

CLAUDIA DINAND, DOMINIQUE AUTSCHBACH UND
MARGARETA HALEK

Reziprozität in der pflegerischen Kommunikation mit Menschen mit Demenz

Unter Mitarbeit von Martin Berwig und Anika Hagedorn

1. Einleitung

In diesem Beitrag gehen wir von der Annahme aus, dass Sorgebeziehungen durch eine grundlegende Asymmetrie gekennzeichnet sind, aber situativ und kommunikativ gestaltet werden können. Pflegerisches Handeln ist auf Wohlbefinden ausgerichtet. Gelingendes pflegerisches Handeln orientiert sich daher in wechselseitiger Bezugnahme am Bedarf der zu pflegenden Person. Pflegewissenschaftliche Konzepte wie Person-Zentrierung und Beziehungsgestaltung dienen Pflegenden dabei als Orientierungsrahmen. In der Pflege von Menschen mit Demenz ist Kommunikation von besonderer Relevanz, da die Reziprozität der Perspektiven nicht uneingeschränkt vorausgesetzt wird. Dies ist in zwei zentralen Herausforderungen begründet: Erstens müssen die Akteure der Sorgebeziehung vor dem Hintergrund wandelnder Fähigkeiten kommunikativ eine Handlungseinheit herstellen und aufrechterhalten, andererseits schwächt die Diagnose Demenz die Möglichkeit der betroffenen Person, dass ihre kommunikativen Akte durch ihr Gegenüber als bedeutungsvolle Äußerungen angenommen werden.

In diesem Beitrag wollen wir deshalb Studiendaten zu dyadischen Sorgebeziehungen mit Menschen mit Demenz beispielhaft vorstellen.¹ Im ersten empirischen Beispiel widmen wir uns einem Interview mit einer Ordensschwester, die über die Kommunikation mit einer Bewohnerin in einer stationären Altenpflegeeinrichtung berichtet. Im zweiten empirischen Fall nehmen wir anhand videographischer Daten die körperliche Handlungskoordination eines Ehepaars im Kontext häuslicher Sorgearbeit in den Blick. Beide Fälle zeigen unterschiedliche Dimensionen

¹ Zur Datenerhebung der hier zugrundeliegenden Studien liegt jeweils ein positives Votum der Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft vor (DGP Nr. 16.012 und Nr. 20-030).

gegenseitigen Verstehens und weisen darauf hin, dass Reziprozitätsbestrebungen in hohem Maße kontextbezogen sind.

2. Asymmetrie und Reziprozität in pflegerischen Beziehungen

Pflegerisches Handeln ist Sorgehandeln und Teil einer Fürsorgebeziehung. Das Verhältnis von Pflegenden und Gepflegten schreibt in Bezug auf die Sorgearbeit zunächst Aktivität und Passivität sowie Fähigkeiten und Verantwortlichkeiten zu; Pflegebeziehungen weisen folglich hinsichtlich der darin stattfindenden Pflegehandlungen und unabhängig des professionalen Status oder des organisationalen Umfeldes eine nicht austauschbare Gerichtetheit oder Asymmetrie auf. Helfen, Unterstützen oder Anleiten auf der einen Seite setzt also einen Hilfe-, Unterstützungs- und Anleitungsbedarf auf der anderen Seite voraus, der in Deutschland im Falle der Pflegebedürftigkeit offiziell als Pflegebedarf im Sinne des elften Sozialgesetzbuches festgestellt werden kann. Personen gelten als pflegebedürftig, wenn sie (dauerhaft) »gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen« und ihre körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen sowie gesundheitlich bedingten Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können (§ 14 SGB XI).

Christa Schnabl (2005: 59ff.) definiert das Für-jemand-da-sein, Für-jemand-Sorge-tragen und Pflegen prima facie als ein einseitig auf das Wohlergehen anderer ausgerichtetes und damit asymmetrisch angelegtes interaktives Handeln bzw. zwischenmenschliches Tun, das unter Anerkennung der Abhängigkeit und Verletzbarkeit anderer erbracht wird, ohne dass dafür primär eine Gegenleistung erwartet wird. Diese angenommene Asymmetrie bezieht sich dabei auf »die Asymmetrie der Lage, nicht jedoch auf die der Person oder des Wertes der Person« (ebd.: 61). Sie ist als Folge der Anerkennung anderer als Gleiche anzusehen. Pflegeempfangende bleiben damit im Rahmen ihrer Fähigkeiten handelnde und gestaltende Akteure.

Gesa Lindemann und Jonas Barth (2021) gehen ebenfalls von einer Asymmetrie aus und wenden sich einer Konsequenz für das Pflegehandeln zu, die sie das »Pflegeparadox« nennen: Von Pflegenden durchgeführte Maßnahmen, die die Fähigkeiten zur Handlungsteilnahme stärken sollen, laufen Gefahr die zu überwindende Asymmetrie zu verfestigen. Indem z.B. Pflegende Anforderungen reduzieren oder Fähigkeiten von Menschen mit Pflegebedarf kompensieren, laufen sie Gefahr, den Akteursstatus zu mindern oder ihn abzusprechen. Schnabl (2005) geht hingegen davon aus, dass Sorgebeziehungen trotzdem in Reziprozitätszusammenhängen

eingebettet sein können, die das Ziel haben, das entstehende Ungleichgewicht auszubalancieren. Sie betont, dass diese nicht symmetrisch, also gleich bzw. entsprechend, sondern reziprok, als erwidernde Handlungen angelegt sind und damit im gemeinsamen Tun aus Geben und Nehmen ausgehandelt und hergestellt werden. Im Kontext familialer und lebensweltlicher Sorgearbeit können Reziprozitätszusammenhänge z.B. zwischen Generationen oder innerhalb von Beziehungen auch über lange Zeiträume im Sinne eines »Kontenausgleichs« angepasst werden (Gröning 2018). Dabei gestalten sich Machtverhältnisse, Rollenverteilungen und Motivationen individuell und situativ sowie in Abhängigkeit des Pflegebedarfs und der gewachsenen Beziehung (Köhler et al. 2021). Demgegenüber stehen solidarisch finanzierte Ausgleichshandlungen auf gesamtgesellschaftlicher, gesundheitsökonomischer Ebene. Die Fürsorgeleistung der über die Pflegeversicherung angebotenen Sach- oder Dienstleistung erhält je nach Pflegegrad hier eine monetäre Entsprechung.

Schnabl argumentiert über das Konzept der Fürsorge aus einer sozialethischen Perspektive und adressiert das Geben und Nehmen auf der Ebene einer gerechten Sorge. Ihr Verständnis von Reziprozität ist somit von anderen Konzeptualisierungen, wie z.B. der Gabentheorie oder der Schütz'schen Phänomenologie zu unterscheiden (vgl. Adloff/Mau 2005; Stegbauer 2011). In diesem Text befassen wir uns mit dem Problem der Sinnkonstitution in alltäglichen Kommunikationssituationen zwischen Pflegenden und Menschen mit Demenz, gehen also von Reziprozität im Sinne von Alfred Schütz (1971) aus. Die »Reziprozität der Perspektiven« (ebd.: 12) bildet für Schütz die unhinterfragte Grundlage von Alltagskommunikationen, sie ist die Bedingung der Möglichkeit, das Gegenüber als Gegenüber zu erfahren, und umfasst zwei Idealisierungen: die »Vertauschbarkeit der Standorte« zwischen den Akteuren und die angenommene »Kongruenz der Relevanzsysteme« (ebd.: 13). Jene Idealisierungen erlauben es, dass eigene Selbstverständlichkeiten bei einem Gegenüber vorausgesetzt werden können. Wie Jonathan Serbser-Koal und Martina Roes (2022) anmerken, ist die Schütz'sche Konzeptualisierung des Verstehens auf einer starken Annahme von Normalität begründet. Denn die Kongruenz der »Wissens- und Relevanzsysteme« (ebd.: 197) wird in Bezug auf Menschen mit Demenz nicht bedingungslos vorausgesetzt (vgl. auch Kotsch/Hitzler 2013).

