

Sonja Teupen | Jonathan Serbser-Koal |
Franziska Laporte Uribe | Claudia Dinand |
Martina Roes (Hrsg.)

Qualitative Forschung mit Menschen mit Demenz

Beiträge aus dem
MethodenForum Witten 2021



Sonja Teupen | Jonathan Serbser-Koal | Franziska Laporte Uribe | Claudia
Dinand | Martina Roes (Hrsg.)
Qualitative Forschung mit Menschen mit Demenz

Versorgungsstrategien für Menschen mit Demenz

Eine Veröffentlichungsreihe des DZNE Standortes Witten

Die Schriftenreihe widmet sich der Entwicklung und Untersuchung von Versorgungsstrategien für Menschen mit Demenz. Übergeordnetes Ziel dabei ist die Frage, wie eine befriedigende Lebensqualität für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen ermöglicht werden kann. Pflegerische und psychosoziale Maßnahmen werden ebenso untersucht wie Strukturen der Versorgung. Dabei spielt die Perspektive der Betroffenen eine wesentliche Rolle. Die Schriftenreihe berichtet von Projekten und Studien die sich solchen Versorgungsstrategien widmen. Sie soll sowohl einem wissenschaftlichen Anspruch genügen als auch allen an der Versorgung Beteiligten hilfreiche Ergebnisse zur Verfügung stellen.

Sonja Teupen | Jonathan Serbser-Koal |
Franziska Laporte Uribe | Claudia Dinand |
Martina Roes (Hrsg.)

Qualitative Forschung mit Menschen mit Demenz

Beiträge aus dem MethodenForum Witten
2021

BELTZ JUVENTA

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Der Text dieser Publikation wird unter der Lizenz **Creative Commons Namensnennung – Nicht kommerziell – Keine Bearbeitungen 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0)** veröffentlicht.

Den vollständigen Lizenztext finden Sie unter:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode.de>.

Verwertung, die den Rahmen der **CC BY-NC-ND 4.0 Lizenz** überschreitet, ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für die Bearbeitung und Übersetzungen des Werkes. Die in diesem Werk enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Quellenangabe/Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen..



Dieses Buch ist erhältlich als:

ISBN 978-3-7799-6981-5 Print

ISBN 978-3-7799-6982-2 E-Book (PDF)

1. Auflage 2024

© 2024 Beltz Juventa

in der Verlagsgruppe Beltz · Weinheim Basel

Werderstraße 10, 69469 Weinheim

Alle Rechte vorbehalten

Herstellung: Myriam Frericks

Satz: xerif, le-tex

Druck und Bindung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza

Beltz Grafische Betriebe ist ein klimaneutrales Unternehmen (ID 15985–2104-100)

Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor:innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhalt

Vorwort	7
Das MethodenForum Witten Eine Einführung <i>Sonja Teupen, Franziska Laporte Uribe, Claudia Dinand, Martina Roes, Jonathan Serbser-Koal</i>	10
„Die Krankheit geht ihren Weg und nimmt sie mit“ Beobachtende Teilnahme von Paaren, von denen eine Person mit der Diagnose Demenz lebt: Ein Forschungsbericht <i>Jo Reichertz</i>	26
Narrative Forschung mit Menschen mit fortgeschrittener Demenz in der Langzeitpflege Methodologische und pragmatische Aspekte <i>Verena C. Tatzler, Sissel Alsaker, Ton Satink, Elisabeth Reitingen</i>	49
Die dokumentarische Methode der Videointeraktionsanalyse Ein Forschungszugang zur Rekonstruktion sozialer Praxis der Pflege am Beispiel „gestisch-kommunikativen Handelns als Bindeglied zwischen Sprache und Handeln bei Menschen mit Demenz“ <i>Beatrix Döttlinger</i>	70
Einsichten und Herausforderungen videografischer Forschung in einer ambulanten Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz <i>Karin Welling</i>	92
Ethnografie der Demenz Methodologische und methodische Anmerkungen <i>Christian Meier zu Verl</i>	116
Ethnografie bei Demenz – ein Perspektivwechsel Person-Sein durch Paar-Sein <i>Anna-Eva Nebowsky</i>	137
Die Herausgeberinnen und Herausgeber	157
Die Autorinnen und Autoren der Beiträge	159

Vorwort

Denken, Reden und Schreiben über *Demenz* sieht sich konfrontiert mit einer gesellschaftlichen Konstitution des Themas ‚*Demenz*‘ – subjektive, situative und diskursive Momente. Oft wird Demenz ausschließlich im Kanon einer gesellschaftlichen Problematisierungsdebatte diskutiert: Der vermeintliche Verlust kognitiver Kompetenzen irritiert, pointiert gesellschaftliche Selbstverständlichkeiten und bewertet vor dem Hintergrund eines allgemeinen Verständnisses, was einen Menschen ausmacht, und wird nicht zuletzt vorwiegend im Kanon von Pflegebedürftigkeit, familialer Pflege und wohlfahrtstaatlich organisierter Unterstützung verortet.

Der Diskurs um Demenz ist eingebettet in ein klinisches Verständnis des Assessments von (kognitiven) Fähigkeiten und stimuliert die Idee, dass eine klare Linie gezogen werden kann zwischen erwartbarem (normalem) und nicht erwartbarem (anormalem) Verhalten (Falcus/Sako 2019). Angemerkt wird, dass gerade der Diagnoseprozess einen Sinnrahmen bietet (sowohl für die betroffene Person und ihr soziales Umfeld als auch für das professionelle Team), der jedoch zugleich eine „negative gesellschaftliche Deutung von Demenz auf der Grundlage von Normativen, die mit der Erkrankung nichts zu tun haben: es ist das *Lob des cogito* (oder des Hyperkognitivismus) als ein kulturelles Leitbild der Spätmoderne“ (Müller 2018, S. 138; Herv. i. Orig.), nach sich zieht. Hughes (2011) argumentiert, dass das Label von ‚disorder‘ (American Psychiatric Association 2015) stigmatisierend wirkt und diagnostische Kategorisierungsvorhaben auch vor dem Hintergrund eines gesellschaftlichen Wertekanons zu verorten sind: wie viel Diversität von ‚Normalität‘ akzeptiert eine Gesellschaft? Foucault (2005, S. 732) betont, dass auf ein und dieselbe Gesamtheit von Schwierigkeiten verschiedene Antworten gegeben werden können und differente Problematisierungen als dynamische Konstruktionen zu betrachten sind.

Demenz als sozialen Erfahrungsraum zu verstehen, sich ihm anzunähern im Kontext von Fluidität und Ambivalenz (un)bekannter Deutungsmuster, verstanden als eigenständige Dimension sozialer Wirklichkeit (Oevermann 2001), ist das besondere Anliegen der qualitativen Versorgungs- und Demenzforschung. Eine qualitativ ausgerichtete Demenzforschung kann sich als gesellschaftliche Deutungs- und Bezeichnungspraxis verstehen, die Wirklichkeitsfelder nicht unvermittelt wahrnehmen kann (Grebe 2019), zugleich jedoch gefordert ist, einzutauchen – sowohl konzeptionell, methodologisch als auch empirisch – in diese Gemengelage und substantiell ein ‚reframing‘ von Demenz sowie ein kritisches Reflektieren der gesellschaftlichen und subjektiven Repräsentanz von Demenz zu ermöglichen.

Dieses Buch ist nicht zu verstehen als ein ‚So-geht-es-Orientierungsleitfaden‘, wengleich alle Beiträge sich explizit mit der Lebens- und Erfahrungswelt von Menschen, die mit einer Demenz(diagnose) leben, befassen und Einblicke konzeptioneller und empirischer Vorgehensweisen anbieten. Vielmehr handelt es sich um ein Buch, welches den Einsatz sozialwissenschaftlich-qualitativer Designs und Methoden betont und die Perspektive des sozialen Erfahrungsraums als relevanten und sehr wichtigen Beitrag der gegenwärtigen und zukünftigen Demenzforschung betrachtet. Von Bedeutung sind die Beiträge dieses Buches vor allem in dem Versuch, den sozialwissenschaftlichen Methodenkanon im Lichte der Perspektive der Menschen, die mit einer Demenz leben, kritisch zu reflektieren, blinde Flecken zu entdecken. Somit trägt dieses Buch nicht nur dazu bei, ein gesellschaftliches ‚reframing‘ der Konzeption von *Demenz* zu flankieren, sondern fordert insbesondere eine Weiterentwicklung qualitativer Methoden bzw. betont die Notwendigkeit einer kritischen Selbstreflexion ihrer impliziten Präferenz für verbale und geschriebene Texte, die logisch und kohärent sind.

„For people living with dementia it is rather other kinds of expression that are important [...] forms that favour other aspects of communication and experience“ and „taking the challenges people living with dementia encounter into account“ (Hydén et al. 2018, S. 223).

Das vorliegende Buch stellt einen methodologischen Meilenstein in der qualitativen Demenzforschung dar und wendet sich insbesondere an Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler mit Interesse an der Versorgungsforschung, verbunden mit der Bereitschaft, sich auf *Demenz* als sozialen Erfahrungsraum einzulassen.

Ihre Dr. phil. Martina Roes

Leiterin des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Standort Witten

Professorin für Pflegewissenschaft und Versorgungsforschung an der Universität Witten/Herdecke

Literatur

- American Psychiatric Association (2015): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5. 2., korrigierte Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Behandlungsansätze. Wiesbaden: Springer VS.
- Falcus, Sarah/Sako, Katsura (2019): Contemporary Narratives of Dementia. Ethics, Ageing, Politics. New York: Routledge.
- Foucault, Michel (2005): Polemik, Politik und Problematisierungen. In: Defert, Daniel/Ewald, Francois (Hrsg.): Michel Foucault. Schriften in vier Bänden. Dits et Ecrits. Band 4. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 724–734.
- Grebe, Heinrich (2019): Demenz in Medien, Zivilgesellschaft und Familie. Deutungen und
- Hughes, Julian C. (2011): Thinking through Dementia. Oxford: Oxford University Press.
- Hydén, Lars-Christer/Swarbrick, Caroline/Johnson, Ann/Keady, John (2018): Conclusion: Messages and futures in social research methods in dementia studies. In: Keady, John/Hydén, Lars-Christer/Johnson, Ann/Swarbrick, Carlone (Hrsg.): Social Research Methods in Dementia Studies. Inclusion and Innovation. New York: Routledge, S. 222–224.
- Müller, Matthias (2018): Zur Soziologie früher Demenz: Doing dementia. Opladen: Barbara Budrich.
- Oevermann, Ulrich (2001): Zur Analyse der Struktur von sozialen Deutungsmustern. In: Sozialer Sinn 2, H. 1, S. 3–34.

Das MethodenForum Witten

Eine Einführung

Sonja Teupen, Franziska Laporte Uribe, Claudia Dinand,
Martina Roes, Jonathan Serbser-Koal

Hintergrund

Das Phänomen Demenz lässt sich aus unterschiedlichen Blickwinkeln betrachten und beschreiben. Eine Perspektive ist die im weitesten Sinne *medizinische*, die Demenz ätiologisch, pathophysiologisch, neuropsychologisch, klinisch oder epidemiologisch versteht: Derzeit leben weltweit etwa 50 Millionen Menschen mit Demenz, davon etwa zwei Drittel mit einer Alzheimer-Demenz (Alzheimer's Disease International 2018). Die Zahl der Menschen mit Demenz in Deutschland wird auf ca. 1,8 Millionen geschätzt (Stand 2021; World Health Organization 2021) und Prognosen gehen von einem Anstieg dieser Zahl auf 2,8 Millionen Menschen mit einer Demenz bis zum Jahr 2050 aus (GBD 2019 Dementia Forecasting Collaborators 2022). Demenz ist bei älteren Menschen eine der vorrangigen Ursachen für Einschränkungen im täglichen Leben und für Pflegebedürftigkeit (World Health Organization/Alzheimer's Disease International 2012). Die Erkrankungen, die unter dem Begriff Demenz zusammengefasst werden (neben Alzheimer z. B. Lewy-Body-Demenz, vaskuläre Demenz, Demenz bei Morbus Parkinson, Frontotemporale Demenz), führen dazu, dass nach und nach – und je nach Erkrankung unterschiedlich – wichtige Funktionen des Gehirns wie Gedächtnis, Orientierung, Emotionen, Sprache und Handlungsplanung beeinträchtigt werden und/oder ganz verloren gehen können. Mithilfe von Medikamenten können die Krankheitssymptome teilweise verbessert und das Fortschreiten kann verzögert werden; eine Heilung ist jedoch nicht möglich (Laporte Uribe 2023).

Eine andere Perspektive nimmt die im weitesten Sinne *sozialwissenschaftliche* Forschung ein, die sich mit den Auswirkungen der Erkrankung auf die Lebenswelt der Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen beschäftigt. Diese richtet den Blick zum Beispiel auf das individuelle Erleben der Erkrankung (*lived experience*) abhängig von intersektionalen Diversity-Faktoren (z. B. Herkunft, geschlechtliche Identität, sozioökonomischer Status); auf die Erfassung von *meaningful outcomes*, also von Endpunkten der Interventionsforschung, die für die jeweiligen Befragten bedeutsam sind; oder auf methodische Konsequenzen, etwa den Einbezug von Menschen mit Demenz in Forschung im Sinne der Partizipativen Forschung (Roes et al. 2022).

Das Deutsche Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e. V. (DZNE) bündelt beide Perspektiven. Es wurde 2009 als erstes der Deutschen Zentren der Gesundheitsforschung (DZG) gegründet. Als Mitglied der Helmholtz-Gemeinschaft gehört das DZNE zu Deutschlands größtem Forschungsverbund und wird von Bund und Ländern gefördert. An den zehn über das gesamte Bundesgebiet verteilten Standorten des DZNE arbeiten rund 1.000 Menschen in den fünf Forschungsbereichen Grundlagenforschung, klinische Forschung, Populationsforschung, Versorgungsforschung und Systemmedizin. Der DZNE-Standort Witten verantwortet gemeinsam mit dem Standort Rostock-Greifswald den Bereich der Versorgungsforschung. Die Pflege- und Versorgungsforschung des DZNE-Standortes Witten wird durch vier interdisziplinär zusammengesetzte Arbeitsgruppen gestaltet: „Personzentrierte Demenzversorgung“, „Versorgungsstrukturen“, „Implementierungswissenschaft“ und „Methoden in der Versorgungsforschung“. Ziel ist es, die Lebenssituation von Menschen, die mit einer Demenz leben, und ihren pflegenden Angehörigen zu verbessern, adäquate Unterstützungsangebote verfügbar zu machen und die Versorgungsqualität interdisziplinär weiterzuentwickeln. Dabei sollen die Forschungsprojekte zu einer person-zentrierten Perspektive im Forschungsprozess, aber auch in der Versorgungs- und Pflegepraxis beitragen. Ein Team von etwa 30 Mitarbeiter:innen repräsentiert unterschiedliche Professionen: zum Beispiel Pflegewissenschaft, Soziologie, Gerontologie, Public Health, Psychologie und Erziehungswissenschaften.

Die Idee zum *MethodenForum Witten* ist in der arbeitsgruppen-übergreifenden Projektgruppe „Qualitative Forschung“ am DZNE-Standort Witten entstanden und wurde durch das Autor:innenteam weiterentwickelt. Ausgangspunkt war erstens der Gedanke, dass Demenz ein Phänomen ist, das Wissenschaft und Gesellschaft in Grenzbereiche führt, was zugleich Herausforderungen und Chancen mit sich bringt. Das betrifft die Suche nach ursächlichen Faktoren und Erklärungsansätzen in der Medizin und den Naturwissenschaften sowie die Entwicklung von adäquaten personengerechten Angeboten in der Pflege- und Versorgungsforschung. Das betrifft aber auch – und das ist grundlegend – die Verfügbarkeit geeigneter Methoden der Erkenntnisgewinnung. In der eigenen forschungspraktischen Auseinandersetzung und Konfrontation mit dem Feld haben wir über die Jahre die Erfahrung gemacht, dass unsere Methoden und Fertigkeiten als Forscher:innen sowie die damit zusammenhängenden Annahmen immer wieder subtil irritiert wurden und nach einer Adjustierung im Sinne der Gegenstandsangemessenheit verlangten (Panke-Kochinke/Dinand/Döttlinger 2016). Zweitens zeigt sich das Phänomen Demenz in vielen Facetten – eine Demenz wirkt sich individuell unterschiedlich auf alle Bereiche des sozialen Lebens aus und verändert sich im Verlauf. Es ist daher erforderlich, das Phänomen Demenz in seiner Vielschichtigkeit und Prozesshaftigkeit zu verstehen. Dazu ist insbesondere auch die Perspektive derjenigen, die mit einer Demenz leben,

einzubeziehen. Dabei gilt es, der Vielfalt und Individualität (*diversity*) der Menschen mit Demenz Rechnung zu tragen, das heißt den verschiedenen Formen und Verläufen der Demenz sowie Aspekten wie z. B. Lebenswelt, Alter, Kultur, Geschlecht, sozioökonomischer Status und Herkunft. Die qualitative Forschung bietet hierfür enormes Potenzial (Gaugler et al. 2019). Drittens liegt der Idee zum *MethodenForum Witten* das Verständnis zugrunde, dass es sich bei der qualitativen Forschung, wie sie auch am DZNE-Standort Witten realisiert wird, in Teilen um eine Form der Grundlagenforschung handelt – in dem Sinne, dass sie essenzielle Erkenntnisse für die demenzbezogene Pflege- und Versorgungsforschung sowie potenziell auch für andere Forschungsbereiche liefert.

Das *MethodenForum Witten* ist als Diskurs zu qualitativen Methoden im Kontext translationaler demenzspezifischer Pflege- und Versorgungsforschung konzipiert und transdisziplinär ausgerichtet. Zielgruppe sind Wissenschaftler:innen aller Status- und Erfahrungsgruppen, die Expertise zum Thema besitzen, am gemeinsamen Lernen mit- und voneinander interessiert sind und auf dieser Basis in einen fundierten und differenzierten Austausch gelangen wollen. Damit sollen die Vernetzungsbestrebungen und der Aufschwung gebündelt werden, den die qualitative Forschung mit Menschen mit Demenz unter anderem in Deutschland zurzeit erfährt. Das *MethodenForum Witten* versteht sich als Knotenpunkt, an dem Ideen und Expertise zusammenkommen. Diese tragen maßgeblich dazu bei, eine an Prinzipien der Partizipation ausgerichtete demenzspezifische Pflege- und Versorgungsforschung weiterzuentwickeln.

Demenz als Grenzphänomen – methodische Konsequenzen

Die Forschungslandschaft im Kontext Demenz ist seit Jahrzehnten davon geprägt, Demenz als bio-medizinisches Phänomen zu denken (Carmody/Traynor/Marchetti 2015). Zweck einer so ausgerichteten Forschung ist es, die Ursachen und Wirkmechanismen, die zu einer demenziellen Erkrankung führen, zu beschreiben und zu verstehen. Damit verbunden ist das Ziel, diese Ursachen zu beheben oder zumindest deren Folgen zu verringern oder Verläufe zu verlangsamen. Hintergrund ist erstens der aktuelle Stand von Medizin und Wissenschaft: Die Ursachen und Zusammenhänge bei der Entstehung und beim Verlauf der verschiedenen Demenzformen sind bis heute nicht eindeutig geklärt, an Möglichkeiten der genaueren und frühzeitigeren Diagnostik wird weiter geforscht und eine Heilung der Demenz, etwa durch Medikamente, ist nicht in Sicht (Alzheimer's Disease International 2018). Parallel wird international ein Anstieg in der Demenzprävalenz prognostiziert, der unter anderem mit der demografischen Entwicklung verknüpft ist, aber auch mit Lebensstilfaktoren sowie den wachsenden Möglichkeiten frühzeitiger Diagnostik (Alzheimer's Disease International 2015; Alzheimer Europe 2019). Kurz gesagt: Es wird in Zukunft mehr

Menschen mit einer Demenzdiagnose geben und diese werden mit einer längeren Lebenszeit rechnen können. Es ist daher eine zentrale Aufgabe der Pflege- und Versorgungsforschung, Angebote für Menschen mit Demenz zu entwickeln. Hier stellt sich die Frage, welchen Platz Menschen, für die wir die gesellschaftliche Kategorie „Menschen mit Demenz“ gefunden haben, in ihren jeweiligen Gemeinschaften finden oder welcher ihnen zugewiesen wird, ob und wie soziale Prozesse und (Lebens-)Welt gemeinsam hervorgebracht und interpretiert werden und das Miteinander bestimmen.

Die demenzbezogene Pflege- und Versorgungsforschung ist heute breit aufgestellt. Als Forschung in realen, natürlichen Situationen und Kontexten existiert auch innerhalb dieser ein eigener Regelkreis, der zwischen Grundlagenforschung, Forschung zur Entwicklung und Evaluation komplexer Interventionen sowie zu deren Implementierung unterscheidet, häufig orientiert am Framework des Medical Research Council (MRC) (Craig et al. 2008). Qualitative Forschung ist hier klassischerweise in der Entwicklung der Intervention verortet, während quantitative Verfahren zur Messung der Effektivität, auch von psychosozialen Interventionen, genutzt werden. Die Erfahrung der letzten Jahre zeigt, dass die Ergebnisse im Hinblick auf die Effektivität jedoch manchmal nicht so eindeutig sind, wie erhofft. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn es um komplexe Interventionen geht, also um Interventionen, die aus mehreren variablen Komponenten bestehen und die in komplexen sozialen Systemen eingesetzt werden (Moore et al. 2019). Auch wurde das MRC Framework aktuell zugunsten einer viel dynamischeren Vorgehensweise und mit dem Ziel einer stärkeren Passung an das Feld der Versorgungsforschung und dessen Anforderungen korrigiert (Skivington et al. 2021) und um Evaluationsansätze wie zum Beispiel die ‚Realist Evaluation‘ erweitert (Palm et al. 2021). Das zunehmende Interesse an Prozessevaluationen, die auch qualitative Methoden einsetzen, ist ein Indikator für die Divergenz von *outcome*-orientierter Forschung (Quasdorf et al. 2021). Darüber hinaus wächst seit einigen Jahren das Interesse an differenzierten qualitativen Ansätzen in der demenzspezifischen Pflege- und Versorgungsforschung und es hat sich neben der stärker klinisch orientierten eine Forschungspraxis entwickelt, die den Fokus auf das Verstehen sozialer Prozesse richtet und dazu Verfahren der qualitativen Sozialforschung anwendet. Qualitative Forschung im Kontext von Demenz wird in der Pflege- und Versorgungsforschung heute weitergedacht und weiterentwickelt. Drei Entwicklungen waren und sind hierfür von besonderer Relevanz:

1. Eine Veränderung der Perspektiven auf Interventionen von *bio-medical* über *psycho-social* hin zu *bio-psycho-social*. Gut nachvollziehen lässt sich dieser Perspektivwechsel an Publikationen des europäischen Interdem-Netzwerks (z. B. Moniz-Cook et al. 2011; Vernooij-Dassen et al. 2019).

2. Die Idee der *individually tailored interventions*, um einer *One-size-fits-all*-Idee entgegenzuwirken (z. B. Olanrewaju et al. 2015; Han et al. 2016; Cohen-Mansfield 2013).
3. Die verstärkte Forderung nach partizipativer Forschung im Kontext von Demenz – eine verhältnismäßig neue Entwicklung, die auch eine qualitative Perspektive vor Herausforderungen stellt (z. B. Miah et al. 2019).

Im Allgemeinen kommen qualitative Methoden unter anderem in folgenden Fällen zum Einsatz:

- Erforschung subjektiver Perspektiven;
- Rekonstruktion von Bedeutungsstrukturen, die dem Denken und Handeln von Personen zugrunde liegen;
- Verstehen von Sinn im sozialen und kulturellen Kontext (vgl. Reichertz 2016).

In der Pflege- und Versorgungsforschung für Menschen mit Demenz liegt die wichtigste Stärke qualitativer Methoden darin, dass mit ihnen vor allem die Sichtweisen der Menschen mit Demenz und von Personen in ihrem sozialen Umfeld erforscht werden können (vgl. die Beiträge in Nover/Panke-Kochinke 2021). Dieses Wissen ist unabdingbar für die Entwicklung innovativer Interventionen in der Pflege und Versorgung von Menschen mit Demenz, für den Aufbau zukunftsfähiger Versorgungsstrukturen sowie für die substantielle Verbesserung der Qualität der Versorgung (von Kutzleben et al. 2012).

Lange wurden qualitative Methoden in der demenzspezifischen Pflege- und Versorgungsforschung vorrangig eingesetzt, um die Sichtweise der pflegenden Angehörigen sowie des professionellen Pflegepersonals zu erfassen. Wenn die Perspektive der Menschen mit Demenz einbezogen wurde, dann meist über Fremdeinschätzungen (*proxy*), in denen Angehörige oder Pflegekräfte Auskunft über den Menschen mit Demenz geben (vgl. z. B. Young/Lind/Orange 2021). Die eigene, subjektive Perspektive der Menschen mit Demenz kann jedoch davon abweichen (z. B. Harmer/Orrell 2008). Qualitative Forschung mit Menschen mit Demenz, die danach strebt, subjektive Perspektiven von Menschen mit Demenz direkt zu erfassen, wird seltener realisiert und ist bislang oft begrenzt auf Menschen in früheren Phasen einer Demenz. Ein möglicher Grund dafür ist die hohe Relevanz, die Interviewdaten in der qualitativen Forschung zukommt, was ein bestimmtes Sprachvermögen auf Seiten der Forschungsteilnehmer:innen und eine hohe kommunikative Kompetenz der Forscher:innen voraussetzt. Aber auch Einschränkungen der Erzählfähigkeit und des Erinnerungsvermögens, wie sie bei einer Demenz vorkommen können, stellen Hürden für die Erhebung und Interpretation sprachlicher Daten dar (Beuscher/Grando 2009). Seitdem die Diskussion über die Notwendigkeit sowie die Möglichkeiten, Menschen mit Demenz selbst als Teilnehmer:innen in qualitative Forschung einzubeziehen, angestoßen wurde (z. B. Wilkinson 2002), hat sich jedoch einiges getan. In letzter

Zeit gewinnen beispielsweise nicht-sprachliche Methoden an Bedeutung, zum Beispiel verschiedene Formen der Videoaufzeichnung und -analyse (Puurveen et al. 2015; Döttlinger 2021; Welling 2014; vgl. auch die Beiträge in diesem Band), die den Blick über rein sprachliche Selbstäußerungen hinaus öffnen und es ermöglichen, weitaus flüchtigere Aspekte der Interaktion der Analyse zugänglich zu machen. Möglichkeiten werden ausgelotet, die Forschungsprozesse so zu gestalten, dass auch Menschen mit fortgeschrittener Demenz in die Pflege- und Versorgungsforschung einbezogen werden können (z. B. Webb et al. 2020).

Aber auch wenn das Interesse an qualitativen Ansätzen im Kontext von Demenz wächst, ist das Potenzial qualitativer und vor allem interpretativer Ansätze längst nicht ausgeschöpft. So finden sich in der Literatur zur Anwendung qualitativer Methoden mit Menschen mit Demenz zwar vielfach forschungspraktische Empfehlungen (z. B. Novek/Wilkinson 2019; Murphy et al. 2015); seltener jedoch findet man eine Auseinandersetzung mit den methodologischen Grundlagen qualitativer Forschung im Kontext von Demenz sowie damit, welche Methoden zur Analyse und Interpretation genutzt werden und wie methodologische Entscheidungen gerechtfertigt sind (Teupen et al. im Review).

Zugleich hat sich, teils parallel zur qualitativen demenzbezogenen Pflege- und Versorgungsforschung, teils eng verbunden mit dieser, ein weiteres Thema entfaltet: das der *Teilhabe* (im Unterschied zur *Teilnahme*) von Menschen mit Demenz an Forschung. Menschen mit Demenz wollen und können aktiv in die Forschung einbezogen werden. International gelten Menschen mit Demenz längst als Fürsprecher:innen ihrer selbst und beteiligen sich aktiv in Forschungsprojekten, was zum Beispiel in den Beiträgen einer *Special Edition* der Zeitschrift *Dementia* im Jahr 2020 dokumentiert ist.¹ Mit diesem korrespondiert auch aufseiten von Forscher:innen das Anliegen, partizipative Forschungsansätze und Patient-Public-Involvement (PPI) zu realisieren. Diese basieren auf den Grundlagen der qualitativen Forschung, gehen aber über diese hinaus und bringen neue Herausforderungen mit sich (Teupen et al. 2019). Entsprechend werden Möglichkeiten der partizipativen Forschung mit Menschen mit Demenz zurzeit intensiv diskutiert (z. B. Thoft/Ward/Youell 2021), zugleich zunehmend in Forschungsprojekten angewandt (Miah et al. 2019) und wissenschaftlich reflektiert (z. B. Waite/Poland/Charlesworth 2019; Kowe et al. 2022). Diese Entwicklung spiegelt sich unter anderem in der Gründung des Patient:innenbeirats des DZNE² im Jahr 2019 wider. Partizipative Forschungsansätze werden in naher Zukunft möglicherweise die Umsetzung jeglicher Art von Studien beeinflussen, unter anderem Pilotstudien, explorative Trials und Effektstudien, aber auch Implementierungs- und Prozessevaluationsstudien.

1 Dementia 19, H. 1, Januar 2020, <https://journals.sagepub.com/toc/dema/19/1>.

2 Siehe www.dzne.de/patientenbeirat.

Auch die deutschsprachige qualitative Sozialforschung beschäftigt sich seit einiger Zeit mit dem Phänomen Demenz. Behandelt werden Aspekte der Selbstbestimmung (z. B. Kotsch/Hitzler 2013), der Interaktion (Meyer 2014; Radvanszky 2011), der Kommunikation (Reichertz/Keysers/Nebowsky 2020), eines *Doing Dementia* (Müller 2018) oder der Frage, wie der Akteursstatus von Menschen mit Demenz im Kontext der Forschung verstanden werden kann (Lindemann/Barth 2021). Ob und inwiefern es sich beim Phänomen Demenz um ein Grenzphänomen handelt, wird dabei kritisch diskutiert (Meyer 2016; Serbser-Koal/Roes 2022). Demenz bietet für die Sozialforschung offenbar zugleich Herausforderungen und Chancen für die eigene Fortentwicklung. Aus unserer Sicht ist es insbesondere erforderlich, die Möglichkeiten und Grenzen einer sinnverstehenden Forschung mit Menschen mit Demenz auszuloten, im Detail zu bestimmen und – wo möglich – durch innovative methodische Zugänge auszuweiten. Die Chancen auf Erkenntnisgewinn, die die qualitative Forschung hinsichtlich des Phänomens Demenz und hinsichtlich der Pflege und Versorgung von Menschen mit Demenz bietet, rechtfertigen die damit notwendig verbundene Anstrengung methodologischer Überlegungen und methodischer Neuerungen.

Annäherung an die zentralen Fragen des *MethodenForum Witten*

Die Herausforderungen, vor die wir uns als qualitativ Forschende im Kontext von Demenz gestellt sehen, lassen sich in einer Reihe offener Fragen andeuten: Welche Bedingungen schafft Demenz bzw. schaffen die Veränderungen, die mit einer Demenz einhergehen? Was sind die epistemologischen Grundlagen einer qualitativen Demenzforschung? Sind wir in diesem Kontext eventuell zurückgeworfen auf die Frage, was hier überhaupt die Bedingungen der Möglichkeit von Verstehen sind? Konkreter: Ist Interaktion im Kontext von Demenz ein soziales Grenzphänomen, insofern, als man sich fragen kann, ob das Phänomen Demenz die Voraussetzungen von Sozialität infragestellt – oder auch nicht? Auch: Inwieweit ergibt sich in der Interaktion *per se* ein Ungleichgewicht vor dem Hintergrund der Kategorisierung in ‚normal versus krank‘ oder ist dies ein bestimmtes Framing, welches sich im Verlauf des Vollzuges von Interaktion als gar nicht so ausschlaggebend erweist? Wie gelingt Fremdverstehen als Grundlage qualitativer Analyseprozesse oder ist Verstehen gar nicht das Problem? Welche gegenseitigen Anschlussfähigkeiten bestehen? Sind gemeinsame raumzeitliche Bezugspunkte eine Herausforderung? Wie gelingt die Herstellung eines gemeinsamen Horizonts, bis zu welchem Punkt gelingt diese und welche Methoden brauchen wir, um diese Prozesse nachvollziehen zu können? Wenn wir einen gemeinsamen Horizont in den Blick nehmen, ist damit die Frage verbunden, wie wir in diesem Kontext Sinn als Grundlage von Intersubjektivität verstehen. Wenn Sinn aber grundsätzlich unterstellt wird und es darauf ankommt, diesen Sinn verstehend nachzuvoll-

ziehen, verlagert sich die Defizitperspektive auf die zur Verfügung stehenden Begriffe und Methoden. Wir können dann hinterfragen, ob wir mit exkludierenden Begriffen operieren, und wir können fragen, welche Methoden angemessen sind. Und schließlich: Ist das Phänomen Demenz ein Anlass für eine erneute und gegebenenfalls anders gelagerte Erörterung von Herausforderungen, die sich in der qualitativen Sozialforschung ohnehin stellen?

Aus diesen Überlegungen ergab sich für uns folgende Leitfrage für das *MethodenForum Witten*: *Wo stehen wir in der qualitativen Forschung mit Menschen mit Demenz und wohin entwickelt sie sich?* Damit verbunden war die Frage: Was wurde bisher möglicherweise nicht bedacht und was lohnt es, prinzipiell oder mit Blick auf die Zukunft neu zu denken?

Um sich einer Antwort auf diese Leitfrage anzunähern, haben wir drei Teilaspekte herausgegriffen: (a) Welche Methoden stehen uns bereits zur Verfügung, wie geeignet sind diese zur Erforschung des Phänomens Demenz, was passt nur bedingt oder was fehlt vielleicht sogar? Konkreter gefasst: Gibt es spezielle Herausforderungen bei der qualitativen Forschung für und mit Menschen mit Demenz? Gibt es veränderte Voraussetzungen im Hinblick auf ein gegenseitiges Verstehen? Wie steht es um gemeinsame Anschlussfähigkeit im Sinne eines *common ground* oder dem Bezug zu einer gemeinsam geteilten Lebenswelt? Gibt es veränderte Voraussetzungen im Hinblick auf Sprache? Was geschieht beispielsweise, wenn sich Sprache als Ausdrucksmöglichkeit subjektiv gemeinten Sinns verändert und was bedeutet dies für einen qualitativen Zugang? Was geschieht also, wenn wir nicht mehr verstehen, was jemand sagen möchte? Kommt es zu einer Verlagerung von gesprochener Sprache zu einer Körperlichkeit oder eher korporierten Sprache und welche Methoden sind in dieser Hinsicht hilfreich? Und wo sind die Grenzen angewandter Methoden?

Mit Blick auf die Forscher:innen haben wir uns die Frage gestellt: (b) Welche Fähigkeiten aufseiten der Forscher:innen sind (zusätzlich) notwendig, um (Selbstäußerungen von) Menschen mit Demenz zu verstehen? Mit welchen Vorannahmen oder sogar Vorurteilen und mit welcher Haltung gehen wir in den Forschungsprozess? Und wie gehen wir mit etwaigen Irritationen unserer Sichtweisen um?

Schließlich gab es eine dritte grundsätzliche Frage, die wir für bedeutsam hielten: (c) Begeben wir uns im Streben nach Angemessenheit der Methoden und Einbezug von Menschen mit Demenz unweigerlich in ein Risiko der Defizitorientierung? Besteht bei der Fokussierung auf ‚Demenzinteraktion‘ bzw. auf das ‚Spezielle‘ eines gegenseitigen Verstehens vor dem Hintergrund einer Demenz die Gefahr des *othering*? Was, wenn wir zunächst nur das ‚uns Fremde‘ erkennen oder eventuell sogar eine negative und stigmatisierende Positionierung vornehmen? Wenn wir dies tun, wie erkennen wir es und wie gehen wir damit um? Und welchen Ansatzpunkt wählen wir? Einen aufseiten der Demenz oder äußert sich hier vielmehr ein generelles Problem der methodischen Zugänge?

Bezüge zur translationalen Forschung am DZNE

Für eine Forschungseinrichtung wie das DZNE besteht eine Herausforderung darin, die Ergebnisse seiner fünf standortübergreifenden Forschungsbereiche – Grundlagenforschung, klinische Forschung, Populationsforschung, Systemmedizin und Versorgungsforschung – zusammenzudenken und sie im Sinne der Translation für die jeweils anderen Forschungsbereiche innerhalb des DZNE und darüber hinaus nutzbar zu machen. Ziel der translationalen Forschung ist ein kontinuierlicher Austausch aller Forschungsbereiche sowohl untereinander als auch mit unseren Partner:innen aus Forschung, Praxis, Politik und Wirtschaft. Die Translation von Forschungsergebnissen zwischen Forschungsbereichen und darüber hinaus beinhaltet Entscheidungen darüber, welche Aspekte der Forschungsergebnisse die größte Relevanz im Kontext des jeweiligen Feldes besitzen. Wissen muss in einer Weise angepasst und übersetzt werden, die zum einen den Standards des ursprünglichen Forschungsfeldes gerecht wird und zum anderen Kompatibilität mit den Anforderungen des zweiten Forschungsfeldes sicherstellt. Diese Entscheidungen erfordern eine Wissensbasis, die die Perspektiven der Menschen mit Demenz berücksichtigt. Die qualitativen Methoden besitzen in der Demenzforschung damit hohe Relevanz. Der Einsatz geeigneter qualitativer Forschungsmethoden ermöglicht erst die Entwicklung und Erprobung personalisierter Interventionen und die Identifikation von positiven und für Menschen mit Demenz bedeutsamen (*meaningful*) Endpunkten. Dies ermöglicht in der Konsequenz eine optimierte Versorgung in den verschiedenen Settings.

Wir verstehen das *MethodenForum Witten* als Beitrag zur Weiterentwicklung der translationalen Strategie des DZNE. In unserem Verständnis von translationaler Forschung ist die qualitative Forschung als eine eigenständige Form der Grundlagenforschung zu sehen. Hier werden Erkenntnisse generiert, die im Sinne der Translation mittel- und langfristige für die anderen Forschungsbereiche des DZNE und darüber hinaus relevant gemacht werden können. Das klassische, auf die biomedizinische Forschung bezogene Verständnis von translationaler Forschung sieht dieses Relevantwerden als einen linearen Prozess der Übersetzung von Forschungsergebnissen durch die Forschungsbereiche („from bench to bedside“ – vom Labortisch bis hin zum Bett der Patient:in) (Fort et al. 2017). Bezogen auf das DZNE bedeutet Translation demnach die Übertragung und Übersetzung von Forschungserkenntnissen durch die fünf Forschungsbereiche. Neuere Modelle der translationalen Forschung schließen mit einem weiteren translationalen Schritt den Kreis und betonen damit anstelle eines linearen nunmehr den iterativen Charakter von Wissenschaft (ebd.). Dies kann auch als „back translation“ bezeichnet werden – für unser Forschungsfeld: „from bench to bedside and back to the bench“, vom Labortisch zu den Menschen mit Demenz und zurück ins Labor. Der Vorteil dieser Perspektive ist, dass sie

der Vielschichtigkeit des Phänomens Demenz und den Herausforderungen der Demenzforschung stärker gerecht werden kann (van der Laan/Boenink 2012). Darüber hinaus kann auch jeder Forschungsbereich (in unserem Fall die Pflege- und Versorgungsforschung) einen eigenen translationalen Prozess durchlaufen, der zunächst unabhängig von den anderen Forschungsbereichen abläuft. In diesem Verständnis beinhaltet jeder Forschungsbereich eine eigene Form der Grundlagenforschung, die den Ausgangspunkt eines translationalen Prozesses bildet.

Für uns am DZNE-Standort Witten besteht der *unserer Pflege- und Versorgungsforschung* zugrundeliegende translationale Prozess in der Translation zwischen den Phasen (a) Lebenswelterfahrung und Identifikation von Evidenz, (b) Interventionsentwicklung und Identifikation neuer, nicht defizitorientierter Endpunkte (= *positive outcomes*, z. B. Perspektivwechsel vom *outcome* ‚Belastung‘ hin zum *outcome* ‚Kompetenzgefühl‘), (c) Pilotstudien und explorative Trials, (d) Effektstudien sowie *Outcome*-Studien. In all diesen Phasen, aber auch im Sinne der *back translation*, bildet die qualitative Forschung mit Menschen mit Demenz einen zentralen Bestandteil. Die qualitative Grundlagenforschung am Standort Witten umfasst unter anderem:

- das *MethodenForum Witten* – qualitative Methodologie und Methoden im Kontext der translationalen demenzspezifischen Versorgungsforschung. Die Aktivitäten des *MethodenForum Witten* sind eng mit der Projektgruppe „Qualitative Forschung“ am DZNE-Standort Witten verbunden;
- die Auseinandersetzung mit Ansätzen der Partizipativen Forschung – unter anderem Einbindung eines Advisory Council mit Menschen mit Demenz, Praxis-Forschungs-Kollaborationen im Rahmen von Living Labs und Umsetzung partizipativer Ansätze in Forschungsprojekten. Die Projektgruppe „Partizipative Forschung“ mit Vertreter:innen aller Arbeitsgruppen des DZNE-Standortes Witten widmet sich diesem Thema insbesondere;
- die Forschung zu person-zentrierter demenzspezifischer Pflege und Versorgung in allen Settings – zum Beispiel theoretisch-empirische Reflexion der grundlegenden Konzepte von Person und Autonomie, grundlegendes Verstehen der subjektiven Perspektiven und der gelebten Erfahrung von Menschen mit Demenz, Beziehungsgestaltung und Komponenten gelingender Interaktion sowie Entwicklung positiver/bedeutsamer Endpunkte der demenzspezifischen Pflege- und Versorgungsforschung;
- die Entwicklung eines theoretischen Modells zur Stabilität von Versorgungsarrangements in der Pflege und Versorgung von Menschen mit Demenz;
- die Auseinandersetzung mit Implementierungsstrategien und Modellen der Prozessevaluation.

Ergebnisse qualitativer Forschung können translational in die anderen Forschungsbereiche hineinwirken. Beispielsweise können Erkenntnisse zur Inter-

aktion mit Menschen mit Demenz als Grundlagenerkenntnis für die Frage der informierten Einwilligung in die demenzspezifische Grundlagenforschung und in die klinische Forschung einfließen. Erkenntnisse zur Zielgruppendefinition können in einem translationalen Prozess auch im Bereich der Populationsforschung eingesetzt werden. Forschungsergebnisse zur gelebten Erfahrung von Menschen mit Demenz in Bezug auf die Diagnosestellung und das Leben mit einer Demenz können für die Identifikation von Fragestellungen in der klinischen Forschung relevant sein.

Die Auftaktveranstaltung am 11. und 12. März 2021

Um Antworten und Perspektiven auf unsere bereits genannten Fragen zu entwickeln, sind im Rahmen der Auftaktveranstaltung des vom DZNE-Standort Witten neu gegründeten *MethodenForum Witten* Expert:innen unterschiedlichster Fachrichtungen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz (Pflegewissenschaft, Sozialwissenschaft, Soziologie, Kommunikationswissenschaft, Psychologie, Versorgungsforschung, Soziale Arbeit, Anthropologie, Gerontologie, Gesundheitswissenschaft, Ergotherapie) zusammengekommen. Das erste *MethodenForum Witten* fand am 11. und 12. März 2021 statt und wurde von der DZNE Stiftung³ (ehemals Stiftung Deutsche Demenzhilfe) gefördert. Im Zentrum des Austauschs stand die Leitfrage „Wo stehen wir in der qualitativen Forschung mit Menschen mit Demenz und wohin entwickelt sie sich?“ Diese wurde in einem Wechselspiel aus Input und Diskussion bearbeitet, getragen vom Gedanken der Vernetzung des interdisziplinär zusammengesetzten Personenkreises. Um einerseits die Vielfalt der qualitativen Forschungsansätze aufzugreifen und andererseits einen informierten Austausch zwischen allen Teilnehmer:innen zu ermöglichen, haben wir drei aus unserer Sicht zentrale und zum Teil aufeinander Bezug nehmende Ansätze der qualitativen Forschung mit Menschen mit Demenz ausgewählt, die in den vertretenen Disziplinen eine bedeutsame Rolle spielen: Interviewmethoden, Videografie und Ethnografie.

In einer Bestandsaufnahme erläuterte Jonathan Serbser-Koal als Vertreter des wissenschaftlichen Teams die Idee des *MethodenForum Witten* und gab einen Überblick über aktuelle methodische Fragestellungen in der qualitativen Demenzforschung. Als Impulsreferent:innen konnten Prof. Dr. Jo Reichertz vom Kulturwissenschaftlichen Institut (KWI) Essen und Dr. Anja Rutenkröger als Vertreterin der Demenz Support Stuttgart gewonnen werden. Jo Reichertz sprach über die methodischen Hintergründe seines aktuellen Projekts „Kommunikation und Demenz“, in dem er und sein Team Paare, von denen ein:e Partner:in an Demenz

3 Siehe www.dzne-stiftung.de

erkrankt ist, durch teilnehmende Beobachtung in ihrem Alltag begleiten. Anja Rutenkröger stellte die Arbeit der Demenz Support Stuttgart vor und wies besonders auf die vielfältigen Aktivitäten zum Empowerment von Menschen mit Demenz hin. Im Anschluss wurde in Kleingruppen und im Plenum anhand von Leitfragen diskutiert. Im Fokus standen der Stand der Methodenentwicklung, das Thema der Forschungshaltung und die Frage des Umgangs mit einer vorherrschenden Defizitorientierung im Kontext von Demenz. Beim abendlichen Get-together in entspannter Atmosphäre konnte der Austausch fortgesetzt und vertieft werden.

Am nächsten Tag wurden die bis dahin aufgegriffenen Fäden in intensiven Arbeitsphasen zu ausgewählten Forschungsprojekten weiterbearbeitet und zusammengeführt. Jeweils im Tandem führten Dr. Christoph Karlheim und Dr. Verena C. Tatzler die Teilnehmer:innen durch spezifisch angewandte Interviewmethoden: narratives Gehen und Fokusgruppen mit Menschen mit Demenz. Dr. Karin Welling und Dr. Beatrix Döttlinger erläuterten die Voraussetzungen für den Einsatz der Videoanalyse. Besonderes Augenmerk lag dabei auf den Unterschieden und Schnittstellen zwischen der dokumentarischen Methode und der im Kontext der Grounded Theory angewandten Videografie sowie der Möglichkeit detaillierter Mikroanalysen von Interaktionen zwischen Menschen mit fortgeschrittener Demenz und professionellen Pflegenden. Dr. Christian Meier zu Verl und Anna-Eva Nebowsky diskutierten die Möglichkeiten unter den Bedingungen ethnografischer Verfahren in Pflegeheimen und im häuslichen Umfeld.

Im Ergebnis konnten Antwortmöglichkeiten auf einige der von uns zusammengetragenen Fragen skizziert werden, während andere Fragen offengeblieben sind und neue Fragen aufgeworfen wurden. Die zum Auftakt fokussierten Methoden (Interview, Videografie, Ethnografie) zeigen jeweils Stärken und Schwächen im Bereich der qualitativen Demenzforschung. Zugleich ist Demenz ein komplexes Phänomen, das auch in der Forschung maßgeschneiderte Lösungen erfordert. Es wurde diskutiert, dass dieser Komplexität durch eine Kombination verschiedener Disziplinen, Methoden und Perspektiven, die im Hinblick auf die Forschungsfrage und die Forschungssituation angepasst werden, begegnet werden kann (Methodentriangulation, vergleichende und longitudinale Designs sowie Multidisziplinarität in den Forschungsteams). Die Frage, wie eine solche, auch ressourcenintensive Forschung finanziert werden könnte, bleibt zum Teil jedoch noch offen.

Ein intensiv diskutierter Aspekt waren Fragen der Forschungshaltung und Forschungsethik, zum Beispiel ob sich der Anspruch der Person-Zentriertheit in der Forschungspraxis zu jeder Zeit einlösen lässt, welche Rolle Emotionen, die die Forschung bei allen Beteiligten auslösen kann, haben und für wen welche Forschungsfrage eigentlich zu welchem Zeitpunkt relevant ist. Als eine Möglichkeit, diesen Fragen zu begegnen, wurde die Selbstreflexion der Forscher:innen angesprochen, sowohl in der Forschungspraxis (z. B. in Form von Forschungstagebüchern und kollegialem Austausch) als auch auf einer übergeordneten Ebene

der Meta-Forschung über Forschungsprozesse mit Menschen mit Demenz. Eine weitere forschungsethische Frage warf die Diskussion über Möglichkeiten der Archivierung qualitativer Daten von Menschen mit Demenz in Forschungsdatenzentren und der Sekundärnutzung dieser Daten auf, in der die Grundsätze der Anonymität und der Datensparsamkeit gegeneinanderstehen.

Diejenigen, die in der qualitativen Forschung mit Menschen mit Demenz im deutschsprachigen Raum arbeiten, bringen ganz offenbar unterschiedliche erkenntnistheoretische und methodologische Prämissen in die Diskussion ein, was sich auch in den Beiträgen dieses Bandes widerspiegelt. Ein Metadialog darüber innerhalb dieser wissenschaftlichen Gemeinschaft kann die Basis für eine fruchtbare Zusammenarbeit schaffen, in der die verschiedenen Perspektiven je nach konkreter Forschungsfrage ihr jeweiliges Potenzial einbringen können. Das *MethodenForum Witten* hat aus unserer Sicht in einem ersten Schritt dorthin ermöglicht, die Unterschiede zunächst sichtbar und diskutierbar zu machen.

Das Thema der partizipativen Forschung mit Menschen mit Demenz, das im deutschsprachigen Raum noch relativ neu ist, ist derzeit für viele qualitative Forscher:innen von Interesse. Das Potenzial dieser Ansätze wird gesehen; gleichzeitig besteht noch Unklarheit über die methodische Umsetzung in Forschungsprojekten. Zu diesem Thema wurde bei der Auftakttagung angeregt und teils kontrovers diskutiert und die Fäden dieses Strangs wird das zweite *MethodenForum Witten* aufgreifen.

Dieser Tagungsband dokumentiert die Beiträge und Diskussionen des *MethodenForum Witten* und macht sie einem breiteren Publikum zugänglich.⁴ Wir wünschen eine anregende Lektüre und freuen uns auf den weiteren Austausch!

Literatur

Alzheimer Europe (2019): Dementia in Europe Yearbook 2019. Estimating the prevalence of dementia in Europe. www.alzheimer-europe.org/sites/default/files/alzheimer_europe_dementia_in_europe_yearbook_2019.pdf (Abfrage: 01.10.2021).

Alzheimer's Disease International (2015): World Alzheimer Report 2015. An analysis of prevalence, incidence, cost and trends. www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2015.pdf (Abfrage: 01.10.2021).

Alzheimer's Disease International (2018): World Alzheimer Report 2018. The state of the art of dementia research: New frontiers. www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2018.pdf (Abfrage: 01.10.2021).

Beuscher, Linda/Grando, Victoria T. (2009): Challenges in conducting qualitative research with individuals with dementia. In: *Research in Gerontological Nursing* 2, H. 1, S. 6–11.

4 So vielfältig wie die Inputs während der Auftakttagung sind auch die Beiträge, die wir in dem vorliegenden Band versammeln. Wir haben den Autor:innen Freiheit gelassen, ihre Forschungsergebnisse und Reflexionen zum Thema des ersten *MethodenForums Witten* in einer von ihnen gewählten Form zu dokumentieren.

- Carmody, John/Traynor, Victoria/Marchetti, Elena (2015): Barriers to qualitative dementia research: the elephant in the room. In: *Qualitative Health Research* 25, H. 7, S. 1013–1019.
- Cohen-Mansfield, Jiska (2013): Nonpharmacologic treatment of behavioral disorders in dementia. In: *Current Treatment Options in Neurology* 15, H. 6, S. 765–785.
- Craig, Peter/Dieppe, Paul/Macintyre, Sally/Michie, Susan/Nazareth, Irwin/Petticrew, Mark (2008): Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. In: *BMJ* 337, a1655.
- Döttlinger, Beatrix (2021): Videographie als methodischer Zugang zur Rekonstruktion symbolischer Gestik als eine zentrale Kommunikationsform im pflegerischen Diskurs mit Menschen mit Demenz. Herausforderung – Methodenwahl – Lernprozess. In: Nover, Sabine U./Panke-Kochinke, Birgit (Hrsg.): *Qualitative Pflegeforschung. Eigensinn, Morphologie und Gegenstandsangemessenheit*. Baden-Baden: Nomos, S. 151–161.
- Fort, Daniel G./Herr, Timothy/Shaw, Pamela L./Gutzman, Karen E./Starren, Justin B. (2017): Mapping the evolving definitions of translational research. In: *Journal of Clinical and Translational Science* 1, H. 1, S. 60–66.
- Gaugler, Joseph E./Bain, Lisa J./Mitchell, Lauren/Finlay, Jessica/Fazio, Sam/Jutkowitz, Eric (2019): Reconsidering frameworks of Alzheimer's dementia when assessing psychosocial outcomes. In: *Alzheimer's & Dementia* 5, H. 5, S. 388–397.
- GBD 2019 Dementia Forecasting Collaborators (2022): Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: An analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. In: *The Lancet Public Health* 7, H. 2, S. e105–e125.
- Han, Areum/Radel, Jeff/McDowd, Joan/Sabata, Dory (2016): The benefits of individualized leisure and social activity interventions for people with dementia: A systematic review. In: *Activities, Adaptation & Aging* 40, H. 3, S. 219–265.
- Harmer, Barbara J./Orrell, Martin (2008): What is meaningful activity for people with dementia living in care homes? A comparison of the views of older people with dementia, staff and family carers. In: *Aging & Mental Health* 12, H. 5, S. 548–558.
- Kotsch, Lakshmi/Hitzler, Ronald (2013): *Selbstbestimmung trotz Demenz?* Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Kowe, Antonia/Panjaitan, Hentry/Klein, Olga A./Boccardi, Marina/Roes, Martina/Teupen, Sonja/Teipel, Stefan (2022): The impact of participatory dementia research on researchers: A systematic review. In: *Dementia* 21, H. 3, S. 1012–1031.
- Laporte Uribe, Franziska (2023): Die Herausforderungen in der häuslichen Betreuung von Menschen mit Demenz. In: Bröckerhoff, Peter/Kaspar, Roman/Hansen, Sylvia/Woopen, Christiane (Hrsg.): *Normenwandel in der alternden Gesellschaft, ceres-Schriften zu Gesundheit und Gesellschaft – Studies on Health and Society Book Series (SGGE, volume 7)*. Berlin/Heidelberg: Springer, S. 71–84
- Lindemann, Gesa/Barth, Jonas (2021): Nicht sein können, wer man sein soll. Herausforderungen für die qualitative Pflegeforschung im Umgang mit dem Pflegeparadox. In: Nover, Sabine U./Panke-Kochinke, Birgit (Hrsg.): *Qualitative Pflegeforschung. Eigensinn, Morphologie und Gegenstandsangemessenheit*. Baden-Baden: Nomos, S. 85–99.
- Meyer, Christian (2014): Menschen mit Demenz als Interaktionspartner. Eine Auswertung empirischer Studien vor dem Hintergrund eines dimensionalisierten Interaktionsbegriffs. In: *Zeitschrift für Soziologie* 43, H. 2, S. 95–112.
- Meyer, Christian (2016): Interaktionskrisen oder anthropologische Normalität? In: *Österreichische Zeitschrift für Soziologie* 41, H. 1, S. 75–95.
- Miah, Jahanara/Dawes, Piers/Edwards, Steven/Leroi, Iracema/Starling, Bella/Parsons, Suzanne (2019): Patient and public involvement in dementia research in the European Union: a scoping review. In: *BMC Geriatrics* 19, Article 220.

- Moniz-Cook, Esme/Vernooij-Dassen, Myrra/Woods, Bob/Orrell, Martin (2011): Psychosocial interventions in dementia care research: The INTERDEM manifesto. In: *Aging & Mental Health* 15, H. 3, S. 283–290.
- Moore, Graham F./Evans, Rhiannon E./Hawkins, Jemma/Littlecott, Hannah/Melendez-Torres, G. J./Bonell, Chris/Murphy, Simon (2019): From complex social interventions to interventions in complex social systems: Future directions and unresolved questions for intervention development and evaluation. In: *Evaluation* 25, H. 1, S. 23–45.
- Murphy, Kathy/Jordan, Fionnuala/Hunter, Andrew/Cooney, Adeline/Casey, Dympna (2015): Articulating the strategies for maximising the inclusion of people with dementia in qualitative research studies. In: *Dementia* 14, H. 6, S. 800–824.
- Novek, Sheila/Wilkinson, Heather (2019): Safe and inclusive research practices for qualitative research involving people with dementia: A review of key issues and strategies. In: *Dementia* 18, H. 3, S. 1042–1059.
- Nover, Sabine U./Panke-Kochinke, Birgit (Hrsg.) (2021): *Qualitative Pflegeforschung: Eigensinn, Morphologie und Gegenstandsangemessenheit*. Baden-Baden: Nomos.
- Olanrewaju, Olawale/Clare, Linda/Barnes, Linda/Brayne, Carol (2015): A multimodal approach to dementia prevention: a report from the Cambridge Institute of Public Health. *Alzheimer's & Dementia* 1, H. 3, S. 151–156.
- Palm, Rebecca/Fahsold, Anne/Roes, Martina/Holle, Bernhard (2021): Context, mechanisms and outcomes of dementia special care units: An initial programme theory based on realist methodology. In: *PloS one*, 16, e0259496.
- Panke-Kochinke, Birgit/Dinand, Claudia/Döttlinger, Beatrix (2016): *Den Menschen gerecht werden ... Die Gegenstandsangemessenheit von Datenerhebungsmethoden an Beispielen aus dem Forschungsfeld des Umgangs mit Demenz*. Forschungswelten 2016, 03.-04.03.2016, Katholische Stiftungshochschule, München.
- Puurveen, Gloria/Phinney, Alison/Cox, Susan/Purvest, Barbara (2015): Ethical issues in the use of video observations with people with advanced dementia and their caregivers in nursing home environments. In: *Visual Methodologies* 3, H. 2, S. 16–26.
- Quasdorf, Tina/Clack, Lauren/Laporte Uribe, Franziska/Holle, Daniela/Berwig, Martin/Purwins, Daniel/Schultes, Marie-Therese/Roes, Martina (2021): Theoretical approaches to process evaluations of complex interventions in health care: a systematic scoping review protocol. In: *Systematic Reviews* 10, H. 1, S. 268–268.
- Radvanszky, Andrea (2011): Die Alzheimer Demenz als soziologische Diagnose. In: *Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften* 46, S. 122–142.
- Reichertz, Jo (2016): *Qualitative und interpretative Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Reichertz, Jo/Keysers, Verena/Nebowsky, Anna-Eva (2020): Einander ein Gerüst geben. Handlungsabstimmung an den Grenzen von Kommunikation. In: Reichertz, Jo (Hrsg.): *Grenzen der Kommunikation – Kommunikation an den Grenzen*. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft, S. 217–237.
- Roes, Martina/Laporte Uribe, Franziska/Peters-Nehrenheim, Viktoria/Smits, Carolien/Johannessen, Aud/Charlesworth, Georgina/Parveen, Sahdia/Mueller, Nicole/Hedd Jones, Catrin/Thyrian, René/Monsees, Jessica/Tezcan-Güntekin, Hürrem (2022): Intersectionality and its relevance for research in dementia care of people with a migration background. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 55, H. 4, S. 287–291.
- Serbser-Koal, Jonathan/Roes, Martina (2022): Möglichkeiten eines anthropologisch informierten soziologischen Zugangs zu Demenz. In: Barth, Jonas/Henkel, Anna (Hrsg.): *Leib. Grenze. Kritik: Festschrift für Gesa Lindemann zum 66. Geburtstag*. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft, S. 194–205.
- Skivington, Kathryn/Matthews, Lynsay/Simpson, Sharon A./Craig, Peter/Baird, Janis/Blazeby, Jane M./Boyd, Kathleen A./Craig, Neil/French, David P./McIntosh, Emma/Petticrew, Mark/Rycroft-Malone, Jo/White, Martin/Moore, Laurence (2021): A new framework for developing

- and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. In: *BMJ* 374, n2061.
- Teupen, Sonja / Dinand, Claudia / Serbser-Koal, Jonathan / Uribe, Franziska Laporte (im Review): Analyzing Qualitative Data from People Living With Dementia: A Scoping Review of Methodological Considerations.
- Teupen, Sonja / Serbser-Koal, Jonathan / Dinand, Claudia / Roes, Martina (2019): Menschen mit Demenz im Forschungsprozess: Person-Zentrierung und Partizipation als zukünftige Herausforderung. 5. DZNE Ethiktagung, DZNE Rostock/Greifswald, 28.03.2019, Greifswald.
- Thoft, Diana S. / Ward, Alison / Youell, Jane (2021): Journey of ethics – Conducting collaborative research with people with dementia. In: *Dementia* 20, H. 3, S. 1005–1024.
- van der Laan, Anna L. / Boenink, Marianne (2012): Beyond Bench and Bedside: Disentangling the Concept of Translational Research. In: *Health Care Analysis* 23, H. 1, S. 32–49.
- Vernooij-Dassen, Myrra / Moniz-Cook, Esme / Verhey, Frans / Chattat, Rabih / Woods, Bob / Meiland, Franka / Franco, Manuel / Holmerova, Iva / Orrell, Martin / de Vugt, Marjolein (2019): Bridging the divide between biomedical and psychosocial approaches in dementia research: the 2019 INTERDEM manifesto. In: *Aging & Mental Health* 25, H. 2, S. 1–7.
- von Kutzleben, Milena / Schmid, Wolfgang / Halek, Margareta / Holle, Bernhard / Bartholomeyczik, Sabine (2012): Community-dwelling persons with dementia: What do they need? What do they demand? What do they do? A systematic review on the subjective experiences of persons with dementia. In: *Aging & Mental Health* 16, H. 3, S. 378–390.
- Waite, Jacob / Poland, Fiona / Charlesworth, Georgina (2019): Facilitators and barriers to co-research by people with dementia and academic researchers: Findings from a qualitative study. In: *Health Expectations* 22, H. 4, S. 761–771.
- Webb, Joseph / Williams, Val / Gall, Marina / Dowling, Sandra (2020): Misfitting the research process: Shaping qualitative research „in the field“ to fit people living with dementia. In: *International Journal of Qualitative Methods* 19, S. 1–11.
- Welling, Karin (2014): „Sichtbarmachen was sonst verborgen bleibt“. Annäherung an die videobasierte interpretative Mikroanalyse in der Interaktion zwischen Menschen mit Demenz und Pflegenden. In: Moritz, Christine (Hrsg.): *Transkription von Video- und Filmdaten in der Qualitativen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer VS, S. 443–493.
- Wilkinson, Heather (2002): Including people with dementia in research. In: Wilkinson, Heather (Hrsg.): *The perspectives of people with dementia: Research methods and motivations*. London: Jessica Kingsley, S. 9–25.
- World Health Organization (2021): Global status report on the public health response to dementia. www.who.int/publications/i/item/9789240033245 (Abfrage: 01.10.2021).
- World Health Organization / Alzheimer's Disease International (2012): Dementia: A public health priority. www.who.int/publications/i/item/dementia-a-public-health-priority (Abfrage: 01.10.2021).
- Young, Jessica A. / Lind, Christopher / Orange, J. B. (2021): A qualitative systematic review of experiences of persons with dementia regarding transition to long-term care. In: *Dementia* 20, H. 1, S. 5–27.

