

André Posenau

Analyse der Kommunikation
zwischen dementen Bewohnern
und dem Pflegepersonal während der
Morgenpflege im Altenheim

Empirische Kommunikationsforschung
im Gesundheitswesen (EKiG) Band 1

Verlag für Gesprächsforschung

Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung 2014
<http://www.verlag-gespraechsforschung.de>
ISBN 978 - 3 - 936656 - 59 - 6

Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Philosophie in der Fakultät für Philologie der Ruhr-Universität Bochum vorgelegt von André Posenau

Alle Rechte vorbehalten.

© Verlag für Gesprächsforschung, Dr. Martin Hartung, Mannheim 2014

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtgesetzes ist ohne
Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für
Vervielfältigung, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und
Verarbeitung in elektronischen Systemen.

... für meine Frau Jessica Posenau ...

Danksagung

Hätte ich diese Arbeit ganz allein im stillen Kämmerlein schreiben müssen, wäre sie niemals zustande gekommen. Auch wenn mein Name auf dem Deckblatt steht, haben verschiedene Menschen zur Entstehung dieser Gedanken in den unterschiedlichen Phasen maßgeblich beigetragen. Ihnen möchte ich auf diesem Weg für ihre Unterstützung danken.

Zuallerst möchte ich von Herzen allen Bewohnern, Angehörigen, Pflegekräften und den Leitungen der beiden Altenheime, in denen ich meine Daten erhoben habe, für die Möglichkeit dazu danken. Ohne ihr Engagement und ihre Offenheit für das Thema hätte ich diese Studie niemals durchführen können.

Danken möchte ich auch meinen beiden Betreuern, Professor Dr. Wolfgang Boettcher und Professor Dr. Klaus-Peter Wegera, für die Begleitung dieser Arbeit. Ihre immer konstruktiven wissenschaftlichen und persönlichen Ratschläge habe ich während meiner Promotion sehr zu schätzen gewusst.

Ein zwölfbändiges Werk würde nicht ausreichen, um das auszudrücken, was ich meinen Eltern Alfred und Roswitha Posenau verdanke. Ihr habt mich in meinem Bestreben, zu studieren und zu promovieren, immer bedingungslos unterstützt, und von euch habe ich so vieles gelernt, was nicht in Büchern steht und mir trotzdem in jeder Lebenslage weiterhilft.

Und schließlich möchte ich meiner Frau Jessica Posenau danken. Ich kann die Dankbarkeit für deine Unterstützung, besonders in der Phase des Schreibens dieser Arbeit, nicht in Worte fassen. Du bist zwar nicht der Grund, warum ich diese Arbeit begonnen habe, aber ganz gewiss der Grund, warum ich es geschafft habe, sie zu beenden.

Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG	5
2. DEMENZ.....	10
2.1 WAS IST DEMENZ?	10
2.2 PHASEN EINER DEMENZERKRANKUNG	14
2.2.1 Das Vorstadium.....	14
2.2.2 Das Frühstadium	14
2.2.3 Das mittlere Stadium	16
2.2.4 Das späte Stadium.....	17
2.3 ZUSAMMENFASSUNG.....	18
3. DIE INSTITUTION ALTENPFLEGEHEIM.....	19
3.1 RAHMENBEDINGUNGEN DER KOMMUNIKATION IM PFLEGEHEIM	19
3.2 DIE INTERAKTANTEN	24
3.2.1 Pflegekräfte	25
3.2.2 Die Bewohner	27
3.3 DIE SOZIALEN KONTEXTFAKTOREN DER INTERAKTANTEN	29
3.4 ZUSAMMENFASSUNG.....	30
4. DIE KOMMUNIKATION ZWISCHEN DEM PFLEGEPERSONAL UND DEMENTEN ALS UNTERSUCHUNGSGEGENSTAND	32
4.1 ÄUßERE EIGENSCHAFTEN DES GESPRÄCHS.....	33
4.2 ZIELE UND ABLAUF DER KOMMUNIKATION WÄHREND DER MORGENPFLEGE	35
4.3 KOMMUNIKATIVE STRATEGIEN DES PFLEGEPERSONALS	36
4.3.1 Strategien der Verständnissicherung.....	36
4.3.2 Gesichtsschonende Strategien.....	42
4.3.3 Gesichtsbedrohende Strategien	47
4.3.4. Secondary Baby Talk	49
4.4 KOMMUNIKATION IM ALTENHEIM MIT DEMENTEN BEWOHNERN	53
4.5 ZUSAMMENFASSUNG DER BISHERIGEN ERGEBNISSE	55
5. METHODISCHES VORGEHEN UND FORSCHUNGSDESIGN.....	56
5.1 METHODOLOGISCHE ÜBERLEGUNGEN	56
5.2 ERHEBUNGSDESIGN UND VERHALTEN IM FELD	58
5.3 ERÖRTERUNGEN ZUM ERHEBUNGSDESIGN	61
5.4 DIE DATENGRUNDLAGE	63
5.5 JURISTISCHE UND ETHISCHE ASPEKTE DER UNTERSUCHUNG.....	63

6. EMPIRISCHE ANALYSE.....	66
6.1 ADRESSIERUNGSSYSTEM WÄHREND DER MORGENPFLEGE.....	66
6.1.1 Adressierung mit nominaler und pronominaler Referenz.....	67
6.1.2 Adressierung mit wir.....	68
6.1.3 Adressierung durch wir als grammatisches Subjekt.....	69
6.1.4 Adressierung mit ambivalenten Formen (1)	70
6.1.5 Adressierung mit ambivalenten Formen (2)	70
6.1.6 Adressierung mit du.....	71
6.1.7 Adressierung mit dem Vornamen.....	72
6.1.8 Adressierung mit einer Charakterisierung.....	73
6.1.9 Adressierung in einer Fremdsprache und mit sozialen Kategorien	74
6.1.10 Adressierung des Pflegepersonals untereinander.....	75
6.2 CHARAKTERISTIKA DER ERÖFFNUNGSPHASE	77
6.2.1 Typisches Begrüßungsverfahren mit Mehrfachadressierung.....	78
6.2.2 Wiederholung des typischen Begrüßungsverfahrens.....	79
6.2.3 Begrüßungsverfahren durch Charakterisierung.....	80
6.2.4 Typisches Begrüßungsverfahren mit direkter Aufforderung.....	81
6.2.5 Eröffnungsphase ohne verbale Begrüßung	82
6.2.7 Fragen nach den Wünschen der Bewohner.....	85
6.2.9 Zusammenfassung.....	87
6.3 CHARAKTERISTIKA DER KERNPHASE	88
6.3.1 Handlungseinleitende Verfahren	89
6.3.1.1 Gliederungspartikeln und Aufforderungen	89
6.3.1.2 Ankündigung einer Handlung.....	90
6.3.1.3 Ankündigung und Begründung	91
6.3.1.4 Anleitung zur eigenen Aktivität	91
6.3.1.5 Explizite Benennung der aktuellen Position im Pflegegeschehen	92
6.3.1.6 Überblick mit Perspektive.....	93
6.3.1.7 Einholen einer Erlaubnis	94
6.3.1.8 Anbieten von Hilfe	95
6.3.2 Handlungsbegleitende Verfahren	96
6.3.2.1 Bewohnerbewegungen	96
6.3.2.2 Fokussierung bestimmter Körperstellen.....	98
6.3.2.4 Bremsen der Bewohneraktivität	100
6.3.3 Handlungsabschließende Verfahren	101
6.3.4 Zusammenfassung.....	101
6.4 CHARAKTERISTIKA DER BEENDIGUNGSPHASE	102
6.4.1 „Wir sind jetzt fertig“	103

6.4.2 Lob und pflegeferne Themen	103
6.4.3 Erteilung einer Erlaubnis.....	104
6.4.4 Fragen stellen.....	106
6.4.5 Resümee des Pflegegeschehens	107
6.4.6 Zusammenfassung	108
6.5 AUFFORDERUNGSVERFAHREN	108
6.5.1 Aufforderungen mit höflicher pronominaler Adressierung.....	109
6.5.2 Aufforderungen mit schön und höflicher Standard-Adressierung.....	110
6.5.3 Aufforderungen ohne verbale Adressierung.....	111
6.5.4 Aufforderungen in Kombination mit Begründung	112
6.5.5 Aufforderung als Angebot	113
6.5.6 Übertrieben höfliche Aufforderung.....	114
6.5.7 Aufforderung als gemeinsamer Versuch.....	115
6.5.8 Präsentation der Aufforderung als eigenen Wunsch.....	116
6.5.9 Aufforderungen durch Wiederholungen	117
6.5.10 Aufforderungen in Form von Fragen	118
6.5.11 Zusammenfassung	118
6.6 GESPRÄCHSTHEMEN UND GESPRÄCHSSTEUERUNG	119
6.6.1 Etablierung pflegeferner Themen.....	120
6.6.2 Gebrauch von tag questions	121
6.6.3 Reaktivierung von unverständlichen Beiträgen.....	123
6.6.4 Ignorieren der Beiträge der Bewohner	124
6.6.5 Dialogähnliche Monologe	125
6.6.6 Unterbrechung durch die Bewohner	126
6.6.7 Umgang mit inhaltlich realitätsfernen Beiträgen.....	127
6.6.8 Komplementieren von Adjazenzpaaren.....	128
6.6.9 Zusammenfassung	129
6.7 REDEN IN ANWESENHEIT DER BEWOHNER UND ÜBER DIESE	130
6.7.1 Identifikation in dyadischen Gesprächen	131
6.7.1.1 Referenz durch Personalpronomen	131
6.7.1.2 Referenz durch Demonstrativpronomen.....	132
6.7.1.3 Mehrere Adressierungen in einer Situation	133
6.7.1.4 Identifikation durch geschlechtsspezifische Referenz.....	134
6.7.2 Gesichtsbedrohendes Sprechen über Bewohner	135
6.7.3 Zusammenfassung	137
6.8. UMGANG MIT PFLEGESPEZIFISCHEN INTERAKTIONSPHÄNOMENEN.....	137
6.8.1 Umgang mit verbalisierter Angst	138

6.8.2 Umgang mit nonverbal signalisierter Angst.....	140
6.8.3 Umgang mit Schmerzen und dem Stuhlgangbedürfnis	141
6.8.4 Umgang mit kommunikativ nicht anschließenden Beiträgen	143
6.8.5 Umgang mit dem Wunsch, nach Hause zu fahren.....	144
6.8.6 Umgang mit zeitlicher Desorientierung.....	146
6.8.7 Umgang mit Selbstdenunzierung.....	147
6.8.8 Umgang mit Widerstand	148
6.8.9 Umgang mit Mitarbeit	151
6.8.10 Zusammenfassung	152
6.9. LEXEMWAHL UND KOMPLEXITÄT DER ÄUßERUNGEN.....	153
6.9.1 Komplexität der Äußerungen	154
6.9.2 Lexemwahl	155
6.9.3 Zusammenfassung.....	156
6.10 SECONDARY BABY TALK	157
6.11 ZUSAMMENFASSUNG DER ANALYSE.....	160
7. AUSBLICK.....	166
8. BIBLIOGRAPHIE	168
9. ANHANG	177
9.1 TRANSKRIPTIONSKONVENTIONEN.....	177
9.2 TRANSKRIPTBEISPIEL: KMD 005	179

1. Einleitung

Unsere Gesellschaft hat ein Problem: Die Menschen werden im Durchschnitt immer älter. Das ist für sich genommen eigentlich eine positive Entwicklung. Leider bringt hohes Alter für einen nicht zu vernachlässigen Anteil der Gesellschaft jedoch auch massive Beeinträchtigungen mit sich. Denn damit steigt auch die Wahrscheinlichkeit, an Demenz zu erkranken, die nach dem derzeitigen Wissensstand eng mit dem biologischen Alter verknüpft ist.

In Deutschland leben heute rund 1,3 Millionen Menschen mit Demenz. Bis zum Jahr 2050 wird sich diese Zahl Schätzungen zufolge verdoppeln. Bis dahin werden aber im Vergleich zu heute deutlich weniger Jüngere da sein. Damit fehlen nicht nur Einzahler in die Sozialsysteme, sondern auch professionelle Pflegekräfte sowie Söhne, Töchter oder Schwiegerkinder, die sich um die Erkrankten kümmern können. (Berlin-Institut 2011, 14)

Die gesundheitlichen Auswirkungen einer Demenz sind bekannt. Die Betroffenen weisen hohe Defizite in den kognitiven und sozialen Fähigkeiten auf und haben massive Probleme, neue Informationen im Gehirn zu speichern. Auch die sprachlichen Fähigkeiten verschlechtern sich mit der Progression der Krankheit, was sich darin äußert, dass die Betroffenen oft völlig verstummen oder dass ihre Gesprächsbeiträge für die Gesprächspartner meist schwer zu interpretieren sind. Häufig werden Personen aus dem Umfeld, auch nahe Angehörige falsch identifiziert (z. B. wird die Tochter für den Ehemann gehalten), oder bestimmte Äußerungen oder Gesprächszüge werden häufig wiederholt (z. B. mehrfache Begrüßung innerhalb einer Interaktion). Mit der zunehmenden Desorientierung im Verlauf der Demenz wird in vielen Fällen verbale Kommunikation unmöglich. Dies ist der zentrale Ausgangspunkt dieser Arbeit, da die Kommunikation mit Dementen im deutschsprachigen Raum bisher kaum empirisch untersucht wurde. Wie mit diesen kommunikativen Einschränkungen umgegangen wird ist weitestgehend unerforscht.

Ein eigenständiges Leben ist mit einer Demenz nicht mehr möglich, die Betroffenen sind somit auf permanente Betreuung angewiesen. Diese wird derzeit noch größtenteils von Angehörigen geleistet. Da jedoch die Zahl der Demenzerkrankungen in absehbarer Zukunft massiv ansteigen wird, wird auch die professionelle Betreuung der betroffenen Menschen in Pflegeheimen zunehmen. Angesichts dieser Entwicklung ist es meines Erachtens besonders not-

wendig, sich auch aus sprachwissenschaftlicher Perspektive empirisch fundiert mit der Kommunikationssituation dementer Menschen in ihrem Alltag auseinanderzusetzen. Nur so können auf einer sicheren Grundlage Strategien entwickelt werden, um trotz der Krankheit mit den Betroffenen angemessen und reflektiert kommunizieren zu können.

Da das Endstadium der Krankheit in den meisten Fällen erfordert, die Betroffenen in einer Pflegeinstitution unterzubringen, ist eine zentrale Bezugsgruppe für demente Menschen das Pflegepersonal in Alten- und Pflegeheimen. Eine typische Situation, in der diese beiden Gruppen miteinander kommunizieren, ist die tägliche Morgenpflege. Zu diesem Untersuchungsgegenstand gibt es bisher in Deutschland nur eine ausführliche Studie von Sachweh (2000), die empirisch fundiert die Pflegeinteraktionen im Altenheim abbildet.

Genau an dieser Stelle setzt die vorliegende Arbeit an, indem sie das kommunikative Geschehen in diesem Pflegesetting speziell mit dementen Bewohnern empirisch beleuchtet. Dabei geht sie folgender Frage nach: Wie, also mit welchen interaktiven Praktiken, kommunizieren die Pflegekräfte in Altenheimen während der Morgenpflege mit den dementen Bewohnern, und wie gehen sie interaktiv mit pflegespezifischen Interaktionsphänomenen um? Dabei berücksichtigt die Analyse natürlich alle Interaktionsereignisse, auch die der Dementen, der Fokus liegt jedoch auf den kommunikativen Verfahren des Pflegepersonals. Das Ziel dieser Untersuchung ist es eine empirische Grundlage zu schaffen, um die kommunikative Ausbildung von Pflegekräften besonders im Hinblick auf diese spezielle Situation zu optimieren.

Es handelt sich also nicht um eine Analyse der Kommunikation von dementen Menschen mit ihren Eigenheiten; vielmehr wird untersucht, in welcher Art und Weise mit Dementen gesprochen wird. Insofern werden andere Gesprächssettings, in denen Demente kommunizieren, z. B. mit Angehörigen, mit Ärzten oder untereinander, hier nicht betrachtet.

Um die Forschungsfrage zu bearbeiten, habe ich in zwei Altenheimen in Gelsenkirchen Daten erhoben, um das kommunikative Verhalten von Pflegekräften in Pflegeinteraktionen mit demenzkranken Bewohnern zu analysieren. Das Korpus, das dieser Arbeit zugrunde liegt, besteht aus Audio-Aufnahmen von 25 vollständigen Morgenpflegeinteraktionen. Es beinhaltet Interaktionen mit 16 verschiedenen dementen Bewohnern und 12 Pflegekräften. Das Gesamtkorpus

hat einen Umfang von 548 Minuten und wurde komplett mit den GAT-2-Basistranskriptionskonventionen transkribiert.

Die Daten werden nach dem Ansatz der qualitativ ausgerichteten Gesprächsanalyse untersucht; auf eine quantitative Auswertung wurde verzichtet. Diese Methode ist meines Erachtens am besten geeignet, die kommunikative Leistung der Interaktanten präzise zu erfassen und zu analysieren sowie die Funktionen der einzelnen im jeweiligen interaktiven Kontext herauszuarbeiten und das weitgehend unerforschte Feld zu explorieren. Entsprechend verzichte ich darauf, im Vorfeld Hypothesen über mögliche kommunikative Praktiken im Feld aufzustellen; diese werden vielmehr anhand des Materials entwickelt. Es geht hier nicht darum, bereits vorliegende Ergebnisse zu überprüfen – die es zu diesem Bereich ohnehin kaum gibt –, sondern darum, speziell die Kommunikationszusammenhänge mit dementen Bewohnern zu erfassen, um Ansatzpunkte für weitere, vertiefende Studien zu gewinnen.

Gegenstand der Untersuchung ist dementsprechend immer der vollständig transkribierte Gesprächsprozess mit all seinen unterschiedlichen „Wirklichkeitsbezügen“ (Deppermann 2008, 9f.). Dabei lässt sich auf unterschiedlichen Ebenen betrachten, nach welchen Prinzipien die Interaktanten ihre je aktuelle Realität konstituieren und aushandeln. Diese Frage ist in der Interaktion zwischen dementen Bewohnern und Pflegekräften insofern besonders interessant, als die kognitiven Fähigkeiten der Bewohner durch die Erkrankung so eingeschränkt sind, dass sie zu einer aktiven Aushandlung auf verbaler Ebene in vielen Fällen gar nicht mehr in der Lage sind. Das Ziel, das mit dieser Methode verfolgt wird, ist, Gesprächspraktiken aufzuzeigen, mit denen die Pflegekräfte die Pflegeinteraktion kommunikativ bearbeiten.

Bei der Beantwortung der Forschungsfrage gehe ich wie folgt vor: Zunächst erläutere ich, was eine Demenz aus medizinischer Perspektive bedeutet und wie sich diese Krankheit auf die kognitiven und vor allem die kommunikativen Fähigkeiten der Betroffenen auswirkt (Kapitel 2). Dazu skizziere ich anhand der häufigsten Demenzform, der Alzheimer-Demenz, wie die Krankheit verläuft und wie sie in den unterschiedlichen Phasen sichtbar wird und sich auswirkt, um nachvollziehbar zu machen, was es in kognitiver Hinsicht bedeutet, wenn ein Mensch an einer Demenz erkrankt ist. Anschließend gehe ich auf die Institution Altenheim ein, die für die Betroffenen am Ende ihrer Krankheit in Zukunft immer

häufiger zur Wohnrealität werden wird (Kapitel 3). Hier werden zunächst die Merkmale der speziellen Wohnform aufgezeigt und anschließend die Beziehungsdimensionen zwischen Bewohnern und Pflegepersonal aus institutioneller Sicht beleuchtet. Diese Informationen zum allgemeinen Kontext der Interaktionen sollen die Nachvollziehbarkeit der Analyse erhöhen. Das nächste Kapitel gibt einen Überblick über die bisherige Forschung zur Kommunikation mit demenzten Bewohnern im Pflegeheim im deutschsprachigen Raum (Kapitel 4). Ich referiere hier vor allem auf die Ergebnisse der Arbeit von Sachweh (2000); dies ist nach meinem Kenntnisstand bisher die einzige Studie im deutschsprachigen Raum, die die Kommunikation im Altenheim mit sprachwissenschaftlichen Methoden detailliert untersucht hat. Anschließend stelle ich ausführlich die Untersuchungsmethode und das Erhebungsdesign vor, mithilfe derer ich den oben gestellten Forschungsfragen nachgehe (Kapitel 5). Dabei erläutere ich zunächst den Ansatz der Gesprächsanalyse und begründe die Wahl dieser Methode für meine Untersuchung. Anschließend skizziere ich mein Verhalten im Feld während der Datenerhebung und begründe die Fokussierung auf die verbalen Aspekte der Morgenpflegeinteraktionen. Im Weiteren stelle ich die Datengrundlage detailliert dar und diskutiere ethische Aspekte der Untersuchung, die in Forschungszusammenhängen mit kranken oder behinderten Menschen meines Erachtens besonders intensiv reflektiert werden müssen. Dann folgt der zentrale Abschnitt dieser Arbeit, die gesprächsanalytische Untersuchung der Interaktion zwischen Pflegekräften und demenzten Bewohnern während der Morgenpflege im Altenheim (Kapitel 6). Hier stelle ich zunächst detailliert das Adressierungssystem in der Altenpflege vor. Anschließend fokussiere ich die unterschiedlichen Gesprächsphasen und Äußerungen, die die außersprachlichen Handlungen einleiten, koordinierend begleiten und abschließen. Dann folgt ein Überblick über verschiedene Aufforderungsverfahren im nächsten Kapitel. Diese sind ein charakteristisches Merkmal solcher Interaktionen, da es in diesem Setting primär um die Bewältigung der Pflegeaufgaben geht und die Bewohner zu Handlungen bewegt werden müssen, die sie meist nicht einfach aus der Situation heraus von allein vornehmen würden. Während der Morgenpflege wird aber auch ohne Pflegebezug gesprochen; solche Fälle behandle ich im Anschluss daran. Durch die Demenz hervorgerufene kommunikative Probleme und ihre Bearbeitung sind Gegenstand des nächsten Analyseschritts. Anschließend untersuche ich

die Wortwahl und die Komplexität der getätigten Äußerungen, bevor ich mich abschließend dem Secondary Baby Talk widme. Dabei handelt es sich um eine abgewandelte Form der Sprechweise, die Eltern in der Kommunikation mit ihren Kindern verwenden. Diese abgewandelte Form gilt als charakteristisch für Pflegekommunikation; ich gehe der Frage nach, inwieweit dieses Register auch in meinen Daten verwendet wird. Die Arbeit schließt mit einem Ausblick, in dem ich Fragen formuliere, die aufgrund der Ergebnisse der Studie und der demographischen Entwicklung in Zukunft eine Rolle spielen könnten.

2. Demenz

Wie einleitend bereits angedeutet, gibt es wenige Krankheiten, die Interaktionen und ein selbstständiges und selbstbestimmtes Leben so massiv beeinträchtigen und letztendlich unmöglich machen, wie es bei einer Demenz der Fall ist. Um die Auswirkungen der Krankheit auf die Betroffenen und auf Kommunikationsprozesse zu verdeutlichen, stelle ich in diesem Kapitel dar, was Demenz allgemein aus medizinischer Perspektive ist und anschließend wie eine „klassische“ Alzheimer-Demenz verläuft.

2.1 Was ist Demenz?

Demenz ist eine Krankheit, die in den meisten Fällen neurodegenerative Hirnveränderungen hervorruft. Sie entwickelt sich schleichend und wird oft erst nicht bemerkt, ehe „unspezifische Verhaltensänderungen oder [...] erste leichte kognitive Beeinträchtigungen auftreten“ (Wallesch/Förstl 2012, 200). Bis sie gesichert diagnostiziert werden kann, vergehen meist Jahre. In der Anfangszeit leidet der überwiegende Teil der Betroffenen an einer leichten kognitiven Störung (mild cognitive impairment). Darunter versteht man negative Abweichungen der kognitiven Fähigkeiten von „der Norm, die aber noch nicht den Diagnosekriterien einer Demenz entsprechen“ (ebd., 200). Diese Norm wird durch die WHO¹ in den ICD-10-Kriterien definiert, die ausschließlich nosologische Merkmale berücksichtigen (d.h. sich auf sichtbare Erscheinungen beziehen). Die WHO klassifiziert Personen mit Gedächtnisstörungen, Lernschwierigkeiten und verminderter Konzentrationsfähigkeit als Merkmalsträger (ebd., 200; Zaudig 2011, 26 ff.).

¹ Für die Diagnose einer Alzheimer-Demenz gibt es mehrere Diagnoserichtlinien von unterschiedlichen Institutionen, die mit unterschiedlichen Kriterien arbeiten. Zu nennen sind hier insbesondere die Kriterien der WHO (ICD-10), die der American Psychiatric Association (DSM-V) und diejenigen, die das National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke in Zusammenarbeit mit der Alzheimer's Disease and Related Disorders Association entwickelt hat (NINCDS/ADRDA). Einen umfangreichen Überblick über die Kriterien, Entwicklungen und Unterschiede dieser Klassifikationen geben Schaub/Freyberger (2002, 87 ff.) und Förstl/Lang (2011). Es würde zu weit führen, diese verschiedenen Ansätze hier ausführlich zu erörtern, da sich diese Arbeit auf Patienten mit einer schon eindeutig diagnostizierten Demenz in einem fortgeschrittenen Stadium konzentriert.

Keines dieser drei Merkmale ist jedoch so stark ausgeprägt, dass von einer Demenz oder einem Delir gesprochen werden kann. Wann jedoch bei welchem Ausprägungsgrad von einer Demenz gesprochen werden kann, ist keineswegs klar. Ein entscheidender Faktor, um zwischen einer leichten kognitiven Störung und einer Demenz zu differenzieren, ist die Fähigkeit zur selbstständigen Bewältigung des Alltags, die bei Menschen mit einer leichten kognitiven Störung nur minimal eingeschränkt ist. Somit wird bei einer solchen Beeinträchtigung keine Alzheimer-Demenz diagnostiziert, auch wenn sie Kriterien entspricht, die im prädemenziellen Stadium der Alzheimer-Demenz ebenfalls auftreten (Walle-sch/Förstl 2012, 200; Förstl /Kurz/Hartmann 2011, 49 f.). Allerdings sind die Übergänge fließend:

Die Schwelle zur Demenz ist überschritten, sobald ein Patient die klinischen Kriterien eines leichten Stadiums erfüllt. Die Grenze zwischen leicht dement und noch altersnormal ist jedoch keineswegs scharf zu ziehen. (Förstl/Lang 2011, 6)

Eine Demenz wird üblicherweise erst dann diagnostiziert, wenn die basalen Aktivitäten (Anziehen, Körperhygiene etc.) wie auch die instrumentellen (Kochen, Freizeitbeschäftigungen etc.) beeinträchtigt sind bzw. von der betroffenen Person auf keinen Fall mehr eigenständig erledigt werden können und wenn dies auf eine hirnorganische Ursache zurückzuführen ist (Schmidtke/Otto 2012, 214 f.; Förstl/Lang 2011, 6; Gatterer 2008,142; Boetsch/Stübner/Auer 2003, 76 f.)

Die Alzheimer-Demenz gilt als „der Prototyp der kortikalen Demenz“ (Schmidtke/Otto 2012, 204). Neurophysiologisch betrachtet sind bei der Alzheimer-Demenz vor allem „phylogenetisch jüngere Assoziationsareale der Hirnrinde betroffen, aber auch der Hippocampus, isokortikale Kortexareale, die Amygdala und der Bulbus olfactorius“ (Schmidtke/Otto 2012, 203).

Was genau die Alzheimer-Demenz auslöst, ist bis heute nicht bekannt. Der größte Risikofaktor ist jedoch das Lebensalter: Die Wahrscheinlichkeit, an einer Demenz zu erkranken, steigt mit 85 Jahren sprunghaft an (Förstl/Kurz/Hartmann 2011, 57); Demenz ist somit eine „typische Alterskrankheit“ (Schmidtke/Otto 2012, 203; Stoppe 2006, 17). Diese Tatsache gewinnt besonders vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung in Deutschland zunehmend an Bedeutung: Die Menschen in der BRD werden im Durch-

schnitt immer älter und haben weniger Kinder. Dadurch wird sich die Pflegesituation zukünftig dramatisch verändern, da durch abnehmende Möglichkeiten privater Betreuung wahrscheinlich immer mehr professionelle Betreuung auch im frühen Demenz-Stadium benötigt wird (Berlin-Institut 2011, 32 ff.). Dies wird in Zukunft das Verhältnis von privater und professioneller Pflege verändern, denn im Moment gibt es in Deutschland schätzungsweise 1,3 Millionen Demenzkranke (Berlin-Institut 2011, 6; Förstl/Lang 2011, 8), von denen ca. 80 % privat versorgt werden (Haberstroh/Neumeyer/Pantel 2011, 12; Bruder 2011, 471). Die gesellschaftliche Bedeutung dieser Entwicklung und ihre Auswirkungen auf den Pflegebereich sind also nicht zu unterschätzen. Ein weiterer Aspekt, der diese Entwicklung noch verschärft, ist die Heilbarkeitsperspektive dieser Krankheiten: Obwohl in den Medien immer wieder von Durchbrüchen bei der Entwicklung von Heilmitteln berichtet wird, gilt eine Demenz bis heute als unheilbar, und Fachkreisen zufolge ist mit entsprechenden Fortschritten auch in absehbarer Zeit nicht zu rechnen:

Die Wissenschaft hat bis dato keine Substanz gefunden, die an den Wurzeln ansetzt und so die manifeste Erkrankung zurückdrängt, heilt oder sogar eine vorbeugende Wirkung hat. Daran wird sich nichts ändern, solange die Vorgänge im Gehirn nicht aufgeklärt sind, die zur Zerstörung von Nervenzellen und zur Entstehung von Alzheimer- und anderen degenerativen Formen von Demenz führen. (Berlin-Institut 2011, 12)

Aber wenn auch die auslösenden Faktoren bisher nicht eindeutig identifiziert wurden (Berlin-Institut 2011, 10), sind doch die histopathologischen Befunde seit der ersten Beschreibung dieser Krankheit durch Alois Alzheimer in den Jahren 1906 und 1911² immer präziser geworden. Zum jetzigen Zeitpunkt scheinen bei der Entstehung und Progression der Krankheit Amyloidablagerungen, Neurofibrillenbündel, aktivierte Mikrogliazellen, der Verlust von Synapsen und Nervenzellen sowie eine Amyloidangiopathie eine maßgebliche Rolle zu spielen (Schmidtke/Otto 2012, 204 ff.).

² 1906 untersuchte Alzheimer das Gehirn von Auguste Deter, einer seiner Patientinnen aus Frankfurt, die am 9. April desselben Jahres verstorben war. Er hatte sie und ihren Mann 1901 kennengelernt, nachdem er sie in die Psychiatrie hatte einweisen lassen, weil sie nicht mehr in der Lage war, ihren Alltag selbstständig zu bewältigen, und ein schizophrenes Verhalten an den Tag legte. 1907 veröffentlichte Alzheimer die Ergebnisse seiner Untersuchung unter dem Titel „Über einen eigenartigen, schweren Erkrankungsprozess der Hirnrinde“. Endgültig berühmt wurde er mit dem 1911 veröffentlichten Aufsatz „Über eigenartige Krankheitsfälle des späten Alters“, in dem er über den Patienten Johann F. berichtete.

Die Auswirkungen auf die kognitiven Fähigkeiten der betroffenen Personen sind gravierend. Im Verlauf der Krankheit werden vor allem die höheren geistigen Fähigkeiten beeinträchtigt, die notwendig sind, um kompetent interagieren zu können. Zu den Kernsymptomen einer Demenz gehören erhebliche Störungen von Neu-, Langzeit- und Altgedächtnis, zeitliche und räumliche Desorientierung, Störungen der Sprache und Probleme beim visuell-räumlichen Denken (ebd., 211 ff.). Außerdem sind das Rechenvermögen und die visuokonstruktiven Fähigkeiten eingeschränkt. Die erkrankten Personen haben Schwierigkeiten, Gesichter und Dinge zu (wiederzu-)erkennen, und auch ihre exekutiven Funktionen sind eingeschränkt (Boetsch/Stübner/Auer 2003, 74 f.). Diese Funktionen sind für Interaktanten in Interaktionen notwendig, um das eigene Verhalten in der Auseinandersetzung mit der Umwelt zu steuern. Betroffen sind dabei alltägliche kognitive Aufgaben wie realistische Zielsetzungen und Planung, die Reflexion und Initiierung der eigenen Handlungen, Impulskontrolle hinsichtlich der eigenen Emotionen und die motorische Steuerung.

Als Folge einer Demenz treten häufig auch psychopathologische Symptome und Verhaltensstörungen auf. Dazu zählen Wahnvorstellungen, Reizbarkeit, Antriebsstörungen, Tag-Nacht-Umkehr, verändertes Ess- und Schlafverhalten, inadäquates Sozialverhalten, Enthemmung und Persönlichkeitsveränderungen (ebd., 78 f.; Schmidtke/Otto 2012, 215 ff.). All diese Kernsymptome und psychopathologischen Symptome erschweren Dementen die Kommunikation mit ihren Bezugsgruppen.³ Die einzelnen Symptome treten jedoch nicht alle gleichzeitig auf, vielmehr steigt der Grad der Beeinträchtigung im Krankheitsverlauf an.

Um das Krankheitsbild hinreichend ausführlich und verständlich darstellen und seine Auswirkungen auf die Interaktionsfähigkeiten skizzieren zu können, beschränke ich mich im Folgenden hier auf die Verlaufsdarstellung der Alzheimer-Demenz. Dies hat vor allem pragmatische Gründe. Die Alzheimer-Demenz ist die mit Abstand häufigste Demenzform (Schmidtke/Otto 2012, 203; Stoppe 2006, 12f.), sie wurde bei etwa zwei Drittel aller an Demenz erkrankten Patienten in Deutschland diagnostiziert (Berlin-Institut 2011, 9; WHO Demenzbericht

³ Einen Überblick über die Bezugsgruppen gebe ich im dritten Kapitel.

2012, 19 f.; Förstl/Kurz/Hartmann 2011, 56 f.). Sie ist somit gesellschaftlich und damit auch für diese Arbeit der relevanteste Typus.⁴

2.2 Phasen einer Demenzerkrankung

Klassischerweise spricht man in Bezug auf den Verlauf einer Demenz von vier Phasen: dem Vorstadium, dem Frühstadium, dem mittleren und dem späten Stadium (Schmidtke/Otto 2012, 208 ff.; Förstl/Kurz/Hartmann 2011, 52 ff.).

2.2.1 Das Vorstadium

Diese Phase bezeichnet das klinische Vorstadium einer Demenz, eine Phase „manifesten, aber noch prädemenzieller Symptomatik“ (Schmidtke/Otto 2012, 208), die sich als leichte kognitive Störung zeigt. Da der Fokus dieser Arbeit auf Pflegeinteraktionen mit Dementen im fortgeschrittenen Stadium liegt, ist diese Phase hier zu vernachlässigen und wird deswegen nicht ausführlicher dargestellt. Dieses Stadium ist eher für diagnostische Fragen interessant; es wurde mit gesprächsanalytischen Methoden ausführlich von Tönjes (2011) untersucht.

2.2.2 Das Frühstadium

Im Stadium der leichten Demenz werden die ersten Symptome sichtbar und die Erkrankung kommunikativ relevant. Die Dementen erleiden im Regelfall einen mäßigen Gedächtnisverlust, der besonders das Neugeächtnis (kurz zurückliegende Ereignisse) betrifft (Förstl/Kurz/Hartmann 2011, 52). Hinzu kommen Lernschwierigkeiten und Probleme bei der kognitiven Verarbeitung von Zeitzusammenhängen (ebd., 52 f.; Schmidtke/Otto 2012, 209). Zusätzlich haben die Betroffenen Schwierigkeiten, Probleme zu beurteilen und zu lösen (ebd., 209; Förstl/Kurz/Hartmann 2011, 53). Diese Probleme werden kommunikativ häufig

⁴ Andere Formen, wie Demenz mit Lewy-Körperchen, vaskuläre Demenz, frontotemporale Demenz, symptomatische Demenz oder Demenz aufgrund einer entzündlichen Krankheit des zentralen Nervensystems, werde ich aufgrund der Zielsetzung und des Umfangs der Arbeit nicht näher darstellen. Siehe zum Verlauf, zur Diagnostik und zur Behandlung der verschiedenen Demenz-Formen Wallesch/Förstl (2012), Förstl (2011) und Krämer/Förstl (2008).

von den Bezugspersonen bearbeitet, z. B. wenn die Bewohner mehrere Male Grußsequenzen während einer Interaktion initiieren. In dieser Phase wirkt sich die Krankheit auch auf die Körperhygiene aus, die meist nur nach Aufforderung ausgeführt wird (Schmidtke/Otto 2012, 209). Dies ist fast in allen Interaktionen im Korpus zu beobachten; die Körperhygiene nimmt den größten Teil der Morgenpflege in Anspruch und ist kommunikativ am aufwendigsten zu bearbeiten. Auf sprachlicher Ebene häufen sich Wortfindungsstörungen und das Vokabular verringert sich (ebd., 54); dabei ist aber „im einfachen Dialog das Sprech- und Denkt tempo nicht oder nur gering vermindert“ (Schmidtke/Otto 2012, 209). Weiterhin ist

die verbale Flüssigkeit, der Umgang mit definiten Pronomina und ihrem Referenzbezug [...] gestört, die Patienten haben Probleme mit syntaktisch komplexen Sätzen, die Auflösung lexikalischer Mehrdeutigkeit macht Probleme, [und] schließlich [auch] der Umgang mit indirekter und bildhafter Sprache. (Schecker 2010, 63)

Wie ich in der Analyse aufzeigen werde, versuchen die Gesprächspartner diese Defizite durch verschiedene gesprächsorganisatorische Praktiken auszugleichen oder abzuschwächen; das resultiert letztendlich in wenig komplexen gegenwartsbezogenen Gesprächsbeiträgen.

Nicht kognitiv bedingt sind depressive Symptome, die in dieser Phase (und im Vorstadium) häufig zu beobachten sind; sie sind vielmehr eine „nachvollziehbare Reaktion auf die eingeschränkte Leistungsfähigkeit“ (Förstl/Kurz/Hartmann 2011, 53; Haberstroh/Neumeyer/Pantel 2011, 8 f.). Sie bewirken in den Interaktionen häufige, aber kurze Thematisierungen der „Stimmung“ der Bewohner auf der Sachebene.

Die verschiedenen Probleme werden in diesem Stadium oft nur bei genauer Beobachtung erkannt, da Demente und ihre Angehörigen in vielen Fällen Ausweichstrategien entwickeln, um die Defizite nicht öffentlich machen zu müssen (Schmidtke/Otto 2012, 208 f.). „Neben diesen intellektuellen Defiziten fallen häufig Veränderungen der Gemütslage, des Antriebs und des Sozialverhaltens auf“ (Förstl/Lang 2011, 6).

2.2.3 Das mittlere Stadium

Im mittleren Stadium können die Betroffenen ihre kognitiven Defizite in öffentlicher Interaktion nicht mehr verbergen.⁵ Dieses Stadium wird durchschnittlich drei Jahre nach der ersten Alzheimer-Diagnose erreicht (Förstl/Kurz/Hartmann 2011, 53). Das Gedächtnis ist zu diesem Zeitpunkt schwer geschädigt, und neue Inhalte können nur durch häufige Wiederholung im Gehirn gespeichert werden (Schmidtke/Otto 2012, 210; Förstl/Kurz/Hartmann 2011, 53). Dies ist vor allem bei handlungsorientierten Äußerungen des Pflegepersonals zu beobachten, in denen es um die Bearbeitung der aktuellen Aufgaben (z. B. das Reichen von Wasser oder Medikamenten, Anziehen, Intimpflege etc.) geht, bei denen sie auf die Mitarbeit (compliance) der Dementen angewiesen sind.

Das Orientierungsvermögen hinsichtlich Zeit und Raum wie auch das Problemlösungs- und Urteilsvermögen ist stark gestört und die Patienten können ihren Alltag nicht mehr selbstständig bewältigen (ebd., 53; Schmidtke/Otto 2012, 210). Sie sind zu diesem Zeitpunkt auch nicht mehr in der Lage, sich allein zu waschen oder anzuziehen (ebd.; 210; Förstl/Kurz/Hartmann 2011, 54), und sind somit auf permanente Betreuung angewiesen. Auch hinsichtlich dieser Einschränkungen sind kommunikative Praktiken zu beobachten, die darauf abzielen, diese Defizite auszugleichen.

Auf kommunikativer Ebene werden die Defizite für den Erkrankten und das Umfeld offenkundig. Zu den beobachtbaren kommunikativen Symptomen in diesem Stadium zählen häufiges Suchen nach Wörtern, Satzabbrüche, eine Zunahme des Gebrauchs von Floskeln und Umschreibungen (Kurz 2002, 170 f.). Dabei sind nicht nur die mündlichen Kommunikationsfähigkeiten in Mitleidenschaft gezogen, auch die geschriebene Sprache ist betroffen. Die Handschrift wird „unsicher“ und orthografische Fehler häufen sich (Tönjes 2002, 25).

Bei vielen Dementen wird in dieser Phase ein „ziel- und ruheloses Umherwandern, Sammeln und Sortieren“ von Dingen (Förstl/Kurz/Hartmann 2011, 54) beobachtet, was in der Pflege der Dementen ein enormes Problem für die Betreuenden darstellt und den zeitlichen wie auch den psychischen Aufwand erhöht. Häufig ist dies auch die Phase, in der die private Pflege im gewohnten Umfeld

⁵ Trotz der offensichtlichen Defizite fehlt den Demenzerkrankten häufig die Einsicht in ihre Krankheit; sie selbst sehen sich als gesund. Auch dies ist ein Problem, das kommunikativ bearbeitet wird, wie später gezeigt wird.

an ihre Grenzen stößt. Hinzu kommen in vielen Fällen Inkontinenz und aggressives Verhalten gegenüber den Pflegenden, was die Betreuung zu Hause durch Kinder, Ehepartner oder ambulante Dienste fast unmöglich macht (ebd., 55; Bruder 2011, 470). Besonders das Umherwandern und das zum Teil aggressive Verhalten der Dementen stellt auch auf kommunikativer Ebene hohe Anforderungen an das Pflegepersonal (oder private Betreuer), da es schwierig bzw. ineffektiv ist, auf konkrete Verhaltensweisen Bezug zu nehmen und darüber zu reden. Denn die Dementen sind meist kognitiv gar nicht mehr in der Lage, komplexe kommunikative Praktiken wie eine Argumentation überhaupt zu verarbeiten.

2.2.4 Das späte Stadium

Das letzte Stadium einer Alzheimer-Demenz beginnt im Mittel sechs Jahre nach der Diagnose und ist gezeichnet vom völligen Abbau der höheren kognitiven Fähigkeiten (Förstl/Kurz/Hartmann 2011, 54). Inkontinenz und neurologische Störungen (z. B. epileptische Anfälle, Myoklonie, Parkinson etc.) treten vermehrt auf, die Dementen können auch einfache alltägliche Aktivitäten des Lebens (Körperhygiene, Nahrungsaufnahme etc.) nicht mehr selbstständig bewältigen und sind somit rund um die Uhr auf Betreuung angewiesen (ebd., 55; Schmidtke/Otto 2012, 210). Bei sehr schweren demenziellen Störungen verlieren sie die Fähigkeit zu lächeln und zu gehen, auch bei einfachen Tätigkeiten wie Sitzen haben sie Probleme (Krämer/Förstl 2008, 186). Auch die Kommunikationsfähigkeiten der Dementen vermindern sich weiter:

Sowohl die Sprachproduktion als auch das Sprachverständnis sind kaum noch vorhanden. Die Patienten verwenden meist nur noch einzelne Wörter oder Phrasen und können sich nicht mehr mitteilen. (Tönjes 2002, 26)

Dies muss nicht immer eintreten (Schecker 2003, 283 f.), es ist aber bei den aufgezeichneten Pflegeinteraktionen in meinem Korpus der Regelfall. In diesen Interaktionen muss das Pflegepersonal häufig mit stummen oder stark verwirrten Bewohnern interagieren, um die alltäglichen Pflegeaufgaben zu erledigen. Die häufigsten Todesursachen bei einer Alzheimer-Demenz sind „Pneumonie, Myokardinfarkt und Sepsis“ (Förstl/Kurz/Hartmann 2011, 55).

People with dementia often have comorbid health conditions that may or may not be related to the dementia process and which themselves may hasten death. Hence deaths of people with dementia cannot automatically be considered to be deaths attributable to dementia. (WHO Demenzbericht 2012, 24)

Es ist also in den meisten Fällen nicht die Alzheimer-Demenz, an der die betroffenen Personen sterben, sondern eher die „nebenher“ erworbenen Krankheiten, die nach dem Tod als Ursache festgestellt werden.

2.3 Zusammenfassung

Wie die bisherigen Ausführungen deutlich gemacht haben, stellt eine Demenzerkrankung, bedingt durch ihre Auswirkungen auf die kognitiven Fähigkeiten der Betroffenen, im Pflegealltag auch unter kommunikativen Gesichtspunkten hohe Anforderungen an das Pflegepersonal. Nicht allein der Verlust der sprachlichen Fähigkeiten (Wortfindungsstörungen, Referenzprobleme, Unfähigkeit, syntaktisch komplexe Sätze zu verstehen und zu bilden, Verlust der Sprachfähigkeit etc.) wirkt sich auf die Interaktion aus, auch Verhaltensänderungen (Aggressivität, Rastlosigkeit, Verlust der Selbstständigkeit etc.), Persönlichkeitsveränderungen und psychologische Auswirkungen (z. B. Depressionen, Verlust von Handlungskompetenz etc.) verändern sie auf unterschiedlichen Ebenen, was die verbale Koordination der Pflegeaktivitäten und Gesprächssteuerung während der Morgenpflege erschwert.

3. Die Institution Altenpflegeheim

Wie im vorigen Kapitel dargestellt, hat eine Demenz massive Auswirkungen; sie führt bei den Betroffenen zu kognitiven Beeinträchtigungen, die ein eigenständiges Leben unmöglich machen. Momentan wird noch ein Großteil der Betroffenen privat versorgt. Da aber der Bedarf an Betreuungsplätzen in Zukunft absehbar steigen wird, werden bei der Versorgung und Pflege von Demenzkranken Altenpflegeheime und andere institutionelle Wohnformen eine zunehmend größere Rolle spielen (Müller 2014, 552 f.). Deshalb wird in diesem Kapitel die Institution Pflegeheim eingehender betrachtet. Im Folgenden gebe ich einen Überblick über die institutionellen Rahmenbedingungen und über die Angehörigen der Institution, die an dem hier zu untersuchenden Setting der Morgenpflege beteiligt sind. Dies soll einen Eindruck davon vermitteln, welche Tätigkeiten in Pflegeheimen unter welchen Bedingungen tagtäglich ausgeführt werden.

3.1 Rahmenbedingungen der Kommunikation im Pflegeheim

Das Altenpflegeheim ist eine institutionelle Wohnform für alte Menschen, die aus Krankheitsgründen ihr Leben nicht mehr eigenständig bewältigen können. Es übernimmt bestimmte Betreuungs- und Pflegeaufgaben und organisiert die Vollverpflegung der Bewohner und die Reinigung der Räume. Bei pflegebedürftigen Menschen gewährleisten Pflegekräfte je nach Bedarf eine ganztägige medizinische Versorgung und Körperpflege. Darüber hinaus bieten viele Altenpflegeheime auch Unterhaltungs- und Sportprogramme an, um den Bewohnern Abwechslung vom straff durchstrukturierten Heimalltag zu bieten (Heinzelmann 2004, 32 f.).

Altenpflegeheime werden nicht vom Bund oder Land, sondern von Kirchen, karitativen Verbänden, privaten Unternehmen oder Kommunen geführt. Sie bilden heutzutage die häufigste Form von Pflegeinstitutionen für alte Menschen. Daneben gibt es noch weitere Formen, z. B. reine Altenwohnheime, Hospize oder Alten-Residenzen.⁶

⁶ Heinzelmann (2004) gibt in seiner Dissertation einen detaillierten Überblick über Wohnformen für alte Menschen und ihre funktionalen Implikationen.

In der Soziologie wurden Altenpflegeheime bisher fast immer als „totale Institutionen“ definiert. Dieses Konzept entwickelte Goffman 1973 in seiner Monographie „Asylum“, in dem er die Lebenswelt von psychisch Kranken in der Psychiatrie untersuchte. Als charakteristische Merkmale einer totalen Institution nennt Goffman (1973) folgende Punkte (ebd., 15 ff.):

- Alle Angelegenheiten des Lebens finden an ein und derselben Stelle, unter ein und derselben Autorität statt.
- Die Mitglieder der Institution führen alle Phasen ihrer täglichen Arbeit in unmittelbarer Gesellschaft einer großen Gruppe von Schicksalsgenossen aus, wobei allen die gleiche Behandlung zuteil wird und alle die gleiche Tätigkeit gemeinsam verrichten müssen.
- Alle Phasen des Arbeitstags sind exakt geplant, jede geht zu einem vorher bestimmten Zeitpunkt in die nächste über, und die ganze Folge der Tätigkeiten ist durch ein System expliziter formaler Regeln von oben vorgeschrieben und wird durch einen Stab von Funktionären sichergestellt.
- Die verschiedenen zwingenden Tätigkeiten werden in einem einzigen rationalen Plan vereinigt, der dazu dient, die offiziellen Ziele der Institution zu erreichen.

Die übliche Trennung zwischen Schlaf-, Spiel- und Arbeitsbereich ist im Alltag der Bewohner aufgehoben. Das ganze Leben spielt sich an einem einzigen Ort ab. Dies hat massive Auswirkungen auf die Lebenssituation und die Privatsphäre der Bewohner. Denn

[...] die in den westlichen Gesellschaften üblichen Grenzen zwischen dem Verbergen und dem Zurschaustellen des eigenen Körpers [werden] in „Totalen Institutionen“ aufgelöst. Notdurft, Hygiene und Körperpflege unterliegen der Kontrolle anderer. Es existieren keine Rückzugsmöglichkeiten, die nicht den Ansprüchen der Disziplin unterworfen sind. Folglich kommt es oft zu erzwungenen und kontinuierlichen Beziehungen zu anderen Mitgliedern. Die freie Wahl des sozialen Umganges ist damit weitgehend aufgehoben. Außerdem ist den Mitgliedern die Kontrolle über den eigenen Tagesablauf entzogen. Sie haben nur die Zeit, die ihnen vom Personal für die jeweiligen Aktivitäten zugestanden wird. (Heinzelmann 2004, 56)

Somit werden die Handlungsoptionen der Bewohner eingeschränkt und diese verlieren die Kontrolle über ihre eigene Lebensplanung. Ein weiteres herausra-

gendes Merkmal totaler Institutionen ist die ungleiche Machtverteilung, was auch in der Altenpflege beobachtbar ist.

Es ist entscheidend festzuhalten, dass die gesamte Struktur, bis hin zu den kleinsten Verästelungen, von Machtausübung gekennzeichnet ist. Die Situation von Personal und Mitgliedern innerhalb dieses Bezugsrahmens ist somit asymmetrisch. (Heinzelmann 2004, 57)

Goffman differenziert fünf Typen von Einrichtungen, wobei er Altersheime explizit in die Klasse der Fürsorgeeinrichtungen einordnet, wo unselbstständige Menschen oder harmlose Patienten gepflegt werden (Goffman 1973, 16).

Ein Großteil der seither erschienenen Untersuchungen zur Altenpflege bezieht sich auf dieses Konzept von Goffman. Auch Sachweh übernimmt diesen analytischen Rahmen und definiert das Altenheim als totale Institution (2000, 18).