3. Anforderungen an die Pflege von Menschen mit Demenz

Menschen mit Demenz im Verlauf ihrer Erkrankung zu begleiten, zu betreuen und zu pflegen, ist eines der vielseitigsten Handlungsfelder in der

professionellen und informellen Pflege. Medizinisch gesehen wird Demenz als Oberbegriff für meist fortschreitende neurodegenerative Veränderungen verstanden, die sich auf Gedächtnisassoziierte und andere kognitive Fähigkeiten, das Verhalten sowie auf die Fähigkeit einer Person, Aktivitäten des täglichen Lebens kompetent auszuführen, auswirken (WHO 2017). Wann und wie sich die Veränderungen zeigen und welche Hilfe konkret nötig ist, ist von Person zu Person, der jeweiligen Diagnose und den zur Verfügung stehenden Ressourcen und Kontextbedingungen abhängig. Bekannt ist, dass das Risiko einer Demenz mit zunehmendem Alter steigt. Im Jahr 2018 waren in Deutschland 1,5 Mio. der über 65-Jährigen von einer Demenz betroffen, mit steigender Tendenz (DALzG 2020). Die meisten von ihnen werden, das gilt auch im internationalen Vergleich, zuhause von ihren Angehörigen betreut (WHO 2012). Ein Umzug in eine stationäre Einrichtung der Altenhilfe wird häufig dann nötig, wenn eine Versorgung zuhause nicht mehr aufrechterhalten werden kann.

Das wichtigste Ziel pflegerischen Handelns in der Betreuung von Menschen mit Demenz ist es, auf der Basis verstehender Diagnostik bedürfnis- und person-orientiert Wohlbefinden zu schaffen und eine Balance zwischen Autonomie und Fürsorglichkeit herzustellen, da auch bei fortgeschrittener Demenz Bedürfnisse nach Selbstbestimmung, Anerkennung, Geborgenheit und Sicherheit bestehen bleiben (Bartholomeyczik/Halek 2017). Die größte Herausforderung ist es, das pflegerische Handeln immer wieder an die wandelnden Fähigkeiten anzupassen und eine gemeinsame Verständigung und Verbundenheit herzustellen (DNQP 2019) und die beschriebene Asymmetrie dadurch abzumildern. Dafür sind spezifisches Wissen, kommunikative Fähigkeiten und zwischenmenschliche Kompetenzen der Pflegenden auf allen Ebenen erforderlich. Personenzentrierung und Beziehungsgestaltung bieten hier einen Orientierungsrahmen.

3.1 Person-Zentrierung als Orientierungsrahmen

Der Begriff der Person-Zentrierung geht auf den englischen Psychologen Carl Rogers und seinen humanistisch begründeten psychotherapeutischen Ansatz aus den 1950er Jahren zurück und bildet den argumentativen Gegenpol zu einer institutionsorientierten Versorgungspraxis in vielen Feldern sozialen und pflegerischen Handelns, z.B. mit Menschen mit psychischen Erkrankungen, Behinderungen oder einer Demenz (Schäfers 2014; Ross et al. 2015; Welling 2020). Fokussiert wird dabei auf eine personalisierte Angebotsstruktur sowie die Ermöglichung sozialer Teilhabe als Reaktion auf sich verändernde, plurale und diverse Lebensstile. Person-Zentrierung dient als Orientierungsrahmen (z.B. der

Eingliederungshilfe im Kontext des Bundesteilhabegesetzes) und wurde professionsspezifisch weiterentwickelt und ausgebaut. Im pflegerischen Kontext ist daraus der Begriff *person-centred care* (PCC) und ein damit verbundenes vielfach diskutiertes und empirisch aufbereitetes beziehungsorientiertes Konzept entstanden, das auf gegenseitigem Vertrauen und Verständnis sowie dem Austausch von gemeinsamem Wissen beruht (McCormack/McCance 2006; Ross et al. 2015). Wichtig ist, dass der Unterschied zwischen einer therapeutischen und einer pflegerischen Beziehung in der Alltagsorientierung, ihrer Kontinuität und ihrer 24-Stunden-Präsenz liegt (vgl. Welling 2020). Vor allem in der Pflege von Menschen mit Demenz hat es sich mit Bezug auf Tom Kitwood (1997) und die von ihm 1992 gegründete *Bradford Dementia Group* international etabliert. Kitwood kritisierte die zu seiner Zeit vorherrschende medizinisch orientierte Pflegepraxis, die er als »maligne Sozialpsychologie« bezeichnete, und entwickelte das Konzept der positiven Personenarbeit. Über die Herausstellung der Bedeutung des Personseins läutete er einen Perspektivwechsel in Forschung und Praxis ein, indem er die Person mit Demenz, ihre Sichtweise und Beziehung zur Welt in den Mittelpunkt der Betrachtungen stellte. Mit Bezug auf Martin Buber arbeitete er die Wichtigkeit einer Ich-Du- anstelle einer Ich-Es-Beziehung heraus. Zur Verbesserung der Pflegepraxis entwickelte eine Arbeitsgruppe um Dawn Brooker (Brooker/Latham 2015) das sogenannte VIPS-Modell mit den vier Kernelementen: *valuing the person, individualised care, personal perspectives and social environment*.

Die Anwendung von person-zentrierter Pflege kann sich auf Menschen mit Demenz positiv auswirken: So wird in Übersichtsarbeiten berichtet, dass Verhaltensweisen, wie Unruhe und Depressionen, beeinflusst und die Lebensqualität von Menschen mit Demenz verbessert werden können (Fazio et al. 2018; Kim et al. 2017). Pflegende profitieren ebenso und erleben eine Verbesserung ihrer Arbeitszufriedenheit (Barbosa et al. 2015). Ein Konzept mit viel Potential für eine beziehungsorientierte Pflege, die jedoch auch Anforderungen an Rahmenbedingungen, Wissen, Fertigkeiten und Qualifikationen stellt.

3.2 Beziehungsgestaltung in der Pflege

Beziehungsgestaltung ist eng mit person-zentrierter Pflege verbunden und ist integraler Bestandteil internationaler pflegetheoretischer Ansätze sowie des *Fundamentals of Care Frameworks* (Mudd et al. 2020; Kitson et al. 2018). Beziehungsgestaltung bildet zudem ein Kernelement in der Pflege von Menschen mit Demenz (DNQP 2019) sowie der Stabilität häuslicher Pflegearrangements. Je ausgeglichener die Beziehung zwischen Pflegeperson und der Person mit Demenz gestaltet werden kann,

desto stabiler das häusliche Pflegearrangement (Köhler et al. 2021). Im Expertenstandard zur Beziehungsgestaltung mit Menschen mit Demenz heißt es: »Jeder pflegebedürftige Mensch mit Demenz erhält Angebote zur Beziehungsgestaltung, die das Gefühl, gehört, verstanden und angenommen zu werden sowie mit anderen Personen verbunden zu sein, erhalten oder fördern« (DNQP 2019: 31). Interaktion und Kommunikation werden hier zu zentralen Pflegeinterventionen und benötigen in der Anwendung individuelles Fallverstehen und auch zusätzliche kommunikative Kompetenzen.

Für das Verstehen von Menschen mit Demenz und eine Begegnung auf Augenhöhe sind zahlreiche und in der Regel normativ angelegte Konzepte, wie bspw. Validation (Feil/de Klerk 2013), Mäeutik (van der Kooij 2017), etc., entwickelt, aber nicht empirisch erarbeitet oder geprüft worden. Corry F.M. Bosch (1998) konnte in ihrer grundlegenden Studie aufzeigen, dass »Vertrautheit« von zentraler Bedeutung für die Lebenswelt von Menschen mit Demenz ist und das Einfinden in die sozialen Beziehungen, Abläufe und Raumeinteilungen von Altenpflegeeinrichtungen von biographisch etablierten Routinen abhängt. Karin Welling (2020) arbeitete das Konzept der Feinfühligkeit und des »Sich-aneinander-orientierens« für eine beziehungsorientierte und gelingende Interaktion zwischen Menschen mit fortgeschrittenen Demenz und ihren Bezugspersonen heraus. Sie argumentiert, dass die Feinfühligkeit der Pflegeperson und die Entfaltung der Möglichkeiten durch die Person mit Demenz in einem wechselseitigen Verhältnis stehen (Welling 2020). Beatrix Döttlinger (2018) bezeichnet die für die Aufrechterhaltung der Beziehung und des Kontaktes notwendige Haltung der Pflegenden als »schwebende Aufmerksamkeit«. Sie spricht in ihrer Untersuchung zur gestischen Kommunikation den in Basaler Stimulation fortgebildeten Pflegenden die kommunikative Verantwortung für die Ermöglichung von Responsivität unter Wahrung größtmöglicher Autonomie zu. Beide Autorinnen arbeiteten unter Bezugnahme unterschiedlicher theoretischer Annahmen mit der Videointeraktionsanalyse mit Menschen mit Demenz im fortgeschrittenen Stadium im Setting stationärer Altenhilfe.