„Die Krankheit geht ihren Weg und nimmt sie mit“

Beobachtende Teilnahme von Paaren, von denen eine Person mit der Diagnose Demenz lebt:
Ein Forschungsbericht

Jo Reichertz

Das Projekt und seine Fragestellung

In einem von der DFG geförderten Projekt beobachteten wir über dreieinhalb Jahre Menschen, die damit leben, dass Mediziner_innen sie oder eine ihnen nahestehende Person mit der Diagnose ‚Demenz‘ versehen haben. Das Projekt wurde am KWI-Essen, einem Forschungsinstitut des Verbundes der Ruhr-Universitäten Bochum, Dortmund und Duisburg-Essen, von Januar 2019 bis Juni 2023 durchgeführt (erste Publikationen dazu: Reichertz/Keysers/Nebowsky 2020; Roth/Reichertz 2020; Keysers/Nebowsky 2020; Reichertz 2020b und 2021a). Eine ausführlichere Beschreibung des Projekts findet sich in Reichertz (2020b).

Wenn ich zur Kennzeichnung der von uns untersuchten Personen die Formulierung Menschen, welche die Diagnose Demenz erhalten haben, gebrauche, dann möchte ich damit (im Gegensatz zu den Bezeichnungen für diese Personengruppe, welche vor allem die Krankheit als eine Art Eigenschaft der Menschen in den Vordergrund stellen, also Formulierungen wie ‚demente Menschen‘ oder ‚Menschen mit Demenz‘) vor allem den *sozialen Prozess* ansprechen, der einsetzt, wenn man nach einer langen Phase des Irritiertseins und Selbstzweifels fachärztliche Hilfe erbittet und dann eine offizielle Diagnose erhält, in der das Wort ‚Demenz‘ auftaucht.¹ Diese Diagnose verändert das Leben der so Diagnostizierten/Gelabelten und das Leben aller, die mit ihnen eine Beziehung haben, gravierend. Allerdings nicht mit einem Mal und nur einmal, sondern die Diagnose setzt einen

1 Ohne Zweifel finden sich viele Personen (ohne dass ich allerdings angeben kann, wie viele dies sind), bei denen sich die neurodegenerativen Prozesse vollziehen, die man im medizinischen Diskurs mit Demenz verbindet, ohne dass es allerdings zu der Diagnose Demenz gekommen ist (vgl. Snowdon 2001) – entweder, weil Betroffene und/oder Angehörige keinen Arzt/keine Ärztin aufsuchen wollten oder weil sie keinen Anlass sahen, einen Arzt/eine Ärztin aufzusuchen. In dem Projekt ging es jedoch nicht darum, die Auswirkungen neurodegenerativer Prozesse auf das Kommunikationsverhalten und die Kommunikationsmacht zu untersuchen, sondern es ging um die Rekonstruktion der *sozialen Prozesse*, die dann einsetzen, wenn die Diagnose Demenz erfolgt.

sozialen Prozess in Gang, in dem alle Beteiligten immer wieder neu für sich Wege finden müssen, ihr Leben und ihre Handlungen aufeinander abzustimmen.

Die Zuschreibung ‚Demenz‘ setzt bei den Betroffenen und bei allen Personen, die für sie relevant sind und relevant werden, eine Vielzahl von Handlungen in Gang, die von tiefgreifenden Befürchtungen gekennzeichnet sind, die nicht nur medial vermittelt sind, sondern sich auch aus Erfahrungen von anderen Familienmitgliedern, Nachbar_innen und Freund_innen speisen. Aktuell scheint die Diagnose Demenz (so ist es sehr oft im medialen Diskurs zu vernehmen) das Schlimmste zu sein, was einem widerfahren kann, sowohl als Selbst-Betroffener als auch als Angehöriger. Mit der Diagnose werden Erwartungen aktiviert, die davon ausgehen, dass die zugeschriebene Krankheit irreversibel ist, über kurz oder lang zu massiven Beeinträchtigungen der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten und damit zu einer eingeschränkten Teilnahme am Leben führt, aber vor allem den Verlust eines erfüllten und glücklichen Lebens zur Folge hat.²

Die hier vorgenommene Betonung der sozialen Seite dieses Prozesses soll nun keinesfalls die Wirklichkeit neurodegenerativer Prozesse in Abrede stellen noch deren Auswirkungen auf die kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten der so diagnostizierten Person. Mein Ausgangspunkt ist jedoch die (auch durch die Forschungsliteratur) gestützte Einsicht, dass die Ausprägungen dieser neurodegenerativen Veränderungen sich *nicht allein* aus körperlichen Abbauprozessen ergeben, sondern auch maßgeblich aus dem eigenen Umgang mit dieser Diagnose, aber vor allem auch aus dem Umgang der Angehörigen, der Freund_innen und der Nachbar_innen mit dieser Diagnose. Und natürlich hängt sehr viel davon ab, was alle jeweils betroffenen Personen unter einem angemessenen und glücklichen Leben verstehen wollen.

Unstrittig ist, dass die direkt Betroffenen schrittweise ihre kommunikative Kompetenz (Taylor 2008) und auch ihre Kommunikationsmacht gegenüber den jeweils relevanten Anderen verlieren (Bryden 2011; 2018; Swaffer 2016). Wer im Laufe dieses Prozesses über mehr Kommunikationsmacht (Reichertz 2009) verfügt, kann seine Vorstellungen von der Welt und den anderen besser durchsetzen. Wer über weniger Kommunikationsmacht verfügt, muss folgen, muss sich einordnen. Nicht gehört zu werden, auch wenn man deutlich vernehmbar gesprochen hat, das ist ein deutliches Zeichen für wenig Kommunikationsmacht. Wenn andere früher zugehört und das Gehörte berücksichtigt haben, jetzt jedoch nicht mehr – das ist ein weiteres Zeichen.

2 Viele Schilderungen von Betroffenen zeigen jedoch eindrücklich, dass dies keinesfalls notwendigerweise der Fall sein muss, sondern dass auch mit der Diagnose Demenz und den damit adressierten neurogenen Veränderungen des Gehirns ein erfülltes und glückliches Leben weiterhin möglich ist (vgl. Bryden 2011; 2018; Swaffer 2016; Taylor 2008; van Neer 2016). Darüber hinaus zeigt Birkholz (2020), dass und wie auch Spiritualität erlebt und gelebt wird.

In dem Projekt untersuchten wir, wie die Prozesse der kommunikativen Handlungsabstimmung in Familien aussehen, in denen eine Person mit der Diagnose Demenz lebt und wie sich diese Prozesse im Laufe der Zeit verändern. Dabei untersuchten wir immer die gesamte *Konstellation*. Damit ist nicht nur das Ehepaar gemeint und die gesamte *Figuration* der Personen, die zu dem betroffenen Paar in Beziehung standen, sondern dazu gehören auch die Raum- und Wohnsituation (Wohnung oder Eigenheim), die Haustiere, dazu gehört die finanzielle Lage, die Anbindung an versorgungsrelevante Institutionen und medizinische Einheiten, dazu gehört aber auch die gesamte Infrastruktur mit Kultur- und Sportangeboten.

Zu dieser Ordnung im Raum gehört auch die Betrachtung der Ordnung der Räume und der Ordnung in den Räumen. Mit der *Ordnung der Räume* ist die Frage gemeint, ob nach der Diagnose Demenz Räume umgewidmet wurden, also zu separaten Schlafräumen umgewandelt wurden, ob der Bereich des Privaten und Öffentlichen sich in der Wohnung und im Haus veränderte oder ob die Wohnung gewechselt wurde oder größere Veränderungen in der Wohnung vorgenommen wurden. Zu der *Ordnung in den Räumen* gehört die Ordnung der Dinge, also die Diskussion der Frage, welche Gegenstände neu angeschafft wurden, wie Gegenstände im Raum neu angeordnet wurden, für wen sie greifbar und für wen sie nicht greifbar sind, was öffentlich zugänglich und was nur privat zugänglich ist. Auch hier zeigte sich, dass alle diese Faktoren teils wesentliche Elemente sind, die den Verlauf des Prozesses der Demenz beeinflussen, entweder negativ oder positiv.

Das Projekt und seine Vorgehensweise

Um dieses Ziel zu erreichen, nahmen die Projektmitarbeiter_innen über einen Zeitraum von drei Jahren an einem kleinen Ausschnitt des Alltags der betroffenen Familien teil – betrieben also teilnehmende Beobachtung oder besser: beobachtende Teilnahme. Ganz zentral war, dass wir nicht die kommunikative Handlungsabstimmung in einem Pflegeheim untersucht haben, sondern die im *Haus/der Wohnung* der Betroffenen: Die Beobachtung fand in drei Wellen statt: Ein_e Forscher_in aus dem Team kam sechs Wochen lang jeweils einen Tag lang und war dann Teil des Alltags (ohne allerdings Pflegeaufgaben zu übernehmen). Dann fand sechs Monate keine Beobachtung statt. In dieser Zeit wurden die erhobenen Daten ausgewertet. Dann nahmen wir erneut sechs Wochen lang am Alltag der Untersuchten teil, dann wurde in weiteren sechs Monaten ausgewertet, dann fanden wieder sechs Wochen Teilnahme statt, dann erfolgte die zusammenfassende Auswertung. Leider kam uns zum Schluss die Covid-19-Pandemie dazwischen – weshalb wir nicht mehr bei allen Familien die dritte Erhebungswelle durchführen konnten.

Während der Beobachtung sprachen wir mit allen Beteiligten in unterschiedlichen Formaten: Small Talk, Unterhaltung, Gespräche mit unterschiedlichen Schwerpunkten. Wir führten Gespräche, also keine Interviews – immer wieder, in unterschiedlichen Situationen, in unterschiedlichen Konstellationen. Wir schauten uns zusammen Fotoalben und Filme an, machten auch selbst Fotos – und wenn das Vertrauen gefestigt war, auch Videos von alltäglichen Handlungen – wie: zusammen essen, sich unterhalten, Einkaufen gehen, eine Ausstellung besuchen, den Tag zusammen verbringen. Von allen Besuchen fertigten die Projektmitarbeiter_innen teils ausführliche Memos an, oft mehrere.

Das Forschungsteam bestand neben mir (Soziologe und Kommunikationswissenschaftler) aus einer Soziologin und einer Kulturpsychologin. Beide promovieren innerhalb dieses Projekts. Begleitet wurde die Forschungsarbeit in den ersten eineinhalb Jahren von einer promovierten Theologin, die sowohl die *Forscher_innengruppe* supervidierte als auch bei Interesse die untersuchten *Familien* in mit der Diagnose Demenz einhergehenden lebenspraktischen Fragen, aber auch aus der wissenschaftlichen Beobachtung sich ergebenden Problemen beraten hat. Zudem nahm ein weiterer Doktorand der Kommunikationswissenschaft, der im Institut eine Methodentransferstelle innehat, an der Forschung teil. Unterstützt wurde die Arbeit durch zwei wissenschaftliche Hilfskräfte, welche alle Daten transkribierten und an allen Interpretationssitzungen teilnahmen. Zusätzlich verfügte das Projekt über einen Beirat, dem zweimal Bericht erstattet wurde.

Welche Familien wurden begleitet?

Eine besonders hervorstechende Besonderheit teilnehmender Beobachtung ist, dass sie an die körperliche und geistige Präsenz der Beobachter_innen gebunden ist. Unsere Stichprobe ist deshalb *sehr klein* (insgesamt fünf Fälle, d. h. Familien). Sie ist auch sehr speziell: Wir haben nur *Paare* in unserem Sample (nicht Kinder/Eltern); alle sind *weiß* und Mitglieder der *Mittelschicht*, alle sind *deutscher* Herkunft und alle haben sich auf einen Zeitungsartikel hin gemeldet und sich dann nach einem mehrstufigen Verfahren der Erreichung eines *informed consent* dazu bereit erklärt, an dem Projekt mitzuarbeiten. Dieser Konsens wurde im Laufe der dreieinhalb Jahre wiederholt erneuert und den jeweils neu eingesetzten Datenkonstruktionsmethoden angepasst.

Die Diagnose Demenz lag bei allen Beobachteten erst wenige Jahre zurück. Die direkt Betroffenen (also die Personen mit der Diagnose Demenz) waren zu Beginn der Forschung (in medizinischen *terms*) im Anfangs- oder Mittelstadium der demenziellen Entwicklung. Sehr betagte Menschen oder Schwerstbetroffene gehörten nicht zu dem Sample – und was ganz wichtig ist: alle Paare waren einander liebevoll zugewandt. Es gab kein offensichtliches Desinteresse, kein Nebeneinan-

derherleben oder Ablehnung oder gar Hass. Das war eine sehr spezielle und (was zu befürchten ist) sehr kleine Gruppe von Betroffenen.

In den gut dreieinhalb Jahren unserer Forschungsarbeiten haben wir folgende *fünf* Familien in der oben beschriebenen Weise begleitet.

In der Familie H. verstarb der erkrankte Ehemann zwischen der ersten und zweiten Beobachtungswelle. Sein allgemeiner Zustand änderte sich plötzlich so dramatisch, dass er in ein Krankenhaus eingeliefert werden musste. Dort teilte man der Ehefrau mit, dass ihr Mann nicht an Alzheimer-Demenz leide, sondern an Krebs im Endstadium. Die kognitiven Veränderungen des Mannes seien auf Metastasen im Gehirn zurückzuführen. Kurz nachdem der Ehemann die Klinik verlassen konnte, verstarb er. Die Ehefrau war wegen der falschen Diagnose erbost: Der Hausarzt hatte ihr nämlich, wohl wissend, dass ihr Mann an Krebs erkrankt war, dennoch die Diagnose Alzheimer übermittelt. Sie glaubte Gründe für ihre Annahme zu haben, dass bei einer Diagnose Krebs die Anteilnahme der Angehörigen sehr viel deutlicher ausgefallen wäre und auch deren Unterstützung. So war ihr Eindruck, dass aufgrund der Diagnose Alzheimer sowohl die Angehörigen als auch Freund_innen und Bekannte den Kontakt zunehmend vermieden hätten.

Die Familie O. konnten wir nur während der ersten beiden Wellen begleiten. Frau O. hatte vor einigen Jahren die Diagnose *Vaskuläre Demenz* erhalten, war dann einige Zeit in einer Klinik, wo sie einen Mann kennenlernte, mit dem sie im Beobachtungszeitraum in einer Mietwohnung wohnte. Das Paar wollte nach der zweiten Welle nicht mehr weiter begleitet werden – gab für ihren Entschluss jedoch keinen Grund an.

Die drei übrigen Paare haben wir über die ganze Projektzeit teilnehmend beobachtet oder genauer (wie oben beschrieben): Wir haben an deren Leben beobachtend teilgenommen.

Bei zwei Paaren, nämlich bei dem Paar D. und dem Paar G., kam es während der Beobachtungszeit zu einer deutlichen Veränderung der Symptomatik, des Kommunikationsverhaltens und der Paarbeziehung. In beiden Fällen stellten sich beide Partner_innen zu Beginn der Beobachtungszeit (aber natürlich auch schon zuvor) offensiv der Herausforderung, mit der Diagnose umzugehen. Bei beiden Paaren hatten die Ehepartner_innen beschlossen, „Herrn Alzheimer“ (wie ein Paar die Krankheit nannte) als ständigen Gast in ihrem Lebensraum zur Kenntnis zu nehmen und bei ihren Handlungen zu berücksichtigen. Dennoch war Herr Alzheimer nur ein geduldeter Gast, gegen den man mit allen Mitteln gemeinsam ankämpfte. Im Laufe der Beobachtungszeit, also im Laufe von rund drei Jahren, sind die (Liebes-)Beziehungen bei beiden Paaren aufgebrochen, die Alzheimer-Krankheit hat sich buchstäblich zwischen die Ehepartner_innen gestellt und sie schlussendlich auch getrennt: Bei Familie G. ließ die Ehefrau ihren Mann in ein Pflegeheim einweisen, da sie um ihr Leben fürchtete. In der Familie D. ließ Herr D. seine Frau erst in ein Krankenhaus und dann in ein Pflegeheim einwei-

sen, weil mit ihr keine Kommunikation und keine Handlungsabstimmung mehr möglich war. Herr D. beschrieb (schlussendlich resignierend) diesen Prozess mit folgenden Worten: „*Die Krankheit geht ihren Weg und nimmt sie mit*“.

Beide Paare waren zu Beginn voller Zuversicht, dass sie der Krankheit lange trotzen könnten und dass dies vor allem dann möglich sei, wenn sie als Paar einander zugewandt blieben. Beide Paare waren der Ansicht, dass der Verlauf und die Symptomatik der Krankheit auch durch eigenes Tun mitbeeinflusst wird und dass es deshalb ihre Pflicht gegenüber dem geliebten Ehepartner bzw. der geliebten Ehepartnerin sei, mit allen Mitteln gegen die neurogenerativen Prozesse anzugehen.

Bei Familie E., dem fünften Paar, das wir begleiteten, gab es diese Hoffnung und Zuversicht nicht. Schon zu Beginn unserer Beobachtungszeit war Herr E. deutlich sowohl körperlich als auch kognitiv verändert, konnte sich sprachlich nur noch ansatzweise ausdrücken, hatte jedoch ein großes Spektrum körperlicher Ausdrucksmöglichkeiten entwickelt und pflegte diese. Aber Frau E. und Herr E. kämpften beide nicht gegen die Krankheit, sondern hatten sich auf diese eingerichtet, lebten mit ihr und versuchten, sich jede Minute ihres Lebens zurechtzufinden und sich kleine Glücksmomente zu schaffen (Essen, Singen, Fernsehschauen, Spaziergehen). Bei diesem Paar blieb, so zumindest unsere Beobachtung, die Ausdrucksform der neurodegenerativen Prozesse weitgehend unverändert, ebenso das kommunikative Verhalten und die Beziehung der Ehepartner_innen zueinander.

Beobachtung ist immer auch Intervention

Welche Art der Beobachtung fand im Projekt statt? Versuchten wir anfangs eine teilnehmende Beobachtung, so stellten wir aber sehr schnell auf *beobachtende Teilnahme* um. Nicht nur, weil wir nicht anders konnten, sondern es gab noch einen weiteren Grund, sich den anderen im Feld mit allen Sinnen zuzuwenden: An dem Geschehen *teilzunehmen* und es nicht nur zu *beobachten* zeigt den anderen nämlich, dass man sie ernst nimmt, dass man sich auf sie einlässt, dass man Respekt vor ihnen hat. Ohne diesen Respekt gibt es keine wertvolle Auskunft, keine ‚tiefe‘ Erzählung und keinen Einblick in das Leben der Menschen, die man beobachtet.

Aber wir konnten auch nicht anders: Denn man kann in einer Privatwohnung nicht einfach schweigen und nur den anderen Anwesenden zuschauen. Man kann sich dort nicht unsichtbar machen. Man ist deutlich sichtbar der *Besuch*. Man ist gerade keine Fliege an der Wand, sondern ein Mensch, der im Weg steht, der Fragen stellt, den man bittet, etwas zu tun, der einen anschaut, der reagiert, kurz: einer, der dabei ist und mitmacht. Man kann nicht jemandem, in dessen Wohnung man sich stundenlang aufhält, sagen: „Bitte tun Sie so, als sei ich nicht da!“ Denn dieser kann nur sagen: „Wie sollte ich das können, Sie sind ja in meiner Wohnung“.

Hier gilt der Satz von Watzlawick ohne Einschränkung: Unter der Bedingung der gegenseitigen Wahrnehmung kann man nicht nicht kommunizieren. Man wird zum/zur relevanten Interaktionspartner_in, um den sich beide Betroffene bemühen. Von daher war die Frage nach teilnehmender Beobachtung und beobachtender Teilnahme schnell akademisch: Praktisch verwandelte sich jede unserer Beobachtungen in eine beobachtende Teilnahme – ob man das wollte oder nicht: Man war immer mittendrin! Beobachten, Bezeugen und Mitwirken flossen schnell und ununterscheidbar ineinander.

Unser Beobachten war jedoch immer mehr als *Hinsehen* und *Registrieren* und *Merken*. Unsere Art der Beobachtung war immer auch *Intervention*. Weshalb war bzw. ist eine solche Art der beobachtenden Teilnahme immer *auch* Intervention? Weil sie einerseits mit der Forschungsfragestellung auf das kommunikative Handeln fokussiert und deshalb auch alle Beobachteten nicht mehr selbstverständlich kommunizieren, sondern bewusst(er) und immer auch darauf achten, wie sie selbst und die anderen kommunizieren. Das verändert(e) die kommunikative Handlungsabstimmung deutlich.

Zudem war unsere Beobachtung Intervention, weil die Anwesenheit und die Kommunikation mit dem/der Beobachter_in und dem Projektteam die Lebenssituation der Beobachteten (und der Beobachter_innen) teils maßgeblich veränderte. Wenn man so will: Die Beobachter_innen waren als ‚neue relevante Dritte im Leben‘ der Beobachteten – sie wurden schon nach kurzer Zeit in jeder Hinsicht *signifikante* Andere im Sinne Meads (Mead 1973). Kurz: Die Beobachter_innen *bezeugten* im Feld die Wirklichkeit der anderen, sie arbeiteten an der gemeinsamen kommunikativen Konstruktion von Wirklichkeit mit. Dem konnte man nicht entgehen, auch nicht, indem man schwieg.

Auch wenn das Projektdesign es nicht vorsah, so bemühten sich alle von uns Beobachteten um die Beobachter_innen – es wurden Koalitionen hergestellt oder Abneigungen ausgelebt. So kam es vor, dass die Ehepartner_innen eine Koalition gegen den/die Beobachter_in bildeten, aber es geschah auch, dass der Mann und die Beobachterin eine Koalition gegen die Ehefrau bildeten. Mitunter kam bei Beteiligten das Gefühl auf, nicht hinreichend wahrgenommen zu werden oder gar Unmut über die verstärkte Kommunikation zwischen Zweien in dieser Dreierkonstellation. Es gab Zurückweisung und/oder Zustimmung, Übereinstimmung und Irritation – auf jeden Fall entwickelte die so entstandene neue Beziehungskonstellation eine Dynamik, die schwer zu kontrollieren und noch weniger gezielt einzusetzen war.

Fazit: Teilnehmende Beobachtungen haben immer ihre Besonderheiten, welche die Beobachter_innen manches leichter und anders sehen lassen, anderes jedoch verdecken bzw. nicht sehen lassen. Und immer haben teilnehmende Beobachtungen teils weitreichende Folgen – für alle Beteiligten, also auch für die Forscher_innen. Deshalb gilt es bei beobachtenden Teilnahmen, aber sicherlich auch bei teilnehmender Beobachtung, immer abzuwägen – was wichtiger ist: das Er-

kenntnisinteresse der Gesellschaft oder das Interesse und Recht der Betroffenen, ihr Leben unbeeinflusst von wissenschaftlicher Beobachtung zu führen.

Betroffen ist die gesamte Familienfiguration/Konstellation

Wie bereits gesagt, haben wir nur fünf Familien begleitet. Aufgrund einer so kleinen Anzahl von Fällen lässt sich das von uns beobachtete Konkrete nicht generalisieren. Was wir vor allem rekonstruieren konnten, das war die *Besonderheit der Einzelfälle*. Klar ist also, dass die wenigen und speziellen Fälle nicht ausreichen, etwas allgemein Verbindliches über den Prozess des Dement-Werdens zu sagen – außer: Dement-Werden ist ein sehr komplexer biologischer und sozialer Vorgang, nicht nur wegen der Vielzahl der Ausdrucksformen, sondern auch wegen der Vielzahl der Verlaufsformen. Dennoch zeigen sich in den besonderen Fällen, das ist ja das Besondere einer hermeneutischen Einzelfallanalyse, immer auch allgemeine Sachverhalte, von denen man mit guten Gründen annehmen kann, dass sie auch für andere Fälle zutreffen.

Bei dem sozialen und kommunikativen Prozess, der auf die Diagnose Demenz folgt, gibt es nicht *einen* Betroffenen, sondern *alle* die, die sich mit der diagnostizierten Person in einer besonderen Beziehung fühlen, sind betroffen (Nolan et al. 2004; Hydén/Lindemann/Brockmeier 2014; Kitwood 2019; Reichertz/Keysers/Nebowsky 2020). Betroffen ist immer die *gesamte* Familien- und Bekanntenfiguration – solange sie sich als Teil dieser *Figuration*³ (Elias 2012) begreifen. Manche lösen sich im Laufe der Jahre aus der Figuration, andere treten hinzu, aber meist gilt: Die Figuration wird im Laufe der Jahre mit der Demenz kleiner.

Allerdings stellt sich die Frage, ob der Figurationsbegriff nicht zu eng ist, weil er nur *Personen* in den Blick nimmt. Wie die aktuelle Forschung zeigt, sind auch andere, nicht-menschliche Faktoren/Akteure relevant für den Gesamtprozess. Ein ganz wesentlicher Faktor ist der *Raum*, in dem die Betroffenen leben und den sie sich in dieser Form geschaffen haben (Bleck/Rießen/Knopp 2018; Meier/Bleck 2020). Weitere relevante Akteure sind Haustiere und hier insbesondere Hunde. Deshalb ist meines Erachtens der Weber'sche Begriff der *Konstellationen* (Weber 1973, S. 172 ff.; Sigmund et al. 2008; Albrecht 2010) angemessener, da

3 Zu unterscheiden ist zwischen Figurationen, also sozialen Konstellationen, die durch die jeweilige Abstammungsgeschichte eines Individuums zustande kommen und die mehr oder weniger stabil sind, die über eine familiengeschichtlich erworbene Vorstellung eines generalisierten Anderen integriert werden, und Gruppen, die durch bestimmte erworbene und geschaffene soziale Relationen sich konstituieren, die im Wesentlichen durch die Schaffung eines eigenen generalisierten Anderen integriert werden.

er Personen *und* Räume umfasst, also ausdrücklich auch Besonderheiten der *räumlichen* Umgebung.⁴

Ein Mensch mit der Diagnose Demenz lebt jeweils in einer einzigartigen Konstellation. Ausbruch, Verlauf und Formen der jeweiligen Demenzgeschichte (und die Resilienz) ergeben sich in dieser Sicht nicht nur aus seiner besonderen *epigenetischen* Entwicklung und der Veränderung und Neuvernetzung der *Neuronen* im Gehirn, sondern auch aus der sozialen *Konstellation* und deren *Qualität* (Clarke/Wolverson 2016; Feiring/Ugstad 2014; Kitwood 2019; McSherry/Freckleton 2015).

Identitäts- und Beziehungsarbeit – Sinnkonstruktion

Neben dem bereits angesprochenen Sachverhalt kann man noch einen weiteren formulieren, von dem man mit guten Gründen sagen kann, dass er für alle betroffenen Familien gilt: Alle Betroffenen müssen erst einmal und vor allem ihren Alltag praktisch bewältigen – das heißt essen, trinken, sich bewegen, Besorgungen machen, schlafen etc. *Während* und *indem* sie den praktischen Alltag gemeinsam schaffen und bewältigen, müssen sie darüber hinaus vor allem folgende Fragen immer wieder (also nicht nur einmal, sondern permanent) kommunikativ mit- und gegeneinander bearbeiten (siehe hierzu auch Bryden 2011; 2018; Taylor 2008; Swaffer 2006).

Bin ich/sind wir die Ausnahme? Verläuft das Leben nach der Diagnose Demenz bei mir/uns anders als bei anderen? Wer bin ich (noch)? Wer bist du (noch)? Bin ich noch wie du? Bist du noch wie ich? Wer bin ich (noch) für dich? Wer bist du (noch) für mich? Was kann ich (noch)? Wer werde ich sein, wenn ich nicht mehr ich bin? Wer wirst du sein, wenn du nicht mehr du bist?

Natürlich stellen sich neben diesen Fragen noch eine Fülle anderer, praktischer, ökonomischer und sozialer, ebenfalls essenzieller und lebenswichtiger Fragen. Eine ganz wichtige Frage ist die nach dem Sinn des (Weiter-)Lebens, nach dem Tod und die Frage danach, was nach dem Tod zu erwarten ist – unabhängig davon, ob man konfessionell gebunden ist oder nicht.

An all diesen Prozessen ist das kommunikative Handeln der Beteiligten entscheidend beteiligt: Denn indem sie immer wieder miteinander über sich, ihre Beziehung und die Welt kommunizieren, erschaffen sie diese immer auch wie-

4 Mit *Konstellation* ist einerseits die Familie und das Freundschaftsumfeld gemeint, andererseits jedoch auch die Raum- und Wohnsituation, das Land (Großstadt, Westen, Europa, Asien) und die sich daraus ergebenden Interaktionskonstellationen und Versorgungsmöglichkeiten. Es ist jedoch nicht so, dass die körperlichen Prozesse (die Gene, neurogene Veränderungen des Gehirns) und die sozialräumlichen Konstellationen unabhängig voneinander wirken, sondern gerade weil die Gene und das plastische Gehirn auf sozialräumliche Faktoren reagieren und mit ihnen interagieren, ergibt sich eine spezifische Gestalt, die nur aufgrund einer Einzelfallanalyse erkennbar und erklärbar ist.

der, meist in alter Form, oft auch mit leichten Änderungen. Denn Kommunikation dient zwar auch dazu, andere zu informieren, aber vor allem werden mithilfe von Kommunikation immer wieder die Welt und die Anderen und die Beziehung zu diesen *geschaffen* (Keller / Knoblauch / Reichertz 2013; Reichertz 2021b). Denn Kommunikation ist nur zum kleinen Teil Informieren; zum überwiegenden Teil ist Kommunikation ein gemeinsames Schaffen, eine kommunikative Konstruktion einer gültigen, weil vom anderen anerkannten, Welt und gültiger, weil vom anderen anerkannten, Identitäten.

Identitätstheoretisch müssen die Beteiligten einer Familien- und Freundschaftsfiguration, wenn einer von ihnen mit der Diagnose Demenz gelabelt wurde, mit den ihnen (noch) zur Verfügung stehenden kommunikativen Mitteln aushandeln, wer sie jetzt (noch) füreinander sind und welche Handlungsverpflichtungen daraus resultieren. Dabei ist nicht entscheidend, ob die Zuschreibung jeweils sprachlich oder durch Handeln erfolgt, sondern entscheidend ist, wie man einander behandelt und was dies für die jeweilige Beziehung bedeutet. Da Menschen in der Regel immer in Konstellationen leben, ist gerade in solchen Situationen relevant, wie die Identität der Beteiligten mittels Kommunikation verändert wird. Ein Ergebnis dieser kommunikativen Konstruktion von Wirklichkeit kann sein, dass der Gelabelte zu jemanden wird, der ein völlig anderer oder gar ein Fremder ist („Er erkennt uns nicht mehr“, „Er ist nicht mehr der, der er einmal war“) und damit außerhalb der Konstellation angesiedelt wird. Ein anderes Ergebnis kann sein, dass der Gelabelte sich zwar erkennbar anders verhält, jedoch (so die Zuschreibung) im Kern der/die alte geblieben ist – wenn auch etwas sonderlich. Auf der anderen Seite können in solchen Konstellationen manche Angehörige zu lieblosen Angehörigen werden, die einen Menschen in der Stunde der Wahrheit allein lassen. Oder aber sie werden zu der liebenden Frau/dem liebenden Mann, die ihren Ehemann/der seine Ehefrau in der Stunde der Not aufopferungsvoll pflegt.

Wer dabei über mehr *Kommunikationsmacht* (Reichertz 2009) verfügt, kann seine Vorstellungen von der Welt und den anderen besser durchsetzen. Wer über weniger Kommunikationsmacht verfügt, muss folgen, sich einordnen, der wird mehr geschaffen als dass er schafft. Was bedeutet hier Kommunikationsmacht? Dazu ein Beispiel von Richard Taylor, einem Menschen, der schon lange mit der Diagnose Demenz lebt (und schreibt): „Es geht mir wie der Lehrerin im Peanuts-Comic – ihre Schülerinnen und Schüler verstehen nur ‚bla bla bla‘, während sie doch versucht, zu unterrichten und die Welt zu erklären – ich rede mit meinen Betreuungspersonen, und sie scheinen jedes Wort, jeden Gedanken zu verstehen. Trotzdem verhalten sie sich, als hätten sie mich nicht gehört“ (Taylor 2008, S. 165).

Nicht gehört zu werden, auch wenn man deutlich vernehmbar gesprochen hat, das ist ein deutliches Zeichen für wenig Kommunikationsmacht, für verlorene Kommunikationsmacht dann, wenn andere früher zugehört und das Gehörte berücksichtigt haben.

Damit soll nicht gesagt werden, dass Demenz allein das Ergebnis einer Zuschreibung ist, sondern es soll damit darauf hingewiesen werden, dass es neben einem biologischen Prozess der Degeneration von Neuronen (den Mediziner_innen als ursächlich für die Demenz ansehen) auch immer einen sozialen und kommunikativen Prozess gibt, der die Ausprägung des biologischen Prozesses massiv überformt. Unter dem Strich bedeutet dies, dass der Prozess der Entwicklung von Demenz, verstanden als Zusammenwirken eines biologischen und sozialen Prozesses, nicht allein dem Arbeitsbereich der Medizin und der Pflegeforschung angehört, sondern ebenfalls den Sozialwissenschaften und hier insbesondere der Soziologie, der Psychologie und der Kommunikationswissenschaft. In diesem Prozess geht es zentral um die Veränderung von Kommunikationsmacht – nämlich wie bei *allen* Betroffenen einerseits erworbene Ausdrucksformen von Kommunikationsmacht verloren gehen und zugleich neue ausgebildet werden, aber wie andererseits die Kommunikationsmacht ihre Bedeutung für die Koordination von Handlungen verändert.

Kommunikationsmacht

Alltägliche Kommunikationsmacht wird in Kommunikation erworben und gilt nur in bestimmten Figurationen/Konstellationen von Personen. Sie unterscheidet sich deutlich von *sozialer Macht*, die an Amt oder Rolle gebunden ist (ausführlich Reichertz 2009; 2021b). Kommunikationsmacht hat dann jemand, wenn er oder sie andere nur mittels kommunikativen Handelns auch gegen Widerstreben dazu bewegen kann, etwas Bestimmtes zu tun oder sich einer Meinung anzuschließen. Kommunikationsmacht resultiert im Wesentlichen aus der biografisch erworbenen Relevanz bestimmter Personen füreinander – wenn man also eine starke Bindung (*strong ties*) zueinander aufgebaut hat. Man ist füreinander nur relevant, also wichtig geworden, wenn und weil man den *Raum der guten Gründe* teilt oder in anderen *terms*: auf einem *common ground* steht (Clark 1996). Aufgrund dieser Bedeutung füreinander können alle Beteiligten einander im kommunikativen Handeln eine bestimmte Identität zusprechen (Anerkennung), aber auch absprechen (vgl. Mead 1973; Berger/Luckmann 1969; Bourdieu 2005). Gesichert wird dieser ‚zwanglose Zwang‘ der Kommunikation durch soziale Anerkennung (Honneth 1994). Je ‚enger‘ die Beziehung der Kommunizierenden zueinander, also je relevanter sie füreinander sind, desto mehr Macht entfaltet kommunikatives Handeln. Kommunikationsmacht ist also vor allem eine aus einer engen Bindung resultierende *Anerkennungsmacht* (ausführlich Reichertz 2019; 2021b).

Die Praktiken, Kommunikationsmacht zu erwerben, zu behalten, zu verlieren oder zu vergrößern sind im praktischen Mit- und Gegeneinander und durch praktische Unterweisung in den Körper eingeschrieben worden und sie durchdringen

und formen den Körper bis in die kleinsten Poren hinein. Wirkungsvoll mithilfe von Kommunikationsmacht zu kommunizieren, diese Praktiken sind in langen Sozialisationsprozessen erworben worden, meist ohne dass eine Regel formuliert wurde. Man kann ohne Zweifel im Laufe seines Lebens mal mehr, mal weniger Kommunikationsmacht haben und man kann je nach Konstellation, in der man sich bewegt, mal weniger Kommunikationsmacht haben, mal mehr. Wie viel man jeweils in welcher Konstellation hat, hängt entscheidend von der *Interaktionsgeschichte* in und mit dieser Gruppe ab, hängt davon ab, inwieweit man deren *Raum der guten Gründe* teilt und wie sehr man sich und sein Handeln danach ausrichtet.

Kommunikationsmacht ist mithin keine wie auch immer geartete rhetorische oder sprachliche Fähigkeit, andere Menschen zu überrumpeln, unter Druck zu setzen oder über den Tisch zu ziehen, sondern es ist die Fähigkeit, anderen zu sagen, *wer sie für einen selbst sind* („Du bist zuverlässig“) und *was man von ihnen hält* („Ich achte dich und vertraue dir“). Kommunikationsmacht bewertet also das Handeln anderer und nimmt dieses Handeln als Grundlage, dem anderen eine bestimmte Identität zu- oder abzusprechen. Typische Sätze sind: „Das hätte ich aber nicht von dir gedacht!“ oder: „Du hast mich nicht enttäuscht“ oder: „Von meiner Tochter hätte ich mir mehr erwartet!“ oder: „Es ist wirklich großartig, wie viel Mühe du dir mit mir machst“. Mithilfe von Kommunikationsmacht wird immer wieder in zweifacher Weise *festgestellt*, wer man füreinander ist, was man voneinander hält und was man füreinander tun wird. Einerseits wird es festgestellt in dem Sinne, dass etwas *sichtbar* oder erkannt worden ist, andererseits wird es festgestellt in dem Sinne, dass es mit dem Aussprechen *auf Dauer gestellt* wird.

Kommunikationsmacht ‚funktioniert‘ also in gewisser Weise wie die *Kontoführung* (Brandom 2000, S 272–295; auch Loeffler 2018, S. 56–83): Jedes Handeln wird demnach von allen Beteiligten vor dem Hintergrund seiner Zuverlässigkeit (Entspricht das Handeln dem Gesagten? Ist der andere zuverlässig?) implizit oder explizit bewertet. Dem bestehenden Vertrauenskonto werden je nach Einschätzung Punkte hinzuaddiert (= *Ist zuverlässig*) oder abgezogen (= *Ist nicht zuverlässig*). So kommt es immer wieder zu Veränderungen des Kontostandes und somit der zugeschriebenen Kommunikationsmacht und dies insbesondere dann, wenn sich aufgrund bestimmter Ereignisse im Leben (Heirat, Kinder, Scheidung, Krankheit etc.) das Handeln von Menschen tiefgreifend ändert.

Kommunikative Handlungsabstimmung

Obwohl unser Sample keineswegs repräsentativ ist, glauben wir doch aufgrund der bisherigen detaillierten Analysen der Memos, Gespräche und Videos (vergleichbare Videoanalysen finden sich bei Döttlinger 2017 und Welling 2018) zu der kommunikativen Handlungsabstimmung Folgendes sagen zu können – al-

lerdings handelt es sich um Hypothesen, die wie alle Ideen ihrer Art noch weiter geprüft werden müssten.

Erst einmal: Kommunikative Handlungsabstimmung ist in der Regel bei *Paaren*, von denen eine_r mit der Diagnose Demenz lebt, sehr lange möglich, denn immer wieder bilden sich wegen der intensiven Kommunikation miteinander in der Konstellation lokale und temporäre Bedeutungsordnungen, die man jedoch nur kennt, wenn man daran mitgearbeitet hat. Das Verstehen in von Demenz betroffenen Familien funktioniert nicht *nur* mithilfe semiotisierter Kommunikation, sondern im Laufe der Zeit zunehmend auch dadurch, dass man voneinander weiß, was der andere in bestimmten Situationen normalerweise tut, welche Präferenzen man hat, welche Idiosynkrasien einen Menschen zu bestimmten Handlungen bewegen bzw. von bestimmten Handlungen abhalten.

Die Fähigkeit, die Bedeutung des Ausdrucks beim anderen zu erkennen, resultiert also aus der intensiven Kenntnis des anderen und der Sensibilität für die jeweilige Situation. Die kommunikative Handlungsabstimmung funktioniert umso besser, je mehr es einem gelingt, die Welt aus den Augen des anderen zu sehen und die jeweilige Situation aufgrund der Besonderheiten des anderen zu bewerten,⁵ je *intensiver* das kommunikative Mit- und Gegeneinander sich vollzieht.

Intensiv ist die Kommunikation in dreierlei Hinsicht: einerseits ist sie *zeitintensiv*, weil das Paar sehr viele Stunden am Tag miteinander verbringt, zum zweiten ist die Kommunikation intensiv, weil sich beide Partner_innen sehr konzentriert auf den jeweils anderen *einstellen* müssen und zum dritten ist die Kommunikation intensiv, weil vom Gelingen der Kommunikation die Lebensqualität des Paares maßgeblich abhängt. All dies schafft eine außergewöhnliche und das im Alltag normale Maß deutlich überschreitende Form gegenseitiger Zuwendung, und nur dieses außerordentliche Maß an Zuwendung ermöglicht es beiden, eine wenn auch lokale und temporäre Bedeutungsordnung zu erschaffen, zu kennen und weiterzuschreiben. Eine solche, stark gesteigerte Form der Zuwendung ergibt sich aus der existenziellen Verwiesenheit der Ehepartner_innen aufeinander und ist Ausdruck der Sorge um den andern, die auch die Sorge um einen selbst immer beinhaltet. Insofern kann diese Form der gegenseitigen Zuwendung nur Ausdruck der existenziellen Sorge sein, und es wäre meines Erachtens nicht an-

5 Das bekräftigt unsere Hypothese, dass die Paare, von denen einer von Demenz betroffen ist, mit der Zeit so etwas wie eine *Handlungseinheit* herausbilden (Roth / Reichertz 2020; Reichertz / Keyzers / Nebowsky 2020). Unsere Analysen weisen daraufhin, dass die Paare nicht nur bei praktischen Tätigkeiten wie Essen oder Erzählen eine Handlungseinheit herausbilden, sondern mit der Zeit auch eine Wahrnehmungs- und Perspektiveinheit (vgl. hierzu auch Döttlinger 2017, die im Kontext von Pflegeeinrichtungen davon spricht, dass die Pflegenden in Bezug auf die Gepflegten ein „Hilfs-Ich“ herausbilden, mit dessen Hilfe es gelingt, Handlungen gemeinsam durchzuführen). Je mehr dies gelingt, desto reibungsloser der Alltag. Das ist für beide Partner_innen jedoch nicht nur sehr anstrengend und belastend, sondern es erfordert zudem ein großes Maß von existentieller Identitätsarbeit.

gemessen, eine solche Art der Verwiesenheit auch in einer berufsmäßig ausgeführten Versorgung in einem Heim zu erwarten.

Weil also die kommunikative Handlungsabstimmung auf eine gesteigerte gegenseitige Verwiesenheit angewiesen ist und weil diese meine Erachtens nur dann wirklich möglich ist, wenn die Menschen miteinander eine belastbare Liebesbeziehung haben, kommt der *Qualität der Paarbeziehung* eine besonders wichtige Rolle zu. Pointiert: Wenn die Gattenbeziehung gut ist, ist Kommunikation gut möglich. Lösen sich die emotionalen Bindungen und Verbindlichkeiten jedoch auf, dann schwindet auch die Möglichkeit der Handlungsabstimmung.

Klassische Beschreibungen der Folgen neurodegenerativer Prozesse, die mit Demenz bezeichnet werden, gehen davon aus, dass damit zwangsläufig eine wenn auch langsam verlaufende dramatische Veränderung der Kognition und der kommunikativen Handlungsabstimmung einhergeht und dass diese dramatischen Veränderungen schlussendlich auch zur Auflösung der Gattenbeziehung bzw. zur einseitigen Aufkündigung der Gattenbeziehung durch den Gesunden führen.

Die Beobachtungen bei den von uns begleiteten Familien weisen jedoch darauf hin, dass die Sache möglicherweise komplizierter ist und dass Kommunikationsvermögen, die Kommunikationsmacht und die Qualität der Paarbeziehung voneinander abhängen und sich gegenseitig bedingen. Denn die kognitiven Veränderungen, die mit neurodegenerativen Prozessen einhergehen, können zumindest in den ersten Jahren dadurch aufgefangen und abgefedert werden, dass das Paar sich mit einer erhöhten Empathie einander zuwendet und aufeinander einstellt, eine neue Handlungseinheit herausbildet, die gemeinsam Handlungen vollzieht und die durch Beobachtung selbst kleinster Ausdrucksformen in der Lage ist, ihr Handeln aufeinander abzustimmen.

Diese erhöhte Empathie hängt von der Bereitschaft zur Empathie ab und damit letztlich von der Qualität der Gattenbeziehung. Ist man liebevoll einander zugewandt, gelingt die Herausbildung einer neuen Gesamthandlungseinheit, dann gelingt es, die Mikro-Zeichen am Körper der anderen bzw. des anderen zu erkennen und richtig zu interpretieren – was dann wieder dazu führt, dass nicht nur die Handlungsabstimmung gelingt, sondern auch dazu, dass sich die Paarbeziehung festigt. Mit anderen Worten (in den *terms* Hartmut Rosa 2016; 2020): Aufgrund der gesteigerten Zugewandtheit und Empathie füreinander können die Paare eine Resonanz herstellen und erleben, die ihnen sowohl die Orientierung in Raum und Zeit, also die Handlungsfähigkeit, sichert als auch das Erlebnis und die Erfahrung einer guten Beziehung. Leidet jedoch die Beziehung oder zerbricht sie, weil alte Konflikte aufbrechen oder neue entstehen, dann wird auch diese Empathie und damit auch die Möglichkeit zur Resonanz geringer, was zur Folge hat, dass sowohl die kommunikative Handlungsabstimmung als auch die Herstellung und Erfahrung von Paaridentität erschwert oder unmöglich wird.

Hat der/die andere für seinen/ihren Ehepartner_in seine/ihre Bedeutung verloren, verlieren beide ihre Kommunikationsmacht, was zur Folge hat, dass eine Handlungsabstimmung immer schwieriger und schlussendlich als unmöglich erscheint, da beide jetzt auf einmal in vollkommen anderen Wirklichkeiten leben und somit füreinander andere geworden sind. Es ist also nicht so (um auf die eingangs angesprochene Lage der Literatur zu diesem Thema zurückzukommen), dass die neurodegenerativen Veränderungen im Gehirn zwangsläufig das Einander-fremd-Werden hervorrufen, sondern das Aufbrechen der Beziehung und der liebevollen Zuwendung führt dazu, dass nicht mehr und nicht immer wieder die Gemeinsamkeit über verbale oder körperliche Kommunikation hergestellt und erfahren werden kann, was zur Folge hat, dass die Partner_innen füreinander an Kommunikationsmacht verlieren, somit eine Handlungskoordination zwischen ihnen erschwert wird. Dies führt schlussendlich dazu, dass nicht mehr *eine gemeinsame* Welt kommunikativ konstruiert wird, sondern das monologisch die Partner_innen sich jeweils ihre eigenen Welten konstruieren, die nicht mehr überbrückt werden können und für die es auch keine Übersetzung mehr gibt. Paaridentität und Kommunikation bedingen einander und verändert sich das eine, verändert sich auch das andere.

Kommunikationsmacht und kommunikativer Tod

Wie ausgeführt, müssen kommunikative Handlungsabstimmung und damit auch Kommunikationsmacht immer wieder neu hergestellt und ausbalanciert werden. Obwohl Kommunikationsmacht also ständig hergestellt werden muss, gibt es *heiße* und *kalte* Phasen. Meist hat sich im Laufe der Zeit in bestimmten Konstellationen praktisch eine Balance von Kommunikationsmacht zwischen den Beteiligten herausgebildet (= also im Handlungsfeld), die alle kennen und mit der die Beteiligten umgehen können. Handeln in solchen Phasen kann man eher *kalt* nennen, weil die Dynamik gering ist. Dann gibt es jedoch Lebensphasen und Lebenslagen, die sehr *heiß* sind, weil sich vieles schnell ändert. Das sind Lebenslagen, in denen sich typischerweise und manchmal schlagartig die Kommunikationsmacht ändert, *weil jemand seine Handlungsweise gravierend ändert*. Das kann zum Beispiel nach dem Auszug der Tochter/des Sohnes aus dem elterlichen Haushalt sein, nach einem erfolgreichen Berufseinstieg oder -ausstieg, nach der Familiengründung oder Scheidung, aber natürlich immer auch dann, wenn sich durch Krankheit das Handeln und möglicherweise auch die Handlungskompetenz eines Menschen dramatisch ändert – so zum Beispiel nach einem *Schlaganfall* oder nachdem jemand die Diagnose *Demenz* erhalten hat.

In solchen Lebenslagen kommt es immer wieder (und hier vermutlich mehr in Betreuungseinrichtungen) dazu, dass die Menschen mit der Diagnose *Demenz* *praktisch* den kommunikativen Tod erleiden (Reichertz 2021b). Was bedeutet das

Sprechen vom *kommunikativen Tod*? Gemeint ist damit, dass Menschen andere Personen, welche die Diagnose Demenz erhalten haben, (a) so behandeln, als ob sie nicht mehr kommunizieren *könnten* oder aber (b) sie so behandeln, als sei das, was sie kommunizieren, *ohne wirkliche Bedeutung und nichts, das man ernst nehmen muss*. Im ersten Fall liegt ein Missverständnis über das vor, was Kommunikation ist, nämlich die oft geteilte, jedoch völlig falsche Vorstellung, dass Kommunikation vor allem daraus bestehen würde, dass man grammatikalisch und semantisch richtige sprachliche Äußerungen produzieren kann, Äußerungen also, die mit den Regeln der übrigen Sprach- und Interaktionsgemeinschaft übereinstimmen. Das zweite Missverständnis resultiert aus dem teils medizinisch gefütterten Glauben, dass die kommunikativen Äußerungen von Menschen mit der Diagnose Demenz ohne Bedeutung wären, da sie ihr *Wissen* um die Semantik und die Pragmatik von Äußerungen verloren hätten (Roth/Reichertz 2020; Reichertz/Keysers/Nebowsky 2020; Reichertz 2021a).

Beide Unterstellungen sind im Übrigen falsch und führen in der alltäglichen Praxis dazu, dass die Menschen, die mit der Person mit Demenz zusammenleben und für sie relevant sind, den Äußerungen der Merkmalsträger keine Aufmerksamkeit mehr schenken und sie nicht als Handlungsanweisungen oder als Beiträge zu einem kommunikativen Mit- und Gegeneinander interpretieren. Es wird nämlich dann innerhalb der Konstellation darauf verzichtet, nach einer möglichen Bedeutung der Äußerungen des Merkmalsträgers zu suchen, sondern der Normalfall ist, diese Äußerung zu übergehen bzw. dieser keine Beachtung zu schenken. Der Merkmalsträger wird unsichtbar und wirkungslos, weil seine kommunikativen Bemühungen nichts mehr bewirken – weshalb ich analog zu Barney Glaser und Anselm Strauss (Glaser/Strauss 1974), die vom „*sozialen Tod*“⁶ sprechen, vom *kommunikativen Tod* spreche.⁷

6 Siehe zum sozialen Tod auch: Sweeting/Gilhooly 1997; Timmermanns 1998; Sudnow 2001; Feldmann 2012; Gilleard/Higgs 2015; Mayr/Barth 2021.

7 In ihrer Feldstudie von 1965, in der Barney Glaser und Anselm Strauss Ärzte und Schwestern in sechs Krankenhäusern bei der Arbeit beobachteten, interessierte sie vor allem, „ob Menschen eher sozial als biologisch sterben können und was das für zwischenmenschliche Beziehungen bedeutet“ (Glaser/Strauss 1974, S. 9). Demnach ändern Schwestern ihr Verhalten gegenüber Patient_innen, wenn sie zu wissen glauben, dass der Fall aussichtslos ist. Dann können die Schwestern jedoch „deutlich zeigen, dass sie eine Begegnung zu vermeiden wünschen, das heißt dass sie zwar ihre Pflichten erfüllen wollen, aber keinen persönlichen Kontakt aufnehmen wollen. So werden sie ignorieren, ihn wie einen Gegenstand (d. h. als sozial Toten) behandeln, professionelle Geschäftigkeit entwickeln und jedes Gespräch ablehnen oder ihm ausweichen, indem sie versuchen, ihre Aufgaben schnell zu erledigen und wieder gehen, ehe noch der Patient etwas sagen kann“ (Glaser/Strauss 1974). Unabhängig davon, ob diese Folgerung zutreffend ist oder ob sie nur für amerikanische Krankenhäuser in den 1960er Jahren gilt, und unabhängig davon, ob die Entwicklung der Palliativmedizin diese Praxis beendet hat, weisen die Ergebnisse von Glaser und Strauss jedoch auf das Phänomen hin, dass man in bestimmten Situationen Menschen als ‚sozial tot‘ behandeln kann. Wenn ich hier den Begriff des *kommunikativen Tods* benutze, meine ich etwas sehr Ähnliches: der andere ist zwar noch anwesend und sein Körper

Gestorben ist in diesem Sinne jemand, wenn das, was er/sie an Kommunikation mit dem gesamten Körper hervorbringt, als bedeutungsloses Verhalten des Körpers interpretiert wird, das andere mit gutem Gewissen und mit guten Gründen übersehen und übergehen können, da es für sie nicht mehr bedeutungsvoll, sondern bedeutungslos geworden ist. Der Mensch mit der Diagnose Demenz wird dann zwar noch als Person wahrgenommen, möglicherweise auch noch als Person adressiert, aber er hat im wahrsten Sinne des Wortes nichts mehr zu sagen, selbst dann, wenn er spricht oder sich mit einem Anliegen kommunikativ an die Menschen in seiner Nähe wendet. Wenn seine kommunikativen Bemühungen nichts mehr bewirken, dann ist jemand dem kommunikativen Tod nahe oder bereits kommunikativ gestorben (vgl. auch Nebowsky/Spiekermann 2021). Der kommunikative Tod ist somit eine Vorstufe des sozialen Tods und nicht eine andere Bezeichnung.⁸

Ob jemand von seinen Bezugspersonen als kommunikativ ‚tot‘ erklärt wurde, das erkennt man daran, dass in der Gegenwart dieser Person die anderen Akteur_innen oft so tun, als sei dieser nur noch als pflegebedürftiger *Körper*, aber nicht mehr als kommunizierende_r *Akteur_in* anwesend – was zum Beispiel oft in Pflegeinstitutionen zu beobachten ist (vgl. Reichertz 2020c). Unterstellt wird dann oft, der von der Diagnose Demenz Betroffene könne weder kommunikative Äußerungen aufnehmen (also verstehen und interpretieren) noch könne er selbst welche tätigen. Die Fähigkeit, kommunikative Äußerungen wahrzunehmen und zu interpretieren, und die Fähigkeit, sich selbst kommunikativ an die Umwelt zu wenden, werden dann den Betroffenen als direkte Folge der „Krankheit“ Demenz abgesprochen (findet man auch oft in der medialen Darstellung von Demenz): Selbst dann, wenn sein Körper (noch) vorhanden ist, so ist er (in dieser Sicht der Dinge) aber nicht mehr ein vollwertiges Mitglied der Sprach- und Interaktionsgemeinschaft.

Aus dem Menschen, der sich nach eigenen Vorstellungen auf die Welt bezog und in dieser Welt agierte, wird ein Körper ohne kommunikative Kompetenz, ein Körper, der vor allem bis hin zu seinem Tod *gepflegt* werden muss. Der Mensch wird eher behandelt wie ein Tisch und nicht mehr wie eine Person. Tom Kitwood hat dies „*Depersonalisierung*“ genannt (Kitwood 1997; 2019): Man spricht in Anwesenheit des Merkmalsträgers nur noch *über* ihn, aber nicht mehr *mit* ihm.⁹

handelt und zwingt zur Handlungskoordination, aber alle seine kommunikativen Bemühungen werden nicht mehr als solche erkannt oder aber wissentlich missachtet.

8 Man muss hier unterscheiden, denn es macht einen Unterschied, ob man die Kommunikation mit einem Menschen, von dem man denkt, dass er in nächster Zeit sterben wird, so weit als möglich abbricht, oder ob man die kommunikativen Handlungen seines Gegenübers nicht mehr ernst nimmt.

9 Die Diskussion über den ‚kommunikativen Tod‘ dreht sich in einem anderen Diskurs um die Frage, inwieweit Menschen mit Demenz, insbesondere wenn der Prozess schon länger andauert, überhaupt noch *Personen* sind oder ob Schritt für Schritt das Person-Sein (genauer: die Zu-

Aus sozialwissenschaftlicher und kommunikationswissenschaftlicher Sicht ist die Unterstellung des kommunikativen Tods jedoch eine Selffulfilling Prophecy. Indem man die Kommunikationsunfähigkeit des Gegenübers unterstellt, führt man sie (unter anderem) auch herbei. Natürlich spielen in diesem Prozess auch die neurodegenerativen Prozesse eine große Rolle, doch man darf (angesichts der aktuellen Literatur siehe zum Beispiel Snowdon 2001; Clarke/Wolverson 2016; Doidge 2016; Sabat 2019) die Widerstandskraft der Betroffenen (Resilienz) nicht unterschätzen, die durch die (wie oben beschrieben) kommunikative Einbeziehung in das Leben der Angehörigen gestärkt wird.

Probleme

Das grundsätzliche Problem unserer Studie ist, dass aufgrund der geringen Anzahl der Fälle und aufgrund dessen, dass in ihr (wie erläutert) ein großer Bias vorlag, die Ergebnisse *nicht* wirklich generalisierbar sind. Dennoch bin ich der Ansicht, dass vieles auch *bei anderen Paaren* in einer ähnlichen *häuslichen Situation* von Bedeutung ist und dass unsere Studie für weitere Studien in diesem Kontext Hinweise geben kann. Aber keineswegs sind die Ergebnisse auf die *Pflege in Institutionen* übertragbar. Das gilt insbesondere für die Aussagen, die hier zu den Möglichkeiten der Herausbildung einer gemeinsamen Kommunikationsordnung vorgetragen wurden.