Heinzelmann (2004) definiert diesen Einrichtungstyp in seiner empirisch angelegten Dissertation zur Institutionsanalyse in leicht abgewandelter Form. In Auseinandersetzung mit dem Goffmanschen Konzept fasst er Altenpflegeheime als Pseudo-Totale-Institution (ebd., 245 ff.) und begründet dies folgendermaßen:

Sie wirken ihrem Erscheinungsbild nach wie „Totale Institutionen“ des traditionellen Modells, ihren Auswirkungen auf den Lebensalltag nach sind sie es im Wesentlichen nicht. Die ‚Lebenswelt‘ Altenheim wird maßgeblich durch andere Ursachen geprägt als durch die Zwänge einer „Totalen Institution“. (Heinzelmann 2004, 246)

Ein genauer Blick auf Heinzelmanns Beobachtungen gibt Aufschluss darüber, inwiefern die im Feld beobachtete Wirklichkeit Goffmans Theorem entspricht und in welchen Punkten sie sich von diesem auch unterscheidet.

Für das Pflegeheim lässt sich, nach dieser Studie, eine zum Teil erhebliche Übereinstimmung mit den bereits von Goffman aufgestellten Aspekten „Beschränkung des sozialen Verkehrs“, „Alle Angelegenheiten des Lebens finden an ein und derselben Stelle statt“ und „Alle Phasen des Arbeitstages sind exakt geplant“ konstatieren. So verlassen die PflegeheimbewohnerInnen nur sehr selten das Heim, und dies nur in Begleitung anderer Personen. Auch die Besucher werden registriert, Besuche können ferner durch das Personal eingeschränkt werden. Die Mitglieder verfügen praktisch über keine Privatsphäre mehr, die nicht der Kontrolle des Personals unterliegt. Ihr Leben spielt sich vollständig unter der Aufsicht der MitarbeiterInnen und auch der MitbewohnerInnen ab. Gemäß den Zielen der Institution existierten Pläne, durch die Wach-, Schlaf- und Essenszeiten, sowie Behandlungen und Freizeitaktivitäten zeitlich geregelt sind. Differenzen bestehen hinsichtlich der Art der Mitgliedschaft in der Institution Pflegeheim. Diese bewegt sich zwischen den Extrempunkten Freiwilligkeit

und Zwang, sie ist in jedem Einzelfall unterschiedlich gelagert. Damit verknüpft ist die Tatsache, dass die BewohnerInnen eines Pflegeheimes – bei individuellen Unterschieden – oftmals physisch und psychisch stark eingeschränkt sind. Die Einschränkungen sind oftmals so gravierend, dass eine Verletzung der persönlichen Sphäre durch die MitarbeiterInnen unumgänglich ist. Allerdings bestehen hier innerhalb der Personal-BewohnerInnen-Beziehung Möglichkeiten zur eigenen Gestaltung. Insgesamt weisen Pflegeheime einen geringeren Totalitätsanspruch auf, als die Goffmanschen Kriterien vorgeben. So sind die Spielräume aufgrund der größeren Heterogenität der BewohnerInnen und der vorherrschenden Uneinigkeit über die Ziele der Organisation größer. Insgesamt treffen die einzelnen Kriterien des Konzeptes der „Totalen Institution“ zwar im Wesentlichen zu, sind in einem Pflegeheim aber spürbar weniger stark ausgeprägt. (Heinzelmann 2004, 60)

Diese Darstellung der institutionellen Zusammenhänge bildet das soziale Gefüge in der Altenpflege meines Erachtens präziser als die klassische Definition von Goffman (1973) ab, da Heinzelmann explizit einen geringeren Totalitätsanspruch beschreibt, die Bedingungen der Mitgliedschaft in dieser Institution differenzierter betrachtet und die Bewohner nicht einfach zu „Opfern“ der Struktur macht, so wie es heutzutage meist geschieht, wenn von Altenpflegeheimen gesprochen wird.

Wie sich dies konkret auf den Heimaltag auswirkt, zeigt sich besonders deutlich am Faktor Zeiteinteilung: Die Tage der Bewohner sind straff durchstrukturiert, und der Ablauf ist an allen Tagen praktisch derselbe. Die folgende Skizze eines klassischen Ablaufs in der Zeit bis nach dem Mittagessen, den ich in den von mir untersuchten Pflegeheimen beobachten konnte, vermittelt einen Eindruck von dieser starken Strukturiertheit:

07:00 – 10:00: Morgenpflege

Einige der Bewohner machen sich morgens völlig selbstständig fertig, ziehen sich an und gehen dann zum Frühstück in den Speiseraum. Andere Bewohner, die physisch oder psychisch stark eingeschränkt sind, werden in diesem Prozess unterstützt oder er wird vollständig vom Pflegepersonal übernommen. In dem Fall werden die Bewohner gewaschen (teilweise geduscht), mit Getränken und Medikamenten versorgt, medizinisch versorgt und angekleidet und anschließend in den meisten Fällen zu ihrem jeweiligen Frühstücksplatz gebracht.

09.30 – 10.30: Frühstück

Nachdem die Bewohner sich für den Tag vorbereitet haben oder vorbereitet wurden, bekommen sie an bestimmten feststehenden Plätzen ihr Frühstück.

Manche Bewohner essen auf dem Zimmer. Andere haben ihren „Stammplatz“ auf dem Flur; in dem Fall werden spezielle Esstische auf die Rollstühle geschraubt, an denen die Bewohner anschließend essen. Die meisten Bewohner speisen jedoch im stationseigenen Speise- und Aufenthaltsraum. Diejenigen, die selbstständig essen können, wird das Frühstück an ihren Sitzplatz gebracht. Bewohnern, die nicht mehr in der Lage sind, selbst zu essen, wird das Essen gereicht.

10.30 – 12.00: Pause, Getränke- und Medikamentenrunde

Kurz nach der Frühstückszeit der Bewohner frühstückt das Personal selbst, in einem eigenen Raum, der jedoch keine Tür hat und den Bewohnern jederzeit offen steht. Die Frühstückspause des Pflegepersonals lässt sich nicht genau abgrenzen, denn sie wird häufig unterbrochen, weil die Bewohner oft auch zwischendurch Hilfe benötigen. Anschließend wird die Getränke- und Medikamentenrunde vorbereitet, bei der die Bewohner meist gleichzeitig auch die nötigen Medikamente bekommen. Teilweise werden die Medikamente aber auch während des Frühstücks verabreicht, weil sie dann in der Nahrung platziert werden können.

12.00 – 14.00: Mittagessen und Toilettengänge

Ab 12:00 Uhr wird das Mittagessen, das aus der hauseigenen Großküche stammt, vom Personal in der stationseigenen Küche vorbereitet. Wie beim Frühstück wird das Essen jedem Bewohner an seinen jeweiligen festen Platz gebracht. Bewohnern, die nicht mehr in der Lage sind, selbst zu essen, wird das Essen gereicht.

Wie dieser kurze Überblick zeigt, ist der Tagesablauf der Bewohner im Altenpflegeheim maßgeblich von den Pflege- und Versorgungstätigkeiten strukturiert. Individuelle Änderungen des Ablaufs (z. B. der Aufstehzeiten) waren in den von mir untersuchten Heimen nicht zu beobachten. Die Bewohner können das Altenpflegeheim für andere Ausflüge und dergleichen verlassen, wenn Angehörige oder Freunde die betreffenden Aktivitäten organisieren und begleiten. Solche Aktivitäten konnte ich aber im Zeitraum meiner Feldphasen nie beobachten.

An manchen Nachmittagen werden Aktivitäten im Altenpflegeheim selbst angeboten, die der Unterhaltung dienen und den Tagesablauf der Bewohner auflockern. So gibt es z. B. Ausflüge, Tanznachmittage, Leserunden, Besuch von Tieren und andere Aktionen, an denen die Bewohner teilnehmen können, sofern sie die entsprechenden körperlichen Voraussetzungen erfüllen (Fricke 2013, 65). Solche Aktivitäten finden jedoch nicht jeden Tag statt.

Prinzipiell ist festzuhalten, dass das Handeln der Interaktanten in diesem Kontext von der gesellschaftlichen Funktion der Fürsorge bestimmt ist, die die Institution gegenüber ihren Mitgliedern hat. Diesem Zweck werden sämtliche individuellen Anliegen untergeordnet. Alles in allem wird bei der Betrachtung dieser Organisationsform ein Doppelcharakter der Pflegeinstitution deutlich. Solche Pflegeinstitutionen haben damit für die Bewohner zwei Seiten.

Das Pflegeheim bietet Schutz und Sicherheit, Hoffnung auf Verbesserung des Gesundheitszustands, Vermeidung von Risiken und fordert gleichzeitig Unterordnung unter die Regelungen des Heimalltags, schränkt individuelle Entfaltungsmöglichkeiten ein [und] übt starke soziale Kontrolle aus. (Koch-Straube 2003, 340)

Genau in diesem Spannungsfeld finden die hier zu untersuchenden Interaktionen statt, in denen die Protagonisten dieser Institution in einem stark pflegeorientierten Setting zu Beginn des Tages miteinander interagieren. Im Folgenden stelle ich die beiden Gruppen von Interaktanten, die Pflegekräfte und die demenzten Bewohner, zunächst getrennt voneinander dar und nehme anschließend die verschiedenen Ebenen von Asymmetrie zwischen ihnen in den Blick.

3.2 Die Interaktanten

In der Institution Altenpflegeheim kommen unterschiedlichste Professionen zusammen. Dazu gehören z. B. die Heimleitung, das Verwaltungspersonal, die Rezeptionisten, das Reinigungspersonal, Therapeuten, Ärzte und noch weitere Berufsgruppen, die sich mit der Betreuung von älteren und/oder kranken Menschen befassen. Die eigentliche Hauptrolle in diesem Setting neben den Bewohnern spielen jedoch die Pflegekräfte. Denn sie sind diejenigen, die den Zweck der Institution erfüllen, sie sind mit den Funktionsempfängern der Institu-

tion permanent zusammen und sind auch maßgeblich für deren Betreuung zuständig.

3.2.1 Pflegekräfte

Wie in der Einleitung ausgeführt, stehen im Zentrum dieser Arbeit die kommunikativen Praktiken, die die Pflegekräfte während der Morgenpflege in der Interaktion mit den dementen Bewohnern anwenden.

Der Anteil pflegender Frauen überwiegt den der Männer bei Weitem (Fricke 2013, 61): Mit einem Anteil von 85 % sind sie im Pflegebetrieb omnipräsent (Borutta/Giesler 2006, 145).

Hoch qualifiziertes und geschultes Pflegepersonal ist bei der Auswahl eines Heims das entscheidende Kriterium (Deutscher Pflegeverband für Pflegeberufe 2012, 13). Sie sind es, die maßgeblich das Wohlbefinden der Bewohner beeinflussen und mit den Bewohnern in Kontakt treten. Die beruflichen Ziele von Pflegekräften sind ebenso vielfältig wie ihre Aufgaben:

Die Aufgabe von Pflegenden ist es, Gesundheit zu fördern, Erkrankungen durch präventive Maßnahmen zu verhindern, Krankheit therapeutisch zu verhindern, Rehabilitation zu fördern sowie palliative Pflege durchzuführen. (Sewtz 2006, 138)

Entsprechend ist der Tätigkeitsbereich der Pflegenden in der Altenpflege breit gefächert. Es umfasst neben der eigentlichen elementaren Versorgung der alten Menschen, wie z. B. Körperpflege, Hilfe beim Essen oder bei der Fortbewegung, auch solche Tätigkeiten, die zum hauswirtschaftlichen Bereich gehören, wie die hygienische Reinigung der Bewohnerzimmer, die Zubereitung des Essens oder die Versorgung der Wäsche. Auch die Organisation von Freizeitaktivitäten, wie z. B. gemeinsamen Spielen oder Ausflügen, liegt bei den Pflegekräften. (Fricke 2013, 69)

In der aktuellen gesellschaftlichen Entwicklung der Wohnform ist jedoch ein Trend hin zu reinen Pflegetätigkeiten zu beobachten, während die Betreuungsaufgaben kontinuierlich abnehmen (Heinzelmann 2004, 43). Die Pflegefachkräfte müssen darüber hinaus noch Medikamente ausgeben und die Pflegeprozesse dokumentieren. Neben der Erfassung von Vitalzeichen, verabreichten Medikamenten, Pflegearbeiten und besonderen Vorkommnissen müssen sie auch

die Pflegeplanung machen, d. h. einen Einsatzplan für die Pflegekräfte erstellen, in dem die Arbeitszeiten und die Pflegeziele für die einzelnen Bewohner festgelegt werden.

Altenpflegeheime funktionieren grundsätzlich im Schichtbetrieb an sieben Tagen in der Woche. Aufgeteilt in drei Schichten (Früh-, Spät- und Nachtschicht), verrichten die Angestellten jeweils zu einem festgelegten Zeitpunkt die entsprechenden Aufgaben (ebd., 70). Dies war auch in den von mir untersuchten Pflegeheimen der Arbeitsmodus, der für die Pflegenden eine enorme Belastung bedeutet.

Neben den anstrengenden Arbeitszeiten bringt dieser Beruf auch erhebliche psychische und physische Belastungen mit sich. Dazu gehört unter anderem ein generelles Überlastungsgefühl aufgrund von Zeitmangel, der seinen Ursprung vor allem im Personalmangel hat (Koch-Straube 1997, 118 ff.; Frincke 2013, 70 f.; Sachweh 2012, 51 f.). Zudem bedeutet die Arbeit mit den Bewohnern auch eine seelische Belastung. Besonders die Beziehungen zu dementen, somatisch schwer erkrankten und sterbenden Bewohnern werden von Pflegekräften als psychisch belastend empfunden (Frincke 2013, 70). Nicht zu vernachlässigen sind auch die körperlichen Belastungen, die die Arbeit von Pflegekräften mit sich bringt. Hier spielen das Heben von Bewohnern, die nicht mehr in der Lage sind mitzuarbeiten, und das hohe Arbeitstempo vor allem während der Morgenpflege eine herausragende Rolle (ebd.; Koch-Straube 1997, 119 f.; Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe 2012, 18 f.). Hinzu kommen schließlich das niedrige Prestige und die geringe Bezahlung, die diesen Beruf trotz seiner hohen gesellschaftlichen Bedeutung nicht gerade attraktiv machen (Sewtz 2006, 139).

Auch kommunikativ stellt dieser Beruf hohe Anforderungen:

Die kommunikativen Anforderungen an die Pflegenden werden immer größer: Sie müssen nicht nur mit Pflegebedürftigen und deren Angehörigen (also medizinisch-pflegerischen Laien), sondern auch mit KollegInnen aus der Pflege und aus anderen Berufsgruppen (also ExpertInnen aus dem medizinischen, therapeutischen, sozialen, hauswirtschaftlichen und Verwaltungsbereich) angemessen kommunizieren können. (Sachweh 2012, 38)

Die Betrachtung der unterschiedlichen Bezugsgruppen und der möglichen Interaktionsziele macht deutlich, dass Kommunikation im Berufsalltag von Pflege-

kräften weit mehr umfasst als „nur“ die Kommunikation mit den Bewohnern, für die sie in der Ausbildung (Herzig-Walch 2009, 21ff.) oder auch später im Berufsleben kaum empirisch fundiert geschult werden.⁷

3.2.2 Die Bewohner

Für die Bewohner geht der Einzug ins Altenpflegeheim mit massiven Veränderungen im Leben einher. Denn „[s]ie werden nicht nur vom Ort ihres bisherigen Lebens separiert, sondern ihre gesamte Lebensführung unterliegt von diesem Zeitpunkt an anderen Regeln“ (Heinzelmann 2004, 148). Hinzu kommt, dass der Umzug ins Pflegeheim in vielen Fällen nicht geplant war, sondern aufgrund eines krankheitsbedingten Zwischenfalls notwendig wird und relativ kurzfristig vonstatten gehen muss. Wie sich diese Umstände auswirken, zeigt eine Betrachtung der Mortalitätsquote: „In pflegeorientierten Heimen sterben 19 % der BewohnerInnen innerhalb von 6 Monaten nach dem Einzug“ (ebd., 148 f.). Das ist auf die mit dem Umzug verbundenen Belastungen und das hohe Alter der Bewohner zurückzuführen.

Das Altenpflegeheim ist meist die letzte Institution, in die die Bewohner eintreten. Dann ist es in der Regel bis zum Ende ihres Lebens ihr „Zuhause“, denn ein Umzug vom Pflegeheim zurück in eine privat gestaltete und gemanagte Wohnsituation ist meist aufgrund von Gebrechlichkeit ausgeschlossen. Die alten Menschen verlassen also ihr bekanntes Umfeld mit seinen vielen persönlichen Gegenständen und nicht selten geht damit auch ein Verlust des sozialen Umfelds einher. Zudem werden viele Aktivitäten unmöglich, die sie vorher unternommen haben. All dies zusammen hat erhebliche Auswirkungen auf das psychische Befinden der Betroffenen (Frincke 2013, 62 ff.). Viele Bewohner reagieren auf den Beginn des neuen Lebensabschnitts mit unterschiedlichen Reaktanzen. Sie

entwickeln [...] Formen des Widerstandes, indem sie ihre nahezu durchgängig zugeschriebene Schwäche bewußt oder unbewußt zum Werkzeug des Aufbegehrens machen. Sie ziehen sich in andere Welten zurück, negieren die Gegenwart und die darin agierenden Menschen und ihre Bemühungen. Sie entwi-

⁷ Das ist jedoch auch kaum möglich, da es bis auf die Arbeit von Sachweh (2000) im deutschsprachigen Raum bisher keine empirischen Grundlagen zur Kommunikation in der Altenpflege gibt (weder zur klientenorientierten noch zur interprofessionellen Kommunikation).

ckeln Krankheiten und Inkompetenzen, um die vorenthaltene Zuwendung zu erzwingen. Sie verweigern sich, stellen sich taub, stumm oder hilflos. Sie unterlaufen die als befremdlich empfundenen Anforderungen der Institution ohne Gefahr zu laufen, übermäßig mit negativen institutionellen Sanktionen konfrontiert zu werden. (Koch-Straube 1997, 341)

Doch auch wenn der Eingewöhnungsprozess positiv verläuft, ist eine Anpassung an die institutionellen Rahmenbedingungen bis zum Lebensende häufig mit Konflikten behaftet. Durch den generellen Verlust der Autonomie, sei es durch die eingeschränkte Privatsphäre, die Anpassung an ein vorgegebenes Zeitraster oder die Unterbringung in Mehrbettzimmern, sind Konflikte vorprogrammiert. Denn

[d]ie alten Menschen im Heim leben in einer Gemeinschaft zusammen, die zufällig entstanden ist; sie können sich ihre MitbewohnerInnen nicht aussuchen. Durch dieses enge Zusammenleben von Menschen, deren einzige Gemeinsamkeit unter Umständen darin liegt, dass sie sich in einer ähnlichen Situation und der gleichen Umgebung befinden, steigt die Gefahr, dass es unter ihnen zu Streitigkeiten und anderen Konflikten kommt, eine Situation, die durch eine Demenzerkrankung noch weiter verschärft werden kann, weil hier das Verhalten des Betroffenen mitunter schwer vorhersehbar ist. (Frincke 2013, 64)

Die psychosozialen Auswirkungen werden von den Bewohnern meist negativ empfunden. Ein weiterer Faktor, der dabei eine Rolle spielt, ist die soziale Isolation der Bewohner dadurch, dass die Gruppe der Bezugspersonen immer kleiner wird. Bei den Bewohnern, die noch in der Lage sind zu sprechen, beschränken sich die Sprechanlässe meist auf Gespräche mit nahestehenden Angehörigen, dem Pflegepersonal, Praktikanten und medizinischem Fachpersonal, wobei die Gespräche mit Pflegern häufig nur auf die Pflege bezogen sind. Andere Personen wie zum Beispiel Freunde kamen während meiner Erhebungen nicht zu Besuch.

Die Rolle als Bewohner in dieser Institution ist somit eher negativ konnotiert und wird mit Zwang assoziiert. Oft gehen demente Menschen erst in der letzten Krankheitsphase in ein Pflegeheim, wenn die Angehörigen ihre Betreuung nicht mehr leisten können. Wie Schwerstdemente diese Situation wahrnehmen, kann ich aufgrund fehlender Studien nicht nachzeichnen. Ich gehe jedoch nicht davon aus, dass sie die Situation aufgrund ihrer Krankheit grundsätzlich anders oder deutlich positiver wahrnehmen.

3.3 Die sozialen Kontextfaktoren der Interaktanten

Betrachtet man die Unterschiede und Gemeinsamkeiten dieser beiden sozialen Gruppen, wird sehr deutlich, dass die Beziehung zwischen ihnen in diesem institutionellen Kontext von starken Asymmetrien auf unterschiedlichen Ebenen geprägt ist. Die folgende Auflistung stellt einen Versuch dar, diese verschiedenen Ebenen zu systematisieren. Die ersten fünf Punkte gehen auf Beobachtungen von Sachweh (2003, 145 f.) zurück, die ich um drei weitere Punkte ergänze:

- Asymmetrien in Bezug auf das Lebensalter: Der offensichtlichste Aspekt ist, dass das Lebensalter der Interaktanten meist weit auseinanderliegt.
- Asymmetrien auf der physischen Ebene: Während die meisten Bewohner körperliche Gebrechen und/oder Sprachprobleme haben, sind die Pfleger im Regelfall gesund.
- Asymmetrien auf der psychischen Ebene: Die Perspektiven hinsichtlich der noch zu erwartenden Lebenszeit könnten kaum unterschiedlicher sein. Auch hinsichtlich der kognitiven Fähigkeiten von Bewohnern und Pflegekräften des Personals ist eine Asymmetrie in den meisten Fällen eine Grundbedingung der Kommunikation. Wären diese Unterschiede nicht, würden die beiden Interaktanten nicht im Pflegeheim in diesen Rollen miteinander kommunizieren.
- Asymmetrien auf der Sachebene: Die Pfleger haben hinsichtlich der fachlichen Inhalte, die im Rahmen der Institution eine Rolle spielen, Expertenwissen, während die Bewohner allenfalls über Laienwissen verfügen. Meist wissen die Pflegekräfte auch deutlich mehr über die Krankheiten der Bewohner als diese selbst.
- Asymmetrien auf der institutionellen Ebene: Die Pfleger haben aufgrund ihres Status in der Institution mehr Rechte und mehr Macht, die ihnen ermöglicht, bestimmte Handlungen zu vollziehen und in die Privatsphäre der Bewohner einzugreifen. Dies ist eine Grundvoraussetzung für die Pflegehandlungen, ohne die die teils sehr intimen Prozesse nicht zu realisieren wären.
- Asymmetrien im Bereich der Mobilität: Während die Pfleger nur einen Teil ihrer Zeit im Altenheim verbringen, sind die Bewohner nur sehr ein-

geschränkt mobil. Ausflüge sind vielen Bewohnern krankheitsbedingt nicht mehr möglich. Aber auch bei jenen, die noch selbstständig laufen können, ist der Bewegungsraum zum Großteil auf die Institution begrenzt oder beschränkt sich auf kurze Spazier- oder Botengänge mit dem Personal.

- Asymmetrien hinsichtlich der Bezugsgruppen: Die Bewohner kommunizieren meist nur noch mit anderen Bewohnern, ihren Pflegekräften (oder dem hauseigenen Personal), Ärzten und der eigenen Familie. Auch die Pflegekräfte kommunizieren sehr häufig mit diesen Bezugsgruppen, darüber hinaus aber auch mit Angehörigen anderer professioneller Gruppen. Zudem kann bei ihnen generell zwischen beruflicher und privater Rolle unterschieden werden, und somit haben sie ungleich mehr Bezugsgruppen, mit denen sie kommunizieren (können), als die Bewohner.
- Asymmetrien hinsichtlich der Abhängigkeiten: Die Bewohner sind hinsichtlich der Pflegeleistung vom Personal abhängig. Sie können bestimmte Handlungen nicht mehr selbst oder nicht mehr eigenständig ausführen und sind auf die Dienstleistung angewiesen, die die Pflegekräfte bereitstellen. Dies ist ebenso wie die kognitive Asymmetrie im Fall von dementen Bewohnern eine Bedingung für das Zusammentreffen dieser beiden Gruppen; ohne die genannte Abhängigkeit würden sie nicht interagieren.

Fähigkeiten, Wissen und Macht sind in diesem Setting also meistens ungleich verteilt. Wie sich diese Asymmetrien, besonders die ungleiche Verteilung der Machtoptionen, auf den Gesprächsprozess auswirken, zeige ich im Folgenden in der empirischen Analyse von Gesprächsdaten.

3.4 Zusammenfassung

Betrachtet man den Kontext, in dem die Morgenpflegeinteraktionen stattfinden, wird deutlich, dass die Kommunikation besonders von drei Aspekten beeinflusst wird. Hier ist als Erstes der hohe Grad von Funktionalität zu nennen, der sicherstellen soll, dass die Ziele der Institution erreicht werden. In vielen Fällen wird gesprochen, um die institutionellen Aufgaben zu erledigen; für private Gesprä-

che gibt es in den handlungsbezogenen Settings wenig Raum. Dies gilt jedoch nur für pflegespezifische Kommunikationszusammenhänge; wie das in unterhaltungsorientierten Situationen aussieht, wurde bisher sprachwissenschaftlich noch nicht untersucht.

Das zweite Merkmal trifft jedoch auf alle Interaktionen in diesem Setting zu, nämlich die mannigfaltigen Asymmetrien zwischen den Interaktanten, die durch den Kontext und die Erkrankung der Bewohner erzeugt werden. Sie sind größtenteils systemimmanent und gehören zu den Bedingungen der Interaktionen. Diese Asymmetrien bestehen in jedem Zusammentreffen zwischen Bewohnern und Pflegekräften und immer zugunsten des Personals.

Als letzter Faktor sind die psychosozialen Rahmenbedingungen zu nennen. Auf der einen Seite stehen die professionelle Pflegekräfte, die ihre Arbeit im Regelfall in hohem Tempo und damit unter großem Stress erfüllen muss und dadurch hohen psychischen und physischen Belastungen ausgesetzt ist, auf der anderen Seite die Bewohner, die auf den Ortswechsel, der meist durch einen großen biographischen Umbruch erzwungen wurde, häufig mit Widerstand gegen ihre Umwelt reagieren.

4. Die Kommunikation zwischen dem Pflegepersonal und Dementen als Untersuchungsgegenstand

Bisher habe zum einen überblicksartig in das Krankheitsbild der Alzheimerdemenz und seine kommunikativen Auswirkungen eingeführt, zum anderen die Institution Altenpflegeheim und ihre Agenten und Klienten dargestellt. In diesem Kapitel wende ich mich nun dem konkreten Gegenstand dieser Arbeit zu: der Kommunikation zwischen dem Pflegepersonal und den dementen Bewohnern des Altenheims während der Morgenpflege.

Die Literaturrecherche zur Kommunikation mit Demenzkranken in Altenheimen hat deutlich gemacht, dass hier noch erheblicher Forschungsbedarf besteht. Zur Kommunikationsfähigkeit von Dementen gibt es zwar linguistische und psycholinguistische Untersuchungen, diese Studien beschäftigen sich jedoch primär mit dem Sprachabbau bei Dementen. Tönjes (2012) z. B. gibt in seiner Dissertation „So jetzt geben wir das da rein“ einen umfassenden Überblick über das methodische Vorgehen und die Ergebnisse linguistischer Untersuchungen zur Negativentwicklung der Sprachfähigkeiten bei Dementen. Doch die Interaktionen mit Dementen und ihren Bezugsgruppen, in diesem speziellen Fall den Pflegekräften im Altenpflegeheim, wurde aus sprachwissenschaftlicher Perspektive bisher kaum untersucht. Im deutschsprachigen Raum hat lediglich Sachweh (2000) die Kommunikation mit dementen und nicht-dementen Bewohnern eines Pflegeheims ausführlich aus einer interaktionalen Perspektive untersucht. Seit dem Erscheinen ihrer Dissertation vor 14 Jahren wurde meines Wissens keine deutschsprachige linguistische Studie veröffentlicht, die dieses Thema trotz seiner immensen gesellschaftlichen Bedeutung behandelt. Die folgende Darstellung der bisherigen Forschungsergebnisse stützt sich somit in erster Linie auf Sachwehs Untersuchung. Die wenigen Internationale linguistischen Studien⁸ zu diesem Untersuchungsgegenstand wertere ich aufgrund der Methodizität und dem Ziel dieser Studie nicht explizit in der Arbeit aus. Denn

Gesprächsteilnehmer benutzen typische, kulturell (mehr oder weniger) verbreitete, d.h. für andere erkennbare und verständliche Methoden, mit denen sie

⁸ Siehe zu internationalen Forschungsergebnissen zur Interaktion in der Altenpflege die Überblicksartikel von Backhaus (2009) und Grainger (2004).

Beiträge konstruieren und interpretieren sowie ihren Austausch miteinander organisieren. (Deppermann 2008, 8)

Mir geht es nicht um einen interkulturellen Vergleich der Praktiken in dieser Arbeit, sondern um die explorative Untersuchung eines bisher nicht isoliert untersuchten Gesprächstyps. Ein Vergleich mit Praktiken anderer Kulturen steht nicht im Fokus.

Dementsprechend stelle ich im weiteren Vorgehen zunächst den Gesprächsbereich der Morgenpflegeinteraktion vor, um anschließend die bisherigen linguistischen Forschungsergebnisse zu diesem Gesprächstyp zu referieren.

4.1 Äußere Eigenschaften des Gesprächs

⁹Gespräche, die im Rahmen von Institutionen geführt werden, sind im Allgemeinen geprägt von diesem Kontext und den Aufgaben und Zielen, die sich daraus für die Interaktanten ergeben. Den Gesprächskontext der Morgenpflegeinteraktionen beschreibt Sachweh (ebd., 70 ff.) mit Bezug auf Henne und Rehbock (1982) folgendermaßen: Bei der Pflegekommunikation handelt es sich um natürliche, immer wiederkehrende Gespräche. Die Pflegesituation an sich und die in diesem Rahmen stattfindenden Gespräche sind zwar „institutionell arrangiert“, doch können die Pflegepersonen diese Phasen individuell gestalten; somit ist der Gesprächstyp gleichzeitig als spontan zu beschreiben (Sachweh 2000, 71). Weiterhin ist das Gespräch während der Morgenpflege eindeutig als Nähekommunikation zu definieren. Sachweh verwendet sogar die Bezeichnung „ausgeprägte Nähekommunikation“ (ebd., 71), was meiner Ansicht nach zutreffend ist, denn das Personal hat u. a. nicht nur die Möglichkeit, sondern auch die Aufgabe, zu Pflegezwecken auch den Intimbereich der Bewohner zu berühren. Die Gespräche verlaufen simultan zur Pflege; in den von mir erhobenen Interaktionen werden sie nur in räumlicher Nähe realisiert. Während der Pflege sind in den Bewohnerzimmern und -bäder meist zwei (Pfleger, Bewohner) oder drei Personen (Pfleger, Bewohner, Zimmernachbar) anwesend, trotzdem sind die Gespräche überwiegend dyadisch (ebd., 71). Der Grad der Öffentlichkeit ist m.

⁹ Teile dieses Abschnitts habe ich in leicht veränderter Form aus meiner unveröffentlichten Masterarbeit „Protektive Strategien in der Altenpflege“ aus dem Jahr 2009 übernommen.

E. schwieriger zu definieren. Prinzipiell handelt es sich nach Sachweh um eine nicht öffentliche bzw. private Kommunikation, da es keine gesellschaftliche Öffentlichkeit gibt (ebd., 71 f.). Bei meinem Feldaufenthalt waren jedoch bei der Pflege häufig die Zimmertüren geöffnet, somit konnten im Prinzip auch Besucher anderer Bewohner die Pflegeprozesse beobachten. Auch die Anzahl der Personen, die an der Pflege beteiligt sind, kann variieren. Beispielsweise kommt es vor, dass, während ein Bewohner entkleidet im Zimmer ist, andere Pfleger eintreten und entweder dem gerade Pflegenden bei den aktuellen Tätigkeiten helfen oder mit ihm Informationen austauschen. Dementsprechend ist zum Öffentlichkeitsgrad keine eindeutige Aussage zu machen. Sachweh spricht in Bezug darauf von einer „institutionell eingebetteten, relativen Privatheit“ (2000, 72). Das Verhältnis zwischen Pfleger und Bewohner ist grundsätzlich asymmetrisch und die Handlungsdimensionen sind eindeutig direktiv.¹⁰ Es wird hauptsächlich miteinander gesprochen, um Pflegehandlungen zu vollziehen. Der Bekanntheitsgrad der Interaktanten variiert. Viele Pfleger kennen und pflegen die Bewohner schon seit Jahren und sind mit ihnen entsprechend vertraut, aber es gibt auch häufig neue Bewohner, die den Pflegern völlig unbekannt sind und zu denen sie erst noch eine Beziehung aufbauen müssen (ebd., 72). Die Themen der Gespräche sind zwar nicht institutionell vorgegeben, jedoch gibt es kaum Abweichungen vom direktiven Kommunikationsverhalten des Pflegepersonals, das sich primär an der Ausübung der Pflegetätigkeiten orientiert und somit als empraktisch zu beschreiben ist (ebd., 73 f.).

Inwiefern andere Gesprächstypen im Kontext des Altenheims sich hinsichtlich der kommunikativen Verfahren von den Gesprächen im Rahmen der Morgenpflege unterscheiden, kann aufgrund meiner Datengrundlage nicht geklärt werden. Es ist aber anzunehmen, dass in anderen Situationen, wo miteinander gesprochen wird und keine Pflegehandlungen auszuführen sind (z. B. Vorleserunden, Kegelabende usw.), in den Gesprächen eher sozial orientierte inner- und außersprachliche Ziele im Vordergrund stehen.

¹⁰ Die Ebenen dieser asymmetrischen Akteurskonstellation wurden in Kapitel 3 beschrieben.

4.2 Ziele und Ablauf der Kommunikation während der Morgenpflege

Die Kommunikation während der Morgenpflege in Altenheimen ist, wie oben schon angesprochen, arbeitsorientiert. Es wird gesprochen, um Pflegehandlungen durchzuführen. Entsprechend definiert Sachweh Pflegekommunikation folgendermaßen:

Als Pflegekommunikation bezeichne ich diejenige handlungsbegleitende Kommunikation zwischen Personal und BewohnerInnen, die während der Morgenpflege stattfindet und primär der (effektiven) Durchführung sowie der Erklärung der Pflegeaktivitäten dient. (Sachweh 2000, 69)

Entsprechend ist die Kommunikation während der Morgenpflege in erster Linie themenbereichsfixiert, empraktisch und direktiv (ebd., 74). Wenn es Sequenzen mit Small Talk gibt, sind diese meist, wenn auch nicht ausschließlich, thematisch von den Pflegeaktionen bestimmt.

Aufgrund der auszuführenden nichtsprachlichen Handlungen verläuft das Gespräch während der Pflege fast immer nach einem bestimmten Muster, das sich nach Sachweh (ebd., 96) folgendermaßen darstellen lässt:

1. Einleitender Gruß
2. Frage nach dem Befinden
3. Ankündigung der Morgenpflege
4. Für die einzelnen Schritte/Phasen der Pflege:
 - a) verbale Einleitung durch Handlungserklärungen
 - b) praktische Durchführung (oft schweigend)
 - c) verbaler Abschluss durch Gliederungssignale
5. Ankündigung des Abschlusses der Morgenpflege
6. Abschiedsgruß

Das Handlungsschema umfasst also ausgehend von den durchzuführenden außersprachlichen Handlungen prototypisch sechs obligatorische Schritte, wobei die drei Teilschritte in Phase vier je nach Anzahl der auszuführenden Handlungen entsprechend oft wiederholt werden. Das all diese Schritte kommunikativ bearbeitet werden (z. B. alle anstehenden Handlungen verbal eingeleitet

werden), kann ich aufgrund meiner Datenanalyse nicht bestätigen, wie ich weiter unten darstellen werde.

Dieses grundlegende Sequenzmuster während der Morgenpflege wird jedoch teilweise auch modifiziert, und zwar nach dem Grad der Orientierung der Bewohner (ebd., 97). Je orientierter die Bewohner sind, desto mehr Abweichungen lassen sich beobachten. Solche Abweichungen zielen überwiegend darauf ab, die Asymmetrien zwischen den Pflegern und den Bewohnern auszugleichen und diesen ein Gefühl von „Kompetenz oder gar Überlegenheit [gegenüber dem Pflegepersonal] zu vermitteln“ (ebd., 210). Die primär zweckorientierte Sprechweise in den durch die Pflegetätigkeiten vorstrukturierten Gesprächen wird dadurch jedoch nicht völlig aufgelöst.

Sachweh unterscheidet bei den obligatorischen Pflegetätigkeiten, die bei den Bewohnern jeden Tag durchgeführt werden, anhand ihres Zeitpunkts zwischen primärer und sekundärer Morgenpflege. Die primäre Morgenpflege beinhaltet Hilfe beim Aufstehen, das Waschen oder Baden der Bewohner und das Ankleiden. Sekundäre Morgenpflege umfasst auch Tätigkeiten wie Blutdruckmessen oder Insulinspritzen (ebd., 69).

4.3 Kommunikative Strategien des Pflegepersonals

Die kommunikativen Praktiken des Pflegepersonals während der Morgenpflege unterteilt Sachweh in vier große Bereiche:

- (1) handlungsorientierte Strategien zur Verständnissicherung
- (2) gesichtsschonende Strategien
- (3) Baby-Talk-Strategien und schließlich
- (4) gesichtsbedrohende Strategien (Sachweh 2000, 113).

Auf diese vier Bereiche gehe ich im Folgenden ausführlicher ein.

4.3.1 Strategien der Verständnissicherung

Da die Kommunikation während der Morgenpflege primär zweckorientiert und empraktisch ist, haben verständnissichernde Strategien eine besondere Bedeu-

tung im Hinblick darauf, die institutionellen Aufgaben möglichst reibungslos bewältigen zu können.

Dementsprechend ist auf lexikalischer Ebene wenig Vielfalt zu beobachten. Das Pflegepersonal verwendet in den Interaktionen kaum medizinische Fachterminologie und benutzt eher umgangssprachliche Lexeme. Aufgrund der empirischen Orientierung gebrauchen die Pfleger immer dieselben „Handlungsverben wie etwa hinsetzen, aufstehen, festhalten oder umdrehen, sowie immer gleiche Richtungsanzeiger wie hoch, runter, hin, her, rum, drauf, vor oder zurück“ (ebd., 114 f.).

Wenn sie auf die Bewohner referieren, tun sie dies häufig mit „Herr“ oder „Frau“ und dem Namen der Bewohner anstelle des erwartbaren Personalpronomens sie, um Verständnis und Aufmerksamkeit auch in Fällen zu sichern, in denen eine Mehrfachadressierung möglich wäre (ebd., 115 f.).

Aber nicht nur hinsichtlich der Vielfalt der Lexeme ist eine Einschränkung zu beobachten, die Komplexität von Äußerungen wird generell minimiert. „Die meisten Äußerungen des Personals sind kurz und einfach strukturiert. Nebensätze kommen eher selten vor“ (ebd., 116). Bleiben z. B. bei Aufforderungen respondierende Beiträgen oder Handlungen seitens der Bewohner aus, werden die erneut formulierten initiierenden Turns meist noch kürzer konstruiert, etwa in Form von Ellipsen, die teilweise auf das Verb reduziert sind.

Sachweh deutet an, dass die Komplexitätsreduzierung tendenziell von der Pflegebedürftigkeit anhängt. Je höher die Pflegebedürftigkeit ist, desto weniger komplex sind die Äußerungen und desto eingeschränkter die Lexemwahl (ebd., 114 ff.). Dies sei vor allem bei der Pflege von schwer dementen Bewohnern zu beobachten.

Weiterhin ist für dieses Setting charakteristisch, dass besonders auf der Ebene der Gesprächssteuerung viele verständnissichernde Strategien eingesetzt werden (ebd., 117). So verwenden die Pfleger bei Gesprächsbeginn und -ende initiierend Paarsequenzen. Hierbei handelt es sich um typische rituelle Gesprächsanfänge und -beendigungen. Indem sie den Anfang und das Ende mit alltagssprachlichen Praktiken markieren, stellen die Pfleger einen Gesprächsrahmen her und geben den Bewohnern so Orientierung. Beim ersten Kontakt des Tages werden die Bewohner meist mit „(guten) morgen (frau x)“ angesprochen, während bei Folgekontakten Bereitschaft zu oder der Wunsch nach Inter-

aktion mit „hallo (frau x)“ signalisiert wird (ebd., 117). Ähnliches ist bei Verabschiedungen zu beobachten. In diesen Sequenzen wird häufig ein „Verweis auf zukünftige Kontakte“ (z. B. „bis nachher (Frau x)“, „bis später (Frau x)“, „bis gleich (Frau x)“) (ebd., 118) realisiert. In vielen Fällen kommen die Bewohner der entsprechenden Obligation nicht mit der präferierten Variante (Schegloff 2007, 14 ff.), dem Gegengruß, nach, sondern schweigen und realisieren somit eine dispräferierte Möglichkeit. Daraus folgert Sachweh, dass die Pfleger mit solchen Grußformeln „nicht primär Höflichkeit [realisieren], sondern Anfang und Ende“ (2000, 118) markieren und einen Rahmenwechsel (in Anlehnung an Gülich 1981) vollziehen, mit dem sie „das Wissen über die Gültigkeit institutioneller Ziele und Verhaltensnormen“ aktivieren. Auch an anderen Positionen im Gespräch finden sich Paarsequenzen, nämlich überwiegend Dank-Sequenzen. Diese kommen zwar seltener vor als Gruß- und Abschiedssequenzen, sind aber ebenfalls charakteristisch für Pflegekommunikation. Bei diesem Typ von Paarsequenzen verändert sich jedoch das Verhalten des Pflegepersonals in respondierender Position. Denn in diesem Fall sind es – meist ältere – Pfleger, die der Obligation häufig nicht nachkommen und den zweiten Schritt nicht realisieren (auf den Dank der Bewohner folgt kein „Bitte“ der Pfleger), während „vor allem SchülerInnen, Zivildienstleistende und PraktikantInnen auf Eröffnungen von bitte/danke-Sequenzen reagieren oder sie selbst initiieren“ (ebd., 118 f.). Eine weitere verständnissichernde Strategie ist formelhaftes Sprechen.

Formelhafte Wendungen dienen [in diesem Kontext] [...] der Orientierung der BewohnerInnen über das bzw. dem Verständnis des Pflegegeschehens sowie der Orientierung der Pflegekräfte über das Befinden der BewohnerInnen. (ebd., 122)

Zu Beginn der Pflegeinteraktionen wird nach dem obligatorischen Gruß der Phasenwechsel durch die formelhafte Wendung „wie geht es ihnen“ und/oder „gut geschlafen“ (ebd., 120) eingeleitet. Mit der Formel „schauen sie (mal) oder gucken sie (mal)“ (ebd., 120) wird die Aufmerksamkeit der Bewohner auf etwas Bestimmtes gelenkt. Um Aktivitäten einzuleiten, gebraucht das Pflegepersonal häufig die beiden Varianten „kommen sie“ und „los geht’s“ (ebd., 120). Bei noch orientierten Bewohnern werden Angebote durch die Formeln „ich helf“ und „soll ich ihnen helfen“ (ebd., 120) realisiert. Aufforderungen zur Mithilfe werden vom Personal meist in abgeschwächter Form geäußert, z. B. in Form von „helfen sie

(mir) (mal) (ein bißchen) mit“ (ebd., 120). Gelegentlich, wenn auch selten, verwendet das Personal auch appellativ-auffordernde Formeln wie „wie ischs denn mit aufstehen“ (ebd., 121), um die Bewohner zu etwas zu bewegen.

Ein weiteres Merkmal dieses Settings ist die Frage nach Schmerzen, die meist relativ einfach durch „tut das weh“ (ebd., 121) realisiert wird, wobei hier auch komplexere, zukunftsorientierte Varianten wie „wenns weh tut sagen sies“ (ebd., 121) zu beobachten sind. Wenn die Pflegehandlung für die Bewohner schmerzhaft ist, werden Formeln wie „ich bin gleich fertig/so weit oder isch (doch) glei vorbei/fertig/so weit“ oder „jetz ham wers (gleich) geschafft“ oder „gleich ham mers“ (ebd., 121) verwendet, um die Bewohner während der unangenehmen (aber notwendigen) Pflegephasen zu trösten. Um einen Bewohner auf bevorstehende Prozesse vorzubereiten (die vielleicht durch kognitive Einschränkungen für ihn nicht erwartbar sind), nutzt das Personal Formeln wie „nit erschrecke“ (ebd., 121). Unterbrechungen des Pflegeprozesses kündigen die Pfleger durch „ich komm gleich (wieder)“ (ebd., 121) an.

Alle diese Formeln sind häufig zu beobachten und basieren auf der Routine, die das Pflegepersonal in der Durchführung der Handlungen entwickelt hat. Diese Handlungen sind tagtäglich dieselben und bedürfen keiner aufwendigen Planung mehr. Die Verwendung von Formeln in diesem Kontext ist eine Strategie, um von einer Phase in die nächste überzuleiten, Handlungen einzuleiten und zu beenden, ein Monitoring der eigenen Arbeit zu betreiben und die Bewohner in unangenehmen Phasen emotional zu unterstützen (Sachweh 2000, 120 ff.).

Da Pflegekommunikation vor allem empraktische Kommunikation ist, spielen in diesem Kontext handlungsbegleitende Äußerungen eine besondere Rolle. „In der Altenpflege strukturieren handlungsbegleitende Äußerungen die Abfolge von Pflegetätigkeiten und die Pflegekommunikation gleichermaßen.“ (ebd., 122) Dies zeigt sich z. B. darin, dass deklarative Formen des Sprechens häufig vorkommen, etwa „Erklärungen und Ankündigungen der Form ‚ich mache jetzt x‘“ (ebd., 122). Solche Praktiken positionieren die zu Pflegenden nicht als Objekt, sondern als Menschen, für die „man das Pflegegeschehen so transparent und nachvollziehbar wie möglich gestalten möchte“ (ebd.). Somit haben handlungsbegleitende Äußerungen nicht nur eine verständnissichernde, sondern auch eine stark beziehungsorientierte Funktion.

Primär verständnissichernd ist hingegen der Gebrauch von Gliederungssignalen wie z. B. „okay, so(dele), jetzt(le), und gut“ (ebd., 123). Diese Signale haben in initialer Position eine gesprächs- und pflegehandlungsvorbereitende Funktion; die Pfleger strukturieren damit ihre Handlungen und leiten sie ein. Eine Ausnahme bildet gut, das oft auch in respondierender Position verwendet wird: Oft folgt es nach Antworten der Bewohner auf eine zuvor gestellte Frage des Pflegers und schließt solche Sequenzen ab (ebd., 123). Rückversicherungsfragen wie „ge(ll), ne, nich“ in Endstellung dienen nicht nur der Strukturierung der Interaktion insofern, als sie das Ende von Handlungen und Turns signalisieren, sie haben auch die Funktion, die Bewohner zum Dialog zu animieren, indem damit explizit das Rederecht abgetreten wird (ebd., 124). Sie haben also auch einen integrativen Charakter, den ich besonders bei der Pflege verstummter Bewohner als beziehungsorientiert interpretiere.

Im Vergleich zur Alltagskommunikation ist in Pflegeinteraktionen sehr häufig die direkte nominale Anrede mit dem Familiennamen zu beobachten. Sachweh sieht diese Praktik als typisch für Pflegeinteraktion (ebd., 125). Mit einer direkten namentlichen Adressierung werden Äußerungen häufig eingeleitet und abgeschlossen, außerdem „dient [sie] der Kontaktetablierung und dem Erhalt der Aufmerksamkeit“ (ebd., 124). Verständnissichernd werden darüber hinaus auch

wörtliche und paraphrastische Wiederholungen eingesetzt. Dabei wiederholen die PflegerInnen häufig bestätigend ihre eigenen Äußerungen und fragend die der BewohnerInnen. (ebd., 125)

Dies kann mehrere Funktionen haben. Zum einen erhöhen solche Wiederholungen die Wahrscheinlichkeit, dass die Bewohner die Äußerung verstehen, zum anderen kann durch die Wiederholung aber auch eine minimale Kommunikation hergestellt und aufrechterhalten werden. Die Pfleger signalisieren damit Interesse an Kommunikation mit den Bewohnern und eine positive Einstellung ihnen gegenüber, besonders, wenn die Bewohner kaum mehr in der Lage sind zu sprechen (ebd., 125). Die Wiederholung von Äußerungen hat aber auch einen gesichtsbedrohenden Aspekt; auf den ich weiter unten noch zurückkommen werde.

Überwiegend werden während der Morgenpflege geschlossene Fragen verwendet, um den Interpretationsspielraum und den Formulierungsaufwand für

die Antworten der Bewohner zu minimieren (ebd., 126). Dies scheint vor allem bei kognitiv eingeschränkten und desorientierten Bewohnern eine effektive Strategie zu sein, um Informationen einzuholen und das Gespräch voranzubringen, wenn nur noch Minimalkommunikation möglich ist.

Um möglichst viel Anschlusskommunikation zu ermöglichen und die Verständigung sicherzustellen, nutzen die Pflegekräfte in Sachwehs Daten meist eine hochdeutsche Sprachvariante, um mit den Bewohnern zu kommunizieren. Sobald sie aber mit einem Bewohner aus ihrer eigenen Region interagieren, verwenden sie in der Pflege auch ihren lokalen Dialekt. Hier beobachtet Sachweh eine starke Orientierung an der Herkunft des jeweiligen Bewohners (ebd., 128). Aufgrund der Orientierung an den kognitiven Fähigkeiten der Bewohner ist Pflegekommunikation auch fast nie indirekt. So wird kaum Ironie eingesetzt, um das Verständnis in der Interaktion nicht unnötig zu gefährden, und auch bildhaftes Sprechen ist nur bei orientierten Bewohnern zu beobachten (ebd., 129). Wenn Metaphern verwendet werden, beziehen sie sich meist auf „den Körper bzw. Körperfunktionen und auf das Pflegegeschehen“ und betreffen Tabubereiche wie „Ausscheidungen und Verdauungen“ (ebd., 129).

Zusammenfassend lässt sich als ein zentrales Merkmal von Pflegekommunikation festhalten, dass hoher kommunikativer Aufwand betrieben wird, um die Verständigung zu sichern und damit die kommunikativen Aufgaben auf der Ebene der Reziprozität zu bewältigen (Deppermann 2008, 10). Dazu setzt das Pflegepersonal bei der Morgenpflege unterschiedliche Strategien ein: Rituelle Anfangs- und Beendigungsfloskeln, formelhafte Wendungen, handlungsbegleitende Äußerungen, nominale Anredeformen, Wiederholungen und geschlossene Fragen sowie die Vermeidung indirekten Sprechens und eine hörerorientierte Verwendung von Dialekt (Sachweh 2000, 117 ff.) werden genutzt, um die außersprachlichen Aufgaben bei der primären und der sekundären Morgenpflege zu organisieren und zu bewältigen.

4.3.2 Gesichtsschonende Strategien

Neben Verständnissicherung ist eine grundlegende Gesprächsaufgabe in diesem Kontext, die die Interaktanten zu bewältigen haben, Beziehungsarbeit.¹¹ Sie wird in Interaktion grundsätzlich mit jeder Äußerung vollzogen, ist aber gerade in der Altenpflege ein besonders wichtiger Aspekt, da ein wertschätzender Umgang ein Qualitätsmerkmal von Pflege ist, das überwiegend kommunikativ hergestellt wird. Das soziologische Konzept, dass den Prozess der Beziehungsarbeit und damit einhergehend auch Identitätsarbeit, am anwendbarsten beschreibt, ist Goffmans Image-Theorie (1971). Zentraler Ausgangspunkt ist für ihn das Image der Interaktanten.