3.3 Kommunikationssoziologische Überlegungen zur Pflege von Menschen mit Demenz

Der Kommunikationsbegriff findet sich in verschiedenen sozialtheoretischen Ansätzen (Schützeichel 2015), deren Rezeptionen im Rahmen dieses Artikels nicht systematisch dargestellt werden können. Wir begrenzen uns daher auf ausgesuchte Positionen der deutschsprachigen soziologischen Debatte zur Kommunikation in der Pflege von Menschen mit Demenz. Diese stimmen darin überein, dass sie Kommunikation nicht allein auf verbale Äußerungen beschränken, sondern z.B. auch in leiblicher

Gerichtetheit oder non-verbalen Markern eines Sprecher:innenwechsels verorten.

Lindemann und Barth (2020) wenden sich der Rolle der Diagnose »Demenz« in der Pflege zu. Sie zeigen auf, dass Tätigkeiten von Menschen mit Demenz, wie z.B. das Schlagen beim Waschen, in der professionellen Pflege routinisiert nicht als Gewalt eingeordnet werden, obschon leiblich auf sie eingegangen und ihr kommunikativer Gehalt also zunächst angenommen werden muss. Nach Lindemann und Barth negiert anschließend allerdings der Verweis auf das Krankheitsbild der agierenden Person die Bedeutung des Aktes, d.h. der Akt wird nicht als legitime Äußerung eines Wunsches aufgenommen. Solange Pflegende keine Intentionalität hinter den Tätigkeiten vermuten können, sind sie, auch gegen die Äußerungen selbst, moralisch zur Versorgung verpflichtet. Das hier angesprochene Problem ist, dass Kommunikation davon ausgehen muss, dass das Gegenüber als Gegenüber angenommen wird: »In jeder Kommunikation wird mitkommuniziert, wer einen moralischen Status hat und deshalb legitimerweise an Kommunikationen zu beteiligen ist.« (Lindemann 2018: 53)

Lindemann und Barth (2020) gehen Fällen nach, in denen über die Diagnose der moralische Status als Person abgesprochen wird. Verena Keysers und Anna-Eva Nebowsky (2020) zeigen ebenfalls, dass sozialwissenschaftlich Analysierende dazu neigen, in einer vorab als Interaktion mit Menschen mit Demenz gerahmten Situation, abweichendes Verhalten dem Krankheitsbild zuzuordnen. Auch Pflegende laufen Gefahr, aufgrund der durch Diagnosen vorgeformten Handlungsweisen Äußerungen von Menschen mit Demenz nicht als Ausdruck des Selbst zu interpretieren und damit zu übergehen (Sabbat/Harré 1992). Wie oben ausgeführt, setzt das Paradigma der Person-Zentrierung am Eingehen auf individuelle Bedürfnisse und der Unterstützung von sozialer Teilhabe an und betont somit die Gegenseite der beschriebenen Problematik. Lindemann und Barth weisen darauf hin, dass wechselseitiges Verstehen davon abhängt, dass Äußerungen als eben diese anerkannt werden. Wie das Beispiel der Tätigkeiten aufzeigt, gilt dies ebenfalls für nicht-verbale kommunikative Akte. Auch deshalb verspricht die Auseinandersetzung mit der körperlichen Dimension des Selbst wichtige Impulse für die Weiterentwicklung der person-zentrierten Pflege von Menschen mit Demenz (Kontos/Martin 2013).

Wie schon erläutert besteht in der Kommunikation mit Menschen mit Demenz die Herausforderung, dass die von Schütz beschriebene »Reziprozität der Perspektiven« nicht uneingeschränkt vorausgesetzt werden kann (Kotsch/Hitzler 2013; Serbser-Koal/Roes 2022). Darauf reagiert auch Christian Meyer (2014) mit seiner fähigkeitsbasierten Dimensionierung zur Interaktion mit Menschen mit Demenz. Reichertz und Kolleg:innen verstehen Demenz als eine »Störung im gemeinsamen

Handlungsfeld« (Reichert et al. 2020: 219), die durch die Diagnose und die wandelnden Fähigkeiten biographisch etablierte Handlungsarrangements verändert. Daher kommt es in der Pflege von Menschen mit Demenz zum Entwerfen einer neuen »Handlungseinheit« (ebd.: 231), die über das Koordinieren von sinnlicher Gerichtetheit und Körperbewegungen Gegenseitigkeit zwischen Teilnehmenden etabliert. Die These ist also, dass die Teilnehmer:innen in der Handlungseinheit nicht aufgelöst werden, obwohl sich aktive und passive Teilhabe abwechseln. Mit dem Konzept der Handlungseinheit wenden sich Reichertz und Kolleg:innen (2020) der prozeduralen Koordination pflegerischer Handlungen zu und rücken das Problem intersubjektiven Verstehens in den Hintergrund. Die von den Autor:innen beschriebene kommunikative Koordination ist dagegen nicht als Konsens misszuverstehen. Zum Zwecke der Handlungskoordination schlagen die Autor:innen vor, dass es zu einer anhaltenden Erneuerung der Handlungsordnung kommen muss – es gelte »*lokale* Ordnungen mit geringer *Verfallszeit* herzustellen« (ebd.: 235, H.i.O.). Dieses Konzept entspricht formal zentralen Aspekten der Feinfühligkeit bei Welling (2020), die es Pflegenden erlauben soll, Menschen mit Demenz trotz unterschiedlicher Kompetenzen als Akteure mit gleichem Personenstatus anzuerkennen. Eine weitere Überschneidung besteht mit der von Döttlinger (2018) geforderten Wahrung von Autonomie durch gestisch-kommunikatives Handeln.

Die soziologischen Positionen zur Kommunikation in der Pflege von Menschen mit Demenz betonen einerseits das Problem der Handlungskoordination im Fall eines Fähigkeitsverlustes und andererseits die Gefahr, dass die Diagnose gerade dem Eingehen auf legitime Äußerungen im Wege stehen kann. Gleichermassen befasst sich Christian Meier zu Verl (2020; im Erscheinen) mit der Handlungskoordination in der Pflege von Menschen mit Demenz. Er erklärt, dass Pflegepersonen sich auf inkorporierte Wissensbestände beziehen, wenn sie Handlungen mit Menschen mit Demenz abstimmen. Dies geschieht über Positionierungen des Körpers oder das Vorgeben eines Rhythmus über die Berührung oder das Zählen. Entsprechend der These zur Handlungseinheit argumentiert Meier zu Verl, dass Menschen mit Demenz sich »kompetent zum Objekt« der pflegerischen Praxis machen, indem sie auf das Interpretieren des Pflegepersonals gekonnt zurückgreifen (Meier zu Verl 2020: 319). Er wendet sich ebenfalls Konfliktsituationen zu, in welchen Menschen mit Demenz jene fähige Selbstobjektivierung verweigern (ebd.: 322ff.). Hier wird deutlich, dass die Handlung auch gegen die Äußerungen des Menschen mit Demenz perpetuiert werden, was der Schwächung kommunikativer Akte aufgrund der Diagnose entspricht.

Im Folgenden befassen wir uns mit zwei empirischen Beispielen, in denen wir der Kommunikation in der Pflege von Menschen mit Demenz nachgehen. Hierbei nehmen wir besonders gelingende wechselseitige

Bezugnahmen in den Blick und setzen sie mit vorangegangen Überlegungen in Beziehung.

4. Biographische Beziehungen und Handlungseinheit auf Distanz

Dem Verstehen in der Pflege von Menschen mit Demenz gehen wir zuerst anhand einer Interviewpassage nach, die im Rahmen des Projektes *Communio firmo prosperamus: Entwicklung eines Konzeptes, mit dem in stationären Pflegeeinrichtungen das Erleben einer guten Gemeinschaft gefördert werden kann* erhoben wurde.² Die leitfadengestützten Interviews (Helfferich 2011) bilden die Perspektive der Studienteilnehmer:innen auf das Zusammenleben und die Alltagsaktivitäten in der Einrichtung ab und begründen die Ausarbeitung des Konzeptes. Das Projekt ist eine Kooperation zwischen der Privaten Universität Witten/Herdecke und dem Altenheim St. Clara Salzkotten, welches aus einem Konvent entstand und sich weiterhin das Gebäude mit diesem teilt. Mittlerweile nimmt die Einrichtung auch Bewohner:innen auf, die vorher nicht Ordensschwestern waren, jedoch leben dort weiterhin viele Ordensschwestern mit Pflegebedarf. Die in der Einrichtung und dem Konvent lebenden Ordensschwestern verbindet eine meist über Jahre hinweg etablierte Beziehung, welche der Pflegebedürftigkeit vorausgeht. Altenpflegeeinrichtungen sind durch stark formalisierte Abläufe und die Reduktion des privaten Rückzugsraumes ausgemacht und daher mit Einschränkungen der Selbstbestimmung assoziiert (Kotsch/Hitzler 2013). Der Umzug aus dem Konvent in die Einrichtung weist diesbezüglich eine Besonderheit auf: So argumentiert Corry F. Bosch (1998), das Leben im Konvent verfüge über festgelegte zeitliche Strukturen und geringe private Rückzugsräume und gewöhnne Ordensschwestern somit biographisch an den Alltag in Altenpflegeeinrichtungen.