Ein ganz zentrales Problem unserer Studie war, dass die beobachtende Teilnahme, wie bereits berichtet, immer auch eine *Intervention* war, allerdings eine Intervention, die weder zielgerichtet war noch therapeutisch, ethisch oder erkenntnistheoretisch reflektiert. Zwar half hier immer wieder die Supervision, Teile dieses Prozesses sichtbar zu machen und gegebenenfalls zu korrigieren, aber ohne Zweifel führte die Beobachtung nicht nur für die Beobachteten zu einer Veränderung ihrer Interaktionspraxis, sondern auch für die Beobachter_innen waren die Beobachtungen immer auch belastend. Deshalb ist es unumgänglich, sollte man auch in Zukunft solche Formen der beobachtenden Teilnahme wählen (was ich weiterhin für sehr sinnvoll und unabdingbar halte), dass immer eine durchgehende Supervision des Forscher_innen-Teams gewährleistet sein muss.

Dennoch stellt sich aus meiner Sicht bei beobachtenden Teilnahmen (aber natürlich auch bei teilnehmenden Beobachtungen) das ethische Problem, ob man diese Art von Beobachtungen durchführen darf, wenn man weiß, dass die Beobachtung zugleich eine (nicht therapeutisch begründete und geplante) Interventi-

schreibung von Person-Sein) graduell abnimmt (Lindemann 2002; Barth/Lindemann 2021, siehe auch Schockenhoff/Wetzstein 2013) – parallel zu den Stadien der Krankheit. Auf der Interaktionsebene hat Christian Meyer die verschiedenen Formen der Kommunikation ausdifferenziert, die mit der Unterstellung des Weniger-Person-Seins einhergehen (Meyer 2014).

on ist und dass man die positiven oder auch negativen Folgen für die Beobachteten, aber auch für die Beobachtenden, nicht vorhersehen kann. Ohne Zweifel ist jede wissenschaftliche Forschung, die sich nicht damit begnügt, am Schreibtisch nachzudenken oder in Bibliotheken sitzend den Inhalt von Büchern zur Kenntnis zu nehmen und auf Probleme anzuwenden, eine Form von Intervention. Sobald man andere Menschen zu ihrem Leben, zu ihren Meinungen und zu ihren Handlungen befragt, ist das *immer auch* (also nicht nur) ein Eingriff in diese Lebenswelt, welche in der Regel nicht ohne Folgen bleibt. Allerdings sind diese Folgen meist überschaubar und von kurzer Dauer.

Allgemein kann man sagen: Je mehr man mit einer Forschungsmethode in die Alltagswelt der Befragten eindringt, also je länger man sich in diesem Feld aufhält und je intensiver man versucht, auch hinter die Kulissen alltäglicher Selbstverständlichkeiten zu schauen, desto gravierender und nachhaltiger ist die Intervention, die damit einhergeht. Eine beobachtende Teilnahme stellt also per se eine invasive Forschungsmethode dar, da sie sich in die Lebenswelt der Untersuchten (aus einem eigenen Impuls heraus; sie wird also nicht angefordert) begibt, sich dort aufhält und fortlaufend Beobachtungen angestellt, auch an solchen Orten, die man ansonsten vor den Augen der Öffentlichkeit schützt. Insofern beinhaltet unser Forschungsprojekt schon grundsätzlich eine deutliche Intervention. Verstärkt wurde die Stärke der Intervention dadurch, dass die Beobachter_innen relativ schnell *relevante Dritte* wurden und dass unser Forschungsgegenstand die durch die Diagnose Demenz fragil und fraglich gewordene Kommunikationsbalance zwischen den Familienmitgliedern zum Thema machte und damit diese Kommunikationsbalance zusätzlich einem Nachdenken unterzog. Denn wie unsere Arbeit gezeigt hat, bildet sich zwischen der Menschen mit der Diagnose Demenz und den Angehörigen eine von beiden gekannte und geteilte, wenn auch fragile und meist *asymmetrische Balance* der Kommunikationsmacht aus (Hellström/Nolan/Lundh 2007).

Wenn Beobachter_innen im Feld auftauchen, bedeutet dies auch, dass die Komplexität der Aushandlung von Kommunikationsbalancen zunimmt. Und wie die Analyse im Projekt gezeigt hat, ist gerade dieses dynamische Ausbalancieren von Kommunikationsmacht ganz entscheidend für die Möglichkeit, miteinander nicht nur eine gemeinsame Welt aufzubauen und zu erhalten, sondern auch sich eine Identität zuzusprechen und miteinander den Alltag handelnd zu bewältigen. Insofern ist ein Interventionsanteil bei solchen Studien erheblich höher als bei Interviewstudien oder aber bei Beobachtungen der Polizeiarbeit. Bei Letzteren kann man sehr viel leichter ein_e Beobachter_in von außen bleiben, weshalb die Beobachtung sehr viel weniger eine Intervention ist. Weil also bei der von uns untersuchten Gruppe von Menschen (Menschen mit der Diagnose Demenz und ihre Angehörigen) damit zu rechnen ist, dass Beobachtung immer auch einen starken Interventionsanteil hat, bedarf es aus meiner Sicht einer gründlichen ethischen, aber auch erkenntnistheoretischen Debatte. Aus meiner Sicht führt

es bei dieser Debatte nicht weiter, im Grundsätzlichen zu verbleiben, sondern es wird meines Erachtens notwendig sein, von Fall zu Fall zu entscheiden und immer die Verhältnismäßigkeit der Mittel auch mit den Beobachteten abzuwägen. Welche Methoden man wann einsetzt, das ist dann Ergebnis eines solchen kooperativen Abwägungsprozesses.

Mit dieser Besonderheit der beobachtenden Teilnahme geht auch das Problem einher, dass das *Verlassen des Feldes*,¹⁰ also das Ende der beobachtenden Teilnahme, nicht einfach ist, sondern dass dieses von den Familien teils deutlich herausgezögert bzw. unterlaufen wird. Es war zwar den von uns begleiteten Familien von Beginn an klar, dass wir Forschung betreiben und dass die im Feld eingegangenen Beziehungen durch die Forschung motiviert sind und nicht durch die Wertschätzung der jeweiligen Personen. Es war auch immer klar, dass wir irgendwann das Feld wieder verlassen würden, dass somit keine festen Verbindungen und Verbindlichkeiten eingegangen werden konnten.¹¹

Wir haben versucht, das dadurch entstehende Problem, dass die begleiteten Familien uns mehr gaben als wir ihnen, so aufzulösen, dass wir den Familien kommunizierten, die Forschung könne zwar nicht der konkreten Familie weiterhelfen, würde jedoch möglicherweise in der Zukunft für andere Betroffene nützlich sein. Auf diese Weise helfen die Untersuchten und die Untersuchenden beide der Wissenschaft, wenn auch von unterschiedlichen Positionen aus. Uns verband also *offiziell* die gemeinsame Aufgabe und nicht die persönliche Wertschätzung – die sich im Laufe der Beobachtungszeit von zwei Jahren natürlich trotzdem einstellte und so auch eine persönliche Beziehung entstehen ließ. Diese persönlichen Beziehungen waren jedoch prekär, weil alle wussten, dass sie nur auf Zeit angelegt waren – was persönliche Beziehungen normalerweise nicht sind. Insofern endeten zwar vor allem für die Beobachteten mit dem Projektende auch die *offiziellen* Beziehungen, jedoch nicht in gleicher Weise die *persönlichen* Beziehungen. Die aus Letzteren resultierenden Verbindlichkeiten endeten für die Familien jedoch nicht mit dem offiziellen Ende des Projekts.

10 Das Verlassen des Feldes ist bei jeder Feldforschung nicht einfach – einfach deshalb, weil sich in jeder Feldforschung immer auch Beziehungen jenseits des forschenden Handelns aufbauen und diese auf beiden Seiten auch Erwartungen für das Verhalten *nach* dem Forschungsprojekt auslösen. Bislang ist dieses Problem innerhalb der ethnografischen Literatur kaum behandelt worden. Eine der wenigen Ausnahmen ist die Arbeit von Wilz (2020).

11 Alle wissen, dass die Besuche zu Hause nur zustande gekommen sind, weil eine_r in der Familie die Diagnose ‚Demenz‘ erhalten hatte und der andere (Beobachter_in) hier einer Berufstätigkeit nachgeht, die die eigene Karriere befeuern soll. Es war immer ein Elefant im Raum, der vor allem den/die Beobachter_in fragte: „Was machst du eigentlich hier? Du bist nur hier, weil du uns für deine Arbeit brauchst. Wir sind dir egal“. Dass alle Beteiligten so tun, als würden sie den Elefanten nicht hören, das muss nicht immer Verdrängung sein, sondern es kann auch hilfreich sein, eine Sache in der Schwebe zu belassen, es (noch) nicht auszusprechen. Man versucht, die Festlegung, die Entscheidung zu verhindern, zumindest rauszuschieben.

Gerade weil die Familien durch die wissenschaftliche Beobachtung soziale Anerkennung als Teilnehmer_innen eines Forschungsprojektes erhielten und weil sich mit den Beobachter_innen auch Beziehungen etablierten, die über das Verhältnis von Beobachter_in und Beobachteten hinausging – sie wurden nämlich die *relevanten Dritten* im Feld, war es allen Beobachteten wichtig, weiterhin zum Beispiel über WhatsApp, in Kontakt und im Austausch zu bleiben. Um diesem Problem ein wenig zu begegnen, haben wir (die/der Beobachter_in und ich) mit jeder teilnehmenden Familie ein offizielles und ausführliches Abschlussgespräch geführt, in dem das Ende des Projekts und das Ende der Arbeitsbeziehung ausdrücklich ausgesprochen wurde. Dennoch wurde von den beobachteten den begleiteten Familien danach immer noch gewünscht, weiter, wenn auch lose, miteinander im Gespräch zu bleiben – einerseits um über die Entwicklung innerhalb der Familie weiter zu berichten, andererseits aber auch über die Ergebnisse des Projekts informiert zu werden.

Unsere Erfahrung mit dem Ende der beobachtenden Teilnahme ist, dass der Ablösungsprozess auch der Supervision bedarf. Ganz wichtig ist die klare Kennzeichnung des Projektendes verbunden mit dem Versprechen, über die Ergebnisse des Projekts und Publikationen zu informieren und diese gegebenenfalls auch vor der Veröffentlichung mit den begleiteten Familien zu besprechen. Somit ist auch die Wissenschaft verpflichtet, auch über die Dauer der Beobachtung hinaus mit den Beobachteten in Kontakt und im Gespräch zu bleiben.

Literatur

- Albrecht, Andrea (2010): Konstellationen. In: *Scientia Poetica* 14, H. 1, S. 104–149.
- Berger, Peter/Luckmann, Thomas (1969): *Die gesellschaftliche Konstruktion von Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Bonz, Jochen/Eisch-Angus, Katharina/Hamm, Marion/Sülzle, Almut (Hrsg.) (2017): *Ethnographie und Deutung*. Wiesbaden: Springer.
- Bourdieu, Pierre (2005): *Was heißt Sprechen?* Wien: Braunmüller.
- Brandom, Robert B. (2000): *Expressive Vernunft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bryden, Christine (2011): *Mein Tanz mit der Demenz*. Bern: Huber.
- Bryden, Christine (2018): *Will I still be me?* London: Jessica Kingsley Publishers.
- Clark, Herbert H./Schaefer, Edward F. (1989): Contributing to Discourse. In: *Cognitive Science* 13, H. 2, S. 259–294.
- Clarke, Chris/Wolverson, Emma (2016): *Positive Psychology Approaches to Dementia*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Corbin, Juliet/Strauss Anselm L. (1988): *Weiterleben lernen*. München: Piper.
- Doidge, Norman (2016): *The Brain's Way of Healing: Remarkable Discoveries and Recoveries from the Frontiers of Neuroplasticity*. London: Penguin.
- Döttlinger, Beatrix (2017): *Gestisch-kommunikatives Handeln als Bindeglied zwischen Sprache und Handeln bei Menschen mit Demenz: Beziehungs- und Interaktionsgestaltung*. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Elias, Norbert (1970): *Was ist Soziologie?* München: Juventa.

- Feith, Dominik/Peter, Claudia/Rehbock, Theda/Thiesmeyer, Karin (2020): Grenzsituationen. Qualitative Forschung zu existenziellen Krankheitserfahrungen und Therapieentscheidungen. In: Netzwerk qualitative Gesundheitsforschung (Hrsg.): Perspektiven qualitativer Gesundheitsforschung. Weinheim/Basel: Beltz Juventa, S. 216–269.
- Feiring, Eli/Ugstad, Kristian N. (2014): Interpretations of legal criteria for involuntary psychiatric admission: a qualitative analysis. In: BMC Health Services Research 14, Art. 500.
- Feldmann, Klaus (2012): Sterben und Tod. Opladen: Leske + Budrich.
- Gilleard, Chris/Higgs, Paul (2015): Social Death and the Moral Identity of the Fourth Age. In: Contemporary Social Science: Journal of the Academy of Social Sciences 10, H. 3, S. 1–10.
- Glaser, Barney G./Strauss, Anselm L. (1974): Interaktion mit Sterbenden: Beobachtungen für Ärzte, Schwestern, Seelsorger und Angehörige (Sammlung Vandenhoeck). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hellström, Ingrid/Nolan, Mike/Lundh, Ulla (2007): Sustaining ‚couplehood‘: Spouses’ strategies for living positively with dementia. In: Dementia 6, H. 3, S. 383–409.
- Hitzler, Ronald/Eisewicht, Paul (2016): Lebensweltanalytische Ethnographie – im Anschluss an Anne Honer. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Honer, Anne (2011): Kleine Leiblichkeiten. Wiesbaden: Springer VS.
- Honneth, Axel (1994): Kampf um Anerkennung: Zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Hydén, Lars-Christer/Lindemann, Hilde/Brockmeier, Jens (Hrsg.) (2014): Beyond loss: Dementia, identity, personhood. New York: Oxford University Press.
- Innes, Anthea (2014): Demenzforschung. Bern: Huber.
- Keady, John/Hydén, Lars-Christer/Johnson, Ann/Swarbrick, Caroline (Hrsg.) (2018): Social Research Methods in Dementia Studies. New York: Routledge.
- Keller, Reiner/Knoblach, Hubert/Reichert, Jo (Hrsg.) (2013): Kommunikativer Konstruktivismus: Theoretische und empirische Arbeiten zu einem neuen wissenssoziologischen Ansatz. Wiesbaden: Springer.
- Keyzers, Verena/Nebowsky, Anna (2020): Über Salutozentrismus und Fallstricke der Deutung ethnographischer Situationen. In: Hitzler, Ronald/Kreher, Simone/Schröer, Norbert/Poferl, Angelika (Hrsg.): Ethnographie der Situation. Essen: Oldib, S. 455–470.
- Kitwood, Tom (1997): Dementia Reconsidered: The person comes first. Buckingham: Open University Press.
- Kitwood, Tom (2019): Dementia Reconsidered revisited: The person still comes first. Buckingham: Open University Press.
- Lindemann, Gesa (2002): Die Grenzen des Sozialen. Zur sozio-technischen Konstruktion von Leben und Tod in der Intensivmedizin. München: Fink.
- Lindemann, Gesa (2015): Gewalt als soziologische Kategorie. In: Archiv für Rechts- und Sozialphilosophie 101, H. 4, S. 501–512.
- Mayr, Katharina/Barth, Niklas (2021): Interaktion mit Sterbenden. In: Benkel, Thorsten/Meitzler, Matthias (Hrsg.): Wissenssoziologie des Todes. Weinheim/Basel: Beltz Juventa, S. 175–195.
- Mead, George Herbert (1973): Geist, Identität und Gesellschaft. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Meyer, Christian (2014): Menschen mit Demenz als Interaktionspartner: Eine Auswertung empirischer Studien vor dem Hintergrund eines dimensionalisierten Interaktionsbegriffs. In: Zeitschrift für Soziologie 43, H. 2, S. 95–122.
- Nebowsky, Anna-Eva/Spiekermann, Nils (2021): Kommunikativer Tod durch Demenz? Wie die Beziehungsidealität Kommunikationsmacht erhält. In: Bidlo, Oliver/Keyzers, Verena/Roslon, Michael/Schröer, Norbert (Hrsg.): Warum entfaltet kommunikatives Handeln auch ohne Gewalt und Herrschaft Macht? Weinheim/Basel: Beltz Juventa, S. 180–196.
- Nolan, Mike R./Davies, Sue/Brown, Jayne/Keady, John/Nolan, Janet (2004): Beyond person-centered care: a new vision for gerontological nursing. In: Journal of Clinical Nursing 13, H. s1, S. 45–53.

- Reichertz, Jo (2009): *Kommunikationsmacht. Was ist Kommunikation und was vermag sie? Und weshalb vermag sie das?* Wiesbaden: Springer VS.
- Reichertz, Jo (2013): *Gemeinsam interpretieren. Die Gruppeninterpretation als kommunikativer Prozess.* Wiesbaden: Springer VS.
- Reichertz, Jo/Keysers, Verena/Nebowsky, Anna (2020): Einander ein Gerüst geben. In: Reichertz, Jo (Hrsg.): *Grenzen der Kommunikation – Kommunikation an den Grenzen.* Weilerswist: Velbrück Wissenschaft, S. 219–237.
- Reichertz, Jo (2020a): *Grenzen der Kommunikation – Kommunikation an den Grenzen.* Weilerswist: Velbrück Wissenschaft.
- Reichertz, Jo (2020b): „Auch wenn die geschriebenen Worte nicht von mir sind“. Depersonalisierung oder Wertschätzung? In: *Pflege & Gesellschaft* 4, S. 365–370.
- Reichertz, Jo (2021a): „Man ist immer mittendrin“. Chancen und Risiken einer beobachtenden Teilnahme von Menschen mit der Diagnose ‚Demenz‘. In: Nover, Sabine/Panke-Kochinke Birgit (Hrsg.): *Handbuch Qualitative Pflegeforschung.* München: Nomos, S. 137–150.
- Reichertz, Jo (2021b): *Kommunikationsmacht, soziale Macht, Körpermacht.* In: Bidlo, Oliver/Keysers, Verena/Roslon, Michael/Schröer, Norbert (Hrsg.): *Facetten der Kommunikationsmacht.* Weinheim/Basel: Beltz Juventa, S. 289–331.
- Rosa, Hartmut (2016): *Resonanz. Eine Soziologie der Weltbeziehung.* Berlin: Suhrkamp.
- Rosa, Hartmut (2020): *Unverfügbarkeit.* Wien: Residenz.
- Roth, Wolff-Michael/Reichertz, Jo (2020): „Coercive Care“ or „Ur-wir [Great-we]“: Communication and Cooperation in Couples where one Partner has been Diagnosed with Dementia. In: *Human Arenas* 3, H. 2, S. 552–574.
- Sabat, Steven R. (2019): Commentary. In: Kitwood, Tom (Hrsg.): *Dementia reconsidered revisited: The person still comes first.* Buckingham: Open University Press, S. 59–63.
- Schockenhoff, Eberhardt/Wetzstein, Verena (2013): *Psychische Erkrankungen – Mythen und Fakten: Erhaltung der Menschenwürde bei Demenzkranken – eine ethische Herausforderung.*
- Sigmund, Steffen/Albert, Gert/Bienfait, Agathe/Stachura, Mateusz (Hrsg.) (2008): *Soziale Konstellationen und historische Perspektive.* Frankfurt am Main: Springer VS.
- Snowdon, David (2001): *Aging with Grace: What the Nun Study Teaches Us about Leading Longer, Healthier, and More Meaningful Lives.* New York: Bantam Books.
- Straube, Ursula (2003): *Fremde Welt Pflegeheim.* Bern: Huber.
- Sudnow, David (1967): *Passing on: The Social Organisation of Dying.* Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Swaffer, Kate (2016): *What the hell happened to my brain?* Jessica Kingsley Publishers: London.
- Sweeting, Helen/Gilhooly, Mary (1997): Dementia and the phenomenon of social death. In: *Sociology of Health & Illness* 19, H. 1, S. 93–117.
- Taylor, Richard (2008): *Alzheimer und Ich.* Bern: Huber.
- Timmermans, Stefan (1998): Social Death as Self-Fulfilling Prophecy. In: *The Sociological Quarterly* 39, H. 3, S. 453–472.
- van Neer, René (2016): *Ich habe Alzheimer.* Weinheim: Beltz.
- Waldenfels, Bernhard (2012): *Hyperphänomene: Modi hyperbolischer Erfahrung.* Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Weber, Max (1973): *Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre.* Tübingen: Mohr.
- Welling, Karin (2018): „Sich aneinander orientieren“ – Feinfühligkeit und Engagement in der beziehungsorientierten Interaktion zwischen Menschen mit weit fortgeschrittener Demenz und Bezugspersonen. Eine mikroanalytische Interaktionsstudie. <https://doi.org/10.26092/elib/28>.
- Wilz, Sylvia Marlene (2020): How do you leave a Yakan House? Der Feldausgang in der empirischen Organisationsforschung. In: Pfadenhauer, Michaela/Scheibelhofer, Elisabeth (Hrsg.): *Interpretative Sozial- und Organisationsforschung.* Weinheim/Basel: Beltz Juventa, S. 288–303.

Narrative Forschung mit Menschen mit fortgeschrittener Demenz in der Langzeitpflege

Methodologische und pragmatische Aspekte

Verena C. Tatzler, Sissel Alsaker, Ton Satink, Elisabeth Reitinger

Einleitung und Hintergrund

Qualitative Forschung mit Menschen mit mittelschwerer und schwerer Demenz in der Langzeitpflege erfordert besondere Aufmerksamkeit und Kompetenz bei Planung und Durchführung von Forschungsdesign, -methoden und -analyse. Besonders bei Menschen mit expressiven Sprachstörungen, die sehr häufig bei Demenz/neurokognitiver Störung vorkommen, ist ein flexibles und innovatives Vorgehen notwendig, um komplexe Fragestellungen zu erforschen. Im hier vorgestellten Beitrag wird eine Form der narrativen Forschung und insbesondere der narrativen Analyse dargestellt, die sich auf ein Verständnis von Narrativen als *performed*, durchgeführt und *gemacht* bezieht. Der Ansatz vereint narrative Theorie und ein ethnografisches Vorgehen und bietet für komplexe, erklärende Fragestellungen („Why“) eine fundierte theoretische Basis und ein innovatives Analyseverfahren (Alsaker/Bongaardt/Josephsson 2009).

Der *Narrative-in-action*- oder auch *Enacted-Narratives*-Ansatz wurde bereits mit Menschen mit Arthritis (ebd.; Alsaker/Josephsson/Dickie 2013), Schlaganfallüberlebenden (Satink et al. 2016), Menschen mit psychischen Erkrankungen (Ulfseth/Josephsson/Alsaker 2015) und auch in einem sogenannten ‚Demenzdorf‘ (Kielsgaard et al. 2021) angewandt. Mit Menschen mit Demenz wurde er erstmals im Rahmen eines Dissertationsprojektes durchgeführt (Tatzler 2017; 2019). Weiterentwickelt und diskutiert wurde der Ansatz in einer internationalen Gruppe vor allem aus der Occupational Science/Handlungswissenschaft stammenden Forschenden (Tatzler et al. 2019). Der vorliegende Beitrag führt in die grundlegende narrative Theorie basierend auf Ricœur ein und stellt die Anwendung mit Menschen mit fortgeschrittener Demenz dar. Schließlich werden Grenzen und Stärken des methodischen Vorgehens beschrieben. Dieser Beitrag wurde im Rahmen der Tagung „Qualitative Forschung mit Menschen mit Demenz – quo vadis?“ am Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e. V. (DZNE) als Vortrag gehalten. Folgend wird das Dissertationsprojekt vorgestellt und die wichtigsten theoretischen Grundlagen dargestellt.

Aktivität und Partizipation von Menschen mit fortgeschrittener Demenz

Zum Zeitpunkt der Dissertation (2017) war die Sicht von Menschen mit fortgeschrittener Demenz, die in Langzeitpflegeeinrichtungen leben, wenig erforscht, wohl auch, da das Erschließen dieser Gruppe mit methodischen, aber auch ethischen Herausforderungen verbunden ist.

Das grundsätzliche Ziel des Dissertationsvorhabens war es, ein tiefes Verständnis des Erlebens von Aktivität und Partizipation aus der Perspektive von Personen mit mittelschwerer und schwerer Demenz, die in Langzeitpflegeeinrichtungen leben, zu erlangen (Tatzer 2017). Ein weiteres Ziel war es, besser zu verstehen, wie Identität und Sinn durch Narrative von Menschen mit mittelschwerer bis schwerer Demenz in der Langzeitpflege generiert wird. Diese zweite Fragestellung wird im Rahmen des hier vorgestellten Ansatzes beschrieben, eine detaillierte Beschreibung der Analyseschritte wurde an anderer Stelle publiziert (Tatzer 2019). Im hier dargestellten Beitrag war es vor allem die Frage nach Identitätskonstruktion und Sinngenerierung in der Lebenswelt Pflegeheim, die einerseits eine komplexe Methode der Datensammlung aber auch konsequenterweise eine komplexe Analyseform erforderte.

Narrative Forschungsansätze sind gut geeignet, um Übergänge, Prozesse und Veränderungen zu erforschen sowie auch erklärende Fragen zu explorieren, die über eine bloße Beschreibung hinausgehen (Josephsson et al. 2006). Für die Forschungsfragen, die sich mit Identitätskonstruktionen beschäftigten, war eine Art der narrativen Analyse daher sinnvoll. Im Dissertationsprojekt wurde folgenden Fragen nachgegangen: Wie erhalten Frauen und Männer mit mittelschwerer bis schwerer Demenz Aspekte ihrer sozialen Rollen und ihrer Identität in der Langzeitpflege? Welche Rolle spielt Betätigung in der Identitätskonstruktion und Generierung von Sinn und Bedeutung?

Mit einem qualitativen Design in der Tradition der Ethnografie wurden zwei Frauen und zwei Männer mit mittelschwerer und schwerer Demenz in zwei verschiedenen Langzeitpflegeeinrichtungen erforscht. Die Methoden der Datensammlung waren teilnehmende Beobachtungen sowie informelle Gespräche während der Durchführung von Aktivitäten und Interviews. Angehörige und Personal der Einrichtungen wurden dabei einbezogen. Das Projekt fand von 2012 bis 2017 in Österreich in zwei Langzeitpflegeeinrichtungen statt (Tatzer 2017).

Langzeitpflege und Demenz

Obwohl die meisten Personen mit Demenz in Österreich in Privathaushalten versorgt werden, ist es für viele Menschen mit Demenz im Laufe einer demenziellen Veränderung nötig, Langzeitpflegeleistungen in Anspruch zu nehmen. Kognitive Einschränkungen gelten als einer der Hauptgründe für die Aufnahme in ein Pfl-

geheim in Österreich und eine repräsentative Studie in österreichischen Langzeitpflegeeinrichtungen geht davon aus, dass etwa 85 Prozent der Bewohnenden mit kognitiven Einschränkungen leben, auch wenn viele keine Diagnosestellung erhalten (Auer et al. 2018). Die meisten Menschen in Langzeitpflegeeinrichtungen leben mit einer mittleren oder fortgeschrittenen kognitiven Einschränkung (Orrell et al. 2008) daher wurde speziell diese Gruppe ausgewählt.

Sampling

In der Auswahl der Teilnehmenden wurde eine „maximale Variation“ angestrebt (Flick 2007, S. 28). Die Einschlusskriterien der Teilnehmenden waren:

- Diagnose mittelschwere bis schwere Demenz (MMSE unter 20 Punkte);
- Seit mehr als einem Monat in einer Langzeitpflegeeinrichtung lebend;
- Freiwilligkeit – ‚Assent‘ und ‚Informed Consent‘: Die rechtliche Vertretung musste schriftlich ihr Einverständnis geben, die teilnehmende Person immer wieder mündlich oder durch ihr Verhalten;
- Alter: 60+.

Qualitative Forschung und Ethnografie

Menschen mit Demenz erleben durch ihren Krankheitsprozess unter anderem Einschränkungen in den verbalen Fertigkeiten und sind stark von ihrem sozialen Umfeld abhängig (Nygard 2006). Für den Erkenntnisgewinn mussten daher Design und Methoden so gewählt werden, dass Inter- und Transaktionen zwischen Menschen mit Demenz und ihrem Umfeld erfasst werden können.

Methoden, die ausschließlich verbale Fertigkeiten verlangen, wie zum Beispiel bei Interviews oder Fokusgruppen, waren daher für das Dissertationsprojekt, das sich auf Menschen mit fortgeschrittener Demenz konzentrierte, nicht ausreichend.

Für diese explorative Studie eignete sich ein Design, das von der Ethnografie inspiriert ist (ebd.). Ethnografie wird als besonders hilfreich gesehen, um Prozesse des Alltagslebens abzubilden (Angrosino 2007) und ist im Kontext der Langzeitpflege angewandt worden (Dewing 2009; Ericsson/Hellström/Kjellström 2011; Holthe/Thorsen/Josephsson 2007; Koch-Straube 2003; Newerla 2012).

Ethnografie und narrative Analyseformen

Narrative Theorie und Analyseformen finden zunehmend Eingang in ethnografische Projekte (Alsaker / Josephsson 2003; Cortazzi 2001; Gubrium / Holstein 2008). Gubrium und Holstein (2008) plädieren für eine Analyseform der Ethnografie, die soziale Dimensionen von Narrativen betont. Sie nennen diese Methode „Narrative Ethnography“. Sie beschreiben diese Vorgehensweise als Prozedur und Analyse, die darauf abzielt, soziale Situationen genau zu untersuchen. Die ‚Settings‘ sind integraler Bestandteil von Narrativen, ‚vor Ort‘ zu sein, ist eine besondere Art der Erkenntnisgenerierung.

Narrative umfassen in diesem Verständnis das Zusammenspiel zwischen Erlebnis, den Erzählpraktiken, den Ressourcen um zu erzählen, den vorliegenden Absichten, dem Publikum und dem Umfeld, das das Geschichtenerzählen bedingt (ebd., S. 250). Dieser Ansatz fokussiert auf die Alltags-Erzähl-Aktivitäten, die sich in besonders situierten sozialen Interaktionen abspielen, mit besonderer Aufmerksamkeit auf die Myriaden von Schichten des sozialen Kontextes, die narrative Produktion bedingen.

Als narratives Umfeld bezeichnen Gubrium und Holstein (ebd.) die Umstände ihrer Produktion und Rezeption. Diese sind notwendig, um die Bedeutung von Narrativen zu verstehen. Narrative Ethnografie stellt ihrer Auffassung nach den analytischen Zugang zum vielschichtigen Eingebettetsein der Geschichten in andere Geschichten dar. In dieser Auffassung sind Konzepte wie Identität und Selbst nicht sichtbar – beides sind kommunikative Praktiken. Geschichten über das Selbst kommen von einem bestimmten Ort, sind mit größeren Geschichten verbunden und im Laufe der Zeit durch andere und transformierte Geschichten bestätigt und herausgefordert.

Gubrium und Holstein (ebd.) betonen, dass Narrative nicht nur sozial produziert, sondern häufig auch gemeinsam erzählt werden, in einer sozialen Situation, mit anderen Menschen, wie zum Beispiel eine Mutter, die von den Hinweisen ihrer Tochter geleitet wird, ihre Lebensgeschichte zu erzählen. Sie nennen diese Funktion „interaktionale Kontrolle“ (ebd., S. 257) und betonen auch eine andere Ebene: die institutionelle Kontrolle (ebd., S. 258). Das Zusammenspiel der interaktionalen, narrativen und institutionalisierten Narrative befeuert die narrativen Praktiken und gleichzeitig schränkt es sie ein. Narrative Praktiken werden von Gubrium und Holstein (ebd.) als das „Was, Wie, Wo und Wann“ der narrativen Produktion beschrieben. Narrative Ethnografie orientiert sich an dem situierten Charakter von Darstellungen und wendet sich der interaktionalen und institutionellen Ordnung zu, um die Beziehung zwischen Narrativ, Erlebnis und Bedeutung besser zu verstehen. Der Kontext der Narrative wird dabei durch die ethnografische Methode – besonders durch Beobachtungen und Interviews – berücksichtigt. Das Ziel dabei ist es, durch multifokale Analysen Umfeld-Einflüsse und Dynamiken zu erfassen. Dabei werden narrative Produkte und narrative

Prozesse mit erklärender und beschreibender Absicht beleuchtet. Ethnografische Forschung ist oft selbst eine Geschichte von Suche, Entdeckung und Interpretation, die mit autobiografischen Anteilen vermischt wird. Das verlangt eine explizite reflexive Haltung und Reflexivität (Finlay 2002).

Die Geschichte als Ergebnis einer Analyse – Narrative Analysen

Narrative Analysen sind besonders tauglich, um Prozesse, die mit Veränderungen verbunden sind, darzustellen (Josephsson et al. 2006). Dazu zählen soziale Prozesse, die in der Situation durchgeführt und *performed* werden, die „performance in action“ (Clark/Carlson/Polkinghorne 1997; Polkinghorne 1995).

Eine im deutschsprachigen Raum bekannte Form von narrativen Analysen ist die ‚Narrationsanalyse‘ (Kleemann/Krähnke/Matuschek 2009), die auf Schütze zurückgeht und in der Biografieforschung angewandt wird. Hier werden vor allem sogenannte ‚Stegreifdaten‘ gesammelt, die möglichst offen und erzählgenerierend in der Gesprächssituation entstehen sollen. Grundlagen für die darauffolgende Analyse sind narrative Interviews, die eindeutig als Erzählung nach den von Schütze aufgestellten Kriterien erkannt werden können. Diese Analyse wird oft in Kombination mit anderen Analysemethoden wie zum Beispiel objektiver Hermeneutik angewandt und eignet sich für die Darstellung prozessualer Verläufe, so wie alle narrativen Analyseformen. Wie für die meisten qualitativen Analysemethoden gibt es aber auch hier kein ‚Rezept‘. Erzählungen werden als differenzierte Darstellung eines konkreten Ereignisses oder Prozesses in seinem zeitlichen Ablauf mit präzisen Angaben über Ort, Zeit, Beteiligte und mit weiteren Kontexten in einem hohen Detaillierungsgrad definiert (ebd., S. 66). Narrative sind in diesem Verständnis konsequenterweise implizit ausschließlich verbaler Natur, also erzählte Geschichten. Die größte Einschränkung dieser Form ist die Voraussetzung einer detaillierten reichen Datenmenge mit narrativen Inhalten, die verbal ausgedrückt und aufgenommen wurden.

Für Menschen mit Demenz mit kommunikativen Herausforderungen wie zum Beispiel expressiven Sprachstörungen ist es aber oft nicht möglich, lange, zusammenhängende Geschichten zu erzählen. Mögliche kompensatorische Kommunikationsakte, die sich in Verhalten, Lauten, Gesten oder Ähnlichem ausdrücken, können nicht erfasst werden (Hydén 2013). Im hier dargestellten Beitrag soll daher eine alternative Form dargestellt werden: Narrative Analysen, die als Ergebnis wiederum eine Geschichte bilden. Narrative Analysen verwenden daher nicht ‚nur‘ Narrative als Ausgangsmaterial, sie können auch in Geschichten münden (Polkinghorne 1995).

Narrative Analysen mit Menschen mit Kognitiven Einschränkungen

Es gibt zum heutigen Zeitpunkt wenige Beispiele narrativer Analysen mit Menschen mit Demenz, die als Ergebnis der Analyse in Geschichten münden (Hydén/Öruly 2009; Kielsgaard et al. 2021; Robertson 2014; Tatzler 2019).

Die Rolle von Hilfspersonen und *embodiment* im Geschichtenerzählen mit Menschen mit Demenz ist aber bereits bekannt (Hydén 2011; Hydén 2013). Hydén und Öruly (2009) verweisen auf die performativen Aspekte von Narrativen und *embodiment*, die potenziell in Forschung vernachlässigt werden, aber großes Potenzial für ein besseres Verständnis der Lebenswelt von Menschen mit Demenz innehaben. Performative und evaluative Aspekte der narrativen Identität beschreiben Hydén und Öruly (ebd.) als potenziell weiterbestehende Aspekte von Identität, auch wenn zeitliche Gesamtordnungen durch eine Demenz beeinträchtigt scheinen.

Robertson (2014) hat eine Kombination von struktureller narrativer Analyse und narrativer Analyse, die in einer Geschichte als Endprodukt mündet, durchgeführt. Bei der strukturellen narrativen Analyse wird die Form der Narration stark beachtet, das heißt auch wie eine Geschichte erzählt wird. Auch ihrer Meinung nach sind die bewertenden, evaluierenden Elemente von besonderer Bedeutung.

Die Auffassung von Narrativen als performatives Geschehen (Hydén 2010; Hydén/Öruly 2009) kombinierte ich, inspiriert von einer *Narrative-in-action*-Analyse (Alsaker/Bongaardt/Josephsson 2009; Alsaker/Josephsson/Dickie 2013; Mattingly 1998), die auf Ricœur (1988) zurückgeht (Tatzler 2019).

Sinn, Bedeutung und Identität durch Narrative

Die meisten Narrative beschreiben nicht einfach nur Begebenheiten, sondern stellen die Perspektive der erzählenden Person auf Bedeutung, Relevanz und Wichtigkeit her (Cortazzi 2001). Narrative spielen eine Rolle bei der Bildung und Erhaltung individueller und kollektiver Identität. Über Lebensgeschichten generieren Gruppen und Individuen Sinn aus sich selbst, sie erzählen, was sie sind oder gern wären oder auch, was sie werden wollen. Sie beinhalten oft ein Ereignis, dessen Erleben und die narrative Form. Kohärenz erzeugt ein Narrativ über die Einbettung in Zeit und Raum, die mit Erklärungen wie Kausalzusammenhängen oder Zweckmäßigkeit oder Rationalisierung verbunden ist. Ereignisse werden ausgewählt, geformt, neu kreiert und rekonstruiert, je nach Anlass der Erzählung. Diese Repräsentation ist von Erinnerungsprozessen beeinflusst, die wiederum von Wahrnehmungen und retrospektiven Interpretationen und momentanen Anliegen der erzählenden Person abhängig sind (ebd.).

Es gibt viele verschiedene Deutungen von Narrativen in der Forschungsmethodenliteratur (Hydén 1997; Josephsson et al. 2006). Im Kontext von Gesundheit werden Narrative oft als formale Form einer Erzählung mit einer Handlung (Plot) begriffen (Hydén 1997). In einer anderen Sicht von Narrativen ist Bedeutung mit Aktivitäten und Betätigung verbunden und in Aktivitäten eingebettet (Alsaker/Bongaardt/Josephsson 2009; Mattingly 1998). Mattingly (ebd.) bezieht sich in ihrem Verständnis von Narrativen auf Aristoteles, aber noch viel mehr auf Ricœur.

Nach Ricœur (1988) sind Geschichten teleologische Strukturen, das heißt, sie werden rückwärts gelesen und erzählt, das Ende bestimmt die Bedeutung. Die Struktur der Geschichte existiert, weil die erzählende Person den Anfang kennt, weiß, was sie inkludieren oder auslassen soll, wie etwas bewertet werden soll und wie die Erlebnisse mit den Erzählungen in Verbindung gebracht werden. All das kann die Person konstruieren und in Zusammenhang bringen, weil die erzählende Person ja bereits weiß, wann und wie die Geschichte aufhört bzw. ausgeht (Mattingly 1998, S. 38).

Geschichten werden kreiert, indem Ereignisse und Erfahrungen im Moment und in bestimmten Umständen mit einer Handlung (Plot) versehen werden. Die Bedeutung, der Sinn, ist in den Handlungen eingebettet, und variiert mit dem Publikum der erzählenden Person und der Situation. Die erzählende Person und das Publikum imaginieren die Welt eher gemeinsam, als dass sie wahrgenommen wird. Es gibt in diesem Verständnis eine Kluft zwischen erlebter und erzählter Erfahrung. Der kognitive Akt, sich zu erinnern, unterscheidet sich von dem, etwas im Moment wahrzunehmen (ebd., S. 39). Das Ereignis des Erzählens ist für das Verstehen der narrativen Bedeutung essenziell: Wie eine Geschichte erzählt wird und wie sie verstanden wird, hängt von dem Kontext und dem Publikum ab (ebd., S. 43).

Narrative Bedeutung ist in diesem Sinne nicht etwas, was der erzählenden Person ‚gehört‘, sondern vielmehr etwas in einer sozialen Situation Entstandenes, Ko-Konstruiertes (ebd.). Dieses Verständnis des *Enacted-Narratives*-Ansatzes kommt der Gruppe von Menschen mit Demenz unserer Meinung nach sehr entgegen, da es die Möglichkeit gibt, über rein erzählte Geschichten hinaus auch Aktionen, Aktivitäten und deren Interpretationen und Sinn in die Analyse miteinzubeziehen. Im Folgenden wird der Ansatz der *Enacted Narratives* tiefer erklärt.

Enacted Narratives – Narratives-in-action

Alsaker, Bongaardt und Josephsson (2009) haben einen innovativen narrativen Ansatz entwickelt, indem sie Ricœurs Ideen über Mimesis und narrative Theorie mit einem ethnografischen Ansatz verbunden haben. In ihrem Verständnis sind Narrative nicht nur eine Auswirkung von täglichen Aktivitäten, die über verbales Geschichtenerzählen vermittelt werden. Sie sind vielmehr in die Prozesse

von durchgeführten (*enacted*) täglichen Aktivitäten eingebettet (Clark/Carlson/Polkinhorne 1997). Bedeutung in einem narrativen Sinn beziehen Alsaker, Bongaardt und Josephsson (2009) auf die Art, in der das Individuum Kausalitäten zwischen Aktionen, Erfahrungen und zukünftigen Ereignissen herstellt und in ein kohärentes und verständliches Ganzes verwandelt (ebd., S. 1115).

Im Unterschied zu verbalen Narrativen sind ‚*enacted narratives*‘ klar mit Aktivitäten verbunden, indem sie die Akteur*innen in einer sozialen und materiellen Welt ansiedeln und die Aktion in Echtzeit betonen. Alltägliche Aktivität stellt dem Individuum Erfahrung, Gewohnheiten und Routinen bereit, die Struktur und Vorhersehbarkeit für das Individuum liefern – aber auch Raum für neue Erfahrungen und Experimente sowie kreative Anstrengungen bieten: „Every doings of people in their local cultures, which includes both situational performance and the natural occurring conversation that take place in the context“ (Alsaker/Josephsson/Dickie 2013, S. 69).

Alsaker, Bongaardt und Josephsson (2009) verstehen in weiterer Konsequenz auch scheinbar triviale Alltagsaktivitäten als Bedeutung beinhaltend und als Möglichkeit, Verbindungen zwischen Aktion und Bedeutung herzustellen. Das Tun selbst produziert Bilder und Erfahrungen, die offen für Interpretation in einer bestimmten Situation sind, in Anlehnung an Ricœur ‚folgt‘ die Aktion dem Narrativ.

In der Meinung von Alsaker, Bongaardt und Josephsson (ebd.) ist es daher nicht ausreichend, sich auf verbales Interview-Material zu beziehen, da erst die Konkretheit von Aktivitäten menschliche Aktionen für Forschung zugänglich macht. Dafür sind Beobachtungen nötig, die in Echtzeit passieren. Video-Analysen könnten ebenso hilfreich sein, aber sind nicht in der Lage, Veränderungen in der Situation oder im Raum zu erfassen, wie zum Beispiel beim Autofahren oder wenn Gehen Teil der Beobachtung ist oder über mehrere Räume und Situationen hinweg erfolgt.

Aktivitäten, die andauern, generieren einen authentischen Dialog zwischen der forschenden Person und den Teilnehmenden. Die Positionierung der forschenden Person als ‚aktiv passiv‘ ist in der Meinung von Alsaker/Bongaardt/Josephsson wichtig, um den natürlichen Lauf der Aktivitäten zu erkennen und mögliche Brüche und Interpretationen, die in der Echtzeit passieren, auch zu hören (ebd., S. 1159).

Diese theoretische Rahmung ermöglicht es, nicht eine ganze ‚Kultur‘ erforschen zu müssen, sondern die ethnografische Datensammlung und Analyse auf einen bestimmten Aspekt zu beschränken, zum Beispiel darauf, wie Menschen mit Demenz Kontinuität und Identitätsarbeit über Betätigung und Narrative leisten. Narrative Theorie ermöglicht das Sichtbarmachen und Erfassen der Beziehung zwischen individuellen und kulturellen Narrativen.

‚Narrative-in-action‘ als Teil einer transaktionalen Perspektive

Die Herausforderung, individuelle Aktionen und Erfahrungen in Bezug zu ihrem Kontext darzustellen, ist das Ziel einer transaktionalen Perspektive, wie sie von Dickie, Cutchin und Humphry (2006) beschrieben worden ist. Alsaker, Josephsson und Dickie (2013) verstehen Aktivität bzw. Betätigung als andauernde Verbindung zwischen Umwelt und Person. Die persönliche Bedeutung und Erlebnis des Individuums stehen mit der allgemein kulturellen, sozialen und metaphorischen Bedeutung über die Durchführung von Alltagsaktivitäten und Aktivitäten in Transaktion (Alsaker/Josephsson 2010). Sie verstehen Alltagsaktivitäten als Transaktionen in lokalen Kulturen. Betätigungen fungieren als Kommunikationsmedium zwischen individuellen und kulturellen Praktiken.

Wenn Menschen Aktivitäten durchführen, produzieren sie Bilder, die sie mit vergangenen oder zukünftigen Ereignissen verbinden und in eine mögliche Geschichte zusammenfügen. Geschichten sind dabei immer sozial und kontextualisiert. Weil die Akteur*innen auf der Suche nach Bedeutung sind, entsteht so eine narrative Struktur der Aktion und Erfahrung (Alsaker/Bongaardt/Josephsson 2009; Alsaker/Josephsson/Dickie 2013).

Der Philosoph Paul Ricœur hat sich damit beschäftigt, wie Menschen Sinn generieren (Ricœur/Blamey/Thompson 2008). Seine narrative Theorie ist eine Basis für den *Narrative-in-action*-Ansatz. Er bezeichnet die menschliche Möglichkeit, Bedeutung herzustellen (*enacting*), als „Mimesis“. Diese wird folgend dargestellt.

Ricœurs Mimesis

Narrative werden von Ricœur (1988) als universell verstanden – sie kommen in allen Kulturen, in allen Sprachen auf der ganzen Welt vor und sind somit etwas zutiefst Menschliches. Menschen schaffen Sinn über Narrative und generieren Bedeutung aus Ereignissen aus ihrem Leben.

Ricœur besagt, dass das aktuelle Tun im Alltagsleben Bilder produziert, die Menschen mit vergangenen oder zukünftigen Ereignissen verbinden. Menschen interpretieren ihre Erfahrungen danach, indem sie Bedeutung in Form von möglichen Geschichten oder Szenarien kreieren. Dieses Testen von möglichen Interpretationen ist Teil der andauernden Aushandlung von Bedeutung (Josephsson et al. 2006). Wenn ‚Plots‘, Handlungen, mit Bildern verbunden werden, kreiert die Person eine situationsabhängige Interpretation, die eine strukturelle Form einer Geschichte mit einem Beginn, Mittelteil und Ende annimmt. Den Prozess, Sinn herzustellen, nennt Ricœur „Mimesis“.

Ricœur (1988) entwickelte die Mimesis als dreiteiligen Prozess aus Mimesis I, Mimesis II und Mimesis III. Die Hauptfunktion von Mimesis ist es, Bedeutung herzustellen. In der Mimesis I wird die unbewusste Praxis oder Aktion noch nicht

verbalisiert oder ausgedrückt, es ist die Welt der ‚action‘. In der Mimesis II kommt es zur erzählerischen Konfiguration, in der die Praxis oder Aktion in mögliche bewusste Handlungen prozessiert wird. Schließlich kommt es bei der Mimesis III zur Kommunikation, indem die Praxis oder Aktion in Geschichten mit Handlung verbalisiert wird und zu einer Re-Konfiguration führen. Diese Re-Konfiguration bewirkt eine tatsächliche Veränderung der Realität. Diese kommunikative Möglichkeit der Geschichte stellen Alsaker, Josephsson und Dickie (2013) mit direktem Bezug auf Ricœur (2008) folgendermaßen dar:

Mimesis I: Die erste Stufe der Mimesis beinhaltet die generelle Sicht der Person auf Existenz, Aktion und Zeit und ist in einer bestimmten Handlungssituation lokalisiert (*acting situation*). Es ist die Welt der Aktion, der ‚action‘ mit symbolischer Bedeutung, Semantik und zeitlicher Ordnung. Mimesis I ist eine prä-narrative Struktur der Erfahrung (Dowling 2011, S. 3). Ricœur legt den Fokus auf die Art, in der jedes Bewusstsein einer Person ihre Kultur als Ganzes beinhaltet. Kultur wird von Ricœur als symbolisches Ganzes verstanden. In der Mimesis I ist es die Symbolik, die eine erste Lesbarkeit von menschlicher Aktion gewährleistet. Durch die Durchführung von Aktivitäten und Betätigung werden neue Bilder produziert und in die bereits bestehende Mimesis integriert (Alsaker/Josephsson/Dickie 2013).

Die ‚*prefiguration*‘ oder prä-narrative Struktur der alltäglichen gewöhnlichen Erfahrung unterscheidet sich von Mimesis II. Mimesis I ist somit ein ‚Vorverständnis‘ (*pre-understanding*), eine Präkonfiguration.

Ein anschauliches Beispiel für die symbolische Lesbarkeit geben Coeckelbergh und Reijers (2016, S. 332) mit der Passkontrolle am Flughafen. Der Akt, durch die Passkontrolle an einem Flughafen zu gehen, wird von Menschen verstanden, die diese Kultur kennen. Die Struktur des Aktes selbst (Wenn ich nach meinem Pass gefragt werde, zeige ich ihn her) sowie die symbolische Bedeutung (z. B. EU für Bürger*innen der Europäischen Union) und die zeitliche Dimension (Wenn ich x tue, tut die offizielle Amtsperson y) werden verstanden.

Diese Art der Mimesis, so ist eine unserer Hypothesen und Erfahrung aus dem Forschungsprojekt, ist lange von Menschen mit Demenz verstehbar und auch performbar, da sie nicht nur eine abstrakte verbale Information beinhaltet, sondern aus komplexen kulturellen Informationen in einer konkreten Aktivität und Situation besteht, die zum Teil schon früh im Lebenslauf sozialisiert wurden und verstanden werden (Tatzer 2019).

Mimesis II: Auf der zweiten Stufe der Mimesis kommt es zur Logik der narrativen Kausalität. Ricœur sieht hier eine Struktur, die sowohl räumlich als auch zeitlich ist: eine Kette kausaler Auswirkungen, die über die Zeit und einen Zustand des Teilwissens hinausgeht, bevor sich abzeichnet, dass die Ereignisse eine Einheit der Aktion bilden. ‚*Emplotment*‘ wird von Ricœur als Bewegung zu einem vorherbestimmten Ende beschrieben. Das führt zu dem Erleben eines Paradoxons: „Nein, es war völlig unvorhersehbar, aber ja, jetzt sehen wir, dass es unvermeidlich

war“ (Dowling 2011, S. 9). Jede Geschichte wird zugleich vorwärts und rückwärts erzählt, in dem Akteur*innen, Motiv und Umstände zu einem verständlichen Ablauf der Ereignisse zusammengeführt werden. Die doppelte Zeitlichkeit produziert auch Sinn in der erzählten Welt, die als ethisches oder moralisches Ganzes besteht. Die erzählende Person bewegt sich in einer Struktur von ethischen Beurteilungen, Werten und Annahmen.

Nachvollziehbar ist eine Geschichte dann, wenn ihr Schluss nachvollziehbar ist. „Die Geschichte verstehen heißt zu verstehen, wie und warum die einander folgenden Episoden zu diesem Schluss geführt haben, der keineswegs vorhersehbar war“ (Ricoeur 1988, S. 108). Die konfigurierende Anordnung verwandelt die Abfolge der Ereignisse in eine bedeutungsvolle Totalität. In der Mimesis II finden die Interpretationen statt, indem die Bilder der Aktion mit der Lebenssituation der Person und ihrer Kultur verbunden werden. Das passiert, indem die Geschichte im Moment initiiert oder erfunden wird. In der Mimesis II werden mögliche Interpretationen getestet. In einem Kontext, in dem etwas ausgeführt wird, bezieht man sich auf zugängliche soziale und materielle Umgebungen, die bestimmte Bilder und Interpretationen von früheren Erlebnissen und kulturellen Formen entstehen lassen. Personen, die agieren, haben Zugang zu kulturellen Metaphern, können verschiedene Interpretationen ausprobieren und diese verändern oder anders arrangieren.

Die Funktion der Mimesis II besteht in der Vermittlung, die aus einer Aneinanderreihung von Ereignissen eine Geschichte produziert. Die Geschichte muss nach Ricoeur ein ‚Thema‘ beinhalten. Darüber hinaus vereint die Fabelkomposition Faktoren wie „Handelnde, Ziele, Mittel, Interaktionen Umstände, unerwartete Resultate“ (ebd., S. 106). Er bezeichnet die Fabel daher als „Synthesis des Heterogenen“ (ebd., S. 106). Es ist in diesem Verständnis möglich, heterogene Aspekte, die eigentlich nicht zusammenpassen, zu verbinden und zu einem Ganzen zu machen. Ricoeur nennt das ‚Zusammen-Nehmen‘ (*prendre ensemble*). Durch die Konfiguration wird die Geschichte nachvollziehbar. Zwei Zeitdimensionen sind in diesem Zusammenhang von Bedeutung: die chronologische (oder episodische) und die nicht-chronologische (die konfigurierende). Durch die konfigurierende Dimension werden die Ereignisse in eine Geschichte verwandelt.

Mimesis III: Als Mimesis III beschreibt Ricoeur den Akt des totalen Verstehens, den er „Refiguration“ nennt (Dowling 2011). Jetzt kommt die Geschichte in das Leben des Bewusstseins jener außerhalb der imaginierten Welt. Zu diesem Zeitpunkt findet auch ein ‚Kampf‘ zwischen der Welt des Textes und der aktuellen Welt der Lesenden statt. Die Semantik der Aktion stellt das Mittel dar, um sich frei zwischen einer Sphäre der Realität und einer anderen zu bewegen. Mimesis III ist unreduzierbar zeitlich, bis zu dem Zeitpunkt, an dem der Zustand des teilweisen oder imperfekten Wissens auf beiden Seiten, des Charakters und des Publikums, zum Punkt der Aufklärung führt. Der Weg von teilweise imperfektem Wissen zu einer totalen Klarheit, die eine neue und alternative Landschaft der

Realität schafft (Refiguration) erzeugt auch eine Veränderung im Bewusstsein. In der Mimesis III werden mögliche Bedeutungen und potenzielle Handlungen in eine Geschichte mit einer klaren Handlung formiert, die jemandem erzählt wird. Wenn Geschichten erzählt werden, interpretieren und antworten die Zuhörenden, indem sie situationsadäquate Kommunikation kreieren. Ricœur betont, dass Bedeutungen sowohl ausgeführt (*enacted*) als auch kommuniziert werden müssen, um in Narrative konfiguriert zu werden.

Umsetzung in der Langzeitpflege: Frau Mischkes Geschichte

Der angewandte *Enacted-Narratives*-Ansatz mündete in vier Fallgeschichten, diese sind ausführlich beschrieben und sind zum Teil wörtlich aus der Dissertationsschrift übernommen (Tatzer 2017, S. 190 ff.). Die konkreten Analyseschritte sind kompakter an anderer Stelle publiziert (Tatzer 2019). Im Folgenden werden anhand von Ausschnitten aus Feldnotizen und Transkripten Situationen dargelegt, wie eine der Teilnehmenden, Frau Mischke, auf einer Demenzstation in Österreich Bedeutung generiert und einen Erinnerungsraum ihrer Handtasche anhand von Gegenständen, die sie mit sich trägt, nutzt. Dafür verwendet sie ihre Handtasche und die darin getragenen Engelsfiguren in Erzählungen gemeinsam mit ihrer Tochter. Diese Narrative entstanden erst im Umgang mit den Objekten durch das Zum-Vorschein-Bringen, Anordnen, Pflegen und Wertschätzen in der Situation.

Im ersten Schritt beschreibe ich die Aktionen, die vor sich gehen, und die darin begründeten Narrative. Anschließend interpretiere ich inspiriert von Ricœurs Mimesis und dem *Narrative-in-action*-Ansatz, wie Frau Mischke Bedeutung in ihrer Lebenssituation generiert und sich ihren Status als Person mit Geschichte und Identität zu erhalten versucht. Die Situation findet in einer Demenzstation in Österreich statt, Frau Mischke, die Teilnehmerin, ist zum Zeitpunkt 74 Jahre alt und lebt seit etwa einem Jahr auf der Demenzstation. Der Feldnotizausschnitt entstand aus einer teilnehmenden Beobachtungssituation. Alle Namen sind pseudonymisiert.

„Weil das irgendwie mein Ding ist“ – Die Handtasche voller Engel

„Frau Mischke trägt wieder ihre braune Handtasche [...] Sie sieht schwer aus, ich frage, was sie da drinnen hat. Ich sage, ich zeige ihr auch, was in meinem Rucksack ist. Sie sagt, meiner ist also noch schwerer als ihre; ich lache, ja, das stimmt, dafür trage ich ihn auf dem Rücken. Sie öffnet die Tasche, ein Henkel ist um ihren Hals gehängt, es ist eine auffällige Art, die Tasche zu tragen, nicht über die Schulter sondern vorne auf der Brust herunterhängend. Sie kramt ein wenig und holt eine etwa 30 cm große Engelsstatue heraus. Ich sage: ‚Oh, es ist ein Engel!‘. Eine Bürste hat

sie auch. ‚Die habe ich immer dabei‘. Ich zeige, dass ich ein Getränk in meiner Tasche habe, mein Geldbörse und räume es wieder ein. [...]

Frau Mischke sagt, sie müsse jetzt gehen, verabschiedet sich und steht auf, sie spricht mit den Schwestern und sagt, sie wolle jetzt nach Hause gehen. Wieder wird sie vertröstet, dass die ÄrztInnen jetzt nicht da sind wegen der Entlassungspapiere, sie wird lauter in ihrer Stimme und schreit fast: ‚Und das fällt Euch jetzt erst ein!‘, sie schimpft ein wenig, setzt sich wieder an den Tisch, die Pflegeperson im Zimmer kommt zu ihr, bringt ihr noch ein Getränk und sagt: ‚Hier bitte, das ist ein Johannisbeersaft‘. Frau Mischke schimpft und beschwert sich.

Sie atmet schwer, steht auf und geht eine Runde, sie kommt von der anderen Seite wieder und begrüßt Frau Karpf, die auf dem Sessel seitlich sitzt. ‚Hallo‘. Diese lächelt und grüßt sie ebenfalls. [...] Sie setzt sich gleich her, lächelt und trinkt das Getränk, das noch vor ihr auf dem Platz steht. ‚Sie ist freundlich heute ... Ich komme ja auch erst seit drei Wochen her‘, sagt Frau Mischke. Ich frage sie, wie viele Engel sie in ihrer Tasche hat. Sie holt einen großen heraus, auf dem auch ‚Mischke‘ mit einem Stift geschrieben steht. ‚Da steht ja Ihr Name darauf‘, sage ich. ‚Ja, das waren die Enkel, die haben gesagt, ‚Oma, damit es dir niemand stiehlt‘, und ich habe gesagt ‚wenn er gestohlen ist, dann sehe ich den Namen auch nicht mehr!‘ Ich sage: ‚Da haben Sie recht‘. Sie zieht noch nacheinander vier Engelsfiguren aus der Tasche, aus Keramik, aus Plastik, auch schwere [...] Ich frage, warum sie die Engel hat, sie erzählt, sie hat 65 zu Hause und stellt sie auf dem Tisch auf. [...] Sie erzählt: ‚Das ist mein Ding!‘ Ich frage, ob sie viele geschenkt bekommen hat oder eher selbst gekauft, sie sagt, ‚ja viele geschenkt bekommen‘. [...] Ich mache ein Foto von den Engeln, sie arrangiert sie noch mehr und atmet jetzt ganz ruhig und erzählt eine Geschichte von ihren Enkeln (Frau Mischke\51_M_Engel_in_Handtasche 25–39)“ (Tatzer 2017, S. 190).

„Auf die Frage ‚Wieso gerade Engel?‘ antwortet Frau Mischke: ‚Ja, weil das irgendwie ... mein ... mein Ding ist. Und. Die Buben, die zwei Buben, die da sind. Oder Schwestern. Da. Tante. Tante. Ich wollte dir noch einen Engel zeigen (unverständlich). Sage ich: Nein! Ooooojaaaaa! Bin traurig. Du bist böse zu uns! (verstellt die Stimme). Nein, was heißt, ...

I: Was wollen die, dass Sie die Engel zeigen oder wie? Was wollen sie mit den Engeln?

Frau Mischke: Ich weiß es nicht, was sie machen wollen. Aber. Die habe ich. Von zu Hause halt. Mitgenommen (Frau Mischke\T_51_M_Engel_in_Handtasche_2 205–228)“ (ebd., S. 192).