Der Terminus Image kann als der positive soziale Wert definiert werden, den man für sich durch die Verhaltensstrategie erwirbt, von der die anderen annehmen, man verfolge sie in einer bestimmten Interaktion. Image ist ein in Termini sozial anerkannter Eigenschaften umschriebenes Selbstbild – ein Bild, das die anderen übernehmen können. (Goffman 1971, 10)

Goffmans Image-Begriff bezieht sich darauf, dass jeder Mensch in jeder Interaktion bemüht ist, sich in einer Weise zu verhalten, die den Interaktionspartnern ein bestimmtes Bild von sich selbst vermittelt und ihnen Aufschluss darüber gibt, wie er von ihnen wahrgenommen werden möchte. Dieser Aspekt ist in jeder Interaktion relevant, denn nach Goffman gibt es keinen Gesprächsanlass, bei dem es die Teilnehmer nicht interessieren würde, wie sie vom Gegenüber wahrgenommen werden (ebd., 40). Die Aufrechterhaltung des Images ist ihm zufolge eine Bedingung¹², nicht das Ziel der Interaktion (ebd., 17). Dementsprechend müssen sich Interaktanten nicht nur um ihr eigenes Image bemühen, sondern auch um das der anderen Gesprächsteilnehmer. Sie werden in der Interaktion also grundsätzlich zwei Orientierungen haben, „eine defensive Orientierung im Hinblick auf die Wahrung des eigenen Images und eine protektive im Hinblick auf die Wahrung des Images anderer“ (Goffman 1971, 19).

Die verschiedenen (sprachlichen und nichtsprachlichen) Handlungen, die der Herstellung und Aufrechterhaltung von Images dienen, nennt Goffman rituelle

¹¹ Die primär verständnissichernden Strategien beinhalten natürlich auch beziehungskonstituierende Aspekte. So hat etwa die nominale Anrede neben der Verständnissicherung in diesem Kontext auch Identitäts- und Nähekonstituierende Funktion.

¹² Dabei stellt sich im vorliegenden Kontext die Frage, wie verstummte Bewohner diese Bedingung in der Interaktion einfordern könnten. Hier ist deutlich mehr protektive Imagearbeit auf Seiten des Pflegepersonals zu erwarten.

Handlungen, da diese Handlungen seiner Auffassung nach eine symbolische Komponente beinhalten (ebd., 25). Durch diese Handlungen signalisieren die Interaktanten sich gegenseitig, für wie achtenswert sie den jeweils anderen halten und wie achtenswert sie selbst sind (Goffman 1971, 25; Holly 2001, 39).

Welche kommunikativen Strategien nutzt das Pflegepersonal nun, um in dieser hochgradig asymmetrischen Interaktion mit den Bewohnern die Beziehung zu konstituieren? Mit Rückbezug auf Brown und Levinson (1987) hat Sachweh verschiedene Strategien herausgearbeitet, mit denen das Pflegepersonal die Beziehung zu den Bewohnern gesichtsschonend oder -bedrohend gestaltet und FTAs (face-threatening acts) abschwächt oder vermeidet. Mit FTAs sind nach Brown und Levinson (ebd., 65 ff.) kommunikative Bezugnahmen gemeint, die entweder das „positive face“ (das Selbstbild des Interaktanten) bedrohen oder das „negative face“ (seinen Anspruch auf Selbstbestimmung des eigenen Handelns, auf Ungestörtheit und auf die Unverletztheit des eigenen Territoriums) (ebd., 61) in negativer Weise tangieren.

Zu diesen Strategien zählt in dem untersuchten Kontext vor allem das Abschwächen von Aufforderungen, was in jedem Pflegegespräch realisiert wird (Sachweh 2000, 130 f.). Aufgrund der funktionalen Position in der Institution Pflegeheim besteht eine ungleiche Verteilung hinsichtlich der Aufforderungsoption, da die Pfleger im Rahmen der Pflege das exklusive Recht zu Aufforderungen haben und sich somit in diesem Setting¹³ in einer Machtposition befinden (ebd., 131). Sie versuchen jedoch diese Dominanz kommunikativ auszugleichen und eine Bedrohung des negative face der Bewohner zu minimieren, indem sie direktive Bezugnahmen in unterschiedlicher Weise abschwächen. Eine Variante ist die Abschwächung durch

Konjunktiv[e], Modalverben und Modalpartikeln [...] [wie] können sie sich mal auf die toilette setzen und besonders wie könnt ich sie man=n klein bissel rumdrehen (ebd., 131).

Auch das Lexem *bitte* wird häufig genutzt, um Aufforderungen abzuschwächen. Teilweise werden Aufforderungen als Fragen formuliert, und „Ellipsen und Infinitivkonstruktionen werden anstelle von Imperativen genutzt“ (ebd., 131), um die

¹³ In anderen, nicht pflegeorientierten Settings in der Altenpflege, ist dies meines Erachtens anders, da können die Bewohner auch die Pflegekräfte zu bestimmten Handlungen auffordern.

Statusunterschiede zu negieren und in den Interaktionen Höflichkeit zu realisieren.

Ein weiteres häufig gebrauchtes Verfahren sind Lob und Komplimente. Diese beziehen sich in der Altenpflege häufig auf die Kleidung (z. B. schönes nachthemd) oder das Aussehen der Bewohner (z. B. aber sie ham glatte haut), aber vor allem wird die Mitarbeit im Pflegeprozess gelobt (z. B. wird minimale Mithilfe durch ein super oder spitze positiv bewertet). Dieses Verfahren ist exklusiv auf die Beziehungskonstitution ausgerichtet. Sachweh beobachtet hier eine Korrelation zwischen Frequenz des Lobens und Pflegegrad: Je höher die Pflegebedürftigkeit des Bewohners ist, desto mehr wird er gelobt (ebd., 131 f.).

Eine weitere Strategie, um die Asymmetrie in der Interaktion auszugleichen und protektive Imagearbeit zu leisten, ist die Verwendung des pronominalen Sie oder die nominale Form Frau/Herr X, um die Bewohner direkt anzusprechen. Abgesehen von der oben dargestellten verständnissichernden Funktion ist dies in unserer Gesellschaft auch ein konventionalisierter Ausdruck von Respekt gegenüber dem Interaktanten.

Da die Bewohner selbst das Personal zum Teil duzen, führt diese Strategie dazu, dass die institutionelle Asymmetrie in manchen Situationen kommunikativ umgekehrt wird (ebd., 132). Umgekehrt sind in meinem Korpus auch Fälle zu beobachten, wo die Pfleger den Vornamen der Bewohner verwenden, um Nähe herzustellen, nämlich in Situationen des Tröstens. Darauf gehe ich im Rahmen der Analyse ausführlicher ein.

Der Einsatz von dialektalem Sprechen, den Sachweh in ihren Daten beobachtet, ist nach der Theorie der sprachlichen Akkommodation von Giles, Coupland und Coupland (1991) ebenfalls eine Praktik, mit der protektive Imagearbeit vollzogen und der Status der Interaktanten angeglichen wird.

[D]as grundlegende Postulat der Akkommodationstheorie besagt, dass Personen ihren Sprachstil verändern oder ‚akkommodieren‘, um ihre Werte, Einstellungen und Absichten anderen gegenüber auszudrücken. Dabei wird zwischen zwei grundsätzlichen Formen der Akkommodation unterschieden: der Konvergenz und der Divergenz. Als konvergentes Sprachverhalten wird die Annäherung an den Sprachstil der PartnerInnen, als Divergenz die Distanzierung vom Sprachstil der anderen bezeichnet. (Thimm 2000, 113)

Somit hat auch diese Praktik neben der Verständnissicherung eine stark beziehungsorientierte Funktion: Indem sie sich der Aussprache des Gegenübers an-

passen (ebd., 114), konstituieren die Pflegepersonen eine Gemeinsamkeit, die den Status der Interaktanten einander angleicht.

Ein weiteres charakteristisches Element der Beziehungsarbeit während der Morgenpflege ist die Vermeidung von Unterbrechungen. Die Pflegekräfte unterbrechen die Bewohner kaum bei ihren Gesprächsbeiträgen, vor allem dann nicht, wenn „deren sprachlicher Output krankheitsbedingt langsam, zeitlich verzögert und durch Formulierungs- und sprechmotorische Schwierigkeiten charakterisiert ist“ (Sachweh 2000, 133). Bewohner, die zu Logorrhoe neigen, werden hingegen relativ häufig unterbrochen (ebd., 133).

Eine besonders interessante Strategie in diesem Kontext, die ausschließlich beziehungsorientiert ist, ist die Imitation eines Dialogs. Dabei übernehmen die Pfleger beide Rollen in einem Dialog. Sachweh beobachtet dies insbesondere in Interaktionen mit Broca-Aphasikern und schwer Dementen, die kaum noch sprechen können. Hier „repariert gewissermaßen das Personal die Dialogizität des Gesprächs“ (ebd., 133), indem es mögliche Gefühle oder Gedanken der Bewohner sprachlich als deren Kommunikationsbeiträge konstituiert und teilweise sogar Fragen beantwortet, die es vorher selbst gestellt hat (ebd., 134), und so funktionierende Kommunikation simuliert. Zudem wird durch ratifizierende Hörersignale wie „mhm“ oder „ach so“ Verstehen signalisiert, auch wenn die Bewohner vorher unverständliche und meist nicht zu interpretierende Turns realisiert haben (ebd., 135). Damit werden ihre Gesprächsbeiträge als gültig, vernünftig und als verstanden markiert, womit ebenfalls in gesichtsschonender Absicht gelungene Kommunikation vorgetäuscht wird.

Weiterhin werden in diesem Setting Lehrerfragen eingesetzt, „um den Bewohnern das Gefühl zu vermitteln, daß sie in bestimmten Lebensbereichen genauso kompetent und erfahren sind wie die Pflegekräfte“ (ebd., 136). Dabei spielen die Pflegekräfte ihr eigenes Wissen herunter, und verleugnen es teilweise sogar, um das Wissen der Bewohner zu aktivieren und deren Fähigkeiten aufzuwerten. Sie bedrohen somit sozusagen auf sich selbst bezogen das eigene Image, indem sie ihre eigene Kompetenz bestreiten, um den Bewohnern ein Selbstbild als kompetent zu vermitteln.

Um „geistige Nähe bzw. Vertrautheit zwischen den Beteiligten herzustellen“ (Sachweh 2000, 140), spielt in der Altenpflegekommunikation „Lachen und insbesondere das Miteinander-Lachen“ (ebd., 139) eine große Rolle. Das Personal

bemüht sich, sowohl selbst Späße zu machen als auch humorvoll gemeinte Äußerungen der Bewohner durch Lachen als lustig zu markieren. Eine weitere defensiv orientierte Strategie, die sich in der Altenpflege beobachten lässt, ist, dass die Pfleger auf Zwänge ihr Handeln verweisen, besonders in Situationen, die für die Bewohner unangenehm sind.

Durch den Gebrauch des Modalverbs müssen in Erklärungen in bezug auf ihr Handeln versuchen die PflegerInnen, ihre Eigenverantwortlichkeit herunterzuspielen. Indem sie sich selbst als Rädchen in der institutionellen Pflegemaschinerie darstellen und ihr Verhalten darüber hinaus mit Sachzwängen begründen, bitten sie nicht nur um ‚compliance‘ bzw. Mitarbeit, sondern erreichen auch, daß die gesichtsbedrohenden Anteile ihrer Arbeit von diesen nicht als persönlich motiviert gedeutet werden. (Sachweh 2000, 143)

Um diesen Effekt zu verstärken, wird im Rahmen dieser Strategie auch häufig die pronominale Selbstreferenz wir anstatt ich genutzt.

Insgesamt unternimmt das Pflegepersonal neben den im vorigen Abschnitt dargestellten, eher funktional orientierten verständnissichernden Strategien, enorme Anstrengungen, um die Beziehung gleichberechtigt zu konstituieren und das Image der Bewohner zu schützen. Es wird fast unentwegt versucht, FTAs zu vermeiden, die Asymmetrien auszugleichen und die soziale Identität der Bewohner als kompetente Interaktanten zu konstituieren. Die dargestellten Strategien – Abschwächung von Direktiven, Lob und Komplimente, Gebrauch höflicher Anredeformen, adressatenorientierter Einsatz von Dialekten, Dialogimitationen, Vortäuschung gelingender Kommunikation, Einsatz demonstrativer Höflichkeit, Gebrauch von Lehrerfragen, Einsatz von Humor und Lachen und Verleugnen des eigenen Wissens – sind genuin protektiv orientierte Strategien und zielen darauf ab, das Image des Gegenübers aufzuwerten. Darüber hinaus sind auch defensive Strategien zu beobachten, die darauf abzielen, das eigene Image als wohlwollend aufrechtzuerhalten, wie die oben angeführte Verlagerung der Verantwortung von Pflegehandlungen auf den Kontext. Solche protektiven und defensiven Strategien der Imagearbeit sind nach Sachweh typische Merkmale von Pflegekommunikation (ebd., 130 ff.).

4.3.3 Gesichtsbedrohende Strategien

Die in 4.3.2 dargestellten Strategien sind protektiv gesichtsschonend, also auf die Aufwertung der Bewohner ausgerichtet. In der Pflegekommunikation ist aber auch eine gegensätzliche Orientierung zu beobachten, nämlich die Abwertung der Bewohner.

Eine solche stellt Sachweh z. B. bei der detaillierten Analyse von Referenz- und Anredeformen fest. Die Bewohner werden überwiegend mit „Sie und dem Nachnamen sowie dem solidarischen wir, welches auf die Gemeinschaftlichkeit der Pflegehandlung verweist und tatsächlich beide Interagierenden meint, angesprochen“ (Sachweh 2000, 179); es gibt auch andere Formen mit einem negativen Potenzial auf der Beziehungsebene. Hier nennt Sachweh u. a. das „Krankenschwester-Wir“ (ebd., 179), eine sprachliche Strategie, die ursprünglich aus der Säuglingspflege kommt und ihr zufolge häufig während der Intimpflege eingesetzt wird. Diese Referenz „täuscht vor“, dass Handlungen gemeinsam vorgenommen werden (z. B. dann ziehn wir uns erstmal an), obwohl das Pflegepersonal diese eindeutig allein durchführt. Aufgrund dieser Diskrepanz klassifiziert Sachweh sie als gesichtsbedrohend. An anderer Stelle verweist Sachweh aber auch darauf, dass „[...] die Bewohner durch die Verwendung von wir wenigstens verbal in die Pflegetätigkeit mit einbezogen“ werden (ebd., 152). Insofern scheint Sachweh das Krankenschwester-Wir in manchen Situationen, trotz seines gesichtsbedrohenden Potenzials, auch als gesichtsschonende Strategie zu klassifizieren.

In anderen Fällen adressieren die Pfleger die Bewohner nicht pronominal, sondern nominal an, obwohl in der Situation keine weiteren Personen anwesend sind, „als hätten sie wie ein Kleinkind das Konzept ‚ich‘ noch nicht begriffen“ (ebd., 179). Ein dritte gesichtsbedrohende Variante der Anrede besteht in der Kombination von imperativer Verbform in der 2. Person Singular und nominaler Anrede (z. B. na frau kempter komm richtig aufstehen); dadurch werden „ambivalente Botschaften“ gesendet (ebd., 179), da hier kommunikative Signale von Nähe und Distanz vermischt werden.

Im vorigen Abschnitt wurde das Ausbleiben von Unterbrechungen als gesichtsschonendes, protektives Verhalten der Pfleger beschrieben. In seltenen Fällen beobachtet Sachweh aber auch ein anderes kommunikatives Verhalten. Insbesondere wenn die Beitragsproduktion eines Bewohners sehr lange dauert (z. B.

bei Wortfindungs- oder Sprachproduktionsproblemen), unterbricht das Personal manchmal und formuliert die erwartete Äußerung selbst, was „das Gefühl von Inkompetenz vermitteln kann“ (ebd., 181).

Eine weitere gesichtsbedrohende Praktik, die in der Altenpflege gelegentlich realisiert wird, ist das Sprechen über Bewohner in Anwesenheit Dritter, denn durch die pronominale Referenz werden die Bewohner als Objekt konstituiert (ebd., 182), nicht als interaktionsfähige, kompetente Gesprächspartner.

In Pflegesituationen, in denen die Bewohner nicht mitarbeiten, kommt es mitunter auch vor, dass die Pfleger sie explizit und vehement kritisieren und ihnen schließlich negative Konsequenzen androhen, wie es für Kommunikation mit Kindern typisch ist (ebd., 183). Dadurch zieht die Pflegeperson sich kommunikativ auf ihre institutionelle Position zurück und spielt sprachlich ihre Macht als Ressource aus, um den Bewohner zu bestimmten Tätigkeiten zu bewegen. Kritik kann darüber hinaus auch indirekt geäußert werden; dies wird meist durch paraverbale Markierung (z. B. erhöhte Lautstärke) realisiert (ebd., 184).

Gelegentlich wird durch Verwendung pejorativer Lexeme mangelnder Respekt zum Ausdruck gebracht, z. B. indem der Geruch von Ausscheidungen als unangenehm kommentiert oder die Kleidung als unattraktiv beschrieben wird (ebd., 183). Eine andere Form pejorativen Verhaltens ist das offensichtliche Übergehen gesellschaftlicher Höflichkeitsnormen. So werden z. B. häufig Bewohnerinnen darauf hingewiesen, dass sie zu schwer seien (ebd., 183).

Auch das Imitieren von Bewohnern wird manchmal gesichtsbedrohend eingesetzt; z. B. wirkt es diffamierend, wenn das Schreien oder die Sprachautomatismen eines Bewohners wiederholt werden, um die Gültigkeit seiner Äußerungen in Frage zu stellen (ebd., 185). Dies wird in seltenen Fällen noch dadurch verstärkt, dass die Pflegekräfte im Anschluss an ihre eigene Imitation des als unpassend eingestuften vorherigen Beitrags ein Lachen produzieren, was den abwertenden und gesichtsbedrohenden Effekt noch steigert (ebd., 186).

Weiterhin beobachtet Sachweh, dass „Äußerungen und Empfindungen von BewohnerInnen zuweilen nicht nur ignoriert, sondern sogar negiert“ werden. Dies ist häufig bei der Aushandlung der korrekten Wasser- oder Raumtemperatur zu beobachten, wenn z. B. beim Duschen die Sinneswahrnehmungen der Bewohner als nicht korrekt abgewiesen werden (ebd., 186).

Schließlich beobachtet Sachweh, dass die kommunikative Behandlung pflege-
ferner Themen manchmal mit der Verwendung pejorativer Lexeme oder sogar
mit Ironie verknüpft ist. Somit wird die Behandlung von Alltagsthemen, eigent-
lich ein protektives Element, da sie ein Interesse an den Bewohnern signalisiert,
das über den Pflegekontext hinausgeht, und somit das positive face bestätigen,
durch eine abwertende Wortwahl wieder abgeschwächt wird (ebd., 187).

Insgesamt ist festzuhalten, dass neben den immensen gesichtsschonenden
Anstrengungen der Pfleger, die im vorigen Kapitel dargestellt wurden, während
der Morgenpflege auch gesichtsbedrohende Praktiken zu beobachten sind: be-
stimmte Formen der Referenz, Unterbrechungen, Sprechen über die Bewohner
in ihrer Anwesenheit, explizite und indirekte Kritik, Imitationen, Negieren oder
Ignorieren der Bedürfnisse der Bewohner und Wahl pejorativer Lexeme) (ebd.,
178 ff.). Diese Verhaltensweisen tangieren sowohl das positive face als auch
das negative face der Bewohner. Die Darstellung bisheriger empirischer Ergeb-
nisse macht also deutlich, dass bei der Imagearbeit positive ebenso wie negati-
ve Orientierungen realisiert werden. Sachweh bezeichnet dies als ambivalentes
Verhalten; ihr zufolge sind die Pfleger gegenüber den Bewohnern „höflich und
gleichzeitig respektloser als im Umgang mit gleichgestellten Erwachsenen“
(ebd., 188).

4.3.4. Secondary Baby Talk

Das letzte „Strategiebündel“ in der Altenpflege nach Sachweh (ebd., 145 ff.) ist
die Verwendung von secondary baby talk (SBT) im Pflegeprozess. Der dem
zugrunde liegende Ausdruck baby talk (BT) bezeichnet zunächst eine „Form
universalen Sprechhandelns“ (Thimm 2000, 120), die Thimm als „kulturüber-
greifendes Phänomen“ (ebd., 120) beschreibt. Diese Art des Sprechens mit
Kindern ist allgemein geprägt durch geringe Komplexität und Redundanzen, vor
allem aber durch eine bestimmte Prosodie: Der verwendete Wortschatz umfasst
meist weniger als 100 Lexeme, und es werden weniger verschiedene Laute
genutzt, als in Kommunikation zwischen Erwachsenen (Sachweh 200, 54;
Thimm 2000, 120). Dieses Register wird jedoch nicht nur gegenüber Kleinkin-
dern verwendet, sondern auch ‚zweckentfremdet‘ im Umgang mit Tieren, Aus-

länderInnen, KrankenhauspatientInnen, alten Menschen (sic!) und intimen FreundInnen bzw. Geliebten“ (Sachweh 2000, 55).

Diese, gegenüber älteren Menschen realisierte Variante, der „Secondary Baby Talk“, unterscheidet sich von BT auf verschiedenen sprachlichen Ebenen. Sachweh stellt seine Ausprägungen in Auseinandersetzung mit den ersten Veröffentlichungen zu diesem Untersuchungsgegenstand detailliert dar und diskutiert die Unterschiede zum BT, die ich im Folgenden kurz skizziere, bevor ich Sachwehs empirische Beobachtungen zum Einsatz des Registers während der Morgenpflege darstelle.

„In paralinguistischer Hinsicht sind die BT-Varianten gegenüber Kindern und alten Menschen nicht zu unterscheiden“ (Sachweh 2000, 55). Beide Varianten werden in einer hoch über der Indifferenzlage liegenden Tonlage und mit überzogenen Intonationsverläufen realisiert. Die Äußerungen sind relativ kurz und wenig komplex, das bedeutet es werden wenig (eingebettete) Nebensätze, wenig Bindewörter und weniger mehrsilbige Wörter als in der Alltagskommunikation produziert. Beim SBT werden hingegen mehr Imperative, Fragen und Wiederholungen produziert. Ein weiteres Merkmal ist die Häufung von Diminutiven und Verniedlichungen von Vornamen. Pausen und (nicht definierte) Füllwörter sind häufig zu beobachten. Das Sprechtempo beim SBT wird unterschiedlich beschrieben, teilweise als langsamer und teilweise als identisch (Sachweh 2000, 55 f.).

Sachweh hat die Verwendung dieses Register während der Morgenpflege in Altenpflegeheimen detailliert untersucht und kam zu folgenden Ergebnissen: Zunächst einmal stellt sie fest, dass SBT „[v]or allem in den Situationen der Körperpflege und der Nahrungsaufnahme (im Gegensatz etwa zum Vorlesen oder Geschichtenerzählen)“ (ebd., 165), also situationsspezifisch verwendet wird; nicht in allen Gesprächssettings im Altenheim¹⁴ wird in der beschriebenen Weise gesprochen.

Auf der Ebene der Prosodie sind das „Sprechen in deutlich höherer Tonlage und mit eher schriller Stimme sowie ein größerer Frequenzbereich der Tonhöhe“ (ebd., 145) in der Altenpflege als charakteristisch zu beschreiben, des Weiteren ein langsames Sprechtempo, eine größere Flüssigkeit beim Sprechen

¹⁴ Andere Gesprächsanlässe im Pflegeheim sind weit weniger empraktisch und intim.

und stärkere Segmentation zu beobachten (ebd., 145). Dies gilt jedoch nicht für alle Pfleger; diejenigen, die sich des SBT-Registers bedienen, verwenden nicht unbedingt eine hohe Tonlage oder eine schrille Stimme.

Die PflegerInnen unterscheiden sich z. T. gravierend darin, welche und wie viele Teile ihrer Äußerungen sie durch SBT-Intonation modifizieren: manche heben nur Gliederungssignale, andere einzelne Inhaltswörter, und noch andere ganze Äußerungen hervor. (Sachweh 2000, 146)

Z. B. werden Gliederungssignale (nach längeren Schweigephasen) und tag questions häufig mit einer höheren Stimme realisiert (ebd., 146). Auch Wörter mit der Funktion, einen Kontakt zu etablieren (z. B. hallo oder kuckuck) werden meist mit SBT-typischen Singsang produziert (ebd., 147). Andere Pfleger wiederum „sprechen wichtige Inhaltswörter in der SBT-Intonation“ (ebd., 147). Die SBT-Sprechweise wird nach Sachwehs Beobachtungen in der Pflegeinteraktion multifunktional eingesetzt, nämlich „segmentierend und daher aufmerksamkeitsheischend und verständnissichernd, aber auch Zuneigung signalisierend und auffordernd“ (ebd., 149).

Die Komplexität der Beiträge ist stark reduziert. Die Pfleger benutzen, wie schon bei den verständnissichernden Strategien dargestellt, „eher kurze, einfache Äußerungen und viele geschlossene [elliptische] Fragen“ (ebd., 149). Außerdem verwenden sie „kaum Vergangenheitsformen der Verben und [...] wenige Funktionswörter und viele Inhaltswörter. Untergeordnete Konjunktionen sind z. B. eher selten.“ (ebd., 151)

Pronomen werden häufig durch Nomen ersetzt; deiktische Elemente und Pronomen werden vermieden, was „teilweise redundant wirkt“ (ebd., 151). Anders als beim BT werden Imperative vermieden. Aufforderungen werden oft verkürzt in Form von Infinitivkonstruktionen oder Ellipsen realisiert.

Auch die oben bereits dargestellten Wiederholungen sind ein SBT-Merkmal und werden oft verständnissichernd eingesetzt. Hier wiederholen die „AltenpflegerInnen Satzteile, ganze Sätze und Äußerungsinhalte wörtlich oder paraphrasierend“ (ebd., 153), um das Verständnis der anstehenden Pflegeprozesse zu sichern, die Bewohner zur Mitarbeit zu bringen oder ein längeres Schweigen zu vermeiden (ebd., 154).

Auf der Ebene der Wortwahl werden in der Altenpflege häufig Lexeme der Babysprache verwendet; z. B. werden die Bewohner aufgefordert, etwas schön zu

machen, oder Gegenstände mit fein bezeichnet. Interessant ist, dass bei der Lexemwahl generell gravierende geschlechtsspezifische Unterschiede zu beobachten sind, die Sachweh auf die fehlende Erziehungsrolle¹⁵ der Männer zurückführt. Dies wird z. B. bei der Situations- oder Handlungskommentierung deutlich: Hier verwenden Frauen in der Pflege ein deutlich weiteres Spektrum an lautmalenden Interjektionen (z. B. hoppasala, hatsie/hotschie, rumwidibum oder rumsfidibums etc.), während Männer in Sachwehs Daten nur ein bumsfal-lera realisiert haben. Auch für die Bezeichnung von Körperteile und -funktionen finden sich bei den Frauen deutlich mehr Varianten (z. B. poppes, vier buchsta-ben, großer onkel, schwitzkuhle, haufen, luftikus etc.), während bei Männer bei der Benennung nur¹⁶ po verwenden (ebd., 155).

Weiterhin werden bei der Morgenpflege häufig reduplizierte Formen verwendet, z. B. popo (für das Gesäß), happi happi (für das Essen) oder pieks pieks (für eine Spritze). Die Pflegerinnen neigen darüber hinaus dazu, bei der Referenz auf Dinge oder die Bewohner selbst Kosenamen und Diminutive zu verwenden (ebd., 156). Wie schon im Zusammenhang mit der Intonation angeführt, verwenden aber nicht alle Pfleger Lexeme der SBT, und auch diejenigen, die sie gebrauchen, verwenden sie nicht im gleichen Umfang und nicht alle die gleichen Lexeme (ebd., 156). Selten treten die genannten SBT-Merkmale alle gleichzeitig auf. Vielmehr werden bei der Morgenpflege meist einzelne der dargestellten Elemente realisiert (ebd., 178).

Es ist unbestritten, dass BT bzw. SBT eine wichtige kommunikative Funktion hat. Durch vereinfachte Strukturen (kurze Äußerungen, wenig flektierte Verben, Nutzung eines situationsspezifischen Wortschatzes) wird das Verständnis gesteigert –, im vorliegenden Kontext das der Bewohner –, indem sie möglichst wenig interpretieren müssen, was durch den Einsatz der genannten Verfahren in vielen Fällen auch gelingt (ebd., 157). Auf emotionaler Ebene kann diese Sprechweise positive Gefühle vermitteln, eine Eltern-Kind-ähnliche Beziehung

¹⁵ Die meisten Männer in Sachwehs Daten waren ca. 20 Jahre alt und hatten keine eigenen Kinder, während die Frauen um die 40 Jahre alt waren und zwei Drittel von ihnen Kinder und somit Erfahrungen mit der Säuglings- und Kinderpflege hatten.

¹⁶ Mit „nur“ möchte ich nicht andeuten, dass ich diese Variation grundsätzlich als positiv ansehe. Im Gegenteil empfinde ich z. B. die Ausdrücke *haufen* und *schwitzkuhle* als Referenz auf die Körperausscheidung oder das entsprechende Körperteil als negativ und gesichtsbedrohend.

herstellen und dadurch die Asymmetrie der beiden Interaktanten ausgleichen (ebd., 159 ff.).

Jedoch ist nicht zu vernachlässigen, dass diese simplifizierende Art des Sprechens mit den Bewohnern massive Auswirkungen auf das Image der Bewohner haben kann; darauf weist auch Sachweh hin (ebd., 188). Im Ausbildungsdiskurs zu dieser Strategie, halte ich es für entscheidend, dass das Pflegepersonal für einen gezielten Einsatz dieser Praktik sensibilisiert wird. Denn es gibt nachweislich Bewohner, die auf diese Art des Sprechens extrem negativ reagieren. Andere wiederum befürworten sie wegen der hohen Emotionalität der Bezugnahme und bewerten sie positiv (Thimm 2000, 121). Auch Sachweh stellt fest,

daß SBT entgegen der ersten Intuition von den meisten AdressatInnen (ca. 84%) toleriert oder gar gemocht wird. Offenbar wiegt die damit signalisierte Zuneigung und Fürsorglichkeit in der Realität weitaus schwerer als die mit ihr einhergehende Zuschreibung des Kinder-Status. Es wird deutlich, daß die Perspektive von wenn auch wohlmeinenden Außenstehenden nicht mit der der AdressatInnen von Baby Talk gleichgesetzt werden kann und darf. (Sachweh 2000, 177)

4.4 Kommunikation im Altenheim mit dementen Bewohnern

Welche speziellen Merkmale besitzt nun die Kommunikation mit Dementen? In diesem Abschnitt gebe ich Sachwehs Ergebnisse zu dieser Frage zusammengefasst wieder.

Die Autorin unterscheidet in ihren Befunden nach dem Grad der Beeinträchtigung der Bewohner zwischen leicht und schwer Dementen. In der Kommunikation mit leicht dementen Bewohnern werden auf der Ebene der Verständnissicherung überwiegend geschlossene Fragen und Rückversicherungsfragen verwendet. Um die Aufmerksamkeit der Bewohner auf den Pflegeprozess zu fokussieren, wird nach Sachweh häufig die nominale Anrede verwendet (2000, 217). Weiterhin gibt es eine Tendenz zur sprachlichen Vereinfachung der Beiträge; diese ist jedoch nicht durchgängig: „[i]m Gegensatz zu allen anderen hier untersuchten Gruppen¹⁷ von BewohnerInnen [im] Umgang mit leicht dementen BewohnerInnen genauso viele Nebensätze, d. h. komplexere Äußerungen, wie

¹⁷ Abgesehen von den Menschen, die einfach alt und gebrechlich sind, differenziert Sachweh die Bewohner des Altenheims nach: Demente (leicht und schwer), Schwerhörige, Parkinson-Erkrankte und Schlaganfallpatienten (diese wiederum nach den unterschiedlichen Aphasietypen: Amnestische, Wernicke-, Broca- und Global-Aphasie).

schlichte geschlossene Fragen eingesetzt“ (ebd., 217). Die am häufigsten genutzte protektive Strategie ist das Abschwächen von Aufforderungen, gefolgt von Lob und Komplimenten (ebd., 217).

Auch SBT-Strategien werden in diesem Kontext realisiert, und zwar in Form der oben schon angesprochenen geschlossenen Fragen, außerdem durch die Verwendung des Krankenschwester-Wir und Wiederholungen. Welche Form von Wiederholungen und geschlossenen Fragen in diesem Kontext genutzt werden, differenziert Sachweh jedoch nicht. Als weitere Merkmale nennt sie „Unterbrechungen und (mit einigem Abstand) das Reden über BewohnerInnen in deren Anwesenheit“ (ebd., 217).

Bei schwer Dementen, die überwiegend kaum noch kommunizieren können (s. o. Kapitel 2), werden teilweise dieselben Strategien verwendet wie bei Bewohnern mit leichter Demenz, teilweise aber auch andere. Zur Verständnissicherung wird nach kurzen Pausen häufig die nominale Anrede genutzt, um die Aufmerksamkeit der Bewohner auf den Pflegeprozess zu fokussieren (ebd., 218 f.). Außerdem werden die eigenen Äußerungen wiederholt und Ellipsen realisiert (ebd., 219) um das Verständnis für das aktuelle Geschehen zu sichern und den Interpretationsaufwand zu minimieren. Da die Pflegepersonen den Bewohnern die einzelnen Handlungsschritte ankündigen und erklären, werden entsprechend viele Gliederungssignale und tag questions verwendet, die das Pflegegeschehen für die Bewohner transparent machen sollen (ebd., 219).

SBT-Elemente werden auch in der Kommunikation mit schwer dementen Bewohnern realisiert. Neben den „klassischen“ Wiederholungen, Ellipsen und geschlossenen Fragen werden auch in Interaktionen mit ihnen häufiger SBT-Lexeme und SBT-typische Intonationsverläufe produziert, als bei nicht-dementen Bewohnern (ebd., 222).

Die Praktik der Gesprächssimulation mit Übernahme beider Gesprächsrollen wird nur in Interaktionen mit Broca-Aphasikern und schwer Dementen realisiert. Auch die offensichtlich gesichtsbedrohende deflection-Strategie, also das Übergehen oder Negieren der Äußerungen des Bewohners, und Drohungen sind nur in der Kommunikation mit schwer Dementen zu beobachten (ebd., 220 f., 224). Als weitere gesichtsbedrohende Strategien finden sich Unterbrechungen, das Krankenschwester-Wir, das Imitieren von Eigenheiten der Bewohner (auch in Anwesenheit anderer) und das Sprechen über sie in Gegen-

wart von anderen, wobei sich das Personal in Sachwehs Korpus in diesen Situationen auch über die Bewohner lustig macht.

4.5 Zusammenfassung der bisherigen Ergebnisse

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Pflegekommunikation „zweckgebundene institutionelle Kommunikation“ (Sachweh 2000, 329) ist, die durch die auszuführenden Pflegehandlungen stark vorstrukturiert wird und zu einem Großteil aus Versuchen besteht, „ein Gespräch anzuregen oder in Gang zu halten“ (ebd., 329). Das Gesprächsverhalten der Pfleger weist zwei unterschiedliche Tendenzen auf: Die Pfleger versuchen primär, während des Pflegeprozesses kommunikativ das Verständnis der Bewohner zu sichern; gleichzeitig bemühen sie sich, eine positive Beziehung zu ihnen zu konstituieren. Dabei scheint das Gesprächsverhalten mit der Schwere der Krankheit zusammenzuhängen:

[J]e größer die mentalen Verständnisprobleme der Bewohner sind und je abweichender deren Kommunikationsverhalten ist, umso weniger verständnisichernde und umso mehr beziehungsorientierte Strategien werden eingesetzt. (Sachweh 2000, 222)

Hinsichtlich der Beziehungsarbeit ist das Verhalten der Pfleger im Gespräch jedoch ambivalent, denn „die vermehrte Verwendung von gesichtsschonenden Strategien geht in den meisten Fällen auch mit einer vermehrten Verwendung von gesichtsbedrohenden Strategien einher“ (ebd., 222).

Simplifizierende SBT-Elemente werden am häufigsten gegenüber Dementen, Schwerhörigen und Broca-Aphasikern eingesetzt, während Demente und Wernicke-Aphasiker am häufigsten mit gesichtsbedrohenden Strategien konfrontiert werden (ebd., 223). Schließlich ist festzuhalten, dass in den Interaktionen mit der Gruppe der schwer Dementen alle dargestellten gesichtsbedrohenden Strategien realisiert werden, während dies bei Bewohnern mit anderen Krankheitsbildern nicht der Fall ist.

5. Methodisches Vorgehen und Forschungsdesign

In diesem Kapitel beschreibe ich zunächst ausführlich meine theoretische Position, die Methode der Datenerhebung und die Ansprüche an die Datengrundlage, die sich daraus ergeben. Anschließend diskutiere ich die einzelnen Ebenen des Forschungsdesigns und ethische Aspekte dieser gesprächsanalytischen Untersuchung.

5.1 Methodologische Überlegungen

Wissenschaftstheoretisch steht diese Arbeit in der Tradition der klassischen Gesprächsanalyse¹⁸, eines mikrosoziologischen Ansatzes, der wiederum in der qualitativen Sozialforschung und vor allem der Ethnomethodologie verortet ist (Bergmann 2001, 919; Deppermann 2008, 10). Grundlegende Arbeiten der Gesprächsanalyse sind die Vorlesungen und Arbeiten von Harvey Sacks (1992)¹⁹, Emanuel A. Schegloff (1968) und Gail Jefferson (1972), die in den 1960er und 1970er Jahren entstanden. Auf deren Methodologie und Erkenntnisinteresse bauen heute noch die meisten Arbeiten dieser Forschungsrichtung auf. Ziel dieser Methode war und ist die

Untersuchung von sozialer Interaktion als einem fortwährenden Prozess der Hervorbringung und Absicherung sinnhafter sozialer Ordnung [...], der dabei einer strikt empirischen Orientierung folgt. (Bergmann 2001, 919)

Im Mittelpunkt stehen die kommunikativen Praktiken, mit denen die Interaktanten Gespräche organisieren, ihre Identität konstituieren, die soziale Beziehung herstellen und bearbeiten, Sachverhalte darstellen, ihre Ziele verfolgen, die Modalität des Gesprächs regulieren und Reziprozität herstellen (Deppermann 2010, 9 f.). Um diese Methoden zu erfassen, verzichtet die Gesprächsanalyse auf vorgefertigte Hypothesen und im Vorfeld festgelegte Fragestellungen. Diese werden induktiv und gegenstandsbezogen an authentischem Material entwickelt, damit die zu entwickelnden Kategorien der Realität der Interaktanten entsprechen und nicht vorrangig den Vorstellungen des Forschers.

¹⁸ Ich verwende in dieser Arbeit die Begriffe Konversationsanalyse und Gesprächsanalyse synonym.

¹⁹ Sacks' Vorlesungen aus den Jahren 1967 bis 1974 wurden nach seinem Tod 1975 in kompakter Form publiziert.

Die Gesprächsanalyse ist eine qualitative Forschungsrichtung, die explizit auf eine statistische Auswertung ihrer Daten verzichtet (Deppermann 2008, 11; Bergmann 2002, 531)²⁰. Auch wenn es gerade in diesem Punkt seit längerer Zeit Bestrebungen gibt, den Austausch zwischen Vertretern des qualitativen und des quantitativen Paradigmas zu verbessern (Kallmeyer 1988, 979), sehe ich derzeit keinen Erkenntnisgewinn, den ein Einbezug statistischer Analysen für diese explorativ angelegte Arbeit bringen sollte.²¹

Deppermann²² (2005) bezeichnet diese gegenstandsfundierte analytische Herangehensweise an Gespräche als „reflexive Ethnomethodologie“ (ebd., 55 f., Bergmann 2002, 531). Für dieses Vorgehen, wie auch für diese Arbeit, gelten folgende Analyseprinzipien:

- Naturalistische Untersuchung
- Datengetriebene Analyse
- Rekonstruktion interaktiver Konstitutions- und Organisationsprinzipien
- Sequenzialitätsprinzip
- Explikativ-problemtheoretischer Ansatz

Gegenstand der Untersuchung sind immer natürliche Interaktionen, die – in meinem Fall mit Audio-Aufnahmegeräten – aufgezeichnet und anschließend transkribiert werden.

Statt empirische Phänomene unter vorab spezifizierte Hypothesen und Kategorien zu subsumieren, ist der Forscher gehalten, am empirischen Material möglichst viele Interpretationen und Hypothesen zu entwickeln bzw. zu erproben. (Deppermann 2005, 57)

Dies ist unabdingbar, um möglichst sensibel für eigene Vorannahmen zu sein, die in die Analyse empirischer Daten unvermeidlich einfließen, und sie kritisch

²⁰ Hier ist anzumerken, dass auch bei einer rein qualitativen Forschungsausrichtung immer auch quantitative Aspekte eine Rolle spielen, da Aussagen wie „XY kommt häufiger vor als YZ“ quantitativen Charakter haben. Wenn das Ziel einer Erhebung ist, kommunikative Praktiken herauszuarbeiten, sind solche Feststellungen unabdingbar. Verzichtet wird in dieser Arbeit darauf, soziodemografische Daten explizit mit kommunikativen Praktiken zu verknüpfen.

²¹ Interessant ist, dass Sachweh (1999) in ihrer Dissertation über diesen Bereich durchaus statistische Analysen einbezieht; auch dort bringen sie aber meines Erachtens weder für die Grundlagenforschung einen Mehrwert noch für die Interpretation oder die Aussagekraft der Daten.

²² Deppermanns „Einführung in die Gesprächsanalyse“ (2008) ist in meinen Augen die umfassendste Darstellung der Methodik der Gesprächsanalyse und bildet somit einen zentralen Bezugspunkt für meine methodologischen Überlegungen.

zu reflektieren, um dann im zweiten Schritt aus den Daten möglichst vorurteilsfrei die „Methoden, Prinzipien und Organisationsformen“ (ebd., 57) rekonstruieren zu können, nach denen die Interaktanten Gespräche herstellen.

Die Sequenzanalyse ist eine gegenstandsbasierte Analysemethode, die sich auf die Eigenschaften eines Gesprächs bezieht. Sie geht davon aus, dass soziale Wirklichkeit in „zeitlich organisierten Handlungsprozessen hergestellt“ wird und dementsprechend muss die Analyse dies berücksichtigen und das Gespräch und die Interpretationsleistungen der Interaktanten „sequenziell“ rekonstruieren (ebd., 58).

Das Erkenntnisinteresse, das hinter diesem Untersuchungsansatz steht, ist ein „explikatives ‚Wie‘- und ein explanatives ‚Warum‘-Interesse“ (ebd., 59): Wie vollziehen die Interaktanten ihre Gespräche und welche Ziele verfolgen sie dabei jeweils an den unterschiedlichen Positionen im Gespräch? Zentraler Bestandteil der Analyse ist dabei, die interpretativen Leistungen der Interaktanten herauszuarbeiten, die diese sich im Gespräch gegenseitig aufzeigen, um zu verstehen, welche Funktion die einzelnen kommunikativen Strategien sowohl in Bezug auf Gesprächsaufgaben (z. B. Organisation des Gesprächs, Konstitution der sozialen Beziehung usw.) als auch in Bezug auf außersprachliche Aufgaben (z. B. Wecken der Bewohner, Körperpflege, Verabreichung von Medikamenten usw.) erfüllen.

Mit diesem Vorgehen werde ich auf der Basis des KmD-Korpus (Kommunikation mit Dementen) analysieren, mit welchen sprachlichen Praktiken das Pflegepersonal die alltäglichen außer- und innersprachlichen Aufgaben im Setting der Morgenpflege mit dementen Bewohnern bearbeitet.

5.2 Erhebungsdesign und Verhalten im Feld

Die Daten, die die Grundlage dieser Untersuchung bilden, wurden während zweier Feldphasen in den Jahren 2009 und 2010 in zwei verschiedenen Pflegeheimen im Ruhrgebiet²³ erhoben. Insgesamt war ich über einen Zeitraum von acht Wochen im Untersuchungsfeld.

²³ Aus Gründen der Anonymisierung nenne ich hier keine weiteren Einzelheiten, die eine Identifizierung der Pflegeheime ermöglichen könnten, obwohl ich mich an dieser Stelle gern nochmal

Den Zugang zum Feld erhielt ich durch die Genehmigung der Heimleitung²⁴, die auch einen Vorbesprechungstermin mit dem Personal des jeweiligen Wohnbereichs organisierte. Es handelt sich um eine offene Datenerhebung mit Top-down-Zugang zum Untersuchungsfeld (also über die Pflegeleitung zu den Mitarbeitern) (Atteslander 2003, 99 ff.; Girtler 2001, 69 ff.). Bei der Vorbesprechung mit den Mitarbeitern war es mir besonders wichtig, das Vertrauen der Angestellten zu gewinnen (Girtler 2001, 92); entsprechend war ich in Bezug auf meine Untersuchung möglichst offen. So nannte ich schon im Vorfeld präzise meine Fragestellung, da ich der Ansicht bin, „daß man nur mit Offenlegung der ehrlichen Absichten das Vertrauen einer Gruppe gewinnen kann“ (Schlobinski 1996, 50). Alle Mitarbeiter auf den ausgewählten Stationen gaben mir ihr Einverständnis, sie während ihrer Pflegeaktivitäten aufzuzeichnen zu dürfen und die Daten anschließend anonymisiert zu veröffentlichen.

Deutlich aufwendiger war es, eine Einverständniserklärung der dementen Bewohner einzuholen. Mir war es aus juristischen und ethischen Gründen wichtig, das Einverständnis auf juristisch korrektem Wege einzuholen; darum kontaktierte ich die Bewohner selbst, deren Angehörige oder den offiziellen Vormund, um die entsprechenden Genehmigungen zu erhalten.

Bei den Aufzeichnungen fokussierte ich eine der charakteristischen Aufgaben im Tätigkeitsspektrum der Pflegekräfte, nämlich die Morgenpflege der Bewohner. Diese Handlung nimmt einen Großteil der Arbeitszeit des Pflegepersonals in Anspruch, wie ich im Verlauf der Arbeit noch zeigen werde. Außerdem ist diese Phase eines der Merkmale, die diese Einrichtung von anderen Institutionen wie z. B. Krankenhäusern unterscheiden, in denen kranke Menschen meist nur temporär betreut werden.

Wie bei jeder qualitativen Datenerhebung ergab sich auch hier bei der Arbeit im Feld das Problem, das als Beobachterparadoxon bezeichnet wird.

Um die Daten zu erhalten, die am wichtigsten für die linguistische Theorie sind, müssen wir beobachten, wie die Leute sprechen, wenn sie nicht beobachtet werden. (Labov 1980, 17)

ausdrücklich für die Offenheit und Freundlichkeit des Führungs- und Pflegepersonals bedanken würde.

²⁴ Um den Aufwand zu verdeutlichen, der mit dem Feldzugang verbunden war: Ich habe insgesamt 96 Altenheime angeschrieben und nur von dreien eine Antwort erhalten. Zwei dieser Institutionen gestatteten mir dann, meine Untersuchung durchzuführen und Aufnahmen zu machen.

Um die Beeinflussung möglichst gering zu halten, wurden die drei Aufnahmege-
räte vor der Morgenpflege so in den Zimmern der Bewohner positioniert, dass
sie für das Pflegepersonal im Regelfall nicht sichtbar waren.²⁵ Zu diesem Zeit-
punkt schliefen die Bewohner meist, so dass sie meinen Eintritt in ihr Zimmer
(überwiegend) nicht bemerkten.²⁶

Ich übernahm während der Feldphase die Rolle eines Praktikanten und erledig-
te kleinere Arbeiten auf der Station (z. B.: Essen reichen, Frühstück zubereiten,
Bewohner unterhalten etc.). Dies war für die Erhebung aus zwei Gründen wich-
tig: Erstens ist es hilfreich, ein Gefühl für die Tätigkeiten des Pflegepersonals zu
entwickeln, um die Wichtigkeit der einzelnen Tätigkeiten im Rahmen ihres
Handlungsspektrums zu verstehen (Girtler 2001, 116) und diese Erfahrungen
später in die Interpretation einfließen zu lassen. Zweitens ist die Teilnahme an
den alltäglichen Aufgaben wichtig, um auf das Personal nicht wie ein „Kontrol-
leur“ zu wirken (Bachmann 2002, 339); ein solcher Eindruck kann gerade bei
dem hier gewählten Top-down-Zugang zum Feld trotz der einleitenden Erklä-
rung leicht entstehen und könnte das Beobachterparadoxon noch verstärken.
Ich verbrachte auch die informellen Zeiten (Rauchpausen, Frühstückszeit und
Mittagspausen) gemeinsam mit dem Pflegepersonal oder den Bewohnern.
Wenn ich mir Notizen über verschiedene Abläufe machte, tat ich das jedoch
unbeobachtet von den Akteuren. Hinsichtlich der Bewohner spielte das Be-
obachterparadoxon eine untergeordnete Rolle. Aufgrund der Demenz hat ein
Großteil der Bewohner in fast allen Fällen vergessen wer ich war und ich war
während der Pflegeinteraktionen nicht in den Räumen anwesend.

Abschließend lässt sich das Erhebungsdesign als offenes, strukturiertes und
nichtteilnehmendes Design klassifizieren. Ich war zwar während der Erhebung
im Feld anwesend, habe die zu untersuchenden Interaktionen jedoch bewusst
nicht direkt beobachtet, sondern sie passiv mit Audiogeräten aufgezeichnet.

²⁵ Dieses Vorgehen wurde im Vorfeld mit den Beteiligten abgesprochen und mit den Vorteilen
für diese Untersuchung begründet. In einigen Fällen wurden die Geräte zwar vom Pflegeperso-
nal entdeckt und dies auch angesprochen, die betreffenden Gespräche zeigen jedoch keine
signifikanten Unterschiede gegenüber den Aufnahmen, in denen dies nicht thematisiert wird.

²⁶ Im Vorfeld der Pflege sind auf den Aufnahmen häufig bis zu eine Stunde Schnarchgeräusche
zu hören, und mein Eintreten wird von den Bewohnern nicht thematisiert.

5.3 Erörterungen zum Erhebungsdesign

Ich habe mich bewusst dagegen entschieden, während der Aufnahmen in den Zimmern der Bewohner selbst physisch anwesend zu sein. Mir ist bewusst, dass andere gesprächsanalytische Arbeiten mit ähnlichem Untersuchungsgegenstand (Lalouschek/Menz 2002; Sachweh 2000) anders verfahren und dadurch mehr als nur auditive Informationen aus der Kommunikationssituation dokumentieren können; das war mir aufgrund meines Erhebungsdesigns nicht möglich. Ich halte die von mir gewählte Vorgehensweise im Hinblick auf mein Untersuchungsinteresse aus folgenden Gründen für angemessen:

- Besonders in intimen Situationen während der Morgenpflege²⁷ hätte es die Authentizität der Interaktion zwischen Patient und Pflegeperson beeinträchtigt, wenn gleichzeitig eine weitere, fremde Person (u. U. des anderen Geschlechts) anwesend gewesen wäre, die in die Pflege nicht involviert ist und in der Interaktion ganz andere Ziele verfolgt.
- Die Datenerhebung lief über einen Zeitraum von 28 Tagen. Das ist meines Erachtens nicht ausreichend, um zu den Interaktanten im Feld ein so offenes Verhältnis aufzubauen, dass meine Anwesenheit in der Pflegesituation möglich gewesen wäre, ohne die Kommunikation bei der Morgenpflege signifikant in Richtung sozial erwünschten Verhaltens²⁸ zu verändern. Eine Videoaufzeichnung hätte diesen Effekt noch zusätzlich verstärkt.
- Durch bloße Anwesenheit im Raum während der Interaktion, ohne Dokumentationsmöglichkeiten wie z. B. eine Videokamera, einen Schreibblock, ein iPad etc., lassen sich meines Erachtens nicht unbedingt mehr Informationen gewinnen, die in der späteren Analyse genutzt werden können.