4.1 Kommunikation und Personenstatus

Bei der ausgewählten Passage handelt sich um ein Interview mit einer im Konvent lebenden Ordensschwester (die Interviewpartnerin), die sich

² Die Datenerhebung wurde von den Autor:innen AH und DA durchgeführt; unser Dank gilt den Studienteilnehmer:innen des Projektes, die uns an ihrem Alltag Teil haben ließen, und Daria Wibbeke, Jolien Meilwes und Nicole Bartelsmeier, die die Interviews durch die Rekrutierung erst möglich machten. Das Projekt wird aus Mitteln der Stiftung Wohlfahrtspflege Nordrhein-Westfalen gefördert.

um eine in der Einrichtung wohnende Mitschwester (die Bewohnerin) kümmert. Den Ausgangspunkt der Interviewsequenz bildet die Frage, ob die Interviewpartnerin alle in der Einrichtung lebenden Schwestern gleichermaßen besucht oder ob es einen besonderen Kontakt mit einer einzelnen Schwester gebe. Die Interviewpartnerin geht zuerst auf die regelmäßigen Besuche aller Ordensschwestern ein und beschreibt, dass sie sich Tage aussucht, an denen sie regelmäßig in die Einrichtung geht, um dort die Schwestern zu sehen und ihnen Unterstützung zukommen zu lassen. Danach wendet sie sich ihrem Verhältnis zur in der Einrichtung wohnenden Ordensschwester zu:

»[...] Da habe ich jetzt besonders eine Schwester im Sinn, die ist sehr dement, ist aber ganz mobil [...]. Und sie besucht mich sehr oft, täglich, manchmal zweimal, manchmal dreimal am Tag und guckt nur, was ich mache. Und dann sprechen wir, ich gehe auf sie ein, so, was sie will und dann fragt sie mich, wie es mir geht, ob ich viel Arbeit habe und dann kommen wir so ins Gespräch. Und dann geht sie wieder, sagt dann ja, bis morgen oder bis später und das ist so schön. Sie fragt mich, wie es mir geht. [H]ast Du viel Arbeit und mach aber gleich Schluss. Abends kommt sie auch manchmal noch, mach aber gleich Schluss, hör auf, sagt sie, geh ins Bett. Und das ist so bereichernd und so merke ich dann auch die Stimmung, ob sie traurig ist, und frage mal, gehe darauf ein und sie spürt das so, diese Zuwendung und geht zufrieden wieder. So, das ist so, so ja, ist so ein Dienst, den ich gut geben kann, hier.« (26:05–30:33 min.)

Die Beschreibung der Interviewpartnerin stellt einen kategorisierenden Akt ins Zentrum. Es ist eine »sehr demente«, aber »mobile« Bewohnerin, ausgemacht also über die Diagnose Demenz, die die anschließend dargestellten Ereignisse rahmt. Im Gegensatz zur Infragestellung des Personenstatus hebt die Interviewpartnerin das eigenmotivierte Agieren der Bewohnerin hervor, z.B. in den selbstorganisierten Besuchen. Der Ablauf des Besuches wird nicht durch die Interviewpartnerin, sondern die Bewohnerin selbst festgelegt. Er ist durch die Bewohnerin initiiert und doch gleichermaßen nicht für die Interviewpartnerin völlig arbiträr, da die Besuche in regelmäßigen Abständen stattfinden. Auch das Ende der Besuche ist nach dem Bericht der Interviewpartnerin von der Bewohnerin selbst gewählt.

Ein weiteres Element sind Nachfragen und Anweisungen der Bewohnerin: Sie fragt, ob die Interviewpartnerin viel Arbeit habe, ermahnt sie »gleich Schluss« zu machen und ins Bett zu gehen. In diesen Anweisungen versetzt sie sich verbal in die Position ihres Gegenübers – sie ist stellvertretend für die Interviewpartnerin erschöpft. Die Kontaktaufnahme und die Besuche durch die Bewohnerin perpetuieren die Beziehung zwischen beiden. Das Reden bezieht sich inhaltlich auf den Ausdruck von Befinden und die Anteilnahme daran und führt darin sowohl einen gegebenen Ablauf als auch das Verhältnis zwischen den Schwestern weiter.

Besonders wichtig ist es hierbei, dass die Interviewpartnerin die Intentionalität der Nachfragen und der Anweisungen der Bewohnerin annimmt. Es wäre sehr wohl denkbar, dass die Sätze als formale Elemente oder stereotype Äußerungen eingeordnet werden. Stattdessen versteht die Interviewpartnerin die Fragen nach dem Befinden als genuines Angebot zum Selbstausdruck. Es ist also weder bloßes Reden um des Redens willen, noch ist es über die Bedeutungsebene allein bestimmt.

Über das Anerkennen der Bedeutungsebene der Aussage hinaus ist für die Person-Zentrierung eine weitere Ebene der Interviewpassage wichtig. Die Interviewpartnerin rahmt die Äußerungen der Bewohnerin als Reifizierung der Beziehung zwischen den beiden Ordensschwestern. Dies wird jedoch nicht aus dem Gesagten selbst, sondern aus der bestehenden Beziehung der Gesprächsteilnehmenden deutlich: Die Bewohnerin drückt eine eigene Fürsorge für die Interviewteilnehmende aus, indem sie diese anweist, nicht so viel zu arbeiten oder ins Bett zu gehen. Darin verweist sie auf die geteilte Biographie, in welcher sie als ältere Schwester eine Verpflichtung ihrer Schwester gegenüber ausgefüllt hat. Die Aussagen aktualisieren den gemeinsamen Lebensweg beider Ordensschwestern in der Situation und das geteilte Handlungsfeld ist nicht durch Stigmatisierung oder Fähigkeitsverlust gestört.

4.2 Das Etablieren von Handlungsabläufen

Im Anschluss an die zitierte Passage hebt die Interviewpartnerin nochmals hervor, dass sie sich »beschenkt« fühle und wendet sich dann einem weiteren Aspekt der Beziehung zur in der Einrichtung lebenden Schwester zu:

»Und genauso abends, sie ist in der Kirche regelmäßig diese Schwester, diese dementiell erkrankte Schwester und die bringe ich jeden Abend nach der Vesper, nach dem gemeinsamen Gebet, bringe ich sie in ihr Zimmer. Das ist auch schon so ein Ritual, sie freut sich dann, ich gehe mit, begleite sie von der Kirche aus bis in ihr Zimmer in der Einrichtung. Und da hat sie dann ihr Abendessen, sie isst in ihrem Zimmer zurzeit und wünscht mir dann auch Guten Appetit und ja (lacht). Ist auch schön.

I: Ja, auf jeden Fall. Wie hat sich das entwickelt, das Ritual?

B: Das hat sich entwickelt. Das war Zufall irgendwie. Also ich sehe, dass sie in der Vesper ist ja und ich sehe auch, wie sie rausgeht und wie andere Schwestern sie auch begleiten, die haben sie auch schon hier im Mutterhaus viel begleitet, weil die eine Schwester mit ihr in einer Kommunität war, bevor sie ins Mutterhaus gekommen ist. Die haben eine ganz enge Beziehung und ich habe auch gedacht, um die zu entlasten auch, weil die sind ja auch über 80 und haben auch ihre Wehwehchen und da habe ich

gedacht, um die zu entlasten, bringe ich sie abends zurück in ihr Zimmer. Und das nimmt sie gerne an, sie ist ja sowieso hier, wir haben einen guten Kontakt, kommt hier regelmäßig ins Büro und abends dieses Ritual, sie ins Zimmer zu bringen. Und das ist schön.« (30:37–32:30 min.)

