolisieren und Zwischenstände aufeinander folgender Handlungen abzugleichen. Lächeln, Blickkontakt und Gesten beziehen sich auf den Arbeitsgegenstand. Diese Symbolisierung reicht für beide, um zu wissen, welche Handlungen folgen, und sie verdeutlicht Stetigkeit und Kontinuität im Rahmen des Prozesses sowie beiderseitiges Einvernehmen.

Die Pflegenden sehen zum Handlungsgeschehen hin, nehmen wahr und wissen dabei um den genauen Zeitpunkt des Hinsehens, um die gemeinsame Arbeit Hand-in-Hand weiter zu führen. Die Blicke dienen den Pflegenden, um selbst mit Handlungen zu beginnen oder ein Handlungsende zu signalisieren. Partiell drücken sich die Pflegenden nonverbal mit Lächeln und Gesten aus, um zu signalisieren, dass ihre Aktivität erbracht ist und weitere Aktivitäten durch ihr Gegenüber folgen können. Die Gesten reichen aus, um Verständigung über das Stattgefundene zu erzielen. Oftmals warten Pflegende auf ein Zeichen der Pflegebedürftigen (z.B. indem sie die Hände vom Geschehen wegnehmen oder eine entspannte Haltung einnehmen), um mit ihren Handlungen fortzufahren.

7.1.2.2 Das Erleben der Pflegenden

Pflegende verstehen das Hand-in-Hand-Arbeiten mit den Pflegebedürftigen als Routine (1), die die Handlungen der Pflegebedürftigen zu einem gemeinsamen Handeln integriert (2) (3). Es bedeutet den Vollzug von etwas Gemeinsamem und die Antizipation der nächsten Handlungen. Das Verständnis von Routine umfasst gleichermaßen ein Hand-in-Hand-Arbeiten der Akteure, eine teilweise oder vollständige Handlungsübernahme durch die Pflegenden. Zu einem Handlungskomplex kann es in der inhaltlichen Ausgestaltung verschiedene Möglichkeiten geben (4).

Pflegende bewerten das routinierte Hand-in-Hand-Arbeiten als normale und selbstverständliche Beiträge der Pflegebedürftigen zur Gesamtleistung. Hand-in-Hand-Arbeiten bedeutet einerseits für sie Stabilität und setzt Verlässlichkeit bei den Handlungen und deren Rahmenbedingungen voraus, wie z.B. die Kräfteverhältnisse der Pflegebedürftigen oder die Beziehung zueinander. Andererseits bedeutet es Flexibilität, d.h., es unterliegt Schwankungen und umfasst einen Spielraum an Möglichkeiten der Gestaltung der Unterstützungsleistung durch die Pflegenden.

Pflegende verbinden mit dem Hand-in-Hand-Arbeiten verschiedene Intentionen auf unterschiedlichen Ebenen (2) (3). Auf die tagesaktuelle Situation bezogen, verfolgen die Akteure die gleiche Handlungsintention, beide Seiten bringen sich mit ihrem Körper, ihren Kräften und ihren Fähigkeiten dafür ein. Das aktuelle Handlungsergebnis muss täglich gut oder akzeptabel sein und beide Akteure zufrieden stellen. Dazu gehört beispielsweise der glatte Sitz einer Inkontinenzvorlage mit Hüftbund, zu der die Pflegekraft

eine fachlich begründete Vorstellung hat und über die der Pflegebedürftige als Experte in eigener Sache eine erfahrungsgebundene Erlebniswelt besitzt. Beide Vorstellungswelten treffen beim Handeln aufeinander, müssen aber nicht täglich neu ausgehandelt werden (4). Wenn die seriellen Einzelhandlungen routiniert erbracht werden, dann ist ein Austausch über die Intentionen überflüssig, d.h. implizit führen die jeweiligen Vorstellungswelten zu einem Zusammenspiel der Handlungen, und so lange die Routine läuft, müssen die jeweiligen Intentionen nicht besprochen werden.

Aus der Perspektive der Pflegenden sind über die Situation hinausgehenden Intentionen zu erkennen (2) (3):

- Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit für die Pflegebedürftigen
- Aktivierung vorhandener Fähigkeiten von Pflegebedürftigen
- Erhalt der Würde der Pflegebedürftigen und Förderung des Selbstvertrauens
- Förderung positiver Gefühle durch Umdeutung oder Reduzierung negativer Gefühle von Pflegebedürftigen.

7.1.2.3 Zusammenfassung

Im Rahmen von Routine ist das Hand-in-Hand-Arbeiten der Goldstandard der Alltäglichkeit für die hier analysierten Situationen. In diesem Sinne dem Handlungsmodell routiniert zu folgen bedeutet, das Pflegegeschehen für Pflegende wie Pflegebedürftige gleichermaßen ohne vorherige Detailanalyse zu überblicken, zu steuern und mit kleinem, fast unscheinbarem Eingreifen seinen routinierten Ablauf zu sichern. Im Ergebnis zeigt sich eine flexible, variationsreiche teilkompensatorische Gestaltung pflegerischer Handlungsweisen. Die Handlungen von Pflegenden und Pflegebedürftigen fließen reibungslos ineinander, ergänzen sich, erfahren keine inhaltliche Kommentierung und stellen Einvernehmen dar.

7.1.3 Gespräche während der Routine

Gespräche auf der Grundlage routinierter manueller Handlungen präsentieren sich, indem beispielsweise eine Pflegende Insulin injiziert und zeitgleich mit dem Pflegebedürftigen über eine ehrenamtliche Helferin spricht (2). Pflegebedürftige können sich gleichfalls auf verschiedenen Handlungsebenen bewegen: Blickkontakt halten, Gespräche führen und physisch aktiv sein.

7.1.3.1 Kennzeichen des Merkmals: Handlungsparallelität, der Fokus der Aufmerksamkeit und Nähe sowie Übereinstimmung der Situationseinschätzung

Die hier dargestellte Parallelität beinhaltet, dass zeitgleich zu seriellen Einzelhandlungen von Pflegenden oder eines Hand-in-Hand-Arbeitens ein Gespräch zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen geführt wird. Parallelität bezieht sich immer auf die Pflegenden, auf deren Aktivitäten und Interaktion mit Pflegebedürftigen und eine damit einhergehende Gleichzeitigkeit.

A) Gelingende Handlungsparallelität

Gespräche auf der Grundlage verinnerlichter Handlungen zeigen eine über mehrere Minuten bestehende Parallelität auf drei unterschiedlichen Handlungsebenen:

Routiniert manuelle Handlungsebene

In mehreren Situationen, wie z.B. bei der Vorbereitung oder Durchführung einer Körperpflege, konnten routinierte, manuelle Handlungen beobachtet werden, in denen zeitgleich Gespräche geführt wurden, deren Inhalt keinen aktuellen Handlungsbezug aufweist. Die von den Pflegenden gezeigten Handlungen sind umfangreiche Arbeitskomplexe wie das Zubereiten von Frühstück oder andere kleine Handgriffe wie das Anziehen von Handschuhen.

Neben der Routine der Pflegenden ist im Sinne eines Hand-in-Hand-Arbeitens eine von Pflegenden und Pflegebedürftigen gemeinsam erbrachte Routine Voraussetzung für eine Parallelität von manuellen und sprachlichen Handlungen. Routinierte Handlungsabläufe weisen Variablen und Fixpunkte auf. Fixpunkt bildet die Tatsache einer wiederkehrenden Handlung. Variabel ist der Zeitpunkt der genauen manuellen Handlung. Dabei bildet Routine den Rahmen der spontanen sprachlichen Handlungen. Sie stellt für die Akteure ein verlässliches Handlungsfundament dar und bildet zugleich die Möglichkeit für ein Gespräch.

Es ist davon auszugehen, dass die Pflegebedürftigen sich nicht zahlreichen Routinen von verschiedenen Pflegenden passiv anpassen, sondern diese so mitgestalten, dass die Pflegenden vergleichbare Handlungen mit Variationen vollziehen.

Routiniertes, manuelles Pflegehandeln ist eine Conditio sine qua non für die hier gemeinte Parallelität. Nur wenn das manuelle Handeln internalisiert ist, unbewusst und reibungslos erfolgt, kann sich die Aufmerksamkeit der Pflegenden anderen Inhalten wie einem Gespräch zuwenden.

Routine bildet sich nicht im Bewusstsein ab (3) und ist nicht mit bedeutungsvollen Gefühlen verbunden (1).

Gesprächsebene

Die inhaltliche Ausgestaltung der Gesprächsebene erfolgt sowohl durch die Pflegebedürftigen als auch durch die Pflegenden selbst. Initiieren Pflegebedürftige ein Gespräch, knüpft der Gesprächsinhalt zumeist an ihren Bedeutungswelten an (z.B. Verdauungsstörungen, Mahlzeiten oder Hobbys) oder bezieht sich auf das aktuelle Handlungsgeschehen.

Pflegende tragen initial auf der Gesprächsebene zur Parallelität bei, indem sie beispielsweise in Form von Fragen ein gemeinsames Schweigen beenden. Der Frageninhalt bezieht sich zumeist unmittelbar auf die Alltagswelt der Pflegebedürftigen. In der Regel stellt das Gesprächsthema einen Bezug zum Pflegebedürftigen her. Die von Pflegenden gestellten Fragen stehen nicht immer im Zusammenhang mit den vorherigen Gesprächsinhalten oder Handlungen. Sie beginnen oftmals ein neues Thema und durch die weiterlaufende Handlung wird die Situation nicht komplett verändert.

Pflegende verwenden die Techniken des Fragens, Zuhörens, Nickens, Paraphrasierens, des Aushelfens mit Wörtern, der Betonung von Satzfragmenten oder Wörtern und der Anpassung ihrer Stimmlage und drücken sich insbesondere durch Blickkontakt aus. Sie nutzen diese Techniken, um sich der Aufmerksamkeit der Pflegebedürftigen und damit des gemeinsamen Verstehens zu vergewissern. Für das Aufrechterhalten eines Gespräches reichen Lautierungen der Pflegenden aus, um zu signalisieren, dass sie zuhören, den Inhalt verstehen, dem Thema folgen und am Gespräch beteiligt sind. Pflegebedürftige benötigen oftmals keine weiteren Anhaltspunkte, um ihren Redebeitrag fortzusetzen.

Auch Pflegebedürftige nehmen erst den Blickkontakt mit Pflegenden auf und versichern sich des gemeinsamen ‚In der Situation Seins' ihres Interaktionspartners, bevor sie sprechen.

Ebene der Körpersprache

Sowohl Pflegebedürftige als auch Pflegende drücken sich mit und über ihre Körper aus. Beide vermitteln nonverbale Signale und unterstreichen sowohl die Gesprächsinhalte als auch das gemeinsame manuelle Handeln. Häufige Elemente der Körpersprache stellen Blickkontakt und Lächeln, Bewegungen des gesamten Körpers und Gestik dar. Häufig erzielen die Akteure Verständigung mit Blickkontakten oder Lächeln. Diese beiden Formen der Körpersprache bestätigen das Verstehen und ein Kontakthalten auf der Beziehungs- oder Kommunikationsebene oder bezeichnen Zwischenstände aufeinander folgender Handlungen. Blickkontakt ist Bestandteil einer kodifizierten Sprache zwischen den Akteuren, mit ihm beginnt und endet oftmals eine gesprächsinitiierende Frage.

Insbesondere für physisch anstrengende Handlungsabläufe ist eine Abstimmung mit dem Gegenüber erforderlich, wenn ein Funktionieren der Aktivitäten erreicht werden soll. Körperbewegungen können für den Interaktionspartner ein Signal darstellen.

Pflegende können dreigleisig in Aktion sein: Gespräche führen, Blickkontakt halten oder ihren Körper bewegen und manuell handeln (1) (2) (4). Zumeist ergänzen Blickkontakt und gemeinsame Gesprächsebene einander.

Beziehungen zwischen den Ebenen

Die verschiedenen Handlungsebenen laufen parallel zueinander und charakterisieren sich überwiegend dadurch, dass sie inhaltlich keinen Bezug zueinander aufweisen.

Zumeist beginnt mit dem Aufnehmen der Gesprächsebene eine Parallelität, die neu das Geschehen bereichert. Parallelität besteht immer nur sequenziell und bedeutet, dass Handlung und Gespräch in der Situation zeitgleich erfolgen, während die Handlungsebene meist seit längerem besteht und die Gesprächsebene neu hinzukommt.

Eine Parallelität kann auf der Handlungsebene beendet sein und dennoch führen die Akteure ihr Gespräch weiter, d.h. die Gesprächsebene endet nicht automatisch mit der Handlungsebene. Sie wird durch die Handlungsebene nicht beeinflusst und umgekehrt beeinflusst die Handlungsebene selten die Gesprächsebene. Beide Ebenen wirken so, als bestünden sie losgelöst voneinander (2).

B) Aufmerksamkeitsfokus im Rahmen von Parallelität

Pflegende trennen zwischen der manuellen Ebene, die sie als ‚Arbeit' bezeichnen, und der Gesprächsebene. Sie handeln auf der Ebene der manuellen Handlungen unbewusst. Diesen Handlungsstrang nehmen sie nicht bewusst wahr, er ist nicht relevant und auf der Erlebnisebene weniger bedeutungsvoll als der Gesprächsinhalt. Routine läuft ohne bewusste Konzentration auf die jeweilige manuelle Handlung ab (3). Sie ist wie eine Nebensächlichkeit in den Hintergrund geschoben (4). Routinierte Handlungsabläufe bestimmen im Erleben der Akteure nicht die Situation, geben der Situation nicht ihre Prägung (5).

Im Mittelpunkt des Geschehens stehen das Gespräch, das Verstehen des Anderen und der Kontakt zu den Pflegebedürftigen. Dabei liegt die Aufmerksamkeit und damit auch die Bedeutungszuweisung der Pflegenden auf der kommunikativen Ebene (5). Zugleich tritt die manuelle Handlungsebene in Bezug auf den Bewusstseins- und Selbstwahrnehmungsfokus in den Hintergrund. Pflegende können nicht zeitgleich auf zwei Ebenen konzentriert agieren. Nur durch die Fähigkeit des routinierten Handelns ist der ‚Blick' frei geworden für eine weitere Handlungsebene.

Pflegende wenden ihre Aufmerksamkeit bei Abweichungen von ihren routinierten Abläufen der manuellen Handlungsebene zu, z.B. beim Suchen von Arbeitsmitteln oder beim Integrieren von Neuem in den Ablauf (6).

Im Rahmen der Forschung konnten Sequenzen beobachtet werden, in denen die Parallelität auf der Gesprächsebene wenig gelingt. Charakteristisch für solche Situationen sind beispielsweise stereotype, verallgemeinernde Aussagen, die darauf hindeuten, dass die Pflegenden mit dem Gespräch und zugleich mit ihrem manuellen Handeln verankert sind. Sie reagieren beispielsweise zeitverzögert auf humorvolle Äußerungen, wenn Pflegebedürftige bereits nicht mehr lachen, und ihre Redebeiträge haben keinen direkten Bezug zum Gesagten. Sie agieren nicht, tragen nicht zur Lebendigkeit des Gespräches bei und knüpfen Gesprächsfäden nicht weiter.

Pflegende können ihren Wahrnehmungsfokus vom Gespräch zurück zu ihren manuellen Handlungen verändern. Sie entscheiden zwischen zwei Optionen: die Handlungen kurz pausieren zu lassen und damit der Gesprächsebene die prioritäre Bedeutung beizumessen oder ihrer Handlungsebene auf Kosten des Gespräches den Vorrang zu geben. Zwei Dinge gleich gut zu erfüllen und gleich aufmerksam zu betrachten, gelingt ihnen nicht.

C) Nähe und Übereinstimmung der Situationseinschätzung

Situationen, in denen Gespräche auf der Grundlage verinnerlichter Handlungen stattfinden, zeigen körperliche und/oder emotionale Nähe der Pflegenden zu den Pflegebedürftigen. Diese Nähe entsteht, wenn die Interakteure die gegenwärtige Situation entsprechend ihren Erwartungen gleich oder zumindest ähnlich deuten und interpretieren.

Übereinstimmung der Situationseinschätzung äußert sich in verbalen Bestätigungen, in sensiblem Differenzierungsvermögen, um verstehen zu können, in Blickkontakten und im Aufrechterhalten des Themas. Kurzer sowie längerer Blickkontakt und ein zeitlich gleich langes Lächeln oder lautes Lachen als Folge von situationsbezogenem Humor zwischen den Akteuren drücken Verständigung und Einverständnis mit der Situation aus (1). Beide Ausdrucksweisen verleihen den Situationen etwas Einvernehmliches, Gemeinsames und gegenseitig Bestätigendes. Zugleich wird eine Übereinstimmung der Akteure mit den Handlungen in der Situation deutlich, wenn beide Akteure Momente kommunikativer Ruhe erleben, während man auf einen Gesprächsbeitrag des anderen wartet und manuell handelt (2).

Die Übereinstimmung in der Situationseinschätzung kann sich darin zeigen, dass Pflegebedürftige beispielsweise Pflegende in ihrem Gesprächsbeitrag bestätigend unterbrechen. Eine Übereinstimmung der Situationseinschätzung wird auch daran deutlich, dass auf manueller Ebene nonverbale Signale des Gegenübers wortlos verstanden und antizipiert werden. Durch ihre Körpersprache vermitteln die Pflegenden Authentizität in der Situation.

Übereinstimmung mit der Situationseinschätzung als ein gegenseitiges Kennen, Teilen von Arbeitserfahrungen und Bedeutungswelten sowie miteinander Vertraut-Sein wird durch eine kodifizierte Sprache der Interakteure deutlich, z.B. äußert eine Pflegende gegenüber der Pflegebedürftigen vor der Insulininjektion: „Ich muss wieder auf die gemeine Seite spritzen." (IP7a-3A), ein Pfleger gibt im Interview an: „Ich weiß aber von ihm, dass ‚Haare waschen' immer zweimal Durchwaschen ist." (IP6a-1A) (1). Übereinstimmung mit der Situationseinschätzung beinhaltet auch, dass die Beziehungs- und Kommunikationsebene der Interakteure nicht belastet ist. Wäre die Beziehung zwischen den Pflegebedürftigen und Pflegenden störanfällig, sodass von Seiten der Pflegenden der Beziehungsarbeit immer wieder große Bedeutung beigemessen werden muss, könnten die manuellen Handlungen nicht parallel erfolgen.

7.1.3.2 Das Erleben der Pflegenden

Pflegende bewerten die mit der Parallelität einhergehenden Fähigkeiten als nicht professionell (1). Im Kontext ihrer Wahrnehmung trennen sie die Situationen zwischen ‚pflegerischer Arbeit' als manuelles Handeln und dem Gespräch. Das Erbringen ‚pflegerischer Arbeit' stellt für Pflegende eine Leistung im Sinne physischer Arbeit dar und ist positiv konnotiert. In ihrer Bewertung der Routine stellt die Gleichzeitigkeit der Handlungsebenen nichts fachlich Gebundenes dar und erfährt keine positive Anerkennung. Als Voraussetzung für eine solche Parallelität sind u.a. „gutes Verstehen" (IP6a-1A) und „auf den anderen eingeeicht sein" (IP6a-1A) benannt (1). Die Notwendigkeit von Fach- und Erfahrungswissen, von Beziehungsarbeit, des Sich-Einlassens-auf-den-Anderen oder der Krankenbeobachtung und deren Auswirkungen auf den Inhalt und das Ergebnis der Handlungen werden nicht erkannt. Pflegerisch-professionelles Handeln im Sinne von Handlungsparallelität erfährt vor diesem Hintergrund eine Gleichsetzung mit Laienarbeit. In der Bewertung der Pflegenden ist Parallelität nicht an Pflegefachlichkeit gebunden.

Beispielsweise äußert eine Pflegende (2), dass sie das Gesprächsthema ‚einfach' aufgreift. Möglicherweise wird der Pflegenden dadurch physisch und psychisch nicht viel abverlangt. Insofern hat die Pflegende bei aller Bescheidenheit das Gefühl von ‚Einfachheit' und blendet möglicherweise die Bedeutung ihres Handelns aus.

7.1.3.3 Die Bedeutung des Merkmals: der Doppel-Effekt bei Handlungsparallelität

Doppel-Effekt meint zum einen die mit einer Insulininjektion, Körperpflege oder einer Nahrungszubereitung verbundenen Intentionen und Resultate und zum anderen die mit den Gesprächen und der Situation einhergehenden Effekte. Die mit den manuellen Hand-

lungen verbundenen Ziele wurden im Vorfeld der Parallelität legitimiert und verankert. Sie stellen intellektuell und motorisch keine Herausforderung mehr dar.

Pflegende verfolgen mit ihren Handlungen Effekte, die auf die aktuelle Situation, auf langfristige Resultate und auch auf sie selbst bezogen sind:

- Teilhaben an der Bedeutungswelt des Pflegebedürftigen sowie Aufrechterhaltung und Beeinflussung der emotionalen Beziehung zwischen den Akteuren

  Die Körpersprache der Pflegenden dient dem Verstehen des Gegenübers und ist ein Element situationsgebundener Handlungsintentionen. Verstehen dient einerseits der Teilhabe an der Bedeutungswelt des Pflegebedürftigen und andererseits der Aufrechterhaltung und Beeinflussung der emotionalen Beziehung zwischen den Akteuren. Letztgenanntes impliziert nicht eine besondere Nähe, sondern einen für beide Seiten angemessenen Gleichklang, der im Rahmen einer solchen körpernahen, intimen Arbeitsbeziehung über teilweise mehrere Jahre hinweg bestehend, förderlich ist. Gleichermaßen partizipieren Pflegende von der Bedeutungswelt der Pflegebedürftigen, indem sie diese dazu motivieren, von sich zu erzählen.

- Förderung und Erhalt von Selbstständigkeit und Gesundheit (Kap. 7.1.1.3)

  Dieser Effekt wird insbesondere dann deutlich, wenn die Akteure zusammenarbeiten. Da im Rahmen von Routine nicht über die Handlungen gesprochen wird, meint Selbstständigkeit nicht den freien Willen oder die Auswahl zahlreicher Handlungsoptionen für den Pflegebedürftigen – dies ist impliziert – sondern eine physische Mobilität.

- Erhalt der psychischen Gesundheit und Förderung der Orientierung von Pflegebedürftigen

  Pflegende bereichern oftmals mit verbalen und nonverbalen Beiträgen – und je nach Temperament – die Situation durch ihren Humor. Sie knüpfen an der aktuellen Situation an und setzen ihn teilweise bewusst ein. Diese Form des Humors kann dazu dienen, die Bedeutung der Probleme, mit denen sich Pflegebedürftige auseinandersetzen, in ihrem Erleben zu verkleinern, die Brisanz eines Themas zu mildern oder einer unangenehmen Situation vorzubeugen. Pflegende beeinflussen die Gefühlswelt der Pflegebedürftigen.

  Um Orientierungen der Pflegebedürftigen zur Zeit und zum sozialen Netzwerk zu stabilisieren, stellen Pflegende Fragen zu deren Umfeld und initiieren Gespräche darüber. Pflegende gewinnen Informationen aus den Antworten der Pflegebedürftigen, z.B. über deren zeitliche und personengebundene Orientierung. Im Erleben der Pflegebedürftigen erfährt der Inhalt der Frage einen Bedeutungszuwachs, z.B., wenn nach dem Besuch einer ehrenamtlichen Betreuerin gefragt wird und die Pflegebedürftige an die Person und ihre Aufgabe erinnert wird (2). Pflegende aktivieren die Orientierungsmöglichkeiten der Pflegebedürftigen, binden deren soziales Um-

feld in ihre Arbeit mit ein und tragen dazu bei, die Alltäglichkeit und das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten der Pflegebedürftigen zu stärken. Zugleich gelingt den Pflegenden eine Bedeutungssetzung, wenn z.B. nicht die Insulininjektion, sondern das Gespräch situationsbestimmend ist.

- Erhalt der Routine

  Routine und damit verbundene Stabilität und Verlässlichkeit in den alltäglichen Handlungen stellt eine erarbeitete Handlungsform dar, die es zu erhalten gilt.

- Zeitrationalität

  Pflegende führen Gespräche während ihrer Tätigkeit, um den Wünschen der Pflegebedürftigen nach sozialem Kontakt und Kommunikation nachzukommen. Teilweise wissen die Pflegenden um die von Pflegebedürftigen vorgebrachten, sich täglich wiederholenden Gesprächsinhalte. Pflegende befinden sich in einer facettenreichen Situation: einerseits besteht zur Refinanzierung der Leistung ein enges Zeitkorsett, andererseits wissen sie um die Bedeutung der Kommunikation mit Pflegebedürftigen. Um ein Dilemma zu vermeiden, bearbeiten Pflegende einen Teil des Gesprächsbedarfes der Pflegebedürftigen, während sie zugleich manuell handeln. Sie nutzen die ihnen zur Verfügung stehende Zeit mit einem Höchstmaß an Effizienz. Die Bedeutungswelt und Normalität der Pflegebedürftigen stehen im Vordergrund der Interaktion.

Es ist festzustellen, dass die Parallelität und die damit einhergehenden Fähigkeiten nicht als pflegeprofessionelles Handeln von den Pflegenden selbst angesehen werden. Die hier vorgenommene Dateninterpretation verdeutlicht, dass routiniertes pflegerisches Handeln mit mehreren Effekten einhergehen kann. Dabei stellt die Tatsache der Handlungsparallelität zunächst keine Besonderheit beruflicher Handlungen dar. Führt die Handlungsparallelität jedoch dazu, die Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen zu erhalten oder zu fördern, markiert diese Fähigkeit professionelles Pflegehandeln.

7.1.3.4 Zusammenfassung

Pflegenden gelingt es unter der Voraussetzung routinierter Handlungen, Gespräche zu führen und damit auf zwei Ebenen zugleich mit Pflegebedürftigen tätig zu sein. Es besteht eine Handlungsparallelität auf den Ebenen des manuellen und sprachlichen Handelns sowie der Körpersprache. Während des routinierten Handelns liegt der Aufmerksamkeitsfokus der Pflegenden auf dem Gespräch. Bei Abweichungen und Unterbrechungen von der Routine konzentrieren sich Pflegende stets auf ihre manuellen Handlungen. Damit gewährleisten sie die Umsetzung ihres Handlungsmodells.

Gefühlslagen wie Ärger können zu einer Unterbrechung der manuellen Handlungen führen. Die Situationen der Handlungsparallelität charakterisieren sich über die Routine

und das Gespräch hinaus über Nähe und eine Übereinstimmung der Situationseinschätzungen der Handelnden. Parallelität kann dazu führen, dass Pflegende die mit ihren manuellen Handlungen verbundenen Ziele erreichen und darüber hinaus noch Effekte des Teilhabens an der Bedeutungswelt der Pflegebedürftigen oder der Zeitrationalität erzielen.

Pflegende assoziieren mit der von ihnen vollzogenen Parallelität aus Routine und Gespräch keine positive Bewertung.

7.1.4 Routine und Gesprächsgestaltung als pflegerische Handlungsparallelität

Im Folgenden wird intuitives Pflegehandeln auf der Grundlage zeitgleicher Handlungsparallelität als sprachliches und manuelles Handeln dargestellt (1). Im Gegensatz zum vorangegangen Kapitel sind die Pflegenden in den beobachteten Sequenzen und gemäß ihres Intuitionsverständnisses sowohl intuitiv routiniert-manuell als auch intuitiv gesprächsgestaltend tätig.

7.1.4.1 Kennzeichen des Merkmals: Routine, Gesprächsgestaltung und Handlungsparallelität

Um Handlungsparallelität herzustellen, finden sich nachstehende Rahmenbedingungen:

- Die Pflegenden sind routiniert-manuell tätig (2).
- Die Pflegebedürftigen arbeiten mit den Pflegenden zusammen.
- Pflegende prüfen vor Gesprächsbeginn den Gesundheitszustand des Pflegebedürftigen in dem Bereich, dem sie ihre Handlung zuwenden. Ein die Pflegenden zufriedenstellendes Ergebnis der Bewertung des Gesundheitszustandes oder der Umgebungssituation ermöglicht ihnen, ein Gespräch zu führen. Der manuellen Handlung obliegt die primäre Bedeutung. Wenn dies als nicht gefährdet bewertet wird, können Pflegende parallel dazu ein Gespräch führen (1).
- Die von Pflegenden verwendeten Einstiegsfragen zum Gespräch belegen pflegerisches Erfahrungswissen zum Kontext der Pflegebedürftigen (1).

Folgendes situationsbezogenes Muster zeigt die Entstehung von Parallelität:

- Die Akteure schweigen für einen kurzen Moment. Es werden keine bestehenden Gespräche unterbrochen oder beendet.
- Pflegende initiieren mit thematisch eingegrenzten Fragen an die Pflegebedürftigen einen Gesprächseinstieg und führen auf diese Weise Parallelität herbei. Sie

sprechen mitunter ihre unmittelbaren Wahrnehmungen aus, die direkt in Zusammenhang mit ihren manuellen Handlungen stehen und in ihrem unmittelbaren Blickfeld liegen. Sie sind Anlass zur Kommunikation.

- Pflegende arbeiten am Leib der Pflegebedürftigen (1).

Insgesamt zeigt sich, dass pflegerische Handlungsparallelität entsteht, indem Pflegende in Situationen des Schweigens und zeitgleichen Hand-in-Hand-Arbeitens ihre Wahrnehmungen aussprechen. Eine Besonderheit dieser Handlungsparallelität (im vgl. Kap. 7.1.3) besteht darin, dass Pflegende ein Gespräch initiieren, nachdem sie die gesundheitliche Situation des Pflegebedürftigen in ihrem Handlungsbereich als zufriedenstellend bewertet haben.

Die Gleichzeitigkeit von sprachlicher und manueller Handlung zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen dauert längere Zeit an (z.B. bei V-IP12-3I ca. 1,5 Minuten). Die Handlungsparallelität wird überwiegend von der Gesprächsdauer bestimmt. Die manuellen Handlungen der Pflegenden in Zusammenarbeit mit den Pflegebedürftigen werden sowohl vor, als auch während und nach dem Gespräch durchgeführt. Trotz kurzer Gesprächspausen kann die Parallelität als fortgeführt bezeichnet werden, weil anschließend die Gespräche mit gleicher Thematik fortgesetzt und die manuellen Handlungen nicht unterbrochen werden.

Wie in Kapitel 7.1.3 dargelegt, besteht ein Kennzeichen der Handlungsparallelität darin, dass die manuellen Handlungen und die Gesprächsthemen keinen unmittelbaren Zusammenhang aufweisen, z.B. trocknet und cremt eine Pflegende das Gesäß eines Pflegebedürftigen und unterhält sich mit ihm über Turniertanz und Boxkämpfe im Fernsehen. Im Folgenden werden die Handlungen auf manueller und sprachlicher Ebene auf ihre Kennzeichen hin analysiert, die über die in Kapitel 7.1.3 ausgeführten hinausgehen.

Die geteilte Aufmerksamkeit auf der sprachlichen Handlungsebene

Die Gesprächsthemen knüpfen an den Bedeutungswelten der Pflegebedürftigen an und stellen das Erleben des Alltages der Pflegebedürftigen in den Mittelpunkt. Gesprächsinhalt und -techniken bei Fortsetzen der manuellen Handlungen weisen auf thematisch begrenzte, alltagsbezogene Themen hin, die geeignet sind, Informationen auszutauschen oder Aufgaben zu klären.

Das Aufrechterhalten der manuellen Pflegehandlungen führt bei den Pflegenden zu kurzen Dialogbeiträgen oder -verzögerungen. Diese entstehen nicht durch eine Reflektion der Gesprächsinhalte, sondern durch die Tatsache, dass die Aufmerksamkeit der Pflegenden wechselweise auf ihren manuellen und sprachlichen Handlungen liegt. Die Aussagen der Pflegenden verdeutlichen, dass ihre Aufmerksamkeit nicht zeitgleich auf den verbalen und den manuellen Handlungen liegen kann. Sowohl die Blicke der Pflegenden

auf ihre Hände und auf ihren Arbeitsgegenstand als auch die reduzierten Gesprächsbeiträge zeigen, dass die Aufmerksamkeit überwiegend bei den Gesprächen liegt, sich aber auch zwischendurch immer dem manuellen Handlungsstand zuwendet. Darüber hinaus reflektiert eine Pflegende erst im Interview den Inhalt ihres Gespräches (1). Es ist ein Hinweis für die unbewusste und routinierte Handlungsweise einer Pflegenden, die erst im Interview erkennt, dass sie den Genitalbereich eines Pflegebedürftigen abtrocknet und eincremt und sich zugleich mit ihm über Tanzen und Boxen unterhält. Die Pflegende reflektiert weder gänzlich den Handlungsinhalt noch den Gesprächsinhalt. Dies ist ein Indiz dafür, dass die Aufmerksamkeit der Pflegenden nicht ausschließlich auf dem Gespräch liegen kann. Es ist Pflegenden nicht möglich, trotz routinierter Handlungen zeitgleich und gleichermaßen konzentriert zu sprechen und manuell zu handeln.

Im Erleben der Pflegenden müssen die manuellen Handlungen ihrem Handlungsmodell folgen und aufrechterhalten werden. Damit nehmen Pflegende für ihre Arbeit eine implizite Bewertung zwischen beiden Handlungsebenen vor. Die Priorität liegt bei den manuellen Handlungen, das Gespräch nimmt Zweitrangigkeit ein. Die manuellen Handlungen werden von den Pflegenden unbewusst erbracht und zugleich sind diese Handlungen prioritär.

Im Rahmen von Handlungsparallelität liegt die Aufmerksamkeit und Konzentration der Pflegenden zeitweise auf dem Gespräch und dessen Inhalt (1) (4). Die Lenkung der Aufmerksamkeit erfolgt initial auf Grund der pflegerischen Wahrnehmungen. Wenn durch die Routine und das ‚eingespielt-Sein' mit den Pflegebedürftigen die Aufmerksamkeit der Pflegenden für ihre manuellen Handlungen nicht mehr erforderlich ist, kann sie sich einem Gespräch zuwenden. Eine Pflegende formuliert den Wechsel der Aufmerksamkeit als ‚umschalten' (IP12-3I). Sie schaltet nach der Prüfung der Voraussetzungen (IP12-3I: „wenn ich das richtig erinnere, waren wir soweit durch.") auf ein ‚normales Gespräch um'. Sie benötigt für ihre manuellen Handlungen keine Konzentration, jedoch hat deren reibungsloses Funktionieren höchste Priorität.

Das Auflösen von Parallelität als Ergebnis abgeschlossener Handlungskomplexe

Mit dem Abschluss des Gesprächsthemas endet die Parallelität aus sprachlichen und manuellen Handlungen, d.h. Schweigen entsteht und anschließend werden andere Themen berührt. Zum Gesprächsende äußern sich zwei Pflegende einsilbig. Eine Pflegende formuliert ein gedehntes ‚Soo', während sie angestrengt einen Antithrombosestrumpf über die Ferse der Pflegebedürftigen zieht und diesen glättet (V-IP7a-7I). Handlung und Einsilbigkeit weisen sowohl auf das Ende eines gedanklich konstruierten Handlungskomplexes als auch auf den Neubeginn von Handlungen als Bestandteile des Handlungsmodells hin (Kap. 7.2.2 und Kap. 7.2.3). Eine andere Pflegende äußert eine Einsilbigkeit, der sich eine Handlungsaufforderung an den Pflegebedürftigen anschließt, d.h. für die kommende Pflegehandlung bedarf es der besonderen Mitwirkung des Pflegebedürftigen (1). Die Pfle-

gende beendet damit das vorangegangene Gespräch und leitet einen neuen Handlungskomplex ein. Nicht nur ihre Handbewegungen belegen das Ende und den Beginn eines Handlungskomplexes, sondern auch die Einsilbigkeit mit anschließender Handlungsaufforderung an den Pflegebedürftigen (Kap. 7.2.3).

Pflegende führen in der Phase des Gesprächsendes ihre Handlungen ohne Unterbrechung oder Korrekturen fort, lösen jedoch die Parallelität mit dem Gesprächsende auf. Die Einsilbigkeiten geben einen Hinweis darauf, dass das Gesprächsende vom zeitgleichen Ende und Neubeginn eines Handlungskomplexes dominiert wird. Die routinierten manuellen Handlungskomplexe werden beendet oder die folgenden Handlungskomplexe beginnen oder sie benötigen die Aufmerksamkeit der Pflegenden, z.B. auf Grund physischer Anstrengung. Beendigung und Neubeginn eines Handlungskomplexes diktieren die Dauer der Parallelität. Diese Tatsache weist auf das Vorhandensein eines pflegerischen Handlungsmodells hin, das nicht nur die manuellen Pflegehandlungen bestimmt, sondern sich auch auf das Gesprächspotenzial auswirkt. Es besteht ein indirektes Diktat manueller Handlungen.

7.1.4.2 Das Erleben der Pflegenden

Zu dem hier analysierten manuellen Pflegehandeln äußern die Befragten, nachdem sie die Videosequenz gesehen hatten, keine mit den Handlungen verbundenen Intentionen. Lediglich mit dem Gespräch und dessen Inhalt sahen sie Intentionen verbunden. Dies liegt einerseits darin begründet, dass die manuellen Handlungen von den Pflegenden als routiniert und damit als nicht mehr begründbar und begründungsbedürftig erlebt werden. Andererseits ist es möglich, dass Pflegende in einer Situation nicht doppelt intentional orientiert handeln können, d.h. sie können nicht zugleich mit den Gesprächen als auch mit den manuellen Handlungen Intentionen verfolgen, während beide Handlungsebenen divergierende Inhalte aufweisen.

Das intuitive Pflegehandeln im Kontext von Parallelhandlungen schließt sowohl das sprachliche als auch das manuelle Routinehandeln ein. Zum einen umfasst das Intuitionsverständnis der Pflegenden die Initiierung eines Gespräches, die Wahl des Themas und auch ihre konkrete Wortwahl (2) (6). Das bedeutet, in Gesprächssituationen ungeplant, in Abhängigkeit von Gesundheitssituation und Tagesverfassung des Pflegebedürftigen zu interagieren und die Themen zu variieren. Eine Pflegende handelt auf der Basis eines Gefühls, das sowohl den Moment des Gesprächseinstiegs als auch das Gesprächsthema bestimmt (5).

Zum anderen umfasst das Intuitionsverständnis der Pflegenden ihre manuellen Routinehandlungen. Die Aussagen der Pflegenden verdeutlichen, dass sie die Handlungsebenen in Bezug zu ihrer Intuition nicht trennen und die Gesamtsituation der Parallelität als intuitive Pflegehandlung bezeichnen (1) (2) (6). Die Handlungsparallelität basiert auf

pflegerischer Intuition. Vor diesem Hintergrund beinhaltet der von Pflegenden verwendete Intuitionsbegriff sowohl intuitive Entscheidungen, z.B. für ein Gespräch oder die konkrete Wortwahl, als auch intuitive Ausgestaltungen der manuellen Pflegehandlungen. Intuitiv erfolgt auch die Prüfung der Voraussetzungen für ein Gespräch.

Eine Pflegende äußert „dann kam das einfach so“ und „nicht bewusst nachgedacht“ (IP12-3I). Sie bringt ihre Intuition mit einer erlebten Mühelosigkeit oder Einfachheit in Verbindung. Eine weitere Pflegende (2) gibt im Sinne von Intuition an, zu improvisieren und verknüpft diesen Begriff mit dem der Routine. Improvisation bedeutet für sie, pflegerische Situationen flexibel zu gestalten.

Insgesamt belegen die Äußerungen der Pflegenden, dass sie gemäß ihres Intuitionsverständnisses sowohl sprachlich als auch manuell intuitiv handeln. Im Rahmen des sprachlichen Handelns bezieht sich die Intuition vornehmlich auf einen ungeplanten und flexiblen Gesprächseinstieg, auf die thematische Richtung und auf die konkrete Wortwahl. Im Bereich des intuitiven manuellen Handelns ist dies routiniert.

7.1.4.3 Die Bedeutung des Merkmals

Eine Pflegende führt beispielsweise mit einem Pflegebedürftigen ein Gespräch, um seinem Erzählbedürfnis nachzukommen, um ihn in dessen Folge von der alltäglichen Körperpflege und den damit verbundenen pflegerischen Inhalten abzulenken (5). Damit dominiert die Interaktion die Intention der Parallelität. Der Gesprächsinhalt ist dabei zweitrangig. Die Interaktion mit dem Pflegebedürftigen und das Interesse der Pflegenden an seinen Antworten können zu einer Wertschätzung des Pflegebedürftigen führen und zur positiven Entwicklung der gegenseitigen Beziehung beitragen.

Die Pflegenden erhalten in den Gesprächen Informationen aus dem Alltag der Pflegebedürftigen und tragen indirekt zu deren Gesunderhaltung bei. Zeitgleich können die Pflegenden ihrem Handlungsmodell folgen. Auf diese Weise nutzen Pflegende die ihnen zur Verfügung stehende Zeit mit den Pflegebedürftigen effizient.

7.1.4.4 Zusammenfassung

Pflegende handeln manuell und sprachlich gleichzeitig. Auf manueller Ebene verfolgen sie die Umsetzung ihres Handlungsmodells und sind routiniert in Zusammenarbeit mit den Pflegebedürftigen tätig. Zeitgleich initiieren sie Gespräche. Auf diese Weise entsteht Handlungsparallelität. Sie setzt nicht nur routinierte Handlungen und Kooperation mit den Pflegebedürftigen voraus, sondern impliziert auch eine Prüfung des Gesundheitszustandes des Pflegebedürftigen. Im Rahmen der Parallelität weisen die sprachlichen und manuellen Handlungen verschiedene Inhalte auf. Pflegende können für von ihnen initiierte Gespräche Intentionen angeben, für ihre manuellen Handlungen jedoch nicht.

Parallelität erzeugen und gestalten Pflegende sowohl auf manueller als auch auf sprachlicher Ebene intuitiv. Das intuitive Pflegehandeln auf der Grundlage pflegerischer Routine ist Ausdruck von Alltäglichkeit in der ambulanten Pflege.

7.1.5 Strategien zum Umgang mit Erlebnis- oder Problemäußerungen von Pflegebedürftigen auf der Grundlage von Routine

Im Folgenden werden intuitive Entscheidungen und Handlungen von Pflegenden vorgestellt, die affektiv assoziierte Erlebnis- oder Problemäußerungen von Pflegebedürftigen erfahrungsbasiert, kontextbezogen, zielorientiert und gefühlsbestimmt mit verschiedenen Strategien bearbeiten, z.B. ein Themenwechsel zur Ablenkung. Das manuelle Handeln der Pflegenden erfolgt routiniert. Die Situationen sind durch Alltäglichkeit gekennzeichnet: Die Pflegenden arbeiten mit den Pflegebedürftigen zusammen und erbringen reibungslos sich täglich wiederholende Handlungen, ohne sie zu verbalisieren. Oftmals führen Pflegende und Pflegebedürftige zeitgleich Gespräche, die sich durch einen Alltagsbezug auszeichnen.

Neben der Routine ist die Ausgangssituation für intuitiv durchgeführte Strategien von Pflegenden durch Erlebnis- oder Problemäußerungen von Pflegebedürftigen gekennzeichnet. Die Inhalte haben sich im Vorfeld ihrer Verbalisierung durch die Pflegebedürftigen nicht erkennbar angekündigt und weisen keinen Bezug zur vorangegangen oder aktuellen Situation auf. Teilweise stellen sie plötzliche und gravierende Themensprünge für die Pflegenden dar (1). Die Pflegebedürftigen formulieren ein für sie aktuelles Ereignis bzw. Problem oder vermitteln mit ihren Äußerungen ein solches. Die angesprochenen Themen betreffen die Pflegebedürftigen und sind affektiv konnotiert (z.B. V-IP4b-2I: PB XX: „Ich verstehe das auch nicht, dass sie das gemacht haben. Wenn man alleine ist“; V-IP10-2I: PB XX: „Ach, ich habe ja erbrochen wie verrückt gestern Abend.“). Sie erleben z.B. den Verlust des Sohnes oder ihr Alleinsein. Auf die Äußerungen der Pflegebedürftigen reagieren die Pflegenden, sie agieren nicht initiativ.

7.1.5.1 Kennzeichen des Merkmals: intuitive Strategien als Reaktion auf Äusserungen von Pflegebedürftigen

Erfahrungswissen und unspezifische Wahrnehmungen als Vorraussetzungen

Pflegerisches Erfahrungswissen beruht auf Zusammenarbeit mit den Pflegebedürftigen in alltäglichen Situationen über einen längeren Zeitraum. Es zeigt sich auf mehreren Ebenen:

- Pflegende kennen die Erlebnis- und Problemäußerungen der Pflegebedürftigen (2) (3).
- Pflegende kennen ihren Handlungsspielraum sowie erfolgreich wirkende Strategien und reagieren entsprechend (3) (4).
- Pflegende kennen die das Erlebnis bzw. Problem beeinflussenden Hintergründe der Pflegebedürftigen und wissen um die Bedeutungen der Äußerungen von Pflegebedürftigen für diese selbst (5). Sie können sie erfahrungsbasiert erkennen, bewerten und bearbeiten. Einige Pflegende kennen die mit den Äußerungen verbundenen Intentionen und die von den Pflegebedürftigen erwarteten Handlungen (12) (6).

Das pflegerische Erfahrungswissen beeinflusst den Umgang mit den geäußerten Erlebnissen oder Problemen der Pflegebedürftigen. Die Leistung der Pflegenden besteht darin, ihr Wissen über die wiederholten Problemäußerungen, den individuellen Kontext und das der Äußerung zu Grunde liegende Problem in strategisches Handeln umzusetzen.

Pflegende verfügen über zunächst unspezifische und ungerichtete Wahrnehmungen, die im Zusammenhang mit den Erlebnis- oder Problemäußerungen der Pflegebedürftigen Bedeutung im Sinne einer Gesamtgestalt erhalten (7) (8). Pflegende nehmen wahr, wie sich die Pflegebedürftigen während der Problemäußerung verhalten. Beispielsweise spricht eine Pflegebedürftige mit brüchiger, teilweise stotternder Stimme und faltet zugleich ihre Hände verlegen im Schoß (13). Pflegende ‚merken etwas' (9) (10), ohne dies zu explizieren. Solche Wahrnehmungen beeinflussen sie bei der Bewertung der Problemäußerungen und besitzen eine handlungsleitende Bedeutung (11).

Pflegende reagieren strategisch und mit einem flexibel einsetzbaren Repertoire an Strategien auf die Äußerungen der Pflegebedürftigen. Ihr Handeln charakterisiert sich durch zwei Merkmale: Die Pflegenden verfolgen mit ihren Handlungen ein ihnen präsentes Ziel und ihr Handeln umfasst mehrere Strategien (12) (13).

Als pflegerisches Handeln kommen verschiedene Strategien zum Einsatz, die einander ergänzen und unterstützen. Sie dienen der Klärung und Bearbeitung der Situation. Im Einzelnen verwenden Pflegende folgende Strategien: Unterbreiten eines Angebotes, Aufnahme des Themas als Gesprächsinhalt sowie Erklärung und Vertiefung des Themas, Bestätigung und Blickdiagnostik sowie Themenwechsel zur Ablenkung. Jede Pflegende wendet für den jeweiligen Pflegebedürftigen individuelle Strategien an, die maßgeblich von der Situation, vom Kontext und vom pflegerischen Erfahrungswissen beeinflusst werden. Die Strategien beziehen sich nicht konkret auf das von den Pflegebedürftigen Geäußerte, sondern vielmehr auf das von den Pflegenden assoziierte Gefühlserleben der Pflegebedürftigen. Beispielsweise berichtet eine Pflegebedürftige vom viermonatigen Urlaub ihres Sohnes und die Pflegende weiß, dass dies nicht der Realität entspricht. Sie kennt das inhaltstragende Thema der Situation und bearbeitet das mit dem Urlaub vermittelte Bild des Erlebens der Pflegebedürftigen von Allein- und Verlassensein mit dem wiederholten Angebot des Daseins durch den Pflegedienst (12).

Im Mittelpunkt der folgenden Detailanalyse steht exemplarisch der erfahrungsgebundene und zielorientierte Umgang einer Pflegenden mit den Erlebnis- und/oder Problemäußerungen der Pflegebedürftigen und die Darstellung der einzelnen Strategien. In dieser Sequenz setzt die Pflegende zum Informationsgewinn und zur Situationsabklärung die Strategien des Nachfragens, des Vergleichens und des Blickkontaktes ein (13). Sie erfasst die kognitive Situiertheit der Pflegebedürftigen und den Wahrheitsgehalt des Erzählten. Zugleich schätzt sie deren Bedeutung für die Pflegebedürftige und sich selbst ein. Ihre Nachfragen bezieht sie nicht direkt auf den Inhalt der Aussage und sie verbalisiert nicht ihre Vermutung der Desorientiertheit. Ihre Strategien dienen einerseits der Situationsabklärung und andererseits dem Wiederherstellen der Orientierung der Pflegebedürftigen, d.h., die Pflegende führt die Pflegebedürftige aus der kognitiven Desorientierung in die aktuelle Situation. Dabei agiert die Pflegende gleichzeitig mehrdimensional: sie bekleidet die Pflegebedürftige, unterhält sich mit ihr und validiert die Desorientierung. Indem die Pflegende ihr Nachfragen, Vergleichen und den Blickkontakt beendet und das Erzählte der Pflegebedürftigen bestätigt, signalisiert sie, dass die Verwirrtheit bearbeitet ist, ohne verbalisiert zu werden. Mit der Frage der Pflegenden nach dem Sitz des Strumpfes am Fuß der Pflegebedürftigen endet die Strategie, und die Pflegende kehrt zur Zusammenarbeit und damit zur Alltäglichkeit zurück. Die pflegerische Leistung besteht darin, die Desorientierung der Pflegebedürftigen abzuklären, ohne ihre Persönlichkeit zu verletzen (1).

Während die Pflegenden die Situationen analysieren oder bearbeiten, unterbrechen sie ihre manuellen Handlungen nicht. Die Fortsetzung der manuellen Handlungen beruht auf routinierten Abläufen als Teil von Alltäglichkeit und belegt die überwiegende Vertrautheit der Pflegenden mit den angesprochenen Themen. Weil ihre Handlungen nicht pausieren, wird beispielsweise die Verwirrtheit der Pflegebedürftigen zur Nebensächlichkeit und ihre Aussagen erhalten nicht die Zuschreibung katastrophaler Ereignisse, sondern von Normalität. Mit der Parallelität aus sprachlicher und manueller Pflegehandlung erhält das Gesprächsthema eine mit den manuellen Handlungen gleichwertige Bedeutung. Auf diese Weise erhalten Pflegende die Alltäglichkeit, u.a. weil die Pflegebedürftigen kooperativ mitarbeiten. Die Strategien zur Problembearbeitung und der Fortgang der manuellen Handlungen dienen zur Beruhigung und Sicherheitsvermittlung für die Pflegebedürftigen, der Wahrung der Persönlichkeit und sind wesentlicher Bestandteil der intuitiven Strategie.

Die von Pflegenden angewandten Strategien sind in ihrer konkreten Ausgestaltung individuell und situationsabhängig. Sie dienen zur Bearbeitung emotional gefärbter Aussagen der Pflegebedürftigen, obwohl diese nicht direkt um eine Bearbeitung ersucht haben. Die Strategien zeigen nicht nur kreative Elemente pflegerischen Handelns deutlich auf, sondern auch situationsabgestimmte und routinierte Elemente.

7.1.5.2 Das Erleben der Pflegenden: Intuition als Handlungsgrundlage und die Vermeidung negativen Gefühlserlebens bei Pflegebedürftigen

Pflegende geben zum einen an, gemäß ihrem Intuitionsverständnis gehandelt zu haben (14) (21) und zum anderen, dass ihr Intuitionsverständnis einem Handeln „aus dem Bauch heraus“ (22) entspricht. Intuition bezieht eine Pflegende (IP8-5I) auf den Moment und den Inhalt ihrer Erkenntnis und ihrer Entscheidung zwischen Handlungsoptionen für den Handlungsverzicht. Intuition stellt für eine andere Pflegende (IP10-2I) nicht vorherbestimmtes Handeln in Gesprächssituationen dar. Vor diesem Hintergrund ist Intuition sowohl Auslöser für eine Erkenntnis und Entscheidung als auch für Handlungen.

Die Pflegenden handeln intuitiv, d.h. sie benennen es zugleich als spontan und mit Bauchgefühl oder ohne nachzudenken und aus dem Bauch heraus oder mit Bauchgefühl und Instinkt oder auf der Grundlage eines Gefühls und ohne nachzudenken (23). Die Äußerungen der Pflegenden über ihr intuitives Entscheiden und Handeln belegen eine sprachliche Vielfalt im Intuitionsverständnis.

Die pflegerische Intuition im Rahmen strategischen Handelns beruht auf folgendem Muster:

- Intuitives Handeln basiert auf einem klar formulierbaren Ziel.

  Pflegende handeln intuitiv, um ein Gefühl des Alleinseins zu mindern, den Pflegebedürftigen zu beruhigen oder ihm Sicherheit zu vermitteln. Diesen Zielen folgen die pflegerischen Entscheidungen und Handlungen.

- Die Handlungen beruhen auf einem Gefühl und werden von diesem bestimmt.

  Pflegende handeln auf der Basis eines singulären Gefühls (z.B. IP4b-1I: „wenn ich das Gefühl habe“, „Das ist mein Gefühl“, IP4b-2I: „In diesem Moment hatte ich nur das Gefühl“, IP4b-3I: „Es kommt nur von meinem Gefühl ...“; IP8-5I: „dass ich das Gefühl habe“, „Es war wieder das Gefühl“).

  Das Gefühl überdeckt oder ersetzt das Nachdenken über die konkrete Entscheidung und Handlung (z.B. IP4b-3I: „Ich denke nicht nach. Es kommt nur von meinem Gefühl ...“). Es ist erfahrungs- und wahrnehmungsbasiert sowie intentional ausgerichtet und bestimmt das Pflegehandeln. Beispielsweise äußern Pflegende: „In diesem Moment hatte ich nur das Gefühl, ich muss ihr das Gefühl geben, dass sie nicht ganz alleine ist.“ (IP4b-2I), „Es kommt nur von meinem Gefühl, ich muss ihr ein bisschen Sicherheit geben.“ (IP4b-3I) oder „Es war wieder das Gefühl, das lass man jetzt“ (IP8-5I).

  Eine Pflegende (IP8-5I) gibt an, dass sich ihr Gefühl auf die desorientierte Lage der Pflegebedürftigen bezieht. Es entspricht einer Verdachtsdiagnose über die aktuelle Situation und die Umgangsweise mit der Diagnose. Das Gefühl der Pfle-

genden wird von ihren Erfahrungen und Wahrnehmungen geprägt, integriert die aktuelle Situation der Pflegebedürftigen und bezieht sich auf ihre Handlungsoptionen. Die Pflegende spürt, dass die Pflegebedürftige über etwas nicht reden möchte, sodass diese Handlungsoption entfällt. Gefühle steuern nicht nur die pflegerischen Handlungen selbst, sondern auch die Entscheidung für oder gegen eine solche. Dabei bedeutet Handlungsverzicht keine eindeutige, lineare Entscheidung, sondern ist eher das Ergebnis situativen Abwägens für die Pflegenden (13).

- Das unmittelbare Handeln erfolgt unreflektiert.

  Pflegende geben an, über ihre unmittelbaren Handlungen nicht nachzudenken (23). Dabei trennen sie ihr manuelles Handeln nicht vom sprachlichen und beziehen sich im Interview auf ihr sprachliches Handeln.

  Das Handeln ohne Nachdenken weist Flexibilität bei der Wortwahl und den eingesetzten Strategien auf und ist sowohl gefühlsgeleitet als auch zielorientiert. Es beruht auf einem Situations- und Momentbezug und umfasst den Inhalt und die Ausgestaltung der folgenden Handlung. Obwohl Pflegende überwiegend das Wort ‚nachdenken' verwenden, handeln sie ohne vor- oder nachzudenken. Ihr Handeln beruht auf Erfahrungswissen u.a. über die Situationserwartungen der Pflegebedürftigen (z.B. IP4b-2I: „Ich habe nicht nachgedacht, aber ich wusste das, dass sie [die Pflegebedürftige] das hören möchte."). Es kann als intuitives Handeln bezeichnet werden, das situationsgebundene Wahrnehmungen integriert (14).

- Der „Bauch" als erlebter Ort der Entscheidung für oder gegen eine Handlung.

  Pflegende erleben ihren Bauch als den Ort der Entscheidung für oder gegen die nächste Pflegehandlung. Der Bauch diktiert nicht die konkrete Handlung, sondern sondiert Optionen (22). Aus dem Bauch heraus zu handeln bedeutet, die jeweilige Strategie flexibel und situationsangepasst anzuwenden.

- Die Handlungsentscheidung erfolgt spontan.

  Das intuitive Handeln repräsentiert sich den Pflegenden als spontanes und sofortiges Entscheiden, das sich auf den jeweiligen Moment bezieht, am Handlungsziel orientiert und mit Gefühlen einhergeht (V-IP4b-1I: „Das war spontan. ... ... Jedes Mal finde ich etwas anderes. ... ... Die Spontaneität. ... Man muss ja sofort oder aus dem Bauch heraus handeln, was zu tun ist. Was ist am besten für den Patienten und für mich selbst.").

  Auf der Grundlage eines Gefühls zu handeln, ohne dieses zu reflektieren, stellt eine intuitive Handlungssteuerungen dar. Es impliziert, aus einem im Alltag erprobten Repertoire an Möglichkeiten situationsbezogen auszuwählen. Diesem Handeln liegt Flexibilität bei der Handlungsausgestaltung zu Grunde.

Die Pflegenden können Ziele und Intentionen für ihr Handeln angeben. Sie benennen als Primärziel die Vermeidung und Bearbeitung negativen Gefühlserlebens von Pflegebedürftigen (14) (15) (16). Das Ziel ist ausschließlich auf die Bearbeitung der Gefühle und das Erleben der Pflegebedürftigen ausgerichtet. Eine Pflegende (IP4b-3I) äußert: „dann kann alles ein bisschen ruhiger weitergehen“ und drückt damit indirekt das Herstellen von Normalität als ihr strategisches Ziel aus. Die zur Vermeidung oder Bearbeitung negativen Gefühlserlebens einhergehenden Intentionen korrespondieren miteinander:

- Vermittlung von Sicherheit

  Das Vermitteln von Sicherheit darüber, dass den Pflegebedürftigen in Problemlagen geholfen wird, bildet eine handlungsleitende Intention (6) (17). Sicherheit wird vermittelt, indem Unterstützung bei Problemen oder die Möglichkeit der Kontaktaufnahme mit dem Pflegedienst angeboten wird.

- Beruhigung der Pflegebedürftigen

  Die Vermittlung von Sicherheit dient gleichermaßen dazu, dass die Pflegebedürftigen in ihrem Gefühlserleben beruhigt sind. Beruhigung wird durch ein pflegerisches Unterstützungsangebot (18) oder durch Ablenkung (15) vom geäußerten Erlebnis oder Problem erreicht. Sie wird auch erzielt, indem vermehrtes Nachfragen durch die Pflegende unterbleibt, das problematische Thema beendet, Zeit gelassen und Verstehen sowie Verständnis ausgedrückt wird (19). Auf diese Weise stellt eine Pflegende Vertrauen zwischen sich und der Pflegebedürftigen her, in dessen Folge Beruhigung eintritt. Eine Pflegende bringt die Pflegebedürftige nicht in Verlegenheit und erreicht ihr Ziel, indem sie gefühlsbasiert auf eine Handlung verzichtet (13).

Dem pflegerischen Ziel liegt ein individuelles ethisches Handlungsparadigma zu Grunde: vordergründig wird negatives Gefühlserleben strategisch bearbeitet und weniger der konkrete Inhalt der Äußerung. Dabei haben z.B. die Interventionen des Ablenkens, des Unterstützungsangebotes oder des Ausdrückens von Verstehen ebenso ihren Raum wie der Handlungsverzicht.

7.1.5.3 Die Bedeutung des Merkmals

Die Bedeutung des strategischen Pflegehandelns kann auf der Grundlage der Interaktion zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen zum einen an dem Funktionieren der Strategien und zum anderen an der Verwirklichung des Ziels analysiert werden.

In keiner Sequenz insistieren Pflegebedürftige oder bitten direkt um Problembearbeitung. Pflegebedürftige akzeptieren die von Pflegenden eingesetzten Strategien. Beispielsweise sind die mit den Äußerungen der Pflegebedürftigen einhergehenden Themen durch einen Gesprächsthemenwechsel beendet (12) (13) oder die Pflegebedürftigen nehmen die

Angebote zur Problembearbeitung an (V-IP4b-1I). Eine Pflegende äußert, nachdem die Pflegebedürftige eine temporäre Desorientiertheit durchlebte, ihr Verstehen und bringt damit das Ende der von Desorientierung geprägten und akzeptierten Phase zum Ausdruck (13).

Im Bereich der routinierten manuellen Handlungen kooperieren die Pflegebedürftigen mit den Pflegenden, und Handlungsnormalität ist gewährleistet. Vor diesem Hintergrund sind die pflegerischen Strategien sowohl kurz- als auch langfristig zur Bearbeitung der Erlebnis- oder Problemäußerung und zum Erreichen des Ziels erfolgreich (15) (20).

Pflegende können mit den ihnen zur Verfügung stehenden Strategien mitunter langfristig nicht das Gefühl von Allein- und Verlassensein oder eine kurze kognitive Desorientierung erfolgreich bearbeiten. Dies ist Bestandteil ihres Erfahrungswissens. Auch wenn die Probleme langfristig nicht bearbeitet sind, so wird jedoch kurzfristig – gemessen an der Zielsetzung der Pflegenden – das negative Gefühlserleben in der Situation erfolgreich gemindert.

7.1.5.4 Zusammenfassung

Pflegende handeln intuitiv-strategisch auf der Grundlage ihres Erfahrungswissens. Ihr Handeln wird durch Erlebnis- oder Problemäußerungen von Pflegebedürftigen ausgelöst. Diese Äußerungen können mit negativen Gefühlen für die Pflegebedürftigen einhergehen. Zu deren Bearbeitung setzten Pflegende variabel mehrere erprobte Strategien ein. Dabei halten sie ihr manuelles Handeln routiniert aufrecht und folgen der Umsetzung ihres Handlungsmodells.

Sie verfolgen ein Ziel, das in der Vermeidung des negativen Gefühlserlebens für die Pflegebedürftigen besteht. Mit ihren strategischen Handlungen sind die Pflegenden situationsgebunden erfolgreich. Ihr Handeln entspricht ihrem Intuitionsverständnis. Intuition bezeichnet, zielorientiert, gefühlsbasiert und unreflektiert zu entscheiden sowie zu handeln. Als Ort der Entscheidung geben die Pflegenden ihren Bauch an. Ihr Entscheiden und Handeln ist in ihrem Erleben spontan. Die jeweiligen Bezugspunkte intuitiven Handelns ergänzen einander, geben den Pflegenden Orientierung und Handlungsgestalt und beruhen auf Erfahrungswissen sowie Wahrnehmungen.

Der Anteil professionellen Handelns besteht darin, die mit den Erlebnis- oder Problemäußerungen verbundenen negativen Gefühlserlebnisse zu erkennen und zielorientiert zu bearbeiten.

7.2 Kodierungen zur alltäglichen Modellumsetzung

Das zentrale Kennzeichen der hier analysierten sprachlichen Kodierungen besteht in deren intuitiver oder unbewusster Formulierung durch die Pflegenden. Einige Pflegende geben, nach ihren intuitiven Handlungen innerhalb der beobachteten Sequenzen befragt an, sprachliche Kodierungen intuitiv (1) (2) (3) zu verwenden. Andere Pflegende äußern, dass sie unbewusst (4) (5), unreflektiert (6) (7) und automatisch sowohl die Kodierungen formulierten als auch den Moment dafür auswählten. Die Äußerungen der Pflegenden belegen, dass bei der Begriffsverwendung vom intuitiven und unbewussten Handeln von Pflegenden inhaltliche Überschneidungen existieren. Sie begründen die Tatsache, dass mit Intuition konnotierte Begriffe zu einer Sprachfamilie gehören, als einander ähnlich erlebt und verwendet werden. Vor diesem Hintergrund weisen sie keine eindeutige Trennschärfe auf, es können aber verschiedene Tendenzen identifiziert werden:

- Die Intuition im Kontext von Kodierungen weist einen Handlungsbezug auf, der häufig mit dem Wort ‚einfach' verknüpft ist.
- Sowohl intuitive als auch unbewusste Kodierungsformulierungen erfolgen nicht reflektiert und nicht geplant.
- Die intuitiv und unbewusst formulierten Kodierungen werden von den Interaktionen mit den Pflegebedürftigen und der jeweiligen Situation bestimmt.
- Unbewusstes Handeln wird assoziiert mit ungeplantem, spontanem und automatischem Handeln.
- Automatisches Handeln bezieht sich auf die Tätigkeiten der Pflegenden und entsteht durch Wiederholungen.

Sprachliche Kodierungen sind immer an das manuelle Handeln der Pflegenden gebunden. Sie erfolgen währenddessen, resultieren daraus und beeinflussen es direkt. Die strukturelle Grundlage des Pflegehandelns bildet das jeweilige Handlungsmodell der Pflegenden mit gedanklich gegliederten und individuell differenzierten Handlungsabschnitten. An ihm sind situationsgebunden die manuellen Handlungen ausgerichtet. Kodierungen sind situationsgebundener Ausdruck individueller manueller Handlungsabschnitte. Indem Pflegende mit Kodierungen Handlungen auslösen und auf diese Weise Handlungsabläufe steuern, folgen sie ihrem Handlungsmodell.

Kodierungen werden als Impulsgeber und Schwellenausdruck an der Schnittstelle zwischen Ende und Neubeginn manueller Handlungen im Rahmen gedanklich konstruierter Handlungsabläufe formuliert. Dieses Konstrukt von Handlungsende und -neubeginn, auf der Grundlage gedanklich gegliederter Handlungskomplexe mittels kodierter Sprache formuliert, ist Ausdruck fallgebundener Handlungsmodelle von Pflegenden.

Zunächst werden die beiden zentralen Charakteristika von Kodierungen vorgestellt. Sie enthalten die gemeinsamen Merkmale der anschließend beschriebenen drei Konzepte.

Sprachökonomie und Handlungsauslösung als Charakteristika von Kodierungen

Ein zentrales Charakteristikum formulierter Kodierungen besteht in ihrer sprachlichen Reduktion, gemessen an ihrer Funktion. Kodierungen werden verbal nicht angekündigt (8). Sie sind retro- und/oder prospektiv ausgerichtet und die verwendeten Worte weisen überwiegend nicht konkret auf ihre Funktion hin. Beispielsweise symbolisieren „So"-Einsilbigkeiten, die Worte „Gut, alles klar?" oder die Nennung der Zahlen „Eins, zwei, drei" allenfalls indirekt ein Stichwort. Die sprachökonomische Bedeutung der Kodierungen liegt darin, dass die Pflegenden zahlreiche Inhalte ausdrücken und dabei wenige Worte benötigen.

Die Pflegenden und/oder die Pflegebedürftigen führen unmittelbar nach den Kodierungsformulierungen manuelle Handlungen aus. Die von den Pflegenden verwendeten Kodierungen drücken kurz und knapp mehrere Inhalte zugleich aus (9) (10), wofür in anderen Beziehungszusammenhängen weitere Erklärungen benötigt werden. Sie sind ein Prototyp effizienter Sprachökonomie, weil beide Akteure sie verstehen. Dabei verweisen die verschiedenen Kodierungsformen auf unterschiedliche, situationsbezogene Bedeutungen hin.

Kodierungen werden von den Akteuren weder sprachlich angekündigt noch anschließend besprochen und vermitteln zugleich Erwartungen und Aufforderungen an die Pflegenden und Pflegebedürftigen. Sie stellen auf das Wesentliche reduzierte Stichworte mit impliziter Handlungsauslösung oder -aufforderung dar. Dabei verkörpern sie eine von beiden Akteuren verstandene Begrifflichkeit. Kodierungen erhalten ihren Sinn nur zwischen den konkret handelnden Personen. Die analysierten Sequenzen belegen, dass durch die Kodierungsformulierung die Akteure ihren Handlungsauftrag sowie ihren Anteil an der Situation verstehen, assoziieren und umsetzen. Allen Kodierungen folgen unmittelbar manuelle Handlungen von Pflegenden und/oder Pflegebedürftigen.

Kodierungen formulieren Pflegende für sich und/oder richten sie an die Pflegebedürftigen. Beziehen Kodierungen den Interaktionspartner mit ein und fordern ihn zur Zusammenarbeit auf, setzt dies ein gemeinsames Verständnis über die Bedeutung der Kodierung voraus, d.h. funktionierende Kodierungen beruhen auf gelungenen Deutungszuschreibungen von Pflegenden und Pflegebedürftigen. Eine gelungene Kodierung muss nicht nur dem Pflegebedürftigen bekannt sein, sondern auch der Moment, in der sie ausgesprochen wird, muss auf einen handlungsbereiten Interaktionspartner treffen.

Mit Kodierungsformulierungen gehen mehrere Intentionen einher. Pflegerisches Handeln erfolgt nah und in Kooperation mit dem Pflegebedürftigen. Aus diesem Grund müssen Pflegende die Pflegebedürftigen in ihr Handeln mit einbeziehen, motivieren und

ihre Mitarbeit sicherstellen, z.B. an die kommenden Handlungen erinnern. Pflegende gewährleisten somit die kooperative Zusammenarbeit der Pflegebedürftigen, um darauf aufbauend den Ablauf weiterer Pflegehandlungen sicherzustellen:

Sicherstellung der Zusammenarbeit

Die primäre Intention zur Formulierung einer Kodierung stellt die Gewährleistung der kooperativen Zusammenarbeit der Akteure dar. Die Pflegenden benötigen sowohl die Zustimmung als auch die aktive Mitarbeit der Pflegebedürftigen bei der Pflege.

Die Pflegebedürftigen sind durch die Kodierung sowohl aufgefordert, für die kommende Handlung ihre Zustimmung zu geben, als auch mitunter physisch aktiv zu werden. Die Bereitschaft der Pflegebedürftigen für die kommende Zusammenarbeit wird mit der Kodierung implizit erfragt und gleichfalls implizit wird mit der Kodierung die Aufgabe des Pflegebedürftigen verdeutlicht. Die Pflegebedürftigen sollen wissen, dass Handlungen von ihnen erwartet werden, und sie erhalten Unterstützung bei der Orientierung in der Situation. Die Verständigung über die folgenden Handlungen stellt den ersten Schritt zur erfolgreichen Handlungsumsetzung dar. Die Orientierung in der Situation und damit auch das passgenaue Zusammenspiel der Akteure sind elementar für das Gelingen der Handlung und damit der Wirkung der Kodierung. Ist der Pflegebedürftige gedanklich anders situiert, bleibt die Kodierung wirkungslos (3).

Mit Kodierungen bilanzieren Pflegende die stattgefundenen sprachlichen und nichtsprachlichen Handlungen. Damit leiten sie nicht nur die vorangegangenen Handlungen aus, sondern aktivieren sich und die Pflegebedürftigen für kommende Handlungen. Dies bedeutet, dass die Aufmerksamkeit der Situationsbeteiligten auf die neue Handlung gelenkt wird. Beispielsweise äußert eine Pflegende über ihre Kodierung „Hier passiert so ein Signalwechsel: jetzt müssen wir uns auf die Sache konzentrieren.“ (IP7a-3I). Ohne Wissen, Orientierung und Zustimmung der Pflegebedürftigen können die Kodierungen nicht erfolgreich in wirkungsvolle Handlungen umgesetzt werden. Das Ergebnis bildet sich als Teamarbeit ab.

Die Sicherstellung der Zusammenarbeit bezieht sich unmittelbar auf die kommenden Handlungen und hat damit eine episodische und temporär limitierte Reichweite, d.h. die Pflegebedürftigen werden mit Kodierungen zur punktuellen situationsgebunden Mitarbeit motiviert.

Sicherstellung der Arbeitsabläufe

Pflegende steuern mit ihren Kodierungen die Arbeitsabläufe, sie kündigen und deuten diese an. Mit den Kodierungen orientieren sie die Pflegebedürftigen über die aktuellen und kommenden Handlungen im Rahmen des gemeinsamen Arbeitsablaufes und

vermitteln nicht nur die Notwendigkeit für die kommenden Handlungen, sondern auch ihre Bereitschaft. Damit wirken Kodierungen sowohl erinnernd und auffordernd für das Kommende als auch Handlungsbereitschaft symbolisierend. Auf diese Weise steuern und forcieren Pflegende ihren Arbeitsablauf.

Zum Beispiel stellt eine „So“-Einsilbigkeit mit dazugehörigem Satzbestandteil ein Achtungszeichen dar und sichert die Aufmerksamkeit des Pflegebedürftigen, orientiert ihn in der aktuellen Situation und bereitet ihn zugleich als Akteur auf den nächsten Arbeitsgang vor. Eine namentliche Ansprache unterstützt eine solche Intention. Kodierungen können gleichfalls dazu dienen, nicht mit dem Handlungsmodell in Einklang stehende Handlungen zu beenden, die Situation zu wechseln und zu den Inhalten zurück zu kehren, die vor der Modellabweichung die Situation bestimmten (Kap. 7.2.3).

Das Gewährleisten der Arbeitsabläufe stellt eine Handlungsintention dar, die sich durch die Vermittlung von Sicherheit auf die Pflegebedürftigen auswirkt, sich jedoch vielmehr auf die Arbeitsorganisation der Pflegenden bezieht. Abläufe modellkonform zu gewährleisten, wirkt sich mehrfach aus. In der zur Verfügung stehenden Zeit können Pflegende bei reibungsfreiem Ablauf die mit dem Pflegebedürftigen ausgehandelten Leistungen und Aufgaben erbringen.

Drei Konzepte intuitiver oder unbewusster Kodierungsformulierungen werden in den folgenden Kapiteln dargelegt. Im ersten Konzept stehen Kodierungen im Mittelpunkt, die wenige Worte beinhalten und Handlungen sowohl bei den Pflegebedürftigen als auch bei den Pflegenden auslösen. Im zweiten Konzept werden „So“-Einsilbigkeiten dargestellt, die am Ende und Neubeginn pflegerischer Handlung stehen. Im dritten Konzept werden „So“-Einsilbigkeiten als Einleitungen von Sätzen beschrieben, die der Integration von Abweichungen in das Handlungsmodell dienen.

7.2.1 Handlungsauslösung durch formulierte Kodierungen

Im Vorfeld der unbewusst von Pflegenden formulierten Handlungsaufforderung befinden diese sich in Situationen, die den Eindruck routinierten Pflegehandelns vermitteln (1).

7.2.1.1 Kennzeichen des Merkmals

Pflegende verwenden sprachliche Kodierungen, die maximal drei Wörter beinhalten, z.B. „Gut, alles klar?“ (IP1b-2A) oder „Eins, zwei, drei“ (IP8-7A) (1). Solche Kodierungen sind minimalistisch und wirkungsvoll. Sie führen unmittelbar zu Handlungen der Pflegebedürftigen, sind immer auf die Zukunft ausgerichtet und die verwendeten Worte weisen nicht konkret darauf hin.

Diese Kodierungen richten sich nicht nur handlungsauffordernd an die Pflegebedürftigen, sondern sind zugleich für die Pflegenden wirksam (2). Beide Akteure müssen unterschiedliche Aufgaben wahrnehmen, die zusammengeführt einem gemeinsamen Ziel dienen. Vor diesem Hintergrund richtet sich die Kodierung an beide Akteure und fordert zur Kooperation auf. Die Pflegebedürftigen verstehen die mit den Kodierungen einhergehenden Implikationen, d.h. sie kennen die an sie gestellten Erwartungen und Aufgaben. Eine Pflegende (IP8-7A) formuliert: „Sie ... weiß, was sie machen soll. Bei „1, 2, 3“ muss sie sich einen Ruck geben und hoch kommen.“ und belegt damit, dass mit einer Kodierung die von Pflegenden erwarteten Handlungen festgelegt sind.

In den Sequenzen zeigen sich harmonisch aufeinander abgestimmte Handlungsstränge, bei denen jeder seine Aufgaben erfüllt, d.h. die Kodierungen treffen auf handlungsbereite Interaktionspartner. Die Funktionsfähigkeit der Kodierung wird bestätigt, indem die Pflegebedürftigen erwartungsgemäß handeln und keine Kommunikation darüber erforderlich ist.

Über die Handlung der Pflegebedürftigen erhalten Pflegende eine Bestätigung ihrer Kodierung. Bei den hier analysierten Kodierungen sind die Erwartungen der Pflegenden an die Handlungsweisen der Pflegebedürftigen mit deren Umsetzung identisch.

Neben den Kodierungen existieren weitere Impulse, die ein unmittelbares, fast synchrones Handeln der Pflegebedürftigen befördern. Kodierungen wirken nicht ausschließlich durch ihre sprachliche Reduktion und den darüber von den Akteuren geteilten Sinn, sondern auch durch die damit einhergehende Körpersprache und Gestik der Pflegenden. Die manuellen und sprachlichen Handlungen der Pflegenden sind so miteinander verschmolzen, dass die Kodierung einen deutlichen, aber nicht alleinigen Impuls in einer Reihe anderer möglicher Handlungsaufforderungen darstellt. Beispielsweise greift eine Pflegende nach einem Kleidungsstück, formuliert „Rock“ und faltet ihn vor den Augen der Pflegebedürftigen auseinander. Angemessene, kodierte Handlungsaufforderungen beruhen auf einem gleichzeitigen Zusammenspiel von Körpersprache (3), Gestik, und ‚Verschlagwortung‘ sowie deren Intonation durch die Pflegenden.

Insgesamt zeigt sich, dass Kodierungen nur dann sinnvoll sind, wenn sie sich als alltagstauglich erweisen und von den Akteuren verstanden werden. Dies setzt voraus, dass die Akteure einander kennen und bereits mehrfach miteinander in gleichen Situationen agierten.

7.2.1.2 Das Erleben der Pflegenden

Die Pflegenden geben an, dass sie unbewusst sowohl die Kodierungen formulierten als auch den Moment der Anwendung dafür auswählten. Sie erleben ihre Kodierungsformulierungen auch als „automatische“ Äußerungen (4) (5), die unbewusst verwendet und unreflektiert formuliert werden.

Die Begriffe ‚unbewusst' und ‚automatisch' weisen einen unterschiedlichen Bedeutungsgehalt für die Pflegenden auf. Automatisches Handeln definiert sich über die Handlungswiederholung, in deren Folge Automatismen entstehen, die sich verfestigen und immer wieder formuliert werden. Sie bilden sich als unreflektiertes Handeln ab. Eine Kodierung, die täglich wiederholend bei einem oder mehreren Pflegebedürftigen formuliert wird, wird als automatisch bezeichnet. Beispielsweise beruht bei einer Pflegenden (IP8-7A) die Kodierung auf einer bewusst initiierten Absprache zwischen den Akteuren, verfügte über einen im Vorfeld begründbaren Sinn durch die Pflegende und ist seitdem gelebte Realität. Inzwischen formuliert die Pflegende die Kodierung automatisch und unbewusst.

Für einen Pflegenden besteht die automatische Handlung im Wesentlichen in der Entscheidung über den Moment des Aussprechens der Kodierung. Dabei ist die Wortwahl festgelegt; anders als bei einem anderen Pflegenden, der seine Kodierung als ‚Redefloskel' austauschen kann (6). Neben dem automatischen Moment des Aussprechens ist auch die Entscheidung für die jeweiligen Worte automatisch vorherbestimmt. Die Bezeichnung der Kodierung als Redefloskel beruht darauf, dass der Pflegende seine Kodierung wiederholend verwendet, ihm die Intention nicht bewusst ist, er sie mit alltäglichen Bedeutungen versieht und sie in der Folge als Floskel erlebt.

Eine Kodierung, die als unreflektiert formuliert wird, wird in der Syntax der Pflegenden als ‚unbewusst' gebraucht. Mit unbewussten Kodierungen implizieren Pflegende ein verinnerlichtes Wesensmerkmal, d.h. sie wurden inkorporiert: „Das ist jetzt so drinne" (IP8-7A) oder „unbewusst versteckt ... ganz tief hier irgendwo [die Pflegende zeigt auf ihren Bauch]" (IP5-3A). Damit kann auch etwas zum Entstehungsprozess unbewussten Pflegehandelns ausgesagt werden. Eine Pflegende (IP5-3A) erlebt ihre Kodierungen als „unbewusst versteckt". Eine Begründung für ihre Kodierungen kann sie zu Interviewbeginn nicht formulieren. Die Logik, dass sie „Rock" sagt, und ihr Interaktionspartner synchron die Beine hebt, ist ihr nicht als solche bewusst. Ihr unbewusstes Handeln ist zu Beginn der Reflektion nicht begründbar. Der Handlungssinn ist das implizite Ergebnis eines alltagsgebundenen Erfahrungsprozesses. Die Pflegende verfügt über die konkrete Erfahrung, wie sich weniger Kommunikation auf die gemeinsame Zusammenarbeit auswirkt; Schweigen zahlt sich nicht aus (7). Auf diese Weise ist die Kodierung unbewusst als ‚Stichwort für das Bedeutsame' entstanden und auf Grund ihrer Tauglichkeit zur Alltäglichkeit geworden. In der Normalität des Alltags wird der Pflegenden nicht bewusst, wie gut und auf welcher minimal-kommunikativen Basis das gemeinsame Handeln beruht.

Es ist davon auszugehen, dass Gesten und Körperhaltungen ebenso Elemente der Kodierung sind und damit auch Bestandteil der unbewussten Handlung; jedoch wird dies nicht ausdrücklich von den Pflegenden formuliert.

Die Pflegende, die bewusst bereits beim Erstkontakt mit der Pflegebedürftigen die Kodierung einführte, bewertet diese positiv und kann weniger gelungene Momente der Wirksamkeit der Kodierung angeben, weil diese ihr dann bewusst werden. Die Kodie-

rung selbst ist kein Garant für Erfolg, sondern nur dann brauchbar, wenn sie auf eine angemessene Ausgangssituation trifft. Die Auswahl der Situation erfolgt automatisch und die Pflegende ist dabei nicht immer erfolgreich. Die gleiche Pflegende kann, obwohl sie wie die anderen unbewusst handelt, Intentionen formulieren.

Demgegenüber bewerten die Pflegenden, deren Kodierungen im Verlauf der Beziehung entstanden, diese ambivalent. Die Tatsache, dass die Pflegebedürftigen die Kodierung verstehen, ist positiv. Weniger positive Deutungen durch die Pflegenden zeigen sich in der Bezeichnung der Kodierung als Redefloskel (IP1b-2A), der eher die Bedeutung eines inhaltlosen Lückenfüllers zukommt, als einer alltagstauglichen Kodierung zur Sicherstellung gemeinsamer Kooperation. Der Pfleger sieht in seiner Kodierung nur den sprachlichen Ausdruck und nicht die damit einhergehende Bedeutung. Außerdem besteht die Befürchtung, das Verhalten der Pflegebedürftigen stark zu beeinflussen (z.B. äußert IP5-3A: „Ich glaube, ich zwinge sie dadurch zu einer Mitarbeit“). Pflegende wollen keine konkrete Handlungsaufforderung geben, wenn überhaupt, dann diese nur andeuten.

Den Pflegenden, bei denen die Kodierungen unbewusst und prozesshaft entstanden, erschließt sich zunächst kein erkennbarer Sinn für ihre Kodierung. Im Interviewverlauf und einer damit einhergehenden Reflektion formulieren sie Intentionen. Unbewusst zu handeln, stellt sich im ersten Moment einer Reflektion als absichtslos und unbegründbar dar. In der weiteren Reflektion und Deutung kann die Intention identifiziert werden.

7.2.1.3 Die Bedeutung des Merkmals

Die wortlos erfolgenden Handlungen der Pflegebedürftigen und die Interviewaussagen der Pflegenden belegen, dass die Pflegebedürftigen die Kodierungen erwartungsgemäß umsetzten. Vor diesem Hintergrund können sie als erfolgreich bewertet werden.

Kodierungen dienen der Gewährleistung der kooperativen Zusammenarbeit der Akteure, d.h. Pflegende kündigen die Arbeitsabläufe an, orientieren die Pflegebedürftigen über die kommenden Handlungen im Rahmen des gemeinsamen Arbeitsablaufes und vermitteln ihre Handlungsbereitschaft (8). Eine Besonderheit resultiert daraus, dass die hier analysierten Kodierungen in solchen Sequenzen angewendet werden, in denen der Leib der Pflegebedürftigen im Mittelpunkt des Geschehens steht. Mit und an ihm soll gearbeitet werden. Vor diesem Hintergrund erscheint es als besonders bedeutungsvoll, sich nicht nur der Zustimmung, sondern auch der aktiven Mitarbeit des Betroffenen zu versichern. Die Pflegebedürftigen sind nicht nur aufgefordert, für die kommende Handlung ihre Zustimmung zu geben, sondern auch physisch aktiv tätig zu werden. Die Sprache der Pflegenden im Interview weist immer wieder auf die Kooperation hin (IP1b-2A: „Ob wir jetzt loslegen können“, IP8-7A: „Das ist zwischen uns so eine Art Einverständnis.“). Zugleich vermittelt die Kodierung den Pflegebedürftigen Handlungssicherheit (z.B. IP8-7A: „Sie hat dadurch Sicherheit und weiß, was sie machen soll.“). Pflegebedürftige sollen

wissen, dass Handlungen von ihnen erwartet werden. In ihren Reaktionen zeigt sich, dass sie ihre Zustimmung ausdrücken und physisch aktiv werden.