²⁷ Hier ist zum Beispiel die Begleitung zur Toilette oder die Intimpflege gemeint.

²⁸ Damit ist gemeint, dass die Pflegepersonen sich in der Interaktion so verhalten würden, wie der Forscher es ihrer Meinung nach erwartet und in dem betreffenden Kontext als angemessen empfindet.

Mir ist aber durchaus bewusst, dass auch die von mir gewählte Variante nicht der Königsweg ist, um „optimale“ Daten im Sinne der Gesprächsforschung zu bekommen (Deppermann 2008, 11). Meine Präsenz im Feld und die Tatsache, dass ich dem Personal meine Untersuchungsziele offen mitgeteilt habe, haben mit hoher Wahrscheinlichkeit ebenfalls das Handeln der Beobachteten verändert. Natürlich beeinflusst auch das Wissen, dass am Arbeitsplatz möglicherweise ein Tonbandgerät versteckt ist, die Interaktion. Ich bin aber überzeugt, dass die physische Anwesenheit des Forschers in dieser intimen Situation, in der normalerweise nur zwei Personen (Pflegepersonal und Bewohner) anwesend sind (evtl. drei, je nach Zimmeraufteilung), das Kommunikationsverhalten weitaus stärker beeinflusst hätte.

In Bezug auf das Beobachterparadoxon spielt meines Erachtens der Faktor Zeit eine elementare Rolle; genauer: der Zeitraum, über den der Beobachter in der Lebenswelt der zu Untersuchenden präsent ist. In der „klassischen Ethnologie“ geht man von einem Untersuchungszeitraum von mindestens einem Jahr aus (Bachmann 2002, 334). Dies ist in der Gesprächsforschung aus finanziellen und organisatorischen Gründen kaum zu realisieren. Es ist jedoch erwiesen, dass „für den Vertrauensaufbau im Feld [...] oft eine lange Präsenz des Forschers erforderlich [ist]“ (Spranz-Fogasy/Deppermann 2001, 1009). Selbst wenn bei „den beobachteten Personen mit der Zeit ein Gewöhnungseffekt eintritt und dadurch die tägliche Routine wieder die Oberhand über das Bewußtsein des Aufgenommenwerdens gewinnt“ (Lalouschek/Menz 2002, 49), reichen drei bis vier Wochen im Untersuchungsfeld meiner Ansicht nach nicht aus, um das Vertrauen aufzubauen²⁹ das nötig ist, damit die Anwesenheit des Forschers wie die eines Arbeitskollegen oder sonstigen Gruppenmitglieds wahrgenommen wird.

²⁹ Mir sind allerdings keine Theorien oder Untersuchungen bekannt, die meine Einschätzung bestätigen oder widerlegen.

5.4 Die Datengrundlage

Aus dem Vorgehen nach den oben ausgeführten Überlegungen ist das KmD-Korpus³⁰ entstanden. Es besteht aus insgesamt 25 Morgenpflege-Interaktionen, die als Tondateien im WAV- und MP3-Format vorliegen und alle vollständig transkribiert sind. Die Gespräche haben eine Gesamtlänge von 548 Minuten. Es wurden 12 Interaktanten auf Seiten des Pflegepersonals und 16 demente Bewohner aufgezeichnet. Für das Pflegepersonal wurden soziodemografische Daten wie Herkunft, Alter, Betriebszugehörigkeit und Migrationshintergrund erhoben, für die Bewohner das Alter, die Demenzform, die Herkunft und die Dauer des Aufenthalts in der Pflegeinstitution, sofern dies möglich war.

Im Hinblick auf die Transkriptionskonventionen habe ich mich aufgrund der technischen Anforderungen des Transkriptionstools FOLKER, meines Untersuchungsinteresses und des Umfangs der Daten für die GAT 2-Basistranskriptionen (Selting et al. 2009) entschieden.³¹ Diese übernehme mit nur einer Ergänzung. Unverständliche Äußerungen werden nach GAT 2 durch „beliebige Wiederholungen der Zeichenkette +++“ (ebd., 369) dargestellt. Eine Zeichenkette entspricht dabei einer Silbe. Ich habe dieser Konvention die Tonhöhenbewegung am Ende der Einheit hinzugefügt, um unverständliche Beiträge von Bewohnern zu markieren, die aufgrund von Artikulationsschwierigkeiten sehr undeutlich und kaum verständlich sprechen. Auch wenn kein Wort nachvollziehbar ist, werden die Beiträge der Bewohner häufig als ganz normal verständliche Turns bearbeitet. Deswegen ergänze ich die GAT-2-Konventionen an dieser Stelle, um dieses Phänomen präziser darstellen zu können.

5.5 Juristische und ethische Aspekte der Untersuchung

Bei einer Forschungsarbeit, die so stark in den Intimbereich hilfsbedürftiger Menschen eindringt, muss meines Erachtens ständig reflektiert und kontrolliert werden, dass das Vorgehen ethisch und juristisch vertretbar ist. Zwei zentrale Momente des Forschungsdesigns sind davon in besonderer Weise betroffen:

³⁰ Ein Transkriptband befindet sich in Arbeit und soll per Open Access kostenlos allen Interessierten zugänglich gemacht werden.

³¹ Im Anhang finden Sie einen Überblick über die verwendeten Konventionen nach GAT 2.

die Einwilligung der untersuchten Personen zur Teilnahme an der Untersuchung und die Weiterverarbeitung und Publikation der Daten.

Ich habe vor und in der Erhebungsphase zu jeder Zeit meine Vorgehensweise bei der Datenerhebung und mein Erkenntnisinteresse offengelegt und meine Absichten klar formuliert (Atteslander 2003, 116; Girtler 2001, 171 f.). Alle von mir aufgezeichneten Interaktanten (oder ihre Betreuungspersonen) hatten zu jeder Zeit die Möglichkeit, sich Aufnahmen von Interaktionen, an denen sie beteiligt waren, aushändigen zu lassen, sie anzuhören und sie löschen zu lassen.³²

Ich habe nur Personen aufgenommen, die mir nach einem Informationsgespräch freiwillig ihre Einwilligung dazu gegeben hatten. Das Pflegepersonal informierte ich zu einem vereinbarten Zeitpunkt in der gesamten Gruppe. Die Bewohner sprach ich einzeln an, sie gaben mir ihre Einwilligung selbst, wenn sie dazu kognitiv und rechtlich in der Lage waren, oder ich erhielt diese von der jeweiligen Betreuungsperson.

Bei der anschließenden Umsetzung der Datenerhebung ergaben sich Probleme daraus, dass teilweise zwei Personen in einem Zimmer lagen. Wenn ich nur von einer Person die Erlaubnis zur Aufzeichnung hatte, musste dieses Zimmer von der Datenerhebung ausgeschlossen werden. Dadurch erhielt ich weniger Daten für das Korpus.

Der andere große Bereich, in dem ethische Aspekte eine Rolle spielen, ist die Verarbeitung und Publikation der aufgezeichneten Gespräche. Nach dem Prinzip der Nichtschädigung (Hopf 2007, 594 f.; Atteslander 2003, 117) sind grundsätzlich sämtliche Daten zu anonymisieren. Für diese Arbeit bedeutet das:

- In den Transkripten wurden sämtliche Namen geändert.
- Alle genannten Orte wurden verändert (z. B. Stuttgart wurde zu Freiburg).
- Angaben zu früheren Berufen, Hobbys und sonstigen Tätigkeiten wurden getilgt und durch ähnliche ersetzt (z. B. Tischtennis wurde zu Federball).

³² Diese Möglichkeit wurde zweimal von Pflegepersonen mit dem Hinweis auf „einen schlechten Tag“ wahrgenommen.

Diese Anonymisierungen nahm ich am gesamten Material vor, um eine nachträgliche Identifikation der Heime, der Bewohner oder des Pflegepersonals unmöglich zu machen.

Basierend auf der soeben dargestellten Datenbasis und mithilfe der Gesprächsanalyse analysiere ich nun im empirischen Teil dieser Arbeit die zentralen Untersuchungsfragen.

6. Empirische Analyse

Nach den theoretischen Vorüberlegungen stelle ich nun die Ergebnisse meiner Analyse vor. Ich beginne mit der Darstellung des Adressierungssystems, um aufzuzeigen, wie Interaktanten durch dieses Verfahren Beziehungsarbeit leisten. Anschließend analysiere ich die Eröffnungsphase mit ihren unterschiedlichen Realisierungen. Die Analyse der Kernphase gliedere ich in handlungseinleitende, begleitende und abschließende Verfahren, um die unterschiedlichen Praktiken bei der Bewältigung der Pflegeaufgaben nachzuzeichnen. Der Abschluss der Interaktionen ist Gegenstand des folgenden Abschnitts. Anschließend fokussiere ich die unterschiedlichen Aufforderungsvarianten, die ein zentraler Bestandteil in diesem empraktischen Gesprächstyp sind. Danach analysiere ich die kommunikative Behandlung von pflegefernen Themen und deren Organisation. Es wird in der Altenpflege auch über Bewohner in ihrer Anwesenheit gesprochen. Dies ist Gegenstand des folgenden Abschnitts, bevor ich zu den kommunikativen Verfahren komme, mit denen pflegespezifische Interaktionsphänomene bearbeitet werden. Die Oberflächenstruktur der Äußerungen und die damit stark zusammenhängende Diskussion zum SBT bilden den Abschluss der Analyse, bevor ich die Ergebnisse zusammenfasse.

6.1 Adressierungssystem während der Morgenpflege

Bei der Analyse institutioneller Kommunikationspraktiken kommt der Form der Adressierung eine besondere Bedeutung zu. Denn

[i]ndem sich ein Sprecher an einen Anwesenden wendet, setzt er sich unvermeidlich in ein Verhältnis zu ihm. In der Art seiner Adressierung drückt sich daher immer die soziale Beziehung zwischen den Interaktanten aus. (Hartung 2001, 1349)

Die Art und Weise der Adressierung ist somit in jeder Interaktion ein zentrales Element für die Konstitution der sozialen Beziehung. Ihre Funktionen gehen aber über die der Beziehungskonstitution hinaus, wie ich im Folgenden zeigen werde.

Zunächst jedoch zu den beziehungsorientierten Implikationen der Adressierung während der Morgenpflege. In meinen Daten werden die Bewohner wie auch in Sachwehs Untersuchung (2000, 132) überwiegend mit pronominalem Sie und

der nominalen Referenz durch Herr/Frau + Nachname angesprochen; dies wird im Folgenden als Standard-Adressierung bezeichnet. Diese Variante ist in allen Gesprächen zu beobachten. Durch diese Adressierung wird dem Bewohner der Status eines Erwachsenen zugewiesen, dem Respekt entgegengebracht wird; damit wird der Statusunterschied zwischen Pfleger und Bewohner ausgeglichen. Dieses Adressierungsverfahren wird in institutionellen Kontexten im Gesundheitsbereich (z. B. Arzt/Patient oder Therapeut/Klient) zwischen Dienstleister und Kunde häufig angewendet. Es ist das typische Muster der respektvollen Adressierung in Erwachsenenkommunikation allgemein, auch in Situationen, in denen einer der Interaktanten einen höheren Status hat. Dies ist im Pflegebereich vor allem deshalb interessant, weil das Adressierungsverhalten der dortigen Bewohner nicht konsistent denselben Regeln folgt. Die Bewohner des Pflegeheims in meinen Daten sprechen die Pflegekräfte nur selten mit dem pronominalen Sie an, meistens adressieren sie sie gar nicht verbal, duzen sie und reden sie mit ihrem Vornamen oder in ihrer sozialen Rolle an, in diesem Fall mit „Schwester“, wie es auch Sachweh beschreibt (ebd., 242 ff.).

Trotz dieser ungleichen Verfahren auf Seiten der Bewohner und der Pfleger ist die oben gezeigte professionelle Standard-Adressierung die übliche Variante der Pflegekräfte. Sie erfüllt neben der Konstitution einer positiven Beziehung noch weitere Funktionen.

6.1.1 Adressierung mit nominaler und pronominaler Referenz

Die Standard-Adressierung signalisiert nicht nur Respekt und Höflichkeit, sie ermöglicht auch, die Aufmerksamkeit des angesprochenen Bewohners in einer gesichtsschonenden Weise auf etwas Bestimmtes zu lenken.

Beispiel 1: KmD – 018

0065	P10	↑setzen sich mal nach hinten frau balem.
0066		(34.27)
0067	P10	so die ↑haare kämmen,
0068		(28.09)
0069	P10	so frau balem–
0070		dann kommen se mal mit,

Gegen Ende der Pflege fordert die Pflegerin (P10) die Bewohnerin auf, sich hinzusetzen (Z. 65: ↑setzen sich mal nach hinten frau balem.); dabei sichert sie sich durch die Standard-Adressierung am Ende der Einheit deren Aufmerksamkeit und fordert eine Reaktion ein. Häufig wird in solchen Fällen die Adressierung auch vorangestellt; dies hat eine verständnissichernde und handlungssteuernde Gesprächsfunktion. Ein solcher Fall ist in Zeile 69-70 zu beobachten. Die einzelnen Pflegehandlungen werden durch eine Gliederungspartikel in Kombination mit der Standard-Adressierung (so frau balem–) voneinander abgegrenzt. In vielen Sequenzen ist zu sehen, dass der folgende Schritt in den Pflegeprozess segmentierenden Sequenzen nur noch pronominal (Z. 70: dann kommen se mal mit,) adressiert wird.

6.1.2 Adressierung mit wir

Eine weitere im Pflegekontext häufig gebrauchte Form der Adressierung ist die pronominale Referenz mit wir, die auf beide Interaktanten, Bewohner und Pfleger, referiert.

Beispiel 2: KmD – 008

0153	B3	↑↑hello mein mädelchen;
0154	P1	↑hallo;
0155		(0.84)
0156	P1	sollen wa ↑langsam?
0157	B3	och setz dich doch hin–
0158	P1	oh frau birkner nicht hinsetzen;

Die Bewohnerin (B3) liegt nach einer ersten Begrüßung durch die Pflegerin noch immer in ihrem Bett und will nicht aufstehen. In einer erneuten Begrüßungssequenz adressiert sie die Pflegerin (P1) in einer sozialen Rolle (Z. 153: ↑↑hello mein mädelchen;). Die Pflegerin markiert dies mit ihrer Antwort (Z. 154: ↑hallo;) gesichtsschonend als korrekt, obwohl eine solche Begrüßungssequenz prototypisch an den Beginn der Interaktion gehört. Anschließend schlägt sie der Bewohnerin in Form einer Frage (Z. 156: sollen wa ↑langsam?) vor, den Pflegeprozess fortzuführen; dabei referiert sie mit wir auf sich und die Bewohnerin.

B3 lehnt dies indirekt ab, indem sie im Gegenzug P1 auffordert, sich zu setzen (Z. 157: och setz dich doch hin–). Das verneint P1, wobei sie eine höfliche Standard-Adressierung voranstellt (Z. 158: oh frau birkner nicht hinsetzen;), um diese Aufforderung abzuschwächen.

An diesem Beispiel wird deutlich, wie vielfältig die Referenzen in den Interaktionen sein können. Zudem illustriert es, dass die Pflegekräfte überwiegend die Standard-Adressierung beibehalten, auch wenn die Bewohner eher zum pronominalen du und einer Adressierung in sozialen Rollen tendieren.

6.1.3 Adressierung durch wir als grammatisches Subjekt

Das Wir wird jedoch auch in Situationen verwendet, in denen es für Außenstehende schwer nachvollziehbar ist, da es als grammatisches Subjekt gebraucht wird; dieses Phänomen hat und mittlerweile sogar eine eigene Bezeichnung (Krankenschwester-Wir).

Beispiel 3: KmD – 008

0529	P1	frau haas, (.) noch ↑nicht hinsetzen;
0530		erst müssen wir uns anziehen;
0531		(5.58)
0532	P1	so–
0533		↑das ziehn wir hoch–

P1 referiert in Zeile 539 (erst müssen wir uns anziehen;) auf eine Tätigkeit, die sie eindeutig allein ausgeführt; sie kann gar nicht von beiden Interaktanten gemeinsam vollzogen werden, da die Bewohnerin gelähmt ist. Bei diesem Pflegeschritt ist Compliance zwar arbeitserleichternd, die Pflegerin kann ihn aber grundsätzlich auch ohne Mithilfe der Bewohnerin und ohne technische Hilfsmittel (z. B. einen Lifter) realisieren. Durch die Äußerung in Zeile 529-530 schafft sie in diesem Moment einerseits Orientierung, indem sie die Pflegehandlung verbal segmentiert. Andererseits konstituiert sie mit dem Wir die Bewohnerin als einen aktiven Teil der Pflege und nicht als hilfsbedürftig.

6.1.4 Adressierung mit ambivalenten Formen (1)

Prinzipiell sollten Adressierungsverfahren die Beziehung der Interaktanten in einer eindeutigen Weise interpretierbar sein. Es gibt aber auch Situationen, in denen mehrere widersprüchliche Optionen gleichzeitig realisiert werden.

Beispiel 4: KmD – 001

0262	P1	man sehen sie heut gut aus-
0263	B1	<<gehaucht> ja->
0264	P1	ja (.) richtig schick sehen sie aus-
0265		(1.72)
0266	P1	frau cornelia-
0267		bisschen parfüm?

In Zeile 266 adressiert P1 eine handlungseinleitende Frage mit „frau“ in Kombination mit dem Vornamen der Bewohnerin (frau cornelia-) Diese Form lässt verschiedenen Interpretationen zu: Auf der einen Seite verweist „frau“ auf die höfliche und professionelle nominale Referenz; deren Realisierung erfordert aber den Nachnamen. Auf der anderen Seite kann P1 durch die Adressierung mit dem Vornamen eine größere Nähe und damit eventuell auch mehr Aufmerksamkeit herstellen. Solche widersprüchlichen Formen finden sich in den Daten aber selten und nur in Interaktionen mit schwerstdementen Bewohnern.

6.1.5 Adressierung mit ambivalenten Formen (2)

Im folgenden Beispiel werden ebenfalls ambivalente Adressierungsvarianten genutzt. Hier ist es die Verbform, die eine Ambivalenz auslöst.

Beispiel 5: KmD – 007

0294	P2	so frau lause, jetzt nimma die beine bitte auseinander ja?
0295		(1.39)
0296	P2	so weit es geht,
0297		(3.07)

Bei einer Aufforderung zu Beginn der Intimpflege adressiert P2 die Bewohnerin zunächst mit der Standard-Adressierung, um ihre Aufmerksamkeit zu erringen (Z. 294: so frau lause). Anschließend formuliert sie aber eine Bitte mit einer imperativischen Verbform in der zweiten Person Singular (Z. 294: jetzt nimma die beine bitte auseinander ja?). Wie Sachweh (2000, 179) schon feststellt, sind solche Formen ambivalent: Die nominale Adressierung und das bitte stellen eine respektvolle Adressierung dar, während die Verbform in der zweiten Person Singular auf „Vertrautheit bzw. Unterordnung“ hindeutet. Der pronominaler Wechsel vom Sie zum du geht in meinem Korpus häufiger mit einer Herabstufung einher als mit Gleichstellung; diese wird durch andere Formen der Adressierung vollzogen.

6.1.6 Adressierung mit du

Wie oben bereits angedeutet, werden die Bewohner pronominal nicht immer mit dem höflichen Sie adressiert. In verschiedenen Situationen findet ein Wechsel in der Anrede statt, der mit einer Abwertung der Bewohner einhergeht.

Beispiel 6: KmD – 004

0084	P2	ziehen sie sich mal ein bisschen hoch frau lause;
0085		(34.27)
0086	P2	zu mir,
0087		weiter zu mir,
0088		ach du scheiße du hast wieder alles versaut–

Zunächst wird die Bewohnerin am Ende der Aufforderung mit der Standard-Adressierung angesprochen (Z. 84: ziehen sie sich mal ein bisschen hoch frau lause;). Als sie der Aufforderung nachkommt, wird sichtbar, dass sie ins Bett gekotet hat. P2 kommentiert dies mit einer pejorativen Bezugnahme, die sie mit der in diesem Fall gesichtsbedrohenden Adressierung „du“ realisiert (Z. 88: ach du scheiße du hast wieder alles versaut–). In den Daten ist zu beobachten,

dass das Pflegepersonal in Situationen, in denen es solche Zwischenfälle bearbeiten muss, die Anredeform in einer Weise verändert, die die Bewohner abwertet bzw. unterordnet. Im Regelfall wechselt die Adressierungsform beim nächsten Pflegeschritt wieder zurück zur Standard-Adressierung; sie scheint also eng mit der – in diesem Fall negativen – emotionalen Befindlichkeit der Pflegeperson verknüpft zu sein.

6.1.7 Adressierung mit dem Vornamen

Anders als der Wechsel der Pronomina hat der Modalitätswechsel zum Vornamen in der Regel die Funktion, eine größere Nähe zu schaffen. In meinen Daten wird er nur in einem Fall in einer abwertenden Funktion gebraucht. Das folgende Beispiel zeigt den Gebrauch des Vornamens zur Herstellung von Nähe.

Beispiel 7: KmD – 008

0491	P1	ja: ist gut,
0492	P1	ist gut;
0493		(2.0)
0494	P1	ne,
0495		(1.39)
0496	P1	cornelia,
0497		(1.67)
0498	P1	cornelia;
0499		(0.84)
0500	P1	((P1 lacht mit geschlossenem Mund))
0501		(0.74)
0502	P1	↑ist alles in ordnung;

In dieser Interaktion hat die Bewohnerin die ganze Zeit einen Gesichtsausdruck, der als ängstlich interpretiert werden kann; sie macht den Eindruck, als wäre sie kurz davor, in Tränen auszubrechen. P1 bearbeitet diesen Zustand, indem sie versucht, die Bewohnerin zu beruhigen (Z. 491-494). Anschließend versucht sie die Aufmerksamkeit der Bewohnerin zu gewinnen, indem sie sie zweimal mit ihrem Vornamen adressiert (Z. 496: cornelia, / Z. 498: cornelia;).

Diese Form der Anrede stellt in diesem Kontext mehr Nähe zwischen den Interaktantinnen her, als es mit der Standard-Adressierung möglich wäre.

Das Beispiel macht deutlich, dass ein Wechsel der Adressierungsmodi nicht zwangsläufig negative Implikationen hat, sondern durchaus auch eine gesichtschonende Funktion haben kann. Bei diesem Verfahren gebrauchen die Pflegepersonen in einigen Interaktionen auch Verkürzungen des Vornamens, um eine positive Beziehung zu konstituieren.

6.1.8 Adressierung mit einer Charakterisierung

In einigen wenigen Fällen werden Bewohner mit einer Charakterisierung oder einem Kosenamen angesprochen. Diese Formen der Adressierung sind in den von mir untersuchten Interaktionen durchgängig positiv belegt; im gesamten Korpus findet sich keine negative Bezugnahme durch ein solches Verfahren. Der folgende Ausschnitt zeigt eine Ansprache mit einer Charakterisierung:

Beispiel 8: KmD – 014

0065	P6	so ist besser,
0066		(2.0)
0067	P6	NA sie sind ja ein richtig müder kriegler noch ne?
0068		(1.72)
0069	P6	haben sie die nacht schlecht geschlafen?
0070		(1.58)
0071	P6	herr rubinski, (.) ok?

In diesem Beispiel adressiert P6 eine geschlossene Frage mit einer positiv besetzten Charakterisierung (müder kriegler, Z. 67), die eine eher freundschaftliche Beziehung signalisiert: Sie weist dem Bewohner positive Attribute zu und wertet ihn dadurch auf. Diese Strategie wird nur vereinzelt angewendet. In allen beobachteten Fällen wechselt das Personal in den Folgebeiträgen wieder zur professionellen Standard-Adressierung.

6.1.9 Adressierung in einer Fremdsprache und mit sozialen Kategorien

Ein letztes und seltenes Verfahren der Adressierung von Bewohnern, das ich in meinen Daten beobachtet habe, ist die Variante, dass explizit die Beziehung zwischen den Interaktanten thematisiert wird. In diesen Fällen verwenden die Pflegepersonen fremdsprachliche Begriffe und soziale Kategorien als Adressierungsvarianten, um die Beziehung zu den Bewohnern zu gestalten.

Beispiel 9: KmD – 014

0241	P6	so: monsieur;;
0242		↑jetzt müssen einmal die hände ganz kurz anheben,
0243		(1.53)
0244	P6	vorsicht ich möcht ihnen nicht die ↑finger einklemmen;
0245		(4.6)
0246	P6	(mein freund;)

Zu Beginn wählt P6 als Anrede die klassische professionelle und höfliche Referenz, die im Französischen Dienstleister gegenüber dem Kunden realisieren (Z. 241: so: monsieur;;), um die Aufmerksamkeit des Bewohners zu fokussieren, die eigenen Handlungen zu segmentieren und rollenkonform Respekt und Höflichkeit auszudrücken. In Zeile 248 adressiert er ihn dann offenbar³³ in einer Form, die eine bestimmte soziale Beziehung bezeichnet ((mein freund;). Damit definiert er die Beziehung in diesem Moment völlig anders als zu der am Beginn der Sequenz: Er wechselt von einer professionellen zu einer freundschaftlichen Beziehung. Mit diesem Verfahren leistet der Pfleger gesichtsschonende Imagearbeit geleistet, indem er den Bewohner aufwertet.

Diese beiden Verfahren finden sich ausschließlich in Interaktionen mit schwerstementen Bewohnern, die sprach- und bewegungsunfähig sind und sind sehr selten zu beobachten.

³³ Der Wortlaut dieser Äußerung ist nicht sicher zu verstehen.

6.1.10 Adressierung des Pflegepersonals untereinander

Abschließend möchte ich noch kurz darauf eingehen, wie sich die Pflegepersonen untereinander ansprechen. Üblicherweise sind die Pflegekräfte zwar alleine mit den Bewohnern in den Zimmern. In einigen Fällen jedoch sind sie auch zu zweit und sprechen vor den Bewohnern über Pflegeaktivitäten oder Privates miteinander.

Gemessen an der Komplexität der Formen, in denen die Bewohner adressiert werden, sind die Verfahren der Ansprache von Kollegen relativ einfach strukturiert. Üblicherweise adressiert sich das Pflegepersonal gegenseitig mit dem pronominalen du und oder nominal mit dem Vornamen. Das gilt auch für die Interaktion von Kollegen mit unterschiedlichen Status, also z. B. Pflegehilfen und Stationsleitung. Das kollegiale du ist hier die Standardform.

Beispiel 10: KmD – 009

0307	P1	Larissa kannst du mir einmal helfen bei frau stengler,
0308		(4.28)
0309	P1	so die larissa hilft uns jetzt;
0310		(5.07)
0311	P2	wat willse,

Zunächst ruft P1 die Kollegin auf dem Flur mit ihrem Vornamen und adressiert ihre Bitte mit dem Pronomen „du“ in Zeile 307. Gegenüber der Bewohnerin wird die neue Interaktantin dann mit dem Vornamen eingeführt (Z. 309: so die larissa hilft uns jetzt;).

Während also die Bewohner selbst fast immer in der Standardform, d. h. mit dem Nachnamen angesprochen werden, wird ihnen in Bezug auf das Pflegepersonal, wenn das Adressierungsverfahren überhaupt in irgendeiner Form mit ihnen ausgehandelt wird, in der Regel die informellere Adressierung mit dem Vornamen und dem pronominalen du angeboten. Mit diesem Adressierungssystem markieren die Pflegepersonen ihre Rolle in der Institution und weisen

sich damit kommunikativ einen niedrigeren Status zu als den Bewohnern. Untereinander konstituieren sie sich hingegen als gleichberechtigte Kollegen. Eine andere Variante der Adressierung untereinander ist die über die aktuelle Tätigkeit im Pflegekontext. Das folgende Beispiel zeigt einen solchen Fall:

Beispiel 11: KmD – 012

0103	P8	((klopft an die Tür))
0104	P7	↑ja:: wer kommt da?
0105	P8	↑die spritze;
0106	P7	ach die spritze (.) gucken sie frau balem;
0107		[das ist ein:;]
0108	P8	[ja:::;]

Auf die Frage, wer ins Zimmer eintreten will (Z. 104), referiert P8 zunächst auf sich selbst und konstituiert sich als den personifizierten anstehenden Pflegeprozess (Z. 105:↑die spritze;). Dies wird von P7 verständnissichernd wiederholt; anschließend wird die Bewohnerin in der Standard-Form adressiert (Z. 106: ach die spritze (.) gucken sie frau balem;).

Dieses Verfahren wird nur verwendet, wenn im laufenden Pflegegeschehen weitere Personen eintreten; es ist primär verständnisorientiert und handlungseinleitend. Das Personal wird damit auf die anstehende Pfl egetätigkeit reduziert, was jedoch keinen interaktionsübergreifenden Gesichtsverlust zur Folge hat.

6.1.11 Zusammenfassung

Die am häufigsten vorkommende Adressierungsvariante ist die pronominale Anrede mit Sie und die nominale Standard-Adressierung mit Herr/Frau in Kombination mit dem Nachnamen. Diese Form ist statusangleichend und signalisiert Respekt und Höflichkeit gegenüber den Bewohnern. Es sind aber noch zwei weitere Tendenzen zu beobachten. Die erste ist die, eine größere Nähe zu konstituieren und die Rollenunterschiede zu negieren, in denen sich die Interaktanten während der Morgenpflege befinden: Die Adressierungsverfahren mithilfe des Vornamens oder der sozialen Kategorie konstituieren die soziale Bezie-

hung nicht als eine professionelle zwischen Agenten und Klienten einer Institution, sondern eher als eine zwischen Gleichgestellten oder Freunden. Die zweite Tendenz ist konträr dazu und gesichtsbedrohend: Die Bewohner werden den Pflegekräften in der jeweiligen Situation untergeordnet. Ambivalente Formen, die potenziell beide Tendenzen implizieren, sind selten zu beobachten. Wenn die ambivalenten Formen über die Adressierung mit dem Vornamen realisiert werden, haben sie meist eine gesichtsschonende Funktion, während eine Realisierung über die Verbform eher negative Implikationen in Bezug auf die konstituierte Beziehung hat.

6.2 Charakteristika der Eröffnungsphase

Die zentralen Aufgaben der Interaktanten in der Eröffnungsphase eines Gesprächs sind die gegenseitige Identifikation, die Herstellung von Gesprächsbereitschaft (Spiegel/Spranz-Fogasy 2001, 1247), die Definition der Gesprächssituation (Brinker/Sager 2006, 99 f.) und die Darstellung ihrer Identität (Holly 1979, 106). All diese Aufgaben haben neben ihrer Funktion, Orientierung für den Verlauf der Interaktion zu geben, auch eine beziehungsorientierte Funktion, denn

es gibt [...] zu Beginn und am Ende fast jeden Gesprächs eine Phase, in der sich die Gesprächspartner über ihre Beziehung zueinander in irgendeiner Form auch explizit einigen, zumindest darüber, ob sie im Augenblick zu einem Gespräch bereit sind. [...] [E]s geht also zunächst nur um die „phatische“ Kontaktregelung. (Holly 1979, 105)

Für die vorliegende Untersuchung stellt sich also die Frage, wie diese Aufgaben vom Pflegepersonal bearbeitet werden. In meinen Daten realisieren die Pflegepersonen nach ihrem Eintritt in das Zimmer überwiegend die Variante Guten Morgen oder verkürzt Morgen in Kombination mit der Standard-Adressierung, um die Bewohner zu wecken, Interaktionsbereitschaft herzustellen und die Aufmerksamkeit auf den anstehenden Pflegeprozess zu lenken. Dieses Vorgehen kann somit im gegebenen Kontext als das typische gelten.

In den folgenden Abschnitten stelle ich nun die verschiedenen Variationen dieses Verfahrens vor, die in meinen Daten zu beobachten sind, und erläutere ihre Implikationen für die Gesprächsorientierung und die Beziehung.

6.2.1 Typisches Begrüßungsverfahren mit Mehrfachadressierung

Die Kombination aus Begrüßung und Standard-Adressierung in der Pflegesituation ist vor allem dann zu beobachten, wenn das Zimmer von zwei Personen bewohnt wird und deshalb eine eindeutige Adressierung notwendig ist. Der folgende Ausschnitt stammt aus einer solchen Situation, wo zwei stark demente Bewohnerinnen auf einem Zimmer liegen:

Beispiel 12: KmD – 010

0004	P2	guten mor:gen,
0005		(2.23)
0006	P2	↑na frau haas schon wach?
0007		(2.0)
0008	P2	morgen frau birkner;
0009		(0.65)
0010	B3	hallo;
0011	P2	hallo,=
0012	B3	=hallo;

Zu Beginn der Interaktion weckt und begrüßt P2 mit der prototypischen, nicht auf eine Person fokussierten Variante beide Bewohner gleichzeitig (Z. 4: guten mor:gen,). Anschließend erkundigt sie sich nach dem Bewusstseinsstatus von Frau Haas, an die sie die Frage mit dem Nachnamen adressiert (Z. 6: ↑na frau haas schon wach?); Frau Haas ist allerdings verstummt und kann auch kaum noch nonverbale Rückmeldungen geben. Die Frage der Pflegerin adressiert ein Thema, das in der Eröffnungsphase meistens behandelt wird; damit wird über den Pflegeprozess hinaus ein zumindest rudimentäres Interesse an dem jeweiligen Bewohner signalisiert.

Anschließend selektiert und fokussiert P2 mit der verkürzten Grußformel und der Standard-Adressierung (Z. 8: morgen frau birkner;) die Zimmernachbarin, die auch zuerst gepflegt wird. Sie zieht mit dieser Begrüßung die Aufmerksamkeit der Bewohnerin auf sich; dabei leistet sie durch die höfliche Adressierung gesichtsschonende protektive Imagearbeit. Ungewöhnlich ist in diesem Beispiel

der Gegengruß von B3. Bei stark dementen Bewohnern bleibt in meinem Korpus der respondierende Gegengruß üblicherweise aus, und die Interaktion und Identifikation wird vom Pflegepersonal allein hergestellt. In diesem Fall wählt B3 als Gegengruß eine informellere Variante (Z. 10: hallo;); darauf reagiert P2 direkt mit einer erneuten Begrüßung in derselben Variante (Z. 11: hallo,=) und markiert diese somit als korrekt positioniert und realisiert.

6.2.2 Wiederholung des typischen Begrüßungsverfahrens

Eine weitere Variante ist die Begrüßung in der klassischen Form, die bis zur endgültigen Identifizierung und Aufmerksamkeitsfokussierung vom Personal wiederholt wird. Aufgrund der fehlenden Rückmeldung der Bewohner ist unklar ob, diese tatsächlich realisieren, dass eine Interaktion folgt, die ihre Beteiligung erfordert. Dennoch sind Identifikation und Aufmerksamkeitsfokussierung in der Eröffnungsphase offenbar handlungsleitende Aufgaben. Die Aushandlung der Situationsdefinition tritt dagegen eher in den Hintergrund.

Beispiel 13: KmD – 008

0003	P1	<<Singsang-Intonation> guten morgen,>
0004		(2.89)
0005	P1	o:h frau birkner–
0006		(1.21)
0007	P1	o:h–
0008		↑guten morgen,
0009		(2.34)
0010	P1	morgen,

In diesem Fall folgt auf die stark modulierte Begrüßung in der klassischen, nicht spezifisch adressierten Variante (Z. 3: <<Singsang-Intonation> guten morgen,>) keine Reaktion. Die Pflegerin wiederholt den Gruß zwei weitere Male, um die Interaktion herzustellen und die Aufmerksamkeit der Bewohnerin zu fokussieren (Z. 8: ↑guten morgen, / Z. 10: morgen,). Solche Wiederholungen zu Beginn der Interaktion sind bei der Morgenpflege nicht ungewöhnlich, und sie sind auch nicht überraschend, sie lassen sich damit erklären, dass die Bewohner in diesem Moment erst aufwachen und ihre Wahrnehmung entsprechend einge-

schränkt ist. Hinzu kommt, dass ihre generelle Desorientierung Dementen auch beim Wechsel von Bewusstseinssphären Schwierigkeiten bereitet.

6.2.3 Begrüßungsverfahren durch Charakterisierung

Nicht immer werden die Bewohner zu Beginn der Interaktion mit Standard-Adressierung und eher auf einer verständissichernden und professionellen Ebene begrüßt. In seltenen Fällen steht explizit nähekonstituierende Beziehungsarbeit im Vordergrund. Diese wird überwiegend durch die Form der Adressierung der Bewohner vollzogen, wie im folgenden Beispiel:

Beispiel 14: KmD – 015

0002	P8	((P8 betritt das Zimmer und geht ins Bad))
0003		((P8 bereitet Wasser im Bad vor))
0004	P8	↑SO::, meine liebe;
0005		(3.67)
0006	P8	HALLO frau twitter,
0007		hermine twitter,
0008		ja,
0009		(1.58)
0010	P8	ok?

In diesem Beispiel wird die Interaktion zunächst mit einem Gliederungssignal eröffnet, da im Zimmer vorher schon Vorbereitungen für die Pflege getroffen wurden (Z. 2 + 3). Die Pflegerin produziert zunächst eine sehr hoch gesprochene und langgezogene Gliederungspartikel als Eröffnungssignal (Z. 4:↑SO::,), um die Vorbereitungen vom eigentlichen Pflegeprozess zu trennen und die körperorientierten Tätigkeiten einzuleiten. Die Bewohnerin in dieser Interaktion ist verstummt und kann auch nonverbal kaum eine interpretierbare Rückmeldung geben. Anstatt eines Grußes referiert P8 in diesem Fall mit einer positiven Charakterisierung auf die Bewohnerin (Z. 4: meine liebe;). Dies konstituiert eine andere Form der Beziehung als die bisher dargestellten Verfahren. Mit dieser Referenz wird gesichtsschonende protektive Beziehungsarbeit geleistet, Nähe hergestellt und die Bewohnerin aufgewertet; ihr werden ein sozialer Wert und eine Bedeutung zugeschrieben, die sich von dem mit der Standard-

Adressierung zugeschriebenen deutlich unterscheiden. Die Standard-Adressierung realisiert eine gesichtsschonende, höfliche Bezugnahme; die hier verwendete Adressierung hingegen verbalisiert eine positive Einstellung gegenüber der Bewohnerin.

Nach einer kurzen Pause folgt dann eine informelle stark betonte Variante der Begrüßung in Kombination mit der nominalen Anrede (Z. 6: HALLO frau twitter,). Gleich anschließend spricht P8 die Bewohnerin erneut an, diesmal mit dem vollständigen Namen, mit dem sie die Bewohnerin identifiziert (Z. 7: hermine twitter,). Damit wählt sie eine andere Variante, um Frau Twitters Aufmerksamkeit zu wecken, und versucht mit einer Gliederungspartikel (Z. 8: ja,) sich diese von ihr bestätigen zu lassen.

Diese Strategie der Identifikation und Aufmerksamkeitsherstellung mit phatischer Minimalkommunikation, die stärker Nähe konstituiert und Asymmetrie ausgleicht, ist bei der Morgenpflege seltener zu beobachten. Wenn sie jedoch realisiert wird, ist sie in meinem Korpus immer mit positiven Charakterisierungen oder positiv besetzten Kosenamen verbunden.

6.2.4 Typisches Begrüßungsverfahren mit direkter Aufforderung

Die Gesprächseröffnung wird in manchen Fällen aber auch deutlich funktionaler und weniger beziehungskonstituierend vollzogen. Der Zweck dieser Interaktionen ist primär das Durchführen von Pflegehandlungen, was in manchen Fällen auch durch das Ausbleiben von Small Talk zu Beginn der Morgenpflege deutlich wird.

Beispiel 15: KmD – 018

0003	P10	((P1 öffnet die Tür, betritt das Zimmer und schaltet das Licht ein))
0004		(5.53)
0005	P10	guten morgen frau balem,
0006		(1.21)
0007	P10	kommen sie einmal ↑mit zur toilette?

P10 betritt das Zimmer und begrüßt die Bewohnerin mit der Standard-Adressierung (Z. 5: guten morgen frau balem,). Damit ist die Eröffnungsphase abgeschlossen, im nächsten Zug wird direkt der Pflegeprozess fokussiert: P10 lenkt die Aufmerksamkeit der Bewohnerin mit einer durch eine Abtönungspartikel leicht abgeschwächten Aufforderung (Z. 7: kommen sie einmal ↑mit zur toilette?) direkt auf den ersten Pflegeschritt, den Gang zur Toilette. In diesem Fall findet also in der Eröffnungsphase nur eine Identifikation der Bewohnerin und eine kurze Fokussierung der Aufmerksamkeit auf den nächsten Pflegeschritt statt. In diesem Beispiel ist die vorhandene Asymmetrie zwischen den Beteiligten deutlich erkennbar. Das Pflegepersonal kann die Eröffnungsphase hinsichtlich ihrer Ausrichtung und Länge nach eigenem Belieben gestalten, es kann sie, eher beziehungsorientiert durchführen wie in Beispiel 14 oder eher funktional wie in diesem Fall. Noch deutlicher wird dies im nächsten Ausschnitt.

6.2.5 Eröffnungsphase ohne verbale Begrüßung

Im folgenden Beispiel wird der große Handlungsspielraum des Personals bei der Gestaltung der Gesprächsphasen deutlich, denn es zeigt, dass die Eröffnung manchmal auch ohne explizite verbale Begrüßung realisiert wird.

Beispiel 16: KmD – 016

0002	P9	((P9 betritt das offene Zimmer))
0003		(6.04)
0004	P9	einmal auf ihr ↑bett setzen,
0005	B15	ja:.,
0006		(3.25)
0007	P9	so; (.) gut,
0008	B15	ja:.,

Die Pflege beginnt gleich nach dem Eintritt ins Zimmer; hier findet also lediglich eine visuelle Identifikation statt. Der Wechsel in die Kernphase der Interaktion wird mit einer leicht abgeschwächten Aufforderung vollzogen (Z. 4: einmal auf ihr ↑bett setzen,). Hier wird noch stärker als in Beispiel 15 deutlich, dass die Bewältigung der Pflegehandlung oberstes Interaktionsziel ist. Auf der verbalen

Ebene wird die Interaktion nicht hergestellt, und es findet auch keine verbale Identifikation oder gesichtsschonende Beziehungsarbeit statt; die Bewohnerin wird direkt auf den ersten Pflegeschritt orientiert.

Das Beispiel zeigt, dass die Pfleger sich in der Interaktion bei der Morgenpflege über allgemeine gesellschaftliche Höflichkeitsregeln hinwegsetzen können; sie können auch ohne prototypische Verfahren der Eröffnung mit ihrer Arbeit beginnen, ohne interaktionale Sanktionen befürchten zu müssen. Dies macht den Statusunterschied zwischen den Interaktanten deutlich.

6.2.6 Small Talk

Ein weiteres Merkmal der Eröffnungsphase ist phatische Kommunikation, mit der vor allem Beziehungsarbeit geleistet wird (Holly 1979, 105 f.), bevor in der Kernphase der Interaktion die eigentlichen Aufgaben bearbeitet werden. Dabei werden vor allem Themen angesprochen, die Interesse am Gegenüber demonstrieren; diese Art der Kommunikation hat also eine gesichtsschonende protektive Funktion.

Bei der Morgenpflege werden in dieser Phase Themen behandelt, die sehr nah an den Erlebnissen der Bewohner orientiert und dementsprechend stark begrenzt sind. Überwiegend werden Fragen nach dem Schlaf oder dem Wohlbefinden gefragt oder nach kurz zurückliegenden Ereignissen wie im folgenden Beispiel.

Beispiel 17: KmD – 007

0001	P2	((P1 öffnet die Tür und betritt das Zimmer))
0002		(0.93)
0003	P2	↑guten morgen frau lause,
0004	B5	morgen,
0005		(3.72)
0006	P2	na? (.) haben sie gut geschlafen?
0007	B5	jo (.) ()
0008	P2	was?
0009		(1.49)
0010	P2	↑wie war denn ihre feier gestern;
0011	B5	ganz schön,

0012		(1.77)
0013	B5	()
0014		keine erinnerung mehr richtig dran;
0015		(0.56)
0016	P2	OCH;

Zunächst eröffnet P2 das Gespräch mit der klassischen Grußformel in Kombination mit der Standard-Adressierung ein (Z. 3: ↑guten morgen frau lause,), woraufhin B5 die Sequenz mit einem Gegengruß abschließt (Z. 4: morgen,). Somit ist die Identifikation und die Herstellung der Interaktion abgeschlossen. Im nächsten Schritt stellt P2 eine Frage, die Interesse an B5 signalisiert, nämlich eine geschlossene Frage nach deren Schlafqualität (Z. 6: na? (.) haben sie gut geschlafen?). Auch hier reagiert B5 zunächst erkennbar positiv; ihr folgender Turn ist aber aufgrund von Sprechschwierigkeiten zum Teil nicht verständlich (Z. 7: jo (.) ()). P2 fordert sie mit einer Nachfrage (Z. 8: was?) auf, diesen unverständlichen Teil zu wiederholen, und signalisiert damit gleichzeitig erneut Interesse an der Antwort. Dies scheint B5 aber zu überfordern, denn sie reagiert nicht. P2 ändert nun ihre Strategie und stellt eine offene Frage nach einem bestimmten Ereignis, einem Kindergeburtstag, an dem B5 am Tag zuvor teilgenommen hat (Z. 10: ↑wie war denn ihre feier gestern;). Auch auf diese Frage antwortet B5 zunächst (Z. 11: ganz schön,), anschließend markiert sie aber Erinnerungslücken (Z. 14: keine erinnerung mehr richtig dran;). Diese Aussage, mit der sie die eigenen kognitiven Fähigkeiten negativ bewertet, wird von P2 mit einer stark betonten Interjektion (Z. 16: OCH;) als misslich markiert.

Beide Fragen der Pflegerin haben im Prinzip nichts mit der Pflege zu tun, sind also für das Erreichen der außersprachlichen Ziele in diesem Moment nicht funktional relevant. Sie haben eine rein beziehungsorientierte Funktion, indem sie Interesse an B5 signalisieren. Durch die Thematisierung von pflegefernen Themen, in Form von Small Talk, werden die klassischen Aufgaben der Eröffnungsphase bearbeitet; darüber hinaus wird Interesse an den Bewohnern signalisiert, womit die Beziehung positiv gestaltet werden kann.

6.2.7 Fragen nach den Wünschen der Bewohner

In seltenen Fällen werden die Bewohner gefragt, ob sie überhaupt aufstehen wollen, womit ihnen suggeriert wird, dass in der Gestaltung des Tagesablaufs ein gewisser Spielraum besteht.

Beispiel 18: KmD – 012

0004	P7	<<Singsang-Intonation> guten morgen frau balem;>
0005		(2.0)
0006	P7	<<Singsang-Intonation> haben sie lust zum aufstehen?>
0007		(0.97)
0008		ja::?

P7 realisiert zunächst die klassische Begrüßung und die Standard-Adressierung (Z. 4: <<Singsang-Intonation> guten morgen frau balem;>), um die Bewohnerin zu wecken und sie zu identifizieren. Als ein Gegengruß ausbleibt, fragt sie die Bewohnerin, ob diese überhaupt aufstehen möchte (Z. 6: <<Singsang-Intonation> haben sie lust zum aufstehen?>). Mit dieser Frage suggeriert sie der Bewohnerin einen Handlungsspielraum, den diese in den von mir untersuchten Heimen aufgrund der engen zeitlichen Taktung der Pflegeprozesse gar nicht hat. Es ist zwar einerseits gesichtsschonend, der Bewohnerin die Entscheidung zu überlassen, im Fall einer Verneinung könnte es aber zu einem Problem führen. Allerdings darf hier nicht vernachlässigt werden, dass aufgrund der neuronalen Probleme der Bewohnerin dieses Angebot auch bei einer Verneinung schnell vergessen sein dürfte. Darum sehe ich diese Frage in dieser Pflegephase trotz ihres Problempotenzials als ein protektives Verfahren, weil P7 der Bewohnerin damit eine individuelle Betreuung suggeriert.

6.2.8 Explizite Situationsdefinitionen

Manchmal realisieren die Pfleger in der Eröffnungsphase auch eine explizite Situationsdefinition, indem sie einen Überblick über die anstehenden Handlungsschritte geben.

Beispiel 19: KmD – 014

0004	P6	((P6 öffnet die Tür und betritt das Zimmer))
0005		(422.25) ((P6 bereitet die Pflege vor, verlässt anschließend den Raum und tritt am Ende wieder ein))
0006	P6	↑so:: guten morgen herr rubinski,
0007		(1.63)
0008	P6	na: gut geschlafen,
0009		(1.25)
0010	P6	ich hoffe doch,
0011		(3.62)
0012	P6	so ich wollt sie jetzt auch gleich ma waschen und ↑anziehen,
0013		und ra↑sieren vor allen dingen,
0014		(1.02)
0015	P6	damit sie mal rauskommen aus den federn mh?
0016		(1.49)
0017	P6	möchten den ganzen tag doch nicht im bett liegen oder?
0018		(1.16)
0019	P6	mein ich doch wohl;
0020		(13.81)
0021	P6	dann sammel ich mir die sachen zusammen die wir brauchen;
0022		wir brauchen;
0023		und dann legen ↑wir beide mal los;
0024		(60.03)
0025	P6	so (.) und ab geht die post,

In diesem Beispiel interagieren ein männlicher Pfleger und ein schwerstdementer, verstummter Bewohner, der sehr selten kontextualisierbare sprachliche Äußerungen produziert und überwiegend mit Hilferufen seine Desorientierung ausdrückt. Zu Beginn der Interaktion bereitet P6 nach seinem Eintritt ins Zimmer schweigend die Pflege vor, obwohl er sich in der Wahrnehmungsreichweite des Bewohners befindet. Erst nach Abschluss seiner Vorbereitungen eröffnet er mit der klassischen Begrüßungsformel (Z. 6: ↑so:: guten morgen herr rubinski,)

die Interaktion und signalisiert Interesse am Bewohner, indem er ihn nach der Schlafqualität fragt (Z. 8: na: gut geschlafen,); darauf antwortet er dann selbst, um eine minimale Kommunikation aufrechtzuerhalten (Z. 10: ich hoffe doch,). Dann steigt er in eine Definition der Interaktionssituation ein, indem er die drei Hauptaufgaben des anstehenden Pflegeprozesses ankündigt (Z. 12-13: so ich wollt sie jetzt auch gleich ma waschen und ↑anziehen, und ra↑sieren vor allen dingen,), die er im folgenden Zug durch eine Begründung kontextualisiert und damit als notwendig markiert (Z. 16: damit sie mal rauskommen aus den federn mh?). Ein respondierender Turn von Herrn Rubinski bleibt aus; P6 fährt mit einer Suggestivfrage fort (Z. 18-19: möchten den ganzen tag doch nicht im bett liegen oder?) und schließt die Sequenz mit einer eigenen Position zu dieser Frage (Z. 21: mein ich doch wohl;) ab. Nun verschiebt er den Fokus von der Beziehungsgestaltung zur Verständnissicherung, indem er ankündigt, dass er zunächst noch bestimmte Aufgaben erledigen wird (Z. 23-24: dann sammel ich mir die sachen zusammen die wir brauchen;), und schließt das kommunikative Vorfeld mit einem Ausblick auf den Phasenwechsel (Z. 25: und dann legen↑wir beide mal los;). Vollzogen wird dieser Wechsel nach einer längeren Pause (60 Sek.; Z. 26) dann mit einer Gliederungspartikel und einem verbalisierten Startsignal (Z. 27: so (.) und ab geht die post,); danach beginnt der Pflegeprozess. Solche aufwendigen Verfahren der Gesprächseröffnung mit beziehungs- und verständnisorientierten Strategien sind in meinen Daten selten zu beobachten. Sie zeigen, wie groß der Spielraum der Pfleger bei der Gestaltung der Eröffnungsphase ist.