Die Geschichte und der Plot der Engel geht noch weiter und wird in einer darauffolgenden Beobachtung gemeinsam mit Frau Mischke und ihrer Tochter Hella ergänzt.

Die Engel-Geschichte

„Einige Zeit später treffe ich Hella, Frau Mischkes Tochter, und Frau Mischke auf der Station, um mit ihnen gemeinsam zu sprechen und einen Besuch zu beobachten. Es ist ein warmer Sonntag. Die meisten BewohnerInnen sitzen im ersten Aufenthaltsraum, eine liegt auf dem Sofa,

es ist eine ruhige, entspannte Atmosphäre. Wir gehen in den zweiten Aufenthaltsraum, in dem ein großer Esstisch steht und setzen uns. Im Hintergrund läuft der Fernseher, Frau Capellar sitzt hinter dem Regal auf dem Sofa mit halbgeschlossenen Augen.

Frau Mischke trägt wieder eine vollgepackte Tasche mit sich, es ist eine Stofftasche einer Kreuzfahrtlinie, [...] ‚Was hast du denn da wieder eingepackt, das ist ja irrsinnig schwer‘. Hella nimmt ein Nachthemd aus der Tasche, das ganz oben über den Sachen gelegen ist. ‚Jetzt hast du wieder Nachthemden, weil die Sachen verschwinden ja alle!‘ Dann zieht sie noch zwei Bürsten, einen Kamm, eine Haarklammer (für lange Haare – Frau Mischke hat einen Kurzhaarschnitt) heraus. ‚Und deine Engel, die trägst du immer mit dir herum‘. Frau Mischke lacht, zuckt mit den Schultern und hält den Kopfschief, eine entschuldigende Geste, sie reißt auch die Augen auf, es wirkt aber nicht peinlich berührt, sondern eher ‚naja, was soll ich machen, ich meine es nicht böse‘ [...]. Sie zieht auch Nylonsocken aus der Tasche, in denen Servietten gelagert sind (etwa 30 Stück) und noch einen zweiten Socken, ebenso mit Servietten gefüllt. ‚Was machst du denn mit den Socken? Anziehen solltest du die, nicht mit Fetzen füllen‘. Es wirkt ein wenig grob auf mich, aber Frau Mischke scheint es nicht krumm zu nehmen, sie zuckt wieder mit den Achseln und legt ihren Kopfschief, lächelt aber dabei (Frau Mischke\53_M_Biografie_II-17)“ (ebd., S. 194).

Die Hausmeisterin

„Ich mache noch ein Foto von den Engeln, nachdem Frau Mischke sie auf die Aufforderung ihrer Tochter hin wieder am Tisch platziert. Hella erzählt gleich davon. ‚Das ist ihres, das Klimbim, je kitschiger desto besser! Das hast du schon mit den Gartenzwerge gehabt, gell Oma?‘ Sie schaut ihrer Mutter immer wieder in die Augen, dann erzählt sie, dass Frau Mischke früher in ihrer Wohnung in Niederösterreich eine starke Hausgemeinschaft erlebt hat. Dort gab es einen Hof mit Garten, den Frau Mischke versorgt hat. ‚Der hat ja gar nicht ihr gehört. Sie hat das für alle gemacht! Da muss ich Ihnen mal Fotos zeigen!‘ Sie erzählt davon, dass Frau Mischke etwa 140 Gartenzwerge gehabt hat, schon um 5.00 im Garten zum Arbeiten war und dort auch mit vielen der BewohnerInnen in Kontakt war. ‚Iri, hast du noch gar nicht die Gartenzwerge heraußen?‘, hätten sie zu ihr gesagt, weil sie diese im Winter immer ins Innere geräumt und dort auch gestrichen hat. ‚Das haben sie selber gemacht?‘, frage ich Frau Mischke. ‚Ja, selber, gestrichen und geputzt‘, sagt Frau Mischke. Sie lächelt, es sind offenbar gute Erinnerungen. ‚Wie eine Hausmeisterin‘ sagte Hella weiter, sie hat auch die Waschküche in Schuss gehalten, da gab es eine Dusche und Waschküche zum Anheizen, das hat alles sie gemacht (Frau Mischke\53_M_Biografie_Hella II-17)“ (ebd., S. 195).

Abb. 1: Engel in der Handtasche 2 – eigene Fotografie (Tatzer 2017, S. 192)



Der Plot – „Weil das irgendwie mein Ding ist“ – Ausschnitt aus der Interpretation

Bei allen Situationen, in denen die Engel aus der Tasche geholt, hergezeigt und arrangiert werden, generierte Frau Mischke Bedeutung aus diesen Erzählungen über sich und die Menschen, mit denen sie in Kontakt stand. Hella erzählte von der starken Hausgemeinschaft und der wichtigen Rolle, die Frau Mischke dabei gespielt hat. Die Engel weisen mit den Gartenzwergen aus ihrer Vergangenheit eine erstaunliche Gemeinsamkeit auf: Frau Mischke verwendete sie, um mit anderen in Kontakt zu treten und etwas über sich auszusagen. Es ist eine veränderte Form von Kontinuität, die auf den ersten Blick sinnlos erscheint: Warum sollte jemand sieben Engelsfiguren in der Handtasche mit sich herumtragen? Im Kontext der Demenzstation kann das nicht nur symbolisch, sondern auch pragmatisch erklärt werden: Die Kästen der Bewohner*innen werden tagsüber zuge-sperrt. Bis auf die Objekte, die in das Nachtkästchen passen, können die Personen daher nicht auf ihre persönlichen Gegenstände zugreifen. Es kommt häufig vor, dass Gegenstände, die nicht gekennzeichnet sind, von anderen Bewohner*innen mitgenommen werden. Auch Frau Mischke ‚sammelt‘ Gegenstände, die sie findet, die aber nicht ihr gehören.

Für sie als eine Frau, die ihr Leben lang gearbeitet hat und damit verbundene Werte wie Kollegialität und darüber hinaus auch Solidarität gelebt hat, ist der Mangel an für sie sinnstiftenden Aktivitäten bzw. Arbeiten offensichtlich schmerzhaft.

Das Tragen der Gegenstände kann auch als wehrhaftes Verhalten gedeutet werden: Frau Mischke fühlt sich eingesperrt – die Maßnahmen zu ihrem Schutz werden als unangenehm und einschränkend von ihr erlebt. Auf einer symbolischen Ebene kann das Tragen der Engel auch als Kontinuität und Ausdruck ihrer Persönlichkeit und Identität gedeutet werden. Frau Mischke hat den Raum, den

sie jahrelang gepflegt und gehegt hat und der ihr Sinn und aufgabenstiftend gedient hat, verloren, in der Handtasche aber einen Erinnerungsraum geschaffen, den sie im öffentlichen Bereich der Demenzstation mit sich trägt.

Die Hausmeisterin ohne Haus und Ricœurs Mimesis

Kann man ohne Haus eine Hausmeisterin sein? Die symbolische Deutung der Engel ist ohne die biografische Deutung der Geschichte und die Interpretation der Tochter nicht möglich. Die Erzählung, die Frau Mischke und ihre Tochter gemeinsam bieten, wird durch die Gegenstände ‚getriggert‘ – ohne sie wäre es eine andere Geschichte. Der positive Plot von Frau Mischke als Hausmeisterin, die sich um Gartenhof, Waschküche, aber auch um die Menschen in ‚ihrem‘ Gemeindebau gekümmert hat, vermittelt ein positives Selbstbild, dass sie noch als ältere Frau erlebt hat. Der Umzug in eine Einrichtung der stationären Langzeitpflege und der Verlust ihrer Wohnung sind schmerzhaft für sie, der Wunsch, nach Hause zu gehen, ist immer wieder präsent. Die Bedeutung der Engel ist vielfältig und reicht von der Vergangenheit in die Gegenwart: Es sind Erinnerungsstücke, Geschenke von Familienmitgliedern, Enkelkindern und Objekte aus dem ‚Zuhause‘. Sie bringen sie zu Geschichtsfragmenten, in denen sie die ‚Oma‘, ‚Tante‘ ist, die in Beziehung zu ihrer Familie steht. Die Engel werden gepflegt, mit sich getragen, auch vor Diebstahl durch Mitbewohnende geschützt und auch wenn sie beschädigt sind, behalten.

Stärken und Grenzen der ‚Enacted Narratives‘ mit Menschen mit fortgeschrittener Demenz

An dieser Stelle möchten wir die Stärken und Grenzen des methodischen und analytischen Ansatzes darstellen. Der Ansatz weist eine Reihe von Stärken besonders mit der schwer zugänglichen, verletzbaren Gruppe von Menschen mit fortgeschrittener Demenz auf:

- *Erforschen von Transitionen:* Ein besonders wichtiger Pluspunkt ist, Fragestellungen, die Übergänge und stabile Elemente beinhalten, gleichzeitig und gemeinsam darstellen zu können. Im hier dargestellten Beispiel ist es Identität, die aus Veränderung und Kontinuität besteht.
- *Erfassen spontaner Erzählungen und Perspektiven:* ‚Spontane‘ Narrative von Menschen mit Demenz werden erfasst und dienen als Datenquelle – diese werden sonst häufig eher vernachlässigt. Narrative werden dabei nicht nur als erzählte Geschichten verstanden, sondern aus Aktivitäten entstehend und in Aktivitäten begründet. Das kommt den Ausdrucksmöglichkeiten von Menschen mit

fortgeschrittener Demenz entgegen, die sich häufig über Verhalten, Symbole, Laute, Gestik etc. ausdrücken können, trotz eingeschränkter verbaler Ausdrucksmöglichkeiten.

- *Kompensation erwünscht und ermöglicht*: Auch bei starken Wortfindungsstörungen oder anderen verbalen Einschränkungen ist es möglich, durch bekannte Personen beim Erzählen Hilfestellung zu geben, zum Beispiel durch Angehörige. Dieses ‚Scaffolding‘, das Aushelfen oder ‚Einrüsten‘ der zum Teil fragmenthaften Narrative durch Angehörige bietet eine Interpretationshilfe (Hydén 2013).
- *Leiblichkeit und Körper*: Embodiment und leibliche Aspekte des Geschichtenerzählers können als Ressource genutzt und erfasst werden (ebd.), auch bei nonverbalen Personen.
- *Intersektionale Aspekte*: Eine weitere Stärke des Ansatzes, ist es, intersektionale Aspekte sichtbar zu machen. Im Fall von Frau Mischke sind es Alter, Behinderung (Demenz), Geschlecht und Klasse (Arbeiterin), die unterschiedlichen Einfluss auf die Geschichte haben und sichtbar gemacht werden können.
- *Praxisanwendung*: Die starke theoretische Basis der Analyse bzw. der Methode ist auch für die Praxis hilfreich, zum Beispiel um einen theoretischen Hintergrund für psychosoziale Interventionen mit Menschen mit Demenz zu bieten, die auf Aktivität und Biografiearbeit basieren (z. B. Reminiszenz).
- *Transaktionale Analyse*: Transaktionen, die über das Individuum hinausgehen, können in ihrem Kontext sichtbar dargestellt werden (Dickie/Cutchin/Humphry 2006, Alsaker/ Josephsson/Dickie 2013).

Der Ansatz ist aber auch mit Herausforderungen verbunden:

- *Der Zugang zum Feld ist voraussetzungsvoll*: Beobachtungen im Pflegeheim verlangen ein sensibles Vorgehen und vertrauensvolles Verhältnis zu Personal und Angehörigen.
- *Hoher Zeitaufwand*: Der Zeitaufwand für Datensammlung und -analyse ist hoch.
- *Awareness und Reflexion*: Das Bewusstsein für eigene Projektionen der forschenden Person muss geschärft und laufend reflektiert werden – vor allem Annahmen über Alter und Behinderung (Dewing 2009).
- *‚Outing‘ der forschenden Person*: Die eigene Vulnerabilität sollte sichtbar gemacht werden, da sie auf den Forschungsprozess Einfluss nimmt. Auch Verlinkungen der ‚Story‘ zur eigenen Biografie sollten im Sinne der Transparenz offengelegt werden. Im dargestellten Projekt wurde die Demenz der Großmutter von Verena Tatzler in einem Kapitel der Dissertation reflektiert und eigene Betroffenheit dargestellt. Diese Offenheit kann in sehr stark biomedizinisch geprägten Wissenschaftskulturen als Schwäche der Forschung missverstanden werden.

- *Notwendiges Organisieren von Reflexion und Reflexivität* (Finlay 2000; 2002): Strukturen wie Peergroups, Supervision und gute Betreuung durch erfahrene Forschende sind für narrative Analysen Voraussetzung (Tatzer/Reitinger 2023).
- *Organisation von Interpretationsgruppen*: Mögliche Interpretationen verlangen, so wie andere qualitative Analyseformen auch – eine Gruppe an Personen, die mögliche ‚Stories‘ und ‚Plots‘ interpretiert. Diese müssen organisiert werden.
- *Wissen über Demenz und Kommunikationsfähigkeit*: Möglichkeiten zur Partizipation sollten den Fertigkeiten der Personen mit kognitiver Einschränkung entsprechend geboten werden (Heimerl et al. 2019); dies verlangt ein Grundwissen über kognitive Einschränkungen sowie kommunikative Kompetenz der forschenden Person. Im dargestellten Beispiel war die Forscherin Ergotherapeutin mit jahrelanger Erfahrung in der klinischen Praxis mit Personen mit Demenz.

Conclusio

- Der *Narrative-in-action*-Ansatz hat sich sehr in der Anwendung mit Menschen mit fortgeschrittener Demenz in der Langzeitpflege bewährt.
- Er ist auch für andere Personen mit kognitiven Einschränkungen oder non-verbalen Personen ein brauchbares Werkzeug auf einer soliden theoretischen Basis, die auch für psychosoziale Interventionen verwendet werden kann.
- Scheinbar triviale Alltagsaktivitäten und scheinbar ‚komisches‘ Verhalten waren mit hoher symbolischer Bedeutung versehen. Diese symbolische Bedeutung zu nutzen, sollte mehr in der Langzeitpflege angewandt werden, um Wohlbefinden zu steigern.
- Der umstrittene Begriff der ‚Verhaltensstörungen‘ sollte kritisch betrachtet werden, da das Verhalten oft sehr sinnvoll ist.
- Forschende können mit diesem Vorgehen ein realistischeres, differenzierteres und daher auch positiveres Bild von Menschen, die mit demenziellen Veränderungen leben, erzählen.

Literatur

- Alsaker, Sissel/Bongaardt, Rob/Josephsson, Staffan (2009): Studying Narrative-in-Action in Women With Chronic Rheumatic Conditions. In: *Qualitative Health Research* 19, H. 8, S. 1154–1161.
- Alsaker, Sissel/Josephsson, Staffan (2003): Negotiating Occupational Identities while Living with Chronic Rheumatic Disease. In: *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 10, H. 4, S. 167–176.
- Alsaker, Sissel/Josephsson, Staffan/Dickie, Virginia A. (2013): Exploring the Transactional Quality of Everyday Occupations Through Narrative-in-Action: Meaning-Making Among Women Living with Chronic Conditions. In: Cutchin, Malcolm P./Dickie, Virginia A. (Hrsg.): *Transactional Perspectives on Occupation*. New York: Springer, S. 65–77.
- Angrosino, Michael V. (2007): *Doing ethnographic and observational research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Auer, Stefanie R./Hofler, Margit/Linsmayer, Elisabeth/Beránková, Anna/Prieschl, Doris/Ratajczak, Paulina/Steffl, Michal/Holmerová, Iva (2018): Cross-sectional study of prevalence of dementia, behavioural symptoms, mobility, pain and other health parameters in nursing homes in Austria and the Czech Republic: results from the DEMDATA project. In: *BMC Geriatrics* 18, H. 1, S. 178.
- Clark, Florence/Carlson, Michael/Polkinghorne, Donald (1997): The legitimacy of life history and narrative approaches in the study of occupation. In: *American Journal of Occupational Therapy* 51, H. 4, S. 313–317.
- Coeckelbergh, Mark/Reijers, Wessel (2016): Narrative Technologies. A Philosophical Investigation of the Narrative Capacities of Technologies by Using Ricœur's Narrative Theory. In: *Human Studies* 39, H. 3, S. 325–346.
- Cortazzi, Martin (2001): Narrative analysis in ethnography. In: Atkinson, Paul/Coffey, Amanda/Delamont, Sara/Lofland, John/Lofland, Lynn (Hrsg.): *Handbook of ethnography*. Thousand Oaks, CA: Sage, S. 384–394.
- Dewing, Jan (2009): Making it work: a model for Research and Development in Care Homes. In: Froggatt, Kathrine/Davies, Sue/Meyer, Julianne (Hrsg.): *Understanding care homes a research and development perspective*. London: Jessica Kingsley Publishers, S. 222–241.
- Dickie, Virginia A./Cutchin, Malcolm/Humphry, Ruth (2006): Occupation as Transactional Experience: A Critique of Individualism in Occupational Science. In: *Journal of Occupational Science* 13, H. 1, S. 83–93.
- Dowling, William C. (2011): Mimesis. In: Dowling, William C. (Hrsg.): *Ricœur on time and narrative: an introduction to Temps et récit*. University of Notre Dame Press, S. 1–17.
- Ericsson, Irène/Hellström, Ingrid/Kjellström, Sofia (2011): Sliding interactions: An ethnography about how persons with dementia interact in housing with care for the elderly. In: *Dementia* 10, H. 4, S. 523–538.
- Finlay, Lina (2002): „Outing“ the researcher: the provenance, process, and practice of reflexivity. In: *Qualitative Health Research* 12, H. 4, S. 531–545.
- Finlay, Linda (2002): Negotiating the swamp: the opportunity and challenge of reflexivity in research practice. In: *Qualitative Research* 2, H. 2, S. 209–230.
- Flick, Uwe (2007): *Designing qualitative research*. London: Sage.
- Gubrium, Jaber F./Holstein, James A. (2008): Narrative Ethnography. In: Hesse-Biber, Sharlene N./Leavy, Patricia (Hrsg.): *Handbook of emergent methods*. New York: Guilford Press, S. 241–263.
- Heimerl, Kathrin/Pichler, Barbara/Plunger, Petra/Tatzer, Verena. C./Reitinger, Elisabeth (2019): Partizipation von Menschen mit Demenz fördert ihre Gesundheit. In: Gebhard, Doris/Mir, Eva (Hrsg.): *Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen mit Demenz: Grundlagen und Interventionen*. Berlin/Heidelberg: Springer, S. 105–122.

- Holthe, Torhild/Thorsen, Kirsten/Josephsson, Staffan (2007): Occupational patterns of people with dementia in residential care: an ethnographic study. In: *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 14, H. 2, S. 96–107.
- Hydén, Lars-Christer (1997): Illness and narrative. In: *Sociology of Health & Illness* 19, H. 1, S. 48–69.
- Hydén, Lars-Christer (2010): Identity, Self, Narrative. In: Hyvärinen/Matti (Hrsg.): *Beyond narrative coherence*. Amsterdam: John Benjamins Pub, S. 33–48.
- Hydén, Lars-Christer (2011): The Importance of Providing Scaffolding to Support Patient Narratives When Brain Damage Impairs Storytelling Ability. In: *Topics in Stroke Rehabilitation* 18, H. 1, S. 52–54.
- Hydén, Lars-Christer (2013): Storytelling in dementia: embodiment as a resource. In: *Dementia* 12, H. 3, S. 359–367.
- Hydén, Lars-Christer/Öruly, Linda (2009): Narrative and identity in Alzheimer's disease: A case study. In: *Journal of Aging Studies* 23, H. 4, S. 205–214.
- Josephsson, Staffan/Asaba, Eric/Jonsson, Hans/Alsaker, Sissel (2006): Creativity and order in communication: implications from philosophy to narrative research concerning human occupation. In: *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 13, H. 2, S. 86–93.
- Kielsgaard, Kamilla/Horghagen, Sissel/Nielsen, Dorthe/Kristensen, Hanne K. (2021): Moments of meaning: Enacted narratives of occupational engagement within a dementia town. In: *Journal of Occupational Science* 28, H. 4, S. 510–524.
- Kleemann, Frank/Krähnke, Uwe/Matuschek, Ingo (2009): Narrationsanalyse. In: Kleemann, Frank/Krähnke, Uwe/Matuschek, Ingo (Hrsg.): *Interpretative Sozialforschung Eine praxisorientierte Einführung*. Wiesbaden: Springer VS/GWV, S. 63–110.
- Koch-Straube, Ursula (2003): *Fremde Welt Pflegeheim: eine ethnologische Studie*. Mannheim: H. Huber.
- Mattingly, Cheryl (1998): *Healing dramas and clinical plots: the narrative structure of experience*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Newerla, Andrea (2012): *Verwirrte pflegen, verwirrte Pflege? Handlungsprobleme und Handlungsstrategien in der stationären Pflege von Menschen mit Demenz: eine ethnographische Studie*. Berlin; Münster: Lit.
- Nygaard, Louise (2006): How can we get access to the experiences of people with dementia? Suggestions and reflections. In: *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 13, H. 2, S. 101–112.
- Orrell, Martin/Hancock, Geraldine A./Liyanage, Kumari C./Woods, Bob/Challis, David/Hoe, Juanita (2008): The needs of people with dementia in care homes: the perspectives of users, staff and family caregivers. In: *International Psychogeriatrics* 20, H. 5, S. 941–951.
- Polkinghorne, Donald E. (1995): Narrative Configuration in qualitative analysis. In: *Qualitative Studies in education* 8, H. 1, S. 5–23.
- Ricœur, Paul (1988): Zeit und Erzählung. In: Ricœur, Paul (Hrsg.): *Zeit und Erzählung*. Paderborn: Fink, S. 86–135.
- Ricœur, Paul/Blamey, Kathleen/Thompson, John B. (2008): *From text to action essays in hermeneutics, II*. London: Continuum.
- Robertson, Jane M. (2014): Finding meaning in everyday life with dementia: A case study. In: *Dementia* 13, H. 4, S. 525–543.
- Satink, Ton/Josephsson, Staffan/Zajec, Jana/Cup, Edith H./de Swart, Bert J./Nijhuis-van der Sanden, Maria W. (2016): Negotiating role management through everyday activities: narratives in action of two stroke survivors and their spouses. In: *Disability and Rehabilitation* 38, H. 24, S. 1–11.
- Tatzer, Verena C. (2017): „Das ist irgendwie mein Ding“. Aktivität und Partizipation aus Sicht von Menschen mit mittelschwerer und schwerer Demenz in der Langzeitpflege. Eine narrative Studie [unpublished, Alpen-Adria-Universität Klagenfurt]. Klagenfurt.

- Tatzer, Verena C. (2019): Narratives-in-action of people with moderate to severe dementia in long-term care: Understanding the link between occupation and identity. In: *Journal of Occupational Science* 26, H. 2, S. 245–257.
- Tatzer, Verena C. / Reitingger, Elisabeth (2023): „Take me to the back, or they’ll think I am not normal“ – Ethical reflections on narrative research with people with dementia living in long-term care institutions. In: *Social Sciences & Humanities Open* 7, H. 1, 100491.
- Tatzer, Verena C. / Satink, Ton / Josephsson, Steffan / Alsaker, Sissel (2019): Using the narrative-in-action approach to better understand transitions of people with cognitive impairment. Amsterdam: Occupational Science Europe Conference.
- Ulfseth, Lena A. / Josephsson, Staffan / Alsaker, Sissel (2015): Meaning-Making in Everyday Occupation at a Psychiatric Centre: A Narrative Approach. In: *Journal of Occupational Science* 22, H. 4, S. 422–433.

Die dokumentarische Methode der Videointeraktionsanalyse

Ein Forschungszugang zur Rekonstruktion sozialer Praxis der Pflege am Beispiel „gestisch-kommunikativen Handelns als Bindeglied zwischen Sprache und Handeln bei Menschen mit Demenz“

Beatrix Döttlinger

Dieser Beitrag stellt exemplarisch vor, wie die dokumentarische Methode (DM) der Videointeraktionsanalyse nach Ralf Bohnsack (2009) bei einer Untersuchung, in die Menschen mit Demenz involviert sind, umgesetzt werden kann. Ziel dieses Beitrags ist es darzulegen, wie dieser rekonstruktiv-praxeologische Forschungsansatz angewandt wurde, um inkorporierte Handlungspraktiken bis hin zu vorreflexivem Interaktionsverhalten analysieren zu können. Dem ersten Analyseschritt der DM kommt in diesen Beitrag eine besondere Bedeutung zu, denn im Zuge der Forschungsarbeit wurde eine eigenständige Methode der Videotranskription entwickelt, um den Forschungsgegenstand in dieser Arbeit angemessen berücksichtigen zu können. In Verbindung mit diesem Analyseschritt wird die Gegenstandsangemessenheit in dieser Studie erläutert. Hinsichtlich dessen wird in diesem Beitrag nach einer Hinführung zu meiner Forschungsarbeit, die ich am Deutschen Zentrum für neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) am Standort Witten über fünf Jahre als Doktorandin durchgeführt habe, der Forschungsgegenstand und die hierzu relevanten Fragestellungen konkretisiert. Die einzelnen Analyseschritte werden je mit einem Beispiel aus der praktischen Arbeit veranschaulicht. Dabei werden Ausschnitte aus unterschiedlichen Ergebnisformaten der Untersuchung vorgestellt. Im Zuge dessen werden folgende Fragestellungen erörtert.

Wie geeignet war die DM für dieses Forschungsvorhaben? Wie geeignet ist die Methode zur Erforschung des Phänomens Demenz? Welche Fähigkeiten sind von Seiten der Forscherinnen notwendig, um Selbstäußerungen von Menschen mit Demenz zu verstehen?

Hinführung

Eine fortschreitende demenzielle Erkrankung ist begleitet von kognitiven Einbußen im planerischen Handeln, dem Rückgang von Alltagsfertigkeiten und Orientierungsmöglichkeiten (Bartholomeyczik et al. 2006). Veränderungen in der Kommunikation, Interaktion und Beziehungsgestaltung stellen die Betroffenen und deren Pflegende/Betreuungspersonen vor große und stetige Herausforderungen. Personen mit fortgeschrittener Demenz befinden sich dadurch in einer asymmetrischen Beziehung mit ihren versorgenden Pflegenden, die von hoher Abhängigkeit gekennzeichnet ist (Panke-Kochinke 2014; Sachweh 2009). Dementsprechend stellen sich zahlreiche begründete Fragestellungen, wie etwa: Wie kann eine professionell Pflegende¹ mit einer Person mit fortgeschrittener Demenz in einen kommunikativen Austausch gelangen, wenn Worte zur Kommunikation nicht greifen? Wie kann sie Angebote gestalten, wie beispielsweise sich zu waschen oder einfach nur sich auf einen Stuhl zu setzen, ohne gleich am Menschen ‚Hand anzulegen‘? Wie kann eine professionell Pflegende eine Person mit fortgeschrittener Demenz in Alltagsaktivitäten in ihrem Streben nach Autonomie und Selbstregulation unterstützen?

So ist eine zentrale Rolle pflegerischer Hilfeleistung und Begleitung von Menschen mit Demenz, Wege zum Gegenüber zu suchen und zu finden. Durch ein empathisches Mit-Erleben in beruflichen Alltagsinteraktionen haben Pflegende eine besondere Aufmerksamkeit gegenüber Personen mit schwerer Demenz entwickelt. Diese Aufmerksamkeit führte immer mehr zu veränderten Gesprächsstrukturen und veränderten Kommunikationsformen, die in der direkten Interaktion beobachtbar sind (Döttlinger 2018a).

Eine zentrale Kommunikationsform in meiner langjährigen Pflegepraxis ist gestische Handlungskommunikation, gerade dann, wenn Worte zur Kommunikation nicht mehr greifen. Denn Menschen im schweren Stadium einer Demenz können einen verbalen Handlungsvorschlag häufig nicht umsetzen – so meine Praxiserfahrung. Damit Pflegende nicht sofort handelnd eingreifen und dadurch Personen mit fortgeschrittener Demenz in ihrer Selbstbestimmung und Selbstregulation einschränken, habe ich diese gestische Form der Handlungskommunikation in der Praxis und durch die Praxis entwickelt. Das Wissen über die oft problemproduzierenden Kommunikationspraktiken teilte und reflektierte ich über Jahre mit einigen Kolleginnen. Im Zuge dieser Problemstellung haben wir gestische Handlungskommunikation weiterentwickelt, ausgebaut und verfeinert. Mittlerweile ist gestische Handlungskommunikation eine wesentliche Kommunikationsform in der Begleitung von Menschen mit

1 In diesem Beitrag werden aus Gründen der Lesbarkeit geschlechtsneutrale Formulierungen nicht explizit gesucht. Es ist immer auch das andere Geschlecht gemeint, wenn im Text eine spezifische Schreibweise gewählt wurde.

Demenz, die deren Selbstbestimmung und Selbstregulation so lange als möglich aufrechterhält, auch wenn diese kognitiv nicht in der Lage sind, verbal zu kommunizieren. Jedoch hat sich bis dato diese personengebundene Expertenpraxis einem wissenschaftlichen Regelwissen entzogen. Hinsichtlich dessen war es das zentrale Ziel meiner Forschungsarbeit, diese pflegewissenschaftliche Lücke zu füllen.

Ziel der Studie

Ziel der Studie war es, die durch die Alltagspraxis einverlebten Interaktions- und Handlungspraktiken zwischen Pflegeexpertinnen und Menschen mit fortgeschrittener Demenz mit dem Fokus darauf beschreiben und erklären zu können, *was* die Akteurinnen im selbstverständlichen menschlichen Miteinander in der gelebten Praxis tun und *wie* sie das tun. Des Weiteren wurde die professionelle Handlungspraxis in ihrer gesamten Ausdruckshaftigkeit, und darin inbegriffen deren kommunikatives Handeln, erörtert. Die Studie zielte darauf ab, so das Verständnis professionell pflegerischen Handelns in der Beziehungs- und Interaktionsgestaltung mit Menschen mit fortgeschrittener Demenz zu erweitern und dadurch gerade die Selbstbestimmung und Selbstregulation von Menschen mit Demenz zu stärken.

Forschungsgegenstand

Der Gegenstand der Studie war der Einsatz von gestischer Handlungskommunikation zwischen Pflegeexpertinnen und Personen mit fortgeschrittener Demenz. Die beiden Pflegeexpertinnen und ich haben sich, zusätzlich zu ihrer Expertise als Praxisbegleiterinnen Basale Stimulation® (BS), Kenntnisse zu *gestisch-kommunikativem Handeln* in beruflichen Sozialisationsprozessen in pflegerischen Handlungsinteraktionen mit Menschen mit fortgeschrittener Demenz angeeignet sowie ausgebaut und verfeinert.

Gestisch-kommunikatives Handeln meint in dieser Untersuchung, wenn eine Pflegeexpertin durch symbolische Gesten eine Handlung sinnbildlich simuliert, mit dem Ziel, einer Person mit fortgeschrittener Demenz ein Orientierungsangebot bezogen auf eine Handlung zu machen. Durch die Spiegelung einer Geste soll die Person mit Demenz dahin geführt werden, die damit verbundene Handlung eigenaktiv umsetzen zu können, wenn sie möchte.

Hinsichtlich dessen ist eine Annahme in der sozialen Praxis der Pflege, dass, wenn Personen mit fortgeschrittener Demenz durch gestisch-kommunikatives Handeln in ihrer Eigenaktivität unterstützt werden, sie dadurch auch in ihrem

Streben nach Autonomie² und Selbstregulation unterstützt werden können. Eine weitere Annahme ist, dass eine enge Beziehung zwischen *selbstregulierend sein* (Grossarth-Maticsek 2003) und *Selbstwirksamkeit* (Bandura 1977) besteht, das heißt wenn eine Person mit fortgeschrittener Demenz durch körperliche Aktivität selbstregulierend ihren Alltag mitgestalten kann, resultiert daraus ein positives Empfinden von Selbstwirksamkeit (vgl. Döttlinger 2018a).

Forschungsfrage

Auf Grundlage dieses Forschungsgegenstandes und den damit verbundenen theoretisch- philosophischen Vorannahmen (siehe unten) wurde eine Standortbestimmung vorgenommen, die zu folgender Fragestellung führte:

- *Wie* gestaltet sich die verbale und nonverbale Interaktion zwischen Pflegeexpertinnen und Personen mit fortgeschrittener Demenz bei gestisch-kommunikativem Handeln?

Folgende Fragen sollen helfen, diesem Forschungsinteresse nahezukommen:

- *Wie* orientieren sich Personen mit fortgeschrittener Demenz und Pflegeexpertinnen in ihrem sprachlich, visuellen, gestisch-kommunikativen Handeln aneinander?
- *Wie* werden Handlungen kommuniziert?
- In welchem Verhältnis stehen Sprache und Gesten zueinander?
- *Wie* koordinieren sie ihre Handlungen in der zeitlichen Abfolge aneinander?
- *Wie* halten die Interaktionspartnerinnen eine Interaktions- und Kommunikationsbeziehung?
- *Wie* reagieren Personen mit fortgeschrittener Demenz auf eine angebotene symbolische Geste eines Handlungsfortgangs?
- Werden und *Wie* werden die Personen mit fortgeschrittener Demenz in ihrem Streben nach Autonomie und Selbstregulation von den Pflegeexpertinnen unterstützt?
- Gibt es besondere Merkmale bei dieser Art der Interaktions- und Beziehungsgestaltung?

2 In dieser Untersuchung wurden die Begriffe Autonomie und Selbstbestimmung synonym verwendet.

Theoretische Grundlagen

Entsprechend der Thematik des Forschungsprojektes wurde im theoretischen Rahmen dieser Untersuchung auf die Erkrankung Demenz aus verschiedenen Gesichtspunkten eingegangen. Das Konzept „Basale Stimulation®“, das Grundlage der Fachexpertise der in diese Untersuchung einbezogenen Pflegeexpertinnen war, wurde vorgestellt.

Den theoretischen Referenzrahmen dieser ethnografischen Untersuchung bilden Grundlagen zur ‚Gesten- und Interaktionsforschung‘. Im Fokus steht hier der ‚Symbolische Interaktionismus‘ nach George H. Mead (1973), welcher die ‚Geste‘ zwischen dem Instinkt und symbolischem Kommunikationsverhalten ansiedelte. Bezugspunkte bilden zudem die Themen ‚Gestik zur Kommunikation‘ (vgl. Ekman/Friesen 1984; Kendon 1970; McNeill 1992), Ray L. Birdwhistells (1968) Konzept der ‚Kinesics‘ und ‚Multimodalität in der Kommunikation‘ (vgl. Fricke 2012; Posner 1986). Die biologische Basis von motorischem Wissen, das sogenannte ‚Spiegelneuronensystem‘ (vgl. Rizzolatti/Sinigaglia 2008), wurde in Ansätzen einbezogen, da es eine Schlüsselrolle im pragmatischen, vorbegrifflichen und vorsprachlichen Verstehen spielt. Da der Forschungsgegenstand vorrangig auf der vorsprachlichen Ebene angesiedelt war, wurde zudem auf Forschungsarbeiten des Entwicklungspsychologen Daniel Stern (2006) zur ‚vorsprachlichen sozialen Interaktion‘ Bezug genommen (ausführlich siehe Döttlinger 2018a).

Methodologischer Rahmen

Für die Untersuchung wurde ein ethnografisch-qualitativer Forschungsansatz gewählt. Die videografisch angelegte Untersuchung folgte mit dem rekonstruktiv-praxeologischen Forschungsansatz den Prinzipien der dokumentarischen Methode (DM) der Interpretation nach Ralf Bohnsack (2009).

Die dokumentarische Methode

Bohnsack (2009) entwickelte die dokumentarische Methode (DM) orientiert an der ‚Wissenssoziologie‘, wie sie von Karl Mannheim (Mannheim 1952) in den 1920er Jahren begründet wurde, weiter. Mannheim war bestrebt, einen theoretischen wie auch methodologisch-methodisch kontrollierten Zugang zu jenen Bereichen des Wissens zu entwickeln, die unsere alltägliche Handlungspraxis orientieren (Bohnsack 2009). Das Wissen, das in dieser Praxis angeeignet wird und das diese Praxis zugleich orientiert, ist ein präreflexives, in Mannheims Begrifflichkeit „atheoretisches Wissen“ (Mannheim 1964, S. 100). Ein zentraler Begriff ist der des „*konjunktiven Erfahrungsraums*“ (ebd., S. 216). Er fasst das, was

sich im selbstverständlichen menschlichen Miteinander in der gelebten Praxis vollzieht (Bohnsack/Nentwig-Gesemann/Nohl 2013; Przyborski 2004).

Der in dieser Untersuchung interessierende konjunktive Erfahrungsraum ergibt sich zwischen den Pflegeexpertinnen (mich inbegriffen) im Kontakt mit Menschen mit fortgeschrittener Demenz. Diese hier entwickelten Wissensbestände sind als atheoretisches, implizites Wissen zu bezeichnen (vgl. Döttlinger 2021a). Es geht dabei um implizite Orientierungen, die das Denken und praktische Handeln bestimmen. Ein theoretisch-reflexiv verfügbares Wissen der Erforschten wäre kommunikativ-generalisiertes Wissen.

In meiner Studie gab es eine Person mit fortgeschrittener Demenz, die sich verbal nicht mehr äußern konnte. Sie hätte sich verbal über ihre Situation mit der Erkrankung Demenz nicht mitteilen können. Deshalb ist die Methodenwahl essenziell, damit die Äußerungsmöglichkeiten und -formen einer Person im schweren Stadium einer Demenz erfasst werden können und ihr auch als Forscherin auf Augenhöhe begegnet werden kann. So kann vulnerablen Personen, die sich verbal nicht äußern können, „eine je eigene Stimme gegeben werden“ (Nover/Amekor 2021, S. 102).

Diesbezüglich eröffnet gerade die DM „mit der Kategorie des ‚atheoretischen Wissens‘ den Blick auf eine Sinnstruktur, die bei den Akteuren selbst wissensmäßig repräsentiert ist, ohne aber Gegenstand ihrer Reflexion zu sein. Somit gehen die Beobachter – und dies ist entscheidend – nicht davon aus, dass sie mehr wissen als die Akteure oder Akteurinnen, sondern davon, dass letztere selbst nicht wissen, was sie da eigentlich alles wissen“ (Bohnsack 2009, S. 19). Man spricht hier auch von einer praxeologischen Wissenssoziologie. Bei der praxeologischen Wissenssoziologie und Praxeologie im Sinne von Bourdieu (2009) handelt es sich, folgt man Bohnsack, um einen erweiterten Konstruktivismus. Dieser erfasst nicht nur die interpretative, sondern beschreibt auch konkret die handlungspraktische Herstellung und Konstruktion von Welt (vgl. Bohnsack 2009). Gerade das war ein zentrales Anliegen in der Fragestellung meiner Forschungsarbeit.

Im Kontext dazu bietet die an der DM orientierte Videointeraktionsanalyse einen Zugang zur Eigenlogik des Bildlichen bzw. Visuellen und der körperlichen Ausdrucksformen (Bohnsack/Fritsche/Wagner-Willi 2014). Dadurch war es in der Studie möglich, Handlungsprozesse und grundlegende Orientierungen der Akteure auch ohne deren verbale Äußerungen zu analysieren. Denn das Wissen der Pflegenden über ihre inkorporierte Handlungsroutine zur symbolischen Spiegelung von Handlungsfortgängen ist zwar fachwissenschaftlich bei den Pflegeexpertinnen vorhanden, jedoch nur schwer verbalisierbar und kein theoretisches, reflexiv verfügbares Wissen (Mannheim 1964). Denn es handelt sich hier um verinnerlichte Handlungspraktiken, die auf der Ebene eines vorreflexiven Interaktionsverhalten angesiedelt sind und dennoch aufgedeckt werden müssen.

Darüber hinaus bietet die DM einen empirisch-methodischen Zugang zum Habitus sozialer Praxis der Pflege, über die Rekonstruktion visuell dargebotener

Interaktionsgestaltung (gestisch-kommunikativer Interaktions- und Beziehungsgestaltung) und vornehmlich nonverbaler Interaktion in methodisch kontrollierter Weise.

Grundlegende methodische Prinzipien der dokumentarischen Methode

Im Folgenden wird die empirische Verfahrensweise der DM mit ihren Interpretationsschritten kurz vorgestellt. Die DM der Interpretation ist darauf ausgerichtet, das Charakteristische eines Kollektivs oder eines Individuums anhand dessen thematisch unterschiedlichen Äußerungen zu erfassen (vgl. Bohnsack 1989).

Nach der Auswahl des zentralen Falls beginnen die aufeinander aufbauenden Analyseschritte der *formulierenden* und der *reflektierenden Interpretation*.

Bohnsack (2009) verweist hierzu darauf, dass eine Interpretation im Sinne von Mannheim zwei Arten der Explikation unterscheidet: „eine Explikation des *Was*, des thematischen Gehalts, der thematischen (Formal-)Struktur, also die Thematisierung von Themen, wie sie durch die *formulierende Interpretation* geleistet wird, und die Explikation des *Wie*, des *modus operandi* oder der Orientierungsstruktur, wie sie durch die *reflektierende Interpretation* vorgenommen wird“ (ebd., S. 170; Herv. i. Orig.). Mannheim spricht hier vom „*immanentem*‘ (oder: ‚objektivem‘) und ‚*dokumentarischem*‘ Sinngehalt“ (Bohnsack/Nentwig-Gesemann/Nohl 2013, S. 76; Herv. i. Orig.).

Nach der formulierenden und reflektierenden Interpretation im Diskursverlauf folgen die „*Diskursbeschreibungen*“ (Bohnsack 1989, S. 23; Herv. i. Orig.), die als zusammenfassende Interpretationsschritte zu verstehen sind, um einen tiefergreifenden semantischen Gehalt der Ergebnisse verbalisieren zu können. Hierzu hat sich in der empirischen Arbeit ein sehr präzise anwendbares Begriffsinventar entwickelt (vgl. Przyborski 2004).

Für die empirische Verfahrensweise ist zudem von zentraler Bedeutung, die Selbstläufigkeit der interaktiven Bezugnahme, wie sie durch die wechselseitige aufeinander bezogene Interaktion vorangetrieben wird, zu rekonstruieren. Dies trägt dazu bei, dass zum einen die praktische Herstellung einer Interaktion und zum anderen handlungsleitende Orientierungen herauskristallisiert werden können (Bohnsack 2010). Der Orientierungsrahmen, der gerade mit der DM rekonstruiert werden soll, meint also die in verschiedenen konjunktiven Erfahrungsräumen erworbenen impliziten und handlungsleitenden Wissensbestände (Bohnsack/Przyborski 2006).

Der abschließende Analyseschritt ist die *komparative Analyse*. Im Rahmen der DM kommt der *komparativen Analyse* eine besondere Bedeutung zu, denn sie dient der methodischen Kontrolle der für die Reflexion notwendigen Vergleichshorizonte (Bohnsack 2010). „Die Bedeutung der Differenzierung von nonverbaler und verbaler Dimension liegt unter anderem darin, dass es dann möglich wird,

methodisch kontrolliert zu überprüfen, ob beide Dimensionen einander wechselseitig zu validieren vermögen, und somit die Analyse auf ein höheres Niveau der Gültigkeit zu heben“ (Bohnsack/Fritsche/Wagner-Willi 2014, S. 27).

Videografie als Methode der Datenerhebung

Der Einsatz bzw. die Auswertung von Videoaufzeichnungen haben in den aktuellen sozial-, bildungs- und kulturwissenschaftlichen Forschungen mittlerweile einen wichtigen Platz eingenommen (vgl. Corsten/Krug/Moritz 2010; Reichertz 2011). Gerade durch eine demenzielle Erkrankung verändern sich Alltagspraktiken professioneller Pflege in der Beziehungsgestaltung, die es notwendig machen, sich den Wahrnehmungs- und Kommunikationsmöglichkeiten einer Person mit fortschreitender Demenz anzupassen (Döttlinger 2018b). Um dieser Tatsache in der pflegewissenschaftlichen Forschung gerecht zu werden, ist es entscheidend, diese spezifischen Alltagspraktiken einer detaillierten, fast mikroskopischen Betrachtung zu unterziehen, um sie in ihrer Eigengesetzlichkeit und Eigensinnigkeit bis hin zur vorreflexiven Ebene der jeweiligen Interaktion erfassen zu können. Zudem musste eine wenig invasive Erhebungsmethode (durch feststehende Videokameras) gewählt werden, damit der alltägliche Ablauf der Interaktion zwischen Pflegeexpertin und einer Person mit fortgeschrittener Demenz nicht wesentlich beeinflusst wird. Darüber hinaus schafften die Videoaufzeichnungen einen Zugang zur Analyse von Gesten und anderen körperbezogenen Ausdrucksformen der Akteure, auch wenn sie noch so flüchtig sind, und ermöglichten eine detaillierte Analyse der audio-visuellen Daten. Der Einsatz bzw. die Auswertung von Videoaufzeichnungen hierfür ist meiner Expertise nach die sinnvollste Methode der Datenerhebung. Ebenso war es in dieser Untersuchung notwendig, die „*Verschränkung von Sequenzialität und Simultaneität*“ (Wagner-Willi 2004, S. 51; Herv. i. Orig.) herauszuarbeiten. Simultaneität findet sich dort, wo Handlungen zugleich, mit- und nebeneinander vollzogen werden. Sequenzialität ist eine am zeitlichen Nacheinander orientierte Ordnung (ebd.).

Ethisches Clearing

Von der Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (DGP) wurde das ethische Clearing zur Untersuchung erteilt.

Methodisches Vorgehen

In diesem Kapitel wird ausschnittsweise beschrieben und begründet, wie die videografische Datenerhebung und Datenauswertung in dieser Forschungsarbeit konkret umgesetzt wurde, um dem Forschungsinteresse gerecht zu werden (vgl. Döttlinger 2018a).

Datenerhebung

Basis der Analyse bildeten pflegerische Handlungssituationen und -interaktionen von ausgewählten Selbstpflegeangeboten für an Demenz erkrankte Personen. Nach vorab definierten Kriterien wurden die Probandinnen ausgewählt. Durch persönliche Ansprache durch die Autorin erfolgte die Auswahl der Pflegeexpertinnen. Die an Demenz erkrankten Personen wurden von den Pflegeexpertinnen vorgeschlagen. Zwei Fallanalysen aus unterschiedlichen Settings wurden durchgeführt und miteinander verglichen. In einer Testphase wurden die Videoaufnahmen im Feld erprobt, diese ging in die Haupterhebung ein.

Teilnehmerinnen

Teilnehmende Pflegeexpertin des zentralen Falles: Bei der Pflegeexpertin handelte es sich um eine 46-jährige Krankenschwester für Psychiatrie mit der Weiterbildung zur Praxisbegleiterin Basale Stimulation®, welche sie im Jahr 2008 absolviert hatte. Die Pflegeexpertin hatte in ihrer Pflegepraxis Erfahrungen mit gestisch-kommunikativem Handeln bei Menschen mit Demenz gesammelt. Zum Zeitpunkt der Datenerhebung 2011 hatte sie seit fast zehn Jahren in der Altenpflegeeinrichtung für Menschen mit Demenz gearbeitet, in der auch die Aufnahmen gemacht wurden.

Teilnehmende Person mit Demenz des zentralen Falles: Die Person mit Demenz war 87 Jahre alt. Sie hatte bis zum Zeitpunkt der Videoaufnahmen zwei Jahre in dieser Pflegeeinrichtung für Menschen mit Demenz gelebt. Zur Pflegeexpertin konnte sie in dieser Zeit eine vertrauensvolle Beziehung aufbauen. Ihre Diagnose war Alzheimer Demenz, gemischte Form (vaskuläre) – schweres Stadium. Der Pflegedokumentation war zum Thema *Handlungen umsetzen* zu entnehmen: Die Bewohnerin weist Symptome einer Dysphasie und Apraxie auf. Verbalisieren kann sie nur noch das Wort „ja“. Verbale Handlungsaufforderung wie etwa: „Sie können sich jetzt die Zähne putzen“ kann sie nicht umsetzen. Sie kann jedoch zeitweise spontan Handlungen wie Zähne putzen eigenaktiv beginnen, jedoch braucht sie Unterstützung beim Beenden der Handlung (vgl. Döttlinger 2018a).

Teilnehmende Pflegeexpertin des Vergleichsfalls: Bei der Pflegeexpertin handelte es sich um eine 55-jährige Krankenschwester für Psychiatrie mit der Weiterbildung

zur Praxisbegleiterin Basale Stimulation®, die sie 2005 absolvierte. Die Pflegeexpertin hatte in ihrer Pflegepraxis Erfahrungen mit gestisch-kommunikativem Handeln bei Menschen mit Demenz gesammelt. Zum Zeitpunkt der Datenerhebung 2011 hatte sie seit neun Jahren in der gerontopsychiatrischen Akutklinik gearbeitet, in der die Aufnahmen gemacht wurden.

Die Person mit Demenz, die in diese Untersuchung einbezogen wurde, hatte sie zum Zeitpunkt der Videoaufnahmen seit drei Tagen betreut.

Teilnehmende Person mit Demenz des Vergleichsfalls: Bei der Person mit Demenz handelte es sich um eine 54-jährige Patientin, die aus einer Langzeit-Altenpflegeeinrichtung in eine gerontopsychiatrische Akutklinik eingewiesen wurde. Am Tag der ersten Videoaufnahme war sie seit drei Tagen in dieser Klinik. Ihre Diagnose: Demenz vom Alzheimer Typ mit frühem Beginn – schweres Stadium. Die Patientin konnte sich noch verbal mitteilen. Der Einweisungsgrund war eine Progression der Alzheimer Erkrankung mit Nahrungsverweigerung (Essen und Trinken). Der Pflegedokumentation war zum Thema *Handlungen umsetzen* zu entnehmen: Die Patientin weist Symptome einer Apraxie auf. Die Patientin kann verbale Handlungsaufforderung nicht umsetzen, sie wirkt dann jeweils verunsichert, zweifelnd und/oder nicht-begreifend, was von ihr erbeten wird. Auch versucht sie oftmals Abstand zum Pflegepersonal herzustellen mit Fragen wie: „Was wollen Sie von mir?“ „Was wollen Sie?“ eine unterschwellige negativ besetzte Erregtheit sowie eine Missstimmung kann dabei herausgehört werden.

Kameraeinstellung

Die Wahl der Kameraaufstellung folgte bei allen Aufnahmen der Empfehlung von Michael Giesecke (2008). Zwei Personen, die während einer pflegerischen Alltagshandlung (z. B. Zähne putzen am Waschbecken oder Essen) in einem kommunikativen Austausch standen, wurden je mit einer Digitalkamera frontal aufgenommen. Der Vorteil dieser Aufnahmetechnik liegt darin, die beiden Interaktionspartnerinnen möglichst nah aufnehmen zu können, was eine detaillierte Analyse ermöglicht. Es musste sichergestellt werden, dass alle sichtbaren Äußerungen der Akteure zur Analyse wahrgenommen werden können. Ich wählte ausschließlich immer Alltagshandlungen und Aufnahmesituationen, in denen sich sowohl die Pflegeexpertin als auch die Person mit Demenz in einer sitzenden Position befanden, während sie miteinander interagierten. Beide Personen wurden bis zur Brusthöhe aufgenommen. Die Kameras standen auf einem Stativ und waren mit einem Weitwinkelaufsatz und einem externen Mikrofon ausgestattet. Sie wurden zu keiner Zeit der Aufnahmen bewegt. Ich als Forscherin war während der Videoaufnahmen nicht im Feld. Diese Vorgehensweise wurde bei allen Aufnahmen zur besseren Vergleichbarkeit der Analyse beibehalten. Die Videoaufnahmen wurden mit 25 Bildern pro Sekunde gedreht. Zur Analyse wurden die Aufnahmen nebeneinandergestellt und synchronisiert.

Datenanalyse

Das Transkript eines Videos muss wie ein Gesprächstranskript eindeutig auf das Ausgangsmaterial zurückgeführt werden können und hat wie dieses die Funktion einer wissenschaftlichen Lupe. Ein Videotranskript ermöglicht explizit die genaue Betrachtung und Interpretation der Wechselwirkung zwischen Bild- und Ton- bzw. Textebene und erleichtert das rasche Auffinden bestimmter Passagen (vgl. Przyborski/Wohlrab-Sahr 2010).

Für die Wahl der DM war ein weiteres entscheidendes Kriterium die methodologisch geforderte Trennung von Grunddaten (Videotranskript) und Interpretation der Forschenden. Da ich als Forscherin über die gleiche Pflegeexpertise verfüge und dementsprechend dem gleichen konjunktiven Erfahrungsraum angehöre, birgt dies das Risiko der erfahrungsgebundenen Einflussnahme in die Interpretationsarbeit durch meine Vorannahmen und impliziten Wissensbestände, die eventuell nicht bis zu meiner Reflexionsebene gelangen. Durch diese Art der Transkription des empirischen Materials auf einer vor-ikonografischen Ebene konnte ich ein Gefühl der Fremdheit zum Feld entwickeln. So gelang es mir durch die *eindeutige/einfache* Beschreibung von *Kineme* – „wie Kopf und Schulter gehen nach vorne“ – auf der Ebene der *Gebärden* – „Beugen des Rumpfes“ (vgl. Birdwhistell 1970; Bohnsack 2009), mich vom Feld zu distanzieren. Oder anders gesagt: Der Forscherin wird durch den Fokus auf das reine Transkribieren von Körperbewegungen im Videomaterial der wissenschaftlich notwendige Abstand vom interaktiven Geschehen ermöglicht. Dadurch entsteht eine Möglichkeit der empirischen Beschreibung dessen, was im Videomaterial sicht- und hörbar wird, ohne um-zu-Motive zu unterstellen, wie Ralf Bohnsack ausführt (vgl. Döttlinger 2021a).

Auswahl der Videosequenz für den zentralen Fall

Zu Beginn der Untersuchung habe ich Interaktionsszenen von fünf verschiedenen Pflegeexpertinnen und ihrer jeweiligen Interaktionspartnerin mit fortgeschrittener Demenz videografisch erfasst. Aus diesem Material wurde eine spezifische Sequenz für den zentralen Fall der Untersuchung ausgewählt, der folgende Einschlusskriterien erfüllen musste: „Der Beginn einer solchen Sequenz ist zu erkennen, wenn die Pflegeexpertin zu einer Handlung auffordert, die Handlung gestisch kommuniziert und die Person mit Demenz die Handlung umsetzt. Das Ende einer solchen Sequenz ist erreicht, wenn das Ende einer Handlung erreicht ist (z. B. Mund ausspülen, abbeißen von einem Brot)“ (Döttlinger 2018a, S. 126).

Der zentrale Fall gestaltet sich wie folgt: Die Teilnehmerinnen sind Frau Baum,³ die Person mit Demenz, und Pflegeexpertin A. Das Thema ist „Mund spülen“ (Videsequenz D). Zeitpunkt ist 13.09.2011 von Minute 12:33.01–13:11:07, die Gesamtdauer beläuft sich auf 38 Sekunden (25 Bilder pro Sekunde). Der gesamte Fall wurde in begründete Sequenzen von A bis I eingeteilt.

Im Folgenden wird die Umsetzung der methodischen Vorgehensweise in dieser Studie aufgeführt. Das methodische Vorgehen im ersten Analyseschritt der *formulierenden Interpretation* wird nach der Auflistung der Analyseschritte konkret vorgestellt, da hier eine eigenständige Transkriptionsmöglichkeit des Videomaterials entwickelt wurde, um den Anspruch an Gegenstandsangemessenheit dieser Untersuchung zu erfüllen. Im Anschluss wird zu den einzelnen Analyseschritten jeweils ein kurzes Beispiel aus der praktischen Forschungsarbeit herangezogen.

Analyseschritte im Überblick

In der DM wird differenziert zwischen dem,

- was thematisch dargestellt wird, dies wird in der *formulierenden Interpretation* analysiert, und dem,
- wie diese Darstellung hergestellt wird, was in der *reflektierenden Interpretation* herausgearbeitet wird.

Formulierende Interpretation: Vor-ikonografische Interpretation in zwei Formaten – *Eigenentwicklung*

- vor-ikonografisches Transkriptionsprotokoll in ELAN – *Eigenentwicklung*
- vor-ikonografische Interpretation – ist die Zusammenfassung des ELAN-Protokolls

Reflektierende Interpretation:

- Herausarbeitung des *Wie* der Darstellungen, des *modus operandi*
- Strukturierung des Transkriptes durch Attribution wurde vorgenommen – *Eigenentwicklung* (dies ist kein Analyseschritt der DM)
- Identifizierung von Interaktions- und Orientierungsfiguren zum Fallvergleich

Diskursorganisation: Die reflektierende Interpretation endet mit einem zusammenfassenden Analyseschritt der Diskursorganisation.

- Ausgewählte Interaktions- und Orientierungsfiguren werden einem zusammenfassenden Analyseschritt anhand der Modi der Diskursorganisation und Diskursbewegungen der DM unterzogen

3 Alle Namen der Probandinnen wurden pseudonymisiert.

Komparation der Fälle: In den Arbeitsschritt der reflektierenden Interpretation fließt die komparative Analyse ein.

Gegenstandsangemessenheit in der Demenzforschung

Was ist Gegenstandsangemessenheit in der pflegewissenschaftlichen Forschung, wenn es um die Erkundung von kommunikativen Ausdrucksformen und Ausdrucksmöglichkeiten von Menschen in einem schweren Stadium einer Demenz geht?

Nach einer ersten Sichtung des Videomaterials ging ich davon aus, dass die Pflegeexpertin ihre Kommunikationspartnerin verbal anspricht, um den Interaktionskontakt zu Frau Baum herzustellen. Dass der Interaktionskontakt sich jedoch genau umgekehrt gestaltete, konnte ich erst durch die Zeitlupe und Einzelbildbetrachtung wahrnehmen. Hier stellte ich fest, dass es die Person mit Demenz war, die ein kurzes flüchtiges Signal an ihre Kommunikationspartnerin sendete. Es war ein Blick, der nur 0,2 Sekunden dauerte, jedoch den Impuls an ihre Kommunikationspartnerin gab, ihr einen gestischen Handlungsvorschlag zu unterbreiten. Von diesem Moment an war mir klar, wenn ich eine dem Forschungsgegenstand angemessene Analyse durchführen wollte, musste ich die Ebene der Einzelbildanalyse einbeziehen. Wenn es um die Erfassung von Sequenzialität und Simultaneität in einer Interaktion mit einer Person im schweren Stadium einer Demenz geht, muss jede Mitteilung/Äußerung der Person mit Demenz so gut wie möglich erfasst werden, auch wenn sie noch so flüchtig ist. Denn diese haben eventuell Einfluss auf das Interaktionsverhalten des Gegenübers, wie ich in überraschender Weise zu Beginn dieser Videoszene erkennen durfte. Bei einer größeren Analyse, die mit Codierungen arbeitet, wären diese Feinstrukturen womöglich nicht in den Forscherinnenblick geraten, was wiederum einschränkende, verändernde Auswirkungen auf die reflektierende Interpretation gehabt hätte. Und gerade diese Feinheiten auf einer vor-reflexiven Ebene innerhalb einer Interaktion beeinflussen die Akteure in ihren Interaktionsverhalten, anders gesagt, diese Wahrnehmungen gelangen zwar meist nicht auf die Reflexionsebene während einer Interaktion, bestimmen diese jedoch in einem bedeutenden Ausmaß. Eben diese feingliedrige Interaktionsebene zu erkunden, war mein Forschungsinteresse.

Vor diesem Hintergrund wird nochmals deutlich, was Ralf Bohnsack (2009) meint, wenn er sagt, dass in der DM die Beobachter nicht davon ausgehen, dass sie *mehr* wissen als die Akteure oder Akteurinnen, sondern davon, dass letztere selbst nicht wissen, was sie da eigentlich alles wissen.

So war die zentrale Herausforderung dieser Untersuchung, einen methodisch-methodologischen Zugang zu einer vor-ikonografischen Deskriptionsebene (vgl. ebd.) zu finden, der, wie Nentwig-Gesemann und Nicolai ausführen, „zum einen verdeutlicht, was genau die Akteure gleichzeitig und nacheinander,

auf sich selbst und auf einander bezogen, äußern, was also in der Sequenzialität und Simultaneität des Vollzugs sprachlicher und korporierter Handlungsakte sicht- und hörbar ist. Im Rahmen einer sequenzanalytischen Vorgehensweise geht es um die Frage ob und wie orientieren sich die Interaktionspartnerinnen im Modus der Sprache und der korporierten Praktiken mit- und aneinander?“ (Nentwig-Gesemann/Nicolai 2014, S. 54).

