

Nonverbale Interaktionen
zwischen Pflegekräften und Demenzkranken
und/oder Palliativpatient*innen

Eine qualitative Studie

Masterarbeit von Marion Bög



marion.boeg@t-online.de

Erstgutachterin: Prof.in Dr. Bettina Fritzsche

Zweitgutachter: Dr. Florian Weitkämper

Studiengang: Erziehungswissenschaft mit Schwerpunkt Sozialpädagogik

Pädagogische Hochschule Freiburg

5. August 2021

Inhalt

1 Einleitung	1
2 Forschungsstand	3
2.1 Forschungsfrage	5
3 Theoretischer Hintergrund	6
3.1 Demenzpatient*innen	6
Definition, Krankheitsbilder und Ursachen	6
Epidemiologie	7
Verlauf und Symptome	7
Verändertes Kommunikations- und Interaktionsverhalten bei Demenzpatient*innen	9
3.2 Palliativpatient*innen	11
Definition und Krankheitsbilder	11
Emotionen im Krankheits- und Sterbeprozess	12
Verändertes Kommunikations- und Interaktionsverhalten bei Palliativpatient*innen	13
3.3 Kommunikation und Interaktion	14
Definitionen	14
Funktionen von Interaktion	15
3.4 Nonverbale Kommunikation und Interaktion	16
Das Verhältnis von verbaler und nonverbaler Interaktion	17
Nutzen des nonverbalen Kommunikationssystems	19
Studien zur nonverbalen Kommunikation und Interaktion	19
3.5 Martin Buber und Tom Kitwood - Dimensionen und Haltungen in Interaktionen	20
Beziehungsdimensionen nach Martin Buber	20
Tom Kitwood und der Bezug zu Martin Buber	23
3.6 Nonverbale Interaktion mit Demenz- und Palliativpatient*innen	26
Haltung	26
Möglichkeiten der nonverbalen Interaktionsgestaltung mit Demenz- und Palliativpatient*innen	28
Konzepte der nonverbalen Interaktion in der Pflege	30

4 Methode	32
4.1 Methodologie	32
Die Person der Forscherin im Forschungsprozess	33
4.2 Sampling und Erhebung.....	34
Felderschließung und erstes Sampling.....	34
Erste Erhebungen	35
Interviewleitfaden	36
Narrative Interviews.....	37
Anpassung der Forschungsfrage.....	38
Herausforderungen bei der Erhebung und veränderte Stichprobe.....	39
Verwendung von bereits erhobenen Interviews im Kontext einer anderen Arbeit.....	39
Transkription	42
4.3 Auswertungsmethodik.....	43
Theorieentwicklung durch Finden und in Bezug Setzen von Konzepten und Kategorien	43
Anmerkung zur theoretischen Sättigung und zur Theoriebildung.....	48
Herausforderungen bei der Auswertung	49
Entwickelte Theorieskizze	49
5 Ergebnisse	51
5.1 Verspernte Zugänge	53
Keine nonverbale Interaktionsstrategie.....	53
Keine passende bzw. alternative nonverbale Interaktionsstrategie.....	56
Verlust von Fähigkeiten der Patient*innen führt zu Verlust von Interaktions-Zugängen ..	57
5.2 Geglückte Zugänge.....	59
Herausfordernde Zugänge durch schwierige Emotionen	59
Zugänge finden durch bestimmte Verhaltensweisen und Teamkompetenz	63
Alternative Zugänge finden - Zugang über genaues Beobachten	64
Zugänge über ein Medium.....	65
Zugänge durch gewohnte, ritualisierte, lebenspraktische Tätigkeiten	66
Körperlich-sinnliche Zugänge	67

Kreativ-unkonventionelle Zugänge	70
Interaktionsgestaltung als Momentgestaltung.....	71
Haltungen in gelungenen nonverbalen Interaktionen.....	71
Prozesse des Einlassens als dimensionale Prozesse - neue Interaktionsebenen finden	79
Nicht sichtbare Prozesse als bedeutsame Interaktionen und Dimensionen	81
6 Diskussion.....	83
6.1 Diskussion der Ergebnisse.....	83
Zugänge und Interaktionsarten mit Demenz und Palliativpatient*innen	83
Gestaltungsformen und ihre erlebten Dimensionen	87
Reflexion: Bestätigte und verworfene Hypothesen	88
6.2 Diskussion der Herausforderungen durch den Untersuchungsgegenstand	89
Worte für das Wortlose finden – Dimensionen jenseits der Worte	89
Tabuisierung befremdlicher dimensionaler Körpererfahrungen.....	91
Andere Worte für das Wortlose – Hartmut Rosas Theorie der Resonanzbeziehungen in Bezug zu Bubers Beziehungsdimensionen.....	92
6.3 weitere Limitationen der Untersuchung	94
6.4 Erfüllung von Gütekriterien.....	94
6.5 Ausblick	96
Nonverbale Interaktionskompetenz und das Konzept der sensitiven Responsivität	96
Herausforderungen und Potentiale nonverbaler Interaktionen in einer rasanten Gesellschaftsdynamik	97
7 Literaturverzeichnis	99
8 Anhang.....	108
8.1 Ergänzung: Zur Rolle von Intuition in nonverbalen Interaktionen.....	108
8.2 Informatives Schreiben für Pflegekräfte	110
8.3 Fragen des Leitfadeninterviews	111
8.4 Transkriptionsregeln	112
8.5 Transkripte.....	112
Transkript Af.....	113

Transkript Bf.....	142
Transkript Cf.....	166
Transkript Df.....	188
Transkript If	196
Transkript Jf	215
Transkript Kf.....	232
Transkript Lm	246
9 Selbstständigkeitserklärung.....	262

1 Einleitung

„Allmählich verstehe ich die Bedeutung der Machtlosigkeit. Ich erlebe sie in meinem Leben, und ich lebe mit ihr in meiner Arbeit. Das Geheimnis liegt darin, keine Angst vor ihr zu haben und nicht vor ihr wegzulaufen. Wenn Menschen sterben, wissen sie, dass wir nicht Gott sind.

Alles, was sie von uns wünschen, ist, dass wir sie nicht alleine lassen.“

(Cassidy 1990, zit. nach Patzlsperger et al., 2018, S. 110)

Während die Einstellung zu Tod und Sterben laut Philippe Ariès zwei Jahrtausende lang nahezu unverändert blieb, hat sie sich seit dem 19. Jahrhundert stark gewandelt. So war der Tod in früheren Zeiten als Bestandteil des Lebens akzeptiert und das Sterben wurde als eine letzte Lebensphase der Erfüllung und Vollendung empfunden (Thieme & Jäger, 2019). In der modernen, leistungsorientierten Gesellschaft ist der Tod jedoch ein Phänomen, das gerne verdrängt wird. Seine Ursache wird eher darin gesucht, dass die Medizin noch nicht weit genug fortgeschritten ist, um ihn aufzuhalten, und es wird mit allen Mitteln versucht, ihm zu entgehen oder zumindest – weil dies nicht möglich ist – ihm ein möglichst volles und erlebnisreiches Leben entgegenzusetzen (Zirfas, 2020). Auch stirbt der Mensch nicht wie in früheren Zeiten „umgeben von Familie und Freunden, sondern einsam und der Öffentlichkeit entzogen, um den ‚eigenen Tod‘ betrogen“ (Ariès, 2005 nach Thieme & Jäger, 2019, S.215).

Zu einem wesentlichen Anteil hat dieser ‚Betrug um den eigenen Tod‘ seine Ursache darin, dass Menschen in modernen Gesellschaften immer häufiger in Institutionen wie Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen sterben. Allein in Deutschland sterben mehr als zwei Drittel aller Menschen in diesen Institutionen (Klinkhammer, 2012), wo sie von Professionellen des Feldes gepflegt und betreut werden. Ein Sterben in der Mitte der Gesellschaft gehört deshalb nicht mehr zu den gängigen Vorkommnissen (Kostrzewa et al., 2013). Durch die Verdrängung in Institutionen und eine generelle Tabuisierung der Thematik ist eine Art von „*Unberührbarkeit* des Sterbenden“ (ebd., S. 33) eingetreten, welche „durch das Phänomen *Demenz* noch um ein weiteres gesteigert [wird]“ (ebd.). Denn vielen Menschen ist das Krankheitsbild Demenz nicht zugänglich oder verständlich, was auch dadurch verstärkt wird, dass in der heutigen Gesellschaft Vernunft und Sprache ausschlaggebend sind für Kommunikation und Identität – für Personsein, wie Welling (2004) es ausdrückt. Viele Menschen sind befremdet von Demenzpatient*innen; es fällt schwer anzuerkennen, dass kognitive Fähigkeiten nur einen Teil von Identität ausmachen könnten, da in der westlichen Kultur seit langer Zeit in philosophischer Tradition kognitiven Fähigkeiten eine große Bedeutung zugeschrieben wird. „*Cogito ergo sum*“ – Ich denke also bin ich, der Grundsatz des französischen Philosophen René Descartes, hält auch heute noch Einzug in den wissenschaftlichen Diskurs und beinhaltet die Überzeugung, dass kognitive Fähigkeiten hochgradig bedeutsam für Bewusstsein und Identität sind. Diese

Aussage impliziert, dass erst Bewusstsein (im Sinne von kognitiven Fähigkeiten) das Menschsein konstituiert. Die Schlussfolgerungen und Haltungen, die daraus entstehen, wirken sich schädigend auf den Umgang und Interaktionen mit Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen aus: „Menschen, deren Denkvermögen, warum auch immer, reduziert ist, verlieren an Menschensein, verlieren an Personsein. Sie werden vom Subjekt zum Objekt degradiert, sie verlieren an Würde und Integrität.“ (Welling, 2004, S. 2). Gerade Demenzpatient*innen werden von den Angehörigen und Pflegekräften „als besonders weit entrückt erlebt ...“ (Kostrzewa et al., 2013, S. 33). Auch wenn rein rechtlich für kognitive beeinträchtigte Menschen die Würde weiterhin erhalten bleibt, so ist dies in sozialer Hinsicht nicht der Fall. Durch die entstehende Befremdung und Hilflosigkeit im Umgang mit dem kognitiv veränderten (alten) Menschen und der erforderlichen veränderten nonverbalen und nicht-kognitiven Interaktion werden Demenz- und Palliativpatient*innen gemieden und dadurch ‚sozial entwürdigt‘. Folglich kann festgestellt werden, dass der primär kognitiv ausgerichtete Ansatz kognitiv und sprachlich beeinträchtigte Menschen sozial ausschließt. Für Menschen, die aufgrund hohen Alters, Krankheit und/oder Demenz zu Demenz- und/oder Palliativpatient*innen werden, und die in der Folge ihrer Erkrankungen ihre kognitiven und sprachlichen Fähigkeiten verlieren, bedeutet dies, dass sie vermehrt Gefahr laufen, zu passiven Objekten einer Pflege zu werden, die mit ihnen als Subjekten nicht mehr zu interagieren vermag. „Ein tatsächlich (noch) lebender Mensch ist sozial tot, wenn er mit anderen Menschen und besonders mit Bezugspersonen nicht (mehr) kommuniziert und in Interaktion steht und wenn seine Bekannten, Freunde und Verwandten sich ihm gegenüber so verhalten, als existiere er nicht mehr.“ (Wittkowski, 1978, S.113).

Die Machtlosigkeit von der Sheila Cassidy im Zitat oben spricht, ist die Machtlosigkeit dem Leiden Sterbender gegenüberzustehen, dem Gefühl nichts mehr tun zu können, nicht zu wissen, wie man sich verhalten soll, wenn man am Bett des Sterbenden sitzt. Es ist auch die erlebte Hilflosigkeit nicht zu wissen, ob und wie wir mit Sterbenden interagieren können, die zu einem Gefühl der Ohnmacht führt. Gerade wenn Worte und Kognition, gängige Interaktionsstrategien des Alltags, nicht mehr möglich sind, fühlen sich Angehörige wie Pflegekräfte hilflos. Es ist eine Aufgabe der Begleitung Sterbender diese Machtlosigkeit auszuhalten und nach (nonverbalen) Wegen zu suchen, Sterbende nicht alleine zu lassen; sie als Subjekte wahrzunehmen und mit ihnen weiterhin zu interagieren. Dafür benötigt es manchmal sicherlich ungewohnte und unkonventionelle Kommunikations- und Interaktionsarten, welche auch neue Interaktionsqualitäten beinhalten können, was dazu führt, dass die Interaktion dadurch anders erlebt wird als mit einer bis dahin genutzten, gewohnten Interaktionsform. Es stellen sich die Fragen: Wie sieht diese Art der Kommunikation und Interaktion aus? Wie können nonverbale Interaktionen durch Pflegekräfte gestaltet werden, sodass keine soziale Isolation der Patient*innen entsteht? Und welche neuen Interaktionsqualitäten treten dadurch zutage?

Diese Arbeit möchte versuchen diese Möglichkeiten und Dimensionen nonverbaler Interaktionen mithilfe qualitativ angelegter Befragungen von Pflegekräften auszuloten. Dazu wurde eine empirische Studie im Zeitraum von 20 Wochen durchgeführt, bei der mithilfe der Grounded Theory Methodologie Interviews erhoben und ausgewertet wurden.

2 Forschungsstand

Betrachtet man den Forschungsstand zum Thema Interaktionsmöglichkeiten und -dimensionen mit Demenz- und Palliativpatient*innen, so zeigt sich, dass bereits eine breite Forschungslage zum Thema der Kommunikationsbeeinträchtigungen von Demenz- und Palliativpatient*innen vorliegt (siehe z.B. Ganß et al., 2014; Sachweh, 2009; Schröder et al., 2004; Steinmetz, 2016) und auch Konzepte und Vorschläge entwickelt wurden, um mit diesen umzugehen (siehe z.B. Buchholz et al., 2009; Ganß et al., 2014; Höwler, 2019; Stechl & Beyreuther, 2012). Auch Meyer (2014) liefert Befunde und Empfehlungen; er kann in seiner Auswertung empirischer Studien zeigen, dass Demenzkranken „eine reine Form der körperlich-responsiven Interaktion bis in die letzte Phase hinein möglich ist, während die Semantik und die Fähigkeit zum Perspektivenwechsel bereits weggefallen sind.“ (ebd. S.108). Er konstatiert, dass affektive und praktische Formen der Interaktion besonders gut gelingen, da „insbesondere zwischenleibliches und prozedurales Wissen ... lange bestehen [bleibt].“ (ebd.).

Auch plädieren zahlreiche Autor*innen dafür, von welcher hoher Bedeutung Interaktionen mit Sterbenden für deren Wohlbefinden sind (u.a. Beer et al., 2016; Ellis & Astell, 2004; Höwler, 2019; Kitwood, 2016; Kostrzewa et al., 2013; Müller-Hergl, 2004; Patzlsperger et al., 2018; Steinmetz, 2016; Welling, 2004).

Es zeigt sich jedoch, dass viele der entwickelten Interaktionskonzepte, welche eben jene Erkenntnisse berücksichtigen, in der Wahrnehmung der Pflegekräfte als eine Art Zusatzleistung verstanden werden, die mit pflegerischem und zeitlichem Mehraufwand verbunden sind und für die es spezielle terminliche Vereinbarungen mit Patient*innen gibt. Das heißt nonverbale Interaktionen sind nicht selbstverständlich in den Pflegealltag und Pflegehandlungen einbezogen (Beer et al., 2016). Zugespielt könnte gesagt werden, dass Demenz- und Palliativpatient*innen von Glück sprechen können, wenn einmal wöchentlich eine soziale Interaktion mit ihnen stattfindet, in der sie tatsächlich als Gegenüber wahrgenommen werden. Die Methode der Basalen Stimulation beispielsweise, die ein körperorientiertes Verfahren der Stimulation und Interaktionsgestaltung darstellt, wird von Beer und Kolleg*innen in ihrer qualitativen Fallstudie „zur Anwendung der Integrativen Validation und der Basalen Stimulation in der Begleitung von Personen mit Demenz“ (2016) als eine „Art Wellness-Behandlung“ (S.44) empfunden und lässt sie schlussfolgern, dass Basale Stimulation nicht zur Interaktionsgestaltung „im Sinne eines gemeinsamen Handelns oder Dialogs mit geteilten Zielen erfolgt“ (ebd.).

Steinmetz (2016) sieht in der ungewohnten Verwendung ausschließlich nonverbaler Interaktion und daraus folgenden mangelnden nonverbalen Interaktionskompetenzen die Ursache für das Vermeiden von nonverbalen Interaktionen und untersucht deshalb Wirkfaktoren und Komponenten des Trainingsprogramms „Kommunikation ohne Worte“, das diese Interaktionskompetenzen schult.

Es scheint im Bereich der (nonverbalen) Interaktionen mit Demenz- und Palliativpatient*innen eine Diskrepanz zwischen einem theoretischen Wissen und der Umsetzung im Pflegealltag zu herrschen. Es gibt zwar zahlreiche Erkenntnisse darüber, wie die Interaktion mit diesen Patient*innen ablaufen könnte und von welcher großer Bedeutung dies für deren Wohlbefinden wäre; jedoch wird eine Konfrontation mit der Thematik und Anwendung der nonverbalen Interaktionskonzepte im Pflegealltag laut diesen Studienergebnisse dennoch gemieden.

Es war für diese Untersuchung von Interesse

1. Auf welche Art die Pflegekräfte nonverbale Interaktionen mit Demenz- und Palliativpatient*innen gestalten und ob sich ähnliche Befunde wie in den vorgestellten Studien zeigen
2. Welche Möglichkeiten und Grenzen sich in nonverbalen Interaktionen ergeben und
3. Welche Interaktionsqualitäten in diesem Kontext beschrieben werden.

Gerade letztere Frage ist für diese Arbeit von besonderer Bedeutung, denn die Studienlage über das subjektive Erleben nonverbaler Interaktionen bzw. Interaktionsdimensionen von Pflegekräften ist rar. Die Thematik ist herausfordernd, weil sie versucht, verschiedene Interaktionsqualitäten bzw. Interaktionsdimensionen zu beschreiben, die wissenschaftlich nicht einfach zu greifen sind.

Es findet sich eine qualitative Studie von Stuart Todd (2013), die das Erleben von Pflegekräften beschreibt, welche das Sterben von Patient*innen mit geistiger Behinderung begleiteten; jedoch liegt der Fokus in dieser Studie vor allem auf dem *Erleben des Todes* eines über einen längeren Zeitraum gepflegten Menschen. Der Umgang in der Institution und der Pflegekräfte mit dem Tod der Patient*innen steht in dieser Studie im Vordergrund und liefert kaum Anhaltspunkte über das (nonverbale) Interaktionsgeschehen und die erlebten Qualitäten im Sterbeprozess. Es finden sich lediglich einige Aussagen über die Haltungen und Einstellungen der Pflegekräfte:

„Staff saw themselves as escorts across these transitions. From the accounts of staff, despite the difficulties death presented to them, the idea of ‘being there’ was a core dimension of personal and occupational selves...” (ebd., S. 218)

“the sense of ‘being there’ was important to staff in several ways, not just at the moment of death but across numerous transitions from living to death. Being there for the individual seemed a motif for staff that makes sense in the context of years of supporting individuals in life.” (ebd., 219)

Eine weitere Studie von Ganß und Kolleg*innen (2014) bezog das subjektive Erleben von Pflegekräften in die Untersuchungen über die Gestaltung von nonverbalen Interaktionsprozessen zwar mit ein, führte jedoch vor allem Beobachtungen über das *Interaktionsverhalten* von Pflegekräften durch und suchte nach weiteren Vorschlägen für die Interaktionsgestaltung, um Pflegekräfte sicherer in Interaktionen zu machen. Es wurde in dieser Studie beispielsweise die Methode der Gruppendiskussion genutzt, um an „ergänzendes Hintergrundwissen“ (ebd., S.37) zu gelangen. Nach dem „Betrachten von Videoausschnitten konkreter Kommunikationsprozesse“ (ebd.) konnte das „erinnerte Wissen“ (ebd.) der Pflegekräfte, sowie die „spezifischen Relevanzdeutung“ (ebd.) erfasst werden. Die Gruppendiskussionen der Studie beziehen das Erleben der Pflegekräfte ebenso mit ein, wie die zu Beginn (in der ersten Beobachtungsphase) geführten Leitfadenterviews. Hier war der Fokus darauf gerichtet, „Sichtweisen und Haltungen auf Seiten der Pflege- und Betreuungskräfte“ (ebd., S.36) herauszuarbeiten.

Die Gestaltung nonverbaler Interaktionsprozesse soll ausgehend von den Forschungsergebnissen von Ganß und Kolleg*innen (s. Kapitel 3.6) hinsichtlich verschiedener *nonverbaler Interaktionsstrategien* erweitert werden. Erweiternd soll sich die Arbeit auf die erlebten Interaktionsqualitäten beziehen, welche in vorhergehenden Untersuchungen nicht im Detail untersucht wurden. Meine Forschungsfrage lautet:

2.1 Forschungsfrage

Auf welche Art gestalten Pflegekräfte nonverbale Interaktionen mit Demenz- und Palliativpatient*innen und welche Möglichkeiten und Grenzen zeigen sich dabei? Welche unterschiedlichen Dimensionen gehen mit verschiedenen Gestaltungsformen einher?

Was den Leser und die Leserin erwartet

Zunächst finden sich im dritten Kapitel theoretische Erkenntnisse zu Besonderheiten und Interaktionsmöglichkeiten von Demenz- und Palliativpatient*innen, sowie der Themenkomplex um nonverbale Kommunikation und Interaktion. Auch werden verschiedene Interaktions-Dimensionen mittels Martin Bubers Beziehungsdimensionen theoretisch gefasst und dargestellt. Im vierten Kapitel wird das methodische Vorgehen bezüglich der Durchführung der empirischen Studie dargestellt. Hier werden auch Herausforderungen bezüglich des Vorgehens thematisiert. Die Ergebnisse der empirisch erhobenen Daten und Diskussion dieser findet sich im fünften und sechsten Kapitel.

3 Theoretischer Hintergrund

3.1 Demenzpatient*innen

Definition, Krankheitsbilder und Ursachen

„Demenz ist ein schwerwiegender Verlust der geistigen Leistungsfähigkeit aufgrund einer ausgeprägten und lang anhaltenden Funktionsstörung des Gehirns.“ (Förstl, 2011)

Der Begriff Demenz ist aus den lateinischen Worten de = abnehmend/ohne und mens = Verstand abgeleitet und bezeichnet den Abbau kognitiver, emotionaler und sozialer Fähigkeiten erkrankter Menschen. Durch die Erkrankung sind höhere psychische Funktionen gestört und es kommt zu einer Beeinträchtigung des Gedächtnisses und infolge dessen auch zu Einschränkungen im Alltag und der Lebenswelt der Betroffenen (Bartholomeyczik et al., 2013). Beispielsweise kommt es vor, dass die Funktionsweise von alltäglichen Gegenständen nicht mehr erinnert wird oder die Orientierung verloren geht, sodass bestimmte Orte nicht mehr aufgefunden und dadurch beispielsweise Arbeit oder Hobbies nicht mehr ausgeübt werden können. Demenzkrankheiten haben bei 90 Prozent der Betroffenen einen irreversiblen fortschreitenden Verlauf. Es kommen auch sogenannte sekundäre Demenzen vor, welche ihre Ursachen in anderen Krankheiten haben (z.B. Stoffwechselerkrankungen) und somit gut behandelt werden können. Handelt es sich jedoch um primäre Demenzen, entwickelt sich die Krankheit stetig fort und weist verschiedene Stadien auf; eine Aussicht auf Heilung gibt es nicht. Nur in begrenztem Umfang und bei vereinzelt Patient*innen kann das Fortschreiten der Krankheit verzögert werden. Deshalb liegt der Schwerpunkt der Betreuung Demenzkranker auf der Erhaltung bzw. Verbesserung der Lebensqualität (ebd.; Beer et al., 2016).

Es gibt verschiedene Arten von Demenz, wie die Alzheimer Demenz oder die Vaskuläre Demenz (Förstl, 2011). Bartholomeyczik und Kolleg*innen (2013) sprechen davon, dass bei etwa 60 Prozent der Betroffenen eine Alzheimer-Demenz diagnostiziert wird, während bei zehn bis 30 Prozent der Betroffenen gefäßbedingte (vaskuläre) Demenzformen gefunden werden. Auch Mischformen sind zu finden, wobei nicht klar ist, ob diese eine eigenständige Erkrankung darstellen. Die Alzheimer Demenz hat ihre Ursache wohl in sogenannten ‚Plaques‘. Hierbei handelt es sich um neurodegenerative Veränderungen im Gehirn, welche postmortal festgestellt werden können. Bei vaskulären Demenzformen kommt es zu Gefäßverengungen, die zu einer Unterversorgung von Hirnregionen führen. Es kann jedoch auch beides auftreten (ebd.). Zudem gibt es noch einige weitere Demenzerkrankungen wie die Frontotemporale Demenz, die Lewy-Body-Demenz oder die Parkinson Demenz (Stechl & Beyreuther, 2012). Auf eine umfassende Darstellung soll hier jedoch verzichtet werden.