In dieser Passage kehren einige bereits besprochene Elemente wieder: Die Relevanz der alle Aussagen rahmenden Diagnose Demenz wäre hier zu nennen. Außerdem liest die Interviewpartnerin wieder Intentionalität aus einer Sprachkonvention: Dass die Bewohnerin der Interviewpartnerin einen guten Appetit wünscht, nimmt diese als bedeutungsvolle Äußerung auf. Das Guten-Appetit-Wünschen gibt die Interviewpartnerin frei, selbst zu Tisch zu gehen. Somit wird über die Routineformel ein »normaler« Ablauf hergestellt, an dem die Bewohnerin steuernd Teil haben kann. Sie kann selbst gestaltend am Rhythmus des Gespräches mitwirken. Dies verdeutlicht eine fundamentale Notwendigkeit für Menschen mit Pflegebedarf, nicht nur sich selbst, sondern auch die sie umgebenden Abläufe mitbestimmen zu können, und die Aufgabe für Pflegende, diese Menschen unabhängig von dem Grad der Erkrankung »in ihrer Selbstgestaltung und Weltgestaltung zu unterstützen« (Kruse 2019: 40).

In beiden Interviewpassagen zeigt sich, dass die Herstellung von Regelmäßigkeit einen Raum für wechselseitige Bezugnahme eröffnet. So schließt in der zweiten Sequenz das tägliche Gebet an eine von der Interviewpartnerin auch als »Ritual« bezeichnete Begleitung der Bewohnerin an. Reichertz und Kolleg:innen (2020) nehmen in ihren Ausführungen zur Handlungseinheit Bezug auf Victor Turners Ritualbegriff und erklären, Handlungseinheiten seien durch Aspekte der Handlungsentlastung und -sicherung ausgemacht. In der Interviewpassage wird eine spezifische Problematik der Handlungseinheit von An- oder Zugehörigen und Bewohner:innen von Altenpflegeeinrichtungen deutlich: Sie müssen ihre Einheit über eine Organisationsgrenze hinweg aufrechterhalten. Konvergenzen und Divergenzen zwischen der Organisation und ihrem Umfeld sorgen für die Weiterführung oder Unterbrechung von Handlungsabläufen. Auch für die professionelle Pflegearbeit ergeben sich hieraus Konsequenzen, z.B. sowohl in der Durchsetzung von organisationalen Abläufen als auch in Koordinations- und Vermittlungsaufgaben. Diese Arbeit mit An- und Zugehörigen in der stationären Altenpflege wurde von Cornelia Schmedes (2021) als emotionale »Schattenarbeit« des Fachpersonals bezeichnet.

Das Verhältnis von Handlungseinheit und organisationalen Abläufen zeigt sich ebenfalls im Zustandekommen des beschriebenen Rituals: Obwohl die Interviewpartnerin dessen Zustandekommen als »Zufall« bezeichnet, wird in der weiteren Ausführung deutlich, dass sie das Vorgehen einleitet, da sie die informelle Pflegetätigkeit anderer Ordensschwestern

wahrnimmt und diese später übernimmt. Die zufällig erscheinende Etablierung ist also in einer geteilten Sorgearbeit sowie einem Ethos der Verantwortlichkeit begründet. Letzter spiegelt sich auch in den häufig verwendeten qualifizierenden Markern aus der Sphäre des Austauschs wider: Die Interviewpartnerin erlebt ihre Tätigkeit als »bereichernd« oder fühlt sich »beschenkt«. Umgekehrt werden die Äußerungen der Bewohnerin ebenfalls als eine Gabe verstanden – in den Besuchen leistet sie Gesellschaft, über die Routineformeln gibt sie zurück.

5. Rollenteilung und Handlungskoordination

Im kommenden Abschnitt werden anhand einer Alltags situation eines Paares zuhause, hier zu Beginn einer Mahlzeit, verschiedene Modi gemeinsamen Handelns beispielhaft vorgestellt. Die Sequenz entstand im Rahmen eines Forschungsprojektes, dass am Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Standort Witten durchgeführt wurde (Berwig et al. 2020). Bei der Studie zur Anwendung der Marte Meo® Methode bei Menschen mit der verhaltensbetonten Variante der frontotemporalen Demenz (bvFTD) und ihren Bezugspersonen (AMEO-FTD) handelt es sich um eine interventionelle Machbarkeitsstudie. Im Zentrum steht die Aufrechterhaltung gegenseitig hergestellter Verständigungsmöglichkeiten und das Erkennen von Optionen für eine gelingende Beziehungsgestaltung bei zuhause lebenden Menschen mit bvFTD und ihren Angehörigen bzw. Bezugspersonen.³ Das gegenseitige Verstehen ist aufgrund von sehr früh einsetzenden Beeinträchtigungen sozial-kognitiver Fähigkeiten von Menschen mit bvFTD sowie erst zu erlernender Interpretationsmöglichkeiten auf Seiten der begleitenden Angehörigen oft erschwert. Im Rahmen der qualitativen Erhebung wurde vor allem auf den Aspekt der sozialen Interaktion fokussiert und Daten mittels Videographie (Tuma et al. 2013) basierend auf der fokussierten Ethnographie (Knoblauch 2001) erhoben. Von besonderem Interesse war, wie Menschen mit bvFTD und ihre Angehörigen intuitiv miteinander interagieren, ob und wie sie je situativ und kontextabhängig eine Beziehung aufbauen und welche Strategien sie dabei jeweils und wechselseitig einsetzen.

³ Hier gilt der Dank den Studienteilnehmer:innen und ihrer Bereitschaft, Situationen aus dem Alltag mit Video aufzuzeichnen und zur Verfügung zu stellen, Anna-Eva Nebowsky für die Annotation und Diskussion der Daten sowie Ursula Becker für die Durchführung der videobasierten Beratung.

5.1 Eine Mahlzeit beginnen bei Ehepaar C

Herr und Frau C wohnen gemeinsam in ihrem Haus in einer urbanen Region in Nordrhein-Westfalen. Sie sind beide über 70 Jahre alt und bereits berentet. Die hier vorgestellte Sequenz beschäftigt sich mit der Rollenverteilung, dem ineinander greifen der Handlungen und der Handlungskoordination beider Akteure während der Vorbereitung der Mahlzeit.

Die Szene findet im Esszimmer statt, in der Mitte – längs platziert – steht ein Esstisch aus hellem Holz. Dahinter gibt eine Sonnenlicht flutende Terrassentür den Blick frei in den dahinterliegenden Garten. Vögel zwitschern laut. Herr C steht, den Kopf leicht nach unten gesenkt und die Hände in den Hosentaschen haltend, an der linken oberen Ecke des Tisches. Er trägt ein gelbes Hemd mit halben Ärmeln, eine beige Hose, dazu dunkle Hosenträger sowie eine Brille. Sein Haar und das Kinn umrahmende Bart sind weiß. Der Tisch links neben ihm ist bereits gedeckt, darauf liegen an der Kopf- und Längsseite je ein abwaschbares hellgraues Tischset, darauf ein gefüllter tiefer Teller und links davon liegt Besteck. An dem Teller an der Querseite ist ein Spritzschutz angebracht. In der Mitte des Tisches stehen ein silberner Behälter mit Schwingdeckel [...]. Herr C wippt leicht vor und zurück, als Frau C von links in den Raum kommt, zwei Gläser in je einer Hand haltend. Sie trägt ein sommerliches, schwarz-weiß gemustertes ärmelloses Kleid und die ebenfalls weißen Haare kurz geschnitten. Sie stellt die Gläser jeweils neben den bereits gedeckten Tellern ab; das Glas, das sie an den Platz vor sich stellt, ist mit Wasser gefüllt. Sie dreht sich nach rechts herum und greift zur Mineralwasserflasche, die auf dem Tisch steht, und füllt auch in das andere Glas Wasser ein. Herr C schaut, die Hände in den Hosentaschen, dabei zu. (00:00–00:12 min.)

Erste Eindrücke: Herr C wirkt gelassen, wie er so dasteht, mit den Händen in den Hosentaschen, den Hosenträgern, ganz privat, und zuschaut, wie seine Frau die Dinge richtet. Frau C ist engagiert, hantiert, gießt ein, füllt die Gläser für zwei, als sei sie es gewohnt, sich darum zu kümmern, und auch Herr C scheint nichts daran zu finden, dass sie es tut. Er schaut ihr zu und lässt geschehen, gewährt Raum und Zeit. Beide teilen – dem Blick nach – eine gemeinsame Aufmerksamkeit. Die Rollen scheinen verteilt, Frau C ist aktiv und nimmt die Dinge in die Hand. Herr C verhält sich abwartend und beobachtend. Niemand spricht. Alles ist vorbereitet: der Tisch ist gedeckt, die Teller sind befüllt, die Abwurfschale steht bereit, es ist für alle Eventualitäten vorgesorgt, auch der Teller am Platz von Herrn C ist mit einem Spritzschutz präpariert, nur die Gläser fehlen noch, die hat Frau C in der Hand.