6.2.9 Zusammenfassung

In den von mir untersuchten Pflegeinteraktionen dominiert in der Eröffnungsphase eine Orientierung auf die anstehenden praktischen Aufgaben. Die Eröffnung wird überwiegend verständnisorientiert und funktional realisiert. Mit einer kurzen Identifikation der Bewohner wird Gesprächsbereitschaft hergestellt; eine weitere Definition der Gesprächssituation oder ein Überblick über den anstehenden Prozess bleiben überwiegend aus, obwohl das aufgrund der Desorientierung der Bewohner auch in diesem institutionellen Kontext funktional wäre. Dabei hat das Personal auch in dem gegebenen engen Zeitrahmen durchaus

die Möglichkeit, das kommunikative Vorfeld in unterschiedlicher Weise inhaltlich zu gestalten. Die Qualität der Beziehung und die Länge der Einführungsphase werden immer von den Pflegepersonen gesteuert. Auch in dieser Hinsicht sind zwei deutlich unterschiedliche Tendenzen zu beobachten. Die eine Variante ist darauf orientiert, Nähe zu konstituieren, sie stellt die Beziehungsarbeit in den Vordergrund und sichert das Verständnis durch einen Überblick über die anstehende Interaktion. In solchen Fällen fragen die Pflegepersonen nach dem Wohlbefinden, führen Small Talk und realisieren über bestimmte Adressierungsverfahren Nähe. Die andere beobachtbare Tendenz ist, dass die Eröffnung rein funktional orientiert ist und im kommunikativen Vorfeld kaum oder gar keine Beziehungsarbeit geleistet wird. Die detaillierte Analyse aller Eröffnungssequenzen macht deutlich, dass insgesamt in dieser Phase die funktionale Tendenz überwiegt und die Beziehungsgestaltung in den Hintergrund tritt.

6.3 Charakteristika der Kernphase

Die zentrale Funktion des Morgenpflegeprozesses ist das Abarbeiten der verschiedenen Pflegeaufgaben, die meist sehr körperbezogen sind. Um ein Verständnis des aktuellen Geschehens und der einzelnen Handlungen im Prozess zu ermöglichen, ist es in vielen Fällen effektiv, dass diese nicht einfach nonverbal durchgeführt, sondern auch sprachlich koordiniert werden. Üblicherweise verwenden Interaktanten Diskursmarker, um den Interpretationsprozess des Hörers zu steuern. Dazu gehören „die retrospektiv und prospektiv orientierten Mittel der Kohäsion, der Gesprächsorganisation und der Gesprächsdeixis“ (Bublitz 2001, 1330).

Einleitend ist jedoch festzuhalten, dass die Pflegeaktivitäten nicht immer verbal koordiniert werden. Teilweise werden ganze (hörbare) Pflegeaktivitäten vollkommen schweigend vollzogen.³⁴ In ungefähr einem Drittel der Gespräche werden die außersprachlichen Handlung kaum bis gar nicht kommunikativ koordiniert. Wenn sie jedoch sprachlich begleitet werden, werden die nun folgenden Verfahren genutzt, die ich im Folgenden ausgehend von der Unterteilung in

³⁴ Die längste solcher Phase erstreckt sich über 22 Minuten in einer 30-minütigen Interaktion und nur in überwiegend potenziell konfliktären Momenten werden sprachliche Koordinierungsversuche unternommen.

handlungseinleitend, handlungsbegleitend und handlungsbeendigend (Gülich 1970, 9) differenziert darstelle. Spezielle Aufforderungsvarianten und Strategien zur Gesprächssteuerung und Aufmerksamkeitsfokussierung werden in den Kapiteln 6.5 und 6.6 analysiert.

6.3.1 Handlungseinleitende Verfahren

Zunächst ist festzuhalten, dass handlungsbegleitende Äußerungen grundsätzlich die Pflegeaktivitäten und die parallel dazu verlaufende Kommunikation (Sachweh 2000, 122). Der Fokus liegt in diesem Abschnitt jedoch auf den Verfahren zur Koordination der außersprachlichen Aufgaben, nicht der Gesprächssteuerung an sich.

Ein charakteristisches Merkmal von Pflegekommunikation ist, dass bei empirischen Pflegeaktivitäten auffallend häufig in handlungseinleitender Position die Gliederungspartikeln so und gut zu finden sind, die oft lauter oder gedehnt artikuliert werden. Wie auch in Sachwehs Untersuchung werden mithilfe dieser Gliederungspartikeln lange Pausen im Pflegeprozess beendet und nächste Aktivitäten eingeleitet (ebd., 123). Diese Gliederungspartikeln ermöglichen den Dementen, dem Pflegeprozess zumindest ansatzweise zu folgen und sich auf die jeweils folgende Handlung einzustellen. Teilweise geschieht dies jedoch nicht nur mit isolierten Partikeln, sondern diese werden mit weitergehenden Informationen und/oder Aufforderungen an die Bewohner verknüpft.

6.3.1.1 Gliederungspartikeln und Aufforderungen

Wenn die Pflegeschritte angekündigt werden, werden sie häufig mithilfe einer Aufforderung eingeleitet, wie im folgenden Beispiel.

Beispiel 20: KmD – 007

0035	P2	so frau lause,
0036		ziehen se bitte ihr nachthemd
0037		[aus–]
0038	B5	[ja-]
0039		(27.62)

Hier wird der nachfolgende Pflegeschritt (Wechsel des Nachthemds) mit der Partikel so und der nominalen Standard-Adressierung eingeleitet (Z. 35: so frau lause,) und anschließend mit der Aufforderung zur selbstständigen Durchführung einer bestimmten Handlung in Kombination mit bitte konkretisiert (Z. 36-37: ziehen se bitte ihr nachthemd aus–). Mit dem ersten Schritt wird die Bewohnerin adressiert und auf die folgende Handlung gelenkt, und im zweiten Schritt wird die anstehende Handlung in Form eines Direktivs benannt. Dieses Verfahren, dass die Pflegeperson den betreffenden Bewohner zu einer selbstständigen Tätigkeit anleitet, ist in Interaktionen mit Dementen häufig zu beobachten.

6.3.1.2 Ankündigung einer Handlung

Ein typisches Verfahren ist das Ankündigen durch die explizite Benennung des anstehenden Pflegeschritts.

Beispiel 21: KmD – 005

0079	P1	so– <<sehr leise> frau birkner,>
0080		(7.72)
0081	P1	<<Singsang-Intonation> geb ihnen mal was zu
0082		trinken;
0083		(14.55) ((P1 bereitet Wasser im Bad vor))
0084	P1	so–

Wenn die Bewohner noch allein trinken können, wird die dies vorbereitende Aktivität des Pflegepersonals meist mit einer Ich-Formulierung angekündigt (Z. 81-82: <<Singsang-Intonation> geb ihnen mal was zu trinken;), um die Aufmerksamkeit des Bewohners auf die selbst auszuführende Handlung zu lenken. Bei dieser müssen die Bewohner nicht überwacht werden, da kontrollierbar ist, ob sie getrunken haben, denn wenn Wasser verschüttet wurde, würde das in dieser Situation sofort bemerkt. Durch diese Ankündigungen werden die Bewohner auf die nächsten Handlungen vorbereitet und der Pflegeprozess wird transparente und im Idealfall nachvollziehbarer für die Bewohner.

6.2.1.3 Ankündigung und Begründung

In seltenen Fällen werden die Handlungen des Personals nicht nur angekündigt, sondern auch begründet. Damit wird die betreffende Aktivität als eine besonders wichtige markiert.

Beispiel 22: KmD – 007

0246	P2	so,
0247		(3.3)
0248	P2	noch ein bisschen deo ↑spray,
0249		(4.88)
0250	P2	(falls heut) irgendwer kommt ne,
0251	B5	↑genau,

Hier geht es um das Auftragen des Deodorants, das häufig als letzte Handlung als letzte Pflegehandlung ausgeführt wird. In diesem Fall kündigt P2 die Handlung aber nicht nur an (Z. 248: noch ein bisschen deo ↑spray,), sondern liefert auch gleichzeitig eine Begründung dafür (Z. 250: (falls heut) irgendwer kommt ne,). Sie stellt also nicht nur durch die Ankündigung Struktur her, sondern macht die ausgeführte Handlung auch für die Bewohnerin nachvollziehbar und relevant.

6.3.1.4 Anleitung zur eigenen Aktivität

Wenn Bewohner bestimmte Handlungen zwar noch selbst ausführen können, ihnen aber anscheinend das Skripte zu deren Durchführung kognitiv nicht mehr zur Verfügung steht (z. B. ziehen manche Bewohner erst die Hose und dann die Unterhose an), ist es notwendig, ihre Aktivitäten gezielt zu steuern. In solchen Fällen gibt das Pflegepersonal in der Regel Strukturierungshilfe in Form von Anleitungen, um die Pflegehandlung zu vollziehen.

Beispiel 23 KmD – 006

0113	P2	kommen se erstmal ins ↑zimmer wenn_se fertig sind mit dem waschen;
------	----	--

0114		(0.93)
0115	P2	dann können sich ein bisschen ↑einschmieren;
0116		(5.07)
0117	P2	jetzt schmieren sich mal die arme ein
0118		bisschen ein,
0119		(0.98)
0120	P2	die ↑zähne putze

Mit der Aufforderung in Zeile 113 (kommen se erstmal ins ↑zimmer wenn_se fertig sind mit dem waschen;) gibt P2 der Bewohnerin, die im Flur ihres Zimmers steht, zunächst eine räumliche Orientierung und markiert den vorherigen Waschprozess als abgeschlossen. Anschließend orientiert sie die Bewohnerin auf den nächsten Schritt, den sie optional formuliert (Z. 115: dann können sich ein bisschen ↑einschmieren;). Kurz darauf präzisiert sie diese Aktivität mit Bezug auf eine bestimmte Körperstelle, die die Bewohnerin noch nicht berücksichtigt hat (Z. 117-118: jetzt schmieren sich mal die arme ein bisschen ein,), so dass diese die Aktivität selbstständig beenden kann.

Dieses Verfahren, die Bewohner zu bestimmten Handlungen konkret anzuleiten, ist häufig zu beobachten. Es ist zwar sehr viel zeitaufwendiger, als wenn das Personal die betreffenden Handlungen selbst ausführt, doch werden die Bewohner grundsätzlich immer zur Mitarbeit aufgefordert bzw. motiviert, wenn ihnen dies körperlich möglich ist.

6.3.1.5 Explizite Benennung der aktuellen Position im Pflegegeschehen

In Interaktionen mit Dementen mit stark eingeschränkten kognitiven Kompetenzen, in denen das Pflegepersonal die betreffenden Pflegehandlungen nicht nur begleitet, sondern selbst durchführt, sind häufig zu Beginn der Kernphase komplexere Verfahren zu beobachten: Die einzelnen Schritte einer größeren Pflegehandlung, wie hier dem Waschprozess, werden explizit in ihrer Reihenfolge benannt.

Beispiel 24: KmD – 12

0056	P7	erste schritt zähne putzen ja?
0057		(12.37)
0058	P7	bitteschön,

In diesem Beispiel will P7 der Bewohnerin die Zähne putzen. Sie benennt diese Handlung und nennt dabei explizit ihre Position im Pflegeprozess, dann versucht sie sich mit der Gliederungspartikel ja das Verständnis für diese Ankündigung rückversichern zu lassen (Z. 56: erste schritt zähne putzen ja?). Sie erzeugt somit Orientierung über den Stand und den Verlauf der aktuellen Phase und etabliert gleichzeitig eine Reaktionsverpflichtung der Bewohnerin. Dann schließt sie diese Teilhandlung nach einer längeren Pause, in der sie hörbar die genannte Aktivität vollzieht, durch einen Gesprächszug ab, der eigentlich den respondierenden zweiten Teil einer bestätigenden Dank-Akzeptanz-Sequenz bildet (Z. 58: bitteschön,); Damit verdeutlicht sie ihren Anteil an der Durchführung.

6.3.1.6 Überblick mit Perspektive

Eine weitere Variante der Handlungseinleitung besteht darin, einen Überblick über die anstehenden Pflegeaktivitäten zu geben, bei dem nicht einzelne Schritte, sondern die großen Kernaktivitäten explizit benannt werden, in diesem Fall Waschen, Anziehen und Frühstücken.

Beispiel 25: KmD – 005

0141	P1	tun wir uns jetzt WASCHen;
0142	B3	schön–
0143	P1	schön ne,
0144		dann ↑anziehen–
0145		und dann gehen wir frühstücken ne?
0146		(0.7)
0147	P1	ja?

Hier stellt die Pflegerin der Bewohnerin kurz dar, welche Aufgaben noch bearbeitet werden müssen. Dabei benutzt sie zur Adressierung konsequent das Wir

und betont somit das gemeinsame Handeln, obwohl die Bewohnerin aufgrund der Demenz nicht in der Lage ist, eine dieser Aktivitäten allein zu vollziehen. Interessant ist die Perspektive, die P1 der Bewohnerin hier aufzeigt. In allen Interaktionen, in denen eine Aussicht auf ein bestimmtes Ziel eröffnet wird, ist diese immer auf das Frühstück orientiert. Das Pflegepersonal referiert nie auf weiter in der Zukunft liegende Aktivitäten der Bewohner, auch wenn diese mittelschwer dement und noch sprachfähig sind.

Dieses Verfahren sichert eine verständnisorientierte und handlungsstrukturierende Funktion. Es wird nicht immer zu Beginn der Kernphase eingesetzt, sondern nach Bedarf flexibel positioniert. Im hier betrachteten Fall wurden bestimmte Aktivitäten schon vollzogen (die Bewohnerin ist aufgestanden, Wasser wurde ihr gereicht). Der Überblick über das Kommende erfolgt hier also im Mittelfeld der Kernaktivitäten.

6.3.1.7 Einholen einer Erlaubnis

Prinzipiell braucht das Pflegepersonal nicht immer wieder eine Erlaubnis der Bewohner, um die Handlungen der körperlichen Pflege durchzuführen. Manchmal wird das Einholen einer Erlaubnis jedoch als Verfahren genutzt, um Handlungen einzuleiten und anschließend durchzuführen.

Beispiel 26: KmD – 012

0196	P7	ich glaube da hab ich was zu tun im ohr–
0197		darf ich?
0198		(3.58)
0199	P7	()
0200		(31.39)
0201	P7	gut alles klar,

P7 fokussiert die Aufmerksamkeit der Bewohnerin verbal auf deren Ohr und äußert, dass er dort eine Pflegehandlung vollziehen muss, wobei er in Bezug auf die konkrete Handlung vage bleibt (Z. 196: ich glaube da hab ich was zu tun im ohr–). Anschließend bittet er explizit um die Erlaubnis, dort tätig zu werden (Z. 197: darf ich?), und leitet mit dieser geschlossenen Frage die entsprechen-

de Handlung ein. Er steuert die Pflegehandlung hier also verbal sehr gesichtsschonend, indem er der Bewohnerin prinzipiell die Möglichkeit lässt, die Frage zu verneinen, und ihr damit einen gewissen Spielraum hinsichtlich des Ablaufs in diesem Moment der Pflege lässt.

6.3.1.8 Anbieten von Hilfe

Auch die Bewohner, die manche Aktivitäten selbst ausführen können, brauchen bei einigen Teilhandlungen trotzdem Unterstützung durch das Pflegepersonal. Diese Unterstützung wird häufig mit einem Hilfsangebot eingeleitet, mit dem gleichzeitig der betreffende Pflegeschritt fokussiert wird.

Beispiel 27: KmD – 007

0166	P2	d da ↑helf ich ihnen bei frau lause.
0167	B5	bitte,
0168	P2	↑da helf ich ihnen bei die arme und die
0169		brust zu waschen ja?
0170	B5	dankeschön,

In diesem Fall kann die Bewohnerin Frau Lause ihre Arme und den Brustbereich schlecht selbst waschen. P2 bietet ihr dafür zunächst generell Hilfe an (Z. 166: d da ↑helf ich ihnen bei frau lause.), die sie anschließend mit Bezug auf konkrete Körperstellen präzisiert (Z. 168-169: ↑da helf ich ihnen bei die arme und die brust zu waschen ja?). Mit diesem Angebot präsentiert sich die Pflegerin als hilfsbereit; das Verfahren hat somit einen defensiv orientierten gesichtsschonenden Aspekt. Gleichzeitig markiert es aber auch die Unfähigkeit der Bewohnerin, sich an den entsprechenden Stellen selbst zu waschen.

6.3.1.9 Anzählen

Dies betrifft zum Beispiel den Prozess des Aufrichtens im Bett und des Aufstehens. Anstatt einfach nur den nächsten Schritt anzukündigen, wird hier stark zeitlich koordiniert die Bewohnerin auf die anstehende Handlung vorbereitet.

Beispiel 28: KmD – 003

0083	P1	=gut dann kommse (frau birkner) dann stehen wir auf ne,
0084		(1.21)
0085	P1	kommen se–
0086		(1.72)
0087	P1	eins zwei drei ↑hoppala;
0088	B3	()
0089	P1	nochmal (.) nochmal frau birkner;
0090		↑eins zwei hoppala,

Zunächst wird der vorhergehende Prozess mit „gut“ abgeschlossen und der nächste durch eine Ankündigung benannt (Z. 83: dann kommse (frau birkner) dann stehen wir auf ne,), wobei er durch das Wir als eine gemeinsame Aktivität gekennzeichnet wird. Anschließend zählt P1 bis drei und produziert dann ein Startsignal für die betreffende Aktivität, um ihre Handlung und die der Bewohnerin zeitlich zu koordinieren (Z. 87: eins zwei drei ↑hoppala;). Das funktioniert jedoch beim ersten Versuch nicht, worauf sie diesen Schritt wiederholt (Z. 90: ↑eins zwei hoppala,). Sie sichert durch dieses Verfahren das Verständnis der Bewohnerin für die anstehende Handlung, die eine präzise zeitliche Koordination erfordert, und etabliert gleichzeitig eine Reaktionsverpflichtung.

6.3.2 Handlungsbegleitende Verfahren

Während es in Abschnitt 6.3.1 nur um die Einleitung einzelnen (Teil-)Aktivitäten ging, befasst sich dieser Abschnitt mit den handlungsbegleitenden Äußerungen während der Durchführung der Pflegehandlung. Oft wird die eigentliche Handlung schweigend vollzogen; das gilt insbesondere für die Intimpflege. Bei einigen körperorientierten Tätigkeiten (Duschen, Aufstehen, Waschen usw.) ist jedoch ein hohes Maß an koordinativen und verständnissichernden Bezugnahmen zu beobachten.

6.3.2.1 Bewohnerbewegungen

Oft muss das Personal die Bewohner auf unterschiedlichen Flächen bewegen, manchmal von einem Raum zum anderen, manchmal aber auch in kleineren

Bereichen wie innerhalb des Betts. Viele dieser Bewohnerbewegungen werden verbal koordiniert, nicht nur um das Verständnis der Bewohner zu sichern, sondern auch um diese zur Mitarbeit zu bewegen und damit die eigene Arbeit zu erleichtern.

Beispiel 29: KmD – 014

0097	P6	und jetzt nicht erschrecken,
0098		ist mal nass ne?
0099		(55.43)
0100	P6	gut zurück bitte,
0101		(30.08)
0102	P6	einmal zu mir,
0103		(25.9)
0104	P6	und einmal zu ihrer linken seite,
0105		(2.0)
0106	P6	klasse gemacht ne?
0107		(16.18)
0108	P6	einmal ↑hoch den fuß,

In dieser Situation sitzt die Bewohnerin auf einem Stuhl im Badezimmer und wird geduscht. P6 verbalisiert zunächst den Beginn des Duschvorgangs, um die Bewohnerin darauf vorzubereiten (Z. 97-98: und jetzt nicht erschrecken, ist mal nass ne?) und einem Erschrecken vorzubeugen. Den ersten Teil des Duschvorgangs (55.43 Sek.) vollzieht sie schweigend. Dann strukturiert sie den Pflegeprozess durch ein potenziell bewertendes Element und fordert die Bewohnerin höflich zu einer bestimmten Körperbewegung auf (Z. 100: zurück bitte,). Dasselbe wiederholt sie im Folgenden noch zweimal mit anderen Orientierungen (Z. 102: einmal zu mir, / 104: und einmal zu ihrer linken seite,). Schließlich beendet sie den Duschvorgang mit einer positiven Bewertung des gesamten Prozesses in Kombination mit einer Rückversicherung, mit der sie eine Reaktionsverpflichtung erzeugt (Z. 106: klasse gemacht ne?). Mit diesem Verfahren schafft sie während des Duschprozesses Orientierung für die Bewohnerin und aktiviert diese gleichzeitig.

6.3.2.2 Fokussierung bestimmter Körperstellen

Neben solchen Verfahren, die die Bewegungen der Bewohner steuern, gibt es andere, mit denen die Pflegepersonen explizit bestimmte Körperstellen fokussieren, um körpernahe Tätigkeiten ausführen zu können.

Beispiel 30: KmD – 013

0083		(12.50) ((P9 schaltet die Brause ein))
0084	P9	↑einmal fühlen,
0085		(2.0)
0086	P9	so ist in ↑ordnung,
0087		(5.62)
0088	P9	haare auch ja?
0089		(23.02)
0090	P9	ja (.) jetzt einmal eingeschäumt,
0091		[()]
0092	B10	[()]
0093	P9	so die ↑arme,
0094		(5.85)
0095	P9	untere arme;
0096		[()]
0097	B10	[()]
0098		(34.41)
0099	P9	()
0100		(16.32)
0101	P9	einmal die augen zu↑kneifen,
0102		(5.9)
0103	P9	dass sie keinen schaum inne augen kriegen ne?
0104		nicht erschrecken,

Wie im vorherigen Beispiel wird die Bewohnerin auch hier gerade geduscht. P9 überprüft zunächst die Wassertemperatur (Z. 84: ↑einmal fühlen,) und bewertet sie anschließend positiv (Z. 86: so ist in ↑ordnung,). Damit wurde der erste Schritt im Prozess verbal angekündigt und vollzogen, um der Bewohnerin ein Gefühl von Sicherheit zu vermitteln. Anschließend fokussiert P9 einen bestimmten Bereich des Körpers der Bewohnerin, auf den sich die anstehende Aktivität

unter anderem richten wird (Z. 88: haare auch ja?). Anschließend benennt sie die aktuelle Tätigkeit, womit sie der Bewohnerin Orientierung gibt (Z. 90: jetzt einmal eingeschäumt,). Nun wird die Körperstelle präzisiert, die als Nächstes bearbeitet wird (Z. 93: so die ↑arme,); dies wird anschließend noch weiter konkretisiert (Z. 95: untere arme,). Etwas später lenkt P9 die Aufmerksamkeit der Bewohnerin auf die Augen, um ein mögliches Problem im weiteren Duschprozess zu vermeiden (Z. 101: einmal die augen zu↑kneifen,); diese Aufforderung begründet sie im Anschluss (Z. 103: dass sie keinen schaum inne augen kriegen ne?) und markiert damit ihre Relevanz.

Mithilfe solcher Aufmerksamkeitsfokussierungen kann sich die Pflegekraft die Arbeit erleichtern, indem sie Reaktionsverpflichtungen erzeugt und die Bewohner vor potenziell kritischen Situationen warnt (z. B. davor, Seife in die Augen zu bekommen). Zusätzlich ermöglicht dieses Verfahren, die Pflege transparent zu gestalten und die Bewohner nicht zu verdinglichen (Sachweh 2000, 122).

6.3.2.3 Motivieren

Nicht immer folgen die Bewohner den Handlungsplänen des Pflegepersonals. Darum hat die kommunikative Bezugnahme auf die Bewohner manchmal auch eine motivierende Komponente: Sie dient dazu, die Bewohner zu weiterer Mithilfe oder zum Durchhalten zu bewegen:

Beispiel 31: KmD – 003

0098	P1	kommen se frau birkner–
0099		(1.6)
0100	B3	()
0101	P1	och: dat schaffen wir schon–
0102		kommen se frühstück wartet–
0103		(6.86)
0104	P1	↑gu::t–

In diesem Beispiel versucht P1 die Bewohnerin durch die Adressierung wir (Z. 101: och: dat schaffen wir schon–) in Kombination mit der direkt angeschlossenen Eröffnung einer Perspektive (Z. 102: kommen se frühstück wartet–

) zum Aufstehen zu motivieren. Die aufgezeigte Perspektive, das Frühstück, wird als Ziel der Handlung markiert; mit der Form der Adressierung konstituiert P1 die betreffende Aktivität und ihre Bewältigung als gemeinsame Aufgabe, wodurch der motivierende Effekt noch erhöht wird. Sehr häufig werden solche Verfahren mit einer motivierenden Bezugnahme nach gelungener Ausführung der Aktivität kombiniert, so auch hier mit einem Lob (Z. 104: ↑gu::t–). Damit werden die Bewohner und ihre Leistungen aufgewertet.

6.3.2.4 Bremsen der Bewohneraktivität

Konträr zum vorigen Beispiel müssen während des Pflegeprozesses manchmal auch Aktivitäten der Bewohner gebremst werden. Dies wird überwiegend durch Wiederholungen vollzogen, wie im folgenden Ausschnitt.

Beispiel 32: KmD – 003

0227	B3	so:–
0228	P1	<<lauter gesprochen> ein moment-> (.) ein moment frau birkner-
0229		einen moment (.) so schnell geht dat nicht ne?
0230		(28.66)
0231	P1	super;

Mit der leicht gedehnten Gliederungspartikel „so:–,“ (Z. 226) markiert P1 das Ende der vorherigen Pflgetätigkeit. Die Bewohnerin wurde gerade von der Toilette wieder ins Zimmer gebracht. Sie will sich jedoch zu früh setzen, denn es ist noch kein Stuhl unter ihr positioniert. P1 bremst die Aktivität der Bewohnerin mit einem lauter gesprochenen „ein moment“, das sie noch zweimal wiederholt (Z. 228/229). Anschließend äußert sie eine Begründung für dieses Abbremsen (Z. 229: so schnell geht dat nicht ne?), wobei sie eine Reaktion anfordert, um die Aufmerksamkeit der Bewohnerin zu binden. Abschließend lobt sie deren Mitarbeit, die sich in diesem Fall auf Stillstehen beschränkt (Z. 231: super;).

In Situationen wie dieser ist Verständnissicherung unabdingbar, da die Aktivitäten der Bewohner sonst mit Verletzungen enden könnten, für die wiederum das Personal verantwortlich gemacht wird. Die – meist lauter gesprochenen – Auf-

forderungen werden fast immer, wenn der betreffende Bewohner ihnen folgt, mit einem Lob abgeschlossen, um ihr gesichtsbedrohendes Potenzial zu minimieren.

6.3.3 Handlungsabschließende Verfahren

Pflegeaktivitäten werden typischerweise durch Gliederungspartikeln abgeschlossen, die eine Bewertung des gerade beendeten Pflegeschritts und der Mitarbeit der Bewohner implizieren. Häufig finden sich am Ende der oft schweigend ausgeführten Aktivitäten strukturierende Partikeln wie so, gut, schön, okay, prima. Sie dienen der Verständnissicherung, indem sie den Bewohnern anzeigen, wann eine Handlung beendet ist. Folgehandlungen werden dann neu eingeleitet. Dabei stellt so in dieser Position einen Sonderfall dar: Es signalisiert meist den Übergang zwischen zwei Pflegeaktivitäten und hat somit in diesem Kontext sowohl handlungsabschließend als auch -eröffnende Funktion. Die anderen Varianten hingegen kommen nur in abschließender Funktion vor; sie ziehen in der Regel andere Formen nach sich, die die folgende Tätigkeit einleiten, und werden kaum isoliert realisiert.

6.3.4 Zusammenfassung

Zusammenfassend betrachtet werden in den von mir untersuchten Interaktionen körperlichen Pflegehandlungen in der Morgenpflege nicht im Regelfall sprachlich eingeleitet, auch nicht bei Schwerstdementen. In dieser Hinsicht unterscheiden sich meine Ergebnisse von denen von Sachweh. Sachweh nennt in ihrer Ablaufskizze des typischen Pflegeverlaufs (ebd., 96) als vierten Schritt die verbale Einleitung, Begleitung und den Beendigung der Pflegehandlung. Dieser wird in den von mir untersuchten Pflegeinteraktionen jedoch nur in ungefähr einem Drittel der Interaktionen explizit verbal vollzogen. Häufig wird ein neuer Schritt nur minimal durch Gliederungspartikeln angekündigt und auch bei stark desorientierten Bewohnern anschließend nicht benannt. Handlungserklärungen finden kaum statt. Wenn überhaupt, werden Pflegeaktivitäten überwiegend durch Aufforderungen benannt. Im Verlauf der Pflegeaktivität wird verbal vor allem auf bestimmte Bewegungen oder auf Körperstellen fokussiert, um ge-

meinsame Tätigkeiten zu koordinieren und die Bewohner zu diesem Zweck zu bewegen oder sie in ihren Aktivitäten oder Bewegungen zu bremsen. Die Intimpflege wird fast ausschließlich schweigend durchgeführt. Überhaupt wird häufig nur dann gesprochen, wenn die Pfleger auf die Mitarbeit der Bewohner angewiesen sind. Dann versuchen sie zum Beispiel, die Bewohner zur Mithilfe zu motivieren. Pflegeferne Themen werden zwar auch behandelt, das kommt aber selten vor und das thematische Spektrum ist stark begrenzt. Die Analyse entsprechender Kommunikationsverfahren folgt in Abschnitt 6.6.1. Abschließende Gliederungssignale, die einzelne Pflegeschritte beenden und damit gleichzeitig neue eröffnen, sind in fast jeder Interaktion zu beobachten.

6.4 Charakteristika der Beendigungsphase

Klassischerweise werden Interaktionen beendet, indem die Interaktanten die fokussierte Interaktion auflösen, aus welchen Gründen auch immer. Das ist nach der Morgenpflege kaum der Fall, da sich die Interaktanten meist unmittelbar im Anschluss daran in anderen Betreuungskontexten (z. B. Frühstücksinteraktionen) wiedertreffen. Somit sind Adjazenzpaare, die typischerweise das Ende der Interaktion markieren, in den Zimmern der Bewohner so gut wie nie zu beobachten. Hierbei ist aber zu beachten, dass ich nur die Interaktionen in den Zimmern aufgenommen habe. Dies ist insofern relevant, als die Interaktion häufig nicht dort beendet wurde. In fast allen Fällen wurden die Bewohner vom Pflegepersonal direkt im Anschluss an die Morgenpflege zu Fuß oder per Rollstuhl zum Speiseraum gebracht. Es ist anzunehmen, dass die prototypischen Elemente der Verabschiedung dort realisiert wurden (Sachweh 2000, 96); das kann ich jedoch nicht belegen.

Im Folgenden fokussiere ich nun die prototypischen Elemente, mit denen der Phasenwechsel und das Ende der Morgenpflege in den Bewohnerzimmern realisiert werden.

6.4.1 „Wir sind jetzt fertig“

Im Gegensatz zum Ende der einzelnen Pflegeaktivitäten das Ende der Pflegehandlung insgesamt vom Pflegepersonal in den meisten Fällen markiert und ein Ausblick auf die folgende Aktivität realisiert.

Beispiel 33: KmD – 008

0576	P1	sind jetzt FERTIG;
0577		dann gehn wir frühstücken;
0578		ja frau haas?
0579		(0.84)
0580	P1	gucken se mal–
0581		(0.84)
0582	P1	gehn wa dann frühstücken?

P1 markiert eindeutig das Ende des Pflegeprozesses (Z. 576: sind jetzt FERTIG;), kündigt der Bewohnerin die Folgeaktivität an (Z. 577: dann gehn wir frühstücken;) und fordert die Bewohnerin zu einer Rückversicherung (Z. 578: ja frau haas?). Indem sie das Ende der Morgenpflege benennt, vollzieht sie den Wechsel zur Beendigungsphase und gibt der Bewohnerin eine Orientierung über den weiteren Tagesablauf. Dies ist in meinem Korpus die Standard-Variante, sie wird mit schwerstdementen und nicht mehr sprachfähigen Bewohnern, die bei allen Aktivitäten auf Hilfe angewiesen sind, fast durchgängig realisiert. Auch hier wird wieder deutlich, dass den Pflegepersonen die Aufgabe der Gestaltung und Durchführung der Morgenpflege aufgrund ihrer institutionellen Rolle zukommt. Diese Phase wird fast ausnahmslos von ihnen verbal gesteuert und nach Abschluss der Tätigkeiten auch beendet.

6.4.2 Lob und pflegeferne Themen

Weitere häufig zu beobachtende Verfahren zum Abschluss der Morgenpflege sind die positive Bewertung des Bewohners und die Behandlung pflegeferner Themen.

Beispiel 34: KmD – 003

0239	P1	schick sehen sie aus;
0240		(1.68)
0241	B3	ah schön–
0242	P1	schön seh ja ganz toll sehen sie aus;
0243		↑kommen se;
0244		(4.33)
0245	P1	gucken se mal meine hose geht immer auf–
0246	B3	(nicht im haus–)
0247	P1	nicht im haus,
0248		meine hose;

Hier wird der Phasenwechsel in einer Weise vollzogen, die stärker Nähe konstituiert. Zunächst wird das Aussehen der Bewohnerin gelobt (Z. 239: schick sehen sie aus; / 242: schön seh ja ganz toll sehen sie aus;). Dieses Verfahren zielt darauf ab, das Image der Bewohnerin aufzuwerten und ihr Selbstbewusstsein zu steigern. Der Phasenwechsel wird letztendlich durch eine Aufforderung realisiert (Z. 243: ↑kommen se;), mit der P1 die anstehende gemeinsame Handlung koordiniert und das Ende des eigentlichen Pflegeprozesses markiert. Anschließend thematisiert sie kurz ihre eigene offene Hose (Z. 245: gucken se mal meine hose geht immer auf–), womit sie die Aufmerksamkeit der Bewohnerin auf einen nicht pflegerelevanten Aspekt lenkt und etwas anspricht, was für sie selbst potenziell gesichtsbedrohend ist.

In den hier untersuchten Interaktionen ist durchgängig zu beobachten, dass nach dem Abschluss der Pflegephase, wenn dieser nicht durch die Gliederungspartikel so realisiert wird, immer Small Talk geführt wird. Anscheinend dient dies dazu, die starke Rollenhaftung aufzubrechen, der die Interaktanten im Pflegeprozess selbst unterliegen.

6.4.3 Erteilung einer Erlaubnis

Gelegentlich wird der Phasenwechsel auch durch die Erteilung einer Erlaubnis zum Übergang zur nächsten Phase nach der Morgenpflege (dem Frühstück) eingeleitet; diese Variante ist jedoch selten zu beobachten.

Beispiel 35: KmD – 008

0335	P1	so: frau birkner,
0336		ist gut (.) gut gemacht;
0337		(0.93)
0338	P1	schön gemacht gut;
0339		(0.74)
0340	P1	dann dürfen se;
0341		kommen se mal;
0342		(0.74)
0343	P1	kommen se mit,
0344		(1.21)
0345	B3	<<gehaucht> ich soll mitgehen? >

Zunächst bereitet P1 mit einer für die Morgenpflege typischen Pre-closing-Sequenz, die Gliederungspartikel so und eine Fokussierung durch die Standard-Adressierung, den Phasenwechsel vor (Z. 335: so: frau birkner,). Anschließend folgt ein mehrfaches Lob für die Mitarbeit, mit dem das Verhalten während der Pflege positiv bewertet und die Bewohnerin aufgewertet wird (Z. 336: ist gut (.) gut gemacht; / 338: schön gemacht gut;). Die anschließende kommunikative Bezugnahme kontrastiert jedoch deutlich zur Konstitution der Beziehung in der Pre-closing-Sequenz: Indem P1 der Bewohnerin erlaubt, frühstücken zu gehen (Z. 340: dann dürfen se;), macht sie die jeweiligen Handlungsbefugnisse offensichtlich und verdeutlicht damit den Statusunterschied zwischen den Interaktantinnen. Dies wird wiederum mit einer zweimaligen Aufforderung kombiniert, die der Handlungssteuerung dient (Z. 341: kommen se mal; / 343: kommen se mit,). Dieses meines Erachtens ambivalente Verfahren wird in meinen Daten selten realisiert und nur in der Interaktion mit Bewohnern, die noch bis zu einem gewissen Grad mobil und sprachfähig sind. Bei Schwerstdementen, die kaum noch interaktionale Kompetenzen haben, ist es nicht zu beobachten.

6.4.4 Fragen stellen

In einigen Fällen wird die Pflegeinteraktion damit beendet, dass in Bezug auf die Folgeaktivität eine Wahlmöglichkeit suggeriert wird, wie es schon in der Eröffnungsphase in Beispiel 18 zu beobachten war.

Beispiel 36: KmD – 012

0222		so: ist gut;
0223		(49.43)
0224	P7	schön festhalten;
0225		(28.41)
0226	P7	↑bitteschön;
0227		(2.84)
0228	P7	kommen sie jetzt mit mir nach vorne?
0229		(1.39)

Am Ende der Pre-closing-Sequenz fragt P7 die Bewohnerin, ob diese sie zum Speiseraum begleitet (Z. 228: kommen sie jetzt mit mir nach vorne?). Diese Variante des Phasenwechsels ist tendenziell gesichtsschonend, da sie den Handlungsspielraum der Bewohnerin auf der interaktiven Oberfläche nicht einschränkt. Die Pflegerin suggeriert ihr, dass sie eine Wahlmöglichkeit hat, was prinzipiell eine beziehungsorientierte positive Bezugnahme ist; gleichzeitig ermöglicht sie ihr damit auch ein Verständnis der aktuellen Situation, indem sie damit das Ende des Pflegeprozesses markiert. Die suggerierte Wahlmöglichkeit ist aber in der Realität nur eingeschränkt gegeben; P7 hat aufgrund der vorgegebenen zeitlichen Abläufe in den von mir untersuchten Pflegeheimen gar keine andere Wahl, als die Bewohnerin zum Speiseraum mitzunehmen. Somit bewirkt diese Strategie eine Statusangleichung, sofern die Bewohnerin der angebotenen Möglichkeit folgt. Lehnt sie dies jedoch ab, muss die Pflegerin mehr oder weniger explizit ihre eigene Machtposition markieren und die Bewohnerin unter Umständen sogar gegen deren geäußerten Willen zum Speiseraum bringen, was wiederum die Rollenasymmetrie sehr stark verdeutlichen würde.

6.4.5 Resümee des Pflegegeschehens

Bei Schwerstdementen ist häufig zu beobachten, dass zum Abschluss des Pflegegeschehens eine Art Zusammenfassung formuliert wird, in der noch einmal auf die erbrachten Leistungen verwiesen wird.

Beispiel 37: KmD – 002

0111	P1	so: frau haas?
0112		(3.74)
0113	P1	frisch gewaschen; gekämmt,
0114		(6.55)
0115	P1	<<langsam gesprochen> alles frisch im schritt;>
0116		(88.88)
0117	P1	<<angestrengt> so– >

P1 bereitet mit xxx (Z. 111: so: frau haas?) verbal das Ende der Pflege vor und nennt dann die beiden während der Morgenpflege ausgeführten Kernaktivitäten (Z. 113: frisch gewaschen; gekämmt,). Anschließend gebraucht sie eine umgangssprachliche Floskel (Z. 115: <<langsam gesprochen> alles frisch im schritt;>), mit der sie auf informelle Weise markiert, dass die Pflege abgeschlossen ist. In der anschließenden Schweigephase baut sie hörbar den Rollstuhl der Bewohnerin zusammen, leitet dann schließlich mit einem Gliederungssignal das Losfahren ein (Z. 117: <<angestrengt> so– >) und beendet die Pflegephase damit endgültig. Durch die Zusammenfassung erzeugt sie möglicherweise ein Verständnis des bisherigen Geschehens. Die abschließende umgangssprachliche Floskel ist in meinen Augen hier nicht angemessen, da sie eine große Vertrautheit voraussetzt und in diesem Kontext nicht rollenkonform ist. Eine weitere Perspektive auf dieses Verfahren ist, dass mit der Aufzählung möglicherweise die eigenen Tätigkeiten aufgewertet werden sollen, da die Pflegerin aufgrund der Bewegungsunfähigkeit der Bewohnerin sämtliche Schritte allein durchgeführt hat.

6.4.6 Zusammenfassung

Das Ende der Pflegeinteraktion insgesamt wird deutlich stärker markiert als das Ende einzelner Pflegeaktivitäten. Im ersten Schritt der Beendigungsphase, einer Pre-closing-Sequenz, ist überwiegend eine Tendenz zur Aufwertung des Bewohners festzustellen, anschließend wird häufig das Ende der Pflege verbalisiert und ein Ausblick auf die nächste Aktivität, das Frühstück, gegeben. Protektive gesichtsschonende Imagearbeit wird in der Regel unmittelbar vor dem Abschluss geleistet, nach dessen Verbalisierung dagegen kaum noch. Nach der verbalen Abschlussmarkierung ist zu beobachten, dass auf dem Weg zum Speiseraum häufig Small Talk mit pflegefernen Themen geführt wird. Es scheint so, als ob sich mit der Beendigung dieser für die Institution charakteristischen Tätigkeit das Rollenverhältnis der Interaktanten ändert.

6.5 Aufforderungsverfahren

Die zentrale kommunikative Handlung in diesem empraktischen Gesprächstyp ist die Aufforderung, mit der Bewohner zu Tätigkeiten bewegt werden, die sie ohne eine solche verbale Handlung mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht von selbst ausführen würden. Die unterschiedlichen Praktiken der Aufforderung und ihre flexible Nutzung sind für eine Analyse des kommunikativen Spektrums der Pflegekräfte sehr wichtig, weil der Gebrauch von Direktiva auch ein starkes gesichtsbedrohendes Potenzial beinhaltet (Sachweh 2000, 131). Mit Aufforderungen wird die Handlungsfreiheit der Bewohner unterschiedlich stark eingeschränkt, und dies kann sich negativ auf die Beziehung auswirken. Zudem haben sie eine positionierende Wirkung, da die Pflegepersonen sich mit der Nutzung von Direktiva eindeutig eine größere Macht als Teil ihrer institutionellen Rolle zuschreiben. Aus einer funktionalen Perspektive ist es jedoch unabdingbar, dass die Pflegepersonen Aufforderungen nutzen, denn ohne diese können sie die institutionell festgelegten Pflegeziele nicht erreichen. Entsprechend weit gefächert ist das Spektrum der Realisierungsformen von Aufforderungen während der Morgenpflege, die auf der Ebene der Handlungs koordinierung und der Beziehungskonstitution unterschiedliche Auswirkungen haben.

Aufforderungen in den unterschiedlichen Variationen werden prinzipiell sowohl vor als auch und während der Pflegeprozesse eingesetzt. Sie dienen dazu, die

Interaktion zu koordinieren und das Verständnis zu sichern. In diesem Abschnitt geht es nicht um ihre Funktion für die Verständnissicherung oder Handlungskoordination; vielmehr sollen sie detailliert im Hinblick darauf analysiert werden, in welcher Weise damit die Interaktanten positioniert werden und wie die Beziehung zwischen ihnen gestalten.

Ebenso wie in der Untersuchung von Sachweh (vgl. ebd., 130f.) werden in meinen Daten Aufforderungen in der Regel abgeschwächt ausgeführt, und zwar durch die klassischen Mittel wie Infinitivkonstruktionen, Ellipsen, Konjunktiv sowie Modalpartikeln und -verben. Es gibt aber auch deutlich komplexere Verfahren, mit denen Aufforderungen stärker beziehungsorientiert realisiert werden.

6.5.1 Aufforderungen mit höflicher pronominaler Adressierung

Die klassische Variante der Aufforderung, die dazu dient, beim Bewohner eine Verhaltensänderung zu bewirken, wird häufig mit einer höflichen Adressierung abgeschwächt. Einen solchen Fall zeigt das folgende Beispiel:

Beispiel 38: KmD – 018

0036	P10	so–
0037		hier ist der waschlappen NE?
0038		dann WASCHen sie sich schonmal vorne rum;
0039		ich komm sofort–
0040		(94.76)

Nach Einleitung des Pflegeschritts (Z. 36: so–) lenkt P10 die Aufmerksamkeit der Bewohnerin auf den Waschlappen, den diese braucht, um die nächste Aktivität zu vollziehen (Z. 37: hier ist der waschlappen NE?). Anschließend produziert sie in direktiver Form und mit einer pronominalen Adressierung eine Aufforderung zur Eigenleistung, wobei sie den zu waschenden Bereich verbal bestimmt (Z. 38: dann WASCHen sie sich schonmal vorne rum;),.

Aufforderungen, mit denen die Bewohner zur eigenständigen Durchführung einer Handlung bewegt werden sollen, werden in meinen Daten überwiegend mit diesem Verfahren realisiert. Durch die Adressierung schwächt P10 die Aufforderung minimal ab und nimmt ihr damit zum Teil ihr gesichtsbedrohendes Po-

tenzial. Dadurch wird der Status der Interaktanten auf der professionellen Ebene angeglichen, aber den Pflegepersonen wird mit diesem Verfahren entsprechend ihrer Rolle klar die Option zugestanden, die Bewohner zu bestimmten Handlungen aufzufordern und somit deren Handlungsfreiheit zu beschränken

6.5.2 Aufforderungen mit schön und höflicher Standard-

Adressierung

Dasselbe Verfahren findet sich in Kombination mit der Standard-Adressierung, die die Aufforderung insofern leicht abschwächt, als sie den Bewohner zugleich mit dem Eingriff in dessen Handlungsfreiheit aufwertet.

Beispiel 39: KmD – 009

0033	P1	schön drücken frau stengler;
0034	B1	<<angestrengt> (xxx xxx xxx xxx;)>
0035		(0.74)
0036	P1	DRÜCKEN,
0037		(3.53)
0038	P1	frau STENGler,
0039	B1	<<angestrengt> ja,>
0040	P1	drücken sie–

Frau Stengler ist hochgradig dement und kann kaum noch klar verständlich sprechen. In diesem Beispiel sitzt sie auf der Toilette. Dies ist in vielen Pflege-settings ein schwieriger Moment, da durch den Ablauf der Morgenpflege institutionell geregelt wird, wann die nicht mehr mobilen Bewohner den morgendlichen Stuhlgang vollziehen. In manchen Fällen bleibt dieser Schritt aber ergebnislos, weil die betreffenden Bewohner einfach noch nicht zur Toilette müssen. So war es auch in diesem Fall, wo sich die Aktivität über ca. 12 Minuten zog. Zu Beginn des zitierten Ausschnitts fordert P1 die Bewohnerin mit dem Lexem „schön“ und der Standard-Adressierung direktiv zu eigener Aktivität auf (Z. 33: schön drücken frau stengler;). Schön wird in diesem Kontext häufig als Synonym für korrekt und motiviert verwendet. Es verändert die Aufforderung dahingehend, dass die Bewohnerin dieser nicht einfach nachkommen, sondern die

betreffende Handlung vor allem richtig und motiviert vollziehen soll.. Somit verleiht es der Aufforderung zusätzliches gesichtsbedrohendes Potenzial, da es implizieren kann, dass die Bewohnerin sich sonst keine Mühe gibt.

Dieses Verfahren kann meinen Daten zufolge als prototypisch gelten, denn die Verwendung dieses Lexems in Kombination mit Aufforderungen war beim gesamten Pflegepersonal in beiden Heimen zu beobachten und hing nicht mit dem Grad der Demenz der Bewohner zusammen. Die Standard-Adressierung geht oft einher mit kurzen, sehr direktiven Aufforderungen (Z. 36: DRÜCKEN,), die dazu dienen, in solchen Momenten die Kontrolle über die Situation zu behalten.

Das sehr stark kontrollierende handlungsbegleitende und -koordinierende Verhalten des Pflegepersonals in diesen Phasen ist nachvollziehbar, da die Bewohner sich ja tatsächlich in einer gewissen Risikosituation befinden: Es ist aus gesundheitlichen Gründen wichtig, dass sie ihren Kot absondern; anders als etwa beim Waschen kann das Pflegepersonal darauf aber nicht wirklich Einfluss nehmen, wenn es nicht seine institutionelle Macht nutzen und mit Abfuhrmitteln oder Einläufen nachhelfen will. Gleichzeitig ist es aber, auch ohne solche Hilfsmittel, für die Regulation mitverantwortlich. Der Stuhlgang an sich ist aufgrund der Verdauungsschwierigkeiten vieler Bewohner eine unangenehme Sache. Bei nicht mobilen Bewohnern erfordert er permanente Kontrolle und damit die ständige Anwesenheit der Pflegepersonen im Bad. Und eine nachträgliche Erledigung dieser Aufgabe ist schwieriger und aufwendiger als bei anderen Schritten der Morgenpflege. Denn während z. B. eine beim Anziehen vergessene Socke oder eine unzureichende Wasserversorgung direkt nach dem Aufstehen leicht korrigiert werden können, ist der Aufwand sehr viel größer und die Konsequenzen wesentlich unangenehmer, wenn ein Bewohner sich z. B. erst später im Aufenthaltsraum entleert. Somit ist eine starke Kontrolle bei diesen Aktivitäten aus institutioneller Sicht unabdingbar und wird rollen typischerweise so realisiert wie im gezeigten Fall.

6.5.3 Aufforderungen ohne verbale Adressierung

Wie schon im Zusammenhang mit dem vorigen Beispiel angedeutet, werden alle unmittelbar mit dem Toilettengang verbundenen Aktivitäten häufig direkter

und mit einem höheren Maß an Kontrolle realisiert. Dabei wird auch die direkte Form ohne Adressierung gebraucht. Allerdings ist sie fast nie in einleitender Position bei großen Pflegehandlungen (mit mehreren Teilhandlungen) zu beobachten; mit nicht adressierten direkten Aufforderungen dieser Art werden überwiegend Teilhandlungen eingeleitet und koordiniert, die zuvor schon kommunikativ thematisiert wurden.

Beispiel 40: KmD – 018

0045	P10	ich wasch dann mal den popo,
0046		(25.62)
0047	P10	so und wieder dahin;
0048		(1.44)
0049	P10	hinsetzen,
0050		(70.96)
0051	P10	so?

P10 kündigt den letzten Teilschritt der Aktivität Stuhlgang an (Z. 45: ich wasch dann mal den popo,), in dem sie die Bewohnerin bewegen muss, um an die entsprechenden Stellen heranzukommen und sie waschen zu können. Als P10 die Bewohnerin anschließend erneut bewegen muss, orientiert sie die Bewohnerin ohne Abschwächungen direktiv zur Toilette (Z. 47: so und wieder dahin;) und fordert sie dann mit einem Verb im Imperativ auf, sich hinzusetzen (Z. 49). Diese sehr direkte handlungsbegleitende Variante zeigt deutlich, welchen Status die Interaktanten jeweils innehaben und wie dieser in der Situation institutionsspezifisch genutzt wird.