Das Transkriptionssystem

In der Literatur (Corsten/Krug/Moritz 2010; Reichertz 2011) findet man die Empfehlung, dass die Notation von Videosequenzen in der Partiturschreibweise erfolgen sollte, damit mehrere Ebenen des Geschehens durch vorab definierte Dimensionen sichtbar werden, wodurch sowohl Gleichzeitigkeit als auch Aufeinanderfolgendes ablesbar wird. Um ein solches Verfahren der mehrdimensionalen Mikroanalyse durchführen zu können, habe ich den ersten Analyseschritt der *formulierenden Interpretation* in zwei Formaten ausgeführt.

Erstes Format: Vor-ikonografische Interpretation

Im ersten Format wurden die beiden Kamerabilder der einzeln aufgenommenen Personen zur Strukturierung und Reorganisation der Bild- und Textdaten synchronisiert und in das Annotationstool EUDICO Linguistic Annotator (ELAN) eingepflegt. ELAN ist ein semi-professionelles Annotationstool zur Auswertung von Video- und Audiodaten. Es wurde vom Max Planck Institute for Psycholinguistics der Universität Nijmegen in den Niederlanden entwickelt. Das Transkriptionsverfahren ermöglicht durch Partiturzeilen eine Feinanalyse auf Mikroebene. Die Partiturzeilen sind frei definierbar und sehr flexibel im Einsatz. Da eine detaillierte Analyse von Körperbewegungen durchgeführt werden sollte, die auch die Verschränkung von Sequenzialität und Simultaneität berücksichtigt, musste ich diese für mich nachvollziehbar strukturieren und visualisieren. ELAN verwendet Codierungen zur Transkription, was jedoch in dieser Untersuchung nicht umgesetzt werden konnte, da dadurch kein Überblick und keine Nachvollziehbarkeit der Interaktion erlangt werden konnte, die dem Forschungsgegenstand und den Forschungsfragen wie oben beschrieben gerecht werden. Die Anwendung der Software ELAN habe ich entsprechend modifiziert, um einen Zugang zu den interessierenden Bereichen zu schaffen. Transkriptionsregeln wurden vorab erstellt (vgl. Döttlinger 2018a). Die Bewegungen beider Probandinnen wurden jeweils (auch der Vergleichsfall) durch Einzelbildbetrachtung in einer zeitlichen Auflösung von 0,1 Sekunden in den Partiturzeilen des ELAN transkribiert. Hierzu wurden für die Körperbewegungen der einzelnen Körperteile unter den synchronisierten Videos mit Zuordnung zur Zeitschiene einzelne Partiturzeilen erstellt. Ich ging wie folgt vor.

Beispiel Spülbewegung vor-ikonografische Interpretation⁴

Die Partiturzeilen bekamen einen Zeilencode, zum Beispiel PMbE1 steht für: P = Pflegeexpertin A, Mb = Mundbewegung, E = Explikation (Erläuterung), 1 = 1. Zeile. Die Mundbewegungen der Pflegeexpertin (Person A) wurden beispielsweise in sechs Zeilen wie folgt bearbeitet:

PMbE1 (-----) „Mund wird geschlossen, vier Spülbewegungen werden durch deutliche Bewegungen demonstriert, indem der Unterkiefer auf und ab bewegt wird, die Wangen sind bei der Aufwärtsbewegung gebläht (Der Text ist im Original in einer Zeile).

PMbE4 (-----) Mund öffnet und schließt sich zum Sprechen und Ausspucken“

In der Klammer (----) ist jeweils die zeitliche Dauer der kompletten Bewegung abgebildet. Die Öffnungsklammer [(–) zeigt den Beginn einer Bewegung. Klammer schließen [–)] kennzeichnet das Ende einer Bewegung. Nach der Klammer folgt die konkrete Beschreibung der Bewegung.

In diesem ersten Analyseformat ging es um die konkreten Beschreibungen von Körperbewegungen (Mund, Arme, Kopf, Brustkorb) und die Blickrichtung der Interaktionspartnerinnen. Ein Gesichtsausdruck wurde, wie von Nentwig-Gesemann / Nicolai (2014) gefordert, über die tatsächliche Beschreibung hinausgehend auch auf der Ebene der „ausdruckshaften Beschreibung“ analysiert. Gesichtsausdrücke wurden jeweils im Konsens mit meiner Arbeitsgruppe in einer Methodenkwerkstatt am DZNE, mit der ich mich über die gesamte Forschungszeit regelmäßig traf, definiert. Verbale Äußerungen wurden ebenso in den Partiturzeilen zeitbezogen transkribiert.

Zweites Format: Vor-ikonografische Interpretation – Zusammenfassung

Das zweite Format auf der Ebene der vor-ikonografischen Interpretation baut auf den vorherigen Analyseschritt auf und dient der Zusammenfassung. Die Beschreibungen der Aktivitäten der beiden Interaktionspartnerinnen wurden im Format der Zusammenfassung wechselseitig im Fließtext beschrieben. Bei der vor-ikonografischen Zusammenfassung des Transkriptionsprotokolls konnte ich den sich öffnenden und schließenden Klammern folgen und so simultan ablaufende und sequenzielle Bewegungen der Probandinnen identifizieren und protokollieren. Gerade dieser Arbeitsschritt gab mir Sicherheit, konsequent am empirischen Material zu bleiben, wenn es um die Erfassung von simultanen und sequenziellen Interaktionsbewegungen ging. Durch das Ziehen einer vertikalen Linie konnte ein Beginn oder ein Ende einer Bewegung (in Form von (---)) gut markiert werden und Grenzen oder Überlappungen konnten genau differenziert und im Originalvideo überprüft werden. Dieses Vorgehen blieb durch die ge-

4 Die Beispiele sind Auszüge aus den Originaldaten (siehe Döttlinger 2018a).

samte Analyse hindurch erhalten, damit es nicht zu ungenauen oder falschen Schlussfolgerungen bei der reflektierenden Interpretation kam.

Beispiel Spülbewegung – vor-ikonografische Zusammenfassung

„A schließt den Mund und simuliert vier deutliche Spülbewegungen“ (Döttlinger 2018a, S. 262).

Reflektierende Interpretation

In der reflektierenden Interpretation wird herausgearbeitet, wie die Handlung „Spülbewegung“ dargeboten wird. Es geht hier um eine Analyseeinstellung der Forscherin, die danach fragt: Was dokumentiert sich hier? Und nicht danach, was die Forscherin empfinde oder glaube wahrzunehmen.

Beispiel Spülbewegung

„Pflegeexpertin A hebt besonders jene Handlungssequenz deutlich und isoliert hervor“ (Döttlinger 2018a, S. 262).

Strukturierung durch Attribution

Unabhängig von der DM führte ich nach der reflektierenden Interpretation eine Strukturierung des gesamten Transkriptes des zentralen Falls durch Attribution durch. Diese Strukturierung sollte aufdecken, ob es charakteristische Elemente im gestisch-kommunikativen Handeln bei dieser Art der Interaktion zwischen den beiden Kommunikationspartnerinnen und speziell der Pflegeexpertinnen gibt, die im gesamten zentralen Fall, also von Sequenz A bis I, immer wieder auftreten.

Beispiel Spülbewegung – Strukturierung durch Attribution

„A schließt den Mund und simuliert vier deutliche Spülbewegungen“.
Attribut = „Simulierende Geste in Echtzeit“ (Döttlinger 2018a, S. 159)

Diskursorganisation

Die reflektierende Interpretation endet mit einem zusammenfassenden Analyseschritt der Diskursorganisation. In der DM wird davon ausgegangen, dass sich die tiefer liegenden Sinngehalte einer Äußerung erst in der Rekonstruktion der Bezugnahme nachfolgender Äußerungen erschließen. Die DM hat hierfür eine eigene Terminologie entwickelt.

Wie eingangs bereits erwähnt, bietet die Untersuchung Ergebnisse auf verschiedenen Ebenen. Die abstrakteste Ergebnisdarstellung ist die Diskursbeschreibung.

Ergebnis: Diskursorganisation im zentralen Fall

Die Interaktionsorganisation der Interaktionspartnerinnen des zentralen Falles zeichnet sich durch eine *reziproke Interaktionsorganisation* aus. Diese ist gekennzeichnet durch eine wechselseitige und einvernehmliche Responsivität der Interaktionspartnerinnen.

- „Die Person mit fortgeschrittener Demenz orientiert sich konzentriert und aufmerksam an einem an der Pflegenden-orientierten-responsiven Modus.
- Die Beziehungs- und Interaktionsqualität zwischen den Interaktionspartnerinnen verweist auf eine intuitive Responsivität, sie können auf eingespieltes implizites Erfahrungswissen ihrer Interaktionspraxis zurückgreifen“ (Döttlinger 2018a, S. 311).

Die Pflegeexpertin zeigt sich in einem an der „Person mit Demenz-orientierten-responsiven Modus“ (ebd., S. 198).

Komparation der Fälle

Bohnsack verweist darauf, dass der komparativen Analyse eine zentrale Bedeutung zukommt, da sich der Orientierungsrahmen erst vor dem Vergleichshorizont eines anderen Falles im Modus von Kontrasten und Homologien in empirisch überprüfbarer Weise herauskristallisiert (Bohnsack/ Marotzki/ Meuser 2011). Zur Fallkontrastierung wurden zwei verschiedene Settings (Stationäre Altenhilfe und Akutklinik) ausgewählt und analysiert.

Ergebnisdarstellungen

In der Ergebnisdarstellung meiner Untersuchung wurde der Begriff „*Interaktionsfiguren*“ (Döttlinger 2018a, S. 175) verwendet, wenn es um ein Thema wie ‚gestische Handlungskommunikation‘ im Fallvergleich ging. Stand eine *Orientierung* im Mittelpunkt der reflektierenden Tiefeninterpretation, der ein typischer Modus der Sozialität während einer Handlungsinteraktion zugrunde lag, wurde diese nach Bohnsack (2010) als „*Orientierungsfiguren*“ (ebd., S. 134) bezeichnet.

Zentrales Ergebnis

Mit dem zentralen Ergebnis der Untersuchung kann die performative Ebene des Geschehens beschrieben und benannt werden. Dieses hat sich aus dem Analyseschritt der Attribuierung ergeben und fand sich in allen analysierten Sequenzen beider Fälle wieder. Es lautet:

„Die Pflegeexpertinnen übernehmen die handlungsleitende – kommunikative Verantwortung für die Interaktionsgestaltung“ (Döttlinger 2018a, S. 184), diese Haltung wird auf der performativen Ebene durch folgende Merkmale sichtbar:

Die Pflegeexpertinnen befinden sich während einer Handlungsinteraktion in einer

- visuell beobachtend – schwebenden Aufmerksamkeit,
- in höchst aktiver Weise,
- mit einer Reaktionsbereitschaft mit Erwartungshaltung.

Die Pflegeexpertinnen stellen sich mit dieser Haltung kognitiv bereit, die Handlung zu strukturieren (vgl. ebd., S. 280).

Ergebnisse zu Orientierungsfiguren

Die Übernahme der *handlungsleitenden kommunikativen Verantwortung* der Pflegeexpertinnen, wie die empirische Analyse zeigte, ist die Voraussetzung, die es ihnen ermöglicht, mit ihren Interaktionspartnerinnen

- eine gemeinsame Interaktionssphäre einzuleiten,
- eine gemeinsame Beziehungsebene aufzubauen,
- eine gemeinsame Rahmung zu erarbeiten,
- eine gemeinsame Interaktionssphäre zu halten,
- sensible Phasen in der Interaktion wahrzunehmen,
- das Streben nach Selbstbestimmung und Autonomie der Person mit Demenz zu erkennen und zu berücksichtigen,
- Phasen des Sprecherwechsels einzuhalten und
- passgenaue Orientierungsangebote anzubieten.

All diese aufgelisteten Orientierungsfiguren konnten bezogen auf die beiden Personen mit Demenz, die beiden Pflegeexpertinnen und im Fallvergleich dargestellt und diskutiert werden.

Ergebnisse zu Interaktionsfiguren

Verschiedene Formen korporiert-gestischer Interaktionsorganisation konnten analysiert werden.

Beispiel Greifgeste – Merkmal der Ausführung – „die Hand simuliert eine Handhaltung, wie der Gegenstand ergriffen wird“ (Döttlinger 2018a, S. 271). Es handelt sich hier um eine simulierende Geste, sie hat Modellcharakter.

Die Ergebnisse der *Interaktionsfiguren* können auch zur Spezifizierung der Terminologie der DM im Bereich der *korporierten Interaktionsorganisation* beitragen.

Methodische Eignung für das Forschungsvorhaben

Wie geeignet war die DM für dieses Forschungsvorhaben?

Durch die Modifizierung der DM im ersten Analyseschritt konnte ein Zugang zur Eigenlogik des visuell Sichtbaren, ein Zugang zu körperlichen Ausdrucksverhalten/-formen und zum Resonanzverhalten der Akteure geschaffen werden. Durch diese Transkriptionsart konnte die Verschränkung von Sequenzialität und Simultaneität im Verlauf einer Handlungsinteraktion zwischen den Akteuren bis hin zu vorreflexiven und krankheitsbedingt sehr flüchtigen Interaktionsverhalten analysiert werden.

Die DM bot einen empirischen Zugang, um Handlungsprozesse und grundlegende Orientierungen der Akteure zu analysieren. Sie ermöglichte es, Interaktionsverhalten auf der Basis der Beobachtung von Handlungen sowie von symbolischen Repräsentationen des Handelns zu rekonstruieren. In dieser Untersuchung war dies besonders bedeutsam, da es so möglich war, das Interaktions- und Kommunikationsverhalten der Akteure auch ohne deren verbale Äußerungen zu analysieren. Denn das Wissen der Pflegenden über ihre inkorporierte Handlungsroutine zur symbolischen Spiegelung von Handlungsvorgängen war nicht oder nur schwer verbalisierbar und kein theoretisches, reflexiv verfügbares Wissen (Mannheim 1964).

Methodische Eignung für das Phänomen Demenz

Nun möchte ich zusammenfassend auf die zentrale Frage dieses Beitrags eingehen: Wie geeignet ist die DM zur Erforschung des Phänomens Demenz?

Um die Auswirkungen einer Demenzerkrankung im schweren Stadium einer Person auf deren Interaktions- und Kommunikationsverhalten und deren betreuende Pflegeexpertin bei Alltagshandlungen erforschen zu können, bietet die DM einen methodisch und methodologisch kontrollierten Zugang zu deren Wissensbeständen. Durch die Komparation mit Vergleichsfällen, wie dies in der DM vorgesehen ist, konnten in dieser Studie Homologien und Kontrastierungen zwischen den Fällen im Interaktions- und Kommunikationsverhalten der Akteure herausgearbeitet werden. So konnten Merkmale herausgearbeitet werden, die sich auf die individuelle Situation/Stadium der Person mit Demenz beziehen, und Merkmale, die sich bei den Personen mit Demenz gemeinsam widerspiegeln. Zudem konnten Merkmale beobachtet werden, die die Pflegeexpertinnen gemeinsam in ihren Interaktions- und Kommunikationsverhalten aufweisen, und Merkmale, die sich auf das unterschiedliche Setting beziehen. Ebenso gibt das veränderte und angepasste Interaktions- und Kommunikationsverhalten der Pflegeexpertinnen Aufschluss über das Phänomen Demenz.

Da sich die DM als soziologische Methode für die Strukturierung der Realität durch Individuen interessiert, die durch soziale Erfahrungen erlebt und weitergelebt wird, ist das atheoretische Wissen im Sinne von Mannheim verstehbar als eine individuelle Variante eines grundsätzlich kollektiven Wissens. Und dies konnte erfolgreich mit den beiden Fällen herausgearbeitet werden. Dieses kollektive Wissen bezieht sich auf:

- den Kontakt zwischen Pflegeexpertinnen mit der Weiterbildung zur Praxisbegleiterin Basale Stimulation®,
- die Erfahrungen zu gestisch-kommunikativem Handeln im Kontakt mit Personen mit fortgeschrittener Demenz in ihrer Praxis erworben haben,
- und deren Interaktionspartnerinnen mit Demenz im fortgeschrittenen Stadium.

Die Ergebnisse geben einen Rückschluss auf die Situation einer Person mit Demenz, was an einem folgenden Beispiel zusammenfassend aufgezeigt werden kann.

Orientierungsfigur eine gemeinsame Interaktionssphäre aufrecht halten: „Frau Baum spiegelt ihr Interesse an einer gemeinsamen Interaktionssphäre durch visuell-körperliches Antwortverhalten (visuell-korporiert responsiv), da sie sich verbal nicht mehr äußert. Frau Baum stimmt sich auf ihre Kommunikationspartnerin körperlich ein und hält so eine gemeinsame Interaktionssphäre aufrecht. Eine körperliche Übereinstimmung dokumentiert sich beispielsweise in synchronisierenden Mund- und Kopfbewegungen, [...] Frau Baum synchronisiert sich mit einer ähnlich schnellen Reaktionszeit wie ihre Interaktionspartnerin“ (Döttlinger 2018a, S. 203).

Fähigkeiten der Forscherinnen

Welche Fähigkeiten sind von Seiten der Forscherinnen notwendig, um Selbstäußerungen von Menschen mit Demenz zu verstehen?

Um Selbstäußerungen von Menschen mit Demenz zu verstehen, ist die Haltung einer Forscherin, eines Forschers gegenüber einer Person mit Demenz von Bedeutung. Es geht darum, einen Menschen mit Demenz auch im fortgeschrittenen Stadium auf Augenhöhe zu begegnen, verbunden mit der Annahme, dass jede Selbstäußerung einer Person mit Demenz Bedeutung hat. Auch wenn Selbstäußerungen noch so flüchtig sind oder die Bedeutung eventuell nicht erkundet werden kann.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Personen mit fortgeschrittener Demenz zwar eingeschränkt in ihren Äußerungsmöglichkeiten sind, jedoch mit ihren verbliebenen Möglichkeiten weiterhin kommunizieren. Die Interaktionspartnerinnen mit

fortgeschrittener Demenz bringen sich ebenso wie ihre Kommunikationspartnerinnen ein, um die Interaktionssituation formal-prozedural am Laufen zu halten.

Die Forscherinnen brauchen die Fähigkeit, mit ihren empirischen Methoden diese Äußerungsmöglichkeiten einer Person mit fortgeschrittener Demenz sichtbar zu machen.

Literatur

- Bandura, Albert (1977): Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. In: *Advances in Behaviour Research and Therapy* 84, H. 2, S. 139–161.
- Bartholomeyczik, Sabine/Halek, Margarete/Sowinski, Christine/Besselmann, Klaus/Dürmann, Peter/Haupt, Martin/Kuhn, Christina/Müller-Hergl, Christian/Perrar, Klaus Maria/Riesner, Christine/Rüsing, Detlef/Schwerdt, Ruth/von der Kooij, Cora/Zegelin, Angelika (2006): Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/einzelansicht.htm (Abfrage: 06.03.2016).
- Birdwhistell, Ray L. (Hrsg.) (1968): *Kinesics* (Vol. Band 3). New York: Macmillan.
- Birdwhistell, Ray, L. (1970): *Kinesics and Context. Essays on Body Motion Communication*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Bohnsack, Ralf (1989): *Generation, Milieu und Geschlecht: Ergebnisse aus Gruppendiskussionen mit Jugendlichen*. Opladen: Leske + Budrich.
- Bohnsack, Ralf (2009): *Qualitative Bild- und Videointerpretation. Die dokumentarische Methode*. Opladen/Farmington Hills: Barbara Budrich.
- Bohnsack, Ralf (2010): *Rekonstruktive Sozialforschung: Einführung in qualitative Methoden*. 8. Auflage. Opladen: Barbara Budrich.
- Bohnsack, Ralf/Fritzsche, Bettina/Wagner-Willi, Monika (2014): *Dokumentarische Video- und Filminterpretation*. In: Bohnsack, Ralf/Fritzsche, Bettina/Wagner-Willi, Monika (Hrsg.): *Dokumentarische Video- und Filminterpretation. Methodologie und Forschungspraxis*. Opladen: Barbara Budrich, S. 11–41.
- Bohnsack, Ralf/Marotzki, Winfried/Meuser, Michael (2011): *Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung*. 3. Auflage. Opladen/Farmington Hills: Barbara Budrich.
- Bohnsack, Ralf/Nentwig-Gesemann, Iris/Nohl, Arnd-Michael (2013): *Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. 3. Auflage. Wiesbaden: Springer VS.
- Bohnsack, Ralf/Przyborski, Aglaja (2006): *Diskussionsorganisation, Gesprächsanalyse und die Methode der Gruppendiskussion*. In: Bohnsack, Ralf/Przyborski, Aglaja/Schäffer, Burkhard (Hrsg.): *Das Gruppendiskussionsverfahren in der Forschungspraxis*. Opladen: Barbara Budrich, S. 233–248.
- Bourdieu, Pierre (2009): *Entwurf einer Theorie der Praxis. Auf der ethnologischen Grundlage der kabyliischen Gesellschaft*. 2. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Corsten, Michael/Krug, Melanie/Moritz, Christine (2010): *Videographie praktizieren. Herangehensweisen, Möglichkeiten und Grenzen*. Wiesbaden: Springer VS.
- Döttlinger, Beatrix (2018a): *Gestisch-kommunikatives Handeln als Bindeglied zwischen Sprache und Handeln bei Menschen mit Demenz*. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Döttlinger, Beatrix (2018b): *Interaktion ist mehr als ein Gespräch. Wie kann Handlungskommunikation zum Erhalt der Ich-Identität von Menschen mit Demenz beitragen? Pflegen: Demenz*, 49, S. 8–10.
- Döttlinger, Beatrix (2021): *Videographie als methodischer Zugang zur Rekonstruktion symbolischer Gestik als eine zentrale Kommunikationsform im pflegerischen Diskurs mit Menschen mit De-*

- menz. Herausforderung – Methodenwahl – Lernprozess. In: Nover, Sabine U./Panke-Kochinke, Birgit (Hrsg.): *Qualitative Pflegeforschung. Eigensinn, Morphologie und Gegenstandsangemessenheit*. Baden-Baden: Nomos, S. 151–160.
- Ekman, Paul/Friesen, Wallace V. (1984): *Handbewegungen*. In: Scherer, Klaus R./Wallbott, Harald G. (Hrsg.): *Nonverbale Kommunikation: Forschungsberichte zum Interaktionsverhalten*. Weinheim: Beltz, S. 108–123.
- Fricke, Ellen (2012): *Grammatik Multimodal. Wie Wörter und Gesten zusammenwirken*. Berlin: de Gruyter.
- Giesecke, Michael (2008): *Nonverbale Kommunikation. Methoden der Kommunikativen Sozialforschung*. www.michael-giesecke.de/giesecke/bereich2/gesamt/index.html (Abfrage: 18.02.2013).
- Grossarth-Maticek, Ronald (2003): *Selbstregulation, Autonomie und Gesundheit. Krankheitsfaktoren und soziale Gesundheitsressourcen im sozio-psycho-biologischen System*. Berlin: de Gruyter.
- Kendon, Adam (1970): *Movement coordination in social interaction: some examples considered*. In: *Acta Psychologica* 32, S. 101–125.
- Mannheim, Karl (1952): *Ideologie und Utopie*. Frankfurt am Main: Klostermann.
- Mannheim, Karl (1964): *Beiträge zur Theorie der Weltanschauungsinterpretation*. In: *Wissenssoziologie*. Neuwied: Luchterhand.
- McNeill, David (1992): *Hand and mind: What gestures reveal about thought*. Chicago: Leonardo.
- Mead, George H. (1973): *Geist, Identität und Gesellschaft. Aus der Sicht des Sozialbehaviorismus*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Nentwig-Gesemann, Iris/Nicolai, Katharina (2014): *Dokumentarische Videointerpretation typischer Modi der Interaktionsorganisation im Krippenalltag*. In: Bohnsack, Ralf/Fritzsche, Bettina/Wagner-Willi, Monika (Hrsg.): *Dokumentarische Video- und Filminterpretation. Methodologie und Forschungspraxis*. Opladen: Barbara Budrich, S. 45–72.
- Nover, Sabine U./Amekor, Lola M. (2021): *Sprachloses Verstehen. Alternative Zugänge zum Verstehen im Forschungsprozess*. In: *Pflege & Gesellschaft* 26, H. 2, S. 101–117.
- Panke-Kochinke, Birgit (2014): *Menschen mit Demenz in Selbsthilfegruppen. Krankheitsbewältigung im Vergleich zu Menschen mit Multipler Sklerose*. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Posner, Roland (1986): *Zur Systematik der Beschreibung verbaler und nonverbaler Kommunikation*. In: Bosshardt, Hans G. (Hrsg.): *Perspektiven auf Sprache: Interdisziplinäre Beiträge zum Gedenken an Hans Hörmann*. Berlin: Walter de Gruyter, S. 267–313
- Przyborski, Aglaja (2004): *Gesprächsanalyse und dokumentarische Methode. Qualitative Auswertung von Gesprächen, Gruppendiskussionen und anderen Diskursen*. Wiesbaden: Springer VS.
- Przyborski, Aglaja/Wohlrab-Sahr, Monika (2010): *Qualitative Sozialforschung*. München: Oldenbourg.
- Reichertz, Jo/Englert, Carina J. (2011): *Einführung in die qualitative Videoanalyse. Eine hermeneutische-wissenssoziologische Fallanalyse*. Wiesbaden: Springer VS.
- Rizzolatti, Giacomo/Sinigaglia, Corrado (2008): *Empathie und Spiegelneurone. Die biologische Basis des Mitgefühls*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Sachweh, Svenja (2009): *Non-verbale Kommunikation: Demenz Support Stuttgart Zentrum für Informationstransfer*. www.demenz-support.de/Repository/dessjournal_1_2_2009_hearing2.pdf (Abfrage: 12.09.2010).
- Stern, Daniel (2006): *Mutter und Kind. Die erste Beziehung*. 5. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Wagner-Willi, Monika (2004): *Videointerpretation als mehrdimensionale Mikroanalyse am Beispiel schulischer Alltagsszenen*. In: *Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung* 5, H. 1, S. 49–66.

Einsichten und Herausforderungen videografischer Forschung in einer ambulanten Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz

Karin Welling

Der Beitrag gewährt Einblicke in meine mikroanalytische Videointeraktionsstudie „Sich aneinander orientieren“ – Feinfühligkeit und Engagement in der beziehungsorientierten Interaktion zwischen Menschen mit weit fortgeschrittener Demenz und Bezugspersonen, die im Kontext pflegewissenschaftlicher Grundlagenforschung anzusiedeln ist. Diese Einblicke werden begleitet von der Frage, wie es Forscherinnen und Forschern gelingen kann, Menschen mit weit fortgeschrittener Demenz in die Forschung einzubeziehen sowie ihre Selbstäußerungen zu verstehen. Die diesbezügliche Erkenntnis meiner fokussierten Ethnografie im Feld einer ambulanten Wohngemeinschaft ist, dass der sensible Aufbau und die Etablierung einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Menschen mit Demenz und Forschenden sowie methodische Flexibilität und das Ringen um Gegenstandsangemessenheit maßgeblich sind, Menschen mit Demenz eine Stimme zu geben.

Hintergründe der Forschung

Interaktion und Beziehungsgestaltung in der Pflege

Ein Anlass, Interaktionen zwischen Menschen mit Demenz und pflegenden Bezugspersonen zu untersuchen, ist der Befund, dass Kommunikation sowie die Gestaltung von Beziehungen bedeutsam sind für das Personsein, das subjektive Wohlbefinden und die erlebte Lebensqualität von Menschen mit Demenz (vgl. Kitwood 2013; Brooker 2008; Allan / Killick 2010; Young / Manthorp / Howells 2010). Kitwood verdeutlicht in seinem person-zentrierten Ansatz, dass das Bemühen um den Erhalt des Personseins (*Personhood*) eine bedeutsame Herausforderung in der Begegnung zwischen Menschen mit Demenz und Bezugspersonen ist (vgl. Kitwood / Bredin 1992, S. 274). Er kritisiert, dass Menschen mit Demenz oftmals auf ihre Erkrankung reduziert werden; diese reduktionistische Sichtweise verstelle

den Blick auf die Person und verhindere, dass diese sich in ihrem Sein interaktiv entfalten kann (vgl. Kitwood 2013, S. 29). Dementsprechend formuliert Kitwood: „Unser Bezugsrahmen sollte nicht länger die Person-mit-DEMENZ, sondern die PERSON-mit-Demenz sein“ (ebd., S. 30). Diese Forderung betrifft meines Erachtens auch die Forschung mit Menschen mit Demenz.

Das Anliegen einer person-zentrierten Pflege besteht darin, auf das Personsein eines Menschen mit Demenz durch positive Personarbeit, das heißt durch entsprechende, die Person nährenden Interaktionsformen, fördernd einzuwirken (vgl. ebd., S. 161 ff.). An diese person-zentrierte Sichtweise schließt der im Jahr 2018 vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) herausgegebene Expertenstandard *Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz* an, er „fordert von Pflegefachkräften eine person-zentrierte Pflege von Menschen mit Demenz“ (DNQP 2018, S. 29). Es gilt, den Menschen mit Demenz als „einzigartiges Subjekt mit individuellen Unterstützungs- und Beziehungsbedarfen“ zu betrachten, ihn „als gleichberechtigtes Gegenüber“ wahrzunehmen und anzuerkennen (ebd.). Diese Anerkennung des Personseins vollzieht sich in der konkreten Kommunikation, in der Gestaltung der Beziehung, in welcher die Unterschiede zwischen Menschen (d. h. Menschen mit und ohne Demenz) gleichsam unbedeutend sind. Es geht um die „Anerkennung durch Andere“ (ebd.), auf die jeder Mensch verwiesen ist.

Interaktion, Kommunikation und Beziehungsgestaltung gelten als integraler Bestandteil professioneller Pflege (vgl. Peplau 1995; Paterson/Zderad 1999; Friesacher 2008; Hülsken-Giesler 2008; Uzarewicz 2002). Pflege ist ein Beziehungsprozess, eine an den Grundbedürfnissen des Menschen ansetzende situations- und kontextgebundene Beziehungsarbeit, die das originär pflegerische und den Kern der Pflege kennzeichnet (vgl. Friesacher 2008, S. 333). Professionelle Pflege ist durch ihre sogenannte ‚doppelte Handlungslogik‘ von (pflege-)wissenschaftlichem Regelwissen und hermeneutischem Fallverstehen (vgl. Remmers 2000; Darmann-Finck 2010) und generell durch *Ungewissheit im Handeln* charakterisiert. Dies gilt für die Beziehungsarbeit mit Menschen mit Demenz im besonderen Maße. Thomas Evers (2012) entwickelt mit seiner empirischen Forschung die ‚Theorie der besonderen Ungewissheit im Handeln‘ und nimmt damit zentrale Schlüsselprobleme gerontopsychiatrischer Pflegepraxis in den Blick. Unbestritten ist, dass das Phänomen Demenz und die damit verbundenen Erscheinungsweisen (wie z. B. Veränderungen in der Aufmerksamkeit, der Erinnerung, der Orientierung, der verbalsprachlichen Ausdrucksfähigkeit, der Handlungsteuerung, der Emotionserkennung und der Fähigkeit zur Perspektivenübernahme) deutlich auf die Kommunikation und das Erleben einwirken. Interaktionen und Personsein werden dadurch tangiert und nicht selten irritiert. Pflegenden Bezugspersonen sind auch deshalb aufgefordert, Menschen mit Demenz „Angebote zur Beziehungsgestaltung, die das Gefühl, gehört, verstanden

und angenommen zu werden sowie mit anderen Personen verbunden zu sein, erhalten oder fördern“ (DNQP 2018, S. 31), zu unterbreiten.

Es gilt allerdings festzustellen, dass zurzeit noch wenig empirisches Wissen zur Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit weit fortgeschrittener Demenz vorliegt. Zu sehen ist auch, dass die Pflegebeziehung und die Interaktionen maßgeblich auf Erleben, Berufszufriedenheit und Wohlbefinden der pflegerischen Bezugspersonen einwirken. Hieraus resultiert ein weiterer Anlass, Interaktion zwischen Menschen mit Demenz und pflegenden Bezugspersonen zu erforschen: Die Verständigung zwischen Menschen mit Demenz und pflegenden Bezugspersonen ist oftmals von einem gegenseitigen „Nicht verstehen“ geprägt (vgl. Welling 2007, S. 8). Person mit Demenz und pflegende Bezugsperson verfügen situativ über kein *gemeinsames* Verständnis der Situation, was das gemeinsame Handeln in Pflegesituationen (wie z. B. Interaktion im Rahmen der Körperpflege oder beim Essen und Trinken) erschwert. Standardisierte Handlungsabläufe greifen nicht mehr wie gewohnt, Pflegende wissen in diesen Situationen häufig nicht mehr, „welche Bedürfnisse der zu Pflegenden hat, welche Handlungsoption für den zu Pflegenden die Richtige ist und wie Handlungen auf das Ergebnis der Pflege auswirken“ (Darmann-Fink 2021, S. 234). Ferner betrifft ‚Nicht verstehen‘ auch informelle Gesprächssituationen zwischen Menschen mit weit fortgeschrittener Demenz und pflegerischen Bezugspersonen, womit Interaktionssituationen außerhalb typischer Pflegesituationen gemeint sind. Interaktionen sind für beide – für Menschen mit Demenz und pflegende Bezugspersonen – mit Herausforderungen verbunden. Es stellt sich die Frage, *wie* sie Situationen gemeinsam gestalten können, sodass dabei ein teilbares Gemeinsames entsteht.

Forschungsfokus, erkenntnisleitende Fragen und Ziel

Der Forschungsfokus liegt darauf, *bedeutsame Interaktionen* zwischen Personen mit Demenz und Bezugspersonen zu identifizieren und diese zu analysieren. Dies sind in meinem Vorverständnis Interaktionssituationen, in denen interaktive und kommunikative Potenziale von Menschen mit weit fortgeschrittener Demenz sichtbar werden. Die Festlegung resultiert aus den Befunden meiner Literaturanalyse (siehe Welling 2018, S. 152–203). Diese zeigte eine *mangelnde Gegenstandsangemessenheit* der vorhandenen Studien: Der Forschungsprozess wird der *besonderen Kommunikationsweise* von Menschen mit schwerer Demenz, die sich bevorzugt auf körperlich-leiblicher Ebene äußern, nicht gerecht. Außerdem zeigte sich, dass Studien zur Interaktion mit Menschen mit Demenz oftmals „*nicht-gelingende Interaktionssituationen*“ in den Blick nehmen, das heißt negative (*maligne*) Handlungs- und Interaktionsmuster pflegender Bezugspersonen stehen im Vordergrund. Dies hat zur Folge, dass das interaktive Potenzial von Menschen mit Demenz verdeckt bleibt, denn der Prozess der Interaktion und

die Frage, ob und wie Menschen mit Demenz sich in die Interaktion einbringen können, hängt maßgeblich von den kommunikativen Fähigkeiten der jeweiligen Interaktionspartner:innen und weniger von der Person selbst ab (vgl. Nyström/Lauritzen 2005; Sabat/Cagigas 1997; Ward et al. 2008).

Die untersuchten Studien zeichnen somit ein reduktionistisches Bild von Menschen mit Demenz. Ihre defizitorientierte Ausrichtung bringt es mit sich, dass kaum empirisches Wissen über die interaktiven Potenziale von Menschen mit weit fortgeschrittener Demenz vorliegt und man wenig darüber weiß, wie Menschen mit Demenz und ihre Bezugspersonen auf körper- und lautsprachlicher Ebene interagieren und *wie* sie Situationen gemeinsam gestalten. Dementsprechend lauten die *erkenntnisleitenden Fragen* meiner Studie:

- Welche kommunikativen Handlungen (verbal-, körper- und lautsprachlich) lassen sich auf Seiten der Person mit Demenz *und* auf Seiten der Bezugsperson beschreiben?
- Wie sind die Handlungen der Interaktanten aufeinander bezogen? Welche ‚Anschlüsse‘ benötigen Personen mit Demenz, um erfolgreich kommunizieren zu können?
- Über welche kommunikativen/interaktiven Kompetenzen verfügen Personen mit Demenz und wie können diese spezifischen Ausdrucksfähigkeiten gefördert bzw. für die Interaktion genutzt werden?
- Welche subjektive Bedeutung hat die Interaktion aus der Perspektive der Bezugsperson?

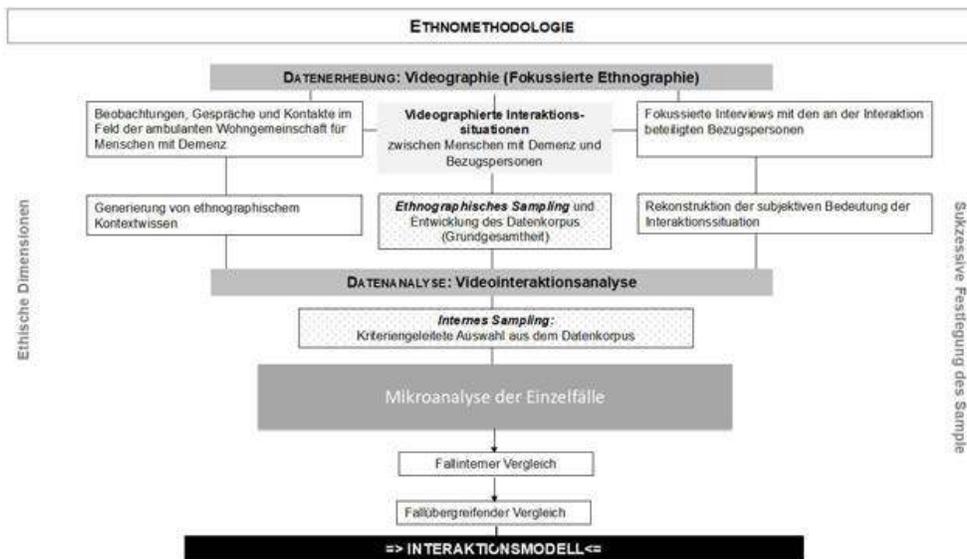
Ziel der Forschung ist, ein empirisch gestütztes Interaktionsmodell zu entwickeln und über diese pflegewissenschaftliche Sichtbarmachung von Beziehungsarbeit als Kern der Pflege die Professionalisierung und Legitimierung der Pflege voranzubringen (vgl. Friesacher 2019, S. 8). Letztlich geht es darum, förderlich auf die Interaktions- und Beziehungsqualität einzuwirken und das Personsein von Menschen mit Demenz sowie die Zufriedenheit der pflegerischen Bezugspersonen zu fördern.

Das Forschungsdesign im Überblick

Abb. 1 zeigt das Design meiner *ethnomethodologischen Studie* in seiner Komplexität. Aufgabe der Ethnomethodologie ist es, die methodischen Praktiken der Erschaffung von alltagsweltlicher Wirklichkeit zu erfassen.

Mit der Kamera aufgezeichnete, das heißt videografierte Interaktionen zwischen Menschen mit Demenz und Pflegenden stellen das Hauptdatum, jedoch nicht das einzige Datum meiner ethnografischen Beobachtung im Feld dar. Wie Abb. 1 zeigt, werden die Videodaten durch Beobachtungen im Feld, Gespräche mit den Personen, die im Feld agieren, und letztlich durch fokussierte Interviews

Abb. 1: Forschungsdesign



verbunden. Dieses ist mit dem Begriff *Videografie* gemeint, er bezeichnet einen „umfassenden Forschungsvorgang“ (Tuma/Schnettler/Knoblauch 2013, S. 43), der durch „die Verknüpfung von ethnografischer Feldarbeit mit Analysen von Videoaufzeichnungen ‚natürlicher‘ Interaktionen“ (ebd., S. 63; vgl. Knoblauch/Schnettler 2007, S. 589) charakterisiert ist. Die *Ethnografie* der vorliegenden Untersuchung zeichnet sich dadurch aus, dass sie *fokussiert* ist. Ausgehend von dem Forschungsinteresse werden *Interaktionssituationen* in den Blick genommen, und zwar mit dem Ziel, ethnografisches Kontextwissen zu sammeln, um die videografierten Interaktionssituationen entsprechend mit der Videointeraktionsanalyse auswerten zu können (vgl. Tuma/Schnettler/Knoblauch 2013, S. 64). Das ethnografische Kontextwissen ist für die Deutungsarbeit meiner Studie grundlegend, denn es erlaubt, die Daten in ihrem Entstehungszusammenhang zu interpretieren (siehe unten: Der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung). Das *Sample* dieser Studie wird sukzessive im Prozess der Datenerhebung und Datenanalyse festgelegt (siehe unten: Sukzessive Festlegung des Sample im Forschungsprozess), das Vorgehen ist kriteriengeleitet und entspricht der Logik eines qualitativen Samplings. Die Videodaten werden aufbereitet und im Zusammenhang mit den übrigen Daten mittels *Videointeraktionsanalyse* auf *mikroanalytischer Ebene* ausgewertet (siehe unten: Die Phase der Datenanalyse). Die Analyse und Interpretation versteht sich als iterativ-zyklischer Erkenntnisprozess, sie erfolgt zunächst einzelfallbezogen und dann fallübergreifend, um über diese Verdichtungen zu einem gegenstandsverankerten Interaktionsmodell zu gelangen.

Anforderungen videografischer Forschung mit Menschen mit Demenz

Menschen mit Demenz in die Forschung einbeziehen

Vor dem eigentlichen Beginn der Forschung sah ich mich mit der grundsätzlichen Frage konfrontiert, ob es ethisch überhaupt vertretbar ist, Menschen mit fortgeschrittener Demenz zu videografieren. Sie sind kognitiv stark eingeschränkt und können sich nicht bzw. nur bedingt verbalsprachlich verständigen. Das ethische Prinzip der Gerechtigkeit, das heißt das Recht der Beteiligten auf faire und gerechte Behandlung sowie ihr Recht auf Privatsphäre (vgl. Polit/Beck/Hungler 2012, S. 104) sehe ich darin verwirklicht, dass sie – trotz aller ethischen Herausforderungen, die sich daraus ergeben – als Menschen (und nicht als Objekte) in die Forschung einbezogen werden, und zwar so, wie es ihren Fähigkeiten entspricht. Innes stellt mit Rückbezug auf Preston und Kolleg:innen fest: „es wäre unethisch, sie auszuschließen“ (Preston/Marshall/Bucks 2007, S. 141, zitiert in Innes 2014, S. 103). Einbeziehung und Partizipation bedeuten, das Erleben und die Perspektive von Menschen mit Demenz zu berücksichtigen und nicht einfach *über* sie zu forschen (vgl. Innes 2014, S. 103; Rutenkröger 2006, S. 12). Aber was bedeutet dieser Anspruch konkret im Hinblick auf Menschen, die sich nicht mehr verbalsprachlich mitteilen können, die mit einer schweren kognitiven Behinderung leben?

Im Kontext meiner Forschung galt es, die hochgradige Vulnerabilität der Bewohner:innen mit Demenz zu berücksichtigen (vgl. Polit/Beck/Hungler 2012, S. 106; Vass et al. 2003, S. 21–48). Diese wurde anwaltschaftlich von den Akteuren und Akteurinnen der Wohngemeinschaft selbst thematisiert und konkretisiert, sodass ich das individuelle Vulnerabilitätsprofil für die jeweilige Person mit Demenz ermitteln konnte. Die ethischen Prinzipien der informierten Zustimmung und der freiwilligen Teilnahme bedürfen – insbesondere vor dem Hintergrund der Videoaufzeichnung (vgl. Cook 2002, S. 218 ff.) – einer besonderen Betrachtung (siehe hierzu Welling 2018, S. 268–287). Im Zuge des ethischen Clearings mit der Ethik-Kommission der deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft reflektierte ich verschiedene Risiken und antizipierte entsprechende präventive Maßnahmen, die dazu dienen, mögliche Schäden, die sich für die Studienteilnehmer:innen durch die Forschung ergeben können, abzuwenden. Für mich als Forscherin stellte sich beispielsweise die ethische Herausforderung, wie ich das Einverständnis der potenziellen Studienteilnehmer:innen mit Demenz trotz fehlender Einwilligungsfähigkeit absichern kann. Sie waren nicht in der Lage, eine informierte Zustimmung zu geben, die auf einer umfassenden Information basiert. Diese wurde auf ihre Betreuer:innen übertragen, was jedoch nicht mit einem generellen Einverständnis von Seiten der beteiligten Personen mit

Demenz gleichzusetzen ist. Ihr Einverständnis, ihre fortlaufende Zustimmung (*ongoing consent*) gilt es im Forschungsprozess immer wieder einzuholen. Es gilt zu berücksichtigen, dass die Anwesenheit der Forscherin, des Forschers, sowie Beobachtungen und Videoaufnahmen situativ Ängste, Unruhe, Disstress und Unwohlsein bei den Bewohner:innen auslösen können. Dieses Risiko minimierte ich durch eine sensible Annäherung und einen zeitlich ausgedehnten Aufenthalt im Feld. Hierdurch war es mir möglich, mich mit den jeweiligen Bewohner:innen, ihrem Verhalten, ihrer individuellen Kommunikationsweise und insbesondere ihrem körperlich-affektiven Ausdruck (z. B. Mimik, Blickverhalten, Körperhaltung) vertraut zu machen und ihr Wohlbefinden, auf der Grundlage der Affektbasislinie, einzuschätzen (vgl. Welling 2009, S. 8). Diese Einschätzung des Wohlbefindens ist subjektiv, gleichwohl stellt sie eine wesentliche Grundlage für einen *ongoing consent* dar.

Der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung

Der *Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung* beginnt bereits vor der *eigentlichen Feldphase*. Das konkrete Forschungsfeld ist eine ambulante Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz. Neun Bewohner:innen mit unterschiedlichem Pflege- und Versorgungsbedarf leben in einem familienähnlichen Setting in einer Wohnung zusammen. Sie werden rund um die Uhr von einem festen Stamm von Mitarbeiter:innen betreut, die bei einem ambulanten Pflegedienst angestellt sind. Hierbei orientiert sich der Alltag an dem „Normalitäts-Prinzip“ (Pawletko 2002, S. 20 f.). Es besagt, dass Menschen mit Demenz in die Gestaltung des Alltags miteinbezogen werden und der Tagesablauf stark an den bekannten Lebensalltag und an häusliche Normalität anknüpft (vgl. Kremer-Preiß/Stolarz 2003, S. 99 ff.).

Der Vertrauensaufbau wird von verschiedenen (ethischen) Reflexionen begleitet. Eine ambulante Wohngemeinschaft ist in verschiedener Hinsicht komplex, dies ergibt sich auch dadurch, dass viele verschiedene Akteure (Bewohner:innen, Betreuer:innen, An- und Zugehörige, haupt- und ehrenamtliche pflegende Bezugspersonen) beteiligt sind, die bestimmte Rollen einnehmen und Entscheidungen treffen. Die Gestaltung der diversen Informations- und Zustimmungsprozesse hat einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf die Entfaltung einer vertrauensvollen Beziehung zu all den Personen, die direkt oder indirekt in diese Studie involviert sind. Es galt, sensibel und schrittweise vorzugehen und bestimmte Kommunikationswege einzuhalten, was nicht allein aus forschungsstrategischen (beispielsweise um Reaktanz zu reduzieren), sondern, wie bereits erläutert, auch aus ethischen Beweggründen relevant ist.

Videoaufnahmen sollten ausschließlich im öffentlichen Bereich der Wohngemeinschaft erfolgen, somit waren alle dort lebenden Bewohner:innen sowie pfe-

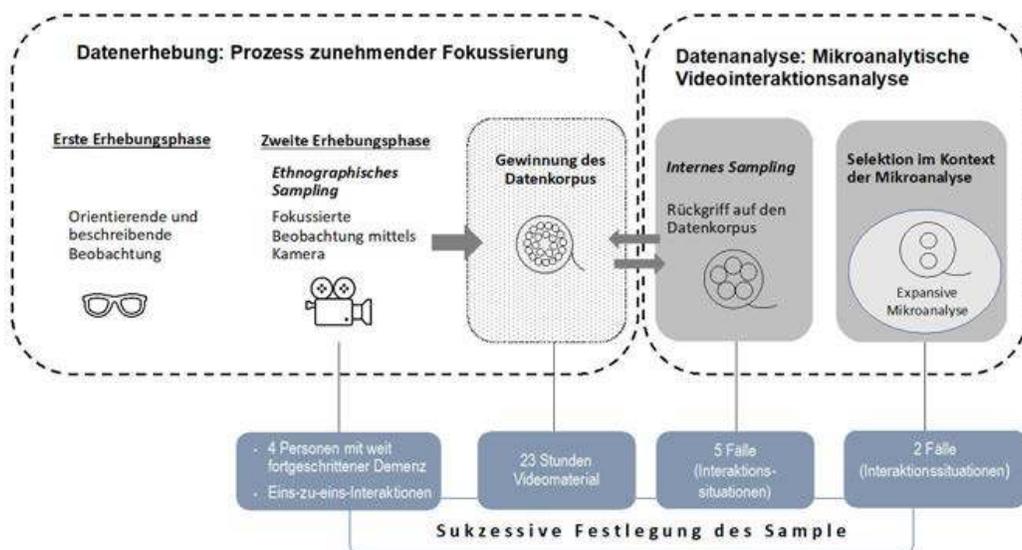
genden Bezugspersonen direkt oder indirekt in die Studie involviert. Zudem war nicht vorauszusagen, wie die Studie sich entwickeln würde, so stand beispielweise nicht von Beginn an fest, welche und wie viele Interaktionen mit genau welchen Personen videografiert werden sollten. Mir war also „die genaue Natur der zu erhebenden Daten“ (Polit/ Beck/ Hungler 2012, S. 101) im Vorfeld nicht bekannt, diese zeigte sich erst sukzessive im Forschungsprozess.

Datenerhebung im Prozess zunehmender Fokussierung

Der Fokus der hier besprochenen Videografie richtet sich auf die Interaktion zwischen Menschen mit fortgeschrittener Demenz und pflegenden Bezugspersonen.

Mein Aufenthalt im Feld der ambulanten Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz betrug insgesamt neun Monate. Ich untergliedere meine Feldbeobachtung mit Bezug auf Spradley (1980) analytisch in zwei Phasen (siehe Abb. 2): Die *erste Erhebungsphase* bezeichne ich als *orientierende und beschreibende Phase*. Hier ist die Beobachtung zu Beginn noch relativ unstrukturiert und offen, ich erstelle Feldnotizen, aber noch keine Videoaufzeichnungen. Die *zweite Erhebungsphase* nenne ich *fokussierte Phase*, hier konzentriere ich mich auf einen von mir festgelegten Erhebungsfokus.

Abb. 2: Datenerhebung und Datenanalyse im Prozess der fokussierten Ethnografie



Erste Erhebungsphase: orientierende und beschreibende Beobachtungen

Zu Beginn dieser Feldphase hielt ich mich über einen Zeitraum von ca. zwölf Tagen täglich über mehrere Stunden in der Wohngemeinschaft auf, wobei ich die Tageszeiten variierte. Ich wollte (1) Vertrauen und Akzeptanz etablieren, (2) mich in meiner Rolle als Forscherin orientieren und (3) das Feld und seine Regeln erkunden.

(1) Vertrauen und Akzeptanz etablieren

Um das Vertrauen der Bewohner:innen zu gewinnen, begann ich zunächst damit, mich bekannt zu machen. Unter ‚bekannt machen‘ verstehe ich nicht, dass die Bewohner:innen meinen Namen erinnern, dass sie wissen, wer ich bin und warum ich da bin. Es ging eher darum, dass sie mit mir, mit meiner Person und meiner äußeren Gestalt bekannt werden, sodass die anfängliche Fremdheit sich in Vertrautheit, die auch Zugehörigkeit impliziert, wandeln kann. Ich stellte mich den Bewohner:innen wiederholt vor und nahm bewusst und sukzessive Kontakt zu ihnen auf. Es ergaben sich vielfältige Kontaktmomente, die auch von den Bewohner:innen selbst initiiert wurden. Dort, wo ein verbalsprachlicher Austausch möglich war, versuchte ich das Gespräch zu vereinfachen und die Informationen zu reduzieren, sodass die betreffende Person in der Lage war, diese zu verstehen. Eine sehr wertvolle Unterstützung im Prozess des Vertrautwerdens waren die pflegenden Bezugspersonen, die mich in die ‚Welt der Wohngemeinschaft‘ einführten, indem sie mich bei den Bewohner:innen vorstellten, situativ einbanden und gleichsam eine Brücke zwischen mir und ihnen bauten.

Der Prozess des Vertrautwerdens ist vielschichtig. Ich machte die Erfahrung, dass die Wohngemeinschaft ein sensibles System ist, also eine kleine Welt für sich darstellt, in der es nicht immer möglich und auch nicht sinnvoll ist, sich als Forscherin gänzlich zurückzuziehen, ohne die Bewohner:innen zu irritieren. Es geschah häufiger, dass ich, wenn ich allein auf dem Sofa der Wohngemeinschaft saß, aufgefordert wurde, an den Tisch zu kommen und einen Kaffee zu trinken, oder ich wurde, wenn ich kam, zum Frühstück eingeladen. Ich machte wiederholt die Erfahrung, dass mir die Bewohner:innen etwas anboten und deutete dies als Zeichen von Vertrautheit bzw. dass sie meiner Anwesenheit zustimmten. Einige Bewohner:innen konnten sich verbalsprachlich äußern, andere taten dies bevorzugt auf der körperlichen Ebene. Die folgende Beobachtungsnotiz soll dies veranschaulichen:

Ich betrete die Wohngemeinschaft. Herr Albrecht ist als einziger im öffentlichen Wohnbereich; er tritt mir entgegen, schaut mich an. Ich begrüße ihn, halte meine Hand zur Begrüßung hin. Er nimmt sie und schaut mich an. Ich kann seinen Gesichtsausdruck nicht deuten. Er pfeift kurz, geht mit mir umher; dabei spüre ich nicht, was er will bzw. wohin er will, die Bewegungen sind

eher ungerichtet, der Gang ist trippelnd und auf der Stelle. Ich fühle mich auch unsicher, möchte mich von ihm leiten lassen, kann aber nicht spüren, wohin seine Aktivität, seine Bewegung geht. Wir bleiben vor der Küchenarbeitsplatte stehen, dort liegt eine Melone. Ich berühre die Melone; Herr Albrecht macht es mir nach. Wir heben die Melone zusammen hoch wie einen Ball. Herr Albrecht macht eine Bewegung, so als wolle er die Melone wie einen Ball hochwerfen. Er äußert einen Laut, den ich so interpretiere, als sei er erstaunt darüber, wie schwer die Melone sei. Wir gehen weiter den Flur hinunter, Herr Albrecht greift wieder nach meiner Hand. Wir gehen wie ein Paar, Hand in Hand, manchmal greifen die Hände auch ineinander, manchmal gehen wir Arm in Arm, wobei sein Unterarm auf meinem ruht. Wir gehen den Gang hinunter, jetzt kommen Frau Jakobs und Frau Heidenreich aus ihren Zimmern (BN 6/63).

Im Verlauf der Feldphase wurde ich als jemand wahrgenommen, die ‚irgendwie‘ dazu gehört. Ich wurde (wieder-)erkannt, begrüßt, vermehrt einbezogen und befragt. Die Bewohner:innen wiesen mir keine feste Rolle zu. So wurde ich von ihnen angesehen als Mitbewohnerin („Sind Sie auch in Kur hier?“), als Besucherin, manchmal aber auch als eine Person, die man um Hilfe bitten kann oder der man seine Sorgen mitteilt.

(2) Die eigene Rolle ausbalancieren

Im Prozess des Vertrautwerdens geht es auch darum, die eigene Rolle auszubalancieren, sich flexibel auf Menschen und Situationen einzustellen und das passende Verhältnis zwischen „Nähe und Distanz, Inklusion und Exklusion“ (Przyborski/Wohlrab-Sahr 2008, S. 60) zu finden. Dieser Aushandlungs- oder Klärungsprozess hing nicht nur von mir selbst, sondern auch davon ab, welchen Status die Menschen mit Demenz und die Pflegenden mir zuschrieben (vgl. ebd., S. 61).

Meine anfängliche Unsicherheit wich mit der reflektierten Erfahrung, dass es möglich ist, zwischen Teilnahme und Beobachtung zu pendeln. In der Rolle *als teilnehmende Beobachterin* war es mir möglich, Menschen mit Demenz und pflegenden Bezugspersonen nahe zu sein. So konnte ich etwas über ihre Absichten, Bedürfnisse und Gefühle erfahren sowie den „Sinn und die Bedeutung der Handlung“ (Friebertshäuser 2003, S. 521) mehrperspektivisch ergründen. Aus der Binnenperspektive heraus konnte ich auch erleben, wie das Verhalten der Menschen mit Demenz im Kontakt auf mich wirkte. Diese ethnografischen Erkenntnisse (als Feldnotizen dokumentiert) flossen später in der Videoanalyse ein und unterstützten den Verstehens- und Deutungsprozess. Die Rolle der *vollständigen Beobachterin* ermöglichte mir hingegen, mich zu distanzieren und das Geschehen eher von außen zu beobachten, ohne selbst darin involviert zu sein. Diese Distanz war auch notwendig, um Interaktionssituationen zwischen Menschen mit Demenz und pflegenden Bezugspersonen videografieren und meinen Forschungsfragen nachgehen zu können.

Tab. 1: Aufmerksamkeitsebenen in der Beobachtung (Welling 2018, S. 226–227, S. 954)

Aufmerksamkeits- ebenen	Beschreibung
Räume und Plätze	Wie sieht die Wohngemeinschaft aus? Welche Räume gibt es dort? Welche Räume sind öffentlich, was sind Privaträume? Welche Funktionen haben diese Räume? Wie ist der öffentliche Bereich innenarchitektonisch gestaltet? Wie sind der Licht-, der Geräusch- und der Wärmelevel? Welche Orte und vor allem welche (Sitz-)Plätze gibt es im öffentlichen Bereich der Wohngemeinschaft? Wer hält sich bevorzugt an welchen (Sitz-)Plätzen auf, gibt es hier Gesetz- oder Regelmäßigkeiten? Gibt es Plätze, die bestimmten Personen vorbehalten sind oder dürfen alle alles benutzen? Welche Orte bzw. Plätze im öffentlichen Bereich werden besonders häufig frequentiert, welche weniger? Zu welchen Zeiten geschieht das?
Akteure	Welche Personen halten sich im Feld auf? Wann sind diese Personen zeitlich zugegen, gibt es hier bestimmte Gesetz- oder Regelmäßigkeiten? Wie verhalten sich die Akteure gegenüber meiner Person? Welche Rolle weisen die Akteure mir zu? Wie ist die Personalausstattung bzw. die Personalstabilität? Wie ist die Präsenz der Pflegepersonen?
Gesundheitsbezogene Merkmale	Wie ist der allgemeine Gesundheitszustand der Bewohnerinnen und Bewohner? Wie selbstständig sind sie, bei welchen Aktivitäten im Alltag benötigen sie Unterstützung? Sind die Sinnesfunktionen beeinträchtigt (hören, sehen)? Liegen Einschränkungen in der Mobilität vor? Kann die Person sich selbstständig bewegen oder benötigt sie dabei Unterstützung? Wie ist das Verständnis, welche kognitiven Fähigkeiten lassen sich beobachten? Bei welchen Aktivitäten des täglichen Lebens bekommt oder benötigt die Person Unterstützung?
Kontakt/Interaktionen/ Beziehungen	Wie gestaltet sich der Kontakt? Wie ist das Verhältnis zwischen den verschiedenen Personen: wer hat mit wem Kontakt – gibt es hier Unterschiede oder Grenzziehungen zwischen einzelnen Personen? Gibt es Personen, die häufig Kontakt haben, und welche, die kaum bzw. gar nicht kontaktiert werden?
Handlungen/Aktivitäten/ Initiativen	Welche Handlungen führen die Akteure aus? Welche Bedeutung haben diese Handlungen aus der Perspektive der Akteure? Womit beschäftigen sich die Personen im Feld? Wer initiiert diese Aktivitäten, wie entstehen und verlaufen sie? Welche Handlungszusammenhänge gibt es hier: „Wer tut was und wie mit wem?“ (Przyborski/Wohlrab-Sahr 2008, S. 63). Gibt es (besondere) Ereignisse? Gibt es bestimmte Routinen?

(3) Das Feld und seine Regeln erkunden

Die erste Beobachtungsphase war für mich mit dem Ziel verbunden, mir einen Überblick zu verschaffen und das Feld in seiner Komplexität zu begreifen. Die Beobachtungen sind noch offen und die Feldnotizen eher allgemein gehalten (vgl. Flick 2006, S. 207f.). Es gilt, möglichst umfassend zu beschreiben, was in der Wohngemeinschaft geschieht, und hierbei die Regeln des Feldes zu ergründen. Die Beschreibungen stellen eine Auswahl dessen dar, was im Feld geschieht, denn die Situation ist unüberschaubar und die Wahrnehmungs- und Erinnerungsfähigkeit der forschenden Person begrenzt (vgl. ebd., S. 208). Um dennoch die Orientierung zu behalten, werden in der Literatur (vgl. Spradley 1980, S. 78;

Przyborski/Wohlrab-Sahr 2008, S. 63) verschiedene Aufmerksamkeitsebenen vorgeschlagen, anhand derer die Forscherin ihre Beobachtungsperspektiven ausrichten und überprüfen kann. Ich konkretisiere diese Aufmerksamkeitsebenen auf mein Forschungsfeld – die ambulante Wohngemeinschaft – und meinen Forschungsfokus – die Interaktion. Ich stelle hier fünf wesentliche Aufmerksamkeitsebenen vor.