„Die Medizinisierung der Demenz“ (Welling, 2004, S. 4) führte in Deutschland in den letzten Jahren jedoch nahezu ausschließlich zu wissenschaftlichen Untersuchungen im Bereich der Neuropathologie. Andere multiprofessionelle Ansätze finden hingegen kaum

Berücksichtigung. Kitwood (2016), Sozialpsychologe, setzt den Befunden in der Medizin entgegen, dass sich eine erhebliche Diskrepanz zwischen den postmortalen neurologischen Veränderungen im Gehirn und demenziellen Symptomen zu Lebzeiten zeigt. Diese Diskrepanz kann medizinisch bis jetzt noch nicht erklärt werden: „Es können beträchtliche neuropathologische Zustände ohne Demenz vorliegen, und es kann eine Demenz ohne signifikante Neuropathologie bestehen“ (Kitwood, 2004, S. 61 nach Welling, S.4). Stattdessen plädiert Kitwood für eine psychosoziale Perspektive auf Demenz. Er argumentiert, dass Demenz in erster Linie ein sozialpsychologisches Phänomen sei und mehrere Komponenten als Ursache habe: Persönlichkeit, Biographie, körperliche Gesundheit, neurologische Beeinträchtigung und Sozialpsychologie. Er tritt für einen (mit-)menschlichen und inklusiven Umgang mit Demenzkranken ein. Mit seiner Philosophie und Forschung beschäftige ich mich vertieft in Kapitel 2.5.

Epidemiologie

Mit zunehmendem Alter steigt auch das Risiko, an Demenz zu erkranken. Auch scheinen Frauen häufiger betroffen zu sein als Männer (Förstl, 2011). Da die höheren Altersgruppen nicht mehr so stark vertreten sind, zeigt sich folgendes Bild:

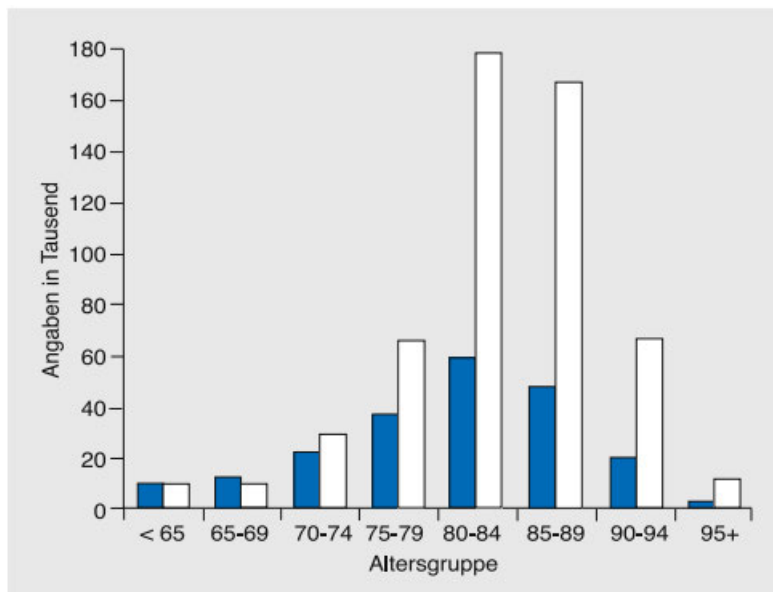


Abb. 1: Epidemiologie von Demenzen (Förstl, 2011, S. 8)

Anmerkung: blau - Männer, weiß - Frauen

Verlauf und Symptome

Zu Beginn der Krankheit (hier vor allem der am häufigsten auftretenden Alzheimer-Demenz) treten vor allem Störungen des Kurzzeitgedächtnisses und der Merkfähigkeit auf, sowie Probleme bei der Aufnahme und Wiedergabe neuer Informationen (Förstl, 2011). Meist schreitet die kognitive Verschlechterung schleichend voran; Defizite können noch kompensiert werden

– und werden oft verleugnet (Schröder et al., 2004). Im fortschreitenden Verlauf kommt es dann auch zu Problemen beim Abrufen von Informationen aus dem Langzeitgedächtnis. Es zeigt sich eine verminderte Aufmerksamkeit, Konzentration und Orientierung und bei der visuellen Wahrnehmung und der Handlungsplanung kann es zu Problemen kommen (ebd.). Auch gibt es Störungen in den Bereichen Urteilen, emotionales Erleben, Motorik und Sinneswahrnehmungen. Außerdem verändert sich die Persönlichkeitsstruktur und viele während des Lebens erworbenen Fertig- und Fähigkeiten gehen verloren (Förstl, 2011). Im Verlauf einer Demenzerkrankung nimmt meistens das Sprachverständnis sowie die Sprachproduktion ab (Gutzmann & Brauer, 2007). Es kann davon ausgegangen werden, dass früher erworbene Gedächtnisinhalte und Fähigkeiten länger zur Verfügung stehen, während später erworbene schneller vergessen werden (Schröder et al., 2004). Die Verläufe einer Demenz können jedoch individuell sehr unterschiedlich sein. Grundsätzlich werden dennoch drei Stadien voneinander unterschieden:

Schweregrad	Gedächtnis und andere geistige Leistungen	Alltagsaktivitäten
Leicht	Herabgesetztes Lernen neuen Materials, z. B. Verlegen von Gegenständen, Vergessen von Verabredungen und neuer Informationen	Unabhängiges Leben möglich Komplizierte tägliche Aufgaben oder Freizeitbeschäftigungen können nicht mehr ausgeführt werden
Mittelgradig	Nur gut gelerntes und vertrautes Material wird behalten Neue Informationen werden nur gelegentlich und sehr kurz erinnert Patienten sind unfähig, grundlegende Informationen darüber, wie, wo sie leben, was sie bis vor kurzem getan haben, oder Namen vertrauter Personen zu erinnern	Ernste Behinderung unabhängigen Lebens: Selbstständiges Einkaufen oder Umgang mit Geld nicht mehr möglich Nur noch einfache häusliche Tätigkeiten möglich
Schwer	Schwerer Gedächtnisverlust und Unfähigkeit, neue Informationen zu behalten Nur Fragmente von früher Gelerntem bleiben erhalten Selbst enge Verwandte werden nicht mehr erkannt	Fehlen nachvollziehbarer Gedankengänge

Abb. 2: Stadien der Demenz angelehnt an ICD-10 (Förstl, 2011, S. 7)

Mit der Verschlechterung der kognitiven Symptomatik kommt es häufig auch zu affektiven Symptomen und Verhaltensstörungen. Schon zu Beginn der Erkrankung können beispielsweise depressive Symptome auftreten, welche die kognitiven Störungen weiterhin verschlechtern können. (Man spricht bei kognitiven Störungen *durch* Depression auch von

Pseudodemenz, eine sekundäre Demenz, welche sich nach der depressiven Episode wieder zurückbilden kann (Adler, 2017)). Außerdem kann es zu Wahrnehmungsstörungen kommen, welche vor allem die visuelle, taktile und olfaktorische Wahrnehmung betreffen. Es kann zu Illusionen und Halluzinationen sowie Wahnideen kommen (Schröder et al., 2004). Auch kann sich sowohl eine Antriebssteigerung zeigen, welche sich durch Umherwandern, Schreien oder in aggressivem Verhalten äußert, oder auch eine Antriebsminderung, welche mit Apathie und eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit einhergeht. Zudem finden sich neurovegetative Veränderungen, wie z.B. ein veränderter Schlaf-Wach-Rhythmus und ungewöhnliches Ess- und Sexualverhalten (Wallesch & Förstl, 2005). Es gibt demnach kognitive und nicht-kognitive Symptome. Im Krankheitsverlauf nehmen kognitive Symptome oftmals zu und befördern die Entwicklung nicht-kognitiver Symptome. Für diese Arbeit sind insbesondere die Stadien der Demenz von Bedeutung, in denen eine verbale Kommunikation nicht mehr in der uns bekannten Form möglich ist und auf eine nonverbale Form der Kommunikation und Interaktion zurückgegriffen werden muss.

Verändertes Kommunikations- und Interaktionsverhalten bei Demenzpatient*innen

Während in den Anfängen einer Demenzerkrankung Gedächtnisstörungen im Vordergrund stehen und es bei komplexen Zusammenhängen zu Verständigungsschwierigkeiten kommen kann, ist in fortgeschrittenen Stadien die verbale Kommunikation oft eingeschränkt oder gar nicht mehr möglich. Zunächst können die Patient*innen Gesprächen kaum noch folgen oder vergessen den Inhalt in wenigen Minuten. Im weiteren Verlauf gehen Wortbedeutungen verloren und die Sprache verarmt zunehmend. Es kann sogar zu einem Zusammenbruch der Ja-Nein-Kommunikation kommen (Stechl & Beyreuther, 2012). Dadurch wird die Kommunikation mit Pflegekräften, Angehörigen und Mitmenschen erschwert. Viele Menschen fühlen sich überfordert, wenn die üblichen verbal-kognitiven Kommunikationswege in Interaktionen nicht mehr möglich sind. Zudem wird festgestellt, dass Menschen mit Demenz, welche verbale Kommunikation nicht mehr nutzen, als „stumm“ bzw. „nicht kommunikationsfähig“ eingeordnet werden. Nonverbale Kommunikationsversuche werden aufgrund dieser Haltung oft übersehen und nicht berücksichtigt (Ganß et al., 2014). Dabei sind Schröder und Kolleg*innen (2004) der Ansicht, dass Menschen mit Demenz selbst in fortgeschrittenen Stadien ihrer Erkrankung nonverbale Kommunikationsangebote verstehen, darauf reagieren und selbst Interaktionen auf dieser Ebene initiieren.

Über die nonverbale Kommunikations- und Interaktionsfähigkeit Demenzkranker gibt es eine weitestgehend breite – jedoch auch widersprüchliche - Studienlage. Es finden sich sowohl quantitative als auch qualitative Studien, wobei die quantitativen Untersuchungen weitestgehend in den Neurowissenschaften vertreten sind. In diesen Studien zeigt sich vorrangig, dass Menschen mit Demenz nonverbale Kommunikation schlechter einsetzen und das nonverbale

Verhalten anderer schlechter einschätzen können als Gesunde. Jedoch kritisiert Sachweh in ihrem Beitrag (2009), dass quantitative Studien häufig mit der Methode des Experiments arbeiten, wo Menschen mit Demenz unter künstlichen Bedingungen teilweise über Stunden hinweg Stress ausgesetzt seien, was aus ihrer Sicht die Ergebnisse verzerre.

Diese Kritik scheint gerechtfertigt und wird auch von anderen Forschenden vertreten; zumal qualitative Studien zu gegenläufigen Ergebnissen kommen. Wissenschaftler*innen aus der qualitativen Forschung und Praktiker*innen sind sich einig darüber, dass nonverbale Fähigkeiten bei Demenz länger erhalten bleiben als verbale, und Pflegekräfte, Angehörige und Mitmenschen „lernen müssen genau(er) hinzuschauen“ (Sachweh, 2009, S. 17). Diese Beobachtung wird damit begründet, dass Beziehung und Emotionalität im Verlauf einer Demenzerkrankung zunehmend an Bedeutung gewinnen (Romero & Kurz 1989 nach ebd.). Während Untersuchungen einerseits zeigten, dass Demenzkranke zwar körpersprachliche Signale weiterhin wahrnehmen können und ihre Wahrnehmungsfähigkeit diesbezüglich sogar zunimmt, zeigte sich andererseits, dass ihr eigenes nonverbales Verhalten abnimmt und schwieriger zu interpretieren ist. (ebd.). Ganß und Kolleg*innen (2014) zeigen jedoch, dass der körpersprachliche Ausdruck sich nicht grundsätzlich von dem von Menschen unterscheidet, die nicht an Demenz erkrankt sind. Die Veränderungen im nonverbalen Interaktionsverhalten waren in dieser Studie um ein Vielfaches weniger ausgeprägt als zunächst vermutet. Oft werde die paraverbale Ausdrucksebene (Stimmhöhe, Lautstärke, Betonung, Tempo und Melodie) differenziert eingesetzt, auch wenn die Inhaltsebene (Worte) nicht mehr kongruent dazu oder nicht mehr vorhanden ist. Die körpersprachliche und die paraverbale Ausdrucksebene waren kongruent zueinander und vermittelten ein „stimmiges Bild von einem Inhalt. Irritationen der Mitarbeiter traten daher in der Regel nicht aufgrund eines nicht übereinstimmenden und in verschiedene Richtungen weisenden Ausdrucks auf, sondern aufgrund des Fehlens von Sprache (Worte).“ (ebd., S.103). Es zeigte sich jedoch auch, dass bei einigen Menschen mit Demenz die Interaktionsgeschwindigkeit verlangsamt war und sich eine veränderte Ausdrucksweise zeigte, was dazu führte, dass ihre Interaktionsimpulse von Pflegekräften nicht wahrgenommen wurden.

Es muss auch berücksichtigt werden, dass bestimmte Demenzformen (z.B. die fronto-temporale Demenz) die Körpersprache verändern und zum Teil so beeinflussen, dass es sehr schwer ist, diese zu interpretieren (Wallesch & Förstl, 2005). Stechl & Beyreuther (2012) verweisen darauf, dass es wichtig sei, die Kommunikation je nach Stadium an die Kompetenzen und Bedürfnisse Demenzkranker anzupassen. Je nachdem, inwieweit noch verbale Kommunikation möglich ist, muss demnach abgewogen werden, welchen Anteil verbale und nonverbale Signale in der Interaktion haben.

3.2 Palliativpatient*innen

Definition und Krankheitsbilder

Palliativpatient*innen sind Empfänger*innen der Palliative Care. Die Palliative Care bildet den Oberbegriff für Palliativmedizin, palliative Pflege oder hospizliche Begleitung. Die genannten Aspekte sind Teil einer umfassenden Begleitung und Versorgung am Lebensende eines Menschen (Deutscher Hospiz- und Palliativverband, o. J.).

Steffen-Bürgi (2007) sieht Palliative Care als ein lebensbejahendes Konzept, das Sterben als einen normalen Prozess begreift und den Tod weder beschleunigen noch verzögern möchte. Diagnostische Maßnahmen werden auf das Nötigste reduziert und stattdessen wird ein Unterstützungssystem konzipiert, das den Patient*innen helfen soll, bis zum Tod so aktiv wie möglich leben zu können. Die Weltgesundheitsorganisation WHO definiert Palliative Care als einen „Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.“ (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, 2002).

Palliativpatient*innen sind demnach Menschen mit nicht mehr therapierbaren Erkrankungen und befinden sich in ihrem letzten Lebensabschnitt. Zu diesen Erkrankungen gehören onkologische, neurologische, kardiale, respiratorische (die Atmung betreffende), renale (die Nieren betreffende) Erkrankungen und geriatrischen Erkrankungen sowie die erworbene Immunschwäche HIV (Deutscher Bundestag, 2005).

In 80% der Fälle wird die Palliativversorgung jedoch wegen gesundheitlicher Auswirkungen einer onkologischen Erkrankung in Anspruch genommen (Hower et al., 2019).

Die Palliative Behandlung ist interdisziplinär ausgerichtet und umfasst Medizin, Pflege, Seelsorge, Physiotherapie u.v.m. . Sie kann auf verschiedenen Ebenen stattfinden (stationär/teilstationär, Hospiz, Palliativstation im Krankenhaus, ambulante Palliativversorgung im häuslichen Umfeld) (ebd.). Die Behandlung kann grob in drei Phasen unterteilt werden: Patient*innen in der Rehabilitationsphase werden über Monate oder auch Jahre so (medizinisch) behandelt, dass ihre Symptome, z.B. Schmerzen, geringer werden und sie trotz fortschreitender Erkrankung ein möglichst normales Leben führen können. Befinden sie sich in der Terminalphase, ist dies bereits nicht mehr möglich. Ihr Leben wird von der Erkrankung dann bereits z.B. durch einen raschen Wechsel von Symptomen stark beeinträchtigt und eine verstärkte Unterstützung ist nötig. Diese Phase dauert meist nur einige Wochen oder Monate bis sie in die deutlich kürzere Sterbephase bzw. Finalphase mündet (oft nur Stunden oder ein paar Tage). Ziel der Behandlung ist es hier, betreuend vor Ort zu sein und einen „friedlichen Übergang“ (Deutscher Bundestag, 2005, S.14) zu ermöglichen, sowie die Angehörigen zu unterstützen. Leid zu lindern bedeutet in allen Phasen nicht nur eine Verminderung körperlicher

Symptome, sondern insbesondere auch den Menschen beizustehen. Die Vermittlung von Zuwendung, Geborgenheit und Sicherheit steht besonders im Zentrum, sodass den Menschen ein Sterben in Würde ermöglicht wird. Ziel der palliativen Behandlung ist demnach stets eine Verbesserung oder bestmögliche Erhaltung von Lebensqualität, Linderung von Schmerzen und körperlichen, seelischen und psychosozialen Problemen (ebd.).

Die meisten palliativen Versorgungsleistungen empfangen Menschen zwischen 70 bis 79 Jahren, Frauen und Männer zu gleichen Anteilen. In den letzten Jahren hat die Inanspruchnahme palliativer Leistungen stark zugenommen; Hintergrund ist die Zunahme schwerstpflegebedürftiger Menschen im letzten Lebensabschnitt. Laut Scholten und Kolleg*innen (2016) wird der Bedarf mit der Zunahme älterer Menschen mit degenerativen Erkrankungen weiter steigen und kann bisher nicht gedeckt werden (Hower et al., 2019). Bisher gehören Demenzerkrankungen jedoch nicht zu den Diagnosen, welche zu einer palliativen Versorgung berechtigen (Grone-meyer et al., 2008). Selbst Menschen mit fortgeschrittener Demenz werden laut Mitchell und Kolleg*innen (2004) nicht als Patient*innen in einem terminalen Zustand wahrgenommen, und die meisten von ihnen erhalten keine Palliativversorgung.

Emotionen im Krankheits- und Sterbeprozess

“Strong emotional responses are normal in the setting of life-threatening illness” (Lee et al., 2002, S.473). Es sollte bedacht werden, dass Patient*innen, die sich im Prozess des Sterbens befinden, zahlreiche Emotionen durchleben oder bereits durchlebt haben. Eine Diagnose, welche den bald eintretenden Tod vorhersagt, stürzt Menschen erst einmal in eine existentielle Krise. So können Depressionen, Ängste oder Wut auftreten, welche das Personal in Krankenhäusern oder Pflegeheimen herausfordern (s. auch die Trauerphasen sterbender Menschen nach Elisabeth Kübler-Ross: 1.Schock/Verleugnung, 2.Wut, 3.Verhandlung, 4.Depression, 5.Akzeptanz) (Student et al., 2020). Gefühle der Hilflosigkeit, Überforderung und Frustration können nach unbefriedigenden Interaktionen auftreten. Die Kommunikation und Interaktion bei einer lebensbedrohliche Krankheit kann demzufolge durch eine starke Emotionalität und den dadurch entstehenden Stress (sowohl bei Patient*innen als auch bei den Pflegenden) erschwert werden (Lee et al., 2002). Laut Lee und Kolleg*innen ist es bedeutsam, dass Ärzte und Pflegepersonal angemessen auf den Stress und die Emotionen der Patient*innen reagieren. Sie sprechen vom Agieren als „therapeutic agent“ mit einer „healing, understanding presence“ (ebd. S.469). Eine gute Kommunikation führt zu einer besseren Beziehungsqualität: „All communication problems are relationship problems“ (ebd. S.473) - und somit auch zu einer erhöhten Lebensqualität. Jedoch sprechen Lee und Kolleg*innen hier vor allem von einem empathischen *verbalen* Austausch zwischen Ärzt*innen bzw. Pflegepersonal und Palliativpatient*innen. Es kommt jedoch häufig zu Kommunikationsproblemen mit Palliativpatient*innen, da diese krankheitsbedingt oft nicht mehr verbal differenziert kommunizieren können. Auch

Steinmetz (2016) konstatiert: „Um den Patienten zu verstehen, emotional zu unterstützen, mit ihm in Beziehung zu sein, bei der Bewältigung von Verlusten und Endlichkeit zu begleiten, seine individuellen Bedürfnisse zu erkennen, wird in den meisten Fällen auf die verbale Kommunikationsfähigkeit zurückgegriffen“ (ebd., S.89). Jedoch ist die „Fähigkeit, Emotionen und Bedürfnisse zu erkennen, ... vornehmlich im Bereich der nonverbalen Kommunikation angesiedelt“ (Mayer et al., 2003 nach Steinmetz, 2016, S.96). Wird nur auf die verbale Kommunikation zurückgegriffen, werden emotionale Bedürfnisse der Patient*innen folglich häufig nicht erfüllt (ebd.).

Verändertes Kommunikations- und Interaktionsverhalten bei Palliativpatient*innen

Bei ca. 80% der Palliativpatient*innen sind aufgrund von chronischer Erschöpfung (Fatigue) und Verwirrtheit oder neurologischen bzw. psychiatrischen Symptomen (Angst, Depression, Delir, etc.) kognitive Funktionen beeinträchtigt (Ng & von Gunthen, 1998, Voltz & Borasio, 2001 nach Steinmetz, 2016). Dies kann dazu führen, dass nicht mehr ausreichend kognitiv-verbal kommuniziert werden kann. In Altersheimen können laut Buchanan und Kolleg*innen (2005) nur 34% der Tumorpatient*innen als kognitiv unbeeinträchtigt bezeichnet werden. Auch Kruse und Schmitt (2001) merken an, dass Patient*innen mit Bewusstseisstörungen, Verwirrtheit, defizitären Gedächtnisleistungen oder Sprachstörungen sich nur schwer oder gar nicht mitteilen können. Das bedeutet folglich, dass Patient*innen mit kognitiven Einschränkungen, Sprachstörungen oder Erschöpfung ihre Gefühlslagen, körperlichen Symptome, Wünsche und Bedürfnisse nicht mehr artikulieren können (nach Steinmetz, 2016). Dies und die Verunsicherung und Überforderung des Umfelds verursachen, dass anstelle der verbalen Kommunikation im Prozess des Sterbens tumor- und demenzkranker sowie chronisch kranker hochaltriger Menschen oft das Schweigen tritt (ebd.). Kruse beschreibt, dass die Überforderung sich vielfach durch „Vermeidung des offenen Dialogs, Flucht in die Überaktivität, Überidentifikation mit dem Schicksal der Patienten, Resignation, Entmündigung und Versachlichung“ ausdrückt (Kruse, 1992, S. 96 zit. nach Steinmetz, 2016, S.87).

Die entstehende Isolation der Patient*innen ist insofern bedenklich, da die oben erläuterten Prozesse während eines Krankheits- und Sterbeprozesses hoch emotional sind und es von großer Wichtigkeit wäre, diese Emotionen im Ausdruck und mithilfe des Verständnisses und der Unterstützung des Gegenübers zu bewältigen. Nicht integrierte (negative) Emotionen und Belastungen durch körperliche Erkrankungen können zu psychischen Erkrankungen führen und die Gesundheit der Patient*in weiter beeinträchtigen. Häufig finden sich Depressionen und Angststörungen bei Palliativpatient*innen (Steinmetz, 2016). Aus diesen Gründen wird mittlerweile auch die Wirksamkeit psychotherapeutischer Kurzinterventionen im Bereich der Palliative Care untersucht (Student et al., 2020). In Anbetracht der verbalen

Kommunikationsbeeinträchtigungen, wäre es von Bedeutung auch nonverbale Angebote in Betracht zu ziehen, welche bei der Emotionsverarbeitung unterstützend wirken.

Bevor ich mich den Interaktionsmöglichkeiten mit Demenz- und Palliativpatient*innen zuwende, möchte ich zunächst näher auf die Thematik der Interaktion und Kommunikation allgemein eingehen.