6.5.4 Aufforderungen in Kombination mit Begründung

Handlungsaufforderungen werden in meinen Daten in der überwiegend nicht begründet oder erklärt. In manchen Fällen fügen die Pflegepersonen ihr jedoch eine Erklärung oder Rechtfertigung hinzu, um ihre Wichtigkeit und die Relevanz für den jeweiligen Bewohner zu markieren.

Beispiel 41: KmD – 008

0507	P1	ist alles gut;
0508		(1.02)
0509	P1	↑trinken se mal en schluck;
0510		(0.88)
0511	P1	dann gehts ihnen gleich ↑besser wieder;

P1 fordert die Bewohnerin zum Trinken auf und schwächt dies mit der Adressierung und einer Abtönungspartikel ab (Z. 509: ↑trinken se mal en schluck;). Anschließend liefert sie dafür eine Begründung (Z. 511: dann gehts ihnen gleich ↑besser wieder;). Durch die Erklärung wird die Handlungsaufforderung nachvollziehbarer, und die darin enthaltene Bedrohung wird zusätzlich dadurch abgeschwächt, dass die geforderte Handlung im Interesse der Bewohnerin liegt. Das Verfahren ist also auf der Imageebene defensiv orientiert, indem das Wohlbefinden der Bewohnerin als Ziel der anstehenden Handlung konstruiert wird. Zudem ist es potenziell überzeugender und nachvollziehbarer und eher imstande, die Bewohner zur Mitarbeit zu bewegen, als eine Standard-Aufforderung ohne Begründung.

6.5.5 Aufforderung als Angebot

Eine ähnliche Strategie verfolgt dieselbe Pflegerin im folgenden Beispiel, wo sie eine Aufforderung als Angebot formuliert.

Beispiel 42: KmD – 008

0108	P1	gucken se MAL trinken se mal en schluck–
0109	B3	()
0110	P1	PRObieren se mal;
0111	B3	<<gehaucht> warte;>
0112		[<<gehaucht> ↑warte;>]
0113	P1	[wie?]

P1 lenkt zunächst die Aufmerksamkeit der Bewohnerin auf ein Glas Wasser (Z. 108: gucken se MAL) und fordert sie anschließend zum Trinken auf (Z. 108: trinken se mal en schluck–). Nach einem unverständlichen Beitrag der Bewohnerin, der eher als Widerstand denn als Zustimmung zu interpretieren ist, wechselt sie die Strategie: Anstatt einer erneuten direktiven Aufforderung formuliert sie dasselbe als ein Angebot an die Bewohnerin (Z. 110: PRObieren se mal;). Damit etabliert sie formal ähnlich wie bei einer Frage eine weniger starke Reaktionsverpflichtung, und die Bewohnerin hat grundsätzlich die Möglichkeit, das Angebot ohne Gesichtsverlust abzulehnen. Ihr Status als zu pflegende Bewohnerin wird also insofern anders konstruiert, als ihr Entscheidungs- und Mitgestaltungsoptionen bei der Morgenpflege eingeräumt werden; somit wird sie aufgewertet. Mit dieser Variante der Aufforderung kann die Beziehung also positiver gestaltet werden.

6.5.6 Übertrieben höfliche Aufforderung

Eine weitere Variante, die offenbar eher spielerischen Charakter hat, ist die, eine Aufforderung in übertrieben höflicher Form vorzubringen. Diese Form wird in meinem Korpus nur bei noch sprachfähigen dementen Bewohnern verwendet. Der folgende Ausschnitt zeigt ein Beispiel.

Beispiel 43: KmD – 011

0418	P6	ich tausche den stuhl aus ja?
0419	B7	ja ja–
0420		(14.41)
0421	P6	↑so: frau kleber;
0422		BITTE platz zu nehmen,

Zunächst kündigt P6 eine Folgehandlung an, um Verständnis dafür herzustellen, dass er die aktuelle Pflegehandlung unterbricht und kurz abwesend sein wird (Z. 418: ich tausche den stuhl aus ja?). B7 respondiert dies als verstanden (Z. 419: ja ja–). Nach der Unterbrechung leitet P6 mit einer Partikel und der Standard-Adressierung den Folgeschritt, das Hinsetzen, ein (Z. 421: ↑so: frau

kleber;). Die anschließende Aufforderung zum Hinsetzen formuliert er mit einer in diesem Setting übertrieben wirkenden Höflichkeit als betonte Bitte (Z. 422: BITTE platz zu nehmen,). Dies ist eine Variante der Aufforderung, die klassischerweise zwischen Interaktanten mit gravierend unterschiedlichen Status realisiert wird. Interessant ist, dass P6 damit seinen eigenen sozialen Status gegenüber dem der Bewohnerin als erheblich niedriger konstruiert, obwohl er innerhalb des Systems Pflegeheim einen höheren Status besitzt. Er nutzt die übertriebenen Höflichkeit, um die Bewohnerin zum Hinsetzen zu bewegen; gleichzeitig wertet er sie damit auf. Dies ist auch eine spielerische Variante, um mit der Asymmetrie in der Interaktion umzugehen. Dieses Verfahren dient meist dazu, die Situation lustig zu gestalten und die Bewohner zum Lachen zu bringen, indem man ihnen den Status einer Person von hohem gesellschaftlichen Rang zuschreibt. Es wird eher selten genutzt und ist ausschließlich in Interaktionen von männlichen Pflegern und weiblichen Bewohnern zu beobachten. Gegenüber Männern und von Frauen wird diese künstliche Aufwertung in meinen Daten nicht realisiert.

6.5.7 Aufforderung als gemeinsamer Versuch

Neben der oben behandelten expliziten Aufwertung gibt es auch Varianten der Aufforderung, mit denen das Pflegepersonal sich und die Bewohner auf gleicher Ebene mit einem gemeinsamen Ziel positioniert.

Beispiel 44: KmD – 008

0316	P1	SO–
0317		(1.12)
0318	P1	probieren wa mal?
0319		so frau birkner DA festhalten und jetzt einmal HOCH;
0320	B3	()
0321	P1	↑gut–
0322		gut gemacht;

P1 will die Bewohnerin von der Toilette bewegen. Nachdem mehrere Zunächst kündigt sie die Wiederholung des anstehenden Schritts mit einer Partikel an

(Z. 316: SO–), anschließend konstituiert sie in einer Frage das Aufstehen der Bewohnerin als einen Versuch (Z. 318: probieren wa mal?). Die Adressierung mit wir wirkt dabei als verbindendes Element, dass die anstehende Aktion als eine gemeinsame ausweist. Damit werden die Interaktanten anders positioniert als durch eine direktive Aufforderung, nämlich als Gleichverantwortliche bei dem Versuch, ein gemeinsames Ziel zu erreichen. Hier muss nicht die Bewohnerin allein ein Ergebnis liefern, sondern die beide arbeiten gleichberechtigt darauf hin, was zumindest für diesen Moment den Status der beiden angleicht und sie als Team konstituiert anstatt als Pflegerin und Gepflegte.

6.5.8 Präsentation der Aufforderung als eigenen Wunsch

In manchen Situationen stellen die Pflegepersonen die Handlungen, zu denen sie die Bewohner bewegen wollen, manchmal auch als deren eigene Wünsche oder Bedürfnisse dar.

Beispiel 45: KmD – 006

0078	P2	so und das hemd noch;
0079		(7.16)
0080	B6	(den behalt ich an ne?)
0081	P2	dem d ↑SIE wollen sich doch erstmal WASCHen;
0082		den kriegen se gleich wieder an.

Nach der Benennung eines konkreten Schritts beim Ausziehen der Bewohnerin (Z. 78: so und das hemd noch;), die im Anschluss gewaschen werden soll, widersetzt sich die Bewohnerin, offenbar will sie das Hemd nicht ausziehen (Z. 80: (den behalt ich an ne?)). Nun begründet P2 die betreffende Handlung und nutzt als Argument den eigenen Wunsch der Bewohnerin, sich zu waschen, den diese nicht geäußert hat (Z. 81: dem d ↑sie wollen sich doch erstmal waschen;). Sie unterstellt ihr damit eine bestimmte Motivation und nutzt diese Unterstellung als Argument der Handlungskordinierung.

Dieses Verfahren birgt eine gewisse Gefahr für das Fortschreiten der Pflege, wenn es wie hier ohne entsprechende Grundlage realisiert wird, konkret: ohne dass B6 diesen Wunsch tatsächlich geäußert hat. Denn es ist möglich, dass die

Bewohnerin die Unterstellung thematisiert und dies eine korrektive Sequenz auslöst, um den potenziellen Konflikt zu lösen.

6.5.9 Aufforderungen durch Wiederholungen

In einigen Fällen nutzt das Pflegepersonal auch Äußerungen der Bewohner, um eine Aufforderung zu realisieren. Im folgenden Ausschnitt greift die Pflegerin dazu eine höfliche Aufforderung der Bewohnerin auf.

Beispiel 46: KmD – 008

0145	P1	↑↑kommen se ich helf ihnen doch frau birkner;
0146		↑kommen se,
0147	B3	so: DARF ich ↑sie bitten,
0148	P1	DARF ich sie bitten,
0149		dann kommen se;

Frau Birkner steht nicht gern auf und läuft auch nicht gern an der Hand geleitet. In der vorliegenden Situation will P1 sie zum Aufstehen bewegen, was ihr jedoch mit unterschiedlichen Strategien bisher nicht gelungen ist. Nun scheint es, als wolle die Bewohnerin P1 imitieren, indem sie eine übertrieben höfliche Aufforderung produziert (Z. 147: so: DARF ich ↑sie bitten,). Diese Äußerung wiederholt wiederum P1 ganz ähnlich, um B3 zum Aufstehen aufzufordern (Z. 148: DARF ich sie bitten,).

Diese Form der Wiederholung von Beiträgen der Bewohner, die nicht primär dazu dient, das Verständnis zu sichern, sondern eine Aufforderung zu realisieren, ist nur nach erfolglosen vorherigen Aktivierungsversuchen zu beobachten. Dieses Verfahren bietet der Pflegerin eine weitere Variante zu einer monologischen direktiven Aufforderung; allerdings ist sie natürlich nicht planbar, weil sie vom Zufall abhängt und dementsprechend nicht als Strategie eingesetzt werden kann.

6.5.10 Aufforderungen in Form von Fragen

Die letzte komplexe Variante zur Realisierung einer Aufforderung ist deren Ausführung in Form einer Frage, die den Aufforderungscharakter gesichtsschonend abschwächt.

Beispiel 47: KmD – 007

0099	B5	() (.) die man so kennt und kannte,
0100		war schön doch–
0101		(5.44)
0102	P2	↑können sie das Bein mal ein bisschen anheben,
0103	B5	ja,

P2 unterhält sich während der Morgenpflege mit der Bewohnerin über ein pflegefernes Thema. Als B5 das Bein anheben muss, damit P2 eine bestimmte Stelle waschen kann, äußert sie die entsprechende Aufforderung indirekt in Form einer Frage (Z. 102: ↑können sie das Bein mal ein bisschen anheben,), worauf die Bewohnerin das Bein hebt. Wie schon in den oben behandelten Beispielen xx und xx (vgl. die Abschnitte 7.2.7 und 7.4.4) schränkt P2 mit ihrer Frage die Handlungsfreiheit der Bewohnerin weniger stark ein als mit einer direkten Aufforderung, indem sie ihr damit die Option suggeriert, dem Wunsch nachzukommen oder eben nicht. Dieses Verfahren negiert also punktuell einen Statusunterschied zwischen den Interaktanten, konstituiert diese als gleichberechtigt und schreibt der Bewohnerin die Möglichkeit zu, die Situation mitzugestalten. Dabei ist jedoch wiederum zu bedenken, dass eine etwaige Verneinung der Frage wieder eine direktive Bezugnahme erwartbar ist, die den Statusunterschied interaktional deutlich macht. Dieses Verfahren kann somit auf der Ebene der Beziehungskonstitution positiv wirken, birgt aber auch Risiken bei ausbleibender oder negativer Response.

6.5.11 Zusammenfassung

Abschließend bleibt festzuhalten, dass die Aufforderungsverfahren in 6.5.1 und 6.5.2 (mit Abschwächung durch pronominale und nominale Adressierungen) in meinem Korpus die am häufigsten genutzten Varianten sind und dass sie meis-

tens in Verbindung mit der Standard-Adressierung und anschließendem pronominalem Sie realisiert werden. Ohne verbale Adressierung werden fast nur pflegebegleitende Aufforderungen realisiert, handlungsinitiiierend ist dies kaum zu beobachten. Das Adressierungsverfahren konstituiert mithilfe dieser drei Variante eine professionelle Beziehung und schwächt den gesichtsbedrohenden Charakter der Aufforderung geringfügig ab. Die Variationen dieser Form der Bezugnahme haben neben der handlungskordinierenden Funktion – da sie meist einleitend verwendet werden – eine unterschiedlich starke beziehungsorientierte Komponente, die vor allem darauf abzielt, die Asymmetrie auszugleichen, die Bewohner als höherstehend oder zumindest gleichberechtigt zu positionieren und die Interaktanten als Team mit einem gemeinsamen Ziel zu konstituieren. Abgesehen von der spielerischen Variante der übertriebenen Höflichkeit, die nur bei männlichen Pflegern gegenüber weiblichen Bewohnern beobachtet wurde, werden alle Varianten von Aufforderungen (in Form von Fragen, Wiederholungen, Begründungen, der Unterstellung eines eigenen Wunsches oder der Präsentation als gemeinsamer Versuch) in der Interaktion mit Bewohnern in allen Stadien der Demenz realisiert.

6.6 Gesprächsthemen und Gesprächssteuerung

Die Handlungskoordination bildet den primären Sprechgrund während der Morgenpflege. Daneben sprechen die Interaktanten auch über pflegeferne Themen. Dieser Teil der Kommunikation zielt in erster Linie darauf ab, die Situationen aufzulockern und ein eher familiäres Gesprächssetting zu erzeugen oder zumindest eines zwischen gleichgestellten Personen. In diesem Abschnitt fokussiere ich zunächst die Frage der Themenwahl und anschließend die Formen der Gesprächssteuerung im Allgemeinen.

Prinzipiell kann ein Gespräch durch unterschiedliche Verfahren gesteuert werden:

Die Zuweisung des nächsten Sprechers kann durch verschiedene verbale und nonverbale Mittel erfolgen: durch Namensanrede, Gestik, Blickkontakt oder durch den ersten Teil eines Äußerungspaars (‘adjacency pair’), d. h. durch eine initiiierende Handlung (z. B. durch eine Frage oder eine Aufforderung zur Redeübernahme). (Tiittula 2001, 1364)

Ich befasse mich im Folgenden nur mit verbalen und paraverbalen Mitteln der Gesprächssteuerung; über nonverbale Verfahren kann ich aufgrund des Aufnahmedesigns keine Aussagen machen.

6.6.1 Etablierung pflegeferner Themen

Der größte Teil der Gespräche ist sehr stark auf das Pflegegeschehen bezogen, und in der Kernphase des Gesprächs beschränkt sich die Kommunikation mit den Dementen weitgehend darauf, die Pflegehandlungen zu koordinieren. In der Eröffnungsphase ist das ein wenig anders: Hier werden auch Themen bearbeitet, die für die Progression der außersprachlichen Handlungen nicht unbedingt notwendig sind. Häufig wird in dieser Phase nach dem Befinden der Bewohner und nach unmittelbar vorausgegangenen (d. h. nicht länger als einen Tag zurückliegenden) Ereignissen wie z. B. besuchten Geburtstagsfeiern oder Ähnlichem gefragt. Initiiert werden solche pflegefernen Themen in dieser Phase ausschließlich von den Pflegekräften. Diese etablieren mit einer entsprechenden Frage, die immer mit der Standard-Adressierung zugewiesen wird, eine Reaktionsverpflichtung. Damit versuchen sie vor allem noch sprachfähige Bewohner zu einem Gespräch anzuregen. Aber auch bei der Pflege von Schwerstdementen, die kaum oder gar nicht mehr sprechen können, lassen sich entsprechende Sequenzen beobachten, in denen die Pflegepersonen über das Pflegeverhältnis hinaus Interesse an dem jeweiligen Bewohner demonstrieren. In der Kernphase verändert sich Gesprächsorganisation geringfügig: Hier initiieren die Bewohner manchmal auch selbst Themen, die von den Pflegekräften dann meistens bearbeitet werden, wie ich weiter unten zeige. Zudem ist die Spannbreite der vom Personal angesprochenen Themen geringfügig größer als in der Eröffnungsphase. Neben den oben schon genannten unmittelbar vorausgegangenen Ereignissen werden auch das Wetter, die Familie der Bewohner, das Alter, das eigene Hab und Gut und die eigene Vergesslichkeit durch die Bewohner selbst und das Pflegepersonal thematisiert. Es handelt sich also durchgängig um Themen, die unmittelbar mit den Bewohnern zu tun haben, oder um Dinge, die sie im Pflegegeschehen wahrnehmen können. Wie in der Eröffnungsphase werden durch die Pflegekräfte diese Themen auch hier größtenteils durch Fragen initiiert, die in der Standard-Form adressiert sind, um die

Bewohner in die Sprecherrolle zu bringen. Pflegeferne Themen, unabhängig davon, wer sie initiiert, werden meist parallel zu den Pflegehandlungen behandelt.

Neben der inhaltlichen Ebene spielt aber auch die Gesprächsorganisation eine entscheidende Rolle bei der Behandlung von pflegefernen Themen. Ein anscheinend charakteristisches Merkmal der Pflegekommunikation ist dabei die Verwendung von tag questions, die ich im Folgenden darstelle.

6.6.2 Gebrauch von tag questions

Auffällig ist besonders der häufige Gebrauch von tag questions, die eine Reaktionsverpflichtung herstellen und die Bewohner in die Sprecherrolle bringen sollen. Hagemann referiert die Funktion von tag questions folgendermaßen:

Die Reaktion, zu der sie auffordern, ist in zweifacher Hinsicht bestimmt worden. Zum einen kann der Gesprächspartner dazu bewegt werden sollen, die Sprecherrolle für eine Stellungnahme zu übernehmen, zum anderen dazu, ein kurzes Feedback zu geben, dessen Realisierung den Gesprächspartner jedoch nicht zugleich zur Turn-Übernahme berechtigen soll. (Hagemann 2009, 146)

Tag questions in der zuletzt genannten Funktion sind bei der Behandlung pflegeferner Themen in meinen Daten so gut wie nie zu beobachten. Solche, die dazu dienen, das Rederecht zu übergeben, und eine entsprechende Reaktionsverpflichtung etablieren, werden dagegen häufig verwendet. Der folgende Ausschnitt illustriert einen solchen Fall:

Beispiel 48: KmD – 011

0058	B8	aber was ↑ICH im schrank hab ist alles sauber;
0059	P6	dat is ja auch ↑richtig so–
0060		dreckige sachen gehören auch nicht im schrank
0061		find ich ne?
0062	B8	ne: ne ne;
0063	P6	das muss ja nicht sein,
0064		das riecht ja dann auch ne zeit wenn man es
0065		bunkert ne?
0066	B8	wie heißt du denn nun,

0067 (0.93)
 0068 P6 ↑sie können einfach günther sagen;

B8 markiert in einem Gespräch über ihre Kleidung, dass ihre Wäsche sauber ist (Z. 58: aber was ↑ICH im schrank hab ist alles sauber;). P6 markiert dies im Folgeturn als korrekt (Z. 59: dat is ja auch ↑richtig so–) und formuliert unmittelbar im Anschluss einen eigenen Standpunkt, denn er sich mit „ne“ in Frageintonation rückversichern lassen will (Z. 60-61: dreckige sachen gehören auch nicht im schrank find ich ne?). Die tag question am Ende dieser Einheit fungiert in dieser Position als Versuch, das Rederecht an die Bewohnerin zu übergeben, was auch funktioniert. B8 stimmt dem Pfleger durch Verneinung zu (Z. 62: ne: ne ne;), was P6 zum Anlass nimmt, seinen Standpunkt zu wiederholen (Z. 63: das muss ja nicht sein,) und mögliche negative Konsequenzen aufzuzeigen (Z. 64-65: das riecht ja dann auch ne zeit wenn man es bunkert ne?). Am Ende dieser Einheit platziert er erneut ein Rückversicherungssignal, mit dem er eine zumindest minimale Reaktionsverpflichtung etabliert.

In fast allen initiierenden oder respondierenden Beiträgen, die sich auf die Etablierung pflegeferner Themen beziehen, verwenden die Pflegepersonen am Ende eine tag question, um den Turn zu übergeben und den jeweiligen Bewohner zu einer Reaktion zu verpflichten. Interessant in diesem Beispiel ist der Fokuswechsel, den die Bewohnerin im weiteren Verlauf vollzieht: Sie fragt den Pfleger nach seinem Namen. Das deutet auf ihre Desorientiertheit hin, denn die beiden kennen sich zu dem Zeitpunkt schon über drei Jahre. B8 adressiert die Frage, mit der sie den Themenwechsel vollzieht, mit der nähekonstituierenden Form „du“ (Z. 66: wie heißt du denn nun,). P6 kommt der Obligation nach und bietet ihr entsprechend dem von der Bewohnerin gewählten Modus den Vornamen als Identifikation an (Z. 68: ↑sie können einfach günther sagen;), wobei er selbst die höfliche pronominale Anrede „sie“ wählt.

Auffällig ist, dass die Pflegepersonen, wenn nach dem Gebrauch einer tag question eine Reaktion ausbleibt, meist nur einen erneuten Aktivierungsversuch durch eine Wiederholung oder die Standard-Adressierung unternehmen und sonst die Bearbeitung des Themas einfach endet. Themeninitiierung und -wechsel sind generell von beiden Seiten möglich.

6.6.3 Reaktivierung von unverständlichen Beiträgen

Ein weiteres Verfahren der Gesprächssteuerung sind Versuche, nicht verstandene Beiträge der Bewohner zu reaktivieren, indem sie noch einmal wiederholt werden.

Beispiel 49: KmD – 007

- | | | |
|------|----|--------------------------------------|
| 0131 | P2 | und jetzt können se laufen lassen; |
| 0132 | B5 | ach (.) das brennt hier– |
| 0133 | | (5.21) |
| 0134 | B5 | () |
| 0135 | P2 | ↑Bltte, |
| 0136 | B5 | (tschuldigung wann sind sie da,) |
| 0137 | | (1.3) |
| 0138 | P2 | ich hab immer noch nicht verstanden; |
| 0139 | B5 | so lange zu schlafen ↑ICH– |
| 0140 | P2 | wieso ist doch noch früh am tag– |

B5 produziert aufgrund ihrer schlecht sitzenden Zähne einen Turn, der akustisch nicht verständlich ist (Z. 134). Mit einem kurzen Reaktivierungsverfahren versucht P2 die Bewohnerin dazu zu bringen, dass sie den Beitrag wiederholt (Z. 135: ↑Bltte,). B5 tut dies (Z. 136: (tschuldigung wann sind sie da,)), doch P2 versteht den Beitrag auch diesmal nicht und startet erneut ein Reaktivierungsverfahren indem sie explizit ihr Nichtverstehen formuliert (Z. 138: ich hab immer noch nicht verstanden;).

Damit wird versucht, die Bewohner zum Wiederholen ihrer Beiträge zu animieren. Es gibt auch Situationen, in denen unverständliche Äußerungen nicht reaktiviert werden, das ist aber selten der Fall. In der überwiegenden Anzahl der Gespräche ist das Pflegepersonal sehr bemüht, die Beiträge der Bewohner zu hören und zu verstehen, was sich in Sequenzen wie der hier zitierten widerspiegelt. Mithilfe von Rückfragen bei unverständlichen Beiträgen steuern die Pflegepersonen nicht nur das Gespräch, sie manifestieren auch ein grundlegendes Interesse an den Beiträgen der Bewohner, schreiben ihnen damit einen hohen Stellenwert zu und leisten somit Imagearbeit.

6.6.4 Ignorieren der Beiträge der Bewohner

In den Daten ist aber auch ein Verhalten zu beobachten, das dem oben Behandelten genau entgegengesetzt ist, nämlich das Ignorieren der Beiträge von Bewohnern. Das geschieht im folgenden Beispiel.

Beispiel 50: KmD - 013

0053	B10	mein gott was bin ich fürn altes ↑weib geworden;
0054		(2.32)
0055	B10	aber (.) zuhause wäre ich gar nicht so lange
0056		geblieben ne?
0057	P9	ja,
0058	B10	da bin ich ja mal gefallen oder sowat;
0059		(3.07)
0060	P9	da hab ↑ich schon alles vorbereitet;
0061		(7.11)
0062	B10	ach ja;

B10 initiiert ein Thema, indem sie über sich selbst spricht (Z. 53: mein gott was bin ich fürn altes ↑weib geworden;). Nach einer Pause (Z. 54) ergänzt sie, dass sie in diesem Zustand schon lange nicht mehr allein zu Hause hätte leben können und versucht sich diese Einschätzung durch eine tag question rückversichern zu lassen. P9 kommt der Obligation mit einer kurzen Bestätigung minimal nach (Z. 57: ja,), ohne aber auf die zum Ausdruck gebrachte Unzufriedenheit wirklich einzugehen. B10 fährt fort und berichtet vage von einem Sturz (Z. 58: da bin ich ja mal gefallen oder sowat;). P9 ignoriert auch dieses Gesprächsangebot und verschiebt den Gesprächsfokus von dem pflegefernen Thema auf die aktuelle Pflegehandlung (Z. 60: da hab ↑ich schon alles vorbereitet;). Dieser Themenwechsel ist potenziell gesichtsbedrohend, da er Desinteresse an der Bewohnerin signalisiert. Er macht aber auch deutlich, dass der primäre Sprechgrund in diesem Setting die Morgenpflege ist.

Dass Gesprächsbeiträge oder thematische Initiativen der Bewohner von den Pflegekräften ignoriert werden, ist in meinen Daten deutlich seltener zu be-

obachten als die im vorigen Abschnitt beschriebenen Versuche der Pflegekräfte, die Bewohner zum Sprechen zu bringen.

6.6.5 Dialogähnliche Monologe

Ein charakteristisches Merkmal der Kommunikation während der Morgenpflege ist die Simulation von Gesprächen: Die Pflegekräfte konstituieren monologisch einen Pseudo-Dialog, indem sie neben ihren eigenen Turns auch mögliche Beiträge der Bewohner produzieren.

Beispiel 51: KmD – 008

0468	P1	ach frau haas–
0469		is am regnen draußen;
0470		frau haas;
0471		(0.56)
0472	P1	frau haas?
0473		(0.84)
0474	P1	↑draußen ist am regnen;
0475		(1.3)
0476	P1	und dat wo die alle zur schule müssen,
0477		(2.0)
0478	P1	ne,
0479		(1.3)
0480	P1	gut dass wir drinne sind;
0481		(3.91)

P1 verweist in diesem Beispiel zunächst auf einen unmittelbar wahrnehmbaren Sachverhalt, das schlechte Wetter (Z. 469: is am regnen draußen;), und führt damit ein Thema ein, das nichts mit dem aktuellen Pflegegeschehen zu tun hat. Anschließend folgen zwei Versuche, durch eine Standard-Adressierung die Aufmerksamkeit der Bewohnerin auf sich zu fokussieren (Z. 470: frau haas; / Z. 472: frau haas?). Anschließend wiederholt P1 ihren vorherigen Turn in abgewandelter Form, in einem erneuten Versuch, das Thema zu etablieren (Z. 474: ↑draußen ist am regnen;). Im nächsten Turn macht sie deutlich, warum der festgestellte Fakt ein Problem sein könnte (Z. 476: und dat wo die alle zur

schule müssen,)), und fordert mit einer tag question zumindest eine Minimalreaktion der Bewohnerin ein (Z. 478: ne,). Zum Abschluss dieser dialogähnlichen Sequenz produziert sie ein Fazit, in dem sie die gemeinsame Situation der beiden positiv bewertet (Z. 480: gut dass wir drinne sind;).

Dieses Verfahren ist in meinem Korpus nur bei Interaktionen mit nicht mehr sprachfähigen Dementen zu beobachten. Es kann mehrere Funktionen erfüllen. Eine mögliche Interpretation ist, dass den dementen Bewohnern mit solchen dialogähnlichen Monologen zumindest das Gefühl vermittelt werden soll, dass in ihrem Umfeld auch „normale“ Gespräche stattfinden und sie nicht auf ihre Krankheit oder ihre Rolle als Bewohner reduziert werden. Eine andere Lesart ist, dass sie eine eher defensiv orientierte Funktion für die Pfleger selbst haben. Denn gewöhnlich sprechen Menschen in empraktischer Interaktion miteinander, das ist aber in den betreffenden Situationen nicht mehr möglich. Eventuell dienen diese dialogähnlichen Monologe dazu, dass die Pflegepersonen selbst in diesen Situationen ein positives Gefühl entwickeln können und ihnen helfen, die Bewohner nicht zu sehr als reine Objekte ihres pflegerischen Handelns zu betrachten.

6.6.6 Unterbrechung durch die Bewohner

Unterbrechungen sind in der Kommunikation während der Morgenpflege generell selten. Wenn sie jedoch vorkommen, dann meist in der Form, dass die Pflegekräfte von den Bewohnern unterbrochen werden. So auch im folgenden Ausschnitt:

Beispiel 52: KmD – 003

0015	P1	dankeschön; (.) ne,
0016		wir [machen uns j]
0017	B3	[(der hat]
0018		ja geweint (.) ja,)
0019		(0.47)
0020	P1	wer hat geweint;

Der Ausschnitt stammt aus der Einleitungsphase des Pflegeprozesses. Zu Beginn will P1 verbal zur Kernphase überleiten (Z. 16: wir [machen uns j]), wird dabei jedoch von B3 unterbrochen (Z. 17: [(der hat])). Sofort stoppt P1 ihren Beitrag und lässt B3 ihren Turn ohne Überlappung zu Ende führen (Z. 18: ja geweint (.) ja,)).

Ein solches Gesprächsverhalten ist häufig zu beobachten. Indem die Pflegekräfte den Bewohnern in solchen Fällen meist den Turn überlassen, markieren sie erneut den hohen Stellenwert, den sie Gesprächsbeiträgen der Bewohner zuschreiben. Während Unterbrechungen durch die Bewohner also geduldet werden, ist dies umgekehrt sehr selten zu beobachten: Die Bewohner lassen sich, wenn sie einen Gesprächsbeitrag äußern, von den Pflegekräften in der Regel nicht unterbrechen. Die Bewohner scheinen somit in Bezug auf die Initiierung pflegeferner Themen einen höheren Status zu haben und werden in solchen Fällen sogar meistens animiert weiterzusprechen, wie es auch in diesem Beispiel geschieht. Unterbrechungen werden generell nicht sanktioniert. Im vorliegenden Fall versucht P1 im Anschluss an den Turn der Bewohnerin, das Thema durch eine offene Frage weiter zu differenzieren (Z. 20: wer hat geweint;); allerdings bleibt ein respondierender Beitrag an dieser Stelle aus.

6.6.7 Umgang mit inhaltlich realitätsfernen Beiträgen

Aufgrund der Demenzerkrankungen produzieren die dementen Bewohner manchmal Beiträge, deren Interpretation schwierig ist, da sie offensichtlich nicht der Realität entsprechend, wie im folgenden Beispiel:

Beispiel 53: KmD – 011

0005	P6	nanü (.) ham sich schon gewaschen,
0006		(0.6)
0007	B8	ja klar,
0008		hab ich die leute schon gewaschen;
0009	P6	auch dat schon;
0010		mensch sie sind ja von der ganz schnellen truppe heute,

P6 äußert zu Beginn der Pflege Verwunderung darüber, dass B8 sich schon selbstständig gewaschen hat (Z. 5: nanü (.) ham sich schon gewaschen,). B8 antwortet darauf, als sei dies selbstverständlich (Z. 7: ja klar,), und ergänzt dann, dass sie auch andere Bewohner schon gewaschen habe (Z. 8: hab ich die leute schon gewaschen;). Es ist offenkundig, dass dies real nicht geschehen ist und nur möglicherweise in ihrer eigenen Fantasie stattgefunden hat. Aber anstatt diese Aussage als nicht korrekt zu markieren, markiert P6 die berichtete Handlung als positiv (Z. 9: auch dat schon;) und bewertet sie anschließend auch positiv (Z. 10: mensch sie sind ja von der ganz schnellen truppe heute,).

Dies ist in meinen Daten die übliche Reaktion auf entsprechende Beiträge der Bewohner. Auch wenn deren Aussagen offensichtlich nicht zutreffen und höchstwahrscheinlich nur aufgrund der Demenz getätigt werden, akzeptieren die Pflegekräfte sie meistens und markieren sie als korrekt. Damit akzeptieren sie auch die mit diesen Beiträgen vorgenommene Selbstpositionierung und Identitätskonstitution der Bewohner, anstatt zum Beispiel defizitmarkierend zu fragen, ob der Gesprächspartner sich sicher ist, was implizieren würde, dass man ihm nicht glaubt. Auf dieses Verfahren gehe ich in Abschnitt 6.8 ausführlicher ein, wo ich den Umgang der Pflegekräfte mit pflegetypischen Phänomenen beschreibe.

6.6.8 Komplementieren von Adjazenzpaaren

Ähnlich wie im vorigen Abschnitt dargestellt verfahren die Pflegekräfte, wenn die Bewohner situativ unpassende Teile von Adjazenzpaaren produzieren. Einen solchen Fall zeigt das folgende Beispiel, in dem eine Begrüßung an einer anderen Stelle im Gespräch realisiert wird, als es erwartbar ist oder üblicherweise geschieht.

Beispiel 54: KmD – 008

0041	P1	frau ↑birkner?
0042		(2.42)
0043	P1	hehehe;

0044		(0.7)
0045	B3	↑hallo,
0046	P1	hallo–
0047		(4.32)
0048	P1	so–

B3 produziert hier mitten im Pflegeprozess den ersten Teil einer Gruß-Gegengruß-Sequenz (Z. 45: ↑hallo,). P1 respondiert mit der präferierten Variante, einem Gegengruß (Z. 46: hallo–), und markiert diese Initiierung somit als korrekt. Diese Reaktion ist auch dann zu beobachten, wenn solche Sequenzen in einem Gespräch wiederholt vorkommen.

Dass Begrüßungen in der Kernphase produziert werden, obwohl sie üblicherweise als Kontaktsignal direkt am Beginn einer Interaktion erfolgen, ist in der Kommunikation mit Dementen häufig zu beobachten. In vielen Gesprächen kommen die Bewohner dieser Obligation zu Beginn der Interaktion nicht nach und produzieren auf die Begrüßung durch die Pflegeperson keinen Gegengruß, initiieren dann jedoch im Verlauf des Gesprächs mehrere Begrüßungssequenzen (bis zu neun in meinem Korpus). In fast allen Fällen reagiert die Pflegeperson darauf mit einem Gegengruß.

6.6.9 Zusammenfassung

Während in Bezug auf die Handlungskordinierung die Situation in der Morgenpflege sehr asymmetrisch ist und das Pflegepersonal aufgrund seines institutionellen Status eindeutig mehr Optionen zur Durchführung und Durchsetzung von Pflegehandlungen hat, scheint sich auf der Ebene der Gesprächssteuerung das Verhältnis geradezu umzukehren: In Bezug auf die thematische Organisation und das Rederecht scheinen die Rechte zumindest gleich verteilt zu sein, Unterbrechungen werden sogar fast nur von Bewohnern vollzogen. Bei der Behandlung pflegeferner Themen werden Beiträge der Bewohner fast ausnahmslos als wichtiger behandelt als die der Pflegekräfte, auch wenn Aussagen nicht realistisch oder Gesprächshandlungen formal falsch platziert sind. Ein weiteres Indiz hierfür ist die hohe Frequenz von Reaktivierungsversuchen nach einer Themeninitiierung durch einen Bewohner. Dass die Pflegepersonen nach einer

Unterbrechung durch einen Bewohner ihr eigenes Thema reetablieren, ist nicht zu beobachten. Koordiniert wird das Gespräch bei pflegefernen Themen prinzipiell per Turnzuweisung durch die Pflegekräfte. Dazu dienen meist geschlossene Fragen, sehr häufig tag questions und die Standard-Adressierung, die entweder isoliert oder am Ende einer Themenetablierung realisiert wird, um den Turn an den jeweiligen Bewohner zu übergeben und diesen zu einer Reaktion zu verpflichten. Nichtsdestotrotz ist der primäre Grund des Sprechens in dieser Situation die Pflege. Entsprechend sind auch die meisten kommunikativen Bezugnahmen des Personals auf Pflegehandlungen bezogen.

6.7 Reden in Anwesenheit der Bewohner und über diese

In manchen Situationen ist das Personal mit den Bewohnern nicht allein im Zimmer. Dies hat meist praktische Gründe. Zum Beispiel fordern die Pflegekräfte manchmal Hilfe für Tätigkeiten an, die allein aus verschiedenen Gründen schwierig zu bewältigen sind, etwa wenn sie einen Bewohner heben müssen. Ein weiterer Grund dafür, dass sich in einem Zimmer mehrere Pflegekräfte aufhalten, sind Anleitungssituationen, in denen Pflegeschülern etwas direkt an einem Bewohner demonstriert wird oder einer Pflegekraft, die jemanden zum ersten Mal pflegt (z. B. einer Aushilfe von einer anderen Station), organisatorische Aspekte erklärt werden müssen.

Der Grund für ein Zusammentreffen im Pflegezimmer ist in meinen Daten immer mit Pflegehandlungen verbunden. Wenn die Pflegekräfte untereinander pflegeferne Themen ansprechen, tun sie dies grundsätzlich erst nach Behandlung des für das Pflegegeschehen funktionalen Themas, das den Interaktionsanlass bildete. Die Pflegekräfte untereinander reden in den Zimmern der Bewohner dann auch ausführlich über Privates (Familienprobleme, Beziehungstreitigkeiten etc.) und über Kollegen.³⁵ Dies geschieht aber meist während kurzer Pflegepausen. Somit machen die Pflegekräfte für die Besprechung eigener Belange aktiv Pausen, während sie pflegeferne Themen mit den Bewohnern parallel zur Pflege behandeln und diese Art der Kommunikation somit keinen eigenen Bereich hat.

³⁵ Über Kollegen sprechen die Pflegekräfte zu meiner Überraschung meist in Form von Lästereien, wenn sie mit deren Arbeit nicht zufrieden sind.

Die Pflegekräfte sprechen aber auch über die Bewohner an sich. In diesem Zusammenhang ist interessant, wie die Pflegekräfte die Bewohner adressieren und wie sie sich während der gemeinsam durchgeführten Pflegehandlungen untereinander adressieren, denn damit wird auch die Handlung und die Beziehung jeweils in einer bestimmten Weise konstituiert. Im folgenden Abschnitt gehe ich darum zunächst auf die Formen der gegenseitigen Identifikation ein und befasse mich anschließend mit ihren Auswirkungen auf der Handlungs- und Beziehungsebene.

6.7.1 Identifikation in dyadischen Gesprächen

Wie bereits in Abschnitt 6.1.10 dargestellt, adressieren sich die Pflegepersonen gegenseitig entweder mit dem Vornamen bzw. mit dem verkürzten Vornamen (z. B. Cornelia abgekürzt zu Conny) oder pronominal nur mit du. Dies gilt statusübergreifend: Auch zwischen examinierten Pflegekräften, Aushilfen und der Bereichsleitung erfolgt keine Differenzierung durch die Adressierung, das kollegiale du ist die Standardform, die in diesem Kontext soziale Nähe und Gleichheit erzeugt. Gleichzeitig markiert diese Adressierung in Kontrast zu Adressierung der Bewohner die Rollen in diesem institutionellen Setting, indem sie anzeigt, wer Pfleger und wer Gepflegter ist.

Das Adressierungssystem und die Form der Identifikation gegenüber den Bewohnern können sich gegenüber den in Kapitel 6.1 beschriebenen Varianten ändern, wenn im Zimmer zwei Pflegekräfte gleichzeitig anwesend sind, die inner- und außersprachliche Aufgaben gemeinsam bearbeiten.

6.7.1.1 Referenz durch Personalpronomen

Das folgende Beispiel illustriert zunächst die Variante der Bezugnahme auf Bewohner beim Sprechen über diese in ihrer Anwesenheit, die in meinem Korpus am häufigsten zu beobachten ist.

Beispiel 55: KmD – 006

0273	P4	Iarissa?
0274	P2	ja–

0275	P4	ganz kurz (.) zwanzig sekunden nur–
0276		sekunde nur;
0277		(16.74)
0278	P2	so frau lause,
0279	P4	soll ich dir helfen?
0280	P2	ja ich muss eben gucken (.) wie se überhaupt hängt;
0281		weißt du?
0282	P4	einmal gucken sie bitte;
0283		(2.79)
0284	P2	ich hab jetzt die (.) letzten schlaufen genommen verena–

Bei diesem Beispiel bittet P2 P4 um Hilfe beim Manövrieren mit dem Lifter, weil die Bewohnerin nicht richtig sitzt und es ein Problem mit der Fixierung gibt. Die Pflegerinnen identifizieren sich gegenseitig mit dem Vornamen (Z. 273: larissa? / 285: verena–) und bei einer Nachfrage zur Hilfeleistung mit dem Reflexivpronomen (Z. 279: soll ich dir helfen?), bei einer weiteren Nachfrage mit dem Personalpronomen (Z. 281: weißt du?). Beide Male wird das Pronomen in der zweiten Person Singular realisiert, womit die Pflegekräfte einerseits ihre soziale Beziehung als eine unter Kollegen konstituieren und andererseits deutlich machen, dass nicht die Bewohnerin adressiert ist. Die Bewohnerin ihrerseits wird mit der höflichen Standard-Variante für die Ansprache von Bewohnern adressiert (Z. 278: so frau lause,). Im Gespräch über sie – in diesem Fall geht es um ihre Sitzposition – wird mit dem Personalpronomen sie in der dritten Person Singular auf sie Bezug genommen (Z. 280: ja ich muss eben gucken (.) wie se überhaupt hängt;). Diese Standardform der Referenz in der 3. Person Singular auf Bewohner in deren Anwesenheit ist nach Schwitalla (2008, 500) potenziell gesichtsbedrohend, meiner Ansicht nach jedoch angemessener als die folgende Variante, in der mit einem Demonstrativpronomen auf die Bewohner referiert wird.

6.7.1.2 Referenz durch Demonstrativpronomen

Neben der Referenz durch Personalpronomen beziehen sich Pflegekräfte in Gesprächen untereinander auf Bewohner auch mit einem Demonstrativprono-

men; dies ist jedoch deutlich seltener zu beobachten. Im folgenden Ausschnitt geht es um eine pflegeorganisatorische Frage: Die Pflegerin kann die Strümpfe der Bewohnerin nicht finden und fragt bei einer Kollegin nach.

Beispiel 56: KmD – 003

0035	P1	die manuela hat da äh in_ne wäsche getan–
0036	P2	()
0037	P1	nein ich sag nur weil–
0038		[()]
0039	P2	[()] ersatzstrümpfe,
0040		(2.22)
0041	P1	ich hab schon– (.) geguckt,
0042		(2.25)
0043	P2	die hatte mal die hatte mal dat weiß ich;
0044		(1.31)
0045	P1	aber ich hab jetzt schon im schrank geguckt,
0046	P2	aber wenn da nix ist kanns_e nix anziehen;
0047		(1.31)

Auch dieses Gespräch findet in Hörweite der Bewohnerin statt. Hier verwendet P2 zur Referenz auf sie nicht das Personalpronomen sie, sondern das Demonstrativpronomen die (Z. 43: die hatte mal die hatte mal dat weiß ich;). Damit wird der Bewohnerin indirekt ein Objektstatus zugewiesen. Diese Form der Bezugnahme ist somit potenziell gesichtsbedrohend.

6.7.1.3 Mehrere Adressierungen in einer Situation

In den beiden letzten Beispielen wurde jeweils eine klare und konsistente Form der Adressierung und Bezugnahme verwendet. Es gibt aber auch Situationen, in denen verschiedenen Varianten realisiert werden.

Beispiel 57: KmD – 009

0311	P1	die ist fertig (.) die war jetzt die ganze zeit,
------	----	--

0312		(3.16)
0313	P1	die äh (.) soll ich se hin äh,
0314	P2	komm cornelia STEH mal auf–
0315	B1	ja,
0316	P2	↑komm–=
0317	P1	=kommen se;

P1 braucht Hilfe, um die Bewohnerin, die auf der Toilette sitzt und nicht aufstehen möchte, zum Aufstehen zu bewegen. Deshalb holt sie P2 hinzu. P1 befindet sich zu diesem Zeitpunkt im Bad, die aus dem Zimmer zum Flur geht und anschließend gemeinsam mit P2 wieder ins Bad tritt. Die oben zitierte Problemschilderung produziert sie im Zimmer stehend und damit in Hör-, aber nicht in Sichtweite der Bewohnerin. In ihrer Äußerung an P2 positioniert P1 die Bewohnerin mit dem Demonstrativpronomen *die* (Z. 311: *die ist fertig (.) die war jetzt die ganze zeit,*) als nicht ratifizierte Hörerin. Anschließend betreten die beiden Pflegerinnen gemeinsam das Bad, und P1 formuliert eine Frage, in der sie zwei unterschiedliche Referenzformen verwendet: Sie beginnt eine Konstruktion, die sie mit einem Demonstrativpronomen einleitet, repariert sie dann aber selbstinitiiert und verwendet dabei das Personalpronomen *sie* zur Referenz auf die Bewohnerin (Z. 313: *die äh (.) soll ich se hin äh,*). Im Bad, also in Sichtweite der Bewohnerin, korrigiert P1 die Form der Referenz zu einer, die der Bewohnerin eher einen Personen-Status zuweist, während außer Sichtweite der Bewohnerin auch objektivierende Bezugnahmen realisiert werden.

6.7.1.4 Identifikation durch geschlechtsspezifische Referenz

Abschließend soll ein Beispiel für eine Form der Bezugnahme illustriert werden, die in meinem Korpus nur gegenüber Männern realisiert wird. Hier bezieht sich die Pflegerin im Gespräch über einen Bewohner auf diesen mit einer geschlechtsspezifischen Referenz.

Beispiel 58: KmD – 017

0005	P11	sprech mit mir berta,
0006	P12	ich sprech mit dir,

0007		machst du die jungs?
0008	P11	↑die jungs,
0009		(1.39)
0010	P12	pass auf;

P12 kommt von einer anderen Station und muss aufgrund von Personalmangel aushelfen. Hier wird sie von P11 kurz in die Arbeitsorganisation eingewiesen. Nach einer Kontaktetablierung (Z. 5-6) fragt P12, ob P11 die beiden Bewohner pflegen will, und bezieht sich auf diese mit dem Ausdruck „jungs“ (Z. 7: machst du die jungs?). P11 wiederholt diese Referenzform mit einer leicht steigenden Prosodie am Ende der Einheit (Z. 8: ↑die jungs,), möglicherweise um sie als fragwürdig zu markieren. Diese Referenzform, die in Hör- und Sichtweite der betreffenden Bewohner gewählt wird, ist aus mehreren Gründen gesichtsbedrohend: Erstens erscheint das gewählte Nomen im gegebenen Kontext nicht angebracht, besonders wenn man den Altersunterschied zwischen den Interaktanten und den Bewohnern generell bedenkt. Zweitens werden die Bewohner damit als nicht ratifizierte Hörer markiert, obwohl dieser organisatorische Austausch direkt vor ihren Betten stattfindet. Und drittens hat diese Form bezogen auf erwachsene Männer eine abwertende Konnotation und ist insofern gesichtsbedrohend. Vergleichbare Formen der Bezugnahme auf weibliche Bewohner wurden in Gesprächen über Bewohner in deren Anwesenheit wie bereits angemerkt nicht realisiert.

6.7.2 Gesichtsbedrohendes Sprechen über Bewohner

In Interaktionen der oben beschriebenen Art fassen die Pflegekräfte häufig den bisherigen Pflegeverlauf für die hinzugekommenen Kollegen kurz zusammen. In solchen Zusammenfassungen wird auf die Bewohner in meinem Korpus immer in extrem gesichtsbedrohender Weise Bezug genommen. Positive Bezugnahmen auf Bewohner werden in diesen Situationen nicht realisiert. Das folgende Beispiel illustriert ein solches Interaktionsverhalten.

Beispiel 59: KmD – 004

0148		(460.62) ((P1 holt das Frühstückstablett aus dem Zimmer / Morgenpflege ist beendet))
0149	P2	()
0150	P1	ja bei mir waren heut auch alle–
0151		alle nass und beschissen;
0152	P4	<<Singsang-Intonation> guten mo:rgen frau lause,>

Diese kurze Interaktion findet im Zimmer einer Bewohnerin statt, das über einen Balkon verfügt. Dort machen die Pflegekräfte gelegentlich kurze Rauchpausen und treffen sich dort oder auf dem Weg dorthin. Entsprechend herrscht in diesem Zimmer häufig eine Art Durchgangsverkehr, den der Bewohnerin nach eigener Aussage positiv wahrnimmt. Die hier zitierte kurze Interaktion findet also im wahrsten Sinne des Wortes im Vorbeigehen statt.

Der Beitrag von P2 in Zeile 149 ist unverständlich, aber der folgende Beitrag von P1 in den Zeilen 150-151 lässt darauf schließen, dass P2 hier ebenfalls eine negative Kommentar geäußert hat: P1 bestätigt zunächst mit „ja“ eine Aussage, die ihrer eigenen offenbar entspricht oder ähnelt, und formuliert anschließend eine Stellungnahme zum Verlauf ihres bisherigen Pflegetages (Z. 150-51: bei mir waren heut auch alle– alle nass und beschissen;), die durch die Lexemwahl und insbesondere dadurch, dass sie in Hörweite des Bewohners geäußert wird, extrem gesichtsbedrohend ist. Dieses Beispiel zeigt eine deutliche Diskrepanz zu dem sprachlichen Verhalten, das die betreffende Pflegerin sonst in Interaktionen mit den Bewohnern realisiert. Sie gehört insgesamt zu den höflicheren Pflegekräften; vor allem hat sie in den dokumentierten Interaktionen Zwischenfälle, die mit Kot oder Urin zu tun haben, gegenüber demen-ten Bewohnern nicht ein einziges Mal negativ oder abwertend markiert. Möglicherweise ist dies ein Hinweis darauf, dass die Sprechereinstellung während der Pflege nicht zwangsläufig mit den beobachteten gesichtsschonenden Bezugnahmen korreliert, sondern dass das Personal Letztere nur als Teil ihrer Rolle realisiert und ihre tatsächlichen Emotionen und Gedanken während der Pflege unterdrücken. In dem Fall hätten kurze Sequenzen wie die hier zitierte eventuell eine Art Ventilfunktion für das Pflegepersonal, indem sie ihnen ermög-

lichen, ihren tatsächlichen Gefühlen gelegentlich Luft zu machen. Um dieser Hypothese weiter nachzugehen, wären jedoch umfangreichere Daten aus nicht pflegeorientierten Gesprächssituationen erforderlich, die mir bis dato nicht vorliegen.

6.7.3 Zusammenfassung

Wie die Kommunikation mit den Bewohnern ist auch das Sprechen über sie zwischen mehreren Pflegekräften im Setting der Morgenpflege überwiegend funktional orientiert: Es geht in erster Linie darum, die Pflegeprozesse zu koordinieren und durchzuführen. Solche Gespräche mit Kollegen werden auch parallel zu den Einzelaktivitäten der Pflege geführt, oder diese Aktivitäten werden durch Gespräche zwischen Pflegekräften vorbereitet und eingeleitet. Anders als bei solchen funktional orientierten Themen werden für pflegeferne Themen, die Pflegekräfte untereinander bearbeiten, die Pflegehandlungen unterbrochen. Diese Form der Organisation ist bei keinem anderen Themenkomplex zu beobachten; daran zeigt sich, welchen hohen Stellenwert private Gespräche unter den Pflegern haben.