7.2.1.4 Zusammenfassung

Pflegende formulieren Kodierungen, die unmittelbar Handlungen bei den Pflegebedürftigen auslösen. Kodierungen bezeichnen unbewusste und täglich wiederkehrende Handlungen. Sie sind verbal und nonverbal vermittelt und werden von den Pflegebedürftigen wortlos umgesetzt. Kodierungen umfassen wenige Worte, ersetzen umfangreiche Erklärungen, knüpfen an lebensweltlichen Gewohnheiten an und stellen inhaltsreiche sprachliche Vereinfachungen dar. Sie präsentieren eine Form kooperativer Zusammenarbeit in alltäglichen Situationen, in denen am und mit dem Leib der Pflegebedürftigen gearbeitet wird. Vor diesem Hintergrund dienen Kodierungen der Gewährleistung einer kooperativen Zusammenarbeit und der Umsetzung des Handlungsmodells. Der Entstehungsprozess der Kodierung beeinflusst seine Wahrnehmung und Bewertung durch die Pflegenden.

7.2.2 „So“-Einsilbigkeiten zwischen Beendigung und Neubeginn pflegerischer Handlungen

Pflegende formulieren während ihres manuellen Handelns und im Beisein der Pflegebedürftigen „So“-Einsilbigkeiten. Sie betonen die „So“-Worte verschieden und formulieren sie in unterschiedlichen Zusammenhängen. Die Ausdrucksweise ist abhängig vom manuellen Handlungsstand und gibt somit Aufschluss über die Funktion der Einsilbigkeit. Unterschiedliche Ausdrucksweisen und Situationsbezüge sind mit verschiedenen Funktionen verbunden (1).

7.2.2.1 Kennzeichen des Merkmals: ruhig und leise sowie laut und akzentuiert formulierte „So“-Einsilbigkeiten

Es können zwei Ausdrucksweisen unterschieden werden. Zum einen existiert das ruhig und leise gesprochene ‚So‘-Wort, zum anderen formulieren Pflegende laut und artikuliert „So“- Einsilbigkeiten.

A) Ruhig und leise formulierte „So“-Einsilbigkeiten

Pflegende sprechen sowohl mit ruhiger und leiser Stimme als auch mit gedämpfter Stimmlage ein ‚So‘-Wort und dehnen es zugleich in die Länge (2) (3). Ihre Stimmen klingen ruhiger und leiser als sonst im Gespräch mit denselben Pflegebedürftigen.

Wesentliches Charakteristikum dieser „So“-Einsilbigkeiten sind ebenso deren Dehnung und die verbale Isoliertheit der Einsilbigkeit. Pflegende fügen den von ihnen ausgesprochenen ‚So‘-Worten weder sprachlich noch nichtsprachlich etwas hinzu. Die Pflegenden sind in Situationen tätig, die ohne aktive Mitarbeit der Pflegebedürftigen gekennzeichnet sind.

B) Laut und akzentuiert formulierte „So“-Einsilbigkeiten

Im Gegensatz zu leise gesprochenen „So“-Einsilbigkeiten formulieren Pflegende solche auch laut, betonend, fragend und gleichfalls gedehnt sowie mit veränderter Stimmlage (10) (11) (12). Pflegende erweitern oftmals nach einer Sprachpause die Einsilbigkeit um einen Nachsatz, z.B. „So, gut.“ (IP7a-3I) oder „So, PB XX.“ (IP10-1I). Sie unterstützen diese mittels Gestik oder Körpersprache, indem sie z.B. die Pflegebedürftigen direkt ansehen, ihren Oberkörper zu ihnen drehen oder in die Hände klatschen. Auf diese Weise wird die Funktion der Einsilbigkeit für die Pflegebedürftigen unterstützt und sie erhalten in der Interaktion eine Bedeutung.

7.2.2.2 Das Erleben der Pflegenden

Pflegende geben mit ihrem Verständnis von Intuition an, intuitiv (17) (18) (19) (20) oder instinktiv/automatisch (21) „So“-Einsilbigkeiten zu verwenden. Intuition im Kontext von „So“-Einsilbigkeit umfasst einen nicht reflektierten, nicht geplanten und gleichermaßen als einfach bezeichneten Handlungsaspekt. Pflegende drücken indirekt aus, dass ihre Intuitionen von den Interaktionen mit den Pflegebedürftigen und der jeweiligen Situation bestimmt werden. Eine Pflegende setzt ihr instinktives Handeln mit automatischem Handeln gleich und weist dem einen Situationsbezug zu. Intuitiv geäußerte „So“-Einsilbigkeiten resultieren aus dem manuellen Handeln der Pflegenden, sind immer situationsgebunden und werden als solche von der Interaktion mit den Pflegebedürftigen mitbestimmt.

Pflegenden ist ihre häufige Verwendung von Einsilbigkeiten nicht bewusst (22), teilweise erleben sie diese als unangenehm (1) (23) (24), beschreiben sie als Lückenfüller (IP6a-1I) oder Floskel (IP12-2I) und sind schnell bereit, diese zu unterlassen. Die Äußerungen der Pflegenden belegen, dass einige von ihnen keinen Sinn und keine Funktion mit den Einsilbigkeiten verbinden. Ihnen ist die Funktion der Einsilbigkeiten nicht bewusst (25). Ebenso nicht bewusst ist den Pflegenden der konkrete Moment (26), in dem die Einsilbigkeit platziert wird. Intuitiv Einsilbigkeiten zu formulieren bedeutet, deren Einsatz und Wortwahl vor der Äußerung nicht zu überlegen und anschließend nicht zu reflektieren.

Nach Emotionen in der Situation befragt, gibt es Pflegende, die diese verneinen oder positive Gefühle assoziieren (27). Das gute Gefühl vermittelt die Tatsache, eine Handlung erfolgreich abgeschlossen zu haben und dem Handlungsmodell weiter zu folgen.

7.2.2.3 Die Bedeutung des Merkmals ‚Ruhig und leise formulierte „So"-Einsilbigkeiten'

Die Binnengerichtetheit und der Bezug zum Handlungskontinuum

Die ruhige, leise, gedehnte und gedämpfte Aussprache weist auf ein an die Pflegenden selbst gerichtetes ‚So'-Wort hin. Die Pflegebedürftigen werden von den Pflegenden nicht angesehen oder aktiv in die Handlungen einbezogen. Dies vermittelt den Eindruck, dass sie von den Einsilbigkeiten nicht berührt werden. Die Einsilbigkeiten wirken wie im gedankenversunkenen Selbstbezug geäußert, als würden die Pflegenden mit sich selbst reden, und nur das ‚So'-Wort ist hörbar. Die Einsilbigkeit richtet sich an die Pflegenden selbst (4) und nachrangig an die Pflegebedürftigen (5).

Die retrospektive Funktion als primäre Funktion

Pflegende gliedern gedanklich serielle Einzelhandlungen in unterschiedlich umfangreiche und differenzierte Abschnitte. Sie äußern Einsilbigkeiten in einem Moment, den sie für sich als die letzte Handlung eines Abschnittes definiert haben. Die Einsilbigkeiten werden bei fortlaufendem und gleichbleibendem Handlungsinhalt am Ende eines Handlungsabschnittes formuliert, d.h. in den handlungsbezogenen Beendigungsprozess hinein gesprochen. Beispielsweise hängt eine Pflegende nach dem Waschen des Körpers der Pflegebedürftigen den Waschlappen auf einen Handtuchhalter und spricht eine ‚So'-Einsilbigkeit. Nach dem Äußern der Einsilbigkeit erbringen Pflegende weitere Handlungen mit ähnlichem Inhalt. Eine aktive Mitarbeit der Pflegebedürftigen ist während der Beendigung des Handlungsabschnittes nicht erkennbar.

Primär symbolisiert ein leise und gedehnt gesprochenes ‚So' für die Pflegenden den Abschluss eines Handlungsabschnittes (7) (8). Die Aussagen der Pflegenden belegen von ihnen in Phasen und Einzeltätigkeiten gegliederte Handlungsabschnitte. Die Funktion der Einsilbigkeiten ist immer auf die pflegerische Handlung und überwiegend retrospektiv und weniger prospektiv ausgerichtet. Einsilbigkeiten stehen am Übergang zwischen vorangegangener und beginnender Pflegehandlung (6).

Pflegende bestätigen sich selbst mit einem ‚So' das erfolgreiche Ende einer Handlung. Ihr ‚So' ist der gedankliche Abschluss der jeweiligen Teilhandlung. Es sind gedankliche Konstrukte, mit denen die Pflegenden ggf. Komplexität reduzieren und sich Handlungserfolge verschaffen (4). Sie verwenden individuell gefärbte Synonyme für ihre Hand-

lungsabschlüsse, z.B. nennt ein Pfleger sie „Übergangs-Sos“ (IP11-1I). Andere Pflegende äußern „... ist wieder ein Teil abgeschlossen“ (IP7a-2I), „... weil ich jetzt durch war damit“ (IP8-1I), „... das habe ich jetzt erledigt“ (IP8-1I) oder „ich erledige da was, ... so, erledigt“ (IP11-1I) und „... dann heißt es wohl, dass ich fertig bin mit der Tätigkeit“ (IP12-2I). Das Ende eines Handlungsabschnittes bedeutet für die Pflegenden, dass es entsprechend ihrem Handlungsmodell „weiter geht“ (IP8-1I). In der retrospektiven Bedeutung bezieht sich die Einsilbigkeit auf die Pflegenden.

In Situationen, in denen Schweigen herrscht, kommt den Einsilbigkeiten folgende Bedeutung zu: der Kontakt zum Pflegebedürftigen soll gehalten werden, es kommt auf Präsenz an (9). Auch wenn die Pflegenden ihre Einsilbigkeiten primär an sich selbst richten und die jeweiligen Handlungen damit abschließen, so sind die Pflegebedürftigen über die Information des Abschlusses in die Situation integriert und über den Handlungsstand orientiert.

Die Reaktionslosigkeit der Pflegebedürftigen als Indikator gelungener Deutung

Pflegende äußern leise und gedehnt Einsilbigkeiten ohne weitere Erklärungen mit einer Binnengerichtetheit, der primär die Bedeutung eines Handlungsabschlusses zukommt. Die Pflegebedürftigen reagieren weder sprachlich noch nichtsprachlich erkennbar; als wären die „So“-Einsilbigkeiten nicht für sie gesprochen. Die Pflegebedürftigen beobachten schweigend das Handeln der Pflegenden, und sie tun dies unverändert, nachdem diese ein ‚So‘-Wort aussprechen. Auch nach der Formulierung der Einsilbigkeit ist eine aktive Mitarbeit der Pflegebedürftigen aus pflegerischer Sicht nicht erforderlich. Die Einsilbigkeit ist selbsterklärend für die Beteiligten.

Insbesondere das Ausbleiben von Nachfragen oder Handlungen der Pflegebedürftigen ist Beleg der angemessenen Ausdrucksweise der Einsilbigkeit und der präzisen Auswahl des Momentes des Einsatzes durch die Pflegenden. Der aus pflegerischer Sicht richtige Umgang mit den Einsilbigkeiten durch die Pflegebedürftigen ist ein Indikator für gelungene alltägliche Zusammenarbeit.

7.2.2.4 Die Bedeutung des Merkmals ‚Laut und akzentuiert formulierte „So“-Einsilbigkeiten‘

Die Außen- und Binnengerichtetheit und der Bezug zum Handlungskontinuum

Auf Grund der betonten und akzentuierten Aussprache der Einsilbigkeit, der teilweise namentlichen Ansprache der Pflegebedürftigen und der Körpersprache der Pflegenden liegt die Vermutung nahe, dass Pflegende die Einsilbigkeiten sowohl an sich selbst als

auch an die Pflegebedürftigen richten. Letztere sind mit angesprochen, die Einsilbigkeit richtet sich gleichermaßen an beide Akteure (13).

Die vor der Einsilbigkeit erbrachten Pflegehandlungen vollziehen die Pflegenden überwiegend allein. Im Vorfeld der Einsilbigkeitsäußerung unterhalten sie sich oftmals bereits längere Zeit mit den Pflegebedürftigen über deren Belange (14). Zeitgleich zur Unterhaltung schreiten die manuellen Pflegehandlungen voran und erreichen einen Status, an dem die Vorbereitungen für kommende Handlungen abgeschlossen sind. Die Einsilbigkeit wird zum einen in die Unterhaltung hinein geäußert. Zum anderen wird sie von den Pflegenden in dem Moment vorgebracht, in dem die Vorbereitungen für die kommende Handlung abgeschlossen sind und für das Folgende sowohl das Einverständnis als auch die aktive Mitarbeit der Pflegebedürftigen bedeutsam sind. Die nach der Einsilbigkeit folgenden Handlungen finden am und mit dem Leib der Pflegebedürftigen statt.

Die primär prospektive Funktion

Pflegende verwenden die Einsilbigkeiten primär mit einer Intention. Sie bedeutet die Einleitung der kommenden Handlung und die Lenkung der Aufmerksamkeit der Pflegebedürftigen auf diese.

Indem Pflegende beispielsweise ein ‚gut' einflechten (10), bilanzieren sie die stattgefundenen sprachlichen und nichtsprachlichen Handlungen und richten mit einem Nachsatz den Fokus auf die kommenden Aktivitäten. Damit leiten sie nicht nur die vorangegangene Tätigkeiten aus, sondern aktivieren sich selbst und die Pflegebedürftigen für kommende Handlungen (15) (16). Dies bedeutet, dass die Aufmerksamkeit der Situationsbeteiligten auf die neue Handlung gelenkt wird. Für die kommende Pflegehandlung ist nicht nur das Einverständnis, sondern auch die Mitarbeit der Pflegebedürftigen bedeutsam. Die Einsilbigkeit richtet sich konkret an die Pflegebedürftigen, und die Aktivierung für die kommenden Handlungen bezieht sich immer auf das nichtsprachliche Pflegehandeln. Dies verdeutlicht auch die Wortwahl der Pflegenden im Interview. Sie äußern beispielsweise „... jetzt müssen wir uns auf die Sache konzentrieren" (IP7a-3I), „... so, jetzt haben wir das Schlechte abgeschlossen" (IP7a-5I) oder „... eine Aufforderung, jetzt aufzustehen" (IP10-1I).

Die Einsilbigkeit steht als Übergangswort zwischen abgeschlossener und kommender Handlung und weist einen deutlichen situationsbezogenen prospektiven Handlungsbezug auf. Dies belegt insbesondere die Sprache der Pflegenden in den Interviews (z.B. „jetzt geht's mit der anderen Sache weiter" IP6a-1I, „jetzt müssen wir uns auf die Sache konzentrieren." IP7a-3I, „Arbeit geht weiter" IP7a-5I, „jetzt geht's los ... weil, es muss ja weitergehen" IP10-1I). Wollen die Pflegenden eindeutig die Pflegebedürftigen erreichen und zur gemeinsamen Handlung auffordern, sprechen sie laut und ihnen zugewandt.

Nachfragen und Mitarbeit der Pflegebedürftigen als Indikator gelungener Deutung

Pflegebedürftige reagieren auf die Einsilbigkeiten der Pflegenden mit sprachlichem und nichtsprachlichem Handeln. Überwiegend stellen die Pflegebedürftigen Fragen und es entsteht mitunter ein kurzer Aushandlungsprozess über die anstehende Aktivität. Ihre Fragen beziehen sich auf die kommende Handlung. Die vor der Einsilbigkeit stattgefundene Unterhaltung wird thematisch anschließend nicht mehr aufgenommen. An den Reaktionen der Pflegebedürftigen ist indirekt deren Akzeptanz erkennbar; sie lassen sich auf die kommende Handlung ein. In einer Sequenz nimmt eine Pflegebedürftige die erwartete Handlung zur gemeinsamen Kooperation vorweg (11) und eine weitere Pflegebedürftige leitet die erwartete Handlung ein (14). In einer anderen Sequenz sind die notwendigen Bedingungen zur Realisierung einer Handlung noch nicht geschaffen; d.h. bevor die Pflegebedürftige wie erwartet aufstehen kann, benötigt sie noch Strümpfe (12). Insgesamt setzen die Pflegebedürftigen die von den Pflegenden erwarteten Handlungen um. Gleichermaßen deuten die Rückfragen darauf hin, dass die Pflegebedürftigen wissen, dass eine neue Handlung folgt, für deren gelungene Umsetzung ihre Mitarbeit nötig ist, diese aber variieren kann. Die von den Pflegenden intendierte Aktivierung und Einstimmung der Pflegebedürftigen auf die kommende Handlung findet statt. Im Abgleich mit der von den Pflegenden angegebenen Funktion können die Einsilbigkeiten als erfolgreich eingesetzt bewertet werden.

7.2.2.5 Zusammenfassung

Pflegende verwenden häufig Einsilbigkeiten, überwiegend das Wort ‚So'. Dabei sind zwei Ausdrucksformen zu beobachten: zum einen leise und ruhig gesprochene ‚So'-Worte und zum anderen laut und akzentuiert gesprochene Einsilbigkeiten, denen oftmals ein Nachsatz zugefügt wird. Die Funktion der Einsilbigkeit wird vom jeweiligen Handlungskontinuum bestimmt. Daraus resultiert die von Pflegenden verwendete Sprechweise. Leise ‚So'-Worte richten sie primär an sich selbst und symbolisieren damit retrospektiv einen Handlungsabschluss. Laute Einsilbigkeiten richten Pflegende sowohl an die Pflegebedürftigen als auch an sich und binden Erstgenannte in die manuellen Handlungen ein. Laute Einsilbigkeiten haben eine prospektive Funktion. Mit beiden Ausdrucksweisen sind die Pflegenden erfolgreich; die Sprachökonomie wird von den Pflegebedürftigen angemessen gedeutet und umgesetzt.

Die Einsilbigkeiten werden sowohl intuitiv als auch unbewusst geäußert, und dies umfasst die Häufigkeit der zum Einsatz kommenden Einsilbigkeit, die Auswahl des Wortes und die jeweilige Situation.

Die „So"-Einsilbigkeiten weisen immer einen unmittelbaren Situations- und Handlungsbezug auf und ihnen liegt ein individuell konstruiertes Handlungsmodell zu Grunde.

Es scheint keine allgemein anerkannte Geste zu geben, mit der man den Übergang zwischen zwei Handlungen ausdrückt und initiiert, d.h. Pflegende benötigen dazu sprachliches Handeln. Um die Funktion zu erfüllen, reicht ein kurzes Wort, vorausgesetzt, die Abläufe sind beiden Akteuren hinreichend bekannt und die Situationsbedingungen sind erfüllt.

7.2.3 Integration von Abweichungen in das Handlungsmodell durch „So“-Einsilbigkeiten als Satzeinleitung

Pflegende haben individuelle Handlungsabläufe im Rahmen ihrer Handlungsmodelle festgelegt. Im Folgenden werden zeitlich kurze Abweichungen vom fallgebundenen Handlungsmodell beschrieben, die Pflegende durch „So“-Einsilbigkeiten als Satzeinleitungen in ihr Modell integrieren.

7.2.3.1 Kennzeichen des Merkmals: die Abweichung vom Handlungsmodell und die Rückkehr zum Selbigen

A) Abweichung vom Handlungsmodell

Abweichungen vom Handlungsmodell können innerhalb eines Einsatzes in verschiedenen Situationen auftreten, z.B. während die Akteure zusammenarbeiten (z.B. beim Abtrocknen im Rahmen einer Körperpflege) oder während die Handlungen der Pflegenden und Pflegebedürftigen voneinander abweichende Inhalte zeigen (z.B. beim Zubereiten von Frühstück in der Küche durch die Pflegende, während die Pflegebedürftige im Wohnzimmer ein Glas Wasser mit einer aufgelösten Vitamintablette trinkt). Anlässe für Abweichungen vom Handlungsmodell sind Gespräche mit den Pflegebedürftigen oder gesundheitliche Verschlechterungen des Pflegebedürftigen.

Gespräche mit den Pflegebedürftigen

Die hier beobachteten Gespräche sind eine ergebnisoffene Interaktion, deren Inhalt lebensweltlich gegründete Themen oder gesundheitliche Veränderungen der Pflegebedürftigen aufweisen, deren Wirkung nicht nachhaltig sein muss und die keinen tiefgründigen therapeutischen Inhalt enthalten. Beide Handelnden haben während des Gespräches die Chance, dieses ohne Verlust zu beenden, z.B. bestätigt eine Pflegende mit einem ‚Jaha‘ ihr Zuhören und signalisiert zugleich Gesprächsbereitschaft, überlässt jedoch die Steuerung der Unterhaltung der Pflegebedürftigen (1). Teilweise unterstützen Pflegende die Unterhaltung, indem sie den Gesprächsfaden mit ihren Ideen und Beiträgen weiter

knüpfen. Es liegt die Vermutung nahe, dass Pflegende ein Thema dann aufrechterhalten, wenn sie damit einen Anknüpfungspunkt zu eigenen Intentionen verbinden (5).

Gerät das manuelle Handeln der Pflegenden ins Stocken, weil z.B. für weitere Handlungen die Beteiligung der Pflegebedürftigen notwendig ist oder kollidiert die mit der Unterhaltung einhergehende Zeit mit dem Handlungsmodell (2), beenden Pflegende die Unterhaltung und damit auch die Modellabweichung.

Dauert die Unterhaltung im Erleben der Pflegenden zu lange und umfasst sie beispielsweise Themen wie das Wetter (2), eine Schmuckuhr (V-IP9-2A) oder die Mode vergangener Zeiten (1), wird sie beendet, da sie keine Möglichkeit aufweist, eigene Intentionen zu verfolgen. Dabei ist die Dauer der Unterhaltung für das Gesprächsende ebenso entscheidend wie die Häufigkeit der geführten Unterhaltungen, deren inhaltlicher Wert und die an die Unterhaltung gebundene Zeit. Eine im Erleben der Pflegenden nur wenige Sekunden dauernde Unterhaltung kann als gravierende und langdauernde Modellabweichung erlebt werden, wenn der Pflegebedürftige diese häufig herbeiführt. Bei anderen Pflegebedürftigen, die wenig reden und bei denen der Einsatz lange dauert, kann ein Gespräch positiv durch die Pflegenden bewertet werden.

Pflegende erleben Unterhaltungen als nicht leistungsvereinbarten Kommunikationsausflug, der sich zu verselbstständigen droht, wenn sie ihn nicht begrenzen. Sie erleben eine Unterhaltung als Gratiszugabe von ihrem Zeitbudget (IP9-2A: „Neben dem eigentlichen Pflegeauftrag läuft ... so ein kommunikatives Spielchen.“), wenn keine eigene Intention, z.B. im Sinne eines Erkenntnisgewinns damit verbunden ist. Aus diesem Grund erleben Pflegende eine Abweichung vom Handlungsmodell durch Gespräche. Ihr Handlungsmodell wirkt in diesem Kontext als Impulsgeber.

Gesundheitliche Verschlechterungen des Pflegebedürftigen

Pflegende verlassen ihr Handlungsmodell, wenn z.B. von der Normalität abweichende Anforderungen durch gesundheitliche Verschlechterungen der Pflegebedürftigen an sie gestellt werden. Dabei kann es sowohl zu einer situationsgebundenen Handlungsabweichung als auch zu einem Ausbleiben von manuellen Handlungen kommen.

Verschlechterungen der gesundheitlichen Situation von Pflegebedürftigen, die sich beispielsweise bei Entzündungen des Auges zeigen, können nicht zur Normalität zwischen den Akteuren gehören. Die Sorge der Pflegenden und ihr Verantwortungsgefühl für die Gesundheit der Pflegebedürftigen veranlassen sie dazu, der Statusveränderung nachzugehen, obwohl die Pflegebedürftigen nicht explizit darum bitten. Pflegebedürftige lenken die Aufmerksamkeit durch die Verlängerung der Handlungsdauer auf sich. Es ist weniger die Unterhaltung über die Augenentzündung, als vielmehr die von der Normalität abweichende Handlung, die zur Modellabweichung führt (3). Zugleich teilen Pflegende ihre Diagnose den Pflegebedürftigen mit und beziehen ihr weiteres Handeln darauf. All diese

Handlungen dienen nicht der linearen Modellumsetzung, sind nicht eingeplant, treten nicht täglich auf, erfordern jedoch Arbeitszeit. In der Konsequenz müssen diese Handlungen von den Pflegenden in das Handlungsmodell integriert werden oder dieses wird modifiziert.

Im Vorfeld der Modellabweichung erhielten die gesundheitlichen Abweichungen eine hohe Bedeutsamkeit, denn Pflegende bearbeiten diese ohne Verzögerung. Pflegende bewerten diese Gesundheitsveränderungen als bedeutungsvoller als die strikte Umsetzung ihres Modells.

Abweichungen von der Normalität durch Gespräche oder gesundheitliche Veränderungen beeinträchtigen sowohl die Mikro- als auch Makroebene des pflegerischen Handlungsmodells. Aus diesem Grund wenden Pflegende Strategien an, um Abweichungen in das Modell zu integrieren.

B) Die Rückkehr zum Handlungsmodell

Pflegende knüpfen an ihrem Handlungsmodell an, indem sie sich den Arbeitsmitteln zuwenden, die entweder Anlass für eine Abweichung bildeten oder gemäß dem Modell die nächste Handlung darstellen. Beispielsweise gibt das Aufrichten des Oberkörpers von Pflegenden Hinweise zur Situationsveränderung an. Damit ist die Rückkehr zum Handlungsmodell nicht verbalisiert, aber auf der Ebene der Körpersprache ausgedrückt.

Den Übergang zwischen Abweichung und Rückkehr zur Handlungsmodellumsetzung verbalisieren die Pflegenden z.B. mit „So, einmal die Hände hier hin“ (IP5-4A), „So, jetzt geht's hier weiter“ (IP12-2A), oder „So, Frau XX, was möchten Sie denn heute frühstücken?“ (IP8-4A). Eine hervorstechende Gemeinsamkeit besteht in dem „So“-Wort zu Satzbeginn als verbalisierte Strategie. Es dient als Satzeinleitung und stellt eine versprachlichte Kodierung im Sinne von Sprachökonomie dar. Pflegende formulieren sie an der Schnittstelle zwischen Ende der Modellabweichung und Fortführung der Modellumsetzung. Dies soll an einem Beispiel dargestellt werden. Nachdem eine Pflegende (IP8-3A) zu Einsatzbeginn eine Veränderung der gesundheitlichen Situation einer Pflegebedürftigen bearbeitet hat (die Pflegebedürftige war vor Einsatzbeginn aus ihrem Bett geglitten), trägt sie nun Medikamente zu einem Tisch und äußert: „So, ich zieh mal die Gardinen auf.“ Die Pflegende nimmt die geschlossenen Gardinen wahr, handelt mit der Intention, Normalität herzustellen, indem sie die ausgebliebene Handlung ausführt und wieder gemäß ihrem Modell fortfährt (4).

Den Übergang zum Handlungsmodell tätigen Pflegende durch konkrete oder unkonkrete Handlungsanweisungen, Fragen oder Verbalisierungen ihrer Handlungen (1). Pflegende formulieren nicht präzise, dass sie zur Normalität zurückkehren, ihrem Handlungsmodell weiter folgen möchten oder welche Handlungen in welchem Ausmaß ihren Fortgang nehmen sollen.

Die von den Pflegenden formulierten „So“-Einsilbigkeiten mit angehängten Satzbestandteilen drücken individuell, kurz und knapp mehrere Inhalte zugleich aus, die Pflegebedürftige verstehen.

Gerade weil pflegerisches Handeln nah und in Kooperation mit dem Pflegebedürftigen erfolgt, müssen Pflegende diese in ihr Handeln mit einbeziehen, motivieren, deren Mitarbeit sicher stellen oder auf kommende Handlungen hinweisen. Beispielsweise kommt in der Äußerung: „So, jetzt geht's hier weiter“ (IP12-2A) zum Ausdruck, dass vom Handlungsmodell abweichende Handlungen stattfanden. Weitere Erklärungen muss die Pflegende nicht abgeben, um sich und dem Pflegebedürftigen zu signalisieren, dass nun Normalität durch die Wiederherstellung von Kompatibilität zwischen Handlung und Modell geschaffen werden soll. Die Sequenzen belegen, dass durch die Verbalisierung die Akteure ihren Handlungsauftrag sowie ihre Situationsbeteiligung überwiegend verstehen, akzeptieren und umsetzen. Mitunter fragen Pflegebedürftige nach und suchen Blickkontakt, wenn die Situationswechsel für sie abrupt erfolgen.

Die „So“-Einsilbigkeit als Satzeinleitung stellt zwischen den Akteuren eine handlungsauslösende Kodierung dar. Sie führt nicht dazu, dass Pflegebedürftige den Gesprächsfaden gleich wieder aufnehmen.

7.2.3.2 Das Erleben der Pflegenden

Pflegende tätigen ihre Äußerungen unbewusst (4) oder automatisch (9). Die Perzeption der Umgebung, die Antizipation der Situation und die gefühlte Dauer der Abweichung vom Handlungsmodell führen, ohne eine Reflektionsebene zu passieren, unmittelbar zu den aufgeführten Aussagen, die der Umsetzung des Handlungsmodells dienen. Pflegende steuern Inhalt, Wortwahl und Intonation sowie Körperausdruck und auch den Zeitpunkt ihrer Aussagen nicht reflektiert. Die sich mit der Rückkehr zur Modellumsetzung anschließenden Handlungen können den Pflegenden bewusst sein.

Bittet man Pflegende um eine Bewertung ihrer Aussagen, bewerten sie diese als „normal“ (IP9-6A), als „Füllsatz“ (IP12-2A) oder als „Redewendung, die vielleicht ziemlich daneben ist.“ (IP12-2A) (7) oder als bedeutungslos (7). Eine Pflegende äußert: „Also bewerten kann ich das eigentlich nicht.“ (IP8-4A). Die Zuschreibung einer gelungenen Pflegefachlichkeit bleibt aus. Mehrere Deutungen sind möglich: Die von Pflegenden eingeleitete Rückkehr zum Handlungsmodell stellt nichts Bedeutsames dar. Pflegende können ihre Bewertungen und Bedeutungszuschreibungen sprachlich nicht vermitteln oder sie verfügen nicht über die Fähigkeit oder das Selbstbewusstsein, ihre Handlungen positiv zu interpretieren. In der von Pflegenden eingeleiteten Rückkehr zur Modellumsetzung präsentiert sich ein Höchstmaß an automatisierten Handlungen und in deren Konsequenz an Normalität, die in ihrem Bedeutungsgehalt nicht bewusst wahrgenommen wird. Weder die konkrete Ausdrucksweise und Handlung noch deren Bedeutung haben sich im Be-

wusstsein abgebildet. Die letztgenannte Deutungsmöglichkeit korreliert nachvollziehbar mit der unbewussten Gestaltung der Rückkehr zur Modellumsetzung durch die Pflegenden. Es ist davon auszugehen, dass bisher nicht reflektierte Handlungen auch nur schwer zu bewerten sind.

7.2.3.3 Die Bedeutung des Merkmals

„So"-Einsilbigkeiten als Satzeinleitungen dienen dazu, das Unterhaltungsthema oder die vom Handlungsmodell abweichenden Handlungen zu beenden und zu den manuellen Handlungen zurück zu kehren, die dem Modell entsprechen (6) (7) (8). Bereits das „So"-Wort als auch die sich anschließenden Satzbestandteile weisen auf die Rückkehr zum Handlungsmodell hin. Es bildet die Überleitung von einer für abgeschlossen befundenen Handlung zur nachfolgenden, die dem Modell entspricht. Die „So"-Einsilbigkeit leitet einen Situationswechsel ein und steht in Bezug zum Handlungsmodell.

Das „So"-Wort stellt ein Achtungszeichen dar und sichert die Aufmerksamkeit des Gegenübers, orientiert ihn in der aktuellen Situation und bereitet ihn als Teilnehmer auf den nächsten Arbeitsgang vor. Auch wenn die Pflegebedürftigen nicht direkt angesprochen werden, sind sie doch als Mithandelnde in die Äußerungen der Pflegenden mit einbezogen (z.B. „So, einmal die Hände hier hin." IP5-4A).

Die durch Pflegende mit ihrem Vorgehen assoziierte Bedeutung liegt im Themenwechsel und in der Gestaltung des weiteren Einsatzes. Damit verbinden sie verschiedene Intentionen: Pflegende erbringen die vertraglich vereinbarten Leistungen und erfüllen damit ihren Auftrag und entsprechen ihrem Handlungsmodell. Eine weitere Intention stellt die Stressprophylaxe für die Pflegenden dar. Dem Handlungsmodell zu folgen, dient dieser persönlichen Stressprophylaxe (6). Pflegende wollen für sich Stress durch eine Überfüllung der Makro- und Mirkroebene oder durch Verschiebungen des Gleichgewichtes an Zeit- und Handlungsfortschritt vermeiden. Die Pflegenden schützen sich vor Stress, halten aber auch dessen Auswirkungen von den Pflegebedürftigen fern.

Das Handlungsmodell dient dazu, für Pflegende mit möglichst wenig Stress (z.B. durch Hektik oder Erhöhung des Sturzrisikos von Pflegebedürftigen) auf der Grundlage eines kalkulierbaren Risikos den Arbeitstag zu gestalten. Pflegende wollen Pflegebedürftige durch die Rückkehr zum Modell weder brüskieren noch durch Zeitdruck Fehler produzieren oder durch solche bzgl. ihrer Aufgaben unter Druck geraten. Daran bewerten Pflegende ihre Handlungsmodellumsetzung und justierten sie bei Veränderungen neu.

Weiterhin dient die Rückkehr zum Handlungsmodell dem Erhalt und der Gewährleistung von Normalität. Es ist das Ziel der Pflegenden, einen Einsatz ‚reibungslos' zu vollziehen und darüber hinaus z.B. Unterhaltungen zu ermöglichen. Um aber die Reibungslosigkeit, Verlässlichkeit oder auch Normalität zu erhalten, müssen Pflegende ihrem Handlungsmodell folgen oder zu dessen Umsetzung zurückkehren (z.B. IP8-3A: „Vielleicht auch,

um wieder eine Sicherheit in den normalen Ablauf zu kriegen.“). Der Ablauf ihrer Handlungen in Abgleich mit den Fixpunkten, der Erhalt der gemeinsamen Routine und damit auch die Gewährleistung der Normalität stellen für Pflegende eine wertvolle Handlungsintention dar.

Eine weitere Intention besteht in der Orientierung der Pflegebedürftigen und dem Erhalt von Selbstbestimmung und Teilhabe am Pflegeprozess. Zum Beispiel dient der Themenwechsel vom Wetter zum Frühstück dem situationsbezogenen Erfassen des Frühstückswunsches und darüber hinausgehend der Orientierung zum weiteren Verlauf der gemeinsamen Handlungen. In der beobachteten Sequenz fragt die Pflegende nach dem Frühstückswunsch der Pflegebedürftigen und in der Analyse äußert sie, mit dieser Frage für die Pflegebedürftige den Hinweis zum Aufstehen zu geben (2).

7.2.3.4 Zusammenfassung

Abweichungen vom Handlungsmodell resultieren aus Unterhaltungen oder gesundheitlichen Veränderungen. Die von Pflegenden gestaltete Rückkehr zum Handlungsmodell erfolgt mittels „So“-Einsilbigkeiten als Satzeinleitung und präsentiert Sprachökonomie. Sie dient dem Erbringen der vereinbarten Leistungen, der Stressprophylaxe, dem Erhalt der Normalität und der Orientierung und Teilhabe der Pflegebedürftigen am Pflegeprozess. Die Rückkehr erfolgt unbewusst und wird in ihrer Bedeutung von den Handelnden nicht formuliert.

7.3 Körperberührungen, -bewegungen und Gesten als Ausdruck alltäglicher Umsetzung des Handlungsmodells

Neben intuitiven manuellen und sprachlichen Handlungen von Pflegenden als Umsetzung des Handlungsmodells (Kap. 7.1 und Kap. 7.2) belegt die Datenauswertung den Einsatz von körperlichen Ausdrucksweisen wie Berührungen und Gesten. Sie werden intuitiv und unbewusst erbracht und basieren auf einem individuell konstruierten Handlungsmodell. Körperberührungen von Pflegenden an Pflegebedürftigen und Körperbewegungen sowie Gesten von Pflegenden finden über den notwendigen Körperkontakt hinaus statt und können Nähe zum Pflegebedürftigen ausdrücken. Pflegende berühren intuitiv mit ihren Händen den Leib der Pflegebedürftigen.

Pflegende geben an, dass die von ihnen vollzogenen Körperberührungen und Gesten ihrem Verständnis von Intuition entsprechen und assoziieren damit beispielsweise Begriffe wie routiniertes Handeln sowie ein Handeln aus dem Bauch heraus. Es sind sprachli-

che Zuweisungen zu in der Pflegegemeinschaft gebräuchlichen Begriffen, die den Intuitionsbegriff als Teil einer Sprachfamilie mit unbewusstem Handeln und Entscheidungen belegen. Pflegende verwenden diese Begriffe synonym, die ihrem Intuitionsverständnis entsprechen. Es fokussiert den Moment vor der Körperberührung.

Intuition zeigt sich im Handeln in Form von Berührungen oder Gesten, das während und nach der Handlung nicht reflektiert wird. Den Pflegenden sind ihre Berührungen und Gesten sowie deren konkrete Handlungsausgestaltung nicht bewusst. In den Interviews mit den Pflegenden wird deutlich, dass sie ihre eigenen Handlungen nicht wahrgenommen haben.

Pflegende reflektieren nicht die präzise Ausgestaltung und Wirkung sowie die Alternativen ihrer Handlungen und Entscheidungen. Gleichfalls unbewusst sind nicht nur der Moment der Handlung und die eingesetzte Intensität, sondern auch der Entstehungsprozess in Bezug auf seine Wirkung. Es gibt keinen rationalen Entscheidungsmoment für oder gegen eine Berührung oder Geste, sondern einen intuitiven handlungsauslösenden Moment dafür. Intuitive Körperberührungen und -bewegungen sowie Gesten werden von Pflegenden verbal und manuell nicht konkret angekündigt, z.B. durch erklärende Worte, vorbereitende Gesten oder Handlungspausen. Dies ist Ausdruck des Freiseins von Reflektion vor der Handlung. Intuitive Berührungen, Bewegungen oder Gesten werden retrospektiv nicht reflektiert. In der Analyse der Beobachtungssequenzen suchen die Befragten nach Erklärungen oder Intentionen, um ihre Berührungen zu legitimieren.

In keiner der beobachteten Situationen haben die Pflegebedürftigen um eine Berührung gebeten und auch keine hierfür erkennbaren Impulse vermittelt. Vor diesem Hintergrund scheinen die Berührungen durch Pflegende intrinsisch motiviert.

Zunächst werden die gemeinsamen Charakteristika der anschließend vorgestellten vier Konzepte dieser Kategorie dargelegt.

Charakteristika intuitiver Körperberührungen, -bewegungen und Gesten

Nachstehende zwei Charakteristika stehen für intuitive körperliche Ausdrucksweisen.

Körperliche Ausdrucksweisen als Bestandteil von Routinen oder in solche eingebettet

Intuitive Körperberührungen, -bewegungen und Gesten sind alltäglicher Bestandteil von Routine oder darin eingebettet, sie sind an die Alltäglichkeit der Situation und die Handlungswiederholung gebunden.

Die Pflegenden führen vor und nach der Berührung Handlungen aus, die sie täglich bei demselben Pflegebedürftigen und auch bei anderen vollziehen, z.B. das Anziehen

eines Unterhemdes oder die Anlage einer Inkontinenzhose. Routine ist daran erkennbar, dass die intuitiven Berührungen und die vor- sowie nachgelagerten Pflegehandlungen ohne Pausieren und Korrekturen erfolgen oder die Pflegenden mit den Pflegebedürftigen Hand in Hand arbeiten (Kap. 7.1.2).

Alle Situationen sind durch einen manuellen Handlungsablauf der Pflegenden gekennzeichnet. Überwiegend unterhalten sich Pflegende während ihres manuellen Handelns und vor sowie nach den intuitiven Handlungen mit den Pflegebedürftigen. Während in einigen Sequenzen der Gesprächsinhalt vom manuellen Handeln abweicht, ist in anderen Sequenzen die manuelle Pflegehandlung Gesprächsinhalt. Ein thematischer Bezug zur intuitiven körperlichen Ausdrucksweise der Pflegenden ist nicht erkennbar.

Die intuitiven Berührungen, Bewegungen und Gesten sind von kurzer zeitlicher Dauer. Die Handlungen der Pflegenden wirken wie unscheinbare ‚Zwischenhandlungen', d.h., sie erfolgen im Vorbei-Gehen oder beim Auf-den-Weg-Bringen des Pflegebedürftigen. Ort und Dauer der Berührung unterstützen den Eindruck von deren Flüchtigkeit und Unverfänglichkeit.

Die Handlungswiederholung sowie die Einbettung in routinierte Handlungen und die zeitgleich von Pflegenden geführten Gespräche belegen die Routine der intuitiven Berührungen. Das bedeutet einerseits, dass die handlungsauslösenden Voraussetzungen stabil und damit täglich gegeben sind. Andererseits sind die hier aufgenommenen Berührungen eben nicht außergewöhnlichen Situationen vorbehalten, sondern werden als Normalität nicht mehr wahrgenommen. Beispielsweise äußert ein Pflegender zu seinen Berührungen, dass diese „einfach ein eingeschliffenes Verhalten" (IP2-2A) darstellen.

Körperliche Ausdrucksweisen haben das ‚Naheliegende' zum Gegenstand

Ein Charakteristikum intuitiver Berührungen, Bewegungen und Gesten besteht darin, dass sie das ‚Naheliegende' zum Gegenstand haben. Überwiegend befinden Pflegende sich vor den leibhaftigen Berührungen auf Grund ihrer pflegerischen Handlungen in unmittelbarer Nähe zu den Pflegebedürftigen. Die Hände der Pflegenden befinden sich bereits in der Nähe der Berührungsstelle. Die von Pflegenden eingenommene Körperhaltung ermöglicht und unterstützt die jeweiligen Berührungen. Die physische Nähe sorgt dafür, dass sich die Hände bereits in der Nähe der Stelle der anschließenden Körperberührung befinden. Erst durch die jeweiligen Positionen der Pflegebedürftigen wird eine Berührung ermöglicht, sodass Pflegende die Körperregionen berühren, die sich in ihrem Blickfeld befinden oder die mit ihrem Arbeitsgegenstand verbunden sind und somit in direktem Kontakt mit dem Körper der Pflegebedürftigen stehen. Zum Beispiel umfassen die Hände einer Pflegenden bereits die Hüfte der Pflegebedürftigen, bevor sie auf diese klopft. Zugleich weisen die berührten Regionen der Pflegebedürftigen eine gewisse Verfügbarkeit auf – sie sind frei zugänglich.

Im Folgenden werden vier Konzepte verkörperlichter Ausdrucksweisen vorgestellt. Das in Kapitel 7.3.1 dargestellte Konzept unbewusster Körperberührungen zeichnet sich dadurch aus, dass diese als ‚Nebenbeihandlungen' emotionale Nähe ausdrücken und das Handlungsmodell nicht unterbrechen. Das in Kapitel 7.3.2 ausgeführte Konzept zu intuitiven Gesten, die gleichfalls als Körperberührungen verstanden werden können, sind zum einen Kennzeichen pflegerischer Individualität und zum anderen sind sie in das Handlungsmodell integriert. Unter Kapitel 7.3.3 werden intuitive Körperberührungen beschrieben, die sowohl emotionale Nähe ausdrücken als auch als Kodierungen der Umsetzung des Handlungsmodells dienen. In Kapitel 7.3.4 werden Körperberührungen und -bewegungen vorgestellt, die nach einer Kooperationsunterbrechung durch die Pflegebedürftigen zur unmittelbaren Umsetzung des Handlungsmodells erfolgen. Sie stellen Eingriffe in die Handlungsfreiheit der Pflegebedürftigen dar.

7.3.1 Körperberührungen auf der Grundlage und als Ausdruck körperlicher und zwischenmenschlicher Nähe

Unbewusste Körperberührungen basieren nicht nur auf einer körperlichen, sondern auch auf einer emotionalen Nähe der Pflegenden zum Pflegebedürftigen im Sinne einer von Sympathie und Vertrauen getragenen Beziehung. Im Vergleich zu anderen intuitiven Handlungen stellt die emotionale Nähe die Besonderheit der hier analysierten intuitiven Handlungen dar. Die Körperberührungen bezeugen menschliche Nähe zwischen den Akteuren.

Die beobachteten Körperberührungen resultieren nicht aus kausal oder linear ableitbaren Mustern. Es gibt für den externen Betrachter keine die Berührung ankündigenden verbalen oder nonverbalen Hinweise oder Impulse (1).

Der Zusammenhang zwischen dem Ort der Hände der Pflegenden vor und während der Körperberührung und der berührten Körperstelle stellt ein Muster während der Situation dar. Beispielsweise zieht ein Pfleger den Schlafanzug bis zur Windelhose am Becken des Pflegebedürftigen hoch und berührt dann unbewusst die Windelhose am Becken des Pflegebedürftigen (V-IP1b-3A). In einer weiteren Sequenz löst ein Pfleger die Bremsen des Rollstuhles, in welchem der Pflegebedürftige sitzt. Gleich anschließend berührt der Pfleger unbewusst die Brust des Pflegebedürftigen (5).

Pflegende berühren Pflegebedürftige an unterschiedlichen Regionen, die gesellschaftlich unterschiedlich tabuisiert sind. Eine Berührung an der Schulter findet an einer exponierten und gesellschaftlich für Lob oder Anerkennung legitimierten Region statt, ohne als unanständig oder intim zu gelten. Vielleicht drückt sich in der jeweiligen Region ein unterschiedliches Maß an emotionaler Nähe aus. Beispielsweise ist von IP12 bekannt, dass sie den Pflegebedürftigen bereits seit mehreren Jahren kennt und ihn auf einer Ur-

laubsreise betreute. Diese Gemeinsamkeiten erlauben eine Berührung des Kopfhaares, die sonst gesellschaftlich unter Erwachsenen wenig akzeptiert ist.

7.3.1.1 Kennzeichen des Merkmals

Konstituierende Situationskennzeichen sind:

Die emotionale Nähe zum Pflegebedürftigen im Sinne einer von Sympathie und Vertrauen getragenen Beziehung

Die hier untersuchte emotionale Nähe drückt sich in den Berührungen, im Zulassen der Berührung durch die Pflegebedürftigen und in einigen Situationen auch an der berührten Region aus, z.B. berührt IP12 die Haare des Pflegebedürftigen. Wenn Körperberührungen nicht als Distanzlosigkeit, sondern als Ausdruck von Sympathie erlebt werden, dann, weil die Beziehung zwischen Berührendem und Berührtem auf Sympathie und Vertrauen beruht, die u.a. in der alltäglichen Zusammenarbeit entstanden sind. Die Berührungen sind in jeder Phase der Pflege zu beobachten, sodass davon auszugehen ist, dass eine gute Beziehung zwischen Handelndem und Empfänger bereits besteht oder aktuell reaktiviert werden kann.

Pflegende unterstreichen in den Interviews eindrucksvoll ihre erlebte gute Beziehung zu den Pflegebedürftigen (2) (3) (4). Ihre Aussagen verdeutlichen, dass über die Leistungsvereinbarungen hinausgehende Körperberührungen auf Sympathien von Pflegenden für Pflegebedürftige beruhen sowie Vertrauen und intersubjektiver Nähe bedürfen.

Einerseits drücken die Berührungen Sympathie und Vertrauen in den Anderen und den eigenen Handlungsspielraum aus. Andererseits bilden Sympathie und Vertrauen die emotionale Grundlage für Pflegende dafür, den Pflegebedürftigen ein Gefühl von Nähe entgegen zu bringen. In mehreren Sequenzen wird deutlich, dass Pflegende den Pflegebedürftigen nahe sind. In diesen Situationen finden Körperberührungen statt, die als Ausdruck eben dieser Nähe angesehen werden können.

Die Gleichzeitigkeit von Unterhaltung und manuellem Handlungsablauf als Kennzeichen von Alltäglichkeit

Den Situationen ist überwiegend eine Gleichzeitigkeit von Unterhaltung und manuellem Handlungsablauf gemein. Ein thematischer Bezug zur Körperberührung lässt sich in den Gesprächen nicht erkennen. Neben der Unterhaltung sind die Pflegenden zumeist in einen manuellen Handlungsablauf eingebunden. Körperberührungen sind durch die Gleichzeitigkeit von Unterhaltung und Handlungsvollzug in die Alltäglichkeit der Akteure eingebettet (5).

Körperberührung als flüchtige Nebensächlichkeit

Die Dauer der von Pflegenden ausgeführten Berührungen erscheint flüchtig und vermittelt wenig Intensität. Die Einbettung der Berührung in eine Unterhaltung oder einen Handlungsablauf stützt die Vermutung, dass solche Berührungen wie eine Nebensächlichkeit die Situation bereichern. Durch die Gleichzeitigkeit von Unterhaltung und manueller Handlung stellt die Körperberührung nicht das alleinige Situationskennzeichen dar. Die Berührung ist nicht Gegenstand der Kommunikation. Sie erfolgt nebenbei und behindert keine anderen routinierten Handlungen. Solche Körperberührungen beziehen sich auf den Moment und resultieren aus ihm heraus. Sie können als ‚Nebenbeiberührungen' in einem Gefüge mehrerer Handlungsstränge bezeichnet werden. Auch wenn Pflegende ihre Handlungen mehrfach wiederholen und beidhändig ausführen (V-IP1b-3A), bleibt der Eindruck von Nebensächlichkeit bestehen. Einerseits wird dies durch die Tatsache erhärtet, dass die Pflegebedürftigen nicht auf die Berührungen reagieren; eine Wirkung in Form einer Reaktion bleibt aus. Andererseits sind die Pflegebedürftigen nicht aktiv in diese Berührungen eingebunden. Die Pflegenden sind initial tätig und den Pflegebedürftigen kommt die Rolle des Empfängers oder Duldenden der an ihnen durchgeführten Berührung zu. Keine der Pflegenden hat vor einer Körperberührung die Bereitschaft und Erlaubnis abgefragt.

Als flüchtige Nebensächlichkeit sind in diesen Situationen weder Vorboten noch Hinweise auf ein Ende der Berührung erkennbar. Nach dem Berühren nimmt die Alltäglichkeit ihren Lauf, die Berührung ist nicht weiterer Situationsinhalt und behindert nicht die Umsetzung des Handlungsmodells.

7.3.1.2 Das Erleben der Pflegenden

Pflegende geben an, dass ihnen derartige Körperberührungen nicht bewusst (6) sind und dass sie spontan handeln (z.B. IP6a-2A: „... ist eine spontane Geste."). Das Spontane bezieht sich im Wesentlichen auf den Zeitpunkt und die Ausgestaltung der Handlung, während das Unbewusste im Wesentlichen das Fehlen einer rationalen Legitimation beinhaltet. Vor diesem Hintergrund sind besonders die Berührungen unter dem Aspekt der flüchtigen Nebensächlichkeit ein Synonym für Spontaneität.

Die Videoanalyse verdeutlicht, dass die Körperberührungen keine langsamen oder zögerlich ausgeführten Bewegungen darstellen, denen eine Reflektionspause voraus geht. Dies wird als Indiz dafür gesehen, dass die Körperberührungen im Vorfeld nicht geplant sind. Es gibt keinen länger dauernden Entscheidungsprozess für die jeweiligen Berührungen. Pflegende wägen nicht das Für und Wider ihrer Handlungen ab. Vielmehr passen sie ganz reibungslos ins Bild der routinierten Handlungsabläufe.

Die Pflegenden suchen in den Interviews retrospektiv nach Erklärungen oder Intentionen für ihre Berührungen (7) (8). Sie zeigen dabei Unsicherheiten, die konkret formuliert werden oder sich in der Wortwahl ausdrücken, (z.B.: ‚oder so', ‚wahrscheinlich', ‚vielleicht einfach'). Auch im Interviewverlauf (7) können die Pflegenden keine für sie zufrieden stellenden Erklärungen formulieren. Ein Pflegender (7) entwirft eine Zweckrationalität, die sich bei Fortschreiten des Reflektionsprozesses als nicht haltbar erweist. Zwei Pflegende verknüpfen ihre Suche nach Erklärungen mit Empfindungen für den Pflegebedürftigen, d.h. sie wollen vermutlich Sympathie vermitteln, beruhigen oder necken. Ein eindeutiger Handlungssinn kann nicht aus der Erinnerung konstruiert werden.

In der Selbstbewertung beurteilen Pflegende ihre Berührungen und deren Wirkung verhalten (8). Dies zeigt sich für die Forscherin an den sprachlich ausgedrückten Unsicherheiten. Es entspricht scheinbar dem professionellen Selbstverständnis eines Pflegenden (8), derartige Berührungen eben nicht durchzuführen. Zugleich kann es für den Pflegenden unangenehm sein, dass eher Privates und nicht Bewusstes durch die Videoanalyse für ihn wahrnehmbar und öffentlich geworden ist. Mit seinem unbewussten Handeln hat sich der Pflegende über seinen selbst definierten Berufskodex hinweg gesetzt. Vermutlich genießt das derartige Vermitteln von Nähe keinen hohen Stellenwert bei den Handelnden. Für einen Pfleger mit 16 Jahren Erfahrung in der ambulanten Pflege scheint es völlig unverständlich zu sein, Handlungen zu begehen, deren Sinn er auch im Nachhinein nicht deuten kann.

7.3.1.3 Die Bedeutung des Merkmals: Vermittlung von Nähe

Mit den Körperberührungen drücken Pflegende eine emotionale Nähe zu den Berührten aus. Sie bedeuten, dass die Pflegenden dem anderen Sympathie und Vertrauen entgegen bringen. Die Berührungen drücken Freundlichkeit und Zugewandtheit aus und sind zugleich selbsterklärend. Es würde vermutlich den Pflegenden schwer fallen, zwischen ihren routinierten Handlungen zu verbalisieren, dass sie Nähe für ihr Gegenüber empfinden. Die leibhaftig vermittelte Nähe unterstreicht den persönlichen und Personen gebundenen engagierten Beitrag von Pflegenden. Auch wenn beispielsweise auf den ersten Blick das Durcheinanderbringen der Kopfhaare nicht fürsorglich wirkt, so weisen die Aussagen der Pflegenden (4) darauf hin, dass die Akteure einander kennen, um die Besonderheiten, Vorlieben und Abneigungen des Anderen wissen und die Beziehung zwischen beiden tragfähig ist. Die genannte Geste kann als freundschaftlich zugewandte Geste gesehen werden.

Die Botschaft der pflegerischen Körperberührungen bleibt überwiegend indifferent und lässt für die Pflegebedürftigen Deutungsspielraum offen. Eine Schulterberührung mit dem Auflegen der Hand kann verschiedene Inhalte transportieren: Präsenz vermitteln, Für-den-anderen-da-Sein, Nähe zeigen, Trost spenden, Zuneigung ausdrücken, Beruhi-

gung und Ruhe vermitteln und Mitgefühl zeigen. Gleich, welche Botschaften konkret vermittelt werden, sie bewegen sich auf einer emotionalen Ebene und sprechen diese an.

In den Videosequenzen gibt es für die Forscherin keine eindeutigen Hinweise darauf, dass die Berührten ein zustimmendes oder ablehnendes Verhalten zeigen. Sie verbalisieren keine Reaktionen auf eine Nebenbeiberührung und geben mit ihrer Körpersprache ebenfalls keinen bewertenden Hinweis. Möglicherweise bleibt die pflegerische Handlung dann relativ reaktionslos, wenn Pflegebedürftige darin keine Intention erkennen können. Es ist zu vermuten, dass die Pflegebedürftigen vor ihrem situativen Kontext eine Berührung interpretieren. Die Videoanalyse deutet darauf hin, dass Pflegende die Körperberührungen unbewusst richtig gestalten, damit Pflegebedürftige sie zulassen und sich nicht verletzt fühlen.

Pflegende können den Sinn ihres Handelns nicht im Kontext eines professionellen Selbstverständnisses deuten: auf der Grundlage einer vertrauensvollen Beziehung folgte einer angemessenen Situationswahrnehmung die richtige Handlung. Diese kostet wenig Zeit und ist mitunter effizienter im Vergleich zu Worten.

7.3.1.4 Zusammenfassung

Unbewusste Körperberührungen durch die Pflegenden sind in Routinen eingebettet und präsentieren sich als flüchtige Nebensächlichkeit. Sie drücken emotionale Nähe zum Gegenüber aus. Körperberührungen erfolgen ohne Vorboten, bedürfen keiner Kommunikation und entstehen auf Grundlage einer physischen und emotionalen Nähe zum Pflegebedürftigen. Pflegebedürftige reagieren nicht erkennbar auf die Berührungen.

7.3.2 Gesten als Bestandteil von Routine und Ausdruck von Individualität

Im Folgenden werden intuitiv ausgeführte und in Routinen eingebettete Gesten beschrieben, die eine spezifische, an die Pflegenden gebundene Handlung darstellen.

7.3.2.1 Kennzeichen des Merkmals

Intuition zeigt sich in den analysierten Sequenzen als manuelle, sich wiederholende Geste von Pflegenden, die sie an Arbeitsmitteln erbringen, die direkt mit dem Körper der Pflegebedürftigen verbunden sind, z.B. das Glätten einer Binde beim Verbandanlegen am Bein einer Pflegebedürftigen. Pflegende arbeiten vor, während und nach der intuitiven Berührung mit dem Arbeitsmittel. Intuitive Berührungen vollziehen Pflegende im direkten Kontakt mit dem Leib des Pflegebedürftigen (1) (2). Mit der intuitiven Geste

wird der Körper der Pflegebedürftigen nur kurz berührt, z.B. wird die Inkontinenzhose schnell an das Becken oder die Kompressionsbinde schnell an die Wade gedrückt. Jede der beobachteten Pflegekräfte führt eigene Gesten aus. Die intuitiven Gesten stellen eine einzigartige, individuell geprägte, spezifische Handlungsweise der Pflegenden dar, als wäre es ihre persönliche Art, diese Handlung so und nicht anders zu vollziehen. Die Gesten sind an die Alltäglichkeit der Situation gebunden und gehen konform mit dem fallgebundenen Handlungsmodell der jeweiligen Pflegenden.

Mehrere Charakteristika deuten auf intuitive Gesten hin, die im Rahmen routinierter alltäglicher Handlungen erbracht werden:

- Intuitiven Berührungen gehen routinierte Handlungen voraus.
- Intuitive Berührungen wiederholen sich beim Pflegebedürftigen. Die manuellen Handlungen der Pflegenden mit dem Arbeitsmittel deuten auf eingeübte, wiederkehrende Abläufe hin.
- Pflegende kündigen ihre Handlungen nicht an und kommentieren sie nicht. Dies ist ein Indiz für routiniertes und intuitives Handeln (Kap. 7.1).
- Zeitgleich mit der intuitiven manuellen Handlung hören Pflegende den Pflegebedürftigen zu. Der Aufmerksamkeitsfokus in der Handlung der Pflegenden liegt auf ihrer intuitiven Geste und nicht auf dem Gespräch, welches sie parallel mit dem Pflegebedürftigen führen. Dies zeigt sich daran, dass der Blick der Pflegenden auf ihre Hände und die Arbeitsmittel gerichtet ist und sie einsilbig oder gedehnt sprechen, im Redefluss pausieren und ihre Sätze erst nach der intuitiven Geste beenden. Während ihrer manuellen Handlung befördern die Pflegenden mit ihren Äußerungen das Gespräch nicht aktiv.
- Eine Pflegende gibt an, routiniert zu handeln und sie äußert zu der von ihr ausgeführten intuitiven Berührung: „Das ist irgendwie eine Routinesache.“ (IP3-2I). Darin drückt sich die Alltäglichkeit der intuitiven Handlung aus.

7.3.2.2 Das Erleben der Pflegenden

Pflegende geben an, dass ihre Handlungen mit dem Arbeitsmittel am Körper der Pflegebedürftigen intuitiv erfolgen (3) (4). Mit ihrer intuitiven Handlung assoziieren sie die Begriffe „instinkthaft“ (5), „völlig unbewusst“ (IP3-2I) oder „eine Routinesache“ (IP3-2I) sowie „aus dem Bauch raus denken“ (IP3-2I). Die verschiedenen Begriffe belegen erneut, dass der Intuitionsbegriff mit den Begriffen Routine und unbewusstes Handeln Teil einer Sprachfamilie ist. Die Aussagen der Pflegenden weisen auf verschiedene Bezugspunkte ihrer Intuition hin. Intuition ist unbewusstes Handeln, wenn die konkrete Handlungsausgestaltung der Berührung vor, während und nach der Handlung unreflektiert ist und den Handelnden nicht bekannt ist (3).

Die Aussagen der Pflegenden deuten auf eine sich im Alltag herausgebildete praktische Geste hin. Weil die Handlung im Arbeitsalltag der Pflegenden ihren Sinn erfüllt, wird sie täglich wiederholt. Weil sie sich wiederholt und als angemessen erweist, wird sie intuitiv -routiniert erbracht. Auf diese Weise, ggf. befördert durch das private Umfeld (4), hat sich eine individuelle und für die beobachteten Pflegenden typische Geste herausgebildet.

Die Pflegenden verwenden im Zusammenhang mit ihren intuitiven Berührungen sprachliche Eigenkonstruktionen, wie die Worte „Knüddel“ (IP3-2I) bei einem Verband oder „Beulen“ (IP6a-3I) bei einer Windelhose. Diese sprechen dafür, dass es für ihre Handlungen keinen gängigen pflegefachlichen Begriff gibt und dass Pflegende sprachliche Eigenkreationen zu ihrem Handeln entwerfen. Ihre intuitiven Gesten sind ein an ihre Person gebundenes Spezifikum. Sie entsprechen keiner allgemein gültigen oder von einer Gemeinschaft geteilten Handlung, sondern sind individuell und situationsbezogen.

Mit dem Intuitionsverständnis der Pflegenden geht ein handlungsorientierter Inhalt einher. Beispielsweise äußern IP3-2I: „Das mach ich völlig unbewusst“ und IP11-9I: „Intuitiv waren die ganzen Körperberührungen ... da noch mal was zu machen“. Der intuitive Anteil der Berührungen ist in diesem Konzept an Handlungen gebunden. Intuition drückt sich als manuelle Aktivität aus.

7.3.2.3 Die Bedeutung des Merkmals: Abwendung gesundheitlicher Schäden als Anspruch an die eigene Arbeit und der Ausdruck von Fürsorge

Die Pflegebedürftigen reagieren weder verbal noch nonverbal unmittelbar auf die Berührungen der Pflegenden. Sie kommentieren die Pflegehandlung nicht erkennbar und beteiligen sich weiterhin am Gespräch. Auch im Handlungsverlauf ist kein Hinweis darauf sichtbar, dass die Pflegebedürftigen die Gesten als angenehm oder unangenehm empfinden. Dies kann darin begründet liegen, dass sie die individuelle Handlungsausgestaltung als typisch und üblich für die jeweilige Pflegekraft erleben. Auch das Schweigen der Pflegebedürftigen in der kurzen Gesprächspause während der intuitiven Handlung weist auf routinierte Handlungsabläufe zwischen den Akteuren hin.

Im Gegensatz zu der Tatsache, dass die Pflegenden ihre intuitiv ausgelösten Gesten nicht bewusst wahrnehmen, können sie ohne Zögern Handlungsintentionen benennen, die für sie in einer Exaktheit des Pflegehandelns liegt (3) (6). Daraus resultiert eine weitere Intention: das Abwenden gesundheitlicher Schäden für den Pflegebedürftigen, die aus der eigenen Pflegehandlung resultieren können (3). Die Pflegenden verfolgen den Anspruch, fachlich korrekt und gut zu arbeiten. Sie wissen, welche gesundheitlichen Schäden durch nachlässige Handlungen verursacht werden können. Vor diesem Hintergrund bildet der pflegerische Anspruch, eine gute und nicht schädigende Arbeit zu erbringen, eine stark motivierende handlungsbestimmende Intention.

Während die Faltenfreiheit einer Windelhose oder eines Pütterverbandes auf den Moment ausgerichtet ist, impliziert das Abwenden gesundheitlicher Schäden Langfristigkeit. Beide Intentionen symbolisieren Fürsorge für den Pflegebedürftigen durch die Pflegenden. Auf Fürsorge weisen auch eine Metapher (7) und ein Vergleich mit den Handlungen der eigenen Mutter (4) hin. Die intuitiven Gesten selbst symbolisieren Fürsorge, d.h., eine Pflegende drückt zärtlich mit der gesamten Handfläche die Bindenlage an die Wade (1) und ein Pfleger modelliert die Inkontinenzhose am Rücken (2).

7.3.2.4 Zusammenfassung

Die intuitiven Gesten der Pflegenden an den Arbeitsmitteln am Leib der Pflegebedürftigen stellen Körperberührungen dar. Sie sind in Routinen eingebettet und ein Ausdruck dafür. Sie präsentieren eine spezifische, an die Pflegenden gebundene, individuelle Handlung, die ihnen nicht bewusst ist. Pflegebedürftige reagieren nicht erkennbar auf die Berührung. Die Intention intuitiver Gesten beruht auf dem Wunsch nach Abwehr von gesundheitlichen Schäden für den Pflegebedürftigen. Die Gesten symbolisieren Fürsorge und entsprechen dem eigenen Anspruch der Pflegenden an die eigene Arbeit.

7.3.3 Körperberührungen zur Vermittlung emotionaler Nähe und zur Umsetzung des Handlungsmodells

Die im Folgenden analysierten intuitiven Körperberührungen von Pflegenden an Pflegebedürftigen entstehen auf Grund einer emotionalen und physischen Nähe zum Pflegebedürftigen. Die Berührungen dienen im Wesentlichen nicht nur dazu, emotionale Nähe auszudrücken, wie unter Kapitel 7.3.1 dargelegt, sondern unterstützen auch eine räumliche Trennung der Akteure.

7.3.3.1 Kennzeichen des Merkmals

Pflegende berühren intuitiv mit ihren Händen direkt den Leib der Pflegebedürftigen, vornehmlich an der Schulter, aber auch an der Hüfte. In keiner der Situationen haben die Pflegebedürftigen um eine Berührung gebeten und auch keine erkennbaren Impulse vermittelt.

Die Körperberührungen sind von kurzer zeitlicher Dauer, vermitteln den Eindruck unscheinbarer ‚Zwischenhandlungen' und finden an Regionen statt, die für Pflegende gut zugänglich sind. Mit der Körperberührung gehen weitere Situationsmerkmale einher. Lediglich die Berührung durch Pflegende – als ein Situationskennzeichen – erfolgt intuitiv.

Die Voraussetzung für Berührungen des Leibes von Pflegebedürftigen durch Pflegende besteht in einer emotionalen Nähe zwischen den Akteuren (1) (2). Sie bezieht sich grundsätzlich auf die gegenseitige Beziehung und existiert in dem Moment der intuitiven Handlung. Pflegende beschreiben die emotionale Nähe als eine von Sympathie, Vertrauen und gelungener Kommunikation getragene Beziehung zu den Pflegebedürftigen.

Emotionale Nähe als vertrauensvolles Verständnis zwischen den Akteuren enthält einen auf die Arbeitsbeziehung gerichteten Sinn (1) und entsteht mit Beziehungsbeginn (2) oder hat sich zwischen den Akteuren entwickelt (3). Sie beruht weniger auf einem Prozess der langsamen Annäherung – die Akteure kennen sich erst seit einem halben (IP5, IP10) oder seit einem Jahr (IP8) – sondern ist vielmehr das Ergebnis eines spontanen gemeinsamen Verstehens und einer gefühlsbasierten Gestimmtheit. Emotionale Nähe herzustellen und zu erhalten, bezieht sich nicht nur auf den Prozess der Beziehungsgestaltung, sondern geschieht auch im gemeinsamen Arbeitsprozess, z.B. äußert eine Pflegende „Ich denke, es kommt ganz drauf an, wie es läuft.“ (IP10-7I).

Pflegende können nicht zu jedem Pflegebedürftigen eine emotionale Nähe aufbauen (2) (4), und in der Konsequenz berühren sie nicht jeden Pflegebedürftigen intuitiv (2). Gegenseitiges Verstehen, sich Wohlfühlen, gegenseitiges Entgegenbringen von Sympathie entscheiden über die emotionale ‚Erlaubnis‘ einer potenziellen Berührung und schaffen die Voraussetzung dafür, mit der Berührung nicht abgewiesen zu werden.

Die emotionale Nähe zwischen den Akteuren impliziert eine Arbeitsform, die als Kooperation oder Teamarbeit bezeichnet werden kann. Sie zeigt sich daran, dass die Akteure die Arbeitsabläufe und Gewohnheiten des anderen kennen und ihr Handeln überwiegend nicht kommentieren, erklären oder korrigieren (6).

Die Pflegenden befinden sich im Rahmen ihrer Arbeitsabläufe in unmittelbarer körperlicher Nähe der Pflegebedürftigen und berühren im Vorbeigehen ihnen nahe liegende Regionen des Körpers der Pflegebedürftigen. Die Berührung erfolgt vor einer räumlichen Trennung zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen (5) (6) (7).

Die Reaktionen der Pflegebedürftigen auf die Körperberührungen und damit auf die gesamte Situation können weder an Hand der Videoanalyse noch an Hand der Aussagen der Pflegenden eindeutig bestimmt werden. Ihre direkten Verhaltensweisen als Reaktion auf die Berührung geben keine klaren Hinweise auf Ablehnung oder Zustimmung. Bestätigungen für das zukünftige Vorgehen geben die Pflegebedürftigen, jedoch nicht isoliert für die Berührung. Im Sequenzverlauf nehmen die Pflegebedürftigen die ihnen von den Pflegenden zugedachten Rollen an; sie lassen die Umsetzung der angekündigten Handlungen zu oder setzen sie selbst um. Sie teilen das geplante Vorgehen.

7.3.3.2 Das Erleben der Pflegenden

Pflegende geben an, dass die von ihnen vollzogenen Körperberührungen ihrem Verständnis von Intuition entsprechen (8) (9). Intuitive Körperberührungen stellen ein unbewusstes Handeln in der Alltäglichkeit dar, das sprachlich nur zögernd begründbar ist.

Intuition als unbewusstes Handeln

Die intuitiven Körperberührungen erfolgen unbewusst (10). Insbesondere steht die Körperberührung und weniger die Handlungsentscheidung als unbewusste Handlung im Mittelpunkt der Äußerungen der Interviewten. Demnach gehen mit intuitiven Handlungen auch unbewusste Entscheidungen im handlungsauslösenden Moment einher. Es gibt keinen rationalen Entscheidungsmoment für oder gegen eine Berührung. Dabei beziehen Pflegende sich im Interview immer auf sich und schließen nicht explizit die Pflegebedürftigen mit ein.

Das von einer Pflegenden (10) beschriebene ‚Bauchgefühl' besteht im Vorfeld der eigentlichen Körperberührung und weist zwei Merkmale auf: Die Singularität eines Gefühls mit exponentieller Kraft und das Bauchgefühl als Metapher für den Ort der Entscheidung und den Sitz der handlungsauslösenden Gefühle. Beide Merkmale sollen nachstehend erläutert werden.

Die Pflegende gibt mehrere Hinweise darauf, dass ihr Bauchgefühl ein einzelnes und zugleich dominantes Gefühl darstellt (10). Sie beschreibt es nicht als ein Konglomerat diffuser Gefühlswelten, sondern als ein ‚aus dem Bauch heraus' kommendes Empfinden. Es ist dort nicht fixiert, sondern verfügt über eine exponentielle Kraft. Es führt zur Pflegehandlung und vor diesem Hintergrund wird es als etwas Mobiles, Dynamisches und in Verbindung zum Handeln Befindliches erlebt. Das Bauchgefühl bewegt sich für die Pflegende aus der Nichtexistenz und dem Verborgenen hin zur Spürbarkeit.

Die Pflegende kann ihr Handeln nicht erklären. Es ist der Bauch, der der Pflegenden durch ein Gefühl den handlungsauslösenden, -steuernden und -legitimierenden Impuls zu geben scheint. Das Gefühl stellt etwas körper- und personenbezogenes Inneres dar.

Intuition als Bestandteil der Alltäglichkeit

Pflegende äußern, dass ihre Körperberührungen mehrfach vorkommen (11). Vor diesem Hintergrund haftet den Intuitionen ein wiederkehrendes Moment an. Vermutlich geht die Handlungswiederholung auf den Umstand einer stabilen emotionalen Nähe zurück. Das bedeutet, dass die handlungsauslösenden Voraussetzungen stabil sind. Die hier aufgenommenen Berührungen werden als Normalität nicht mehr bewusst wahrgenommen. Auf diese Weise sind intuitive Berührungen Bestandteil der Alltäglichkeit.

Sprachlosigkeit zu Befragungsbeginn als Merkmal von Intuition

Intuitiven Pflegehandlungen wohnt in dem ersten Moment der Reflektion durch die Pflegenden eine Sprachlosigkeit inne (10). Nach einer kurzen Analyse- und Reflektionsphase formulieren sie Ziele und Intentionen für die von ihnen ausgeführten Körperberührungen. Die Körperberührung enthält Handlungssinn, er kann jedoch nicht von allen Handelnden selbst sofort expliziert werden. Unklar bleibt, ob Pflegende die Intentionen ihrer Handlungen nicht verbalisieren können oder sie zunächst nicht erkennen. Es entsteht der Eindruck, dass für Pflegende mit dem Bewusstwerden ihrer Handlungen eine Sprachlosigkeit einhergeht, in deren Folge sie eine Intentionslosigkeit formulieren. Die Körperberührung wird vorher nicht auf Bedeutung, Wirkung und Konsequenzen hin ausgelotet.

Die Pflegenden können die Wirkung ihrer Berührungen mit Blick auf die Pflegebedürftigen nur schwer einschätzen. Auf die Frage im Interview, ob die Pflegebedürftigen die Berührung wahrgenommen haben, antworteten die Pflegenden, dies nicht zu wissen (IP8-3I und IP10-7I). Sie vermuten, dass Pflegebedürftige die Berührungen wahrnehmen, eine Bewertung geht daraus nicht hervor.

Pflegende bezeichnen ihre intuitive Berührung als „vertrauten Moment“ (IP8-3I) oder als „liebevoll“ (IP10-7I) und nehmen damit Bezug zur Situation und auf die Beziehung zum Pflegebedürftigen.

Insgesamt enthalten die Aussagen der Pflegenden zu intuitiver Körperberührung eine positive Bedeutungszuschreibung. Die Berührungen drücken die emotionale Seite der Beziehung aus. Auf Seiten der Pflegebedürftigen ist eine stumme Toleranz gegenüber den Handlungen erkennbar.

7.3.3.3 Die Bedeutung des Merkmals: Vermittlung von Nähe und Umsetzung des Handlungsmodells

Vermittlung emotionaler Nähe

Mit ihren Körperberührungen bringen Pflegende ihre emotionale Nähe zum Pflegebedürftigen zum Ausdruck und stellen sie her (10) (11). Intuitive Körperberührungen weisen einen gefühlsbasierten und zwischenmenschlich ausgerichteten Handlungsinhalt auf. Beispielsweise bezeichnet eine Pflegende die Situation als einen „vertrauten Moment zwischen uns beiden.“ (IP8-3I).

Das Symbolisieren emotionaler Nähe wird auch durch die Gerichtetheit der Berührung deutlich. Pflegende weisen in den Interviews eindeutig ihren Handlungen einen Empfänger und eine Botschaft zu (2) (12). Weil Pflegende für Pflegebedürftige Sympathie empfinden, möchten sie diese auch über ihre nächsten Handlungen informieren (13), sie trösten, wenn Erwartungen nicht erfüllt werden (14) oder sie zu selbstständigem

Handeln motivieren (12). Die Pflegebedürftigen sollen wissen, welchen Handlungen die Pflegenden nachgehen und wo sie sich in ihren Wohnungen aufhalten.

Pflegende spenden mit ihren Körperberührungen Trost und drücken Mitgefühl aus, wenn sie die Erwartungen oder Hoffnungen der Pflegebedürftigen nicht erfüllen können (7). Auch dies symbolisiert die gegenseitige gute Beziehung, denn sie setzt voraus, die Empfindungen des Gegenübers wahrzunehmen, zu deuten und zu verstehen.

In allen Sequenzen trennen sich nach den Berührungen die Akteure räumlich. Umso bedeutsamer ist es aus Sicht der Pflegenden, die Pflegebedürftigen über die räumliche Trennung und die damit einhergehenden verschiedenen Arbeitsabläufe zu informieren. Überwiegend geht mit der Berührung eine Ankündigung darüber einher, welche Handlungen die Pflegenden ausführen (z.B. IP5-3I: „Dann bring ich Ihnen die Schüssel.“; IP8-3I: „Ich mach hier weiter . . . “). Die Berührungen dienen dazu, eine räumliche Trennung vorzubereiten, anzukündigen und emotional zu ermöglichen. Sie offeriert ein vorübergehendes Alleinlassen des Pflegebedürftigen und bearbeitet auf diese Weise ein von Pflegenden gedeutetes Gefühlserleben der Pflegebedürftigen. Vor diesem Hintergrund dienen die Berührungen dazu, eine Situationsänderung zu ermöglichen.

Umsetzung des Handlungsmodells

Körperberührungen zeigen das Ende und/oder den Neubeginn (15) eines Handlungsabschnittes an. Pflegende kündigen ihre Arbeitsinhalte an, die sie nach der Berührung erbringen. Dies impliziert, über ein Modell zur Handlungsabfolge zu verfügen. Ihren Handlungsmodellen liegen eindeutige Aufgabenteilung und -zuweisung zwischen den Akteuren zu Grunde (12).

Die Berührungen sind vergangenheits- und zukunftsorientiert. Beispielsweise zeigt ein zweimaliges Klopfen auf die Hüfte einer Pflegebedürftigen an, dass die bisherigen Arbeitsabläufe zufriedenstellend erbracht wurden und das Kommende von beiden Akteuren bewältigt werden muss. Dabei bedeutet die Berührungsgeste für die Pflegende, dass sie ihren Arbeitsanteil erfolgreich geleistet hat und nun die Aktivitäten der Pflegebedürftigen gefordert sind (16). Vor diesem Hintergrund wohnt der Körperberührung ein bilanzierendes Element inne. Verstärkt wird die positive Bilanz durch die bei mehreren Pflegenden beobachtete Äußerung ‚Gut‘ (6).

Die Körperberührung hat die Aufgabe eines Impuls- oder Taktgebers für die Umsetzung des Handlungsmodells. Körperberührungen weisen demzufolge eine Bedeutung im Sinne von Kodierungen auf (15). Auf diese Weise unterstreichen Körperberührungen als Kodierungen den Gesamtgehalt der Situation und die enge Verbundenheit zwischen sprachlichem und nichtsprachlichem Handeln.

Die Situationen mit intuitiven Körperberührungen kennzeichnen Komplexität, d.h. Pflegende sprechen, bewegen sich und berühren den Körper der Pflegebedürftigen. Dies kann vermutlich nur im Einklang erfolgen, wenn nicht alle Handlungsstränge zeitgleich reflektiert werden und wenn die jeweiligen Handlungsintentionen für die aktuelle Situation deckungsgleich sind. Eine der Pflegenden bezeichnet das Geschehen als intuitive Gesprächssituation (13). Die Äußerung ist ein Hinweis darauf, dass Pflegende nicht zeitgleich einzelne Elemente der Situation rational und unbewusst erbringen. Ebenso ist nicht davon auszugehen, dass die Intentionen sprachlichen Handelns von denen nichtsprachlichen Handelns fundamental divergieren. Eine andere Pflegende trennt zunächst sprachliches von nichtsprachlichem Handeln. Die intuitive Körperberührung ist anfangs unbegründbar, das sprachliche Handeln in der Situation kann sie erklären (13). Im Interviewverlauf benennt sie für ihre intuitive Berührung die identische Intention wie zuvor für ihr sprachliches Handeln. Zum einen belegt es, dass sprachliches Handeln leichter der Reflektion zugänglich ist, es wurde bereits versprachlicht und kann damit reflektiert sein. Zum anderen belegt es, dass sprachliches und nichtsprachliches Handeln (in diesem Fall intuitive Berührungen) über identische Intentionen verfügen, das jeweils andere unterstützen und gleichrangig bedeutsam sind. Unterschiede bestehen in der Möglichkeit der Erklärung und Sinnvermittlung der Handlungen. In den hier analysierten Sequenzen existiert eine einheitliche Intentionalität zwischen gestischen, mimischen und verbalen Äußerungen sowie Körperbewegungen.

7.3.3.4 Zusammenfassung

Intuitive Körperberührungen beruhen auf emotionaler Nähe zum Pflegebedürftigen und symbolisieren diese. Sie drücken als Kodierung die Umsetzung des pflegerischen Handlungsmodells aus. Körperberührungen sind von kurzer Dauer und ein Merkmal der Alltagssituationen in der Pflege. Vor dem Hintergrund ihres intuitiven Handelns können Pflegende ihre Berührungen nicht sofort erklären. Sie erleben ihre Intuition auch als Bauchgefühl und bezeichnen damit metaphorisch den auslösenden Ort ihrer Entscheidungen und Handlungen. Intuitive Körperberührungen erhalten von Pflegenden eine positive Bedeutungszuschreibung; auf Grund der Reaktionen der Pflegebedürftigen kann dies in seiner Wirkung eher bestätigt als widerlegt werden.

7.3.4 Eingriffe in die Handlungsfreiheit der Pflegebedürftigen im Rahmen von Routine

Das nachstehende Konzept belegt, dass Routine die Grundlage für fehlgeleitete unbewusste Pflegehandlungen darstellen kann. Die Folge sind Eingriffe der Pflegenden in die Handlungsfreiheit der Pflegebedürftigen.

7.3.4.1 Kennzeichen des Merkmals

Situationen, in denen Pflegende die Handlungsfreiheit der Pflegebedürftigen in Form von stellvertretendem Handeln oder einer Kontrollstrategie beeinflussen (1) (2) (3), charakterisieren sich dadurch, dass Pflegebedürftige ihre Kooperation unterbrechen. Die Pflegebedürftigen verfügen über die Möglichkeit und die Fähigkeit der Eigenaktivität und leisten im Sinne einer guten Zusammenarbeit ihren Beitrag im Pflegeprozess. In den analysierten Sequenzen, z.B. beim Bett-Rollstuhl-Transfer (1), bei der Medikamentengabe (2) und der Körperpflege (3) ist die aktive Mitarbeit der Pflegebedürftigen erforderlich, wenn der Handlungsablauf voran schreiten soll.

Einerseits verfügen die Pflegebedürftigen über die physischen und kognitiven Fähigkeiten zur aktiven Mitarbeit – wenn auch in individuell variierendem Ausmaß – und unterstreichen dies mit ihrer Zusammenarbeit, andererseits benötigen Pflegebedürftige pflegerische Unterstützung in Form von Anleitungen und Handreichungen sowie teilweiser Übernahme bei bestimmten Handlungen. Im Rahmen einer Kooperation übernehmen die Pflegenden Handgriffe für die Pflegebedürftigen und schaffen notwendige Voraussetzungen, damit die Pflegebedürftigen kooperieren können. Die Pflegbedürftigen arbeiten mit den Pflegenden bis zu dem Moment zusammen, an dem sie ihre Kooperation unterbrechen. In den beobachteten Sequenzen kommt es anschließend zu Eingriffen in ihre Handlungsfreiheit.

Die Situationen, in denen Eingriffe in die Handlungsfreiheit der Pflegebedürftigen erfolgen, entstehen prozesshaft. Überwiegend kündigen die Pflegenden die von ihnen gewünschten Handlungen den Pflegebedürftigen an, indem sie zunächst unkonkret, indirekt und zugewandt die Pflegebedürftigen über die zu erwartende Tätigkeit informieren. Sie formulieren, empfehlend und auf das gegenseitige Vertrauen aufbauend, ihren Wunsch. Die Akteure in den jeweiligen Situationen wissen auf Grund ihrer Zusammenarbeit um die Botschaft dieser Ansagen. Wenn der Pfleger IP2 äußert: „Darf ich Ihnen erst mal ihre Tabletten geben für heute morgen.“, dann möchte er, dass die Pflegebedürftige ihre Medikamente einnimmt. Mit ihren Aussagen wollen die Pflegenden sich der Zusammenarbeit vergewissern. Der Vollzug einer Handlung wird von den Pflegenden nicht direkt eingefordert.

Die kooperativen Reaktionen der Pflegebedürftigen bleiben aus, Hinweise von ihnen auf eine Kooperation oder Motive zu deren Unterbrechung fehlen. Die Pflegenden werden erneut aktiv. Nun formulieren sie beispielsweise laut, deutlich, direktiv und in Satzfragmenten ihre Handlungsaufforderungen (V-1b: „Einmal hier loslassen.“; IP2: „Einmal was zum Schlucken.“). Parallel dazu schränken sie die Handlungsfreiheit der Pflegebedürftigen ein, indem sie diese körperlich bedrängen (2) oder deren Handlung durch körperliche Eingriffe entsprechend ihrer Vorstellung realisieren (1) (3). Die Pflegenden tätigen die Aufforderungen und belegen damit, dass sie die jeweiligen Handlungsabläufe im Vorfeld bedenken und davon ausgehen, dass die Pflegebedürftigen erwartungsgemäß reagieren.

Aus Sicht der Pflegenden schaffen die Eingriffe die Voraussetzungen, um modellkonform zu arbeiten.

Nachdem die pflegerische Intention erreicht ist, heben Pflegende ihre Eingriffe auf und arbeiten anschließend wieder kooperativ mit den Pflegebedürftigen zusammen. Die von ihnen verübten Eingriffe in die Entscheidungs- und Handlungsfreiheit der Pflegebedürftigen sind passager.

Die Situationen, in denen Eingriffe in die Handlungsfreiheit der Pflegebedürftigen erfolgen, werden von Routinehandlungen eingerahmt. Die Kennzeichen für alltägliche Arbeitsroutinen (Kap. 7.1) prägen die Situation vor und nach dem Eingriff. Die Akteure handeln schweigend miteinander. Sie kommunizieren kaum über die vorangegangenen, aktuellen oder zukünftigen Handlungen. Die Akteure arbeiten Hand in Hand (Kap. 7.1.2), z.B. antizipieren Pflegende die Bedürfnisse (2) und konkreten Situationserwartungen der Pflegebedürftigen.

Mit der Kooperationsunterbrechung der Pflegebedürftigen gehen pflegerische Handlungen einher, die deren Entscheidungsfreiheit einschränken. Sie zeigen sich als stellvertretendes Handeln und Kontrollstrategie der Pflegenden.