3.3 Kommunikation und Interaktion

Definitionen

In der Soziologie, Psychologie und Pädagogik spricht man neben Kommunikation auch häufig von Interaktion. Oft werden die Begriffe synonym verwendet oder aber wird je nach Perspektive entweder die Kommunikation ein Teilbereich der Interaktion oder umgekehrt die Interaktion als Teilbereich der Kommunikation verstanden (Ganß et al., 2014; Retter, 2002). Folglich sind beide Begriffe schwer voneinander zu unterscheiden und können mitunter sogar zusammenfallen. In dieser Arbeit werden beide Begriffe verwendet, auch wenn hauptsächlich Interaktionen betrachtet werden. Im Folgenden soll eine Definition der Begriffe vorgenommen werden, um die Unterschiede und das Verhältnis von Kommunikation und Interaktion klarer zu fassen.

Laut Retter (2002) ist der Begriff der *Kommunikation* enger gefasst als der der Interaktion. Kommunikation wird in dieser Definition als eine „Übermittlung von Information“ (ebd., S.16) gesehen. Zur Übermittlung benötigt es mindestens einen Sender und einen oder mehrere Empfänger. Bei dieser fast schon technischen Betrachtungsweise werden Signale vom Sender kodiert, d.h. mit Bedeutung versehen, und vom Empfänger dekodiert (im Sinne einer Entschlüsselung dieser Signale). Diese Definition von Retter ist im Sinne des Kommunikationsmodells von Shannon und Weaver (1972) zu sehen. Zudem fügt er hinzu: „Kommunikation im eigentlichen Sinn geschieht unter der Bedingung der wechselseitigen Wahrnehmung der Kommunikanten. Das schließt in den face-to-face-Situationen des Alltags den Austausch para- und nonverbaler Zeichen ein.“ (Retter 2002, S.16-17).

Für die Definition des Begriffs *Interaktion* betrachtet Retter zunächst den englischen Begriff ‚interaction‘, der ins Deutsche übersetzt zwischenmenschliches Handeln oder Handeln zwischen Menschen bedeutet - wobei nicht nur das Handeln zwischen Menschen an sich gemeint ist, sondern auch eine Beziehungsstruktur, die diesem Handeln innewohnt. Retter konstatiert: „So gesehen muß nicht jede Art der Interaktion immer gleichzeitig Kommunikation sein, Kommunikation ist aber immer Interaktion“ (ebd., S.16). Zudem betont er, dass es sich bei Interaktionen um ein wechselseitiges Verhältnis von Akteuren handeln kann, das nicht unbedingt ein Austauschen und Verstehen von Inhalten voraussetzt.

In dieser Arbeit soll die von Ganß und Kolleg*innen (2014) vorgeschlagene Definition nach Elisabeth Höwler (2006) verwendet werden, die Kommunikation folgendermaßen von Interaktion abgrenzt: „*Als ein wesentliches Unterscheidungsmerkmal zwischen Kommunikation und Interaktion kann die gegebene bzw. nicht gegebene Wechselseitigkeit betrachtet werden: Interaktion ist ein Prozess, der Gegenseitigkeit voraussetzt, während Kommunikation (...) auch in eine Richtung stattfinden kann.*“ (Höwler 2006 zit. nach ebd., S.9).

Das wechselseitige Aufeinander-Bezugnehmen und Aufeinander-Wirken der Interaktionspartner*innen stellt somit das entscheidende Merkmal von Interaktion dar.

Funktionen von Interaktion

Interaktionen dienen auf den ersten Blick vor allem dem *Austauschen von rationalen und emotionalen Inhalten* (und wäre damit lediglich Kommunikation). Personen können innere Bilder, Vorstellungen, Gedanken und Empfindungen in Interaktionen ausdrücken. Dies geschieht häufig durch „Interaktionselemente mit einem hohen Anteil an miteinander vereinbarten Symbolen“ (Ganß et al., 2014, S. 13). Dabei handelt es sich häufig um sprachliche Elemente. Beim Ausdruck innerer Bilder können - ebenso wie in der Beziehungsgestaltung - auch nichtsprachliche Mittel (bspw. Musik oder Berührung) zum Einsatz kommen. Bei dieser Art von Interaktion sind nicht zwingend kognitive Kompetenzen erforderlich. Über diese Funktion des Austauschs hinaus haben Interaktionen zusätzlich *soziale Funktionen*. Durch Interaktionen fühlen sich Menschen zugehörig zu Personen oder Gruppen; eng damit verknüpft sind Gefühle der Sicherheit und Geborgenheit. (Arens 2005 nach Ganß et al., 2014). Teilhabe an Gemeinschaft sowie Beziehungsaufbau stehen hier im Vordergrund. Diese Art von Interaktion - gedacht als ein „soziales im Kontakt-Sein“ (ebd., S. 13) - ist ebenfalls unabhängig von kognitiven oder sprachlichen Fähigkeiten.

Ganß und Kolleg*innen veranschaulichen diese übereinander gelagerten Funktionen, welche im Alltag sowohl gesondert als auch gemeinsam auftreten, in folgendem Schaubild:



Abbildung 3: Funktion von Interaktion

Abb. 3: *Funktionen von Interaktion* (Ganß et al., 2014, S. 14)

Im Folgenden soll insbesondere auf die nonverbale Kommunikation und Interaktion eingegangen werden, eine Unterscheidung zwischen verbalen und nonverbalen Kommunikations- und Interaktionsformen getroffen und ihr Verhältnis zueinander bestimmt werden.

3.4 Nonverbale Kommunikation und Interaktion

Nonverbale Kommunikation (NVC) wird von Hall und Kolleg*innen (2019) folgendermaßen definiert: „NVC is defined as behavior of the face, body, or voice minus the linguistic content, in other words, everything but the words.“ (ebd., S. 272). Argyle (2013) ergänzt, dass nonverbale oder auch körperliche Kommunikation stattfindet, wenn eine Person eine andere mithilfe von nonverbalen Signalen absichtlich oder unabsichtlich beeinflusst. Normalerweise sind sich die Beteiligten ihrer eingesetzten Signale und deren Bedeutung nicht bewusst.

Zu den nonverbalen Signalen gehören laut Argyle Mimik bzw. Gesichtsausdruck, Blickverhalten, Gestik und andere Körperbewegungen, Körperhaltung, Körperkontakt, Raumverhalten, Nonverbale Vokalisierungen (Lautliche Äußerungen), Geruch, Kleidung und andere Aspekte des Aussehens. Die Aufschlüsselung nonverbaler Kommunikations- und Interaktionsprozesse ist ein wissenschaftlich höchst komplexes Themengebiet, welches sich in seinen Teilbereichen erneut auffächert und eine für sich einzigartige Expertise darstellt. Beispielsweise kann das Blickverhalten so detailliert aufgesplittet werden, dass der Blickkontakt beim Zuhören oder Sprechen, die Länge von Blicken, die Pupillenerweiterung, wie weit die Augen geöffnet sind und vieles mehr untersucht werden können (ebd.).

Oft ist es im Bereich des nonverbalen Interagierens ein ‚Gefühl‘, das uns beschleicht; eine Atmosphäre, die wir wahrnehmen und nicht konkret fassen können. Dies ist in der

unbewussten Wahrnehmung nonverbalen Verhaltens begründet. Wir nehmen bei Widersprüchen zwischen verbalem und nonverbalem Verhalten wahr, ‚dass etwas nicht stimmt‘, können aber nicht begründen, woher dieses ‚Bauchgefühl‘ kommt. Das unbewusst gesteuerte eigene nonverbale Verhalten und die unbewusste Wahrnehmung des Verhaltens des Interaktionspartners macht es der Kognition und der bewussten Analyse schwer. Argyle (2013) veranschaulicht in der folgenden Tabelle, inwieweit nonverbales Verhalten bewusst oder auch unbewusst abläuft und wahrgenommen wird.

Sender	Empfänger	
bewusst	bewusst	verbale Äußerungen, manche Gesten, zum Beispiel auf etwas zeigen
weitgehend unbewusst	weitgehend bewusst	die meisten Fälle von NVK
unbewusst	unbewusst, aber mit Wirkung	Pupillenerweiterung, Veränderungen der Blickrichtung und andere nonverbale Signale
bewusst	unbewusst	der Sender ist geübt, zum Beispiel im Einsatz räumlichen Verhaltens
unbewusst	bewusst	der Empfänger ist geübt, zum Beispiel in der Deutung verschiedener Körperhaltungen

Tabelle 1.1: Bewusste und unbewusste Signale

Abb. 4: *Unbewusstes und bewusstes nonverbales Verhalten* (Argyle, 2013, S. 15)

Das Verhältnis von verbaler und nonverbaler Interaktion

Die nonverbale Interaktion spielt eine große Rolle im menschlichen Sozialverhalten und wird oft noch unterschätzt. Oft wird die Sprache als primäres Kommunikations- und Interaktionsmittel verwendet und angesehen (Argyle, 2013). Durch sie können Informationen und Zusammenhänge, Sichtweisen und Emotionen sehr klar und differenziert artikuliert werden (Ganß et al., 2014). Becker (2008) konstatiert: „Es ist die Tatsache, dass wir emotional auf Sprache eingestellt sind. Angeborener Weise sind wir auf den Austausch unserer Gedanken und Empfindungen getrimmt, auf dialogische Riten, auf Gleichklang und wohl auch auf die verbale Angeberei. Weil wir Menschen unbedingt kommunizieren wollen, gibt es überall dort Sprache, wo es Menschen gibt. Alles andere, was wir an ererbten Anpassungen in uns tragen, ist demgegenüber fast sekundär.“ (S. 255, zit. nach ebd.,S.11).

Die nonverbale Kommunikation ist nicht einfach eine Alternative zur verbalen Kommunikation, es handelt sich vielmehr um zwei unterschiedliche *Kommunikationssysteme*. So geht das Decodieren und Reagieren in der nonverbalen Kommunikation im Gegensatz zur verbalen Kommunikation meist sehr viel unmittelbarer und automatischer vonstatten. Nonverbale

Botschaften (wie ein Lächeln oder Zuwinken) bedürfen keiner bewussten Analyse oder einer bewussten Dekodierung (Forgas, 1999). Gewisse mimische Emotionsausdrücke sind sogar interkulturell gleich (s. Basisemotionen nach Ekman (1999): Freude, Überraschung, Angst, Wut, Ekel, Trauer und Verachtung). Wir wissen meist automatisch, was mit gewissen nonverbalen Botschaften gemeint ist und reagieren instinktiv. Verbale Botschaften hingegen werden gewöhnlich sehr viel sorgfältiger enkodiert und dekodiert, sodass es mehr Zeit erfordert, bis eine Äußerung verstanden und interpretiert wird und eine Reaktion darauf erfolgt (Forgas, 1999). Ganß und Kolleg*innen (2014) weisen darauf hin, dass Kommunikation dann erfolgreich stattfindet, wenn sowohl Sender als auch Empfänger sich auf das gleiche Kommunikationssystem beziehen. Botschaften werden demnach eher entschlüsselt, wenn die gesendeten Zeichen auf der gleichen Kommunikationsebene ausgetauscht werden. Wird auf unterschiedlichen Ebenen kommuniziert, erfordert dies eine höhere Transformationsleistung von Bedeutungen durch die beteiligten Akteure. Jedoch sind Sprache und nonverbale Signale oftmals nur schwer voneinander zu trennen; vielmehr handelt es sich um ein komplexes Gefüge und Zusammenspiel beider Kommunikationssysteme (Hall et al., 2019). Es zeigt sich beispielsweise, dass Handbewegungen während des Sprechens Bedeutungen unterstreichen und somit Teil der kommunizierten Aussage sind (Goldin-Meadow & Alibali, 2013).

Die Grafik von Ganß und Kolleg*innen soll die Kommunikations- und Interaktionsebenen nochmals veranschaulichen:

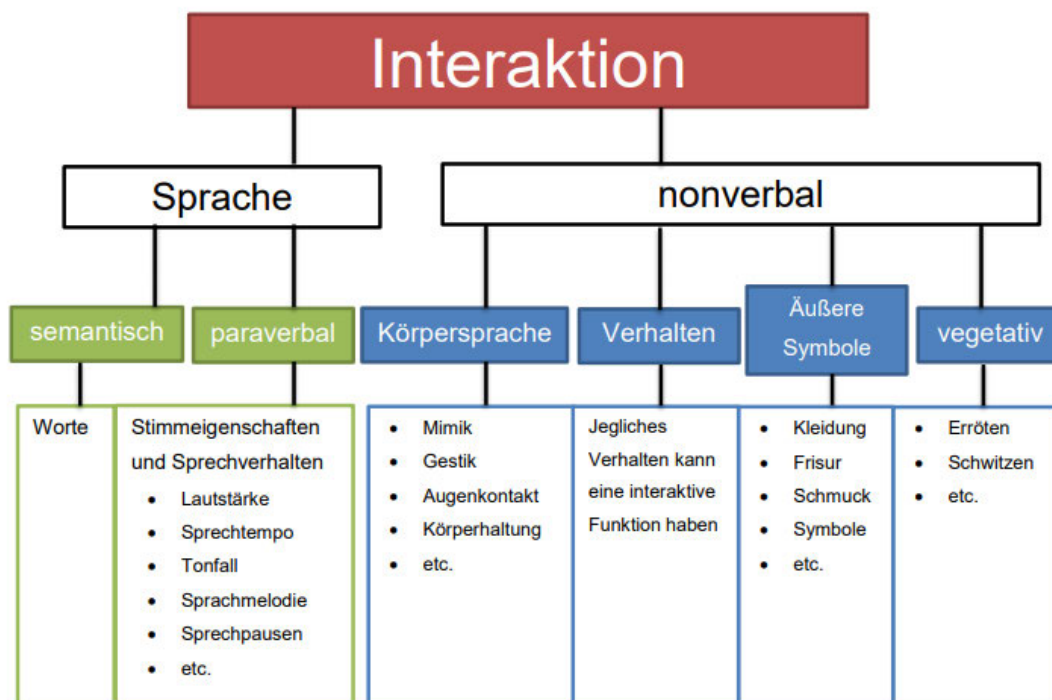


Abbildung 2: Ebenen der Interaktion

Abb. 5: Ebenen der verbalen und nonverbalen Interaktion (Ganß et al., 2014, S. 12)

Nutzen des nonverbalen Kommunikationssystems

Die nonverbale Kommunikation ist ein System, das sich nutzen lässt, um Dinge auszudrücken, die sich nicht angemessen in Worten ausdrücken lassen und somit ‚beyond speech‘ sind. Musik, Kunstwerke und Rituale beispielsweise bestehen überwiegend aus Elementen nonverbaler Kommunikation. Sie haben eine größtenteils nonverbale Bedeutung lassen sich kaum in Worte übersetzen. Stattdessen werden visuelle Assoziationen und Vorstellungen hervorgerufen, Emotionen ausgelöst und dargestellt, körperliche Bewegungen angeregt, Gegenstände und Ereignisse abgebildet und tiefe Gefühle und Weltanschauungen vermittelt (Argyle, 2013). Die nonverbale Kommunikation eröffnet somit andere Ebenen der Wahrnehmung und des Ausdrucks - und diese sind nicht minder mächtig als die der Sprache.

Pallasch und Kölln (2002) beispielsweise merken an: „Die verbale Kommunikation ist ohne die nonverbale nicht denkbar, die nonverbale Kommunikation kommt jedoch ohne die verbale aus.“ (S.99). Forgas (1999) meint, dass bei mangelnden nonverbalen Kommunikationsfähigkeiten keine erfolgreiche soziale Interaktion zustande komme oder es zu schweren Störungen kommen könne. Laut Fries (2004) kann das „nonverbale Signalsystem als das phylogenetisch [stammesgeschichtlich, evolutionär] ältere System verstanden werden.“ (S.22). Bei uneindeutigen oder gar widersprüchlichen Botschaften zwischen verbalem und nonverbalem System wird laut Mehrabian (1972) und Burgoon (1980) den *nonverbalen Botschaften eher vertraut* als den verbalen (nach ebd.). Dies hat auch viel mit der Funktion nonverbaler Botschaften zu tun. Oft werden diese zur Übermittlung emotionaler Botschaften verwendet (ebd.). Kostrzewa et al. (2013) sprechen auch davon, dass gewöhnlicherweise der *Inhalt* einer Kommunikation verbal und die *Beziehung* nonverbal übermittelt wird.

Studien zur nonverbalen Kommunikation und Interaktion

Studien zeigen, dass nonverbales Verhalten eine große Aussagekraft über den Habitus einer Person (Gugutzer, 2002) sowie ihre Fähigkeiten und Charaktereigenschaften hat (Ambady & Rosenthal, 1993).

Ambady und Rosenthal (1993) beispielsweise führten eine Studie über das nonverbale Verhalten von Lehrkräften durch, bei denen weiblichen Beobachterinnen drei verschiedene, jeweils zehn Sekunden lange, Videoclips (demnach insgesamt 30sec) einer Lehrkraft in unterschiedlichen Lehr-Situationen gezeigt wurden, bei denen ausschließlich das nonverbale Verhalten dieser Lehrkraft zu sehen war. Die Beobachterinnen kannten die Lehrkraft zuvor nicht. Die Bewertungen der Beobachterinnen wurden mit den Ergebnissen der „global end-of-semester student evaluations“ von Studierenden abgeglichen. Dabei zeigte sich, dass die Bewertungen größtenteils übereinstimmten. Auch bei kürzeren Videosequenzen (3x2sec und 3x6sec) zeigte sich das gleiche Bild. Ambady und Rosenthal schlussfolgern: „Our consensual impressions of others, even when based on very brief observations of nonverbal behavior, can

sometimes be unexpectedly accurate" (S.431). Es zeigt sich, dass das nonverbale Verhalten große Bedeutung für die Einschätzung einer Person und somit große Ausdruckskraft besitzt. Schon innerhalb weniger Sekunden können Schlussfolgerungen anhand des nonverbalen Verhaltens gezogen werden, die sich nicht wesentlich von den Schlussfolgerungen unterscheiden, die Personen treffen, die die beobachtete Person schon länger kennen und mit ihr schon interagiert haben.

Auch Tschacher und Bannwart (2021) erforschen die nonverbale Ebene in Interaktionen, insbesondere Synchronizitätseffekte. Sie konnten zeigen, dass die körpersprachliche Ebene in Therapiesitzungen bedeutsam ist. Dabei gleicht sich das nonverbale Verhalten der beiden Interaktionspartner wie eine Art Nachahmung oder Mimikry aneinander an: „Die Synchronie von Interaktionspartnern äußert sich motorisch wie auch physiologisch in einer Kopplung und Koordination von Körperbewegung, Gestik und Körperhaltung bis hin zu gemeinsamer Pulsfrequenz, Atmung und Hautleitfähigkeit (...).“ (ebd., S.76) Bei der Betrachtung dieser Forschung scheint die nonverbale Kommunikationsebene über Argyles nonverbale sichtbare Signale hinauszugehen. Zudem zeigt sich in der Theorie des „Embodiment“, dass psychische Zustände sich in nonverbalem Verhalten spiegeln, und dass umgekehrt nonverbales Verhalten (wie gewisse Körperhaltungen) unser psychisches Befinden verändern können. Wie schon zuvor erwähnt, ist nonverbales Verhalten unmittelbar, schwer bewusst zu steuern und dadurch häufig unverfälscht. Tschacher & Storch (2010) bezeichnen den „Körper als Spiegel der Seele“ (S.164). Die ‚nonverbale Ebene der Interaktion‘ hat somit einen großen Anteil an der Gesamtinteraktion und beeinflusst diese auf einer unbewussten Ebene.

3.5 Martin Buber und Tom Kitwood - Dimensionen und Haltungen in Interaktionen

Beziehungsdimensionen nach Martin Buber

„Dialogisches Leben ist nicht eins, in dem man viel mit Menschen zu tun hat, sondern eins, in dem man mit den Menschen, mit denen man zu tun hat, wirklich zu tun hat“ (Buber, 1965, S. 167). Beschäftigt man sich mit nonverbaler Kommunikation und den dort möglichen Dimensionen der Interaktionen, und begibt man sich auf die Suche nach theoretischen Ansätzen, so zeigt sich, dass sich die meisten Theorien zu Kommunikation und Interaktion zwischen Menschen auf den *verbalen Austausch* beziehen. Die Ebene von Interaktion, um die es in dieser Arbeit mitunter auch geht, kommt vor allem Martin Bubers Verständnis des Dialogs nahe. Martin Buber (1878-1965) war Religionsphilosoph und kann laut Theunissen (1965) als der Hauptvertreter der „Philosophie des Dialogs“ (ebd., S.9) gesehen werden. Er wird häufig im Diskurs über qualitative Pflege zitiert. In seinen Schriften beschäftigt sich Buber mit dem Menschsein und verschiedenen Möglichkeiten, mit der Welt in Beziehung zu treten. Für Buber existiert „kein Ich an sich“ (Buber, 1965, S. 8), es steht für ihn immer in einem Bezug oder in einer

Beziehung zur Welt, durch das es erst gestaltet wird. Beziehungsmöglichkeiten sieht Buber in drei „Sphären“ (ebd., S.10): mit der Natur, mit anderen Menschen und mit „geistigen Wesenheiten“ (ebd.). ‚Menschsein‘ oder ein ‚Ich‘ wird demnach durch eine Beziehung zu etwas oder jemandem konstituiert. In der Beziehungsgestaltung und Interaktion geht es nicht um Inhalte, die durch Sprache oder Gesten vermittelt werden, sondern um grundlegende „Wesenhaltungen“ aus denen „Wesenshandlungen“ (ebd., S.170) folgen. Buber beschreibt in diesem Zusammenhang die Interaktion mit einem Pferd, die er als Elfjähriger erlebt hatte und die ihn zutiefst geprägt hat. „Das war für mich nicht ein beiläufiges Vergnügen, sondern eine große, zwar freundliche, aber doch auch tief erregende Begebenheit.[...] Was ich an dem Tier erfuhr, war das Andere, die ungeheure Anderheit des Anderen, die aber nicht fremd blieb ..., die mich vielmehr ihr nahen, sie berühren ließ“ (ebd., S.172). Aufgrund seiner eigenen Erfahrung, die auch als bestimmend für seine Philosophie gilt (Wehr, 2010), zeigt sich, um welche Dimension der Beziehung es Buber geht. Ob eine verbale oder nonverbale Interaktion stattfindet, spielt an dieser Stelle keine Rolle; es geht allein um die Begegnung mit dem „ganzen Wesen“ (Buber, 1965, S. 14). Auch in seinen weiteren Schriften kommt zum Ausdruck, dass Sprache nicht nötig sei für eine Interaktion (s. bspw. In Zwiesprache 1929 über das mitteilende Schweigen). Die Ganzheitlichkeit, von der Buber spricht, hat große Bedeutung für das Beziehungsgeschehen: „ich kann die Farbe seiner Haare oder die Farbe seiner Rede oder die Farbe seiner Güte aus ihm holen, ich muss es immer wieder, aber schon ist er nicht mehr Du.“ (S.13). Buber meint damit, dass es wichtig ist, ein Individuum (und damit kann sowohl ein Mensch, Tier oder auch ein Baum gemeint sein) nicht ‚aufzusplitten‘ in seine Einzelaspekte wie seine Charaktereigenschaften, verbalen Äußerungen oder Aussehen, da sonst die Begegnung mit dem ‚Du‘, dem ‚ganzen Wesen‘ nicht möglich ist. Auch für andere Gegenstände gilt dies: „wie die Melodie nicht aus Tönen sich zusammensetzt, der Vers nicht aus Wörtern und die Bildsäule nicht aus Linien.“ (ebd., S.12). Es bedarf an dieser Stelle einer genaueren Betrachtungsweise, in der ich mich auf die Sphäre der *zwischenmenschlichen Interaktion* beschränken möchte: Buber spricht von zwei möglichen Haltungen, wenn Individuen miteinander in Beziehung treten: die Haltung des *Ich-Du* oder des *Ich-Es* (er bezeichnet dies auch als „Grundworte“ (ebd.,S.8)). Es geht demnach um das ‚wie‘ einer Beziehungsgestaltung und eines Aufeinander-bezogen seins; um verschiedene Qualitäten von Beziehung. In der Haltung des *Ich-Du* wird das Gegenüber als Subjekt mit seinen Bedürfnissen und Eigenheiten anerkannt. Zwei Personen treten sich auf gleicher Ebene mit dem „ganzen Wesen“ (ebd., S.15) entgegen. Dies erfordert gegenseitige Hinwendung und eine Annahme und Akzeptanz des Anderen in seiner Ganzheit. Dabei spielen vor allem das Erkennen und Annehmen der Andersartigkeit des Gegenübers eine essentielle Rolle. Buber bezeichnet dies als „Umfassungsakt“, „Innewerden“ oder „Personale Vergegenwärtigung“ (ebd., S. 284). Auch eine große Rolle spielt die erlebte Unmittelbarkeit der Interaktion. Laut Buber verlieren sich in der *Ich-Du-Beziehung* „Raum und Zeit“ (ebd.,

S. 37). Es zählt das ‚Hier und Jetzt‘ und nur der Moment hat Präsenz. Zudem geht es um eine gegenseitige Wirkung bei beiden Beteiligten, einer Interdependenz: „Und wirkliche Beziehung ist es, darin ich zu ihr stehe: sie wirkt an mir wie ich an ihr wirke.“ (ebd., S.14), „Beziehung ist Gegenseitigkeit.“ (ebd., S.19). Die Ich-Du Beziehung hat als Grundlage ein sehr ursprüngliches Beziehungsstreben und wohnt laut Buber jedem Menschen inne. Insbesondere Kinder gingen diesem Streben besonders nach. Jedoch wird dem Ich die wahrhaftige Begegnung nicht durch Anstrengung zuteil, sondern durch ‚Gnade‘ und indem es sein Gegenüber mit ‚Du‘ anspricht, d.h. indem es sein Gegenüber in seiner Ganzheit offen begegnet. „In der Begegnung von der Buber spricht, gibt es keinen tieferliegenden Zweck, keinen verborgenen Plan. Die damit in Verbindung zu bringenden Vorstellungen sind Offenheit, Zärtlichkeit, Präsenz und Da-sein, gegenwärtig-sein und Bewusstheit. Mehr noch als jeder der genannten Begriffe ist *Gnade* das Wort, das die Essenz einer solchen Begegnung in sich fasst. Gnade impliziert etwas weder gesuchtes noch gekauftes, weder Erworbenes noch Verdientes. Das Leben hat sich einfach in Form eines Geschenkes offenbart.“ (Kitwood, 2016, S. 36).