5.2 Vorbereiten und Platz nehmen

Das Wasser plätschert geräuschvoll ins Glas, Frau C gießt es fast voll und den Rest aus der Flasche in das Glas vor ihr, dann stellt sie die Flasche schwungvoll wieder an die vorherige Stelle, so dass diese etwas hin und her wippt und schließlich zum Stehen kommt. Herr C hält den Kopf leicht gesenkt, etwas vor und zurück schwankend, folgt dem Prozess und tritt zwei Schritte zurück, als Frau C, sich nach vorn beugend, nach einem Tuch greift, das auf der Lehne des Stuhles platziert liegt. Frau C entfaltet dieses vor sich, fasst es mit beiden Händen an der daran befestigten Kette an und hält es hoch. Herr C senkt leicht den Kopf und Frau C stülpt ihm die Halsschlaufe über den Kopf, zupft und richtet die als Schürze aufbereitete Stoffserviette an beiden oberen Enden zurecht, legt die linke Hand flach auf seine Brust und sagt leise: »So. Komm«. Herr C behält seine »lässig gewährende Körperhaltung« bei, während Frau C links um ihn herum und hinter ihm vorbei zum Stuhl läuft. Sie ergreift von hinten das Kissen, das darin liegt, hebt es an, umfasst die Lehne des Stuhles und zieht diesen zu sich nach hinten. Herr C dreht sich seitlich, geht vor, hält mit beiden Händen die Serviette flach vor seinem Bauch und bewegt sich mit dem Rücken zu Frau C zwischen Tisch und Stuhl, Frau C hält den Stuhl und das Kissen und schiebt beides langsam hinter Herrn C, während dieser sich zeitgleich gemächlich in das Arrangement hineingleiten lässt. (oo:12–oo:31 min.)

5.2.1 Führen und vorsorgen – gewähren und mitmachen

Frau C bereitet weiter vor, befüllt das noch leere Wasserglas, sodass das Essen beginnen kann. Auch Herr C wird vorbereitet. Die Serviette – hier zur Schürze aufbereitet – liegt parat, Frau C nimmt diese und präpariert damit Herrn C, für alle Fälle, – falls was daneben geht. Dieser kooperiert und nimmt die Schlaufe, den Kopf senkend, in Empfang. Frau C kommentiert diese Handlung abschließend mit einem kurzen und leisen »So«, das wirkt, als hätte sie es zu sich selbst gesprochen, um die Beendigung sprachlich zu untermauern. Dabei berührt sie den Oberkörper von Herrn C wie bestätigend. Das anschließende »Komm« dagegen gleicht einer Aufforderung, die sie nicht weiter ausführt und auf Seiten von Herrn C ohne sichtbare Resonanz bleibt. Deutlich jedoch wird, dass Frau C die führende, lenkende und gestaltende Rolle übernimmt und die Choreographie und den Ablauf der Mahlzeit geplant und für alles vorgesorgt hat. Herr C erhält durch den Spritzschutz am Teller und den Kleiderschutz eine Sonderbehandlung, die sich von der von Frau C unterscheidet (keine Serviette, kein Spritzschutz). Damit wird ihm der Akteursstatus *Mensch mit besonderen Bedürfnissen* zugewiesen. Inwiefern die Diagnose Demenz hierfür verantwortlich gemacht werden kann,

bleibt mit Bezug auf die von Keysers und Nebowsky (2020) benannten Fallstricke der Deutung unklar. Zu vermuten ist, dass vorherige Erfahrungen während der Mahlzeit einen solchen Schutz notwendig erscheinen lassen, auch könnte es auf Eigenheiten oder eine Ungeschicktheit von Herrn C zurückzuführen sein. Inwieweit es von Frau C biographisch assoziiert ist (weil Herr C das immer so gemacht hat) oder dem Wunsch von Herrn C entspricht (z.B. er mag keine Flecken auf der Hose), kann aus der Szene heraus nicht geklärt werden und benötigt weiteres (ethnografisches) Kontextwissen. Herr C bleibt auf der Interaktionsebene situativ zurückhaltend integriert, agiert reaktiv und bleibt in zulassender Haltung.

5.2.2 Raum geben und routiniert kooperieren

Herr C tritt zurück und gibt den Raum vor ihm frei für Frau C, damit diese die Serviette vom Stuhl nehmen kann. Umgekehrt zieht Frau C den Stuhl nach hinten und eröffnet den Raum für Herrn C, dieser folgt der gestischen Aufforderung ohne zeitliche Verzögerung und nimmt im angebotenen Stuhl erfolgreich Platz. Den Stuhl vorziehen und anbieten ist eine unterstützende Geste durch Frau C, die auch als höflich, einladend oder *zuvorkommend* bezeichnet werden könnte. Letzteres ist sprachlich interessant, da sie Herrn C *zuvorkommt*, ihm einen Platz anbietet, vielleicht sogar zuweist und die Situation in eine Richtung lenkt. Mit Döttlinger gesprochen (2018) übernimmt sie hier die kommunikative Verantwortung auf der performativen Ebene und gibt Herrn C dennoch Raum und Optionen, sich initiativ und responsiv dazu zu verhalten. Offen bleibt, was Herr C gemacht hätte, wenn Frau C es ihm nicht angeboten hätte, bzw. ob und wie er Platz genommen hätte. Herr C nimmt das Angebot an und beide handeln miteinander, kooperieren, wortlos und ohne sich dabei anzusehen. Dennoch stimmen sie ihr Handeln aufeinander bezogen ab, verständigen sich körpersprachlich und performativ und orientieren sich aneinander (vgl. Welling 2020). Auch wirkt die Handlung wie gewohnt, oft eingeübt, gleitet geschmeidig im Wechselspiel der einen und des anderen und weist Parallelen zur Handlungseinheit (Reichert et al. 2020) auf. Herr und Frau C steuern gemeinsam auf ein Ziel, verstehen sich und wissen, was zu tun ist, es gibt keine sichtbaren Widerstände oder Irritationen. Sie handeln in dieser Szene routiniert und synchronisiert, wie ein eingespieltes Team.

5.3 Das Essen portionieren

Während Herr C sich in den Stuhl gleiten lässt, nochmal nachrückt und seinen Rücken an die Lehne anlehnt und nach vorn auf den Teller schaut, kommt Frau C hinter ihm hervor, bleibt seitlich vor ihm stehen, nimmt die rechts und links an ihrem Gedeck liegende Gabel und das Messer, dreht den Teller von Herrn C zu sich herum und schneidet das Essen mit leicht vorgebeugtem Oberkörper in kleine Stückchen. Herr C beobachtet Frau C dabei, seine Hände zittern und wippen wie im Takt, während sie an der Tischkante angelehnt sind, auch sein Kopf wippt vor und zurück (00:31–00:40 min.).

Herr C bleibt Beobachter, seine Hände zittern, und sein Körper schwankt rhythmisch aber etwas unkoordiniert immer wieder hin und her, während Frau C ihm das Essen richtet, die Situation nicht nur lenkt, sondern anstatt seiner handelt und es mundgerecht klein schneidet und portioniert. Sie übernimmt Aufgaben von Herrn C, unterstützt die Passivität und stabilisiert damit die Situation auf der Beziehungsebene in ihrer Asymmetrie. Aus pflegerischer Perspektive ist zu überlegen, ob Herr C genügend Angebote erhält, aktiv zu sein, sich einzubringen und mitzumachen, um von sich aus die Situation gestalten zu können und Selbstwirksamkeit und damit Selbst- und Personsein (Kitwood 1997) zu erleben.

5.4 Kontextuelle Einbettung

In den nachfolgenden fast 20 Minuten der Essenssituation wird Frau C im Hintergrund aufmerksam bleiben, die Führung behalten und darauf achten, ob Herr C ihre Hilfe benötigt. Herr C wird weiter kein Wort von sich geben, aber trotz zittriger Hand selbstständig mit einem Löffel essen, den Frau C ihm geholt hat. Der Spritzschutz am Teller bietet eine physikalische Barriere und wird ihm helfen, diese Aktion durchzuführen, ohne dass Frau C sich einmischt oder interveniert. Die ausgrenzende Sonderbehandlung kann also auch als Autonomie fördernd bezeichnet werden und gibt Herrn C Eigenständigkeit zurück. Es folgen lange Passagen ›schweigenden Essens‹, in denen beide eigenständig und primär auf sich selbst bezogen handeln, also eine Mahlzeit einnehmen, die einer klassischen Ordnung stärker entspricht und die Asymmetrie für diesen Moment etwas angleicht.