Stellvertretendes Handeln

Stellvertretend für den Pflegebedürftigen zu handeln (1) (3) und zugleich dessen Handlungsfreiheit einzuschränken, beinhaltet:

A) Pflegende kündigen ihre Eingriffe nicht an

Bevor Pflegende stellvertretend handeln, geben sie den Pflegebedürftigen keine konkreten verbalen oder nonverbalen Hinweise darauf, dass und in welcher Form sie aktiv werden (1) (3). Ein Pfleger (1) deutet auf seine Handlung hin, indem er den Pflegebedürftigen um die von ihm erwartete Handlung bittet; jedoch sind in den Sequenzen keine vorbereitenden Gesten oder Handlungspausen erkennbar, d.h. die eine Bedrängung symbolisierende Handlung wird unmittelbar eingesetzt. Der Eindruck der Einschränkung der Handlungsfreiheit entsteht dadurch, dass die Pflegenden den Pflegebedürftigen keine Alternative lassen.

B) Pflegende berühren den Körper ihres Gegenübers

Pflegende berühren über den im Rahmen ihrer Arbeit notwendigen Körperkontakt hinaus die Pflegebedürftigen direkt und wiederholend, z.B. trennt ein Pfleger eine Hand des Pflegebedürftigen mit leicht ziehenden und rüttelnden Bewegungen vom Bettaufrichter

und eine andere Pflegende drückt den angewinkelten Arm des Pflegebedürftigen auf die Lehne eines Stuhles (1) (3).

Die Pflegenden berühren und bewegen Regionen der Pflegebedürftigen, die sie zuvor im Rahmen ihrer vorangegangenen Tätigkeit bereits berührten. Einerseits bedeutet es, dass sie die ‚Gewalt' im Rahmen ihrer aufgabenbezogenen Routinehandlungen vollziehen. Andererseits ist damit die Schwelle des Übergreifens niedrig, und auf diese Weise sind besonders Situationen mit Körperkontakt für übergreifendes Handeln gefährdet.

C) Pflegende führen Handlungen für Pflegebedürftige aus, die diese selbstständig ausführen könnten

Die Pflegenden handeln für Pflegebedürftige, obwohl diese physisch und kognitiv in der Lage sind, die Handlung selbstständig auszuführen. Die Pflegebedürftigen haben im vorangegangenen Prozess ihre kooperative Mitwirkung an der Leistungserbringung belegt. Vor diesem Hintergrund wird die stellvertretende Handlung als Eingriff in die Selbstbestimmungs- und Entscheidungsfreiheit betrachtet.

Kontrollstrategie

Die von einem Pfleger (2) ausgeübte Kontrollstrategie zeigt sich daran, dass er für mehrere Sekunden dicht vor der Pflegebedürftigen steht, während diese in ihrem Sessel sitzt. Der Eingriff in die Handlungsfreiheit wird in Form psychischer Beeinflussung ausgeübt; eine körperliche Berührung findet nicht statt. Die Kontrollstrategie stellt in dieser Situation eine mögliche, subtile und wirkungsvolle Form der Machtausübung mit dem Ziel der Verhaltensbeeinflussung der Pflegebedürftigen dar. Dabei bedient sich der Pfleger über einen längeren Zeitraum hinweg dieser Strategie. Beide Körperpositionen (frontal und dicht stehen) ergänzen einander und können die gewünschte Botschaft der Forcierung und Kontrolle der Medikamenteneinnahme transportieren. Ähnlich den stellvertretenden Handlungen ist die Kontrollstrategie in eine Reihe weiterer Handlungsabläufe ohne Bedrohung eingerahmt. Auch im Rahmen der Kontrollstrategie übt der Pfleger einen gewissen Zwang aus, ohne diesen anzukündigen und nachdem er mehrfach seine Handlungserwartung an sein Gegenüber formuliert hat (2).

7.3.4.2 Das Erleben der Pflegenden

A) Unbewusste und automatisierte Handlungen

Pflegende geben an, ihre Handlungen „nicht so bewusst" (IP12-2A) und automatisch (11) sowie automatisiert (12) oder „ . . . bestimmt irgendwie einfach so gemacht" (IP12-4A) zu

haben und ohne darüber nachzudenken (13). Es bedeutet, dass Pflegende vor, während und nach der Handlung nicht über die präzise Ausgestaltung und Wirkung sowie über Alternativen nachdenken. Dies belegen sie auch mit ihren Reaktionen des Erstaunens bei der Videoanalyse sowie mit Vorschlägen zur eigenen Handlungsänderung (14). Im Erleben der Pflegenden waren die Eingriffe bis zur Videoanalyse unreflektiert. Nach der Reflektion wollen Pflegende ihre Handlungen nicht mehr so wie bisher ausführen, sie sind überrascht von ihrer konkreten Handlungsgestaltung.

Eine Pflegende kann keinen Handlungssinn konstruieren (13). Dies ist ein Hinweis auf ihr unbewusstes Handeln. Ihre Äußerungen, es „irgendwie einfach so gemacht“ zu haben und „Vielleicht habe ich in dem Moment nicht so drüber nachgedacht . . . “ (V-IP12-4A) belegen ihr unbewusstes Handeln.

Weitere Pflegende (11) (12) geben an, automatisch und automatisiert derartige Eingriffe zu vollziehen. Es bedeutet: Eine Handlung hat sich als Teil der alltäglichen Routine herausgebildet und wird unbewusst durchgeführt. Es heißt auch, reflexhaft zu handeln; es einfach zu tun, als würden Reflexe das Handeln steuern. Handlungen ‚automatisieren sich‘, d.h., sie verselbstständigen sich. Sie werden nicht aktiv automatisiert, sondern es ‚passiert einfach‘ in einem Prozess der Handlungswiederholung. Ein Pfleger (IP1b-5A) äußert: „ . . . ich bin mit den Jahren jetzt schon voll drin in der ambulanten Pflege. . . . Ich mache das jetzt 18 Jahre. Vieles hat sich automatisiert. Eine gewisse Sicherheit hat sich / ich war am Anfang auch wesentlich unsicherer“ (12). Er erklärt seine automatisierte Handlungsweise mit seinem langjährigen Erfahrungswissen. Dieses führt für ihn zur Handlungssicherheit.

In diesem Kontext bedeutet unbewusstes und automatisiertes Handeln, dass diese unreflektierter Bestandteil von Routine geworden sind. Gleichsam den gelungenen pflegerischen Handlungen, die sich im Rahmen der Routine herausgebildet haben, haben sich vereinzelt beobachtete Eingriffe in die Handlungsfreiheit der Pflegebedürftigen auf gleiche Weise als Routine verstetigt. Pflegende handeln jedoch nicht böswillig gewaltanwendend, sondern für sich legitimiert und intentional im Sinne des Pflegebedürftigen.

B) Im Sinne des Pflegebedürftigen Handeln

Pflegende beeinflussen die Handlungsfreiheit von Pflegebedürftigen mit der Intention, im Sinne des Pflegebedürftigen zu handeln.

Auf Grund ihrer Erfahrungen mit den Pflegebedürftigen in konkreten Situationen (4) und ihrer langjährigen Tätigkeit (5) wissen die Pflegenden, welches Maß an Unterstützung notwendig ist, um kooperativ Leistungen zu erbringen. Dabei handeln sie in dem Bewusstsein, gute Absichten für den Pflegebedürftigen zu verfolgen (5) (6) (7). Pflegende möchten mit den auf den ersten Blick als übergreifend erscheinenden Handlungen den Pflegebedürftigen die Angst nehmen, einen Bett-Rollstuhl-Transfer ermöglichen oder die

Medikamenteneinnahme gewährleisten, indem sie dies kontrollieren. Von der Sinnhaftigkeit des Ziels und dem Nützlichen ihres Verhaltens sind die Pflegenden überzeugt. Dies zeigt sich in der zum Ausdruck kommenden hohen inhaltlichen Überzeugung von den Zielen (5) (8). Den Pflegenden ist nicht bewusst an einer Rolle der Machtausübung gelegen, sondern daran, ihr Ziel zu erreichen.

C) Die selbstkritische Reflektion der Pflegenden

Reflektieren Pflegende ihre übergreifenden Handlungen, dann erkennen sie diese als solche und bewerten sie selbstkritisch (14) und mit negativ konnotierten Worten wie ‚durchsetzen' oder ‚bedrängen'. Ein Pfleger (IP2-2A) sagt nicht nur: „Das möchte ich ja eigentlich nicht.", sondern auch: „So wie ich es jetzt sehe", d.h., sein Bedrängen war ihm zuvor nicht bewusst. Er erkennt seine Machtausübung und Grenzüberschreitung als ein Zuviel an körperlicher Nähe und bewertet sie negativ (15). In Abgleich mit seiner professionellen Vorstellung von einer für ihn pflegefachlich korrekten Unterstützung bei der Medikamenteneinnahme deckt sich seine Kontrollstrategie nicht. Er kommt zu folgendem Ergebnis: „Vielleicht sollte ich da etwas zurückgehen. Vielleicht sollte ich mich dann auch wieder hinsetzen." (IP2-2A). Der Pfleger will seine Handlungen ändern, weil er sie, gemessen an seinem Berufsethos, negativ bewertet. Jemanden zu bedrängen, entspricht nicht seiner Umgangsweise mit Pflegebedürftigen. Sein pflegefachliches Selbstverständnis kann eine solche Nähe im Sinne von Bedrängen nicht rechtfertigen. Demgegenüber bleibt es für ihn auf Grund seiner Erfahrungen ein fachlich begründetes Ziel, die Medikamenteneinnahme durch Kontrolle zu gewährleisten. Seinem Berufsethos folgend, kontrolliert er die selbstständige Medikamenteneinnahme der Pflegebedürftigen. Insofern ist für ihn das Ziel weiterhin adäquat, jedoch die Methode nicht angemessen. Dazu äußert er: „... ich denke, dass ich zu dicht bei ihr stehe, wenn ich das jetzt so sehe. Ich denke, sie würde die Tabletten auch nehmen, wenn ich wieder einen Schritt zurück mache." (IP2-2A). Etwas Unterstützung braucht die Pflegebedürftige, aber nicht ein derartig eingreifendes Verhalten.

Pflegende erklären ihre Handlungen mit ihrem Erfahrungshintergrund, mit der Automatisierung ihrer Handlung, dem Zeitmangel (9) (10) und mit der unangenehmen Situation der Pflegebedürftigen, die verbessert werden soll. Beispielsweise sagt ein Pfleger: „Diese Haltung ist wesentlich verkrampfter, als wenn er sich hier festhält. Körperkontakt ist einfach auch Angst lösend. ... Ich denke, er ist mir auch nicht böse, wenn ich ihm die Hand da runter nehme, weil es ist in dem Moment für ihn auch eine Erleichterung, weil es für ihn dann auch lockerer ist." (1b-5A). Der Interviewte sieht dabei selbstbewusst auf viele Jahre Berufserfahrung zurück, die ihm Sicherheit in der Situationseinschätzung verleihen (5) (12). Damit geht im Wesentlichen eine Rechtfertigung für sein Handeln einher. Erfahrungen und eine Intention zu Gunsten des Pflegebedürftigen können das Handeln nur teilweise erklären. Möglicherweise liegt hier eine Gefahr in der Routine und

dem Erfahrungswissen: es täuscht Handlungssicherheit vor und kann Handlungen, die die Handlungsfreiheit der Pflegebedürftigen einschränken, legitimieren.

Wenn automatisiertes Handeln sich als Routine verstetigt, dann können Pflegende ohne Reflektion in den von ihnen ausgeübten Eingriffen keine Machtausübung oder Grenzüberschreitung erkennen. Zugleich wirken ihre Handlungen wie vom Gegenüber gebilligt. Als solche finden sie so lange statt, bis sich die Reaktion der Pflegebedürftigen verändert.

Die Selbstkritik der Pflegenden verdeutlicht, dass sie den Eingriff nicht bewusst ausüben. Möglicherweise beruht ihre Selbstkritik auf einer Professionalität, die ermöglicht, das eigene Handeln zu hinterfragen.

7.3.4.3 Die Bedeutung des Merkmals: Aufrechterhaltung des Handlungsmodells

Die von Pflegenden erwartete und herbeigeführte Handlung der Pflegebedürftigen tritt in der Regel erst nach einer Handlungswiederholung ein, z.B. rüttelt und zieht ein Pfleger leicht an der Hand, nachdem er diese bereits angefasst hat (1), und eine Pflegende drückt den Arm erneut auf die Lehne, nachdem der Pflegebedürftige ihn wieder leicht erhoben hatte (3). Die Pflegebedürftigen verhalten sich aus Sicht der Pflegenden nicht hinreichend kooperativ. Möglicherweise gibt es für den Pflegebedürftigen, der seinen Arm alleine bewegen kann, keinen Grund, die von der Pflegenden geforderte Position einzunehmen. Insofern sind die ausgeübten Eingriffe zunächst wirkungslos, d.h. nicht handlungswirksam für die Pflegebedürftigen. Aus Sicht der Pflegenden muss die von ihnen erwünschte Handlung von den Pflegebedürftigen erfolgen, bevor sie ihrer Routine als alltägliche Modellumsetzung folgen können.

Die Pflegenden handeln nicht eindeutig gegen einen geäußerten Willen von Pflegebedürftigen. Letztere lassen derartige Eingriffe mit sich geschehen, sie wehren oder sträuben sich nicht, weder verbal noch nonverbal. Überwiegend beobachten die Pflegebedürftigen kommentarlos die Pflegenden. Dies ist möglicherweise ein Beleg dafür, dass solche Eingriffe nicht als die Menschenrechte verletzende Gewalt oder Machtausübung erlebt werden. Möglicherweise wird darüber nicht gesprochen, weil derartige Eingriffe häufig geschehen und man über diese Geringfügigkeiten nicht zu reden braucht oder weil die Pflegenden über soviel Macht verfügen, dass die Betroffenen es nicht wagen, sich zu äußern. Es liegt die Vermutung nahe, dass die Pflegebedürftigen die Eingriffe im Rahmen von Routine nicht als Übergriff, sondern als Normalität erleben. Darin liegt die Gefahr, wenn durch Routine sich täglich wiederholende Eingriffe in die Handlungsfreiheit für alle Beteiligten zur Normalität werden.

Routine bildet den Rahmen für derartige Eingriffe, sodass die Vermutung nahe liegt, dass auch die Eingriffe selbst Bestandteil von Routine sind. Die Kooperationsunterbrechung ist gleichermaßen Bestandteil eines gemeinsamen routinierten Ablaufes. Hinweise darauf resultieren aus dem automatischen Handlungsmoment und der Verstetigung der

Tätigkeit. Die Pflegenden äußern, dass ihre Handlungen ein „einfach eingeschliffenes Verhalten“ (IP2-2A) darstellen und dass sie diese täglich ausführen (10).

Es entspricht der Dehnbarkeit und Flexibilität von Routine, dass sich Handlungserwartungen an den Pflegebedürftigen bei den Pflegenden herausbilden und Pflegende prozesshaft ihre kompensatorischen Aktionen zeigen. Sie fordern zunächst indirekt, dann direktiv zur gewünschten Handlung auf und nach deren Ausbleiben handeln sie einmal und ein zweites Mal stellvertretend für Pflegebedürftige oder üben eine Kontrollstrategie aus. Zugleich können Pflegende auch derartige Eingriffe in die Handlungsfreiheit als Routine erleben.

Die Eingriffe in die Handlungsfreiheit der Pflegebedürftigen dienen der Aufrechterhaltung der Umsetzung des pflegerischen Handlungsmodells. Pflegende leiten den nächsten Handlungsabschnitt ein, um der Umsetzung ihres Modells zu folgen. Dies zeigt sich u.a. daran, dass Pflegende am Ende der stellvertretenden Handlungen mit einer „So“-Einsilbigkeit den Abschluss der einen und den Neubeginn einer anderen Handlung ausdrücken (1) (3) (Kap. 7.2.3). Zugleich weisen die Interviewaussagen der Pflegenden auf die Umsetzung ihres Handlungsmodells hin (9) (10). Das bedeutet, dass sich zwischen den Akteuren derartige Eingriffe eingeschliffen haben und Bestandteile von gemeinsamen Routinehandlungen sind. Demnach sind die Kooperationsunterbrechungen keine mittel- oder langfristig wirkenden Störfaktoren bei der Realisierung des Handlungsmodells, sondern integrierter Bestandteil der Routine als dessen alltägliche Umsetzung (Kap. 7.1). Vor diesem Hintergrund kann das Bemühen um die Einhaltung des Handlungsmodells unbewusste Handlungen fördern, die Eingriffe in die Handlungsfreiheit der Pflegebedürftigen darstellen.

In dem Ziel, die Umsetzung des Handlungsmodells zu gewährleisten, liegt auch eine Begründung für das ein- bzw. übergreifende pflegerische Verhalten. Das Handlungsmodell störungsfrei umzusetzen bedeutet, Handlungsverzögerungen und damit das Erleben von Zeitdruck und Stress zu vermeiden. Stressfreiheit im Sinne der Minimierung aller kalkulierbaren Risiken stellt für Pflegende eine hinreichende Erklärung für ihr Verhalten dar. Zeitliche Zwänge können zu einem solchen Verhalten von Pflegenden führen. Sie befinden sich in einem Dilemma, wenn das aus zur Verfügung stehender Einsatzzeit und den durchzuführenden Handlungen resultierende Modell nicht eingehalten wird. Der erlebte Zeitmangel fördert ein solches Verhalten. Eine weitere Ursache dafür kann in dem fließenden Übergang zwischen wohlwollender Unterstützung und druckausübendem Handeln bei der Arbeit mit Körperkontakt zu in der Regel körperlich beeinträchtigten Menschen liegen.

7.3.4.4 Zusammenfassung

Eingriffe in die Handlungsfreiheit der Pflegebedürftigen führen Pflegende unbewusst und automatisiert im Rahmen alltäglicher Routine durch. Sie resultieren aus Kooperationsunterbrechungen von Seiten der Pflegebedürftigen, bei denen an sie gerichteten Handlungserwartungen nicht entsprochen wird. Pflegende verfolgen mit ihren unbewussten Handlungen Intentionen im Sinne des Pflegebedürftigen und die Einhaltung ihres Handlungsmodells, jedoch sind die dafür eingesetzten Handlungen zuweilen bedrängend und die Handlungsfreiheit der Pflegebedürftigen eingrenzend. Pflegebedürftige nehmen die Eingriffe passiv hin. Nach einer Reflektion ihres Handelns erkennen die Pflegenden die Grenzüberschreitungen ihrer Handlungen.

7.4 Zusammenfassung: Modellstabilisierung durch Alltäglichkeit im manuellen Pflegehandeln

Die Konzepte bezeugen das Vorhandensein intuitiven Pflegehandelns. Sie zeigen auf, dass intuitives Pflegehandeln als manuelles Handeln eng mit der Alltäglichkeit und der Routine der Pflegenden verbunden ist, dass es sich sowohl als sprachliche Kodierung als auch als Körperberührung und Gesten präsentiert. Die durch Intuition ausgelösten Handlungen dienen der Umsetzung des fallgebunden Handlungsmodells der Pflegenden oder sind dessen Ausdruck.

Intuition als Routine bezeichnet die manuelle Handlungsebene der Pflegenden und kann als situationsangepasste Umsetzung eines fallgebundenen Handlungsmodells verstanden werden. Routinierte Pflegehandlungen stellen die situationsangepasste Umsetzung eines individuellen Handlungsmodells dar und sind geeignet, dies zu festigen. Routine symbolisiert Alltäglichkeit und Normalität pflegerischen Handelns. Sie erfolgt unbewusst und ermöglicht den Pflegenden, Gespräche mit den Pflegebedürftigen zu führen und kann gefühlsbasiert und zielorientiert sein. Auch wenn Pflegende im Rahmen der Routine Gespräche führen, steht im Mittelpunkt die Gewährleistung reibungsloser manueller Handlungen und damit die Umsetzung ihres Handlungsmodells. Im Erleben der Pflegenden ist Routine mit geringem professionellem Gehalt verbunden, und die Effekte routinierten, unbewussten Pflegehandelns präsentieren sich ihnen nicht. Intuition vor dem Hintergrund von Routine wird durch diese ausgelöst, stellt ein nicht reflektiertes Entscheiden und sprachliches sowie manuelles Handeln dar.

Als Sprachökonomie können intuitiv von Pflegenden formulierte Kodierungen gelten. Das Kennzeichen von Kodierungen besteht in der reduzierten Sprache mit weitreichender Bedeutung. Sie weisen immer einen unmittelbaren Situations- und Handlungsbezug auf und es liegt ihnen ein Handlungsmodell zu Grunde, innerhalb dessen einzelne Hand-

lungsabschnitte individuell zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen festgelegt sind. Kodierungen werden am Übergang zwischen endenden und neu beginnenden Handlungsabschnitten formuliert. Sie dienen der Umsetzung des Handlungsmodells. Die Datenanalyse zeigt, dass im Rahmen von Alltäglichkeit und Routine die intuitiv ausgelösten Kodierungen angemessen von den Pflegebedürftigen gedeutet werden. Als solche präsentieren sie kooperative Zusammenarbeit.

Intuition im Rahmen von Kodierungen impliziert zum einen, dass diese als automatisiert wahrgenommen werden können. Zum anderen impliziert Intuition eine nicht bewusst gewählte Wortwahl, Intonation, und auch eine fehlende Reflektion für den Körperausdruck, die Häufigkeit der Verwendung und Moment des Aussprechens.

Pflegende führen intuitiv, unbewusst oder automatisiert sowie ‚aus dem Bauch heraus' Körperberührungen, -bewegungen und Gesten durch. Die Handlungen sind Ausdruck der alltäglichen Umsetzung des fallgebunden Handlungsmodells und können sich als Routine präsentieren.

Intuitive Körperberührungen erfolgen ohne Reflektion vor oder nach der Berührung. Sie zeigen sich als kurze ‚Nebenbeihandlungen' im Rahmen eines komplexen Situationsgeschehens. Körperberührungen beruhen auf einer emotionalen und körperlichen Nähe der Pflegenden zu den Pflegebedürftigen und drücken emotionale Nähe zum Pflegebedürftigen aus. Sie erfolgen ohne Ankündigung und nach der Berührung zeigen die Pflegebedürftigen keine beobachtbare Reaktion.

Unbewusst und automatisiert führen Pflegende mit Körperberührungen oder Körperbewegungen Eingriffe in die Handlungsfreiheit der Pflegebedürftigen im Rahmen von Routine durch. Sie dienen der Einhaltung ihres Handlungsmodells. Die zur Kompensation eingesetzten Handlungen können bedrängend und gewaltausübend sein. Dieses Konzept belegt, dass neben den zuvor dargestellten positiven Effekten von Intuition selbige nicht per se positiv bewertet werden kann.

Insgesamt zeigt sich, dass die Pflegenden ihre intuitiven Handlungen sprachlich als Teil eines Familienbegriffes verstehen. Er integriert unbewusste, routinierte und automatisierte Handlungen sowie Handlungen, die als ‚aus dem Bauch heraus' geführt benannt werden.

Während die – wie in Kapitel 7 dargestellt – durch Intuition ausgelösten Handlungen in Einklang zur Umsetzung des fallgebundenen Handlungsmodells stehen und als intuitiv-routinierte Handlungen das Modell festigen, wird im Folgenden Intuition dargestellt, die zur Dehnung und Flexibilität des fallgebundenen Handlungsmodells beiträgt.

8 Flexibilität bei der Modellumsetzung durch intuitives Pflegehandeln

Intuitives Pflegehandeln kann Abweichungen von der Umsetzung des Handlungsmodells der Pflegenden auslösen. Diese resultieren beispielsweise aus Körperberührungen (Kap. 8.1.1), Körperhaltungen (Kap. 8.1.2) oder Gesten (Kap. 8.1.3).

Drei wesentliche Charakteristika kennzeichnen die im Folgenden dargestellten Kategorien:

1. Intuition zeigt sich in Körperberührungen, Gesten sowie sprachlichen oder manuellen Handlungen.
2. Intuitive Handlungen führen zu einer Unterbrechung der Umsetzung des Handlungsmodells oder gar einem Abbruch zuvor begonnener Handlungen. Dies bedeutet, dass Pflegende flexibel auf Situationen reagieren und von der Umsetzung ihres Handlungsmodells situationsangepasst abweichen können. Die intuitiv ausgelösten Handlungen tragen zur Modifizierung sowie Erweiterung des fallgebundenen Handlungsmodells bei.
3. Die Intuitionen beruhen auf Erfahrungswissen, sublimen Wahrnehmungen von Pflegenden sowie Situationsimpulsen.

Pflegende geben im Interview an, dass ihre Handlungen intuitiv entstanden sind. Im Verständnis der Pflegenden erfolgen die Handlungen ohne pro- und retrospektive Reflektion. Die intuitive Entscheidung für eine Handlung resultiert aus dem jeweiligen Moment in der Situation; dies ist das gemeinsame Merkmal der hier analysierten Intuitionen. Unterscheidungen bestehen in dem Sprachgebrauch der Pflegenden. Beispielsweise bezeichnet eine Pflegende ihr Bauchgefühl als unbewussten Handlungsauslöser und spricht die emotionale Seite ihres Handelns und ihr Gefühlserleben an (Kap. 8.1.2.4). Andere Pflegende benennen ihr Handeln als spontan und können die Entscheidung für ihr unbewusstes Handeln nicht erklären (Kap. 8.1.3.2). In weiteren Sequenzen formulieren Pflegende ihre Intuitionen als Ahnungen, die sich ihnen als vorausschauendes Wissen präsentieren (Kap. 8.2.1). Diese Intuitionen verstehen einige Pflegende gleichfalls als eine Handlungssteuerung auf der Grundlage eines ‚Bauchgefühls'.

Im Folgenden werden die wesentlichen Einflussfaktoren für Intuition von Pflegenden aufgeführt, die eine Unterbrechung begonnener Pflegehandlungen zur Folge haben und nicht dem Handlungsmodell entsprechende Handlungen auslösen.

Erfahrungswissen und sublime Wahrnehmungen

Die Intuitionen von Pflegenden beruhen auf deren Erfahrungswissen. Dieses Erfahrungswissen ist sowohl in der Zusammenarbeit mit anderen Pflegebedürftigen als auch fallabhängig mit den Pflegebedürftigen entstanden, in deren Kontext Intuition erfolgt. Es basiert auf dem Vergleich der gesundheitlichen Erscheinungsbilder der Pflegebedürftigen (1) in der aktuellen Situation zwischen vorherigen Situationen sowie zwischen anderen Pflegebedürftigen (2). Die Pflegenden kennen aus der gemeinsamen Arbeit mit den Pflegebedürftigen bereits gleiche oder ähnliche Situationen (3) und können sie vor ihrem Erfahrungshintergrund einschätzen. Darüber hinaus verfügen die Pflegenden aus der Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Pflegebedürftigen über krankheitsbezogenes Erfahrungswissen (4).

Das auf den Pflegebedürftigen bezogene Erfahrungswissen der Pflegenden resultiert aus dem alltäglichen Handeln mit ihnen (5). Pflegende wissen, welche Pflegeprobleme bei den Pflegebedürftigen bestehen und mit welchen Strategien und Methoden diese bearbeitet werden können.

Erfahrungswissen präsentiert sich, indem die Pflegenden das Verhalten der Pflegebedürftigen auf konkret ausgeführte Handlungen kennen. Pflegende integrieren auf Grund ihres Erfahrungswissens die Individualität und Bedeutungsgebungen der Pflegebedürftigen in ihr Handeln.

Erfahrungswissen beruht auf Handlungswiederholungen, Vergleichen und Anpassungen des pflegerischen Verhaltens. Es entsteht über einen an der Individualität des Pflegebedürftigen orientierten Prozess (6) und ermöglicht angepasste, flexible Handlungen (7). Es dient den Pflegenden als Interpretationsrahmen ihrer situationsgebundenen Wahrnehmungen. Die Pflegenden sind erfahrungsbasiert für die spezifischen Themen der Pflegebedürftigen sensibilisiert und ihre Wahrnehmungen sind dahingehend inhaltlich gelenkt. Sie nehmen einzelne Hinweise und Erscheinungen innerhalb der Situation sublim wahr. Einzelne, in der Situation hervortretende Hinweise und auch die Summe mehrerer Hinweise können sich zu einem Muster verdichten und auf die Pflegenden als handlungsleitende Impulse wirken.

Pflegende verfügen zum einen über eine allgemeine Wahrnehmungsfähigkeit, die bei allen Pflegebedürftigen angewandt wird (8). Zum anderen hat sich eine auf die jeweiligen Belange der Pflegebedürftigen abgestimmte sublime Wahrnehmungsfähigkeit herausgebildet (7). Sublime Wahrnehmungen entsprechen einer inhaltlichen Sensibilität von Pflegenden auf das Bedeutsame der Situation.

Pflegende nehmen ihre Umgebung im unmittelbaren Kontext der Pflegebedürftigen auf mehreren Ebenen wahr. Insbesondere Veränderungen der gesundheitlichen Situation der Pflegebedürftigen sind Inhalte visueller Wahrnehmungen, z.B. als Veränderungen von Bewegungsabläufen oder Gesichtsausdrücken (9) (11). Sie resultieren aus dem Kontext der Pflegebedürftigen, den aktuellen Situationshinweisen und beruhen auf den situativen Bedeutungsgebungen durch die Pflegenden. Beispielsweise sieht in einer Sequenz ein Pfleger der Pflegebedürftigen beim Verbandwechsel ins Gesicht, nimmt ihren Ausdruck wahr und weiß aus Erfahrung von ihrem Schmerzerleben. Daraufhin nimmt er eine Puppe aus dem Regal und bietet sie intuitiv der Pflegebedürftigen zur Ablenkung vom momentanen Schmerz an (12).

Pflegende nehmen akustische Hinweise wahr, z.B. Stöhnen, Lautierungen oder verbalisierte Sätze von Pflegebedürftigen. Auch durch Berührungen der Pflegebedürftigen erhalten Pflegende Hinweise (10). Sie gleichen ihre aktuellen Wahrnehmungen mit Situationen aus der Vergangenheit der Pflegebedürftigen ab. Dieser Abgleich korrespondiert mit dem auf den jeweiligen Pflegebedürftigen abgestimmten Erfahrungswissen der Pflegenden (9). Vor diesem Hintergrund werden die Wahrnehmungsinhalte beispielsweise mit vorherigen Schmerzsymptomen und -situationen verglichen und zur Diagnose ‚Schmerz' verdichtet. Das Erfahrungswissen der Pflegenden und ihre pflegefachlichen Kenntnisse sind dabei in die Bewertung der Wahrnehmungen integriert (8).

Pflegende verfügen auf Grund von Berufserfahrung, theoretischem Wissen und geschulter Aufmerksamkeit über eine sublime Wahrnehmungsfähigkeit, die es ihnen ermöglicht, die verschiedenen Hinweise der Pflegebedürftigen und der Situation zu erkennen (z.B. verbale Schmerzäußerungen, Gangveränderungen, schmerzverzerrtes Gesicht, Bewegungspausen), zu deuten und daraus adäquate Handlungen abzuleiten. Mehrere Einzelwahrnehmungen, wie sie beispielsweise in Form von Tonfall, Redepausen, Betonungen aus Artikulierungen hervorgehen, verdichten sich und formen ein Gesamtbild im Sinne eines Musters (11). Oftmals benötigen die Pflegenden mehrere Wahrnehmungsinhalte, um zu handeln (12).

Die pflegerischen Wahrnehmungen werden erfahrungsbasiert in den Kontext der Pflegebedürftigen und deren Bedürfnisse gestellt. Die sublime Wahrnehmungsfähigkeit als auch die Handlungen der Pflegenden beruhen auf pflegerischem Erfahrungswissen und einer an den Bedeutungen, Bedürfnissen und Problemen der Pflegebedürftigen orientierten Handlungsweise.

Situationsimpulse

Die intuitiven Handlungen werden sowohl vom fallgebundenen Erfahrungswissen, den sublimen Wahrnehmungen als auch den Impulsen der Situation beeinflusst. Die Impulse

resultieren aus der Situation, in der sich die Akteure befinden. Sie werden von Pflegenden gedeutet (12) und bewertet (13).

Einige in der Situation enthaltene Erscheinungen und Wahrnehmungsinhalte sind mit Bedeutungen für die Pflegenden versehen (13) (auch Handlungsmaxime in Kap. 8.1.3, persönliche Merkmale in Kap. 8.2.1), die deshalb impulshaft wirken können. Beispielsweise erinnert sich eine Pflegende (IP12-4I) angesichts der kranken Schulter des Pflegebedürftigen an ihren Auftrag, diese einzucremen. Weil die Pflegende weiß, dass diese Handlung noch durchzuführen ist, löst die Betrachtung der Schulter einen Handlungsimpuls aus (14).

In den hier analysierten Sequenzen sind nicht unzählige einzelne und diffuse Informationen oder Signale untersucht und erkennbar, sondern Muster, die impulshaft wirken und intuitive Handlungen auslösen können.

8.1 Körperberührungen, -haltungen und Gesten als Ausdruck von Modellunterbrechungen

Im Folgenden werden drei Konzepte intuitiver körperlicher Ausdrucksweisen von Pflegenden dargestellt. In Kapitel 8.1.1 stehen Körperberührungen von Pflegenden an Pflegebedürftigen im Mittelpunkt, die eine Abweichung von der fallgebundenen Modellumsetzung darstellen und emotionale Nähe zum Gegenüber ausdrücken sowie auf Hinweisen von Pflegebedürftigen beruhen. In Kapitel 8.1.2 werden Körperhaltungen von Pflegenden beschrieben, die aus einem Gespräch der Pflegenden mit den Pflegebedürftigen resultieren und mit einem Pausieren der manuellen Handlungen einhergehen. Dies führt zu einer Abweichung der Modellumsetzung. In Kapitel 8.1.3 sind Gesten von Pflegenden dargestellt, die auf Handlungsmaximen beruhen und zu einer Abweichung der Modellumsetzung führen.

8.1.1 Körperberührungen als Ausdruck einer Modellunterbrechung

Das im Folgenden dargelegte Konzept beschreibt intuitive Körperberührungen, die im Vergleich zu den im Kapitel 7.3 dargestellten Körperberührungen einen längeren Zeitraum umfassen und Situationsdominanz erlangen. Die Berührungen des Körpers der Pflegebedürftigen unterbrechen die begonnenen Handlungen der Pflegenden und weichen auf diese Weise von der routinierten Umsetzung des Handlungsmodells ab. Die Körperberührungen bezeugen als situationsangepasstes Handeln der Pflegenden ihre Flexibilität bei der Modellumsetzung.

8.1.1.1 Kennzeichen des Merkmals: Körperberührung als pflegerische Intervention

Intuitive Körperberührungen weisen zwei wesentliche Kennzeichen auf:

Unterbrechung bestehender Handlungen

Pflegende befinden sich mit ihren Händen vor der intuitiven Körperberührung von Pflegebedürftigen bereits in der Nähe der anschließend berührten Region, überwiegend auf Grund ihrer pflegerischen Handlungen. Beispielsweise berühren Pflegende den Fuß von Pflegebedürftigen, an dem sie einen Verbandwechsel vornehmen.

Die intuitive Berührung dauert mehrere Sekunden. Dies ist ein Hinweis darauf, dass hier keine flüchtigen ‚Nebenbeihandlungen' erfolgen, sondern, dass die Berührungen die Situation bestimmen. Eine Pflegende (9) dehnt Ort und Art der Körperberührung vom Handauflegen auf die Schulter einer Pflegebedürftigen auf mehrmaliges Kreisen der Hand über den Rücken aus. Damit nimmt sie ihrer ersten Geste die Flüchtigkeit einer ‚Nebenbeihandlung' (Kap. 3.3.3) und verleiht ihr besondere Ausdruckskraft. In einer weiteren Situation verlängert eine Pflegebedürftige die Dauer der Berührung, indem sie die Hände der Pflegenden festhält und Blickkontakt hält (7).

Zeitgleich mit den Körperberührungen unterbrechen Pflegende ihre begonnenen manuellen Handlungen, die z.B. mit einem Verbandwechsel einhergehen. Dies ist das Besondere der Situation. Die Pflegenden berühren den Leib der Pflegebedürftigen und pausieren mit ihren begonnen Handlungen. Sie verstehen dies als ein ‚sich Zeit nehmen und fünf Minuten später gehen' (8) oder ‚eine Pause machen' (6).

In einigen Situationen erlangen Körperberührungen dadurch Situationsdominanz, dass sie zum Erkennen und Verstehen sowie zur Bearbeitung von vermuteten oder direkt angesprochenen Problemen von Pflegebedürftigen dienen und aus diesem Grund mehrere Sekunden andauern (7) (9). Insgesamt ist erkennbar, dass Pflegende Pflegebedürftige dann lange und intensiv berühren, wenn sie deren Gefühlslage erkunden und bearbeiten wollen.

Körperberührungen wirken wie eine Option zur Verdeutlichung von Nähe und Anteilnahme. So ist bei einer Pflegenden erkennbar, dass sie zunächst äußert: „Machen Sie sich keine Sorgen, ich kümmere mich darum." (IP4b-7A) und zugleich mit ihrer rechten Hand abwinkt (9). Anschließend legt sie diese auf die linke Schulter der Pflegebedürftigen und streichelt dann mehrfach über deren Rücken. Es wirkt, als hätten die Worte, sich keine Sorgen zu machen, die gebeugte Körperhaltung sowie das Aufzeigen von Lösungsmöglichkeiten und der Blickkontakt in ihrer Wirkung nicht ausgereicht, sondern bedürfen der Verstärkung durch eine andere Handlungsebene.

Pflegende verfügen über ein Handlungsmodell (10), von dessen Umsetzung sie auf Grund ihrer Intuition situationsgebunden abweichen. Das Handlungsmodell ist z.B. bei Schmerzäußerungen von Pflegebedürftigen nicht mehr handlungsleitend. Schmerzäußerungen verursachen situationsangepasstes, intuitives Handeln und legitimieren eine Abweichung oder Verzögerung der Modellumsetzung. Das Modell wird von den Pflegenden nicht zwanghaft realisiert. Dies verdeutlicht die Bedeutung, die Pflegenden dem Erleben unangenehmer Situationen von Pflegebedürftigen beimessen. Eine länger dauernde Berührung kann nicht linear in das Handlungsmodell integriert und von ihm kompensiert werden; sie führt zum Abbruch der Modellumsetzung. Die intuitiven Handlungen sind zugleich Inhalt der Handlungsunterbrechung.

Mit dem Ende der Berührung nehmen die Pflegenden ihre ursprüngliche Pflegehandlung wieder auf, d.h., sie führen beispielsweise den Verbandwechsel fort.

Eine von Sympathie und Vertrauen getragene Beziehung

Die intuitiven Pflegehandlungen beruhen auf Sympathie und Vertrauen, die Pflegende für die Pflegebedürftigen empfinden (1) und auf Vertrauen, das ihnen Pflegebedürftige ihrerseits entgegen bringen (2). Dies zeigt sich daran, dass sowohl ein gutes Verständnis untereinander besteht als auch die Bereitschaft zur Berührung bei Pflegenden existiert. Pflegende berühren Pflegebedürftige über die mit ihrer Arbeit einhergehenden notwendigen Berührungen hinaus, in Situationen, die sie als etwas Besonderes empfinden (3).

Am Beispiel einer Abschiedsszene mit intuitiver Körperberührung (7) und anhand der Videoanalyse dieser Abschiedsszene (8) soll exemplarisch das Zusammenspiel von Sympathie und Vertrauen zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen, das Wahrnehmen der Hinweise auf eine unangenehme Situation der Pflegebedürftigen und der Einfluss von Erfahrungswissen verdeutlicht werden. Das Beispiel belegt die pflegerische Handlungsweise auf der Grundlage emotionaler Nähe. Diese zeigt sich u.a. darin, dass die Pflegende ihre Frageinhalte verändert. Während die erste Frage allgemein auf die manuelle Dienstleistungsfunktion ausgerichtet ist („Kann ich noch etwas für Sie tun?“), ist die Nachfrage („Alles okay?“) auf das Befinden der Pflegebedürftigen ausgerichtet. Die Frage „Alles okay?“ wirkt offener als die vorherige Frage und kann von der Pflegebedürftigen als Erzählaufforderung verstanden werden. Die Pflegende verleiht mit dieser Frage einem inneren Zweifeln über das Befinden der Pflegebedürftigen Ausdruck.

Während die erste Frage mit „Ne, ist gut“ im eigentlichen Sinne verneint wird, findet die Pflegende Anhaltspunkte dafür, ihrem Zweifeln an der Bedeutung der Aussage der Pflegebedürftigen nachzugehen. Die Pflegende deutet die Verneinung ins Gegenteil und nimmt die Hand der Pflegbedürftigen in die ihre. Zugleich verstärkt die Körpersprache der Pflegenden die Echtheit ihrer Anteilnahme und die Bereitschaft, das Anliegen der Pflegebedürftigen anzunehmen.

Die Bedeutung von Sprache und Körpersprache ergeben vor dem Hintergrund der Sympathie und des Vertrauens zusammen einen Sinn. Die Gefühle der Pflegenden leiten ihre Situationsinterpretation und damit die Entscheidung für eine Verzögerung des Abschiedes. Es wird gleichfalls deutlich, dass die Pflegebedürftige an der Entscheidung über das Einsatzende beteiligt ist.

Am Sequenzende sehen sich die Akteure an. Dieser Blickkontakt flankiert die Handberührung, und die Intensität der Situation wird durch die Körpersprache abgerundet. Auf Grund der von Sympathie und Vertrauen getragenen Beziehung ist es das Bedürfnis der Pflegenden, diese Berührung erst zu beenden, wenn die Situation geklärt ist.

Insgesamt besteht eine mit Handlungen und Dynamiken angereicherte Situation, in der zahlreiche Situationsbestandteile (Blickkontakt, Körperhaltung, Fragen und Antworten sowie die Wirkung des Handhaltens) zu einem von Nähe gekennzeichnetem Ganzen zusammenwirken. Die Pflegende stellt eine situationsangemessene Diagnose, die aus mehreren Einzelfaktoren und der über einen längeren Zeitraum gewachsenen Gesamtsituation resultiert. Die Pflegende hat die Aufgabe des Daseins und des Beruhigens von der Pflegebedürftigen erhalten und angenommen. Die Pflegebedürftige nimmt wiederum das Näheangebot und den Zuspruch an. Dass Pflegebedürftige nicht um eine Körperberührung bitten und sie trotzdem erhalten, wird hier als professionelles pflegerisches Handeln verstanden. Die Pflegenden erfassen die Situationen, bewerten sie und handeln vor dem Hintergrund ihrer Gefühle in der konkreten Situation mit ihren Möglichkeiten.

Weitere Situationsbestandteile: sprachliches Handeln, Körpersprache und ein Pausieren manueller Handlungen

Während der Berührung sprechen die Pflegenden zu den Pflegebedürftigen, teilweise leise und sich rückversichernd sowie wiederholend (4) (11). Mit Inhalt und Form der Sprache drückt sich etwas Beruhigendes und Verstehendes aus. Insbesondere der Gesprächsinhalt ergänzt oder unterstützt die Handlungsintention der Pflegenden, die sie mit dieser Situation verbinden (Kap. 8.2.1.4). Die Gesprächsthemen nehmen direkt Bezug auf die von den Pflegebedürftigen als unangenehm geäußerte Situation (12).

Die Körperberührungen sind nicht Gesprächsthema. Sie sind für die Pflegenden selbsterklärend, und auf Grund ihres intuitiven Vollzugs werden sie nicht angekündigt oder erklärt.

Der Blick der Pflegenden ist abwechselnd auf den Ort der Berührung und das Gesicht der Pflegebedürftigen gerichtet. Körperberührung, Sprache und Körpersprache sowie das Pausieren des manuellen Handelns stehen im Einklang miteinander, transportieren denselben Inhalt und verstärken die Aussagekraft der jeweiligen Situationsbestandteile. Die Gesamtgestalt der einzelnen Situationsbestandteile belegt das Eingebundensein der Pflegenden in die Situation und dient den pflegerischen Intentionen wie Beruhigung und

Vermittlung von Anteilnahme (Kap. 8.1.1.4). Dies beruht auf empathischen Fähigkeiten der Pflegenden.

Vor dem Hintergrund der Dauer der Berührung[37], ihrer Intention und deren Unterstützung durch weitere Situationsbestandteile und der Unterbrechung bereits begonnener Handlung stellen die intuitiven Körperberührungen Pflegeinterventionen dar.

Situationen intuitiver Körperberührungen bei Pflegebedürftigen durch Pflegende basieren auf den zuvor aufgeführten Einflussfaktoren (Kap.8). Sie werden nachstehend exemplarisch dargestellt.

Pflegerisches Erfahrungswissen mit geschulten Wahrnehmungen

Das Erfahrungswissen der Pflegenden resultiert z.B. nicht nur aus vorangegangenen Verbandwechseln bei demselben Pflegebedürftigen an derselben Wunde, sondern auch aus spezifischem Wissen über den Pflegebedürftigen. Ihr Wissen präsentiert sich darin, dass sie über Bilder zu den Schmerzen verfügen, die sie mit Metaphern ausdrücken. Ein Pfleger (IP11-4I) fragt sich im Interview: „Bricht da gleich alles aus wie ein Vulkan?“ und ein weiterer Pfleger (IP1b-1I) äußert: „also der Schmerz ist vergleichbar als wenn man jemandem mit einem spitzen Gegenstand in den Fuß ‘rein bohrt.“.

Pflegende nehmen erfahrungsgegründet die Hinweise der Pflegebedürftigen auf eine für sie unangenehme Situation wahr (6). Ihre Wahrnehmungen zeigen sich, indem sie z.B. an der Körperhaltung des Pflegebedürftigen dessen Schmerzerleben einschätzen oder die psychische Verfassung der Pflegebedürftigen an deren Verhalten (8) erkennen. Die Pflegenden verbalisieren oder hinterfragen ihre Wahrnehmungen nicht. Sie erkennen das Unangenehme für die Pflegebedürftigen und handeln intuitiv.

Hinweise von Pflegebedürftigen auf eine für sie unangenehme Situation

Pflegebedürftige äußern vor der intuitiven Berührung durch Pflegende beispielsweise Schmerzen, die aus dem Entfernen eines alten Wundverbandes am Fuß resultieren, die unmittelbar auf die pflegerische Handlung einsetzen (4) (5). Schmerzäußerungen zeigen sich beispielsweise an der Körperhaltung, der Mimik und dem Zittern einer Hand, am lauten Stöhnen oder Weinen von Pflegebedürftigen. Auch Äußerungen der Pflegebedürftigen über ein juckendes und schmerzhaftes Auge können Hinweise auf eine für sie unangenehme Situation geben.

[37] Es soll nicht behauptet werden, dass die Intensität einer Berührung dann größer ist, wenn sie länger andauert. Dafür sind zu viele Aspekte (z.B. Häufigkeit der erlebten Berührungen, Wirkung durch das Geschlecht, familiärer Kontext) im Rahmen dieser Forschungsarbeit nicht ausgelotet.

8.1.1.2 Das Erleben der Pflegenden

Pflegende geben an, dass ihre Körperberührungen intuitiv (13) (16) und ohne ihr Nachdenken (14) erfolgen. Sie äußern beispielsweise: „Das kommt intuitiv. Einfach so." (IP1b-1I). In ihren Aussagen beziehen sie sich ausschließlich auf ihre berührenden Gesten und z.B. nicht auf ihr sprachliches Handeln.

Intuitiv zu handeln, bedeutet für die Pflegenden unreflektiert zu handeln, d.h. ohne vor der Handlung über deren Ziel, Zeitpunkt, Dauer oder konkrete sowie planvolle Ausgestaltung und Angemessenheit nachzudenken (15). Ein Pfleger drückt es wie folgt aus: „Das liegt, glaube ich, in meiner Natur. Da habe ich mir nichts vorgenommen." (IP11-4I). Die Videoanalyse verdeutlicht, dass die Körperberührungen keine langsamen oder zögerlich ausgeführten Bewegungen darstellen, denen eine Reflektionsphase vorausgeht. Pflegende wägen nicht das Für und Wider ihrer Handlungen ab, z.B. beschreibt eine Pflegende auf ihrer Erlebnisebene Intuition folgendermaßen: „das kommt genau in diesem Moment" und anschließend formuliert sie „das war nur in diesem Moment" (IP4b-6A). Das erlebte Gefühl tritt kurz und intensiv auf.

Das Intuitionsverständnis der Pflegenden für ihre Handlung zeichnet sich durch eine nicht präzisierte Einfachheit und Klarheit und durch einen aktiven Moment im Erleben der Pflegenden aus (IP1b-1I: „Das kommt intuitiv. Einfach so.", IP4b-6A: „Das kommt genau in diesem Moment.", IP11-4I: „... eine Sache, die ich einfach tue."). Vor diesem Hintergrund erleben Pflegende ihre intuitiven Gesten mit hoher Überzeugung von deren Richtigkeit. Deren Ursprung können sie nicht benennen. Intuition scheint den Pflegenden die Entscheidung über die konkrete Handlung und deren Angemessenheit abzunehmen oder zu ersetzen (16).

Im Zusammenhang mit intuitiven Körperberührungen sprechen Pflegende ausschließlich von sich. Sie bezeichnen ihre Intuition als persönliche Eigenschaft im Sinne einer Prädisposition für Intuition (17) (10).

Pflegende nehmen sich selbst als Schmerzverstärker oder -auslöser wahr (16) (19). Sie stellen auf Grund ihrer Erfahrung einen Zusammenhang zwischen ihren manuellen Handlungen und den Schmerzäußerungen der Pflegebedürftigen her und fühlen sich in gewissem Maße schuldig, erleben Belastung.

Um ihre Handlungsintentionen zu erreichen, sind die Pflegenden ausdrücklich bereit, ihren Einsatz zeitlich auszudehnen. Dies kann dazu führen, dass sie am Einsatzende Zufriedenheit erleben. Ein weiterer Effekt, der mit Körperberührungen verbunden ist, liegt in einem Selbstschutz der Pflegenden vor negativen Gefühlen, ausgelöst durch Angst oder Unruhe des Pflegebedürftigen (21).

Die Handlungsintention einer Körperberührung an Fuß oder Schulter ist nicht nur auf die berührte Körperregion begrenzt, sondern umfasst die vom Erleben der Pflegebedürftigen geprägte, für sie unangenehme Gesamtsituation.

Pflegende, um die Bewertung ihrer berührenden Gesten befragt, bewerten sie positiv (22) oder ausweichend (17) und verhalten (14). Sie schätzen sie vor dem Hintergrund ihrer Persönlichkeit und ihres Erlebens positiv ein, z.B. als nette, liebevolle Geste. Ein Pfleger äußert: „Ich denke, ich stehe dazu, für mich ist es gut.“ (IP1b-1I) und bekennt sich zu seiner intuitiven Handlung. Intuitive Handlungen weisen für ihn keinen Vorteil gegenüber anderen auf. Andererseits scheint es sich auf ihn gut auszuwirken, Intuitionen zuzulassen und Anteilnahme zu zeigen.

Die Intentionen der Pflegenden sind auf das Erleben der unangenehmen Situation, d.h. auf das Gefühlserleben der Pflegebedürftigen gerichtet. Pflegende verbinden retrospektiv mit ihren intuitiven Körperberührungen situationsgebundene, kurzfristige Intentionen und betrachten sie als Vermittlung von Nähe, Dasein und Geborgenheit (14) (18) (16).

8.1.1.3 Die Bedeutung des Merkmals: Vermittlung von Anteilnahme, Nähe und Dasein

Pflegende nehmen mit ihren intuitiven Körperberührungen Anteil an den Situationen der Pflegebedürftigen. Die Körperberührungen transportieren verschiedene Inhalte. Pflegende drücken z.B. ihr Mitgefühl und ihr Wissen um die Schmerzen des anderen aus, sie zeigen Präsenz, Nähe, Mitgefühl und ein Für-den-anderen-Dasein. Sie spenden Trost, drücken Zuneigung aus und vermitteln Beruhigung und Ruhe. Sie übermitteln zwischenmenschliche Botschaften.

Pflegende versuchen Einfluss auf die Gefühlswelt von Pflegebedürftigen zu nehmen, indem sie negative Gefühle durch ihre Körperberührung abmildern. Ihre leibhaftig vermittelte Nähe unterstreicht den persönlichen und personengebundenen engagierten Beitrag von Pflegenden. Auf diese Weise symbolisieren die Berührungen die empathischen Fähigkeiten der Pflegenden. Diese zeigen sich auch im Bedauern, Schmerzen nicht nehmen zu können und in der Sorge um den eventuellen Wundstatus (6).

Pflegende ermitteln und bearbeiten auf der Grundlage ihres Gefühlserlebens die Ängste und Sorgen ihres Gegenübers. Der Schwierigkeit, Anteilnahme, Nähe und Dasein sprachlich authentisch und unmissverständlich an die Pflegebedürftigen zu vermitteln, begegnen die Pflegenden mit Berührungen und weiteren Gesten.

Mit ihren Berührungen greifen Pflegende auf die in der Situation unmittelbar zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zurück; ihre Hände, Worte und Sich-Zeit-lassen. Beispielsweise scheint Schmerzlinderung ein ethisch begründetes Handeln für Pflegende zu sein, dem sich auch ihre begonnenen Handlungen und ihre Modellumsetzung unterord-

nen. Dies wird deutlich, indem ein Pfleger sagt: „Ich denk, die Zeit muss sein. Das kann man ruhig in Ruhe machen.“ (IP11-4I). Pflegende wissen, dass ihre Interventionen einen begrenzten Umfang haben, jedoch wollen sie zur Schmerzlinderung beitragen und ihre Anteilnahme zeigen. Ihr Wissen um die begrenzte Reichweite ihrer Berührung zeigt sich an der häufigen Verwendung der Phrase „so ein bisschen“ in den Beschreibungen ihres Verhaltens (6) (16).

Pflegende geben mit ihren Körperberührungen den Pflegebedürftigen Ruhe und Zeit (19), damit diese sich emotional beruhigen, sich von ihrem Schmerzerleben erholen und Kraft für das Kommende sammeln können (16) (19) (20). Auf diese Weise wollen sie Halt geben, Geborgenheit vermitteln und Stabilität der Gefühlslage für die Pflegebedürftigen erreichen. Sie geben mit ihren Gesten persönliche, beruhigende und mitfühlende Zeichen. Sie suchen keinen distanzierten Schutz, sondern fokussieren die emotionale Nähe durch Körperkontakt. Zum Beispiel bearbeitet eine Pflegende die Situation des Alleinseins der Pflegebedürftigen nicht mit dem Nennen einer Notrufnummer oder dem Verweis auf andere Institutionen, sondern auf eine persönliche Art, indem sie Gefühle der Nähe und des Daseins vermittelt.

Mit der Berührung gehen sprachliches und nichtsprachliches Handeln einher, die gleichermaßen die Situation beeinflussen; von einer isolierten Berührung kann nicht ausgegangen werden.

Während der Berührungen äußern die Pflegebedürftigen keine Schmerzen. Dies ist ein Hinweis darauf, dass die intuitive Berührung nicht als unangenehm erlebt wird. Die Pflegebedürftigen können während der Berührungen emotionale Stabilität – als kurzfristige Wirkung – erlangen. Zugleich zeigt sich, dass die Pflegebedürftigen die Berührungen nicht ablehnen. Eine Pflegebedürftige reagiert indirekt bestätigend auf das Angebot des Pflegers zu einer Pause (12). Eine weitere Pflegende erhält mit länger dauernder Berührung eine positive Rückmeldung (8).

Im Verlauf des Verbandwechsels äußern die Pflegebedürftigen erneut Schmerzen (4). Eine langfristige Wirkung einer Schmerzvermeidung geht mit der Berührung über die aktuelle Situation nicht hinaus. In einer Situation versucht der Pfleger weiterhin das Schmerzerleben der Pflegebedürftigen mit anderen Mitteln zu beeinflussen, z.B. reicht er der Pflegebedürftigen eine Puppe und fordert sie auf, diese kräftig zu drücken.

Bei der Vermittlung ihrer Anteilnahme können die Pflegenden erfolgreich sein. Bearbeiten sie mit Körperberührungen die Sorgen oder Ängste der Pflegebedürftigen, sind im Gesamtgefüge der Situation eindeutig zustimmende Reaktionen (7) (9) zu beobachten. Es ist unwahrscheinlich, dass diese Reaktion ausschließlich aus den Berührungen resultiert, aber die Berührungen verstärken die Reaktionen. Bestätigung für eine angemessene Situationsinterpretation und die wohltuende Wirkung der leibhaftigen Handlung erhalten die Pflegenden durch den Körperausdruck (z.B. Händedruck, Belassen der Hand in

ihrer Position, Ansehen, Nicken) und die Sprache sowie deren Intonation der Pflegebedürftigen (7) (9). Sie äußern überzeugend ihr Einverständnis zur Situationsgestaltung.

Einige Pflegende können die Wirkung ihrer Handlungen an ihrem Gegenüber wahrnehmen (21) (8). Dabei scheinen die Augen oder der Händedruck des Gegenübers eine Erkenntnisquelle zur Einschätzung der emotionalen Befindlichkeiten darzustellen.

Die Pflegebedürftigen erlangen emotionale Stabilität. Diese ist z.B. dann erreicht, wenn eine Pflegende ihren Einsatzort verlassen kann und die Pflegebedürftige über den Einsatz hinaus Zufriedenheit signalisiert (21). Stabilität kann auch dann erreicht sein, wenn die Pflegebedürftigen keine Schmerzen äußern und die Pflegenden mit dem Verbandwechsel fortfahren.

Es kann davon ausgegangen werden, dass die intuitiven Berührungen und das Bearbeiten des Erlebens der Pflegebedürftigen den Pflegenden ermöglicht, die begonnenen Handlungen wieder aufzunehmen und dem Handlungsmodell zu folgen.

8.1.1.4 Zusammenfassung

Länger dauernde intuitive Körperberührungen beruhen auf pflegerischem Erfahrungswissen sowie auf Sympathie und Vertrauen zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen. Intuitive Körperberührungen führen unmittelbar zur Unterbrechung der ursprünglichen Pflegehandlung. Sie sind ein Ausdrucksmittel, das mit anderen Merkmalen zusammen die Situation prägt.

Sie werden von den Pflegenden als intuitive Handlung bezeichnet. Den Berührungen gehen Hinweise von Pflegebedürftigen auf eine für sie unangenehme Situation voraus.

Die hier analysierten intuitiven Körperberührungen drücken emotionale Nähe zum Gegenüber aus. Sie dienen der Schmerzlinderung und Beruhigung und sind Ausdruck der Anteilnahme von Pflegenden. Pflegende unterstützen Pflegebedürftige durch Empathie bei der Bewältigung von für sie unangenehmen Situationen. Die Wirkung länger dauernder Berührungen besteht in der Schmerzlinderung und der Reduktion von Sorgen und Ängsten.

8.1.2 Eine zugewandte Körperhaltung zu Gunsten eines lebendigen Dialogs

Im Folgenden werden Sequenzen analysiert, in denen Pflegende intuitiv ihre Körperhaltung verändern, die Parallelität aus sprachlicher und manueller Handlung aufheben und sich mit der Pflegebedürftigen unterhalten (1) (2).

Das Erfahrungswissen der Pflegenden beinhaltet ein Wissen über das Kommunikationsverhalten der Pflegebedürftigen und ein Wissen über einen Themenmangel für längere Gespräche. Beispielsweise befindet sich eine Pflegende nicht täglich neu und dauerhaft im ‚Klönschnack' (IP5-5I) mit der Pflegebedürftigen (3). Sie weiß, dass die Pflegebedürftige für gewöhnlich ein Gespräch nicht aktiv gestaltet und nimmt in der Situation Hinweise auf eine Gesprächsbereitschaft der Pflegebedürftigen auf (4), z.B. über die Stimmlage, die Redeanteile und den Gesprächsinhalt. Ein aktives Dialogverhalten dieser Pflegebedürftigen und längere Gespräche mit ihr entstehen für die Pflegende eher selten, doch wenn sie sich anbahnen, dann nutzt sie diese (3).

8.1.2.1 Kennzeichen des Merkmals

Pflegende und Pflegebedürftige tragen mit ihren Gesprächstechniken, -beiträgen und der Körperhaltung sowie Blickkontakten und Gesten zur Lebendigkeit und Intensität des Gespräches bei. In zwei Sequenzen wendet sich die Pflegende während des Gesprächs mit ihrem Körper der Pflegebedürftigen zu. In der einen Sequenz bewegt sie sich von der Küche in Richtung Wohnzimmer zur Pflegebedürftigen und stützt sich am Türrahmen ab. Sie wiederholt diese Handlung (1). In der anderen Sequenz verbleibt die Pflegende in unmittelbarer Nähe zur Pflegebedürftigen in ihrer hockenden Körperhaltung bis zum Gesprächsende (2).

Die Pflegende (1) bewegt sich in der einen Sequenz auf die Pflegebedürftige zu, kommt ihr räumlich näher und ermöglicht Blickkontakt. In der anderen Sequenz nimmt sie in unmittelbarer Nähe zur Pflegebedürftigen eine hockende Haltung ein, nimmt Blickkontakt auf und verbleibt über einen längeren Moment in dieser Haltung (2). Sowohl die Einnahme der beiden Körperhaltungen als auch der zum Gesicht der Pflegebedürftigen gerichtete Blick stellen die Zugewandtheit der Pflegenden dar. Die Pflegende misst dem Blickkontakt einen bedeutungsvollen Beitrag zur Gesprächsgestaltung bei und ermöglicht ihn durch ihre Körperhaltung (5). Zugleich nimmt auch die Pflegebedürftige häufig Blickkontakt auf (1) (2).

Pflegende und Pflegebedürftige unterstützen ihren Gesprächsinhalt gestenreich (1) (2), indem sie mit Handbewegungen z.B. das Entfernen von Schulterpolstern und ein breites Schulterkreuz nachzeichnen. Die der Pflegebedürftigen zugewandte Körperhaltung der Pflegenden, ihr beiderseitiger Blickkontakt, die Gesten und Ja-Worte der Pflegenden sowie ihr Kopfnicken ermöglichen und befördern zum einen das Gespräch, zum anderen drücken Pflegende und Pflegebedürftige auf diese Weise ihre emotionale Beteiligung am Dialog aus (1) (2).

Mit dem Einnehmen einer der Pflegebedürftigen zugewandten Körperhaltung der Pflegenden geht auch eine Unterbrechung ihrer manuellen Handlungen und auf diese Weise auch das Aufheben der Handlungsparallelität einher.

Die Aufmerksamkeit der Pflegenden verlagert sich in der einen Sequenz von ihrer manuellen Handlungsebene auf das Gespräch mit der Pflegebedürftigen. Eine Aufmerksamkeitsverlagerung unterstreicht auch die Veränderungen der Körperhaltung und die Tatsache, dass die Pflegende nicht in Wortfragmenten und ohne längere Unterbrechungen spricht. Die Pflegende bewertet das Gespräch als seltenen und intensiven Moment, bei dem die zeitgleich stattfindenden manuellen Handlungen eine nachrangige Bedeutung einnehmen (3). Sie verwendet das Wort ‚nebenbei' für ihre manuelle Handlung und drückt auf diese Weise aus, dass eine gleichermaßen intensive Ausgestaltung beider Handlungsebenen nicht geleistet werden kann oder sinnvoll ist.

In einer Sequenz gibt die Pflegende ihre zugewandte Körperhaltung auf, indem sie sich aus der Hocke erhebt und zum Waschlappen in der Waschschüssel greift (2). Sie begleitet ihre Rückkehr zur manuellen Handlungsebene verbal, indem sie das Wort ‚Halbzeit' äußert. Damit endet das Gespräch, und indirekt wird die Fortführung der manuellen Handlungen angekündigt. Ihre Handbewegungen und das Wort reichen aus, um auf der Grundlage des gemeinsamen Verstehens das Gesprächsende zu vermitteln. Dass das Zusammenspiel aus dem Wort ‚Halbzeit' und der Handbewegung von der Pflegebedürftigen akzeptiert wird, drückt sich im anschließenden gemeinsamen Schweigen und im Zulassen der Pflegehandlung durch die Pflegebedürftige aus.

In beiden Sequenzen führt die Pflegende ihre manuellen Pflegehandlungen im Handlungsablauf dort fort, wo sie unterbrochen wurden, und beginnt keine von den vorherigen Inhalten abweichenden Handlungen.

8.1.2.2 Das Erleben der Pflegenden

Die Intentionen der Pflegenden für eine Veränderung der Körperhaltung sind das Verstehen der Äußerungen der Pflegebedürftigen, die Verbesserung der Gesprächsbedingungen und die Unterstreichung der Bedeutung eines Gespräches.

Die Pflegenden möchten ihr Gegenüber verstehen und besser zuhören (4). Dazu verändern sie ihre Körperhaltung. Ein Grund besteht darin, dass eine Pflegebedürftige eine für Blickkontakte während eines Gespräches hinderliche Körperhaltung hat (5). Eine zugewandte Körperhaltung, die Blickkontakt ermöglicht, ist für die Pflegende bedeutsam. Sie hört der Pflegebedürftigen konzentriert zu (7) und intendiert mit ihrer veränderten Körperhaltung ein Gefühl der Aufmerksamkeit und Achtung gegenüber der Pflegebedürftigen (6).

Mit den veränderten Körperhaltungen verbessern die Pflegenden nicht nur die gemeinsamen Gesprächsbedingungen und stellen ein von Kommunikation und positiven Gefühlen geprägtes Arbeitsklima (8) her, sondern ermöglichen sich selbst ein positives Gefühlserleben (5).

Die intuitiven Handlungen der Pflegenden bestehen in ihrer zugewandten Körperhaltung (9) (10) (11), um den Blick zur Pflegebedürftigen zu richten. Die Einnahme einer zugewandten Körperhaltung begründet eine Pflegende mit ihrem ‚Bauchgefühl' (9). Dieses entspricht ihrem Verständnis von Intuition und wird als Auslöser für ihre zugewandte Körperhaltung formuliert (9) (11). Es ist ein singuläres, im Erleben plötzlich auftretendes (10) Gefühl, das Handlung steuert.

Intuition als Bauchgefühl stellt eine Metapher für einen direkten Handlungsimpuls dar, der eine Körperbezogenheit aufweist. Die Pflegende äußert: „Mein Bauch sagt mir das denn. ... ... Mein Bauchgefühl sagt mir / das kommt so aus dem Bauch dieses Gefühl, das mir sagt, es ist jetzt unangenehm, Du musst Dich da jetzt mal hindrehen." (IP5-4I). Indem sie ausdrückt: „Ohne, dass ich darüber nachdenke. Irgendwo hier drinnen, da sitzt einer, und dann passiert das. Das passiert dann." (IP5-4I), beschreibt sie eine Handlungssteuerung mit Durchsetzungskraft und ihren Körper als Ort der Steuerung. Das Bauchgefühl präsentiert sich als Instruktion zur Handlungssteuerung, die ohne Begründungen oder Infragestellungen wirkt. Mit ihr geht keine pro- oder retrospektive Reflektion der Handlungen einher (12). Dies zeigt sich darin, dass die Pflegende sagt: „so ohne drüber nachzudenken. Irgendetwas in mir bringt mich jetzt dazu, mich dort hin zu drehen. Ohne, dass ich darüber nachdenke." (IP5-4I). Eine intuitiv getroffene Entscheidung und Handlungssteuerung als ‚Bauchgefühl' assoziiert die Pflegende mit angenehmen Gefühlen. Sie äußert im Interview: „das ist mehr mein Bauch. Weil es denn ja auch angenehm ist." (IP5-5I).

Eine negative Situationsbewertung ist Teil der intuitiven Handlungssteuerung (9). Die unbewusste Selbstwahrnehmung einer unzureichenden Körperhaltung (4) stellt einen Prädiktor dar. Weitere Prädiktoren sind ein diffuses Spüren der Bedeutsamkeit der Situation (4) und durch Erziehung geprägte Verhaltensweisen in Gesprächssituationen (13).

8.1.2.3 Die Bedeutung des Merkmals

Mehrere Hinweise belegen das Vorhandensein eines Handlungsmodells. Dazu gehört ein von der Pflegenden am Ende eines Handlungskomplexes geäußertes „So" bei gleichzeitigem Abschluss des Ankleidens einer Bluse (2) (Kap. 7.2.2). In derselben Sequenz beendet die Pflegende das Gespräch mit dem Wort ‚Halbzeit' und nimmt nach der manuellen Handlungspause ihre Handlungen wieder auf. ‚Halbzeit' ist im Rahmen des Handlungsmodells in diesem Fall zwischen der Körperpflege und dem Zubereiten der Mahlzeit erreicht. Das Wort und auch die zeitgleichen Handbewegungen beziehen sich ausschließlich auf die manuellen Pflegehandlungen, denn das Gespräch endet hier und die manuellen Handlungen werden wieder aufgenommen.

Die intuitive Einnahme einer zugewandten Körperhaltung zur Gesprächsgestaltung ist nicht integrierter Bestandteil des Handlungsmodells und unterbricht den bestehenden Handlungsablauf. Beispielsweise äußert eine Pflegende: „Es ist irgendwo auch mein Bauch, der mir sagt, ich bleib jetzt da unten knien." (IP5-5I). Sowohl das Vorhandensein des Modells als auch die Entscheidung für ein Abweichen von ihm durch ein längeres Gespräch drückt die Pflegende indirekt im Interview aus (4). Ihre Aussage: „. . . ich spürte so . . . . . weil ich jetzt 'raushörte, es wird länger" (IP5-4I) bezeugt, dass sie Zeit in ein Gespräch investiert und über sensible Wahrnehmungen verfügt, Zeit und Form sowie Inhalt der Äußerungen der Pflegebedürftigen im Handlungsmodell miteinander zu verknüpfen. Die Gespräche erfolgen im Abgleich mit der zur Verfügung stehenden Zeit (3). Die Pflegende äußert: „Klar, Du musst ja auch was schaffen" und drückt implizit aus, dass Gespräche als Beigabe verstanden werden und von der Umsetzung manueller Handlungen im Rahmen der Modellumsetzung wegführen. Zugleich äußert sie, dass ihr durch Gespräche Zeit für manuelle Handlungen verloren geht, die sie wieder aufholen kann (6). Sie sagt: „. . . man kann es so aufholen / dann redet sie gerade nicht, dann rede ich gerade nicht, und dann kann ich schnell die Beine waschen." (IP5-5I). Muss Zeit aufgeholt werden, setzt dies voraus, dass sie verloren gegangen ist oder als verloren interpretiert wird. Um das zu erkennen, ist ein Handlungsmodell notwendig. Vor diesem Hintergrund entscheidet sich die Pflegende für ein Gespräch und kompensiert diese Zeit durch erhöhte Arbeitsgeschwindigkeit bei anderen manuellen Handlungen.

8.1.2.4 Zusammenfassung

Pflegende verändern während bestehender Handlungsparallelität intuitiv ihre Körperhaltung. Dies führt zu einem Pausieren der manuellen Handlungen zu Gunsten eines Dialogs. Dieser ist charakterisiert durch Blickkontakt der Interaktionspartner und durch das Thema unterstützende Gesten.

Indem eine Pflegende dem Gespräch in der Situation ihre Aufmerksamkeit zuwendet, in dessen Folge die veränderte Körperhaltung zu einem Pausieren der manuellen Handlungen und damit auch zum Unterbrechen der Umsetzung des Handlungsmodells führt, misst sie dem gemeinsamen Gespräch die prioritäre Bedeutung bei.

Die veränderte zugewandte Körperhaltung der Pflegenden signalisiert Gesprächsbereitschaft, dient der Gesprächsrahmung, einem besseren Verstehen und unterstreicht die Bedeutung des lebendigen Dialogs.

Die intuitive Einnahme einer zugewandten Körperhaltung beruht auf einer Handlungssteuerung, die metaphorisch als Bauchgefühl bezeichnet wird. Dies entspricht dem Intuitionsverständnis der Pflegenden.

8.1.3 Gesten als Auslöser für Handlungsabbrüche und Modellabweichungen

Nachstehend werden spontane Gesten als Pflegehandlungen vorgestellt, die bestehende Handlungen unterbrechen und von der Umsetzung des Handlungsmodells abweichen.

8.1.3.1 Kennzeichen des Merkmals: zum Handlungsabbruch führende Spontaneität

Die hier analysierten, unbewusst ausgeführten Gesten beruhen neben Erfahrungswissen (1) und geschulten Wahrnehmungsfähigkeiten auch auf Handlungsmaximen der Pflegenden.

Pflegerische Handlungsmaximen leiten als verinnerlichte und individuell ausgerichtete Grundhaltungen fallgebunden das Pflegehandeln bei den Pflegebedürftigen, z.B. die Überzeugung der Notwendigkeit des Einhaltens einer ausreichenden Flüssigkeitszufuhr (1) (2). Eine pflegerische Handlungsmaxime umfasst auch die Grundhaltung der Pflegenden, eine qualitativ hochwertige Arbeit leisten zu wollen.

Das Erfahrungswissen ermöglicht den Pflegenden, Wichtiges für die Pflegebedürftigen zu erkennen und als Handlungsmaxime zu nutzen. Pflegende wissen, welche Pflegeprobleme bei den Pflegebedürftigen bestehen und mit welchen Strategien diese bearbeitet werden können. Sie suchen und nutzen ihre Chancen (1) (3). Beispielsweise fördern, unterstützen, loben und motivieren sie die Pflegebedürftigen (3).

Ihren Handlungsmaximen folgend, hat sich bei Pflegenden eine sublime Wahrnehmungsfähigkeit herausgebildet, z.B. die Suche nach einer passenden Gelegenheit, um das Problem einer zu geringen Flüssigkeitsaufnahme mit Erfolg versprechenden Handlungen zu bearbeiten (1). Beispielsweise gerät auf Grund der Handlungsmaxime ein auf dem Tisch stehendendes Trinkgefäß aus der Umgebung in den Wahrnehmungsfokus der Pflegenden und wird spontan handlungswirksam (4).

Unbewusste, spontane Gesten sind das Resultat einer Synthese aus Erfahrungswissen mit sublimen Wahrnehmungen, pflegerischer Handlungsmaxime und einem Impuls aus der unmittelbaren Umgebung. Pflegende erspüren die Situation und folgen einem Impuls, um aus ihrem Repertoire von Handlungsmöglichkeiten ihrer Maxime nach zu kommen.

Ein Handlungsabbruch zeigt sich daran, dass die Pflegenden zu Gunsten ihrer unbewusst-spontanen Handlung ihre bestehenden Handlungen unterbrechen (3) (4) (5). Die den alltäglichen Handlungsablauf unterbrechende Handlung weist thematisch keinen Bezug zum unterbrochenen Handlungsablauf auf. Zum Beispiel formuliert eine Pflegende: „Es hat sich völlig abgekoppelt von dem, was ich eigentlich machen wollte ... Ich weiß nicht, warum ich das da gemacht habe, als ich anfangen wollte zu waschen und nicht vorher,

das weiß ich nicht.“ (IP12-1A) und belegt damit, dass ihre unbewusste, spontane Geste keinen Bezug zu ihrem Handlungsmodell aufweist (2).

8.1.3.2 Das Erleben der Pflegenden: Spontaneität als ‚angebahntes‘, unbewusstes Handeln

Pflegende bestätigen im Interview, dass ihre Handlungen spontan und als solche unbewusst erfolgten. Ihrer Spontaneität gehen unmittelbar vor der Handlung keine bewussten Denkprozesse voraus (2). In ihrem Erleben handeln sie, ohne dies begründen oder erklären zu können. Beispielsweise sagt eine Pflegende: „Ich weiß nicht wie / Also, ich denke ja selten vor dem Reden [lacht]. Es ist einfach so.“ (IP5-1A) und eine andere Pflegende kann ihr Handeln nicht erklären und drückt es wie folgt aus: „Ich weiß nicht, warum ich das da gemacht habe, als ich anfangen wollte zu waschen und nicht vorher, das weiß ich nicht.“ (IP12-1A).

Spontane Gedanken oder Ideen, die sich anschließend im Handeln ausdrücken, werden als plötzlich und unerwartet von den Pflegenden erlebt. Sie sind dahingehend dominant, dass Pflegende bestehende Handlungen abbrechen und eine Handlung mit davon abweichendem Inhalt folgt, wie z.B. die Geste des Reichens eines Trinkgefäßes (4) (5).

Unbewusst-spontane Gesten präsentieren sich als plötzliche Handlungen. Die Wahrnehmungen und Maximen bestanden bereits als Sensibilisierungen. Im Vorfeld ihrer spontanen Handlung haben Pflegende Impulse und Hinweise gesucht und erhalten, um ihren Handlungsmaximen zu folgen.

Das spontane Pflegehandeln ist situationsbeherrschend und mächtig im Sinne von präsent und handlungsleitend, das keinen Aufschub zulässt. Die Handlungsunterbrechungen stellen sich dar, als würde ein dominanter Impuls von den Pflegenden Besitz ergreifen (4) (5).

Pflegende können ihre Handlungsmaximen und ihre Wahrnehmungsbereitschaft im Nachhinein benennen und damit belegen, dass ihre spontanen Handlungen für sie begründbar sind. Unbewusst sind für sie das Geschehen im handlungsauslösenden Moment und die präzise Auswahl des jeweiligen Momentes.

8.1.3.3 Die Bedeutung des Merkmals

Spontaneität manifestiert sich in diesen Sequenzen als Handlung, die beispielsweise dazu dient, der Handlungsmaxime ‚Gewährleistung der Flüssigkeitszufuhr‘ nachzukommen. Aus diesem Grund greifen die Pflegenden nach den Trinkgefäßen und reichen sie den Pflegebedürftigen, weil sie aus Erfahrung wissen, dass diese nicht selbst die Initiative ergreifen (4) (5).

Im Ablauf zeigen sich zuerst die spontanen Gesten und dann sprachliche Handlungen, die das mit der Geste Ausgedrückte erklären. Das Gesprochene wirkt bewusst ‚nachgeschoben', als wollten die Pflegenden damit ihre unangekündigten Handlungen und Intentionen darlegen. Auf diese Weise können sie die Erfolgswahrscheinlichkeit ihrer Handlung erhöhen. Die sprachlichen Erklärungen und die gewählte Frageform unterstreichen den empfehlenden und vorschlagenden Charakter ihrer Gesten (4) (5).

Die verbalen Erläuterungen der Pflegenden und die Unterbrechungen begonnener Handlungen weisen darauf hin, dass spontane Handlungen die Routinen der Pflegenden kurz unterbrechen.

Die beobachteten Gesten beruhen auf Erfahrungen mit sublimen Wahrnehmungen, Handlungsmaximen und handlungswirksamen Impulsen aus der Umgebung. Vor diesem Hintergrund ist der Aktionsinhalt als spontane Handlung angebahnt und für die Pflegenden wenig überraschend. Lediglich der konkrete Moment, in dem die Spontaneität sich ausdrückt, ist nicht vorherbestimmt und charakterisiert Spontaneität. Die Gesten stellen sich plötzlich ein, die Vorboten bestanden retrospektiv betrachtet bereits.

Möglicherweise existiert eine ‚begrenzte Spontaneität', weil in einzelnen Situationen nicht nur die Wahrnehmungsinhalte, sondern auch der Wortlaut und die Geste bekannt sind (3); nur der Moment der Auslösung ist spontan (6).

Die Videosequenzen belegen, dass die Pflegebedürftigen die spontanen Gesten der Pflegenden wahrnehmen und kooperativ darauf reagieren. Beispielsweise ergreifen die Pflegebedürftigen das ihnen gereichte Trinkgefäß und trinken daraus (4) (5). Sie reagieren auf den Handlungsimpuls. Dies ist ein Hinweis darauf, dass die Pflegebedürftigen solche Gesten verstehen. Vor dem Hintergrund der Resonanz der Pflegebedürftigen und den pflegerischen Handlungsmaximen kann das spontane Handeln als erfolgreich bewertet werden: die Trinkmenge wurde erhöht. Durch die pflegerische Handlungsmaxime erhält das spontane Pflegehandeln einen Sinn. Beispielsweise bietet eine Pflegende einer Pflegebedürftigen etwas zu trinken an, nachdem diese gesagt hat „Na, mal sehen, ob ich heute gut Wasser lassen kann." (IP5-1A). Das Trinkangebot in einen Zusammenhang mit dem Wasserlassen zu stellen wird als Anlass zur Bearbeitung eines Pflegeproblems genutzt (5). Vor dem Hintergrund ihrer Maxime bewerten Pflegende ihre spontane Handlung als situationsangepasst (5).

8.1.3.4 Zusammenfassung

Unbewusste, spontane Pflegehandlungen beruhen auf Erfahrungswissen mit sublimen Wahrnehmungen und pflegerischer Handlungsmaxime. Sie zeigen sich in spontanen Gesten, die bestehende Handlungen unterbrechen und damit von der Umsetzung des Handlungsmodells situationsangepasst abweichen. Vor dem Hintergrund der pflegerischen Wahrnehmungsfähigkeit und der Handlungsmaxime können sie als angebahnt bezeich-

net werden. Sie präsentieren sich den Pflegenden aber auf den Moment bezogen als unbewusste, nicht geplante und spontane Handlung.

8.2 Manuelle und sprachliche Handlungen als Ausdruck von Modellunterbrechungen

In dieser Kategorie werden Intuitionen von Pflegenden beschrieben, die zur Erkenntnis oder Entscheidungsfindung und anschließend zu manuellen oder sprachlichen Handlungen führen. Diese Handlungen gehen mit einer situationsangepassten Unterbrechung der Umsetzung des fallgebundenen Handlungsmodells einher.

Im Mittelpunkt der nachfolgenden zwei Konzepte werden Intuitionen dargelegt, die sich zum einen den Pflegenden als Ahnungen und Wissen präsentieren (Kap. 8.2.1) und zum anderen als Situationspartizipationen entstehen (Kap. 8.2.2). Das sich anschließende Konzept (Kap. 8.2.3) beschreibt unbewusst ausgelöste Handlungen von Pflegenden auf spezifische Muster im Verhalten von Pflegebedürftigen.

8.2.1 Erkenntnis und Handlungsauslösung in Form von Ahnungen

In dieser Kategorie stehen Intuitionen als Ahnungen im Mittelpunkt, die sich auf dem Hintergrund der persönlichen Anliegen der Pflegenden zeigen und als Impulse das pflegerische Handeln beeinflussen.

8.2.1.1 Kennzeichen des Merkmals

Die Intuitionen der Pflegenden werden sowohl vom generellen und fallgebundenen Erfahrungswissen und den Impulsen innerhalb der Situation als auch von den persönlichen Anliegen der Pflegenden mit beeinflusst. Für eine Pflegende stellt eine gute Beziehung zur Pflegebedürftigen und ihre berufliche Anerkennung durch diese ein persönliches Anliegen dar (1). Eine weitere Pflegende gibt an, bei einer Pflegebedürftigen unter ständigem Druck zu stehen, einen gesundheitlichen Schaden abzuwenden, u.a. weil dieser als fachlicher Fehler bewertet werden könnte (2).

Das Erfahrungswissen präsentiert sich, indem Pflegende nicht nur die Erscheinungsbilder (3) und Verhaltensweisen (4) der Pflegebedürftigen kennen, sondern dieses auch in ihr Handeln integrieren (5). Erfahrungsbasiert sind Pflegende für die spezifischen Themen der Pflegebedürftigen sensibilisiert und ihre Wahrnehmungen sind dahingehend inhaltlich gelenkt. Sie leiten Hinweise aus den Äußerungen der Pflegebedürftigen ab und neh-

men durch Beobachtung (5) insbesondere gesundheitliche Defizite bei Pflegebedürftigen wahr (6).

Die pflegerische Leistung besteht darin, fallbezogen die bedeutsamen, zunächst noch isolierten Situationshinweise (7) zu erkennen, zu einem Gesamtbild (6) zu verknüpfen, es zu bewerten (6) (8) sowie das Wissen um gesundheitliche Zusammenhänge anzuwenden. Auf diese Weise ahnt z.B. eine Pflegende eine vermehrte Wasseransammlung in den Beinen der Pflegebedürftigen voraus.

8.2.1.2 Das Erleben der Pflegenden: Intuition als Ahnung und Handlungssteuerung

Pflegende geben an, intuitiv eine Erkenntnis (9) (10) gewonnen oder intuitiv gehandelt (11) (13) zu haben. Ihre Intuitionen lösen Handlungen aus. Zum einen führen sie unmittelbar im Anschluss an den intuitiven Moment zu Interventionen, die sie umsetzen (13). Zum anderen führt die Intuition zur Erkenntnis, die Pflegende formulieren, mit der jedoch erst im weiteren Verlauf Interventionen einhergehen (6) (14).

Die pflegerische Intuition wird von einem vorausschauenden Wissen um ein vermutlich eintreffendes Ereignis begleitet (10) (11). Die Pflegenden drücken ihr ‚Ahnungswissen' in den Interviews wie folgt aus: „Das war mir schon klar" (IP8-2I), „ ... dass ich im Voraus wusste" (IP8-4I), „... weil ich schon instinktiv oder intuitiv weiß, das kommt mit dem Dekubitus bei ihr" (IP8-4I), „ich wusste, dass ... das hatte ich mir schon gedacht" (IP11-13I). Die Pflegenden wissen intuitiv sowohl um prospektiv schmerzhafte Situationen oder Verschlechterungen der Gesundheit als auch um die geeignete Intervention zum angemessenen Umgang mit der Situationsdeutung (6) (15). Dabei wägen sie nicht einzelne Interventionen ab, sondern die angemessene Intervention stellt sich ihnen in der aktuellen Situation als einzige Option dar.

Die Intuition der Pflegenden stellt ein Wissen dar, das auf erfahrungsbasierten, impulsgeleiteten Wahrnehmungsvermutungen (8) gründet. Ihre Wahrnehmungsvermutungen erleben und formulieren alle Befragten als ein ‚ich dachte' (6) (15) (16) oder ‚ich denke' (7) (11). Der Bedeutungsgehalt der Äußerung ‚ich dachte' / ‚ich denke' ist Ausdruck der Ahnung der Pflegenden zur Situationsdeutung und der daraus abgeleiteten, angemessenen Handlung. Es handelt sich nicht um ein Nachdenken im Sinne einer bewussten Reflektion, sondern vielmehr um das Ahnungswissen als Situationsantizipation, wie es sich den Pflegenden präsentiert.