Die Haltung des *Ich-Es* hat hingegen einen hierarchischen, herrschaftlichen Aspekt. Das Gegenüber wird zum Objekt, das beobachtet, analysiert und beschrieben wird. Es wird nicht *an*-geredet, sondern es wird *über* es geredet. Buber beschreibt das Ich-Es-Verhältnis auch als „Du-Ferne“ (Buber, 1965, S. 13). Damit geht einher, dass das Ich sich Wissen über das Es verschafft und Beziehung als ‚in Erfahrung bringen‘ gelebt wird. Es findet hier auch das zuvor erwähnte Zerlegen in einzelne Aspekte einer Person statt, das sie nicht in ihrer Ganzheitlichkeit wahrnimmt - und auch nicht wahrnehmen kann. Durch mangelnde Gegenwärtigkeit und ‚Präsenz des Augenblicks‘ ist die Ich-Es Beziehung laut Buber nicht in der Gegenwart, sondern in der Vergangenheit zu verorten.

Die Dimension des Ich-Es ist - so sehr die Dimension des Ich-Du gepriesen wird - nicht grundsätzlich abzuwerten, sondern lediglich als zweite Möglichkeit der Beziehung zu sehen, die der Mensch praktiziert, und die sich auch jederzeit in eine Ich-Du-Dimension wandeln kann. Die Gegenwärtigkeit der unmittelbaren Begegnung in der Ich-Du-Dimension (und damit einhergehend das Vergessen von Raum und Zeit) ist nicht dauerhaft möglich - schon allein aus lebenspraktischen Aspekten. Dennoch bedauert Buber: „Das ist die erhabene Schwermut unseres Loses, daß jedes Du in unserer Welt zum Es werden muß.“ (ebd. S.20). Steinmetz (2016) betont auch die Wichtigkeit der Ich-Es-Dimension, da sie für den Wissenserwerb und kognitive Erkenntnis von großer Bedeutung ist. „Der Mensch betrachtet, erfährt und entdeckt die Welt (einschließlich anderer Menschen) und tut dies aus der dazu notwendigen Distanz heraus.“ (Steinmetz, 2016, S. 24). Diese Art mit der Welt in Beziehung zu treten, bedeutet aus Bubers Sicht jedoch nur „die Oberfläche der Dinge [zu] befahren“ (1965, S. 9), ohne wahrhaftig Anteil an ihnen zu haben. Mit dieser Distanz zur Welt kann der Mensch aus Bubers Sicht sein Menschsein nicht entfalten. „Ohne Es kann der Mensch nicht leben. Aber wer mit ihm allein

lebt, ist nicht der Mensch“ (ebd., S. 38). Der Mensch braucht demnach beide Zustände des Ichs, das Ich des Ich-Es-Grundwortes, sowie das Ich des Ich-Du-Grundwortes. Man könnte dies als zwei verschiedene Haltungen oder auch als zwei verschiedene Ich-Zustände beschreiben. Das Ich in der Ich-Du Beziehung ist für Buber ein anderes Ich als das der Ich-Es Beziehung. Das Ich der Ich-Es Beziehung nimmt eine „Urdistanzierung“ vor, das Ich der Ich-Du ein „In-Beziehung-Treten“ (Buber, 1962, S. 412 zit. nach Steinmetz, 2016).

Die Haltung mit der man in eine Interaktion eintritt wirkt sich somit unmittelbar auf das eigene Ich und das Gegenüber und sein Sein in der Welt aus. Es ist eine Frage der Perspektive, wie wir durch die Welt gehen und wir können diese selbst wählen. „Das Ich entscheidet, ob es dem anderen als einem Gegenüber begegnet oder diesen als Gegenstand betrachtet.“ (Steinmetz, 2016, S. 24).

Tom Kitwood und der Bezug zu Martin Buber

Tom Kitwood (2016) beschäftigte sich mit Demenzkranken und unseren Beziehungen zu ihnen. In seinen Veröffentlichungen bezieht er (und viele weitere Wissenschaftler der Gerontologie) sich des Öfteren auf Martin Buber bzw. auf Carl Rogers (den man für seinen klientenzentrierten Ansatz kennt), der sich wiederum auf Buber bezieht. Sein Person-zentrierter Ansatz für den Umgang mit Demenzkranken kritisiert die gängige Praxis der Diagnose von Demenz und den daraus resultierenden Umgang und die Art der Interaktion mit Demenzkranken. In seiner These: „Persons exist in relationship ; interdependence is a necessary condition of being human“ (Kitwood & Bredin, 1992, S. 284–285) zeigt sich Bubers Theorie der Angewiesenheit des Ichs auf Beziehungen zur Welt („kein Ich an sich“ (Buber, 1965, S.8).

Er kritisiert es, Demenz als rein medizinische Erkrankung zu sehen und sieht die subjektive Sichtweise der erkrankten Person in diesem Ansatz vernachlässigt. Die medizinische Perspektive (die in Kapitel 2.1 vorkommt) erläutert Symptome und Grundzüge des Störungsbildes; Kitwood erweitert diese um eine sozialpsychologische. Während die medizinische Perspektive nach neurologischen Ursachen der Erkrankung sucht, stellt Demenz nach dem personzentrierten Modell nach Kitwood mehr eine Form der Behinderung dar, welche ihre Ursache in der Summe der Komponenten Persönlichkeit, Biographie, körperliche Gesundheit, neurologische Beeinträchtigung und Sozialpsychologie hat (Kitwood, 2016). Dies wirkt sich auf das Verständnis und den Umgang mit Demenz aus. Damit liegt der Fokus auf der *Art der Interaktion* mit einem an Demenz erkrankten Menschen.

Nach Kitwood können gewisse Umgangsweisen mit dementen Menschen deren Wohlbefinden verschlechtern, zu schweren Sekundärsymptomen führen und sogar den Krankheitsverlauf negativ beeinflussen. Erläutert werden Aspekte einer malignen, bösartigen Sozialpsychologie, wie sie in Systemen vorkommen können, die erkrankte Menschen umgeben. Dem gegenüber wird eine benigne, gutartige Sozialpsychologie gestellt, die stattdessen gelebt werden sollte.

Kitwood geht es in dieser benignen Sozialpsychologie vor allem um eine verstehende Interaktion, den Erhalt des Personseins, d.h. die erkrankte Person weiter als Subjekt wahrzunehmen und demnach in der Ich-Du-Dimension nach Buber zu interagieren. Kitwood fordert: „Unser Bezugsrahmen sollte nicht länger die Person-mit-DEMENZ, sondern die PERSON-mit Demenz sein“ (Kitwood, 2016, S. 30). Damit fordert er Bubers Ich-Du-Haltung, welche das Gegenüber in ihrer Ganzheitlichkeit wahrnimmt, und nicht einzelne Aspekte aus ihr herausgreift, und sie damit zum Gegenstand der Untersuchung macht. Denn genau das passiert, wenn eine Diagnose wie Demenz gestellt wird. Eine ‚Person mit DEMENZ‘ ist analysiert und gekennzeichnet, in Einzelteile zerlegt, anstatt als ganzes Wesen betrachtet zu werden und als Mensch angenommen zu sein. Kitwood möchte, dass Menschen mit Demenzerkrankung weiterhin Subjekte bleiben, und auch als solche mit ihnen interagiert wird.

Seine Vorschläge, wie dies umzusetzen ist, sind auf die Bedürfnisse der Person zugeschnitten: Als zentraler Aspekt gilt Liebe, des Weiteren finden sich Bindung, Trost, Einbeziehung, Beschäftigung und Identität. Es geht darum, *individuelle* Bedürfnisse zu erfassen und auf diese zu reagieren. Der Raum, in welchem dies geschieht, lässt sich eindeutig im Feld der Ich-Du-Beziehung verorten, wo die Person als solche anerkannt wird und eine Subjekt-Subjekt-Interaktion stattfindet.

Kitwood argumentiert, dass Menschen mit Demenz stärker als andere auf Beziehung angewiesen sind und sich Geborgenheit und Nähe wünschen. „It is often the case that a dementia sufferer who is visibly withdrawing, or becoming demoralized, is transformed by a little real attention and human contact. It is as if he or she needs to be re-called to the world of persons, where a place is no longer guaranteed.“ (Kitwood & Bredin, 1992, S. 285). Auch Ellis und Astell (2004) konstatieren, dass Menschen sogar mit schwerer Demenz weiterhin den Kontakt zu anderen suchen und in Stress geraten, wenn dieser nicht erwidert wird. Mit fortschreitenden Krankheitsverlauf können Demenzkranke jedoch Beziehungen selbst nur schwer aufrechterhalten, selbst wenn sie sich diese wünschen. Beziehungen dienen nicht nur dem Wohlbefinden, sondern auch dem Erhalt der Identität (die durch Abnahme des Gedächtnisses gefährdet ist, da Identität sich unter anderem durch Erfahrungen aufbaut). Um einen weiteren Verlust von Identität zu verhindern, und ihre Menschlichkeit und Subjekthaftigkeit zu wahren, ist es wichtig, durch ein Gegenüber kontinuierlich gespiegelt zu werden und in (wertschätzenden) Beziehungen zu anderen zu stehen. „The Other is needed to hold the fragments together.“ (Kitwood & Bredin, 1992, S. 285).

Eine weitere Argumentationslinie findet sich bei Welling (2004): Ihrer Ansicht nach umfasst Personsein mehr als nur kognitive Fähigkeiten. Es geht in der Pflege von Demenz- und Palliativpatient*innen für sie weniger um die Linderung der Krankheit oder Symptombefreiheit, sondern an erster Stelle um den Erhalt des Personseins und „die Be(ob)achtung des Wohlbefindens“ (Welling, 2004, S. 2).

Kitwood ist der Ansicht, dass selbst bei einem fortgeschrittenen Krankheitsverlauf eine Interaktion in der Ich-Du-Dimension möglich ist. Dies hängt davon ab, ob der erkrankten Person Personsein zu- oder abgesprochen und in Beziehung mit ihr getreten wird.

Die Relevanz von Beziehungen und sozialen Interaktionen findet sich auch in zahlreichen Studien. Befragt man Menschen beispielsweise, was sie sich für ihr Sterben am meisten wünschen, so ist das erstgenannte: ‚Ich möchte nicht alleine sterben.‘ (Student et al., 2020).

Demenzkranke fühlen sich laut Kihlgren et al. (1994) wohler und sicherer in Anwesenheit anderer Menschen, insbesondere von bekannten Bezugspflegernden (nach Steinmetz, 2016). Ellis und Astell (2004) betonen die Wichtigkeit sozialer Interaktionen mit Demenzpatient*innen: “Even though speech becomes an inefficient communication tool and people have to rely on others for their care, they retain a wide repertoire of verbal and non-verbal behaviours that can be exploited to keep them involved in the social world” (ebd., S. 52).

Jedoch zeigt sich in Studien von Liukkonen (1992) und von Moore & Verhoef (1999), dass Menschen mit Demenz vorwiegend alleine sind oder ihre Zeit mit anderen demenzkranken Personen verbringen. Je nach Stadium und Beeinträchtigung variiert dies; mit stärkerer Beeinträchtigung ist eine höhere Isolation assoziiert (Armstrong-Esther & Browne, 1986).

Demenzkranke sind demnach mit Abnahme ihrer kognitiven Fähigkeiten nicht mehr in der Mitte der Gesellschaft verortet sondern zunehmend isoliert. Angehörige und Pflegepersonal tun sich schwer, in Beziehung mit ihnen zu treten. Liukkonen (1992) zeigt, dass Pflegekräfte sich verstärkt auf objektiv notwendige Pflegeaktivitäten wie die Körperpflege konzentrieren statt auf individuelle Bedürfnisse und psychosoziale Interaktionen. Sowohl Armstrong-Esther und Browne als auch Beer und Kolleg*innen (2016) bestätigen dies. Spicker (2000) spricht in diesem Zusammenhang von einem “social death” (S.89) demenzerkrankter Menschen.

Kognitiv und kommunikativ beeinträchtigte Menschen laufen stets Gefahr, als Objekte angesehen zu werden, als passive Empfänger pflegerischer Handlungen, da sie selbst ihre Subjektivität nicht mehr auf gewohnte Art und Weise ausdrücken können (Steinmetz, 2016). Durch ihre Kommunikationsbeeinträchtigungen auf verbaler Ebene geraten sie schneller in soziale Isolation (Liukkonen, 1992). Moore und Verhoef (1999) fordern: “[...] staff need to become more engaged in social activity with residents than they currently are. Rather than focusing on sporadic large group activities, staff need to socialize with residents on a smaller (and more therapeutic) scale.” (ebd., S. 227).

Doch wie kann mit Demenz- und Palliativpatient*innen unter erschwerten Bedingungen auf eine gute Weise kommuniziert und interagiert werden? Welche Arten der Interaktion und Beziehungsgestaltung sind möglich, wenn kognitiv-verbale und logisch-rationale Kommunikationsformen wegfallen? Dies soll der folgende Abschnitt klären.

3.6 Nonverbale Interaktion mit Demenz- und Palliativpatient*innen

Haltung

Aufgrund der veränderten Persönlichkeitsstruktur, möglicherweise sogenanntem „herausfordernden Verhalten“ (Bartholomeyczik et al., 2013, S. 17), sowie kognitiven und sprachlichen Einbußen, welche mit einer Demenzerkrankung einhergehen können, kann es insbesondere im Stadium einer fortgeschrittenen, schweren Demenz sehr schwierig sein, Zugang zu erkrankten Menschen zu bekommen (ebd.). Wie bereits in Kap 2.1 erwähnt, können Menschen im Stadium einer schweren Demenz keine neuen Informationen behalten und es sind lediglich Fragmente von vormals Gelerntem erhalten. Oftmals werden selbst nahe Angehörige nicht mehr erkannt; nachvollziehbare Gedankengänge fehlen und die Konzentrationsfähigkeit ist eingeschränkt (Dilling et al., 2016; Förstl, 2011; Stechl & Beyreuther, 2012). Dadurch kommt es vermehrt vor, dass sich diese Patient*innen zunehmend in sich selbst zurückziehen bzw. in ihrer eigenen Welt leben, zu denen Pflegende keinen Zugang mehr haben. Die „emotionale, beziehungsorientierte Ebene steht dem Menschen mit Demenz [jedoch] länger zur Verfügung ..., im fortgeschrittenen Krankheitsstadium sogar ausschließlich ...“ (Steinmetz, 2016, S.63). Laut Kitwood (2016) und einiger bereits aufgeführter Studien besteht auch weiterhin das Bedürfnis nach menschlicher Wärme und Zugehörigkeit. Arens (2005) geht davon aus, dass die Interaktion zwischen Pflegekräften und Menschen mit Demenz asymmetrisch ist und Pflegekräfte deshalb emotionale Interaktionskompetenzen (wie Wohlwollen, Verständnis und Anteilnahme) verstärkt in Interaktionen einsetzen sollten. Stechl & Beyreuther (2012) empfehlen kongruentes Verhalten. Da selbst in fortgeschrittenen Stadien Diskrepanzen zwischen verbalen und nonverbalen Signalen wahrgenommen werden können – was zu Irritationen und Aggressionen führen kann (ebd.) – sollte auf die eigene emotionale Lage geachtet werden. Nicht kongruentes Verhalten wird auffallen. Im Bereich der Berührungen beispielsweise konnten Studien zeigen, dass Menschen mit Demenz spüren können, wenn Pflegekräfte schlechte Laune haben (Routasalo & Isola 1996) oder sie nicht mögen (Hoffman et al. 1985) (nach Sachweh, 2009). Bei schweren Fällen, in denen die verbale und nonverbale Kommunikation sehr stark eingeschränkt ist, kann es hilfreich sein, Angehörige über Vorlieben und Verhaltensweisen zu befragen, um Beschwerden und Bedürfnisse zu erkennen (Stechl & Beyreuther, 2012). Ganß und Kolleg*innen (2014) sehen die *Haltung* der Pflegekräfte als Komponente sozialer Interaktionen mit Patient*innen, welche die Art und Qualität dieser erheblich beeinflusst. Es sei wichtig „den Ausdruck des Menschen mit Demenz auch dann als solchen an[z]unehmen und als artikulierte Mitteilung ernst [zu] nehmen, wenn er nicht-sprachlich erfolgt.“ (ebd., S.101). Auch Stechl und Beyreuther (2012) plädieren für eine ernsthafte Auseinandersetzung mit verbalen und nonverbalen Mitteilungen und den darin gezeigten Gefühlen. Patient*innen im fortgeschrittenen Stadium einer Demenz sind nicht mehr in der Lage, ihre Gefühle zu unterdrücken oder vorzutäuschen. Die Gefühle sind somit ‚unverfälscht‘ und auch wenn sie für

Außenstehende eventuell nicht verständlich sind und zu Handlungen führen, die nicht logisch scheinen, so ist es dennoch wichtig, die Patient*innen in ihren Emotionen anzunehmen und zu verstehen, wie es dazu kommt. „Die Menschen verlieren ... zunehmend das Selbst der Gegenwart und nehmen das Selbst der Vergangenheit an“ (ebd., S.93). Das bringt alte Bedürfnisse, Rollen und Verantwortungsbereiche wieder zum Vorschein. „Erst in ganz fortgeschrittenen Stadien, wenn selbst viele vitale Funktionen dem Gehirn nicht mehr gehorchen, kann von einem Verlust der Selbstidentität gesprochen werden.“ (ebd., S.94). Zudem ist eine „zurücknehmende, wahrnehmende, lauschende Haltung“ (Ganß et al., 2014, S. 97) wichtig, um den Menschen genug Zeit und Raum zu geben um sich zu artikulieren, da sie sonst leicht übersehen oder überhört werden und von der Pflegekraft ‚übertönt‘ werden. Dies bedeutet aber nicht, sich nicht in die Interaktion einzubringen, sondern eine gute Balance zwischen eigener Artikulation und Wahrnehmung der Artikulation des Gegenübers zu finden.

Auch bei Palliativpatient*innen erscheint eine wohlwollende, verständnisvolle und ‚lauschende‘ Haltung sinnvoll. Der Prozess der Bewältigung des eigenen Sterbens kann durch Kommunikation und soziale Interaktionen unterstützt werden. Die Beziehungsqualität zwischen Patient*in und Pflegekraft wirkt sich auf die Bewältigungsprozesse aus (Strittmatter 2007). Es ist vor allem wichtig, das Selbstgefühl der Patient*innen zu erhalten, sowie ein Erleben von Integrität zu fördern und sich auf das Verhalten und Erleben der Patient*innen einzustellen, sodass emotionale, soziale, kommunikative und spirituelle Bedürfnisse verwirklicht werden können (Steinmetz, 2016). Cicely Saunders (1999), Begründerin der Hospizbewegung, meint: „Wenn man sich wirklich um die Bedürfnisse von Menschen kümmern will, die am Ende ihres Lebens stehen, ist es ... sehr wichtig, ihre Integrität zu achten....Wir schulden ihnen Respekt anstatt Mitleid....Es ist wichtig für sie, dass ihnen jemand begegnet..., der ihnen einfach als Mensch gegenübertritt....auf gleicher Ebene...“ (Steffen-Bürgi, 2007, S. 31 zit. nach ebd., S.74). Hier zeigt sich Bubers Haltung und Dimension des Ich-Du.

Im Sinne des festgestellten veränderten Kommunikations- und Interaktionsverhaltens von Demenz- und Palliativpatient*innen müssen *alternative nonverbale und nicht-kognitive Wege* der Kommunikation und Interaktion gefunden werden, die *Körper- und Sinnesebene als zentrale Ebene der Interaktion anerkannt* und die kranke Person weiterhin als „*gleichberechtigtes Gegenüber*“ (Höwler, 2019, S.43) wahrgenommen und anerkannt werden um eine *Aufrechterhaltung des Personseins und Wohlbefinden* zu erreichen (Höwler, 2019; Kitwood, 2016; Sachweh, 2009; Welling, 2004).

Bei diesen neuen Interaktionsmöglichkeiten geht es „weniger um das WAS, beispielsweise funktionale Unterstützung im körperlichen Bereich, sondern viel mehr um das WIE der Pflege, also einer zugewandten und verstehenden Haltung (...).“ (Höwler, 2019, S. 43).

Dies erfordert laut Gahl (2016) ein In-Beziehung-Treten in der „dialogische[n] Dimension der Wahrheitsbeziehung“ (S.152) zwischen Pflegekräften und Patient*innen (zit. nach Strachota,

2019, S.320). Es geht darum, genau hinzuschauen und hinzuhören, „um die versteckten Hinweise auf unterdrücktes Leiden wahrzunehmen, die sich vor allem in der Körpersprache mitteilen. Sich abends an das Bett des Kranken zu setzen und einfach eine ganze Zeit lang nichts zu sagen, kann erstaunliche Wirkungen zeigen“ (Borasio 2016, 135 zit. nach ebd.).

Gahl ist der Ansicht, dass sterbende Menschen „bis in den Prozess des Erlöschens von mentalen und Sinnesfunktionen noch Nähe wahrnehmen [können]. Die Beobachtung vegetativer Reaktionen auf die Berührung von Sterbenden spricht für die Möglichkeit emotionaler Intersubjektivität auch noch in dieser Lebens- oder Sterbephase; so kann die haptische Kommunikation, das Streicheln, mit dem möglichen Ausdruckswert der Begleitung auch in dieser Lebensphase noch einen Wert geben“ (Gahl, 2016, S.159, zit. nach ebd.).

Doch wie kann neben einer wohlwollenden Haltung eine gute Interaktionsqualität erreicht und Beziehungen mit Einbezug der Bedürfnisse der Patient*innen gestaltet werden? Der folgende Abschnitt soll dies klären.

Möglichkeiten der nonverbalen Interaktionsgestaltung mit Demenz- und Palliativpatient*innen Ganß und Kolleg*innen (2014) haben in ihrer Studie zur Interaktion mit Demenzkranken Möglichkeiten zur Interaktionsgestaltung beobachtet und analysiert. Pflegekräfte nutzten laut der Studie in nonverbalen Interaktionen neben „neben köpersprachlichen Ausdruckselementen auch Formen wie Tanzen, zusammen durch den Raum gehen, Singen, Klatschen, Alltags-handlungen und verschiedene Formen von Berührungen. Dabei stellten körperliche Berührungen die häufigste Form nicht-sprachlicher Interaktion dar.“ (S.68). Auch gewohnte Handlungsräume, wie z.B. gemeinsames Spazierengehen, die Zubereitung von Mahlzeiten oder andere lebenspraktische und alltagsnahe Tätigkeiten wurden für die Initiierung und Gestaltung von Interaktionen genutzt. Zudem wurden vereinzelt Objekte wie beispielsweise Igelbälle oder Bälle anderer Art genutzt, mittels derer interagiert wurde. Ein gemeinsames Spiel oder das Erzeugen basal-stimulierender Wirkung (vgl. basale Stimulation im folgenden Kapitel) stand hier im Vordergrund der Interaktion.