6. Ausblick

Als zentrales Kriterium gelingender pflegerischer Praxis haben wir Bestrebungen nach Wechselseitigkeit vor dem Hintergrund der Asymmetrie pflegerischer Beziehungen herausgestellt. Wir sind dabei der reziproken

Bezugnahme in der pflegerischen Tätigkeit mit Menschen mit Demenz in zwei empirischen Fällen nachgegangen.

Der Vergleich der Fälle fördert zunächst eine Vielzahl von Differenzen ans Licht: Einerseits das häusliche Setting mit einer Paarbeziehung in einer fokussierten und einige Sekunden dauernden Situation; andererseits die Altenpflegeeinrichtung mit einer Variation unterschiedlicher Begegnungen und Orte. Einerseits der verbale Austausch mit sich abwechselnden Initiativen und gegenseitiger Einfühlung und andererseits die gerichtete Rollenverteilung mit reaktiver körperlicher Bezugnahme. Anzumerken ist hierbei, dass es sich in beiden Beispielen um informelle und nicht professionelle Sorgebeziehungen handelt, was Auswirkungen auf Kenntnisse und Bezugsrahmen hat. Wichtig ist außerdem, dass wechselseitiges Verstehen gemeinsam mit Menschen mit Demenz auf ganz verschiedene Art und Weise hergestellt wird. So ist ein verbindendes Element beider Beispiele, dass Routinen einen Raum für die Initiative von Menschen mit Demenz bieten und eine Möglichkeit für Reziprozität eröffnen. Diese werden im wortlosen Verstehen des Ehemanns, der auf die Einladung des zurückgezückten Stuhls eingeht, genauso sichtbar wie in dem Freigeben der Interviewpartnerin durch das Guten-Appetit-Wünschen der Bewohnerin.

Ein weiterer wichtiger Unterschied liegt in den verwendeten Datenformaten. In dem einen Beispiel blicken wir auf das, was in einer Situation gesagt und getan wird und videographisch festgehalten wurde, in dem anderen greifen wir auf audiodigital aufgezeichnete Narrative von Erfahrungen zurück. Beide Datenformate haben ihre Grenzen: Während die im Video abgebildete aufeinander abgestimmte körperliche Gerichtetheit deutungs offen ist, steht die Analyse des Interviews vor dem Problem, dass das wechselseitige Geben und Nehmen über die Perspektive der Interviewteilnehmerin festgemacht werden muss. In beiden Fällen bleiben die Perspektive und das leibliche Erleben der gepflegten Person also im Verborgenen. Für das gegenseitige Verstehen im pflegerischen Handeln sind diese Aspekte jedoch von herausgestellter Relevanz. Ein pflegewissenschaftlicher Kommunikationsbegriff, der im Sinne einer professionellen praxisbezogenen Disziplin normativ ausgerichtet ist, kann sich zudem nicht mit dem prozeduralen Anschluss begnügen, sondern muss jegliche Art der Äußerung von Präferenzen, die Teilhabe an Entscheidungen oder den Ausdruck von Welt erleben immer mitdenken. Weiterhin bedarf es einer kritischen Auseinandersetzung mit der Frage nach der Besonderheit der Kommunikation in der Pflege von Menschen mit Demenz. Das Zuschneiden von Äußerungen auf spezifische Kontexte oder Publika und das Aneinander-Orientieren an sich sind beispielsweise nicht auf dieses Verhältnis beschränkt.

In der Pflege von und mit Menschen mit Demenz bleibt die zentrale Herausforderung, Balance zu halten und die Grenze zwischen dem Eingehen auf einen Fähigkeitsverlust und der vorausschauenden Stigmatisierung in der Kommunikation immer neu auszutarieren. Mit Hinblick

auf die Pflegepraxis bedarf es der stärkeren Reflexion der basalen Asymmetrie pflegerischer Beziehungen; Fallbesprechungen und Videofeedback können hier wichtige Ansätze zur Bewusstwerdung und Kompetenzbildung sein. Unter der Prämisse der Person-Zentrierung können individuelle Möglichkeiten des Zugangs gestaltet werden. Auf der Ebene der Kommunikation bedarf Person-sein folglich, dass Äußerungen als bedeutungsvolle Akte durch das Gegenüber angenommen werden. Hierin liegt die in der Asymmetrie begründete Ambivalenz pflegerischen Handelns. Dies macht die Interpretation der Daten aus dem zweiten Fall deutlich: Aus der Sequenz selbst bleibt offen, ob der Spritzschutz nun diskriminierende Sonderbehandlung oder gerade autonomieförderndes Hilfsmittel ist. Das ist jeweils nur kontextuell aufzulösen. Eine Rekonstruktion der Situation braucht hier eine biographische Einordnung, wie auch das Beispiel der stellvertretenden Erschöpfung der Bewohnerin zeigt.

Auch zeigt sich, dass der normative Anspruch der Pflegekonzepte und der beobachtete Pflegealltag auseinanderfallen. Das ist keine neue Erkenntnis, ernüchtert aber angesichts jahrzehntelanger Forschungs- und Implementierungsarbeit und scheint systemimmanent. Pflegerisches Handeln ist im konkreten Tun ziel- und aufgabenorientiert und ideell am Wohl anderer, eben person-orientiert, ausgerichtet. Die Hintergründe der Lücke zwischen Zielen und Alltag – finanzielle und personelle Rahmenbedingungen, weite Netze sozialer Sorgebeziehungen, erschwerende organisationale Strukturen stationärer Einrichtungen, fehlende Führungskompetenzen oder Fachqualifikationen – sind gut dokumentiert und massenmedial problematisiert und sind politisch zu beantworten.

Die beschriebene Asymmetrie der Lage in Pflegebeziehungen ist diesen Problemen vorgeordnet und lässt sich nicht auflösen. Wie gezeigt wurde, findet trotzdem in diesen Beziehungen reziprokes Verstehen statt und eröffnet einen Raum für situative Wechselseitigkeit von Menschen mit Demenz und Pflegenden. Nun geht das reziproke Verstehen von einer starken Normalitätsannahme über Verstehensfähigkeiten aus und darf daher nicht als alleinige Gelingensbedingung pflegerischer Handlungen herangezogen werden. Wechselseitigkeit in pflegerischen Beziehungen auch dann ermöglichen zu können, wenn jene Normen von Verstehen nicht gegeben sind, bedarf weiterer Denkanstrengungen in Pflegepraxis und -wissenschaft.

Literatur

- Adloff, Frank /Mau, Steffen (2005): »Vom Geben und Nehmen. Zur Soziologie der Reziprozität«, in: Axel Honneth/Hans Joas/Claus Offe/Peter Wagner (Hg.), *Theorie und Gesellschaft*, Frankfurt a.M.: Campus.

- Barbosa Ana/Sousa, Liliana/Nolan, Mike/Figueiredo, Daniela (2015): »Effects of Person-Centred Care Approaches to Dementia Care on Staff: A Systematic Review«, *American Journal of Alzheimers Disease and Other Dementias* (30/8), 713–22.
- Bartholomeyczik, Sabine/Halek, Margareta (2017): »Pflege von Menschen mit Demenz«, *Pflege-Report*, Stuttgart: Schattauer, 51–62.
- Berwig, Martin/Dinand, Claudia/Becker, Ursula/Halek, Margareta (2020): »Application of Marte Meo® counselling with people with behavioural variant frontotemporal dementia and their primary carers (AMEO-FTD) – a non-randomized mixed-method feasibility study«, *Pilot and feasibility Studies* (6/1), 1–17.
- Bosch, Corry F. (1998): *Vertrautheit: Studie zur Lebenswelt dementierender alter Menschen*, Berlin: Ullstein.
- Brooker, Dawn/Latham, Isabelle (2015): *Person-centred dementia care: Making services better with the VIPS framework*, London: Kingsley Publishers.
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (2020): »Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen, Informationsblatt 12020«, https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf, (Zugriff am 24.04.2022).
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg.) (2019): *Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz*, Osnabrück: Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege.
- Döttlinger, Beatrix (2018): *Gestisch-kommunikatives Handeln als Bindeglied zwischen Sprache und Handeln bei Menschen mit Demenz: Beziehungs- und Interaktionsgestaltung*, Weinheim: Beltz Juventa.
- Fazio, Sam/Pace, Douglas/Flinner, Janice/Kallmyer, Beth (2018): »The Fundamentals of Person-Centred Care for Individuals With Dementia«, *The Gerontologist* (58), 10–19.
- Feil, Naomi/de Klerk-Rubin (2013): *Validation: Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen*, München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Gröning, Katharina (2018): »Grundannahmen des Modellprogramms ›Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG‹«, *Jahrbuch Familiale Pflege*, 1, https://pub.uni-bielefeld.de/download/2931370/2931371/2018_02_groening-grundannahmen.pdf. (Zugriff am 06.05.2022).
- Helfferich, Cornelia (2011): *Die Qualität qualitativer Daten - Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*, Wiesbaden: Springer VS.
- Keysers, Verena/Nebowsky, Anna-Eva (2020): »Über ›Salutozentrismus‹ und Fallstricke der Deutung ethnographischer Situationen zum Thema ›Kommunikation und Demenz‹«, in: Poerl, Angelika/Norbert Schröer/Ronald Hitzler/Matthias Klemm/Simone Kreher (Hg.), *Ethnographie der Situation – Erkundungen sinnhaft eingrenzbarer Feldgegebenheiten*, Essen: Olidib Verlag, 455–470.
- Kim, Sun Kyung/Park, Myonghwa (2017): »Effectiveness of person-centered care on people with dementia: a systematic review and meta-analysis«, *Clinical Interventions in Aging* (12), 381–97.