Ihre Ahnungen gehen im Erleben der Pflegenden mit einer hohen internalisierten Überzeugungskraft einher und geben den Pflegenden Handlungssicherheit und -orientierung. Beispielsweise äußert ein Pfleger: „Das hab ich in dem Moment so gemacht, weil ich es in dem Moment für richtig gehalten habe". (IP11-3I). Die Situationsantizipation erspart

den Pflegenden aus einer großen Anzahl von Situationsdeutungsmöglichkeiten, Interventionsoptionen und Ursachen für Situationsveränderungen auszuwählen.

Einige Pflegende geben an, dass ihre Intuitionen identisch mit einer Handlungssteuerung ‚aus dem Bauch' (11) (15) oder ‚Inneren' heraus (17) sind. Pflegende benennen für die Situation auch negative Gefühle (18). Eine Gefühlsbeteiligung in der Situation kann von einem handlungssteuernden ‚Bauchgefühl' dahingehend unterschieden werden, dass Gefühle die Situation begleiten und deuten helfen können, ein ‚Bauchgefühl' jedoch als dominanter Impuls eine Handlung auslöst. Eine gefühlsbegleitete Situationsdeutung kann sich zu einem handlungsauslösenden Bauchgefühl entwickeln. Eine Pflegende beschreibt zunächst ein Gefühl der Ungewissheit und ihren Wunsch nach Klarheit. Dieses Gefühl ordnet sie ihrem Bauch zu (18).

8.2.1.3 Die Bedeutung des Merkmals

Die Intuition der Pflegenden führt zu ahnungsinduzierten Handlungen, die nicht der routinierten Modellumsetzung entsprechen. Handlungen wie ein ‚ungeplantes' Umwickeln der Beine, das spontane Blutdruckmessen (13), die Veränderung der Reihenfolge der Pflege (16) oder das Einführen eines neuen Blutzuckermeßgerätes (20) führen dazu, dass die von der Alltäglichkeit abweichende Intervention der ausdrücklichen Zustimmung des Pflegebedürftigen bedarf und eine Kommunikation über die Intervention entsteht. Im Gegensatz zu anderen durch Intuition ausgelösten Handlungen geht mit den hier analysierten Handlungen Kommunikation über diese einher. Die Kommunikation ist dann besonders umfangreich, wenn Pflegende bei den Pflegebedürftigen um Transparenz und Zustimmung für ihre Maßnahmen werben (19) (20). Eine Pflegende führt weitere manuelle Handlungen aus, um die Bedeutung der Intervention zu unterstreichen und auf diese Weise die Zustimmung zu erhalten (5).

Die Ahnungen der Pflegenden lösen manuelle und sprachliche Handlungen aus. Sprachliche Handlungen bestehen in der Formulierung der Ahnung (13) (14) (19) oder in Fragen zur Gewinnung weiterer Informationen zur Abklärung der Ahnung (13). Den sprachlichen Handlungen können Interventionsvorschläge folgen. Eine weitere ahnungsinduzierte Intervention erfolgt im Gespräch in Form einer Handlungsempfehlung zur Verhaltensänderung. Die Pflegende zeigt im Gespräch mit der Pflegebedürftigen die drohende Gefahr eines Druckgeschwürs auf. Die manuellen Handlungen pausieren für einen kurzen Moment (19).

Aus den Ahnungen resultieren manuelle Handlungen, z.B. das Blutdruckmessen (13) oder das Umwickeln der Beine, die mit sprachlichen Handlungen einhergehen.

Pflegende geben an, in solchen Situationen Handlungssicherheit für ihre wahrnehmungsbasierten Vermutungen erhalten zu wollen (18) (21). Pflegende integrieren die Pflegebedürftigen in ihre Handlungsintentionen, indem sie diese über die gesundheitliche Verän-

derung informieren und ihnen Situationsbewertungen anbieten (6), sie zur Zusammenarbeit motivieren und deren Notwendigkeit begründen (10) oder ihr Dasein vermitteln (22). Insgesamt dienen die aus den Ahnungen resultierenden Pflegehandlungen der Prävention von gesundheitlichen Schäden (11).

Ahnungsinduzierte Pflegehandlungen finden überwiegend Akzeptanz bei den Pflegebedürftigen und können somit von den Pflegenden umgesetzt werden (13) (20). Die Akzeptanz der Pflegebedürftigen für das Pflegehandeln drückt sich in widerspruchsfreier Kenntnisnahme (14) (19), zustimmenden Worten (20) oder kooperativer Mitarbeit (13) aus. Dies liegt nicht nur in deren Überzeugungskraft begründet, sondern möglicherweise auch in der Kommunikation über die Handlungen.

Im Anschluss an die Pflegehandlung bestätigten sich einige Ahnungen. Dazu gehören der als zu niedrig vermutete Blutdruck (13), das falsch messende Blutzuckermessgerät (20) oder das erhöhte Körpergewicht auf Grund von Wassereinlagerung in den Beinen (19). Eine Pflegende betrachtet ihre Ahnung positiv, findet ihre Vermutung bestätigt und bewertet ihr Handeln als verantwortungsvoll und selbstverständlich (15). Die Pflegebedürftigen bestätigen oftmals die mit den vorausschauenden Ahnungen der Pflegenden einhergehenden Interventionen als richtig (13) (14) (20). Auf diese Weise erhalten die Pflegenden Bestätigungen für ihre Ahnungen und Interventionen.

8.2.1.4 Zusammenfassung

Intuitionen als Ahnungen zeigen sich auf dem Hintergrund von fallgebundenem Erfahrungswissen, der Deutung von situationsgebundenen Hinweisen und dem persönlichen Anliegen der Pflegenden, die als Impulse gleichfalls das pflegerische Handeln beeinflussen. Dabei vergleichen die Pflegenden die gesundheitliche Situation der Pflegebedürftigen in der aktuellen mit vorangegangenen Situationen.

Die Intuition der Pflegenden stellt eine Ahnung als antizipatorisches Wissen möglicher zukünftiger Situationen dar. Die Intuition als Ahnung führt zur richtigen Pflegehandlung. Ahnungsindizierte Pflegehandlungen weichen von der Alltäglichkeit und dem Handlungsmodell ab und bedürfen der Kommunikation. Sie dienen der Situationsklärung und dem Abwenden der antizipierten negativen gesundheitlichen Veränderung. Die Pflegebedürftigen akzeptieren die ihnen vorgeschlagenen Interventionen.

8.2.2 Handlungsauslösung durch Situationspartizipation

In den analysierten Sequenzen folgen die Pflegenden einem Impuls. Dieser entsteht auf der Grundlage von Erfahrungswissen, Wahrnehmungen und individuellen Bedeutungen. Beispielsweise erkennt ein Pfleger während des Verbandwechsels am Fuß der Pflegebedürftigen, dass ihre Haut am Fuß sehr trocken ist und cremt ihn anschließend ein (15).

Der Pfleger partizipiert die Situation des Verbandwechsels und erweitert sie durch eine weitere Handlung. Im Gegensatz zu Ahnungen (Kap. 8.2.1) sind in den hier analysierten Sequenzen keine Situationsantizipationen erkennbar.

8.2.2.1 Kennzeichen des Merkmals

Pflegende kennen aus der gemeinsamen Arbeit mit den Pflegebedürftigen ähnliche Situationen (1), können diese vor ihrem Erfahrungshintergrund einschätzen (2) und verfügen über krankheitsbezogenes Erfahrungswissen, das sie fallbezogen anwenden (3). Sie kennen individuelle Bedeutungen (4) oder Abneigungen (5) der Pflegebedürftigen und berücksichtigen dies in ihren Handlungen.

Auch die persönlichen Merkmale der Pflegenden beeinflussen die Situation und die intuitiven Handlungen wie die Merkfähigkeit (5), die körperlich ausgedrückte Einsatzbereitschaft oder die Integration von Kindheitserfahrungen und Fernsehszenen in die eigene Handlungsweise (6).

Einige Situationsbestandteile sind für Pflegende mit Bedeutungen versehen, die von ihnen als Impulse angesehen werden. Pflegebedürftige vermitteln z.B. mit ihren verbalen Äußerungen Hinweise, die Pflegende wahrnehmen und deuten. Mittels Deutung durch die Pflegenden erhalten die Hinweise von den Pflegebedürftigen einen handlungsleitenden Inhalt. Pflegende erhalten auf visueller (7) und akustischer Ebene (8) solche Hinweise.

8.2.2.2 Das Erleben der Pflegenden: Intuition als situationspartizipative Erkenntnis, Entscheidung und Handlungsauslösung

Pflegende geben an, dass durch Intuition situationsbezogene Erkenntnisse, Entscheidungen und auch Pflegehandlungen ausgelöst wurden (9) (10) (11). Sie sind sowohl vorher als auch anschließend nicht reflektiert (11) (12) (13). Während der Pflegesituation kommt es zu Erkenntnissen, die unmittelbares Handeln auslösen und zur Situationsveränderung führen. Die intuitiv ausgelösten Pflegehandlungen belegen, dass Pflegende partizipativ auf Situationsimpulse reagieren.

Für eine Pflegende geht mit ihrer Intuition ein Handlungsverzicht einher. Intuitiv entscheidet sie sich gegen eine Handlung, obwohl diese bereits angebahnt ist (14). Die Pflegende entscheidet sich gegen ihre persönliche Eigenschaft einer steten ‚Hab-Acht-Stellung' und der damit einhergehenden Bereitschaft des Unterstützens.

Eine weitere Pflegende entscheidet sich intuitiv, den Zahnersatz der Pflegebedürftigen mit suchen zu helfen, weil diese ihn vermisst. Die Suche ist ein bewusstes Handeln. Lediglich die Entscheidung erfolgt situationsbezogen intuitiv. Eine andere Pflegende beschreibt ihre Intuition als Idee im Sinne einer situationsbezogenen Handlungsoption (11).

Die mit Intuition einhergehenden Erkenntnisse und Handlungen präsentieren sich den Pflegenden als spontan (10) (11) (13), plötzlich (16), ungeplant (10) und flexibel (12). Beispielsweise drückt ein Pfleger seine Erkenntnis wie folgt aus: „Das hab ich gesehen auf einmal. Und durch die Hände hab ich das auf einmal gemerkt, dass die Füße [der Pflegebedürftigen] ziemlich ausgetrocknet sind.“ (IP11-7I). Er kommt auf der Grundlage automatisierter Wahrnehmungen zu einer Erkenntnis, dass der Fuß einer Pflegebedürftigen besonderer Pflege bedarf (15). Er berührt täglich beim Verbandwechsel den Fuß der Pflegbedürftigen. Durch die Handlungswiederholung ist die Beinberührung und die damit einhergehende gelenkte Wahrnehmung automatisiert. Ein von der Alltäglichkeit abweichender Hinweis weckt seine Aufmerksamkeit und er äußert in der Situation: „Huch, was ist denn da los.“ (IP11-7I).

Mit der intuitiv ausgelösten Handlung können Gedanken einhergehen, die aus der Situation resultieren, perspektivisch orientiert sind oder die Situation nachbereiten (10).

Insgesamt verstehen die Pflegenden unter ihren Intuitionen ein von ihnen nicht geplantes oder vorherbestimmtes situationsgebundenes Handeln.

8.2.2.3 Die Bedeutung des Merkmals

Intuition zeigt sich als ein unmittelbares, primär manuelles und sprachlich begleitetes Pflegehandeln, das sich auf die Situation bezieht und diese inhaltlich verändert. Das manuelle Pflegehandeln geht anderen Inhalten als zu Situationsbeginn nach oder pausiert.

Das intuitive, situationspartizipative Pflegehandeln verändert die Situationen und weicht von den Routinen der Handelnden und damit von der Umsetzung des Handlungsmodells ab (7) (8). Die Pflegehandlungen führen zum Abbruch von Handlungsentwürfen (9) oder zum Abbruch manueller Handlungen, wie sie im Handlungsmodell vorgesehen sind. Der plötzliche Abbruch zeigt sich z.B. indem eine Pflegende die unbekleidete Schulter des Pflegebedürftigen sieht, das Ankleiden unterbricht und intuitiv nach einer Salbentube greift (7). Ihre Äußerung „Ach nee, die Schulter ..... da hätte ich ja fast das wichtigste vergessen.“ (IP12-4I) und das Stoppen der begonnenen Handlung, hier das Anziehen eines Oberhemdes, belegen die Handlungsunterbrechung (13).

Eine Veränderung vom Handlungsentwurf nimmt z.B. eine Pflegende vor, die zu Einsatzbeginn der Pflegebedürftigen hilft, deren Zahnersatz zu finden. Das gemeinsame Suchen stellt eine Veränderung des normalen Handlungsablaufes dar und ist Folge einer intuitiven Entscheidung. Die Pflegende beschreibt ihre Intuition als situationsgebundene Improvisation auf Grund einer Abweichung von der gemeinsamen Routine und Normalität (9).

Auch die intuitiv ausgelöste Frage einer Pflegenden „Wollen Sie mit mir gehen oder mit dem Wagen?“ (IP12-5I) entspricht nicht der Alltäglichkeit der Handelnden und

stellt aus diesem Grund eine Abweichung von dem sonstigen Vorgehen und damit vom Handlungsmodell dar. Der Pflegebedürftige entscheidet sich für die Alternative, und damit weicht das Handeln vom Entwurf der Pflegenden ab (11).

Pflegehandlungen, die zu einem Abbruch begonnener Pflegehandlungen führen oder eine Abweichung der Modellumsetzung darstellen, werden mit umfangreichen Handlungserklärungen durch die Pflegenden begleitet (7). Die manuellen Handlungen bedürfen auf Grund ihrer Abweichung von der Routine und damit vom Handlungsmodell der Kommunikation. Die Pflegebedürftigen werden über die Pflegehandlungen informiert und ihre Zustimmung wird eingeholt.

Intuitionen, die sich ausschließlich als sprachliche Handlungen oder angedeutete manuelle Handlungen zeigen, führen nicht zur Situationsveränderung. Aus diesem Grund weichen diese Situationspartizipationen nicht vom Handlungsmodell ab. Eine intuitive sprachliche Handlung stellt z.B. das Aushelfen mit Worten durch die Pflegende dar (8). Sie versetzt sich auf der Grundlage des Gesprächsinhaltes in die Gedankenwelt der Pflegebedürftigen, formuliert stellvertretend für die Pflegebedürftige den von dieser nicht ‚gefundenen' Gedanken, während die manuellen Handlungen nur minimal pausieren. Die Pflegende gibt an, sich intuitiv, situationsgerecht in Gesprächen zu verhalten und sich dabei an den Äußerungen der Pflegebedürftigen zu orientieren. Gespräche sind nicht planbar und nicht Bestandteil des pflegerischen Handlungsmodells (10). Die Akteure reden nicht über die Situation. Weil keine umfangreichen manuellen Handlungen die Situation verändern, ist keine Notwendigkeit zur Kommunikation gegeben. Die Pflegende kann unbeeinträchtigt ihrem Handlungsmodell folgen.

Die Intention der intuitiven Handlungen liegt oftmals in der Bearbeitung des mit dem Impuls einhergehenden situationsbezogenen Bedeutungsgehalts. Ähnlich dem Aspekt ‚Störungen haben Vorrang' gehen die Pflegenden ihren Impulsen nach. Sie holen von ihnen vergessene Handlungen nach (13), prüfen ihre Wahrnehmungen (15), stellen Normalität her (4) und wenden sich akutem Schmerzerleben der Pflegebedürftigen zu (6). Auf diese Weise können die Pflegenden Übereinstimmung mit ihrem Handlungsmodell erlangen.

Im Gegensatz zu Ahnungen (Kap. 8.2.1) dienen die intuitiven Situationspartizipationen nicht ausschließlich dazu, die gesundheitliche Situation des Pflegebedürftigen zu verbessern. Die Pflegebedürftigen haben in der Situation nicht um eine Unterstützungsleistung gebeten. Überwiegend deuten Pflegende die Bedarfe der Pflegebedürftigen und gehen ihnen nach, z.B. befördert eine Pflegende (IP7a-10I) ein gepflegtes Äußeres der Pflegebedürftigen, eine andere Pflegende hilft mit Worten aus, die die Pflegebedürftige nicht formulieren kann (8) und ein Pfleger bearbeitet das von ihm gedeutete Schmerzerleben der Pflegebedürftigen (6). Auf diese Weise dient ihr Handeln der gedeuteten Erfüllung der Bedürfnisse von Pflegebedürftigen.

Pflegebedürftige bejahen überwiegend die Handlungsankündigung und -umsetzung der Pflegenden (16) (7) (8). Darüber hinaus unterstützen einige Pflegebedürftige die Handlungsumsetzung oder -option durch ihre Mitarbeit (17). Damit drücken sie für die manuellen Handlungen der Pflegenden ihr Einverständnis aus und stimmen der Handlungsumsetzung zu.

Die Pflegenden betrachten ihre durch Intuition ausgelösten Handlungen mit Blick auf den Pflegebedürftigen als Handlungsempfänger positiv (13) (11). Eine Pflegende gibt an, dass ihr intuitiv ausgelöster Handlungsverzicht und damit das Wahren der Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen für sie anspruchsvoller ist als die stellvertretende Handlungsübernahme (18).

8.2.2.4 Zusammenfassung

Pflegerisches Erfahrungswissen, Wahrnehmungen und Impulse innerhalb der Situation stehen in Zusammenhang mit den Intuitionen der Pflegenden. Die Intuition ist eine Erkenntnis, Entscheidung und/oder Handlungsauslösung, die unmittelbar zur Pflegehandlung führt. Die Pflegenden erleben dies als spontanes Handeln. Die intuitiven Handlungen weisen einen engen Situationsbezug auf. Sie führen überwiegend zur Unterbrechung bestehender Tätigkeiten und weichen vom Handlungsmodell ab. Die Pflegebedürftigen bejahen die intuitiven Handlungen, und die Pflegenden bewerten sie tendenziell positiv.

8.2.3 Handlungsänderung als Reaktion auf spezifische Verhaltensmuster

In Kapitel 8.2.1 wurden Intuitionen beschrieben, bei denen Pflegende auf Impulse auf Grund ihrer Wahrnehmungen reagierten und die nicht durch spezifische Verhaltensweisen der Pflegebedürftigen unterstützt wurden. Unter dieser Kategorie sind Sequenzen subsumiert, in denen Pflegebedürftige auf der Grundlage spezifischer Verhaltensweisen eine Befriedigung ihrer Bedürfnisse erwirken.

8.2.3.1 Kennzeichen des Merkmals: Verdichtung von Impulsen und spezifische Verhaltensweisen von Pflegebedürftigen

Eine von Pflegebedürftigen herbeigeführte Pflegehandlung setzt sublime Wahrnehmungen sowie Erfahrungswissen der Pflegenden voraus (Kap. 8). Darüber können Pflegende die verschiedenen Impulse der Pflegebedürftigen (z.B. verbale Schmerzäußerungen, Gangveränderungen, schmerzverzerrtes Gesicht, Bewegungspausen) erkennen, deuten und daraus adäquate Handlungen ableiten. Es hat sich eine auf die jeweiligen Belange der Pflegebedürftigen abgestimmte sublime Wahrnehmungsfähigkeit entwickelt (1)

(2). Individuelle Verhaltensweisen der Pflegebedürftigen haben sich als für die Situation typische Muster herausgebildet.

Die pflegerischen Wahrnehmungen werden erfahrungsbasiert in den Kontext der Pflegebedürftigen und deren Situation sowie Bedürfnisse gestellt (2) (3). Beispielsweise sieht ein Pfleger den schwankenden, langsamen Gang einer Pflegebedürftigen und weiß im Abgleich mit früheren Verhaltensweisen, dass die Ursache dafür Schmerzen sind. Er weiß auch, wie die Pflegebedürftige auf Schmerzmittel reagiert und bezieht in seine Entscheidung deren häusliche Situation mit ein (4).

Das Erfahrungswissen mit den sublimen Wahrnehmungen der Pflegenden ist ein Hinweis darauf, dass die hier analysierten Situationen nicht einmalige, ungewohnte Erscheinungen sind, sondern häufig wiederkehrende Ereignisse und Abläufe mit Konstanten darstellen. Dies zeigt sich beispielsweise an der Sprache der Pflegebedürftigen: „Hier ist wieder alles verrutscht. . . “ (IP8-5A) und die Pflegende belegt das gemeinsame Verstehen, indem sie über die Pflegebedürftige äußert: „Sie drückt sich da nicht richtig aus, aber ich versteh sie dann schon.“ (IP8-5A). Bekannte Muster helfen, die Situationen zu verstehen. Das Ergebnis dieser Vorgehensweise bilden intuitive Pflegehandlungen, die sich auf die spezifischen Verhaltensweisen der Pflegebedürftigen beziehen.

Pflegebedürftige vermitteln Impulse an die Pflegenden. Das Zusammenspiel mehrerer verbaler und nonverbaler Impulse charakterisiert die spezifische Verhaltensweise der Pflegebedürftigen. Die sich zu einem Muster verdichtenden Impulse führen zu einer darauf abgestimmten Pflegehandlung. Zwei Beispiele sollen dies belegen:

Eine Pflegebedürftige zeigt mit ihrer Gestik (Kratzen des eigenen Unterarmes, Glattstreichen des Nachthemdes, Hochheben einer Zeitung) und in ihrer Sprache (Suche nach Bestätigung, Wiederholungen), dass sie etwas für sie Bedeutsames erzählen möchte, das die Aufmerksamkeit der Pflegenden erfordert. Die Pflegende reagiert darauf kaum: dokumentiert, blättert, schreibt, liest, bestätigt einsilbig, bedient jedoch nicht das Gesprächsbedürfnis. Diese von der Pflegebedürftigen gezeigte spezifische Verhaltensweise ist das Ergebnis einer Impulsverdichtung und Impulsdominanz, d.h. die Pflegebedürftige beeinflusst die Pflegende beharrlich mit ihrem Verhalten (5).

Eine andere Pflegebedürftige zeigt schmerzbedingte Veränderungen ihres Gangbildes, die, isoliert betrachtet, keinen Handlungswunsch in Richtung des Pflegers darstellen. Die Pflegebedürftige äußert wiederholt Schmerzen und ihr Gesicht zeigt sich schmerzverzerrt. Offen lässt die Pflegebedürftige die gewünschte Form der Schmerzbearbeitung (z.B. Medikamentengabe, Gespräche, Ablenkungen). Insgesamt entsteht durch Körperhaltung, Gestik, Mimik und Sprache der Pflegebedürftigen ein sich verdichtendes Muster von Schmerzen, das als für diese Situation spezifische Verhaltensweise der Pflegebedürftigen verstanden werden kann (6).

Charakteristisch für die spezifischen Verhaltensweisen der Pflegebedürftigen ist deren indirektes Formulieren von Erwartungen oder Wünschen an die Pflegenden und die sich

darauf beziehenden Pflegehandlungen (6) (12) (14). Dies sollen ebenfalls zwei Beispiele verdeutlichen:

Eine Pflegebedürftige geht auf eine Fußbodenschwelle in einer Abbiegung innerhalb der Wohnung zu, verlangsamt und verkleinert ihre Schritte und äußert: „Jetzt kommt wieder die Kurve hier.“. Die Pflegende tritt währenddessen aus dem Bad und hilft beim Überschreiten der Schwelle, obwohl die Pflegebedürftige nicht eindeutig um diese Unterstützung gebeten hat (12).

Eine weitere Pflegebedürftige geht auf einen Rollator gestützt einige Schritte vorwärts, bleibt dann stehen und stöhnt recht laut: „Oh, Mensch, miene Klucken.“. Die Pflegende richtet daraufhin wortlos die Unterhose der Pflegebedürftigen, obwohl dies nicht konkret eingefordert wurde und das Wort ‚Klucken‘ (gemeint sind die Gesäßhälften) ein selten verwendetes Idiom darstellt, das der Pflegenden offensichtlich hinreichend Hinweise auf den intendierten Unterstützungsbedarf gibt (14).

Die Pflegebedürftigen verbalisieren zwar ihr Erleben, aber nicht konkret ihre Bedarfe. Die Pflegenden leiten Handlungen ein, die zur Veränderung der Situation führen, auch wenn sie nicht direkt dazu aufgefordert wurden. Das eigentlich Gemeinte wird implizit formuliert.

Es liegt die Vermutung nahe, dass die spezifischen Verhaltensweisen der Pflegebedürftigen intentional erfolgen (z.B. Schmerztherapie durchführen, Unterstützung geben). Die Handlungen der Pflegebedürftigen deuten darauf hin, dass sie Hilfe einfordern und dazu wirkungsvolle Strategien zur Beeinflussung des Pflegehandelns anwenden. Die Pflegenden leisten mit ihren anschließenden Handlungen einen Beitrag zur Bedürfnisbefriedigung.

8.2.3.2 Das Erleben der Pflegenden

Die Pflegenden geben an, unbewusst und automatisch gehandelt zu haben (2) (7) (8). Ihr Handeln führt zum Abbruch der begonnenen Handlungen.

Das Verständnis der Pflegenden von automatischen Handlungen bezieht sich auf die Entscheidung und die Einleitung einer Handlung im Sinne eines automatisch auftauchenden Initial-Momentes (1) derselben. Vor diesem Hintergrund beinhaltet der automatische Initial-Moment der Handlungseinleitung die Entscheidung für eine Handlung und den Handlungsbeginn. Pflegende geben nicht an, dass ihr automatisches Handeln einen mehrere Einzelhandlungen umfassenden Handlungskomplex beinhaltet. Unbewusstes, automatisches Handeln unterliegt weder im Vorfeld des Handelns noch anschließend bewussten Denkprozessen. Sprechen Pflegende über ihre automatischen ‚Handlungseinleitungen‘, beziehen sie diese immer ausschließlich auf sich selbst; Pflegebedürftige sind nicht integriert.

Während für einige Pflegende die automatische Handlung bei jeder Begegnung mit den Pflegebedürftigen zum Einsatz kommt (9), tritt für andere Pflegende nicht bei jeder Begegnung die automatische Entscheidung auslösende Situation auf (8).

Pflegende verwenden in Zusammenhang mit ihrem automatischen Handeln die Wörter ‚laufen' (1), ‚machen' (7) und ‚passieren' (10). Diese weisen auf einen aktiven, dynamischen Prozess automatisch ausgelöster Handlungen hin und schließen die der Handlung vorausgehenden und sich verdichtenden Wahrnehmungen ein.

Mit automatisch ausgelösten Pflegehandlungen können einerseits Gefühle für den Pflegebedürftigen verbunden sein, z.B. die Sorge um die Gesundheit und die Linderung von Schmerzen (11). Andererseits verspürt eine Pflegende für sich ein gutes Gefühl während ihres Handelns (1).

Pflegende benennen für ihre unbewussten Handlungen Intentionen:

- Wiederherstellung und Erhalt von Wohlbefinden der Pflegebedürftigen (1) (16)
- Orientierung und Stärkung der Eigenverantwortung der Pflegebedürftigen (17)
- Vermitteln eines Gefühls von Sicherheit und Dasein (2)

Handlungsintentionen können sich auch auf die Pflegenden selbst beziehen, z.B. der Erhalt weiterer Informationen (17) und die Vermeidung negativer Gefühle (18). Alle Pflegenden können mit ihren automatisch ausgelösten Handlungen Intentionen verbinden.

8.2.3.3 Die Bedeutung des Merkmals

Die Verhaltensweisen der Pflegebedürftigen beeinflussen unmittelbar das Pflegehandeln und verändern bereits bestehende Pflegeaktivitäten, d.h. Pflegende unterbrechen begonnene Handlungen (5) (6) (12).

Vor und nach der unbewusst ausgelösten und automatisch durchgeführten Pflegehandlung wirken die Akteure wie ein eingespieltes Team (13). Dies wird an mehreren Merkmalen deutlich:

- Impulse der Pflegebedürftigen, in verschlüsselter Form artikuliert, bewirken darauf abgestimmte Pflegehandlungen.
- Die automatisch ausgeführten Pflegehandlungen erfolgen überwiegend ohne direkte Ankündigung, ohne verbalen Aushandlungsprozess oder damit einhergehende Erklärungen. Während der Handlungen sprechen die Akteure oftmals in einer für ihre Belange abgestimmten Sprache, reden einsilbig und verzichten auf umfangreiche Formulierungen (14).

- Die automatisch erfolgenden Handlungen werden weder von den Pflegebedürftigen noch von den Pflegenden korrigiert oder negativ bewertet (6).
- Die automatisch ausgelösten Handlungen knüpfen als auf die Pflegebedürftigen abgestimmte Handlungen an deren Alltäglichkeit und Erleben an. Die Variationsbreite der Handlungen wird deutlich, wenn eine Pflegende ihre Unterstützung der ‚Tagesform' der Pflegebedürftigen anpasst (2) oder ein Pfleger die Schmerzäußerungen einer Pflegebedürftigen mit individuell ausgerichteten Fragen (6) vor ihrem privaten Hintergrund (15) behandelt. Die Pflegehandlungen werden nicht stereotyp abgearbeitet, sondern der Situation angepasst.

Trotz ihres Erfahrungswissens antizipieren die Pflegenden nicht immer alle Situationsaspekte. Das kann darin begründet liegen, dass Pflegende mehrere Impulse benötigen, um ein Muster in der Situation zu erkennen (1) (4).

Im Abgleich zwischen den Verhaltensweisen und möglichen impliziten Zielen der Pflegebedürftigen und den automatisch ausgelösten Pflegehandlungen ist erkennbar, dass die Pflegebedürftigen die Handlungsweise der Pflegenden beeinflussen. Beispielsweise ist in den Handlungen einer Pflegebedürftigen erkennbar, dass sie die Aufmerksamkeit der Pflegenden sucht und auch in Form von Zuhören erhält (5). In einer anderen Sequenz klagt eine Pflegebedürftige über ein schlecht sitzendes Kleidungsstück und beinahe zeitgleich richtet die Pflegende dieses (14).

Eine Bewertung der automatisch ausgelösten Pflegehandlungen kann implizit aus den Interviews und dem Situationsverlauf vorgenommen werden. Pflegende beschreiben, dass ihre automatischen Handlungen und Entscheidungen „einfach so passieren" (IP2-1A) oder sie äußern „... ich denke, es war einfach so ein Automatismus ... Und dann hab' ich wahrscheinlich gleich weiter gemacht." (IP10-4A). Damit vermitteln sie für ihr Handeln eine sich selbst erklärende Alltäglichkeit, der keine erwähnenswerten Fähigkeiten inne wohnen. Ihr Handeln ist für die Pflegenden etwas ‚Einfaches' und als solches nicht wahrnehmbare Normalität.

In einer Sequenz zeigt sich durch einen generalisierten Automatismus eine die Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen einschränkende Auswirkung. Eine Pflegende überträgt automatisch ihre für andere Pflegebedürftige gültige Handlungsweise auf den Einzelfall (19). Dies belegt das sonst gelungene Zusammenspiel von Handlungsimpulsen durch Pflegebedürftige, ihre situationsspezifischen Wahrnehmungen und automatischen Handlungen. Jedoch wird das Erfahrungswissen der Pflegenden nicht in die konkrete Situationen eingepasst, sondern linear übertragen. Diese Situation trat zwischen den Akteuren nicht häufig auf (20), deshalb erfragt die Pflegende die geeignete Handlung und handelt dann automatisch, die Antwort vorwegnehmend.

Die Pflegebedürftigen befürworten die automatisch erfolgenden Pflegeinterventionen, die sie im Vorfeld durch ihre Verhaltensweisen beeinflussten. Dies zeigt sich daran, dass sie

diese zulassen, auf Fragen bestätigend antworten (19), das Pflegehandeln unterstützen, indem sie kooperieren (19) und keine Korrekturen herbeiführen.

8.2.3.4 Zusammenfassung

Pflegende werden unmittelbar von den spezifischen Verhaltensweisen der Pflegebedürftigen beeinflusst. Die automatisch ausgelösten Handlungen führen zur Unterbrechung bereits begonnener Pflegehandlungen.

Das Verständnis der Pflegenden für ihre ausgeführten intuitiv-automatischen Handlungen bezieht sich auf den Initial-Moment der Entscheidung und die Handlungseinleitung. Pro- und retrospektiv werden diese Handlungen nicht reflektiert.

Insgesamt zeigt sich, dass automatische Pflegehandlungen mit gesundheitserhaltenden Intentionen für die Pflegebedürftigen verbunden sind und keine Handlungskorrekturen von Pflegebedürftigen erfahren.

8.3 Zusammenfassung: Flexibilität bei der Modellumsetzung durch intuitives Pflegehandeln

Die in diesem Kapitel analysierten Handlungen wurden als intuitiv bezeichnet. Im Verständnis der Pflegenden entspricht ihr intuitives Handeln einem instinktiven, automatischen, spontanen Handeln oder einem Handeln auf der Grundlage eines Bauchgefühls. Es kann belegt werden, dass der Intuitionsbegriff synonym zu den oben genannten Begriffen verwendet wird.

Intuitives Handeln erfolgt ohne pro- oder retrospektive Reflektion. Intuition zeigt sich als Erkenntnis, Körperberührung von Pflegenden an Pflegebedürftigen, Körperhaltung und Gesten von Pflegenden sowie manuelle als auch sprachliche Handlung.

Das charakteristische Merkmal der intuitiven Handlungen besteht in der situationsbezogenen Unterbrechung der begonnenen Pflegehandlung und damit der Abweichung von der routinierten Umsetzung des fallgebundenen Handlungsmodells.

Die intuitiven Handlungen basieren auf Erfahrungswissen mit sublimer Wahrnehmungsfähigkeit der Pflegenden und Situationsimpulsen. Weitere Faktoren, die in Zusammenhang mit Intuition identifiziert wurden, stellen Sympathie und Vertrauen sowie emotionale Nähe zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen, persönliche Anliegen und Handlungsmaximen der Pflegenden sowie spezifische Verhaltensweisen der Pflegebedürftigen dar.

Intuitive, länger dauernde Körperberührungen drücken emotionale Nähe der Pflegenden gegenüber den Pflegebedürftigen aus. Sie zeigen die Anteilnahme der Pflegenden und dienen der Bewältigung unangenehmer Situationen für die Pflegebedürftigen.

Durch Intuition ausgelöste Veränderungen der Körperhaltung von Pflegenden beenden eine bestehende Handlungsparallelität zu Gunsten eines lebendigen Dialogs und dem besseren Verstehen der Pflegebedürftigen. Die Intuition beruht auf einer als negativ bewerteten Situation und der Handlungssteuerung durch das Bauchgefühl der Pflegenden.

Unbewusst ausgelöste und als spontan erlebte Gesten basieren neben Erfahrungswissen und geschulter Wahrnehmung auf pflegerischen Handlungsmaximen. Aus diesem Grund können sie als angebahnt bezeichnet werden. Den Pflegenden präsentieren sich die Gesten als auf den Moment bezogen spontan.

Intuitionen als Ahnungen basieren neben Erfahrungswissen auf Situationsdeutungen und persönlichen Anliegen der Pflegenden. Ahnungen zeigen sich als Wissen möglicher zukünftiger gesundheitlicher Situationen der Pflegebedürftigen. Sie bedürfen der Kommunikation und dienen zur Situationsabklärung.

Intuitive Erkenntnisse oder Entscheidungen auf der Grundlage von Situationspartizipationen beruhen auf Erfahrungswissen, Wahrnehmungen und Impulsen innerhalb der Situation. Sie führen zu Handlungen, die einen engen Situationsbezug aufweisen.

Spezifische Verhaltensweisen von Pflegebedürftigen können intuitive Handlungen von Pflegenden beeinflussen und auf diese Weise begonnene Handlungen unterbrechen. Die Intuitiven Handlungen werden als automatisch ausgeführte Handlungen von den Pflegenden erlebt.

Das intuitive Handeln dient in der Wiederherstellung und dem Erhalt von Wohlbefinden, der Bewältigung unangenehmer Situationen für die Pflegebedürftigen und dem Vermitteln eines Gefühls von Sicherheit und Dasein. In allen Sequenzen zeigte sich, dass die Pflegebedürftigen die Handlungen akzeptieren.

Das hier analysierte intuitive Pflegehandeln stellt eine flexible Anpassungsleistung der Pflegenden an die Situationsgegebenheiten und die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen dar. Die Konzepte belegen eine flexible Handlungsweise der Pflegenden und eine Dehnbarkeit sowie Elastizität des fallgebundenen Handlungsmodells.

8.4 Zusammenfassung intuitives Pflegehandeln

Die in Kapitel 7 und 8 dargestellten Konzepte belegen intuitives Handeln von Pflegenden in der ambulanten Pflege. Die Pflegenden verstehen ihre intuitiven Handlungen als Teil eines Familienbegriffes, der unbewusste, automatisierte, instinktive und spontane

sowie routinierte Handlungen als auch ein Handeln auf der Grundlage eines Bauchgefühls beinhaltet. Intuitives Handeln erfolgt ohne pro- oder retrospektive Reflektion. In Zusammenhang mit Intuition wurden Sympathie und emotionale Nähe zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen identifiziert.

In Kapitel 7 wurde intuitives manuelles, verbales und nonverbales Handeln im Kontext von Alltäglichkeit und Routine der Pflegenden vorgestellt. Die Intuition steht im Kontext der reibungslosen Gewährleistung der manuellen Handlungen der Pflegenden. Sie sind Ausdruck einer situationsangepassten Modellumsetzung und tragen zur Festigung des fallgebundenen Handlungsmodells bei. Über die routinierten intuitiven Pflegehandlungen findet keine verbale Kommunikation zwischen den Pflegenden und den Pflegebedürftigen statt.

In Kapitel 8 steht intuitives manuelles, verbales und nonverbales Handeln im Mittelpunkt, das situationsbezogen von der routinierten Umsetzung des fallgebundenen Handlungsmodells abweicht, das sich den Pflegenden auch als Erkenntnis präsentiert. Das hier analysierte intuitive Pflegehandeln kann als flexible Anpassungsleistung der Pflegenden an die Situationsgegebenheiten und die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen verstanden werden.

Während die intuitiven Handlungen zur routinierten Modellumsetzung primär auf Erfahrungswissen beruhen, basieren die von der Modellumsetzung abweichenden Intuitionen auch auf Handlungsmaximen, Impulsen oder Verhaltensmustern von Pflegebedürftigen. In einigen Situationen geht die intuitive Handlung mit Kommunikation über diese einher.

9 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

Mit diesem Kapitel soll der Erkenntnisgewinn der Ergebnisse aufgezeigt und in Bezug zu den Ausführungen in den theoretischen Kapiteln (Kap. 2 und Kap. 3) diskutiert werden. Dabei werden jene Aspekte besonders betrachtet, die zu einer Bewertung von Intuition beitragen können oder weiterführende Überlegungen zum Forschungsgegenstand darstellen. Empfehlungen für zukünftige wissenschaftliche Arbeiten schließen das Kapitel ab.

9.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Durch die vorliegende Untersuchung konnten bereits die in der theoretischen Analyse dargelegten Inhalte zum Forschungsgegenstand Intuition bestätigt und um einige Aspekte erweitert werden. Die empirischen Forschungsergebnisse dieser Arbeit belegen, dass der Intuitionsbegriff von Pflegenden als Familienbegriff mit Synonymen wie routiniertem, unbewusstem, automatischem und spontanem Handeln im Rahmen eines Wortfeldes verwendet wird. Intuition bildet einen Titel für mehrere damit verwandte Konzepte, die sich nicht trennscharf voneinander abgrenzen lassen. Durch den gewählten qualitativen Forschungsansatz konnte in dem empirischen Material ein Gebrauch des Intuitionsbegriffes entdeckt werden, der die Besonderheiten der Pflegenden, ihrer Lebenskontexte und Anwendungsbedingungen integrierte. Eine Definition des Intuitionsbegriffes und seine definitorische Verwendung bildeten nicht das Ziel dieser Arbeit.

Die Verwendung des Intuitionsbegriffes zeigt im Gegensatz zur historischen und philosophisch geprägten Begriffsauffassung, dass diskursive oder rationale Erkenntnis nicht polarisiert gegenüber intuitiver Erkenntnis steht. Intuitives und rationales Handeln stellen für die Pflegenden kein grundsätzliches Gegensatzpaar dar, sondern verhalten sich komplementär zueinander. Die Datenauswertung zeigt Prozesse auf, in denen die Handlungssteuerung in enger Verzahnung sowohl intuitiv als auch rational erfolgt. Für die Handelnden ist eine Koexistenz beider Modi zur Handlungssteuerung und damit zur Bewältigung des beruflichen Alltags unentbehrlich. Intuition stellt in diesem Kontext kein isoliert auftretendes Einzelphänomen dar, sondern ist insbesondere als Routine eine im beruflichen Handeln häufig auftretende, handlungssteuernde Erscheinung.

Die in Kapitel 3.4 formulierte Vermutung, dass sich Intuition in der ambulanten Pflege in anderen Wesensmerkmalen, Eigenschaften, Situationsbedingungen und Kontextfaktoren abbildet als beispielsweise in der klinischen Intensivpflege, wurde mit der empirischen Untersuchung bestätigt. Der Erhalt des Lebens des Patienten, oftmals mit umfangreicher medizintechnischer Unterstützung, steht im Mittelpunkt des Handelns auf Intensivstationen in der Organisation Krankenhaus. Auf Grund der lebensbedrohlichen Situationen der Patienten orientiert sich die verbale Kommunikation – sofern sie stattfinden kann – überwiegend an Themen, die aus dieser Situation resultieren. Die Pflegenden und Patienten lernen sich in der Regel nur für einen kurzen Zeitraum kennen. Für die meisten Patienten entspricht ihre Situation auf der Intensivstation nicht ihrer Normalität. Demgegenüber kennen die Pflegenden in der ambulanten Pflege die Pflegebedürftigen oftmals seit mehreren Monaten, der Arbeitsort der Pflegenden ist die Häuslichkeit des Pflegebedürftigen und der überwiegende Anteil der Pflegebedürftigen kann verbal kommunizieren sowie physisch aktiv sein. Routinen als ein Hand-in-Hand-Arbeiten oder sprachliche Kodierungen können sich ausbilden und Normalität kann erhalten werden. Die Pflegenden können ein fallgebundenes Handlungsmodell entwickeln, das die Lebensgewohnheiten und Bedeutungswelten der Pflegebedürftigen integriert. Intuition als Routine für die Pflegenden, intuitive Körperberührungen bei Patienten oder Ahnungen über gesundheitliche Veränderungen wird es in jedem Arbeitsbereich von Pflege geben, jedoch folgt sie verschiedenen Intentionen und steht in anderen Kontexten.

Intuition von beruflich Handelnden in der ambulanten Pflege stellt eine Handlungssteuerung und -umsetzung dar, dient einer fallgebundenen und situationsangepassten Handlungsfähigkeit der Pflegenden und führt zur Problemlösung sowie Entscheidungsfindung. Intuition in der ambulanten Pflege integriert die in der theoretischen Analyse aufgeführten Merkmale wie beispielsweise Komplexitätsreduktion, Mustererkennung, sublime Wahrnehmungsfähigkeit oder emotionale Handlungsbeteiligung.

Darüber hinaus bereichert die Forschungsarbeit das Wissen in der Disziplin Pflege um die Erfassung von Entstehungskontexten, Bestandteilen und Merkmalen intuitiven Handelns von beruflich Pflegenden im ambulanten Bereich. Intuitives Handeln in der ambulanten Pflege basiert auf Erfahrungswissen, kann Sympathie und Nähe zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen ausdrücken und aus Situationsimpulsen resultieren. Intuitives Handeln zeigt sich beispielsweise als ein kooperatives Hand-in-Hand-Arbeiten der Pflegenden mit den Pflegebedürftigen, als gelungene Parallelität von manuellen und sprachlichen Handlungen, als wirksame sprachliche Kodierungen und es zeigt sich in wirkungsvollen Körperberührungen und Gesten.

Das zentrale Ergebnis kann darin gesehen werden, dass Intuition von beruflich Pflegenden in der ambulanten Pflege auf einem individualisierten, situationsgebundenen, am beruflichen Alltag orientierten Handlungswissen basiert. Es bildet sich vielfach als Routine in manuellen Handlungen ab, die die Bedeutungswelten und Lebensgewohnheiten der Pflegebedürftigen integriert. Pflegende verfügen über ein fallgebundenes Hand-

lungsmodell, in das Intuition als Abbild der Handlungsnormalität integriert ist oder das durch Intuition erweitert wird. Das Handlungsmodell weist die Funktion eines Orientierungsrahmens für Pflegehandlungen auf und enthält Ziele und Aufgaben, die auf den Pflegebedürftigen gerichtet sind sowie die zur Verfügung stehende Zeit.

Intuition wurde in Interaktion von Pflegenden mit Pflegebedürftigen analysiert. In der Datenauswertung zeigt sich, dass die Pflegebedürftigen komplementärer Bestandteil des Intuitionsverständnisses der Pflegenden sind. Die Intuitionen der Pflegenden sind in einen sozialen Kontext eingebettet, in den intensive Interaktionsprozesse eingehen. Intuition ist an die intuierende Person gebunden, kann aber in der Pflege nicht ausschließlich als ein isoliertes personenimmanentes Phänomen betrachtet werden, wie es die theoretische Analyse des Forschungsgegenstandes aufzeigt. Die Pflegebedürftigen sind stets Bestandteil des intuitiven Handelns. Das beinhaltet, dass Intuition auf Empathie oder einem ‚Kennen' und ‚Sich Einlassen' auf den Pflegebedürftigen basiert oder durch solche Fähigkeiten befördert wird. Die empirischen Ergebnisse bestätigen zum einen Empathie, Sympathie und Vertrauen als Einflussfaktoren und ein Vertrautsein mit den typischen Reaktionsmustern der Pflegebedürftigen sowie eine darauf ausgerichtete flexible Handlungsweise. Zum anderen gehen die Ergebnisse deutlich darüber hinaus. Intuition in der ambulanten Pflege formt sich in der Interaktion mit den Pflegebedürftigen. Die Pflegebedürftigen konstruieren den Inhalt der pflegerischen Intuitionen maßgeblich mit. Intuition als ein Hand-in-Hand-Arbeiten, als sprachlich ausgedrückte Kodierung oder als Körperberührung bedarf der Pflegebedürftigen nicht nur als Referenzrahmen, sondern ist mit ihnen durch eine gemeinsame Handlungsweise als Alltäglichkeit verinnerlicht. Sie kann auch nicht losgelöst vom Verhalten der Pflegebedürftigen betrachtet werden. Intuition in der ambulanten Pflege ist keine isolierte Einzelleistung der Pflegenden, sondern zeigt sich im Kontext interaktiv-dialogischer Handlungskonstruktion.

Die empirischen Ergebnisse bezeugen intuitives Handeln als ein alltägliches Handeln und als Alltagskompetenz. Im disziplingebundenen Diskurs über Kunst und Wissenschaft und insbesondere in der Psychologie (Kap. 2.2.5) wird das Intuitionsphänomen als kreativer, schöpferischer und genialer Prozess sowie als wertvolle Gabe verstanden. Möglicherweise konnten mit dem hier gewählten methodischen Vorgehen geniale Intuitionen nicht exploriert werden. Im Rahmen von Alltagshandeln stellt Intuition kreative Strategien dar, z.B. im Umgang mit Problemen von Pflegebedürftigen. Jedoch begründet dieses Handeln aus Sicht der Autorin keine genialen Erkenntnisse, sondern ist vielmehr Inhalt eines Entwicklungsprozesses im Kontext beruflichen Handelns. Vor diesem Hintergrund zeigt sich Intuition weniger als Genialität und ist auch nicht ausschließlich an die Kompetenz von Experten gebunden.

Die empirischen Ergebnisse belegen, dass mit dem intuitiven Pflegehandeln retrospektiv explizierbare Intentionen einhergehen können, die als professionell gemeinter Handlungssinn verstanden werden können. Pflegende verfolgen mit ihrem Handeln sowohl formale Ziele, wie sie in Lehrbüchern formuliert sind, als auch übergeordnete Ziele, die beispiels-

weise mit dem Erhalt von Würde sowie Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen einhergehen. Eine intuitive und von kurzer zeitlicher Dauer ausgeführte Körperberührung dient in diesem Kontext einzelfallorientiert dem emotionalen Beziehungsaufbau und drückt situationsgebunden Nähe aus. Die Pflegekräfte handeln gemäß eigener Intentionen, die sich individuell an der Lebens- und Bedeutungswelt der Pflegebedürftigen orientieren. Vor diesem Hintergrund kann Intuition nicht ausschließlich auf die Fähigkeit einer Verrichtungskompetenz reduziert werden, in deren Mittelpunkt die Koordination zwischen Auge und willkürlicher Bewegung steht (dazu Rolfe in Kap. 3.1.1.4).

Das intuitive Pflegehandeln, eingebettet in ein Handlungsmodell, realisiert sich wie von selbst. Das bedeutet, einen Intuitionsverlust wie in der Medizin im Kontext von EbM (Kap. 2.3.2) beschrieben, kann es nicht geben, denn eine Alltäglichkeit im Handeln wird sich auch zukünftig von Handelnden in den Praxisfeldern der Handlungswissenschaften herausbilden.

9.2 Intuition in der ambulanten Pflege

Das als zentrales Ergebnis der empirischen Untersuchung in den Mittelpunkt gestellte Handlungsmodell belegt intuitives Pflegehandeln in der ambulanten Pflege als ein überwiegendes Handeln im Alltag, dem Kompetenzen und Handlungssinn innewohnen.

Auf der Grundlage der empirischen Untersuchung kann Intuition als mit einem Bündel von Kompetenzen verbundenes Handeln verstanden werden, mit dem der pflegerische Alltag in der ambulanten Pflege bewältigt wird:

- Intuition ermöglicht Handlungsorientierung im beruflichen Alltag. Handlungsprozesse erfolgen routiniert und können bis zur Integration von Neuem oder Ungewohntem aufrecht erhalten werden. Das routinierte manuelle Handeln bedarf dabei keiner Kommunikation. Die Datenauswertung zeigt, dass diese Form der Intuition sowohl flexibel und dehnbar ist als auch die lebensweltlichen Bedürfnisse und Bedeutungswelten der Pflegebedürftigen integriert. Verschiedene Handlungsanforderungen und Situationsgegebenheiten werden durch die Pflegenden vernetzt und zu individuell angepassten Handlungen transformiert.
- Intuition bietet den Pflegenden Handlungssicherheit. Zum einen geht mit Intuition ein hohes Evidenzerleben für die Handelnden einher. Zum anderen hilft Intuition, oftmals als Bauchgefühl erlebt, bei der Bewertung von Situationen und stellt damit auch eine emotionale Handlungssteuerung dar.
- Intuition ermöglicht die Komplexität des beruflichen Alltags zu bewältigen, indem Pflegende mehrere Dinge zugleich tun. Dies erfolgt u.a. durch ein zeitgleiches manuelles und sprachliches Handeln. Intuition offeriert hier z.B. Handlungsparallelität.

Auf diese Weise können Pflegende den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen, den eigenen Ansprüchen an ein professionelles Handeln und den ökonomischen Rahmenbedingungen gerecht werden. Die Kompetenz besteht darin, zahlreiche, nicht immer widerspruchsfreie Dinge gleichzeitig im Handeln zu integrieren.

- Intuition auf der Basis von Wahrnehmungsfähigkeiten ermöglicht eine präzise Situationserkennung und eine angepasste Handlungssteuerung. Insbesondere für die Beziehung zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen ist eine lebensweltnahe, schnelle und vom Gegenüber geteilte Erfassung der Situation bedeutungsvoll. Intuition stellt hier eine Fähigkeit dar, mit der emotionale Nähe und Sympathie hergestellt und ausgedrückt werden kann. Intuition kann dazu dienen, negatives Gefühlserleben der Pflegebedürftigen zu vermeiden und zu bearbeiten.
- Intuition als Kodierung im Sinne einer Sprachökonomie inkludiert die Kompetenz, Verstehen und Zusammenarbeit zu erzeugen sowie die Arbeitsabläufe sicher zu stellen, ohne kommunikative Aushandlungsprozesse zu führen.
- Durch Intuition ausgelöstes Handeln ermöglicht ein fallgebezogenes, situationsangepasstes und flexibles Verhalten der Pflegenden, mit dem keine Handlungskorrekturen einhergehen. Vor diesem Hintergrund ist Intuition ein auf die Pflegebedürftigen abgestimmtes Handeln mit hoher Kunstfertigkeit.
- Intuition stellt ein zügiges Handeln dar, das keiner diskursiven Aushandlungsprozesse bedarf. Die Kompetenz liegt in einer schnellen Handlungsfähigkeit und geübten Handlungsumsetzung in alltäglichen Situationen.
- Als vorausschauendes Wissen stellt Intuition eine Kompetenz dar, um Erfahrungen pflegerischer Situationen im konkreten Handeln zu antizipieren.

Dieses Kompetenzbündel ist geeignet, um situationsbezogen zwischen lebensweltlicher Bedeutung und emotionaler Beziehung und instrumentellem Handeln ausbalancieren zu können. Das intuitive Handeln der Pflegenden orientiert sich an der Lebensweltlichkeit der Pflegebedürftigen und entsteht zugleich im Kontakt mit ihnen.

Intuition im Handlungsfeld der ambulanten Pflege zeigt sich als ein situationsspezifisches, kontextgebundenes und individualisiertes Handeln von Pflegenden, das einen integrierten Bestandteil der Alltäglichkeit der Pflegenden bildet. Damit ist Intuition berufliches Alltagswissen und die Kreativität und Intelligenz der Intuition sind im Handeln selbst enthalten.

Intuition kann als Kompetenz im Sinne beruflichen Alltagswissens bezeichnet werden. Auch wenn Alltagserscheinungen wie die Kommunikation mit „So“-Einsilbigkeiten zunächst keinen professionellen Gehalt erkennen lassen, zeigt jedoch die Datenauswertung, dass alltägliche Erscheinungen einen professionell gemeinten Sinn enthalten, der auch für Pflegebedürftige verständlich erscheint. Die Kommunikation mit „So“-Einsilbigkeiten als Sprachökonomie ist in das pflegerische Handeln einbezogen und entfaltet hier seine Wir-

kung. Sie zeigt sich darin, dass beispielsweise eine Körperpflege gemeinsam mit dem Pflegebedürftigen erbracht wird, über das Handeln keine verbalen Austauschprozesse entstehen und dennoch die Pflegebedürftigen über den gemeinsamen Handlungsstand orientiert sind sowie Hinweise des jeweiligen anderen für ihr eigenes Handeln erhalten. Ein Teil der aufgezeigten Intuitionen sind alltägliche Kompetenzen, die eine besondere Bedeutung in einem interaktionsintensiven Handlungsfeld erlangen.

Die mit den Leistungskomplexen zur Finanzierung professioneller Pflege einhergehende Zeitrationalität (Kap. 1.1.2) beeinflusst stark normativ das pflegerische Handeln und ist integrierter Bestandteil des Handlungsmodells. Dabei gelingt es den Pflegenden, die Individualität des Pflegebedürftigen, seinen lebensweltlichen Kontext, seine Bedeutungswelten und Bedürfnisse zu berücksichtigen und in das gemeinsame Handeln zu integrieren. Ihnen gelingt mit verschiedenen Strategien und Methoden ein fast dreifacher Anspruch: die Lebensweltlichkeit der Pflegebedürftigen zu berücksichtigen, die eigenen Handlungsziele umzusetzen und die Finanzierung der Leistungen zu gewährleisten.

9.3 Beitrag der Ergebnisse für die Disziplin Pflege

Die vorliegende Untersuchung versteht sich als Beitrag zur Darstellung pflegerischen Wissens, indem sie ein vertiefendes Verständnis intuitiven Handelns von Pflegenden in der ambulanten Pflege eröffnet. Mit den Forschungsergebnissen wurde praktisches Handlungswissens geborgen, geordnet und in einem auf den Intuitionsbegriff fokussierten theoretischen Zusammenhang dargestellt. Die Ergebnisse beschreiben einen Ausschnitt pflegerischer Handlungsrealität. Sie münden in begründeten Aussagen über Intuition und können die Grundlage weiterer theoretischer und konzeptioneller Überlegungen bilden, indem beispielsweise Konzepte zur Förderung von Intuition abgeleitet werden. Insbesondere können sie die Entwicklung pflegegenuiner, praxisnaher Handlungstheorien unterstützen, die u.a. eine Verbesserung der konkreten Situation in der ambulanten Pflege zum Ziel haben. Die Ergebnisse können sowohl als Argumentationsfolie in Diskussionen um pflegerische Fähigkeiten, deren Qualität und Kosten dienen als auch Bestandteil für die Entwicklung von zielorientierten Qualifizierungskonzepten für Pflegende sein. Auf diese Weise können die Forschungsergebnisse zur professionellen Selbststeuerung in der Pflege beitragen.

Friesacher (2008: 334) beschreibt eine Expansion wissenschaftlichen Wissens in dessen Folge nicht-wissenschaftliches Wissen verdrängt und abgewertet wird sowie hierarchisch dem wissenschaftlichen Wissen nachgeordnet wird. Wissenschaft produziert kontextfreies und objektives Wissen. Dieses transformieren die Pflegenden in der Praxis, d.h. kritisch reflektieren, auf den Einzelfall anwenden und in die Situation einpassen (Kap. 1.1.2). Es wird mit der Lebensweltlichkeit der Pflegebedürftigen in Einklang gebracht und mündet in Handlungen. Wird Intuition als Kompetenz mit professioneller Handlungsintention

verstanden, die zugleich die Lebensweltlichkeit der Pflegebedürftigen integriert und flexible sowie situationsangepasste Handlungen auslöst, so kann ihr die Stigmatisierung des ungewollten, zufälligen und stereotypen Handelns genommen werden. Intuition stellt ein Praxiswissen dar, das unmittelbares und situationsspezifisches Handeln ermöglicht und mit dem der berufliche Alltag reibungsfrei und zahlreichen Anforderungen entsprechend sinnhaft gestaltet wird. Mit diesen Eigenschaften ist es auf den ersten Blick für die Handelnden einem wissenschaftlichen Wissen überlegen. Die Pflegewissenschaft muss jedoch anerkennen, dass Intuition sich nahezu ungewollt als Alltagshandeln herausbildet und in einem Handlungsmodell als Routine verankert ist. Für die Pflegenden geschehen Intuitionen einfach, ob von ihnen gefördert, gewollt oder nicht.

Die empirischen Ergebnisse zeigen fehlleitende und nicht angemessene intuitive Handlungen auf, in denen Pflegende die Handlungsfreiheit der Pflegebedürftigen einschränken. Zwei Wirkmechanismen befördern dabei fehlleitende Intuitionen: zum einen wird im Rahmen intuitiven Handelns der Handlungssinn nicht mit jeder Handlung neu reflektiert und zum anderen geht mit intuitiven Handlungen ein hohes Evidenzempfinden für die Handelnden einher. Es erschwert den Pflegenden, eine selbstreflexive und kritische Haltung gegenüber den eigenen Handlungen einzunehmen. Unter der Prämisse, dass Intuition Teil eines professionellen Entwicklungsprozesses ist und die Handlungen durch Prinzipien und Handlungsmaximen beeinflusst werden, können fehlleitende Intuitionen von Pflegenden in ihrem Auftreten durch zwei Ansatzpunkte minimiert werden.

Der erste Ansatzpunkt wird darin gesehen, dass Pflegende ihre Handlung an ethischen Prinzipien und werteorientierten Konzepten ausrichten und auf ihre Wirklichkeitskonstruktionen hin überprüfen.

Die Datenauswertung belegt, dass die von den Pflegenden formulierten Handlungsintentionen von Handlungsmaximen und Prinzipien beeinflusst werden. Intentionen wie Förderung der Gesundheit, Teilhabe an den Bedeutungswelten der Pflegebedürftigen oder Erhalt von Selbstständigkeit leiten das Pflegehandeln und geben Orientierung. Pflegende in der ambulanten Pflege benötigen adäquate Pflegetheorien, nachhaltige Konzepte und Raum, um ein werteorientiertes und ethisches Handeln herauszubilden und zu evaluieren.

Über eine Reflektion des eigenen Handelns und die Explikation von intuitionshaltigen Erfahrungen können die Pflegenden Zugang zu ihren eigenen Verhaltensorientierungen erhalten, und sie können dabei unterstützen, die Prinzipien ihrer eigenen Wirklichkeitskonstruktionen, Urteilsbildung und Entscheidungsfindung zu erfassen. Sie können sich mittels Kommunikation ihrer eigenen handlungsleitenden Wirklichkeitskonstruktionen bewusst werden und auf diese Weise fehlleitende Prozesse erkennen und beeinflussen.

Bevor Handlungen unbewusst Bestandteil des fallgebundenen Handlungsmodells werden, erbringen Pflegende dieses vermehrt auf der Grundlage reflexiver Prozesse und kommunikativer Aushandlungen mit Pflegebedürftigen. Hier muss sich das Handeln an wissenschaftlich fundiertem und fachlich belegtem Wissen ausrichten. Das bedeutet, bevor

einzelne Handlungen internalisiert werden, müssen sie auf einer wissenschaftlich fundierten Grundlage aufbauen. Dieses Vorgehen erreicht seine Grenze dadurch, dass zahlreiche Intuitionen in der ambulanten Pflege ein Alltags- oder Lebenswissen darstellen. Während es unerlässlich ist, einen Verbandwechsel oder eine Körperpflege auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse durchzuführen oder über fundierte Kenntnisse zur Beratung von Pflegebedürftigen zu verfügen, werden lebensweltnahe Handlungen wie das Wahrnehmen von Schmerzen während eines Verbandwechsels oder Äußerungen über private Probleme von Pflegebedürftigen oder die gemeinsame Durchführung einer Körperpflege immer individualisiert und fallgebunden in die Situationsgegebenheiten eingepasst werden. Mit den aufgezeigten empirischen Ergebnissen ist davon auszugehen, dass Intuition in geringem Maße auf wissenschaftlichem Wissen basiert. Es muss im Gegensatz zu dem intuitiven Handlungswissen auf das Subjekt transformiert, in den Kontext eingepasst und mit dem Pflegebedürftigen erprobt werden. Erweist sich dieses Wissen als alltagstauglich, kann es von den Pflegenden verinnerlicht werden.

Der zweite Ansatzpunkt wird in einer Reflektion als eine Analyse des Handelns gesehen und als ein Abstandnehmen von der unmittelbaren Situation verstanden. Sie kann kollegial oder extern moderiert, kommunikativ reflektierend erfolgen. Insbesondere die selbstkritische Haltung der Pflegenden im Rahmen der Datenauswertung belegt deren Bereitschaft, das eigene Handeln bei negativer Wirkung auf die Pflegebedürftigen zu verändern. Die Videoanalyse stellte für die Pflegenden ein ungewohntes Verfahren dar, bei dem sie sich zunächst von Bewertungen über ihre Erscheinung lösen mussten, um sich anschließend dem Situationsgeschehen zuwenden zu können. Die Technik der Videoanalyse von realen Handlungssequenzen ist dennoch zur Reflektion des eigenen Handelns geeignet. Reflektionsgegenstand müssen die Handlungen selbst und die handlungsleitenden Prinzipien bilden.

Die empirischen Ergebnisse müssen insofern an die Pflegenden vermittelt werden, als dass mit ihren Intuitionen sowohl eine Intention als auch eine Wirkung auf den Pflegebedürftigen verbunden ist. Mit jeder ‚So-Einsilbigkeit' oder auch jeder noch so nebenbei geführten Körperberührung vermitteln die Pflegenden eine Botschaft an die Pflegebedürftigen, die sich mitunter handlungswirksam auf den Empfänger auswirkt. Es gilt, ein Bewusstsein dafür zu schaffen, dass auch mit intuitiv ausgelöster Routine ein professionelles Merkmal pflegerischen Handelns einhergeht, d.h. die Nützlichkeit intuitiven Handelns muss an die Pflegenden vermittelt werden.

Die Forschungsergebnisse bezeugen, dass Pflegende ihren Intuitionen zwar im privaten Kontext eine Bedeutung zuschreiben, jedoch nicht in professionellen Zusammenhängen. Pflegende benötigen eine positive Haltung gegenüber Intuitionen und ebenso Vertrauen in ihre eigenen Handlungsweisen. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass intuitives Handeln mit professioneller Kompetenz einhergehen kann, sollten die Pflegenden eine wertschätzende Haltung gegenüber ihren intuitiven Handlungen einnehmen können und

ihr Wissen in die Debatte um Professionalität und gesellschaftliche Wertschätzung einbringen.

Mit dem in dieser Untersuchung gewählten methodischen Vorgehen wurde Intuition exploriert, die sich unmittelbar im Handeln der Pflegenden mit Pflegebedürftigen zeigt, sodass Intuition primär als Handlung erforscht wurde. Weitere Forschungsaktivitäten sind nötig, um andere Formen von Intuition zu untersuchen, die sich möglicherweise in der ambulanten Pflege in Interaktionen zwischen den Pflegenden wie bei einer Dienstbesprechung zeigen oder beim Niederschreiben von Gedanken wie bei der Erstellung einer Pflegeplanung.

Das fallgebundene Handlungsmodell im Kontext von Intuition stellt ein zentrales Forschungsergebnis dar. In der vorliegenden Arbeit wurde mit dem manuellen intuitiven Pflegehandeln ein Ausschnitt des Handlungsmodells beschrieben. Weitere Forschungsarbeiten sind notwendig, um das Modell zu erweitern, zu prüfen und den Prozess der Modellbildung nachzuzeichnen.

Um ein umfassendes Abbild von den Entstehungskontexten, Situationsbedingungen und dem Auftreten von Intuition zu erhalten, sind ebenfalls weitere Forschungsaktivitäten nötig. Die Datenerhebung basiert auf freiwillig teilnehmenden Pflegenden, die eine aus ihrer Sicht als gut bezeichnete Beziehung zum Pflegebedürftigen angaben. Intuition in einem zwischenmenschlich dauerhaft stark belasteten Spannungsfeld zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen wurde mit diesem Vorgehen nicht aufgenommen. Es sind Forschungsarbeiten nötig, die beispielsweise belastete Interaktionsbeziehungen oder krisenhafte Situationen fokussieren oder auch die individuellen intuitiven Pflegehandlungen miteinander vergleichen. Ebenso können anhand von deduktiven Verfahren die hier gewonnenen Erkenntnisse getestet und ergänzt werden.

Die Intuitionen der Pflegenden müssen perspektivisch auf ihre Angemessenheit in Bezug auf den Fall analysiert werden. Dies bedeutet, auch andere Akteursperspektiven wie die der Pflegebedürftigen mit aufzunehmen und Effektivitätsstudien zur Überprüfung der Wirksamkeit pflegerischer Intuitionen durchzuführen.

Zusammenfassung und Schlussbemerkung

Die Forschungsarbeit beschäftigt sich mit der Frage, unter welchen Entstehungskontexten, Bestandteilen und Merkmalen sich intuitives Pflegehandeln in der ambulanten Pflege zeigt. Die Ergebnisse verstehen sich als ein pflegewissenschaftlicher Beitrag zur Weiterentwicklung pflegerischen Wissens zum Intuitionsphänomen im pflegerischen Handeln. Die Ergebnisse tragen dazu bei, den Wissensbestand dieses Anteils von Praxiswissen einer Reflektion und Diskussion zuzuführen und konzeptionell weiter zu entwickeln.

Im theoretischen Teil der Arbeit wurden zunächst die grundlegenden Inhalte, Anforderungen und Einflussfaktoren pflegerischen Handelns innerhalb der Pflegewissenschaft und im Versorgungssegment der ambulanten Pflege aufgeführt. Daran anschließend erfolgte eine Deskription des Forschungsgegenstandes Intuition. Dafür wurden zum einen die theoretischen und forschungsgestützten Wissensbestände aus den wesentlichen Bezugsdisziplinen der Pflegewissenschaft aufgenommen und deren Relevanz für das Forschungsvorhaben geprüft. Zum anderen fand eine Darlegung des pflegerischen Disziplinwissens zum Intuitionsphänomen statt. Hier wird Intuition insbesondere als Kompetenz von Pflegenden verstanden.

Aus den theoretischen Vorüberlegungen wurde das Erkenntnisinteresse formuliert. Es besteht in der Erfassung und Kennzeichnung von Entstehungskontexten und Merkmalen intuitiven Handelns von beruflich Pflegenden in der ambulanten Pflege.

Die empirische Untersuchung zur Erfassung des Intuitionsphänomens in der ambulanten Pflege basiert auf den Grundlagen der qualitativen, rekonstruktiven Sozialforschung. Als wissenschaftstheoretische Basis wurde der Symbolische Interaktionismus gewählt.

Zur Entdeckung einer empirisch begründeten Theorie wurde die Grounded Theory-Methodologie umgesetzt. Sie gilt als geeignet, die soziale Wirklichkeit der Handelnden zu untersuchen. Die Methoden der Datenerhebung bildeten eine Triangulation aus teilnehmender Beobachtung mit Videodokumentation und leitfadengestütztem Interview mit Videoanalyse.

Als Ergebnis konnten zwei pflegerische Handlungsmodi als Bestandteile eines Handlungsmodells im Sinne einer Folie intuitiven Handelns identifiziert werden. Das Handlungsmodell beinhaltet einen gedanklichen, fallgebundenen Entwurf der Pflegenden für

ihre alltäglichen Handlungen bei den Pflegebedürftigen. Es ist Abbild der Handlungsnormalität und der pflegerischen Routine und funktioniert als Orientierungsrahmen für die Pflegehandlungen. Bestandteile des pflegerischen Handlungsmodells sind die Ziele und Aufgaben, die auf den Pflegebedürftigen gerichtet sind sowie die zur Verfügung stehende Zeit, die mit Fixpunkten abgebildet ist. Entspricht das tatsächliche Handeln – meist situationsgebunden – nicht dem Handlungsmodell, ist die Folge eine Abweichung von demselben. Intuition als situationsgebundener Handlungsauslöser führt zum einen zu routinierten Handlungen, die dem Modell entsprechen und zu dessen Festigung beitragen. Zum anderen löst Intuition Handlungen aus, die vom Modell der Pflegenden abweichen und zu dessen Erweiterung beitragen.

Die intuitiven Handlungen präsentieren sich in Form von manuellen (z.B. als Routine), sprachlichen (z.B. als Kodierung) und verkörperlichten Handlungen (z.B. als Körperberührung). Ausführlich werden die von Intuition ausgelösten Handlungen im empirischen Teil der Arbeit vorgestellt.

Abschließend erfolgt die Diskussion der wesentlichen Ergebnisse. Insgesamt zeigt sich, dass die Pflegenden den Intuitionsbegriff sprachlich als Teil eines Familienbegriffes verstehen. Er ist assoziiert mit unbewussten, instinktiven, automatisierten und spontanen Handlungen sowie mit Handlungen, die als Routine und ‚aus dem Bauch heraus' geführt werden. Intuitives Handeln erfolgt für die Pflegenden ohne pro- oder retrospektive Reflektion.

Intuition in der ambulanten Pflege stellt ein individualisiertes, situationsgebundenes, am beruflichen Alltag orientiertes Handlungswissen dar. Die intuitiven Handlungen können als Kompetenz von Pflegenden zur Gestaltung des komplexen beruflichen Alltags verstanden werden, indem z.B. die Pflegenden mehrere Dinge zugleich tun. Intuition – als Kompetenz verstanden – bedeutet auch, dass Pflegende Situationen schnell und adäquat erfassen, problematische Situationen lösen oder vorausahnen sowie verstehen und Zusammenarbeit mit den Pflegebedürftigen herstellen. Pflegende verfügen über die Kompetenzen, um situationsbezogen zwischen lebensweltlicher und emotionaler Beziehung und dem instrumentellen Handeln ausbalancieren zu können. Dabei zeigen die Ergebnisse auch fehlleitende Intuitionen auf.

Die Ergebnisse bezeugen intuitives Handeln, mit dem retrospektiv explizierbare Intentionen einhergehen, die als professionell gemeinter Handlungssinn verstanden werden können. Intuition in der ambulanten Pflege ist keine isolierte Einzelleistung der Pflegenden, sondern Bestandteil interaktiv-dialogischer Handlungskonstruktion, in die die Bedeutungswelten und Lebensgewohnheiten der Pflegebedürftigen integriert sind.

Die intuitiven Handlungen basieren insbesondere auf Erfahrungswissen und Wahrnehmungsfähigkeiten. Intuition zeigt sich oftmals in Zusammenhang mit Sympathie und Vertrauen sowie emotionaler Nähe zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen, persön-

lichen Anliegen und Handlungsmaximen der Pflegenden sowie spezifischen Verhaltensweisen der Pflegebedürftigen.

Nach der Bearbeitung des Themenbereiches kann festgestellt werden, dass intuitives Handeln nicht nur einen inhärenten Anteil pflegerischen Handelns darstellt, sondern einen bedeutsamen Beitrag zur Bewältigung beruflicher Anforderungen leistet. Insbesondere das pflegerische Handlungsmodell als Folie von Pflegehandlungen belegt, dass Pflegende ihre Ziele, Aufgaben und die zur Verfügung stehende Zeit miteinander in Einklang bringen und ausbalancieren. Sie wenden ihr Handlungsmodell nicht starr und normativ an, sondern können es modellieren, so dass auf Grund der Situationsbedingungen davon abgewichen werden kann.

Im Rahmen der Datenerhebung und -auswertung war die Forscherin mehrfach vom Handeln der Pflegenden beeindruckt. Den Pflegenden ist es beispielsweise gelungen, unter Zeitdruck und unter Berücksichtigung der Tagesform der Pflegebedürftigen gemeinsam Routine umzusetzen, Nähe aufzubauen ohne distanzlos zu wirken, fallunabhängiges und fallgebundenes Wissen auf die Situation zu transformieren. Dabei agierten die Pflegenden flexibel und beförderten zugleich die wesentlichen Ziele pflegerischen Handelns wie den Erhalt von Selbstständigkeit und Wohlbefinden. In anderen Situationen haben die Pflegenden auf der Grundlage sublimer Wahrnehmungsfähigkeit die psychische Verfassung von Pflegebedürftigen erkannt, gedeutet und mit kreativen Strategien positiv beeinflusst.

Die Interviews über die Videoaufnahmen weisen auf das oftmals intentionale intuitive Pflegehandeln hin. Die Intentionen orientieren sich an weitreichenden Zielen, die aus den lebensgeschichtlichen Situationen der Pflegebedürftigen resultieren. Auf diese Weise entsprechen sie den Charakteristika ambulanter Pflege. Das intuitive Handeln korrespondiert mit den Bedeutungswelten der Pflegebedürftigen.

Die vorliegende Arbeit möchte dazu beitragen, das Interesse an intuitivem Handeln im Kontext pflegerischen Handelns von Pflegenden und Wissenschaftlern zu wecken und das Verständnis für die Komplexität und Bedeutung des Phänomens zu erweitern. Die Ergebnisse sollen einen Beitrag dazu leisten, das Selbstverständnis und die Haltung von Pflegenden gegenüber Intuition positiv zu beeinflussen. Das bedeutet, die Tatsache intuitiven Handelns zu akzeptieren und die einem solchen Handeln immanenten Potenziale und Grenzen als Bestandteil professionellen Handelns im fachlichen Diskurs zu erörtern und zu erforschen.

Mit den Ergebnissen ist beabsichtigt, sowohl einen Beitrag zur Entmystifizierung von Intuition zu leisten als auch Intuition zur Diskussion zu stellen. Die Forschungsergebnisse sollen eine zukünftige Aufwertung alltagspraktischen Pflegehandelns innerhalb der Pflegegemeinschaft unterstützen.

Anmerkungen Kapitel 7

7.1 Routine als alltägliche Umsetzung des Handlungsmodells

(1) V-IP4a-1A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 898-1005):
I: Kannst du dich erinnern, wie du entscheidest, welche Injektionsstelle du wählst, ob oberhalb, unterhalb, rechts, links des Bauchnabels? T: Ich nehme jedes Mal eine andere Stelle. Ich spritze nicht jedes Mal auf dieselbe Stelle und sie hat kleine fette Stellen in ihrem Bauch. Auf diese Stellen darf man nicht spritzen. ... ... Und ich fühle mit meiner Hand, wo sind die Stellen, dann suche ich eine normale Stelle und dann spritze ich auf diese Stelle. Aber nicht immer. Manchmal rechts, manchmal links, manchmal oben, manchmal unten. ... ... Ich fühle es, und wenn ich die Stelle gefunden habe, dann spritze ich da. I: Die Stelle ist da weicher oder härter? T: Ein bisschen weicher als die anderen. ... ... I: Mhm. Und die Patientin sagt dann nicht, dass sie eine andere Stelle haben möchte? T: Nein, sie hat volles Vertrauen zu mir. Sie ist einverstanden. Das heißt, wenn ich spritze, kriegt sie auch keine blauen Flecken. Wenn man in diese kleinen Lipome spritzt, dann hat sie im Nachhinein blaue Flecken. Aber da sie mich kennt und sie weiß, dass ich diese Stellen kenne und ich nicht dahin spritzen werde und sie ist damit einverstanden. I: Kannst du dich noch erinnern, was du gedacht hast ...? T: Ich denke nicht mehr viel nach. Das heißt, ich kenne sie und kenne solche Stellen und ich suche solche Stellen, da brauche ich nicht nachzudenken. ... ... Am Anfang war ich ein bisschen vorsichtiger, da ich ihren ganzen Bauch ... Ich kannte nicht die ganzen Stellen, da war ich ein bisschen vorsichtiger ... ob ich das richtig mache oder nicht. Aber da ich sie seit mehreren Jahren kenne, kenne ich den Bauch ganz gut, da brauche ich nicht vorsichtig sein. ... ... Aber für mich, da ich momentan in der Routine arbeite / Für mich ist es momentan wie eine Routinearbeit, weil ich sie sehr gut kenne. Vielleicht kommt es darauf an.

(2) V-IP5-2A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1985-1988):
T: Wir haben uns ja irgendwann mal kennen gelernt, und dann habe ich ihr [der Pflegebedürftigen] das auch erklärt, und dann war das für sie okay. Seitdem ist das unser Handling.

(3) V-IP1a-1A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 923-925):
T: ... Aber letztendlich ist es für sie [die Pflegebedürftige] schon wichtig, und sie will auch keine Veränderung. Sie lässt Veränderung wenig zu....

(4) V-IP1a-1A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 926-938):
T: Obwohl sie immer dankbar ist, was für sie ihr Leben noch etwas angenehmer macht, dass man eben schon immer guckt, dass sie ihren Schinken hat, ihren Käse hat und ihr Bier hat. Ich denke mal, das macht ihr Leben ... ... noch ein bisschen angenehmer. ... ... Und ich denke, soll sie ruhig trinken. Man merkt ihr nie an, dass sie betrunken ist. ... ... Ich hol'

ihr manchmal auch zehn Bier ein und paar Tage später sehe ich in ihrer Abseite am großen Einkaufswagen die ganzen leeren Bierflaschen stehen.

(5) V-IP4a-1A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 979-983):
T: Es ist abhängig von den Personen, an erster Stelle und von manchen Tagen oder / Manchmal kommt es darauf an, wie meine Patienten sich an dem Tag fühlen. Wenn wir uns sehr gut verstehen, dann brauch ich nicht sehr viel nachzudenken. Das geht alles automatisch weiter.

(6) V-IP11-8I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 2035-2079):
T: Da merkt man im Grunde genommen, wie wir gut eingespielt sind. ... ... Ich brauch gar nicht mehr viel sagen. Sie weiß, wenn sie drinnen ist, sie setzt sich hin, ich nehme die Brille ab danach, und danach wird das ausgezogen. Und manchmal hab ich sie schon dabei erwischt, wie sie, obwohl ich gar nichts gesagt hab, selber schon so kam, und ich mit meinen Handlungen noch gar nicht so weit war. Manchmal mach ich denn erst den Wasserhahn an und lass erst das Wasser einlaufen. Dann merk ich, wie sie mir schon entgegenkommt. Das spielt sich im Laufe der Zeit einfach ein. ... ... Das ist einfach ein gutes Zusammenspiel. Es ist fast optimal. Man braucht gar nicht mehr über die Sachen, die eigentlich jetzt vorkommen, gar nicht mehr so viel reden, sondern man unterhält sich jetzt über andere Dinge. Vorher, wenn man da war, sagt man: so, setzen Sie sich mal hin – sag ich ja jetzt auch immer noch, weil sie viele Sachen auch vergisst, aber es kommen auch viele Momente, wo sie weiß, jetzt ist das so, da passiert jetzt das und das. Wenn er jetzt das macht, dann kommt als nächstes wohl das Hemd. Das finde ich eigentlich schon fast optimal so. Obwohl wir ja nicht miteinander reden - viele Leute reden ja gar nicht miteinander - / muss man ihr mal sagen / natürlich macht man das, die ersten zwei Monate vielleicht oder die ersten vier Wochen. Aber, ich sag mal, wenn man das vier Wochen gemacht hat, dann sollte das hinterher bei rauskommen. Dann ist das nämlich das Ergebnis, dass man dann weiß, aha, die und die Abläufe sind das, und das und das weiß ich auch.

7.1.1 Routine ohne Mitarbeit des Pflegebedürftigen

(1) V-IP4a-1A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1002-1005):
T: Allgemein ist es was Besonderes. Aber für mich, da ich momentan in der Routine arbeite / Für mich ist es momentan wie eine Routinearbeit, weil ich sie sehr gut kenne.

(2) V-IP1b-1A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 299-350):
[IP1b richtet die Tagesmedikamente für eine Pflegebedürftige]
I: Mein Eindruck ist, dass Du gar keine Vorlage brauchst, welche Tabletten Du stellst. T: Weiß ich ja schon seit eh und je. Kann ich ja schon auswendig. ... ... I: Ich habe auch das Gefühl, dass Du ... gar nicht mehr groß gucken musst, was Du jetzt eigentlich erwischt hast. T: Hmh. Es sind ja morgens immer vier, zurzeit fünf Tabletten und mittags eine. Jetzt diese Muronal-Dragees. I: Das ist automatisiert? T: Eigentlich schon. Ist vielleicht nicht ganz richtig, sollte man eigentlich immer mal wieder gucken.

(3) V-IP1a-1A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 866-957):
[IP1a-1A stellt den Pariboy der Pflegebdürftigen von der Anrichte auf den Wohnzimmertisch und befüllt ihn mit Medikamenten zur Inhalation.]

I: Worum ging's Dir dabei, als Du das gemacht hast? ... ... T: Da hab' ich irgendwie / da hab' ich ... ich stell' ihr das halt immer hin und füll' dann die Lösung mit ein. ... I: Hast Du etwas wahrgenommen? Ist was Besonderes in Dir vorgegangen? Hast Du was gefühlt? T: Nee. ... ... Das ist eigentlich immer so das Gleiche. Ist immer so ein bisschen Tüddelkram. Sie an die Schnur anschließen und dann mit Verlängerungskabel, aber sonst / Und hier war ich froh, dass die Inhalationssachen, die Lösung, alles so im Schrank sind. Häufig sucht man danach. Manchmal muss man das ganze Haus durchsuchen. Sie hat das irgendwo immer / manchmal im Kühlschrank, manchmal bei sich oben im Schlafzimmer. Das ist manchmal eine gewisse Stresskomponente, da viel Zeit verdattelt wird. I: Hm. Würdest Du das, was Du da machst, Du füllst ja Flüssigkeit ein ... ...? T: Nee, das ist immer das Gleiche. ... ... Es ist immer das Gleiche. Also ich denke, es ist wichtig für sie, dass sie inhaliert. Das schafft ihr schon 'ne gewisse Erleichterung in Krisensituationen. Das Inhalieren, Sauerstoff nehmen. ... Das braucht sie einfach. Das nimmt sie schon jahrelang. Das braucht sie auch. Sonst gehen die Bronchien ganz dicht bei ihr. I: Musst Du nachdenken, wenn Du das machst, den Pariboy anschließen, die Medikamente einfüllen? T: Nee, eigentlich nicht mehr. Das ist eigentlich immer das Gleiche. I: Was kennzeichnet das für Dich, „das Gleiche"? T: Es ist natürlich 'ne gewisse Routine. I: Was heißt das für Dich? T: Was heißt das für mich? Ja, es ist nichts mehr Neues, so, ne. Es macht die Arbeit manchmal auch so ein bisschen / Macht einen eher müde so von der Arbeit, es passiert nicht mehr sehr viel dort im Einsatz. Es ist immer das Gleiche, es passiert wenig. ... ... Da kann man auch wenig falsch machen. Das ist eben so, den Pariboy anschließen, da ist nichts, was irgendwie, wo man vielleicht etwas vertauschen kann oder verdatteln kann. Das ist in der Handhabung sehr einfach. Und im Grunde kann das jeder. I: Was kann jeder? T: Den Pariboy anschließen. Das ist nichts Kompliziertes. Da kann man wenig falsch machen.

(4) V-IP4a-1A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 919-960):
T: Ich weiß das, aber jetzt ist alles automatisch für mich. Ich fühle es, und wenn ich die Stelle [eine gesunde, Lipom freie Stelle an der Bauchhaut] gefunden habe, dann spritze ich da. Ich denke nicht mehr viel nach. Das heißt, ich kenne sie und kenne solche Stellen und ich suche solche Stellen, da brauche ich nicht nachzudenken ... ... am Anfang war ich ein bisschen vorsichtiger, da ich ihren ganzen Bauch ... Ich kannte nicht die ganzen Stellen, da war ich ein bisschen vorsichtiger ... ob ich das richtig mache oder nicht. Aber da ich sie seit mehreren Jahren kenne, kenne ich den Bauch ganz gut, da brauche ich nicht vorsichtig sein.

7.1.2 Routine als Hand-in-Hand-Arbeiten

(1) V-IP4b-3A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1172-1194):
I: Musst Du Dich beim Waschen der Beine konzentrieren? T: Nein. I: Wo bist Du in Deinen Gedanken? T: Weiß ich nicht. I: Aha. T: Ich denke nicht darüber nach. ... I: Und Ihr kommt schweigend miteinander zurecht. T: Ja. Das ist Routinearbeit. Das machen wir jeden Tag. Dann braucht man nicht so viel darüber zu reden.