Aus ihren Beobachtungen und Interviews haben die Forscher*innen hilfreiche Strategien der nonverbalen Interaktionsgestaltung abgeleitet und identifiziert:

Es kann beispielsweise helfen, ein *Objekt als ‚Medium‘* für die Interaktion zu nutzen, welches den Fokus setzt und damit als erste Basis den Inhalt der Interaktion vorgibt. Da es oft Probleme in der Verständigung gibt, weil ‚die inneren Bilder‘ des Demenzkranken und der Pflegekraft voneinander abweichen und so eine Misskommunikation entsteht, kann ein solches Objekt ein gemeinsames inneres Bild erzeugen. Von diesem Objekt ausgehend kann sich dann auch eine weiterführende Interaktion entwickeln, die nichts mehr mit dem Objekt zu tun hat. Ein solches Objekt kann beispielsweise oben genannter (Igel-) Ball sein oder sämtliche Alltagsgegenstände, wie z.B. ein Geschirrtuch. Manchmal ist es an dieser Stelle auch sinnvoll die

Patient*innen genau zu beobachten (und z.B. die Blickrichtung miteinzubeziehen). Oftmals beziehen sie sich bereits auf einen Gegenstand.

Auch „*deutliche und raumgreifende Gesten*“ (S.97) sind hilfreich für Interaktionen mit Demenzkranken. Das *Spiegeln* von Gesten, Lautierungen und Körperhaltungen kann als Technik vorübergehend genutzt werden, um Interaktionspausen zu überbrücken, wenn ‚der rote Faden‘ verloren gegangen ist und Pflegekräfte sich hilflos fühlen. Durch Spiegeln (oder auch Synchronisation (Tschacher & Bannwart, 2021)) wird dem Gegenüber zu verstehen gegeben, dass es verstanden wird und angenommen ist. Jedoch kann diese Methode nicht als einziger ‚Inhalt‘ der Interaktion dienen und muss mit neuen bzw. zusätzlichen Inhalten angereichert werden. Zudem stellen Ganß und Kolleg*innen das Konzept der *improvisierten Interaktion* vor. Methoden für improvisierte Interaktionen finden sich z.B. im Bereich des improvisierten Theaters, wo solche improvisierten Interaktionen ständig herbeigeführt werden. Eine Methode ist das Prinzip des „Ja-Sagens“, was bedeutet, dass alles, was das Gegenüber in die Interaktion einbringt – und sei es noch so rätselhaft – angenommen und darauf spontan reagiert wird. In der Regel löst der Impuls, den das Gegenüber eingebracht hat, eine spontane Reaktion aus, welche auch ausgeführt werden sollte. In der Folge wird auch beim Gegenüber erneut ein Impuls ausgelöst, ähnlich eines Ping-Pong-Spiels. Es sollte genau darauf geachtet werden, welche Reaktionen bei der Person mit Demenz ausgelöst werden. Zu Interaktionsabbrüchen kommt es, wenn eingebrachte Interaktionsimpulse in Frage gestellt werden oder darauf nicht eingegangen wird. Mario Müller, Improvisationsschauspieler, sagt zur gelingenden improvisierten Interaktion: „Es funktioniert, wenn ich mich fallen lass‘ und sag, gib Du mir die Regel. Wenn ich mit ´ner eigenen Vorstellung komme, dann prallen zwei verschiedene aufeinander und dann geht es schief. Das funktioniert nur, wenn man den anderen führen lässt, das ist wie bei Tanzen. Ich mache die Augen zu und spür nur, wo du hin willst, und versuche mitzugehen.“ (zit nach Ganß et al., 2014, S. 100). Es ist wichtig für improvisierte Interaktionen, dass die Pflegekräfte keine zielgerichteten Arbeitsabläufe verfolgen, diese für einen Moment bei Seite lassen können und sich offen auf die Interaktion einlassen, von der sie noch nicht wissen, in welche Richtung sie sich richten wird. Oft ist es nicht gleich ersichtlich, dass Menschen mit Demenz sich in die Interaktion einbringen werden. Es sollte demzufolge bewusst Zeit für eine solche Interaktion eingeplant werden und eine wahrnehmende und abwartende Haltung eingenommen werden. „Nur so kann es gelingen, mit hoher Präsenz und einer auf das Gegenüber gerichteten Aufmerksamkeit im Moment zu sein, ohne etwas Konkretes zu wollen, sondern offen zu sein für das, was sich aus dem Augenblick der Begegnung entwickelt.“ (S.99). Es kommt häufig vor, dass der Pflegekraft nicht klar ist, worauf der Mensch mit Demenz hinauswill; dies kann für beide Interaktionspartner*innen unbefriedigend und frustrierend sein. Liegt der Fokus jedoch nicht auf den kommunizierten Inhalten, sondern auf der Beziehung und schlicht und ergreifend dem ‚In-Kontakt-Sein‘, können Inhalte auch ausgeklammert werden. Dies bedeutet

jedoch für die Pflegekraft, von ihrem gewohnten Kommunikations- und Interaktionsverhalten zurückzutreten, ihre Ansprüche herunterzufahren und sich auf diese Ebene des ‚In-Kontakt-Seins‘ einzulassen. Und dabei stets ‚Ja‘ zu sagen.

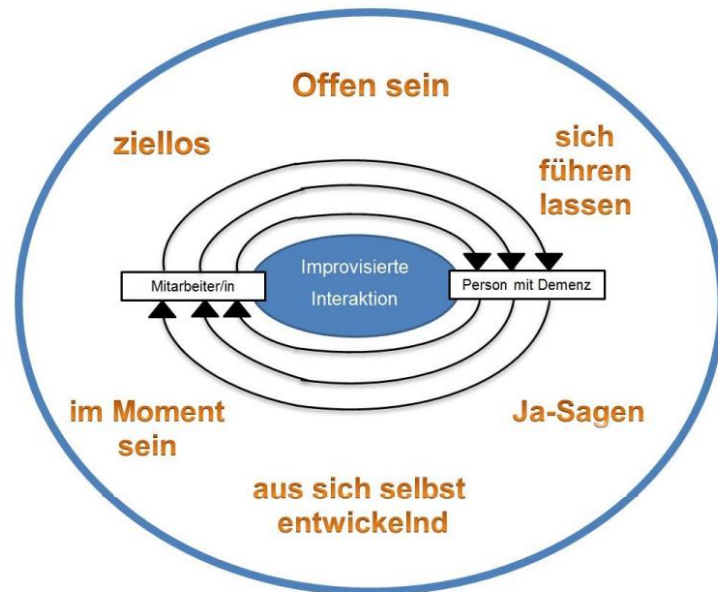


Abbildung 7: Improvisierte Interaktionen

Abb. 6: Elemente improvisierter Interaktionen (Ganß et al., 2014, S. 101)

Konzepte der nonverbalen Interaktion in der Pflege

Es gibt bereits einige Konzepte in der Pflege, die sich auf Demenz- und Palliativpatient*innen spezialisiert haben. Kitwood (2016) argumentiert, dass „jegliche spezielle Pflegeintervention unter ihrer formellen Bezeichnung (Biographiearbeit in Gruppen, Musiktherapie etc.) in Wirklichkeit viele verschiedene Arten der Interaktion ... umfasst.“ (S.177). Aus diesem Grund sollen hier einige Interaktionskonzepte vorgestellt werden.

Das *Validations-Konzept* nach Feil ist weit verbreitet in der Altenpflege und wurde von Richard weiterentwickelt (Integrative Validation) (Stechl & Beyreuther, 2012). Bei den Konzepten geht es darum, die subjektive Realität der Patient*in zu akzeptieren und sie nicht zu korrigieren. Ziel ist es, eine Atmosphäre zu erschaffen, die Sicherheit, Geborgenheit und Sinnhaftigkeit vermittelt. Dazu ist es nötig, dass Pflegekräfte, die bei der Patient*in vorhandenen Emotionen erkennen, akzeptieren und verbal oder nonverbal widerspiegeln. Dadurch kann es gelingen, dass sich intensive (negative) Emotionen und Konfliktsituationen beruhigen. Ohne Kenntnis der Biographie des Betroffenen kann es sehr herausfordernd sein, Validation anzuwenden, da viele Verhaltensweisen, welche in der Biographie begründet liegen, nicht verstanden werden können. Hat die Pflegekraft Zugriff auf den Hintergrund der Patient*in, gelingt das Verständnis für die Gefühle und Handlungen leichter.

Snoezelen (Verheul & Hulsegge) wurde ebenso wie die *basale Stimulation* (Fröhlich et al.) ursprünglich für Menschen mit Behinderung entwickelt, findet jedoch auch vermehrt Anwendung in der Behandlung von Demenz- und Palliativpatient*innen und dient der Aktivierung oder Beruhigung von Patient*innen. (ebd., Beer et al., 2016; Kostrzewa et al., 2013). Es handelt sich um multisensorische Verfahren, die zum Ziel haben, möglichst viele Sinne anzuregen. Beim *Snoezelen* können Lichteffekte, Installationen (wie z.B. Wasser oder Windspiele), Abspiegelgeräte für Musik und Geräusche, Aromen, Tastgegenstände und unterschiedliche Materialien zum Sitzen und Liegen genutzt werden. Bei der basalen Stimulation geht es laut Beer et al. vor allem darum „mit PatientInnen bzw. BewohnerInnen zu kommunizieren und in Beziehung zu treten“ (S.26). Die Interaktion soll von Wertschätzung und Respekt geprägt sein, sowie auf Ganzheitlichkeit beruhen. Es wird von einem „somatischen Dialog“ (ebd.) oder einer „dyadischen Begegnung“ (ebd.) gesprochen. Laut Stechl & Beyreuther (2012) haben diese multisensorischen Verfahren „Effekte auf Freude und Aktivität bei Menschen mit moderater bis schwerer Demenz“ (ebd. S. 96).

Ergotherapie kann als Intervention eingesetzt werden, um alltagspraktische Tätigkeiten wie Körperpflege oder die Zubereitung von Essen zu erhalten. Sie wird in allen Stadien der Demenz als sinnvoll erachtet, sollte aber an den Kompetenzen der Patient*innen orientiert sein. In fortgeschrittenen Stadien geht es v.a. um basale Alltagsfunktionen wie zur Toilette zu gehen. Auch eine Förderung der Körperwahrnehmung und eine allgemeine kognitive Aktivierung ist möglich. Ganzheitlich-kompetenzorientiert kann Ergotherapie das Wohlbefinden fördern (ebd.).

Kunst- und Musiktherapie kann sehr gut angewendet werden, wenn ein verbaler Ausdruck nicht mehr möglich ist. Die Patient*innen können sich dann durch ihr gestalterisches Tun ausdrücken und mit anderen kommunizieren und interagieren. Musik ist nicht nur ein Weg, um Zugang zu finden und sich auszudrücken, sondern kann auch ermöglichen, dass Patient*innen sich als Teil einer Gemeinschaft erleben und ihr Umfeld beeinflussen können. Auch wenn Effekte im Rahmen evidenzbasierter Studien nur schwer messbar sind, haben diese Verfahren das Potenzial schwierige Verhaltensweisen wie Agitation oder Aggression zu reduzieren (ebd.).

Ebenso dünn ist die Datenlage bei der *tiergestützten Therapie*. Es gibt zwar deutliche Hinweise auf positive Effekte von Tieren auf das Wohlbefinden und die Lebensqualität von Demenzpatient*innen, jedoch genügen die durchgeführten Studien nicht den Kriterien evidenzbasierter Studien. Die Kommunikation mit Tieren erfolgt ausschließlich über nonverbale Interaktion und die Beziehungsebene. „Tiere verlangen von ihrem Gegenüber eine echte und stimmige Bezo-genheit, verhalten sich aber auch selbst kongruent“ (Hegedusch & Hegedusch, 2007, S.53 nach Stechl & Beyreuther, 2012, S.98). „Dies ermöglicht essenzielle Anteilnahme und ist die

Basis für das Gefühl der Verbundenheit“ (ebd. S.98). Zudem äußern Tiere ihr Wohlbefinden und ihre Bedürfnisse über ihre Körpersprache (Schwanzwedeln, Schnurren, Anstupsen, Entgegenlaufen etc.) und suchen oft Körperkontakt. Dies ist für Patient*innen eine Möglichkeit nach Körpernähe, ein Bedürfnis, das oft vorhanden ist, aber in Institutionen oftmals nicht befriedigt werden kann. Der zentrale Effekt einer tiergestützten Therapie zeigt sich in der Aufhebung von Einsamkeit und Isolation; die Interaktion mit einem Tier kann ‚als Türöffner‘ dienen, wodurch die Patient*innen in der Folge mehr Kontakte zu Pflegekräften und anderen Patient*innen aufnehmen. „Die psychologische Wirkung von Tieren umfasst ein breites Spektrum. Tiere wirken beruhigend und stressreduzierend, sie können Trost, Heiterkeit und Ablenkung bringen und können ein Gefühl der Nähe und Geborgenheit erzeugen.“ (ebd. S.99).

4 Methode

4.1 Methodologie

Der gesamte Forschungsprozess beruht auf der Methodologie der Grounded Theory nach Glaser und Strauss (1965), welche sich insbesondere für explorative Forschungsfragen mit einer Prozess- und Handlungsorientierung eignet (Strauss et al., 2010). „Die Grounded Theory ist eine qualitative Forschungsmethode bzw. Methodologie, die eine systematische Reihe von Verfahren benutzt, um eine induktiv abgeleitete, gegenstandsverankerte Theorie über ein Phänomen zu entwickeln“ (ebd., S. 8). ‚Grounded‘ ist die entwickelte Theorie deshalb, weil sie durch ein Wechselspiel von Empirie und Theorie entsteht und damit *aus den Daten heraus* entwickelt wird. Die Grounded Theory Methodologie unterscheidet sich insofern von anderen Verfahren, dass sie nicht sequenziell vorgeht (im Sinne von Datenerhebung, Datenanalyse und Theoriebildung als getrennte Schritte im Forschungsprozess). Für das Vorgehen bedeutet dies, dass Handeln (Datenerhebung) und Reflexion (Datenanalyse und Theoriebildung) nicht als zwei voneinander getrennte Prozesse verstanden werden (Mey & Mruck, 2011), sondern in einem „zirkulären Forschungsprozess“ (Tepecik, 2010, S.61) eng miteinander verzahnt sind. So beginnt die Analyse und Theoriebildung bereits nach der ersten Datenerhebung. Weitere Entscheidungen, die das Sampling betreffen, werden von Datenerhebung zu Datenerhebung neu getroffen (im Sinne eines *theoretical sampling*). Beim Theoretischen Sampling wird der Einbezug neuer Fälle anhand des sich entwickelnden theoretischen Wissens entschieden, „d.h. die Suche nach Vergleichsfällen wird durch die Ergebnisse der Auswertung der Daten geleitet.“ (Mey & Mruck, 2011, S.28). Auch findet eine fortlaufende Präzisierung der Forschungsfrage statt. Dies entspricht einem systematischen Vorgehen, welches durch das Prinzip der Offenheit dennoch stets flexibel bleibt (Mey & Mruck, 2011).

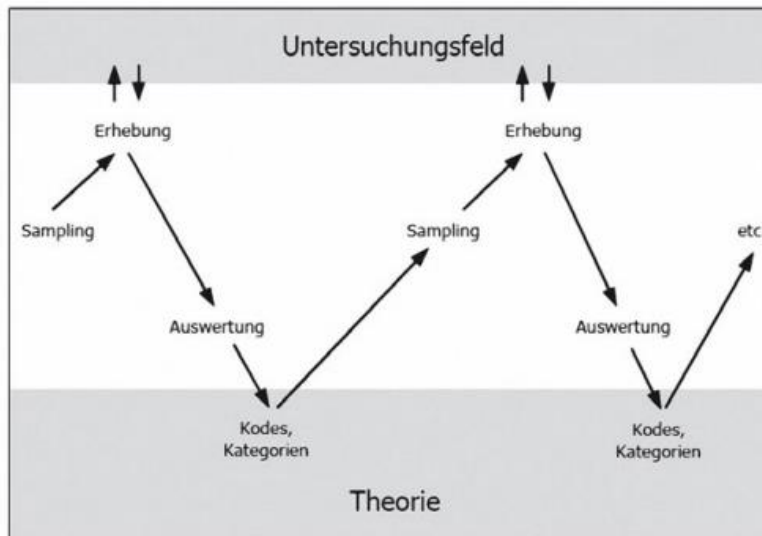


Abb. 7: Der iterative Forschungsprozess der Grounded Theory Methodologie (Mey & Mruck, 2011, S.24)

Die Person der Forscherin im Forschungsprozess

Das Hintergrundwissen der Forscherin, sowie ihre Konzepte, Vorannahmen und Einstellungen machen sie zu einer Person im Forschungsprozess, die mit ihrer subjektiven Sichtweise die Interviewsituationen und Datenauswertung beeinflusst und somit die Daten selbst aktiv mit (re-) konstruiert (Wenzler-Cremer, 2005). Aus diesem Grund sollen an dieser Stelle einige Anmerkungen gemacht und subjektive Sichtweisen zum Forschungsgegenstand dargelegt werden.

Ich brachte bereits eine große Neugierde in die Untersuchung mit ein, da ich im Jahr vor der Untersuchung einige körperlich-sinnliche Erfahrungen im Bereich einer Atemtherapiegruppe gemacht hatte. Diese stellten für mich neue Interaktionserfahrungen dar, die eine neue Perspektive auf meine bisherigen Interaktionserfahrungen und -gewohnheiten gaben. Gleichzeitig bekräftigten diese Erfahrungen auch Erlebnisse, die ich im Bereich eines Gartenprojektes, einer Improvisationstheatergruppe, sowie kreativ-künstlerischen und musikalischen Bereichen gesammelt hatte. Meine Haltung bezüglich körperlich-sinnlicher Erfahrungen und verschiedener Interaktionsqualitäten lässt sich als aufgeschlossen, neugierig und offen beschreiben, wobei es mir dennoch wichtig ist zu betonen, dass ich meine Einstellungen nicht im esoterischen Bereich verorten würde. Ich halte eine Perspektive, welche körperlich-sinnliche Erfahrungen und Interaktionen verstärkt in den Fokus stellt, für bedeutsam für unsere Lebensqualität und psychische und physische Gesundheit. Gleichzeitig bin ich auf der Suche welche Konzepte und Verfahren zielführend und nachhaltig sind und bin selbst noch dabei diesen Erfahrungs- und Interaktionsbereich für mich auszuloten und zu (be-) greifen. Es besteht reger Austausch mit Freund*innen und Bekannten, die in Theatertherapie, Psychoanalyse und

körperorientierten Verfahren ihr Studium absolvieren. Zudem bin ich der Ansicht, dass bis jetzt nur sehr wenige valide wissenschaftliche Erkenntnisse in diesen Bereichen vorliegen, weil das Feld nonverbaler, ästhetisch-sinnlich geprägter Interaktionen hochgradig komplex und dadurch schwer zu untersuchen ist.

Mit dieser Voreinstellung fiel es an manchen Stellen schwer sich vom Gegenstand der Untersuchung zu distanzieren. Bei den Erhebungen konnten so sicherlich insbesondere bei Interviewpartner*innen, die ähnliche Ansichten teilten, viele Informationen gewonnen und tiefgehende Gespräche erhoben werden. Bei anderen Interviewpartner*innen, die nicht so sehr im Einklang mit diesen Ansichten standen, gingen eventuell Informationen verloren. In der Auswertung fiel es zuweilen schwer eine verfremdete Perspektive einzunehmen.

„Das Problem der Subjektivität kann nicht durch Distanzierung und Neutralisierung gelöst werden, sondern nur durch das Oszillieren von Annäherung und Distanz zum Untersuchungsgegenstand und die Reflexion darüber“ (Wenzler-Cremer, 2005, S.88).

Ein Kernprozess in der Untersuchung war, sich die eigenen Einstellungen stets reflexiv vor Augen zu halten. Hilfreich waren neben dem Austausch mit Kommiliton*innen auch die Auseinandersetzung mit Literatur, welche verschiedene Perspektiven mit sich brachte, Widersprüche entstehen ließ und neue Impulse setzte. Wenn ich – insbesondere während der Auswertung - dennoch merkte, dass Gefahr bestand sich in den Aussagen zu verlieren, die besonders in Resonanz mit meinen Einstellungen gingen, wendete ich mich bewusst an Freunde und Kommiliton*innen mit anderen Auffassungen, um mit ihnen über die Transkriptionsabschnitte zu sprechen und gewann so neue Perspektiven auf das Material. Dies entspricht dem vorgeschlagenen Vorgehen von Mey & Mruck (2011) möglichst viele verschiedene Sichtweisen und Lesarten zusammenzutragen.

4.2 Sampling und Erhebung

Felderschließung und erstes Sampling

Das Sampling orientierte sich am Vorgehen der Grounded Theory, indem zunächst sehr offen an das Feld herantreten wurde. In Vorbereitung der Arbeit wurden bei der Literaturrecherche Publikationen einer Expertin des Feldes gefunden, welche sich für ein Interview bereit erklärte. Frau A arbeitet sowohl wissenschaftlich als auch im Hospiz und ist vernetzt in Hospiz-, Demenz- und Palliativkontexten, weshalb ich sie um die Vermittlung weiterer Kontakte bat. Ein informatives Schreiben, das an Pflegekräfte weitergeleitet werden konnte (s. Anhang) sollte die Vermittlung erleichtern. Es ergaben sich durch dieses Vorgehen zwei weitere Kontakte (Frau C und Frau E (Cf, Ef)). Frau C war 10 Jahre Leitung eines Hospizes, Frau E arbeitet als Krankenschwester in einem Pflegeheim, das sich auf Demenz spezialisiert hat. Zudem wurden

in einer „Kaltaquise« ..., d.h. ohne vorherige Beziehung“ (Weitkämper, 2019, S. 118) Anfragen an verschiedenste regionale Altenpflegeheime, die sich auf Demenz spezialisiert hatten (Wohngruppen etc.), und Hospize gesendet. Die erhoffte Resonanz auf diese Anfragen blieb jedoch aus. Daraufhin wurde versucht telefonischen Kontakt herzustellen um dadurch weitere Interviewpartner*innen zu erreichen, was jedoch ebenfalls nicht gelang. Begründet wurden die Absagen mit Zeitmangel und der Corona-Pandemie. Daraufhin wurden persönliche Kontakte genutzt, um Interviewpartner*innen zu finden. Im persönlichen, aber entfernten Umfeld konnten zwei weitere Interviewpartner*innen gefunden werden (Frau B und Frau D (Bf, Df)). Frau B ist Ergotherapeutin mit Schwerpunkt Demenzpatient*innen, Frau D war ehrenamtliche Hospizmitarbeiterin. Zudem konnte zu einem Hospiz, in dem im Jahr 2020 schon einmal eine Erhebung durchgeführt worden war, und mit dessen Leitung ein gutes Verhältnis bestand, verspätet Kontakt hergestellt werden. Durch die gute Vernetzung der Leitung konnten Kontakte in Alten- und Pflegeheimen und Professionellen im Bereich der Palliative Care hergestellt werden (Frau F und Herr G (Ff, Gm)). Herr G ist Heilpädagoge und arbeitet in Altenpflegeeinrichtungen, Frau F ist Pflegefachkraft und auf Palliativpflege in Altenpflegeheimen spezialisiert. Wie bereits deutlich geworden, verfügen die Interviewpartner*innen über unterschiedliche Expertisen, da sie aus verschiedenen Berufsfeldern stammen. Im Verlauf der Akquise von Interviewpartner*innen und Erhebung der Interviews zeigte sich, dass eine ausschließliche Befragung von Pflegekräften im expliziten Sinne wenig sinnvoll ist, da im Palliativbereich verschiedenste Berufsgruppen in multiprofessionellen Teams eingesetzt werden. Zudem könnte es hilfreich für die Beantwortung der Fragestellung sein und einen offeneren und vielfältigeren Blick auf die Thematik der nonverbalen Interaktionen ermöglichen, wenn verschiedene Berufsgruppen befragt würden (auch im Sinne eines Theoretical Samplings (Mey & Mruck, 2011) gedacht). Aus diesem Grund wurde in der Arbeit vom eng gefassten Titel „Nonverbale Interaktionen zwischen Pflegekräften und Demenzkranken und/oder Palliativpatient*innen“ abgewichen und es sei an dieser Stelle vermerkt, dass mit „Pflegekräften“ *sämtliche professionelle Betreuende* Demenzkranker und Palliativpatient*innen gemeint sind.