- Kitson, Alison L. (2018): »The Fundamentals of Care Framework as a Point-of-Care Nursing Theory«, *Nursing Research* (67/2), 99–107.
- Kitwood, Tom (1997): *Dementia Reconsidered: The Person Comes First*, Berkshire: Open University Press.
- Knoblauch, Hubert (2001): »Fokussierte Ethnographie«, *Sozialer Sinn* (2/1), 123–142.
- Kotsch, Lakshmi/Hitzler, Ronald (2013): *Selbstbestimmung trotz Demenz? Ein Gebot und seine praktische Relevanz im Pflegealltag*, Weinheim: Beltz Juventa.
- Köhler, Kerstin/Dreyer, Jan/Hochgraever, Iris/von Kutzleben, Milena/Pinkert, Christiane/Roes, Martina/Holle, Bernhard (2021): »Towards a middle-range theory of ›Stability of home-based care arrangements for people living with dementia‹ (SoCA-Dem): findings from a meta-study on mixed research«, *BMJ open* (11/4).
- Kontos, Pia/Martin, Wendy (2013): »Embodiment and dementia: exploring critical narratives of selfhood, surveillance, and dementia care«, *Dementia* (12/3), 288–302.
- Kruse, Andreas (2019): »Sorge bei Demenz«, in: Harm-Peer Zimmermann (Hg.), *Kulturen der Sorge – Wie unsere Gesellschaft ein Leben mit Demenz ermöglichen kann*, Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung, 39–68.
- Lindemann, Gesa (2018): *Strukturnotwendige Kritik – Theorie der modernen Gesellschaft*, Weilerswist: Velbrück Wissenschaft.
- Lindemann, Gesa/Barth, Jonas (2020): »Gewalt in der stationären Pflege: Zum Akteursstatus von Menschen mit Demenz«, in: Reichertz, Jo (Hg.), *Grenzen der Kommunikation – Kommunikation an den Grenzen*, Weilerswist: Velbrück Wissenschaft, 271–286.
- Lindemann, Gesa/Barth, Jonas (2021): »Nicht sein können, wer man sein soll. Herausforderungen für die qualitative Pflegeforschung im Umgang mit dem Pflegeparadox«, in: Sabine Ursula Nover/Birgit Panke-Kochinke (Hg.), *Qualitative Pflegeforschung – Eigensinn, Morphologie und Gegenstandsangemessenheit*, Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 85–98.
- McCormack, Brendan/McCance Tanya. V. (2006): »Development of a framework for person-centred nursing«, *Journal of advanced nursing* (56/5), 472–479.
- Meier zu Verl, Christian (2020): »Die alternde Migrationsgesellschaft. Untersuchungen zur intersektionalen Praxis kultursensibler Pflege«, *Swiss Journal of Sociology* (46/2), 305–329.
- Meier zu Verl, Christian (im Erscheinen): »Ethnografie der Demenz. Methodologische und methodische Anmerkungen«, in: Sonja Teupen/Jonathan Serbser-Koal/Franziska Laporte Uribe/Claudia Dinand/Martina Roes (Hg.), *Qualitative Forschung mit Menschen mit Demenz. Beiträge aus dem MethodenForum Witten 2021*, Weinheim: Beltz Juventa.
- Meyer, Christian (2014): »Menschen mit Demenz als Interaktionspartner. Eine Auswertung empirischer Studien vor dem Hintergrund eines

- dimensionalisierten Interaktionsbegriffs«, *Zeitschrift für Soziologie* (43/2), 95–112.
- Mudd, Alexandra/Feo, Rebecca/Conroy, Tiffany/Kitson, Alison L. (2020): »Where and how does fundamental care fit within seminal nursing theories: A narrative review and synthesis of key nursing concepts«, *Journal of Clinical Nursing* (29), 3652–3666.
- Reichertz, Jo/Keysers, Verena/Nebowsky, Anna-Eva (2020): »Einander ein Gerüst geben – Handlungsabstimmung an den Grenzen von Kommunikation Demenz«, in: Jo Reichertz (Hg.), *Grenzen der Kommunikation – Kommunikation an den Grenzen*, Weilerswist: Velbrück Wissenschaft, 219–237.
- Ross, Helen/Tod, Angela Mary/Clarke, Amanda (2015): »Understanding and achieving person-centred care: the nurse perspective«, *Journal of clinical nursing* (24), 1223–1233.
- Sabat, Steven R/Harré, Rom (1992). »The construction and deconstruction of self in Alzheimer's disease«, *Ageing & Society* (12/4), 443–461.
- Schäfers, Marcus (2014): »Personenzentrierung« als sozialpolitische Programmformel im Zeichen der Inklusion: zu den Widersprüchlichkeiten einer Neuausrichtung des Hilfesystems für Menschen mit Behinderungen«, *Soziale Probleme* (25/2), 317–338.
- Schmedes, Cornelia (2021): *Emotionsarbeit in der Pflege – Beitrag zur Diskussion über die psychische Gesundheit Pflegender in der stationären Altenpflege*, Wiesbaden: Springer VS.
- Schnabl, Christa (2005): »Gerecht sorgen: Grundlagen einer sozialethischen Theorie der Fürsorge«, in: *Studien zur theologischen Ethik*, Bd. 109, Freiburg: Herder.
- Schütz, Alfred (1971): »Wissenschaftliche Interpretation und Alltagsverständnis menschlichen Handels«, in: *Gesammelte Aufsätze. Das Problem der sozialen Wirklichkeit*, Bd. 1, Den Haag: Martinus Nijhoff, 3–54.
- Schützeichel, Rainer (2015): *Soziologische Kommunikationstheorien*, Stuttgart: UTB Verlag.
- Serbser-Koal, Jonathan/Roes, Martina (2022): »Möglichkeiten eines anthropologisch informierten soziologischen Zugangs zu Demenz«, in: Jonas Barth/Anna Henkel (Hg.), *Leib. Grenze. Kritik. Festschrift für Gesa Lindemann zum 66. Geburtstag*, Weilerswist: Velbrück Wissenschaft, 194–205.
- Sozialgesetzbuch (SGB) – Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014), § 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit, https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/SGB_11.pdf. (Zugriff am 04.05.2022)
- Stegbauer, Christian (2011): *Reziprozität. Einführung in soziale Formen der Gegenseitigkeit*, Wiesbaden: Springer VS.
- Tuma, René/Schnettler, Bernt/Knoblauch Hubert (2013): *Videographie: Einführung in die interpretative Videoanalyse sozialer Situationen*, Wiesbaden: Springer VS.
- van der Kooij, Cora (2017): *Das mäeutische Pflege- und Betreuungsmodell: Darstellung und Dokumentation*, Göttingen: Hogrefe.

- Welling, Karin (2020): »Sich aneinander orientieren« – Feinfähigkeit und Engagement in der beziehungsorientierten Interaktion zwischen Menschen mit weit fortgeschrittener Demenz und Bezugspersonen. *Eine mikroanalytische Videointeraktionsstudie*, (Doctoral dissertation, Universität Bremen).
- World Health Organization (2012): »Dementia: a public health priority«, Geneva: World Health Organization, WHO Press, <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/104337/retrieve>, (Zugriff am 25.04.2022).
- World Health Organization (2017): »Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025«, WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland, <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1092215/retrieve>, (Zugriff am 25.04.2022).