(2) V-IP5-2A: Videosequenz:
PB XX sitzt mit ihrem Nachthemd bekleidet auf dem Toilettenstuhl im Wohnzimmer. IP5 kommt aus dem Bad ins Wohnzimmer. IP5 hält zwei Handtücher und eine mit Wasser gefüllte

Waschschüssel in ihren Händen. Die Waschschüssel stellt sie auf einen kleinen Tisch, der einen Schritt von PB XX entfernt steht. Das graue Handtuch in ihrer linken Hand legt sie neben die Schüssel auf den Tisch. IP5 stellt sich rechts neben PB XX. Das weiße Handtuch beginnt sie mit beiden Händen auf den Knien von PB XX zu platzieren. Zugleich hebt PB XX ihre Hände und Unterarme vom Oberschenkel etwas hoch. Dann greift PB XX mit ihrer linken Hand nach dem Handtuch und zieht es etwas mehr zu sich heran. Zeitgleich bewegt sich IP5 mit ihrem Körper in Richtung Rücken von PB XX und diese beugt sich leicht nach vorne. PB XX sieht die ganze Zeit über nach unten. IP5 rafft das Nachthemd in Beckenhöhe zusammen und beginnt es in Richtung Kopf von PB XX hoch zu ziehen. ... ... Dabei sagt sie leise und gedehnt: „Soo.“. ... ... PB XX hebt ihren Blick, streckt ihre rechte Hand zur Waschschüssel aus, greift nach dieser und zieht sie ein wenig zu sich heran.

V-IP5-2A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1926-2022):
I: Du kannst mit der Schüssel zurückkommen, und irgendwie scheint die Stimmung ja so zu sein, dass Du nicht sagen musst, so, jetzt bin ich mit der Schüssel wieder da. T: Hmh. Hmh. ... ... Das ist so unser Zusammenspiel. ... ... Ich leg' ihr einfach das / ja, so / ich geb' ihr das Handtuch, bzw. platzier das für sie auf die Knie, damit sie die Hände frei hat. ... ... Ja, das braucht sie jetzt gleich, und da geb' ich ihr das schon einmal in die Hände. Ich will ihr damit schon so ein bisschen signalisieren, das ist so ihr Job. ... ... Mir ist es auch wichtig, dass sie das alleine macht. Da kommt bei mir wieder das Prinzip, wer rastet, der rostet. Und sie kann das, und wenn sie es kann, dann kann sie es auch alleine machen. ... ... Das ist so für mich eine klare Ansage, so, hier ist Ihr Job, Ihr Handtuch, Ihr Waschlappen. Das ist auch das, was ich den Leuten sag, wenn ich jemanden neu kennen lerne, ... wo ich denen schon sage und erkläre: ich helfe Ihnen gerne, aber nur da, wo Sie wirklich Hilfe brauchen. Alles, was Sie alleine können, müssen Sie bei mir auch alleine machen. Eben nicht, weil ich faul bin, sondern wer rastet, der rostet. Und nur so kann man sich das erhalten. Das weiß sie von mir. Wir haben uns ja irgendwann mal kennen gelernt, und dann habe ich ihr das auch erklärt, und dann war das für sie okay. Seitdem ist das unser Handling. ... ... Jeder weiß, was sein Job ist. ... ... I: So wie das hier heute stattgefunden hat, ist das Routine für Euch beide? T: Ja, doch. Du meinst das mit dem Handtuch und dass sie sich alleine wäscht? ... ... Ja, ja, das ist für uns Routine. ... ... Sie weiß auch schon, dass ich ihr das Handtuch auf die Knie lege. Sie zuttelt sich das ja auch schon zurecht und hebt die Hände an, dass ich das da runter packen kann. Von daher ist es für sie auch völlig normal und Routine.

(3) V-IP4b-4A: Videosequenz:
PB XX sitzt mit Pullover, Unterhose und Strümpfen bekleidet in einem Sessel ihrem Wohnzimmer. IP4b greift von der Couch eine zusammengelegte braune Hose, hält sie Schulter hoch, lässt sie auseinander fallen und geht zu PB XX. Dann fasst sie den Hosenbund und beugt sich zu den Füßen von PB XX. Diese hebt beide Beine etwas hoch, indem sie die Knie anwinkelt und fährt dann mit den Füßen in das entsprechende Hosenbein. Anschließend zieht IP4b die Hose etwas hoch, wobei ihre linke Hand den Hosenschritt hochschiebt und die rechte am rechten Bein hochzieht. Danach fasst IP4b die Hosenbeine und zieht die Hose bis zu den Knöcheln hoch. Währenddessen stöhnt PB XX einmal leise „Och.“ Nun greift PB XX mit der linken Hand den Hosenbund und stützt sich mit der rechten Hand auf die Armlehne ihres Sessels. Ihr Oberkörper beugt sich nach vorne. Zugleich ist IP4b zum Rücken von PB XX gegangen und

steht seitlich zum Sessel. Sie umfasst mit ihrer linken Hand den linken Oberarm von PB XX und mit der rechten Hand fasst sie auf ihre Schulter. Noch einmal stöhnt PB XX leise „Och." und hebt sich langsam aus dem Sessel. Mit dem linken Fuß macht sie einen Schritt nach vorne, mit beiden Händen greift sie die Hose und zieht diese hoch.

V-IP4b-4A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1201-1288):
T: Soweit wie sie kann, lasse ich sie ein bisschen zutun, z.B. die Hose hochziehen. Kleinigkeiten. ... Im Nachhinein hat sie das Gefühl, dass sie nicht so bettlägerig und hilfebedürftig ist. Dass sie immer noch ein Mensch ist, der etwas tun kann. Das ist ein schönes Gefühl in dem Alter. I: Das heißt, es geht Dir weniger um das Aktivieren als vielmehr um das Gefühl selbstständig / T: Selbstständig, eigenständig zu sein. Aktivieren kann man nicht mehr. In dem Alter kann man nicht mehr. [Film läuft] I: Sie kommt Dir entgegen, indem sie das Bein mit hochnimmt. T: Ja. An manchen Tag geht es gar nicht, z.B. die Beine hochzuheben. Heute hat sie ein bisschen mitgeholfen. ... ... Das ist die Routine. ... ... Sie kann manchmal nicht alleine hochkommen. Manchmal hebt sie sich ein, zweimal hoch, dann fällt sie runter. Ich unterstütze sie, damit sie ganz einfach hochkommt und gerade stehen kann. ... Heute war mittelmäßig. ... Manchmal kann sie von alleine. Bei 90% helfe ich mit. I: Nimmst Du da was wahr? Denkst Du irgendwas dabei? T: Nö. I: Spürst Du was? T: Nein. Ich denke überhaupt nicht nach. Ich weiß, dass sie ein bisschen Hilfe beim Starten will oder beim Hochkommen, dann helfe ich ein bisschen mit.

(4) V-IP6b-1A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 333-400):
I: Vielleicht kannst Du mal Dein Augenmerk auf die Abnahme der Inkontinenzhose richten und mal aus Deiner Sicht beschreiben, was Du jetzt siehst und was Du in dem Moment wahrgenommen hast. ... ... T: ... das ist normal. I: Was heißt, das ist normal? T: Bei ihr ist das ein routinierter Ablauf. ... ... I: Ich habe die Szene so wahrgenommen, dass ... ... sie anfängt, den Klettverschluss zu lösen, dann gibt sie Dir den in die Hand / T: Das ist aber manchmal unterschiedlich. Mal mache ich sie [die Inkontinenzhose] komplett auf, mal macht sie sie komplett selber auf und stopft sie sich auch selber dazwischen. I: Wovon ist das abhängig? T: (Schulterzucken) Weiß ich nicht. Gegebenheit. Ich guck‘ denn, auch, heute macht sie, dann mach ich den Rest. I: Kannst Du Dich erinnern, wie das entstanden ist? T: Gute Frage. I: Ich denke, beim ersten Einsatz wird es nicht so gewesen sein. T: Nee, beim ersten Einsatz war natürlich erst einmal fragen, wie hätten Sie es denn gern? I: Denkst Du darüber nach, wenn Ihr die Inkontinenzhose löst und da zusammenarbeitet? T: Nee, denke ich nicht drüber nach. ... ... Ja, ich warte dann und denke: macht sie das jetzt alleine oder soll ich jetzt / Wenn mir die Pause dann zu lange dauert, dann greife ich ein. I: Das heißt, Du steuerst schon ein bisschen? T: Aber unbewusst. I: Würdest Du hier sagen, Du hast heute gesteuert? T: Nee, nicht. Sie hat ja den Anfang gemacht. Sie hat die Hose ausgezogen. Hätte sie das nicht gemacht, hätte ich eingegriffen.

7.1.3 Gespräche während der Routine

(1) V-IP6a-1A: Videosequenz:
PB XX sitzt bekleidet im Rollstuhl. Dieser steht in der Eingangstür zum Badezimmer. IP6a befindet sich im Badezimmer, mit dem Körper vor PB XX gebeugt. ... IP6a beugt sich weit

nach unten, schraubt die Fußstützen vom Rollstuhl ab und stellt sie links neben den Rollstuhl. PB XX hat seine Hände am Hals verschränkt und fährt sich damit von den Augen ausgehend über die Stirn und die Haare nach hinten. Beide schweigen. PB XX sagt mit gedehnter Stimme: „Du, ähm, wir müssten. Du." In dem Moment unterbricht IP6a seine Tätigkeit, sieht PB XX ins Gesicht und sagt: „Hmh?". PB XX hat die Hände im Nacken verschränkt und sagt: „Eine zusätzliche Sache kommt heut noch." IP6a sieht weiterhin PB XX an, lächelt leicht, beginnt den Hosenbund zu lockern und reagiert: „Duschen war gestern." Beide lachen kurz. PB XX sagt: „Nein, ich war beim Frisör und ich habe irgendwie noch so Haare am Hals." und öffnet die Hände. IP6a sieht auf die Haare von PB XX und lockert weiterhin den Hosenbund. „Ob wir die noch abgießen können, bitte?", fragt PB XX. „Joh", antwortet IP6a, sieht nach unten und arbeitet weiter am Hosenbund. Etwas zeitverzögert sagt er: „Kann ich ja mal gucken", setzt den rechten Fuß etwas seitlich auf und schwenkt mit dem Oberkörper nach rechts. ... Zeitgleich bewegt PB XX schwungvoll seinen Oberkörper über die rechte Armlehne des Rollstuhles. IP6a beginnt am Rücken von PB XX mit beiden Händen die Hose über das Gesäß mehrfach ruckelnd herunter zu ziehen. Dieser Moment dauert etwas und beide schweigen. Als die Hose fast ganz über die rechte Gesäßhälfte gezogen ist und während IP6a mit den Händen noch etwas die Hose unter dem Oberschenkel fixiert, sagt er: „Du warst beim Frisör?" IP6a betont dehnend das letzte Wort und hat die Stimme leicht erhöht. „Ja, weil ich doch morgen zu einer Hochzeit muss", antwortet PB XX IP6a lässt die Arme hängen, der Kopf ist nach unten gerichtet und er setzt seine Füße zur linken Seite des Rollstuhles. PB XX wirft schwungvoll seinen Oberkörper auf die linke Seite über die Armlehne. „Ejh", sagt IP6a und beginnt mit beiden Händen die Hose über die rechte Gesäßhälfte von PB XX zu ziehen. Als dies vollbracht ist, fragt in höherer Stimmlage und mit lächelndem Gesicht sowie den Kopf auf PB XX gerichtet IP6a: „Und da lässt Du mich am Mittwoch Deine Haare waschen?" Beide lachen.

V-IP6a-1A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1233-1349):
I: Achte gleich mal bitte auf Eure Kommunikation. Hast Du Lust, die Situation zu beschreiben? T: Ja. Mittwochs ist bei ihm Haarewaschen dran im Spätdienst. Hat mich ja nicht gestört, aber so ... ... I: Das ist das, was Ihr kommuniziert, finde ich. Was meinem Eindruck nach in dieser Situation noch abläuft ist, dass Du ihm ohne Worte dabei die Hose ausziehst. Ist Dir das eben aufgefallen? ... Du arbeitest weiter und ihr kommuniziert über den Frisör/ T: Das ist denn / Ich denke, wenn man sich denn schon kennt, geht das denn automatisch. Das, wenn ich die Bewegung rüber mache, weiß er, er muss in die andere Richtung rüber. ... I: Wie zeigst Du das an? Woher weiß er das? T: Weiß ich nicht. ... Aber das ist / Ist / Ist / Eigentlich fangen wir beide immer von der Seite an und es ist dann auch die letzte Seite, die ich dann wieder hochziehe. Das ist eigentlich planmäßige Routine, die da abläuft. I: Wo ihr keine Worte mehr braucht, um die zu besprechen? T: Ne. ... I: Denn ihr könnt über den Frisör reden? T: Ja. Also, ich guck dann schon ... welche Seite sitzt nicht und sag denn schon zwischendurch, wenn irgendwas nicht geklappt hat. Aber wenn das so wie da auf dem Film so einwandfrei läuft mit Ausziehen und dann nachher wieder anziehen, dann läuft das ohne Kommunikation. ... ... I: Würdest Du das als professionell beschreiben in Deiner Wahrnehmung? T: Nö. Wenn sich zwei Menschen gut verstehen, können das auch Laien, sich über ein Thema unterhalten und auch gleichzeitig pflegerisch arbeiten. Also, ich würde das nicht als professionell / Wenn man wirklich auf den anderen eingeeicht ist, denn klappt das auch. Ich würde das nicht als professionell sehen. I: Mhm. Kannst Du Dich an Gefühle oder Wahrnehmungen in dieser Situation erinnern? T:

Also, an das Arbeiten, da habe ich meistens keine Gefühle. ... ... Ich wusste ja auch nicht, was er haben möchte. Er hat gesagt, sein Hals kratzt. Man weiß ja vom Frisör, wenn die Haare denn geschnitten sind, dann piekt das hier alles rund rum. Und ich bin mal erstmal davon ausgegangen, na vielleicht hilft es ja, noch einmal oben herum zu waschen und nicht die Haare zu waschen. Das kommt denn irgendwann später, wo er denn sagt ‚Haare waschen'. I: Er sagt einmal, nur etwas später ‚Nur kurz durchshampoonieren' und ... T: Ich weiß aber von ihm, dass Haare waschen immer zweimal durchwaschen ist. ... ... Aber das wusste ich schon vorher, dass es nicht beim Einmal, sondern zweimal Haare waschen bleibt. I: Du hast vorhin gesagt, das Ausziehen der Hose läuft automatisch ab ... Denkst Du noch darüber nach oder / T: Das ist schon fast unbewusst ...

(2) V-IP7a-3A: Videosequenz:
IP7a sticht zu und injiziert langsam mit der rechten Hand das Insulin in die Bauchdecke. PB XX sieht ihr dabei zu. In dieser Zeit (13 Sekunden) schweigen beide und sehen auf den Ort des Geschehens am Bauch. Während IP7a Insulin injiziert, blickt sie PB XX an und fragt: „Wann treffen Sie sich denn mit der Franziska [ehrenamtlich Tätige] eigentlich wieder?" Zum Ende der Frage hebt IP7a den Kopf und sieht PB XX an. PB XX richtet den Kopf und die Augen nach oben links, wie wenn man nachdenkt. Nach einer Pause, IP7a sieht sie immer noch an, äußert PB XX: „Donn/.", hält den Kopf weiterhin in nachdenklicher Pose. Beide schweigen und dann sieht PB XX fragend zu IP7a und sagt gedehnt und fragend: „Donnerstag, glaube ich." „Donnerstag ist eigentlich immer ihr fester Tag, so", nimmt IP7a die Äußerung auf und nickt dabei. „Donnerstag, ja. Telefoniert habe ich schon mit ihr. Gestern oder so?" sagt nickend PB XX. „Jaha", bestätigt IP7a. IP7a streicht mit der rechten Hand über den Bauch, erhebt sich aus der Hocke und sagt: „Das war's schon." „Und dann hat sie mir erzählt oder wollte mir erzählen, dass es irgendetwas mit Heinz Ehrhardt im Fernsehen gibt", fährt PB XX fort und beobachtet IP7a.

V-IP7a-3A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1300-1339):
I: ... Du spritzt Insulin und fragst nach Franziska [ehrenamtlich Tätige]. Mein Eindruck ist, dass Du immer einmal nach Franziska fragst, bei jedem Einsatz. T: Das mache ich auch. I: Steuerst Du den Moment, in dem Du nach Franziska fragst? Ist es von irgendetwas abhängig? T: Eigentlich nicht. Ich frage grundsätzlich nach Franziska, weil ich das ganz wichtig finde. Franziska ist die Ehrenamtliche, die einmal in der Woche zu ihr kommt. Sie auch ein bisschen mit einzubeziehen, auch zur Orientierung. Das hat auch ganz gut geklappt. Franziska ist noch nicht so lange da. Anfangs wusste sie [PB XX] gar nicht, wenn ich nach Franziska gefragt habe, wer das überhaupt ist. Jetzt haben sie sich aber schon ein bisschen angefreundet. Ich greife das einfach zur Orientierung auf. Der Zeitpunkt ist ganz unterschiedlich. Ich glaub', diesmal habe ich es gemacht, um ein Gesprächsthema zu haben. I: Hast Du bewusst entschieden: jetzt kommt [das Thema mit der ehrenamtlich Tätigen] Franziska dran? T: Nee, das war spontan entschieden. I: Die Frage hat eine therapeutische Bedeutung? T: Ja, ich denke schon. I: Das ist nicht nur, um Schweigen zu überbrücken. T: Nee, dann hätte ich auch übers Wetter reden können. Ich versuche schon, das Umfeld, was sie so hat, mit einzubeziehen.

(3) V-IP7a-2A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1124-1145):
I: ... Warst Du bei der Obstfliege oder warst Du bei Deinen Handschuhen? T: Bei den Handschuhen war ich bestimmt nicht. Das ist Routine, nebenbei. Ich ziehe, glaube ich, meine Hand-

schuhe nicht bewusst an. I: Hättest Du das ohne Film gewusst? T: Dass ich die Handschuhe nebenbei anziehe? Glaube ich nicht. Wenn Du mich jetzt gefragt hättest, zu welchem Zeitpunkt hast Du eigentlich Deine Handschuhe angezogen, hätte ich das nicht beantworten können. ... ... Ich kann die auch blind anziehen. Ich muss da nicht bei hingucken.

(4) V-IP6b-3A: Videosequenz:
PB XX passt mit ihren Händen die Windelhose an die Leisten und den Oberbauch an und sagt währenddessen: „Sehen Sie nun ein, dass Sie hier [beim Pflegedienst] bleiben müssen?“ IP6b sieht auf den Bauch von PB XX und schiebt mit seiner linken Hand das Nachthemd etwas nach oben, damit PB XX die Windel dort anlegen kann. „Nein, sehe ich nicht ein“, äußert IP6b. „Nicht mal meinetwegen“, fragt scherzend PB XX. Während sie dies sagt, fährt sie mit der linken Hand zu den linken und mit der rechten Hand zu den rechten Klettverschlüssen der Windelhose. Dann löst sie ihre Hände von der Windelhose und legt sie neben ihren Körper. IP6b übernimmt die Windelhose hebt sie nochmals leicht vom Bauch an und legt sie wieder an. Zeitgleich sagt er: „Da gibt es noch andere außer Ihnen“, und richtet einmal kurz den Blick auf PB XX. „Die Sie lieben?“, fragt PB XX und sieht die ganze Zeit IP6b an. IP6b streicht über die Windelhose mit den Händen und beginnt auf der linken Seite die Klettverschlüsse zu schließen. PB XX fährt fort: „Haben Sie mich die ganze Zeit belogen?“ „Das habe ich nicht gesagt“, antwortet lachend IP6b und verschließt den Klettverschluss. Dann klopft er noch einmal kurz mit der rechten Hand auf den Klettverschluss. „Hab ich aber gesagt, und das stimmt auch“, äußert etwas lauter PB XX. „Sie haben mich aber nicht gefragt“, antwortet IP6b und schließt die Klettverschlüsse auf der rechten Seite.

V-IP6b-3A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 815-831):
I: Hier übernimmst Du [die Windelhose], siehst Du? Weil sie nicht weitermacht oder zeigt sie Dir das an? ... ... T: Das ist spontan. Eigentlich macht sie das immer mit dem Hochziehen, heute war es etwas kurz, normalerweise ist es etwas länger. Und dann übernehme ich. Wenn sie [die Windelhose] hochgezogen hat, dann übernehme ich. I: Wo bist Du da in Gedanken? T: Da beim Gespräch. ... ... Da dominiert das Gespräch.

(5) V-IP7b-1A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 345-355):
I: Kannst Du sagen, wo Du in Deinen Gedanken warst in dieser Situation? T: Jedenfalls nicht bei den Handschuhen, das läuft automatisch. Ich habe ihn am Anfang ja nicht verstanden, da er an dem Tag sehr verschleimt war, habe ich ihn auch schlechter verstanden als sonst. Bei ihm brauche ich sowieso eine Zeit, um mich auf seine Sprache einzustellen, weil er ja doch eine sehr verwaschene Sprache hat. Ich war ja auch drei oder vier Tage nicht bei ihm, und dann muss ich mich sehr drauf einstellen. I: Das heißt, Du hast zugehört /. T: Ich habe zugehört und hab versucht zu verstehen, was er mir sagen will.

(6) V-IP6b-2A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 461-477):
T: Wenn der Automatismus drin ist, dann geht's. Dann kann ich mich auch unterhalten. Aber wenn etwas Neues ist, dann kann ich mich nur auf eine Sache konzentrieren. Und dann muss ich mich auch darauf konzentrieren. I: Und hier ist ein Automatismus am Werk? T: Das [Anziehen einer Windelhose] habe ich verinnerlicht. I: Und wo bist Du dann mehr? Bei Deinem Gespräch oder bei Deinen Handlungen? T: Wenn ich die Handlung schon kenne, dann bin ich mehr beim

Gespräch. Wenn ich aber gucken muss, dann konzentriere ich mich mehr auf die Sache, die ich gerade tue.

7.1.4 Routine und Gesprächsgestaltung im Kontext pflegerischer Handlungsparallelität

(1) V-IP12-3I: Videosequenz:
Nun hat IP12 das Gesäß abgetrocknet. Das Handtuch in ihren Händen und mit gebeugtem Oberkörper über dem Bett und mit Blick zu PB XX Genitalbereich beginnt IP12 den Genitalbereich abzutrocknen. PB XX hat seinen rechten Arm vom Bett etwas abgehoben (damit IP12 gut sehen kann). Während sie den Genitalbereich abtrocknet, fragt IP12: „Haben Sie denn gestern gut geschlafen?“ und blickt kurz in PB XX Gesicht. Und während IP12 weiter abtrocknet, fährt PB XX fort: „Wir haben noch lange Fernsehen geguckt, die Tänze bei den Weltmeisterschaften.“ IP12 trocknet weiter, den Blick auf den Genitalbereich von PB XX gerichtet. Dann blickt sie kurz zu PB XX und sagt: „Aha.“ Dieser fährt fort, von dem Fernsehen zu erzählen, von bunten Kleidern und von Braunschweig. Noch während PB XX redet, trocknet IP12 inzwischen das Gesäß und die Rückseite der Oberschenkel ab. Zwischendurch äußert IP12: „Mhm“, während PB XX von Paaren, Tanzen und der Eröffnung der Tanzmeisterschaft erzählt. IP spreizt mit ihrer rechten Hand die Gesäßhälften auseinander und trocknet mit der linken Hand den Zwischenraum und fragt währenddessen: „Ja, war das denn so Standard oder Laien, ach wie heißt das, Lateinamerikanisch . . . ?“ „Standard und Lateinamerikanisch“, antwortet PB XX. Inzwischen trocknet IP12 die Rückseite der Oberschenkel ab und äußert dabei: „Aha“. „Und, ähm, ganz zum Schluss habe ich nachher den Boxkampf gesehen“, sagt PB XX. IP12 fährt mit dem Handtuch noch einmal über die Knie von PB XX, dann tupft sie kurz im Hüftbereich mit dem Handtuch, sagt: „Ach“ und hängt das Handtuch über die Toilettenstuhllehne. Anschließend greift sie sich die Lotionsflasche von dem Tisch, auf dem auch die Waschschüssel steht und fragt zeitgleich etwas erstaunt: „Ist eigentlich jedes Wochenende Boxen?“ Auf dem Weg zu PB XX zurück gibt sie sich Creme auf ihre rechte Hand und stellt die Lotion rechts neben PB XX auf sein Bett. Inzwischen antwortet dieser und blickt zu IP12: „Nee, nicht immer.“ Nun schweigen beide kurz. IP12 cremt den Unterbauch von PB XX ein, dann die Vorderseite der Oberschenkel. Zugleich fragt IP12: „Wer hat geboxt, wissen Sie das noch?“, und sieht einmal kurz zu PB XX. Während sie cremt, liegt ihre linke Hand auf der rechten Gesäßhälfte von PB XX (als würde IP12 ihn gegen den ‚Cremedruck‘ von vorne stützen). „Nee, die Namen weiß ich nicht mehr“, antwortet gähnend PB XX. IP12 nimmt sich neue Creme aus dem Gefäß, sieht kurz zu PB XX und bemerkt: „Waren also keine Deutschen?“ Anschließend cremt IP12 die Vorderseite der Oberschenkel von PB XX, nimmt sich erneut Creme und wiederholt ihr Vorgehen. „Ja, ein Deutscher, Herbert, Herbert“, äußert überlegend PB XX. Die linke Hand, die zuvor auf dem Gesäß lag, ist nach der Creme-Entnahme ausgestreckt am rechten Oberschenkel – liegt jedoch nicht auf, sondern ist etwas vom Schenkel entfernt – und ist zwischendurch am Cremen beteiligt. Nun cremt IP12 das Gesäß und die Rückseite der Oberschenkel und beide schweigen. IP12 nimmt sich erneut Lotion und cremt Gesäß sowie Oberschenkel. Zugleich sagt sie: „Ich kenn ja sowieso nur Tiger, ähm, wie heißt er, der Tiger, Micha, Michaelschewski oder so ähnlich, ne?“ „Ja, ja, Michaelschewski“, bestätigt PB XX.

Während IP12 abwechselnd Vorder- und Rückseite eincremt und zwischendurch neue Lotion auf ihre Hand aufträgt, sagt sie: „Da habe ich aber auch nur den Klatsch gehört, dass er sich irgendwie von seiner Frau getrennt hat, oder sonst was." Dabei liegt ihre linke Hand auf der Hüfte von PB XX, während sie seinen Bauch eincremt. „Ja, ja", bestätigt PB XX. IP12 cremt den Körper von PB XX nun mit Bewegungen (auch mit der Rückseite ihrer Hände), als würde sie den Rest Lotion verteilen, zieht dann mit ihrer linken Hand den Toilettenstuhl zu PB XX Gesäß und sagt: „So, PB XX, dann können Sie sich wieder hinsetzen." PB XX kommt dieser Ansage nach.

V-IP12-3I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1167-1202):
T: Für mich, wenn ich das richtig erinnere, waren wir soweit durch. Ich hatte gesehen, es ist nichts, keine Druckstellen oder Pilze. Dann war das für mich soweit erledigt. Da musste ich nicht mehr intensiv da gucken, mich da konzentrieren, sondern konnte wieder auf ein normales Gespräch umschalten. Ich hatte auch das Gefühl, das ist schon längst dran. I: Das Gespräch? T: Ja. Über solche Dinge. Und das wahrscheinlich auch nur noch nicht zustande gekommen war, weil Sie gefilmt haben und ich gedacht habe, ich muss das / ich darf nicht so viele private oder sonstige Dinge / Weil ich ja sonst viel mehr über solche Dinge rede. Auch über Alltag und Familie. I: Können Sie sich noch erinnern, wo Sie mit Ihrem Bewusstsein waren? Mehr bei dem Gespräch oder mehr beim Waschen im Genitalbereich? T: Ich denke, als ich das Gespräch angefangen habe, war ich auch bei ihm, wie er / bei dem Gespräch / es hat mich gefreut, dass es ihm gefallen hat, dass er es auch bewusst gesehen hat und sich da noch erinnern konnte. Die Freude an die schönen Menschen, an die schönen Kleider, an das Drumherum. I: Das heißt, das Waschen lief routiniert ab. T: Das war nebenher. I: Aber es lief erst routiniert ab, nachdem Sie gesehen haben: keine Druckstellen, kein Pilz. T: Genau. Über Boxen haben wir uns auch noch unterhalten und die Pflege im Genitalbereich. [Film läuft] [T. lacht] I: Warum lachen Sie? T: All diese Elemente beziehen sich / die haben ja auch eine gewisse sexuelle Komponente ... Das ist ja auch so / da habe ich auch nie so / ne, das kommt mir jetzt erst so zu Bewusstsein.

(2) V-IP7a-7I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1799-1806):
T: Ich plane da nichts, wir haben auch immer andere Gesprächsthemen. ... ... Wie wir allgemein miteinander umgehen und wie wir reden, ..., das ist intuitiv. ... ... PB XX ist auch immer anders drauf. Ich mache das immer situationsbedingt, wie sie gerade so drauf ist. ... ... Ich improvisiere viel. Von daher, denke ich, ist da viel Routine bei, die pflegerischen Sachen oder Strümpfe anziehen und Schuhe hinstellen.

(3) V-IP11-8I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 2035-2079):
T: Da merkt man im Grunde genommen, wie wir gut eingespielt sind. ... ... Ich brauch gar nicht mehr viel sagen. ... ... Das ist einfach ein gutes Zusammenspiel. Es ist fast optimal. Man braucht gar nicht mehr über die Sachen, die eigentlich jetzt vorkommen, gar nicht mehr so viel reden, sondern man unterhält sich jetzt über andere Dinge. ... Wenn er jetzt das macht, dann kommt als nächstes wohl das Hemd. Das finde ich eigentlich schon fast optimal so. ... Aber, ich sag mal, wenn man das vier Wochen gemacht hat, dann sollte das hinterher bei rauskommen. Dann ist das nämlich das Ergebnis, dass man dann weiß, aha, die und die Abläufe sind das, und das und das weiß ich auch. ... ... ich interpretier das für mich auch als gut. Nicht als schlecht. Sie [die Pflegebedürftige] weiß das halt. Sie ist halt so / Ich betrachte

das als Kompliment. Sie hilft mir ja selbst dabei. Sonst macht sie fast gar nichts. ... ... I: Da musstest Du nicht mehr lange überlegen, erst die Brille / T: Nö. Das mach‘ ich so.

(4) V-IP11-8I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 2096-2099):
I: Wo bist Du gedanklich, wenn Du Dich ... versuchst zu erinnern? Bist Du bei Deinem Handling oder bist Du bei Deiner Wäsche? T: Ich bin bei der Wäsche gewesen ...

(5) V-IP12-3I: Interview zur Videosequenz (Zeilen1136-1719):
T: Ich habe ihn gewaschen. Irgendwie kommt dann immer das Gefühl, man muss sich auch mal über andere Dinge unterhalten als nur über Waschen, Anziehen und so. Und weil er gerne erzählt, habe ich ihn gefragt, ob er gut geschlafen hat. Meistens reagiert er dann und erzählt, wie oft er wach war oder nicht, aber es scheint im Augenblick besser zu laufen. ... ... Nee, um einfach mal wieder ein Gespräch zu führen oder ihn mal wieder erzählen zu lassen. Damit er nicht immer nur Anweisung erfüllen muss. ... ... Ich hatte auch das Gefühl, das ist schon längst dran. ... ... I: Ist da Intuition für Sie dabei oder eher nicht? T: Doch, ja. Ich habe ja jetzt nicht bewusst gedacht, ich wasche ihn jetzt unten rum, alles ist in Ordnung, ich fange jetzt ein Gespräch an. Das war in Ordnung und dann kam das einfach so. Ja, denke ich schon.

(6) V-IP11-8I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 2698-2700):
T: Intuitiv war, wie ich ihr das T-Shirt ausgezogen hab und wir haben uns über was ganz anderes unterhalten. ... ... Auch die ganze Sprache, die ich da so anwende, die dann natürlich noch einigermaßen halbwegs verständlich sein muss ...

7.1.5 Strategien zum Umgang mit Erlebnis- oder Problemäußerungen von Pflegebedürftigen auf der Grundlage von Routine

(1) V-IP8-5I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 3041-3061):
I: Da bist Du ja in den Knien, bei ihren Knien, ihren Füßen, Du cremst sie, glaube ich, ein, und sie [die Pflegebedürftige] erzählt von Fröschen und [ihrem Bruder] Rüdiger und dann von Kranichen. T: Auf einmal ist da ein ganz plötzlicher Themenwechsel. Und auch „Bei uns zu Hause“, da war sie ja ganz wo anders. Mit den Kranichen, die fliegen da so rüber. Ich frage „Ja, wo war denn das? Meinen Sie jetzt hier oder bei Ihrem Bruder.“ Weil sie ja vorher von Robert und den Fröschen /... I: Wo sie das ganz durcheinander gebracht hatte, ihren Bruder und in der Wohnung. T: Und ich ehrlich gesagt, manchmal nicht weiß, ob ich darauf eingehen soll, weil sie darauf manchmal etwas unwirsch reagiert, wenn man sie darauf aufmerksam macht, dass sie da so ein bisschen tüddelt. Das ist ganz schwierig für mich, das abzuwägen, soll ich sie darauf ansprechen – habe ich ja auch getan – aber dann habe ich gleich gemerkt an ihrem Blick und so, dass ich damit aufhören soll. Dass sie darüber gar nicht reden möchte, dass ich das Gefühl habe, die tüddelt da.

(2) V-IP4b-1I: Interview zur Videosequenz:
T: Wenn man mit jemandem erst einen Monat zusammengearbeitet hat, dann kann man die Leute noch nicht so gut kennen. Wenn man mit den Leuten fast jeden Tag zusammen ist, dann kennt man sie ganz gut. ... ... „Es juckt“ und „Meine Augen tun weh“, das sagt sie [die Pflegebedürftige] immer. Ich beruhige sie. ... Das sagt sie immer. ... Sagt sie immer. ... ...

Es ist reine Routine. I: Ihr habt immer die gleiche Kommunikation? T: Ja, wir haben immer das gleiche.

(3) V-IP4b-2I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 975 – 1057):
I: Jetzt geht es um den Sohn? T: Dieses Thema kenne ich schon seit längerer Zeit. ... ... In diesem Moment habe ich nicht nachgedacht. In diesem Moment hatte ich nur das Gefühl, ich muss ihr das Gefühl geben, dass sie nicht ganz alleine ist. Sie kann sich auf uns jederzeit verlassen. Ich zeige ihr jedes Mal die Nummer auf der Mappe. Ich habe die Nummer überall aufgeschrieben, dass sie jederzeit, egal ob Tag oder Nacht, uns anrufen kann. Sie ruft nicht an, nur dieses Gefühl, dass sie nicht ganz alleine ist, das gibt ihr Sicherheit. Und es tut ihr gut. ... ... I: Sie will nicht zwingend das Thema mit dem Sohn mit Dir bearbeiten? T: Nein, das nicht. Nur, dass ich mir die paar Minuten mehr Zeit nehme und mich mit ihr unterhalte. ... ... Ich möchte nicht, dass sie traurig ist. Sie hat den Verdacht, dass sie allein gelassen wird. Im Nachhinein ist sie ein bisschen traurig. In diesem Moment möchte ich sie nur ein bisschen ablenken. ... Ich versuche es immer wieder. Einmal die Heizung, einmal die Lotion. Jede Kleinigkeit, um abzulenken. I: Aber das Thema Heizung hättest Du nicht noch einmal nehmen können? T: Nein. Einmal reicht.

(4) V-IP4b-3I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1070 – 1141):
T: In diesem Moment habe ich gemerkt, dass sie nicht ganz klar bei der Sache ist. Weil, der Sohn ist nicht tot. I: Das finde ich sehr interessant, dass Du sagst im Video: „Ich habe verstanden." Das hört sich für mich so an, wie: ich habe Ihnen zugehört, aber ich weiß, dass die Situation eigentlich anders ist. ... ... Du fragst nicht noch einmal nach, „Sind Sie sich sicher mit dem Sohn?", sondern mir kommt es so vor, als würdest Du das, was vorher gesagt wurde, abhaken mit einem sehr vertrauensvollen „Ich habe das verstanden". T: Ja, das mache ich wirklich so. Ich lasse sie ruhig angehen. Wenn man nochmal, nochmal und nochmal nachfragt, dann wird sie beunruhigt. Dann ist sie mit sich unzufrieden, „Warum habe ich das gesagt, warum habe ich das getan?" Man muss ihr Zeit lassen. Man gewinnt ihr Vertrauen, und man kann diese Gedanken nachlesen, wenn sie Vertrauen hat und ein bisschen beruhigt ist, dann kann alles ein bisschen ruhiger weitergehen. Aber wenn man noch eine Frage und noch eine Frage stellt, dann ist sie aufgewühlt und es wird alles durcheinander. Bei alten Leuten kann man nicht so handeln!

(5) V-IP4b-1I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 805 – 938):
T: Das kommt von der vielen Erfahrung. ... Und heute habe ich zum Beispiel auch gemerkt, dass ihr rechtes Auge ein bisschen gerötet war, dass heißt, sie hat nicht gut geschlafen und die Augen haben gejuckt und dadurch, dass sie auch aufgeregt war, sie hatte private Probleme und dadurch konnte ich merken, dass sie irgendetwas hatte. ... ... Es kann sein, dass sie Probleme hat. Aber die sind nicht so ernst. Das ist ein paar Mal passiert. ... ... I: Das heißt, das Auge ist ein Nebenthema. T: Ja. Wenn sie nichts zu reden oder zu meckern hat, dann findet sie irgendetwas. I: Aber Du kennst die Palette? T: Ja, ich kenne sie.

(6) V-IP4b-1I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 162-180):
T: ... nur die Sicherheit. ... ... Sie möchte nur ganz sicher sein, dass wenn sie Probleme hat, man sich um sie kümmert. I: Sie möchte die Sicherheit haben. T: Ja, nur die Sicherheit. I: Und die gibst Du ihr. T: Ja. ... ... I: Vom Auge weg. T: Vom Auge weg, dass sie über etwas

anderes nachdenkt. Wenn sie die ganze Zeit über die Augen redet, dann redet sie die ganze Zeit über das. Ich wollte sie ein bisschen ablenken. Über etwas anderes reden, dass sie über das Problem nicht so groß darüber nachdenkt.

(7) V-IP4b-1: Interview zur Videosequenz (Zeilen 356-358):
I: Woran kannst du festmachen, dass es ihr gut geht oder dass es ihr schlecht geht? T: Wenn ich reingehe zum Beispiel / Sie ist normalerweise im Bett, dann mit meinem ‚Guten Morgen' ‚Hallo' wacht sie auf und wenn sie aufgestanden ist, kann ich sofort merken, ob sie gut geschlafen hat oder nicht. ... ... Wenn sie aufgestanden ist, dann merke ich das.

(8) V-IP10-2I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 850-873):
I: Können Sie sich an Wahrnehmungen erinnern? ... ... T: ... sie sah auch sehr / sie sah nicht leidend aus. Sie sah eigentlich ganz normal aus, so wie immer, wenn ich morgens komme. ... ... Doch, ich hab sie schon so gesehen. Dann sagt sie auch, dass sie nichts essen mag, sie sieht ein bisschen blass aus. I: Gucken Sie sich noch etwas an? Können Sie sich erinnern? T: [Langes Überlegen] Nee. Also, ich guck mir die Gesichtsfarbe an, wie sie aussieht, was sie mir sagt. Wie es ihr geht. Sie hatte gut geschlafen.

(9) V-IP4b-3I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 138-139):
T: In diesem Moment habe ich gemerkt, dass sie nicht ganz klar bei der Sache ist.

(10) V-IP8-5I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 3044-3048):
T: Das ist ganz schwierig für mich, das abzuwägen, soll ich sie darauf ansprechen – habe ich ja auch getan – aber dann habe ich gleich gemerkt an ihrem Blick und so, dass ich damit aufhören soll.

(11) V-IP4b-1I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 381-383):
I: Wie sicher bist Du mit diesen Wahrnehmungen? T: Zu 90% liege ich richtig.

(12) V-IP4b-2I: Videosequenz:
PB XX sagt leise, fast klagend: „Und der Sohn ist nicht da, der ist mit Rossmann, die sind in Urlaub, nich." „Aha", bemerkt weiter hantierend IP4b. „Und, vier Monate schon", fügt PB XX hinzu. Dabei sieht sie weiterhin zu IP4b. „Vier Monate schon?", fragt mit gehobener Stimme IP4b. „Ja, ich finde, so was dürfte gar nicht erlaubt sein", äußert leise PB XX und blickt fast Hilfe suchend zu IP4b. „Das ist aber ein bisschen viel, oder?", fragt mit ungläubiger Stimme IP4b, während sie weiter den Körper abtrocknet und ihren Blick darauf gerichtet hat. „Ja, ja", bestätigt PB XX mit gleichem Gesichtsausdruck und wiederholt: „Aber so was dürfte gar nicht erlaubt sein." Mit ruhiger tiefer Stimme bestätigt IP4b: „Das denke ich auch nicht, ne." Und während sie sich mit dem Handtuch in Richtung Rücken beugt und PB XX ihren Oberkörper nach vorne neigt, fährt sie fort: „Normalerweise hat man nur einen Monat Urlaub." Dabei trocknet sie den Rücken ab. „Mit Schwiegertochter", fügt PB XX hinzu. „Aha", bemerkt IP4b und trocknet weiterhin den Rücken ab. Nun schweigen beide einige Sekunden. „Ich verstehe das auch nicht, dass sie das gemacht haben. Wenn man alleine ist, so, ne", sagt PB XX und hat den Blick geradeaus gerichtet. Nun hängt IP4b das Handtuch auf einen Haken neben dem Waschbecken und greift nach einem Gefäß mit Lotion auf dem Badewannenrand. Dabei dreht sie PB XX den Rücken zu. Ihr Blick richtet sich auf das Handtuch und die Lotion. Zugleich sagt sie mit ruhiger tiefer Stimme: „Wir sind doch jederzeit für Sie da, PB XX." PB XX sieht

ihr zu und verfolgt jede ihrer Bewegungen. Während IP4b Lotion auf ihre linke Hand drückt, dreht sie sich zu PB XX und sieht immer abwechselnd zu ihr und zu ihrer Hand. Sie sagt: „Wenn etwas sein sollte, dann dürfen Sie jederzeit bei uns anrufen. Dann kommt einer von uns. Wenn etwas sein sollte. Das hoffen wir nicht. Oder wenn die Kinder momentan nicht da sind, wir sind jederzeit für Sie da." Nun drückt sie so kräftig auf die Lotionsflasche, dass die Luftgeräusche fast das Satzende verschlucken. PB XX sieht IP4b mit nun geöffnetem Mund an und bestätigt mit: „Ja. Ja." „Egal, Tag oder Nacht", ergänzt IP4b, während sie kurz und mit schnellen Bewegungen Lotion auf dem Rücken verreibt. Nun nimmt sie eine neue Flasche Lotion, sagt an PB XX gewandt: „Das ist alle, werfe ich nachher weg", und legt die alte Flasche beiseite. Anschließend sprechen beide über die neue, bereits besorgte Flasche Lotion.

(13) V-IP8-5I: Videosequenz:
IP8 hat aus dem Wohnzimmer ein neues T-Shirt geholt sowie Pullover, Hose und Socken mitgebracht. Sie legt die Sachen auf die Ablage des Rollators ... Dann stellt sich IP8 vor PB XX hin, sagt leise: „So", und rafft den Pullover so zusammen, dass PB XX mit den Ärmeln leicht den Einstieg findet. PB XX neigt ihren Kopf etwas nach vorne, hebt die Arme und sagt: „Da fällt mir ein, dass ich beim nächsten Mal noch mal fragen muss, ob der Frosch noch quakt, den ihr im Teich habt." Bei dem Wort Frosch wird PB XX Stimme brüchig, was sonst nicht geschieht. Dann sieht sie IP8 an und lächelt ein wenig. „Bei wem?" fragt einen Pulloverärmel über den linken Arm von PB XX ziehend IP8. Sie sieht dabei auf den Pullover. „Bei meinem Bruder ... Robert hatte doch wieder 'nen Frosch im Teich und der quakt ab und zu mal", erklärt lächelnd PB XX. In dieser Zeit rafft IP8 den Pullover so, dass PB XX ihn über den Kopf ziehen kann. „Ach so", sagt relativ leise IP8, und während PB XX den Kopf nach vorne beugt, zieht sie den Pullover über deren Kopf. Noch mit gebeugtem Kopf sagt PB XX: „Das meiste hat er wohl schon von sich gegeben, aber gelegentlich mal, da haben wir uns beide doch so drü/ darüber amüsiert, wenn er denn mal gequakt hat." Zwischendurch bricht PB XX die Stimme weg und beim Wort ‚drüber' stottert sie etwas, was sonst nicht der Fall ist. Während PB XX dies sagt und den Kopf auch wieder hebt, zupft IP8 an dem Pullover, zieht ihn etwas nach unten, positioniert ihn an den Schultern und schließt am Hals etwas den Reißverschluss. PB XX lächelt zwischendurch. „Und ach, denn wollte ich immer noch fr/ fragen mal ..., wann die, wann die Kraniche wieder wech gehen", fährt PB XX mit fast aufgeregter Stimme fort, während IP8 von einem Tisch eine Inkontinenzhose sowie eine Einlage nimmt; ihr Blick folgt ihren Handlungen. Nun hockt sich IP8 vor PB XX hin und entfaltet die Hose sowie die Einlage. Währenddessen berichtet PB XX weiter: „Die haben wir, voriges Jahr haben wir die beobachtet. Das waren drei ganz große Schwärme, direkt immer überm Haus ...". Mit ihrem rechten Arm zeigt sie fliegende Vogelschwärme an. „Ach, das sieht ja toll aus, wenn die so fliegen, ne?", erzählt PB XX und sieht die ganze Zeit IP8 an. Ihre Stimme wirkt nun gefestigter. Immer noch die Inkontinenzhose entfaltend und nun mit Blick zu PB XX fragt IP8: „Bei ihrem Bruder meinen Sie jetzt?" „Jaha", bestätigt PB XX mit Blick auf IP8. „Waren sie letztes Jahr bei ihrem Bruder? ... Sind sie sicher?", fragt kurz auf PB XX sehend IP8 und entfaltet weiter Hose und Einlage. PB XX nickt und sagt: „Ne, jetzt, hier, hier." Zugleich streckt sie ihr linkes Bein aus und IP8 zieht ein Inkontinenzhosenbein darüber. Dann sieht sie PB XX etwas länger an und ohne hinzusehen, bereitet sie das andere Hosenbein so vor, dass PB XX anderes Bein später hineinfahren kann. Zugleich fragt sie, den Blickkontakt immer noch haltend und mit den Handgriffen pausierend: „Wann hier?" „Hier,

als ich morgens hier schon auf war“, sagt PB XX und gleich darauf fragt IP8 mit dem Kopf zweimal ins Wohnzimmer zeigend und zum Satzende die Stimme hebend: „Hier, bei ihnen in der Wohnung waren die Kraniche, hier? … Oder bei ihrem Bruder? … Denn der wohnt ja ganz woanders.“ Beide sehen sich an. PB XX faltet auf ihrem Schoß wie aus Verlegenheit die Hände ineinander und IP8 zieht das andere Bein der Inkontinenzhose an. „Nein, bei meinem Bruder hab ich die doch gesehen“, äußert etwas nachdenklich PB XX. „Ja“, bestätigt IP8 und zieht die Inkontinenzhose in Richtung Knie hoch. Ihr Blick ist auf ihre Hände gerichtet. „Gabi, Gabi rief nämlich, die Kraniche kommen. Die kennt das auch. Und Robert ist auch interessiert, dem musste ich gleich vormachen, wie breit die sind“, erzählt PB XX mit einer ausladenden Armbewegung am Satzende. Währenddessen legt IP8 die Einlage in die Hose und streift diese über die Knie. Dann nimmt sie die Socken vom Rollator, entfaltet eine Socke und dehnt sie auf. Anschließend sieht IP8 kurz zu PB XX und sagt: „Ach so, mit den Flügeln, ne“, und zieht an den rechten Fuß von PB XX die auf gedehnte Socke. Während IP8 die Socken über PB XX linken und rechten Fuß zieht, schweigen beide. Als die rechte Socke sitzt, fragt IP8 mit kurzem Blick zu PB XX: „Geht's?“ „Büschen, das knackt da so drin“, äußert PB XX. „Ja, das ist immer das schlimme Bein“, erklärt IP8 und greift zugleich nach der Hose auf dem Rollator. Anschließend wird PB XX weiter angezogen.

(14) V-IP8-5I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 3024-3089):
I: Wie ist es mit den anderen Situationen? … Aber es muss Deinem Begriff von Intuition entsprechen. T: … Nachher kam ja noch so ein Moment, wo ich dachte, ist sie jetzt doch ein bisschen durch den Tüddel, mit den Kranichen. … … dass ich das Gefühl habe, sie tüddelt da. … … I: Das Bauchgefühl, das Dir gesagt hat, lass das Thema? T: Lass das Thema. Ich habe versucht, es anzusprechen, aber ich habe gedacht, das lass jetzt lieber. … Das ist ganz schwierig für mich, das abzuwägen, soll ich sie darauf ansprechen – habe ich ja auch getan – aber dann habe ich gleich gemerkt an ihrem Blick und so, dass ich damit aufhören soll. Dass sie darüber gar nicht reden möchte, dass ich das Gefühl habe, sie tüddelt da. I: Da wäre für Dich Intuition gewesen? Ein Gespür, ein Bauchgefühl? T: Ja. I: Das Bauchgefühl, das Dir gesagt hat, lass das Thema? T: Lass das Thema. Ich habe versucht, es anzusprechen, aber ich habe gedacht, das lass jetzt lieber. Da möchte sie jetzt gar nicht so drüber reden. Ich wusste ehrlich gesagt auch nicht, wie sollte ich das jetzt anpacken? Es kam mir schon ein bisschen tüddelig vor, wie sie so / Und ich habe instinktiv gemerkt, wie sie mich angeguckt hat, das ist jetzt nicht so das Thema. Dass sie darüber gar nicht reden möchte, dass ich das Gefühl habe, sie tüddelt da. … … Es war wieder das Gefühl, das lass man jetzt, das ist jetzt hier eine Situation, das ist irgendwie / wie soll ich sagen / da würde ich sie vielleicht in Schwierigkeiten bringen oder in Verlegenheit, wenn ich da jetzt so großartig drauf eingehen würde. Und das wollte ich nicht. Und deswegen habe ich es gelassen. Ich hätte auch so lange bohren können, bis sie selber merkt, dass sie da dummes Zeug redet, sage ich jetzt mal so. I: Ihr das so vorhalten? T: Ja. I: Das hast Du gelassen? T: Das habe ich gelassen. I: Da wäre für Dich Intuition gewesen? Ein Gespür, ein Bauchgefühl? T: Ja. … … I: War es ein schlechtes Gefühl oder ein gutes Gefühl? Wie kann man das beschreiben? T: Es war wieder das Gefühl, das lass man jetzt, das ist jetzt hier ‘ne Situation, das ist irgendwie / wie soll ich sagen / da würde ich sie vielleicht in Schwierigkeiten bringen oder in Verlegenheit, wenn ich da jetzt so großartig drauf eingehen würde. …

(15) V-IP4b-2I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 166-189):
I: Sie sagt, sie findet es nicht so nett, dass ihr Sohn weg ist und Du ... T: Ich lenke sie nur ab. ... ... Ich möchte nicht, dass sie traurig ist. Sie hat den Verdacht, dass sie allein gelassen wird. Im Nachhinein ist sie ein bisschen traurig. In diesem Moment möchte ich sie nur ein bisschen ablenken. Es ist nicht immer 100%ig erfolgreich. Ich versuche es immer wieder.

(16) V-IP4b-3I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 173-177):
I: Dass heißt, um in dem Erleben von PB XX Schlimmeres zu verhindern, hast Du gesagt: „Ich habe das verstanden“? T: Ja. Sie braucht nicht so viel nachzudenken oder sich vielleicht schämen, dass sie etwas Falsches gesagt hat.

(17) V-IP4b-2I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 137-145):
T: In diesem Moment habe ich nicht nachgedacht. In diesem Moment hatte ich nur das Gefühl, ich muss ihr das Gefühl geben, dass sie nicht ganz alleine ist. Sie kann sich auf uns jederzeit verlassen. Ich zeige ihr jedes Mal die Nummer auf der Mappe. Ich habe die Nummer überall aufgeschrieben, dass sie jederzeit, egal ob Tag oder Nacht, uns anrufen kann. Sie ruft nicht an, nur dieses Gefühl, dass sie nicht ganz alleine ist, das gibt ihr Sicherheit. Und es tut ihr gut.

(18) V-IP4b-1I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 162-239):
T: Wenn sie beruhigt ist, dann sehen am nächsten Tag die Augen besser aus. Ich beruhige sie. Ich sage jedes Mal, wenn es bis Montag oder Dienstag nicht besser geworden ist, dann machen wir einen Termin beim Augenarzt. ... ... Wenn es ein Problem gibt, kann sie sicher sein, dass ich einen Termin mache. Ich bringe sie hin. Wenn es ein Problem gibt, dann braucht sie sich nicht zu sorgen. ... ... I: Und jetzt erzählst Du etwas von der Heizung. Was ist in Dir vorgegangen, dass Du das Thema Heizung ansprichst? Mir kommt es so vor, als hättet Ihr das schon einmal gehabt. T: Hatten wir auch. Ich wollte sie auf etwas anderes lenken. ... ... I: Aber Deine Intention ist es, sie abzulenken? T: Ja, nur ablenken.

(19) V-IP4b-3I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 156-171):
I: Aber Du fragst nicht noch einmal nach, „Sind Sie sich sicher mit dem Sohn?“, sondern mir kommt es so vor, als würdest Du das, was vorher gesagt wurde, abhaken mit einem sehr vertrauensvollen „Ich habe das verstanden“. T: Ja, das mache ich wirklich so. Ich lasse sie ruhig angehen. Wenn man nochmal, nochmal und nochmal nachfragt, dann wird sie beunruhigt. Dann ist sie mit sich unzufrieden, „Warum habe ich das gesagt, warum habe ich das getan?“ Man muss ihr Zeit lassen. Man gewinnt ihr Vertrauen, und man kann diese Gedanken nachlesen, wenn sie Vertrauen hat und ein bisschen beruhigt ist, dann kann alles ein bisschen ruhiger weitergehen. Aber wenn man noch eine Frage und noch eine Frage stellt, dann ist sie aufgewühlt und es wird alles durcheinander. Bei alten Leuten darf man nicht so handeln! ... ... PB XX ist dann beruhigt, dass sie nicht ganz doof und alt ist.

(20) V-IP4b-1I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 256-260):
I: Würdest Du sagen, es gelingt Dir? T: Ja. Sie hat nicht darüber nachgedacht. Ich habe über die Lotion geredet, dann hat sie sich bedankt. Am Morgen hat sie das Problem nicht mehr.

(21) V-IP10-2I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1974-2011):
I: Ich hab das spontan jetzt so gedeutet, als wäre es nicht geplant. T: Ja, das sind solche Situationen, die man nicht planen kann. Gespräche, die entstehen. ... ... Wahrscheinlich

habe ich nicht daran gedacht, dass ich im Gespräch sicher sehr oft intuitiv bin, dass ich mich sehr oft an dem Kunden orientiere, was er mir erzählt. Das ist ja alles nicht geplant. Ich plane ja nicht morgens, das und das Gespräch will ich mit dem Kunden führen. ... ... I: Sie planen nicht, so etwas wie mit dem Erbrechen einzubauen? T: Nein.

(22) V-IP4b-3I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 246-259):
I: Was ist für Dich Intuition? Kannst Du das beschreiben? ... ... T: Aus dem Bauch heraus. ... ... Ich habe vorher nicht darüber nachgedacht. Bei ihr haben wir jeden Tag ein neues Thema. Manchmal ändert sich das Thema, manchmal ist es dasselbe. Jeden Tag entscheide ich mich in dem Moment aus dem Bauch heraus, was soll ich mit ihr reden. Sollen wir uns weiter darüber unterhalten oder brauchen wir nicht. Es muss sie nur beruhigen. Heute hatte ich das Gefühl, ich sollte sie nur beruhigen. ... ... Ich denke nicht nach. Es kommt nur von meinem Gefühl, ich muss ihr ein bisschen Sicherheit geben. I: Hat dieses aus dem Bauch heraus Handeln im Alltag eine Bedeutung für Dich? In Deinem Arbeitsalltag? T: Ja. I: Welche? Kannst Du das beschreiben? T: Die Spontaneität. ... Man muss ja sofort oder aus dem Bauch heraus handeln, was zu tun ist. Was ist am besten für den Patienten und für mich selbst.

(23) V-IP4b-1I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 291-333):
I: Du hast ein Repertoire / T: Ja. Ich denke nicht nach. An jedem Tag finde ich etwas anderes. ... ... I: Wenn Du noch einmal an diese Aufnahmezeit denkst, würdest Du sagen, dass Du hier heute Morgen bei PB XX aus dem Bauch heraus gehandelt hast? In einigen Situationen? T: Ja. Ich habe vorher nicht darüber nachgedacht. Bei ihr haben wir jeden Tag ein neues Thema. Manchmal ändert sich das Thema, manchmal ist es dasselbe. Jeden Tag entscheide ich mich in dem Moment aus dem Bauch heraus, was soll ich mit ihr reden. ... ... I: Engagierst du dich für sie besonders im Vergleich zu anderen Patienten? T: Ab und zu schon. Nicht immer, aber wenn ich das Gefühl habe, dass sie / Das ist mein Gefühl, ich denke nicht nach, jedes Mal, wenn ich sie sehe. Das ist mein Gefühl, ob es ihr gut geht, ob es ihr schlecht geht, ob sie gut geschlafen hat oder nicht. Das heißt, ich nehme mir ein bisschen Zeit und ich lasse sie, dass sie ein bisschen redet und sie sagt dann im Nachhinein ‚ich fühle mich besser' oder ‚das hat mir gut getan'. ... ... Das ist mein Gefühl, ich denke nicht nach.

7.2 Kodierungen zur alltäglichen Modellumsetzung

(1) V-IP7a-2I: Interview (Zeilen 1789-1805):
T: ... Wie wir allgemein miteinander umgehen und wie wir reden, ob ich nun „Gut" oder „So" sag, das ist intuitiv.

(2) V-IP11-1I: Interview (Zeilen 2465-2480):
I: Kannst Du Dich erinnern, in einer Arbeitssituation schon einmal intuitiv gehandelt zu haben? T: Hab ich doch gerade zum Besten gegeben. ... Dieses ständige „So". I: Was ist für Dich Intuition? T: Intuition ist, dass mir etwas eingegeben ist, was ich nicht bewusst halt mache, denke ich, wo ich nicht drüber nachdenke. Also was ich mir jetzt nicht gedanklich vornehme, wo nicht ein Gedankengang vorher ist, sondern eine Sache, die ich einfach tue.

(3) V-IP10-1I: Interview (Zeilen 2006-2009):
T: Ja, das sind solche Situationen, die man nicht planen kann. Gespräche, die entstehen. ... ... Gespräche, da muss man immer intuitiv sein. ... ... Wahrscheinlich habe ich nicht daran gedacht, dass ich im Gespräch sicher sehr oft intuitiv bin... Das ist ja alles nicht geplant.

(4) V-IP5-3A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 2844-2858):
T: Wie so eine versteckte Ansage. Das ist aber unbewusst versteckt angesagt. Ich sag jetzt nicht mit Absicht „Das ist der Rock", damit sie / ... ... „Ihr Rock", „Ihre Bluse" sind sicher so Ansagen, damit sie weiß, was als nächstes kommt und was sie tun muss. ... Das ist automatisch. ... ... Weil wir uns jetzt so intensiv darüber unterhalten, uns damit auseinandersetzen, ist es vielleicht wirklich so eine unbewusste Ansage, was sie jetzt machen soll als nächstes. Aber das ist wirklich ganz tief hier irgendwo [die Pflegende zeigt auf ihren Bauch]/

(5) V-IP6a-1I: Interview zur Videoanalyse (Zeilen 1145-1156):
I: Dieses ‚Gut, gleich umsetzen / T: Das ist so ähnlich wie ‚So' und das bedeutet, man ist noch nicht fertig. ... ... Also, das ist dann für mich so, jetzt habe ich das eine fertig gemacht und jetzt geht's mit der anderen Sache weiter. Aber das ist meistens unbewusst, dass ich das dann sage. Aber das ist dann für mich dann innerlich. Also, jetzt ist ein Teilabschnitt fertig gemacht ...

(6) V-IP12-2A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 768-786):
I: Sie sagen gleich relativ leise „So, jetzt geht es hier weiter". Woher kommt das? T: Das ist wahrscheinlich nur so ein Füllsatz, ne? Um irgendwie einen Übergang zu / I: Sie sagen „wahrscheinlich". T: Ja, ich denke mir das so. Ich habe da nicht weiter drüber nachgedacht. Das habe ich wahrscheinlich einfach so gesagt. Dann habe ich, denke ich, ihm noch den Rücken gewaschen. ... Damit will ich den Pflegekunden natürlich sagen, dass ich jetzt weiter mache. ... ... Ich hätte auch sagen können „Jetzt wasche ich Ihnen den Rücken" .Ja, ja, einfach so. Da habe ich ganz sicher nicht weiter drüber nachgedacht.

(7) V-IP12-2I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 876-888):
I: Haben Sie da Gefühle? T: Bei diesem „So"? Nö. Das ist wahrscheinlich auch nur so eine – ja nennen wir es Floskel. Etwas, was man sagt, ohne dass da – zumindest für mich – ein tieferer Sinn hinter steckt. ... ... Ja, das ist mir eigentlich eben gekommen, als ich das so gesehen habe. Bis dahin habe ich darüber nicht nachgedacht. Das habe ich einfach gesagt oder getan und dann war das so. Ich habe darüber nicht nachgedacht.

(8) V-IP5-3A: Videosequenz:
PB XX sitzt auf dem Toilettenstuhl, ihr Oberkörper ist mit einer Bluse bekleidet und IP5 hat ihr gerade die Hausschuhe angezogen. Über einem Gehwagen, ungefähr einen Meter von PB XX und eine Armlänge von IP5 entfernt, hängt ein Rock. IP5 hebt ihren Oberkörper nach dem Anziehen der Hausschuhe hoch und geht einen Schritt zur Seite in Richtung Gehwagen. PB XX sieht ihr zu. Während IP5 nach dem Rock greift, sagt sie: „Rock". In ihren Händen faltet sie diesen etwas auseinander. Ihr Blick ist die ganze Zeit über auf den Rock gerichtet. PB XX hebt genau nachdem das Wort ‚Rock' gesprochen wurde, ihre Arme von der Armlehne an und die Beine vom Fußboden etwas hoch.

(9) V-IP9-6A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 628-949):
T: Das ist Alltagskommunikation. Das ist ungefähr so, als würdest Du mit Deinem Freund oder Deiner Mutter oder mit einem relativ nahe stehenden Menschen in einer ähnlichen Situation sein und sagen „Liebe Mutter, ich muss Dich jetzt leider für eine Sekunde allein lassen, denn ich habe hier noch einige Dinge zu erledigen". Dann würde plötzlich Erstaunen bei dem anderen entstehen. Man hat ja eine gewohnte Art, miteinander zu kommunizieren, die in dem Fall natürlich nicht besonders professionell ist, sondern einfach freundschaftlich alltäglich. Und in dem Fall würde es sich ganz furchtbar abheben, wenn ich mich da plötzlich gerade machen würde, mein Häubchen aufsetzen würde, die Spritze in die Hand nehmen würde und sagen „So PB XX, jetzt müssen wir aber zu unseren Leistungskomplexen übergehen". Das würde bei ihm eine große Unsicherheit, ein großes Erstaunen hervorrufen. I: Was man kaum sieht, Du hast hier ja die Insulinspritze. Mein Eindruck war, dass Du mit dem „So, mein Häsileinchen" ankündigen möchtest, jetzt kommt eine Insulininjektion. T: Hmh. Natürlich. Ist natürlich eine Vorankündigung. Nur spezifisch auf die Wortwahl bezogen / anstatt zu sagen „Sehr geehrter PB XX, als nächstes werde ich Ihnen eine Injektion durchführen", was die gleiche inhaltliche Botschaft bedeuten würde, mach ich das eben mit „So, mein Häsileinchen", das heißt, es kommt irgendetwas. I: Du musst gar nicht mehr sagen, was kommt. T: Ich muss nicht mehr sagen was kommt, weil das hat sich eingeschliffen. Jedes mal „Soo, mein Häsileinchen, jetzt wird gepiekt", dann weiß er ganz genau, was kommt. ... Injektion ist ein Pflichtprogramm, das wird absolviert, das muss passieren. Irgendetwas muss ich dazu sagen. Ich kann nicht groß inhaltlich dazu sagen, was soll ich auch dazu sagen? So aufregend ist der Akt nicht. ... ... Auch nicht nach vier Jahren. Das ist ja semper idem, das wiederholt sich, immer der gleiche Trott, immer die gleiche Durchführung. Eigentlich der gleiche Injektionsort, möchte ich fast sagen. Das heißt, es ist so ein bisschen „social voice" ... Man muss etwas sagen, zum Inhalt kann man nichts sagen, also hat man nur die Möglichkeit, etwas halbwegs Auflockerndes, Nettes, Fröhliches zu sagen ... ..: Er weiß ganz genau, was kommt. Er nimmt schon die Bettdecke hoch ...

(10) V-IP8-7A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 2468-2518):
T: Das ist zwischen uns so eine Art Einverständnis, jetzt geht es weiter mit Aufstehen. ... ... Ohne dass ich da etwas sagen muss, jetzt stehen Sie auf oder so, ich sage einfach „Und jetzt 1,2,3". Dann ist zwischen uns klar: aufstehen. Aufstehen und stehen bleiben, ... Manchmal klappt es auch nicht bei PB XX. Dann habe ich aber – und das weiß ich auch – den Moment nicht / manchmal ist es so, dass sie mir was erzählt hat, was erzählt hat, was erzählt hat, ich muss jetzt aber langsam mal weitermachen. Es ist nun mal leider so, ich muss. Und dann sag ich „1,2,3" ohne dass ich da großartig was erklären muss, was jetzt gemacht werden soll, weiß sie, sie soll jetzt aufstehen. ... ... Sie guckt mich auch manchmal an, wenn ich noch nichts sage und sie schon so weit ist, aufzustehen. Dann sagt sie „Und jetzt?", dann sage ich „Und jetzt 1,2,3". Ohne dass ich da etwas sagen muss, jetzt stehen Sie auf oder so, ich sage einfach „Und jetzt 1,2,3". Dann ist zwischen uns klar: aufstehen. Aufstehen und stehen bleiben, auch weil ich mit ihr etwas machen will. ... ... Aber manchmal verstehen wir uns auch nicht. Dann ist sie nämlich noch gar nicht so weit. Dann rüttle ich an ihrem Arm und bin in meiner Position, und sie ist aber noch nicht so weit. Und dann steht sie da. Aber sie weiß ganz genau – wie soll ich sagen – mir kommt es manchmal so vor, als wenn sie denkt, ich bin böse, wenn es jetzt mal nicht geklappt hat und sie aufgestanden ist. Aber das war ja auch, weil ich die Situation

nicht richtig abgepasst habe. Sie war noch gar nicht zu Ende mit Erzählen, genau. I: Das heißt, in guten Momenten klappt's mit „1,2,3“ und manchmal haut es auch daneben? T: Manchmal haut es total daneben.

7.2.1 Handlungsauslösung durch formulierte Kodierungen

(1) V-IP8-8A: Videosequenz:
... Beide Akteure schweigen währenddessen einige Sekunden. In dem Moment, indem IP8 das Oberteil von PB XX Rücken weg nimmt und sich wieder ein wenig aufrichtet, greift sie mit der rechten Hand zu einem Haken oben rechts in der Dusche. IP8 nimmt eine Duschhaube mit rechts (linker Hand hält sie das Schlafanzugoberteil) vom Haken, blickt zu PB XX und reicht ihr mit den Worten: „Einmal die Duschhaube“, die Haube. PB XX sieht IP8 an, nimmt die Duschhaube in beide Hände, dreht sie sich zurecht und beginnt damit, sie aufzusetzen. In dieser Zeit entfernt sich IP8 einige Schritte von PB XX, hängt den Schlafanzug über eine Vorrichtung, kehrt zurück zu PB XX und bleibt vor ihr so lange stehen, bis diese die Haube aufgesetzt hat. Beide schweigen in dieser Zeit. Dann beginnt das Duschen.

(2) V-IP8-7A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 2440-2448):
T: Das ist zwischen uns so eine Art Einverständnis, jetzt geht es weiter mit Aufstehen. ... Sie ... weiß, was sie machen soll. Bei „1, 2, 3“ muss sie sich einen Ruck geben und hoch kommen. Und ich denke dann für mich, du musst in die Knie gehen, damit Dein Rücken nicht weh tut. ... ... Es ist für uns beide da. ... ... Das ist jetzt so drinne.

(3) V-IP5-3A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 2808-2810):
T: Wenn ich sag: „Die Bluse“, dann hab ich schon so 'ne Haltung, dass sie weiß, sie muss die Arme nach vorne machen.

(4) V-IP1b-2A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 427-429):
I: Hast Du die [Kodierung] mit Absicht eingesetzt? Hast Du Dir überlegt, ich frag mal, ob alles klar ist? T: Nee, das ist irgendwie so automatisch, irgendwie. ... ... Ja, nee, es ist bei mir eigentlich eher automatisch, dass ich so etwas sage.

(5) V-IP5-3A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 2739-2858):
T: Wie so eine versteckte Ansage. Das ist aber unbewusst versteckt angesagt. Ich sag jetzt nicht mit Absicht, das ist der Rock, damit sie / ... ... Das ist automatisch. ... ... Weil wir uns jetzt so intensiv darüber unterhalten, uns damit auseinandersetzen, ist es vielleicht wirklich so eine unbewusste Ansage, was sie jetzt machen soll als nächstes. Aber das ist wirklich ganz tief hier irgendwo [die Pflegende zeigt auf ihren Bauch]/ ... ... Ich kann Dir nicht sagen, warum ich jedes Kleidungsstück ankündige, aber ich kündige wirklich alles an. ... also ich weiß, dass ich bei ihr jedes Hemd, die Bluse, die Puschen, das kündige ich alles irgendwie an. Ich glaube, ich zwing sie dadurch zu einer Mitarbeit ...

(6) V-IP1b-2A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 373-390):
I: Dieses „Alles klar“ / T: Das ist auch so eine Redefloskel, die ich häufig benutze. ..... Ist mehr so eine Redefloskel. I: Wie würdest Du das bewerten? Würdest Du sagen, er versteht die

Frage? T: Ja. Ich hätte auch sagen können alles okay oder können wir jetzt loslegen? ... Ist auch ein bisschen blöd. ... ... Man hätte sich natürlich anders ausdrücken können.

(7) V-IP5-3A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 2844-2858):
T: Ich überleg' immer so nebenbei / weil, wie gesagt, ich bin ja auch nicht jeden Tag gleich / der Ablauf ist schon immer so derselbe bei ihr / aber wenn ich mal weniger von mir aus rede, dann muss ich ihr mehr sagen. ... ... Ich hatte das neulich mit ihr, wo ich gedacht hab „Mein Gott, warum muss ich ihr denn alles sagen?" Das wird mir jetzt gerade so bewusst. Ich weiß, dass ich mir selbst diese Frage gestellt habe, warum muss ich ihr denn alles sagen? Und dann hab ich das Gefühl, sie arbeitet nicht so gut mit. Weil wir uns jetzt so intensiv darüber unterhalten, uns damit auseinandersetzen, ist es vielleicht wirklich so eine unbewusste Ansage, was sie jetzt machen soll als nächstes. ... ... I: ... Sie macht mit. T: Genau, genau. I: Sie hat die Botschaft verstanden. T: Aber wenn du so gar nichts sagst, dann macht sie auch nicht mit. Nicht so mit.

(8) V-IP1b-2A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 373-375):
T: Um anzudeuten, können wir jetzt die Windel machen? Können wir jetzt loslegen. Nach dem Motto. ... ob wir jetzt loslegen können. ... Einfach um zu signalisieren, dass ich jetzt anfangen will.

7.2.2 „So"-Einsilbigkeiten zwischen Beendigung und Neubeginn pflegerischer Handlungen

(1) V-IP12-2I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 850-922):
T: Und das „So" bezieht sich auch immer auf / kommt drauf an, wann ich das sage und wie ich das sage in den Situationen. Manchmal „So", „So" (T. artikuliert verschieden) dann heißt es wohl, dass ich fertig bin mit der Tätigkeit. Das war ja am Ende des Abtrocknens. I: Zu wem sagen Sie das? T: Zu mir. Weil ich mir das selbst noch nicht so bewusst gemacht habe. Ich sag manchmal / was mir auffällt, wenn ich irgendetwas anfange, dann sage ich „So" (T. artikuliert ein kurzes „So" und klopft auf den Tisch). I: Und wenn Sie es beenden / T: Ja, wahrscheinlich, das ist mir noch nicht so aufgegangen ... ... Das ist wahrscheinlich auch nur so eine – ja nennen wir es Floskel. Etwas, was man sagt, ohne dass da – zumindest für mich – ein tieferer Sinn hinter steckt. ... ... Bis dahin habe ich darüber nicht nachgedacht. Das habe ich einfach gesagt oder getan und dann war das so. Ich habe darüber nicht nachgedacht. ... ... Ist das unangenehm? Dann würde ich das ändern mit dem „So". Dann gebe ich mir Mühe und sage nicht mehr „So". ... ... „So", wie ich das jetzt auf dem Film gesehen habe, habe ich das für mich, wenn ich arbeite, nie wahrgenommen. Aber ich denke, das ist schon so. Anfang und Ende eines Arbeitsganges. Wird mit dem „So" angefangen und beendet. I: Haben Sie da Gefühle? T: Bei diesem „So"? Nö.

(2) V-IP5-7I: Videosequenz:
Beide schweigen. IP5 wirkt ganz konzentriert, d.h. ihr Blick ist stets auf das Bett und die dortigen Gegenstände gerichtet. Nun geht sie zum Kopfende und stellt sich hinter das Bett. Mit beiden Händen zieht sie das Bettlaken nach oben hin glatt. Dies wiederholt sie und spannt nun das Laken etwas unter der Matratze fest. Leise und mit gedehnter Stimme durchbricht sie

mit einem: „So“ die Stille. Ihr Blick ist auf das Laken gerichtet und sie geht nun zur Bettmitte, um dort gleichfalls das Laken unter die Matratze zu spannen.

(3) V-IP10-6I: Videoseuqenz:
IP10 hat ihren Kopf und Oberkörper leicht nach vorne gebeugt. Ihr Blick ist auf den Verband und ihre Hände gerichtet. Ihr Oberkörper schwingt ein wenig nach rechts und links im Rhythmus der Umwickelungen des Unterschenkels. Leise sagt sie, während sie ein wenig am Bindenrand der ersten Binde diese nach oben zieht: „Mhm.“ „Soll ich festhalten?“, fragt PB XX mit unveränderter Gestik und Körperhaltung. Ruhig und bedächtig weiter wickelnd, mit leiser Stimme antwortet IP10: „Nö, das geht so.“ Dabei schüttelt IP10 einmal eher nur andeutungsweise ihren Kopf. Die Körperhaltung und -bewegungen von IP10 sind unverändert. PB XX hebt den Fingerzeig auf und legt ihren Arm auf die Stuhllehne. Beide schweigen für einige Sekunden. IP10 wickelt weitere Lagen um den Unterschenkel und die Binde in ihren Händen wird kleiner. Ihre rechte Hand streicht bei jeder Lage die Binde am Unterschenkel glatt. Ihre Körperhaltung und das Oberkörperschwingen sind unverändert. PB XX sieht weiterhin auf die Hände von IP10. Nun hat IP10 in ihrer linken Hand das Bindenende etwas gestrafft und legt es an den Verband. Der Oberkörper ist nun unbewegt. Mit einem leisen, fast gehauchtem und etwas gedehntem: „So“, durchbricht IP10 die Stille in der Küche. Während des ‚So‘ neigt sich der Kopf einmal kurz zum Küchentisch; ihr Oberkörper bewegt sich dabei nicht. Zugleich streicht ihre rechte Hand einmal kurz über die letzte Bindenlage. Gleich anschließend greift IP10 nach einer ‚Schwiegermutter‘ auf dem Küchentisch. Ihr Kopf richtet sich währenddessen vom Küchentisch zurück zum Verband und anschließend wieder zum Küchentisch. Ihr Oberkörper bewegt sich dementsprechend. IP10 arretiert die Schwiegermutter am Verband. Anschließend greift sie zum Tisch und nimmt eine neue Schwiegermutter. Auch diese arretiert sie am Verband. PB XX sieht ihr dabei zu.

(4) V-IP8-1I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 2112-2113):
T: Ein „So“ für mich. So, das habe ich jetzt erledigt, Kühlschrank zu, Brot rein. Jetzt geht es weiter. Für mich.

(5) V-IP11-1I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1182-1187):
I: . . . dieses „So“ ist an sie gerichtet? An PB XX? Oder hat es auch für Dich eine Bedeutung?
T: Wenn man mich so sieht, dann denke ich, das hat bestimmt auch was mit mir / ich erledige da was, ich falte die Decke zusammen, „So, erledigt“. Das ist für mich und gleichzeitig für sie.

(6) V-IP12-2I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 923-925):
T: . . . Anfang und Ende eines Arbeitsganges. Wird mit dem „So“ angefangen und beendet.

(7) V-IP7a-2I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1392-1395):
I: . . . Hat es eine Bedeutung? T: Ja, jetzt ist wieder ein Teil abgeschlossen. Jetzt schreiten wir zum nächsten.

(8) V-IP8-1I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 3123-3124):
T: Es ist immer ein Abschluss von einer bestimmten Tätigkeit, von einer bestimmten Phase in dem Ablauf.

(9) V-IP11-1I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1162-1172):
T: Man macht was und es liegt eigentlich nichts an. Es passiert ja nichts. Ich versuch halt durch dieses „So“ versuche ich halt in Kontakt zu bleiben mit ihr. Ich breche das in dem Moment ja nicht ab. Ich nehme ja nicht die Decke weg und rede dann gar nicht, sondern ich will ja / sie kann mich ja auch nicht sehen. Wenn man genau hinguckt. Sie guckt ja gar nicht richtig zu mir. Sie guckt ja einfach nur so. Und ich denk mal, ich hab jetzt wahrscheinlich nur „So“ und „So“ gesagt, dass sie weiß, ich bin ja noch da. Ich bin noch da und leg die Decke nur zusammen. „So, jetzt mach ich das“ und falte sie zusammen und „So“ jetzt lege ich die Decke weg“ und jetzt bin ich wieder bei dir.

(10) V-IP7a-3I: Videosequenz:
Das Gespräch hat schon seit einer kleinen Weile die Rezeptbestellung auf einem Zettel der Hausärztin zum Inhalt. „Naja, da ist sie ja ganz . . . “, sagt PB XX. „Ja, das geht immer . . . “, äußert IP7a und richtet sich etwas auf. „Das war, glaube ich, . . . an ihrem Geburtstag, da hatte sie den gesehen, ne“, fährt sie fort. PB XX nickt und stellt das Glas ab und sagt dann: „Jaha.“. Dann dreht sich PB XX vom Geschehen weg und schnäuzt in ihr Taschentuch. „Da haben Sie ja ihre Riesenfeier gemacht“, sagt IP7a zu PB XX. Diese dreht sich wieder zurück und sieht nun IP7a auf die Hände. Dann sagt IP7a in hoher Stimmlage und etwas lauter: „So, gut.“ Dabei dreht sie ihren Körper etwas weiter zu PB XX, hat den Blick aber weiterhin auf den Tisch gerichtet. PB XX sieht IP7a ins Gesicht und fragt: „Und, wo fangen wir an?“ Dann sieht sie auf ihre linke Hand und hält sie geöffnet vor IP7a hin. Anschließend nimmt sie ihre rechte Hand und hält diese gleichfalls geöffnet vor sich hin. IP7a wiederholt: „Und wo fangen wir an?“ und vollzieht zunächst mit der rechten, dann mit der linken Hand die gleiche Geste wie PB XX zuvor. Beide sehen sich an und lachen. Dann setzt sich PB XX an den Tisch und streckt wieder beide Hände zu IP7a. IP7a faltet die Hände vor ihrem Körper zusammen und fragt: „Was heißt das?“ „Ja, in die Finger hier irgendwie, nicht? Oder lieber das Ohr?“, antwortet PB XX. Daraufhin erklärt IP7a, dass sie zur Blutzuckermessung lieber das Ohr punktiert.

(11) V-IP7a-5I: Videosequenz:
Dann sieht PB XX auf ihren rechten Unterschenkel, stützt ihn dabei auf den Hocker und sagt: „Das tut immer so weh.“ Nun sieht auch IP7a auf das Bein, dreht aber weiterhin einen Strumpf von innen nach außen. Etwas Zeit vergeht und IP7a sagt: „Das ist auch immer etwas geschwollen.“ „Ja, ne, und immer blau, ne“, fährt PB XX fort und streichelt über ihren Unterschenkel. „Ja“, sagt IP7a, nickt und tritt etwas dichter an PB XX heran. Dann legt sie die fertig umgekrempelten Strümpfe auf den Hocker, beugt sich zu PB XX hinunter und fährt mit dem kleinen Finger der rechten Hand über das Schienbein von PB XX. Dabei sagt sie leiser sprechend als sonst: „Aber nicht nur hier untern, sondern auch hier, ne. Da sind so kleine; wie Krampfadern sieht das son’ bisschen aus, ne.“ Anschließend sieht sie einmal kurz auf den Strumpf in ihrer Hand. Dann nimmt PB XX ihr rechtes Bein wieder herunter. IP7a schiebt den Hocker noch dichter an PB XX heran und diese legt gleich ihr linkes Bein auf den Hocker. In dem Moment kniet IP7a zu dem Bein nieder und sagt zeitgleich laut und gedehnt: „Sooo.“ Dann beginnt sie die Beine auszustreichen und sagt wieder etwas leiser, fast beschwichtigend: „Aber sonst ist alles sehr schön schlank.“ Beide lachen leise. Dann streicht sie noch etwas und beginnt dann den Strumpf anzuziehen. Im Verlauf wird deutlich, dass das Anziehen der Strümpfe ein Kraftakt ist, denn IP7a sagt, dass sie gestern nicht zur Fitness war und nun bei PB XX Fitness macht.

(12) V-IP10-1I: Videosequenz:
IP10 hat nun den Rollator an PB XX heran geschoben. ... Dabei hat IP10 ihre linke Hand in die Hüfte gestemmt und hält sich mit der rechten Hand am Rollatorgriff fest. „Ja?“, fragt PB XX mit Blick auf IP10 zurück. IP10 nickt und behält ihre Körperhaltung bei. „Aha“, äußert PB XX und sieht gerade aus. Es entsteht kurzes Schweigen. Dann sagt leise und mit gesenktem Kopf PB XX gedehnt: „So.“ Zeitgleich beugt sich IP10 zum Rollator herunter (und damit dichter an PB XX heran) und löst beidhändig die Handbremsen rechts und links. Mit kräftigerer Stimme als zuvor sagt IP: „So, PB XX.“ Gleich darauf richtet sich IP10 auf und entfernt sich einen Schritt vom Rollator. „Soll ich die Socken, soll ich die noch mal anziehen?“, sagt feststellend PB XX und blickt auf ihre Füße. „Die Socken? Wie lange hatten Sie die denn schon an?“, fragt mit erhobener Stimme IP10 zurück. „Ja ...“, äußert PB XX und bittet dann IP10, neue Socken aus dem Schrank zu holen. Im Verlauf suchen die Akteure die angemessenen Socken heraus und IP10 zieht sie PB XX an.

(13) V-IP10-1I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 679-705):
I: Mich interessiert das „So“, was Sie gleich sagen. - „So, PB XX.“ T: „Jetzt geht's los“. I: „Jetzt geht's los“ - eine spontane Äußerung dieses „So“? T: Eine Aufforderung, jetzt aufzustehen. ... I: In beide Richtungen, für Sie auch? T: Ja, an beide, weil es muss ja weitergehen. ... ... das war so, jetzt ist ein Abschnitt gelaufen. ... weil jetzt hab ich schon mal eine Arbeit getan und jetzt kommt das nächste. I: Versteht PB XX das „So“? T: Sie versteht, glaube ich, die Tonlage meiner Stimme. Auf das „So“ kommt es so gar nicht drauf an. I: Die Tonlage hebt sich ein bisschen? T: Genau. Das heißt, dass jetzt irgendetwas passiert.