Erste Erhebungen

Die Erhebungen (Af, Bf, Cf, Df, Ef) fanden mithilfe von Zoom (Videotelefonie) statt. Durch die Pandemie-Situation entstand zwar der Nachteil, dass es schwierig war Interviews persönlich zu führen; jedoch konnten dadurch auch landesweit Interviewpartner*innen gesucht werden. Da die Software Zoom eine Aufnahmefunktion hat, wurden die Gespräche damit aufgezeichnet. Zusätzlich wurde noch mit einem Diktiergerät eine weitere Aufnahme zur Sicherheit gemacht. Mit Frau F und Herr G konnte ein persönliches Treffen in ihrem Arbeitsumfeld stattfinden. Die Aufnahme wurde mittels des besagten Diktiergerätes gesichert.

Es wurde ein Leitfadeninterview mit narrativen Elementen mit Frau A und narrative Interviews mit den Damen B, C, D, E, F und Herrn G geführt.

Interviewleitfaden

Das Leitfadeninterview ergab sich dadurch, dass sich Frau A als Expertin zu einem Interview bereit erklärte. Da sie die Thematik aufgrund ihrer eigenen theoretischen Beschäftigung schon reflexiv durchdrungen hatte, erschien es sinnvoll, neben der Erhebung subjektiver Sichtweisen ihr explizites Wissen in die Erhebung einzubeziehen. Da sie auch praktisch arbeitet und einiges an Erfahrung in der nonverbalen Interaktion mit Demenz- und Palliativpatient*innen gesammelt hat, war das Interview so konzipiert, dass auch Narrationen eingeplant waren. Themenbereiche, die zur Beantwortung der Forschungsfrage relevant waren, wurden in den Leitfaden eingebaut. Es wurde eine Gliederung verschiedener Themenbereiche vorgenommen, die sich wie folgt darstellt:

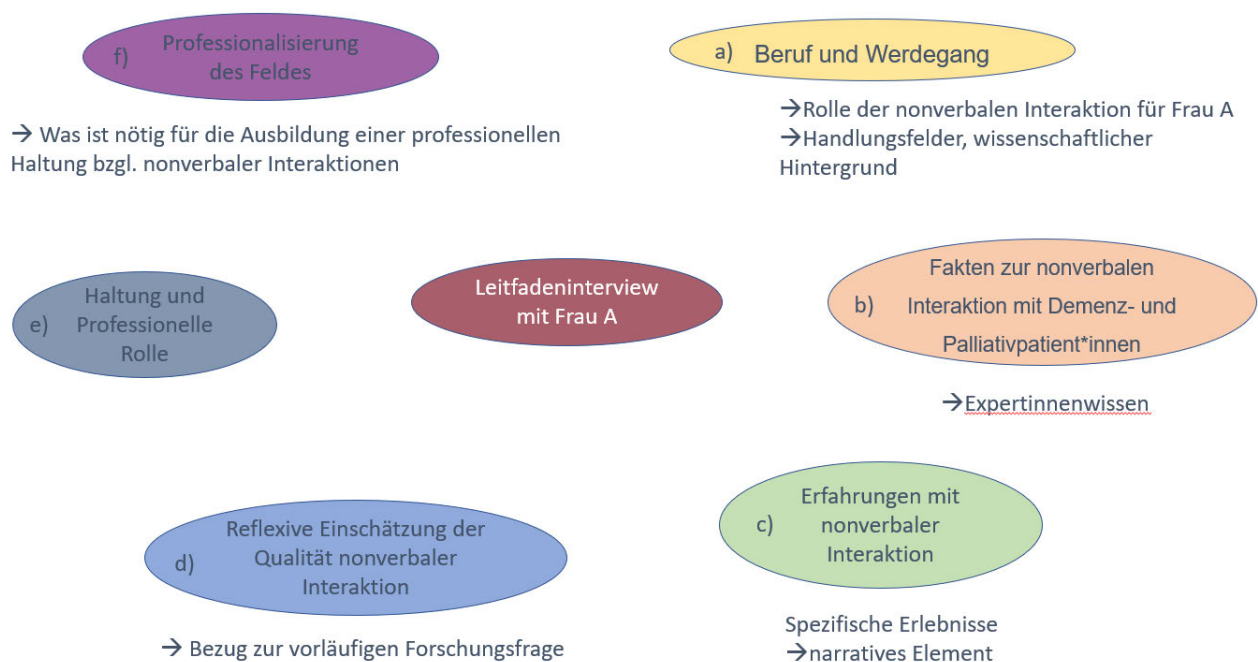


Abb.8: Themenbereiche des Leitfadeninterviews

Die Themenbereiche und zugehörige Fragen ergaben sich vorrangig aus der Beschäftigung mit der Literatur zur nonverbalen Interaktion. Um die Hintergründe ihres *persönlichen* Zugangs und ihre Haltung zu nonverbalen Interaktionen zu verstehen, schien es wichtig, den Werdegang von Frau A nachzuzeichnen (a). Hier ging es neben expliziten Beschreibungen des beruflichen Werdegangs auch um implizite Beschreibungen der Entwicklung der eigenen Haltung.

Durch die bereits vertiefte wissenschaftliche und praktische berufliche Beschäftigung der Thematik war eine hohe Reflexivität und reichlich explizites Wissen über die Thematik zu erwarten (b,d,e,f). Neben der Beschäftigung mit der Literatur führte zudem die Auswertung und damit verbundene Beschäftigung mit Transkripten für eine Forschungsarbeit im Hospizbereich (2020) zu weiteren Fragen der Themenbereiche b,d,e und f. Beispielsweise führte die Beschäftigung mit einem Interview dazu, dass sich die Frage stellte, ab wann die persönliche Identität einer erkrankten Person auflöst bzw. nicht mehr als solche bezeichnet werden kann. Die Unterscheidung zwischen der verbal-sprachlichen Ebene (eine Patient*in kann nicht mehr sprachlich interagieren) und der verbal-logischen Ebene (die kognitiven Fähigkeiten einer Patient*in nehmen ab) interessierten sehr. An dieser Stelle kam die Frage auf, welche subjektive Sichtweise Frau A auf die Situation kognitiv stark beeinträchtigter Menschen hat: Ob diese noch wissen, wenigstens zum Teil, was sie brauchen und ob sie noch Anteil an ihrer Umwelt nehmen können, selbst wenn kein Austausch mehr darüber möglich ist.

Gleichzeitig wurden bewusst narrative Erzählimpulse in das Interview eingebaut, um Situationen zu erheben, in denen nonverbale Situationen eine Rolle spielten, und um an implizite Wissensbestände anzuknüpfen (c). Beispielsweise wurde der Erzählimpuls *„Können Sie mir von besonderen Erlebnissen erzählen, die Sie mit Menschen hatten, die nicht mehr verbal-kognitiv kommunizieren konnten?“* verwendet (s. folgender Abschnitt zum narrativen Interview). Eine genaue Auflistung der Fragen des Leitfadens finden sich im Anhang.

Narrative Interviews

Das von Fritz Schütze (1977) begründete Verfahren des narrativen Interviews, das sich zur Generierung von Stegreiferzählungen eignet (Küsters, 2006), wurde zur Erhebung bei den Interviewpartner*innen B, C, D, E, F und G genutzt. Auch im Leitfaden von Frau A wurde diese Methode angewendet; jedoch war diese in den Leitfaden eingebettet. Die Interviewform versucht „zum Wiedererleben eines vergangenen Geschehens“ (Küsters, 2006, S. 21) zu bewegen und „seine Erinnerung daran möglichst umfassend in einer Erzählung zu reproduzieren.“ (ebd.). Dadurch wird es möglich, an implizite Wissensbestände zu gelangen und auch unangenehme oder heikle Informationen zu erhalten. Gerade für das Erzählen von herausfordernden oder nicht gelungenen nonverbalen Interaktionen bietet diese Interviewform einen geschützte(re)n Rahmen (ebd.).

Die narrativen Interviews waren so konzipiert, dass zunächst der Hintergrund der Interviewpartner*innen abgefragt wurde. Mit der ersten Erzählaufforderung *„Mich würde zunächst interessieren mit wem ich es zu tun habe... Können Sie mir ein bisschen über sich erzählen und mir Ihren beruflichen Werdegang schildern?“* sollte eine Überleitung zur Thematik der nonverbalen Interaktion geschaffen werden. Falls dies nicht klappte, wurden exmanente Nachfragen genutzt, um herauszufinden welche Rolle nonverbale Interaktion im Leben oder

Berufsalltag für die Befragten spielte, beispielsweise: *„Was machen Sie im Moment beruflich? Welche Rolle spielt die nonverbale Interaktion darin?“* Oder: *„In welchem Beruf Ihrer Laufbahn und auf welche Art hat die nonverbale Interaktion eine Rolle gespielt?“*

In einem zweiten Erzählimpuls wurde dann direkt auf Situationen der nonverbalen Interaktion eingegangen: *„Für meine Masterarbeit interessiere ich mich für Interaktionen mit dementen und kranken Menschen, die nicht mehr sprechen können. Können Sie sich an eine Situation erinnern, in der Sie mit einer Person gearbeitet haben, die sich nicht mehr sprachlich verständlich machen konnte und mir davon erzählen? Erzählen Sie gerne von vorne: Wie kam es zu der Situation? Wie hat sich die Interaktion gestaltet? Wie erging es Ihnen in der Situation?“*

Um weitere Situationen zu erfragen, wurden weitere Erzählaufforderungen genutzt:

„Können Sie mir von einer besonders schönen Situation für Sie erzählen?“

„Erinnern Sie sich an eine besonders herausfordernde Situation? Können Sie mir davon erzählen?“

Anpassung der Forschungsfrage

Die zu Beginn der Untersuchung formulierte Forschungsfrage *„Welche spezifische Qualität hat die nonverbale Interaktion zwischen Pflegekräften und Demenz- und Palliativpatient*innen?“* erwies sich nach ersten Auswertungen der ersten vier Interviews (Af, Bf, Cf, Df) als zu unspezifisch und wurde daraufhin spezifiziert. Die ersten Überlegungen zur Thematik waren davon getragen, dass Vorstellungen einer (rein) nonverbalen Interaktion herausfordernd und faszinierend wirkten. Eigene Erfahrungen mit nonverbaler Interaktion (im Kontext von Theater, Musik, Kunst, Meditation), Erlebnisberichte anderer, sowie Literatur über nonverbale Interaktionen, mündeten in der Motivation, sich vertieft damit auseinanderzusetzen. Diese ersten Vorkenntnisse wiesen nonverbaler Interaktion *per se* eine spezifische Qualität zu. Im Verlauf der Auswertung der ersten vier Interviews zeigte sich jedoch, dass nicht *eine* spezifische Qualität in nonverbalen Interaktionen vorkommt, sondern es vielmehr verschiedene Möglichkeiten gibt, diese Interaktionen zu gestalten und sich innerhalb dieser Möglichkeiten verschiedene Qualitäten oder auch Dimensionen ergeben. Diese Überlegungen führten zur bereits vorgestellten Forschungsfrage *„Auf welche Art gestalten Pflegekräfte nonverbale Interaktionen mit Demenz- und Palliativpatient*innen und welche Möglichkeiten und Grenzen zeigen sich dabei? Welche unterschiedlichen Dimensionen gehen mit verschiedenen Gestaltungsformen einher?“*

Durch die veränderte Forschungsfrage wurden die Interviews mit einem neuen und offeneren Fokus betrachtet. Es konnten nun mehr Situationen in die Analyse einbezogen werden und differenzierter analysiert und ausgewertet werden.

Herausforderungen bei der Erhebung und veränderte Stichprobe

Bei der Erhebung des fünften Interviews fiel auf, dass es für Frau E (Altenpflegerin, spezialisiert auf Demenzkranke) schwierig war, sich an konkrete, detaillierte Situationen der nonverbalen Interaktion zu erinnern und auf meinen Erzählimpuls einzugehen. Auch in anderen Interviews hatte sich dieses Problem bereits angedeutet. Es ist zu vermuten, dass Pflegekräfte in Alten-/Pflegeheimen täglich mit sehr vielen Menschen interagieren und es dadurch schwierig für einige ist, einzelne Situationen herauszufiltern und detailliert zu erzählen. Während des Interviews mit Frau E wurde klar, dass es in dieser kurzen Zeit des Interviews für sie nicht möglich sein würde, sich an einzelne Patient*innen zu erinnern. Daraufhin wurde das Interview auf Wunsch von Frau E beendet. Auch in den Interviews mit Herrn G und Frau F zeigten sich diese Probleme, obwohl diese zuvor mit einer E-Mail auf das Interview vorbereitet und über den Fokus der Arbeit informiert und gebeten wurden, sich bereits im Vorfeld einige nonverbale Interaktionen mit Patient*innen in Erinnerung zu rufen.

Auch stellte es sich als problematisch heraus, dass die befragten Professionellen oft aus einer Metaebene heraus erzählten und es sehr schwer war, an konkrete Situationen anzuknüpfen. Zum einen könnte dies auch in der Menge an Interaktionen begründet sein, die zuvor erwähnt wurde, sodass im Interview auf die Metaebene ‚gewechselt‘ wurde, weil dies vermutlich leichter war, als sich an einzelne Fälle zu erinnern. Zum anderen haben Professionelle des Feldes durch ihre berufliche Beschäftigung mit der Thematik vermutlich oft schon eine reflektierte professionelle Metaebene erreicht. Eine weitere Ursache könnte aber auch im Themenfeld der nonverbalen Interaktionen selbst zu verorten sein, was es für die Interviewten schwer machte, über ihre Erfahrungen zu sprechen. Wie bereits im Theorieteil erläutert, finden nonverbale Interaktion größtenteils unbewusst statt. Oft fehlen deshalb die Worte, um zu beschreiben was in bestimmten Situationen vorgefallen ist. Diese Überlegungen sind jedoch nur hypothetischer Art und können im Rahmen dieser Arbeit nicht weiter verfolgt werden.

Durch die Probleme bei der Erhebung der Interviews wurde entschieden, die Interviews von Frau E und F und Herrn G nicht zu verwenden und sich weiter in Kontexten bzw. Institutionen umzusehen, welche weniger Patient*innen zu betreuen und mehr Zeit für Beziehungs- und Interaktionsgestaltung zur Verfügung hatten. Dazu wurde erneut Kontakt zum erwähnten Hospiz aufgenommen, mit der Bitte um Vermittlung an (ehrenamtliche) Hospizmitarbeitende.

Verwendung von bereits erhobenen Interviews im Kontext einer anderen Arbeit

Die Suche nach weiteren Interviewpartner*innen aus dem Hospizkontext stellte sich trotz des bereits bekannten Umfeldes als herausfordernd dar. Begründet waren die Absagen vor allem durch die Corona-Pandemie und dass viele Ehrenamtliche sich in dieser Zeit vermehrt aus ihren Tätigkeiten zurückgezogen hatten (bedingt durch den erschwerten Zugang zu Begleitungen, sowie des eigenen Risikos zu erkranken).

Aus diesem Grund wurde entschieden, die Erhebungen zu verwenden, die mit dem kontaktierten Hospiz bereits in der Forschungsarbeit aus dem Jahr 2020 mit dem Titel „Transformative Bildungsprozesse bei ehrenamtlichen Hospizmitarbeiter*innen“, entstanden waren. Bei jener Arbeit waren vier narrative Interviews mit ehrenamtlichen Hospizmitarbeitenden erhoben worden, die auf Situationen in der ehrenamtlichen Sterbebegleitung abzielten. Mithilfe des Erzählimpulses *„Sie sind ja jetzt schon eine Weile bei der Hospizgruppe aktiv. Können Sie mir erzählen, wie Sie hierher kamen und was Sie in der Zeit bis jetzt in der Sterbebegleitung erlebt haben?“* wurden einige Erzählungen über (nonverbale) Interaktionssettings erhoben, die auch für diese Arbeit von Bedeutung sind. Zudem stellte sich heraus, dass auch beschriebene verbale Interaktionen aufschlussreich waren, da diese oft als Gegenhorizonte dienten und dadurch besser verstanden wurde, was in den nonverbalen Interaktionen geschah (oder auch nicht geschah und zu Problemen führte).

Die Gruppe der Befragten waren ausschließlich ehrenamtliche Hospizhelfer*innen, welche zwar eine einjährige Ausbildung absolviert hatten und regelmäßig Sterbende begleiteten, aber weit entfernt vom Arbeitsumfang einer Person aus den Pflegeprofessionen waren. Dies erfüllte das Kriterium, das zuvor durch die besagten Problematiken festgelegt worden war. Das folgende Schaubild zeigt den genauen Ablauf des Samplings. Im Anschluss findet sich eine Übersicht über die Art der verwendeten Interviews.

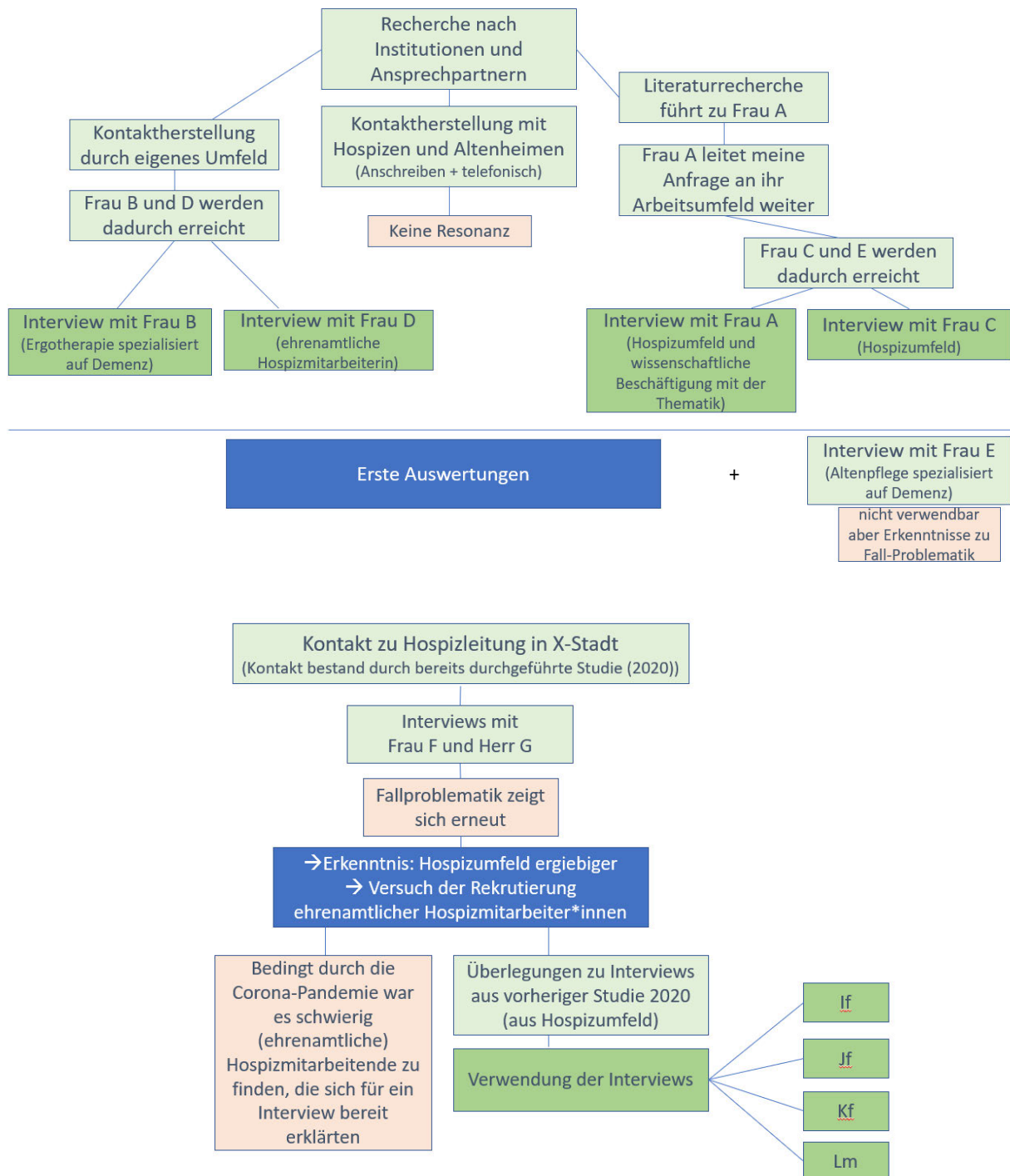


Abb. 9: Sampling

Interviewpartnerinnen	Art des Interviews
Af	Leitfadeninterview
Bf, Cf, Df	Narratives Interview 2021
If, Jf, Kf, Lm	Narratives Interview 2020

Abb. 10: Für die Auswertung verwendete Interviews

Transkription

Die vier erhobenen Interviews (2021) wurden mit der Transkriptionssoftware f4 transkribiert, während für die bereits erhobenen Interviews (2020) diese Software nicht oder nur teilweise vorlag. Auch die Transkriptionssysteme unterscheiden sich geringfügig voneinander, da für die Forschungsarbeit aus dem Jahr 2020 nicht so präzise transkribiert wurde.

Für die Erhebung 2021 wurden folgende Überlegungen zum Transkriptionssystem gemacht: „Die Anfertigung eines Transkripts wird ... zu einem Dilemma zwischen realistischer Situationsnähe und praktikabler Präsentations-, ja eigentlich Kompressionsform. Die Schwierigkeit beim Transkribieren besteht also darin, diese Diskrepanz zu erkennen und bestmöglich gegenstandsangemessen zu bewältigen (Dresing & Pehl, 2017, S.16).

In Anbetracht der verschiedenen Transkriptionssysteme wie GAT (Dittmar, 2009), HIAT (Ehlich & Rehbein, 1976), TiQ (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014) oder dem Semantisch-inhaltlichen Transkriptionssystem (Kuckarz et al., 2008) (nach Dresing & Pehl, 2017), wurde überlegt, welches der Systeme für eine Auswertung mit der Grounded Theory und zur Beantwortung der Fragestellung angemessen ist. Hilfreich waren Überlegungen von Dresing und Pehl (2017), sowie Przyborski und Wohlrab-Sahr (2014), welche folgende Fragen ergaben:

Mithilfe welches Transkriptionssystems können die gewonnenen Daten so dargestellt werden, dass sie sinnvoll und gegenstandsangemessen mit der gewählten Methode ausgewertet werden können? Welche Informationen sind unverzichtbar und welche Verzerrungen können in Kauf genommen werden?

Eine reine Abschrift und Glättung der Audiodatei schien nicht geeignet und zu reduziert. Eine hochaufgelöste und detaillierte Transkription macht hingegen das Material nur schwer zugänglich und ist auch aus ökonomischen Gründen für die Auswertung mit der Grounded Theory, welche sich nicht auf einzelne Textabschnitte konzentriert, sondern das gesamte Transkript nutzt, nicht geeignet. Da dennoch Intonationen und Stimmungen eine bedeutsame Rolle spielen, um die Vorgänge während nonverbalen Interaktionen ausreichend zu verstehen, wurde in Anlehnung an den Transkriptionsvorschlag von Przyborski und Wohlrab-Sahr (2014) (TIQ) transkribiert, welcher einen ‚Mittelweg‘ zwischen hochauflösenden und glättenden Verfahren darstellt. TiQ steht als Kurzform für „Talk in Qualitative Social Research“ und hat sich für

Forschungsvorhaben mit rekonstruktiven Methoden bewährt. (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014). Die Transkriptionsregeln finden sich im Anhang.

4.3 Auswertungsmethodik

Die Auswertung wurde mit der Methodik der Grounded Theory vorgenommen. Da schon in den ersten sechs Wochen die ersten vier Interviews geführt und transkribiert worden waren, konnte Datengewinnung, Datenanalyse und Theoriebildung gut miteinander verzahnt werden (Strübing, 2013). Wichtig, so betont Strübing, ist der Wechsel zwischen systematischem Materialbezug und der „kreativen Neuschöpfung von Zusammenhängen im und Perspektiven ... auf das Material“ (S.113), wobei der argumentative Bezug zum Material stets bestehen und intersubjektiv nachvollziehbar sein sollte. Dem wird versucht mit der folgenden Darstellung der Auswertung Folge zu leisten.