Durch verschiedene Formen des Sprechens über Bewohner in deren Anwesenheit kann, wie die Analyse gezeigt hat, die Beziehung zwischen den Bewohner und Pflegepersonal als positiv oder negativ konstituiert werden. Letztendlich ist hier jedoch eine eher abwertende Tendenz zu beobachten, die durch die Referenzen in Form von Demonstrativpronomen oder sozialen Kategorien realisiert wird. Es wird aber auch explizit gesichtsbedrohend über die Bewohner gesprochen. Hierbei wird in meinen Daten jedoch nur der Status der Pflege thematisiert, der mit pejorativer Wortwahl Aussagen über die Bewohner impliziert.

6.8. Umgang mit pflegespezifischen Interaktionsphänomenen

In diesem Abschnitt wird untersucht, wie das Pflegepersonal im Rahmen der Morgenpflege mit pflegespezifischen Interaktionsphänomenen umgeht, die teilweise aufgrund der kognitiven Einschränkungen der Bewohner auftreten und kommunikativ bearbeitet werden müssen. Nicht alle diese Phänomene finden

sich exklusiv in der Interaktion mit Dementen; Angstzustände, Schmerzen und auch Widerstände gegen Pflegehandlungen sind Aspekte, mit denen Pflegekräfte auch bei anderen Gruppen in Altersheimen umgehen müssen. Die Besonderheit in diesem Fall ist aber, dass den Bewohnern die kognitiven Fähigkeiten fehlen, um Informationen zu speichern und zu verarbeiten, und diese Defizite einen besonderen Umgang mit betreffenden Personen erfordern. Die unterschiedlichen Situationen und die verwendeten Verfahren stelle ich im Folgenden dar.

6.8.1 Umgang mit verbalisierter Angst

Für die Pflegekräfte ist es schwer nachzuvollziehen, was in den Köpfen der Bewohner vorgeht. Schwierig ist aber auch der Umgang mit den daraus resultierenden Gefühlen, die demente Bewohner äußern, wenn sie noch in der Lage sind zu sprechen. Der Ausdruck positiver Gefühle lässt sich leicht in den Pflegeprozess integrieren; wenn etwa ein Bewohner ohne ersichtlichen Grund anfängt zu lachen, kann die Pflegekraft z. B. mitlachen; eine solche Reaktion ist gesichtsschonend und kann zudem problemlos parallel zur Pflegehandlung erfolgen. Bei negativen Gefühlen ist die kommunikative Bearbeitung hingegen meist aufwendiger, wie im folgenden Beispiel.

Beispiel 59: KmD – 009

0207	B1	das geht dich gar nichts an.
0208	P1	WAT?
0209	B1	<<angestrengt> (xxx xxx xxx) ich krieg angst;>
0210	P1	vor wat ham sie angst,
0211	B1	weiß ich auch nicht;
0212		(0.93)
0213	B1	↑DER ist immer nur so schnell weg;
0214	P1	wer ist immer schnell weg?
0215	B1	<<angestrengt> (xxx ↑xxx xxx xxx?)>
0216	P1	frau stengler–
0217		(2.88)
0218	P1	↑wer ist immer so schnell weg,

0219		(2.18)
0220	P1	<<angestrengt> ja:,>
0221		(6.0)

Nach einer zunächst unverständlichen Äußerung thematisiert B1 ihre Angst (Z. 209: <<angestrengt> (xxx xxx xxx) ich krieg angst; >). P1 fragt unmittelbar nach dem Grund dieser Angst (Z. 210: vor wat ham sie angst,); damit signalisiert sie Interesse am Befinden von B1. Eine solche Nachfrage ist in fast allen Fällen zu beobachten, wo die Bewohner Angst äußern und die Pflegekräfte nachfragen, da ein Auslöser für diese Angst ist meist nicht zu erkennen. In diesem Beispiel liefert der respondierende Beitrag von P1 jedoch keine Anhaltspunkte zu den Ursachen (Z. 211: weiß ich auch nicht;). In einem ergänzenden Beitrag referiert B1 dann mit dem Demonstrativpronomen „DER“ auf eine bestimmte Person und ihre kurzzeitigen Anwesenheiten (Z. 213: ↑DER ist immer nur so schnell weg;). Erneut fragt P1 nach, wobei sie den vorangehenden Beitrag der Bewohnerin weitgehend rephrasiert und dabei mit dem Interrogativpronomen „wer“ ihre Frage präzisiert (Z. 214: wer ist immer schnell weg?). Als auch der nächste Beitrag der Bewohnerin unverständlich ist (Z. 215), fokussiert B1 mit einer Standard-Adressierung (Z. 216: frau stengler–) deren Aufmerksamkeit und wiederholt dann ihre Nachfrage (Z. 218: ↑wer ist immer so schnell weg,). Nach fehlender, anschlussfähiger Antwort wurde das Thema dann nicht weiter bearbeitet.

Dieses Verfahren, dass die Pflegekräfte auf jede neue Information wieder mit präzisierenden Nachfragen antworten, die sie dann zwei- bis dreimal wiederholen, ist in solchen Sequenzen fast immer zu beobachten. Und wie in diesem Beispiel wird dies häufig durch Aufmerksamkeitsfokussierungen ergänzt. Wenn auf die wiederholten Nachfragen keine verwertbare Antwort erfolgt, die dazu beiträgt, die Gründe der Angst zu explorieren, wechselt die Interaktion meist ohne Überleitung wieder zu einer empraktischen Orientierung. Die meisten Pflegekräfte sind offensichtlich bestrebt, solche im Rahmen der Pflege zum Ausdruck gebrachten Angstzustände aufzuklären und aufzulösen, wenn sie auf einen konkreten Grund zurückgeführt werden können. Nur eine der insgesamt zwölf Pflegekräfte ignorierte von Bewohnern thematisierte Angst und nahm darauf nicht verbal Bezug.

6.8.2 Umgang mit nonverbal signalisierter Angst

Einige der nicht mehr sprachfähigen Bewohner bringen Ängste nonverbal zum Ausdruck. Die Bewohnerin im nächsten Beispiel ist schwerstement. Sie kann nicht sprechen und ist auch nicht mobil; somit gehört sie zu den betreuungsintensivsten Bewohnern. Sie hat permanent einen ängstlichen Gesichtsausdruck. Wenn bei ihr vermeintlich Angstzustände auftreten, werden diese in anderer Form bearbeitet als verbalisierte Angst.

Beispiel 60: KmD – 008

0488	P1	ist gut;
0489	B4	()
0490	P1	ja: ist gut,
0491		(0.93)
0492	P1	ist gut;
0493		(2.0)
0494	P1	ne,
0495		(1.39)
0496	P1	cornelia,
0497		(1.67)
0498	P1	cornelia;
0499		(0.84)
0500	P1	(P1 lacht mit geschlossenem Mund))
0501		(0.74)
0502	P1	↑ist alles in ordnung;
0503		ist gut;
0504		(0.65)
0505	P1	NE?
0506		(1.12)
0507	P1	ist alles gut;

P1 produziert eine ganze Reihe von Beruhigungsäußerungen, um den nonverbal sichtbaren Angstzustand der Bewohnerin zu mildern und sie zu beruhigen (Z. 488: ist gut; / 490: ja: ist gut, / 492: ist gut;). Sie versucht sich den Erfolg ih-

rer Beruhigungsversuche rückzuversichern (Z. 494: ne,). Dann wechselt sie den Modus und adressiert P1 zweimal mit deren Vornamen (Z. 496: cornelia, / 498: cornelia;). Der Wechsel von der Standard-Adressierung hin zum Vornamen kann in dieser Situation dazu dienen, eine Nähe zur Bewohnerin herzustellen, da er das rollentypische Adressierungsverhalten aufbricht. Anschließend lacht P1, der Bewohnerin zugewandt, wohlwollend und produziert dann erneut eine Reihe von Beruhigungsäußerungen (Z. 502: ↑ist alles in ordnung; / Z. 503: ist gut; / 507: ist alles gut;).

Im Gegensatz zum vorigen Beispiel wäre es in diesem Fall ineffektiv, wenn die Pflegerin versuchen würde, die Ursache der Angst zu ergründen, da die Bewohnerin nicht in der Lage ist zu sprechen. Da eine sprachliche Klärung aussichtslos ist, versuchen die Pflegekräfte in solchen Fällen immer, die Bewohner zu beruhigen und Nähe herzustellen. Dabei wird in den Pflegehandlungen eine Pause eingelegt; es ist deutlich zu hören, dass in solchen Fällen keine anderen Tätigkeiten ausgeführt werden.

6.8.3 Umgang mit Schmerzen und dem Stuhlgangbedürfnis

Neben dem Thema Angst spielen im Pflegeprozess auch Schmerzen und Stuhlgangbedürfnis eine große Rolle. Auf Schmerzschilderungen der Bewohner reagieren die Pflegekräfte in den meisten Fällen mit dem Versuch, die Ursachen zu ergründen und respondiert. Das verläuft in der gleichen Weise, wie es in Abschnitt 8.1 bei Verbalisierung von Angst durch die Bewohner dargestellt wurde. Nonverbal signalisierte Schmerzen werden in der Regel ebenso bearbeitet wie nonverbal angezeigte Angst (vgl. Abschnitt 8.2). Interessant ist die kontrollierende und den Schmerz negierende Bezugnahme, die in seltenen Fällen realisiert wird. Das folgende Beispiel zeigt eine solche Bearbeitung.

Beispiel 61: KmD – 004

0116	P2	frau lause nehmen sie mal bitte ihre tabletten;
0117		(4.32)
0118	P2	komm frühstücken;
0119	B5	((stöhnt vor Schmerzen))
0120		(8.18)

0121	B5	()
0122		(11.95)
0123		((stöhnt vor Schmerzen, jammert und weint))
0124	P2	frau lau:se: jetzt hören sie mal auf–
0125		(2.7)
0126	B5	ich bin doch noch nicht fertig mit dem stuhlgang machen und nix–
0127		(1.86)
0128	P2	↑↑sie brauchen heute keinen stuhlgang machen;
0129		dat brauch ↑morgen kriegen sie ihre tablette;=
0130	B5	=aber mir ist so danach zumute
0131	P2	ja aber es ist nicht (so).
0132		(5.02)
0133	B5	((stöhnt lauter vor Schmerzen))
0134		(345.68)
0135	B5	↑schwester,

In Zeile 123 signalisiert B5 durch ihr Jammern und nonverbal Schmerzen. Im Gegensatz zu Beispiel 59, wo die Pflegerin versuchte, die Ursachen der Angst zu ergründen, reagiert P2 darauf, indem sie die Bewohnerin auffordert, ihre Manifestationen von Schmerz zu unterlassen, womit sie impliziert, dass diese Schmerzen gar nicht existent sind (Z. 124: frau lau:se: jetzt hören sie mal auf–). Darauf antwortet wiederum die Bewohnerin, dass sie ihr Stuhlgangbedürfnis noch nicht befriedigt habe (Z. 126: ich bin doch noch nicht fertig mit dem stuhlgang machen und nix–). P2 spricht ihr in ihrem Folgebeitrag die Notwendigkeit, dieses Bedürfnis zu befriedigen, ab und verweist auf einen Abführvorgang am Folgetag (Z. 128-129: ↑↑sie brauchen heute keinen stuhlgang machen; dat brauch ↑morgen kriegen sie ihre tablette;). Sie wirkt hier also sehr dominant auf die Bewohnerin ein. Auch ein weiteres Argument der Bewohnerin, nämlich deren eigenes Körpergefühl (Z. 130: aber mir ist so danach zumute), weist die Pflegerin zurück, indem sie ihr die Fähigkeit abspricht, ihre eigenen physischen Anzeichen korrekt zu interpretieren. Wiederum negiert sie also in sehr dominanter Weise, dass die Bewohnerin das Stuhlgangbedürfnis, das sie zu verspüren meint, überhaupt hat.

Ein solches direktives Verhalten ist oft in Interaktionen mit Bewohnern zu beobachten, bei denen der Stuhlgang regelmäßig durch Einläufe oder Tabletten eingeleitet wird und die häufiger als einmal in einem Pflegeprozess ein Stuhlgangbedürfnis markieren. Während Schmerzen üblicherweise in der gleichen Weise bearbeitet werden wie Angst (vgl. Abschnitt 6.8.1 und 6.8.2), wird ein mehr als einmal verbalisiertes Stuhlgangbedürfnis häufig wie in diesem Beispiel direktiv zurückgewiesen, indem das Bedürfnis negiert und/oder für seine Befriedigung auf einen anderen Tag verwiesen wird.

6.8.4 Umgang mit kommunikativ nicht anschließenden Beiträgen

Durch die kognitiven Beeinträchtigungen der Bewohner ist es teilweise schwierig, deren Gesprächsbeiträge zu interpretieren und daran kommunikativ sinnvoll anzuschließen. Diese Schwierigkeit hat mit den kommunikativ häufig nicht anschließenden Beiträgen der Bewohner zu tun oder damit, dass sie die Pflegekräfte offensichtlich falsch identifizieren.

Beispiel 62: KmD – 008

0090	P1	oh: die frau haas die schnarcht heute NE?
0091		(9.02)
0092	P1	so–
0093		(18.88)
0094	P1	vorsicht frau birkner?
0095		(3.39)
0096	P1	<<angestrengt> so–>
0097		(3.35)
0098	B3	ach dein schwager,=
0099	P1	=ja:,
0100		(2.51)
0101	P1	↑kommen se frau birkner;
0102		↑kommen se?

In diesem Beispiel geht die Bewohnerin gemeinsam mit der Pflegerin zur Toilette. Auf dem Weg dorthin trifft sie eine Feststellung, die sich auf ein Verwandt-

schaftsverhältnis der Pflegerin bezieht (Z. 98: ach dein schwager,). Dieser Beitrag erfolgt ganz unvermittelt, es ist an keiner Stelle im Vorfeld der Interaktion ersichtlich, was sie dazu bewegt oder auf was bzw. wen sie sich bezieht. Entsprechend unklar ist die Funktion dieser Äußerung. Solche kontextlosen Beiträge werden üblicherweise in Alltagsgesprächen mit Kontextualisierungsversuchen bearbeitet, in der Pflegekommunikation ist das jedoch oft anders. Anstatt den Sinn dieser Äußerung zu ergründen, bestätigt die Pflegekraft sie einfach und markiert damit den Beitrag der Bewohnerin gesichtsschonend als korrekt (Z. 99: ja:.). Er wird also nicht als falsch oder unangebracht markiert, sondern als kommunikativ nachvollziehbar und in den Gesprächsverlauf passend. Somit ist diese Bezugnahme nicht defizitmarkierend, indem sie nicht auf eventuelle kognitive Probleme der Bewohnerin verweist. Das Verfahren ist zudem sehr effizient, da es Reparatursequenzen vermeidet, die Zeit kosten und die Pflege verlängern würden.

Solche Beiträge der Bewohner, bei denen vermutet werden kann, dass sie auf deren kognitive Defizite zurückgehen, werden in meinen Daten in den meisten Fällen als korrekt markiert. Der Pflegefokus wird dabei nie langfristig verlassen. Nach einer bestätigenden Bezugnahme folgt meist wie in diesem Beispiel eine erneute Aufforderung, mit der die aktuelle Handlung koordiniert wird (Z. 101-102: ↑kommen se frau birkner; ↑kommen se?). Dass die initiiierenden Beiträge weiter bearbeitet oder die Gründe dafür aufgelöst werden, ist in keinem Fall zu beobachten. Die minimale Response ist fast immer mit einer Aufwertung der Bewohner verbunden. In gleicher Weise werden auch falsche Identifikationen des Pflegepersonals, z. B. als Vater oder Freundin, nicht korrigiert, sondern entsprechend der Bewohnerrealität als korrekt markiert.³⁶

6.8.5 Umgang mit dem Wunsch, nach Hause zu fahren

Eine weitere typische Situation, mit der die Pflegekräfte umgehen müssen, ist die, dass die Bewohner den Wunsch oder aber den Plan äußern, nach Hause

³⁶ Dieses Problem beschreiben auch viele Angehörige, wenn sie über die Kommunikation mit ihren dementen Angehörigen, meist den Eltern oder Schwiegereltern, berichten. In privaten Pflegesettings gibt es offenbar einen starken Drang, die falsche Identifikation zu korrigieren. In Gesprächen mit Angehörigen wird deutlich, dass sie die falsche Identifikation als eins der größten Interaktionsprobleme sehen.

zu fahren. Dies ist bei vielen dementen Bewohnern zu beobachten, die noch sprachfähig sind. Da das Vorhaben offensichtlich nicht realistisch ist, sind solche Äußerungen in der täglichen Interaktion problematisch und müssen dementsprechend in irgendeiner Form bearbeitet werden, z. B. wie im folgenden Beispiel.

Beispiel 63: KmD – 011

0155	P6	mhmh,
0156		(0.74)
0157	B8	aber ich geh ja nach hause,
0158	P6	aber erst nachem frühstück,
0159		ein leerer magen verweist nicht gern ne?
0160		(1.35)
0161	B8	in schlesien haben die ();

In diesem Pflegeprozess trifft die Bewohnerin eine zukunftsorientierte Aussage über ihren Tagesablauf, indem sie anmerkt, das sie später nach Hause fahren wird (Z. 157: aber ich geh ja nach hause,). Damit konstituiert sie ihr aktuelles Zuhause, das Pflegeheim, als einen temporären Aufenthaltsort. Dies macht deutlich, dass sie ihre aktuelle Situation nicht mehr versteht. Würde der Pfleger darauf im nächsten Zug wahrheitsgemäß reagieren, müsste er ihren Plan als unrealistisch markieren, z. B. indem er sie auf ihren aktuellen Status als Klientin der Institution hinweist. Wie der Pfleger in diesem Beispiel, der lediglich den Startpunkt der projizierten Reise auf die Zeit nach dem Frühstück verschiebt und damit den aktuellen Interaktionszusammenhang, nämlich die Pflegehandlung, als primären Zweck der Interaktion markiert (Z. 158: aber erst nachem frühstück,), agieren alle Pflegekräfte in diesen Situationen. Diesen respondierenden Turn erweitert er dann durch eine Phrase, die ebenfalls den Plan bestätigt (Z. 159: ein leerer magen verweist nicht gern ne?); er konstituiert das Vorhaben von B8 also wiederum als korrekt und nachvollziehbar.

Der hier geschilderte Umgang mit dem geäußerten Wunsch oder Plan, nach Hause zu fahren, ist in meinen Daten die übliche Form, in der die Pflegekräfte darauf reagieren. Die Pflegekräfte konstituieren solche Beiträge im respondie-

renden Turn immer als korrekt und realistisch. Unabhängig davon, in welchem konkreten Kontext oder welcher Situation die Bewohner solche Wünsche oder Pläne verbalisieren, werden diese immer in gesichtsschonender Weise als realistisch und korrekt behandelt, auch wenn das Pflegepersonal genau weiß, dass ein solches Vorhaben vollkommen unrealistisch ist. Die entsprechenden Beiträge der Bewohner werden immer nur kurz respondi-ert. Das hinter ihrem Wunsch liegende Bedürfnis wird in keiner Interaktion ergründet. Anschließend wird der Aktivitäts- und Gesprächsfokus wieder auf die Pflegehandlung gelenkt.

6.8.6 Umgang mit zeitlicher Desorientierung

Es scheint, als ob die Bewohner durch die Demenz und die Unterbringung im Pflegeheim das Verhältnis zur Zeit verlieren, sie also zeitlich desorientiert sind. Dementsprechend häufig, manchmal auch mehrmals im Verlauf einer Pflegehandlung, stellen sie Fragen nach der Uhrzeit oder dem aktuellen Tag, Monat oder Jahr. Im folgenden Beispiel bezieht sich die Frage der Bewohnerin (Z. 24) auf den aktuellen Wochentag:

Beispiel 64: KmD – 007

0022	B5	()
0023	P2	↑bitte,
0024	B5	was ist bitte heute für ein (tag),
0025	P2	heute ist dienstag;
0026	B5	bedankt;

Auf solche Anfragen der Bewohner zur zeitlichen Orientierung folgt in meinem Korpus in allen Fällen die präferierte Response (Z. 25: heute ist dienstag;), sie werden also ohne Defizitmarkierung beantwortet. Auch wenn die Bewohner innerhalb eines Gesprächs häufiger entsprechende Fragen stellen, werden diese nie weiter exploriert oder auch nur ansatzweise als unpassend markiert. Die Response ist dabei oft knapp formuliert und schließt meist die Sequenz ab. Gelegentlich folgt darauf noch wie hier ein Dank des Bewohners (Z. 26: bedankt;), das ist jedoch selten.

6.8.7 Umgang mit Selbstdenunzierung

Überraschend häufig initiieren noch sprachfähige Bewohner relativ oft Selbstdenunzierungen, die potenziell gesichtsbedrohend sind, da die Bewohner sich dadurch als Interaktanten mit eingeschränkter Kompetenz konstituieren und sich somit abwerten. In diesem Zusammenhang verweisen sie für solche Selbstabwertungen auf die eigene Vergesslichkeit, Kraftlosigkeit oder mangelnde Intelligenz referiert. Die Pflegekräfte bearbeiten solche Beiträge ausnahmslos mit einer aufwertenden Orientierung.

Beispiel 65: KmD – 011

- | | | |
|------|----|---|
| 0191 | P6 | schön langsam hm, |
| 0192 | | in der ruhe liegt die kraft– |
| 0193 | | (0.6) |
| 0194 | B8 | ich bin ganz (.) nötig ja, |
| 0195 | | () |
| 0196 | | (4.74) |
| 0197 | B8 | ja ja ICH bin ja blöd, |
| 0198 | P6 | nein DAS dürfen se so nicht sagen frau leitpich, |
| 0199 | | also blöd sind sie wirklich nicht; |
| 0200 | | also da möchte ich mich mal gegen wehren; |
| 0201 | B8 | also das hat da mal eine gesagt die hier |
| 0202 | | geschickt war, |
| 0203 | P6 | also ich find (.) ehm; |
| 0204 | B8 | nein? |
| 0205 | P6 | beim besten willen dass man das so nicht
unbedingt sagen kann hm:? |
| 0206 | B8 | () |
| 0207 | | ist och ein name florian silbereisen; |

B8 schreibt sich in dieser Situation verminderte Intelligenz zu und wertet sich damit selbst ab (Z. 197: ja ja ICH bin ja blöd,). P6 bearbeitet diese Selbstdenunzierung in drei Schritten: Zunächst verbietet er ihr diese Aussage über sich selbst (Z. 198: nein DAS dürfen se so nicht sagen frau leitpich,), anschließend

widerspricht er ihr (Z. 199: also blöd sind sie wirklich nicht;); in einem dritten Schritt verstärkt er dies noch, indem er die Zurückweisung der Aussage jetzt als ein eigenes Anliegen darstellt (Z. 200: also da möchte ich mich mal gegen wehren;).

Selbstdenunzierungen werden in keinem beobachteten Fall geduldet oder unbearbeitet gelassen, egal welche Ressource die Bewohner für die Selbstabwertung verwenden. Die Pflegekräfte reagieren darauf immer mit Bezugnahmen, die Image der Bewohner aufwerten und diese in dem angesprochenen Aspekt als kompetent darstellen.

6.8.8 Umgang mit Widerstand

Ein weiteres Phänomen, mit dem das Personal im Pflegeprozess umgehen muss, sind Widerstände gegen Pflegehandlungen; dies ist allerdings nicht spezifisch für die Interaktion mit Dementen. Die Bewohner markieren entweder verbal oder nonverbal, zum Beispiel durch ausbleibende Mitarbeit, dass eine Pflegehandlung oder ein Teil davon gegen ihren Willen vollzogen wird oder dass sie in dem Moment andere Absichten verfolgen. Solche Widerstände sind für die Durchführung der Morgenpflege auf mehreren Ebenen problematisch. Zunächst einmal gerät auf der Handlungsebene der Pflegeprozess ins Stocken, da Widerstände Zeit kosten. Darüber hinaus wirken sie sich auf der Beziehungsebene aus: Ihre interaktive Bearbeitung führt meist dazu, dass die Pflegekraft als machtvollerer Interaktant positioniert wird, da diese ihre Optionen nutzen muss, um die Pflegehandlung durchzusetzen, und die Bewohner sich dem unterordnen müssen. Ein solcher Verlauf ist im folgenden Beispiel zu beobachten.

Beispiel 66: KmD – 006

0032	B6	des muss ich auszie[hen?]
0033	P2	[alles–]
0034		(1.39)
0035	P2	ich geb ihnen alles frisch–
0036		(18.04)
0037	B6	ne das zieh ich nicht an;

0038		ich zieh (das wieder alles so gerne)
0039	P2	NE ziehn sich erstmal aus,
0040	B6	(3.72)
0041		() kann ich helfen?
0042		(4.42)
0043	B6	()
0044		(12.09)
0045	B6	() da will ich frühstücken wie ich bin;
0046		(0.56)
0047	P2	ja aber einmal in der woche muss man sich waschen.
0048		(1.81)
0049	B6	ich ↑war eigentlich schon zum waschen;
0050	P2	NE dat glaub ich noch nicht;

In dieser Situation leitet P2 die Bewohnerin dabei an, sich morgens fertig zu machen. B6 ist noch in der Lage, dies selbst zu tun, braucht jedoch Hilfestellungen bei der Reihenfolge der verschiedenen Handlungen. Nachdem die Pflegerin frische Kleidung bereitgelegt hat, äußert B6 Widerspruch (Z. 37: ne das zieh ich nicht an;), den sie anschließend mit ihrer Vorliebe für die aktuelle Kleidung begründet (Z. 38: ich zieh (das wieder alles so gerne)). P2 reagiert darauf in einer dispräferierten Form, indem sie den Widerspruch zurückweist und B6 auffordert, sich auszuziehen (Z. 39: NE ziehn sich erstmal aus,). Dieses direkte Verfahren, den Bewohnern klar den nächsten Schritt aufzuzeigen, ist in fast allen Gesprächen zu beobachten, in denen die Bewohner sich widersetzen. Die Pflegehandlung hat Vorrang, und alle Impulse der Bewohner, deren Bearbeitung viel Zeit kosten würde, werden stark direktiv und meist ohne jede Abschwächung zurückgewiesen, um den Pflegeprozess voranzubringen. In diesem Beispiel wird auch ein erneuter Ansatz der Bewohnerin, sich nicht zu waschen (Z. 45: () da will ich frühstücken wie ich bin;), negativ respondiert und mit einem Verweis auf das Minimum wöchentlicher Waschhandlungen zurückgewiesen (Z. 47: ja aber einmal in der Woche muss man sich waschen.). Auch der dritte Versuch der Bewohnerin, sich diesem Pflegeteilschritt zu entziehen (Z. 49: ich ↑war eigentlich schon zum waschen;), wird von der Pflegerin stark direktiv unterbunden (Z. 50: NE dat glaub ich noch nicht;). Vor allem in solchen

Momenten wird die Rollenasymmetrie hinsichtlich der Machtverteilung auf der Handlungsebene deutlich: Widerstandshandlungen werden durch negativ respondierende Beiträge unterbunden, die oft bei jedem Aushandlungsversuch einmal auftreten, und die Bewohner damit als untergeordnet positioniert. Teilweise sind Ansätze einer Argumentation (wie in Zeile 47) oder einer Erklärung der Notwendigkeit zu beobachten, doch zumeist wird der Widerstand wie in Zeile 39 sehr direktiv unterbunden, ohne dass der Vorteil erläutert würde. Anders als bei der Initiierung von Pflegehandlungen, wo deren Vorteil und Nutzen für die Bewohner oft als Ressource genutzt wird, um sie zu motivieren, ist dies in respondierender Position nach Widerständen kaum zu beobachten.

In seltenen Fällen wird eine andere Variante realisiert, die defensiv wie protektiv gesichtsschonender ist: Sie besteht darin, dass für die Handlung, die den Widerstand auslöst, der institutionelle Kontext verantwortlich gemacht wird

Beispiel 67: KmD – 008

0203	P1	so (.) ↑weiter weiter weiter weiter,
0204		(1.95)
0205	P1	gut gemacht;
0206		(4.74)
0207	B3	↑WIE machst du das;
0208	P1	ja: MÜSSEN wir doch machen;
0209		(1.58)
0210	P1	() kommen se bitte–

P1 geht in dieser Situation gemeinsam mit der Bewohnerin vom Bad zu deren Bett. Auf halbem Weg produziert B3 einen auf die aktuelle Handlung bezogenen Widerspruch, wobei das entsprechende Potenzial ihres Beitrags besonders auf der paraverbalen Ebene deutlich wird (Z. 207: ↑WIE machst du das;). Anstatt jedoch direktiv auf die Bewohnerin einzuwirken, realisiert die Pflegerin eine defensiv gesichtsschonende Erklärung, indem sie durch das Wir als grammatisches Subjekt und das stark betonte Modalverb müssen die Verantwortung für die ungewollte Handlung dem institutionellen Kontext zuschreibt (Z. 208: ja: MÜSSEN wir doch machen;). Wie auch Sachweh (2000, 143f.) in ihrer Untersu-

chung feststellt, nutzen die Pflegekräfte in manchen Situationen das Modalverb müssen, um ihre eigene Verantwortlichkeit und persönliche Motivation herunterzuspielen. Der eigentliche Aggressor in diesem Moment ist somit die Institution und nicht die Pflegekraft selbst; damit wirkt diese Strategie defensiv image-schonend. Mit dem group marker Wir werden Pflegekraft und Bewohner darüber hinaus als gleichberechtigte Interaktanten positioniert.

6.8.9 Umgang mit Mitarbeit

Auch das zu dem in Abschnitt 6.8.8 beobachteten gegenteilige Verhalten, nämlich Mitarbeit der Bewohner bei der Morgenpflege, wird kommunikativ bearbeitet. Neben Dank für die Mitarbeit wird nach Tätigkeiten, bei denen sich die Bewohner kooperativ verhalten haben, auffällig viel Lob produziert. Interessant ist, welche Leistungen in der Altenpflege positiv bewertet werden. Selbst minimale Körperbewegungen oder einfaches Stillhalten können eine Lobsequenz auslösen.

Beispiel 68: KmD – 001

0288	B1	wo gehn wir jetzt hin?
0289	P1	wir gehen jetzt gleich frühstücken;
0290		<<sehr leise> ja->
0291		ne,
0292		(4.18)
0293	P1	wir gehen gleich frühstücken,
0294		(9.19)
0295	P1	einmal die arme hoch so:-
0296		super-
0297		(4.55)
0298	P1	so machen wir dat so:-
0299		(11.85)
0300		gut gemacht-
0301	B1	<<sehr leise> I:ch->
0302	P1	↑ja GUT gemacht-

Die Bewohnerin in diesem Beispiel ist nicht mehr mobil, und auch die Beweglichkeit ihrer Gliedmaßen ist sehr stark eingeschränkt. In diesem Fall wird schon die Tatsache, dass sie nach der Aufforderung der Pflegerin (Z. 295: einmal die arme hoch so:–) anscheinend kooperiert und die Arme leicht anhebt, anschließend mehrfach als positiv markiert. Die hier gebrauchten Bewertungen „super“ (Z. 296) und „gut gemacht“ (Z. 300, 302) werden in meinem Korpus häufig verwendet, um die Bewohner zu loben und sie damit aufzuwerten. Auf der Beziehungsebene ist Lob allgemein eine protektiv gesichtsschonende Strategie, da es eine positive Einstellung des Sprechers zu einem Aspekt seines Gegenübers ausdrückt (der Person an sich, einer Handlung, ihrer Kleidung, ihrer Frisur etc.). Die hohe Frequenz lobender Äußerungen, die auch in diesem Fall zu beobachten ist, findet sich vor allem in Interaktionen mit Schwerstdementen, die weder mobil noch sprachfähig sind. Ihre häufige Nutzung birgt jedoch auch die Gefahr einer Abwertung, wie ich in Kapitel 6.10 im Zusammenhang mit Secondary Baby Talk ausführen werde.

6.8.10 Zusammenfassung

Die Pflegekräfte gehen mit pflegespezifischen Verhaltensweisen der Bewohner, die für das Fortschreiten der Morgenpflege problematisch sind oder sein können, überwiegend gesichtsschonend um. Meist werden Interaktionsprobleme, die auf die Krankheit zurückgehen, in gesichtsschonender Weise und effizient parallel zur Pflegehandlung bearbeitet; diese wird nur unterbrochen, wenn die Bewohner nonverbal Schmerzen oder Angst signalisieren. Überwiegend ist eine Tendenz zur Aufwertung und Bestätigung der Bewohner zu beobachten. Nur ein (wiederholt) geäußertes Stuhlgangbedürfnis und Widerstände gegen Pflegehandlungen werden gesichtsbedrohend respondiert.

Wenn die Bewohner verbal Angst oder Schmerz signalisieren, versuchen die Pflegekräfte, ihre Ursache zu ergründen und anschließend zu bearbeiten; nonverbale Manifestationen werden direkt bearbeitet, indem die Pflegekräfte wiederholt versuchen, die betreffenden Bewohner zu beruhigen. Wenn Bewohner Beiträge produzieren, die auf ihre Desorientierung zurückgehen oder allgemein in der aktuellen Situation nicht interpretiert werden können, reagieren die Pflegekräfte darauf fast immer positiv und gesichtsschonend. Dabei spielt es keine

große Rolle, ob die Bewohner die Pflegekraft falsch identifizieren, unrealistische Wünsche äußern oder nicht anschlussfähige Themen initiieren. Die Pflegekräfte kommen in der Regel der jeweiligen bestätigenden Obligation nach und markieren den entsprechenden Beitrag als korrekt, auch wenn dies bedeutet, dass sie streng genommen lügen müssen. Diese Form der Lüge ist in diesem Kontext als hochgradig funktional anzusehen, denn dadurch muss der Pflegeprozess nicht unterbrochen werden, die Bewohner werden nicht durch Bezugnahme auf ein Defizit negativ markiert und es erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass in diesen Momenten bei den Bewohnern positive Gefühle erzeugt werden. Grundsätzlich sind die Pflegekräfte bei solchen Bezugnahmen bestrebt, den dementen Bewohner aufzuwerten; das zeigt sich z. B. auch beim übermäßigen Lob im Umgang mit Schwerstdementen.

Der Fokus liegt jedoch auch in diesen Kommunikationssituationen bei der Pflegehandlung. Dass die Interaktion sich praktisch in jedem Moment an dieser orientiert, wird besonders im Umgang mit Widerstand deutlich: Fast alle Verhaltensweisen der Bewohner, die den Pflegeprozess verlangsamen, werden negativ und meist sehr direktiv respondiert, auch wenn sie auf die Demenzerkrankung zurückzuführen sind. Nur selten gibt es im Umgang mit Widerstand Ansätze zu einer argumentativen Aushandlung. Es findet auch keine Aushandlung oder Planänderung bezüglich der Abfolge der Pflegeschritte statt. Tatsächlich hätten die Pflegekräfte bei vielen Teilschritten auch gar nicht die Option, sie einfach auszulassen, denn sie sind aufgrund ihrer funktionalen Position im Altenheim verpflichtet, sie durchzuführen. Nichtsdestoweniger ist die Feststellung interessant, dass die Pflegekräfte in respondierender Position deutlich häufiger direktiv vorgehen als bei der Initiierung von Pflegehandlungen.

6.9. Lexemwahl und Komplexität der Äußerungen

In diesem Abschnitt werden die Äußerungen der Pflegekräfte im Hinblick auf ihre sprachliche Struktur betrachtet. Dabei fokussiere ich zum einen die Komplexität der Äußerungen, zum anderen die Lexeme, die während der Pflege verwendet werden, um einen Eindruck von der Sprechweise des Personals zu vermitteln.

6.9.1 Komplexität der Äußerungen

Grundsätzlich produzieren die Pflegekräfte zumeist kurze Beiträge ohne Nebensätze.³⁷ Diese an sich schon kurzen Beiträge der Pflegekräfte werden je nach der Schwere der Demenz weiter verkürzt und reduzieren sich letztlich nach Wiederholungen bei Schwerstdementen oft auf Ein-Wort-Beiträge. Diese Äußerungen haben meist formelhaften Charakter, da die Pflegekräfte für die verschiedenen Zwecke während der Morgenpflege ein relativ überschaubares Set an Varianten verwenden, die immer wieder realisiert werden. In der Gestaltung der Beiträge zeigt sich wenig Variation, was darauf zurückzuführen ist, dass in diesem institutionellen Kontext dieselben Pflegetätigkeiten immer wieder durchgeführt werden (ebd., 120ff.). So werden z. B. zur Gesprächseröffnung fast immer dieselben Kontaktsignale produziert (Guten Morgen) und die Aufmerksamkeit der Bewohner weitestgehend mithilfe der Standard-Adressierung fokussiert (Frau (XY)). Bei Aufforderungen ist eine hohe Frequenz der Variante mit schön in Kombination mit der Standard-Adressierung (schön drücken frau (XY)) oder der direktiven Variante mit pronominaler Adressierung (kommen se) zu beobachten. Aufmerksamkeitsfokussierungen werden häufig mithilfe der Standard-Adressierung mit steigender Intonationskurve (frau (XY),) realisiert, während Fokussierungen auf das aktuelle Pflegegeschehen nach einer Unterbrechung überwiegend mit einer direktiven Aufforderung und der Standard-Adressierung (gucken sie mal herr (xy)) vollzogen werden. Bei der nonverbalen Signalisierung von Angst versuchen die Pflegekräfte die Bewohner durch bestimmte Formeln zu beruhigen (ist gut / ist alles in ordnung), die bis zu 17-mal wiederholt und immer gleich produziert werden.

Überhaupt sind Wiederholungen, wie schon Sachweh (2000, 125) beobachtet hat, ein generelles Charakteristikum der Beiträge von Pflegern. In meinem Korpus dienen sie meistens der Aufmerksamkeitsfokussierung (Wiederholung der Standard-Adressierung), der Verständnissicherung (fragend intonierte Wiederholung von tag questions am Ende der Einheit) und der Beruhigung von Bewohnern in Angstzuständen (Wiederholung der oben genannten Beruhigungsformeln). Ein Einsatz von Wiederholungen, um phatische Minimalkommunikati-

³⁷ Solche werden, wie Sachweh feststellt, fast ausschließlich in Interaktionen untereinander realisiert (2000, 116).

on aufrechtzuerhalten, wie ihn Sachweh (2000, 125) beobachtet, war hier jedoch festzustellen.

Bei der Handlungs- und Gesprächskoordination operieren die Pflegekräfte auch häufig mit Fragen. Dabei verwenden sie zur Handlungskoordination in initiierender Position überwiegend geschlossene Fragen (sollen wir dann mal / können sie mal ihr Bein heben), während in respondierender Position, z. B. um die Ursache von Angstzuständen zu ergründen, offene Fragen eingesetzt werden (was ist los / wo tut es weh). Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass geschlossene Fragen aus der Sicht der Pflegekräfte anscheinend zur Progression des Gesprächs beitragen.

6.9.2 Lexemwahl

Auch bei der Lexemwahl ist wenig Varianz zu beobachten; dies ist nicht zuletzt darauf zurückzuführen, dass die Themen, die bearbeitet werden, sehr begrenzt sind. Überwiegend wird ein umgangssprachliches Register verwendet, wobei sich die Adressierungsverfahren prinzipiell an den Höflichkeitsnormen unserer Gesellschaft orientieren. Technische oder andere fachsprachliche Termini werden fast nie gebraucht, auch nicht in Interaktionen zwischen den Pflegekräften. Häufig zu beobachten sind Handlungsverben und Richtungsanzeigern, wie auch Sachweh (2000, 114f.) feststellt. In Stresssituationen kommt in seltenen Fällen eine pejorative Lexemwahl vor. Kot im Bett der Bewohner wird, wenn er thematisiert wird, als „scheiße“ bezeichnet und Geräte, die nicht funktionieren (z. B. ein Lifter), als „scheißteil“.

Mit den Bewohnern sprechen die Pflegekräfte fast nie indirekt, etwa in Form von Metaphern. Die einzigen Metaphern, die verwendet werden, sind pflegebezogen. Sie beziehen sich meistens auf die Toilette (Thron, Pott und Pfanne), bestimmte Körperstellen der Bewohner (Popo, untere Etage, Stelzen und Porrepien) und Medikamente (Leckerli). Reduplizierende Formen finden sich außer als Metapher für das Gesäß nur für Aufforderungen zum Wasserlassen (machen sie jetzt pipi) oder als Referenz auf Urin (haben sie schon pipi gemacht); andere Verwendungsweisen kamen in meinem Korpus nicht vor.

Charakteristisch für die Sprache der Pflegekräfte gegenüber den Bewohnern ist weiterhin das Wort „schön“, mit dem sie entweder ein Verhalten oder eine

Handlung der Bewohner loben oder die Modalität einer angeforderten Handlung markieren. Der Ausdruck wird in fast jeder Interaktion in einer dieser beiden Varianten verwendet.

6.9.3 Zusammenfassung

Auch an der sprachlichen Oberflächenstruktur der Gespräche wird deutlich, dass in erster Linie gesprochen wird, um gemeinsam zu handeln. Die Komplexität der Äußerungen und die Lexemwahl der Pflegekräfte sind eindeutig verständnisorientiert: Dadurch wird den Bewohnern die Interpretation erleichtert, denn gerade in dieser Hinsicht sind sie ja massiv beeinträchtigt. Der Interpretationsaufwand wird auch durch geschlossene Fragen vermindert, die die Pflegekräfte in initiiender Position überwiegend verwenden. Ebenso orientiert sind die häufigen Formeln die, um in diesem stark durch die Pflegehandlung strukturierten Interaktionen die immer gleichen Handlungen zu vollziehen verwendet werden und das Geschehen nachvollziehbarer zu gestalten. Ebenso dient der häufige Gebrauch immer gleicher Formeln, mit denen in diesen stark durch die Pflege strukturierten Interaktionen die immer gleichen Handlungen begleitet werden, dazu, das Geschehen nachvollziehbarer zu gestalten. Die gleiche Tendenz ist auf der Ebene der Lexeme zu beobachten: Insgesamt werden vor allem stark pflegebezogene Lexeme verwendet und ein umgangssprachliches Register genutzt. Fachbegriffe werden vermieden, auch in Gesprächen zwischen Pflegekräften, bei denen Bewohner anwesend sind. Außerdem wird fast nie indirekt oder stark bildlich gesprochen, was die Interpretation der Beiträge erschweren würde. Die wenigen Metaphern, die verwendet werden, sind auf Pflegehandlungen oder bestimmte Körperstellen orientiert.

Insgesamt wird deutlich, dass die wenig komplexe und stark auf die Pflegehandlungen fokussierte Gestaltung der Äußerungen durch die Orientierung an den kognitiven Fähigkeiten der Bewohner erzeugt wird. Oberstes Ziel dieser Beiträge ist Verständnissicherung und Fokussierung der Aufmerksamkeit im Pflegekontext. Darauf verweist auch der beobachtbare Zusammenhang zwischen der Schwere der Demenz und der Länge der Beiträge: In meinen Daten ist zu beobachten, dass eine höhere Beeinträchtigung durch die Demenz mit einer Verkürzung der Beiträge und einer geringeren lexikalischen Varianz ein-

hergeht; diesen Zusammenhang hat Sachweh in ihrer Untersuchung ebenfalls beobachtet (2000, 116 ff.).

6.10 Secondary Baby Talk

Beim Secondary Baby Talk handelt es sich, wie in Abschnitt 4.3.4 erläutert, um eine typische Form des Sprechens mit älteren Menschen, die dem Sprechen von Eltern mit ihren Kleinkindern ähnelt und sowohl eine kommunikative als auch eine emotionale Funktion hat. Die Verwendung dieses Registers ist auch in dem dieser Arbeit zugrunde liegenden Korpus zu beobachten, jedoch nur in geringem Umfang. Die Elemente, die bei diesem Register eine Rolle spielen, sind auf unterschiedlichen linguistischen Ebenen angesiedelt. Ich behandle sie im Folgenden in Anlehnung an Sachwehs analytische Differenzierung (2000, 145ff.), um einen Vergleich der Ergebnisse zu ermöglichen. Sachweh unterscheidet beim Einsatz von SBT die Aspekte Prosodie, Komplexität, Wiederholungen, Lexemwahl und Wortschatz. Redundanzen zum vorhergehenden Kapitel sind aufgrund der ähnlichen Bezugsbereiche nicht zu vermeiden gewesen.

Es ist zunächst festzuhalten, dass Elemente des SBT-Registers auch in meinem Korpus realisiert werden. Dies muss jedoch differenziert betrachtet werden; es bedeutet nicht zwangsläufig, dass den so Angesprochenen damit der Status eines Kindes zugeschrieben wird.

Kontaktsignale zu Beginn der Interaktion oder erneute Namensnennungen werden mit starken Tonhöhenverläufen markiert, um die Aufmerksamkeit des betreffenden Bewohners zu fokussieren.

Beispiel 69: KmD – 008

0398 P1	<<Singsang-Intonation> ↑frau haas?>
0399	<<Singsang-Intonation> ↑hallo;>
0400	mh?

Die Standard-Adressierung (Z. 398: <<Singsang-Intonation> ↑frau haas?>) und das Kontaktsignal (Z. 399: <<Singsang-Intonation> ↑hallo;>) werden durch die Singsang-Intonation verstärkt; diese Strategie erhöht die Wahrscheinlichkeit,

dass die Aufmerksamkeit der Bewohner in den Phasen, wo dies notwendig ist, auch fokussiert werden kann. Ähnliches ist bei dem häufig gebrauchten Gliederungssignal „so“ und bei tag questions zu beobachten. Das stützt Sachwehs These, dass eine SBT-Intonation eine segmentierende und verständnissichernde Funktion hat (2000, 149). Tag questions und Gliederungssignale werden stark betont und in einer höheren Tonlage gesprochen, wobei sie insgesamt häufiger betont als höher gesprochen werden. Als schrill, wie Sachweh die starke Betonung an manchen Stellen darstellt (ebd., 148), kann die Stimme der jeweiligen Pflegekraft in den beobachteten Fällen jedoch nicht bezeichnet werden. Solche prosodischen Markierungen sind in meinen Daten aber relativ selten zu finden.

Manchmal werden zwar auch Inhaltswörter (ebd., 145 ff.) betont, aber dann werden sie in einer Tonlage realisiert, die nur leicht über der Indifferenzlage des Sprechers liegt. In meinem Korpus werden Inhaltswörter also nicht mit den prosodischen Merkmalen des SBT artikuliert.

Hinsichtlich der Komplexität ist auch in meinen Daten eine deutliche Tendenz zu kurzen Beiträgen ohne Nebensätze zu beobachten. Auffällig ist auch der häufige Gebrauch von geschlossenen Fragen in initiiender Position (ebd., 150); dies scheint ein generelles Merkmal der Kommunikation mit Dementen zu sein. Nicht abgeschwächte Aufforderungen werden selten verwendet. Das Pflegepersonal spricht mit den Bewohnern fast ausschließlich im Hier und Jetzt. Wie in Sachwehs Daten werden auch kaum Vergangenheitsformen verwendet (ebd., 151). Weitere SBT-Elemente wie das Krankenschwester-Wir und eine häufige Adressierung durch pronominales Sie und Standard-Adressierung (ebd., 152) die Sachweh beschreibt, sind in meinem Korpus ebenfalls zu beobachten.

Interessant ist auch der kaum zu beobachtende Gebrauch von stark direktiven Imperativen (ebd., 152). Wie in Abschnitt 6.5 dargestellt, werden Imperative überwiegend abgeschwächt, um ihr gesichtsbedrohendes Potenzial zu minimieren. Im Gegensatz zu den prosodischen Charakteristika des SBT-Registers, die in meinem Korpus selten realisiert werden, sind die Reduzierung der Komplexität, die hohe Frequenz von Aufmerksamkeitsfokussierungen durch Adressierung und die Abschwächung von Imperativen häufig zu beobachten.

Zur Verständnissicherung werden häufig auch die eigenen Äußerungen wiederholt. Beiträge der Bewohner werden eher wiederholt, um Minimalkommunikation aufrechtzuerhalten, sie haben also eher eine Funktion auf der Beziehungsebene. Auch dieses Element des SBT-Registers (ebd., 153) kommt in fast allen Interaktionen vor und kann somit als ein typisches Merkmal von Pflegekommunikation gelten. Seine Funktion ist die der Verständnissicherung. Wiederholungen mit gesichtsbedrohender Orientierung, wie etwa die Imitationen des Sprechens von Bewohnern (ebd., 186), sind in meinem Korpus nicht zu beobachten.

Auf der Lexemebene werden entgegen meinen Erwartungen wenig SBT-typische Lexeme realisiert, und auch eine Tendenz zur Verwendung von Kosenamen und Diminutiven, wie Sachweh (ebd., 156) sie beobachtet, ist in meinen Daten nicht erkennbar. In diesem Aspekt unterscheiden sich die Ergebnisse meiner Untersuchung also überraschend stark von denen Sachwehs. Nur in einem Fall nutzt eine Pflegerin einen Kosenamen zur Adressierung einer Bewohnerin, und der Diminutiv findet sich nur einmal in der Verniedlichungsform „Leckerli“ als Metapher für Medikamente, einmal bei einer Referenz auf das Bein eines Bewohners (beinchen) und einmal für die Referenz auf die aktuelle Tätigkeit (waschi waschi). Die von Sachweh beobachtete Tendenz zum Diminutiv und die Vielfalt von Begriffen aus der Babysprache, die sie in ihrem Korpus belegt (ebd., 155f.), sind in meinen Daten nicht ansatzweise zu beobachten.

Nur eine der insgesamt zwölf Pflegekräfte realisiert in einer Interaktion mit einer Schwerstdementen über das ganze Gespräch hinweg vollständige sprachliche Einheiten in einer Kombination aller genannten linguistischen Phänomene. Dies ist jedoch ein Einzelfall und nicht die Regel: Alle anderen Pflegekräfte nutzen SBT-Elemente nur sehr sporadisch. Wie Sachweh (ebd., 149) feststellt, erfolgt eine Zuschreibung des Babystatus vor allem über die prosodische Gestaltung und die Nutzung von Lexemen aus der Babysprache. Infolgedessen kann für die Interaktionen in den beiden untersuchten Altenheimen festgehalten werden, dass eine solche Zuschreibung im Umgang mit den dementen Bewohnern nicht vorgenommen wird.

6.11 Zusammenfassung der Analyse

Die Analyse ging der Frage nach, mit welchen kommunikativen Praktiken die Pflegekräfte während der Morgenpflege die inner- und außersprachlichen Aufgaben in Interaktionen mit dementen Bewohnern bearbeitet und wie sie mit pflegespezifischen Interaktionsphänomenen kommunikativ umgehen. Als ein Ergebnis kann festgehalten werden, dass bestimmte interaktive Verfahren als charakteristisch für die Morgenpflegeinteraktionen gelten können.

Die Kommunikation zwischen Pflegekräften und Bewohnern bei der Morgenpflege ist grundsätzlich empraktisch, d. h. es wird gesprochen, um die gemeinsamen Handlungen zu koordinieren. Dies hat auch Sachweh in ihrer Untersuchung festgestellt; meine Datenanalyse bestätigt in dieser Hinsicht ihre Beobachtung. Dieses eigentliche Ziel der Kommunikation, die Durchführung der Pflegeaktivitäten, wird in fast jeder Äußerung deutlich. Die Beiträge sind überwiegend direktiv an den einzelnen Handlungen und Teilschritten orientiert, die für die Erfüllung der Morgenpflege vollzogen werden müssen.