(14) V-IP7a-4I: Videosequenz:
„Und ich habe gestern Abend hier gesehen, dass da eine ganz, ganz, ganz kleine Fliege da drin irgendwo war“, sagt PB XX, zeigt in den Kühlschrank und zeigt dann mit der linken Hand eine kleine Fliege an. Während PB XX redet, tritt IP7a näher an PB XX und den Kühlschrank heran. Nun sehen beide in den Kühlschrank. „Ahja, hat sie sich mit reingeschummelt“, reagiert IP7a und stemmt die Hände in die Hüfte. „Ja, und ich habe sie aber nicht gefunden“, sagt PB XX und schließt den Kühlschrank. „Na, die ist vielleicht schon erfroren“, sagt IP7a und bewegt sich zum Küchentisch, während PB XX noch vor dem geschlossenen Kühlschrank verbleibt. Beide lachen kurz und laut, geradezu herzhaft. Während IP7a noch lacht, nimmt sie vom Küchentisch ein paar Einmalhandschuhe. PB XX greift mit links eine kleine Schale von der Fensterbank und stellt sie in den Küchenschrank neben dem Kühlschrank. IP7a ist wieder einen Schritt zurück getreten, sieht wieder PB XX von hinten zu und sagt: „Die ist aber ... Die habe ich auch immer noch, diese ganz kleinen Fruchtfliegen, ne.“ Dabei hält IP7a mit der rechten Hand die Handschuhe und mit linkem Zeigefinger und Daumen zeigt sie etwas Kleines an. Jetzt dreht sich PB XX zu IP7a und sieht sie lächelnd an. „Das hätte ich gar nicht gedacht, dass die jetzt überhaupt noch ... “, fährt Kopf nickend IP7a fort. „Jaha, so ganz klein“, bestätigt nickend mit gedehnter Stimme PB XX. „Jaha“, wiederholt PB XX und sieht auf den Küchentisch. „ ... noch fliegen. Weil es doch schon ein bisschen kalt geworden ist“, beendet IP7a. Dabei sieht sie abwechselnd auf PB XX und ihre Hände. Mit der rechten Hand zieht sie sich über die linke Hand einen Einmalhandschuh und schiebt anschließend ihren Pulloverärmel am linken Unterarm etwas nach oben. „Bisschen kalt ist es“, wiederholt PB XX, nickt und sieht aus dem Fenster. „Aber wenn man noch etwas Obst zu Hause hat. Das finden

die ja immer ganz lecker“, ergänzt IP7a., sieht ausschließlich PB XX an und zieht auf die rechte Hand den anderen Handschuh. „Jaha“ bestätigt PB XX, nickt weiterhin und richtet den Blick auf den Küchentisch. „So“, fragt IP7a und klatscht in die Hände und sieht PB XX an. „So, und nun?“, nimmt PB XX die Frage auf und geht um den Küchentisch herum zu ihrem Stuhl. „Sind Sie bereit?“, fragt leise lachend IP7a. „Ich bin bereit, ja“, antwortet PB XX. Auf dem Tisch, am Platz von PB XX liegen Tabletten. Diese sieht PB XX und nimmt sie in die Hand.

(15) V-IP7a-3I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1157-1158):
T: Hier passiert so ein Signalwechsel: jetzt müssen wir uns auf die Sache konzentrieren.

(16) V-IP7a-5I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1628-1632):
I: Und das „So“ signalisiert wieder, Arbeit geht weiter? T: Ja, Arbeit geht weiter und vielleicht auch, so, jetzt haben wir das Schlechte abgeschlossen. Jetzt kommt vielleicht etwas Besseres.

(17) V-IP7a-2I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1790-1806):
I: Kannst Du Dich erinnern, intuitiv, spontan, unbewusst gehandelt zu haben . . . ? T: [Langes Überlegen]. Sicherlich. . . . . Wie wir allgemein miteinander umgehen und wie wir reden, ob ich nun „Gut“ oder „So“ sag, das ist intuitiv.

(18) V-IP11-1I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 2446-2481):
I: Kannst Du Dich erinnern, in einer Arbeitssituation schon einmal intuitiv gehandelt zu haben? T: Hab ich doch gerade zum Besten gegeben. Haben doch festgestellt, dass ich viele Sachen, denke ich, wo ich an der Schulter rüber ein paarmal / einfach mal in den Arm genommen / solche Sachen. Dieses ständige „So“. I: Was ist für Dich Intuition? T: Intuition ist, dass mir etwas eingegeben ist, was ich nicht bewusst halt mache, denke ich, wo ich nicht drüber nachdenke. Also was ich mir jetzt nicht gedanklich vornehme, wo nicht ein Gedankengang vorher ist, sondern eine Sache, die ich einfach tue.

(19) V-IP12-2I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1656-1682):
I: Alles was wir besprochen haben, mit Ihrem Verständnis, würden Sie sagen, da war Intuition dabei? T: Puh! Ich hatte mir vorgenommen, als ich wusste, dass Sie filmen, dass ich ganz viele Dinge ganz bewusst tun wollte, wie sie angeblich so gut und richtig sind. Aber ich habe festgestellt, dass ich einfach viele Dinge mache, wie ich sie jeden Tag mache und dass das einfach gar nicht mehr so präsent war. Ich denke schon, dass da einiges an Intuition dabei war. . . . . I: Zum Beispiel die „Sos“? T: Ja, die sind da. Da weiß ich nichts zu zu sagen. . . . . Ja, ich denke, das sind nur so kleine Dinge, nicht so große, die passieren. Es ist für mich so die Frage, weil ich zum ersten Mal so darüber nachdenke.

(20) V-IP10-1I: Interview zur Videosequenz:
T: Ja, das sind solche Situationen, die man nicht planen kann. Gespräche, die entstehen. . . . . Nicht Gespräche, da muss man immer intuitiv sein. . . . . Wahrscheinlich habe ich nicht daran gedacht, dass ich im Gespräch sicher sehr oft intuitiv bin. . . Das ist ja alles nicht geplant.

(21) V-IP8-1I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 3107-3112):
I: Und Dein „So“? T: Das ist / ob das jetzt / ich denke, das ist instinktiv. Nicht, dass ich irgendwie / das kommt automatisch in manchen Situationen.

(22) V-IP10-6I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1564-1566):
T: Nee, es ist mir nur nicht bewusst, dass ich so häufig „So“ sage. Wahrscheinlich mache ich das den ganzen Tag lang.

(23) V-IP5-7I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 3686-3688):
T: Ich war auch selbst erschrocken, wie oft ich das sag'. Mir war schon bewusst, dass ich das sage, aber mir war nicht bewusst, wie oft. Ich dachte so, ein paarmal.

(24) V-IP11-1I: Interview zur Videosequenz:
I: Sind das „Sos“, die Du Dir vorher überlegst? T: Nee. Die weiß ich jetzt gar nicht mehr. Ich hab bestimmt auch andere gesagt, die ich gar nicht mehr weiß. ... ... Ich find mich da eigentlich nicht so Klasse. ... ... Dieses ständige ‚So‘.

(25) V-IP10-1I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 690-694):
I: Wissen Sie, dass Sie dieses „So“ verwenden als Aufforderung? T: Bewusst nein. Aber ich verwende es wahrscheinlich häufiger.

(26) V-IP6a-1I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1150-1157):
I: Hast Du in diesem Moment Wahrnehmungen, hast Du irgendein Gefühl dabei? T: ... Nö. ... Also, das ist dann für mich so, jetzt habe ich das eine fertig gemacht und jetzt geht's mit der anderen Sache weiter. Aber das ist meistens unbewusst, dass ich das dann sage. Aber das ist dann für mich dann innerlich. Also, jetzt ist ein Teilabschnitt fertig gemacht ...

(27) V-IP10-1I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 2062-2070):
I: Im Zusammenhang mit diesem „So“, ob Sie da Gefühle haben. T: Gefühle habe ich, ja. Zum Beispiel die Situation, als wir im Bad fertig waren, das war: so, jetzt ist ein Abschnitt gelaufen. Das war schon mal ein gutes Gefühl, weil jetzt hab‘ ich schon mal eine Arbeit getan und jetzt kommt das nächste.

7.2.3 Integration von Abweichungen in das Handlungsmodell durch „So“-Einsilbigkeiten als Satzeinleitung

(1) V-IP5-4A: Videosequenz:
IP5 bewegt sich im Raum und dabei ist gerade das Telefon heruntergefallen. Sie hebt es auf, hält sich den Hörer an ihr rechtes Ohr und sagt: „Tutet aber noch.“. PB XX sieht ihr dabei zu. Beide lachen kurz und leise. ... „Das ist robust. Das ist schon das zweite Mal, ne.“, äußert IP5, geht zu dem Gehwagen im Raum, schiebt diesen zu PB XX und geht dann zu PB XX. „Mhm“, bestätigt PB XX und fährt nach einigen Sekunden fort: „Da, das erste hatte ich noch ein bisschen länger.“, und etwas später: „Das war dann ein bisschen altersschwach.“ IP5 fragt feststellend: „Hatten sie mal ein anderes?“ und schiebt den Toilettenstuhl mit PB XX in Richtung Gehwagen. „Jaha“, antwortet PB XX. „Ach so, ich kenn nur das weiße da“, reagiert IP5 und bewegt erneut Rollstuhl sowie Gehwagen. „Ach, das ist ... diese Hohen noch“, fährt PB XX fort und zeigt mit ihren Händen die Höhe des Telefons. „Ach, das ist ja noch ein ganz altes“, sagt IP5, beendet das Geschiebe und winkt mit der linken Hand ab. „Jaha“, sagt mit etwas Stolz in der Stimme PB XX und anschließend: „Oh, aber viele Jahre hab ich das aber gehabt.“ Derzeit geht IP5 zur Kommode, nimmt sich Handschuhe aus einer Box, sagt: „Jaha“

und beginnt auf dem Weg zurück zu PB XX diese anzuziehen. „Das war sehr gut“, sagt PB XX und: „Das ist jetzt alles . . . “, beendet den Gedanken aber nicht, denn in diesem Moment beugt sich IP5 mit ihrem Gesicht und Oberkörper nahe an PB XX Gesicht heran und sagt: „Und die werden jetzt wieder richtig modern. Diese ganzen alten Sachen, die werden jetzt wieder“. Dabei zieht IP5 ihre Handschuhe weiter an und entfernt sich so von PB XX, dass sie links neben ihr steht. „Ist wahr“, fragt mit gedehnter Stimme PB XX und blickt zu IP5. „Ja, das wird jetzt alles wieder modern“, antwortet IP5 die Handschuhe weiter anziehend. „Oh, Gott“, äußert leicht Kopf schüttelnd PB XX. „Und außerdem, auch so die Mode aus den 70igern und so.“ erklärt IP5, während sie den linken Handschuhe in Position bringt. „Ja“, sagt PB XX und fährt fort „also das finde ich ja ganz scheußlich.“ Dabei schüttelt sie wieder ihren Kopf. „So, so’n Schlag unten“ erklärt IP5 und zeigt dies mit ihren Händen an den Füßen an. Während sie dann mit den Händen auf ihre Schultern zeigt, äußert sie: „Und so’n Babyrosa und so’n zartes Grün.“ Währenddessen schüttelt PB XX langsam ihren Kopf und sagt fast ungläubig: „Oh, man, das ist ja scheußlich. Dies junge Blonde, das ist ja viel hübscher.“ Dabei zeigt sie in Richtung Bett, auf dem ein Kopfkissen und eine Nackenrolle liegen. IP5 bewegt währenddessen den Gehwagen dichter an PB XX heran und dreht sich zu ihr. „. . . . . Die Jugend. Das ist hipp sagt man heutzutage so“, erklärt IP5 und beugt sich erneut mit ihrem Kopf und Oberkörper zum Kopf von PB XX. Beim Wort ‚Hipp‘ zeigt sie mit ihrer linken Hand eine unterstützende Gestik an. Beide lachen darauf hin einige Sekunden. Dann stellt sich IP5 gerade hin und sagt kurz: „So, einmal die Hände hier hin“ und mit ihren Händen klatscht sie auf die Handläufe des Gehwagens. PB XX kommt dieser Aufforderung nach.

(2) V-IP8-4A: Videosequenz:
PB XX äußert mit Blick auf die Fenster: „Das sieht aber ganz schön hell aus, wenn man so guckt, oder ist das Täuschung?“. IP8 geht vom Wohnzimmer zurück in die Küche, sieht dort an der Türschwelle in Richtung Fenster und bestätigt: „Ja, ist ein bisschen freundlicher als gestern.“ Aus der Küche dringt nun Geschirrgeklapper von IP8 ins Wohnzimmer. Mit Blick auf IP8 in der Küche bestätigt PB XX: „Haben die auch erzählt.“ Dabei stützt sich PB XX mit beiden Händen im Bett ab. Man hört, wie IP8 den Kühlschrank öffnet. Dann fragt sie laut und deutlich mit Blick zu PB XX: „So, PB XX, was möchten Sie denn heute frühstücken?“ „Was ich frühstücken möchte?“, fragt PB XX mit Blick in die Küche zurück. „Ja, wollen Sie es mal wieder mit Müsli versuchen . . . ?“, reagiert laut und deutlich hörbar IP8 in der Küche vor dem Kühlschrank stehend. Interview zur Videosequenz (Zeilen 1965-1972): T: Ich würde es bewerten als: „So, ich möchte jetzt mal wissen, was Sie zum Frühstück haben möchten“. Als Themenwechsel, aber nicht unfreundlich nach dem Motto „jetzt ist mal gut mit dem Thema“, so ist es nicht gemeint, sondern „jetzt müssen wir weiter machen“. Jetzt müssen wir das Thema wechseln, ein neues Thema beginnen, damit sie aufsteht und ins Badezimmer gehen kann.

(3) V-IP12-2A: Videosequenz:
Währenddessen macht PB XX eine Geste mit seiner rechten Hand, die darauf hindeutet, dass er das Handtuch gerne wieder hätte. „Ist es noch nass?“ fragt IP12 und beugt sich zu PB XX „Das Auge klebt noch“, antwortet PB XX und trocknet dann abwechselnd und wiederholend sein rechtes und linkes Auge ab. IP12 hat sich zu ihm heruntergebeugt und sich etwas von seinem Gesicht entfernt, wie um besser sehen zu können. Zugleich sagt sie: „Zeigen Sie mal her.“ Ihre rechte Hand greift währenddessen zum Handtuch, mit dem sich PB XX immer

noch die Augen auswischt und hält es fest. ... Mit einigen Körperbewegungen zum Auge hin, aufgerichtet und wieder zurück in die Hocke fährt IP12 fort: „Ja, das ist aber auch ein bisschen, das mach ich gleich noch mal ....“ Währenddessen nimmt IP12 die linke Hand von PB XX vom Gesichtsfeld weg, und zeigt mit ihrer rechten Hand eine ‚Auswischbewegung‘ an. Dann sieht IP12 zu den Pflegeutensilien auf dem Tisch und fährt fort: „... mit nem Wattetupfer oder so, reib die noch mal aus, die sind ein bisschen verklebt, ne.“ Dabei bewegt sich ihr Körper zwischen aufgerichteter Position mit Blick in Richtung Pflegeutensilien auf einem Tisch und gebeugter Position mit Blick zu den Augen einmal hin und her. „Ja, das hab ich geahnt“, antwortet PB XX. „Eine Entzündung“, erklärt IP12, das letzte Wort betonend. Dann wendet IP12 ihren Blick vom Gesicht von PB XX zu dem Handtuch auf seinem linken Arm, greift dieses und rafft es zusammen. Anschließend richtet sich IP12 auf, legt das Handtuch über die Toilettenstuhllehne und sagt leise: „So, jetzt geht's hier weiter.“ Anschließend geht IP12 zur Waschschüssel, greift den darin liegenden Waschlappen, wringt ihn aus, faltet ihn auseinander und beginnt, PB XX die Brust zu waschen.

(4) V-IP8-3A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1898-1916):
T: Weißt Du warum? Weil ich normalerweise / Das habe ich mehr zu mir gesagt. Normalerweise ziehe ich nämlich die Gardinen gleich auf, wenn ich komme. ... Deswegen habe ich das gesagt, weil ich in dem Moment bei dem Tisch war und gesehen habe, dass die Gardinen noch gar nicht aufgezogen waren. Da habe ich zu mir gesagt „Ich zieh jetzt mal die Gardinen auf“. Das war eigentlich gar nicht so sehr für PB XX gedacht. Das war zu mir gesagt: „Ops, die habe ich ja noch gar nicht aufgezogen“. I: Wusstest Du jetzt beim Ansehen des Videofilms, gleich werde ich sagen: „Ich zieh mal die Gardinen auf“? T: Nein. In der Situation jetzt war mir das nicht bewusst, dass ich das gesagt hatte. Aber ich weiß – wo wir jetzt darüber reden – was ich da gedacht habe. Als sich die Tabletten da auf den Tisch gestellt habe, da ist ja nun die Ecke mit den Gardinen, da habe ich gedacht „Oh, ich habe ja die Gardinen ja noch gar nicht“, und dann habe ich gesagt „Ich ziehe jetzt mal die Gardinen auf“. Der Ablauf ist jetzt anders. Vielleicht auch, um wieder eine Sicherheit in den normalen Ablauf zu kriegen. Vielleicht schaltet da im Gehirn etwas „Wenn ich die Gardinen jetzt aufziehe, dann kann es jetzt weiter gehen in dem normalen Ablauf“.

(5) V-IP5-4A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 2913-2924):
T: Wo ich sagte: „Das wird wieder modern dieser alte Kram“, ich hab oft das Gefühl, bei ihr und auch generell, die kriegen gar nicht mehr so mit, was wirklich in der Welt passiert. Klar, sie gucken Nachrichten, hören Radio. Sie liest ja nur Zeitung, guckt kein Fernsehen, hört kein Radio, brauchst ihr auch gar nicht anzumachen. Darfst ihr auch gar nicht anmachen. In Gottes Namen. Ich finde, die kriegen gar nicht mit, was heutzutage so los ist. Vielleicht muss man das auch gar nicht mehr. Aber durch so kurze Gespräche, manchmal nur Zwei-Minuten-Gespräche, dann will ich ihr das auch gerne mit auf den Weg geben.

(6) V-IP5-4A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 2897-2909):
T: Wie so „Achtung! Jetzt kommt der nächste.“ Ich könnte ja auch / Es gäbe sicherlich noch tausend andere Themen, wo ich mich mit ihr unterhalten könnte, und auch stundenlang. Ich könnte auch nachmittags zu ihr zum Kaffeetrinken gehen. Ich muss dann aber selbst auch aufpassen / gerne nehme ich mir Zeit, aber ich muss eben auch aufpassen, dass ich nicht all meine Zeit nur für sie vertütter. Dass ich meinen Rahmen behalte. Du kriegst dann so

ein innerliches Zeitgefühl. Dann weißt du, so langsam musst du dann aber auch zum Ende kommen. Ohne Stress, ohne alles. Und dieses „heute sagt man hipp“, dann haben wir einmal gelacht, jetzt müssen wir aber auch weiter machen.

(7) V-IP12-2A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 768-820):
I: Sie sagen gleich relativ leise: „So, jetzt geht es hier weiter“. Woher kommt das? T: Das ist wahrscheinlich nur so ein Füllsatz, ne? Um irgendwie einen Übergang zu /. I: Sie sagen „wahrscheinlich“. T: Ja, ich denke mir das so. Ich habe da nicht weiter drüber nachgedacht. Das habe ich wahrscheinlich einfach so gesagt. Dann habe ich, denke ich, ihm noch den Rücken gewaschen. Oder die Arme. ... Damit will ich den Pflegekunden natürlich sagen, dass ich jetzt weiter mache. Ich hatte ihm das ja gesagt, dann war das abgeschlossen und dass es jetzt / Ich hätte auch sagen können „Jetzt wasche ich Ihnen den Rücken“. I: Hat es für Sie auch eine Bedeutung? T: Da muss ich mal ganz tief in mich gehen. Nö. ... I: Sie sagen ja in diesem Fall: „So, jetzt geht's hier weiter“. T: Das hat aber nichts / Ich denke, das war so eine Redewendung, die vielleicht ziemlich daneben ist, aber das ist einfach so / Also, das hat nichts zu bedeuten. Ich hätte genauso gut sagen können „Jetzt wasche ich Ihnen den Rücken“.

(8) V-IP9-2A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 608-666):
T: Neben dem eigentlichen Pflegeauftrag läuft – wie soll ich sagen – so ein kommunikatives Spielchen. Man piekt sich mal, man kitzelt sich mal, provoziert sich und ist neugierig auf die Reaktion des anderen. ... In dem Moment war ich, sagen wir mal zu ‘nem Drittel, sicherlich auch so ein bisschen angenervt, weil sich das Programm doch auch wenig länger zog als ich mir das eigentlich vorgestellt hatte. Es ging auch ein Stück weit darum, auch so langsam mal eine Grenze zu ziehen. ... ... Die Zeit läuft natürlich. Ich bin mir dessen ja auch bewusst. Im Unterschied zu einer Freizeitsituation, Du hast natürlich immer im Hintergrund dein Pflegeprogramm. I: Hast Du Gefühle in dieser Situation? T: [Leichtes Zögern] Ja, ich fing langsam an, ein klein wenig [sucht nach einem Wort] unruhig zu werden. Genervt wäre wohl übertrieben. Wie gesagt, das sind ja zwei Waagschalen. Auf der einen Seite der Spaß an der Situation, auf der anderen Seite natürlich der Rahmen, der vorgegeben ist. Und ich kann den nicht vergessen. Ich darf den nicht vergessen. Da steckt dann doch ein Stück Professionalität drin. Das heißt, man spielt dieses kommunikative Spiel, nur man muss versuchen, innerhalb dieser Kommunikationsstruktur auch Grenzen zu ziehen, ohne im Ton zu wechseln. Ich möchte ja nicht rüber in dieses: „So, jetzt habe ich keine Zeit mehr“, auf keinen Fall. Ich möchte schon im gleichen Tonfall signalisieren: „So, jetzt müssen wir aber...“ da kommt dann plötzlich auch ‘ne Inhaltsbotschaft rein, und die muss auch rein.

(9) V-IP8-4A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1955-1959):
I: Ein „So“, wo Du Dir sagst „IP8, jetzt nimm doch mal ein ‚So‘“. T: Nö, das habe ich automatisch gesprochen.

7.3.1 Körperberührungen auf der Grundlage und als Ausdruck körperlicher und zwischenmenschlicher Nähe

(1) V-IP12-6A: Videosequenz:
„Und dann können Sie sich anschließend in ihren Sessel setzten oder in die Küche zum Früh-

stücken“, sagt mit fürsorglicher Stimme und dicht am Ohr von PB XX und ihm zugewandter Körperhaltung IP12. „Ja.“, antwortet PB XX. Währenddessen richtet sich IP12 etwas auf. Ihre linke Hand umfasst die linke Toilettenstuhllehne von PB XX. Ihre rechte Hand fährt zweimal kreisend durch die weißen Haare von PB XX und zugleich sagt IP12: „Wir müssen aber die Frisur noch machen.“

(2) V-IP1b-3A: Interview (Zeilen 114-117):
T: Wir haben eine ganz gute Vertrauensbasis. Ich denke, er weiß es auch zu schätzen, dass ich mich um ihn bemühe. Im Zwiegespräch sind wir beide auch auf einer gemeinsamen Ebene. ... Wir haben eigentlich / so von der Chemie stimmt das schon so zwischen uns.

(3) V-IP6a-2A: Interview: (Zeilen 588-607):
I: Wie würdest Du die Beziehung zu PB XX beschreiben? T: Sehr gut. ... Was das Persönliche mit ihm ausmacht / Hm. Wir haben, denke ich, die gleiche Wellenlänge. Dass man auf einer Wellenlinie gut kommunizieren kann. Wir machen viele Späße.

(4) V-IP12: Interview: (Zeilen 420-424):
T: Ich habe diese Seniorenreise gemacht und habe auf dieser Reise PB XX wirklich sehr gut kennen gelernt. Er hat mir praktisch sein ganzes Leben geschildert von dem Augenblick an, den er bewusst wahrgenommen hat bis zum heutigen Tag.
V-IP12-6A: Interview (Zeilen 1455-1460):
I: Vielleicht können Sie noch mal auf Ihre Hand achten und auf das, was Sie sagen. ... gleichzeitig fahren Sie ihm mit der Hand so über den Kopf. T: Ja, kann ich bei ihm machen. ... ... Ach, vielleicht einfach ihn so ein bisschen ärgern, weil er so eitel ist mit seinen Haaren.

(5) V-IP6a-2A: Videosequenz:
IP6a balanciert seinen Körper hinter den Rollstuhl und versucht, zwischen Rollstuhl, Waschmaschine und Türrahmen das Bad zu verlassen. Er sagt: „Das geht nicht.“, und versucht die Tür etwas zu öffnen. „Was geht nicht?“ fragt PB XX. IP6a löst beidseitig die Rollstuhlbremsen und fasst mit seiner linken Hand auf die bekleidete linke Brust von PB XX und lässt sie einige Sekunden liegen. Währenddessen bemerkt PB XX: „Vielleicht sollte man lieber vorher mal die Bremsen lösen.“ IP6a schiebt den Rollstuhl mit der rechten Hand in den Raum, während die linke Hand noch auf der Brust verweilt. Dann löst sich die Hand und IP6a verlässt den Raum, während PB XX lächelt und sagt: „Entschuldige.“

(6) V-IP12-6A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1475-1483):
I: Wie ist das entstanden? Eigentlich wollen Sie ihm die Hose anziehen. T: Ja, ja, ich weiß nicht. ... I: Und diese Gestik? Einmal durch die Haare? T: Ach, vielleicht einfach ihn so ein bisschen ärgern, weil er so eitel ist mit seinen Haaren. Aber er reagierte da ja nicht drauf. I: Er sagt dazu jedenfalls nichts. Eine Gestik, wo Sie sich vorher gedacht haben, „Ach Frau N. jetzt ärgere ich mal PB XX“? T: Nee, so ganz bewusst wahrscheinlich nicht. Einfach nur, dass ich da so durchgefahren bin, um es noch mal durcheinander zu bringen.

(7) V-IP1b-3A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 571-609):
I: Hast Du gesehen, was ich meine? T: Ja, so ein bisschen. Aber ich kann das nicht interpretieren. ... I: Soll ich es Dir noch einmal zeigen? T: Ja, zeig noch mal. ... ... Ja. Hmh. Weiß ich aber nicht, weswegen ich das gemacht habe. Keine Ahnung. Oder wollte ich gucken, ob ich

erst das Sweatshirt runterziehe und dann überlege, ach nee. Muss ja erst die Hose runterziehen und dann das Sweatshirt. Ich weiß es nicht so. ... ... Aber was hat das für eine Bedeutung? Ist mir völlig unklar. ... Also für mich / ich also / Ich hab das Gefühl, dass der Handgriff gar keine Bedeutung hat.

(8) V-IP6a-2A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1751-1756):
I: Hast Du hier auf Deine Hand geachtet? Die hältst Du einmal ganz kurz auf seine Brust. T: Ja. Aber was das ist, weiß ich nicht, irgendwie auch ein Stück ‚macht man zwar nicht' aber auch irgendwie ein Stück ... ‚Du bist', naja, sympathisch nicht, aber ... / ...

7.3.2 Gesten als Bestandteil von Routine und Ausdruck von Individualität

(1) V-IP3-2I: Videosequenz:
IP3 sagt während des Wickelns: „Aber das ähm, als Frau N. da war, ging das trotzdem mit dem Akku hoch und runter fahren, auch wenn er die ganze Zeit ... ." PB XX antwortet: „Davon geh ... . Jah. Ja, wir haben ja nur geduscht." Zeitgleich, während PB XX antwortet, übergibt die rechte Hand von IP3 die elastische Binde in die linke Hand oberhalb der Wade. Dann umfasst die rechte Hand mit ihrer gesamten Innenfläche die Wade, so als würde sie die Binde zärtlich und vorsichtig an die Wade drücken. Die rechte Hand geht etwas höher und empfängt unterhalb der Wade von der linken Hand die Binde. In dieser Zeit hat die linke Hand mit der Binde das Schienbein umwickelt. ... ... IP3 reagiert mit: „Ach so, deswegen frage ich." Während IP3 dies sagt, übergibt ihre rechte Hand die Binde auf Höhe des Schienbeines in die linke Hand. Dann fährt die rechte Hand wieder mit der gesamten Handinnenfläche vom Schienbein bist zur Wadenunterseite entlang und empfängt dort von der linken Hand die Binde. Dieser Vorgang wiederholt sich anschließend noch einmal. IP3 sagt: „Na, vielleicht melden die sich heute noch, sonst ... ."

(2) V-IP6a-3I: Videosequenz:
Daraufhin antwortet IP6a: „Ich kann mich noch erinnern, wo ich mal was in der Hand hatte, was nicht zur Windel gehört", nimmt das herausgezogene Windelmaterial und legt es an den Bauch. Mit der linken Hand hält er die Windel fest. PB XX bewegt seinen Oberkörper leicht nach vorne und sagt etwas gedehnt: „Aua, ach." (Dies bezieht sich auf das Herausziehen der Windelhose.) „Jah, wie letztens ...", sagt IP6a leicht gedehnt. Zeitgleich greift er hinter PB XX die Windel und zieht sie ebenfalls am Körper hoch. Anschließend streicht er dreimal kurz nacheinander mit den beiden Handflächen abwechselnd die Windel vom Gesäß nach oben an den Rücken von PB XX. Es entstehen Klatschgeräusche. Mit der rechten Hand hält er dann die Windel am Rücken hoch. „Aua, ach", wiederholt PB XX. „... wo ich etwas anderes in der Hand hatte", beendet IP6a den Satz.

(3) V-IP3-2I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1324-1913):
I: Guck' mal genau auf Deine Hände. Du fasst nach, siehst Du das? Du drückst den Verband mit der rechten Hand / T: Damit er [der Pütterverband an der Wade] schön glatt ist und keine Falten reinkommen. I: Das Ziel ist, der Verband soll glatt sein und nicht Schnüre an der Wade hinterlassen. T: Ja, ja. Genau. ... ... Ich versuch den so glatt wie möglich zu machen. ... ... Ich find' das so schrecklich, wenn man / wenn die so Knüddel haben, dann haben die das auch

in dem Ödem drinne. Ich versuch den so glatt wie möglich zu machen. ... ... I: Wenn Du Dich an das Video erinnerst, würdest Du sagen, Du hast da eben in dieser Sequenz intuitiv gehandelt? War da Intuition dabei? T: Mit dem Beine wickeln ... schon, dass ich das mach', weil ich aus dem Bauch raus denke, es ist besser, bevor es morgen eine offene Stelle ist. Das ist nämlich schrecklich. ..... Das mach' ich völlig unbewusst. Also, jetzt wo ich das seh', aber / I: Hättest Du vorher gedacht, dass Du das so machst? T: Nee. Ich wüsste gar nicht, wie ich das mach'. ... ... Ich versuch den so glatt wie möglich zu machen. Das ist irgendwie so eine Routinesache, glaube ich. ... ...

(4) V-IP11-9I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 2226-2235):
T: ... keine Ahnung, da hab ich keine Ahnung drüber. Hättest auch sagen könne, ich hab das nicht gemacht – gut, hätte ich auch geglaubt. Warum ich das jetzt da gemacht hab? Das erinnert mich immer an meine Mutter, die früher bei mir immer den Kragen so ordentlich gemacht hat. Dann wurde alles oben noch mal gerade gemacht. Ich glaube, so ähnlich, hab ich wahrscheinlich übernommen. Das hab ich nicht wahrgenommen. Wenn ich es nicht sehen würde, würde ich mich nicht dran erinnern.
V-IP11-9I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 2696-2698):
I: Würdest Du sagen, Du hast mit Intuition gehandelt heute? ... ... T: Ja, denke ich schon .... Das Beine streicheln, den Fuß anfassen. ... Intuitiv waren die ganzen Körperberührungen im Grunde genommen, der Kontakt, den ich da noch gemacht hab, hier noch mal über die Schulter zu streichen, da noch mal was zu machen.

(5) V-IP6a-3I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1798-1817):
I: ... Wenn Du Dich jetzt an all diese Aufzeichnungen erinnerst, an das, was wir gesehen haben, würdest Du bei irgendeiner Situation sagen, da war ich intuitiv ...? ... ... T: ... ... also instinkthaft ... ... so instinkthaft waren einige Gesten. I: Welche? ... ... Und das Nachklopfen bei der Windel? T: Ja, das war unbewusst, nicht darüber nachgedacht, das gehört auch dazu. ... ... Das ist unbewusst.

(6) V-IP6a-3I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1645-1656):
T: Ach. Das ist unbewusst dann. Einfach nur, dass die dann hinten auch gleichmäßig hoch ist, wie vorne. ... ... Einfach nur, dass die [Windelhose] dann hinten auch gleichmäßig hoch ist, wie vorne. ... ... Ja, weil ich gesehen hab, dass sie so Beulen drinnen hatte. Und ich ziehe sie dann hinten auch noch mal hoch.

(7) V-IP3-2I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1923-1927):
T: Ich weiß nicht, wie ich es beschreiben soll, aber wenn ich ihre Beine wickle und sie streichle ist das so, als wenn man ein Pferd klopft [macht das Klopfen nach], alles wird gut, wir haben alles im Griff. Anerkennung und Lob zu zeigen.

7.3.3 Körperberührungen zur Vermittlung emotionaler Nähe und zur Umsetzung des Handlungsmodells

(1) V-IP5-3I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1826-1862):
T: Hat natürlich auch was mit Sympathie zu tun. Ich denke jetzt einfach mal / Ich behaupte

jetzt einfach mal, jemand, der mir total unsympathisch ist, da käme dieses Bauchgefühl nicht. ... ... Dieses mit der Chemie, was wir vorhin schon mal hatten, das muss schon da sein, damit der Bauch mir so ein Gefühl gibt, damit ich das tu. I: Kannst Du die Chemie näher beschreiben? T: ... ... Es ist einfach manchmal so, Menschen treffen aufeinander, und das passt. Ja, Chemie ist so, man kommt rein, man sieht sich, man versteht sich, man hat so eine Wellenlänge. Man kommt auf Anhieb gut miteinander aus. ... ... mit PB XX hab' ich mich auf Anhieb gut verstanden. Ich will es immer noch als neutral verstanden wissen, nicht als überdurchschnittlich gut, aber auch nicht als schlecht, sondern so, wie man sich eben verstehen sollte. So von der Vertrauensbasis aus her. Ich glaub schon, dass sie Vertrauen zu mir hat.

(2) V-IP10-7I: Interview (Zeilen 276-342):
I: Wie oft sind Sie bei ihr? Das kann ja jetzt gar nicht oft sein. T: Nein, das war noch nicht so sehr häufig. 10-15 mal vielleicht. ... ... I: Wie würden Sie die Beziehung zu PB XX beschreiben? ... Hat sich da etwas verändert? Oder wie ist sie heute die Beziehung? T: Ja, am Anfang mussten wir uns natürlich erst kennen lernen. [Lachen] ... ... Das ging sehr schnell bei PB XX, ja. Es ist so, dass ich auch immer ein bisschen von mir erzähle, aus der Familie oder so. Und umgekehrt ist es auch so. Beziehung? Ich denk mal, eine ganz / wie soll ich es ausdrücken? [Lachen] - herzlich? Nein. ... ... Also ich mag sie.
V-IP10-7I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1767-1784):
T: Für mich hat es die Botschaft, ja dass ich gerne bei PB XX war, dass ich auch gerne wiederkomme. Dass ich sie mag. Also ich mach es nicht bei jedem, dass ich sie körperlich berühre. I: Bei wem nicht? T: Bei Menschen, wo ich von vornherein reservierter bin, weil entweder eine Antipathie da ist. I: Was Sie eingangs gesagt haben, wenn sie arrogant sind. T: Dass sie arrogant sind. Oder die ich nicht so kenne. Da würde ich es auch nie machen. Ich denke, es kommt ganz drauf an, wie es läuft. ... Zu manchen hat man ganz spontan eine sehr gute Beziehung, und ich fühle mich wohl und ich merke auch, dass der Pflegekunde sich wohl fühlt, weil er es signalisiert. Ja, das ist unterschiedlich. I: Wie würden Sie die Geste beschreiben? T: Liebevoll.

(3) V-IP8-3I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 806-809):
T: Als wir uns kennen gelernt haben, haben wir uns noch nicht so gut verstanden, weil PB XX – wie Du selber schon bemerkt hast – so ein bisschen die feine Dame ist, ihr Ansprüche ziemlich hoch waren.

(4) V-IP5-3I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1852-1853):
T: Und dann gibt es Menschen, die sieht man, und man mag sie einfach nicht.

(5) V-IP5-3I: Videosequenz:
Nun richtet sich IP5 auf, sagt leise und kurz: „So", und geht Richtung Wohnzimmertür sowie zu PB XX, die parallel zum Bett sitzt. IP5 geht also zwischen PB XX und Bett zur Wohnzimmertür. Dabei sagt sie gut hörbar: „Dann bring ich Ihnen die Schüssel", und legt zugleich im Vorbeigehen einmal kurz ihre rechte Hand an die rechte Schulter von PB XX. Diese bewegt bei der Berührung leicht den Kopf nach links und sagt fast unhörbar: „Hm." IP5 verlässt das Zimmer und man hört, wie im Bad Wasser läuft.

(6) V-IP8-3I: Videosequenz:
Mit kleinen, schlurfenden Schritten überwindet PB XX die Türschwelle und IP8 hat dabei ihre Hände um PB XX Hüften gelegt. IP8 geht dicht hinter ihr und hat den Kopf leicht

zur Seite gebeugt – so, als würde sie an PB XX vorbei nach vorne sehen. So überwinden beide die Schwelle und auch die sich anschließende Abbiegung. Beide schweigen. Nachdem die Abbiegung gegangen ist und PB XX vom Flur aus geradeaus ins Wohnzimmer und zu ihrem Frühstückssessel gehen kann, kommt PB XX zum Stehen und sagt leise: „Gut." Es wirkt so, als wäre PB XX nun in Position gebracht. Immer noch hinter PB XX stehend, die Hüfte umfassend und nun mit leichtem Druck nach vorne schiebend sagt IP8: „Jetzt immer gerade aus ... auf die frische Luft zu, ne." Und beide sehen nach vorne. PB XX stimmt mit einem Kopfnicken und „Mhm" zu und IP8 bestätigt mit: „Gut." Während sie das „Gut" spricht, klopft sie zweimal kurz und schnell aufeinander folgend mit ihren Fingern auf die Hüfte; die Handballen verbleiben in der Position. Dann wendet sie sich von PB XX ab, geht ins Bad zurück und greift nach Wäschestücken und sagt: „Ich mach hier weiter, ne." PB XX geht dann langsam, schlurfend zu ihrem Sessel im Wohnzimmer.

(7) V-IP10-7I: Videosequenz:
Mit ihrer rechten Hand stützt sich IP10 auf einen Rollatorgriff und sieht dabei auf PB XX. Diese ist noch mit dem Nasewischen beschäftigt, nickt zweimal und sieht geradeaus, d.h. nicht zu IP10. Anschließend sagt IP10 mit unveränderter Haltung: „Dann sind wir fertig." Nun beendet PB XX ihre Wischbewegungen sieht zu IP10 und sagt: „Bis Mittag." IP10 sieht unverändert zu PB XX und lächelt. PB XX fragt mit Blick zu IP10: „Kommen Sie Mittag?" IP10 schüttelt, immer noch lächelnd, ihren Kopf. „Auch nicht", fragt lauter, fast vorwurfsvoll und enttäuscht klingend PB XX und sieht einmal kurz auf ihr Taschentuch, das sie in beiden Händen auf Bauchhöhe festhält. IP10 steht unverändert lächelnd am Rollator. Dann putzt sich PB XX wieder die Nase und sagt leise den Kopf schüttelnd: „Oh man, oh man." Als PB XX ihre Aussage beendet, geht immer noch lächelnd IP10 auf sie zu, legt einmal kurz mit etwas Druck ihre rechte Hand auf die rechte Schulter von PB XX und geht aus der Tür, neben der PB XX sitzt. „Ihr macht mich richtig fertig", äußert langsam den Kopf schüttelnd PB XX und wischt sich nach einer kurzen Pause wieder die Nase. Anschließend zieht sich IP10 auf dem Flur ihre Jacke an.

(8) V-IP5-3I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 3497-3501):
I: Würdest Du sagen, das Handauflegen, das wir ja sehr intensiv besprochen haben, war Intuition? ... T: Ja, so aus dem Bauch raus, so instinktiv macht man das.

(9) V-IP10-7I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1954-1957):
I: ... Das Handauflegen am Ende, das haben Sie geplant? T: Nein, das hatte ich nicht geplant. Das war intuitiv.

(10) V-IP5-3I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1810-1877):
I: Du sagst: „Ich bring' Ihnen die Schüssel", und mit Deiner rechten Hand fasst Du auf ihre rechte Schulter. T: Kann ich Dir jetzt nicht sagen, warum. Aus dem Bauch heraus. Das hatte da jetzt keinen Grund. Bauch. Bauchgefühl. I: Aha. Machst Du das öfter? Oder machst Du das nur bei ausgewählten Leuten? T: Da es aus dem Bauch ist, ist es mir auch nicht so 100%ig bewusst, dass ich das mach'. Ich selbst würde mal denken, das mach' ich bei jedem Mal so. ... ... Ohne, dass ich darüber nachdenke. Irgendwo hier drinnen, da sitzt einer, und dann passiert das. Das passiert dann. ... ... Mein Bauch sagt mir das denn. ... Hat natürlich auch was mit Sympathie zu tun. Ich denke jetzt einfach mal / Ich behaupte jetzt einfach mal,

jemand, der mir total unsympathisch ist, da käme dieses Bauchgefühl nicht. ... Dieses mit der Chemie, was wir vorhin schon mal hatten, das muss schon da sein, damit der Bauch mir so ein Gefühl gibt, damit ich das tu. ... ... I: Würdest Du sagen, Du wolltest mit diesem kurzen Handauflegen auf die Schulter von PB XX, Du wolltest eine Botschaft transportieren? Hattest Du eine Intention dabei? T: Ich wüsste jetzt nicht, welche. ... ... So mit der Hand, da kann ich wirklich nichts so zu sagen. ... Ich glaube, einfach so. I: Einfach so. T: Ja.

(11) V-IP10-7I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1728-1769):
T: Dass ich sie, weil ich mittags nicht wiederkomme, dass ich sie tröste. Das mache ich, glaube ich, häufiger bei Menschen, dass ich mal die Hand auf die Schulter lege. I: Das wirkt so lässig im Vorbeigehen. T: Nee. I: Das hat ja eine große Botschaft, so wie Sie das jetzt sagen. T: Ich denke, das ist sicher auch so ein bisschen, dass ich sie mag, um ihr zu zeigen, dass ich sie mag, und dass ich nicht wiederkomme, weil ich sie nicht mag – ich hab mir da nie so viele Gedanken drüber gemacht. I: Sie machen das mit Absicht? Sie sagen sich vorher, IP10 / T: Nee, bestimmt nicht. Das ist spontan. ... ... I: Das heißt, es ist eine Botschaft, die für sie beide auch 'ne Botschaft hat? T: Hmh. I: Oder hat es nur eine Botschaft für PB XX? T: Hm. I: Hat es auch was für Sie? ... T: Für mich? Ja. I: Was hat es für Sie? T: Für mich hat es die Botschaft, ja dass ich gerne bei PB XX war, dass ich auch gerne wiederkomme. Dass ich sie mag.

(12) V-IP8-3I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 2950-2965):
T: Naja, das für sie, jetzt muss sie sich anstrengen. Ich habe die ganze Zeit was getan, und jetzt kommt für sie diese gerade Strecke, die sie einfach schaffen muss. Ich kann es mir auch leicht machen und hätte den Toilettenstuhl hinter sie und ab damit / aber jetzt muss PB XX mal wieder was machen. ... ... Das ist die Richtung, in die wir gehen müssen. Ich ja erst mit ihr zusammen und dass sie dann alleine geht.

(13) V-IP5-3I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1884-1915):
T: Damit sie weiß, was ich mach'. Weil ich ja dann das Zimmer verlass', und sie ja gar nicht weiß, wo ich hingeh', sie das gar nicht kontrollieren, überwachen kann. Dass sie weiß, wo ich jetzt hingeh, und was ich da mach'. Ja, könnte man mit einem Moment gleichsetzen. I: Oder willst Du es lieber trennen? Meinst Du, das Handauflegen an der Schulter ist etwas ganz anderes, als auch zu sagen „Ich bring die Schüssel"? Würdest Du die beiden Sequenzen, die beiden Momente lieber trennen? T: [langes Überlegen] So mit der Hand, da kann ich wirklich nichts so zu sagen. Dieses „Ich hol die Schüssel" könnte man auch gleichsetzen mit „Kleinen Moment, ich bin gleich wieder da". Nur damit sie eben weiß, wo ich hingehe in diesem Moment, sag ich eben „Ich hol die Schüssel". ... ... das ist so ein Gefühl in mir drin. Wo ich sage, es ist ihre Wohnung, es ist ihre Umgebung, es ist ihr Badezimmer, es sind ihre Schränke / sicher frage ich nicht „Darf ich jetzt mal ein frisches Handtuch für sie aus dem Schrank holen?", das wäre ein bisschen albern. Mir persönlich ist es wichtig, dass ich sie informiere, weil ich mich ja in ihrer Wohnung frei bewege.

(14) V-IP10-7I: Interview zur Videosequenz (1727-1728):
T: Dass ich sie, weil ich mittags nicht wiederkomme, dass ich sie tröste.

(15) V-IP8-3I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 2936-2941):
I: Kannst Du Dich an Gefühle, an irgendwas erinnern? T: Nee. Wahrscheinlich, das war so eine Geste / So jetzt habe ich es geschafft. ... ... So wie dieser Arbeitsablauf ist jetzt vorbei, jetzt

ist der nächste dran. I: Also es entspricht mehr einem „So“? T: Würde ich so sagen, ja. ... ... Für mich ist das so ein Abschluss gewesen. So wie: Dieser Arbeitsablauf ist jetzt vorbei, jetzt ist der nächste dran.

(16) V-IP8-3I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 2970-2983):
T: Das ist ja für uns die schwierigste Phase in diesem Badezimmer. Für uns beide bedeutet das Arbeit. Für sie auch, weil sie ja gehen muss. Dieses Hin und Her und dieses Hinsetzen, was ihr sehr schwer fällt, dieses Zähneputzen. Sie muss da schon ganz schön viel auch mitarbeiten. Das hat sie geschafft, und jetzt ist für sie noch der krönende Abschluss die gerade Strecke, und dann lass ich sie auch erst einmal in Ruhe. Bis zum Mittagessen fleetzt sie dann in ihrem Sessel und schläft nach dem Frühstück auch gleich ein. Für mich ist das so ein Abschluss gewesen.

7.3.4 Eingriffe in die Handlungsfreiheit der Pflegebedürftigen im Rahmen von Routine

(1) V-IP1b-5A: Videosequenz:
IP1b hat einen Rollstuhl zum Bett herangetragen, stellt ihn parallel zum Bett, arretiert die Bremsen und beginnt, PB XX beim Transfer zu helfen. PB XX richtet sich im Bett etwas auf und bewegt die Beine auf seine rechte Seite, d.h. zur offenen Bettseite hin. Nun steht IP1b vor PB XX am Bett und hilft ihm beim Aufsetzen im Bett, indem er die Beine an sich heranzieht, dann herausdreht und unter dem Nacken anfasst, um den Oberkörper aufzurichten. Währenddessen hält sich PB XX mit seiner rechten Hand am Bettaufrichter fest; seine linke Hand stützt sich auf der Matratze auf. IP1b dreht nun langsam PB XX in die sitzende Position an der Bettkante. ... IP1b hält PB XX in der sitzenden Position fest, indem seine Hände Nacken und Schulter beidseits umfassen. Als PB XX an der Bettkante sitzt, fragt leise und fast fürsorglich IP1b: „Geht das so? Sie können ruhig loslassen.“. PB XX lässt nicht los. IP1b sieht dabei PB XX an ... Anschließend fasst IP1b mit seiner linken Hand, während seine rechte Hand den Nacken von PB XX stützt, zu PB XX rechtem Handgelenk am Bettaufrichter. IP1b hat seinen Blick auf die rechte Hand von PB XX gerichtet. An dem Handgelenk zieht oder rüttelt IP1b nun ein wenig; PB XX lässt nicht los. Dann sagt IP1b etwas lauter: „Einmal hier loslassen“, und zieht die Hand vom Bettgalgen etwas weg und legt sie sich über seine rechte Schulter. Als die Hand auf seiner Schulter liegt sagt er: „So.“

(2) V-IP2-2A: Videosequenz:
PB XX sitzt im Sessel. IP2 sitzt auf einem Stuhl am Tisch. Der Tisch ist ca. einen Meter von PB XX entfernt. IP2 steht auf, greift ein Medikamentenschälchen vom Tisch und sagt: „Darf ich Ihnen erst mal ihre Tabletten geben für heute morgen.“ IP2 geht dicht an PB XX heran und gibt ihr das Schälchen in Richtung linker Hand. IP2 sagt: „Einmal was zum Schlucken.“ PB XX greift mit der linken Hand das Schälchen und sagt: „Einfach so auf nüchternen Magen?“ IP2 sagt: „Ja.“ IP2 steht dicht und frontal vor PB XX. IP2 greift mit der linken Hand zu einem mit Wasser gefülltem Glas auf dem Couchtisch. Währenddessen verfolgt PB XX mit den Augen die Bewegungen von IP2, ansonsten sitzt sie ruhig da. PB XX sucht mit dem rechten Arm die Wasserflasche rechts neben dem Sessel, die IP2 zuvor dort hinstellte. Der Kopf ist nach unten rechts gerichtet. IP2 steht weiterhin dicht und frontal vor PB XX. IP2 gibt PB XX das gefüllte

Wasserglas in die rechte Hand und sagt: „Hier ist ein bisschen Wasser. Ich habe Ihnen schon ein bisschen Wasser eingeschenkt.“ PB XX sagt: „Ach so, hat er schon“, sieht zum Wasserglas auf und ergreift dieses. Anschließend sagt sie: „Na, denn“, und schüttet die Tabletten in den Mund. Danach sieht sie IP2, der seine Position nicht verändert hat, an und schüttelt ihren Kopf. Ihr Oberkörper wippt nach vorne und hinten, ihre Stimme hebt sich und sie sagt: „Ach.“ Anschließend trinkt sie aus dem Wasserglas, sieht IP2 an und reicht ihm das Wasserglas.

(3) V-IP12-4A: Videosequenz:
IP12 steht links neben PB XX, hat sich aus einem Gefäß Lotion auf die linke Hand gegeben und hebt den rechten Arm von PB XX von der Lehne etwas an. Beide schweigen. IP12 cremt wiederholend mit kräftigen geraden Bewegungen den rechten Arm von PB XX. PB XX sieht währenddessen auf seinen Arm und die Hände von IP12. IP12 Eincreme-Bewegungen werden langsamer. Dann umfasst IP12 linker Hand das Ellenbogengelenk von PB XX. Anschließend legt sie ihre rechte Hand auf den Unterarm von PB XX und drückt diesen etwas runter. Dabei sagt sie kaum hörbar: „So“. PB XX behält kurz den Arm noch in derselben Position, dieser wippt ganz kurz und leicht nach oben (als würde er dagegen drücken). Dann legt IP12 den Arm langsam auf die Toilettenstuhllehne und flüstert dabei kaum hörbar (und eher zu sich in Gedanken versunken): „Danke“. PB XX sieht ihr unverändert zu. Anschließend nimmt sich IP12 erneut Creme aus dem Gefäß und cremt den Oberkörper von PB XX. Beide Schweigen.

(4) V-IP2-2A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1278-1341):
T: Ich könnte sie [die Medikamente] ihr hinlegen und sie sagt: „Ich nehm’ sie später.“ Und wenn ich heute Mittag wiederkomme oder wenn mein Kollege heute Abend kommt, wenn ich morgen früh wieder da bin, dann liegen die Tabletten immer noch da. Das ist die Erfahrung. ... Also schon, dass ich sie dazu auffordere, dass ich ihr die Tabletten gebe, auch dass ich ihr das Wasser gebe, um zu verhindern, dass sie sagt: mach’ ich später, und es dann vergisst. Das kann sehr schnell gehen bei ihr.

(5) V-IP1b-5A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 813-923):
T: In dem Moment kann ich ihm einfach die Angst nehmen. ... Diese Haltung ist wesentlich verkrampfter, als wenn er sich hier festhält. Körperkontakt ist einfach auch Angst lösend. ... ... Ich bin ja auch schon ziemlich lange in der ambulanten Pflege und ich denke schon, dass ich in gewissen Dingen ein gewisses Selbstbewusstsein habe, dass ich auch weiß, was in gewissen Situationen gut ist und was vielleicht nicht so gut ist. ... Ich weiß in dem Moment, es ist für ihn besser, wenn er vom Galgen loslässt und sich bei mir lieber festhält. ... Deshalb tue ich das auch mit einer gewissen Lockerheit, ohne ihn da nun wegzureißen oder ihm seinen Willen zu nehmen. ... ... Ich denke auch, es ist besser so, wenn er da loslässt. Er klammert sich halt nur noch da fest aus einer gewissen Angst heraus. Ich denke, er ist mir auch nicht böse, wenn ich ihm die Hand da runter nehme, weil es ist in dem Moment für ihn auch eine Erleichterung, weil es für ihn dann auch lockerer ist. ... Ich bin ja auch schon ziemlich lange in der ambulanten Pflege und ich denke schon, dass ich in gewissen Dingen ein gewisses Selbstbewusstsein habe, dass ich auch weiß, was in gewissen Situationen gut ist und was vielleicht nicht so gut ist.

(6) V-IP12-4A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1047-1049):
T: ... weil man den linken Arm ja doch sehr führen muss, dass ich das Gefühl hatte, ich muss den auch ablegen, sonst fällt der ihm hin ... .

(7) V-IP2-2A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1286-1287):
T: Ich achte darauf, dass sie die Tabletten auch tatsächlich einnimmt. ... Ich möchte ja nur kontrollieren, ob sie ihre Tabletten jetzt nimmt.

(8) V-IP2-2A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1374-1375):
T: Nee, doch, sie [die Tablette] ist wichtig. Das ist eine Vitamintablette, die sollte sie regelmäßig nehmen.

(9) V-IP1b-5A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 853-857):
T: ... Ich hab mir halt so etwas zurechtgelegt, wie ich es zeitlich gut hinkriege, ohne in Stress zu kommen. Auch nicht zu große Pausen entstehen zu lassen, z.B. wärme ich die Milchsuppe schon mal an, damit es nachher schneller geht.

(10) V-IP2-2A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1268-1358):
T: Das ist keine ordnungsmäßige Medikamentengabe, aber es geht organisatorisch auch nicht anders. Es ist nicht anders lösbar. ... Vielleicht ist es einfach ein eingeschliffenes Verhalten, um den Einsatz zu beschleunigen.

(11) V-IP2-2A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1312-1322):
T: Das ist automatisch passiert. ... I: Haben Sie darüber nachgedacht, wie Sie sich hinstellen können ... T: Nein.

(12) V-IP1b-5A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 899-925):
T: Ich mach das automatisch, ja das stimmt schon. ... ... Gewisse / eh wie soll ich sagen / also ich bin mit den Jahren jetzt schon voll drin in der ambulanten Pflege. ... ... Ich mache das jetzt 18 Jahre. Vieles hat sich automatisiert. Eine gewisse Sicherheit hat sich / ich war am Anfang auch wesentlich unsicherer.
V-IP1b-5A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 843-848):
I: Hast Du heute darüber nachgedacht? T: Nee, glaube ich nicht, nee ... I: Du denkst da nicht mehr drüber nach? T: Nee, nee.

(13) V-IP12-4A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1045-1100):
T: Habe ich bestimmt auch gemacht. Warum, weiß ich nicht. Das war eindeutig so zu erkennen. Weiß ich nicht. Vielleicht hatte ich den Eindruck, ich muss sie ihm runterlegen, dass er es nicht alleine kann. Weiß ich nicht, muss ich jetzt passen. ... Weiß ich nicht, warum ich das gemacht habe. ... Das habe ich bestimmt irgendwie einfach so gemacht. I: Können Sie jetzt erklären, ob es eine Bedeutung hat? T: Vielleicht habe ich in dem Moment nicht so drüber nachgedacht ... Aber das weiß ich nicht. Kann ich Ihnen nicht sagen, ob das wirklich in dem Moment mein Gefühl war. ... Man tut ja so viele Dinge, ohne darüber nachzudenken, muss ich Ihnen sagen. Ich jedenfalls. Ich denke nicht bei allem, was ich tue, groß nach. Manches mach ich einfach so. Ja, das mach ich einfach so aus dem Gefühl raus.

(14) V-IP2-2A: Interview zur Videosequenz: (Zeilen 1268-1303):
T: Nein, aber das ist mir schon klar, dass das so eigentlich nicht geht. Das ist keine ordnungsmäßige Medikamentengabe, aber es geht organisatorisch auch nicht anders. ... Vielleicht sollte ich da etwas zurückgehen. Vielleicht sollte ich mich dann auch wieder hinsetzen. So wie ich es jetzt sehe, das Bild, scheine ich sie da etwas zu bedrängen. Das möchte ich ja eigentlich

nicht. Ich möchte ja nur kontrollieren, ob sie ihre Tabletten jetzt nimmt. Das ist schon ein interessanter Hinweis für mich.

(15) V-IP2-2A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1336-1343):
T: ... das würde ich nicht positiv bewerten. Das würde ich eher negativ bewerten. Also schon, dass ich sie dazu auffordere, dass ich ihr die Tabletten gebe, auch dass ich ihr das Wasser gebe, um zu verhindern, dass sie sagt: mach' ich später, und es dann vergisst. Das kann sehr schnell gehen bei ihr. Aber dass ich dann so auffordernd so dicht bei ihr stehen bleibe, das würde ich nicht positiv bewerten.

Anmerkungen Kapitel 8

8.1 Körperberührungen, -haltungen und Gesten als Ausdruck einer Modellabweichung

(1) V-IP8-2I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 2601-2611):
T: Sie [die Pflegebedürftige] geht schwerfälliger. Aber das Witzige an dieser ganzen Situation ist, dass es ihr besser zu gehen scheint, wenn sie mehr Wasser eingelagert hat und mehr Wasser in ihrem Körper geblieben ist, speziell auch im Gehirn, dass es klarer ist. Ich habe das Gefühl manchmal mit dieser Situation / ich weiß, dass es für sie nicht gesund ist, weil das Wasser überall hinkommen kann, aber im Prinzip weiß ich, dass es ihr eigentlich gar nicht so schlecht dabei geht. Wenn sie denn mal mehr Flüssigkeit zu sich genommen hat, dann geht es ihr auch besser – geistig und körperlich, beides.

(2) V-IP4a-1I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 729-773):
I: Wie bist Du auf die Idee gekommen, dass ihr Apparat [zur Blutzucker-Messung] nicht richtig misst? T: Bei der letzten Mitarbeiterbesprechung / ich war nicht da, ich hatte frei / Aber das Protokoll der Mitarbeiterbesprechung habe ich gelesen und da stand drauf, man muss auf ihre BZ-Werte achten, die Werte sind sehr niedrig und letzte Woche habe ich sie einmal gesehen und die Werte waren 52. ... Das war sehr niedrig, aber sie war ganz normal. Wenn eine Diabetikerin 52 hat, dann ist man blass, Schweiß gebadet und unruhig. ... ... Und sie war ganz normal. Das heißt, ich habe mehrere Erfahrungen mit solchen Patienten / Dadurch habe ich mir gedacht, irgendetwas stimmt hier nicht, dass kann sein, dass es am Apparat liegt. ... Das heißt, ihr Apparat ist fast zwei, drei Jahre alt oder vielleicht noch älter, und manche Apparate gehen nach einer längeren Zeit nicht mehr ganz richtig. Wenn man solche Erfahrungen mit solchen Leuten hat, dann kann man vom Gesicht der Leute sehen, ob sie einen Insulinschock haben oder die Werte sind hoch oder niedrig. Ich kann das vom Gesicht der Leute lesen. ... ... Das heißt ihre Werte / Ich kenne sie seit längerer Zeit, die Werte waren immer bei 200, 300, manchmal auch 400 und sie war so wie vorgestern. Das kann nicht sein, wenn ein Mensch von 400 auf 50 runterfällt, dass er dann so normal sein kann.

(3) V-IP11-5I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1546-1551):
T: Ich kann ja nicht vorher / natürlich weiß ich im Großen und Ganzen / ich wusste ja, Verbandwechsel, Schmerzen, das wird ihr weh tun. ... ... Ja, ich merk schon, in dem Moment, wo ich den Rand abgemacht hab, da war schon / wenn man da gegen kommt / und ich wusste eh, das Bein, das hat ihr immer schon wehgetan. Auch als wir den anderen Verband hatten. Bevor wir den hatten, hatten wir einen Feuchtverband gemacht, das hat ihr wahnsinnig wehgetan. Das hat ihr wahnsinnig wehgetan. Obwohl ja gar nichts war.

(4) V-IP11-7I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 2008-2012):
T: ... dadurch, dass sie auch Diabetes hat, das darf man ja nicht vergessen, und ich kenn ganz viele Füße / die Leute merken das manchmal gar nicht / Nervenreizung, keine Wunde in dem Sinn. Es gibt ja Leute, die laufen in Schuhen rum mit kaputten Füßen und merken das gar nicht.

(5) V-IP8-6A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 2320-2330):
T: Und nachher kommt auch die Situation mit dem Zähneputzen. Ich höre auf die Geräusche beim Zähneputzen, wann sie fertig ist. Da gehe ich dann wieder hin. Da bin ich in der Situation beim Wäsche aufhängen – es ist nicht jeden Tag so, dass ich beim Wäsche aufhängen bin – meistens bin ich dann in der Küche. Dann höre ich aus der Küche die Geräusche, die sie macht beim Zähneputzen, beim Ausspülen, beim Abtrocknen ihrer Hände und des Zahnputzbechers. Und wie sie die Zahnbürste klirrend in diesen Becher zurückschmeißt und das da hinstellt. Dann weiß ich, sie ist fertig.

(6) V-IP8-6A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 2290-2298):
T: Früher bin ich an der Kante immer hinter ihr her gegangen. Ich habe sie an den Hüften angefasst, um sie zu begleiten. Dann habe ich sie beobachtet, dass sie eigentlich relativ sicher geht, wenn sie auf graden Strecken geht. Sobald wir aber da hinkommen, kommt sie in Schwierigkeiten. Am Anfang habe ich ihr immer sehr geholfen, dass ich das ganze Ding da rüber gerüttelt habe. Dann habe ich aber gesagt: „Versuchen Sie es doch mal mit Schmackes darüber."

(7) V-IP2-1A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1092-1123):
T: Und dann wäre wieder die Sturzgefahr größer, das muss man gegeneinander abwägen. In diesem Fall hab' ich das daran gesehen, wie sie sich bewegt hat, wie sie aufgetreten ist. Und das war für mich / sonst tritt sie anders auf, geht sie anders. Und das war für mich ein Anzeichen, dass die Schmerzen anders sind als zu Zeiten, in denen sie sehr theatralische Auftritte hat. Wenn man sie nicht kennt, denkt man, diese PB stirbt vor Schmerzen ... ... Das konnte man schon unterscheiden. Und ich denke, das wird ja auch deutlich, wie sie besonders mit ihrem linken Fuß aufgetreten ist. Sie hatte ja auch über Schmerzen im rechten Bein geklagt, aber da ist sie ganz normal aufgetreten. Sie ist ja relativ schnell, wenn sie steht. Sie ist auch sonst beweglicher, um vom Sessel oder vom Stuhl aufzustehen. Das waren schon zwei deutliche Zeichen, dass die Schmerzen anders sind.

(8) V-IP2-1A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1125-1139):
I: Müssen Sie sich noch aufrufen mit den Worten: „Herr X. [Pflegender], jetzt mal auf Schmerzen achten!", ... T: Ich denke, das ist grundsätzlich. Das mache ich eigentlich bei allen Pflegekunden. Auch wenn eigentlich nichts dafür spricht, dass da etwas vorliegt, was zu Schmerzen führen könnte. Das ist auch einfach im Alter unserer Pflegekunden begründet. Da kann sich ja auch sehr schnell die gesundheitliche Situation verändern. Ich denke, das machen wir schon so nebenbei.

(9) V-IP8-2I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 2561-2588):
T: Ja, da hatte ich für mich so eine Beobachtung gemacht, als sie auf der Bettkante saß, dass sie wieder mehr Wasser eingelagert hatte. Das war mir auch klar, weil sie nichts in der Windel hatte. Und so viel Urin – das kann ich jetzt zwar nicht sehen – aber der war oben schaumig.

Das war für mich ein Zeichen / ... ... dass sie nicht genug getrunken hatte, dass etwas nicht so funktioniert hat, wie es sollte. ... ... dass ich gedacht habe, Mensch, Schiete, jetzt ist es wieder so schlimm geworden. Es war nämlich gestern richtig gut, da hatte sie nämlich fast ein Kilo weniger. Das war mir schon klar, dass das jetzt mehr ist. Habe ich schon gesehen an ihren Beinen. Auch die Knöchel von innen waren auch schon geschwollen. Gestern konntest Du ja die Knöchel von innen sehen.

(10) V-IP11-7I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1974-1982):
I: Wie kam das? Wie hast Du das gespürt? T: Das hab ich gesehen auf einmal. Und durch die Hände hab ich das auf einmal gemerkt, dass die Füße ziemlich ausgetrocknet sind. Obwohl PB XX gesagt hat, sie hat da so eine Creme, mit der cremt sie ihrer Schwester immer ein paar Mal am Tag die Füße ein. So eine Linola Lotion. Eine Lotion sogar, die ist ganz teuer. Heute hatte ich das Gefühl, der Fuß, der hat ganz trockene Haut, das blättert so ein bisschen ab.

(11) IP8-5A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 2133-2206):
T: Sie drückt sich da nicht richtig aus, aber ich versteh sie dann schon. „Ich sitz hier so und hier ist wieder alles verrutscht". ... ... In dem Moment, wo sie aufgestanden ist und so gestöhnt hat, da ist es mir wieder eingefallen, ihre Hose ist bestimmt verrutscht. Zieh die mal hoch. ... Ich wurde wahrscheinlich auch dran erinnert, weil sie so „Oh" gesagt hat. Du siehst auch ihren Gesichtsausdruck wieder, das hatte ich dann schon gesehen. Dass der Gesichtsausdruck wieder so ist, da ist irgendetwas nicht in Ordnung. ... ... Die [Hose] war zwar überhaupt nicht nass und schwer, aber sie saß nicht so, wie sie sitzen sollte.

(12) V-IP11-5I: Videosequenz:
... IP11 ist dabei, den Verband von der Haut etwas abzuziehen. PB XX Gesicht zeigt deutliche Schmerzen, ihre rechte Hand hat angefangen zu zittern, und zugleich klingt ihre Stimme weinerlich. PB XX und IP11 Blicke sind auf den Verband gerichtet. Dann hebt IP11 den Kopf, sieht zu PB XX, lässt den Verband los, umfasst mit beiden Händen den Fuß und massiert ihn streichelnd. Mit Blick auf PB XX sagt er: „Mach mal Pause, he." Beide schweigen. IP11 sieht PB XX für einige Sekunden ins schmerzverzerrte Gesicht. PB XX sieht auf ihren Verband. Während des Ansehens ruhen IP11 Hände am Fuß. Leise und mit schwacher Stimme antwortet PB XX: „Ja." Dann geht IP11 linke Hand zum Oberschenkel zwischen Knie und Schlafanzughose und streichelt ein Hautareal, während seine rechte Hand weiterhin das Zehengrundgelenk von PB XX umfasst. Dann greift seine linke Hand in die zitternde Hand von PB XX. IP11 blickt einmal um sich und fragt: „Möchtest irgendwas in die Hand haben, damit Du richtig drauf rumdrücken kannst?" Dabei sieht sich IP11 erneut um, als suche er etwas. „Irgendetwas haben, dann kannst Du ordentlich drauf rum drücken", äußert IP11 weiterhin mit seinem Kopf um sich blickend, die rechte Hand am Zehengrundgelenk und seine linke Hand in der Hand von PB XX. PB XX schmerzverzerrtes Gesicht ist auf den Verband gerichtet. Mit einem Mal zeigt IP11 mit seiner linken Hand und linkem Arm (und lässt dabei die Hand von PB XX los) auf eine rote Stoffpuppe auf der Couchrückenlehne am Kopf hinter PB XX. Nun geht auch sein Blick in diese Richtung und IP11 sagt: „Hier, kannst doch die Puppe da oben nehmen." Arm und Hand zeigen immer noch auf die Puppe. Mit den Worten: „Ja, genau", und etwas festerer Stimme dreht sich PB XX leicht mit ihrem Oberkörper um und greift mit ihrer rechten Hand hinter sich zur Puppe. „Und die knuddelst Du mal ordentlich", sagt IP11. Dann erhebt er sich etwas mit dem Gesäß von seinem Stuhl und sagt mit gepresster Stimme: „Warte mal. .. oh,

zwei Finger hier, oh, super“, und angelt mit gestrecktem Arm und Rücken die Puppe mit seiner linken Hand von der Rückenlehne. Seine rechte Hand umfasst weiterhin den Fuß von PB XX. Gleich daraufhin gibt IP11 die Puppe in PB XX. Schoß und diese umfasst mit beiden Händen die Puppe. „Guck ... , die nimmst Du jetzt mal richtig in die Hand und wenn's weh tut, dann kneifst Du ordentlich rein, ne?“, sagt laut sprechend IP11. Für einen kurzen Moment, indem IP11 etwas vom Fußboden aufhebt, was beim ‚Puppeangeln' herunter gefallen ist, lässt er den Fuß los, umfasst ihn aber gleich wieder, nachdem das Heruntergefallene weggelegt ist. Bei dem Wort ‚reinkneifen' ballt IP11 seine rechte Hand zu einer Faust. „ ... das wird nämlich weh tun, dass weiß ich, aber ich kann es nicht ändern“, fährt IP11 fort und wendet sich dann dem Ablösen des Verbandes mit seinem Blick und beiden Händen zu. In PB XX Schoß liegt die Puppe und mit dem linken Arm stützt sich PB XX auf der Couch ab. Ihre rechte Hand liegt unter der Puppe auf dem Schoß. Im Verlauf zieht IP11 das Pflaster mit kurzen Pausen ab und PB XX klagt über Schmerzen. Einmal sagt IP11: „Kneif rein, hier, kneif da ordentlich rein“, und legt dabei die Puppe noch etwas fester in den Schoß von PB XX. Mit ihrer rechten Hand hält PB XX nun die Puppe so fest, dass die Fingergelenke weiß sind.

V-IP11-5I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1483-1514):
I: Wie hast Du das wahrgenommen? Woher kommt das? Hast Du Dir ihre Hände angeguckt oder kannst Du das gar nicht mehr sagen? T: Ja, sie sitzt ja so ganz hilflos da. Sie guckt ja da gar nicht hin. Sie ist so / und man merkt das an den ganzen Bewegungen auch von der Motorik her, wo man denkt „Ha, Hmh“ / ich kenn das auch von mir selber, wo man denkt „Ha, Hmh“ / wo Leute sich fast in die Faust beißen ... ... Und ich bin ja nun beim Verband, ich kann ja nicht die ganze Zeit ihre Hand halten. Wenn das nun jemand anderes gemacht hätte, hätte ich mich vielleicht sogar neben sie hingesetzt und hätte sie so umarmt. ... ... I: Jetzt kannst Du ja sehen, wie sie reagiert. Wie hast Du das denn heute Morgen gesehen? Kannst Du Dich daran erinnern? ... T: Im Bezug auf was jetzt? I: Auf die Schmerzen. Dass Du dann darauf kommst / T: Ja, ich merk schon, in dem Moment, wo ich den Rand abgemacht hab, da war schon / wenn man da gegen kommt / und ich wusste eh, das Bein, das hat ihr immer schon wehgetan. I: Ich frag mich, wie die Idee gekommen ist. Dass Du den roten Teddy nimmst / T: Ja, der war da gerade oben. Ich wusste nicht, was ich anderes nehmen sollte. Der hat sich gerade so angeboten da. Der hat da gerade so oben gesessen, und dann saß er da. Wenn da eine rote Giraffe gesessen hätte, hätte ich eine rote Giraffe genommen. Wenn da nun gar nichts gesessen hätte und auf dem Tisch hätte ein schönes Kissen oder eine Rolle gelegen, hätten wir die Rolle genommen. ... Nun hat sich der da angeboten gehabt.

(13) V-IP3-3I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 779-793):
T: Sie hat immer ihre Wehwehchen, aber ich weiß, was ich ernst nehmen muss und was sie immer sagt. I: Woher weißt Du das? T: Weil sie immer Rückenschmerzen hat und immer darüber stöhnt. I: Das heißt, Rückenschmerzen sind normale Wehwehchen? T: Ja, aber dieser Schwindel und so, oder dass sie sagt, ihr ist seit ein paar Tagen nicht so gut, das gibt mir denn schon zu denken. Deswegen habe ich auch den Blutdruck gemessen.

(14) V-IP12-4I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1278-1286):
I: Woher kommt es, dass Ihnen jetzt die Schulter wieder in den Sinn kommt? T: Naja, weil ich sie sehe. Eigentlich möchte ich ihm ja das Mobilat nicht auf die Schulter reiben, weil ich finde,

da wird die Haut so gereizt. ... ... Und weil ich es gerade noch rechtzeitig bemerkt habe, konnte ich ihm ja die Schulter auch einreiben. Sonst / klar, ich habe nicht dran gedacht.

8.1.1 Körperberührungen als Ausdruck einer Modellabweichung

(1) V-IP11-4I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1463-1466):
T: Das [die Körperberührung] ist auch irgendwie Sympathie, wie man es auch sieht. ... Wir verstehen uns eigentlich ganz gut. Zeilen 2364-2368
T: Es gibt auch Leute, die man gar nicht anfassen mag. Normalerweise hätte ich mir / als ich mit der Pflege angefangen hab / nie vorstellen können / das hat sich alles im Laufe der Zeit erst so gegeben. Zum Anfang war ich eher so rein und wieder raus. Und so was hat sich dann daraus entwickelt.

(2) V-IP1b-1I: Interview (Zeilen 106-131):
I: ... Wie würdest Du die Beziehung zu ihm [dem Pflegebedürftigen] beschreiben? T: Also, am Anfang war sie etwas neutral; es hat sich eigentlich in den letzten Wochen ganz positiv entwickelt. I: Was macht das Positive aus? T: Wir haben eine ganz gute Vertrauensbasis. Ich denke, er weiß es auch zu schätzen, dass ich mich um ihn bemühe. Im Zwiegespräch sind wir beide auch auf einer gemeinsamen Ebene. ... Wir haben eigentlich / so von der Chemie stimmt das schon so zwischen uns. I: Was ist für Dich Chemie? Es sagen viele Menschen: „Die Chemie stimmt“, aber jeder verbindet damit etwas anderes. Deswegen frage ich nach. T: Also, ich denke, es ist eine gute Vertrauensbasis da. Ich fühle mich bei ihm nicht unwohl.

(3) V-IP4b-7A: Interview zur Videosequenz (91-104):
I: Jetzt hat sie etwas über die Augen gesagt. Du streichelst über den Rücken und sagst: „Ich kümmere mich darum.“ Streichelst Du vielen Menschen über den Rücken oder ist das ein besonderer Moment? T: Besondere Momente. Nein, nicht vielen Leuten. In besonderen Momenten. Wenn ich das Gefühl habe, es tut ihnen gut, dann mache ich das. Manchmal auch das Gesicht, manchmal über den Rücken. „Seien Sie beruhigt, Sie sind nicht alleine.“ I: Das willst Du damit ausdrücken? T: Ja.

(4) V-IP1b-1I: Videosequenz:
IP1b schneidet mit seiner rechten Hand am Verband am Fuß von PB XX, während die Linke den Fuß seitlich stabilisiert. Gleich nach dem Schnitt stöhnt PB XX laut und kehlig: „Ah, Ah, Ah.“ Nun nimmt IP1b die Schere von Fuß weg und umfasst mit beiden Händen den rechten Fuß von PB XX. Während IP1b den Fuß umfasst, sagt er fast nicht hörbar: „Ganz ruhig, ganz ruhig, ganz ruhig.“ IP1b hält mehrere Sekunden den Fuß umfasst und blickt dabei zum Fuß. PB XX stöhnt währenddessen leise einmal „Och“ und einmal „Ach“, dann schweigt PB XX. ... Beide schweigen. Dann hebt IP1b die Umfassung des Fußes mit seinen Händen auf und beginnt erneut zu schneiden und den Verband zu entfernen. Wenig später schreit PB XX auf und fragt: „Wie lange dauert das noch?“ IP1b antwortet nicht und arbeitet mit Blick auf den Fuß weiter. ... ... Der Verbandwechsel dauert mehrere Minuten und PB XX klagt mehrfach lautstark über Schmerzen, aber nur einmal legt IP1b seine Hände so um den Fuß.

(5) V-IP11-4I: Videosequenz:
IP11 zieht den Verband von der Haut etwas ab und sagt: „Noch bin ich nicht richtig ran." PB XX Gesicht zeigt deutliche Schmerzen und mit weinender Stimme sagt sie: „Jetzt aber." Dabei fängt ihre rechte Hand, die auf ihrem rechten Oberschenkel liegt, an zu zittern. „Jetzt aber", wiederholt weiterhin den alten Verband mit beiden Händen von der Haut entfernend IP11. PB XX und IP11 Blicke sind auf den Verband gerichtet. Dann hebt IP11 den Kopf, sieht zu PB XX, lässt den Verband los, umfasst mit beiden Händen den Fuß und massiert ihn streichelnd. Mit Blick auf PB XX sagt er: „Mach mal Pause, he." Beide schweigen. IP11 sieht PB XX für einige Sekunden ins schmerzverzerrte Gesicht. PB XX sieht auf ihren Verband. Während des Ansehens ruhen IP11 Hände am Fuß. Leise und mit schwacher Stimme antwortet PB XX: „Ja." Dann geht IP11 linke Hand zum Oberschenkel zwischen Knie und Schlafanzughose. IP11 streichelt mit seiner Handfläche mit zwei, drei kleinen, kurzen Bewegungen über ein kleines Hautareal am Oberschenkel. Seine rechte Hand umfasst weiterhin das Zehengrundgelenk von PB XX. Dann greift seine linke Hand in die zitternde Hand von PB XX und IP11 fragt: „Möchst irgendwas in der Hand haben, damit Du richtig drauf rumdrücken kannst?" Dabei sieht sich IP11 um, als suche er etwas. Später gibt IP11 PB XX eine rote Puppe von der Couch, die diese nimmt. Im Verlauf äußert PB XX weiterhin starke Schmerzen während und auch nach dem Verbandwechsel.

(6) V-IP11-4I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1406-1438):
I: Jetzt streichelst Du wieder das Bein. T: Ich mach eine Pause. ... ... I: Wie hast Du das wahrgenommen? T: Weil ich PB XX [IP11 nennt den Vornamen] kenne. Sie hat die ganze Nacht wahnsinnige Schmerzen. Sie jault die ganze Nacht rum, weil ihr das Bein weh tut. ... und ich habe es bis jetzt ja nur am Rand abgemacht, ich bin ja immer noch nicht so weit, dass ich weiß, wie es darunter aussieht, ich weiß jetzt immer noch nicht, Was ist da unter? Was mach ich danach? Bricht da gleich alles aus wie ein Vulkan? – das ist ja die größte Sorge, die ich hatte / ich versuch da, so ein bisschen ihr zu zeigen, ich bin da, ich reiß dir das nicht einfach so zack ab, sondern man kann da auch mal Pause machen. ... ... ich mein so / Mensch PB XX, wie sie schon so da sitzt, das wäre doch nun wirklich gemein. Die arme kleine Person, und dann reißt man ihr den Wundverband ab, das tut ja jetzt schon alles weh.

(7) V-IP4b-6A: Videosequenz:
IP4b trägt etwas in die Pflegedokumentation ein, die auf einer Kommode liegt und blättert ein wenig. Beide schweigen. Nun legt sie den Stift in die Dokumentation, klappt diese zu und fährt sich mit beiden Händen durch die Haare. Währenddessen hat PB XX die Hände in den Schoß gelegt, die Finger ineinander gefaltet und sieht auf den Couchtisch. Nun rückt sie mit ihrem Sessel näher an den Couchtisch heran und beginnt Kaffee zu trinken. Von hinten – aus Sicht von PB XX – tritt IP4b an PB XX heran, beugt den Oberkörper und stützt die Hände auf ihre Knie. IP4b fragt: „Kann ich noch etwas für Sie tun?", und sieht dabei PB XX ins Gesicht. Diese hat sich noch etwas zu ihr gedreht und antwortet: „Ne, ist gut". „Alles okay?", fragt nochmals IP4b und umfasst mit ihrer rechten Hand die linke von PB XX. Beide drücken die Hände aneinander. „Ja, ist gut", bestätigt nickend PB XX. Beide sehen sich an und halten weiterhin einander die Hand. „Kommen sie morgen wieder?", fragt leise und mit eher trauriger Stimme PB XX. „Ja, morgen komme ich wieder", bestätigt IP4b. Beide sehen sich weiterhin an und halten einander die Hand. „Schön.", äußert Kopf nickend PB XX. „Alles Gute und bis

morgen. Ja? Tschüß“, verabschiedet sich IP4b und schüttelt die Hand bei dem Wort ‚Tschüß‘. Mit ihrer linken Hand zeigt sie auf das Frühstück. „Tschüß“, sagt nun auch PB XX. Jetzt lösen sich die Hände und auch die Blicke trennen sich.

(8) V-IP4b-6A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 101-147):
T: Mein Einsatz war zu Ende. Aber sie hatte das Gefühl, dass wir uns noch einmal über ihre Augen unterhalten. Dann habe ich sie gelassen. ... I: Du hättest auch abbrechen können? T: Ja. Das könnte ich. Da ich das Gefühl hatte / das war spontan in diesem Moment / sie wollte mich nicht loslassen. I: Wie hast Du das gefühlt? T: Man merkt das von ihrem Verhalten. I: Wie denn? Für mich sah das normal aus. T: Für Dich ja. Aber da ich sie kenne. Sie hat meine Hand so etwas gedrückt / man sagt es nicht, aber es heißt: „Geh bitte nicht. Bleib noch einen Moment“. Man hat das Gefühl von ihrer Aktion. I: Hmh. T: Es fühlt sich gut an, wenn Du ein, zwei Minuten länger da bist. I: Hmh. T: Dann nehme ich mir die Zeit und gehe fünf Minuten später. Ich fühle das. Genau in diesem Moment. Manchmal passiert nichts, und ich gehe raus. I: Dein Gefühl sagt Dir aber, bleib noch ein bisschen? T: Ja. Ein bisschen. I: Hmh. T: Da ich das Gefühl hatte / das war spontan in diesem Moment ... / .... Das kommt genau in diesem Moment. Das kommt genau in diesem Moment. Ich habe nicht nachgedacht. Ich habe nicht in meinem Kopf programmiert. Das war nur in diesem Moment. Ich habe gedacht, sie möchte, dass ich ein klein bisschen länger bleibe. Dann bin ich ein klein bisschen länger geblieben.

(9) IP4b-7A: Videosequenz:
Beide haben sich bereits voneinander verabschiedet. IP4b steht mit gebeugtem Rücken und den Händen auf die Knie gestützt links neben PB XX. „Die Hauptsache, es wird nicht schlimmer mit dem Auge“, sagt PB XX und fährt sich mit der linken Hand durch ihre Nackenhaare. Danach fasst sie mit ihrer Linken zum linken Auge. ... ... „Ja, wenn es weh tut, dann fassen Sie nicht mehr an. Lassen Sie etwas Zeit“, erklärt IP4b. Immer noch sehen sich beide an und IP4b befindet sich in gebeugter Haltung. „Jo“, sagt PB XX. „Warten wir bis morgen ab“, äußert IP4b. „Ja“, stimmt PB XX zu. „Wenn es besser ist, ist gut, aber wenn nicht, dann mache ich einen Termin beim Augenarzt“, sagt IP4b und öffnet beide Hände zu einer abwägenden Geste. „Ja“, stimmt PB XX zu. „Gut?“, fragt versichernd IP4b. „Ja“, bestätigt PB XX und etwas später fragt sie: „Und hier?“, dabei zeigt ihre linke Hand eine ‚Geld kostende‘ Gestik an. „Machen Sie sich keine Sorgen, ich kümmere mich darum“, versichert IP4b und winkt mit ihrer rechten Hand ab. Anschließend legt sie diese auf die linke Schulter von PB XX und streichelt dreimal kreisend über deren Rücken. Immer noch sehen sich beide an und immer nach hat IP4b den Rücken gebeugt. „Das ist nett. Immer wenn es mit dem Geld zu tun ...“, sagt nun lächelnd PB XX. „Nein, ich kümmere mich darum“, äußert IP4b und fährt ihr nun mit der rechten Hand durch die Nackenhaare. Anschließend richtet sie sich auf und stellt sich gerade hin.

(10) V-IP11-4I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1444-1453):
T: Das liegt, glaube ich, in meiner Natur. Da habe ich mir nichts vorgenommen. Da habe ich gesehen, dass es ihr weh tat. Ich bin ja da nicht bei der Zeitrechnung. Ich bin ja bei der Zeitrechnung nur bei dem Verband, wenn ich überhaupt etwas überlegt habe. Der Verband darf nicht länger dauern als die Wundpflege. Dann hab ich irgendwann ein Problem. Und ich kann mir für so einen Verbandwechsel nicht zwanzig Minuten aufschreiben. Ich wollte so roundabout in zehn Minuten damit durch sein. Das ist so das, was ich mir dachte. Und wenn es ein wenig

länger dauert, weil sie eben solche Schmerzen hat oder weil man es nicht so zügig machen kann, dann dauert es halt ein wenig länger. I: Du hast vorhin gesagt, dass Du authentisch bist, dass Du echt bist, wenn Du in solchen Situationen bist. Ist das was Echtes von Dir? T: Ja. Glaub ich schon. Es ist ja immer schwierig, von sich zu behaupten, man ist echt. ... das sieht man glaube ich auch. Da filme ich nicht rum.

(11) V-IP11-11I: Videosequenz:
Mit Blick zu PB XX und in seinen Körperbewegungen kurz ruhend, jedoch mit den Fingern seiner rechten Hand kurz und schnell bewegend sagt IP11: „Also, da ist ein großes Pflaster jetzt drüber, es kann nichts passieren, nee, ... hm." Zum Ende des Satzes, zeitgleich mit dem ‚hm' berührt IP11 mit seiner rechten Hand kurz die linke Schulter.

(12) V-IP11-4I: Videosequenz:
Dann hebt IP11 den Kopf, sieht zu PB XX, lässt den Verband los, umfasst mit beiden Händen den Fuß und massiert ihn streichelnd. Mit Blick auf PB XX sagt er: „Mach mal Pause, he." Beide schweigen. IP11 sieht PB XX für einige Sekunden ins schmerzverzerrte Gesicht. PB XX sieht auf ihren Verband. Während des Ansehens ruhen IP11 Hände am Fuß. Leise und mit schwacher Stimme antwortet PB XX: „Ja."