Theorieentwicklung durch Finden und in Bezug Setzen von Konzepten und Kategorien

Ziel der Auswertung ist es, das Datenmaterial zu strukturieren und zu einer gegenstandsbezogenen Theorie zu gelangen (Mey & Mruck, 2011). Als „systematische Strategie der interpretativen Materialanalyse“ (Strübing, 2013, S. 118) gilt in der Grounded Theory das Kodieren. Die Auswertung erfolgt in einem iterativen Prozess, in welchem die Kodiervorgänge offenes, axiales und selektives Kodieren miteinander verschränkt werden (Mey & Mruck, 2011; Rosenthal, 2011). Beim *offenen Kodieren* wurden sowohl natürliche Codes (in-vivo-Codes) als auch soziologisch konstruierte Codes vergeben (Mey & Mruck, 2011). Auch fielen im Sinne einer minimalen und maximalen Kontrastierung Gemeinsamkeiten und Abweichungen zu anderen Codes auf (Strübing, 2013). Dies diente dem Verdichten von abstrakteren Konzepten, die sich aus den (noch näher am Material gelagerten) Codes heraus entwickelten (Muckel, 2011). Die Grounded Theory ist nach Glaser (1965) als eine „Methode des ständigen Vergleichens“ (zit. nach Strübing, 2013, S.114) zu sehen.

Folgende Abbildung zeigt, wie zunächst offene Codes im Transkript von Af gebildet wurden.

Nr	Kode	Zeilen
28	Fallbeschreibung 2 (Patientin Af2): junge Frau mit Hirntumor, die nicht mehr spricht	237-240
29	Eingangsimpuls Af2	240
30	nonverbale Synchronisation Af	243
31	Spiegeln durch Töne, Malen Af	244-245
32	Berührung und Anschauen von Af durch Af2	246
33	Blickverhalten Af2	246
34	Interpretation des Blicks Af	247
35	Übersetzung des Blicks in Sprache Af	248-249
36	verbale Antwort Af2	250
37	nonverbales Verhalten, das Trauer ausdrückt & verbale Aussage, die dies bestätigt	255
38	verbales Spiegeln Af	257
39	spontaner Einfall einer Handlung zur Emotionsverarbeitung von Af2	259-260
40	nonverbales Zustimmung	260
41	Af & Afs führen Handlung zusammen aus	261-263

Abb. 11: vergebene Codes am Beispiel des Transkripts von Frau A (Af)

Daraufhin wurden übergeordnete Konzepte und Kategorien gesucht. Dies zeigt die folgende Tabelle.

26	Aufgabe von Pflegekräften: nonverbale Signale wahrnehmen und darauf angemessen reagieren"Und in diesem Dialog herauszufinden was für ihn jetzt passt"	199-203	Zugang finden
27	eigene Ideen zurückstellen nötig, Einstellen auf den anderen	207-209	Auf Ebene des Patienten begeben/ Anpassen an Kommunikationsniveau
28	Fallbeschreibung 2 (Patientin Af2): junge Frau mit Hirntumor, die nicht mehr spricht		
29	Eingangsimpuls Af2	240	
30	nonverbale Synchronisation Af	243	
31	Spiegeln durch Töne, Malen Af	244-245	
32	Berührung und Anschauen von Af durch Af2	246	Improvisierte Interaktion
33	Blickverhalten Af2	246	
34	Interpretation des Blicks Af	247	
35	Übersetzung des Blicks in Sprache Af	248-249	
36	verbale Antwort Af2	250	
37	nonverbales Verhalten, das Trauer ausdrückt & verbale Aussage, die dies bestätigt	255	
38	verbales Spiegeln Af	257	
39	spontaner Einfall einer Handlung zur Emotionsverarbeitung von Af2	259-260	
40	nonverbales Zustimmung	260	
41	Af & Afs führen Handlung zusammen aus	261-263	
42	Erklärung/Metaebene: manchmal scheinbar absurde Handlungen zur Gestaltung von Interaktionen	265	ungewöhnliche Methoden/Zugang finden
43	anderen ernst nehmen wichtig in Interaktionen mit Patient*innen	266	
44	Beziehungsraum entsteht, wenn man mit Patient*innen teilt was sie tut-->gleiche Ebene	267-268	
45	nicht nur Beziehungsraum zwischen Menschen, sondern auch Zugang zu sich selbst wird geschaffen (Patientin)	268	nonverbale/nicht kognitive Beziehungs- räume als Bewältigungsmöglichkeit existenzieller Herausforderungen
46	Af ist oft erstaunt über das was sie bewirkt hat "Das hab ich nicht geta:n ich habs einfach nur ich hab so einen Raum gestaltet das kann ich tun"	273-274	Selbstwirksamkeit

Abb. 12: Der Prozess der Entwicklung von Konzepten und Kategorien am Beispiel Af

Das Schreiben von ‚Memos‘ (Strübing, 2013), ein wichtiger Bestandteil der Grounded Theory, nahm in dieser Arbeit einen großen und wichtigen Teil ein. ‚Memos‘ sind theoretische und methodische Notizen, die während des Forschungsprozesses formuliert werden und somit die Theoriebildung dokumentieren (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014).

Nach geführten Interviews, während der Beschäftigung mit dem Material und an vielen anderen Stellen wurden Memos angefertigt. Diese enthielten beispielsweise Anmerkungen über Verknüpfungen zur Theorie oder Auffälligkeiten in Bezug auf andere Interviews.

Beispiel Memo 1 – generelle Gedanken während der Erhebung

“Transkription” von Norbert Dittmar

Wenn also das Sprechen so wesentlich ist; wir sprechen um uns die Zeit zu vertreiben, um aktiv zu sein, um unsere soziale Identität auszudrücken und zu festigen und wir nutzen sie als basales Kommunikationsmittel – was bleibt dann noch, wenn wir sie nicht mehr haben?

Und während meiner Arbeit *spreche* ich mit Menschen. Ich spreche mit Ihnen darüber wie es ist *nicht* zu sprechen. Ich spreche mit ihnen und ich zeichne ihre Sprache auf, ich lasse sie schwarz auf weiß erscheinen („warum wir Stimmen gerne schwarz auf weiß sehen möchten“ (Dittmar, S.5)), ich analysiere sie. Ich analysiere ihre verbale Beschreibung von etwas *nicht* Verbalem. Ist das nicht paradox?

Können wir mit unserer Sprache überhaupt beschreiben was nicht sprachlich passiert? Können wir diese Komplexität überhaupt sprachlich erfassen? Sind wir an genau diesem Punkt nicht sprachlos?

Beispiel Memo 2 im Kontext des Transkripts von Af

Fall 2 Af ^wBezug zu IMAS Studie:

Improvisierte Interaktion – Improtheater – Ja Sagen – Ping-Pong

Gerade das permanente Vergleichen von Daten und die daraufhin angefertigten Memos führten zum Finden von Konzepten und Kategorien. Folgende Tabelle zeigt beispielhaft Kategorien und zugehörige Konzepte, welche aus den Codes und Konzepten des Transkripts von Af weiterentwickelt wurden.

Kategorie	Konzepte
nonverbale Interaktionskompetenz	Wahrnehmen von nonverbalen Signalen "Wachsein" Signale kennen und umsichtig deuten Angemessen Reagieren (Sensitive Responsivität) Flexibilität und Anpassung Einstellen auf Kommunikationsbeeinträchtigung Zugang suchen/auch ungewöhnliche Methoden immer wieder neue Zugänge finden Elemente einer improvisierten Interaktion eigene Bedürfnisse zurückstellen eigene Expertise
Haltung	Prozessgedanke: Interaktion als Prozess sehen Prozessgedanke: eigene Weiterentwicklung Ergebnisoffenheit Gelassenheit 50/50 Freiheit des Anderen Subjektorientierung eigene Bedürfnisse zurückstellen
Umgang mit Herausforderungen	Rückgriff auf Teamkompetenz Supervision psychotherapeutische Kompetenz Bewusstmachen des Zustandes der Patientin, Wachsein für eigene Bedürfnisse, Reflexivität

Abb.13: Kategorien und Konzepte am Beispiel Af

Das Finden von Zusammenhängen ist besonders beim *axialen Kodieren* zentral. Mithilfe des sogenannten ‚Kodierparadigmas‘ werden Phänomene untersucht auf ihre Ursachen, Kontexte, zusätzliche intervenierende Bedingungen, Handlungsstrategien von Akteuren und Konsequenzen der Handlungen der Akteure (Mey & Mruck, 2011; Rosenthal, 2011). In der Auswertung des untersuchten Materials wurde beispielsweise das nonverbale Interaktionsverhalten abhängig von bereits bestehenden Beziehungsverhältnissen untersucht.

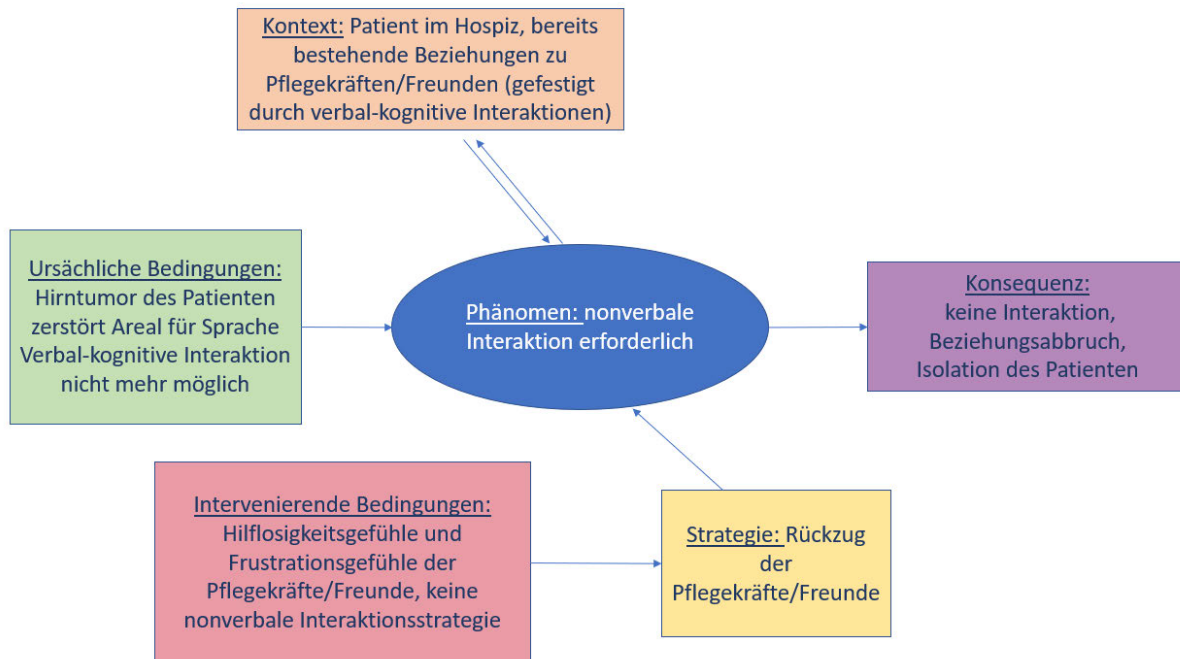


Abb. 14: Analyse der nonverbalen Interaktion zwischen Patient und Pflegekräften bei vorheriger Beziehung (herausgearbeitet aus den Transkripten Cf und Lm) mithilfe des Kodierparadigmas nach Strauss 1991 (nach Mey & Mruck, 2011, S.40)

Mit dem *selektiven Kodieren* werden die zuvor gebildeten Konzepte und Kategorien in einen größeren Zusammenhang eingebettet. Unter dem maßgeblichen Aspekt der Reduktion und der Fokussierung werden eine oder mehrere zentrale Kernkategorien (auch: Schlüsselkategorien) ausgewählt, welche für die Forschungsfrage relevant sind (Muckel, 2011). Nun beginnt eine Art ‚Re-codieren‘: Im Sinne der ausgewählten Kernkategorie werden die erarbeiteten Konzepte und Beziehungen zwischen den Konzepten noch einmal betrachtet (Strübing, 2013). Beziehungen zwischen Konzepten werden „validiert und Strukturmuster aufgedeckt“ (Muckel, 2011, S.325). Gegebenenfalls werden Codes und Konzepte überarbeitet und auf die neue analytische Perspektive hin justiert (Strübing, 2013). „Die Schlüsselkategorie wird jetzt zur Richtschnur für Theoretisches Sampling und Datenerhebung. Der Forscher sucht nach Bedingungen, Konsequenzen usw., die in Bezug zur Schlüsselkategorie stehen, indem er nach dieser kodiert“ (Strauss 1991/1987, S.63, zit nach Strübing, 2013, S.122). Nach dem selektiven Kodieren sollten die Konzepte stärker auf die Forschungsfrage ausgerichtet und ein „höheres Maß an Konsistenz“ (ebd. S.123) besitzen als nach dem axialen Kodieren.

Dies wird in der folgenden Abbildung beispielhaft gezeigt. Wiederaufgegriffen finden sich: Die Kategorie ‚improvisierte Interaktion‘ Afs mit Af2 aus der offenen Kodierung und Kategorienbildung aus Abb. 10 und Abb. 11 und die Beziehungsabbrüche, welche sich in Transkripten von Cf und Lm zeigten und in Abb. 13 mithilfe des axialen Kodierens analysiert wurden. Zusätzlich wurden die Transkripte von Bf und Df bzw. ihre Konzepte und Kategorien miteinbezogen.

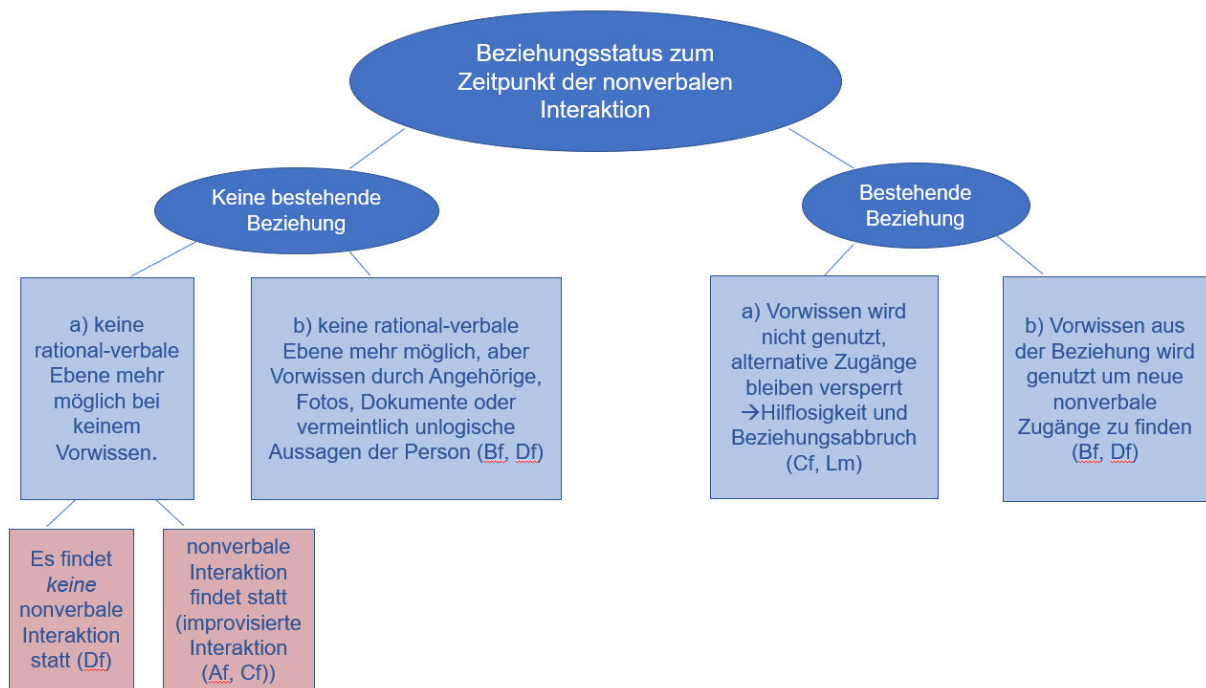


Abb. 15: Zusammenhänge zwischen Konzepten und Kategorien mithilfe von selektivem und axialem Kodieren (unter Zuhilfenahme von minimaler und maximaler Kontrastierung)



Abb. 16: Weiterentwicklung des Schemas aus Abb. 15

Anmerkung zur theoretischen Sättigung und zur Theoriebildung

Im Rahmen dieser Arbeit wurde, soweit möglich, ein theoretisches Sampling mit dem Ziel einer theoretischen Sättigung und Theoriebildung vorgenommen; jedoch schlägt Dey (1999) vor,

eher von einer „theoretischen Hinlänglichkeit“ zu sprechen und Breuer (1999) möchte lieber von einer „Theorie Skizze“ sprechen (nach Mey & Mruck, 2011), „da in vielen (Qualifikations-) Arbeiten das Kriterium der „theoretischen Sättigung“ nicht erreicht und die notwendige Variation mittels Theoretical Sampling nicht ausgeschöpft werde, sodass es zur „Modell-Bewährung und Präzisierung“ de facto weiterer Fälle bedürfe“ (ebd., S.29).

Herausforderungen bei der Auswertung

Im zirkulären Prozess der Forschung - insbesondere während der ersten Datenauswertungen - stellten sich immer wieder neue Sichtweisen auf theoretische Aspekte ein und es gab einige Definitionen vorzunehmen und offene Fragen zu klären. Während des offenen Kodierens kam beispielsweise die Frage auf, welche der berichteten Interaktionen tatsächlich als Interaktion zu verstehen ist. Gilt bspw. „einfach nur da sein“ auch als nonverbale Interaktion, auch wenn das Gegenüber dies schon nicht mehr sichtbar mitbekommt und interaktiv darauf reagiert? Muss eine Berührung stattfinden? Muss es Blickkontakt geben? Gerade im Feld der Palliative Care herrscht oft Unsicherheit, ob und was die Patient*in noch von ihrer Umgebung mitbekommt, und inwiefern sie darauf interaktiv reagiert.

Um alle mir präsentierten Dimensionen der nonverbalen Interaktion ausschöpfen zu können, wurde entschieden, dass nonverbale Interaktion - entgegen der Annahme, dass Interaktion einen für Außenstehende *sichtbaren* wechselseitigen Bezug darstellt - in dieser Arbeit schon an der Stelle beginnt, wo sich zwei Personen in einem Raum aufhalten und mindestens eine Person eine Interaktion wahrnimmt oder mit der Intention der Interaktion zu der anderen Person kommt. An dieser Stelle gewinnt der Begriff der Begegnung an Wichtigkeit, sowie unterschiedliche Interaktionsqualitäten. Martin Buber hält beispielsweise das „mitteilende Schweigen“ (1929) für eine Interaktionsart in der eine Ich-Du-Begegnung stattfinden kann. An dieser Stelle ist auch der Begriff der Begegnung hervorzuheben, der von Buber genutzt wird. Laut Rahm und Kolleg*innen (1999) kann Begegnung als eine kurze, aber emotional intensive Interaktion gefasst werden (nach Schäfter, 2010).

Entwickelte Theorieskizze

Im Verlauf der Theorieentwicklung mithilfe der drei Kodierarten entwickelte sich das folgende Schema mit theoretischen Konzepten, welches die Komponenten nonverbaler Interaktionen und ihre Bezüge untereinander darstellt. Es soll veranschaulichen welche Faktoren auf nonverbale Interaktionen einwirken und ist für das Verständnis der Auswertung von Bedeutung, welche im nächsten Kapitel folgt. (Anmerkung: Da der „Grad des Einlassens“ auf die Interaktion maßgeblich beeinflussend wirkt und mit vielen weiteren Komponenten verknüpft ist, wird er hier farblich hervorgehoben.)

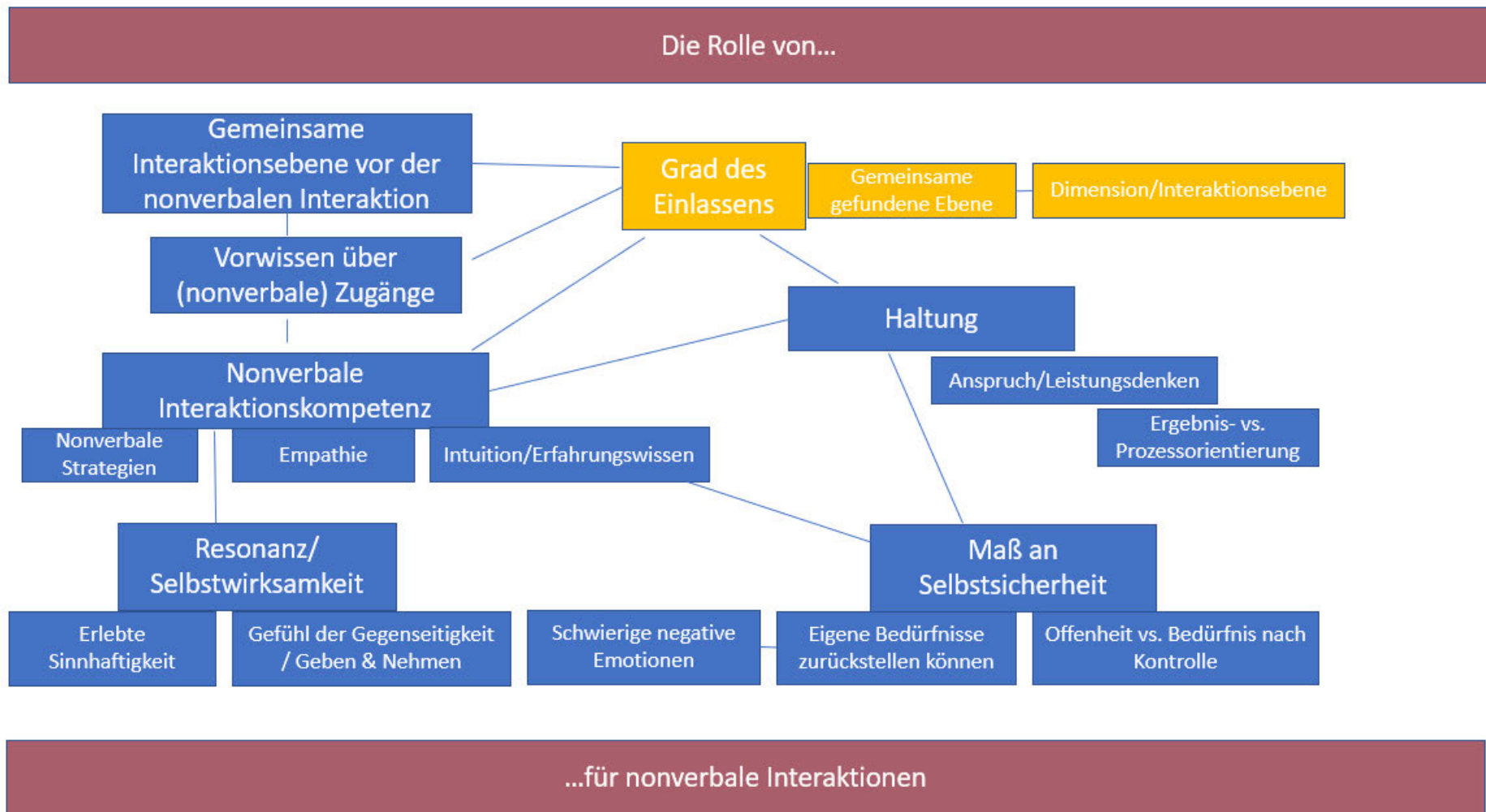


Abb. 17: *Komponenten nonverbaler Interaktionen*

Erklärung der Skizze

Es kristallisierten sich während der Auswertung einige zentrale Komponenten in nonverbalen Interaktionen heraus, welche ihr Gelingen oder Scheitern und die erlebte Interaktionsdimension beeinflussen. Insbesondere der *Grad des (emotionalen) Einlassens*, welcher hier farblich hervorgehoben ist, spielt eine essenzielle Rolle bei der *erlebten Dimension*. Auch ist die *Interaktionsebene* zwischen Pflegekraft und Patient*in davon beeinflusst, wieweit sich beide Interaktionspartner sich emotional auf die Interaktion einlassen. Mit Einlassen ist auch ein Vertrauen und ‚Fallenlassen‘ gemeint, und inwiefern man sich ‚schützen‘ muss. Dies ist mit der eigenen Haltung und dem eigenen Maß an Selbstsicherheit verknüpft. Eine Person, die sehr unsicher ist, ein hohes Bedürfnis nach Kontrolle aufweist und eine Ergebnisorientierung zeigt, lässt sich emotional eher weniger tief ein als eine Person mit einem höheren Maß an Selbstsicherheit und einer offenen und prozessorientierten Haltung. *Vorwissen* oder eine *gemeinsame Interaktionsebene* vor der nonverbalen Interaktion, welche zu Vertrauen führt, kann den Grad des Einlassens positiv beeinflussen, ebenso wie eine *nonverbale Interaktionskompetenz*, die zu mehr *Selbstsicherheit* und *Kompetenzerleben* führt. Zudem führt eine *nonverbale Interaktionskompetenz*, welche auch die Fähigkeit zu *Empathie* beinhaltet, häufig zu *Resonanz- und Selbstwirksamkeitserlebnissen*. Die Interaktionen werden *sinnhafter erlebt* und es stellt sich eher ein *Gefühl von Gegenseitigkeit* ein. *Schwierigen negativen Emotionen* kann mit einem höheren *Maß an Selbstsicherheit* und *Erfahrungswissen* leichter begegnet werden und so wiederum zu *Selbstwirksamkeitserlebnissen* führen.