Ein Aspekt, in dem sich unsere Ergebnisse unterscheiden, ist das prototypische Sequenzmuster, in den Pflegeinteraktionen mit Schwerstdementen. In ihren Daten verlaufen die Pflegeprozesse kommunikativ nach einem bestimmten prototypischen Sequenzmuster (2000, 329): Ihr zufolge werden die Bewohner im ersten Schritt begrüßt, dann werden sie nach ihrem Befinden gefragt, und anschließend wird die Eröffnungsphase mit der Ankündigung der Morgenpflege beendet. Dieses Muster mag einen idealen Ablauf auf der Handlungsebene darstellen; in meinen Daten, in denen vorwiegend Schwerstdemente gepflegt werden, ist es jedoch keineswegs so, dass immer sämtliche Schritte dieses Handlungsschemas realisiert würden. Die Begrüßung und die Frage nach dem Befinden ist ebenfalls regelmäßig zu beobachten, aber eine Ankündigung der Morgenpflege oder ein Überblick über die anstehenden Pflegehandlungen werden nur selten realisiert.

Auch für die Kernphase ergibt sich ein anderes Bild als in Sachwehs Studie. Nach Sachweh wird

jede Pflegehandlung in drei Schritten abgearbeitet: sie wird verbal und mit Hilfe einer Erklärung oder Handlungsaufforderung eingeleitet, praktisch (und dabei oft schweigend) durchgeführt und verbal, mittels Gliederungssignalen, abgeschlossen. (ebd., 110)

Dieses dreischrittige Verfahren wird in meinen Daten ebenfalls nicht regelmäßig realisiert, obwohl es im Umgang mit Schwerstdementen sicherlich mehr Orientierung schaffen würde. Nur in ungefähr zwei Drittel der Interaktionen werden die Pflegehandlungen regelmäßig in dieser Form kommunikativ bearbeitet. Auch nach längeren Interaktionsphasen, in denen nicht gesprochen wird ist dieses Verhalten nicht der Regelfall. In einem Extremfall stellt die Pflegekraft in der Eröffnungsphase kommunikativ Interaktionsbereitschaft her, spricht dann während der Pflegehandlungen überhaupt nicht, und ihr nächster Gesprächsbeitrag in dieser Interaktion dient dazu, die Pflege abzuschließen. Vielleicht besteht hinsichtlich dieser zwei Punkte ein Zusammenhang bei der Durchführung der Erhebung. Während sie permanent bei den Aufnahmen im Raum war, habe ich das Erhebungsdesign anders konzipiert und war nicht anwesend. Somit ergibt sich die Möglichkeit die erhöhte kommunikative Orientierungsleistung der Pflegekräfte als sozial erwünschtes Verhalten zu interpretieren, was durch ihre Anwesenheit möglicherweise verstärkt wurde. Der Abschluss der gesamten Morgenpflege wiederum wird auch in meinen Daten prototypisch angekündigt; dies ist in fast jeder Interaktion zu beobachten. Ob ein Abschiedsgruß realisiert wird, ist anhand meiner Daten nicht festzustellen, da die Pflegekräfte die Bewohner im Anschluss an die Morgenpflege meist ins Speisezimmer brachten und die Interaktionen also dort abgeschlossen wurden; meine Aufzeichnungen beschränkten sich jedoch auf die Zimmer der Bewohner.

Im Bereich der Handlungskoordination und -durchführung ist hinsichtlich der Machtverteilung eine globale Dominanz der Pflegekräfte zu beobachten: Sie sind es, die die einzelnen Teilhandlungen koordinieren und sie entweder selbst durchführen oder die Bewohner dazu anleiten, wenn diese dazu noch selbst in der Lage sind. Dies wird in der Interaktion nicht aktiv ausgehandelt, die Pflegekräfte gehen überwiegend direkt zum Vollzug der einzelnen Handlungen über, auch ohne zu Beginn der Interaktion einen Überblick über die anstehenden Handlungen zu geben.

Kommunikativ konstituiert sich die Dominanz der Pflegekräfte unter anderem durch die hohe Frequenz direkter Äußerungen, mit denen die Bewohner während der Morgenpflege zu bestimmten Handlungen bewegt werden. Charakteristisch sind vor allem die relativ häufigen Aufforderungen (Abschnitt 6.5), Fo-

kussierungen bestimmter Körperstellen (6.3.2.2) und bewegungsbezogenen Anweisungen (Abschnitt 6.3.2.1). Besonders bei direktiven Bezugnahmen zeigt sich jedoch eine Tendenz, ihr gesichtsbedrohendes Potenzial durch eine höfliche Standard-Adressierung abzuschwächen (Abschnitt 6.1.1). Auch andere Varianten von Aufforderungen mit gesichtsschonender Orientierung sind zu beobachten, z. B. ihre Formulierung als Frage (Abschnitt 6.5.10), als gemeinsamer Versuch (Abschnitt 6.5.7), als Angebot (Abschnitt 6.5.5) oder das Anführen einer Begründung dafür (Abschnitt 6.5.4). Diese Varianten werden seltener realisiert, zielen dann aber immer auf eine Aufwertung der Bewohner und die Konstitution einer positiven Beziehung. Eine Tendenz zur Aufwertung der Bewohner ist insgesamt zu beobachten. Stark direktive Bezugnahmen, die ohne höfliche Adressierung oder in nicht abgeschwächter Form realisiert werden, kommen selten vor.

Neben der Handlungsorientierung ist eine starke Orientierung auf Verständnissicherung zu beobachten. Diese manifestiert sich darin, dass die Pflegekräfte eigene Gesprächsbeiträge häufig wiederholen, Pflegeschritte explizit ankündigen und häufig tag questions verwenden, die sie stark prosodisch markieren. Dies ist eine funktional orientierte Strategie, um die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, dass die Bewohner das Geschehen verstehen, und somit den Pflegeprozess voranzutreiben.

Neben der jeweiligen aktuellen Pflegehandlung werden bei der Morgenpflege auch pflegeferne Themen behandelt. Hier ist das thematische Spektrum aber sehr begrenzt (Abschnitt 6.6.1). In der Eröffnungsphase fragen die Pflegekräfte überwiegend nach dem Wohlbefinden oder nach kurz zurückliegenden Ereignissen; in der Kernphase des Pflegeprozesses wird über das Wetter, die Familie der Bewohner, deren Alter und ihre Vergesslichkeit gesprochen. Insgesamt sind alle Themen sehr eng mit den Identitäten der Bewohner verbunden. Eine Besonderheit in Gesprächen mit verstummten schwerstdementen Bewohnern ist, dass die Pflegekräfte dialogähnliche Monologe halten (Abschnitt 6.6.5), mit denen sie Minimalkommunikation inszenieren.

Auffällig bei der Bearbeitung pflegeferner Themen ist der hohe Stellenwert, der Gesprächsbeiträgen der Bewohner zugeschrieben wird. Dies zeigt sich in einer hohen Frequenz von Reaktivierungsversuchen (Abschnitt 6.6.3) und dem Ausbleiben von Unterbrechungen (Abschnitt 6.6.6). Wenn die Bewohner selbst ein

Thema initiiert haben, wird im Regelfall versucht, sie zum Weitersprechen zu animieren, womit die Pflegekräfte Interesse signalisieren und die Bewohner aufwerten. Auch inhaltlich realitätsferne Beiträge (Abschnitt 6.6.7) und formal inadäquat positionierte Teile von Adjazenzpaaren (Abschnitt 6.6.8) werden überwiegend so bearbeitet, als ob sie korrekt realisiert und nachvollziehbar wären. Reparaturen oder Korrekturversuche, z. B. bei zeitlicher Desorientierung wie der Nennung eines falschen Datums, sind nicht zu beobachten. Gesprächsorganisatorisch schreiben die Pflegekräfte Beiträgen der Bewohner Vorrang vor den eigenen Beiträgen zu. Insofern kehrt sich auf der thematischen Ebene das Statusverhältnis um: Während die Handlungskoordination und -durchführung von den Pflegekräften dominiert wird, haben bei der Behandlung pflegeferner Themen anscheinend die Beiträge der Bewohner einen höheren Status.

Auch das Wohlbefinden der Bewohner hat einen hohen Stellenwert im Pflegeprozess, was am Umgang mit Schmerzen und Ängsten erkennbar ist. Wenn solche Zustände verbal geäußert werden (Abschnitt 6.8.1), versuchen die Pflegekräfte in der Regel, die Ursache des betreffenden Zustands zu ergründen. Werden sie nonverbal signalisiert (Abschnitt 6.8.2), gehen die Pflegekräfte direkt dazu über, den jeweiligen Zustand durch verbale Bezugnahmen zu mildern. Ignoriert oder negiert werden solche Zustände in der Regel nicht. Anders ist dies beim Stuhlgangbedürfnis (Abschnitt 6.8.3): Wenn der jeweilige Bewohner regelmäßige Abfuhrtage hat und es sich nicht um einen solchen handelt, werden ihm entsprechende Bedürfnisse meist abgesprochen oder sie werden ignoriert.

Die Pflegekräfte sprechen nicht nur mit den Bewohnern, sondern auch in deren Anwesenheit über sie. Im Regelfall geschieht dies in einer gesichtsbedrohenden Weise, indem die auf Bewohner dabei durch Personalpronomen oder Demonstrativpronomen Bezug genommen wird (Abschnitt 6.7.3.2), womit sie tendenziell eher abgewertet werden. Thematisierungen der bisherigen Pflegeaktivitäten vor den Bewohnern sind ausschließlich durch pejorative Wortwahl abwertend realisiert worden (Abschnitt 6.7.2). Gespräche unter den Pflegekräften beziehen sich thematisch meist auf die Pflegefokus und werden parallel zu dieser geführt. Die einzige Ausnahme davon, die sich in meinen Daten findet, ist die Behandlung privater Probleme der Pflegekräfte (Abschnitt 6.7). Für solche Ge-

sprache wird der Pflegeprozess hörbar unterbrochen; dies ist neben der Bearbeitung nonverbal signalisierter Angstzustände der Bewohner der einzige Anlass, aus dem der Pflegeprozess unterbrochen wird.

Hinsichtlich des Umgangs mit pflegespezifischen Interaktionsphänomenen ist zu beobachten, dass entsprechendes Verhalten der Bewohner nur dann zurückgewiesen oder unterbunden wird, wenn sie die Durchführung der Morgenpflege gefährden, z. B. im Fall der Verbalisierung von Widerstand gegen Pflegehandlungen (Abschnitt 6.8.8). Solche Beiträge werden vom Pflegepersonal stark direktiv und in gesichtsbedrohender Weise zurückgewiesen; darin manifestiert sich wiederum, dass die Fortführung der Pflege eine hohe Priorität hat. Andere Beiträge, die auf Desorientierung zurückgehen, wie z. B. falsche Identifikationen (Abschnitt 6.8.4), die Äußerung des Plans oder der Absicht, nach Hause zu fahren (Abschnitt 6.8.5), zeitliche Desorientierung (Abschnitt 6.8.6) und Selbstdenunzierungen bezüglich der eigenen kognitiven Fähigkeiten (Abschnitt 6.8.7) werden in der Regel gesichtsschonend und nicht defizitmarkierend bearbeitet. Die Pflegekräfte reagieren auf solche Beiträge fast immer so, als seien diese vollkommen nachvollziehbar, sachlich vernünftig und korrekt positioniert, und werten die Bewohner damit auf, anstatt sie mit ihrer eigenen Perspektive zu konfrontieren und dadurch möglicherweise zu irritieren.

Mitarbeit wird häufig und nachdrücklich gelobt (Abschnitt 6.8.9), selbst wenn sie z. B. nur in Stillhalten besteht. Dies ist ein charakteristisches Merkmal des SBT-Registers, das ich in Ansätzen auch in meinem Korpus rekonstruieren konnte.

Überhaupt werden in den von mir untersuchten Interaktionen alle Elemente des SBT-Registers realisiert (Abschnitt 6.11), jedoch im Regelfall isoliert voneinander. Die Pflegekräfte konstruieren in der Regel kurze Gesprächsäußerungen, vermeiden Nebensätze und wiederholen ihre Beiträge häufig; dies ist aber in den meisten Fällen an den kognitiven Fähigkeiten der Bewohner orientiert und dient der Verständnissicherung. Wiederholungen in Form gesichtsbedrohender Imitation der Bewohner, wie Sachweh (2000, 220) sie beobachtet, werden in meinen Daten nicht realisiert. Ebenso wenig sind ein häufiger Gebrauch von Diminutivierungen, Lexemen aus der Babysprache und reduplizierenden Formen festzustellen. Prosodisch stark markiert werden vor allem tag questions und Kontaktsignale. Nur in einem Fall produziert eine Pflegerin sämtliche Elemente des SBT auf allen Ebenen gleichzeitig und erzeugt so eine stark ba-

byhaft wirkende kommunikative Bezugnahme. In allen anderen Fällen werden die entsprechenden Elemente sparsam und isoliert realisiert, was die Zuschreibung eines kindlichen Status deutlich reduziert.

In den Interaktionen ist zu jeder Zeit deutlich, dass die Pflegekräfte aufgrund ihres institutionellen Status die Option haben, den Pflegeprozess zu steuern, und dies auch in der Interaktion mit dementen Bewohnern, die bestimmte Handlungen unter Anleitung noch selbst ausführen können. Dies ist notwendig, damit die institutionellen Aufgaben im vorgegebenen, fest definierten Zeitraum erledigt werden können. In fast allen Interaktionen ist aber ein grundsätzliches Bestreben festzustellen, die Bewohner aufzuwerten und als kompetente Interaktanten zu konstituieren. Dies kann als respektvolles oder wertschätzendes Verhalten beschrieben werden, mit dem die institutionellen Statusunterschiede zwischen den Teilnehmern auf der Ebene der Interaktion ausgeglichen werden. Was die Motive hinter dieser Tendenz zur Aufwertung sind, ob es der Respekt vor dem Alter ist, eine gute persönliche Beziehung zum Bewohner oder der Impuls, die Statusunterschiede zu minimieren, kann anhand meiner Daten jedoch nicht beantwortet werden. Es spielt meines Erachtens aber auch keine Rolle, solange mit den dementen Bewohnern wertschätzend und respektvoll umgegangen wird.

7. Ausblick

Wie mit Dementen im Pflegesetting der stationären Altenpflege gesprochen wird, habe ich soeben empirisch basiert dargestellt. Da aber die Untersuchung auf einen bestimmten Gesprächstyp innerhalb dieser Institution fokussierte und auf eine bestimmte Zielgruppe, die über die Krankheit definiert war, erlaubt sie selbstverständlich keine Aussagen über das gesamte kommunikative Spektrum der Pflegekräfte mit all seinen Varianten in unterschiedlichen Settings. Entsprechend ist es nicht möglich, anhand der Ergebnisse dieser Analyse Aussagen über die Kommunikation mit Dementen in Altenheimen ganz allgemein zu treffen. Hierzu ist es notwendig, auch die kommunikativen Zusammenhänge in anderen Settings und in der Interaktion mit anderen Bezugsgruppen empirisch zu untersuchen. Denn wie die Pflegekräfte in solchen Situationen oder z. B. in eher unterhaltungsorientierten Settings (wie bei Tanzveranstaltungen, Vorleserunden oder Spielsituationen) agieren, ist bisher noch völlig unerforscht. Es ist zu vermuten, dass Interaktion, die nicht auf Pflege fokussiert ist, andere, weniger direkte kommunikative Praktiken hervorbringt. Zudem muss der Fokus neben der Klientenorientierung auch auf die interprofessionelle Kommunikation von Pflegekräften mit anderen Agenten des Gesundheitswesens (z. B. Ärzten, Therapeuten, Vorgesetzten etc.) ausgeweitet werden. Um hier Aussagen zu treffen fehlen jedoch geeignete Daten. Um einen Überblick über alle kommunikativen Zusammenhänge und ihre Gestaltung zu gewinnen, müssten aber notwendigerweise auch solche Gesprächskontexte berücksichtigt werden, auch wenn die Pflegeinteraktionen sicherlich das charakteristischste Setting des Pflegeheims ist.

Ein weiterer bisher unerforschter Aspekt ist die Interkulturalität in der Pflegekommunikation. Nach meiner Kenntnis gibt es keine Studie im deutschsprachigen Raum, die sich mit Interkulturalität in deutschen Pflegeheimen auseinandersetzt, weder mit Blick auf die Seite der Pflegekräfte noch bezogen auf die Seite der Bewohner. Auch dieser Aspekt wird aufgrund der demografischen Entwicklung in Zukunft eine große Rolle spielen. Hier beziehe ich mich primär auf die kommunikative Bearbeitung unterschiedlicher kultureller Vorstellungen; aber auch Bilingualität in der Pflege ist ein Aspekt, der aus empirischer Perspektive bisher nicht erforscht wurde. An dieser Stelle sehe ich großen Bedarf,

da in der Ausbildungsliteratur zu diesem Themengebiet noch keine empirisch fundierten Ergebnisse als Grundlage für Handlungsempfehlungen dienen.

Letztendlich hängt die Frage, welche der möglichen Aspekte untersucht werden können, von den verfügbaren Daten ab. Um empirische Gesprächsforschung zu betreiben, sind geeignete Korpora notwendig, die im Idealfall öffentlich und ohne monetäre Beschränkungen zugänglich sind. Sie müssen Einblicke in die angesprochenen unterschiedlichen Settings gewähren, und die Forschungsergebnisse müssten letztlich in didaktischen Konzepten münden, mit denen Pflegekräfte in klientenorientierten und interprofessionellen Bereichen in Aus- und Fortbildung empirisch fundiert geschult werden können.

8. Bibliographie

Alzheimer, A. (1907): Über eine eigenartige Erkrankung der Hirnrinde. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin 64, 146-148.

Alzheimer, A. (1911): Über eigenartige Krankheitsfälle des späten Alters. In: Zeitschrift für die Gesamte Neurologie und Psychiatrie 4, 356-385.

Backhaus, P. (2009): Politeness in institutional elderly care in Japan: A cross-cultural comparison. In: Journal of Politeness Research 5, 53-71.

Bachmann, G. (2002): Teilnehmende Beobachtung. In: Kühl, S. / Strodtholz, P. (Hgg.) (2002): Methoden der Organisationsforschung. Ein Handbuch. Hamburg: Rowohlt, 323-361.

Bergmann, J. R. (2001): Das Konzept der Konversationsanalyse. In: Antos, G. / Brinker, K. / Heinemann, W. / Sager F. (Hg.) (2001): Text und Gesprächslinguistik. 2.Halbband. Berlin: Walter de Gruyter, 919-927.

Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung (2011): Demenz-Report. Wie sich die Regionen in Deutschland, Österreich und der Schweiz auf die Alterung der Gesellschaft vorbereiten können. URL: http://www.berlin-institut.org/fileadmin/user_upload/Demenz/Demenz_online.pdf (07.05.2014).

Beyreuther, K. / Einhäupl, K. / Förstl, M. / Kurz, A. (Hgg.) (2002): Demenzen. Grundlagen und Klinik. Stuttgart: Thieme Verlag.

Boetsch, T. / Stübner, S. / Auer, S. (2003): Klinisches Bild, Verlauf und Prognosen. In: Hampel, H. / Padberg, F. / Möller, H-J. (Hgg.) (2003): Alzheimer-Demenz. Klinische Verläufe, diagnostische Möglichkeiten, moderne Therapiestrategien. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, 73-98.

Borutta, M. / Gieseler, C. (2006): Karriereverläufe von Frauen und Männern in der Altenpflege. Eine sozialpsychologische und systemtheoretische Analyse. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.

Brinker, K. / Antos, G. / Heinemann, W. / Sager, S. (Hgg.) (2001): Text- und Gesprächslinguistik. Ein internationales Handbuch zeitgenössischer Forschung. 2. Halbband. Berlin/New York: de Gruyter.

Brinker, K. / Sager, S.F. (2006): Linguistische Gesprächsanalyse. Eine Einführung. 4., durchges. Aufl. Berlin: Erich Schmidt Verlag.

Brown, P. / Levinson, S. (1987): Politeness. Some universals in language usage. Cambridge: Cambridge University Press.

Bruder, J (2011): Alten- und Pflegeheime. In: Förstl, H. (Hg.) (2011): Demenzen in Theorie und Praxis. 3. akt. Aufl. Berlin: Springer Verlag, 467-480.

Brünner, G. / Fiehler, R. / Kindt, W. (Hgg.) (2002): Angewandte Diskursforschung. Band 1: Grundlagen und Beispielanalysen. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung.

Bublitz, W. (2001): Formen der Verständnissicherung in Gesprächen. In: Brinker, K. / Antos, G. / Heinemann, W. / Sager, S. (Hgg.) (2001): Text- und Gesprächslinguistik. Ein internationales Handbuch zeitgenössischer Forschung. 2. Halbband. Berlin/New York: de Gruyter, 1330-1340.

Deppermann, A. (2008): Gespräche analysieren. Eine Einführung. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaft.

Deutscher Pflegerat (2012): Beschäftigte und Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen. Eine Analyse der Jahre 1999 bis 2009. Studie für den deutschen Pflegerat. URL: http://f5.hs-hannover.de/fileadmin/media/doc/f5/personen/simon_michael/Simon_2012_Studie_zur_Beschaeftigung_in_Pflegeberufen.pdf (07.05.2014)

Deutscher Pflegeverband für Pflegeberufe (DBfK) (2012): Zahlen – Daten – Fakten „Pflege“. URL: <http://www.dbfk.de/Startseite/Aktion-Tausche-wichtigen-gegen-guten-Arbeitsplatz/Zahlen---Daten---Fakten-Pflege-2012-01.pdf>

(07.05.2014)

Eichler, E. / Hilty, G. / Löffler, H. / Steger, H. / Zgusta, L. (Hgg.) (2008): Namenforschung. Ein internationales Handbuch zur Onomastik. 1. Halbband. Berlin/New York: de Gruyter, 498 – 504.

Fiehler, R. / Thimm, C. (2003): Sprache und Kommunikation im Alter. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung.

Flick, U. (2007): Triangulation in der qualitativen Forschung. In: Flick, U. / von Kardoff, E. / Steinke, I. (Hgg.) (2007): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 5. Aufl. Hamburg: Rowohlt, 309-318.

Flick, U. / von Kardoff, E. / Steinke, I. (Hgg.) (2007): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 5. Aufl. Hamburg: Rowohlt.

Förstl, H. (Hg.) (2011): Demenzen in Theorie und Praxis. 3. akt. Aufl. Berlin: Springer Verlag.

Förstl, H. / Lang, C. (2011): Was ist Demenz? In: Förstl, H. (Hg.) (2011): Demenzen in Theorie und Praxis. 3. akt. Aufl. Berlin: Springer Verlag, 3-11.

Förstl, H./Kurz, A. /Hartmann, T. (2011): Alzheimer-Demenz. In: Förstl, H. (Hg.) (2011): Demenzen in Theorie und Praxis. 3. akt. Aufl. Berlin: Springer Verlag, 47-73.

Fricke, S. (2006): Kommunikation in der Altenpflege. Eine Fallstudie und ein Kommunikationstraining. URL: <http://pub.uni-bielefeld.de/publication/2304168>
(07.05.2014)

Gatterer, G. (2008): Demenz aus psychologischer Sicht. In: Oswald, W.-D. / Gatterer, G. / Fleischmann, U.-M. (2008): Gerontopsychologie. Grundlagen und klinische Aspekte zur Psychologie des Alterns. 2. akt. und erw. Aufl.. Wien: Springer Verlag, 141-172.

In: Giles, H. / Coupland, J. / Coupland, N. (Hgg.) (1991): Contexts of accommodation. Developments in applied sociolinguistics. Cambridge: Cambridge University Press.

Giles, H. / Coupland, J. / Coupland, N. (1991): Accommodation theory In: Giles, H. / Coupland, J. / Coupland, N. (Hgg.) (1991): Contexts of accommodation. Developments in applied sociolinguistics. Cambridge: Cambridge University Press, 1-68.

Giles, H. / Coupland, J. / Coupland, N. (Hgg.) (1991): Contexts of accommodation. Developments in applied sociolinguistics. Cambridge: Cambridge University Press

Girtler, R. (2001): Methoden der Feldforschung. 4. vö. neu bearb. Aufl. Wien: Böhlau Verlag.

Goffman, E. (1973): Asyle: Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Berlin: Suhrkamp.

Goffman, E. (1986): Interaktionsrituale. Über Verhalten in direkter Kommunikation. übers. von Renate Bergsträsser und Sabine Bosse. Frankfurt a. M.: Suhrkamp Verlag.

Goody, E. N. (Hg.) (1978): Questions and politeness. Strategies in social interaction. Cambridge u.a.: Cambridge University Press.

Grainger, K. (2004) Communication and the institutionalized elderly. In: Nussbaum, J. F. / Coupland, J. (Hgg.) (2004): Handbook of Communication and Aging Research (second edition). London: Routledge, 479-497.

Gülich, E. (1970): Makrosyntax der Gliederungssignale im Gesprochenen Französisch. München: Wilhelm Fink Verlag.

Gülich, E. (1981): Dialogkonstitution in institutionell geregelter Kommunikation. In: Schröder, P. / Steger, H. (Hgg.) (1981): Dialogforschung. Jahrbuch des Instituts für deutsche Sprache 1980. Düsseldorf: Schwann Verlag, 418-456.

Haberstroh, J. / Neumeyer, K. / Pantel, J. (2011): Kommunikation bei Demenz. Ein Ratgeber für Angehörige und Pflegende. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Hagemann, J. (2009): Tag questions als Evidenzmarker. Formulierungsdynamik, sequentielle Struktur und Funktionen redezuginterner tags. In: Gesprächsforschung - Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion 10, 145-176.

Hampel, H. / Padberg, F. / Möller, H-J. (Hgg.) (2003): Alzheimer-Demenz. Klinische Verläufe, diagnostische Möglichkeiten, moderne Therapiestrategien. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbh.

Hartung, M. (2001): Formen der Adressiertheit der Rede. In: Brinker, K. / Antos, G. / Heinemann, W. / Sager, S. (Hgg.) (2001): Text- und Gesprächslinguistik. Ein internationales Handbuch zeitgenössischer Forschung. 2. Halbband. Berlin/New York: de Gruyter, 1348-1355.

Heinzelmann, M. (2004): Das Altenheim – immer noch eine „Totale Institution“ ? Eine Untersuchung des Binnenlebens zweier Altenheime. Inaugural-Dissertation. URL: <http://ediss.uni-goettingen.de/bitstream/handle/11858/00-1735-0000-0006-B3CD-6/heinzelmann.pdf?sequence=1> (07.05.2014)

Henne, H. / Rehbock, H. (1982): Einführung in die Gesprächsanalyse. Berlin: de Gruyter.

Herzig-Walch, G. (2009): Kommunikation in der Pflege. Ein Ansatz zur Verbesserung der kommunikativen Kompetenz von Pflegepersonal. Kassel: University Press.

Holly, W. (1979): Imagearbeit im Gespräch. Zur linguistischen Beschreibung des Beziehungsaspekts. Tübingen: Niemeyer.

Hopf, C. (2007): Forschungsethik und qualitative Forschung. In: Flick, U. / von Kardoff, E. / Steinke, I. (Hgg.) (2007): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 5. Aufl. Hamburg: Rowohlt, 589-600.

Kallmeyer, W. (1988): Konversationsanalytische Beschreibung. In: Ammon, U. / Dittmar, N. / Mattheier, K.-J. (Hgg.) (1998): Soziolinguistik. 2. Halbband. Berlin: Walter de Gruyter, 1095-1108.

Koch-Straube, U. (1997): Fremde Welt Pflegeheim. Eine ethnologische Studie. Bern: Hans Huber Verlag.

Krämer, G. / Förstl, H. (2008): Alzheimer und andere Demenzformen. 5. voll. überarb. Aufl. Stuttgart: Trias Verlag.

Kurz, A. (2002): Klinik. In: Beyreuther, K. / Einhäupl, K. / Förstl, M. / Kurz, H. (Hgg.) (2002): Demenzen. Grundlagen und Klinik. Stuttgart: Thieme Verlag, 168-186.

Labov, W (1980): Einige Prinzipien linguistischer Methodologie. In: Labov, W.: Sprache im sozialen Kontext. Königstein/Ts: Athenäum, 1-24.

Lalouschek, J. / Menz, F. (2002): Empirische Datenerhebung und Authentizität von Gesprächen. In: Brünner, G. / Fiehler, R. / Kindt, W. (Hgg.) (2002): Angewandte Diskursforschung. Band 1: Grundlagen und Beispielanalysen. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 46-69.

Levinson, S. C. (2000): Pragmatik. Neu übers. von Martina Wiese. Tübingen: Niemeyer.

Müller, K. (2014): Alternde Bevölkerung und gesundheitliche Versorgung. Zehn Herausforderungen und ihre Konsequenzen für Prävention, Rehabilitation und das Versorgungsmanagement in Deutschland und der Schweiz. Bern: Hans Huber Verlag.

Nussbaum, J. F. / Coupland, J. (Hgg.) (2004): Handbook of Communication and Aging Research. London: Routledge (Second edition).

Oswald, W.-D. / Gatterer, G. / Fleischmann, U.-M. (2008): Gerontopsychologie. Grundlagen und klinische Aspekte zur Psychologie des Alterns. 2. akt. und erw. Aufl.. Wien: Springer Verlag.

Sachweh, S. (2000): „Schätzle hinsitze!“. Kommunikation in der Altenpflege. 2. durchges. Aufl. Frankfurt am Main: Lang.

Sachweh, S. (2003): „so frau adams↓guck mal↓ ein feines bac-spray↓ gut↑. Charakteristische Merkmale der Kommunikation zwischen Pflegepersonal und BewohnerInnen in der Altenpflege. In: Fiehler, R. / Thimm, C. (Hgg.) (2003): Sprache und Kommunikation im Alter. Opladen, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, S. 143-160.

Sachweh, S. (2012): Effektive Kommunikation in der Altenpflege. 3., über. Aufl. Bern: Hans Huber Verlag.

Sacks, H. (1992): Lectures on Conversation. Volume I & II. Herausgegeben von Gail Jefferson, mit einem Vorwort von Emanuel A. Schegloff. Oxford: Blackwell.
Schaub, R. T. / Freyberger, H. J. (2012): Diagnostik und Klassifikation. In: Wallesch, C-W. / Förstl, H. (Hgg.) (2012): Demenzen. Stuttgart: Thieme Verlag, 87-110.

Schegloff, E. A. (1968): Sequencing in conversational openings. In: American Anthropologist, 70, 1075-1095.

Schegloff, E. A. (2007): Sequence Organization in Interaction. A Primer in Conversation Analysis I. Cambridge: University Press.

Schecker, M. (2003): Sprache und Demenz. In: Fiehler, R. / Thimm, C. (Hgg.) (2003): Sprache und Kommunikation im Alter. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 278-292.

Schecker, M. (2010): Pragmatische Sprachstörung bei Alzheimer-Demenz. In: Sprache-Stimme-Gehör. Zeitschrift für Kommunikationsstörungen. Juni 2012, 63-72.

Schlobinski, P. (1996): Empirische Sprachwissenschaft. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

Schmidtke, K. / Otto, M. (2012): Alzheimer-Demenz. In: Wallesch, C-W. / Förstl, H. (Hgg.) (2012): Demenzen. Stuttgart: Thieme Verlag, 203-228.

Schröder, P. / Steger, H. (Hgg.) (1981): Dialogforschung. Jahrbuch des Instituts für deutsche Sprache 1980. Düsseldorf: Schwann Verlag.

Schwitalla, J. (2008): Namen in Gesprächen. In: Eichler, E. / Hilty, G. / Löffler, H. / Steger, H. / Zgusta, L. (Hgg.) (2008): Namenforschung. Ein internationales Handbuch zur Onomastik. 1. Halbband. Berlin/New York: de Gruyter, 498 – 504.

Selting, M. et al. (2010): Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (GAT2). In: Gesprächsforschung - Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion, 10, 353-402.

Sewtz, S. (2006): Karrieren im Gesundheitswesen. Eine geschlechtervergleichende Analyse der Professionen Medizin und Pflege. Weinheim: Juventa.

Spiegel, C. / Spranz-Fogasy, T. (2001): Aufbau und Abfolge von Gesprächsphasen. In: Brinker, K. / Antos, G. / Heinemann, W. / Sager, S. (Hgg.) (2001): Text- und Gesprächslinguistik. Ein internationales Handbuch zeitgenössischer Forschung. 2. Halbband. Berlin/New York: de Gruyter, 1241-1251.

Spranz-Fogasy, T. / Deppermann, A. (2001): Teilnehmende Beobachtung in der Gesprächsanalyse. In: Antos, G. / Brinker, K. / Heinemann, W. / Sager F. (Hg.) (2001) Text und Gesprächslinguistik. 2.Halbband. Berlin: Walter de Gruyter, 1007-1013.

Stoppe, Gabriela (2006): Demenz. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Thimm, C. (2000): Alter-Sprache-Geschlecht. Sprach- und kommunikationswissenschaftliche Perspektive auf das höhere Lebensalter. Frankfurt a. M.: Campus Verlag.

Tiittula, L. (2001): Formen der Gesprächssteuerung. In: Brinker, K. / Antos, G. / Heinemann, W. / Sager, S. (Hgg.) (2001): Text- und Gesprächslinguistik. Ein internationales Handbuch zeitgenössischer Forschung. 2. Halbband. Berlin/New York: de Gruyter, 1241-1251.

Tönjes, M. (2012): „So jetzt geben war das rein“. Formen der Referenz bei Demenzpatienten. Tübingen: Stauffenburg Verlag.

Wallesch, C-W. / Förstl, H. (Hgg.) (2012): Demenzen. Stuttgart: Thieme Verlag.

WHO Demenzbericht (2012): Dementia: a public health priority. URL: http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012 (07.05.2014).

Zaudig, M. (2011): Leichte kognitive Beeinträchtigung im Alter. In: Förstl, H. (Hg.) (2011): Demenzen in Theorie und Praxis. 3. akt. Aufl. Berlin: Springer Verlag, 25-44.

9. Anhang

9.1 Transkriptionskonventionen

Verlaufsstruktur

[]	Überlappungen und Simultansprechen
[]	
=	schneller, unmittelbarer Anschluss neuer Sprecherbeiträge oder Segmente (latching)

Pausen

(.)	Mikropause
(-), (--), (---)	kurze (0.25 Sek), mittlere (0.5 Sek), längere
(20,34)	Gemessene Pausen

Segmentale Konventionen

und_äh	Verschleifung innerhalb von Einheiten
:, ::, ...	Dehnung (je nach Dauer)
äh, öh,äm	Verzögerungssignale
?	Abbruch nach Glottalverschluss

Lachen

so (h) o	Lachpartikel beim Reden
hahaha hehehe hihhi	silbisches Lachen
((lacht))	Beschreibung des Lachens

Rezeptionssignale

hm, ja, nein, ne	einsilbige Signale
h=hm, ja=a, nei=ein	zweisilbige Signale

Akzentuierung

akZENT	Primär- bzw. Hauptakzent
ak!ZENT!	extra starker Akzent

Tonhöhenbewegungen am Einheitsende

?	hoch steigend
,	mittel steigend
-	gleichbleibend
;	mittel fallend
.	tief fallend

Sonstige Konventionen

((hustet))	para-/außersprachliche Handlungen
<<hustend> >	sprachbegleitende para- und außersprachliche Handlungen
<<erstaunt> >	interpretierende Kommentare
()	unverständliche Passage
(bauer)	vermuteter Wortlaut
al(s)o	vermuteter Laut oder Silbe
(solche/welche)	alternative Vermutung
((...))	Auslassung im Transkript

Ein- und Ausatmen

°h, °hh, °hhh	Einatmen, je nach Dauer
h°, hh°, hhh°	Ausatmen, je nach Dauer

Tonhöhensprünge

↑	kleinere Tonhöhensprünge nach oben
↓	kleinere Tonhöhensprünge nach unten
↑↑	größere Tonhöhensprünge nach oben
↓↓	größere Tonhöhensprünge nach unten

9.2 Transkriptbeispiel: KmD 005

Gesprächsinventar – KmD 005 (2009)

Gesprächsnummer: 005

Aufnahmedatum und –zeit: 06.02.2009 / 8.00

Dauer der Aufnahme: 31 Minuten

Aufnahme liegt vor als: Audio – Video – Transkript

Als Transkript liegt vor: vollständig transkribiert

Aufnahmemethode: Bei Interaktion nicht teilgenommen

Aufnahmeort: Zimmer der Bewohner

Interaktanten:

- B4: Cornelia Haas: stark Dement (Alzheimer), die gelähmt ist und Wahnvorstellungen hat, deren emotionalen Auswirkungen nonverbal wahrgenommen werden können. Sie hat fast permanent einen Gesichtsausdruck, den man als „weinerlich“ (kurz vor dem Tränenausbruch) beschreiben könnte.
- B3: Beate Kincha: stark Dement (Alzheimer), die starke Schwierigkeiten beim Sprechen hat und kaum noch Gespräche führen kann. Produziert oft unerwartbare Beiträge und falsche Identifikationen.
- P1: Babsi: 38 Jahre alt und seit 11 Jahren in der Pflege.

Vorgang: P1 Weckt zuerst verbal BK und verlässt darauf kurz das Zimmer. Kommt danach zurück und macht B3 fertig. B4 wird nur einmal verbal in die Interaktion mit einbezogen, indem über sie gesprochen wird. B4 reagiert jedoch nicht.

Nach langer Abwesenheit ab Zeile 248 weckt P1 die Bewohnerin B4 und zieht die Jalousien hoch.

0001 ((Leerlauf))
0002 P1 ((P1 öffnet die Tür))
0003 (3.39)
0004 P1 <<Sing-Sang-Intonation> guten morgen,>
0005 (1.533)
0006 P1 <<Sing-Sang-Intonation> guten morgen frau birkner,>

0007 (4.51)
 0008 P1 <<Sing-Sang-Intonation> frau bi:rkner,>
 0009 (0.88)
 0010 P1 (ich hol eben nochmal die strümpfe—)
 0011 (141.72) ((P1 verlässt das Zimmer und tritt am Ende wieder ein))
 0012 (3.81)
 0013 P1 SO frau birkner;
 0014 ↑ frau birkner?
 0015 (4.93)
 0016 B3 <<gehaucht> wer bist du;>
 0017 P1 ↑ guten morgen -
 0018 B3 <<angestrengt und leise> ach ne; (xxx xxx)→
 0019 P1 ja: (.) ich hab doch gesagt ich komm—
 0020 B3 ()
 0021 P1 NE?
 0022 B3 (<<gehaucht> frühstück;>
 0023 P1 ja—
 0024 (2.23)
 0025 P1 wenn ich sag ich komm dann komm ich doch— (.) ne?
 0026 B3 (xxx xxx;)
 0027 P1 <<mitfühlend> ja:- (.) ich komm doch;>
 0028 B3 <<angestrengt> ah:→
 0029 (2.0)
 0030 P1 ach ja: frau birkner; (.) so ist das alles ne?
 0031 (5.77)
 0032 P1 ↑ hach frau birkner -
 0033 hab ich eine socken verloren,
 0034 (11.67)
 0035 P1 hab ich auff_e schulter gehabt—
 0036 hähä
 0037 (0.65)
 0038 P1 sehen se (.) ich bin auch schon vergesslich;
 0039 so:—

0040 (29.67)
 0041 P1 Ah:
 0042 (6.14)
 0043 P1 so:–
 0044 (4.46)
 0045 [↑ haben wir auch wieder geschafft;]
 0046 B3 [(xxx xxx xxx xxx–)]
 0047 (xxx xxx xxx:;)
 0048 P1 wat ist umgenäht,
 0049 (2.0)
 0050 P1 hä?
 0051 (1.02)
 0052 ↑ ach sie haben schon genäht heute,
 0053 (0.46)
 0054 mh,
 0055 (7.16)
 0056 <<sehr leise> so,>
 0057 h°
 0058 (1.39)
 0059 P1 h°
 0060 (1.12)
 0061 B3 haha.
 0062 P1 haha–
 0063 (3.63)
 0064 P1 ↑ kitzelt ne,
 0065 (12.23)
 0066 P1 so: frau birkner–
 0067 (6.51)
 0068 P1 was sagen sie immer,
 0069 hopala hopala ne?
 0070 hä?
 0071 (2.23)
 0072 P1 h° (.) so–

0073 <<angestrengt> och:– (.) ach,>
 0074 (0.84)
 0075 P1 hh°
 0076 (0.88)
 0077 P1 h°
 0078 (25.39)
 0079 P1 so– <<sehr leise> frau birkner,>
 0080 (7.72)
 0081 P1 <<Sing-Sang-Intonation> geb ihnen mal was zu trinken;>
 0082 (14.55) ((P1 bereitet Wasser im Bad vor))
 0083 P1 so–
 0084 (7.25)
 0085 P1 ↑ das haben wir (.) das haben wir;
 0086 (11.9)
 0087 P1 so–
 0088 (2.7)
 0089 P1 schön langsam,
 0090 B3 (gehen wir gleich in die stadt?)
 0091 P1 ha ha
 0092 () arm (.) genau:,
 0093 gut–
 0094 (3.16)
 0095 P1 äh meine haare die stören;
 0096 (0.74)
 0097 <<lauter> überall haare hab ich;>
 0098 (0.46)
 0099 P1 ↑ frau birkner;
 0100 (0.56)
 0101 P1 [so–]
 0102 B3 [ja:–]
 0103 (2.32)
 0104 B3 <<angestrengt> hach:
 0105 [schlimm→]

0106 P1 [schön–]
 0107 (1.63)
 0108 P1 kommen se. (.) schön sitzen bleiben was trinken;
 0109 (1.02)
 0110 B3 (danke schön)
 0111 P1 ja: langsam–
 0112 (13.62)
 0113 P1 da haben se aber einen durst–
 0114 (3.72)
 0115 P1 ist nicht schlimm–
 0116 (8.65)
 0117 boah:–
 0118 (1.12)
 0119 <<lachend> leer–>
 0120 (0.65)
 0121 ↑ ↑ gut–
 0122 (1.12)
 0123 P1 ↑ ↑ da hatten se aber einen brand heute, ne?
 0124 (0.6)
 0125 P1 dann kommen se mal, (.) gehen wir mal im badezimmer;
 0126 B3 (xxx xxx xxx xxx;)
 0127 P1 kommen se frau birkner; kommen se;
 0128 ↑ eins und–
 0129 (0.46)
 0130 ↑ hopala;
 0131 (1.12)
 0132 B3 <<gehaucht> weiß ich nicht–>
 0133 P1 nein::; (.) kommen se ganz langsam;
 0134 <<angestrengt> oh je ich mit (xxx xxx;)>
 0135 nein::; wir ziehen dir doch glei wat anderes an–
 0136 B3 hh°
 0137 ne,
 0138 (1.21)

0139 P1 schön langsam,
 0140 (1.58)
 0141 P1 tun wir uns jetzt WASCHen;
 0142 B3 schön–
 0143 P1 schön ne,
 0144 dann ↑ anziehen–
 0145 und dann gehen wir frühstücken ne?
 0146 (0.7)
 0147 P1 ja?
 0148 (12.55)
 0149 P1 so–
 0150 weiter frau birkner;
 0151 (2.0)
 0152 P1 hh°
 0153 (2.79)
 0154 P1 so– (.) jetzt können sie sich hinsetzen;
 0155 (1.63)
 0156 P1 frau birkner (.) einmal hinsetzen–
 0157 (3.39)
 0158 P1 ↑ ↑ gut–
 0159 (1.77)
 0160 B3 oh je:;
 0161 P1 oh je was war dat,
 0162 (0.98)
 0163 P1 mh?
 0164 (0.84)
 0165 P1 oh je:–
 0166 (1.86)
 0167 P1 ist nass?
 0168 (6.04)
 0169 P1 ↑ ach ja frau birkner so ist das alles ne,
 0170 (6.51)
 0171 P1 so ist dat alle–

0172 (2.6)
 0173 P1 ach ja;;
 0174 (10.32)
 0175 B3 (xxx xxx xxx xxx xxx xxx xxx;)
 0176 (5.58)
 0177 P1 <<mitfühlend> oh je wat is?>
 0178 (0.98)
 0179 P1 oh je oh je–
 0180 (0.84)
 0181 P1 oh je oh je–
 0182 ↑ oh je;
 0183 (12.46)
 0184 so–
 0185 (1.12)
 0186 B3 h°
 0187 (0.74)
 0188 P1 ne,
 0189 (16.18)
 0190 P1 ↑ frau birkner;
 0191 (3.53)
 0192 frau birkner,
 0193 (1.12)
 0194 ↑ alles in ordnung,
 0195 (2.88)
 0196 P1 so (.) dann kommen sie mal–
 0197 (1.07)
 0198 P1 ↑ ja (.) so:-
 0199 (1.58)
 0200 P1 so:–
 0201 (2.0)
 0202 B3 kalt–
 0203 P1 ja wasser ist immer kalt frau birkner;
 0204 (0.93)

0205 P1 () meistens immer; danach ist einem kalt ne?
 0206 (8.93)
 0207 P1 ↑ super-
 0208 B3 (xxx xxx;)
 0209 P1 ↑ ach ne;
 0210 (2.14)
 0211 P1 ui,
 0212 (2.0)
 0213 P1 ↑ ach da- (.) kommen se;
 0214 (1.12)
 0215 P1 ↑ so-
 0216 (0.93)
 0217 P1 weiter?
 0218 (1.58)
 0219 B3 (xxx xxx xxx xxx xxx xxx;)
 0220 (0.98)
 0221 P1 wer ist da, (.) mh?
 0222 (2.0)
 0223 sind nur wir hier ne?
 0224 (3.25)
 0225 und die frau haas die ist auch noch hier;
 0226 (33.06)
 0227 B3 <<sehr leise> vierundzweiundzwanzig->
 0228 P1 ↑ vierundzwanzig?
 0229 (1.02)
 0230 P1 ne: bisschen älter bin ich;
 0231 (1.12)
 0232 P1 frau birkner; (.) so_n bisschen ne?
 0233 (21.3)
 0234 P1 kommen se frau birkner einmal aufstehen;
 0235 (3.44)
 0236 P1 (xxx xxx xxx xxx xxx,)
 0237 (1.12)

0238 P1 ↑ ja gut-
 0239 (73.65)
 0240 P1 kommen se frau birkner-
 0241 ↑ frau birkner (.) hallo;
 0242 riecht gut ne?
 0243 B3 (xxx xxx xxx xxx-)
 0244 P1 4711,
 0245 so dann kommen sie,
 0246 (0.65)
 0247 P1 kommen sie;
 0248 (348.74) ((P1 bringt B3 zum Essraum))
 0249 (4.46) ((P1 kehrt zurück und fährt die Jalousinen hoch))
 0250 P1 so: frau haas-
 0251 (10.37)
 0252 P1 so;
 0253 (12.09)
 0254 P1 so:-
 0255 (10.51)
 0256 P1 <<Sing-Sang-Intonation> so::->
 0257 (0.93)
 0258 P1 frau haas-
 0259 (11.72)
 0260 P1 hh°
 0261 (17.39)
 0262 P1 so-
 0263 (2.42)
 0264 P1 ↑ morgen;
 0265 (3.44)
 0266 P1 frau cornelia;
 0267 ↑ conny?
 0268 (0.93)
 0269 P1 jo;;
 0270 (0.84)

0271 P1 ↑ guten morgen;
 0272 (0.74)
 0273 P1 mh?
 0274 P4 (hh°)
 0275 P1 wat is?
 0276 P4 (xxx xxx;)
 0277 P1 ne: frau haas ist doch gut;
 0278 (3.07)
 0279 P1 ↑ frau haas gucken sie mal-
 0280 (0.84)
 0281 P1 <<sehr leise> ist gut;>
 0282 (0.74)
 0283 <<sehr leise> ist gut;>
 0284 das sind meine ↑ haare die stören wieder ne?
 0285 ich weiß-
 0286 (18.32)
 0287 P1 so (.) ↑ ist gut frau haas;
 0288 ↑ i:st alles in ordnung;
 0289 (21.99)
 0290 P1 so: ↑ alles zu ne?
 0291 (15.07)
 0292 P1 so:-
 0293 (15.72)
 0294 P1 ↑ ist alles gut frau haas;
 0295 (2.37)
 0296 P1 ne?
 0297 (1.39)
 0298 P1 ist alles in ordnung- (.) keine angst-
 0299 (9.21)
 0300 P1 ↑ ist alles gut;
 0301 keine angst NE?
 0302 ↑ ziehen-

0303 (0.65)
 0304 P1 immer das gleiche frau haas (.) ne?
 0305 (15.16)
 0306 P1 <<mitfühlend> frau haas ist alles in ordnung;>
 0307 (0.56)
 0308 ne,
 0309 (25.2)
 0310 P1 kommen se frau haas. (.) ↑ ist doch gut;
 0311 (1.58)
 0312 P1 ist gut–
 0313 ist alles in ordnung keine angst–
 0314 (22.23)
 0315 P1 ist gut;
 0316 (1.12)
 0317 P1 mh? wie haben sie denn geschlafen;
 0318 frau haas kommen se;
 0319 (7.44)
 0320 P1 ↑ so ist doch richtig ist schon richtig so–
 0321 (4.79)
 0322 P1 ist genau richtig so–
 0323 (6.65)
 0324 P1 frau haas–
 0325 (0.65)
 0326 P1 ↑ ist gut so;
 0327 (5.25)
 0328 P1 so–
 0329 (7.16)
 0330 P1 <<mitfühlend> frau haa:s–>
 0331 ↑ ist doch gut;
 0332 (20.37)
 0333 P1 <<gehaucht> so–>
 0334 (1.58)
 0335 P1 kommen sie wir machen das schon;

0336 (13.81)
 0337 P1 ah: <<resigniert> frau haas;>
 0338 (0.88)
 0339 P1 hä? sie brauchen keine angst haben;
 0340 (2.0)
 0341 P1 kommen se (); kommen se—
 0342 ↑ ist gut;
 0343 (12.28)
 0344 P1 <<mitfühlend> hach ja:—>
 0345 ist gut—
 0346 (22.69)
 0347 P1 <<angestrengt> so—>
 0348 jetzt nicht ich creme sie doch nur ein frau haas.
 0349 (4.74)
 0350 P1 ↑ ist doch gut alles.
 0351 (2.28)
 0352 P1 ja:—
 0353 (2.88)
 0354 P1 ↑ ist alles in ordnung;
 0355 (0.7)
 0356 P1 ↑ alles ist gut;
 0357 (27.29)
 0358 P1 so—
 0359 (0.7)
 0360 P1 riechen wir gut ne?
 0361 hä? (.) frau haas,
 0362 (15.06)
 0363 P1 <<angestrengt> so—>
 0364 (10.32)
 0365 P1 ↑ ↑ ist doch gut frau haas;
 0366 mh?
 0367 ↑ ist doch alles in ordnung;
 0368 (1.35)

0369 P1 kommen se (.) machen sie mal füße hoch,
 0370 (2.98)
 0371 P1 sehen se da ist der klotz da drinne–
 0372 ↑ ist doch alles in ordnung;
 0373 (0.93)
 0374 ist alles gut–
 0375 (1.12)
 0376 P1 ne?
 0377 (2.6)
 0378 P1 mh?
 0379 (20.18)
 0380 P1 so–
 0381 (1.21)
 0382 P1 ↑ alles ist in ordnung;
 0383 (2.84)
 0384 P1 ist alles gut;
 0385 (0.93)
 0386 P1 ist doch gut–
 0387 trinken sie mal noch en schluck;
 0388 (2.84)
 0389 P1 ↑ trinken se noch–
 0390 (1.86)
 0391 P1 ne,
 0392 (1.67)
 0393 P1 ↑ ist gut;
 0394 (23.85)
 0395 P1 so–
 0396 ((P1 und B4 verlassen gemeinsam den Raum))