Die Beobachtungen und Feldnotizen waren wesentlich für den weiteren Forschungsprozess. Sie halfen mir, vielfältige Eindrücke und Informationen über die Bewohner:innen sowie über die Gestaltung der Kontakte und Interaktionen zu gewinnen. Dies war grundlegend für die Festlegung des Erhebungsfokus und den sicheren, flexiblen Umgang mit der Kamera im Feld.

Zweite Erhebungsphase: fokussierte Beobachtung mittels Kamera

In der zweiten Erhebungsphase ging es darum, (1) den Erhebungsfokus der Kamera festzulegen und (2) die Kamera im Feld handzuhaben, um letztlich Interaktionen videografieren zu können.

(1) Den Erhebungsfokus der Kamera festlegen

Der Aufzeichnungsprozess ist selektiver Natur, dies entspricht dem Verständnis der Videografie als fokussierte Ethnografie. Er erfolgt analog dem sogenannten Vorgang ‚Ethnografisches Sampling‘, das heißt die Forscherin, der Forscher wählt bedeutsame Felder und Situationen für die Videografie aus (Tuma/Schnettler/Knoblauch 2013, S. 78). In meiner Studie ist das ethnografische Sampling der erste Schritt in der sukzessiven Festlegung des Samples (siehe Abb. 2).

Ich entscheide mich, (a) vier Bewohner:innen mit weit fortgeschrittener Demenz (b) in Eins-zu-eins-Interaktionen (Dyaden) zu videografieren. Diese beiden Aspekte bestimmen den Erhebungsfokus der Kamera und sind somit grundlegende Bestimmungsmomente für die Bildung und Qualität des Datenkorpus.

(a) Zur Auswahl der Bewohner:innen

Aus der Gesamtgruppe der acht in der Wohngruppe lebenden Bewohner:innen mit Demenz wählte ich vier aus. Handlungsleitend für diese Auswahl war die Einschätzung der Bewohner:innen, die ich auf der Basis meiner Expertise und auf der Grundlage des ethnografischen Wissens, welches ich in der Feldphase erworben hatte, vollzog. Die Auswahl ist hergeleitet und theoretisch begründet, sie basiert auf folgenden, forschungsthematisch relevanten Kriterien (vgl. Kruse 2014, S. 253), welche ich für meine Forschung generierte:

- Kommunikationsmodus

- körperlicher Ausdruck
- Mobilität / Ortsgebundenheit bzw. Unterstützung beim Ortswechsel
- Selbstständigkeit, Aktivitäten und Initiativen
- Teilnahme am sozialen Leben der Wohngemeinschaft
- Demenzform und Schweregrad der Demenz

Dem Erkenntnisziel meiner Studie folgend, galt es zu erkunden, in welchem *Kommunikationsmodus* (verbalsprachlich, lautsprachlich, körpersprachlich) die jeweilige Bewohnerin, der jeweilige Bewohner sich bevorzugt äußert. Hierbei war relevant, erste Kenntnisse über zentrale Aspekte des *körperlichen Ausdrucks* (beispielsweise Mimik, Blickverhalten) zu erlangen. Diesbezüglich ist auch die Eigenbeweglichkeit, die *Mobilität, inklusive der Ortsgebundenheit* (vgl. Zegelin 2005) bedeutsam. Diese haben bekanntlich einen Einfluss auf die Interaktion. Ferner ging es mir darum, Einsichten zu erlangen, in welcher Weise die Bewohner:innen am *sozialen Leben der Wohngemeinschaft teilnehmen* bzw. sozial darin eingebettet sind, und letztlich war ich daran interessiert zu erfahren, mit welchen *Aktivitäten* und *Initiativen* sie sich beschäftigen.

(b) Zur Entscheidung für Eins-zu-eins-Interaktionen

Die Entscheidung, Eins-zu-eins-Interaktionen (Dyaden) zu videografieren, begründet sich vor allem darin, dass Menschen mit weit fortgeschrittener Demenz ihre interaktiven Fähigkeiten insbesondere in Dyaden entfalten können, weil sie in solchen Situationen ihre Aufmerksamkeit leichter steuern und sich mehr auf ihr Gegenüber konzentrieren können (Van der Ploeg / O'Connor 2010; Ward et al. 2008).

(2) Handhabung der Kamera im Feld

Die Festlegung des Erhebungsfokus beantwortet noch nicht die Frage, *wie* ich Interaktionen mit der Kamera vor dem Hintergrund der Forschungsfragen aufnehmen kann und welchen Einfluss dies auf das Feld hat (Dinkelaker / Herrle 2009, S. 22). Es galt, nicht nur zu ermitteln, welche Positionierung und Führung der Kamera im Hinblick auf den Forschungsgegenstand den größten Erkenntnisgewinn bringt, sondern auch, was sich im Feld forschungspraktisch realisieren lässt, und zwar unter Berücksichtigung der Frage, wie Reaktanz auf die Kamera so weit wie möglich minimiert werden kann.

Das Problem (Phänomen) der Reaktanz wird immer wieder in Zusammenhang mit Videoaufzeichnungen angesprochen. Es existiert eine gewisse Skepsis gegenüber Videoaufnahmen und die (durchaus berechtigte) Besorgnis, dass Forschungsteilnehmer:innen auf die Kamera reagieren, diesbezüglich ihr Handeln, ihr Verhalten verändern: „Doesn't filming change how people behave?“ (Laurier / Philo 2006, S. 181). Geschieht dies, ist die Natürlichkeit der Aufzeichnung nicht

mehr gegeben. Zudem können Ängste und Unsicherheiten die kommunikative Kompetenz (bei Menschen mit und ohne Demenz) deutlich einschränken, was die Reliabilität der Daten infrage stellt.

Neben Akzeptanz und Vertrautheit kann Reaktanz durch eine sensible, reflektierte Handhabung der Kamera reduziert werden. Reaktanz entsteht beispielsweise durch auffälliges und grobes Hantieren damit (vgl. Dinkelaker/Herrle 2009, S. 28). Mit der Zeit lernte ich, mich möglichst unauffällig und beiläufig mit der Kamera in dem deutlich langsamen Rhythmus und im Tempo des Feldes zu bewegen und wurde hierdurch zunehmend sicherer und experimentierfreudiger. Ich tastete mich vorsichtig und zurückhaltend mit der Videokamera an das Feld heran mit dem Ziel, nicht die Gesamtsituation, sondern einzelne Interaktionssituationen zwischen ausgewählten Personen mit Demenz und Bezugspersonen (Dyaden) möglichst variantenreich zu erheben. Ich bewegte die Kamera im Feld, das heißt ich veränderte ihren Standort und somit die Aufzeichnungsordnung analog zur Interaktionsordnung. Ich setzte nur eine einzige Kamera ein, wählte eine statische Aufnahmetechnik und befestigte die Kamera, je nach Situation, entweder auf ein Stand- oder ein Tischstativ. Dies erwies sich als sinnvoll, da die meisten Bewohner:innen ihre (Sitz-)Position, wenn sie diese einmal gefunden haben und sich dort wohlfühlen, in der Regel eine Zeit lang beibehalten. Ich konnte zunehmend antizipieren, wann sich eine Interaktion anbahnte und meine Kamera entsprechend positionieren. Auf der Basis der erworbenen Feldkenntnisse gelang es, Interaktionsordnungen sowie beliebte Sitzplätze und Orte auszumachen. Zeitweise richtete ich die Kamera auf einen bestimmten Sitzplatz aus, weil ich aus Erfahrung ‚wusste‘, dass sich dort bald ein bestimmter Bewohner, eine bestimmte Bewohnerin niederlassen und sich dann vielleicht eine Interaktion ereignen würde. Wegen der räumlichen Enge der Wohngemeinschaft war es manchmal schwierig, einen geeigneten Standort für die Kamera zu finden, der die Akteure in ihrem Handeln nicht einengte, störte oder gar gefährdete. Auch aus diesem Grund galt es, die Kamera im Blick zu behalten. Es kam auch vor, dass die Interaktanten sich etwas aus dem Blickfeld der Kamera herausbewegten oder ihren Platz verließen. In diesen Situationen verfolgte ich den Fortgang der Interaktion nicht weiter, zum einen, weil ich feststellte, dass Kamerafahrten Unruhe und Reaktanz im Feld auslösten, zum anderen, weil die Aufnahmequalität durch das Verwackeln der Kamera zu schlecht war. Ebenso ließ sich der Anspruch, eine ‚vollständige‘ Interaktion zu videografieren, nicht immer realisieren, denn Zeitpunkt, Anfang und Ende einer Interaktion waren nicht von vornherein auszumachen.

Rückblickend kann ich sagen, dass die videografierten Bewohner:innen keine sichtbare Reaktion auf die Kamera zeigten und diese wahrscheinlich nicht wahrnahmen. Ich vermute, dass dies nicht nur mit der Kameraführung und der Vertrautheit hinsichtlich meiner Person zu tun hat, sondern auch an dem eingeschränkten Blickfeld sowie der reduzierten Aufmerksamkeit liegt.

Die pflegenden Bezugspersonen akzeptierten die Kamera wohlwollend. Anfänglich war zeitweise Reaktanz und eine, wie Moritz (2010, S. 102) es nennt, „leicht erhöhte Selbstaufmerksamkeit“ auszumachen. Diese legte sich aber mit der Zeit, die Bezugspersonen gewöhnten sich zunehmend an die Kamera und bemerkten diese später kaum noch.

Sukzessive Festlegung des Sample im Forschungsprozess

Das Sample wurde sukzessiv im Forschungsprozess festgelegt (siehe Abb. 2). Aus dem *ethnografischen Sampling* ging ein Datenkorpus mit 23 Stunden Videomaterial hervor. Das *interne Sampling* (Tuma / Schnettler / Knoblauch 2013, S. 78) geschah im Zuge der Datenanalyse, auf die ich nachfolgend eingehe. Hier wurden aus dem Datenkorpus zunächst kriteriengeleitet (situativer Kontext; Dauer der Interaktion; Intensität bzw. Dichte der Interaktion; Aufnahmequalität) fünf Fälle (fünf Interaktionssituationen) ausgewählt und das Sample dann, im Prozess der Mikroanalyse, auf zwei Fälle (zwei Interaktionssituationen) reduziert.

Die Phase der Datenanalyse

Das besondere Potenzial videografischer Daten für die Videointeraktionsanalyse

Das *ethnografische Kontextwissen* ist wichtig für die Deutungsarbeit meiner Studie. Es ermöglicht, die Videodaten vor dem Hintergrund der Erfahrungen und des Wissens der beteiligten Akteure zu interpretieren. Kontextwissen kann nicht nur den Deutungsraum erweitern und eine zusätzliche „Analyseressource“ (Deppermann 2008, S. 84) darstellen, sondern es dient auch als „Korrektiv der visuellen Analyse“ (Knoblauch 2011, S. 142). Wenn bestimmtes Kontextwissen fehlt, besteht die Gefahr, dass die Äußerungen der Personen mit Demenz fehlgedeutet werden. So kam es beispielsweise in meiner Studie vor, dass ein Mann mit Demenz aufgrund eines neurologischen Geschehens vorübergehend nicht mehr in der Lage war, den Kopf zu heben und Blickkontakt aufzunehmen. Dieses Phänomen war über mehrere Wochen in unterschiedlichen situativen Zusammenhängen beobachtbar. Ohne entsprechendes Wissen bzgl. seiner aktuellen und fluktuierenden gesundheitlichen Zustände könnte dieses Phänomen als ablehnendes Verhalten gegenüber der Bezugsperson interpretiert werden. Wissen über bestimmte ‚demenzspezifische‘ Phänomene bedeutet jedoch nicht, dass die Forscherin, der Forscher sich in der Ausdeutung des Materials quasi blind von den Symptomen der Demenz leiten lässt. Dies soll ein anderes Beispiel aus meiner Forschung verdeut-

lichen. Ein Mann mit Demenz stand während einer ca. zehnminütigen Interaktionssituation im Kontext von Essen und Trinken acht Mal von seinem Platz auf. Dieses Phänomen wird in der Medizin als Symptom, als Akathisie, das heißt die „Unfähigkeit, ruhig zu sitzen oder zu stehen“ (AMPD 2007, S. 153), bezeichnet. Durch die expansive mikroanalytische Untersuchung dieser videografierten Interaktionssituation wurde sichtbar, dass das wiederholte Aufstehen daraus resultierte, dass die pflegerische Bezugsperson *körperlich uneindeutig handelte* und der Anschluss, das heißt die orientierende Verbindung zwischen Person mit Demenz und Bezugsperson, unterbrochen war und die Person mit Demenz sich situativ nicht mehr orientieren konnte (siehe hierzu Welling 2022). Expert:innenwissen über das Phänomen Demenz kann aus meiner Sicht förderlich und hinderlich sein, hinderlich ist es dann, wenn es der Forscherin, dem Forscher nicht mehr gelingt, die „Haltung der methodischen Fremdheit einzunehmen“ (Deppermann 2008, S. 89).

Neben den Beobachtungen, Kontakten und Gesprächen im Feld führte ich *fokussierte Interviews* mit den an der jeweiligen Interaktion beteiligten Bezugspersonen durch. „Fokussiert“ wird diese leitfadengeführte Interviewform genannt, weil sie auf „eine ganz konkrete Situation“ Bezug nimmt, welche die interviewte Person erlebt hat (Merton/Kendall 1984, S. 171). In meiner Studie stellt die videografierte Interaktionssituation den Fokus des Interviews dar. Es dient primär dazu, die subjektive Bedeutung der Interaktion aus der Perspektive der Bezugsperson zu rekonstruieren, ihre subjektiven Theorien über Wahrnehmung, Erleben und Bedeutsamkeit der gezeigten Interaktionssituation sowie Handlungsabsichten und Elemente bzw. Formen der Kontaktgestaltung zu erschließen.

Die Interviewpersonen explizierten in diesem Zusammenhang auch Erfahrungswissen, welches über den eigentlichen Fokus (die videografierte Interviewsituation) hinausging. Das Erfahrungswissen ist für die Analyse bedeutsam, pflegende Bezugsperson und Person mit Demenz kennen sich mehrere Jahre, sie sind miteinander vertraut und eine ‚gemeinsame Geschichte‘, ein gemeinsamer Erfahrungshorizont verbindet sie. Der gemeinsame Erfahrungshorizont zeigte sich zum Beispiel darin, dass die Person mit Demenz und die Bezugsperson zu einem Zeitpunkt, als der gesundheitliche Zustand der Person mit Demenz dies noch erlaubte, gemeinsame Autoausfahrten unternommen hatten. Diese geteilte Erfahrung ‚gemeinsam Auto zu fahren‘ wurde später, als das nicht mehr in dieser Weise möglich war, in Form imaginärer Autofahrten in der Wohngemeinschaft fortgeführt. Sie war Anlass einer dichten, freudvollen Interaktion zwischen Person mit Demenz und Bezugsperson auf lautlicher und onomatopoetischer Ebene (siehe hierzu Welling 2018, S. 290–374).

Abschließend stellt sich die Frage, wann und nach welchen Kriterien das Wissen in die Analyse einfließen sollte. Deppermann spricht im Kontext der Konversationsanalyse vom sogenannten Problem des „*Wissensparadox*“. „Der Gesprächsanalytiker muss über alles Mögliche Bescheid wissen und soll doch

zugleich der Sicherheit und Relevanz dieses Wissens für die Gesprächsanalyse „misstrauen“ (Deppermann 2008, S. 84f.). Dem Verständnis der Videointeraktionsanalyse¹ folgend, besteht die Aufgabe der Forscherin, des Forschers, *zum einen* darin, ‚genau‘ hinzuschauen und am Videomaterial zu überprüfen, was die Interaktanten durch ihr Handeln selbst anzeigen. Das, was relevant ist, das sogenannte „Relevanzkriterium“, wird durch die Akteure selbst markiert (Knoblauch 2004, S. 134). Diese „Aufzeigeleistung“ kann teilweise aus dem Handeln der Interaktanten erschlossen werden, ob dies gelingt, ist auch davon abhängig, wie fein das Video aufgelöst, transkribiert und analysiert wird.

Zum anderen kann die Einbeziehung verschiedener Wissensarten „Lücken“ schließen und den Deutungshorizont der Videoanalyse um ein Vielfaches erweitern (vgl. Deppermann 2008, S. 84 ff.; Kontos/Naglie 2007; Irion 2002). Hierbei sind insbesondere solche Wissensbestände relevant, die für die Interaktanten selbst „orientierungsrelevant“ sind und den Interaktionsverlauf in „systematischer Weise“ beeinflussen (Deppermann 2008, S. 88). Es geht zunächst darum, den aufgezeichneten Interaktionsverlauf in seinem „systematischen Zusammenhang“ zu sehen und sich zu bemühen, diesen, wie Knoblauch ihn nennt, „intrinsischen Zusammenhang der Interaktion zu verstehen und dieses Verstehen zu rekonstruieren“ (Knoblauch 2004, S. 131). Unter selektiver, funktionaler Einbeziehung diverser Wissensbestände gilt es im Fortgang interpretativ zu ergründen, wann und wie sich bestimmte Handlungen in welchen situativen Zusammenhängen zeigen und ob sie überdauern.

Die Praxis der mikroanalytischen Videointeraktionsanalyse

Die Videointeraktionsanalyse (vgl. Knoblauch/Schnettler 2007; Knoblauch/Tuma/Schnettler 2010) ist der interpretativen Videoanalyse zuzuordnen, sie zeichnet sich dadurch aus, dass die Kategorien aus dem Material heraus, also induktiv im Analyseverlauf entwickelt werden. Das Analyseverfahren wurde von mir zur *mikroanalytischen Videointeraktionsanalyse* weiterentwickelt, da sich mit Beginn der Analyse zeigte, dass es zur Beantwortung der Forschungsfragen nötig war, die Videos expansiv auf der Mikroebene der Interaktion auszuwerten. Im Kontext der Datenanalyse wurden die Videodaten mittels Feldpartitur (vgl. Moritz 2011) feintranskribiert und jeder Einzelfall für sich in drei Schritten sequenziell mi-

1 In ihrem Sequenzverständnis geht die Videointeraktionsanalyse auf die *Konversationsanalyse* (Sacks 1964) zurück (Tuma/Schnettler/Knoblauch 2013, S. 54). Die Konversationsanalyse zeichnet sich durch ihre detaillierte Vorgehensweise und die Analyse von Redezugsequenzen aus. Ferner bezieht sich die Videointeraktionsanalyse auf die *Gattungsanalyse*, die nach verfestigten Mustern und Formen verbalsprachlicher und körpersprachlicher Kommunikation sucht (Knoblauch/Schnettler 2007).

kroanalytisch. Die generierten Wissensbestände (ethnografisches Kontextwissen und das Hintergrundwissen durch die Interviewdaten) wurden selektiv in den Interpretations- und Deutungsprozess einbezogen. Die Mikroanalyse ist ein komplexer, iterativ-zyklischer Erkenntnisprozess, der sehr aufwändig und nicht Gegenstand dieses Beitrages ist (siehe hierzu Welling 2018). Aus forschungspragmatischen Gründen wurde das Sample auf zwei Einzelfälle, das heißt auf zwei variantenreiche Interaktionssituationen, reduziert. Zum einen eine Interaktionssituation im situativen Kontext von Essen und Trinken, zum anderen eine Interaktionssituation im situativen Kontext eines biografisch bedeutsamen Themas. Hierdurch konnte ich einen Zugang zu den spezifischen, körper- und lautlichen Ausdrucks- und Kommunikationsformen der Person mit Demenz finden und das sichtbar machen, was sonst verborgen geblieben wäre (vgl. Welling 2014; 2023).

Mikroanalytische Videointeraktionsanalyse als Gegenstandsangemessenheit

Durch diese Adaption der Methode (Videointeraktionsanalyse) an den Untersuchungsgegenstand (Interaktion zwischen Menschen mit weit fortgeschrittener Demenz und Bezugspersonen) konnte Gegenstandsangemessenheit und – meiner Ansicht nach –, wenngleich indirekt, Partizipation von Menschen, die mit einer schweren Demenz leben, realisiert werden. Forschende können dadurch Partizipation einlösen, indem sie – trotz aller methodologischen/methodischen Unsicherheiten und Fragen, die derzeit damit verbunden sind – einen methodischen Zugang entwickeln, der gegenstandsbezogen ist und an die kommunikativen Ressourcen und Eigenheiten der einzelnen Person mit Demenz anschließt (Cotrell/Schulz 1993). Einen solchen Zugang erlauben die verschiedenen qualitativen Methoden der Videoanalyse. Sie bieten das Potenzial, Menschen mit Demenz über das „Video als Forschungsmedium“ (Tuma/Schnettler/Knoblauch 2013, S. 47), selbst zu Wort kommen zu lassen und ihnen durch die Übersetzung des Visuellen ins Sprachliche im Sinne partizipatorischer Forschung ‚eine Stimme‘ zu geben. Auch wenn dies nicht im direkten Auftrag von Menschen mit Demenz geschieht, so geschieht es doch eindeutig in ihrem Interesse. Gleichwohl ist dies mit zahlreichen methodischen Herausforderungen verbunden (Welling 2014; Nover et al. 2015). Für meine wie auch für andere Forschungen (beispielsweise Döttlinger 2018) bedeutete Gegenstandsangemessenheit ein Höchstmaß an Flexibilität, Kreativität und Reflexivität im Forschungsprozess und den Mut, ein unsicheres Terrain zu beschreiten, das heißt eigene methodische Wege zu gehen und Verfahren zu modifizieren. Steinke (1999, S. 215) bemerkt hierzu, dass das „Prinzip der Gegenstandsangemessenheit des Forschungsprozesses [...] nicht mit einer vollständigen Kanonisierung des Vorgehens vereinbar [ist]“.

Forschende, die keine kodifizierten Verfahren anwenden, sollten jedoch einzelne Analyseschritte offenlegen und ihr Vorgehen entsprechend dokumentieren.

Anforderungen an die Forscherinnen und Forscher

Im Kontext videografischer Forschung mit Menschen mit Demenz begegnen Forscher:innen verschiedenen Herausforderungen. Um diese bewältigen sowie ethisch verantwortungsvoll handeln zu können, werden verschiedene Fähigkeiten benötigt. Die nachfolgenden Betrachtungen resultieren aus meiner Erfahrung, sie sind weder vollständig noch allgemeingültig für jedwede Forschung mit Menschen mit Demenz.

Haltung kritisch reflektieren. Kitwoods Forderung (vgl. 2013, S. 29–44), zuvor-derst den Menschen und nicht die Demenz zu sehen, trifft auch auf die Forschung mit Menschen mit Demenz zu. Sie verdeutlicht sich meines Erachtens in einer person-zentrierten Haltung, die Forschende Menschen mit Demenz gegenüber einnehmen. Es gilt die eigene Haltung gegenüber Menschen mit Demenz zu reflektieren und zu erkunden, ob diese Haltung Partizipation und einen verstehenden Zugang zu Menschen mit Demenz ermöglicht. Dies ist insbesondere für die Forschung mit Menschen mit schwerer Demenz bedeutsam, da diese sich nicht verbal artikulieren und nicht bzw. kaum noch für sich selbst sprechen können.

Offenes Kommunikations- und Interaktionsverständnis. Ein Kommunikation- und Interaktionsverständnis, das auf Regeln der Alltagskommunikation basiert, behindert einen verstehenden Zugang. Forschende sind somit aufgefordert, sich für die individuellen Ausdrucksformen der jeweiligen Person mit Demenz zu öffnen, diese zum Orientierungspunkt zu machen und sie mehrperspektivisch zu erkunden. Dies impliziert die Annahme, dass das individuelle Ausdrucksverhalten von Menschen mit Demenz subjektiv sinnvoll ist sowie die Anerkennung von Menschen mit Demenz als kompetente Kommunikations- und Interaktionspartner:innen.

Wissen in der Kommunikation und Interaktion mit Menschen mit Demenz. Um eine Basis von Vertrautheit im Feld herzustellen, ist es hilfreich, dass Forscher:innen Kontakte zu Menschen mit Demenz aufnehmen und erwidern. Hierdurch entsteht eine Interaktionsbeziehung, die das Verstehen erleichtert und somit konstitutiver Teil des Forschungsprozesses ist. Kontakte und Interaktionen sollten eine Qualität haben, die Menschen mit Demenz nicht verstört, sondern sie anregt, sich selbst zu äußern. Hierzu ist es hilfreich, dass Forschende über grundlegendes Wissen in der Kommunikation mit Menschen mit Demenz verfügen (siehe beispielsweise Haberstroh/Pantel 2011).

Die Bedeutsamkeit von Bezugspersonen anerkennen. Befunde der Bindungstheorie verweisen darauf, dass Menschen mit Demenz vertraute Bezugspersonen benötigen, um sich sicher zu fühlen. Ist dies gewährleistet, können sie explorie-

ren und sich vollumfänglich selbst äußern. Dies unterstreicht die Bedeutsamkeit von signifikanten Bezugspersonen insbesondere zu Beginn der Feldphase. Die dauernde Anwesenheit von fremden, unbekanntem Menschen (Forscher:innen) in der Nähe einer Person mit Demenz kann dazu führen, dass diese sich fortwährend unsicher fühlen. Daher ist es angebracht, die Bedeutsamkeit von signifikanten Bezugspersonen im Forschungsprozess anzuerkennen und zu reflektieren, ob und wie diese in den Forschungsprozess eingebunden werden können.

Wissen über das Phänomen Demenz und die Fähigkeit, sich davon zu distanzieren. Wissen über das Phänomen Demenz kann Forschende unterstützen, sowohl bestimmte Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz reflektierend einzuordnen als auch entsprechend zu handeln. Das ist nicht mit Defizitorientierung zu verwechseln, sondern beinhaltet auch das Vermögen, sich an den kommunikativen Besonderheiten und Möglichkeiten der Person mit Demenz zu orientieren, um Bedeutungen aus ihrer Perspektive zu erschließen. Gleichzeitig benötigen Forschende im Deutungsprozess ein hohes Maß an subjektiver Reflexivität und eine suspensive Analysehaltung, das heißt die Fähigkeit zur methodischen Fremdheit. Hierbei ist der Austausch, die kommunikative Validierung mit anderen Forscher:innen bedeutsam, denn die Nähe zum Feld bzw. zum Wirklichkeitsbereich von Menschen mit Demenz erschwert die kritische Reflexion.

Wahrnehmungs- und Beobachtungsfähigkeit. Eine differenzierte Wahrnehmungs- und Beobachtungsfähigkeit befähigt Forschende, die Besonderheit und Feinheit körperlich-affektiver Äußerungen von Menschen mit Demenz zu erkunden und sich individuellen Ausdruckformen anzunähern. Dies ist in der Phase der Datenerhebung zentral, um das Ausdrucksverhalten von Menschen mit Demenz beobachten und ihr Wohlbefinden einschätzen zu können. In der Datenanalyse sind differenzierte Wahrnehmungs- und Beobachtungsfähigkeit notwendig, um beispielsweise kleinste Mikroverhaltensweisen zu erkennen und das Video, unter Einbeziehung ethnografischer Wissensformen, entsprechend ‚lesen zu lernen‘.

Ausdauer im Prozess der Auswertung. Letztlich brauchen Forschende Geduld, das Videomaterial bis zum Ende auf mikroanalytischer Ebene ‚auszulesen‘. Dies schließt die Bereitschaft ein, den Analysegrad so weit zu verfeinern, bis alle Details sichtbar werden und das Interaktionsgeschehens analytisch in eine widerspruchsfreie Ordnung gebracht ist.

Zusammenfassend geht es bei der Betrachtung der Kompetenzen im Kontext videografischer Forschung darum, eine Vertrauensbasis zwischen allen Beteiligten herzustellen und sich so im Feld zu bewegen, dass Menschen mit Demenz sich, trotz Anwesenheit der Forscherin, des Forschers, sicher fühlen und sich weiterhin selbst äußern. Dies ist mit dem Anliegen verbunden, Menschen mit Demenz eine Stimme zu geben.

Literatur

- Allan, Kate/Killick, John (2010): Communication and relationships: an inclusive social world. In: Downs, Murna/Bowers, Barbara (Hrsg.): Excellence in dementia care. Research into practice. Buckingham: Open University Press, S. 212–229.
- AMDP. Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (Hrsg.) (2007): Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde. 8., überarbeitete Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Brooker, Dawn (2008): Person-zentriert pflegen. Das VIPS-Modell zur Pflege und Betreuung von Menschen mit einer Demenz. Deutschsprachige Ausgabe herausgegeben von Christian Müller-Hergl und Detlef Rüsing. Bern: Huber.
- Cook, Ailsa (2002): Using video observation to include the experiences of people with dementia in research. In: Wilkinson, Heather (Hrsg.): The Perspectives of People with Dementia: Research Methods and Motivations. London: Jessica Kingsley Publishers, S. 209–222.
- Cotrell, Victoria/Schultz, Richard (1993): The perspective of the patient with Alzheimer Disease: a neglected dimension of dementia research. In: Gerontologist 33, H. 2, S. 205–211.
- Darmann-Finck, Ingrid (2010): Interaktion im Pflegeunterricht. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Darmann-Finck, Ingrid (2021): Kompetenzaufbau für die person-zentrierte Kommunikation und Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz. In: Darmann-Finck, Ingrid/Mertesacker, Heike (Hrsg.): Pflegerische Versorgung alter Menschen. Qualität – Konzepte – Rahmenbedingungen. Berlin: Peter Lang, S. 219–240.
- Deppermann, Arnulf (2008): Gespräche analysieren. Eine Einführung. 4. Auflage. Wiesbaden: Springer VS.
- Dewing, Jan (2007): Participatory research: A method for process consent with persons who have dementia. In: Dementia 6, H. 1, S. 11–25.
- Dinkelaker, Jörg/Herrle, Matthias (2009): Erziehungswissenschaftliche Videographie. Eine Einführung. Wiesbaden: Springer VS.
- DNQP. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2018): Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz. Sonderdruck einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Osnabrück: Hochschule Osnabrück.
- Döttlinger, Beatrix (2018): Gestisch-kommunikatives Handeln als Bindeglied zwischen Sprache und Handeln bei Menschen mit Demenz. Beziehungs- und Interaktionsgestaltung. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Evers, Thomas (2012): Die besondere Ungewissheit im Handeln. Schlüsselprobleme gerontopsychiatrischer Pflegepraxis. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Flick, Uwe (2006): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Friebertshäuser, Barbara (2003): Feldforschung und teilnehmende Beobachtung. In: Friebertshäuser, Barbara/Prenzel, Annedore (Hrsg.): Handbuch der qualitativen Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim/München: Juventa, S. 503–534.
- Friesacher, Heiner (2008): Theorie und Praxis pflegerischen Handelns. Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft. Osnabrück: Universitätsverlag.
- Friesacher, Heiner (2019): „Professionell sein – Was heißt das eigentlich?“. Fachvortrag im Kontext der Veranstaltung: Kammer vor Ort. Regionale Fachdialoge zur Berufsordnung. www.pflegekammer-nds.de/files/downloads/regional Konferenzen/PKNDS_KvO_Dr._Friesacher_akt_200191118.pdf (Abfrage: 20.07.2021).
- Girtler, Roland (2001): Methoden der Feldforschung. 4., völlig neu überarbeitete Auflage. Wien: Böhlau.
- Hülken-Giesler, Manfred (2008): Der Zugang zum Anderen. Zur theoretischen Rekonstruktion von Professionalisierungsstrategien pflegerischen Handelns im Spannungsfeld von Mimesis und Pflegewissenschaft und Maschinenlogik. Göttingen: V & R unipress/Universitätsverlag Osnabrück.

- Innes, Anthea (2014): Demenzforschung. Das Erleben und die Versorgung von Menschen mit Demenz erforschen. Deutschsprachige Ausgabe herausgegeben von Sabine Bartholomeyczik und Margareta Halek. Bern: Huber.
- Irion, Thomas (2002): Einsatz von Digitaltechnologien bei der Erhebung, Aufbereitung und Analyse multicodaler Daten. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research* 3, H. 2.
- Kitwood, Tom (2013): Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. 6., erweiterte Auflage. Deutschsprachige Ausgabe herausgegeben von Christian Müller-Hergl. Bern: Huber.
- Kitwood, Tom/Bredin, Kathleen (1992): Towards a Theory of Dementia Care: Personhood and Well-being. In: *Ageing and Society* 12, H. 3, S. 269–287.
- Knoblauch, Hubert (2004): Die Video-Interaktions-Analyse. In: *Sozialer Sinn* 5, H. 1, S. 123–138.
- Knoblauch, Hubert (2011): Videoanalyse, Videointeraktionsanalyse und Videographie – zur Klärung einiger Missverständnisse. In: *Sozialer Sinn* 12, H. 1, S. 139–145.
- Knoblauch, Hubert/Schnettler, Bernt (2007): Videographie. Erhebung und Analyse qualitativer Videodaten. In: Buber, Renate/Holzmüller, Hartmut (Hrsg.): *Qualitative Marktforschung. Theorie, Methode, Analysen*. Wiesbaden: Gabler, S. 583–599.
- Knoblauch, Hubert/Tuma, René/Schnettler, Bernt (2010): Interpretative Videoanalysen in der Sozialforschung. In: Maschke, Sabine/Stecker, Ludwig (Hrsg.): *Enzyklopädie Erziehungswissenschaft Online*. Fachgebiet: Methoden der empirischen erziehungswissenschaftlichen Forschung. Weinheim/München: Juventa, S. 1–40.
- Kontos, Pia C./Naglie, Gary (2007): Bridging theory and practice – Imagination, the body, and person-centred dementia care. In: *Dementia* 6, H. 4, S. 549–569.
- Kremer-Preiß, Ursula/Stolarz, Holger (2006): Ambulant betreute Wohngruppen – Arbeitshilfe für Initiatoren. Arbeitshilfe im Rahmen des Projektes „Leben und Wohnen im Alter“ der Bertelsmann Stiftung und des Kuratoriums Deutsche Altershilfe. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Kruse, Jan (2014): *Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz*. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Laurier, Eric/Philo, Chris (2006): Natural Problems of Naturalistic Video Data. In: Knoblauch, Hubert/Schnettler, Bernt/Raab, Jürgen/Soeffner, Hans-Georg (Hrsg.): *Video Analysis: Methodology and Methods. Qualitative Audiovisual Data Analysis in Sociology*. Frankfurt am Main: Peter Lang, S. 182–192.
- Merton, Robert K./Kendall, Patricia L. (1984): Das fokussierte Interview. In: Hopf, Christel/Weingarten, Elmar (Hrsg.): *Qualitative Sozialforschung*. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 171–203.
- Moritz, Christine (2010): Dialogische Prozesse der Instrumentalpädagogik. Eine Grounded Theory Studie. Essen: Die Blaue Eule.
- Moritz, Christine (2011): *Die Feldpartitur. Multikodale Transkription von Videodaten in der Qualitativen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Nover, Sabine U./Sirsch, Erika/Döttlinger, Beatrix/Panke-Kochinke, Birgit (2015): What's going on? Methodische Fragen zum Verstehen von Menschen mit Demenz in der Versorgungsforschung. In: *Pflege und Gesellschaft, Zeitschrift für Pflegewissenschaft* 20, H. 4, S. 293–313.
- Nyström, Krister/Lauritzen, Sonja Olin (2005): Expressive bodies: demented persons' communication in a dance therapy context. *Health: An Interdisciplinary for the Social Study of Health*. In: *Illness and Medicine* 9, H. 3, S. 297–317.
- Paterson, Josefina G./Zderad, Loretta T. (1999): *Humanistische Pflege*. Bern: Huber.
- Pawletko, Klaus-W. (2002): *Ambulant betreute Wohngemeinschaften für demenziell erkrankte Menschen*. Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. www.bmfsfj.de/blob/94866/0015041a002027e2ff5a9b77769f2ecc/prm-23994-broschure-ambulant-betreute---data.pdf (Abfrage: 03.05.2021).

- Peplau, Hildegard E. (1997): Interpersonale Beziehungen in der psychiatrischen Pflege. In: Schaeffer, Doris/Moers, Martin/Steppe, Hilde/Meleis, Afaf (Hrsg.): *Pflege-theorien. Beispiele aus den USA*. Bern: Huber, S. 55–69.
- Polit, Denise F./Beck, Cheryl, T./Hungler Bernadette P. (2012): *Lehrbuch Pflegeforschung. Methodik, Beurteilung und Anwendung*. 2. Nachdruck der deutschsprachigen Ausgabe 2004. Bern: Huber.
- Przyborski, Aglaja/Wohlrab-Sahr, Monika (2008): *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch*. München: Wissenschaftsverlag.
- Remmers, Hartmut (2000): *Pflegerisches Handeln. Wissenschafts- und Ethikdiskurse zur Konturierung der Pflegewissenschaft*. Bern: Huber.
- Rutenkröger, Anja (2006): Forschung „Hearing the Voice“ in der Wissenschaft. In: Demenz Support Stuttgart (Hrsg.): *Dess_orientiert. „Hearing the Voice of People with Dementia“*, S. 4–7.
- Sabat, Steven R./Cagigas, Xavier E. (1997): Extralinguistic communication compensates for the loss of verbal fluency: a case study of Alzheimer's disease. In: *Language and Communication* 17, H. 4, S. 341–351.
- Sander, Kirsten (2012): Interaktionsordnung. Zur Logik des Scheiterns und Gelingens professioneller Praxen. In: Hanses, Andreas/Sander, Kirsten (Hrsg.): *Interaktionsordnungen. Gesundheit als soziale Praxis*. Wiesbaden: Springer VS, S. 15–34.
- Spradley, James P. (1980): *Participant Observation*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Steinke, Ines (1999): *Kriterien qualitativer Forschung. Ansätze zur Bewertung qualitativ-empirischer Sozialforschung*. München: Juventa.
- Tuma, René/Schnettler, Bernt/Knoblauch Hubert (2013): *Videographie. Eine Einführung in die interpretative Videoanalyse sozialer Situationen*. Wiesbaden: Springer VS.
- Uzarewicz, Charlotte (2002): Das Konzept der Leiblichkeit und seine Bedeutung für die Pflege. In: *Pflege und Gesellschaft* (Hrsg.): *Das Originäre der Pflege entdecken. Pflege beschreiben, erfassen und begrenzen*. Frankfurt am Main: Mabuse, S. 13–24.
- Van der Ploeg, Eva S./O'Connor, Daniel W. (2010): Evaluation of personalised, one-to-one interaction using Montessori-type activities as a treatment of challenging behaviours in people with dementia: a crossover trial. In: *BMC Geriatrics* 10, H. 3, S. 3.
- Vass, Antony A./Minardi, Henry A./Ward, Richard/Aggarwal, Neeru/Garfield, Cydonie/Cybyk, Beau (2003): Research into Communication Patterns and Consequences for Effective Care of People with Alzheimer's und Their Carers: Ethical considerations. In: *Dementia* 2, H. 1, S. 21–48.
- Ward, Richard/Vass, Anthony A./Aggarwal, Neeru/Garfield, Cydonie/Cybyk, Beau (2008): A different story: exploring patterns of communication in residential dementia care. In: *Ageing & Society* 28, H. 5, S. 629–651.
- Welling, Karin (2007): Verstehen lernen. Schlüsselprobleme der Pflege von Menschen mit Demenz als Basis für Lernsituationen. In: *Padua. Die Fachzeitschrift für Pflegepädagogik* 2, H. 2, S. 6–11.
- Welling, Karin (2014): „Sichtbarmachen was sonst verborgen bleibt“. Annäherung an die videobasierte interpretative Mikroanalyse in der Interaktion zwischen Menschen mit Demenz und Pflegenden. In: Moritz, Christine (Hrsg.): *Transkription von Video- und Filmdateien in der Qualitativen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer VS, S. 443–493.
- Welling, Karin (2018): „Sich aneinander orientieren“ – Feinfühligkeit und Engagement in der beziehungsorientierten Interaktion zwischen Menschen mit weit fortgeschrittener Demenz und Bezugspersonen. Eine mikroanalytische Videointeraktionsstudie. <https://doi.org/10.26092/elib/28> (Abfrage: 20.07.2021).
- Welling, Karin (2022): Der Umgang mit Unbestimmtheit in der Interaktion zwischen Menschen mit Demenz und Bezugspersonen. Einblicke in eine mikroanalytische Videointeraktionsstudie. In: Kuckeland, Heidi/Walter, Ulla/Zielke-Nadkarni, Andrea (Hrsg.): *Professionalität in der Pflege-didaktik – aktuelle und zukünftige Herausforderungen*. Brake: Prodos, S. 399–418.

- Welling, Karin (2023): Sich aneinander orientieren. Eine Studie zu Interaktionen zwischen Menschen mit Demenz und Bezugspersonen. In: Leidfaden. Fachmagazin für Krisen, Leid, Trauer. Thema: Verstand ist nicht alles – Leben mit Demenz 12, H. 1, S. 90–93.
- Young, Tony/Manthorp, Chris/Howells, David (2010): Communication and Dementia. New Perspectives, New Approaches. Barcelona: Aresta.
- Zegelin, Angelika (2005): „Festgenagelt sein“. Der Prozess des Bettlägerigwerdens. Bern: Huber.

Ethnografie der Demenz

Methodologische und methodische Anmerkungen

Christian Meier zu Verl

Einleitung

In der Demenzforschung sind ethnografische Ansätze selten. Ethnografien der Demenz untersuchen vor allem die soziale und kulturelle Dimension der (Zwischen-)Körperlichkeit und körperlicher Fertigkeiten, die auch bei einer fortschreitenden Demenz wie der Alzheimer-Krankheit erst in der späten Phase prekär werden. Dabei machen diese Ethnografien nicht nur das Prekäre der Demenz beobachtbar, sondern beschreiben vorhandene Fertigkeiten, Praktiken und Handlungen von Menschen mit Demenz, die es ihnen ermöglichen, weiterhin als Interaktionspartner_innen an sozialen Interaktionen teilzunehmen (vgl. unter anderem Chatterji 1998; Kontos 2004; Meier zu Verl 2020; 2023). Diese Interaktionen mit Menschen mit Demenz werden in der soziologischen Demenzforschung als spezifische *Interaktionsordnungen* (Goffman 1983), als durch die Interaktionspartner_innen selbst hervorgebrachte *fortwährende Leistungen* (Garfinkel 1967), oder als spezifische *Ko-Operationen* (Goodwin 2017) beschrieben. Auch wird der Interaktionsbegriff in der Demenzforschung in unterschiedliche Dimensionen zerlegt, um das Soziale der Demenz empirisch beobachten zu können (vgl. Meyer 2014).

Die methodologischen Grundlagen der ethnografischen Demenzforschung bestehen aber nicht nur aus sozialtheoretischen, sondern auch aus erkenntnis- und wissenschaftstheoretischen Annahmen. Dabei sind die Rolle der Ethnograf_in, ihr Körper und das Medium Schrift zentral. Unterschiedliche Traditionen und Varianten der Ethnografie lassen sich mit Blick auf diese drei Kategorien weitergehend diskutieren (vgl. Meier zu Verl 2018, S. 62–95). Für eine ethnografische Demenzforschung an den *Grenzen der Sozialwelt* (Luckmann 1970) sind sie von besonderer methodologischer Relevanz. Die Aufgabe und Herausforderung der Ethnograf_in als *Grenzforscher_in des Sozialen* besteht nun darin, die selbst erfahrenen Erlebnisse sozialer Wirklichkeit adäquat zu beschreiben, um sie für sich und andere erneut (wissenschaftlich) beobachtbar zu machen. Über den methodischen Weg dorthin besteht nach wie vor Uneinigkeit und unterschiedliche Varianten der Ethnografie formulieren unterschiedliche Angebote für eine adäquate Beschreibung sozialer Wirklichkeit.

Dieser Beitrag diskutiert zunächst drei Varianten der Ethnografie und fragt, wie diese Varianten das Soziale einer Demenz theoretisch und methodologisch

entwerfen sowie methodisch erforschen können. Dabei werden sowohl die Grundlagen dieser Varianten thematisiert als auch deren methodisches Vorgehen konkretisiert. Nachfolgend wird dann das empirische und theoretische Potenzial der Ethnografie anhand einer eigenen Ethnografie der Demenz kritisch diskutiert.

Varianten der Ethnografie und deren Potenziale für die Demenzforschung¹

Die Ethnografie kann auf unterschiedliche Art und Weise soziale und kulturelle Phänomene empirisch erforschen. Für eine Diskussion von Ethnografien der Demenz ist es daher sinnvoll, zunächst Varianten der Ethnografie allgemein zu unterscheiden und diese anschließend hinsichtlich ihrer Potenziale für eine qualitative Demenzforschung spezifisch zu befragen. Die jeweils zugrunde gelegten theoretischen und methodologischen Positionen variieren dabei je nach Ansatz (vgl. unter anderem Atkinson et al. 2001; Breidenstein et al. 2013; Meier zu Verl 2018; Meyer 2018; Poferl/Schröder 2022; vom Lehn/Hitzler 2015). Eine Ethnografie der Demenz sollte diese Positionen reflektieren und in ihre eigene Forschung empirisch-reflexiv einbeziehen. Drei Varianten der Ethnografie werden im Rahmen dieses Beitrags diskutiert (die *semiotische*, die *körperliche* und die *ethnomethodologische Ethnografie*), ohne dabei den Anspruch einer umfassenden Darstellung der Ethnografie, ihrer Varianten und Potenziale zu verfolgen.

Die *semiotische Ethnografie* entwirft eine Form der Wirklichkeit, in der die soziale und kulturelle Welt zum Text wird. Clifford Geertz' ethnografisches Projekt der *dichten Beschreibung* (Geertz 1973, S. 3–30) besteht darin, den beredeten Text einer Gesellschaft zu lesen, zu übersetzen und (erneut) aufzuschreiben (ebd., S. 452). Entscheidend ist, dass dieser Text bereits vorformuliert vorliegt, da das Soziale von den Handelnden im Weber'schen Sinne immer schon *gemeint* und vorinterpretiert wurde. Auch die beobachtbaren Handlungen von Menschen mit Demenz sind daher prinzipiell sinnhaft und deren spezifische Sinnhaftigkeit kann ethnografisch erschlossen werden. Sozialer Sinn wird als den konkreten Interaktionen vorgelagerte Dimension verstanden und entsteht nicht erst in Interaktionen. Darauf aufbauend bestehen Kulturen bzw. Gesellschaften aus einem Gewebe aufeinander bezogener intentionaler Handlungen. Als Schüler von Talcott Parsons folgt Geertz dessen Handlungsbegriff und fokussiert auf

1 Ausgangspunkt für die hier entwickelte Diskussion der Ethnografie ist das Buch „Daten-Karrieren und epistemische Materialität“ (Meier zu Verl 2018, S. 62–95) sowie der unveröffentlichte Aufsatz „Die zwei Körper des Ethnografen“ (Meier zu Verl/Meyer 2017). Die unterschiedenen Varianten der Ethnografie werden in diesem Aufsatz spezifisch auf den Kontext qualitativer Demenzforschung bezogen.

den systemischen Zusammenhang von zwar intentional strukturierten, aber zugleich normativ orientierten gesellschaftlichen Handlungsgeweben. Jedoch geht er in seinen Ergebnissen weniger auf deren soziale Funktionen ein, denn als Anthropologe und Schüler von Clyde Kluckhohn ist er vor allem an kulturellen Systemen interessiert. Kultur ist für ihn das Sinn- und Symbolsystem, das soziale Handlungen normativ über Sanktionsmechanismen regelt, mit situativer Bedeutung ausstattet und dadurch letztlich den Strukturertand und die Kontinuität der Gesellschaft sichert (vgl. ebd., S. 17, 27–28). Eine semiotische Ethnografie der Demenz ist also in der theoretischen Lage, eine fortschreitende Demenz als einen fortschreitenden Verlust von geteilter Kultur oder auch von Sinn empirisch zu beschreiben.

Dichte Beschreibung heißt für Geertz, den gemeinten Sinn beobachteter sozialer Handlungen den ethnografischen Beschreibungen intrinsisch einzuschreiben. Er selbst gibt leider wenige konkrete Informationen, wie man dies methodisch erreichen soll. In eine *dichte Beschreibung* soll auf keinen Fall nur „roher sozialer Diskurs“ aufgenommen werden, denn zu diesem haben wir als Ethnograf_innen keinen direkten Zugang (ebd., S. 20). In einem gewissen Maße können Informant_innen allerdings hierzu einen Zugang verschaffen: Sie gilt es in Bezug auf den gemeinten Sinn hinter dem *rohen sozialen Diskurs* zu befragen: „The trick is to figure out what the devil they think they are up to“ (Geertz 1983, S. 58). Reflexive Zugänge zu subjektiven Sinnwelten von Menschen mit Demenz werden jedoch durch eine immer weiter fortschreitende Demenz zunehmend problematisch, sodass zum Beispiel auch Angehörige und Pflegende als Informant_innen infrage kommen, um Zugang zum gemeinten Sinn von Menschen mit Demenz zu bekommen.

Hinter der scheinbar unorganisierten Vielfalt sozialen Handelns muss nach Geertz die verborgene intentionale Verwobenheit identifiziert werden, die eine soziale Handlung oder Äußerung als eine Antwort auf oder als einen Kommentar über eine Handlung oder Äußerung versteht. Aber: „There is no ready method for this, and for myself I rather doubt there ever will be“ (ebd., S. 233). Die Feldforschung selbst dient dabei als eine Verfremdungstechnik (Geertz 1973, S. 14): Ethnograf_innen beginnen mit einem Zustand allgemeiner Verwirrung und kommen dann langsam zu einem Verständnis der Vorhaben und Absichten der Erforschten (ebd., S. 27), die sie anschließend systematisieren (ebd., S. 15). *Dichte Beschreibungen* sind für Geertz daher Fiktionen in dem Sinne, dass sie gemacht und gestaltet sind (ebd.). Ihr Ziel besteht nicht etwa darin, einen fremden *Bedeutungskontinent* zu entdecken und dessen körperlose Landschaften zu vermessen, sondern darin, Bedeutungen zu vermuten und diese Vermutungen zu bewerten, um daraus Erklärungen abzuleiten (ebd., S. 20).

An vielen Stellen seiner Arbeiten wendet sich Geertz vehement gegen den Mythos einer empathischen, mit besonderen Sensibilitäten ausgestatteten Ethnograf_in; dieses chamäleonhafte „walking miracle of empathy, tact, patience, and

cosmopolitanism“ (Geertz 1983, S. 56), das die *Fremden* verstehe, indem es in ihre Haut schlüpfe und so werde wie sie (vgl. auch Geertz 1973, S. 24; 1983, S. 9). Eine semiotische Ethnografie der Demenz kann also nicht beschreiben, wie sich eine Demenz (physisch, psychisch und sozial) anfühlt oder wie es sich anfühlt, jemanden mit Demenz zu pflegen. Eine Demenz, wie die Alzheimer-Krankheit, ist aus dieser Perspektive vor allem mit dem Verlust von geteilter Kultur und geteiltem Sinn verknüpft und kann als ein solcher Verlust beschrieben werden. Was Geertz als ethnografische Methode vorschwebt ist also nicht psychische Nähe und kulturelle Identifikation durch Teilnahme, sondern ein *Verstehen ohne Einfühlen* (Geertz 1983, S. 56). Eine Ethnograf_in sei nichts weiter als „an interested (in both senses of that word) sojourner“ (Geertz 1973, S. 20, 24). Dies bedeutet, sich nicht in eine innere geistige Korrespondenz mit seinen Informanten begeben zu wollen, sondern schlicht ihre Absichten herauszufinden (Geertz 1983, S. 58). Jedes scheinbare Verstehen dessen, wie die Erforschten wirklich seien, wie ihr Innenleben sei, entspringe ohnehin eigentlich der Fähigkeit, ihre Ausdrucksweisen und Symbole zu deuten und ähnele dabei eher dem Begreifen eines Sprichworts, dem Erfassen einer Andeutung, dem Kapieren eines Witzes oder dem Lesen eines Gedichts als dem Erreichen von Kommunion (ebd., S. 70). Statt die Erfahrung des anderen mit einer westlichen Theorie des Selbst als *Empathie* zu begreifen, sollen Ethnograf_innen lieber das Selbstkonzept der anderen erforschen (ebd., S. 59). Geertz ist somit der Auffassung, dass verkörperte Teilnahmeerfahrungen für eine ethnografische Forschung wenig Nutzen haben – sie seien eher eine Gefahr für das Entstehen von Misstrauen und Boshaftigkeit zwischen Ethnograf_in und Erforschten (Geertz 1973, S. 20). Die Ethnograf_in sollte sich daher auf die fallbezogene *dichte Beschreibung* von intentional strukturierten sozialen Handlungsgeweben beschränken, die sie dann mit der Hilfe von Theorien analysiere und interpretiere. Das notwendige Wissen, um die Absichten und Vorhaben der Erforschten zu identifizieren, erhält sie durch ihre Gespräche mit Informant_innen. Geertz' *dichte Beschreibung* wurde von vielen Ethnolog_innen und Soziolog_innen als methodisches Projekt übernommen, jedoch ohne sich dabei auf die zugrundeliegenden handlungstheoretischen Annahmen von Parsons zu beziehen.

Von dieser überaus skeptischen Haltung gegenüber dem Einsatz des Körpers und seiner impliziten Felderfahrungen unterscheidet sich der Ansatz einer *körperlichen Ethnografie*. Diese Ethnografie fordert explizit den Einsatz des *Forscher_innenkörpers* (Breidenstein et al. 2013, S. 90) als Erkenntnisinstrument ein. Das Schreiben bleibt jedoch auch für die körperliche Ethnografie eine Haupttätigkeit der Ethnograf_in (vgl. unter anderem Hirschauer 2001; Jackson 1990; Lofland/Lofland 1984). Howard S. Becker oder auch Erving Goffman stehen neben weiteren anderen für diesen Ansatz der Ethnografie (*Second Chicago School*), in der Ethnograf_innen vor allem an Situationen körperlich teilnehmen müssen, um sie erforschen zu können. Becker war Student von Robert E. Park, der seine Studenten anleitete „first-hand observation[s]“ durchzuführen: „In short, gentle-

men, go get the seat of your pants dirty in real research“ (Becker zit. n. McKinney 1966, S. 71). Hier deutet sich bereits die Verwobenheit einer körperlich-teilnehmenden Beobachtung und schriftlichen Beschreibung der Beobachtung an. Erst im Medium der Schrift können private ethnografische Situationsbeobachtungen soziologisch beobachtbar gemacht werden. Goffman hat in seinen Methodennotizen dementsprechend hervorgehoben, dass in der Ethnografie Daten situativ erworben werden, „by subjecting yourself, your own body and your own personality, and your own social situation, to the set of contingencies that play upon a set of individuals, so that you can physically and ecologically penetrate their circle of response to their social situation, or their work situation, or their ethnic situation“ (Goffman 1989, S. 125). Das im Rahmen der ethnografischen Forschung stattfindende Teilnehmen oder auch *Eintauchen* (Emerson/Fretz/Shaw 1995, S. 2) bedeutet sowohl sich mit den Beforschten in die zahlreichen unwägbareren Situationen des Alltags zu begeben und dabei zu beobachten, wie sie agieren, als auch selbst diese Situationen und die Umstände, die sie hervorrufen, psychisch und physisch zu erleben. Ethnograf_innen sollen sich mit ihrer ganzen Existenz dem Feld widmen und sich auf ihr Feld einlassen. Mehr noch, Ethnograf_innen müssen sich den Lebensumständen der Erforschten unterwerfen und so handeln, als könnten sie nicht jeden Moment in das komfortable Zuhause der Akademiker_in zurückkehren, sondern als seien sie ebenso existenziell von ihnen betroffen wie die Erforschten. Neben den angenehmen Dingen müssen sie daher auch die unangenehmen Dinge mitmachen und ertragen. Dies – so Goffmans Metapher – stimme ihre Körper wie ein Musikinstrument. Nur mit einem derartig eingestellten Körper seien Ethnograf_innen in der Lage, die Erforschten zu verstehen, wie sie angesichts der Widersprüche des Lebens agieren und reagieren. Ethnograf_innen sollen mit ihrer situativen Teilnahme ein Empathievermögen erwerben, indem sie dem Motto folgen: „you’ve been taking the same crap they’ve been taking“ (Goffman 1989, S. 126). Für Goffman ist das der Kern der Ethnografie, ohne den keine seriöse ethnografische Arbeit möglich ist. Für eine ethnografische Demenzforschung haben diese Positionen weitreichende Konsequenzen. Die Ethnograf_in kann zum Beispiel im Rahmen ihrer Ethnografie als Pflegende am sozialen Leben von Menschen mit Demenz teilnehmen. Dabei nimmt sie auch an Situationen zwischen Pflegenden und zu pflegenden Menschen mit Demenz teil und kann ein verkörpertes Gespür für das Soziale einer Demenz entwickeln. Das Soziale als ein körperliches Dazwischen manifestiert sich dann auch im Körper der Ethnograf_in (wie auch in den Körpern der anderen Pflegenden) und nicht nur im Körper der Menschen mit Demenz und kann anschließend von der Ethnograf_in am Schreibtisch im Medium der Schrift zur Sprache gebracht werden.

Aus dieser ethnografischen Perspektive ist es ein Missverständnis, wie die semiotische Ethnografie davon auszugehen, dass die soziale und kulturelle Welt oder das ethnografische Erfahrungswissen bereits datenförmig – in beobacht-

barer, direkt abschreibbarer oder textlich vorstrukturierter Form vorliege (vgl. Lofland/Lofland 1984, S. 71–75). Zumal Beobachten aus dieser Perspektive nicht bloß als Wahrnehmungsprozess gefasst werden kann, sondern, „wenn es um die Sedimentierung anschlussfähiger Operationen geht, vor allem ein Schreibprozess“ ist (Amann/Hirschauer 1997, S. 30). Dabei stellt jede Beschreibung eine (Re-)Konstruktion dar, deren Güte allein „durch disziplinäre Akzeptanzbedingungen für ethnografisches Wissen bestimmt“ wird (ebd., S. 34). Auch wenn Schreiben heißt, etwas in eine andere Form zu transformieren, so gilt es doch, epistemologisch Phänomene, die noch nicht in sprachlicher Form vorliegen, sprachlich überhaupt erst zu *erschließen*, zu *erschreiben* und *zur Sprache zu bringen* (Hirschauer 2001, S. 446). Dies richtet sich zuallererst auf jene „Schicht von implizitem, körperlichem Wissen, das die Leute haben, ohne dass sie es einfach verbalisieren könnten, ein Wissen, wie man etwas tut“ (Breidenstein et al. 2013, S. 35). Eine körperliche Ethnografie der Demenz bricht daher mit der Schweigsamkeit der Demenz, indem der Sprachverlust einer fortschreitenden Demenz durch ein ethnografisches *Zur-Sprache-Bringen* durchbrochen wird. Dafür setzt die Ethnograf_in ihren gesamten Körper als Forschungsinstrument und ihr erworbenes verkörpertes Wissen als Reservoir ein, das sie im Medium der Schrift in soziologische Erkenntnisse über die teilnehmend beobachtete Praxis transformiert.

Damit eine Versprachlichung des Sozialen gelingt, müssen Ethnograf_innen also ihre eigene Person und ihren eigenen Körper mit seiner gesamten Sensorik als *Instrumente* der Forschung und *personale Aufzeichnungsapparatur* einsetzen. Methodologisch entscheiden dabei ist, „sich [...] selbst in eine praxisnahe Lage zu bringen und von dort aus etwas äußerst Praxisfremdes zu tun: tacit knowledge zu verbalisieren“ (Hirschauer 2001, S. 434). Damit die Ethnograf_in das Feld be-/erschreiben kann, muss diesem zuerst „während eines langwährenden Nahkontaktes maximale Chancen [gegeben werden], sich dem Forscher und Autor ‚einzuschreiben‘“ (ebd., S. 448). So entsteht ein Überschuss an verkörpertem Erfahrungswissen, von dem nur ein Teil letztlich in sprachliche Notizen und wissenschaftliche Erkenntnisse überführt wird (vgl. Becker/Geer 1957, S. 30).