(13) V-IP11-4I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 2685-2697):
I: Würdest Du sagen, Du hast mit Intuition gehandelt heute? ... ... T: Die Beine streicheln, den Fuß anfassen. ... ... Intuitiv waren die ganzen Körperberührungen im Grunde genommen, der Kontakt, den ich da noch gemacht hab ...

(14) V-IP4b-7A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 96-121):
T: Ich [streichel Menschen] in besonderen Momenten. Wenn ich das Gefühl habe, es tut ihnen gut, dann mache ich das. ... „Seien Sie beruhigt, Sie sind nicht alleine." ... Ich habe nicht nachgedacht. Ich wollte ihr nur das Gefühl geben, dass ich für sie da bin. Die Person, die hier ist, Du bist für sie nicht egal. Ich bin für Sie da, ein schönes Gefühl weiterzugeben. I: Meinst Du, es gelingt Dir? T: Ein bisschen schon, ja.

(15) V-IP11-11I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 2474-2481):
I: Was ist für Dich Intuition? T: Intuition ist, dass mir etwas eingegeben ist, was ich nicht bewusst halt mache, denke ich, wo ich nicht drüber nachdenke. Also was ich mir jetzt nicht gedanklich vornehme, wo nicht ein Gedankengang vorher ist, sondern eine Sache, die ich einfach tue. ... ...

(16) V-IP1b-1I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 660-695):
T: Ja, so ein bisschen / einfach / ja auch so ein bisschen / zu signalisieren, dass ich auch mitleide. Ich sag ihm [dem Pflegebedürftigen] schon auch, dass mich das belastet. ... ... Ja. Um Ruhe / ein bisschen Ruhe /weil er war mit dem Fuß / um ihm ein bisschen Ruhe wieder zu geben. So ein bisschen Halt zu geben. I: Hast Du vorher überlegt, welche Geste die richtige wäre? T: Das kommt intuitiv. Einfach so. Wenn ich mir vorstelle, da bohrt jemand / also der Schmerz ist vergleichbar, als wenn man jemandem mit einem spitzen Gegenstand in den Fuß reinbohrt. Dem Fuß einfach ein bisschen Halt geben, ein bisschen Geborgenheit. ... ... Ein bisschen Ruhe dem Fuß jetzt wieder zu geben.

(17) V-IP1b-1I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 706-711):
I: Wie würdest Du die Geste bewerten? T: Ich möchte das nicht bewerten. Das bin ich halt so. So mache ich das halt / Bewerten / Ich denke, ich stehe dazu, für mich ist es gut. Aber andere machen es anders, und andere machen es auch gut, wie sie es machen.

(18) V-IP4b-6A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 82-85):
T: Ich möchte ihr das Gefühl geben, dass wir uns sehr nah sind. Zwischen uns beiden ist Vertrauen, sie soll ganz ruhig sein. Dann ist sie im Nachhinein ein bisschen beruhigt, wenn man ihr die Hand gibt.

(19) V-IP11-4I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1406-1453):
I: Jetzt streichelst Du wieder das Bein. T: Ich mach eine Pause. I: Was mich besonders interessiert ist die Frage, was in Dir vorgegangen ist? Ob Du was wahrgenommen hast? T: Ja, ich tu ihr da total wahnsinnig weh. ... ... dann reißt man ihr den Wundverband ab, das tut ja jetzt schon alles weh. ... ... ich versuch da, so ein bisschen ihr zu zeigen, ich bin da, ich reiß dir das nicht einfach so zack ab, sondern man kann da auch mal Pause machen. ... ... Ich denk, die Zeit muss sein. Das kann man ruhig in Ruhe machen. ... ... Und wenn es ein wenig länger dauert, weil sie eben solche Schmerzen hat oder weil man es nicht so zügig machen kann, dann dauert es halt ein wenig länger.

(20) V-IP11-11I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 2351-2356):
T: Ja. Sie fängt ja an von ihrem Bein und ich will sie eigentlich nur beruhigen und sagen, da ist ein Pflaster drauf, das kann gar nicht mehr so doll / da kann nichts passieren, es ist ja abgeklebt. Und wahrscheinlich will ich die Aussage damit noch verstärken, wenn ich ihr da über die Schulter streichle, um zu sagen, ne „PB XX [IP nennt den Vornamen], mach' Dir keine Sorgen."

(21) V-IP4b-6A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 161-186):
I: Was motiviert Dich, zu bleiben statt raus zu gehen? T: Dieses beruhigende Gefühl, das ich in den Augen meiner Patienten sehe. Es ist ein schönes Gefühl. Die Augen leuchten etwas anders. I: Hmh. T: Dann ist sie beruhigt. Wenn man einfach so rausgeht, dann siehst Du in den Augen Deiner Patienten, dass sie traurig sind. Dann sieht man die Traurigkeit. Das ist ein unschönes Gefühl. Wenn man die Wohnung verlässt, ist man für sich auch nicht zufrieden. ... Warum bin ich nicht länger geblieben? ... die zwei Minuten. ... ... Dass sie auch zufrieden ist, wenn ich rausgehe. Nicht nur, wenn ich meine Arbeit getan habe.

(22) V-IP11-11I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 2360-2364):
T: Ich find das 'ne nette Geste. Ich find es eine liebevolle Geste. Ich find das nett. Also ich empfinde das selber auch so, wenn / ich kenn das ja von mir selber auch. Wenn meine Mutter zu mir kommt, und auf einmal kommt so 'ne kleine / ich find das immer / das ist ein Hautkontakt. Das ist ein Kontakt, den man hat.

8.1.2 Eine zugewandte Körperhaltung zu Gunsten eines lebendigen Dialogs

(1) V-IP5-4I: Videosequenz:
PB XX sitzt entkleidet auf ihrem Toilettenstuhl vor einem kleinen runden Tisch im Wohnzim-

mer. Vor ihr steht eine gelbe Waschschüssel. Mit ihrer rechten Hand wringt sie einen Waschlappen aus und beginnt, sich das Gesicht zu waschen, später dann den linken und rechten Arm sowie den Oberkörper. IP5 geht währenddessen in die anliegende Küche und ist an der Herdzeile beschäftigt. Sie lässt Wasser in einen Metallbehälter, stellt anschließend einen Tauchsieder hinein und fragt recht laut, den Blick auf den Kocher gerichtet: „Was gibt es denn heute zum Mittagessen, PB XX?“ „Ach?“, fragt leise PB XX zurück und IP5 fragt, weiter in der Küche hantierend, nach: „Wissen Sie das?“ PB XX wäscht sich weiter und sagt mit gehobener Stimme: „Heute ja, heute ist ... ganz was Leichtes habe ich mir bestellt. Das ist so'n, so'n, so'n Grieß äh, Milchreis.“ Während sie das sagt, stellt sich IP5 kurz in den Türrahmen, blickt zu PB XX und stemmt ihre linke Hand in die Hüfte, während die rechte Hand am Türrahmen angelehnt ist. Sie scheint ihr zuzuhören. Nachdem PB XX ihren Satz beendet hat, dreht sich IP5 weg, geht wieder in die Küche hinein und sagt: „Oh, lecker,... lecker.“ PB XX wäscht sich weiter, wendet jetzt aber den Blick nach links, d.h. in Richtung Küche zu IP5. Diese dreht sich wieder zurück, d.h. Richtung Wohnzimmer und fragt: „Mit Zimt und Zucker oder mit Kirschen?“ Dabei lehnt sie beide Hände an den Türrahmen und bewegt ihren Körper etwas in den Raum hinein. Dieser Moment dauert nicht lange. PB XX wäscht sich weiter, sieht weiterhin nach links und sagt: „Mit beides.“ „Beides“, wiederholt IP5 und geht in die Küche. Aus der Küche heraus sagt IP5: „Da sind Sie ja zu beneiden.“ Nun hat PB XX den Blick nach vorne gerichtet, wäscht ihren rechten Arm und sagt: „Mhm, da freue ich mich auch schon drauf, wenn es nur nicht immer so spät wird.“ IP5 hantiert in der Küche und sagt: „Ja.“ Während PB XX sich weiter wäscht und IP5 in der Küche arbeitet, unterhalten sich beide über die Abstimmung zwischen der Essenszeit und dem Eintreffen des Pflegedienstes. IP5 kommt für diesen Teil des Gespräches nicht mehr aus der Küche heraus.

(2) V-IP5-5I: Videosequenz:
PB XX ist mit einem Hemd bekleidet. Ihre Bluse ist gerade über den Kopf gezogen worden. Ihr Blick ist nach unten gerichtet. IP5 steht vor PB XX, rückt die Bluse zunächst auf der rechten, dann auf der linken Schulter zurecht und beginnt dann, sie über den Rücken zu streifen. Sie sagt: „Diese Polster, also wirklich.“ Daraufhin entgegnet PB XX: „Ja, das ist nun mal so.“ „Ja. Dieser neumodische Kram immer, grausam“, sagt IP5 lächelnd, wendet sich mit ihrem Körper zu PB XX Rücken und fährt zugleich mit ihrer Tätigkeit fort. Nun lachen beide kurz und leise. PB XX hat weiterhin den Blick nach unten gerichtet und zupft mit ihrer rechten Hand vorne die Bluse etwas zurecht. Jetzt zieht IP5 die Bluse am Rücken runter, geht wieder zurück und sagt dabei kurz und kräftig: „So.“ Während IP5 sich vor PB XX hinhockt, rückt diese mit ihrer rechten Hand an der linken Schulter die Bluse zurecht und sagt: „Das Problem ist, ich mag das gar nicht.“ Dabei sieht sie IP5 an. „Hm?“, fragt hockend IP5 zurück. „Ich mag das gar nicht, diese Polsterung. Die, die tut mir weh“, fährt PB XX fort, sieht dabei IP5 an und zupft mit links das rechte Schulterpolster zurecht. „Ich schneide mir die immer raus“, sagt IP5 zeitgleich und gestikuliert mit ihrem rechten Arm an der linken Schulter das Rauschneiden von Schulterpolstern. Dann stützt sie ihre Ellenbogen auf ihre Oberschenkel und sieht PB XX ins Gesicht. „Hab ich meistenteils auch, als ich noch ... als ich noch Rummel hatte, das war das Erste, was ich, zack“, sagt PB XX, sieht dabei IP5 an und macht rechterhand eine schwungvolle Gestik des Rausschneidens. Dabei wirkt PB XX ungewohnt lebhaft und spricht mit klarer, deutlicher Stimme. Ihre rechte Hand legt sie danach wieder auf ihren Schoß zurück. „Ja, raus damit, ne“, bestätigt IP5. und beide sehen sich an. „Ja“, bestätigt auch PB XX.

Nun bewegt sich IP5 und greift kurz unter den Tisch, als suche sie etwas. Dann sagt sie: „Da hat man so'n Kreuz, das sieht immer aus hätte man die Kleiderbügel vergessen", und zeigt mit beiden Händen an ihren Schultern ein vergrößertes Kreuz an. Währenddessen sehen beide einander an. Nun umfasst IP5 mit ihrer rechten Hand einen Holm am Toilettenstuhl, als wolle sie sich festhalten. „Naja, nun geht es ja auch nach den menschlichen Figuren", sagt PB XX. „Ja, genau", bestätigt IP5 und winkt mit der linken Hand ab. Sie ist weiterhin in der Hocke und umfasst weiterhin den Toilettenstuhl. „So wie wir, wir sind nun glatt hier und voll, nich, ... ", teilt gestikulierend PB XX mit und fährt sich mit ihrer rechten Hand über die linke Schulter sowie den linken Oberarm und dann mit der linken Hand über die rechte Schulter sowie den Oberarm. Beide sehen sich immer noch an, wobei IP5 nun den Kopf etwas nach rechts neigt. „Ja", bestätigt nickend IP5. „... aber wer hier nun ganz spindeldünn ist ... ", sagt PB XX und fährt mit ihren Händen über die Schultern. „Ja", bestätigt Kopf nickend IP5. „... na, der braucht das ja", beendet PB XX den Satz, unterstützt dies mit einer Geste der rechten Hand und fährt sich dann durch die Haare. „Ja, da sieht's dann vielleicht auch nett aus, ne", äußert IP5. Sie zeigt mit ihrer linken Hand eine tragende, unterstützende Gestik. Nun lässt sie den Toilettenstuhl los und erhebt sich aus der Hocke. PB XX bestätigt mit: „Ja, und da passt es denn vielleicht auch zu", und sieht weiterhin IP5 an. „Ja", bestätigt IP5, greift zum Waschlappen in der Schüssel wringt ihn aus, hängt ihn über den Schüsselrand und sagt: „Halbzeit." Beide schweigen. Dann greift IP5 nach einem grauen Handtuch, legt es auf die Knie von PB XX, wringt noch einen Lappen aus und beginnt die Beine und Füße zu waschen. Beide schweigen.

(3) V-IP5-5I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 2372-2514):
I: Du hörst auch auf zu arbeiten, Du hörst ihr auch richtig zu. T: Ja. I: Das sieht man hier. Du unterbrichst Deinen Arbeitsgang. T: Ja, ja. Ich find' das auch wichtig. Ich kam mir so / ... / ich will ja auch nicht, dass sie sich wie nebenbei fühlt. Verstehst Du, was ich meine? Ich hör' ihr schon gerne zu. Das ist schon ehrlich gemeint. Das ist das, was ich meinte. Aber ich glaube, vom menschlichen Gefühl her, ist das so angenehmer. Wenn Du so überall Haare, Kopf, Beine, Fuß, Arme gewaschen wirst / irgendwie so oberflächlich. Das würde mir auch vom Arbeitsgang nicht leicht von der Hand gehen. Dann lieber zwei Minuten Lappen beiseite legen, unterhalten / wir haben ja kein durchgängiges Gespräch. Wir haben ein Gesprächsthema, also Wetter, Mittagessen, Mode / wir haben viele kleine Themen, die immer nur kurz sind, aber dafür verschiedene Themen / dann lieber zwei Minuten Lappen aus der Hand legen und intensiv / das ist das, was ich so meinte, man kann es so aufholen / dann redet sie gerade nicht, dann rede ich gerade nicht, und dann kann ich schnell die Beine waschen. Verstehst Du, wie ich meine? I: Ja, ich versteh' Dich. T: Ich kann mich nicht so intensiv unterhalten, wenn ich nebenbei die Beine wasch'. I: Du brauchst die Konzentration, und Du willst ihr signalisieren / T: Genau. I: Und dazu bietet sich hier die Hocke gerade an. T: Genau. Und bei ihr ist es so, wenn wir denn mal reden, dann will ich das auch intensiv. Dann nutze ich das. Jetzt haben wir mal ein Thema, und jetzt reden wir. I: Und Du unterbrichst das nicht und machst nebenbei / T: nebenbei irgendetwas, sondern dann ist das so ein intensiver Moment, wenn wir uns schon unterhalten / I: / dann kriegt sie Deine ganze Aufmerksamkeit. T: Genau. I: Aber hier ist das Gespräch mit PB XX etwas Besonderes. T: Genau. Weil wir sonst nicht so viel reden. T: Es ist schon mit der Entscheidung bei ihr, weil / nebenbei überlegt man ja auch so für sich / also Patienten, wo ich generell viel rede, wo wir viel Klönschnack sag ich denn immer haben, da

putze ich auch nebenbei den Herd. Mit denen red' ich eh ganz viel, dann sieht man sich jeden Tag. So ein Beispiel fällt mir jetzt gerade ein. Da bin ich jeden Tag für eineinhalb Stunden hauswirtschaftliche Versorgung, wenn ich denn diese Tour habe. Da erzählst Du so viel und redest so viel / Klar, Du musst ja auch was schaffen / während des Herdputzens gucke ich dann auch mal auf, aber da würde ich nicht so /

(4) V-IP5-4I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 2088-2117):
T: Und dann biege ich mich so um die Ecke. Das weiß ich schon so im Unterbewusstsein, vergesse es aber in dem Moment, rede eine Weile und denk' „ach, die hört Dich ja gar nicht". Und dann komm' ich um die Ecke. Und hier ja eben auch. ... ... Dann hat sie mir erzählt, was sie so zu essen bestellt hat / ich spürte so, dass das jetzt nicht so / sie hätte ja auch sagen können „Milchreis". Dann wäre ich wahrscheinlich in der Küche geblieben. Aber weil ich jetzt raushörte, es wird länger, und wir uns besser unterhalten können, habe ich mich in die Tür gestellt. I: Wie hast Du das gespürt? T: Weil, weißt Du, ich hab' sie gefragt: „Wissen Sie, was es heute zu Essen gibt?", und da hat sie gesagt „Ja, ich hab mir heute was Leichtes bestellt." I: Das heißt, sie macht schon mehrere Worte / T: Ja, genau. Sie hat ja schon so ausgeholt. Verbal ausgeholt. Sie hätte ja auch ganz plump sagen können „Milchreis". Dann wäre die Frage ja beantwortet gewesen. Ich nehme ganz, ganz stark an, dann wäre ich in der Küche geblieben. Aber weil ihre Antwort jetzt so ausschweifend war, hab ich mich da hin gestellt. I: Das heißt, Du hast wahrgenommen, sie will ein bisschen mit Dir sprechen / T: Ja.

(5) V-IP5-5I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 2350-2422):
T: Man soll das eigentlich nicht so vergleichen, ne, aber wenn ich mich mit Kindern intensiv unterhalte, dann knie ich mich auch hin, weil dann hat man eine Körpergröße. Würd' ich aufstehen, wär' ich wieder größer als sie. Das ist aber so ein Ding, das ist in mir drin, das mach ich jetzt / also jetzt nicht „O Gott, dann bist Du wieder größer" / das ist so / wie soll ich sagen / Also vom Grundding schon vom Bewusstsein. Mir ist Blickkontakt ganz wichtig. Generell in meinem Leben ist mir Blickkontakt ganz wichtig. Und so kann ich am besten Blickkontakt zu ihr halten. Verstehst Du, sie hat ja immer diese nach vorne gebückte Haltung. Du hast wenige Möglichkeiten, ihr wirklich mal ins Gesicht, in die Augen zu gucken. Ich sag dann auch oft zu ihr „gucken Sie sich mal Ihren hübschen Schrank an" oder „sagen Sie mir mal wie spät es ist". Das kann ich ganz alleine lesen, aber dann ist sie mal gezwungen, sich aufzurichten. So kann ich ihr mal / das ist wirklich optimale Unterhaltungsdings, weil Du ihr wirklich wunderbar in die Augen, ins Gesicht gucken kannst. ... ... Mir ist Blickkontakt ganz wichtig. Generell in meinem Leben ist mir Blickkontakt ganz wichtig. Und so kann ich am besten Blickkontakt zu ihr halten. ... ... Siehst Du, dann kannst Du richtig ihr ins Gesicht gucken. Das, finde ich, ist auch wichtig. Es ist mir persönlich auch wichtig. ... Das ist mir persönlich eben auch wichtig. ... I: Du bist ja, glaube ich, nicht mit Absicht für das Gespräch ... T: ... in die Hocke gegangen. Nee, das nicht. Ich bin da gerade, und dann unterhalten wir uns, und dann gucken wir uns auch ins Gesicht. Dann empfinde ich das als angenehm, und dann bleibe ich so bis wir fertig gesprochen haben.

(6) V-IP5-5I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 2382-2399):
T: ... ich will ja auch nicht, dass sie sich wie nebenbei fühlt. Verstehst Du, was ich meine? Ich hör' ihr schon gerne zu. Das ist schon ehrlich gemeint. Das ist das, was ich meinte. Aber ich glaube, vom menschlichen Gefühl her, ist das so angenehmer. Wenn Du so überall Haare,

Kopf, Beine, Fuß, Arme gewaschen wirst / irgendwie so oberflächlich. Das würde mir auch vom Arbeitsgang nicht leicht von der Hand gehen. Dann lieber zwei Minuten Lappen beiseite legen, unterhalten / ... / dann lieber zwei Minuten Lappen aus der Hand legen und intensiv / das ist das, was ich so meinte, man kann es so aufholen / dann redet sie gerade nicht, dann rede ich gerade nicht, und dann kann ich schnell die Beine waschen.

(7) V-IP5-5I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 2334-2348):
I: Du hättest auch schon viel früher aus der Hocke rauskommen können. ... T: ... / also erstens, ich hör' ihr zu. Ich will ihr / also es ist so, dass ich ihr auch wirklich zuhöre, wenn wir uns unterhalten. Ich will ihr nicht nur das Gefühl vermitteln, dass ich zuhör', sondern ich höre ihr wirklich zu. Ich persönlich finde es unmöglich, wenn man / also, sie sitzt die ganze Zeit auf diesem Stuhl. Und ich schlawiner die ganze Zeit stehend, laufend um sie herum. Sie muss immer, sie hat eh diese gebückte Haltung, und sie muss immer zu mir raufgucken. Und so, wenn ich da unter hocken bleib, hab ich sie quasi auf Augenhöhe. ... ...

(8) V-IP5-4I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 3231-3240):
T: Mir ist es auch wichtig, dass die Leute das Gefühl haben, dass ich mit denen arbeite. Ich möchte nicht, dass die das Gefühl haben, dass sie ein Arbeitsstück sind. Dass sie auch mit bestimmen können, vom Gefühl her. ... Das ist mir auch wichtig. Für mich ist das Arbeitsklima das, was ich beim Patienten hab, ..., weil ich da ja nun wirklich arbeite. Das gehört auch zu meinem Arbeitsklima.

(9) V-IP5-4I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 3564-3608):
I: Hat Intuition für Dich was mit Gefühlen zu tun? T: [Lacht] Hab ich noch nie so drüber nachgedacht. ... ... [Lacht] Du hast gesagt, jetzt kommen die einfachen Fragen. Aber könnte man das so als Instinkt sehen? I: Es geht nicht darum, ob man könnte, sondern ob für Dich / ob für Dich Gefühle da mit einhergehen. T: Doch, kann ich mir vorstellen. ... I: Ja. T: Ich kann immer so schlecht mit diesen Lateinwörtern. Für mich ist das immer so Bauch, aus dem Bauch. ... so ohne drüber nachzudenken. Irgendetwas in mir bringt mich jetzt dazu, mich dort hin zu drehen. Ohne, dass ich darüber nachdenke. Irgendwo hier drinnen, da sitzt einer, und dann passiert das. Das passiert dann. ... ... Mein Bauch sagt mir das denn. ... ... vom Gefühl hab ich es denn, dass ich es nicht mehr aushalten kann, dass ich ihr den Rücken beim Reden zuwende. Dann drehe ich mich um. Es reicht ja ein ganz kurzer Kontakt. Mein Bauchgefühl sagt mir / das kommt so aus dem Bauch dieses Gefühl, das mir sagt, es ist jetzt unangenehm, Du musst Dich da jetzt mal hindrehen.

(10) V-IP5-4I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 3601-3615):
I: Auch mit dem Kopfdrehen? T: Ja, vom Gefühl hab ich es denn, dass ich es nicht mehr aushalten kann, dass ich ihr den Rücken beim Reden zuwende. Dann drehe ich mich um. Es reicht ja ein ganz kurzer Kontakt. Mein Bauchgefühl sagt mir / das kommt so aus dem Bauch dieses Gefühl, das mir sagt, es ist jetzt unangenehm, du musst dich da jetzt mal hindrehen. I: Ist das plötzlich da oder entsteht das? T: Nee, das ist plötzlich da, so wie angeschaltet. Genauso mit dem Wasserkocher, was mich plötzlich störte. Das war auch so wie ein Lichtschalter an machen. Hat mich gestört, dann geh ich hin und mach ich das aus.

(11) V-IP5-5I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 3645-3647):
T: [T überlegt] Da ist immer wieder mal was, wo ich vom Bauch her. Es ist irgendwo auch mein Bauch, der mir sagt, ich bleib jetzt da unten knien.

(12) V-IP5-5I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 3643-3659):
T: Ich weiß es jetzt auch nur so bewusst, weil wir uns jetzt so intensiv damit beschäftigt haben und ich es noch mal als Film gesehen habe. Hätte ich den nicht gesehen, könnte ich wahrscheinlich noch nicht einmal diese zwei Sachen sagen. ... ... I: Und Du kommst erst hoch, nachdem diese Sequenz fertig ist. T: Genau. Beine gewaschen, und dann stehe ich wieder auf. I: Du kommst früher hoch. T: Ach ja. (lacht)

(13) V-IP5-5I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 2450-2467):
I: Ich finde es spannend, dass Du so lange bleibst, bis das Thema Schulterpolster erledigt ist. Die Frage ist, ob etwas in Dir vorgegangen ist oder ob Du es bewusst gemacht hast. Das hast Du aber teilweise auch schon beantwortet, indem Du gesagt hast, von der Erziehung her ist es mir bewusst, in dem Moment ist es unbewusst. T: Ich weiß nicht / also, ich weiß nicht, wie ich es rüberbringen soll / also ich bleib in der Hocke, guck jemanden an, wenn ich mit ihm unterhalte, weil meine Mutter mir das irgendwann einmal eingeprägt hat. Das gehört irgendwie dazu. I: Das ist in Fleisch und Blut übergegangen. T: Ja, genau. Und ich fühl' mich nicht wohl, wenn ich jetzt so aus dem Fenster gucke und mich mit Dir unterhalte. Das kann ich einen kurzen Blick, aber nicht lange.

8.1.3 Gesten als Auslöser für Handlungsabbrüche und Modellabweichungen

(1) V-IP5-1A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1375-1426):
T: Ich möchte aber, dass sie trinkt, dass es ihr gut geht. Das hat auch wieder was mit Pflegequalität zu tun. Ich kann da ja nicht rein- und rausgehen, und dann trocknet sie aus. So etwas muss man merken. Es ist meine Aufgabe, so etwas zu merken. Sie hat mal irgendwann zu mir gesagt: „Dann trink' ich jetzt noch mal was, und dann klappt das vielleicht". Da hat sie mir signalisiert, dass sie daran glaubt. ... ... Da lasse ich ja auch alles stehen und fallen – meine Gelegenheit, dass sie was trinken kann. Jetzt nicht aus Geiz oder Kostengründen, sondern weil es einfach wichtig ist. ... Das ist so / morgens, wenn ich so reinkomm' / wenn ich so / das Glas, das von gestern Abend noch steht / ist mein Ziel, dass sie es bei mir austrinkt. Ich mag es ungern in den Ausguss schütten. Dann soll sie es lieber trinken. ... weil es einfach wichtig ist. Sie trinkt, ich weiß das einfach aus Erfahrung / ich seh' ja, was ich ihr hinstell' und was weg ist, wenn ich wiederkomm' / sie trinkt von allein nicht so viel. Da bin ich schon mit so einem spitzen Ohr, wann kann ich ihr was verkaufen. ... Ich hab so meine Standardsprüche „Trinken hilft" / Ich hab so viele Sprüche, die sich irgendwann immer wiederholen, weil das sind jetzt nicht nur eins, zwei, drei, das sind irgendwie 25 bis 30. ... Wenn ich jetzt merke, sie ist jetzt nicht so lustig drauf, dann nehme ich auch einen weniger lustigen Spruch. Es ist von unserer Stimmung, von unserem Ablauf, von so ganz vielen Sachen abhängig. Wenn wir eh schon ganz viel gelacht haben, dann kommt ein lustigerer Spruch, wo wir dann noch mehr lachen müssen. Wenn ich merke, heute ist ihr nicht so wirklich nach Lachen, dann nehme ich

einen anderen Spruch, der zwar auch aufmunternd ist, aber nicht so „hahaha“. So ein bisschen situationsangepasst.

(2) V-IP12-1A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 605-623):
T: Weil er ja viel zu wenig trinkt. Und wahrscheinlich habe ich in dem Augenblick dieses Gefäß da gesehen und dann war mein Gedanke: Trinken. Es hat sich völlig abgekoppelt von dem, was ich eigentlich machen wollte. Aber ich weiß nicht wieso, das kann ich Ihnen nicht erklären. Ich weiß, dass er zu wenig trinkt und dass man jede Gelegenheit wahrnehmen muss, dass er was trinkt. Und dann habe ich den Becher gesehen, klar, und dann habe ich Sie mit der Kamera gesehen. Und dann kam der Gedankengang, jetzt wird er gefilmt, jetzt trinkt er bestimmt. Ich weiß nicht, warum ich das da gemacht habe, als ich anfangen wollte zu waschen und nicht vorher, das weiß ich nicht.

(3) V-IP12-1A: Videosequenz:
IP12 hält PB XX den Becher in sein Gesichtsfeld. Zunächst führt sie ihn in Richtung Mund, dann etwas tiefer. Indem sie sich seitlich zu PB XX hinstellt und sich ihm damit nähert, fährt IP12 fort: „Versuchen Sie mal, den Becher in die Hand zu nehmen, in die rechte.“ PB XX greift mit rechts zu, setzt das Gefäß an den Mund und trinkt. In dieser Zeit richtet sich IP12 auf, stellt sich ein wenig hinter PB XX und sagt: „Prima.“ ... PB XX trinkt, IP12 sieht zu und als PB XX den Becher vom Mund nimmt, greift IP12 zu, sieht einmal auf den Becher und stellt ihn mit den Worten: „Och, das war schon eine ganze Menge, ist fast leer“, auf den Tisch zurück.

(4) V-IP12-1A: Videosequenz:
IP12 entnimmt weiterhin dem Behälter Creme- und Lotionsgefäße und bewegt dabei ihren Oberkörper. IP12 äußert sich weiter und spricht zum Satzende hin leiser und langsamer: „Ich denke, die Haut muss nicht jeden Tag mit solchen Lösungen /.“ Dann bewegt sich der Oberkörper von IP12 zu PB XX hin, hält plötzlich inne und noch bei dem Wort ‚Lösungen‘ sieht IP12 kurz auf den Schnabelbecher mit Strohhalm. Zugleich streckt sich ihr rechter Arm aus und die rechte Hand greift zu dem Trinkgefäß. Währenddessen und an das Wort ‚Lösungen‘ anknüpfend und ohne Redepause äußert IP12: „Mögen Sie noch einen Schluck trinken, bevor wir anfangen?“ IP12 hält PB XX den Becher in sein Gesichtsfeld. Zunächst führt sie ihn in Richtung Mund, dann etwas tiefer.

(5) V-IP5-1A: Videosequenz:
PB XX sieht nach unten und sagt: „Na, mal sehen, ob ich heute gut Wasser lassen kann.“ „Jo“, antwortet IP5 rückt die Stehlampe vom Bett etwas weg, um zum Kopfteil des Bettes zu gelangen. Dann beginnt sie, ein Kopfkissen vom Laken anzuheben und legt es sofort wieder hin. Sie dreht sich zügig um, geht zu einem kleinen Tisch, nimmt von dort ein gefülltes Wasserglas und fragt: „Vielleicht noch einen Schluck trinken?“, und nach einer kurzen Pause, „das hilft.“ Dabei sieht IP5 kurz zu PB XX, reicht PB XX das Glas, die zugleich danach die Hand etwas ausstreckt und anschließend das Glas fast austrinkt. Währenddessen ist IP5 zum Bett zurückgegangen und schüttelt das Kopfkissen auf.

(6) V-IP5-1A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1426-1449):
T: Wenn ich jetzt merke, sie ist jetzt nicht so lustig drauf, dann nehme ich auch einen weniger lustigen Spruch. Es ist von unserer Stimmung, von unserem Ablauf, von so ganz vielen Sachen

abhängig. Wenn wir eh schon ganz viel gelacht haben, dann kommt ein lustigerer Spruch, wo wir dann noch mehr lachen müssen. Wenn ich merke, heute ist ihr nicht so wirklich nach Lachen, dann nehme ich einen anderen Spruch, der zwar auch aufmunternd ist, aber nicht so „hahaha". So ein bisschen situationsangepasst. ... ... Die kommen schon spontan aus mir raus. Aber ich wage zu behaupten, situationsangepasst. Wenn sie z.B. da so sitzt und todtraurig wegen irgendetwas ist, würde nie spontan so ein Spruch kommen, worüber man normalerweise lacht. Situationsangepasst und dennoch spontan.

8.2.1 Erkenntnis und Handlungsauslöser in Form von Ahnungen

(1) V-IP3-1I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1176-1214):
T: Man hat ja immer das Bedürfnis, mit den Menschen auf einer guten Basis zu sein, auch Ansehen zu haben. Und dadurch erreiche ich ja auch wirklich viel mehr und hab' nicht so Steine im Weg. Es ist bestimmt professionell, klar. ... Ich denk' auch, Erfahrung in den ganzen ... Und auch, um mich professionell darzustellen. Das ist mir selber sehr wichtig. Dieses Krankenschwester-Sein. I: Würdest Du sagen, bei PB XX in der Situation gelingt Dir das? T: Ja. Sie sieht mich als Krankenschwester. ... Ich find' nichts schlimmer, als wenn die Pflegekunden mich nicht als Krankenschwester sehen, sondern als Hilfe. ... ... als Hilfe für Tätigkeiten, die sie nicht selber können. Aber nicht sehen, dass ich viele Sachen im Blick hab'. Hautbeobachtung und mir die genau anguck'. Und schon immer bereit bin, irgendwie sofort was zu machen, wenn irgendetwas ist.

(2) V-IP8-4I: Videosequenz (Zeilen 2781-2787):
T: Sie ist sehr gefährdet, Dekubitus und so. Sie kann dann gar nichts dafür. Das ist aber auch dieses ... dieser Druck unter dem man steht, dass so etwas nur nicht entstehen soll. Das bedeutet schlechte Pflege oder so. Und deswegen bin ich da so ein bisschen / weil da arbeitet sie nicht mit mir zusammen.

(3) V-IP8-2I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 2599-2611):
I: Hat es Auswirkungen auf ihren Gang? T: Sie geht schwerfälliger. Aber das witzige an dieser ganzen Situation ist, dass es ihr besser zu gehen scheint, wenn sie mehr Wasser eingelagert hat und mehr Wasser in ihrem Körper geblieben ist, speziell auch im Gehirn, dass es klarer ist. Ich habe das Gefühl manchmal mit dieser Situation / ich weiß, dass es für sie nicht gesund ist, weil das Wasser überall hinkommen kann, aber im Prinzip weiß ich, dass es ihr eigentlich gar nicht so schlecht dabei geht. Wenn sie denn mal mehr Flüssigkeit zu sich genommen hat, dann geht es ihr auch besser - geistig und körperlich, beides.

(4) V-IP3-1I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1085-1099):
I: Viele Menschen drücken ja [an den Beinen], ne? T: Ja. Das mag ich nicht. Sie ist so empfindlich am Schienbein. Wenn ich jetzt drücken würde, dann würde sie aufschreien. Bei ihr ist das so erhaben an manchen Stellen. Gerade da, wo die Strümpfe abgeschnürt haben. Es ging mir gar nicht so ums Tasten, ich hab's schon mit bloßem Auge gesehen. Einfach für sie, für PB XX, das Gefühl, ich geh' da noch mal mit den Händen rüber. Dass sie denkt, ich kann da was ertasten.

(5) V-IP3-1I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1091-1164):
I: Kannst Du erklären, wonach Du tastest? ... T: Bei ihr ist das so erhaben an manchen Stellen. Gerade da, wo die Strümpfe abgeschnürt haben. Es ging mir gar nicht so ums Tasten, ich hab's schon mit bloßem Auge gesehen. Einfach für sie, für PB XX, das Gefühl, ich geh' da noch mal mit den Händen rüber. Dass sie denkt, ich kann da was ertasten. ... ... Weil sie das so ungern hat, dass man die Beine wickelt. Da will ich sie damit schon überzeugen, dass es wichtig ist. I: Also auf Nummer sicher gehen, dass sie es akzeptiert? T: Ja. I: Du fühlst bei allen Patienten so die Beine, wenn es darum geht, ob sie Ödeme haben oder nicht? T: Nee, bei manchen / Bei ihr sah man das nun, dass es durch den Strumpf abgeschnitten war. Aber bei manchen, wo es durchgehend so ist, ich weiß nicht, wie dicke Beine die sonst haben, drücke ich schon. Dass ich mit dem Daumen reindrück' oder so. I: Also dieses Tasten ist PB XX vorbehalten? T: Ja. Ich würd' auch nicht bei jedem, glaube ich, so über die Beine streicheln. ... I: Das heißt, sie lässt auch diese Berührung am Bein auch zu? T: Ja. Und auch, dass man mal guckt. Dann fühlt sie sich wichtig. Und wird in ihrem kleinen Wehwehchen, ihren Krankheitchen bestätigt. Dass ich das wichtig nehm'.

(6) V-IP8-2I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 2561-2597):
T: Ja, da hatte ich für mich so eine Beobachtung gemacht, als sie auf der Bettkante saß, dass sie wieder mehr Wasser eingelagert hatte. Das war mir auch klar, weil sie nichts in der Windel hatte. Und so viel Urin – das kann ich jetzt zwar nicht sehen – aber der war oben schaumig. Das war für mich ein Zeichen / I: / Wo war der schaumig? T: Auf der Toilette. / dass sie nicht genug getrunken hatte, dass etwas nicht so funktioniert hat, wie es sollte. Habe ich schon gesehen an ihren Beinen. Auch die Knöchel von innen waren auch schon geschwollen ... ... Damit sie weiß, das ist nicht so gut gelaufen.... ... I: Sind das solche Wahrnehmungen, wie Du sie gestern mit dem Gefühl beschrieben hast? Du hast ja gesagt, Du machst manchmal Beobachtungen und hast dann Gefühle/ T: Ja, dass ich gedacht habe, Mensch, Schiete, jetzt ist es wieder so schlimm geworden. Es war nämlich gestern richtig gut, da hatte sie nämlich fast ein Kilo weniger. Das war mir schon klar, dass das jetzt mehr ist. Habe ich schon gesehen an ihren Beinen. Auch die Knöchel von innen waren auch schon geschwollen. Gestern konntest Du ja die Knöchel von innen sehen. Das war mir schon klar. I: Kannst Du Dich noch an Gefühle erinnern? T: Mist, jetzt muss sie vier Tabletten nehmen. I: Mist für sie? T: Mist für sie. ... ... Ja, das mit den Beinen ist denn wohl auch schon so, dass ich im Voraus wusste, da ist wieder eine Wassereinlagerung.

(7) V-IP3-3I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 779-793):
T: Sie hat immer ihre Wehwehchen, aber ich weiß, was ich ernst nehmen muss und was sie immer sagt. I: Woher weißt Du das? T: Weil sie immer Rückenschmerzen hat und immer darüber stöhnt. I: Das heißt, Rückenschmerzen sind normale Wehwehchen? T: Ja, aber dieser Schwindel und so, oder dass sie sagt, ihr ist seit ein paar Tagen nicht so gut, das gibt mir denn schon zu denken. Deswegen habe ich auch den Blutdruck gemessen.

(8) V-IP4a-1I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 729-784):
I: Wie bist Du auf die Idee gekommen, dass ihr Apparat [zur Blutzucker-Messung] nicht richtig misst? T: Bei der letzten Mitarbeiterbesprechung / ich war nicht da, ich hatte frei / Aber das Protokoll der Mitarbeiterbesprechung habe ich gelesen und da stand drauf, man muss auf ihre BZ-Werte achten, die Werte sind sehr niedrig und letzte Woche habe ich sie einmal gesehen

und die Werte waren 52. ... Das war sehr niedrig, aber sie war ganz normal. Wenn eine Diabetikerin 52 hat, dann ist man blass, Schweiß gebadet und unruhig. I: Ja. T: Und sie war ganz normal. Das heißt, ich habe mehrere Erfahrungen mit solchen Patienten / Dadurch habe ich mir gedacht, irgendetwas stimmt hier nicht, dass kann sein, dass es am Apparat liegt. Da wir unsere Apparate immer dabei haben, da habe ich mit meinem Apparat gemessen und dann habe ich gesehen, dass mein Verdacht richtig ist und dass der Apparat nicht ganz richtig liegt. Und mit meinem Apparat waren die Werte dreimal so hoch wie mit ihrem Apparat. Das heißt, ihr Apparat ist fast zwei, drei Jahre alt oder vielleicht noch älter, und manche Apparate gehen nach einer längeren Zeit nicht mehr ganz richtig. Wenn man solche Erfahrungen mit solchen Leuten hat, dann kann man vom Gesicht der Leute sehen, ob sie einen Insulinschock haben oder die Werte sind hoch oder niedrig. Ich kann das vom Gesicht der Leute lesen. Und das habe ich mir gedacht und mein Verdacht war richtig. I: War das so ein unbestimmtes Gefühl, dass es nicht an PB XX liegt, sondern am Gerät. Oder hast Du Dich hingesetzt und richtig nachgedacht? T: Ich habe das erste mal, wo ich diese Werte sah, habe ich mir gedacht, irgendetwas / Das heißt, ich habe zu Hause auch ein bisschen daran nachgedacht, irgendetwas stimmt hier nicht. Das heißt, ihre Werte / Ich kenne sie seit längerer Zeit, die Werte waren immer bei 200, 300, manchmal auch 400 und sie war so wie vorgestern. Das kann nicht sein, wenn ein Mensch von 400 auf 50 runterfällt, dass er dann so normal sein kann. ... ... Und da man die Leute gut kennt, kann man sehen, dass hier irgendetwas nicht stimmt.

(9) V-IP8-2I Interview zur Videosequenz (Zeilen 3024-3031):
I: Wie ist es mit den anderen Situationen? ... Aber es muss Deinem Begriff von Intuition entsprechen. T: Ja, das mit den Beinen ist denn wohl auch schon so, dass ich im Voraus wusste, da ist wieder eine Wassereinlagerung.

(10) V-IP8-4I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 2823-3018):
T: Für mich ist das eine Sache, wo sie mitarbeiten kann. Das ist nicht eine Sache, die ich nur machen muss, sondern sie muss genauso da mitmachen. ... ... T: Ja. Aber in der Erklärung kommt für mich durch – so wie ich sie kenne – dass sie auch nicht so große Lust dazu hat. Das finde ich schlimm, dass ihr das so egal ist. Am liebsten würde ich sie mal mit solchen Fotos konfrontieren, um ihr mal zu zeigen, wie schnell das gehen kann. Manchmal ist das so. I: Bei all dem, was wir uns jetzt angeguckt haben ... war da ein Moment dabei, wo Du sagen würdest, das war intuitiv? So wie Du mir den Begriff gestern erklärt hast? T: [langes Überlegen] Das mit dem Dekubitus z.B. ich glaub, dass diese Erklärung, dass man / das war eine etwas ernstere Erklärung von mir. So sollte es auch rüberkommen für sie. Das hat man ja auch gemerkt, wie sie darauf reagiert hat. Sie hat sich ja praktisch da rausgeredet, entschuldigt, dass sie nicht macht, was ich von ihr erwarte.. Das habe ich ihr so erklärt weil ich schon instinktiv oder intuitiv weiß, das kommt mit dem Dekubitus bei ihr. I: Der wird bei ihr eintreten? T: Ja.

(11) V-IP3-1I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1905-1913):
I: Wenn Du Dich an das Video erinnerst, würdest Du sagen, Du hast da eben in dieser Sequenz intuitiv gehandelt? War da Intuition dabei? T: ... Mit dem Beine wickeln ... schon, dass ich das mach', weil ich aus dem Bauch raus denke, es ist besser, bevor es morgen eine offene Stelle ist. Das ist nämlich schrecklich.

(12) V-IP11-13I: Interview zur Videosequenz: (Zeilen 2705-2707):
T: ... [Längeres Überlegen] Intuitiv war auch, dass ich zuerst mit dem Verband angefangen habe. Erst mal das ganz Blöde und dann machen wir die Grundpflege hinterher.

(13) V-IP3-3I: Videosequenz:
PB XX sitzt in ihrer Diele auf einem Stuhl, zu ihrer linken Seite steht ein Tisch. IP3 sitzt am Tisch gegenüber von PB XX und sieht auf die Pflegedokumentation, die auf dem Tisch liegt. PB XX sieht IP3 an und sagt: „Mir ist so schwindelig heute." PB XX sieht IP3 zu, hält Blickkontakt. IP3 greift mit der rechten Hand zu dem Blutdruckmessgerät auf dem Tisch, steht auf, geht zu PB XX und öffnet im Gehen die Blutdruckmanschette. Zugleich sagt IP3: „Ich mess mal Ihren Blutdruck PB XX, wenn Ihnen so kotterig ist hier jeden Tag." IP3 kommt bei PB XX an, diese streckt den linken Arm zu IP3 hin und krempelt ihren Blusenärmel auf. Währenddessen legt IP3 das Blutdruckmessgerät links auf den Tisch und räumt etwas vom Tisch beiseite. PB XX krempelt ihren Blusenärmel weiter auf und IP3 hängt sich das Stethoskop um den Hals. Zeitgleich sieht IP3 PB XX an und fragt: „Seit wann denn, seit ...?" PB XX antwortet: „Ja, das hängt doch mit dem Wetter zusammen eben." IP3 reagiert mit: „Ja, schauen wir mal." IP 3 rollt die Bluse auf den Oberarm und legt die Manschette um, während PB XX den Arm hoch hält und IP3 auf die Hände sieht. ... IP3 führt das Stethoskop zu den Ohren und nimmt den Blasebalg in die linke Hand. PB XX beobachtet weiterhin IP3 und legt den Arm auf den Tisch. Beide schweigen 24 sec. lang, was gemessen am sonstigen Gespräch lange wirkt. 0:38 – 1:14 IP3 misst den Blutdruck IP 3 sieht auf das Manometer und PB XX sieht abwechselnd auf IP3 und in Richtung Ellenbeuge. IP3 nimmt mit der linken Hand das Stethoskop aus den Ohren, entlüftet die Manschette, sieht PB XX an und beugt sich dabei etwas zu ihr. PB XX hebt den Kopf und sieht IP3 ins Gesicht. IP3 sagt: „Der ist einfach niedrig. Deswegen ist Ihnen so", und beginnt die Manschette vom Arm zu lösen. PB XX sieht weiterhin IP3 an und sagt: „Ist wahr? Also, jetzt ist er niedriger?" IP3 antwortet: „Der ist eigentlich gut." PB XX sagt: „Jaha." IP3 sagt: „Aber für Sie ist der wahrscheinlich zu niedrig. 120 zu 70, wie beim jungen Mädchen." PB XX lacht und sagt: „Ohoch." IP3 nimmt Blickkontakt zu PB XX auf. „Das merken Sie wahrscheinlich", äußert IP3, legt die Manschette zusammen und nimmt das Stethoskop vom Hals. PB XX sieht IP3 an, lacht, nickt mit dem Kopf und sagt: „Mhm, das kann gut angehen." IP3 sagt: „Und, was noch sein kann, das Antibiotika, was Sie kriegen." PB XX sagt: „Ja, ne?"

V-IP3-3I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1905-1910):
I: Wenn Du Dich an das Video erinnerst, würdest Du sagen, Du hast da eben in dieser Sequenz intuitiv gehandelt? War da Intuition dabei? T: Ja, das mit dem Blutdruckmessen auf jeden Fall. Dass ich dachte, ihr Kreislauf oder so.

(14) V-IP8-2I: Videosequenz:
PB XX steht in ihrem Bad vor dem Waschbecken und putzt sich die Zähne. In dieser Zeit steht IP8 im Flur vor einem Wäscheständer und legt Wäsche zusammen. Man hört auf dem Flur Spuck-, Spül- und Wasserhahngeräusche aus dem Bad. Nun legt IP8 Wäsche in einen Schrank, schließt die Schranktür und geht auf PB XX zu, die ihren Zahnputzbecher reinigt. Ungefähr einen Meter von PB XX entfernt bleibt IP8 stehen, neigt ihren Kopf kurz nach unten und sagt mit leiser Stimme: „Heute wiegen Sie bestimmt wieder ein bisschen mehr, glaube ich." PB XX spült mit dem Wasser im Becher den Waschbeckenrand und sagt, ohne aufzublicken: „Meinen

Sie?“ Dann stellt sie den Becher auf eine Halterung. „Ja, die Knöchel sind so geschwollen“, antwortet IP8 und zeigt einmal kurz mit ihrer rechten Hand auf PB XX Knöchel. Ansonsten bleibt ihre Körperhaltung unverändert. PB XX greift rechter Hand zu einem Handtuch, wischt sich damit mehrfach über das Gesicht und sagt: „Tja“ und sieht dann in den Spiegel oberhalb des Waschbeckens. Nun sieht auch IP8 in den Spiegel, neigt ihren Kopf leicht zur Seite, hat aber ihre Körperhaltung nicht weiter verändert. Während PB XX sich weiterhin das Gesicht abtrocknet, schweigen beide. Dann wischt PB XX mit dem Handtuch den Zahnputzbecher trocken und äußert dabei, am Ende fast lächelnd: „Dann habe ich wohl zu viel getrunken heute Nacht. He, he.“ IP8 tritt nun einen Schritt näher an PB XX heran und fragt: „Ist gestern Nachmittag auch noch jemand zum Spaziergehen gekommen?“ „Nee“, antwortet PB XX. Anschließend unterhalten sich beide über den Praktikanten, der sonst zum Spaziergehen kommt und IP8 sortiert die Zahnputzutensilien, während sich PB XX im Gesicht noch etwas abtrocknet. Als einige Minuten später PB XX gewogen ist, stellt sich heraus, dass sie mehr als sonst wiegt und eine Diuretikum-Tablette mehr einnehmen wird. PB XX sagt dann: „Sehen Sie, Sie brauchen gar nicht wiegen, Sie können das so sagen“, woraufhin IP8 antwortet: „Ja, ich sehe dass, weil die Knöchel, innen und außen, die sieht man gar nicht.“

(15) V-IP4a-1I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 96-238):
T: Das heißt, ich habe mehrere Erfahrungen mit solchen Patienten / Dadurch habe ich mir gedacht, irgendetwas stimmt hier nicht, dass kann sein, dass es am Apparat liegt. Wenn man solche Erfahrungen mit solchen Leuten hat, dann kann man vom Gesicht der Leute sehen, ob sie einen Insulinschock haben oder die Werte sind hoch oder niedrig. ... Und das habe ich mir gedacht und mein Verdacht war richtig. ... ... Das kann nicht sein. Und da man die Leute gut kennt, kann man sehen, dass hier irgendetwas nicht stimmt. Ich habe darüber nachgedacht. Die erste Möglichkeit war, dass der Apparat nicht richtig liegt. Und das war richtig so. I: Wenn ich dich jetzt frage / Wie bewertest du das? ... T: Wenn jemand nicht so gearbeitet hat / ich denke das ist dann unverantwortlich. I: Mhm. T: Wenn man verantwortungsvoll ist, dann muss man so arbeiten. Meiner Meinung nach ist das selbstverständlich, dass man so arbeitet. T: Das heißt, die Aktionen waren aus dem Bauch heraus, das heißt, ich habe kurz darüber nachgedacht, dass ich diese PB XX kenne, und im Nachhinein habe ich aus dem Bauch heraus gedacht, dass ich der ersten Möglichkeit nachgehen muss und wenn das nicht richtig liegt, dann muss ich weiteres versuchen. I: Du meinst das Blutzuckergerät? T: Genau, das Gerät. Ja, das Gerät war mein erster Gedanke und dann bin ich dem nachgegangen und dann hatte ich aber vorher nachgedacht, wenn das nicht richtig wäre, was soll ich dann nachher machen. Soll ich dann einen Arzt anrufen oder im Büro Bescheid sagen? Irgendetwas muss man tun.

(16) V-IP11-13I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1112-1139):
I: Die letzten Male, als ich mitgegangen bin, – ich glaube, ich bin dreimal mitgegangen – da hast Du immer angefangen, sie zu waschen und hast dann den Verband gemacht. Heute hast Du es genau anders herum gemacht. Heute hast Du erst mit dem Verband begonnen und sie dann gewaschen. T: Ja. I: Ich wollte fragen, wie Du das entschieden hast? T: Das habe ich heute prinzipiell deswegen entschieden, weil der Verband ein neuer Verband ist, und der Verband sollte schon gestern gemacht werden. ... Und deswegen dachte ich, wenn ich sie erst einmal gewaschen habe, dann hab ich sie auch angezogen, und dann hat sie wohlmöglich auch eine andere Hose an – ab und zu kriegt sie auch eine Strumpfhose an ... Und wenn es nach

dem Verband auch schlechter gehen sollte, bin ich ja noch da. Wenn ich jetzt den Verband als erstes mache und sie jault dann, was heißt jault, sie hat dann Schmerzen im Bein, dann bin ich ja auch da und kann sie noch trösten. Wenn ich sie erst wasche und dann den Verband mache, dann muss ich ja danach gehen. Dann lasse ich sie in der Situation – ich wusste, dass es nach dem Verband weh tut / das hatte ich mir schon gedacht, dann mache ich jetzt erst einmal das Schlimme und bin dann aber nachher noch für sie da.

(17) V-IP11-3I: Interview zur Videosequenz (1317-1318):
T: Das hab ich spontan und aus dem Inneren heraus gemacht. Und das passte da auch ganz gut.

(18) V-IP4a-1I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 135-173):
I: Hattest du ein Gefühl dabei? T: Ja, das war ein unschönes Gefühl. Ich wollte wissen, woran das liegt. I: Was hat dieses unschöne Gefühl ausgemacht ... ...? T: Das war die Ungewissheit. Das war die Ungewissheit, ja. Das heißt, ich wollte ganz sicher sein, woran das liegt. Die Ungewissheit, das macht mich krank. Ich möchte wissen, woran ich arbeite. I: Kannst du sagen, du hast das im Kopf oder im Bauch? War das so eine Ungewissheit oder war es einfach nur so diffus ungewiss? Kannst Du Dich da dran erinnern? T: Ja, das kann ich, ja. Ich hatte ein ungutes Gefühl in meinem Bauch. I: Mhm. T: Das wollte ich nicht wahrhaben. Das heißt, so konnte es nicht weitergehen. Das heißt, man muss irgendetwas tun. Ich habe immer daran gedacht, was kann man positives machen, ob die Werte richtig liegen und das war ein Bauchgefühl. ... ... Erst mal wollte ich das für mich klären.

(19) V-IP8-4I: Videosequenz:
... Nun reinigt IP8 mit großen und zügigen Bewegungen das Gesäß und die Innenseiten der Oberschenkel von PB XX. Dann hebt sie mit ihrer linken Hand mal die rechte, mal die linke Gesäßhälfte an, fasst mehrfach nach und spreizt zwischendurch die Gesäßhälften auseinander. Mit ihrer rechten Hand wäscht sie weiterhin das Gesäß. Dieser Prozess dauert einige Sekunden und die Akteure schweigen. Einige Sekunden dauert das Wischen und Gesäßhälften-Anheben mit tief gebeugtem Oberkörper von IP8. Dann hält IP8 inne mit ihren Bewegungen und spricht mit leiserer Stimme als sonst: „PB XX, sie müssen versuchen ... ich sag das zwar immer wieder, aber dass sie am Tag sich mal ein bisschen umsetzen." Nun nimmt IP8 ihre Waschbewegungen wieder auf. PB XX hält sich weiterhin an der Waschmaschine fest, hat den Kopf nach unten gerichtet und sagt: „Mhm." „Weil, man sieht hier ein bisschen, dass sie nur auf einer Pobacke sitzen ...", sagt IP8 weiter waschend, richtet sich dann ein wenig auf, sieht PB XX an und fährt ohne Waschbewegungen fort: „Da ist schon so eine ganz kleine Stelle." „Mhm", sagt mit dem Kopf etwas nickend PB XX. Nun richtet sich IP8 ganz auf, das Gesäßwaschen ist beendet. IP8 fährt fort: „Das kann ganz schnell mal größer werden, das ist sonst ...", und hängt den Waschlappen über einen Haltegriff. „Aber, aber das ist immer so, wenn ich das, ich, ich, ich kann das so schlecht, wenn ich, wenn ich wechsel, dann ist das blöde, irgendwie rutsche ich weg und ...", erklärt PB XX und IP8 duscht inzwischen die Beine sowie das Gesäß von PB XX. Während des Duschens blickt IP8 zwischendurch zu PB XX und sagt: „Also sie brauchen nur die Pobacke ein bisschen anzuheben, mal, 'ne halbe Stunde, mal oder so." „Jah, jah", entgegnet PB XX. „Sie müssen sich nicht großartig umsetzen", sagt weiterhin duschend und zwischendurch zu PB XX blickend IP8. „Mhm", äußert PB XX, sich an der Waschmaschine festhaltend und zwischendurch zu IP8 blickend. „Denn da kann nämlich ganz

leicht so'n Druckgeschwür entstehen, habe ich ihnen das ja schon mal erklärt", fährt IP8 erklärend und zugleich duschend (jetzt den Rücken) fort. Dann stellt IP8 die Dusche aus, sagt: „So, die nehme ich ab", und nimmt PB XX die Duschhaube vom Kopf.

(20) V-IP4a-1I: Videosequenz:
IP4a blickt von der Tasche kurz zu PB XX und fragt: „Na, geht es Ihnen gut?", und hantiert in ihrer Tasche auf dem Stuhl. PB XX sieht zu IP4a und antwortet: „Ja, es geht so, nich. Ich muss wohl verkehrt gelegen haben." IP4a beendet das Hantieren, sieht zu PB XX und fragt: „Ja, warum?" „Hier die rechte Schulter, da kann ich mich nicht so recht bewegen", antwortet PB XX und fasst mit ihrer linken Hand auf die rechte Schulter. IP4a sagt: „Och", und holt aus ihrer Tasche ein Blutzuckermessgerät. Sie legt das Gerät auf den Tisch, beugt sich über den Tisch, sieht PB XX an und klopft mit dem Zeigefinger auf den Tisch. Dabei erklärt sie: „Da Ihr Apparat nicht ganz richtig liegt, ich mach noch mal mit meinem Apparat." PB XX sieht auf das Gerät. Sie schaut zu IP4a, nickt und antwortet: „Ja, ja, ist gut." Zugleich fährt IP4a fort: „Ist in Ordnung, ja? Dann sind wir ganz sicher, dass alles in Ordnung ist", und öffnet die Gerätehülle. „Ja, Ja", sagt PB XX. IP4a bereitet einen Stick und eine Lanzette zur Messung vor. Beide schweigen in dieser Zeit. IP4a gibt PB XX mit den Worten: „So, einmal pieksen", die Spritze zum BZ-Messen in die Hand. PB XX sticht mit der linken Hand in den rechten Mittelfinger. IP4a geht um den Tisch zu PB XX herum und stellt sich neben sie. PB XX tropft einen Blutstropfen auf den Teststreifen. Dabei beugt sich IP4a dicht zu PB XX herunter, so, als wolle sie alles genau prüfen. IP4a sagt: „Mit ihrem Apparat war ich mir nicht ganz sicher. Ob das richtig liegt oder nicht", und führt den Teststreifen in das Gerät; ihre Körperhaltung verändert sie nicht. PB XX sagt: „Ja, ja. Ja, eben." IP4a geht um den Tisch zurück, nimmt ihre Tasche vom Stuhl, setzt sich und erklärt: „Da sind wir ganz sicher. Weil bei meinem Apparat die Batterie ganz neu ist, die Teststreifen sind neu und man kann ganz sicher sein, dass alles in Ordnung ist." PB XX wischt sich den linken Mittelfinger mit einem Taschentuch ab und sagt: „Ja, ja, schön, ja." IP4a legt die Pflegedokumentationsmappe auf den Tisch und klappt die Mappe auf. PB XX sieht auf das Gerät und äußert: „156." IP4a sagt: „Sehen Sie, es ist alles in Ordnung. Nächste Woche werde ich für Sie einen neuen Apparat bestellen. Meiner Meinung nach, misst ihr Apparat nicht ganz richtig." PB XX sagt: „Ja, das ist gut." IP4a fragt: „Ja?"„Ja, das kann auch sein, meiner ist ja schon alt", antwortet PB XX.

(21) V-IP3-3I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 810-811):
T: Nö, ist ganz automatisch gewesen. Nur um zu gucken, wie ihr Kreislauf ist.

(22) V-IP11-3I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1290-1321):
T: Ja. Ich wollte sie ein bisschen beruhigen. I: Aha. T: Ich hab so gedacht / Ich wollte auf jeden Fall mit ihrem Fuß in Kontakt / das war mir ganz wichtig. Dass sie merkt, ich bin schon mal da. Dass sie merkt, ich bin da mit der Hand dran. Ich weiß nicht / wie soll ich es / ich wollt so einen Bezug, so eine Beziehung herstellen. I: Kontakt halten. T: Genau. Dass sie weiß, ich bin jetzt an ihrem Fuß dran. Jetzt mach ich erst mal was Schönes, ich streichle die Beine. Ich geh auch / dass sie merkt, ne, es ist nichts Ekliges, ihren Fuß in die Hand zu nehmen. Dass sie nicht denkt, ich hab da die große Wunde, mag er wohl nicht anfassen. ... Ich hab mir eingebildet, sie findet das vielleicht ganz angenehm, dass ich ihren Fuß so in die Hand nehme. Und sie so langsam darauf vorbereiten, gleich wird es schmerzhaft. ... ... Als ich den Strumpf

ausgezogen hatte, da hab ich gedacht, jetzt kannst Du ihr mal über die Füße so ein bisschen / so Kontakt halten, ihr so zeigen, ich bin da. Ich bin nicht weg. Man ist da.

8.2.2 Handlungsauslösung durch Situationspartizipation

(1) V-IP11-5I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1521-1550):
T: Ich kann ja nicht vorher / natürlich weiß ich im Großen und Ganzen / ich wusste ja, Verbandwechsel, Schmerzen, das wird ihr weh tun. ... ... Ja, ich merk schon, in dem Moment, wo ich den Rand abgemacht hab, da war schon / wenn man da gegen kommt / und ich wusste eh, das Bein, das hat ihr immer schon wehgetan. Auch als wir den anderen Verband hatten. Bevor wir den hatten, hatten wir einen Feuchtverband gemacht, das hat ihr wahnsinnig wehgetan.

(2) V-IP12-1I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 703-705):
T: Ich denke, er ist ja noch in der Lage, gewisse Dinge zu tun. Wenn man ihm alles abnimmt, dann wird er wahrscheinlich sich da rein fallen lassen.

(3) V-IP11-7I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 2008-2012):
T: ... dadurch, dass sie auch Diabetes hat, das darf man ja nicht vergessen, und ich kenn ganz viele Füße / die Leute merken das manchmal gar nicht / Nervenreizung, keine Wunde in dem Sinn. Es gibt ja Leute, die laufen in Schuhen rum mit kaputten Füßen und merken das gar nicht.

(4) V-IP7a-10I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1012-1015):
T: Ich weiß, dass Sie sehr viel Augenmerk auf ihr Äußeres legt, und sie würde den Einsatz nie ohne die Zähne mit mir machen. Das würde für sie überhaupt nicht in Frage kommen.

(5) V-IP10-4I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1164-1176):
T: Weil sie es schon öfters mal geäußert hat, dass sie ihre Beine nicht gerne gewickelt haben möchte. I: Aber so oft waren Sie ja noch gar nicht da in Ihrem Leben. Sie haben vorhin gesagt, so 15- bis 20- Mal. T: Das stimmt. Ich kann mich halt schnell auf jemanden einstellen .... Und mitdenken. Und mich erinnern an das, was sie mir schon erzählt hat.

(6) V-IP11-5I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1471-1494):
I: Du fragst sie ja auch noch, ob sie was in die Hand nehmen will. Wie kommst Du da drauf? Woher kommt das? T: ... heute hatte ich das Gefühl, sie weiß gar nicht, wohin so mit ihren ganzen [Schmerzen] / und ich dachte, es wäre vielleicht eine gute Idee, wenn sie sich irgendwo dran festhalten kann. Also, früher hat man ja den Cowboys bei 'ner Kugel immer ein Stück Holz in den Mund gelegt, dann mussten die einen Schluck Whisky trinken, und dann wurde die Kugel rausgeschnippelt. Bei John Wayne, da haben die immer auf ein Stück Holz gebissen. Das hängt schon ein bisschen mit drinne. ... ... ich kenn das auch von mir selber, wo man denkt „Ha, Hmh" / wo Leute sich fast in die Faust beißen, wo man früher gesagt hat, klopp Dir mal auf den Kopp, dann tut das da mehr weh als da, dann merkst Du den Schmerz unten gar nicht. So hat meine Mutter früher immer gesagt, wenn ein Pflaster abgemacht wurde, und das brannte und man musste irgendwo hin, sich irgendwo dran festhalten.

(7) V-IP12-4I: Videosequenz:
IP12 legt PB XX ein Handtuch über den Genitalbereich und äußert zugleich: „Einmal jetzt erst einmal ein Hemd anziehen, ne.“ Einmal sieht IP12 kurz zu PB XX. PB XX nickt darauf hin. Kaum hörbar sagt PB XX: „Ja.“ Währenddessen geht IP12 zu einem Stuhl, auf dem Bekleidung liegt. Sie hebt eine Hose hoch, blickt dann über den Waschtisch, dreht sich um und geht zur Tür, an deren Griff auf einem Bügel ein Oberhemd hängt. Beide schweigen währenddessen. IP12 nimmt das Hemd von Bügel, lockert es auf und hält den Hemdskragen so, als wolle sie ihn gleich PB XX anziehen. Inzwischen ist IP12 von der Tür zu PB XX zurückgegangen. Zugleich geht ihr Blick über die Schulter zum linken Arm von PB XX. Dann sagt sie: „Ach nee, die Schulter . . . .“, und legt zeitgleich das Hemd über die Rückenlehne des Toilettenstuhls. Alles geht sehr schnell. Ohne Pause geht sie zum Tisch vor PB XX und sagt leise: „ . . . da hätte ich ja fast das Wichtigste vergessen.“ Während sie eine Cremetube vom Tisch nimmt, bestätigt PB XX mit einem leisen: „Jah.“ Noch am Tisch stehend öffnet IP12 die Tube, entnimmt ihr etwas Creme und kehrt dann zu PB XX zurück. Anschließend cremt sie PB XX linke Schulter ein.

V-IP12-4I: Interview zur Videosequenz:
I: Jetzt sehen Sie mit einem Mal die Schulter? T: Ja. I: Wollen Sie ihm das Hemd anziehen? Woher kommt es, dass Ihnen jetzt die Schulter wieder in den Sinn kommt? T: Naja, weil ich sie sehe. Eigentlich möchte ich ihm ja das Mobilat nicht auf die Schulter reiben, weil ich finde, da wird die Haut so gereizt. Ob das hilft, steht in den Sternen. Aber es hilft ihm ja und deshalb soll er es auch bekommen. Und weil ich es gerade noch rechtzeitig bemerkt habe, konnte ich ihm ja die Schulter auch einreiben.

(8) V-IP10-4I: Videosequenz:
PB XX sagt: „Der ist nicht so schlimm, da können Sie ruhig mal rüber“, und tätigt zeitgleich eine abfallende Handbewegung in Richtung Fuß (im Sinne von ‚ist nicht so schlimm‘). PB XX sieht auf die Hände von IP10, d.h. auf ihren rechten Unterschenkel. IP10 cremt weiter und nun den rechten Unterschenkel. Währenddessen sieht sie einmal zu PB XX auf und sagt: „Dann bekommen Sie noch eine schöne Fußmassage.“ „Oder Beinmassage“, sagt nach einer kurzen Gesprächspause aber weiter cremend IP10. IP10 sieht daraufhin wieder zu kurz zu PB XX, die aber ihren Blick auf einen Spiegel gegenüber der Toilette gerichtet hat. „Jah“, sagt leise PB XX und sieht nun zum Ort des Cremens. Beide schweigen, während IP10 weiter mit großen Handbewegungen Unterschenkel, Knie und Ferse eincremt. Nun sieht PB XX zu IP10 ins Gesicht und äußert: „Ich hab gesagt, ob das nicht bald mal aufhört mit dem . . . mit dem . . . mit dem . . . “ Nun sieht IP10 zu PB XX ins Gesicht, die Hände bewegen sich nicht und sie sagt mit erhobener Stimme: „Mit dem Wickeln?“ „Ja“, bestätigt leise und fast ein wenig traurig klingend PB XX. Dabei sieht sie IP10 ins Gesicht. IP10 sieht zu PB XX und reagiert mit einem leichten Schulterzucken. Dabei sagt sie leise: „Hm.“ Und etwas später, das Bein wieder cremend, äußert IP10: „Ein bisschen angeschwollen sind die Füße, ne.“ „Sie, Sie kommt ja auch nicht einmal vorbei, ne“, äußert zeitgleich PB XX ihren Kopf schüttelnd und sich ein wenig zu IP10 hinbeugend. IP10 erhebt sich aus der Hocke, greift nach der Cremeflasche auf dem Badewannenrand, zuckt einmal mit der Schulter und sagt: „Dann müssen wir sie mal anrufen, ne, dass sie mal kommt.“ Dabei stellt sie die Lotion auf die Fensterbank und lässt anschließend das Waschwasser aus dem Waschbecken.

(9) V-IP7a-10I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1819-1846):
T: Unter Intuition meinst Du? Ja, das ist eben so von der Situation. Was sie sagt, was sie macht. Da improvisiere ich. ... Das ist jetzt überhaupt keine Routine. Wenn sie es immer machen würde, weil es ihre spezielle Art ist, dann ist es vielleicht auch irgendwann Routine. Aber es ist jedes Mal anders, und jedes Mal reagiere ich auch anders. ... anfangs mit den Zähnen, das war ja auch mal wieder anders, als es sonst ist. ...

(10) V-IP10-4I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1208-2011):
I: Haben Sie das, in dem Moment, als PB XX das gesagt hat – die Ärztin mal aufhören mit dem und dann das Wort gesucht hat – haben Sie da spontan ihr geholfen oder haben Sie sich überlegt, helfe ich jetzt oder unterstütze ich jetzt nicht? T: Hmh. Nee, das war spontan. I: Können Sie sich da an Gefühle, an Wahrnehmungen erinnern? Gibt es da irgendetwas? T: An Gefühle. Oder an Gedanken, ja. Ich habe gedacht, dass wahrscheinlich weiter gewickelt werden muss, obwohl PB XX das eigentlich nicht mehr möchte. Die Füße waren etwas angeschwollen, und ich habe das nicht so gesehen, als ob man da in näherer Zukunft mit aufhören könnte. ... ... I: Können Sie sich an Arbeitssituationen in der ambulanten Pflege erinnern, wo Sie mit Intuition gehandelt haben? ... ... T: Gibt's oft bei Dementen, wo ich oft intuitiv reagieren muss. ... ... I: ... Was macht da die Intuition aus? T: [Langes Überlegen] Dass ich nicht routinemäßig reagieren kann, sondern situationsgerecht, würde ich sagen. I: Das heißt, Intuition ist für Sie eher was Situationsgerechtes? T: Ja. I: Und nicht Routine? T: Nein. I: ... ... Das klingt jetzt so, als wäre Routine nicht situationsgerecht. T: Doch, natürlich ist das auch situationsgerecht, aber es ist etwas Vorherplanbares oder es ist alles geplant. Es gibt ja in der ambulanten Pflege Situationen, wo man nicht nach der Planung vorgehen kann, weil es die Situation eben erfordert, anders zu reagieren. Intuitiv. ... ... Intuition, das sind so spektakulärere Sachen, denke ich mal. Woran ich jetzt wohl gedacht habe. Nicht Gespräche, da muss man immer intuitiv sein. ... ... Wahrscheinlich habe ich nicht daran gedacht, dass ich im Gespräch sicher sehr oft intuitiv bin, dass ich mich sehr oft an dem Kunden orientiere, was er mir erzählt. Das ist ja alles nicht geplant. Ich plane ja nicht morgens, das und das Gespräch will ich mit dem Kunden führen.

(11) V-IP12-5I: Interview zur Videosequenz (1565-1735):
I: Alles was wir besprochen haben, mit Ihrem Verständnis, würden Sie sagen, da war Intuition dabei? ... ... An welche Situationen können Sie sich erinnern? ... ... T: Was noch für mich sehr spontan war, als er dann gehen sollte in seinen Sessel / eigentlich wollte ich ihn ja mit dem Gehwagen / dass ich ganz spontan gefragt habe – ohne dass ich da viel drüber nachgedacht habe – „Wollen Sie einen Gehwagen oder wollen Sie mit mir laufen?" Das kam in dem Augenblick, wo ich das machte, da kam mir die Idee, dass ich ihn ja auch so laufen lassen kann. ... ... I: Würden Sie das gut bewerten? T: Ich würde das als gut ansehen, ja.

(12) V-IP11-5I: Interview zur Videosequenz (Zeilen :1516-1521):
I: War das bewusst überlegt, ihr was in die Hände zu geben? T: Nee, nicht wirklich. Ich wusste gar nicht, wie sie jetzt / ich wusste schon, dass es ihr weh tut, aber an die Idee, ihr etwas in die Hand zu geben, daran hatte ich vorher nicht gedacht. Das sehe ich ja jetzt erst, wie sie darauf reagiert. Und dann muss man halt flexibel sein.

(13) V-IP12-4I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1277-1679):
I: Jetzt sehen Sie mit einem Mal die Schulter. T: Ja. I: Wollen Sie ihm das Hemd anziehen?

Woher kommt es, dass Ihnen jetzt die Schulter wieder in den Sinn kommt? T: Naja, weil ich sie sehe. ... Und weil ich es gerade noch rechtzeitig bemerkt habe, konnte ich ihm ja die Schulter auch einreiben. Sonst / klar, ich habe nicht dran gedacht. ... ... I: Als Sie das Hemd angezogen haben. T: Wo ich das [Hemd] anziehen wollte, und dann kam plötzlich die Schulter. Das war eine Situation, wo ich sage, da habe ich spontan diese Tube gegriffen und nicht mehr über irgendetwas nachgedacht. Und das war ja auch gut für ihn.

(14) V-IP12-1I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 639-662):
I: Sie wollten zugreifen, dann sind sie wieder zurückgegangen. T: Genau. Wahrscheinlich das Gefühl, ich muss das hier selbst machen, sonst wird das eh nichts. ... Ich denke mir, ich habe gesehen, er ist soweit fertig und jetzt kann ich ihm das auch aus der Hand nehmen. ... ... Das ist ganz unbewusst. ... ... Wahrscheinlich immer dieses Gefühl „Ja. Nein. Ich tu's. Aber Du darfst nicht, Du musst ihn allein machen lassen". ... ... I: ... Ihre Hände. ... Dass sie die mal vornehmen und mal wieder zurücknehmen. T: Ist mir auch nie bewusst gewesen, dass ich das mache. Ich weiß, dass ich immer in Hab-Acht-Stellung stehe, aber dass ich da diese Handbewegung mache – das nicht. Ich bildete mir immer ein, ich versuche immer ganz locker da zu stehen. Das ist ja nicht so.

(15) V-IP11-7I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1974-2004):
I: Wie kam das? Wie hast Du das gespürt? T: Das hab ich gesehen auf einmal. Und durch die Hände hab ich das auf einmal gemerkt, dass die Füße ziemlich ausgetrocknet sind. Obwohl die Angehörige XX gesagt hat, sie hat da so eine Creme, mit der cremt sie ihrer Schwester immer ein paar Mal am Tag die Füße ein ... Heute hatte ich das Gefühl, der Fuß, der hat ganz trockene Haut, das blättert so ein bisschen ab. I: In dem Moment, als Du das gespürt hast, hast Du Dir da vorher überlegt, IP11, guck Dir doch den Fuß an? Wie ist das gekommen? T: Das ist automatisch, weil ich den in der Hand hatte. Ich hatte gespürt, die Haut ist da so lose und das ist irgendwie trocken, dann hab ich da geguckt und gedacht, Huch, was ist da denn los? Und dann hab ich mir das erst richtig angeguckt.

(16) V-IP5-6I: Videosequenz:
Fast unvermittelt geht IP5 mit dem Strumpf zügig in Richtung Küche und sagt: „Ich zieh mal eben den Stecker vom Wasser raus, PB XX." Diese sieht ihr nach und bestätigt mit: „Jah." In der Küche wird der Stecker herausgezogen und mit den Worten: „Es ist gleich verdunstet, da ist nichts mehr drinne im Topf", kehrt IP5 einmal kurz und laut auflachend zu PB XX zurück. Dazu lächelt PB XX leise und sagt dazu: „Jaha."

(17) V-IP12-5I: Videosequenz:
Dann fragt IP12: „Wollen Sie mit mir gehen oder mit dem Wagen?", und ihr Kopf zeigt einmal kurz in Richtung Gehwagen. Beide sehen sich immer noch ins Gesicht und halten weiterhin einander die Hände. „Nö, mit Ihnen", antwortet PB XX. „Okay", bestätigt IP12 und geht langsam einen kleinen Schritt rückwärts. PB XX folgt ihr. Beide sehen auf die Füße, halten immer noch einander ihre Hände. Dann sagt PB XX: „Das ist lebendiger." IP12 reagiert mit: „Alles klar", bewegt ihren Kopf kurz zur Seite und PB XX lächelt kurz.

(18) V-IP12-1I: Interview zur Videosequenz (Zeilen 707-749):
I: Was ist für Sie anstrengender? Die Hände wieder zurückzunehmen oder einfach dazu übergehen und es zu machen? T: Wahrscheinlich die Hände zurückzunehmen, abzuwarten ist sehr

viel schwieriger. I: Würden Sie sagen, das ist professionell? T: Nee, nicht wirklich. Oder? Ich denke, man müsste sich soweit kontrollieren können und abwarten, was der Pflegekunde macht. Immer bereit sein, einzuschreiten, wenn etwas passieren könnte, was ihm schaden könnte. ... Auf jeden Fall ist es einfacher, wenn ich alles selbst mache. I: Sie haben es dann leichter? T: Ja. I: Aber er hat kaum etwas davon. T: Genau.

8.2.3 Handlungsänderung als Reaktion auf spezifische Verhaltensmuster

(1) V-IP8-5A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 2135-2214):
T: In dem Moment, wo sie aufgestanden ist und so gestöhnt hat, da ist es mir wieder eingefallen, ihre Hose ist bestimmt verrutscht. Zieh die mal hoch.... ... Für mich läuft das ab und ich habe ein gutes Gefühl dabei. ... es laufen sehr viele Sachen automatisch.... ... Ich mache mir eher Gedanken, es muss ja unangenehm für sie sein oder sie unsicher machen, wenn sie losrennt, und die Hose hängt dann so runter. Die war zwar überhaupt nicht nass und schwer, aber sie saß nicht so, wie sie sitzen sollte.... ... Und da hatte ich mich in dem Moment wieder dran erinnert. Und als ich das „Oh“ gehört hatte, da kam auf einmal so, ich sag mal wie so 'ne Alarmglocken. Ach das war ja das und das.

(2) V-IP8-6A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 2241-2316):
T: ... und ich weiß es ganz genau, gleich ist sie mit dem Wagen an dieser Schwelle. Dann braucht sie meine Hilfe, dann wird sie unsicher. ... ... Und dann komme ich ja auch schon automatisch rausgerannt, nehme ihren Arm, gebe ihr Sicherheit. Das mache ich aber bewusst. Weil ich weiß, dass es ihr dann besser geht, wenn ich das mache. Dann braucht sie meine Hilfe, dann wird sie unsicher. So weiß ich, wenn sie gerade ein Stück geht, ist sie sicher, und dann kann ich sie auch alleine lassen. Ich muss jetzt nicht die ganze Zeit ihren Arm greifen oder hinter ihr hergehen. Das gibt ihr auch ein gewisses Freiheitsgefühl. Aber ich weiß, dass sie meine Hilfe nicht braucht, aber dass sie sich sicherer fühlt, wenn ich bei ihr bin, wenn sie an dieser Schwelle ist. I: Wie hörst Du, dass sie an der Schwelle ist? T: Ihre Schritte werden dann kleiner. ... ... Die Schwelle, wo sie dann manchmal nicht die Kraft hat, gerade morgens, wenn sie so versteift ist wegen ihrer Arthrose. Sie hat Schwierigkeiten, über diese Schwelle zu kommen. ... ... Früher bin ich an der Kante immer hinter ihr her gegangen. Ich habe sie an den Hüften angefasst, um sie zu begleiten. Dann habe ich sie beobachtet, dass sie eigentlich relativ sicher geht, wenn sie auf graden Strecken geht. Sobald wir aber da hinkommen, kommt sie in Schwierigkeiten. Am Anfang habe ich ihr immer sehr geholfen, dass ich das ganze Ding da rüber gerüttelt habe. Dann habe ich aber gesagt: „Versuchen Sie es doch mal mit Schmackes darüber“. ... Ich höre es, dass sie jetzt an dieser Schwelle ist. ... Da höre ich immer ganz genau, wenn ich andere Sachen mach, wann ist sie an dieser Schwelle, wann muss ich da hin. ... ... Dann braucht sie meine Hilfe, dann wird sie unsicher. So weiß ich, wenn sie gerade ein Stück geht, ist sie sicher, und dann kann ich sie auch alleine lassen. Ich muss jetzt nicht die ganze Zeit ihren Arm greifen oder hinter ihr hergehen. Das gibt ihr auch ein gewisses Freiheitsgefühl. ... Manchmal schafft sie es auch, aber meisten schafft sie es nicht.

(3) V-IP8-6A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 2320-2330):
T: Und nachher kommt auch die Situation mit dem Zähne putzen. Ich höre auf die Geräusche

beim Zähneputzen, wann sie fertig ist. Da gehe ich dann wieder hin. Da bin ich in der Situation beim Wäsche aufhängen – es ist nicht jeden Tag so, dass ich beim Wäsche aufhängen bin – meistens bin ich dann in der Küche. Dann höre ich aus der Küche die Geräusche, die sie macht beim Zähneputzen, beim Ausspülen, beim Abtrocknen ihrer Hände und des Zahnputzbechers. Und wie sie die Zahnbürste klirrend in diesen Becher zurückschmeißt und das da hinstellt. Dann weiß ich, sie ist fertig.

(4) V-IP2-1A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1092-1123):
T: Und dann wäre wieder die Sturzgefahr größer, das muss man gegeneinander abwägen. In diesem Fall hab' ich das daran gesehen, wie sie sich bewegt hat, wie sie aufgetreten ist. ... Und das war für mich ein Anzeichen, dass die Schmerzen anders sind als zu Zeiten, in denen sie sehr theatralische Auftritte hat. Wenn man sie nicht kennt, denkt man, diese PB XX stirbt vor Schmerzen ... . Das konnte man schon unterscheiden. I: Dieses „anders bewegen", machen Sie sich das bewusst? T: Das sehe ich. I: Das sehen Sie so. T: Ja. ... ... Das ist meine Erfahrung mit PB XX. Es kann auch durchaus sein, dass ich das erst später erwähne, z.B. während des Verbandwechsels, wenn ich den Pütterverband anlege. Meistens warte ich auch noch etwas, um zu sehen, ob sie das von sich aus anspricht. ... Dann ist mir auch klar, dass PB XX in diesem Moment, in dem ich da war, schon voll orientiert ist. Das ist sie eben nicht immer. ... I: Ist das Routine, Erfahrung? Beruht das auf Lehrbuchwissen? T: Erfahrung, denke ich. Erfahrung, ja. Kann ich jetzt nicht differenzieren, inwieweit das jetzt Lehrbuchwissen ist. Mit der Zeit, denke ich, sieht man das. Und ich denke, das wird ja auch deutlich, wie sie besonders mit ihrem linken Fuß aufgetreten ist. Sie hatte ja auch über Schmerzen im rechten Bein geklagt aber da ist sie ganz normal aufgetreten. Sie ist ja relativ schnell, wenn sie steht. Sie ist auch sonst beweglicher, um vom Sessel oder vom Stuhl aufzustehen. Das waren schon zwei deutliche Zeichen, dass die Schmerzen anders sind.

(5) V-IP4a-2A: Videosequenz:
PB XX kratzt sich mit der linken Hand an der linken Augenbraue, sieht aus dem Fenster und sagt: „Also, Bild am Sonntag, möchte ich nicht." IP4a schreibt weiterhin in die Dokumentation, blättert in ihr, hält den Kopf darauf gerichtet und wiederholt: „Möchten Sie nicht, geht in Ordnung. Das weiß ich." PB XX faltet die Hände auf dem Bauch zusammen: „Ich habe, ich bin mal in xxx gewesen, in der Schweriner Straße und da waren so viele, äh wie soll man sagen, Vertreter, nich." IP4a sieht auf die Dokumentation, blättert und schreibt weiter und kommentiert: „Mhm." PB XX kratzt sich mit der rechten Hand am Kopf, sieht zu IP4a und fährt fort: „Und mit Zeitungen und Abendblatt und so." IP4a sagt: „Ja." PB XX legt mit beiden Händen ihr Nachthemd auf ihren Oberschenkeln glatt hin, fährt sich mit beiden Händen zu den Knien, rafft das Nachthemd beidhändig etwas höher, sieht weiterhin zu IP4a und fährt fort: „Und da hat mich einer angesprochen und ich sag, ich habe meine Bild jeden Tag und so nich." Währenddessen greift PB XX mit der rechten Hand zur Bildzeitung auf dem Tisch, hebt diese etwas hoch und legt sie wieder ab. In diesem Moment sieht IP4a PB XX erstmalig in dieser Sequenz an. IP4a unterbricht das Dokumentieren; legt eine Hand auf, die andere unter die Papiere der Dokumentationsmappe. Ihr Körper ist unbewegt.

(6) V-IP2-1A: Videosequenz:
PB XX betritt langsam gehend, schwankend und Pausen einlegend das Wohnzimmer. PB XX ... sagt mehrfach laut: „Au, au." PB XX geht in Richtung eines Sessels, der am Fenster steht.