Die *ethnomethodologische Ethnografie* geht wie die körperliche Ethnografie von einer erkenntnistheoretischen Relevanz des Körpers der Ethnograf_in aus. Im Gegensatz zur semiotischen, aber auch körperlichen Variante der Ethnografie rückt nicht nur der erfahrende Körper der Ethnograf_in, sondern ihr *skilled body* und damit vor allem die *embodied skills* (verkörperten Fertigkeiten) ins Zentrum der Ethnografie. Das Soziale wird nicht als stumm oder schweigsam oder als fremder Text betrachtet. Es muss nicht (retrospektiv) zur Sprache gebracht oder in die eigene Sprache übersetzt werden, sondern es wird als ein in seiner praktischen Verfertigung erkennbares und immer auch sprachfähiges Phänomen behandelt (vgl. Meier zu Verl/Meyer/Oberzaucher 2023). Die Aufgabe besteht nun darin, die spezifische *accountability* (praktische Erklärung, Garfinkel 1967)

einer sich vollziehenden Praxis zu erkennen und zugleich (für sich und andere) erneut beobachtbar zu machen (vgl. auch Meier zu Verl/Meyer 2022).

Der für die ethnomethodologische Ethnografie relevante Gegenstand steckt in den Praktiken des Feldes, die durch die *skilled bodies* der Akteur_innen hervorgerufen werden. Der Vollzug einer Praktik ist dabei zugleich identisch mit dessen *praktischer Erklärung*. Für *kompetente Akteur_innen* werden daher die konkreten Bedeutungen von Praktiken erst situativ mit ihrem Vollzug sichtbar. Insofern ist das weiter oben beschriebene methodologische Problem des *Zur-Sprache-Bringens* sozialer Phänomene auch ein lebensweltliches Problem der Akteur_innen selbst, die zum Beispiel ihr praktisches Wissen anderen Akteur_innen (Lehrlingen, Kindern etc.) vermitteln wollen. Diese Vermittlung von Wissen oder körperlichen Fertigkeiten kann jedoch nicht ausschließlich durch Texte bzw. Lehrbücher gelingen, sondern muss auf vielfältige andere Weisen, mimetisch oder auch durch körperliche Anleitung, stattfinden. Das heißt, dass der Erwerb von praktischem Wissen und körperlichen Fertigkeiten nicht ausschließlich schriftlich erfolgen kann, sondern durch die mehrfache, wiederholte und durch erfahrene Akteur_innen angeleitete Ausübung erlernt werden muss. Für Harold Garfinkel besteht daher eine Kluft zwischen ausgeübten körperlichen Praktiken und ihrer schriftlichen Darstellung (z. B. durch Wissenschaftler_innen). Er unterscheidet beide Formen als zwei nicht miteinander identischen Segmente eines gemeinsamen *Lebenswelt pair*, die zwar zusammen eine Einheit bilden, aber nicht aufeinander reduziert werden können (vgl. Garfinkel/Wieder 1992, S. 201).

Körperliche Fertigkeiten sind daher für die ethnomethodologische Ethnograf_in bei ihrer Forschung über Demenz von epistemologischer Relevanz, um die konstitutiven Praktiken des Feldes zunächst praktisch und am eigenen Körper zu erfahren und nachfolgend auch selbst zu erlernen. Die Ethnograf_in erwirbt also im Rahmen ihres Feldaufenthaltes zum Beispiel in Pflegeeinrichtungen auch die körperlichen Fertigkeiten, Bewohner_innen mit Demenz zu pflegen, sodass sie Praktiken und Handlungen der Pflegenden auch ohne eine reflexive Explikation praktisch verstehen kann.

Dabei beschreiben Garfinkel und Wieder (1992) zwei Formen von methodischen Voraussetzungen für eine ethnomethodologische Ethnografie: die schwache und die starke Anwendung einer „unique adequacy requirement of methods“. Die schwache Anwendung geht davon aus, dass die Ethnograf_in ein Mitglied der zu erforschenden Gruppe ist und somit „vulgarly competent in the local production and reflexively natural accountability of the phenomenon of order*“ (ebd., S. 182) sein muss. Diese kompetente Ethnograf_in verfügt über das verkörperte Wissen „to recognize, identify, follow, display, and describe phenomena of order* in local productions of coherent detail“ (ebd.). In der starken Anwendung ist die Ethnograf_in nicht nur *Feld-kompetent*, sondern ihre Methoden der Feldforschung sind mit den Methoden des Feldes identisch, um die zu erforschenden sozialen Phänomene als soziale Phänomene beobachtbar zu machen:

„Just in any actual case a phenomenon of order* already possesses whatever as methods methods could be of [finding it] if [methods for finding it] are at issue. Comparably, a phenomenon of order* already possesses whatever as methods methods could be of [observing], of [recognizing], of [counting], of [collecting], of [topicalizing], of [describing] it, and so on, if, and as of the in vivo lived local production and natural accountability of the phenomenon, [observing], [recognizing], [counting], [collecting], [topicalizing], or [describing] it is at issue“ (ebd.; eckige Klammern im Orig.).

Die Ethnomethodologie spricht sich damit methodologisch für ein Verfahren zur Untersuchung sozialer Phänomene aus, das sich am Phänomen selbst und dessen Einzigartigkeit oder auch *Haecceitas* („hier-und-jetziges Diesheit“, *just thisness*, Garfinkel 1996, S. 10) orientiert. Die *unique adequacy requirement of methods* ist nach Michael Lynch (2007, S. 511) in ihrer starken Anwendung jedoch weniger ein methodologisches Prinzip als eine konstitutive Eigenschaft der zu erforschenden sozialen Wirklichkeit selbst. Die Schweigsamkeit des Sozialen – die in der körperlichen Ethnografie den Ausgangspunkt des ethnografischen Forschens darstellt – stellt in der Ethnomethodologie daher ein *Endprodukt* sozialer Phänomene dar. Soziale Phänomene werden also von den Akteur_innen sowie von den Ethnograf_innen als soziale Tatsachen retrospektiv wahrgenommen und können als solche prinzipiell besprochen werden. Jedoch besteht – wie bereits angesprochen – immer eine Kluft zwischen dem Sprechen über soziale Phänomene und den sozialen Phänomenen in ihrem praktischen Vollzug. „Garfinkel’s ‚unique adequacy requirement of methods‘ differed from more familiar ethnographic policies mainly by the stringency of its injunction to master the practices studied (rather than simply learning to talk ‚about‘ them)“ (Lynch 1993, S. 274). Die ethnomethodologische Ethnografie zielt deshalb weniger auf diese Ethnomethode des *Sprechens über* oder *Zur-Sprache-Bringens von*, die immer auch Teil der Praxis der Akteur_innen selbst ist, sondern sie zielt auf die eigenen verkörperten Wissensressourcen einer praktisch-kompetenten Ethnograf_in ab. Das Sprechen über soziale Tatsachen ist in diesem Sinne wiederum eine andere zu erforschende Form sozialer Wirklichkeit (vgl. exemplarisch Bergmann 1987). Eine Ethnograf_in muss sich daher einer *Feld-Anamnese* beispielsweise im Kontakt mit Beschreibungen des Feldes oder technisch-registrierenden Aufzeichnungen sozialer Interaktionen aus dem Feld (wie Audio- oder Videoaufzeichnungen) unterziehen und sich fragen, welche körperlichen Fertigkeiten konstitutiv für die beobachteten sozialen Praktiken sind.

Die ethnografische Aufgabe besteht nun darin, (1) die *accountability* jener ethnografisch erworbenen verkörperten Fertigkeiten und Praktiken verstehen zu lernen, (2) sich real vollziehende Praktiken zu dokumentieren (wie durch Audio- und Videoaufzeichnungen), (3) die Repräsentationspraktiken der Akteur_innen selbst zu erlernen sowie (4) deren Praktiken der Repräsentation für die eigene ethnografische Beschreibung dieser Praktiken methodisch-reflexiv zu nutzen.

Eine ethnomethodologische Ethnografie der Demenz

Eine Ethnografie der Demenz kann auf unterschiedliche Art und Weise die Wirklichkeit der Demenz sozialtheoretisch entwerfen und empirisch untersuchen. Sie kann den gemeinten Sinn, die Schweigsamkeit oder die konstitutiven Praktiken des Sozialen zum Gegenstand ihrer Untersuchung machen. Demenz wird damit aber immer zu einem beobachtbaren sozialen Phänomen. Die nachfolgenden drei empirischen Beispiele sind Teil meiner eigenen ethnomethodologischen Ethnografie der Demenz. Für diese Ethnografie habe ich als teilnehmender Beobachter über fünf Monate in unterschiedlichen Pflegeeinrichtungen geforscht. In diesen Einrichtungen habe ich in der Rolle eines Praktikanten an der Pflegepraxis von Bewohner_innen mit Demenz aktiv teilgenommen. Einzelne Pflegesituationen habe ich während meiner Feldforschung mit der Videokamera gefilmt. Dabei ging es mir vor allem um eine video-ethnografische Dokumentation des Vollzugs von Praktiken der Demenzpflege, die Affizierung, Ko-Responsivität und intersubjektive Verständigung unter den kognitiv prekären Bedingungen einer fortgeschrittenen Alzheimer-Krankheit ermöglichen (vgl. hierzu auch Meier zu Verl 2020; 2023).

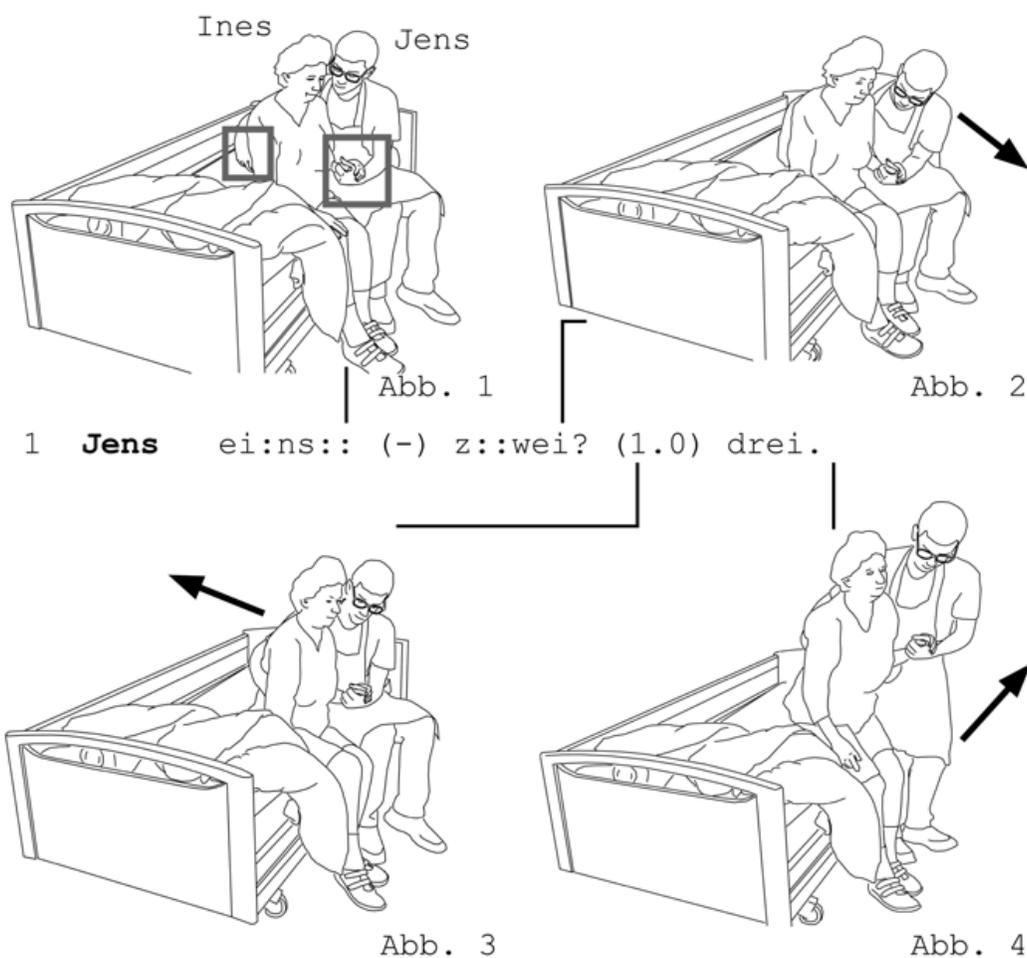
Die nachfolgenden Beispiele geben einen empirischen Einblick (1) in den praktischen Vollzug professioneller Demenzpflege, (2) in die reflexive Dimension der Pflegepraxis und (3) in basale Interaktionen zwischen Menschen mit Demenz. Letztere sind bislang kaum ethnografisch und interaktionssoziologisch untersucht worden. Bei der Diskussion dieser empirischen Beispiele steht die epistemologische und methodologische Positionierung von Ethnografie als Methode der qualitativen Demenzforschung im Vordergrund.

Wissensressourcen

Eine ethnomethodologische Ethnografie der Demenz kann die konstitutiven Bedingungen intersubjektiver Verständigung zum Gegenstand ihrer Forschung machen. Sie muss dann sowohl die Praktiken der Verständigung als auch das ethnografische Wissen darüber intersubjektiv nachvollziehbar machen. Zu den Bedingungen intersubjektiver Verständigung zählt unter anderem das verkörperte alltägliche Praxiswissen, das bei einer fortschreitenden Alzheimer-Krankheit häufig noch lange erhalten bleibt. Dieses Wissen kann daher in Pflegesituationen als eine Ressource der Verständigung praktisch genutzt werden. Zwei basale Dimensionen sozialer Interaktionen sind für die praktische Nutzung verkörperter Wissensressourcen jedoch wesentlich: (1) die körperlich-affektive Ko-Responsivität der Interaktionspartner_innen und (2) die Fähigkeit der Interaktionspartner_innen ihre Interaktion formal-prozedural zu kontinuieren (vgl. Meyer 2014; Meier zu Verl 2023).

Im transkribierten Videoausschnitt (Tr. 1) stehen der Pfleger Jens Japp und die an Alzheimer erkrankte Bewohnerin Ines Ihle zusammen vom Bett auf. Diese gemeinsame Handlung koordiniert der Pfleger über Rhythmizität und Zwischenkörperlichkeit und nutzt dabei die verkörperten und präreflexiven Wissensressourcen der Bewohnerin, ohne das gemeinsame Aufstehen sprachlich-reflexiv zu thematisieren.

Tr. 1: Verkörpertes Wissen als Ressource der Pflegepraxis (1:33:51–1:33:55 min.)



Zur Handlungskoordination mit Ines nutzt Jens seinen eigenen Körper, der an mehreren Stellen den Körper von Ines berührt (Abb. 1). Jens synchronisiert über die Rhythmizität seines lauten Zählens (Z. 1) beide miteinander verbundenen *Zwischenkörper* in ihrer gemeinsamen Vorwärts- und Rückwärtsbewegung (Abb. 2, 3). Dabei kann Jens bestimmte körperliche Impulse setzen und den durch den Rhythmus etablierten Bewegungsablauf dazu nutzen, um gemeinsam vom Bett aufzustehen (Abb. 4). Intersubjektives Verstehen gelingt in dieser Interaktion zwischen Jens und Ines durch ein geteiltes praktisches und verkörpertes Wissen über Handlungen und Handlungskoordinationen. Dabei müssen sich die beiden

Interaktionspartner_innen nicht reflexiv-sprachlich koordinieren, sondern nutzen Rhythmizität und Zwischenkörperlichkeit als performative Ressource ihrer Handlungskoordination, die für die beiden Interaktionspartner_innen mit ihrem praktischen Vollzug unmittelbar körperlich verständlich werden.

Eine Ethnografie der Demenz kann diese sichtbaren und präreflexiven Wissensressourcen soziologisch beobachtbar machen, indem (1) die Ethnograf_in aus der eigenen körperlichen Erfahrung heraus praktisch versteht, wie Handlungskoordinationen auch ohne sprachliche Verständigungen gelingen können und (2) diese konstitutiven Bedingungen des Gelingens zum Beispiel auf der empirischen Grundlage von transkribierten Videoausschnitten erläutert und damit intersubjektiv nachvollziehbar gemacht werden. Dafür muss die ethnomethodologische Ethnograf_in immer auch auf ihr eigenes ethnografisch-erworbenes verkörpertes Wissen zugreifen, das sie dann am empirischen Material expliziert.

Die Explikationsfähigkeit von verkörpertem Wissen

Verkörpertes Wissen ist prinzipiell explikationsfähig und wird nicht nur von Ethnograf_innen, sondern auch von den beobachteten Akteur_innen selbst expliziert. Eine Ethnografie – die das Soziale zur Sprache bringt – nimmt in diesem Sinne keine epistemisch-privilegierte Position ein, sondern untersucht zum Beispiel die institutionellen Praktiken von Pfleger_innen, die versuchen, die selbst wahrgenommene *Schweigsamkeit der Demenz* zu durchbrechen.

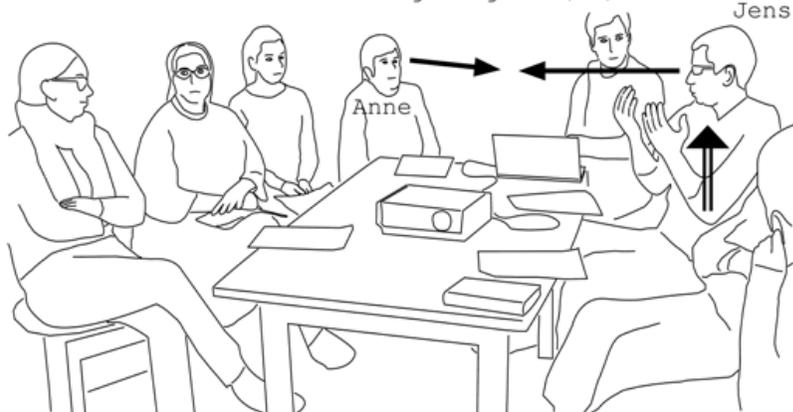
Der nächste transkribierte Videoausschnitt (Tr. 2) ist aus einer Teamsitzung, in der das Pflorgeteam einer Einrichtung über eine von mir gefilmte Pflegesituation diskutiert (vgl. auch Hung et al. 2018). In der gefilmten Pflegesituation wird eine gemeinsame Handlungskoordination zwischen dem Pfleger Jens Japp und der Bewohnerin Ines Ihle problematisch und misslingt zunächst. Die Bewohnerin hält, während sie noch sitzt, eine Puppe in ihren beiden Armen. Diese Haltung verhindert jedoch ein gemeinsames Aufstehen und die praktische Etablierung von Zwischenkörperlichkeit mit ihrem Pfleger, der in dieser Situation und vor allem unter Zeitdruck nach anderen Möglichkeiten einer gemeinsamen Handlungskoordination suchen muss.

In der Pflgeteamsitzung erarbeiten sich die anwesenden Akteur_innen als Erstes ein geteiltes Verständnis über die gefilmte Pflegesituation. Dieses Verständnis versprachlichen sie wechselseitig und rekonstruieren die gefilmte Situation als eine spezifische Pflegesituation, in der eine durch den Pfleger geplante Handlung misslingt.

Nach dem gemeinsamen Anschauen des Videoausschnitts (außer der Pfleger Jens Japp und der Ethnograf Christian Meier zu Verl hat niemand der anwesenden Kolleg_innen die Situation selbst miterlebt), fragt Anne nach einer Situationseinschätzung durch Jens, die vor allem den zeitlichen Abstand zur gefilmten Situa-

Tr. 2: Die Explikation von verkörpertem Wissen in einer video-reflexiven Teamsitzung (2:06–4:10 min.)

- 01 **Anne** herr meier zu verl hat ja gesagt SIE hätten
jetzt dann auch gefunden dass das äh (-) ne
bemerkenswerte situation (.) gewesen ist=
02 =wie is es den ihnen dann dabei ergangen
(.) oder jetzt im nachhinein oder so?
03 (...)
04 **Jens** äh::m (-) wenn ich es SO sehe wieder (.)
wie beim- beim film;=
05 =also (-) ähm ich finde es zwar komisch aber
ich äh- kann- ich kann jetzt wieder
reflektiert was ich jetzt damals gefühlt hab
in dem moment wo ich ä:h sie zum aufstehn
anfordern wollte (---)
06 **ABER** es ist nicht gelungen. (--)



- 07 ich hab erstmal versucht die pu- Abb. 5
äh die äh frau ih- frau ihle MIT
der puppe hoch [zu nehmn,]
08 **Anne** [ja: ?]
09 **Jens** dann WAR_S (.) ohne der puppe ich wollt die
puppe wegnehmen die wollte sie aber nicht
hin:geben. (.)
10 dann musste ich mich kurz zurückziehn damit
ich denke okay wie mach ich des noch,
11 **Anne** [ja::]
12 **Jens** [was gibt es für] noch ne möglichkeit,
13 da war ich jetzt ne bisschen überfordert==
14 =ich will sie ja nicht [°h] ähm (.) ich
15 **Anne** [ja?]
16 **Jens** will ja die SCHÖnenste methode für frau
[ihle finden,]
17 **Anne** [ja ä:hä.]

on einbezieht (Z. 1–2). Dabei referenziert sie auch auf einen vorherigen Redebeitrag des Ethnografen. Jens stellt zunächst eine Rückfrage an Anne und es kommt zu einem Einschub, mit dem die allgemeine Frage von Anne wechselseitig präzisiert wird. Dieser Einschub wurde aus dem Transkript entfernt (Z. 3), um die sprachliche und gestische Rekonstruktion der Pflegesituation durch den Pfleger Jens detailliert zu betrachten (Z. 4–16). Es fällt auf, dass das Frage-Antwort-Schema über einen langen Zeitraum hin ausgedehnt wird und die Sprecher_innen sich bei der thematischen Beantwortung der Frage sehr viel Zeit lassen. Für das sozialwissenschaftliche Arbeiten hebt Schütz (1953) zum Beispiel hervor, dass diese Arbeit vom konkreten Handlungsdruck der zu untersuchenden Situation befreit einer eigenen Zeitlichkeit folgen kann. Dies gilt auch für die beobachtete Teamsitzung der professionellen Pfleger_innen.

Ein Teil der Antwort von Jens rekonstruiert die Situation und versucht dabei das Problematische der Pflegesituation sprachlich zu benennen. Die Feststellung „ABER es ist nicht gelungen“ (Z. 6) beschreibt einen Widerspruch zwischen der rekonstruierten Intention von Jens und der nicht vollzogenen intendierten gemeinsamen Handlung, die mit dem Videoausschnitt für alle sichtbar wurde. Nachfolgend rekonstruiert Jens einen Teil der gefilmten Handlungen, indem er diese nicht nur sprachlich beschreibt (Z. 7), sondern auch körperlich-gestisch reinszeniert und damit für alle Anwesenden (wieder) beobachtbar macht (Abb. 5). Seine Handbewegungen machen das Problematische visuell sichtbar, indem er deren Aufwärtsbewegung ruckartig unterbricht (vgl. für epistemische Reinszenierungen Meyer/Meier zu Verl 2013, S. 223–227). Die Unmöglichkeit Ines mit und ohne Puppe in den Armen hochzuheben, rekonstruiert Jens sprachlich aus der Ich-Perspektive, während seine Hände wie von außen und damit gestisch verobjektivierend das Problematische der Aufwärtsbewegung reinszenieren. Nachdem die gemeinsame Handlungskoordination des Aufstehens zweimal als gescheitert rekonstruiert wird, beschreibt Jens, wie er sich räumlich-situativ zurückzog und sich dabei etwas Neues überlegte. Das Zurückziehen und Überlegen wird zwar im Videoausschnitt sichtbar, aber nicht dessen thematischer Inhalt. Einen Teil dieses Inhalts macht Jens nachfolgend aber mit seiner sprachlichen Rekonstruktion für die anwesenden Kolleg_innen beobachtbar, indem er von seinen damaligen Gedanken spricht (Z. 10, 12–13). Damit beschreibt Jens erneut auch seine Intentionen und macht diese für alle intersubjektiv nachvollziehbar. Anne artikuliert während des Redebeitrags von Jens immer wieder Zuhörer_innensignale, die ihre Aufmerksamkeit, aber zum Teil auch ihr situatives Verstehen für alle hörbar machen (Z. 7, 12, 15, 17). Die Ethnograf_in kann – wie mit der Analyse dieses Videoausschnitts verdeutlicht wird – die sprachlich-reflexiven Explikationen und Explikationsversuche der Akteur_innen selbst zum Gegenstand ihrer Forschung machen, um empirisch etwas Neues über die Praxis der Demenzpflege herauszufinden.

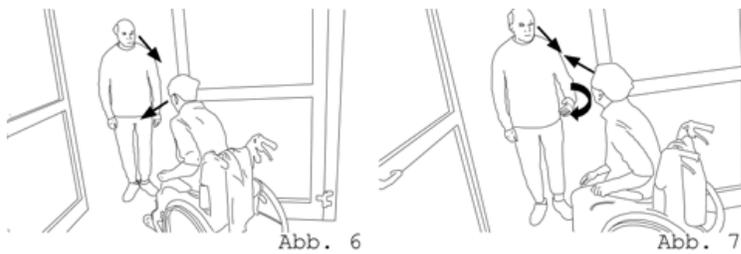
Die Grenze der Explikation

Die bisherigen empirischen Beispiele aus der Praxis der Demenzpflege haben Akteur_innen und ihre Praktiken und Handlungen gezeigt, die ihr situatives Tun füreinander nicht nur praktisch erklärbar bzw. *accountable*, sondern zum Teil auch sprachlich-reflexiv verständlich machen können. Das heißt, ein Teil dieser Akteur_innen kann ihr Tun, wenn es problematisch wird, prinzipiell sprachlich explizieren. Was passiert aber, wenn diese Fähigkeit zur Explikation des eigenen Tuns durch eine Demenz prekär und damit unmöglich wird? Praktiken und Handlungen werden zwar mit ihrem Vollzug sichtbar und erklären sich aus ihrem praktischen Vollzug, aber sie können nicht mehr von den Akteur_innen selbst *ex post* sprachlich expliziert werden. Hier wird die kommunikative Grenze einer demenzbedingten Explikationsfähigkeit sichtbar, die aber nicht prinzipiell die Reflexivität von Praktiken und Handlungen betrifft (vgl. allgemein Lynch 2004).

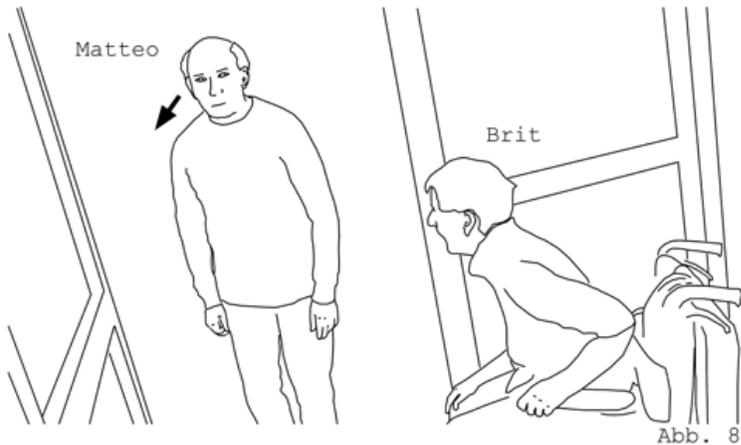
In Interaktionen zwischen Menschen mit Demenz kann diese Grenze der sprachlich-reflexiven Explikationsfähigkeit deutlich beobachtet werden. Der letzte transkribierte Videoausschnitt (Tr. 3) zeigt die beiden Bewohner_innen Matteo Ricci und Brit Brand, die beide eine weit fortgeschrittene Demenz (Alzheimer-Krankheit) haben und sich im Flur an einer engen Durchgangstür begegnen und anschließend wechselseitig koordinieren müssen, um aneinander vorbeilaufen zu können.

Matteo und Brit treffen auf der Schwelle zwischen Flur und Speisesaal aufeinander (Abb. 6). Dieser Durchgang kann mit einer zweiflügeligen Tür geschlossen werden. Ein Türflügel steht offen, während der andere Türflügel geschlossen ist, sodass der Platz zum Durchgehen räumlich zusätzlich begrenzt wird und Matteo und Brit nicht einfach aneinander vorbeilaufen können. Mit dieser flüchtigen Begegnung entsteht eine basale soziale Interaktion zwischen den beiden, die sich zunächst nicht aus dem Weg gehen (können). Brit schaut Matteo an und Matteo schaut Brit an (Abb. 7). Diese wechselseitige Wahrnehmung der Wahrnehmung ist der Ausgangspunkt für die nachfolgende Interaktion zwischen den beiden Bewohner_innen (vgl. Schütz 1953, S. 8–9). Brit artikuliert dabei Äußerungen (Z. 1), auf die Matteo sprachlich nicht eingeht. Stattdessen bewegt er seine linke Hand in Richtung von Brits Kopf, ohne dabei etwas zu sagen (Abb. 7). Brit fährt anschließend mit ihrem Rollstuhl ein Stück zurück und Matteo orientiert sich neu im Raum und blickt dabei zum filmenden Ethnografen, der ihm in diesem Moment eventuell auch den Weg versperrt (Abb. 8). Dabei redet Brit weiter, ohne dass Matteo in den längeren Schweigephasen von bis zu drei Sekunden einen eigenen Redebeitrag artikuliert (Z. 2). Matteo schweigt durchgehend während seiner Interaktion mit Brit. Nach einiger Zeit zwingt sich eine Pflegerin erst an Matteo, dann an Brit und dem filmenden Ethnografen vorbei (Abb. 9). Damit wird auch für Matteo ein Weg an den beiden vorbei sichtbar, den er anschließend auch ent-

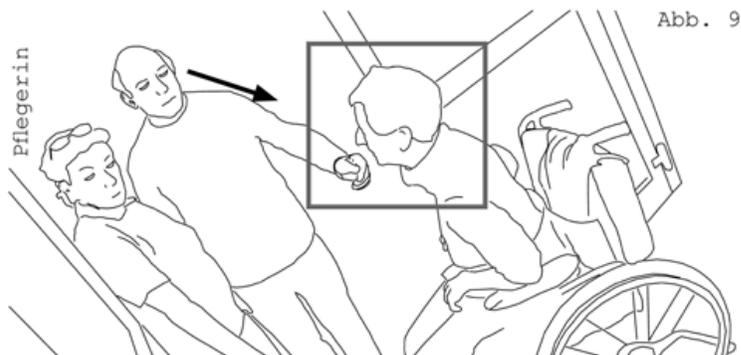
Tr. 3: Interaktion zwischen Menschen mit Demenz in einer Pflegeeinrichtung (3:11–3:42 min.)



1 **Brit** wa:h feih; (---) jua:h wah_ha_bei? (---)



2 **Brit** eh:ja; (2.0) lawa::_ih ja_jeh:
 beujah ja_ja:::h. (1.0) ale:ha
 la_la hewa:h? (---) ja (.) ja::? (---) ä:mh
 böaha_ha:? (---) böbe:he::? (3.0) ta:ha he
 wah he: °h wa:h o:ho:h? (---) ja:ha blabla
 bei::l beä_bebä; (1.1)



langgeht und damit die temporäre Interaktion zwischen den anwesenden Interaktionspartner_innen beendet.

Soziale Interaktionen zwischen Menschen mit Demenz – wie im vorliegenden Fall – stellen empirische Untersuchung vor neue epistemologische, methodologische und sozialtheoretische Herausforderungen. *Erstens* werden Akteur_innen in den Interaktionen sichtbar, die trotz ihrer fortgeschrittenen Alzheimer-Krankheit weiterhin über körperliche Fertigkeiten verfügen, mit denen sie bestimmte Praktiken und Handlungen vollziehen und sich wechselseitig koordinie-

ren können. Intersubjektives Verstehen findet dabei auf einer basalen ko-responsiven Ebene statt. Es werden aber auch Akteur_innen sichtbar, die nicht mehr in der Lage sind, Situationen sprachlich-reflexiv zu thematisieren, um sich wechselseitig zu koordinieren. *Zweitens* konkurriert diese soziologische Beschreibung mit anderen alternativen Beschreibungen, ohne dass deren Gültigkeiten kommunikativ, wohl aber praxeologisch validiert werden könnten (vgl. Meyer/Meier zu Verl 2019, S. 276; Meier zu Verl/Meyer/Oberzaucher 2023, S. 58–62). Die in Interaktionen zwischen Menschen mit Demenz beobachteten und beschriebenen konstitutiven Praktiken könnten durch eine Ethnograf_in praxeologisch validiert werden, indem sie diese Praktiken zum Ausgangspunkt für ihre eigenen Interaktionen mit Menschen mit Demenz macht und damit die Adäquanz ihrer Beschreibung in der Praxis überprüft. *Drittens* befindet sich die *kompetente* Ethnograf_in, die an der professionellen Pflegepraxis teilgenommen hat, in einem methodologischen und praktischen Dilemma: Die Fähigkeit zur Explikation des Prä-reflexiven ist eine jener Fähigkeiten, die von Pfleger_innen institutionell genutzt und reflektiert wird (vgl. auch Meier zu Verl 2023, S. 197) und die bei Menschen in der mittleren und späten Phase ihrer Alzheimer-Krankheit häufig verloren geht. Dieser Verlust wäre aber auch Teil einer *kompetenten* Ethnograf_in, die das Soziale der Demenz erforschen möchte und dafür temporär einen Teil ihrer (auch wissenschaftlichen) Fähigkeiten suspendieren müsste, um adäquate Beschreibungen sozialer Interaktionen zwischen Menschen mit Demenz anfertigen zu können. Im Diskurs der Ethnografie wird vor allem der *ethnografische Erwerb* von Wissen aus dem Feld diskutiert, ein *ethnografischer Verlust* von Wissen und dessen Konsequenzen werden bislang nicht diskutiert. Die ethnomethodologische Ethnografie der Demenz eignet sich aber auf besondere Weise eine solche methodologische Debatte anzustoßen, um erkenntnis- und sozialtheoretisch relevante Begriffe wie Körper, Wissen und Fertigkeiten für die qualitative Sozialforschung zu respezifizieren. Für die empirische Untersuchung von Interaktionen zwischen Menschen mit Demenz bedarf es einer neuen soziologischen Beschreibungssprache, die diese Überlegungen epistemologisch, methodologisch und sozialtheoretisch konsequent einbezieht, um adäquatere Beschreibungen über die demenzbedingten *Grenzen der Sozialwelt* anzufertigen.

Fazit

Dieser Beitrag diskutierte einige methodologische und methodische Herausforderungen der ethnografischen Demenzforschung, zu denen sich unterschiedliche Varianten der Ethnografie unterschiedlich positionieren. Zunächst wurden drei Varianten der Ethnografie thematisiert, die die erkenntnistheoretische Bedeutung der Ethnograf_in, ihres Körpers und des Mediums Schrift unterschiedlich bewerten. Diese Varianten der Ethnografie (die *semiotische*, die *körperliche* und

die *ethnomethodologische* Ethnografie) wurden nicht nur sozialtheoretisch und methodologisch eingeordnet, sondern es wurde auch deren methodisches Vorgehen am Beispiel der Demenzforschung herausgearbeitet.

Eine *semiotische Ethnografie* der Demenz zielt auf *den gemeinten Sinn* von Handlungen ab, der als ein (vorinterpretierter) Text sozialer und kultureller Wirklichkeit entworfen wird. Die semiotische Ethnograf_in muss während ihres Feldaufenthaltes lernen, die wahrnehmbare Wirklichkeit wie einen fremden Text zu lesen und in Form einer eigenen *dichten Beschreibung* ins Wissenschaftliche zu übersetzen. Demenz kann dann als ein Phänomen des Verlustes von geteilter Kultur oder auch als ein Phänomen des Sinnverlustes verstanden werden, sodass mit fortschreitender Demenz der *gemeinte Sinn* einzelner Handlungen nicht mehr unter den beteiligten Akteur_innen geteilt wird. Die *körperliche Ethnografie* positioniert den Körper der Ethnograf_in erkenntnistheoretisch als das zentrale Instrument der Forschung. Der Körper wird durch den Feldaufenthalt wie ein Musikinstrument gestimmt, um anschließend im Medium der Schrift adäquate Beschreibungen sozialer Wirklichkeit anzufertigen. Diese Beschreibungen, die auf der körperlichen Erfahrung von beobachteten Situationen beruhen, bringen das *schweigsame Soziale* zur Sprache und machen es im Medium der Schrift für die Ethnograf_in und ihre Kolleg_innen beobachtbar. Die Schweigsamkeit und Sprachlosigkeit von Menschen mit Demenz ist in diesem Sinne auch primäres Thema einer körperlichen Ethnografie der Demenz. Dabei ähneln die Praktiken der Versprachlichung der Ethnograf_in den Praktiken der Versprachlichung der Akteur_innen selbst (wie von Angehörigen, Pfleger_innen etc.), die auch immer darum bemüht sind, die Schweigsamkeit ihres von Demenz betroffenen Gegenübers zu durchbrechen. Eine *ethnomethodologische Ethnografie* möchte die lebensweltlich sichtbaren konstitutiven Praktiken sozialer Wirklichkeit in ihrer Flüchtigkeit ethnografisch beobachtbar machen. Erkenntnistheoretisch relevant sind daher die körperlichen Fertigkeiten, mit denen die Mitglieder einer Gruppe soziale Ordnung als eine fortwährende praktische Leistung hervorbringen. Während des Feldaufenthaltes muss die ethnomethodologische Ethnograf_in diese Fertigkeiten und Praktiken selbst körperlich erlernen. Praktiken sind in der Ethnomethodologie von besonderer sozial- und erkenntnistheoretischer Relevanz, da ihnen eine verkörperte Reflexivität innewohnt: Der Vollzug einer Praktik ist zugleich identisch mit dessen praktischer Erklärung (*accountability*). Die kompetente Ethnograf_in, die selbst die konstitutiven Praktiken eines Feldes vollziehen kann, versteht also immer auch die Praktiken der anderen, die im Feld sichtbar werden. Dieses praktische Wissen über das Feld kann sie für sich und andere (z. B. ihre Kolleg_innen) intersubjektiv nachvollziehbar anhand von detaillierten Videoanalysen machen. Demenz wird dann zu einem praktisch hervorgebrachten sozialen Phänomen, das als spezifische Kombination von noch *vorhandenen* und bereits *abhandenen* körperlichen Fertigkeiten beobachtet werden kann. Die in der Interaktion sichtbar hervorgebrachten Praktiken sind dabei verkörpert-reflexiv, sodass sich Interak-

tionspartner_innen mit und ohne Demenz auch ohne Worte praktisch verstehen können.

Die hier präsentierten empirischen Beispiele aus der Praxis machen sichtbare soziale Interaktionen und deren konstitutive Praktiken soziologisch beobachtbar. In der professionellen Demenzpflege wird dabei intersubjektives Verstehen zum praktischen Verstehen ohne Worte. Im ersten Beispiel konnten der Pfleger und die Bewohnerin mit wenigen Worten und vor allem performativ über Rhythmicität, Bewegung und Zwischenkörperlichkeit ihre Handlung als gemeinsame Handlung koordinieren. Dabei hatten sie sich nicht sprachlich-reflexiv über ihre Handlungskoordination verständigt. Dass solche praktischen Verständigungen prinzipiell explikationsfähig sind, konnte am nachfolgenden zweiten Beispiel beobachtet werden. In einer Teamsitzung hatten mehrere Pfleger_innen eine (problematische) Pflegesituation rekonstruiert. Die Rekonstruktion des Pflegers baute dabei nicht nur auf einer reflexiven Versprachlichung der gefilmten Pflegesituation auf, sondern er reinszenierte diese Situation auch gestisch. Damit nutzte er die verkörperte Reflexivität und das visuell-praktische Verstehen von Gestiken bzw. gestischen Praktiken, um eine vergangene Pflegesituation im Hier und Jetzt der Teamsitzung zu rekonstruieren. Praktiken sind aber nicht nur mit ihrem Vollzug praktisch selbsterklärend, sondern sie sind vor allem prinzipiell sprach- und explikationsfähig. Akteur_innen können in diesem Sinne ihre eigenen Praktiken und die Praktiken anderer (deskriptiv) beschreiben und erklären, um sich zum Beispiel über Missverständnisse, Krisen, oder Lehr-Lern-Situationen zu verständigen. Diese sprachlich-reflexive Fähigkeit verlieren Menschen mit Demenz jedoch relativ früh im Verlauf ihrer Erkrankung. Im dritten und letzten Beispiel einer Interaktion zwischen Menschen mit Demenz, konnte ein solcher *Verlust* von sprachlich-reflexiven Fähigkeiten beobachtet werden. Es konnte aber auch beobachtet werden, wie die beiden Interaktionspartner_innen sich körperlich und wechselseitig koordinierten, um aneinander vorbeizugehen. Dabei stellen die Beschreibung, Analyse und Interpretation von sozialen Interaktionen zwischen Menschen mit Demenz die *kompetente* Ethnograf_in vor neue sozial- und erkenntnistheoretische sowie methodologische Herausforderungen.

Die ethnografische Demenzforschung ist nicht nur methodologisch vielfältig und kann sich dem Forschungsfeld auf besondere Art und Weise methodisch anpassen, sondern sie ist mit all ihren Varianten auch in der Lage, neues empirisches Wissen über die demenzbedingten *Grenzen der Sozialwelt* zu erarbeiten.

Literatur

Amann, Klaus/Hirschauer, Stefan (1997): Die Befremdung der eigenen Kultur. Ein Programm. In: Hirschauer, Stefan/Amann, Klaus (Hrsg.): Die Befremdung der eigenen Kultur. Zur ethnographischen Herausforderung soziologischer Empirie. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 7–52.

- Atkinson, Paul/Coffey, Amanda/Delamont, Sara/Lofland, John/Lofland, Lyn (Hrsg.) (2001): *Handbook of Ethnography*. London: Sage.
- Becker, Howard S./Geer, Blanche (1957): Participant Observation and Interviewing. A Comparison. In: *Human Organization* 16, H. 3, S. 28–32.
- Bergmann, Jörg (1987): *Klatsch. Zur Sozialform der diskreten Indiskretion*. Berlin: de Gruyter.
- Breidenstein, Georg/Hirschauer, Stefan/Kalthoff, Herbert/Nieswand, Boris (2013): *Ethnografie. Die Praxis der Feldforschung*. Konstanz: UVK.
- Chatterji, Roma (1998): An Ethnography of Dementia. A Case Study of an Alzheimer's Disease Patient in the Netherlands. In: *Culture, Medicine and Psychiatry* 22, H., S. 355–382.
- Emerson, Robert M./Fretz, Rachel I./Shaw, Linda L. (1995): *Writing Ethnographic Fieldnotes*. Chicago: University of Chicago Press.
- Garfinkel, Harold (1967): *Studies in Ethnomethodology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Garfinkel, Harold (1996): Ethnomethodology's Program. In: *Social Psychology Quarterly* 59, H. 1, S. 5–21.
- Garfinkel, Harold/Wieder, D. Lawrence (1992): Two Incommensurable, Asymmetrically Alternate Technologies of Social Analysis. In: Watson, Graham/Seiler, Robert M. (Hrsg.): *Text in Context. Contributions to Ethnomethodology*. New York: Sage, S. 175–206.
- Geertz, Clifford (1973): *The Interpretation of Cultures*. New York: Basic Books
- Geertz, Clifford (1983): *Local Knowledge. Further Essays in Interpretive Anthropology*. New York: Basic Books.
- Goffman, Erving (1983): The Interaction Order. In: *American Sociological Review* 48, H. 1, S. 1–17.
- Goffman, Erving (1989): On Fieldwork. In: *Journal of Contemporary Ethnography* 18, H. 2, S. 123–132.
- Goodwin, Charles (2017): *Co-Operative Action*. New York: Oxford University Press.
- Hirschauer, Stefan (2001): Ethnographisches Schreiben und die Schweigsamkeit des Sozialen. Zu einer Methodologie der Beschreibung. In: *Zeitschrift für Soziologie* 30, H. 6, S. 429–451.
- Hung, Lillian/Phinney, Alison/Chaudhury, Habib/Rodney, Paddy (2018): Using Video-Reflexive Ethnography to Engage Hospital Staff to Improve Dementia Care. In: *Global Qualitative Nursing Research* 5, H., S. 1–10.
- Jackson, Jean E. (1990): „Deja Entendu“. The Liminal Qualities of Anthropological Fieldnotes. In: *Journal of Contemporary Ethnography* 19, H. 1, S. 8–43.
- Kontos, Pia C. (2004): Ethnographic Reflections on Selfhood, Embodiment and Alzheimer's Disease. In: *Ageing and Society* 24, H. 06, S. 829–849.
- Lofland, John/Lofland, Lyn H. (1984): *Analysing Social Settings. A Guide to Qualitative Observation and Analysis*. Belmont, Ca.: Wadsworth.
- Luckmann, Thomas (1970): On the Boundaries of the Social World. In: Natanson, Maurice (Hrsg.): *Phenomenology and Social Reality*. Dordrecht: Springer, S. 73–100.
- Lynch, Michael (1993): *Scientific Practice and Ordinary Action. Ethnomethodology and Social Studies of Science*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lynch, Michael (2004): Gegen Reflexivität als akademischer Tugend und Quelle privilegierten Wissens. In: *Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung* 5, H. 2, S. 273–309.
- Lynch, Michael (2007): The Origins of Ethnomethodology. In: Turner, Stephen P./Risjord, Mark W. (Hrsg.): *Philosophy of Anthropology and Sociology*. Amsterdam: Elsevier, S. 485–515.
- McKinney, John C. (1966): *Constructive Typology and Social Theory*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Meier zu Verl, Christian/Meyer, Christian (2017): *Die zwei Körper des Ethnografen (unveröffentlichtes Manuskript)*. Konstanz.
- Meier zu Verl, Christian (2018): *Daten-Karrieren und epistemische Materialität. Eine wissenschaftssoziologische Studie zur methodologischen Praxis der Ethnografie*. Stuttgart: J. B. Metzler.

- Meier zu Verl, Christian (2020): Die alternde Migrationsgesellschaft. Untersuchungen zur intersektionalen Praxis kultursensibler Pflege. In: Schweizerische Zeitschrift für Soziologie 46, H. 2, S. 305–329.
- Meier zu Verl, Christian/Meyer, Christian (2022): Ethnomethodological ethnography. Historical, conceptual, and methodological foundations. In: Qualitative Research 0, H. 0, S. 1–21.
- Meier zu Verl, Christian/Meyer, Christian/Oberzaucher, Frank (2023): Alltagssprache, Beschreibungssprache und praxeologische Validität. Aspekte sozialwissenschaftlicher Güte aus der Perspektive des interpretativen Paradigmas und der Ethnomethodologie. In: Zeitschrift für Soziologie 52, H. 1, S. 50–66.
- Meier zu Verl, Christian (2023): Affizierung und Responsivität als Arbeit. Interaktionssoziologische Untersuchungen zur reflexiven Praxis der Demenzpflege. In: Mollenhauer, Rafael/Meier zu Verl, Christian (Hrsg.): Interaktion und Kommunikation im Alter. Interdisziplinäre Forschungsperspektiven. Weilerswist: Velbrück, S. 169–201.
- Meyer, Christian (2014): Menschen mit Demenz als Interaktionspartner. Eine Auswertung empirischer Studien vor dem Hintergrund eines dimensionalisierten Interaktionsbegriffs. In: Zeitschrift für Soziologie 43, H. 2, S. 95–112.
- Meyer, Christian/Meier zu Verl, Christian (2013): Hermeneutische Praxis. Eine ethnomethodologische Rekonstruktion sozialwissenschaftlichen Sinnrekonstruierens. In: sozialersinn 14, H. 2, S. 207–234.
- Meyer, Christian (2018): Praxisethnografie. In: Akremi, Leila/Baur, Nina/Knoblauch, Hubert/Traue, Boris (Hrsg.): Interpretativ Forschen. Ein Handbuch für die Sozialwissenschaften. Weinheim/Basel: Beltz Juventa, S. 580–611.
- Meyer, Christian/Meier zu Verl, Christian (2019): Ergebnispräsentation in der qualitativen Forschung. In: Baur, Nina/Blasius, Jörg (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer VS, S. 271–288.
- Pofertl, Angelika/Schröer, Norbert (Hrsg.) (2022): Handbuch Soziologische Ethnographie. Wiesbaden: Springer VS.
- Schütz, Alfred (1953): Common-Sense and Scientific Interpretation of Human Action. In: Philosophy and Phenomenological Research 14, H. 1, S. 1–38.
- vom Lehn, Dirk/Hitzler, Ronald (2015): Phenomenology-Based Ethnography: Introduction to the Special Issue. In: Journal of Contemporary Ethnography 44, H. 5, S. 539–543.

Anhang: Transkriptionszeichen, Lemmata und Siglen

(.)	Mikropause
(-); (-); (-)	Pausen von ca. 0.25; 0.5; 0.75 Sek.
(1.5)	Pause in gemessener Länge
°h; °°h	Einatmen von ca. 0,25; 0,5 Sek. Länge
gibt_s	Verschleifungen
:: ::	Dehnung von ca. 0.25; 0.5; 0.75 Sek. Länge
beTONUNG	betonte Silben in Großschrift

Tonhöhenbewegung:

?	hochsteigend
,	mittelsteigend
–	gleichbleibend
;	mittelfallend
.	tieffallend

Sprecher_innen:

Anne Abus	Leiterin einer Pflegeeinrichtung (Pseudonym)
Brit Bath	Bewohnerin einer Pflegeeinrichtung (Pseudonym)
Ines Ihle	Bewohnerin einer Pflegeeinrichtung (Pseudonym)
Jens Japp	Pfleger in einer Pflegeeinrichtung (Pseudonym)
Matteo Ricci	Bewohner einer Pflegeeinrichtung (Pseudonym)
Christian Meier zu Verl	Ethnograf

Ethnografie bei Demenz – ein Perspektivwechsel

Person-Sein durch Paar-Sein

Anna-Eva Nebowsky

Die qualitative Forschung mit Menschen mit fortgeschrittener Demenz stellt eine Herausforderung dar. Ab einem gewissen Fortschritt der Erkrankung können sie nicht mehr so leicht befragt werden und wenn doch, werden ihre Aussagen und ihre Handlungen mitunter der Krankheit zugeschrieben und damit als weniger bedeutsam erachtet. Die ethnografische Forschung mit Paaren, bei denen eine Person die Diagnose Demenz erhalten hat, birgt hinsichtlich der verbal- und allgemein körpersprachlichen (Selbst-)Einbringung des Menschen mit Demenz sowohl Risiken als auch Chancen. In diesem Beitrag soll mit Blick auf methodologische Aspekte insbesondere auf die Chancen eingegangen werden, welche im Rahmen einer triadischen Beobachtungssituation, bestehend aus dem Paar und der Forscher*in, im häuslichen Setting beobachtet wurden.

Einleitung

Die Diagnose Demenz¹ führt zumeist zu Verschlechterungen im sprachlichen Ausdruck.² Bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz ist der verbalsprachliche Austausch häufig nicht mehr möglich. Dies führt nicht nur zu veränderten, oft erschwerten, Umständen im Alltag der betroffenen Personen, sondern auch zu methodologischen bzw. epistemologischen Herausforderungen in der Forschung.

Die Person mit Demenz kann nicht mehr so einfach wie zuvor ihre Bedürfnisse, Wünsche und Meinungen zum Ausdruck bringen und diese können wiederum

1 Ich wähle hier bewusst den Begriff ‚Diagnose‘ und nicht ‚Erkrankung‘, da nicht nur die Erkrankung selbst zu unter anderem sprachlichen Verschlechterungen führt, sondern auch der Umgang des Umfeldes mit der Krankheit bzw. der Diagnosestellung allein (z. B. Klimova / Kuca 2016; Schrauf / Müller 2013; Reichertz / Keyzers / Nebowsky 2020).

2 Es gibt verschiedene Demenzformen. Zu den häufigsten weltweit gehören die Alzheimer-Demenz, die vaskuläre Demenz und die Lewy-Body-Demenz (Klimova / Kuca 2016). Jede Demenzform führt, spätestens im fortgeschrittenen Stadium, zu Kommunikationsschwierigkeiten, welche insbesondere die Verbalsprache betreffen (Ellis / Astell 2018; Sachweh 2008).

durch ihr soziales Umfeld nicht mehr so einfach wahrgenommen bzw. verstanden werden. Umso wichtiger wird es, als beteiligte Person bzw. Kommunikationspartner*in für andere Kommunikationsformen – insbesondere *leibkörperliche*³ (Knoblauch, z. B. 2017) – sensibel zu sein. Dies gilt sowohl für den Alltag mit dem Menschen mit Demenz als auch für die Forscher*in im Feld.

Qualitative pflege- oder sozialwissenschaftliche Studien, welche sich mit dem Leben mit der Diagnose Demenz befassen bzw. mit Aspekten des Person-Seins, der Identität und Kommunikation von und mit Menschen mit Demenz, sollten immer auch das Ziel haben, der Person mit Demenz ‚eine Stimme zu geben‘. Leider ist dies bisher unzureichend erfolgt: Zumeist wird nur *über* sie und nicht *mit* ihr geforscht. Lediglich in Autobiografien oder etwa im englischsprachigen Raum kommen die Betroffenen selbst zu Wort (Bödecker 2015).

Der Einbezug von Menschen mit Demenz erfordert eine besondere Aufmerksamkeit (Döttlinger 2018) und die permanente Reflexion der eigenen Haltung bzw. Perspektive (Keyzers / Nebowsky 2020; Cowdell 2006) und des eigenen Handelns gegenüber der Person mit Demenz (Höwler 2008). Vor allem aber, mit Blick auf den Einbezug in die ethnografische Forschung, erfordert die Partizipation des Menschen mit Demenz das Schaffen eines konstruktiven Rahmens bzw. einer geeigneten *Situation*.⁴ Wie eine solche Situation aussehen kann, möchte ich in diesem Beitrag erörtern.

Im Zentrum steht die Frage, wie eine *Ethnografie bei Demenz* so gestaltet werden kann, dass die Person mit Demenz bestmöglich in das Forschungsgeschehen einbezogen wird. Genauer ist das Ziel ein erkenntnistheoretisches: Wie kann sich der Mensch mit Demenz als *Person mit einer Identität*⁵ bestmöglich kommunikativ in das Geschehen einbringen?

Diese Frage kann nicht ganz unabhängig davon beantwortet werden, was für die Forscher*in letztlich an Interaktion bzw. Partizipation *sichtbar* wird – auch hier spielt die Methodik eine Rolle. Da die von der Diagnose Demenz betroffenen Personen ihr ‚Innenleben‘ aufgrund verbalsprachlicher und auch kognitiver

3 Ich verwende den Begriff des Leibkörpers nach Knoblauch (z. B. 2017), um die Gleichzeitigkeit von Subjektivität, welcher der Tradition bzw. insbesondere der Phänomenologie nach eher im Leib verortet ist, und körperlicher Handlung, welche häufig als bloße Ausformung eines ursprünglich gedachten Sinns verstanden wird, zu verdeutlichen.

4 Mit ‚Situation‘ ist hier keine Zustandsbeschreibung wie zum Beispiel eine ‚finanzielle Lage‘ oder Ähnliches gemeint, sondern ein „räumlich, zeitlich und sozial gegenüber sie transzendierenden Ausdehnungen“ sinnhaft eingrenzbarer Handlungszusammenhang (Hitzler et al. 2020) – also all dasjenige zum Beispiel, was in dem Moment der Beobachtung durch die Forscher*in erkennbar wird.

5 Einen Menschen als Person mit einer Identität zu betrachten, bedeutet im Rahmen dieses Beitrags, Fragen nach den Relevanzstrukturen der Person zu stellen: Wie sieht sie sich und ihre Umwelt? Welche Relevanzsysteme hat sie? Was bedeutet ihr etwas? Dass Menschen mit Demenz in jedem Zustand ihrer Erkrankung *Personen mit Identität* sind, setze ich in diesem Beitrag und über ihn hinaus voraus (vgl. dazu Nebowsky / Spiekermann 2021).

Veränderungen zunehmend nicht mehr so differenziert kommunizieren können, wird es umso wichtiger, das Visuelle bzw. leibkörperliche Handlungen zu erkennen und zu interpretieren respektive zu verstehen⁶ (z. B. Fuchs 2018 oder Welling 2014). Das Schaffen eines angemessenen kommunikativen Rahmens für den Menschen mit Demenz ermöglicht mitunter erst die volle Wahrnehmung der Kommunikation durch eine dritte Person und folglich auch erst die Interpretation dieser bzw. eine Erkenntnis.

Intersubjektivität und Leiblichkeit

Wenn es um die Einbindung von bzw. soziale Interaktion mit dem Menschen mit Demenz geht, steht in der Forschungsliteratur zumeist das *Person-Sein* nach Kitwood im Vordergrund, welches die Bedeutung der *Intersubjektivität* bei Demenz betont – im Gegensatz zur Subjektivität gehe diese bei Demenz nicht verloren: „As subjectivity breaks apart, so intersubjectivity must take over if personhood is to be maintained. At a psychological level, this may be understood as the true agenda for dementia care“ (Kitwood 1997, S. 285; Herv. d. Verf.). Kitwood geht es hier im Besonderen um die *Beziehungsdimension*, wie zum Beispiel die aktive Wertschätzung des Menschen mit Demenz oder das proaktive Erinnern an seine Biografie durch die Angehörigen oder die Pflegenden.

Andere Ansätze betonen die (Leib-)Körperlichkeit bzw. die Verkörperung von personaler Identität im Gegensatz zu kognitivistischen Konzeptionen. Fuchs (2018) zum Beispiel sieht *personale Identität*⁷ als im „Leibgedächtnis“ verortet; Kontos (2014) argumentiert leibphänomenologisch, dass es eine verkörperte Form des Bewusstseins gibt. Als Beispiel führt sie musikalisches Wissen und Empfinden an, welches ohne bewusstes Reflektieren vorhanden bzw. möglich sei: „music making and music appreciation remain intact because dispositions and forms of know-how are internalized, function below the threshold of cognition, and

6 Methodisch schließe ich mich dem interpretativen Paradigma an, nach welchem soziale Interaktion bedeutsam ist und damit verstanden bzw. interpretiert werden kann (vgl. Rosenthal 2015; Keller 2009). Das interpretative Paradigma betont, dass der „Mensch als ein handelnder und erkennender Organismus“ (Rosenthal 2015, S. 15) mit anderen zusammen die soziale Wirklichkeit erzeugt und sich folglich sequenziell aus interaktiven Prozessen Bedeutungen entwickeln und fortlaufend verändern (ebd., S. 15). Es wird eine „gemeinsame Situationswahrnehmung“ (Keller 2012, S. 21) erst hergestellt, indem die Handelnden „aktiv, in einem andauernden Deutungsprozess die Art und den Ablauf ihrer Handlungen und Interaktionen begleiten“ (ebd., S. 21). Es werden Forschungs*subjekte* beobachtet, wie sie kommunikativ handeln und wie sie die Situation gemeinsam kommunikativ konstruieren (vgl. Knoblauch 2013).

7 Unter Personalen Identität als ein formaltheoretisches Konstrukt wird die eigens empfundene Identität des Subjekts gemeint bzw. „die insbesondere durch die Kohärenz (moralischer, ästhetischer Maximensysteme und sozialer Rollen) sowie die (narrativ konstituierte) Kontinuität gewährleistete *Einheit* einer Person“ (Straub 2000, S. 167).

are enacted as practical sense at a prereflective level. Just as dispositions are embodied and materialized in practice, so is selfhood embodied and manifests in socioculturally specific ways of being-in-the-world“ (ebd., S. 115).

Darüber hinaus gibt es Ansätze, welche Intersubjektivität und (Leib-)Körperlichkeit miteinander verbinden. So betont Hydén (2014) die Bedeutung von *joint activities*. Es zeige sich, dass Menschen mit Alzheimer-Demenz mithilfe ihrer Ehepartner*innen effektiver kommunizieren können als allein (ebd., S. 140). Mögliche Probleme in der Interaktion mit Menschen mit Demenz sind mithilfe des Prinzips des *scaffolding* (rüsten; von Gerüst) zu lösen bzw. zu vermeiden: „The participants must work out a shared understanding of each contribution made by the participants in order to proceed with their activity. Scaffolding is based on renegotiation of the division of interactional work, implying that although both participants are active, the person without AD has the responsibility for setting tasks and situations, and using semiotic resources, in such a way that it becomes possible for the other person to take part in meaning making“ (ebd., S. 148). Hier ist weniger die verkörperte Kompetenz bei Menschen mit Demenz in der Interaktion das Thema als eine Art taktgebendes Verhalten durch die angehörige Person. Das Rahmenverhalten durch die angehörige Person würde es der Person mit Demenz erst ermöglichen, an einer *Bedeutungsgenerierung* teilzunehmen.

Ähnliches arbeitet Döttlinger (2018) in ihrer langjährigen Forschungsarbeit zu gestisch-kommunikativem Handeln in der Interaktion zwischen Menschen mit Demenz und Pflegeexpert*innen heraus: Videografisch beobachtet sie, wie sich die verbale und nonverbale Interaktion zwischen Pflegeexpert*innen und Personen mit fortgeschrittener Demenz bei gestisch-kommunikativem Handeln gestaltet (ebd., S. 34): Pflegeexpert*innen nehmen eine „Haltung des Nicht-Wissens über den weiteren Verlauf der Interaktion“ ein und strukturieren die Interaktion. Sie stellen sich damit als „Hilfs-Ich“ zur Verfügung. Gestische Kommunikation diene dazu, eine fehlende Ich-Funktion im Handlungsablauf wieder präsent zu machen. Dadurch würden die Pflegeexpert*innen kontinuierlich Symmetrie auf Beziehungsebene konstruieren. Voraussetzung für diese symmetrische Beziehungsgestaltung ist die Übernahme der kommunikativen Verantwortung, welche „durch eine schwebende Aufmerksamkeit gegenüber den Personen mit Demenz sichtbar“ werde (ebd., S. 376). Durch die gestische Kommunikation wird das körperliche Gedächtnis der Personen mit fortgeschrittener Demenz angesprochen und damit das Schaffen eines Zugangs zu ihren „eigenen motorischen Repräsentationen von Handlungen“ (ebd., S. 377).

Paarbeziehung und Demenz

Die Ansätze von Döttlinger, Hydén und Kontos haben gemeinsam, dass sie auf der einen Seite *körperbetontes Handeln in der Interaktion mit Menschen mit Demenz* als

besonders wichtig herausstellen und auf der anderen Seite die Bedeutung *sozialer Interaktion mit engen Bezugspersonen*.

Für die nachfolgende Argumentation, wie ein bestmöglicher Handlungsrahmen für den Menschen mit Demenz geschaffen werden kann, gelten diese zwei Aussagen als Prämissen. Insbesondere der letzten gilt in diesem Beitrag die Aufmerksamkeit. Es sei folglich vorausgesetzt, dass Menschen mit der Diagnose Demenz in einem existenziellen Maße auf ihre sozialen Beziehungen angewiesen sind und diese einen entscheidenden Einfluss auf den Verlauf der Demenz sowie die Qualität des Lebens mit der Diagnose nehmen. Hier stellt die wohl einflussreichste Beziehungsform die Paar- bzw. Ehebeziehung dar, sofern sie überhaupt oder noch vorhanden ist⁸ (McGovern 2011; 2012; Hellström et al. 2007; Sabat/Harré 1994).

Dass die Ehebeziehung einen beträchtlichen Einfluss auf die Wirklichkeit einer Person hat, ob mit einer chronischen Erkrankung oder ohne, haben zum Beispiel Berger und Kellner (1993) beschrieben: „the reality of the world is sustained through conversation with significant others“ (ebd., S. 221). Ehepartner*innen definieren sich im Zuge des Zusammenschlusses neu, sie einigen sich auf gemeinsame Idiosynkrasien und schaffen gemeinsame Objektivationen – sie gleichen ihre Welten aneinander an: „the two individuals have internalized the same overall world, including the general definitions and expectations of the marriage relationship itself“ (ebd., S. 224).

Im Verlauf von Konversation wird die Welt rekonstruiert, indem die individuellen Konzeptionen der Wirklichkeit immer wieder auf das Neue besprochen und damit irgendwann objektiviert werden. Dieser Prozess des Aufbaus einer gemeinsamen Welt oder Wirklichkeit findet ständig statt und gemeinsame Ansichten werden aufgebaut, repariert und erneuert und dadurch verhärtet und die gemeinsame objektivierte Realität stabilisiert (ebd., S. 226). Diesbezüglich formulieren die Autoren, dass diese *nomische*, also strukturierende, regelleitende und organisierende *Instrumentalität der Ehe* immer wieder konkretisiert werde, „from bed to breakfast table, as the partners carry on the endless conversation that feeds on nearly all they individually or jointly experience“ (ebd., S. 226).

Berger/Kellner konzentrieren sich auf die kognitive, phänomenologische Dimension und reduzieren die gemeinsame Wirklichkeitskonstruktion auf den verbalsprachlichen Austausch. Wie die vorangegangenen Beispiele bereits gezeigt haben, ist dies allerdings nicht die einzige relevante Dimension. Der körpersprachlichen Interaktion wird heute wesentlich mehr Bedeutung beigemessen. Ein Beispiel im Kontext von Demenz findet sich etwa bei Sabat/Harré (1992), die eine Fallanalyse eines Paares vornehmen, bei welchem der Mann die Diagnose Alzheimer-Demenz erhalten hat. Im Fallbeispiel der Autoren benö-

8 Tatsächlich pflegen in den meisten Fällen die engsten Angehörigen die Person mit Demenz (Bundesgesundheitsministerium 2021). Zumeist sind dies die Ehepartner*innen.

tigt ‚Herr B‘ seiner eigenen Ansicht nach nicht die alltägliche Hilfe seiner Frau. Nichtsdestotrotz nimmt er ihre Hilfe an, da er das Selbstbild seiner Frau, welche sich als ‚Ernährerin‘ versteht, unterstützen möchte. Er glaubt, dass sie die Aufgabe bzw. das Gefühl, helfen zu können, glücklich macht. Im Zuge der Stärkung der Rolle seiner Frau entfernt sich Herr B zunehmend von seinem eigenen Selbst als ‚Akademiker‘ und wird immer mehr zu lediglich einem ‚Menschen mit Demenz‘. Exemplarisch lässt sich hieran erkennen, dass die Rolle und der Einfluss der jeweiligen Ehepartner*in für und auf die gesamte Person im Verlauf der Erkrankung nicht zu unterschätzen ist – genauso wie die diagnosebedingten⁹ Veränderungen innerhalb der sozialen Beziehung.

Die Diagnose Demenz verändert folglich nicht nur die formelle Alltagsstruktur von Paaren, indem diese den diagnosebedingten fortlaufenden Veränderungen immer wieder neu angepasst werden muss, sondern auch die *Form* der Paarbeziehung bzw. die „verankerte Beziehung“ (Goffman 1982) zwischen zwei Menschen. Herkömmliche Kommunikationsweisen werden transformiert – in den meisten Fällen zugunsten einer körperbetonten Sprache. Idiosynkrasien und Objektivationen, also Manifestationen der über Jahre vonstattengegangenen Aushandlungsprozesse, werden bearbeitet. Die gemeinsame Beziehung vollzieht sich demnach anders als zuvor – dabei verändern sich nicht nur die Interaktionsformen, sondern auch die Einstellungen zur Beziehung.

Im Falle der Diagnose Demenz werden Liebespartner*innen zu Pflegenden und Gepflegten (vgl. Fletcher 2018). Es wird zwangsläufig die *Beziehungs- bzw. Paaridentität* transformiert, auf welche ich im weiteren Verlauf zurückkommen werde.

Die ‚existenzielle Dyade‘ im Kontext der Triade

Im Fokus dieses Beitrags steht die *Interaktion* innerhalb der Paarbeziehung bzw. die Forschungssituation, in der das Ehepaar miteinander interagiert und die Forscher*in Teil der Situation ist. Es wurde bereits kurz dargelegt, dass sowohl leibkörperliche Interaktion an sich, die Sichtbarkeit dieser und die eheliche bzw. partnerschaftliche Kommunikation wichtige Faktoren sind, wenn es darum geht, die Person mit Demenz in die (Interaktions-)Situation einzubinden. In einer ethnografischen Situation, in welcher ein*e Forscher*in teilnehmend anwesend ist, nimmt der/die Forscher*in Einfluss auf diese drei Punkte (leibkörperliche

⁹ Auch hier habe ich mich bewusst für das Wort diagnose- und nicht krankheitsbedingt entschieden. Bereits dieses kurz umrissene Beispiel zeigt auf, dass die soziale Beziehung nicht nur von einer Krankheitssymptomatik beeinflusst wird, sondern von (individuellen oder gemeinsamen) Konzeptionen über die Krankheit, welche nach der Diagnose über den Zustand der Person ‚entscheiden‘ können – also zum Beispiel ob die Person hilfsbedürftig ist oder nicht.

Interaktion, deren Sichtbarkeit und die eheliche bzw. partnerschaftliche Kommunikation). Diesen Zusammenhang bzw. die genannte Dreierkonstellation als eine geeignete Basis sowohl für die (leibkörperliche) Einbindung der Person mit Demenz als auch für das Sichtbarmachen von leibkörperlichen Ausprägungen personaler Identität möchte ich genauer erläutern:

Basierend auf meinen Erfahrungen im Rahmen der beobachtenden Teilnahme bei Paaren mit Demenz im häuslichen Setting nehme ich an, dass die personale Identität von Menschen mit Demenz am besten in einer sozialen Figuration (Elias 1992) beobachtet werden kann; und zwar einerseits im Rahmen der ‚existenziellen Dyade‘ und andererseits im Rahmen der existenziellen Dyade unter Ergänzung der Forscher*in, also in einer *triadischen Forschungskonstellation*. Als existenzielle Dyade bezeichne ich das Paar in seiner Bedeutung für die jeweilige Identität der Partner*in, insbesondere, da die Sichtbarkeit (und die Ausprägung) der Identität und des *Person*-Status einer Person (insbesondere mit fortgeschrittener Demenz) *auch* von der Partner*in abhängig ist: Identität ist „stets ein relationales Konstrukt, das in sozialen Kontexten gebildet, reproduziert, repräsentiert und modifiziert wird“ (Straub 2000).

Goffman liefert hierfür einiges an Handwerkszeug, indem er die Beziehungsidentität anhand von Beziehungszeichen (*tie signs*) als beobachtbar beschreibt: Als Beziehungszeichen gelten alle Beziehungsbekundungen eines Paares, die nicht „wörtlich gemeinte, explizite dokumentarische Aussagen“ sind, sondern „Gegenstände, Handlungen oder Expressionen“ (Goffman 1982, S. 262) mittels derer eine *verankerte Beziehung* evident gemacht wird. Sie können, ob einseitig oder gemeinsam hervorgebracht, „nicht nur über die Verankertheit der Beziehung informieren, sondern auch über ihren Namen, ihre Bedingungen und ihr Stadium“ (ebd.). Dasjenige, was hier Goffman als durch die Beziehungszeichen sichtbar werdend beschreibt, verstehe ich im Folgenden unter ‚Beziehungsidentität‘.

Obwohl Goffman den Begriff auch für einseitige Repräsentationen öffnet, wie zum Beispiel materielle Objektivationen, so führt er doch insbesondere die gemeinsam performierten Beziehungszeichen (sein wichtigstes Beispiel ist das Händehalten) aus. Des Weiteren untersucht er Aspekte wie die „Platzierung des Körpers, Haltung, Gestik und stimmliche Äußerung“ (ebd., S. 262).

Beziehungszeichen werden insbesondere dann gemeinsam hergestellt, wenn sich das Paar einem generalisierten oder tatsächlichen Dritten gegenüberstehen sieht oder sich unter Beobachtung eines solchen wähnt. Der (generalisierte) Dritte werde eine Quelle der Zeichenproduktion und es entstehe eine „ökologische Konfiguration“ (ebd., S. 301) von mindestens drei Personen. Gerade die triadische Konstellation motiviert Goffman zufolge die Partner*innen, ihre Beziehung laufend durch Zeichen zu bekunden, wofür es, so Goffman, vielfältige Gründe gibt, die sich kurz zusammenfassen lassen in *Abgrenzungsmotive*, *kulturelle Gewohnheiten* und offenbar das Streben nach dem Zeigen von Beständigkeit: „Es ist, als ob in Beziehung zueinanderstehende Individuen verpflichtet wären, sich vor dritten

Personen als in einer unveränderlichen Beziehung zueinanderstehend zu präsentieren“ (ebd., S. 281).

Es sollte dennoch stets hinterfragt werden, ob das Beziehungszeichen der dritten Person oder der Beziehungspartner*in gilt. Dies werde aus dem Kontext heraus bzw. in-situ verstehbar.

Es wird vorausgesetzt, dass die Beziehungszeichen, welche gerade bei verankerten Beziehungen komplex sind (ebd., S. 262), Bedeutung haben. Diese gilt es zu erschließen, was vor allem durch die Betrachtung des jeweiligen Kontexts, in welchem das Beziehungszeichen auftritt, möglich wird, und diesbezüglich etwaige Muster festzustellen. Die Bedeutung der Praxis bzw. des Verhaltensarrangements, welches das Beziehungszeichen konstituiert, liegt „dann in dem, was stets im Zusammenhang mit ihr in Erscheinung tritt“ (ebd., S. 302).

Auch bei Paaren mit (fortgeschrittener) Demenz können Beziehungszeichen beobachtet werden. Aufgrund verbalsprachlicher, allgemein kognitiver sowie körperlicher Einschränkungen der betroffenen Personen können sich die paarspezifischen Beziehungszeichen der Paare mit Demenz von Paaren ohne Demenz oder Paaren mit anderen chronischen Einschränkungen unterscheiden. Insbesondere da sich durch die Diagnose die Form der Beziehung verändert hat und Beziehungszeichen (weiter-)entwickelt wurden und wahrscheinlich auch laufend verändert werden, kann es für einige Forschungsfragen aufschlussreich sein, sich diese genauer anzuschauen.

Die Analyse von Beziehungszeichen bei Paaren mit Demenz eignet sich auch dazu, etwas über die Interaktionsdynamiken herauszufinden, wie zum Beispiel über eine gewisse ‚Defizit-Orientierung‘ seitens der Partner*in gegenüber dem Menschen mit Demenz. Hellström/Torres (2021) zum Beispiel haben anhand von Interviewaussagen der pflegenden Angehörigen (die Beziehungszeichen wie zum Beispiel das *über* oder *mit* der Partner*in während des Interviews Sprechen beinhalten) verschiedene Musterformen des Umgangs mit den alltäglichen demenzbedingten Beeinträchtigungen der Person mit Demenz feststellen können. Diese Muster wirken sich auf die Lebensqualität der Partner*innen mit Demenz aus. Das von den Autor*innen als ‚egozentrisches‘ betitelte Muster, welches unter anderem dadurch bestimmt ist, dass die angehörige Person jegliche Beeinträchtigung der Partner*in mit Demenz lediglich als Belastung sieht, soll genauso im Einzel- wie auch im Paarinterview sichtbar gewesen sein. Sicher sind sich die Autor*innen allerdings nicht. Die Beobachtung der Interaktion der Paare würde im Gegensatz zur Durchführung von Interviews, so schreiben die Autor*innen selbst, von dieser Unsicherheit, ob die Verbalaussagen den letztlichen Handlungen entsprechen, befreien, da sie stets beide Standpunkte in den Blick nimmt.

Die Beziehungszeichen eines Paares informieren die dritte Person über den Status der Beziehung – was bedeutet, dass mit ihrer Hilfe sichtbar und analysierbar gemacht wird, wer die Partner*innen nach der Diagnose füreinander sind. Goffman formuliert diesbezüglich steil: „Eine Person, die eine andere lange und

gut kennt, kann sie in wesentlichen Dingen immer noch genauso behandeln wie jemanden, den sie nicht persönlich kennt“.

Die durch die Forscher*in zum Teil ‚provozierten‘ beobachteten Beziehungszeichen können folglich Aufschluss darüber geben, wie die Partner*innen zueinander stehen. Sie sagen etwas über die *Paaridentität* aus, ohne dass eine Partner*in diesbezüglich befragt werden muss. Da es in der dyadischen Erhebungssituation im Falle einer fortgeschrittenen Demenzerkrankung zumeist gegeben ist, dass sich die pflegende Angehörige verbalsprachlich ausdrücken kann, der Mensch mit Demenz jedoch nicht mehr, dient die Analyse von Beziehungszeichen dem gleichmäßigen personalen Einbezug beider: Wo die eine Person nicht mehr sprechen kann, wird die körperbasierte Interaktion beider zur symmetrieschaffenden Basis. Die Beziehung wird hier in ihrer *Vollzugswirklichkeit* untersucht (siehe Abb. 1).

Abb. 1: Beziehungszeichen: Herr E tätschelt Frau Es Wange. Sie wendet sich ihm lächelnd zu (Video-Screenshots)



Es gibt allerdings auch körperbasierte Interaktion, welche asymmetrisch fundiert ist: Dies sind mitunter pflegerische Handlungen, welche auch in der Paarforschung im Bereich Demenz den Diskurs dominieren. So ist eine wiederkehrende Frage innerhalb der pflegewissenschaftlichen Beziehungsforschung, ob und falls ja, ab welchem Zeitpunkt die Paar- oder „Liebes“-Beziehung in eine (reine) Pflegebeziehung umschwenkt (vgl. Wright 1991; Franke 2005; Fletcher 2020).

Dass die Ehepartner*innen im häuslichen Setting zu Pflegenden und Gepflegten werden, ist unumgänglich, da die Partner*in mit Demenz früher oder später Hilfe bei alltäglichen Aufgaben benötigen wird – zum Beispiel beim Anziehen oder beim Essen. An dieser Stelle wird es schwierig, Interaktionen, die pflegerische Komponenten enthalten, entweder als Zeichen der Zugewandtheit und damit als Beziehungszeichen oder als routinierte Pflgetätigkeiten zu definieren, die nicht mehr über den Status der Beziehung des Paares aussagen, als dass eines ihrer wiederkehrenden Handlungselemente die Körperpflege durch die Person ohne Demenz ist. Pflegerische Hilfeleistungen können jedoch Verletzungen der Territorien des Selbst (Goffman 1982) der Person mit Demenz darstellen (vgl. Reichertz/Keysers/Nebowsky 2020), indem ihr *persönlicher Raum* betreten wird und sie das als Übergriff empfindet. Hier würde das Beziehungszeichen, sofern es denn ein solches ist und nicht lediglich eine eher abzugrenzende Reaktion auf den Pflegevorgang allein, einen Beziehungskonflikt offenbaren. Beziehungszeichen

können demnach auch ‚negativ‘ sein – die Voraussetzung für ein Beziehungszeichen ist lediglich, dass ein „beidseitiger Ausdruck von Bedeutung“ im Rahmen einer komplementären Praktik stattfindet (Dellwing 2014).

Ein anderer Bereich, der verletzt werden kann, wie zum Beispiel Hellström et al. (2021) es anführen, ist das *Informationsreservat* (Goffman 1982), indem zum Beispiel vermehrt in Anwesenheit einer dritten Person über eine der Partner*innen gesprochen und/oder zu viele Informationen (ungefragt) über die Person preisgegeben werden. Solche Verletzungen können auch als De-Personalisierung betrachtet werden (Kitwood/Müller-Hergl 2008).

Goffman nimmt hier allerdings gerade hinsichtlich Ehepaaren eine wichtige Unterscheidung vor, indem er ergänzt, dass Ehepaare einen gemeinsamen ‚persönlichen‘ Raum in Anspruch nehmen können, sodass also die eine Partner*in die andere nicht in ihrem Reservat verletzen kann, da sie es sich (in diesem Moment unter Einvernehmen) teilen.

Beziehungsmacht

Dass gerade die Interaktion mit der Partner*in zu jedem Zeitpunkt im Leben eine im wahrsten Sinne des Wortes existenzielle Bedeutung für den Menschen hat, beschreibt auch Reichertz (2009) auf Basis seiner Konzeption von *Kommunikationsmacht*: Beziehungspartner*innen besäßen per se Macht über die andere Person, da sie füreinander relevant sind. Die durch Beziehung ausgeübte Macht führt dazu, „sich kommunikativ angetragenen Zumutungen“ (ebd., S. 232) zu fügen, welche durch die in der Beziehung grundgelegten Beweggründe bzw. Motive zustande kommen. Die Wirksamkeit dieser Motive und die dadurch folgenden ‚Zumutungen‘ für die andere Person basieren allerdings „auf freiwilliger Anerkennung durch die Akteure“, da „die Zustimmung zur Macht des Gegenübers“ zur Macht gehört (ebd., S. 236).

Gemeinsam wird ein ‚generalisierter Anderer‘ etabliert, der auf alle Beteiligten wirkt (ebd., S. 235). Wirksam wird er aber nur, „wenn es den an der Kommunikation Beteiligten gelingt, erst eine Beziehung aufzubauen und dann einen bestimmten Raum der guten Gründe und bestimmte Bindungen und Identifikationen so in Kraft zu setzen, dass alle sie teilen, weil sie diese für konstitutiv halten“ (ebd., S. 239). Grundlegend dazu sei, dass es den Partner*innen gelingt, füreinander wichtig zu werden. Es liegt dann ein sogenannter ‚deontischer Status‘ vor, welcher sich daraus ergibt, „dass die an der Kommunikation Beteiligten sich auf die Geltung bestimmter Normen durch ihr kommunikatives Handeln und Tun freiwillig festlegen“ (ebd., S. 233). Je ‚enger‘ die Beziehung der Beteiligten also ist bzw. je relevanter sie füreinander sind, desto mehr Wirkung hat kommunikatives Handeln. Kommunikationsmacht bedeutet nach Reichertz Machtentfaltung ohne Gewalt oder Herrschaft, genauer: *Beziehungsmacht*. Kommunikationsmacht

nach Reichertz *ist* folglich Beziehungsmacht. Für die Konzeption von Paaridentität, wie sie in diesem Beitrag von Relevanz ist, wird noch einmal mehr deutlich, dass die Form oder wie Goffman es nennt, die Verankertheit der Beziehung, in der Kommunikationssituation entscheidend ist für den Ausdruck der Individualität bzw. des Wirkpotenzials der Kommunikation der kommunizierenden Person in der Dyade bzw. Triade.

Die ethnografische Situation

Im grundlagensoziologischen Forschungsprojekt „Kommunikation und Demenz“ (siehe der Beitrag von Jo Reichertz in diesem Band), in welchem auch Kommunikationsmacht unter Paaren mit Demenz als ein zentrales Thema behandelt wird, haben wir im Rahmen der beobachtenden Teilnahme Paare in deren Zuhause¹⁰ besucht und zum Teil den Alltag mit ihnen verbracht. Mitunter sind wir dabei nicht nur ethno- sondern auch fokussiert videografisch (vgl. Knoblauch, z. B. 2011) vorgegangen, indem wir die Kamera für eine jeweils kurze Zeit auf bestimmte Situationen gerichtet haben. Die nicht videografisch festgehaltenen Beobachtungen wurden in Form von im Nachgang angefertigten Feldnotizen und (zum Teil dialogischen) Sprachmemos¹¹ festgehalten und reflektiert. Videografie bezeichnet im Rahmen qualitativer soziologischer Forschung die Verbindung von Videoanalyse und Ethnografie bzw. die interpretative Analyse von Videodaten kommunikativer Handlungen. Die kommunikativen Handlungen werden im Kontext eines ethnografischen Daten-Erhebungsprozesses aufgezeichnet und sollen ‚natürlichen Situationen‘ entstammen, die auch ohne die Forscher*in stattgefunden hätten. Das konnte in unserer Feldforschung nicht ganz umgesetzt werden. Aufgrund der Vulnerabilität der beforschten Personengruppe wollten

10 Für zwei Drittel aller Menschen mit der Diagnose Demenz ist die häusliche Umgebung der Hauptort für Pflege, Behandlung und Unterstützung. Im Gegensatz zu Pflegeunterkünften bedeutet das: keine professionellen Teilnehmer*innen außer zu Zeiten der professionellen Pflege, eine primär private soziale Welt und vor allem eine Belastungssituation, die von vor allem Zweien getragen werden muss – der Angehörigen und der Person mit Demenz. Dabei müssen sie jeden Tag aufs Neue das Problem der ‚togetherness‘ bearbeiten – Zuhause – und trotz der sich verschlechternden Bedingungen auf beiden Seiten. Da dies Koordinierungsprozesse sind, welche anhand kommunikativer Handlungen stattfinden, finden wir es wichtig, uns diese anzuschauen – und zwar hinsichtlich ihrer Reziprozität. Das häusliche Setting bietet die Möglichkeit einer störfreien Beobachtung und der Herstellung einer Vertrauensbasis. Es können tiefgründigere Einblicke in die Beziehung des Paares gewährt werden, insbesondere auch, da die Materialität der Umgebung in die Paarforschung mit einbezogen werden kann.

11 Es erwies sich für mich als besonders produktiv, meine Sprachmemos in Anwesenheit meiner Projektkollegin Verena Keyzers und meines Projektkollegen Nils Spiekermann einzusprechen, die nicht nur zugehört, sondern an bestimmten Stellen genauer nachgefragt und zur ad-hoc-Reflexion angeregt haben. Beide sind mit dem Fall E vertraut.

wir es nicht riskieren, das Paar zusätzlich zu belasten oder gar mit allzu weit vorgegriffenen Anfragen das uns entgegengebrachte Vertrauen aufs Spiel zu setzen. Unsere Anwesenheit in ihrem privaten Umfeld allein erschien uns bereits als ein gewagter Vorgriff. Das professionelle (z. B. mithilfe eines Stativs) und längerfristige Aufstellen einer Kamera, unter anderem in Abwesenheit der Forscherin, wäre nach unserer Einschätzung ein zu großer Eingriff in die Privatsphäre der Paare gewesen. Wir haben uns deshalb dafür entschieden, pro Erhebungszeitraum nur eine (laienhaft durchgeführte und möglichst unauffällige) Aufnahme in Präsenz der Forscherin zu machen.

Es wurden folglich keine ‚natürlichen‘ Situationen videografiert, wie sie auch ohne die Forscherin hätten stattfinden können, sondern genau solche, *wie sie mit einer anwesenden Forscherin stattfanden* (siehe Abb. 2).

Abb. 2: Herr E und Frau E zeigen auf Familienfotos an der Wand. Die teilnehmend beobachtende Forscherin sitzt daneben (Video-Screenshot)



Die triadische Beobachtungssituation, bestehend aus dem Paar und der Forscher*in, kann als Chance dienen, Beziehung in ihrer (demonstrierten) Vollzugswirklichkeit, also zum Beispiel als Beziehungszeichen, zu erfassen und damit zumindest dasjenige beforschen zu können, was überhaupt beobachtbar ist. Dabei werden jede Interaktion und jede einzelne noch so kleine Handlung sowohl der Angehörigen als auch der Person mit Demenz als bedeutsam erachtet. Jede Handlung auf einer Mikro- und Nanoebene wird als Ausdruck der personalen Identität bzw. der Beziehungsidentität interpretiert. Im Folgenden möchte ich exemplarisch eine ethnomethodologische Interaktionsanalyse eines Beziehungszeichens darstellen.

Video-Beispielsequenz: „Wange tätscheln“

Die Sequenz „Wange tätscheln“ ist Teil eines 20-minütigen Videos und findet ab Minute 15:47 statt. Die ethnografische Situation besteht hier aus nicht nur drei, sondern vier anwesenden Personen: Frau und Herr E, Forscher TH und Forscherin AN. Forscher TH ist zwar formal Projektmitarbeiter, nimmt aber normalerweise nicht an den teilnehmenden Beobachtungen teil. Er war an dem Tag zur Unterstützung hinsichtlich der Videoaufnahme mit mir zusammen dort. TH sitzt rechts von der Forscherin AN bzw. zwischen AN und Herrn E, welcher die Diagnose Demenz erhalten hat. Herr E sitzt in dieser Sequenz gerade nicht, sondern steht vor dem Tisch. Frau E, die Ehepartnerin und Pflegeperson, sitzt TH und AN am Tisch gegenüber.

Während des Besuchs der Forscher*innen erzählt Frau E in Anwesenheit Herrn Es vom Beginn der Demenzerkrankung. Ein letzter Saunabesuch zusammen mit Herr E vor seinem ‚großen Schlaganfall‘ sei für sie prägend gewesen: Herr E traute sich im Gegensatz zu früher in der Sauna nur auf die unterste Bank und hatte Angst, sich nach dem Saunabad im Wasser abzukühlen. Sie berichtete außerdem von einer Reise, an welcher Herr E nicht teilnehmen wollte. Zu dem Zeitpunkt, noch zwei Jahre vor der Demenzdiagnose, hatte Frau E bereits ein schlechtes Gewissen, ihn allein zu Hause zu lassen. Sie machte sich Sorgen, dass er zum Beispiel einmal seinen Schlüssel vergessen oder gar den Ofen anlassen könnte. Während Frau Es Berichten faltet Herr E eine auf dem Tisch liegende Serviette. Als sie von der Sorge, ihn während des Urlaubs allein zu Hause zurückzulassen berichtet, legt Herr E die Serviette ab, stützt sich mit den flachen Händen auf dem Tisch ab und schaut Frau E an. Als sie von der Möglichkeit spricht, dass er zum Beispiel seinen Schlüssel hätte vergessen können, nimmt er die Serviette wieder in die Hand. Hier beginnt die kurze Sequenz.

Frau E schließt an das Vorgegangene an, indem sie sagt („A“ steht im Folgenden für die pflegende Angehörige bzw. Ehepartnerin Frau E):

A: Und (1.5) da hat er auch schon (1.7) gewisse Anzeichen gehabt/– da was vergessen, hier was vergessen.

Bei ‚hier‘ legt Herr E die Serviette wieder ab und beginnt, die Hände auf den Tisch zu legen. Bei der zweiten Wiederholung des Verbs ‚vergessen‘ blickt Herr E Frau E an. Kurz nach der zweiten Wiederholung von ‚vergessen‘ schaut Frau E Herrn E in die Augen (siehe Abb. 3).

12 Die obere Reihe ‚G-FE‘ zeigt symbolisch die Blickrichtung von Frau E, ‚G-HE‘ diejenige von Herrn E. ‚G‘ steht anlehnend an die ethnomethodologischen Interaktionsanalysen von Dirk vom Lehn (z. B. 2018) für ‚gaze‘. Die Pfeilrichtungen weisen auf die Blickrichtung hin. ‚F‘ steht für den Blick zur Forscherin, ‚B‘ steht für eine laufende Bewegung der Augen bzw. einen Blickwechsel.

Anhand der Abb. 3 lässt sich nachvollziehen, zu welchem Zeitpunkt Herr E und Frau E wohin geblickt haben (G-FE; G-HE) und was sie währenddessen gesagt (Verbaltranskript) und was getan haben (Standbildabfolge).

Es ist zu erkennen, dass Frau E zuerst nach unten schaut (↓) als sie ihren Satz beginnt („Und“) und nach einer kurzen Pause von eineinhalb Sekunden, als sie dann über ihren Mann redet („er“), zu ihm hochblickt (↑).

Während Herr E die Serviette an eine Plastikdose gefüllt mit Melonenstücken schiebt und dabei nicht aufblickt, sagt Frau E weiter, dass Herr E „auch schon gewisse Anzeichen gehabt“ habe. Bei „schon“ pausiert sie erneut kurz, während sie geradeaus guckt (→) ohne dabei jemand Bestimmten oder etwas Bestimmtes anzublicken. Während sie den Satz beendet, schaut sie zu mir bzw. zur Forscherin (F).

Herr E blickt die ganze Zeit über zum Tisch herunter. Als Frau E den Nebensatz ausführt, schaut sie erst einmal weiterhin zur Forscherin, bis sie irgendwann ihren Blick zu Herrn E bewegt (B) und ihm in die Augen guckt (↑): Während Herr E erst noch weiter zum Tisch guckt, bewegt er sich langsam in Richtung Aufwärtsblick (B) in dem Moment als Frau E das erste Mal das Wort „vergessen“ fast zu Ende gesagt hat. Dabei hört er mit seiner Tätigkeit am Tisch auf und legt die Hände auf dem Tisch ab.

Als sie die Wiederholung des Wortes („vergessen“) fast beendet hat, schaut Herr E ihr ins Gesicht (↓). Genau in dem Moment, in welchem er sie anschaut, beginnt sie, ihren Blick zu ihm zu bewegen, sodass sie sich am Ende gleichzeitig anschauen. Zwei Sekunden lang schauen sie sich in die Augen (T 00:10–00:12) als Herr E (Frau E weiter anblickend) mit seiner rechten Hand in Richtung ihres Gesichts steuert (Abb. 4). Als er ihr Gesicht berührt (noch Sekunde 12), schiebt sie ihres ein wenig nach vorn und lächelt – erst leicht, dann mit Zähne-Zeigen (00:13). Ihr Lächeln vergrößert sich fortwährend, während Herr E seine Hand bereits zurücknimmt. Leider ist auf dem Video nicht erkennbar, was genau in Herr Es Gesicht geschieht. Erst in Sekunde 15 ist deutlich zu sehen, dass auch er lächelt.

Die hier kurz dargestellte Interaktionssequenz sensibilisiert dafür, wie Frau und Herr E durch Blickkontakt einen Moment der Verbundenheit bzw. Intimität herstellen.

Während Frau E ihren Nebensatz zu Ende bringt, bereitet Herr E eine Kontaktaufnahme mit ihr vor, indem er seine Tätigkeit am Tisch beendet und die Hände aufstützt, um sich zu ihr drehen zu können. Diese Vorbereitung zur Kontaktaufnahme mit Frau E beginnt er noch nicht, als sie bereits offensichtlich über ihn spricht („er“), sondern erst, als sie davon erzählt, dass er Dinge vergessen habe. Dieses Wort („vergessen“) ist zeitlich der Initialpunkt für ihn, den Kontakt zu Frau E zu suchen. Als er sie dann anschaut, reagiert sie sofort, indem sie ihn auch anblickt. Beide wenden sich nicht sofort wieder voneinander ab, sondern verharren einen Moment darin, sich gegenseitig anzuschauen. Dies ermöglicht Herrn

E, seinen nächsten ‚move‘ (vgl. vom Lehn 2018) zu unternehmen (sie zu tätscheln), da er die Aufmerksamkeit von Frau E hat. Auf seine körperliche Annäherung reagiert sie ebenfalls körperlich zuwendend, indem sie ihr Gesicht entgegen seiner Hand neigt und es in dieser Position lässt, bis er das Tätscheln beendet. Danach lächeln sie sich noch einen Moment gegenseitig an, ohne etwas anderes dabei zu tun.

Diese Sequenz verbildlicht ein sensibles bzw. feinfühliges gegenseitiges aufeinander Reagieren des Paares. Frau E verhält sich sensibel gegenüber der körperlich induzierten Kontaktinitiative ihres Mannes, da sie unmittelbar auf sie eingeht. Dazu ist es notwendig, dass Frau E das sie Anblicken Herrn Es auch als eine Kontaktinitiative bzw. -aufnahme interpretiert – andernfalls hätte sie vielleicht nicht mit einem Zurückblicken reagiert und auch das Tätscheln danach wäre eventuell nicht zustande gekommen. Das Tätscheln durch Herrn E ist wiederum nur in der Form möglich, da er zuerst einen Umstand vorbereitet hat, in welchem er Frau E nicht überrascht und überhaupt an ihr Gesicht kommt, indem er sich zu ihr gedreht und sie ihr Gesicht ihm entgegengehalten hat. Die multimodale Analyse der Sequenz lässt darüber hinaus vermuten, dass Herr E auf das Stichwort „vergessen“ mit der Kontaktaufnahme zu seiner Frau reagiert.

Das Beziehungszeichen ist hier die Handlungsabfolge, welche ich unter dem Ereignis ‚Wange tätscheln‘ zusammenfasse. Wie oben gezeigt, ist das Wange Tätscheln (hier) ein komplexer Vorgang, welcher sich aus mehreren kleineren Interaktionseinheiten zusammensetzt bzw. durch diese sequenziell aufgebaut wird und durch feine Bedeutungszuschreibungen durch die beteiligten Akteur*innen eine für Dritte beobachtbare Bedeutung bekommt. Ein anderes ‚Wange tätscheln‘, zum Beispiel ohne die Zustimmung und das Darauf-Eingehen der ‚getätschelten‘ Person, würde etwas anderes über die Art der Beziehung vermitteln als das Paar hier anzeigt. Das gemeinsame Ausdrucksspiel führt vor, dass sich das Paar versteht, sich zugeneigt ist und das ‚Wange Tätscheln‘ deshalb keine Verletzung des persönlichen Raums Frau Es darstellt. Es zeigt ein Arrangement, in welchem über körperliche Handlungen unter anderem Zuneigung kommuniziert wird. Davon ausgehend, dass der Herr E in der beschriebenen Sequenz auch auf das Gesagte Frau Es reagiert in Form einer empathischen Ausdruckshandlung, des Wange Tätscheln, ist diese Handlungsabfolge so wie sie vonstattengegangen ist, geknüpft an die Anwesenheit der Forscherin und des Forschers. Diese sind die Adressat*innen von Frau Es Erzählung, welche mit hoher Wahrscheinlichkeit auch inhaltlich einer der Gründe für Herrn Es Interaktionsinitiative ist. Ohne Worte kommuniziert Herr E hier seine Identität als (z. B.) ein aufmerksamer Zuhörer und liebender Ehemann. Die triadische bzw. in diesem Fall sogar tetradische Figuration veranlasst das Paar zur Performanz eines Beziehungszeichens, welche es der Forscherin ermöglicht, etwas über die Relevanzstrukturen der *Person Herr E* zu erfahren.

Fazit

Die exemplarisch dargestellte Analyse eines Beziehungszeichens hebt das Potenzial von Videodaten im Rahmen der Beobachtung und Analyse sozialer Interaktion auf einer Mikro- und Nanoebene hervor, welche, wie oben angeführt, insbesondere in der Demenzforschung wichtigen Einsatz finden kann. Videodaten machen die Performanz der Paarbeziehung auf einer Mikroebene erst analysierbar: Das Video kann gestoppt werden, es können Standbilder betrachtet oder Sequenzen immer wieder von neuem angeschaut werden.

Sie ergänzen darüber hinaus das etwaig fehlende Narrativ der Person mit Demenz, welche in den Gesprächen und Beziehungsdarstellungen zumeist wenig initiativ bzw. eher passiv ist und auch verbalsprachlich nicht unbedingt noch die eigene Geschichte erzählen kann.

Hinzu kommt, dass viele – insbesondere körperliche – kommunikative Handlungen, welche zumeist am längsten erhalten bleiben bei Demenz, durch die Interaktion mit der vertrauten Partner*in am ehesten zum Vorschein kommen. Sie sind ähnlich eingespielt und damit verinnerlicht bzw. verkörperlicht wie zum Beispiel Musik oder auch Tanz. Damit zeigen sie, was in anderen Konstellationen bereits nicht mehr beobachtbar wäre. Es soll also nicht etwa die Teilnehmer*innenperspektive der eigenen Identität durch eine rein äußerliche Beobachter*innenperspektive (vgl. Quante 2008) durch zum Beispiel die Forscher*in ersetzt werden, sondern die ‚innere‘ Identität soll durch die genannten Umstände der Situation, also die Anwesenheit der Partner*in und der Forscher*in(nen) und das Augenmerk auf das, was beobachtbar *ist* und über die *Paaridentität* sichtbar wird, erkennbar gemacht werden.¹³

Derartige Ansätze finden sich innerhalb der pflegewissenschaftlichen Forschung zum Beispiel bei Hellström (2005) und Molyneaux et al. (2012), die sich ebenfalls für eine vermehrte Beschäftigung mit dem *Paar-Sein* anstelle des *Person-Seins* und damit auch für eine Weiterentwicklung von Kitwoods Konzeption der *Person-zentrierten* Pflege zu einer *Beziehungs-zentrierten* Pflege aussprechen. Man könnte also von einem *Paar-Sein* anstelle von *Person-Sein* bzw. *Person-Sein durch Paar-Sein* sprechen.

Dies könnte als Anlass genommen werden, in qualitativen Forschungsprojekten mit Menschen mit Demenz immer die engste vertraute Person des Menschen mit Demenz einzubeziehen, um so bestmöglich die Erlebens- und Erfahrungswelt, die Handlungswelt und den Charakter des Menschen mit Demenz beforschen zu können. Darüber hinaus kann die Teilnahme einer dritten Person, wie

13 Unter der Beobachter*innenperspektive werden Aspekte der personalen Identität verstanden, die durch andere an dem Menschen mit Demenz wahrgenommen werden können. Unter der Teilnehmer*innenperspektive wird das kongruente Gefühl von Identität durch den Menschen selbst verstanden.

zum Beispiel der Forscher*in, etwaige Paar-Verbindlichkeiten, etwa in Form von Beziehungszeichen, zum Vorschein bringen oder auch Selbstverständlichkeiten aufbrechen, indem eine gewisse Reaktivität zutage gefördert wird. Durch die Anwesenheit der Forscherin werden einige Phänomene, welche die Beziehung betreffen und auf ihre Beschaffenheit hinweisen, überhaupt erst sichtbar gemacht, wenn nicht sogar erst konstruiert.

Die triadische Beobachtungssituation stellt somit eine Chance dar, Menschen mit fortgeschrittener Demenz vor dem Hintergrund ihrer Beziehungsidentität bestmöglich nicht nur in den Forschungsprozess, sondern auch in das situative Geschehen einbinden zu können.

Literatur

- Berger, Peter/Kellner, Hansfried (1993): Marriage and the Construction of Reality. In: Readings in Social Psychology: Perspective and Method, S. 220–229.
- Bödecker, Florian (2015): Wie mit Menschen mit Demenz forschen? Probleme, Lösungen und offene Fragen. In: Forschung in der Sozialen Arbeit-Grundlagen, Konzepte, Perspektiven, S. 151–164.
- Bundesministerium für Gesundheit (2021): Siebter Pflegebericht. www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegebericht/Siebter_Pflegebericht_barrierefrei.pdf (Abfrage: 18.08.2021).
- Cowdell, Fiona (2006): Preserving Personhood in Dementia Research: A Literature Review. In: International Journal of Older People Nursing 1, H. 2, S. 85–94.
- Dellwing, Michael (2014): Zur Aktualität von Erving Goffman. Wiesbaden: Springer VS.
- Döttlinger, Beatrix (2018): Gestisch-kommunikatives Handeln als Bindeglied zwischen Sprache und Handeln bei Menschen mit Demenz. Beziehungs- und Interaktionsgestaltung. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Elias, Norbert (1992): Figuration. In: Grundbegriffe der Soziologie. Wiesbaden: Springer VS, S. 88–91.
- Ellis, Maggie/Astell, Arlene (2019): Nonverbale Kommunikation mit demenzkranken Menschen. Wie man ohne Sprache kommunizieren kann. Göttingen: Hogrefe.
- Fletcher, James R. (2018): Renegotiating Relationships: Theorising Shared Experiences of Dementia within the Dyadic Career. In: Dementia 19, H. 3, S. 708–720.
- Franke, Luitgard (2005): Demenz in der Ehe: über die verwirrende Gleichzeitigkeit von Ehe- und Pflegebeziehung in der psychosozialen Beratung für Ehepartner Demenzkranker. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Fuchs, Thomas (2018): Leiblichkeit und personale Identität in der Demenz. In: Deutsche Zeitschrift für Philosophie 66, H. 1, S. 48–61.
- Goffman, Erving (1982): Das Individuum im öffentlichen Austausch. Mikrostudien zur öffentlichen Ordnung. Berlin: Suhrkamp.
- Hellström, Ingrid/Nolan, Mike/Lundh, Ulla (2005): ‚We do things together‘. A Case Study of ‚Couplehood‘ in Dementia. In: Dementia 4, H. 1, S. 7–22.
- Hellström, Ingrid/Nolan, Mike/Lundh, Ulla (2007): Sustaining ‚couplehood‘ Spouses’ strategies for living positively with dementia. In: Dementia 6, H. 3, S. 383–409.
- Hellström, Ingrid/Torres, Sandra (2021): Couplehood as a compass: Spousal perspectives on the diminished everyday competence of partners. In: Dementia 20, H. 7.
- Hitzler, Ronald/Poferl, Angelika/Schröer, Norbert/Klemm, Matthias/Kreher, Simone (2020): Thematische Einführung. In: Poferl, Angelika/Schröer, Norbert/Hitzler, Ronald/Klemm, Matthi-

- as/Kreher, Simone (Hrsg.): Ethnografie der Situation. Erkundungen sinnhaft eingrenzbarer Feldgegebenheiten. Essen: Oldib, S. 11–14.
- Höwler, Elisabeth (2008): Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz: Erleben und Strategien Pflegender. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Hydén, Lars-Christer (2014): How to Do Things with Others: Joint Activities Involving Persons with Alzheimer's Disease. In: Hydén, Lars-Christer/Lindemann, Hilde/Brockmeier, Jens (Hrsg.): Beyond Loss: Dementia, Identity, Personhood. Oxford: Oxford University Press, S. 137–154.
- Keller, Reiner (2009): Das interpretative Paradigma. In: Brock, Ditmar/Junge, Matthias/Diefenbach, Heike/Keller, Reiner/Villányi, Dirk (Hrsg.): Soziologische Paradigmen nach Talcott Parsons. Eine Einführung. Wiesbaden: Springer VS, S. 17–91.
- Keller, Reiner (2012): Das interpretative Paradigma: Eine Einführung. Berlin: Springer.
- Keyzers, Verena/Nebowsky, Anna-Eva (2020): Über ‚Salutozentrismus‘ und Fallstricke der Deutung ethnographischer Situationen zum Thema „Kommunikation und Demenz“. In: Pofertl, Angelika/Schröer, Norbert/Hitzler, Ronald/Klemm, Matthias/Kreher, Simone (Hrsg.): Ethnographie der Situation. Erkundungen sinnhaft eingrenzbarer Feldgegebenheiten. Essen: Oldib, S. 455–470.
- Kitwood, Tom M. (1995/2000): Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Bern: Huber.
- Kitwood, Tom M. (1997): The Experience of Dementia. In: Aging & Mental Health 1, H. 1, S. 13–22.
- Kitwood, Tom M./Müller-Hergl, Christian (2008): Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Bern: Huber.
- Klimova, Blanka/Kuca, Kamil (2016): Speech and Language Impairments in Dementia. In: Journal of Applied Biomedicine 14, H. 2, S. 97–103.
- Knoblauch, Hubert (2011): Videoanalyse, Videointeraktionsanalyse und Videographie – zur Klärung einiger Missverständnisse. In: Sozialer Sinn 12, H. 1, S. 139–146.
- Knoblauch, Hubert (2013): Grundbegriffe und Aufgaben des kommunikativen Konstruktivismus. In: Knoblauch, Hubert (Hrsg.): Kommunikativer Konstruktivismus. Wiesbaden: Springer VS, S. 25–47.
- Knoblauch, Hubert (2017): Die kommunikative Konstruktion der Wirklichkeit. Wiesbaden: Springer.
- Kontos, Pia C. (2004): Ethnographic Reflections on Selfhood, Embodiment and Alzheimer's disease. In: Ageing & Society 24, H. 6, S. 829–849.
- Kontos, Pia C. (2014): Musical Embodiment, Selfhood and Dementia. In: Hydén, Lars-Christer/Lindemann, Hilde/Brockmeier, Jens (Hrsg.): Beyond Loss: Dementia, Identity, Personhood. Oxford: Oxford University Press, S. 107–119.
- McGovern, Justine (2011): Couple Meaning-making and Dementia: Challenges to the Deficit Model. In: Journal of Gerontological Social Work 54, H. 7, S. 678–690.
- McGovern, Justine (2012): Couplehood and the phenomenology of meaning for older couples living with dementia. New York: ProQuest Dissertations Publishing.
- Molyneaux, Victoria J./Butchard, Sarah/Simpson, Jane/Murray, Craig (2012): The Co-Construction of Couplehood in Dementia. In: Dementia 11, H. 4, S. 483–502.
- Nebowsky, Anna-Eva/Spiekermann, Nils (2021): Kommunikativer Tod durch Demenz? Wie die Beziehungsidentität Kommunikationsmacht erhält. In: Bidlo, Oliver/Keyzers, Verena/Roslon, Michael/Schröer, Norbert (Hrsg.): Warum entfaltet kommunikatives Handeln auch ohne Gewalt und Herrschaft Macht? Die „Kommunikationsmacht“ von Jo Reichertz zur Diskussion. Weinheim/Basel: Beltz Juventa, S. 180–196.
- Quante, Michael (2008): Warum (und in welchem Sinne) gibt es keine personale Identität? In: Deutsche Zeitschrift für Philosophie 56, H. 4, S. 555–568.
- Reichertz, Jo (2009): Kommunikationsmacht. Wiesbaden: Springer VS.
- Reichertz, Jo/Keyzers, Verena/Nebowsky, Anna-Eva (2020): Einander ein Gerüst geben. Handlungsabstimmung an den Grenzen von Kommunikation. In: Reichertz, Jo (Hrsg.): Grenzen der Kommunikation. Kommunikation an den Grenzen. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft, S. 219–237.

- Rosenthal, Gabriele (2015): *Interpretative Sozialforschung. Eine Einführung*. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Roth, Wolff-Michael/Reichertz, Jo (2020): „Coercive Care“ or „Ur-wir [Great-we]“: Communication and Cooperation in Couples Where One Partner Has Been Diagnosed with Dementia. In: *Human Arenas* 3, H. 4, S. 552–574.
- Sabat, Steve R. / Harré, Rom (1992): The Construction and Deconstruction of Self in Alzheimer's Disease. In: *Ageing & Society* 12, H. 4, S. 443–461.
- Sabat, Steven R. / Harré, Rom (1994): The Alzheimer's Disease Sufferer as Semiotic Subject. In: *Philosophy, Psychiatry & Psychology* 1, H. 3, 145–160.
- Sachweh, Svenja (2008): *Spurenlesen im Sprachdschungel. Kommunikation und Verständigung mit demenzkranken Menschen*. Bern: Huber.
- Schrauf, Robert W. / Müller, Nicole (2013): *Dialogue and Dementia: Cognitive and Communicative Resources for Engagement*. London: Psychology Press.
- Straub, Jürgen (2000): Identitätstheorie, empirische Identitätsforschung und die „postmoderne“ Armchair Psychology. In: *ZQF – Zeitschrift für Qualitative Forschung* 1, H. 1, S. 167–194.
- vom Lehn, Dirk (2018): Ethnomethodologische Interaktionsanalyse. In: Moritz, Christine/Corsten, Michael (Hrsg.): *Handbuch Qualitative Videoanalyse*. Wiesbaden: Springer VS, S. 183–196.
- Welling, Karin (2014): „Sichtbarmachen, was sonst verborgen bleibt“. Annäherung an die videobasierte interpretative Mikroanalyse in der Interaktion zwischen Menschen mit Demenz und Pflegenden. In: Moritz, Christine (Hrsg.): *Transkription von Video- und Filmdaten in der Qualitativen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer VS, S. 441– 491.
- Wright, Lore K. (1991): The Impact of Alzheimer's Disease on the Marital Relationship. In: *The Gerontologist* 31, H. 2, S. 224–237.

Die Herausgeberinnen und Herausgeber

Claudia Dinand, MScN

Claudia Dinand ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Department für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke. Bis Dezember 2019 war sie Teil der Forschungsgruppe „Versorgungsinterventionen“ für Menschen mit Demenz am Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Standort Witten. In ihrer Arbeit untersucht sie die gelebten Erfahrungen, Bedürfnisse und Bewältigungsstrategien von Menschen mit frontotemporaler Demenz und ihren Angehörigen sowie die Entwicklung von pflegerischen Interventionen für diese Zielgruppe. Ihr methodischer Schwerpunkt liegt in der Erhebung und Analyse narrativer und videographischer Daten in der Forschung mit Menschen mit Demenz.

Franziska Laporte Uribe, PhD in Health Sciences (UC, NZ)

Franziska Laporte Uribe ist Postdoktorandin am Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) in Witten, Deutschland. Sie hat an der University of Canterbury, Neuseeland, in Gesundheitswissenschaften promoviert. Seit vielen Jahren zielt ihre Forschung darauf ab, das Leben der von Demenz betroffenen Menschen zu verstehen und nachhaltig zu verbessern. Als Mitglied der Forschungsgruppe „Implementierungswissenschaft“ am DZNE konzentriert sie sich auf die Herausforderungen der Umsetzung von Innovationen in die Praxis. Mit einer ausgewiesenen Expertise im Setting der Häuslichkeit ist Franziska Laporte Uribe daran interessiert, Phänomene im Kontext der Demenzforschung aus verschiedenen Perspektiven (individuell, dyadisch, organisatorisch, national, global) zu verstehen. Seit 2018 ist sie Mitglied bei Interdem, einem pan-Europäischen Demenzforschungsnetzwerk.

Martina Roes, Prof. Dr. phil., Soziologin und Krankenschwester

Martina Roes leitet die beiden Arbeitsgruppen „Personzentrierte Demenzversorgung“ und „Implementierungswissenschaft“, ist zugleich Standortsprecherin des Standorts Witten des Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) sowie Professorin für Pflegewissenschaft und Versorgungsforschung an der Universität Witten/Herdecke. Ihre Forschungsschwerpunkte sind eine personzentrierte Demenzpflege, die partizipative Forschung und Implementierungswissenschaft.

Jonathan Serbser-Koal, Dipl.-Soz., Soziologe

Jonathan Serbser-Koal arbeitet seit 2014 als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) in Witten und ist hier Mitglied der Forschungsgruppe „Personzentrierte Demenzversorgung“.

Seine Arbeitsschwerpunkte liegen bei konzeptionellen und methodologischen Aspekten der interdisziplinären Demenzforschung, wie etwa dem Thema der Person-Zentrierung für Menschen mit Demenz, der Begriffsanalyse im Kontext von Demenz mit speziellem Fokus auf die Konzepte der Person und Autonomie, Situationsdefinition und Interaktion von Menschen mit Demenz und der qualitativen Methoden der empirischen Sozialforschung im Kontext Demenz.

Sonja Teupen, Dr. phil., Sozialwissenschaftlerin

Sonja Teupen leitet die Arbeitsgruppe „Methoden in der Versorgungsforschung“ am Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) in Witten. Nach dem Studium der Diplom-Heilpädagogik (FH) und der Sozialwissenschaft (MA) in Bochum hat sie in Gießen als Mitglied des *International Graduate Centre for the Study of Culture* in Soziologie mit einer narrativen Studie zu personaler Identität unter Bedingungen symbolischer Prekarität promoviert. Sie forscht zu subjektiven Perspektiven von Menschen mit Demenz sowie zu den methodologischen Grundlagen dieser Forschung. Methodisch ist Sonja Teupen in den interpretativen Verfahren der qualitativen Sozialforschung verortet.

Die Autorinnen und Autoren der Beiträge

Sissel Alsaker, PhD., MSc, OT, Professor, Department of Mental Health, Faculty of Medicine and Health Sciences, Norwegian University of Science and Technology (NTNU), Norway

My main research is in narrative and everyday life, and particularly the ongoing action that everyone is conducting, and the meaning making processes that are grounded in the doing. My academic work is targeted to chronic conditions, mental as well as rheumatic.

Beatrix Döttlinger, Dr. rer. medic., Pflegewissenschaftlerin

Beatrix Döttlinger ist examinierte Krankenpflegerin und studierte Pflegewissenschaftlerin. An der Universität Witten/Herdecke promovierte sie mit einer Dissertationsschrift über gestisch-kommunikatives Handeln zur Beziehungs- und Interaktionsgestaltung bei Menschen mit Demenz. Derzeit arbeitet sie als freie Dozentin im Gesundheitswesen und war bis 2020 Mitglied des Weiterbildungsteams/Süddeutschland zur Praxisbegleiter/in Basale Stimulation® in der Pflege. Methodisch beschäftigt sich Beatrix Döttlinger mit videografischen Untersuchungen aus praxeologischer Sicht.

Christian Meier zu Verl, Dr. rer. soc.

Christian Meier zu Verl ist promovierter Soziologe und arbeitet als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Arbeitsgruppe „Allgemeine Soziologie und Kulturosoziologie“ der Universität Konstanz. Schwerpunktmäßig beschäftigt er sich unter anderem mit Dis-/ability Studies (insbesondere mit Demenzforschung), Migrationsforschung und qualitativer Sozialforschung. Daneben ist er Ko-Sprecher des DFG-Netzwerks „Dis-/abilities and Digital Media“, Mitglied des Zentrums für Kulturwissenschaftliche Forschung der Universität Konstanz und assoziiertes Mitglied des SFB 1187 „Medien der Kooperation“ an der Universität Siegen. Methodisch ist Christian Meier zu Verl in den Gebieten der Ethnografie, der Video- und der Diskursanalyse verortet.

Anna-Eva Nebowsky, MA, Sozialwissenschaftlerin

Anna-Eva Nebowsky erwarb ihren Masterabschluss 2019 in „Kultur und Person“ an der Ruhr-Universität Bochum. Von 2013 bis 2019 arbeitete sie am Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) am Standort Witten. Von 2018 bis 2021 war sie wissenschaftliche Mitarbeiterin am Kulturwissenschaftlichen Institut Essen (KWI) im DFG-Projekt „Kommunikation und Demenz“. Derzeit forscht sie in der Ethik in der Medizin an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg zum Thema Live-in Versorgung bei Demenz. Parallel ist sie Doktorandin bei Hubert Knoblauch an der Technischen Universität Berlin. Methodisch be-

schäftigt sich Anna-Eva Nebowsky mit ethnomethodologischen und hermeneutischen Verfahren, konkret mit der Video-Interaktionsanalyse.

Jo Reichertz, Prof. em. Dr. phil., Soziologe und Kommunikationswissenschaftler

Jo Reichertz war von 1993 bis 2015 Professor für Kommunikationswissenschaft an der Universität Duisburg-Essen (Venia legendi: Allgemeine Soziologie) mit regelmäßigen Gastprofessuren an den Universitäten Wien und St. Gallen. Er lehrte an den Universitäten Hagen (Soziologie), Witten/Herdecke (Pflegeforschung) und Bochum (Kriminologie). Seit 2015 ist er Senior Fellow am Kulturwissenschaftlichen Institut Essen (KWI) und Mitglied des Vorstandes. Er leitet den Forschungsbereich „Kommunikationskultur“ sowie aktuell ein DFG-Projekt zum Thema „Kommunikation und Demenz“. Jo Reichertz vertritt den Ansatz des kommunikativen Konstruktivismus und nutzt bei der Datenerhebung vor allem Feldforschung und bei der Analyse vor allem interpretativen Verfahren. Seit 2022 hat er eine Gastprofessur an der Europa-Universität Flensburg inne und ist dort Mitglied des Vorstands des Psychological Institute for Subjectivity and Practice Research.

Elisabeth Reitinger, Assoz. Prof.in Dr.in

Elisabeth Reitinger forscht und lehrt am Institut für Pflegewissenschaft, Sozialwissenschaftliche Fakultät der Universität Wien, Vize-Studienprogrammleitung Masterstudium Pflegewissenschaft, Studium der Psychologie, Sozial- und Wirtschaftswissenschaften, Habilitation in Palliative Care und Organisationsforschung. Arbeitsschwerpunkte: Palliative Care im Alter, Soziale Teilhabe von Menschen mit Demenz, feministische Care Ethik, partizipativ-qualitative Sozialforschung.

Ton Satink, PhD., MSc-OT, Professor Neurorehabilitation

Ton Satink is a professor Neurorehabilitation – Self-regulation and participation at the HAN University of Applied Sciences. Research topics of the research group are personalized care, self-management and self-regulation, and participation, as well as the transition of clinical toward primary care. Within the research projects, there is a focus and expertise in qualitative and narrative research and participatory design- and action research. Ton is a member of the advisory board of the Dutch Occupational Therapy Association and one of the leaders of the Dutch network ‚Living after Brain and Mental Illness‘. Furthermore, he is a staff member of one of the leading master’s programs in occupational therapy, the European Masters of Science in Occupational Therapy.

Verena C. Tatzer, Dr.in phil., MSc, Ergotherapeutin und Forschende

Verena C. Tatzer hat den European Master of Occupational Science in Occupational Therapy absolviert und promovierte im Fach Palliative Care und

OrganisationsEthik. Sie arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Fachhochschule Wiener Neustadt im Studiengang Ergotherapie. Sie ist Mitglied des globalen Netzwerkes „World Young Leaders in Dementia“ und Vorstandsmitglied sowie Sektionsvorsitzende der Sektion „Klinische Gerontologie“ der österreichischen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie. Ihre Forschungsschwerpunkte sind Aktivität und Partizipation von Menschen mit Demenz und Angehörigen, Gesundheitsförderung im Alter sowie Ergotherapie mit älteren Erwachsenen. Methodische Schwerpunkte sind narrative Methoden und partizipative Forschung.

Karin Welling, Dr.in phil.

Karin Welling ist Diplom-Pädagogin, Gesundheits- und Krankenpflegerin, MBSR-Lehrerin sowie Trainerin für Dementia Care Mapping (DCM). 2019 promovierte sie an der Universität Bremen mit ihrer Dissertationsschrift „Sich aneinander orientieren“ – Feinfühligkeit und Engagement in der beziehungsorientierten Interaktion zwischen Menschen mit weit fortgeschrittener Demenz und Bezugspersonen. Eine mikroanalytische Videointeraktionsstudie. Karin Welling arbeitet freiberuflich im Feld der Versorgung von Menschen mit Demenz. Ein Schwerpunkt ihrer Arbeit liegt darin, Bildungsprozesse zu gestalten und den Wissenstransfer zwischen Theorie und Praxis im Handlungsfeld Pflege anzuregen. Methodisch beschäftigt sich Karin Welling vorrangig mit der qualitativen Videoanalyse.