Dabei stützt sie sich mit ihren Armen auf ihre Gehhilfen und pausiert auf eine Stuhllehne gestützt. ... PB XX sagt: „Au, au, hab ich Schmerzen“, und beginnt, sich auf die Lehnen des Sessels zu stützen ... . PB XX ... stöhnt: „Ach. Ach“, und lässt sich in den Sessel fallen. PB XX Gesicht ist schmerzverzehrt. IP2 steht etwas entfernt von PB XX, zieht sich Handschuhe an ... PB XX dreht ihren Körper so, dass sie sich hinsetzen kann und stöhnt: „Ach. Ach“, und lässt sich in den Sessel fallen. PB XX Gesicht ist schmerzverzehrt. IP2 steht PB XX zugewandt, sieht PB XX an und ... sagt: „Gut, nehmen Sie Platz, jetzt gebe ich Ihnen erst einmal ihre Medikamente.“ ... ... IP2 sagt: „PB XX, Sie waren doch gestern ähm bei Herrn Doktor XX?“ und schaut zu PB XX, ... 5 Sekunden vergehen, PB XX nickt mit dem Kopf, IP2 blickt abwechselnd auf die Dokumentation auf dem Tisch, zu PB XX und stellt Medikamente. PB XX sagt: „Ja?“ IP2: „Heute ist ja Dienstag. Gestern war Montag. Sie waren doch gestern bei Doktor XX?“ PB XX: „Hmh.“ IP2: „Haben Sie mit Doktor XX auch über Ihre Schmerzen gesprochen?“ PB XX: „Nee. Er hat sich das nur angeguckt.“ ... PB XX: „Naja, und den Verband gemacht. Ja, das hat die Schwester. Er hat da so geguckt.“

(7) V-IP4a-2A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 130-134):
I: Du hörst hier so zu, wie du das vorhin erzählt hast, dass du dir ein paar Minuten Zeit nimmst? T: Mhm. Ja, das mache ich automatisch, das ist keine Absicht. Ich bin so ein Mensch.

(8) V-IP10-4A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 903-917):
I: Haben Sie da was gedacht, was wahrgenommen, was gefühlt? Hat Sie was geleitet? T: Nee, ich denke, es war einfach so ein Automatismus, weil ich das bei vielen anderen auch so übernehmen muss. Ich habe vorher nicht drüber nachgedacht, dass PB XX das eigentlich alleine machen kann, sich vorne waschen. .. Also ich habe währenddessen schon daran gedacht, Mensch, das hätte sie eigentlich alleine machen können. Ich habe sie zwischendrin ja auch gefragt, ob sie das lieber selber machen möchte.

(9) V-IP-2-1A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1028-1033):
I: Überlegen Sie sich vorher, in welchem Moment die Frage [nach den Behandlungsempfehlungen eines Arztes] kommt, oder / T: Nein, nein, das entscheide ich spontan. Also ich weiß, ich werde das auf jeden Fall ansprechen. Einfach, um sie daran zu erinnern.

(10) V-IP2-1A: Interview zur Videosequenz (Zeile 1129):
T: Ich denke, das passiert so automatisch.

(11) V-IP10-4A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 943-946):
T: Gefühle? Wie soll ich die benennen? Ja schon ein bisschen Sorge, dass ihr so kalt ist. Sorge, dass ich ihr wehtue, weil sie ja an der Narbe immer sehr empfindlich ist.

(12) V-IP8-6A: Videosequenz:
Zunächst wird PB XX von IP8 unter der Achsel gestützt und mit der Bemerkung: „Nah, das klappt ja gut heute Morgen, hm. Ich verlasse sie mal“, löst IP8 ihren Griff und geht in Bad. ... Man kann die kleinen, schlurfenden Schritte von PB XX hören. PB XX bleibt stehen, als sie parallel zu sich, d.h. rechter Hand die Badzimmertür mit einer Schwelle erreicht. ... Immer noch stehend äußert PB XX: „Jetzt kommt wieder die Kurve, hier.“ Währenddessen kommt IP8 langsam gehend aus dem Bad ... und sagt gedehnt und leiser als sonst: „Jaha.“ Dann fasst IP8 mit ihrer rechten Hand unter die linke Achsel von PB XX.

(13) V-IP8-6A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 2235-2242):
T: Das hier zum Beispiel, habe ich mir gedacht, als wir eben so darüber geredet haben, über Professionalität oder eingespieltes Team, das spielt sich schon in meinem Kopf ab, wenn ich da drinne bin / oder ich bin in der Küche / an anderen Tagen bin ich in der Situation, wo sie dann mit dem Wagen über die Schwelle in der Küche muss, und ich weiß es ganz genau, gleich ist sie mit dem Wagen an dieser Schwelle.

(14) V-IP8-5A: Videosequenz:
Dann bleibt PB XX stehen, ... und stöhnt recht laut: „Oh, Mensch, miene Klucken." In dem Moment des ‚Oh', beugt sich IP8 mit ihrem Oberkörper zum Hüftbereich von PB XX und beginnt an der Unterhose von PB XX zu ziehen.

(15) V-IP2-1A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1081-1088):
T: Der Nachteil der modernen Schmerztherapie ist eben, dass das häufig auch etwas das Bewusstsein eintrübt und das wäre eben gerade bei PB XX fatal, weil sie sich eben total allein in ihrer Wohnung versorgt. Ihr Sohn kommt zwar ab und zu vorbei und bringt ihr ein paar Flaschen Wein, und das ziemlich regelmäßig, aber den Rest macht sie schon selber.

(16) V-IP10-4A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 932-934):
T: Ich hab gedacht, dann wasch ich mal schnell den Rücken, während sie sich das Gesicht abtrocknet, weil ihr ja kalt ist.

(17) V-IP2-1A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 1032-1066):
T: Einfach, um sie daran zu erinnern. Ja, das, was ich eben gesagt hab, dass sie die Termine regelmäßig einhält, um sie zu aktivieren und ihr eine Orientierung zu geben. ... T: Meistens warte ich auch noch etwas, um zu sehen, ob sie das von sich aus anspricht. Das passiert auch. Dann ist ja auch alles klar. ... Dann ist mir auch klar, dass PB XX in diesem Moment, in dem ich da war, schon voll orientiert ist. Das ist sie eben nicht immer. ... Einmal wollte ich sie noch mal daran erinnern, weil sie hat ja schon sehr stark über Schmerzen geklagt, dass sie das noch einmal anspricht, und dann, wann sie die Gelegenheit dazu hat. Und dann natürlich auch, ob sie das gemacht hat in der Praxis. Wobei das nicht immer so ist. Sie jammert auch in der Praxis, jedenfalls anders und nicht immer.

(18) V-IP4A-2A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 134-165):
T: Ich bin so ein Mensch. Wenn jemand was hat / das habe ich nicht gemacht, weil du dabei warst. I: Wobei ich auch wahrgenommen habe, dass du schon Strategien hast, das Gespräch auch zu steuern. T: Ja, wenn man das nicht hat, muss man bis spät abends zuhören. [Beide lachen] Ja, ich höre zu und in bestimmten Momenten höre ich dann auf. I: Wie entscheidest du das? T: Ich habe dann das Gefühl, das reicht bis jetzt und sie hat sich ein bisschen ausgeheult und dann reicht das. I: So eine Balance zwischen / T: Zwischen uns beiden. I: Und dem Gefühl, ausgenutzt zu werden? T: Ja, das lasse ich nicht zu.

(19) V-IP10-4A: Videosequenz:
Während sich PB XX mehrfach mit dem Handtuch über das Gesicht fährt, spricht sie leise und fast in das Handtuch hinein: „Schnell wieder in die Klamotten rein." ... Nach einer kurzen Pause, sich immer noch abtrocknend, sagt PB XX: „Es ist kalt." Seitlich bei PB XX ... fragt IP10 mit Blick auf PB XX: „Den Rücken schon waschen?" Dabei zieht sie sich den Waschlappen

über die linke Hand. Kurz mit dem Abtrocknen pausierend fragt PB XX: „Was denn?“, und stöhnt einmal kurz und leise. IP10 steht weiterhin rechts neben PB XX und sagt mit erhobener und lauterer Stimme: „Soll ich den Rücken schon waschen?“ Währenddessen beugt sich IP10 mit dem Oberkörper leicht in Richtung Rücken von PB XX. „Ja, Ja“, antwortet PB XX, beugt ihren Oberkörper ... weit nach vorne ... ... Gleich auf das ‚Ja, Ja‘ hin beugt sich IP10 seitlicher und tiefer zum Rücken von PB XX und wäscht diesen mit ihrer linken Hand. Für einige Sekunden wäscht IP10 den Rücken von PB XX. Währenddessen trocknet sich PB XX das Gesicht ab und legt dann das Handtuch auf ihre Schenkel. Beide schweigen währenddessen.

(20) V-IP10-4A: Interview zur Videosequenz (Zeilen 271-280):
I: Wie lange kennen Sie PB XX? T: Seit ungefähr Juni, Juli, also vier Monate. Sie ist noch nicht viel länger in der Pflege bei uns. I: Wie oft sind Sie bei ihr? Das kann ja jetzt gar nicht oft sein. T: Nein, das war noch nicht so sehr häufig. 10-15 mal vielleicht.

A Einwilligungserklärung

Erklärung der Einwilligung zur Teilnahme an der Untersuchung zum Promotionsvorhaben von Änne-Dörte Jahncke-Latteck

Die folgende Untersuchung wird von Änne-Dörte Jahncke-Latteck (Krankenschwester, Dipl.-Pflegewirtin) ausschließlich zur Erlangung des Doktorgrades an der Universität Bremen durchgeführt. Die Daten werden nicht an Dritte weiter gegeben.
Im Rahmen der Untersuchung werden Interviews geführt und Videosequenzen aufgenommen sowie anschließend teilweise verschriftet. Im Rahmen der Dissertation werden Ausschnitte aus den Videoaufnahmen und Interviews möglicherweise in Zitatform verwendet. Alle zitierten Ausschnitte sind anonymisiert und Namen sowie Orte durch Pseudonyme ersetzt. Ein Zusammenhang mit beteiligten Personen ist anschließend nicht mehr erkennbar.
Die Teilnehmerin oder der Teilnehmer kann jederzeit sein/ihr Einverständnis, die Fragen zu beantworten, zurücknehmen. Ebenso besteht keine Pflicht zur Teilnahme an den Videoaufzeichnungen.
Das Einverständnis zur Verwendung der Daten kann mündlich oder schriftlich bis zum Zeitpunkt der Veröffentlichung zurückgenommen werden.

(Ort, Datum)

Änne-Dörte Jahncke-Latteck
Leharstraße 60 a
22145 Hamburg
Tel.: 040/ 209 711 68

Hiermit willige ich ein, an der oben beschriebenen Untersuchung teilzunehmen und erlaube die Verwendung der Daten für den oben genannten Zweck.

Datum Name, Vorname der Teilnehmerin/des Teilnehmers

Unterschrift der Teilnehmerin/des Teilnehmers

B Interviewleitfaden

Nr.	1. Allgemeine Fragen an die Pflegekraft zur einmaligen Erhebung
1	**Fragen an die Pflegekraft**
1 a	Wie alt sind Sie?
1 b	Mit welcher wöchentlichen Arbeitszeit sind Sie tätig?
1 c	Wie viele Jahre Erfahrung in der ambulanten Pflege haben Sie?

Nr.	2. Fragen zur Selbsteinschätzung: berufliche Situation, Werdegang, Stellung im Team zur einmaligen Erhebung
2	**Fragen an die Pflegekraft**
2 a	Was kennzeichnet für Sie ambulante Pflege?
2 b	Was motiviert Sie, in der ambulanten Pflege zu arbeiten?
2 c	Können Sie kurz Ihren beruflichen Werdegang und für Sie wichtige Arbeitsstationen beschreiben?
2 d	Wann arbeiten Sie gern? Welche Bedingungen brauchen Sie, um gut zu arbeiten? Wann bereitet Ihnen Ihre Arbeit Freude?
2 e	Zu welchen Pflegebedürftigen gehen Sie gerne? Ist die Arbeit mit Pflegebedürftigen, die die von Ihnen genannten Merkmale aufweisen, anders als bei anderen? Wenn ja, wie?

Nr.	3. Einschätzung der Pflegebeziehung durch die Pflegekraft
3	**Fragen an die Pflegekraft**
3 a	In welche Pflegestufe ist der Pflegebedürftige eingruppiert?
3 b	Wie lange kennen Sie den Pflegebedürftigen?
3 c	Wie häufig sind Sie bei dem/der Pflegebedürftigen/in?
3 d	Wenn Sie zu dem Pflegebedürftigen gehen, haben Sie da persönliche Anliegen? Wenn ja, welche? Verfolgen Sie Ziele mit dem Einsatz, wenn ja, welche?
3 e	Engagieren Sie sich besonders für diesen Patienten? Wenn ja, in welcher Form?

Nr.	3. Einschätzung der Pflegebeziehung durch die Pflegekraft
3	**Fragen an die Pflegekraft**
3 f	Wie würden Sie Ihre Beziehung zu dem/der Pflegebedürftigen/in beschreiben (Entstehung, Ist-Situation)? Haben Sie ein Bild oder eine Metapher für Ihre Beziehung zueinander?
3 g	Haben Sie das Gefühl, dass der/die Pflegebedürftige Ihre Arbeit schätzt, wenn ja, wofür besonders? Wie zeigt sich das?
3 h	Gehen Sie gerne zu diesem Einsatz?
3 i	Was gefällt Ihnen an diesem Einsatz?

Nr.	4. Situationsantizipation
4	**Fragen an die Pflegekraft**
4 a	Welche Leistungen sollten Sie laut Auftrag erbringen?
4 b	Was erwarteten Sie für einen Einsatz?
4 c	Fühlten Sie sich jetzt unter Zeitdruck?
4 d	Waren Sie aufgeregt oder gestresst, z.B. weil Sie nicht wussten, was Sie erwartet oder weil Ihre Handlungen beobachtet wurden?

Videoanalyse

Nr.	Frage an Interviewpartner/in zur Videoanalyse
1	Wenn Sie sich an den Einsatz erinnern, wie war der Einsatz für Sie? War etwas anders als sonst, gab es Veränderungen oder war alles wie immer? Hat Sie die Videoaufzeichnung beeinflusst?
2	**Instruktion zum Ablauf der Videoanalyse**
	Mit der Videoaufnahme können wir gemeinsam sehen, was Sie getan haben. Ich möchte auch erfahren, was in Ihnen bei einigen Handlungen vorgegangen ist, was Sie gefühlt haben. Immer, wenn Sie mir sagen wollen, was in Ihnen vorgegangen ist, drücken Sie diese Stopp-Taste. Wenn ich eine Frage an Sie habe, dann drücke ich die Stopp-Taste.
3	**Handlungshintergrund**
3 a	Können Sie mir sagen, was in dieser Situation in Ihnen vorgegangen ist?
3 b	Worum ging es in dieser Situation?
3 c	Wenn Sie diese Situation sehen, hat Sie dabei etwas Besonderes geleitet oder beeinflusst (z.B. Erfahrung, Routine, Zeitdruck, Intuition, Lehrbuchwissen, Standards)?
3 d	Haben Sie darüber nachgedacht, was in diesem Moment zu tun ist? Haben Sie das bewusst gemacht? Wie ist die Entscheidung entstanden, es so zu tun, wie man es hier sehen kann?

4	**Explikation der Beziehung zwischen Intuition und den Situationsbedingungen und Erfassung von Entstehungskontexten, Bestandteilen und Merkmalen intuitiven Handelns**
4 a	Was hat Ihrer Meinung nach die Situation zu dem gemacht, was sie ist?
4 b	Wie haben Sie diese Situation erlebt? Erzählen Sie bitte, was Sie da machen (Beschreiben Sie bitte einmal Ihre Handlungen).
4 c	Gibt es Dinge in der Situation, die Sie besonders wahrgenommen haben oder die Sie besonders beeinflusst haben? Wenn ja, welche? Ist die Situation anders als bei vorherigen Einsätzen? Inwiefern?
4 d	Wie schätzen Sie diese Handlung ein? Wie bewerten Sie die Handlung?
5	**Selbstwahrnehmung von Intuition sowie die Bedeutungszuweisung durch beruflich Pflegende**
5 a	Können Sie sich erinnern, in einer Arbeitssituation schon mal intuitiv gehandelt zu haben?
5 b	An welche Situationen können Sie sich erinnern? Wo taucht in Ihrem Arbeitsalltag typischer Weise bei Ihnen Intuition auf?
5 c	Was ist für Sie Intuition, wie würden Sie Ihre Intuitionen beschreiben?
5 d	Hat Intuition eine Bedeutung in Ihrem Arbeitsalltag? Wenn ja, welche? Was bedeutet Intuition für Sie ganz persönlich?
5 e	Wie gehen Sie mit Ihren Intuitionen um?
5 f	Haben sich Ihre Intuitionen im Lauf Ihrer Berufstätigkeit verändert? (Häufigkeit, Sicherheit, die Situationen oder deren Inhalte) Hat sich Ihr Umgang mit Intuition verändert?
5 g	Haben Sie heute während der Aufnahmezeit mit Intuition, Ahnung oder Sechstem Sinn gehandelt? Wenn ja, können Sie bitte die Situation beschreiben? Können Sie sich an Ihre Gefühle in dieser Situation erinnern und sie mir beschreiben? Können Sie sich an Ihre Gedanken in dieser Situation erinnern und sie mir beschreiben? Gibt es aus Ihrer Sicht etwas Besonderes in dieser Sequenz? Was hatte Ihrer Meinung nach Einfluss auf Ihre Intuitionen?

C 1. Teil des Interviewleitfadens mit Erkenntnisinteresse und theoretischem Vorwissen

1. Allgemeine Fragen an die Pflegekraft zur einmaligen Erhebung		
Fragen an die Pflegekraft	**Erkenntnisinteresse**	**Hinweise aus dem theoretischen Bezugsrahmen**
Wie alt sind Sie?	- absolutes Alter im Sinne von Lebenserfahrung als Einflussfaktor	- gemäß Phänomenologie hat Erfahrung Einfluss auf Intuition (Husserl in Kap. 2.1.2) (Benner in Kap.3.1.1)
Wie viel Jahre Erfahrungen in der ambulanten Pflege haben Sie? Mit welcher wöchentlichen Arbeitszeit sind Sie tätig?	- Zur Identifikation von Erfahrungswissen - Hinweis zur Dauer und Intensität von Pflegebeziehungen	- Klinisches Erfahrungswissen als Grundlage von Intuition (Berne in Kap. 2.2.2) (Zühlke, Fleischer, Gastinger, Gross, Hartel, Nager, Reding, Wolff, Wolner in Kap. 2.3) (Neuweg in Kap. 2.5.2) (Dreyfus & Dreyfus in Kap. 2.5.3) (Benner 1994, Benner et al. 2000, Trenoweth, Jacavone & Dostal, Easen & Wilckoson in Kap. 3.) - Als Pflegeexperten gelten jene, die mehr als fünf Jahre im selben Bereich tätig sind (Benner 1994, Benner et al. 2000; in Kap. 3.1.1)

2. Fragen zur Selbsteinschätzung: berufliche Situation, Werdegang, Stellung im Team zur einmaligen Erhebung		
Fragen an die Pflegekraft	**Erkenntnisinteresse**	**Hinweise aus dem theoretischen Bezugsrahmen**
Was kennzeichnet für Sie ambulante Pflege? Was motiviert Sie, in der ambulanten Pflege zu arbeiten?	- Identifikation von Arbeitsautonomie als Einflussfaktor von Intuition - Herausstellen der Besonderheiten ambulanter Pflege im Erleben der Pflegenden (Kap. 1.2.4)	- Organisationskulturen, die Autonomie und Unabhängigkeit der Mitarbeiter präferieren, werden von Mitarbeitern als intuitionsfördernd erlebt (in Kap. 3.1.4)
Können Sie kurz Ihren beruflichen Werdegang und für Sie wichtige Arbeitsstationen beschreiben?	- Zur Identifikation von Fach- und Erfahrungswissen	- intuitive Fähigkeiten beruhen auf einer ausgeprägten Wissensbasis (Berne in Kap. 2.2) (Fleischer, Gastinger, Gross, Hartel, Nager, Reding, Wolff, Wolner, Dietrich in Kap. 2.3) (Neuweg, Dreyfus & Dreyfus in Kap. 2) (Benner 1994,; Benner et al. 2000, Büssing et al. 2000 in Kap. 3)
Wann arbeiten Sie gern? Welche Bedingungen brauchen Sie, um gut zu arbeiten? Wann bereitet Ihnen Ihre Arbeit Freude?	- Zur Beschreibung von Engagement als Einflussfaktor für Intuition - Zur Beschreibung von Rahmenbedingungen ambulanter Pflege - Zur Beschreibung von Bedeutungsinhalten und impliziten Zielen der ambulanten Arbeit von Pflegenden - Herausstellen der Besonderheiten ambulanter Pflege (Kap. 1)	- Experten gelten gegenüber Leitungskräften oder Teams als praktisch kompetent und erhalten dafür Anerkennung (Benner 1994; Büssing et al. 2000 in Kap. 3)

2. Fragen zur Selbsteinschätzung: berufliche Situation, Werdegang, Stellung im Team zur einmaligen Erhebung		
Fragen an die Pflegekraft	**Erkenntnisinteresse**	**Hinweise aus dem theoretischen Bezugsrahmen**
Zu welchen Pflegebedürftigen gehen Sie gerne? Ist die Arbeit mit Pflegebedürftigen, die die von Ihnen genannten Merkmale aufweisen, anders als bei anderen? Wenn ja, wie?	- Ggf. Erhalt von Hinweisen auf die Bedeutung der Beziehungsgestaltung	- Auftreten von Intuition bei Beziehungsarbeit im Patientenkontakt (Labhart, Heusser, Fleischer in Kap. 2.3) - Ein Bedingungsfaktor für Intuition ist das Kennen des Pflegebedürftigen sowie die Ausgestaltung einer Beziehung zwischen Pflegebedürftigem und Pflegekraft (Benner 1994, Benner et al. 2000, Trenoweth in Kap. 3)

3. Einschätzung der Pflegebeziehung durch die Pflegekraft		
Fragen an die Pflegekraft	**Erkenntnisinteresse**	**Hinweise aus dem theoretischen Bezugsrahmen**
In welche Pflegestufe ist der Pflegebedürftige eingruppiert?	- Erfassung der Schwere der Pflegebedürftigkeit	
Wie lange kennen Sie den Pflegebedürftigen? Wie häufig sind Sie bei dem/der Pflegebedürftigen?	- Hinweis auf die Dauer und Art der Beziehung - Klientenbezogene Kompetenzstufe der Pflegekraft	- Auftreten von Intuition bei Beziehungsarbeit im Patientenkontakt (Labhart, Heusser, Fleischer in Kap. 2.3) - Bedingungsfaktor für Intuition ist das Kennen des Pflegebedürftigen sowie die Ausgestaltung einer Beziehung zwischen Pflegebedürftigem und Pflegekraft (Benner 1994, Benner et al. 2000, Trenoweth in Kap. 3)

3. Einschätzung der Pflegebeziehung durch die Pflegekraft		
Fragen an die Pflegekraft	**Erkenntnisinteresse**	**Hinweise aus dem theoretischen Bezugsrahmen**
Wenn Sie zu dem Pflegebedürftigen gehen, haben Sie da persönliche Anliegen? Wenn ja, welche? Engagieren Sie sich besonders für diesen Patienten? Wenn ja, in welcher Form?	- Hinweise auf die Qualität der Beziehungsgestaltung	- Pflegende sind motiviert für gute Leistungen (Benner 1994 in Kap. 3)
Wie würden Sie Ihre Beziehung zu dem/der Pflegebedürftigen beschreiben?	- Hinweis auf die Qualität der Beziehung	- Warmherzige, empathische Beziehungsgestaltung mit dem Pflegebedürftigen und Mitempfinden für seine Belange sowie Vertrautsein, gelten als intuitionsfördernd (Zühlke in Kap. 2.3) (Benner 1994, Benner et al. 2000, Büssing et al. 2000, Rew; Schraeder & Fischer, Smith, McCormack, Easen & Wilcockson, Jacavone & Dostal in Kap. 3)

4. Situationsantizipation		
Fragen an die Pflegekraft	**Erkenntnisinteresse**	**Hinweise aus dem theoretischen Bezugsrahmen**
Welche Leistungen sollten Sie laut Auftrag erbringen?	- Erfassung von Abweichungen vom Normalen - Erhalt von Hinweisen auf Erwartungen an die Situation und mögliche Veränderungen	- Abweichungen vom Arbeitsauftrag im Sinne situationsbezogenen Handelns und Regelabweichung als Hinweis auf Intuition (Dreyfus & Dreyfus in Kap. 2.5) (Benner 1994, Benner et al. 2000 in Kap. 3) - Intuition tritt insbesondere in ungewohnten, ungewissen, neuartigen und widersprüchlichen Situationen auf (Zühlke, Baberg et al. in Kap.2.3) (Geser, Koring in Kap. 2.5) (Büssing et al. 2000 in Kap. 3)

4. Situationsantizipation		
Fragen an die Pflegekraft	**Erkenntnisinteresse**	**Hinweise aus dem theoretischen Bezugsrahmen**
Was erwarteten Sie für einen Einsatz?	- retrospektiver Erhalt von Hinweisen auf Erwartungen an die Situation und mögliche Veränderungen - ermöglicht retrospektiven Abgleich von Situationsdeutungen	- eine Fähigkeit von Intuition liegt in ihrer Zukunftgerichtetheit (= prädiktiver Wert) (Benner 1994, Benner et al. 2000 in Kap. 3) - intuitive Entscheidungen sind bei Komplikationen oder dramatischen Ausnahmesituationen gefordert (Reding in Kap. 2.3) (Büssing et al. 2000 in Kap. 3) - Abweichungen vom Arbeitsauftrag als situationsbezogenes Handeln und Regelabweichung als Hinweis auf Intuition (Dreyfus & Dreyfus in Kap. 2.5; Benner 1994, Benner, et al. in Kap. 3) - Intuition tritt insbesondere in ungewohnten, ungewissen, neuartigen und widersprüchlichen Situationen auf (Zühlke, Baberg et al. in Kap. 2.3) (Geser, Koring in Kap. 2.5) (Büssing et al. in Kap. 3)
Fühlten Sie sich jetzt unter Zeitdruck?	- Erleben der Situation durch Pflegende	- Zeitdruck als intuitionsfördernder Faktor (Baberg et al. in Kap. 2.3) (Geser, Koring in Kap. 2.5) (Büssing et al. 2000 in Kap. 3)
Waren Sie aufgeregt oder gestresst, z.B. weil Sie nicht wussten, was Sie erwartet oder weil Ihre Handlungen beobachtet wurden?	- Erfassung von intuitionshemmenden Einflussfaktoren	- Intuition tritt insbesondere in ungewohnten, ungewissen, neuartigen und widersprüchlichen Situationen auf (Zühlke, Baberg et al. Kap. 2.3) (Geser, Koring in Kap. 2.5) (Büssing et al. 2000 in Kap. 3) - Angst lässt Intuition scheitern (Berne in Kap. 2.2.2)

D 2. Teil des Interviewleitfadens mit Erkenntnisinteresse

Nr.	Fragen	Erkenntnisinteresse
1	**Gesprächseinstieg**	
a	Wenn Sie sich an den Einsatz erinnern, wie war er für Sie? War etwas anders als sonst, gab es Veränderungen oder war alles wie immer? Hat Sie die Videoaufzeichnung beeinflusst?	- Einschätzung der Gesamtsituation - Erfassung von Ungewöhnlichem
2	**Instruktionen zur Videoanalyse**	
3	**Handlungshintergrund**	
a	Können Sie mir sagen, was in dieser Situation in Ihnen vorgegangen ist?	- Beweggründe/Motivation von Handlungen - Einflussfaktoren von Intuition
b	Worum ging es in dieser Situation?	- Beschreibung und Reflektion der durchgeführten Handlungen - gemeinsames Verständnis zur aktuellen Handlung in der Videosequenz zwischen Interviewpartner und Forscherin
c	Wenn Sie diese Situation sehen, hat Sie dabei etwas Besonderes geleitet oder beeinflusst?	- zur Identifikation unbewussten/bewussten Handelns - Hinweise auf Intuition als eine Entscheidungsoption geben
d	Haben Sie das bewusst gemacht? Wie ist die Entscheidung entstanden, es so zu tun, wie man es hier sehen kann?	- Identifikation von Handlungsoptionen - kann Hinweise auf die Beziehung zwischen Intuition und der Situation geben (Benner 2004: 459)

Nr.	Fragen	Erkenntnisinteresse
	Im Falle von Äußerungen wie: „Weiß nicht, warum ich das tat . . . “, „einfach so gehandelt“, „Routine“, „Aus dem Bauch heraus“ „irgendwie wusste ich, dass . . . “ (Mathys 1999: 125), „ich habe das geahnt“ (Mathys 1999:125), „. . . ich hatte ein ungutes Gefühl im Bauch“ (Benner, 1994: 18), „. . . es kam mir so komisch vor“ (Benner 1994: 18), „Ich wußte einfach, daß . . . “ (Benner 1994: 70), „. . . trotzdem hatte ich das Gefühl, dass irgendetwas nicht stimmte.“ (Benner 1994: 110) folgen nachstehende Fragen:	
4	**Explikation der Beziehung zwischen intuitivem Handeln und den Situationsbedingungen und Erfassung von Entstehungskontexten, Bestandteilen und Merkmalen intuitiven Handelns**	
a	Was hat Ihrer Meinung nach die Situation zu dem gemacht, was sie ist?	- Hinweise zur Kennzeichnung von Situationen mit Intuitionsbeteiligung
b	Wie haben Sie diese Situation erlebt? Erzählen Sie bitte, was Sie da machen.	- Erfassung von Merkmalen von Intuition
c	Gibt es Dinge in der Situation, die Sie besonders wahrgenommen haben oder die Sie besonders beeinflusst haben? Wenn ja, welche? Ist die Situation anders als bei vorherigen Einsätzen? Inwiefern?	- Erfassung von Merkmalen von Intuition
d	Wie schätzen Sie diese Handlung ein? Wie bewerten Sie die Handlung?	- Handlungsbewertung - Erfassung des pflegerischen Selbstverständnisses von Intuition
5	Fragen im Anschluss an die Videosequenzanalyse, wenn „Intuition“ identifiziert werden konnte: **Selbstwahrnehmung von Intuition sowie die Bedeutungszuweisung durch beruflich Pflegende** Alle Fragen außer 5 d entfallen, wenn die gleiche Pflegekraft bei mehreren Einsätzen beobachtet wird.	
a	Können Sie sich erinnern, in einer Arbeitssituation schon mal intuitiv gehandelt zu haben?	- Erfassung der Selbstwahrnehmung und der individuellen Einstellung zu Intuition innerhalb pflegeprofessioneller Tätigkeit

Nr.	Fragen	Erkenntnisinteresse
b	An welche Situationen können Sie sich erinnern? Wo taucht in Ihrem Arbeitsalltag typischer Weise bei Ihnen Intuition auf?	- Hinweise zur Anpassung des Vorgehens
c	Was ist für Sie Intuition, wie würden Sie Ihre Intuitionen beschreiben? (Zeuch 2003: 160)	- Abgleich mit der von der Forscherin als intuitionshaltig interpretierte Videosequenz und dem Erleben der Interviewpartner - Überprüfung des Verständnisses der Akteure innerhalb einer Sprachgemeinschaft mit dem Verständnis und den Interpretationen der Forscherin - möglicherweise Ergänzung des Intuitionsbegriffes aus Expertensicht
d	Hat Intuition eine Bedeutung in Ihrem Arbeitsalltag? Wenn ja, welche? oder Was bedeutet Intuition für Sie ganz persönlich?	- Erfassung der Selbstwahrnehmung und der individuellen Einstellung zu Intuition innerhalb pflegeprofessioneller Tätigkeit - Frage nach den subjektiven Theorien, den erlebten Situationen mit Intuitionsbeteiligung und der Häufigkeit
e	Wie gehen Sie mit Ihren Intuitionen um?	- Beschreibung von Einstellung und Selbstwahrnehmung von Intuition
f	Haben sich Ihre Intuitionen im Lauf Ihrer Berufstätigkeit verändert? Hat sich Ihr Umgang mit Intuition verändert? (Zeuch 2003: 160)	- Liefert Informationen über die proportionale Abhängigkeit von beruflicher oder allgemeiner Erfahrung und professioneller Intuition - Gibt Hinweise auf die Entwicklung intuitiver Fähigkeiten

Nr.	Fragen	Erkenntnisinteresse
g	Haben Sie heute während der Aufnahmezeit mit Intuition, Ahnung oder 6. Sinn gehandelt? Wenn ja, können Sie bitte die Situation beschreiben? Können Sie sich an Ihre Gefühle in dieser Situation erinnern und sie mir beschreiben? Können Sie sich an Ihre Gedanken in dieser Situation erinnern und sie mir beschreiben? Gibt es aus Ihrer Sicht etwas Besonderes in dieser Sequenz? Was hatte Ihrer Meinung nach Einfluss auf Ihre Intuitionen?	- Abgleich mit der von der Forscherin als intuitionshaltig interpretierte Videosequenz und dem Erleben der Interviewpartner - Erfassung von Merkmalen und Kontextbedingungen von Intuition

E Sample der Interviewpartner

Interviewnummer	Interviewpartner	Pflegedienst	Geschlecht	Alter des Interviewpartners in Jahren	Beruflicher Hintergrund	Berufserfahrung in der Pflege / in Jahren	Berufserfahrung in der ambulanten Pflege / in Jahren	Wöchentliche Arbeitszeit in h
1a	1	A	männlich	46	Fachkrankenpfleger für Geriatrie und Rehabilitation	25	18	30
1b	1							
2	2	A	männlich	52	Altenpfleger	20	14	35
3	3	A	weiblich	34	Krankenschwester	12	7	20
4a	4	B	weiblich	44	Krankenschwester	18	6	38,5
4b	4							
5	5	C	weiblich	29	Krankenschwester	10	10	20
6a	6	B	männlich	29	Krankenpfleger	1,5	1	38,5
6b	6							
7a	7	C	weiblich	37	Altenpflegerin	20	4	30
7b	7							
8	8	B	weiblich	41	Altenpflegerin	20	10	26
9	9	A	männlich	36	Krankenpfleger	12	12	30
10	10	A	weiblich	45	Altenpflegerin	17	2	20
11	11	A	männlich	43	Altenpfleger	23	16	38,5
12	12	A	weiblich	60	Krankenschwester	> 30	17	20

F Sample zum Profil der Pflegebedürftigen und den pflegerischen Handlungen

Interviewnummer	Interviewpartner	Dauer der Pflegebeziehung in Jahren	Geschlecht des Pflegebedürftigen	Pflegestufe des Pflegebedürftigen	Beobachtete Leistung nach SGB V und XI beim Pflegebedürftigen
1a	1a	2	weiblich	1	Medikamentengabe
1b	1b	2	männlich	2	Unterstützung bei der Körperpflege, Medikamentengabe, Zubereitung des Frühstücks, Verbandwechsel am Fuß
2	2	0,5	weiblich	0	Medikamentengabe, Verbandwechsel an beiden Unterschenkeln
3	3	1	weiblich	1	Medikamentengabe, Anlegen von Pütterverbänden
4a	4a	2,5	weiblich	0	Blutzuckermessung, Insulininjektion
4b	4b	3,5	weiblich	2	Medikamentengabe, Unterstützung bei der Körperpflege, Zubereitung des Frühstücks
5	5	0,5	weiblich	2	Transfer Bett-Rollstuhl, Unterstützung bei der Körperpflege, Toilettengang, Medikamentengabe, Zubereitung des Frühstücks
6a	6a	0,5	männlich	3	Transfer Rollstuhl-Toilette, Ankleiden, Einmalkatheterisierung, Haarewaschen, Anlegen von Kompressionsstrümpfen
6b	6b	0,5	weiblich	3	Körperpflege

Interviewnummer	Interviewpartner	Dauer der Pflegebeziehung in Jahren	Geschlecht des Pflegebedürftigen	Pflegestufe des Pflegebedürftigen	Beobachtete Leistung nach SGB V und XI beim Pflegebedürftigen
7a	7a	1	weiblich	1	Anlegen von Kompressionsstrümpfen, Medikamentengabe, Blutdruckmessung, Blutzuckermessung, Insulininjektion, Zubereitung des Frühstücks
7b	7b	1	männlich	2	Körperpflege, Transfer Bett-Rollstuhl
8	8	1	weiblich	2	Medikamentengabe, Zubereitung des Frühstücks, Transfer Bett-Dusche, Unterstützung bei der Körperpflege, Ankleiden
9	9	4	männlich	1	Blutzuckermessung, Insulininjektion, Zubereitung des Abendbrotes
10	10	0,5	weiblich	2	Medikamentengabe, Unterstützung bei der Körperpflege, Zubereitung des Frühstücks
11	11	2	weiblich	2	Körperpflege, Ankleiden, Verbandwechsel am Unterschenkel
12	12	1,5	männlich	1	Unterstützung bei der Körperpflege, Transfer Bett-Gehwagen

Literaturverzeichnis

Abernathy Ch. M., Hamm R. M. (1995), Surgical intuition. What it is and how to get it. Hanley & Belfus: Philadephia.

Ahrens, R. (2000), Erfahrungen mit intuitivem, praktischem und pflegetheoretischem Wissen. In: Pflegezeitschrift, 53. Jg., 2, 91-94.

Anderson, J. R. (1996), Kognitionspsychologie. Heidelberg: Spektrum.

Ausfeld-Hafter, B. (Hg) (1999), Intuition in der Medizin. Grundfragen zur Erkenntnisgewinnung. Peter Lang AG: Bern.

Ausfeld-Hafter, B. (1999), Die zusammenfügende Folgerichtigkeit im intuitiven Denken der Traditionellen Chinesischen Medizin. In: Ausfeld-Hafter, B. (Hg): Intuition in der Medizin. Grundfragen zur Erkenntnisgewinnung. Peter Lang AG: Bern.

Baberg, H. T.; Kielstein, R.; de Zeeuw, J.; Sass, H. M. (2002), Behandlungsgebot und Behandlungsbegrenzung: Einflussfaktoren klinischer Entscheidungsprozesse. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift, Vol.: 128 (31-32), 1633-1637.

Balmer, H. (1982), Objektive Psychologie – Verstehende Psychologie. Perspektiven einer Kontroverse. In: Geschichte der Psychologie – Band 1: Geistesgeschichtliche Grundlagen. Beltz: Weinheim und Basel.

Bartholomeyczik, S. (2000), Gegenstand, Entwicklung und Fragestellung pflegewissenschaftlicher Forschung. In: Rennen-Allhoff, B.; Schaeffer, D. (Hg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Juventa: Weinheim.

Bartholomeyczik, S.; Hunstein, D. (2001b), Die Messung von Pflegezeiten – methodische und inhaltliche Probleme. In: Pflege & Gesellschaft, 14. Jg., 4, 259-266.

Bartholomeyczik, S.; Müller, E. (1997), Pflegeforschung verstehen. Urban & Schwarzenberg: München.

Beerlage, I.; Fehre, E.-M. (1990), Praxisforschung zwischen Intuition und Institution. DGVT: Tübingen.

Beikirch, E.; Korporal, J. (2000), Ambulante Pflege: sozialrechtliche, strukturelle und ökonomische Rahmenbedingungen und Entwicklung. In: Rennen-Allhof, B.; Schaeffer, D. (Hg): Handbuch Pflegewissenschaft. Juventa: Weinheim München.

Benner, P. (1994), Stufen zur Pflegekompetenz – From Novice to Expert. Hans Huber: Bern.

Benner, P.; Tanner C. A. (1987), How expert nurses use intuition. In: American Journal of Nursing, Vol.: 87, 1, 23-31.

Benner, P.; Tanner, C. A.; Chesla, C. (2000), Pflegeexperten. Pflegekompetenz, klinisches Wissen und alltägliche Ethik. Hans Huber: Bern.

Berg, A.; Borker, S.; Schnell, M. W. (2000), Ethische Betrachtung einer Nahrungsverweigerung – Teil 2: Formen moralischer Probleme und Rechtfertigung moralischer Urteile. In: Die Schwester/Der Pfleger, 39 Jg., 9, 746-749.

Berne, E. (1991), Transaktionsanalyse der Intuition. Ein Beitrag zur Ich-Psychologie. Jungfermann: Paderborn.

Birbaumer, N.; Töpfner, S. (1998), Hirnhemisphären und Verhalten. In: Deutsches Ärzteblatt, 95. Jg., 45, 2844-2848.

Birnbacher, D. (1995), John Stuart Mill. In: Klassiker der Philosophie Band II – Von Immanuel Kant bis Jean-Paul Sartre. C.H. Beck: München.

Bogner, A.; Littig, B.; Menz, W. (Hg) (2002), Das Experteninterview – Theorie, Methode, Anwendung. Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden.

Böhle, F.; Brater, M. (1999), Erfahrungsgeleitete Arbeit und neue Perspektiven für die berufliche Bildung in der Pflege. In: berufsbildung, 57, 16-18.

Böhm, A. (2007), Theoretisches Codieren: Textanalyse in der Grounded Theory. In: Flick, U.; v. Kardoff, E.; Steinke, I: Qualitative Forschung-Ein Handbuch. Rowohlt: Reinbek, 475-485.

Braun, R. N.; Danninger, H. (1992), Die unbewusste Eigenkontrolle diagnostischer Leistungen. In: Wiener medizinische Wochenschrift, Vol.: 142, 4, 82-85.

Braun, U.; Schmitd, R. (1997), Entwicklung einer lebensweltlichen Pflegekultur. Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V., Transfer: Regensburg.

Bräutigam, C. (2002), Situationsverstehen im Pflegeprozess. In: Pflege & Gesellschaft. Sonderausgabe Fachtagung 2002: Das Originäre der Pflege entdecken – Pflege beschreiben, erfassen, begrenzen. Deutscher Verein für Pflegewissenschaft e.V. (Hg), Mabuse: Frankfurt/Main.

Bruner, J. S. (1973), Der Prozeß der Erziehung. Berlin: Berlin und pädagogischer Verlag Schwann: Düsseldorf.

Büssing, A; Herbig, B.; Ewert, T. (1999), Implizites Wissen und erfahrungsgeleitetes Arbeitshandeln: Konzeptualisierung und Methodenentwicklung. In: Büssing, A. (Hg.) Bericht 48 aus dem Lehrstuhl für Psychologie. München: Technische Universität München, Lehrstuhl für Psychologie.

Büssing; A.; Herbig, B.; Ewert, T. (2000), Intuition als implizites Wissen – Bereicherung für die Krankenpflege? In: Pflege, 13.Jg., 5, 291-296.

Büssing, A.; Herbig, B.; Latzel, A. (2004), Implizite Theorien – Die Probleme der Gedankenökonomie. In: Pflege, 17.Jg., 2, 113-122.

Bullmer, K. (1978), Empathie. Ein programmierter Text zur interpersonellen Wahrnehmungsfähigkeit. Ernst Reinhardt: München Basel.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2001), Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft und Stellungnahme der Bundesregierung.

Bunge, M. (1962), Intuition and Science. Englewood Cliffs: New York.

Butzlaff, M.; Lutz, G.; Falck-Ytter, C. (1998), Lernen ohne Ende – Die medizinische Leitlinie – ein Weiterbildungsinstrument mit Zukunft? In: Deutsche medizinische Wochenzeitschrift, Vol.: 123, 643-647.

Capell, E. (1997), Probleme bei der Bestimmung des Pflegebedarfes im Pflegeversicherungsgesetz. In: Pflege & Gesellschaft, 2. Jg., 2, 1-3.

Cash, K. (1995), Benner and expertise in nursing: a critique. In: International Journal Nursing Studies, Vol.: 32, 6, 527-534.

Catel, W. (1979), Medizin und Intuition. Versuch einer Analyse. Georg Thieme: Stuttgart.

Chinn, P.; Kramer, M. K. (1996), Pflegetheorie – Konzepte-Kontext-Kritik. Ullstein Mosby: Berlin, Wiesbaden.

Cioffi, J. (1997), Heuristics, servants to intuition, in clinical decision-making. In: Journal of Advanced Nursing, 26. Jg., 1, 203-207.

Ciompi, L. (1997), Die emotionalen Grundlagen des Denkens – Entwurf einer fraktalen Affektlogik. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen.

Closs, S. J.; Cheater, F., M. (1999), Evidence for nursing practice: a clarification of the issues. In: Journal of Advanced Nursing, Vol.: 30, 07, 762-773.

Damasio, A. R. (1997), Descartes' Irrtum – Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn. Deutscher Taschenbuch Verlag: München.

Darbyshire, P. (1994), Skilled expert practice: is it ‚all in the Mind'? A response to English's critique of Benner's novice to expert model. In: Journal of Advanced Nursing, 19, 755-761.

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin & Berufsverband Deutscher Internisten: (1999), Internist 2000. Thieme: Bonn.

Diehl, V. (1999), Medizin und Wissenschaft: Herausforderungen an den Arzt. In: Der Internist, Vol.: 40, 6,153-159 .

Dietrich, H. (1977), Über Intuition und Imagination in der psychiatrischen Diagnostik. In: Münchner medizinische Wochenschrift, Vol.: 119, 50, 1611-1614.

Dornheim, J.; van Maanen, H.; Meyer, J. A.; Remmers, H.; Schöninger, U.; Schwerdt, R.; Wittneben, K. (1999), Pflegewissenschaft als Praxiswissenschaft und Handlungswissenschaft. In: Pflege & Gesellschaft, 4. Jg., 4, 73-79.

Dreyfus, H. L.; Dreyfus, S. E. (1987), Künstliche Intelligenz – Von den Grenzen der Denkmaschine und dem Wert der Intuition. Rohwolt Taschenbuch: Reinbek.

Dresske, S. (2001), Kooperation und Aushandlungen in der ambulanten Pflege. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 9. Jg., 1: 68-84 In: Friesacher, H. (2008), Theorie und Praxis pflegerischen Handelns. Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft. V&R unipress, Universitätsverlag: Osnabrück.

Easen, P.; Wilcockson, J. (1996), Intuition and rational decision-making in professional thinking: a false dichotomy? In: Journal of Advanced Nursing, 24, 667-673.

Eggenberger, D. (1998), Grundlagen und Aspekte einer pädagogischen Intuitionstheorie: Die Bedeutung der Intuition für das Ausüben pädagogischer Tätigkeiten. Haupt: Bern, Stuttgart, Wien.

Elsbernd, A. (2000), Pflegesituationen – Erlebnisorientierte Situationsforschung in der Pflege. Hans Huber: Bern.

English, I. (1993), Intuition as a function of the expert nurse: a critique of Benner's novice to expert model. In: Journal of Advanced Nursing, Vol.:18., 3, 387-393.

Estabrooks, C., A. (1999), Will Evidence-Based Nursing Practice Make Practice Perfect? In: Canadian Journal of Nursing Research, Vol.: 4, 30, 273-294.

Evers, G.C.M. (1997), Theorien und Prinzipien der Pflegekunde. 1.Auflage, Ullstein Mosby: Berlin/Wiesbaden.

Fawcett, J. (1996), Pflegemodelle im Überblick. Hans Huber: Bern.

Fleischer, G. M. (1999), Intuition in der Medizin und Chirurgie. Voraussetzungen und Grenzen. In: Zentralblatt für Chirurgie, Vol.: 124 Suppl. 3, 42-47.

Flick, U. (2002), Qualität qualitativer Gesundheits- und Pflegeforschung – Diskussionsstand und Perspektiven. In Schaeffer, D.; Müller-Mundt, G.: Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung. Hans Huber: Bern.

Flick, U. (2007), Triangulation in der qualitativen Forschung. In: Flick, U.; v. Kardoff, E.; Steinke, I: Qualitative Forschung-Ein Handbuch. Rowohlt: Reinbek, 309-319.

Frege, G. (1976), Historisches Wörterbuch der Philosophie. Band 4 Schwabe & Co: Basel/Stuttgart.

Freud, S. (1912), Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung. In Zbl. Psychoanal.; Bd. 2, 483-489; G.W. Bd. 8, 375-387.

Friesacher, H. (2000), Notwendigkeit, Chancen oder Risiko: Einsatz von Pflegediagnosen im Krankenhaus. In: Pflegediagnosen – Eine Chance Pflegeprobleme zu definieren und zu beschreiben oder ein umstrittener aktueller Trend? – Dokumentation einer Tagung des Norddeutschen Zentrums zur Weiterentwicklung der Pflege.; Hg: Norddeutsches Zentrum zur Weiterentwicklung der Pflege, 05.

Friesacher, H. (2001), Ahnung, Intuition und implizites Wissen als konstitutive Bestandteile pflegerischen Erkennens und Handelns. In: intensiv, 9. Jg. 164-167.

Friesacher, H. (2008), Theorie und Praxis pflegerischen Handelns. Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft. V&R unipress, Universitätsverlag: Osnabrück.

Frömming-Ohmke, R. (2000), Kompetenz in der Psychosomatik – Erwartungen an einen jungen Beruf. In: Die Schwester/Der Pfleger, 39. Jg., 3, 191-241.

Gastinger, I. (1999), Intuition und chirurgische Aufgabenstellung. In: Zentralblatt für Chirurgie, Vol.: 124, 48-49.

Gautier-Caspari, S. (1994), Der dritte Schwan. In: Zeitschrift für Transaktionsanalyse. (3-4), 173-186.

Geser, H. (1998), Wissensstrukturen und Berufsstrukturen im gesellschaftlichen Wandel. Der funktional-morphologische Ansatz als neuer Zugang zur Soziologie der Arbeitswelt. Unter: Online Publications; Sociology of Work and Organization.

Goldberg, P. (1988), Der zündende Funke – Die Kraft der Intuition. Rowohlt: Reinbek.

Goldberg, P. (1995), Die Kraft der Intuition. Bindlach Gondrom.

Gordijn, B. (2000), Ethische Diskussionen im Team – Nimweger Modell der multidisziplinären ethischen Fallbesprechung. In: Die Schwester/Der Pfleger, 39. Jg., 2, 114-117.

Grawe, K. (1982), Soll psychotherapeutische Praxis für die Wissenschaft tabu bleiben? Psychologische Rundschau, 33,127-135.

Greenson, R. (1975), Technik und Praxis der Psychoanalyse. Band 1, Klett: Stuttgart.

Gross, R. (1992), Erfahrung, Intuition, diskursives Denken und künstliche Intelligenz als Grundlage ärztlicher Entscheidungsfindung. Sitzungsberichte der Heidelberger Akademie der Wissenschaften. Springer: Berlin, Heidelberg, New York, 3. Abhandlung, 219-311.

Haller, D. (2000), Grounded Theory in der Pflegeforschung – Professionelles Handeln unter der Lupe. Hans Huber: Bern.

Hänsel, M. (2002), Intuition als Beratungskompetenz in Organisationen. Dissertationsschrift im Begutachtungsverfahren an der Universität Heidelberg. unter www.ub.uni-heidelberg.de/archiv/3788

Hartel, W. (1999), Erfahrung und Intuition in der Chirurgie. In: Zentralblatt für Chirurgie, Vol.: 124, Suppl. 3, 53-54.

Hartmann, F. (1990), Intuition am Krankenbett. In: Medizinische Klinik Nr. 7, Vol.: 85, 7, 448-453.

Hauschildt, J. (1998), Diagnosegeleitete Förderung – ein wirklichkeitsorientiertes pädagogisches (Unterrichts)-Konzept? Ein Plädoyer für pädagogische Orientierung an der Wirklichkeit des Kindes. In: Sonderpädagogik, 28. Jg., 2, 84-92.

Heinemann-Knoch, M. (1997), Stärkung der Position der Hilfe- und Pflegebedürftigen – Definitionsmacht der Betroffenen? In: Braun, U.; Schmitd, R.: Entwicklung einer lebensweltlichen Pflegekultur. Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V. Transfer: Regensburg, 143-154.

Heise, H. (1999), Intuition und Psychiatrie. In: Ausfeld-Hafter, B. (Hg): Intuition in der Medizin. Grundfragen zur Erkenntnisgewinnung. Peter Lang AG: Bern.

Held, K. (1995), Edmund Husserl. In: Klassiker der Philosophie Band II – Von Immanuel Kant bis Jean-Paul Sartre. C.H. Beck: München.

Hellige, B. (2002), Balanceakt Multiple Sklerose – Leben und Pflege bei chronischer Krankheit. Kohlhammer: Stuttgart.

Helme, M. (1995), Ludwig Wittgenstein. In: Klassiker der Philosophie Band II – Von Immanuel Kant bis Jean-Paul Sartre. C.H. Beck: München.

Hempel, K. (1999), Ärztlich-chirurgische Intuition und Berufspolitik. In: Zentralblatt für Chirurgie, Vol.: 124, 39-41.

Herfarth, Ch. (1999), Intuition und Forschung. In: Zentralblatt für Chirurgie, Vol.: 124 Suppl 3, 64-66.

Hermanns, H. (2007), Interviewen als Tätigkeit. In: Flick, U.; v. Kardoff, E.; Steinke, I: Qualitative Forschung-Ein Handbuch. Rowohlt: Reinbek, 360-369.

Heusser, P. (1999), Intuition: Die innere Basis von Wissenschaft und Ethik. Anthroposophische und konventionelle Medizin. In: Ausfeld-Hafter, B. (Hg): Intuition in der Medizin. Grundfragen zur Erkenntnisgewinnung. Peter Lang AG: Bern.

Hildenbrand, B. (2007), Anselm Strauss. In: Flick, U.; v. Kardoff, E.; Steinke, I: Qualitative Forschung-Ein Handbuch. Rowohlt: Reinbek, 32-42.

Hirschberger, J. (1991), Geschichte der Philosophie. Band II: Neuzeit und Gegenwart. Herder: Freiburg im Breisgau.

Hopf, C. (2007), Qualitative Interviews – ein Überblick. In: Flick, U.; v. Kardoff, E.; Steinke, I: Qualitative Forschung-Ein Handbuch. Rowohlt: Reinbek.

Horrocks, S. (2000), Hunting for Heidegger: questioning the sources in the Benner/Cash debate. In: International Journal of Nursing Studies, 37, 237-243.

Hügli, A.; Lübcke, P. (1997), Philosophie-Lexikon. Personen und Begriffe der abendländischen Philosophie von der Antike bis zur Gegenwart. Rowohlt: Reinbek.

Hundenborn, G. (1998), Zur Entwicklung von Pflegewissenschaft und Pflegeforschung. In: Die Bedeutung der Pflegewissenschaft für die Professionalisierung der Pflege. Dokumentation einer Fachtagung. Gesellschaft zur Förderung der Pflegewissenschaft NRW e.V. (Hg), Bielefeld,15-22.

Imbach, R. (1994), Wilhelm von Ockham. In: Klassiker der Philosophie Band I – Von den Vorsokratikern bis David Hume. C.H. Beck: München.

Ineichen, H. (1995), Wilhelm Dilthey. In: Klassiker der Philosophie Band II – Von Immanuel Kant bis Jean-Paul Sartre. C.H. Beck: München.

Isfort, M.; Weidner, F.; Messner, T; Zinn, T. (2004), Pflege-Thermometer 2004. Dip Köln Bermuthshain.

Jacavone, J.; Dostal, M. (1992), A descriptive study of nursing judgment in the assessment and management of cardiac pain. In: Advanced in Nursing Science, 15. Jg., 1, 54-63.

Jahncke, Ä.-D.; Schneider, A. (2000), Entwicklung eines Instrumentes zur Einschätzung von Pflegebedarf im Rahmen des Pflegeprozesses, orientiert an der Pflegetheorie von Patricia Benner und Judith Wrubel. Erschienen: Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg, Department Wirtschaft & Soziales, Bibliothek Diplomarbeit.

Jahncke-Latteck, Ä.-D.; Weber, P. (2008), Situationsdeutung, Lebensweltorientierung und Normalität im Mittelpunkt professionellen ambulanten Pflegehandelns. In: Printernet, 3, 140-147.

Jansen, B. (1997), Lebensweltorientierung und Häuslichkeit. In: Braun, U.; Schmitd, R.: Entwicklung einer lebensweltlichen Pflegekultur. Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V. Transfer: Regensburg, 81-100.

Jasper, M. A. (1994), Expert: a discussion of the implications of the concept as used in nursing. In: Journal of Advanced Nursing, Vol.: 20, 769-776.

Jung, C. G. (1972), Typologie. Walter-Verlag AG: Olten.

Jung, M; Rzany, B. (2002), Evidenzbasierte Medizin in der Dermatologie. In: Akt Dermatol Vol.: 28, 4, 118-122.

Kahneman, D.; Tversky, A. (1972), Subjective probability: a judgement of representativeness. In: Cognitive Psychology, 3, 430-454.

Käppeli, S. (1998), Standortbestimmung von Pflegewissenschaft und Pflegeforschung im deutschsprachigen Raum unter Berücksichtigung der internationalen Entwicklung. In: Die Bedeutung der Pflegewissenschaft für die Professionalisierung der Pflege. Dokumentation einer Fachtagung. Gesellschaft zur Förderung der Pflegewissenschaft NRW e.V. (Hg), Bielefeld, 29-42.

Käppeli, S. (1999), Was für eine Wissenschaft braucht die Pflege? In: Pflege, 12. Jg., 3, 153-157.

Kelle, U. (1994), Empirisch begründete Theoriebildung. Zur Logik und Methodologie interpretativer Sozialforschung. Deutscher Studienverlag: Weinheim.

Kesselring, A. (2000), Verantwortlich für das, was wir uns vertraut machen – Wege zur klinischen Entscheidungsfindung. In: Krankenpflege, 9, 20-23.

King, L.; Appleton, J. V. (1997), Intuition: a critical review of the research and rhetoric. In: Journal of Advanced Nursing, Vol.: 26,194-202.

Klie, T. (2001), Qualität in gemeinsamer Verantwortung? – Das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz zwischen reaktiver und gestaltender Pflegepolitik. In: Altenheim, 41. Jg., 1, 17-21.

Knelange, C.; Schieron, M. (2000), Beratung in der Pflege – als Aufgabe erkannt und professionell ausgeübt? In: Pflege & Gesellschaft, 5. Jg., 1, 4-11.

Koch-Straube, U. (2001), Beratung in der Pflege. Hans Huber: Bern.

König, H. (1996), Gleichschwebende Aufmerksamkeit, Modelle und Theorien im Erkenntnisprozess des Psychoanalytikers. In: Psyche, 04, 337-75.

Koring, B. (1989), Eine Theorie pädagogischen Handelns. Theoretische und empirisch-hermeneutische Untersuchungen zur Professionalisierung der Pädagogik. Deutscher Studienverlag: Weinheim.

Kowal, S.; O'Connell, D. C. (2007), Zur Transkription von Gesprächen. In: Flick, U.; v. Kardoff, E.; Steinke, I: Qualitative Forschung-Ein Handbuch. Rowohlt: Reinbek, 437-446.

Krause Jakob, M. (1993), Hilfesuchen im Versorgungsnetz aus Sicht der KlientInnen. In: Bergold, J.B.; Filsinger, D. (Hg): Vernetzung psychosozialer Dienste – Theorietische und empirische Studien über stadtteilbezogene Krisenintervention und ambulante Psychiatrie. Weinheim: München 183-205.

Kriz, J. (1997), Systemtheorie. Wien: Facultas – Universitätsverlag: Wien.

Kühne-Ponesch, S. (2000), Pflegearbeit, eine wissenschaftliche Herausforderung. Facultas – Universitätsverlag: Wien.

Kümmerle, F. (1990), Einfluss und Bedeutung der Erfahrung bei der Indikationsstellung und Operationsausführung. In: Langenbecks Archiv für Chirurgie, Suppl. II, 1291-1296.

Labhart, H. (1998), Diskursives Denken und Intuition in der medizinischen Forschung. In: Helvetica chirurgica acta, Vol.: 47, 6, 859-872.

Lamnek, S. (2005), Qualitative Sozialforschung. Beltz: Weinheim Basel.

Lamond, D.; Thompson, C. (2000), Intuition and Analysis in Decision Making and Choice. In: Journal of Nursing Scholarship, Vol.: 32, 4, 411-414.

Lampl-de Groot, J. (1967), Die Zusammenarbeit von Patient und Analytiker in der Psychoanalytischen Behandlung. Übertragung, Gegenübertragung, Einfühlung und Intuition. In: Psyche, 01-03, 73-83.

Lansel, M. (2001), Evidence-based Medicine: Segen ohne – oder mit – Grenzen? In: Schweizerische Ärztezeitung, Vol.: 31, 1677-1681.

LeVasseur, J. (1999), Toward an Understanding of Art in Nursing. In: Advances In Nursing Science, Vol.: 21, 4, 48-63.

LoBiondo-Wood, G.; Haber, J. (1996), Pflegeforschung – Methoden, kritische Einschätzung und Anwendung. Ullstein Mosby: Berlin Wiesbaden.

LoBiondo-Wood, G.; Haber, J. (2005), Pflegeforschung – Methoden, Bewertung, Anwendung. Urban und Fischer.

Lorenz, W. (1984), Der chirurgische Entscheidungsprozess. In: Langenbecks Archiv für Chirurgie, Vol.: 364, 403-405.

Lorenz, W.; Koller, M.; Rothmund, M. (1994), Entscheidung beim individuellen Patienten – Erfolg und Niederlage der Intuition. In: Der Chirurg, Vol.: 65, 4, 258-262.

Lorenz, W.; Schult, H.D.; Rothmund, M. (1990), Chirurgische Entscheidungsfindung: Wechselspiel zwischen Erfahrung und klinischer Studie. In: Langenbecks Archiv für Chirurgie, Suppl. II, 1283-1290.

Lüders, C. (2007), Beobachten im Feld und Ethnographie. In Flick, U.; v. Kardoff, E.; Steinke, I: Qualitative Forschung-Ein Handbuch. Rowohlt: Reinbek, 384-401.

Lueger, M. (2000), Grundlagen qualitativer Feldforschung: Methodologie, Organisierung, Materialanalyse. UTB: Wien.

Lutzeier, P. R. (1985), Linguistische Semantik. Metzlersche Verlagsbuchhandlung: Stuttgart.

Marbach, E. (1999), Zur Unterscheidung des intuitiven vom diskursiven Erkennen. In: Ausfeld-Hafter, B. (Hg): Intuition in der Medizin. Grundfragen zur Erkenntnisgewinnung. Peter Lang AG: Bern.

Maritz-Mosimann, M.; Winzenried, P. (1999), Ist Intuition lernbar? Intuition in der hausärztlichen Praxis. In: Ausfeld-Hafter, B. (Hg): Intuition in der Medizin. Grundfragen zur Erkenntnisgewinnung. Peter Lang AG: Bern.

Marriner-Tomey, A. (1992), Pflegetheoretikerinnen und ihr Werk. Recom: Basel.

Mathys, R. (1999), Intuition in der Pflege: Erklärung des Phänomens aus pflegewissenschaftlicher Sicht und Hinweise zur Förderung der intuitiven Kompetenz in der Praxis. In: Ausfeld-Hafter, B. (Hg.): Intuition in der Medizin – Grundfragen zur Erkenntnisgewinnung. Peter Lang AG, Europäischer Verlag der Wissenschaften: Bern.

Mayring, P.H. (1996), Exemplarische qualitative Ansätze und ihre Bedeutung für die Gesundheitsforschung. In Brähler, E.; Adler, C. (Hrsg.), Quantitative Einzelfallanalysen und qualitative Verfahren. Psychosozial: Gießen.

McCormack, B. (1993), Intuition: concept analysis and application to curriculum development. In: Journal of Advanced Nursing, Vol.: 2, 11-17.

McCutcheon, H.; Pincombe, J. (2001), Intuition: an important tool in the practice of nursing. Journal of Advanced Nursing, Vol.: 35, 5, 342-348.

Meleis, A. I. (1999), Pflegetheorie: Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege. Hans Huber: Bern.

Meretoja, R.; Eriksson, E.; Leino-Kilpi, H. (2002), Indicators for competent nursing practice. In: Journal of Nursing Management, Vol.: 10, 2, 95-102.

Merkens, H. (2007), Auswahlverfahren, Sampling, Fallkonstruktion. In: Flick, U.; v. Kardoff, E.; Steinke, I: Qualitative Forschung-Ein Handbuch. Rowohlt: Reinbek 286-298.

Mérö, L. (2002), Die Grenzen der Vernunft: Kognition, Intuition und komplexes Denken. Rowohlt: Reinbek.

Metcalfe, J.; Jacobs, W. J. (1998), Emotional memory: The effects of stress on „cool“ and „hot“ memory systems. The Psychology of Learning and Motivation, Vol.: 38, 187-222.

Meyer, J. A. (1997), Probleme der Pflegeleistungsbemessung in der ambulanten Pflege – Alternativen zum Leistungskomplexsystem. In: Pflege & Gesellschaft, 2.Jg., 2, 13-21.

Meyer, J. (1999), Tagungsbericht: Die Arbeit von Benner et al. – ein philosophisch-wissenschaftlicher Meilenstein? 4. bis 6. November in Heidelberg. In: Pflege & Gesellschaft, 4. Jg., 4, 95-96.

Miller, M. A.; Babcock, D. E. (2000), Kritisches Denken in der Pflege. Hg: Zegelin-Abt, A.; Wagner, F., Hans Huber: Bern.

Milligan, K. (2002), Aesthetic knowing and the use of arts in nursing. In: Beginning Journeys – A Collection of Work, Vol.: 7, 9-14.

Mittelstrass, J. (Hg.) (1984), Enzyklopädie Philosophie und Wissenschaftstheorie. Band 2. Mannheim/Wien/Zürich.

Moers, M. (1997), Schaeffer, D.; Steppe, H.: Pflegetheorien aus den USA – Relevanz für die deutsche Situation. In: Schaeffer, D.; Moers, M.; Steppe, H.; Meleis, A. (Hg.): Pflegetheorien – Beispiele aus den USA. Hans Huber: Bern.

Moers, M. (1998), Die Entwicklung professioneller Pflegepraxis als Aufgabe der Pflegewissenschaft. In: Pflege & Gesellschaft, 3. Jg., 4, 1-5.

Morgenthaler, H. (1979), Zur Psychologie der Intuition. W. Schneider Druckerei: Zürich.

Müller, E. (1998), Grundpflege und Behandlungspflege. Historische Wurzeln eines reformbedürftigen Pflegebegriffs. In: Pflege & Gesellschaft, 3. Jg., 2, 1-6.

Nager, F. (2000), Intuition: Brücke von der Heiltechnik zur Heilkunst. In: Schweizerische Rundschau für Medizin Praxis, Vol.: 89, 8, 329-335.

Nalčadžjan, A. A. (1975), Intuition im wissenschaftlichen Schöpfertum – Psychologische und philosophische Probleme der intuitiven Erkenntnis. Akademie: Berlin; VEB Druckerei „Gottfried Wilhelm Leibnitz“.

Neitzke, G. (1999), Zwischenruf! Ethik-Richtlinien als Moralitätsersatz. In: Pro Familia Magazin, Vol.: 2, 4-5.

Neuweg, H.-G. (1999), Könnerschaft und implizites Wissen – Zur lehr-lerntheoretischen Bedeutung der Erkenntnis- und Wissenstheorie Michael Polanyis. Waxmann: Münster.

Neuweg, H.-G. (2001), Könnerschaft und implizites Wissen – Zur lehr-lerntheoretischen Bedeutung der Erkenntnis- und Wissenstheorie Michael Polanyis. Waxmann: Münster.

Newton, J. (1999), Defining Nursing Knowledge: Students' Views. Faculty of Education, Monash University, Melbourne Australia, 09.

Nies, C., Celik, I., Lorenz, W., Koller, M., Plaul, U., Krack, W., Sitter, H., Rothmund, M. (2001), Outcome nach minimal-invasiver Chirurgie. Qualitative Analyse und Bewertung der klinischen Relevanz von Studienendpunkten durch Arzt und Patient. In: Der Chirurg, Vol.: 72, 19-29.

Paley, J. (1996), Intuition and expertise: comments on the Benner debate. In: Journal of Advanced Nursing, 23, 665-671.

Paterson, J.; Zderad, L. (1999), Humanistische Pflege. Hans Huber: Bern.

Perrig, W.; Wippich, W.; Perrig-Chiello, P. (2000), Unbewußte Informationsverarbeitung. Hans Huber: Bern.

Peters, K. (1975), Die Dialektik von Existenz und Extension. In: Peters, K.; Schmidt, W.; Holz, H.H.: Erkenntnisgewißheit und Deduktion. Zum Aufbau der philosophischen Systeme bei Descartes, Spinoza, Leibniz. Hermann Luchterhand: Darmstadt.

Petzold, H. (1998), Integrative Supervision, Meta – Consulting & Organisationsentwicklung. Jungfermann: Paderborn.

Pfleger, C. (2002), Die Didaktik des Fernunterrichts in Formalerschließung unter besonderer Berücksichtigung von Lernprogrammen. http://edoc.hu-berlin.de/dissertationen/pfleger-claudia-2002-06-24/HTML/

Pflug, G. (1995), Henri Bergson. In: Klassiker der Philosophie Band II – Von Immanuel Kant bis Jean-Paul Satre. C.H. Beck: München.

Piaget, J. (1986), Das moralische Urteil beim Kinde. Deutscher Taschenbuch Verlag: München.

Piechotta, G. (2000), Weiblich oder kompetent – Der Pflegeberuf im Spannungsfeld von Geschlecht, Bildung und gesellschaftlicher Anerkennung. Hans Huber: Bern.

Rauter, M (1999), Die Pflege der Wahrnehmung. In: Krankenpflege, 11, 14-18.

Reber, A. (1967), Implicit learning of artificial grammars. Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior, Vol.: 6, 317-327.

Reber, A. (1993), Implicit Learning and Tacit Knowledge. Oxford University Press: New York.

Reding, R. (1999), Die Rolle der Intuition bei ärztlichen Sorgfaltspflichtverletzungen. In: Zentralblatt für Chirurgie, Vol.: 124, 50-52.

Reik, T. (1976), Hören mit dem dritten Ohr. Hoffmann & Campe: Hamburg.

Reiter, L.; Steiner, E. (1988), Über holistisches Denken und Methodologie. Eine Übersicht. Springer: Berlin, 299-319.

Reiter, L.; Steiner, E. (1996), Psychotherapie und Wissenschaft. Beobachtungen einer Profession. In: Pritz, A. (Hg): Psychotherapie – eine neue Wissenschaft vom Menschen. Springer: Wien.

Remmers, H. (2000), Pflegerisches Handeln – Wissenschafts- und Ethikdiskurse zur Konturierung der Pflegewissenschaft. Hans Huber: Bern.

Rentrop, E. (1987), Über Intuition im therapeutischen Prozess. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse, Vol.: 33, 139-144.

Rew, L.; Barrow, E. M. (1987), Intuition: a neglected hallmark of nursing knowledge. In: Advances in Nursing Science, 10, 49-62.

Ritter, J.; Gründer, K. (1976), Historisches Wörterbuch der Philosophie. Band 4. Schwabe & Co: Basel/Stuttgart.

Robert-Bosch-Stiftung (1996), Pflegewissenschaft. Grundlagen für Lehre, Forschung und Praxis. Denkschrift. Materialien und Berichte 46, Bleicher.

Roloff, J. (2003), Demographischer Faktor-Wissen 3000. Hamburg: Europäische Verlagsanstalt / Sabine Groenewold.

Rolfe, G. (1998), Beyond Expertise: Theory, Practice and the Reflective Practitioner. In: Osterbrink, J. (Hg.): Erster internationaler Pflegetheorienkongreß Nürnberg. Hans Huber: Bern, 243-250.

Rosenbrock, R.; Gerlinger, T. (2004), Gesundheitspolitik. Hans Huber: Bern.

Roth, G. (1997), Das Gehirn und seine Wirklichkeit. Kognitive Neurobiologie und ihre philosophischen Konsequenzen. Suhrkamp: Frankfurt/Main.

Roth, G. (2001), Qualitätsmängel und Regelungsdefizite der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege – Nationale und internationale Forschungsergebnisse. Band 226, Kohlhammer: Stuttgart.

Rothgang, H. (2005), Demografischer Wandel und Pflege(ver)sicherung. In: Kerschbaum, J.; Schroeder, W.: Sozialstaat und demografischer Wandel – Herausforderungen für Arbeitsmarkt und Sozialversicherungen. Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage: Wiesbaden.

Rothgang, H. (2007), Unterschiedliche Gestaltungs- und Finanzierungskonzepte der Pflegeversicherung. Hans-Böckler-Stiftung 2007 unter www.boeckler.de, letzter Zugriff: 09.12.2008.

Ryle, G. (1969), Der Begriff des Geistes. Reclam: Stuttgart.

Sackett, D. L.; Rosenberg, W. M.; Gray, J. A.; Haynes, R. B.; Richardson, W. S. (1996), Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ, Vol.: 321, 71-72.

Schachtner, C.; Kesselring, A. (1997), Der Pflege eine Sprache verleihen. Interview mit Patricia Benner. In: Pflege, 10. Jg., 2, 67-71.

Schaeffer, D. (1998), Pflegewissenschaft in Deutschland. Zum Entwicklungsstand einer neuen wissenschaftlichen Disziplin. In: Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, 98-101.

Schaeffer, D. (1999), Entwicklungsstand und -herausforderungen der bundesdeutschen Pflegewissenschaft. In: Pflege, 12. Jg., 3, 141-152.

Schaeffer, D.; Ewers, M. (2000), Versorgung und Betreuung Scherkranker in der ambulanten Pflege – Ergebnisse einer Evaluationsstudie. In: Gesundheitswesen, Vol.: 62, 5, 264-270.

Schaeffer, D.; Müller-Mundt, G. (2002), Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung. Hans Huber: Bern.

Schaeffer; D.; Moers, M.: Steppe, H. (1997), Pflegetheorien. Beispiele aus den USA. Hans Huber: Bern.

Scheffer, T.; (2002), Das Beobachten als sozialwissenschaftliche Methode – Von den Grenzen der Beobachtbarkeit und ihrer methodischen Bearbeitung. In: Schaeffer, D.; Müller-Mundt, G. (2002), Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung. Hans Huber: Bern.

Schlick, M. (1918), Allgemeine Erkenntnislehre, Naturwissenschaftliche Monographien und Lehrbücher 1, Berlin.

Schmid, B.; Hipp, J.; Caspari, S. (1999), Intuition in der professionellen Begegnung. In: Zeitschrift für systemische Therapie, 17. Jg., 2, 101-110.

Schmidt, W. (1975), Intuition und Deduktion. Untersuchung zur Grundlegung der Philosophie bei Spinoza. In: Peters, K.; Schmidt, W.; Holz, H.H.: Erkenntnisge-

wißheit und Deduktion. Zum Aufbau der philosophischen Systeme bei Descartes, Spinoza, Leibniz. Hermann Luchterhand: Darmstadt.

Schnell, W.; Heinritz, C. (2006), Forschungsethik – Ein Grundlagen- und Arbeitsbuch für die Gesundheits- und Pflegewissenschaft. Hans Huber: Bern.

Schön, D. A. (1983), The Reflective Practitioner – How Professionals Think In Action. Basic Books, Inc., Publishers: New York.

Schraeder, B.; Fischer, D. (1997), Using intuitive knowledge in the neonatal intensiv care nursey. In: Holistic Nursing Practice, 1 (3), 45-51.

Schrems, B. (2003), Der Prozess des Diagnostizierens in der Pflege. Facultas: Wien.

Schreyögg, G.; Geiger, D. (2002), Kann implizites Wissen Wissen sein? Vorschläge zur Neuorientierung von Wissensmanagement. Freie Universität Berlin – Diskussionsbeiträge des Institutes für Management Neue Folge 14.

Schröck, R. (1998), Des Kaisers neue Kleider? In: Osterbrink, J. (Hg.): Erster internationaler Pflegetheorienkongreß – Nürnberg. Hans Huber: Bern.

Schwarz-Govaers, R. (2005), Subjektive Theorien als Basis von Wissen und Handeln. Ansätze zu einem handlungstheoretisch fundierten Pflegedidaktikmodell. Hans Huber: Bern.

Schweikart, R. (2003), Berufliches Erfahrungswissen in der Sozialen Arbeit – Eine vernachlässigte Seite von Fachlichkeit. In: Fabian, T.; Schweikart, R. (Hg.): Brennpunkte der Sozialen Arbeit. Lit: Münster.

Siering, U.; Staender, J.; Bergner, E. (2002), Leitfadenorientierte Interviews – eine geeignete Methode zur Ergründung der Handlungsrelevanz von Therapiestandards in der Kardiologie? In: Schaeffer, D.; Müller-Mundt, G.: Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung in Schaeffer, Müller-Mundt, Hans Huber: Bern.

Soeffner, H.-G. (2007), Sozialwissenschaftliche Hermeneutik. In: Flick, U.; v. Kardoff, E.; Steinke, I: Qualitative Forschung-Ein Handbuch. Rowohlt: Reinbek, 164-175.

Specht, R. (1994), Rene´ Descartes. In: Klassiker der Philosophie Band I – Von den Vorsokratikern bis David Hume. C.H. Beck: München.

Speich, R. (1997), Der diagnostische Prozess in der Inneren Medizin: Entscheidungsanalyse oder Intuition? In: Schweizerische Medizinische Wochenschrift, Vol.:127, 1263-1279.

Spranger, E. (1911), Phantasie und Weltanschauung. In Weltanschauung. Reichl: Berlin.

Springer, S. P.; Deutsch, G. (1987), Linkes Gehirn, rechtes Gehirn. Funktionelle Asymmetrien. Heidelberg.

Statistisches Bundesamt (2007a), Pflegestatistik 2005, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2007b), Pflegestatistik 2005, 3. Bericht: Ländervergleich – ambulante Pflege. Wiesbaden.

Steinke, I. (2007), Gütekriterien qualitativer Forschung. In Flick, U.; v. Kardoff, E.; Steinke, I: Qualitative Forschung-Ein Handbuch. Rowohlt: Reinbek, 319-331.

Stenzel, C; Birke, M.; Thätner, K.; Wittrock, M. (2000), Patientenübergabe am Bett – Von der intuitiven zur systematisch geplanten Einführung. In: Die Schwester/Der Pfleger, 39. Jg., 11, 940-943.

Stratmeyer, P. (2005), Gegenseitig inspirieren – Systembedingungen pflegerischen Handelns in der ambulanten Pflege. In: Nightingale, 1, 22-32

Strauss, A. L. (1998), Grundlagen qualitativer Sozialforschung – Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung. Fink: München.

Strauss, A. L.; Corbin, J. (1996), Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Beltz Psychologie Verlags Union: Weinheim.

Swap, W.; Leonard, D.; Shields, M.; Abrams, L. (2001), Using mentoring and storytelling to transfer knowledge in the workplace. In: Journal of Management Information Systems Vol.: 18, 95-114

Tacke, D. (2006), Schlagartig abgeschnitten – Aphasie: Verlust und Wiedererlangen der Kontrolle. Hans Huber: Bern.

Travelbee, J. (1997), Interpersonale Aspekte der Pflege. In: Schaeffer, D.; Moers, M.; Steppe, H.; Meleis, A. (Hg): Pflegetheorien-Beispiele aus den USA. Hans Huber: Bern.

Trenoweth, S. (2003), Practice perceiving risk in dangerous situations: risk of violence among mental health inpatients. In: Journal of Advanced Nursing, Vol.: 42, 3, 05, 278.

Troidl, H. (2000), Risikoanalyse in der Chirurgie. Eine Methode zur Steigerung von Effektivität und Effizienz – eine vernachlässigte Methode. In: Der Chirurg, Vol.: 71, 771-783.

Truman, P. (2003), Intuition and Practice. In: Nursing Standard, Vol.: 18, 07, 42-43.

Uhlmann, G. (1973), Kreativitätsforschung. Kiepenheuer & Witsch: Köln. Neue Wissenschaftliche Bibliothek 59 Psychologie.

van Maanen, H. (2002), Pflegearbeit – eine wissenschaftliche Herausforderung. In: Österreichische Pflegezeitschrift, 11, 20-25.

Vescovi, G. (1977), Das Intuitive im ärztlichen Beruf. Bemühungen um ein Thema der Arztwissenschaft. In: Therapie der Gegenwart, Vol.: 116, 12, 2225-2254.

Vollstedt, I. (1999), Dialogue in Heidelberg. The Work of Benner and Colleagues – a ‚philosphic-scientific' milestone? 4-6, Eigenverlag.

Vollstedt, I. (2001), „Pflegewissenschaft als Praxiswissenschaft und Handlungswissenschaft" von Jutta Dornheim und KollegInnen – Eine kritische Betrachtung. In: Pflege & Gesellschaft, 6. Jg., 1, 02, 8-17.

Volpert, W. (1980), Beiträge zur Psychologischen Handlungstheorie. Schriftenreihe zur Arbeitspsychologie Nr. 28, Hans Huber: Bern.

von Franz, M. L.; Hillmann, J. (1980), Zur Typologie C. G. Jungs. Die inferiore Fühlfunktion. Adolf Bonz: Fellbach-Oeffingen.

von Kampen, N.; Sanders, M. (2000), Einige kritische Anmerkungen zum Menschenbild in ausgewählten Pflegemodellen. In: Pflege & Gesellschaft, 5. Jg., 3, 61-66.

Wahl, D. (1991), Handeln unter Druck. Der weite Weg vom Wissen zum Handeln bei Lehrern, Hochschullehrern und Erwachsenenbildnern. Deutscher Studien Verlag: Weinheim. In Schwarz-Govaers, R. (2005), Subjektive Theorien als Basis von Wissen und Handeln. Ansätze zu einem handlungstheoretisch fundierten Pflegedidaktikmodell. Hans Huber: Bern.

Watson, J. (1996), Wissenschaft und menschliche Zuwendung. Hans Huber: Bern.

Weber, P. (1999), Der Studiengang „Pflege" – Grundsätze, Qualifikationsprofil, Lehrangebot. Fachhochschule Hamburg.

Weidner, F. (1995), Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege. Mabuse: Frankfurt am Main.

Wertheimer, M. (1964), Produktives Denken. Waldemar Kramer: Frankfurt am Main.

Westcott, M. R. (1968), Toward a Contemporary Psychology of Intuition. New York, Chicago, San Francisco: Holt, Rinehart & Winston.

Wigger, L. (1983), Handlungstheorie und Pädagogik. Eine systematisch-kritische Analyse des Handlungsbegriffs als pädagogischer Grundkategorie. Sankt Augustin: Richarz. In: Schwarz-Govaers, R. (2005), Subjektive Theorien als Basis von

Wissen und Handeln. Ansätze zu einem handlungstheoretisch fundierten Pflegedidaktikmodell. Hans Huber: Bern.

Wittgenstein, L. (1984), Philosophische Untersuchungen. (Original 1953). In: Suhrkamp Verlag (Hg.): Wittgenstein Werkausgabe Bd.1: Traktatus logicophilosophicus. Suhrkamp: Frankfurt am Main.

Wolff, H. (1999), Die Intuition der Chirurgie. In.: Zentralblatt für Chirurgie, Vol.: 124, 38.

Wolff, S. (2007), Wege ins Feld und ihre Varianten. In: Flick, U.; v. Kardoff, E.; Steinke, I: Qualitative Forschung-Ein Handbuch. Rowohlt: Reinbek, 334-349.

Wolner, E. (1982), Die Chirurgie als Handwerk, Kunst und Wissenschaft. In Wiener klinische Wochenschrift, Vol.: 94, 6, 140-145.

Wolters, P. (1998), Pflegewissenschaft: Gegenstände, Fragestellungen, Methoden, Zukunftsperspektiven. Zur Einführung der Pflegewissenschaft in Deutschland. In: Die Bedeutung der Pflegewissenschaft für die Professionalisierung der Pflege. Dokumentation einer Fachtagung. Hg: Gesellschaft zur Förderung der Pflegewissenschaft NRW e.V., Bielefeld, 55-72.

Zderad, L. (1997), Empathie in der Pflege. In: Schaeffer, D.; Moers, M.; Steppe, H.; Meleis, A. (Hg): Pflegetheorien – Beispiele aus den USA. Hans Huber: Bern.

Zeman, P. (1997), Häusliche Pflegearrangements. Interaktionsprobleme und Kooperationsprobleme von lebensweltlichen und professionellen Hilfesystemen. In: Braun, U.; Schmitd, R.: Entwicklung einer lebensweltlichen Pflegekultur. Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V. Transfer: Regensburg, 101-118.

Zeman, P. (2000), Alter(n) im Sozialstaat und die Mikropolitik der Pflege. Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V.; Bd. 9 Beiträge zur sozialen Gerontologie, Sozialpolitik und Versorgungsforschung; Transfer: Regensburg.

Zeman, P. (2002), Häusliches Pflegearrangement: Mikropolitik und Vertrauen. In Klie, T.: Das Pflegewesen und die Pflegebedürftigen. Analysen zu Wirkungen der Pflegeversicherung und ihren Reformbedarf. Mabuse: Frankfurt am Main, 153-174.

Zeuch, A. (2003), Training professioneller intuitiver Selbstregulation – Theorie, Empirie und Praxis. Dissertation zur Erlangung des akademisches Grades Doktor der Sozialwissenschaften in der Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften der Eberhard-Karls-Universität Tübingen, unter
www.ub.uni-tuebingen.de/dbt/volltexte/2003/885

Zeuch, A.; Hänsel, M. (2001), Landkarten der Intuition – Wissenschaftliche Modelle intuitiver Prozesse in verschiedenen Fachgebieten. unter www.professionelle-intuition.com/Landkarten_der_Intuition-Skript_2001.PDF, letzter Zugriff 20.01.09

Zühlke, H. (1999), Ist Intuition in der Chirurgie erlernbar? In: Zentralblatt für Chirurgie, Vol.: 124, 55-63.

Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die von mir vorgelegte Dissertation selbstständig und ohne unerlaubte Hilfe angefertigt, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen in jedem Einzelfall nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Andere Personen waren an der inhaltlich-materiellen Erstellung der vorliegenden Arbeit nicht beteiligt. Insbesondere habe ich hierfür nicht die entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- bzw. Beratungsdiensten (Promotionsberater oder anderer Personen) in Anspruch genommen. Niemand hat von mir unmittelbar oder mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher noch keinem Fachvertreter an einer anderen Fakultät oder Universität oder Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe. Die Arbeit wurde bisher weder im In- noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Die dem Verfahren zugrunde liegende Promotionsordnung der Universität Bremen für die Fachbereiche 7-12 vom 26.06.2000 ist mir bekannt.

Ich versichere an Eides statt, dass ich nach bestem Wissen die reine Wahrheit gesagt und nichts verschwiegen habe.

Hamburg, 5. November 2009

Änne-Dörte Jahncke-Latteck