5 Ergebnisse

Entgegen der Annahme zu Beginn des Forschungsprozesses, dass nonverbale Interaktionen zwangsläufig zwischen Pflegekräften und Demenz- und Palliativpatient*innen stattfinden, war eine wichtige Erkenntnis im Auswertungsprozess, dass nonverbale Interaktionen keineswegs selbstverständlich durch die Expertise von Fachkräften möglich werden, sondern häufig scheitern. Dies kann an versperrten Zugängen oder an mangelnden nonverbalen Gestaltungsmöglichkeiten während den Interaktionen liegen. Während der Auseinandersetzung mit dem Transkriptionsmaterial zeigte sich, dass zur Gestaltung nonverbaler Interaktionen zunächst ein *Zugang* zu den Patient*innen gesucht werden muss (s. auch Abb. 16), was mitunter nicht einfach ist. Zugänge zu finden, bedeutet insbesondere eine *gemeinsame Interaktionsebene* zu finden, an der beide Interaktionspartner beteiligt sind.

„... *ich musste irgendwie finden was ich für einen Zugang zu ihr find und das fand ich wirklich tatsächlich sehr schwer wenn die Sprache fehlt. Da scheidet einfach viel aus. ... Wo finden wir uns da?“ (Bf3, 605-608)*

Die gefundenen *Zugänge* hängen eng mit der *Gestaltung der nonverbalen Interaktion* zusammen und diese wiederum mit den beschriebenen *Dimensionen nonverbaler Interaktion*.

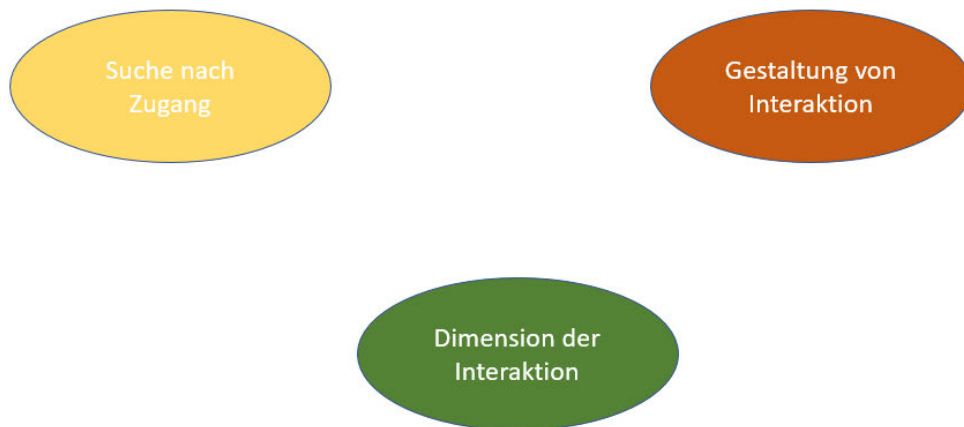


Abb.18: Die drei untersuchten übergeordneten Komponenten nonverbaler Interaktionen

Im Folgenden sollen geschilderte nonverbale Interaktionen (siehe Definition im Kapitel „Herausforderungen bei der Auswertung“) auf ihren Zugang, ihre Interaktionsgestaltung und damit verbundene Dimensionen untersucht werden. In Kursiv finden sich (neben den längeren Zitaten der Transkripte) die in Abb. 17 dargestellten Kategorien und gebildeten Unterkategorien, die während der Analyse des Materials bedeutsam wurden. Gegliedert sind die aufgegriffenen Interaktionen zum einen nach gelungenen und nicht gelungenen *Zugängen*, zum anderen nach der Kategorie „*Grad des Einlassens*“ (s. Abb. 17), womit ein emotionales Einlassen auf eine Interaktion gemeint ist - was sich wiederum auf die *Dimensionen* nonverbaler Interaktionen bezieht. Hierbei findet sich auch eine Orientierung an Bubers Ich-Du und Ich-Es Dimension, wobei die Ich-Du Dimension eine andere und tiefere Art des emotionalen Einlassens erfordert, als die Ich-Es Dimension (s. Kapitel „*Beziehungsdimensionen nach Martin Buber*“). Zu Beginn werden demnach Situationen und Interaktionen vorgestellt, die eher einen schwächeren Grad des emotionalen Einlassens beinhalten, gegen Ende hingegen wird der Grad emotionalen Einlassens höher. Ein höherer Grad emotionalen Einlassens geht häufig mit einer erlebten gesteigerten *Intensität* der Interaktion einher. Trotz dieser Staffelung und Bubers binärer Gegenüberstellung der Dimensionen soll keine Wertung in den verschiedenen Ebenen des Einlassens enthalten sein, sondern vielmehr graduelle Unterschiede aufgezeigt werden.

Wie viele verschiedene Möglichkeiten und Dimensionen nonverbaler Interaktion auftreten können und wie individuell dies jeweils ist, veranschaulicht ein Zitat von Cf:

„Dann fühlen die Menschen sich ein Stück weit aufgehoben und ähm ja können dann so nach ihren:: äh:: Befinden fallen lassen also soweit es für sie möglich ist eben (.) das geht für den einen mehr für den anderen weniger“ (Cf, 925-927)

Cf spricht hier von den Pflegekräften, welche den Rahmen für die Patient*innen bieten, um Sicherheit und Geborgenheit zu empfinden. Innerhalb dieses Rahmens entscheidet dann jede

Patient*in, inwieweit sie sich auf die Interaktion einlassen kann und möchte. Bf erwähnt zudem die Abhängigkeit von den Fähigkeiten und dem Grad des Einlassens der Pflegekraft. Es treffen zwei Individuen aufeinander, die (mehr oder weniger aktiv und bewusst) entscheiden auf welcher Ebene sie sich mit ihrem Gegenüber einlassen können und wollen:

„Ja das muss find ich muss gar nicht jeder können ne? Da hat jeder so auch seine (.) Fähigkeiten und und Möglichkeiten. Ja! Und das macht natürlich einen Unterschied für die Menschen wer da auf sie trifft.“ (Bf, 263-265)

Diese Vielfalt an verschiedensten Möglichkeiten aufeinander zuzugehen, miteinander zu interagieren und sich auf die andere Person auf einer bestimmten Ebene einzulassen, kann als spezifische reichhaltige Qualität von Interaktionen gesehen werden, welche immer wieder aufs Neue Erfahrungen und Herausforderungen für Pflegekräfte und Patient*innen bedeuten.

Im Folgenden werde ich mich zunächst auf drei Beispiele für Zugänge konzentrieren, die nicht geglückt sind und die Gestaltung einer nonverbalen Interaktion nicht oder nur bedingt möglich machte. Auch dies kann, wie in den Beispielen ersichtlich wird, mit Haltungen und Dimensionen beider Interaktionspartner zusammenhängen – neben der schlichten Tatsache, dass es nicht möglich war auf einen ‚gemeinsamen Nenner‘ zu kommen oder als Pflegekraft erkannt zu haben, mit welcher Art von Kommunikation die Patient*in erreicht werden kann. Daran anschließend sollen geglückte Zugänge – wenn auch mitunter unter herausfordernden Bedingungen – geschildert werden, welche dann zu Interaktionen führten. Auch hier schließt sich eine Analyse der Dimension dieser Interaktionen an. (Anmerkung: Die Fallbeispiele wurden in den Transkripten nummeriert, sodass sich für jeden Fall ein Kürzel ergibt. Der zweite geschilderte Fall im Transkript Cf ist somit mit Cf2 bezeichnet.)

5.1 Verspernte Zugänge

Keine nonverbale Interaktionsstrategie

Es kann vorkommen, dass Zugänge verspernt bleiben, weil die Pflegekraft keine *nonverbalen Interaktionskompetenzen* besitzt bzw. anwendet. Die erlebte Hilflosigkeit in solchen Interaktionen führt häufig zum Abbruch der Interaktion. Df, ehrenamtliche Hospizmitarbeiterin, schildert eine hospizliche Begleitung, in welcher sie nicht weiß, wie sie auf die Patientin zugehen soll:

„... also es war die:: ei eine Person das war im Altersheim und die lag wirklich nur noch im Bett und man sitzt daneben und das Problem ist für mich jetzt ... wenn du nicht viel weißt über die Person. Ja? Also: äh dann dann (.) hoffst du eigentlich nur dass du über diese:: Anwesenheit dass das der andere merkt dass er nicht alleine ist (.)... und dann (.) fand ich das wirklich schwierig ja wenn ich nichts über die Person weiß. Das hab ich dann nicht so gern gemacht.“ (Df1, 35-43)

Auf meine Rückfrage ob sie die Frau dennoch begleitet hat, antwortet Df:

*„Ja weil es war ich war eingeteilt (.) und hab eben die Stunden abgesehen sag ich mal ...“
(Df1, 35-48)*

Es zeigt sich in der Beschreibung, dass Df keine *nonverbale Interaktionsstrategie* kennt bzw. in diesem Fall nicht anwendet, um mit der Patientin in Kontakt zu kommen. Sie sitzt zwar neben dem Bett der Patientin, aber sie beginnt keine Interaktion. Sie fühlt sich hilflos und unwohl, aber weil sie sich in ihrer Rolle als ehrenamtlich Hospizbegleiterin verpflichtet fühlt, bleibt sie dennoch sitzen. Es spiegelt sich in der Beschreibung sowohl explizit („Das hab ich dann nicht so gern gemacht“) als auch implizit, insbesondere durch das Verb „absitzen“, dass diese Zeit nicht erfüllend für sie ist, sondern langwierig und unangenehm. Die Beschreibung der Situation ist für einen kurzen Moment konkret (Z.35) und geht dann in eine Metaebene über; es findet eine Distanzierung statt, was sich durch die Verwendung der Pronomen „man“ und „du“ zeigt. Die Patientin wird nicht mehr als Gegenüber beschrieben, sondern es wird in einer verallgemeinernden Art und Weise gesprochen. Dies drückt auch das erlebte Verhältnis zur Patientin aus, zu der nach dem gescheiterten Zugang zur Interaktion keine emotionale Nähe besteht. Es ist in dieser Begleitung schlichtweg kein Interaktionsraum entstanden, durch den es eine emotionale Reaktion geben könnte. Lediglich die Enttäuschung über die ausbleibende Interaktion und das Zurückgeworfensein auf die Hoffnung, dass die Patientin dennoch merkt, dass sie nicht alleine ist, bleibt in Erinnerung.

Zudem erwähnt Df, dass weil sie nichts über die Patientin weiß und sie nicht kennt, eine Interaktion schwer fällt. So ist ihre Vermutung, dass *Vorwissen* ihr bei nonverbalen Zugängen hilfreich sein könnte. Sie schildert in einer anderen Situation wie sie neben einer Patientin (Df2) saß, welche oft nach ihrer Mutter gerufen habe und von der sie einige biographische Hintergründe über andere Pflegekräfte erfahren habe.

„da hab ich mich in diese Ecke wo eben ihr nichts passieren konnte einfach dazugesetzt und hab äh hab sie dann gestreichelt oder hab irgendwie beruhigend auf sie eingeredet oder einfach nur da war ich nur da. Und das fand ich dann (.) äh einfacher weil ich mir dann einfach so Gedanken über die Person gemacht hab also wie schwers die wohl gehabt hat und wo sie jetzt äh sich wohl befindet und dass sie das alles nochmal durcherlebt.“ (Df2, 62-67)

Diese Situation wird von Df als sinnhafter erfahren, da sie sich *empathisch* in die Situation der Patientin versetzen kann und so (zumindest für sich) Anteil nehmen kann an ihrem Leiden. Auch kann Df tatsächlich tätig werden. Die Patientin bietet mehr Interaktionsfläche, da sie unruhig ist und bei Df den Impuls auslöst, sie zu beruhigen. Über nonverbale und verbale Strategien versucht sie so in Interaktion mit ihr zu treten. Dennoch scheint eine Interaktion im Sinne einer Wechselseitigkeit zwischen Pflegekraft und Patientin auch hier nicht zustande zu

kommen, sondern nur Handlungsweisen die der Beruhigung der Patientin dienen sollen. Wir erfahren nicht wie die Patientin darauf reagiert. Dies passt jedoch auch zu den weiteren Schilderungen Dfs, in welchen deutlich wird, in welchen Haltungen Df ihre Begleitungen angeht. Wissen über die Person spielen für sie eine große Rolle, ebenso wie Anweisungen, da sie sich oft unsicher fühlt, was die Patient*innen brauchen und wie sie mit ihnen in Interaktion treten kann (*Maß an Selbstsicherheit*).

„wenn man dann was für den anderen tun kann also dass er gesagt hat oder mir wurde gesagt also äh ich kann ihm dann irgendwie eine Suppe machen oder irgendwie Brot kann ich ihm geben und dann aber auch was wichtig ist dass man so eine Anweisung hat“ (Df4, 198-201)

Dies hängt vermutlich auch mit mangelnden Fachkenntnissen zusammen, welche sie als ehrenamtliche Hospizmitarbeiterin kaum haben kann. Jedoch spiegelt sich in diesem Zitat wie auch dem vorangegangenen eine *ergebnisorientierte Haltung*, der Drang zu helfen, und vor allem in ihrem Erleben *sinnvoll zu helfen* wieder. In den zitierten, wie auch in anderen Situationen erscheint Df unsicher, fühlt sich hilflos und hat kaum *Selbstwirksamkeitserlebnisse*. Ihr Bedürfnis nach Sicherheit und *Kontrolle* ist ausgeprägt; sie wünscht sich Resonanz und längerfristige Beziehungen, insbesondere mit (zuerst) verbalen Anteilen und Gemeinsamkeiten. Im Fall Df4 gab es zunächst eine verbale Ebene zum Patienten und eine Gemeinsamkeit wurde gefunden:

„weil er früher in Tschechien gelebt hat oder aufgewachsen ist ja und damit konnte ich so einen Einstieg zu ihm finden. (Anmerkung: Df hat vor einigen Jahren selbst ein paar Jahre in Tschechien gelebt, da ihr Mann geschäftlich dort war)“ (Cf4, 191-194)

Durch die Vorerfahrungen in Tschechien, die beide hatten, und den Austausch darüber, konnte sich eine Beziehung und Sympathie entwickeln. Die Begleitung des Patienten war bedeutsam für Df; sie fühlte sich emotional involviert (vgl. 206-208). Als der Patient nicht mehr sprechen konnte, war dies im Vergleich zum ersten Fall Df1, kein Problem, und sie konnte einfach am Bett sitzen und schweigen: *„ich kann das eigentlich auch schon gut dass ich sag ich brauch dann einfach nichts.“ (Cf4,248).*

Sich von der rational-verbalen Ebene zu lösen und Verständnis für aus ihrer Sicht unlogische und irrationale Handlungen und Emotionen aufzubringen, fällt Df schwer.

„Ich war dann auch einmal mit ihr im Breuningerland da hat uns jemand hinggebracht und sie hat dann eingekauft ohne Ende wo man auch gedacht hat Ah: warum kauft sie jetzt so viel Zeug? ja? Also auch also dieses zu versuchen nicht übergriffig zu werden“ (Df3, 134-137)

„Aber schwierig fand ich einfach dieses dass also wenn man dann so dass ich dann so sauer wurde eigentlich auch auf sie dass sie so (.) unbelehrbar war“ (Df3, 170-171)

Das Beispiel zeigt, dass für Df schwierig ist, sich auf die Situation der Patientin emotional einzulassen. Für sie steht nach wie vor logisches Handeln im Vordergrund und das bedeutet im Angesicht des nahenden Todes keine großen Einkäufe mehr zu tätigen (die die Patientin nach dem Versterben nicht mehr braucht). Dass es hier aber darum geht Lebensqualität zu erhalten, noch ein paar letzte Male sein Leben so zu leben, wie man es immer gelebt hat, auch Genuss zu verspüren, kommt ihr nicht in den Sinn. Der eigene rationale und pragmatische Zugang, welche sich über einen vorwiegend verbalen Zugang und dem Wunsch mehr über die Person zu erfahren, äußert, in Kombination mit nur wenigen nonverbalen Interaktionsstrategien (zu denen neben dem Erkennen von nonverbalen Signalen auch eine angemessene Reaktion darauf gehören) machen es für Df schwer, befriedigende Interaktionen mit Patient*innen zu erleben, die nicht mehr kognitiv und verbal interagieren können. Für sie ist das frustrierend zu merken, auch im Gegensatz zu anderen ehrenamtlichen Hospizmitarbeiter*innen: „*Ja weil ich äh die anderen die jetzt bei mir in in der Gruppe sind so ich hab so das Gefühl so hingebungsvoller sind (.) an die Geschichte“ (52-53). Dies führt dazu, dass sie ihre Tätigkeit als ehrenamtliche Hospizhelferin aufgibt. Die beispielhaften Schilderungen von Df und damit verbundenen Vorgänge finden sich vielfach ähnlich im Transkriptionsmaterial wieder (Jf, Kf, Lm, Bf), insbesondere bei den ehrenamtlichen Mitarbeitenden.*

Keine passende bzw. alternative nonverbale Interaktionsstrategie

Schwierigkeiten bei Zugängen können auch vorkommen, wenn nonverbale Interaktionsebenen nicht zusammenpassen bzw. wenn die nonverbale Interaktionsstrategie der Pflegekraft nicht zu der der Patient*innen passt. Kf beispielsweise findet oft Zugang zu Patient*innen durch Berührung und Atmung (vgl. Z. 535-536), was ihre *nonverbalen Interaktionsstrategien* darstellt. (Wobei Berührung die primäre Strategie darstellt, um eine Verbindung aufzubauen und dann miteinander geatmet wird). Es hilft Kf eine Verbundenheit herzustellen, wenn sie die Hand der Patient*innen hält. Dadurch fühlt sie sich selbst sicherer und erlebt sich als helfend. Es fällt ihr dann auch nicht schwer ‚einfach nur da zu sein‘: „...dann sitz ich eben und (.) halte ihre Hand und äh: sage was oder schweige auch ja? Ähm das bringt sehr viel Ruhe (.) in so eine Situation und die kann ich äh sehr gut aushalten“ (Kf5, 517-520).

Kann diese Verbindung nicht hergestellt werden, wie im folgenden Fall Kf2, fühlt Kf sich überflüssig und weiß nicht was sie tun soll:

„*In einer Begleitung bin ich wirklich an meine (.) Grenzen gekommen weil das::: mein Dasein diesem Heim für mich keinen Sinn machte(.) Die Situation war eine schon fast delirierende nicht mehr ganz bei sich seiende Frau (.) mit einem künstlichen Ausgang (3) den sie sich immer wieder abgerissen hat(.) das heißt wenn ich kam war sie meistens verkotet und auf dem vor dem Bett lag so ein schmieriger Beutel (.) ihre Hände sehr verschmutzt ich halte auch oft*

sehr gern die Hand beim Gespräch äh das war mir in diesem Moment äh nicht möglich (.)“ (Kf2, 222-228)

Kfs primäre nonverbale Interaktionsstrategie der Berührung kann im beschriebenen Fall nicht zum Tragen kommen, da die Patient*in stets in einem hygienischen Zustand ist, in dem Kf ihre Hand nicht halten möchte. Der einzige Zugang ist somit versperrt, Kf findet auch keine alternative Handlungsstrategie. Das gemeinsame Atmen ist nicht möglich, da es für sie eine bestehende Verbindung bzw. Vertrautheit erfordert, welche in diesem Fall nicht vorhanden ist.

„... ja ich hab dann neben ihr gesessen eigentlich wusste sie gar nicht was ich da mache und ich (.) wusste auch nicht so wirklich was ich mit ihr anfangen konnte und ähm mit der Situation konnte ich insgesamt (.) schwer umgehen“ (Kf2, 237-239)

Kf erlebt sich in diesem Fall nicht *selbstwirksam*. Sie fühlt sich hilflos und sucht den Grund darin, dass die Patientin *„durch ihre (.) physische und psychische Lage hm: (2) auch für mein Empfinden damals auch für eine Begleitung gar nicht zugänglich [war]“ (Kf3,235-236)*. Dadurch, dass Kf nicht zur Patientin durchdringen kann, geht sie auf Distanz und kann keine Sympathie entwickeln. Der Patientin werden Fähigkeiten und das Bedürfnis in Kontakt zu kommen abgesprochen.

Verlust von Fähigkeiten der Patient*innen führt zu Verlust von Interaktions-Zugängen

Im Fall von Lm4 wurden im Prozess der hospizlichen Begleitung verbale und nonverbale Zugänge immer schwieriger. Es sei dazu angemerkt, dass Lm sich schwertut demente und verwirrte Menschen zu begleiten.

Weil damit kann ich nicht umgehen das ist also ich bin ein (.) verhältnismäßig (.) großes Wort für kleine Dinge intellektueller Mensch (.) ja also das heißt, wenn da gar nichts mehr da ist ... dann fängt es mich an (.) ja ich möcht nicht sagen zu nerven aber das ist was was mich extrem anstrengt das ... das mach ich nicht gerne.“ (Lm, 159-166)

Zu Beginn der Begleitung waren kognitiv-verbale Interaktionsformen mit dem Patienten Lm4 noch möglich; es konnte sich dadurch eine gemeinsame Interaktionsebene etablieren. Im Verlauf der Erkrankung nahmen die kognitiven Fähigkeiten des Patienten jedoch ab, sodass eine neue Ebene gefunden werden musste:

„... da wars dann auch irgendwann so dass der aufgrund dieses Hirntumors mich überhaupt nicht mehr erkannte (.) dann erkannte er aber noch den Hund (.) das war dann auch ganz gut Ah der... der hat sich dann wirklich auch seinen Namen noch merken können mit mir konnte er gar nichts mehr anfangen aber das war ja dann auch wurscht ... Und irgendwann hat er uns beide nicht mehr erkannt und dann dann hats einfach dann war gar nichts mehr und dann hab ich dann hab ich das aufgehört“ (Lm4, 332-340)

Hilfreich war in diesem Fall Lms Hund, der noch einen Zugang zum Patienten schaffen konnte, was die Befunde der tiergestützten Therapie bekräftigt (siehe Stechl & Beyreuther (2012) zu tiergestützte Therapie im Kapitel „Konzepte der nonverbalen Interaktion in der Pflege“). Für Lm ist es kein Problem, dass er selbst nicht mehr erkannt wird, wie er mit den Worten „das war ja dann auch wurscht“ betont. Für ihn macht die Begleitung ab dem Zeitpunkt keinen Sinn mehr, als auch der Zugang durch den Hund nicht mehr gelingt. Dadurch, dass der Patient nicht mehr auf ihn oder den Hund reagiert, sucht er keine neuen Zugänge und sieht keinen Sinn mehr in seiner Anwesenheit. An dieser Stelle wird auch die Frage aufgeworfen, wann die persönliche Identität eines Menschen erlischt und man davon ausgehen kann, dass die Person, wenn sie nicht mehr reagiert, keine Kontakte mehr benötigt. Für Lm ist es jedenfalls wichtig ein „*gewisses Feedback*“ (174) zu bekommen. Bleibt dieses auf den von ihm anerkannten Interaktionsebenen aus, zieht er sich aus der Interaktion zurück.

Die Perspektive, welche in seiner beschriebenen Interaktion zum Ausdruck kommt, ist vor allem in der Rationalität zu verorten, welche ihm auch in anderen Interaktionen nur sehr schwer fällt zu verlassen. Dies passt auch zu Lms Charakter und Beruf; er war früher Arzt in der Notfallmedizin und hat einen sehr nüchternen und pragmatischen Blick auf z.B. den Tod. „*ich meine jetzt ... wenn die Leute gestorben sind, sind sie gestorben und dann hab ich meistens auch gedacht das ist am besten so*“ (Lm, 382-383). Ein emotionales und tieferes Einlassen findet erst über längere Zeiträume statt und wenn Lm sich bewusst dafür entscheidet (vgl. Fall Lm3, 188-330). Aufgrund seiner notfallmedizinischen Tätigkeit im Reanimationsteam, wo täglich Menschen starben, ist diese Haltung und ihre Entstehung nachzuvollziehen.

Den Kompetenzverlust von Patient*innen sieht Af, welche sich schon lange mit nonverbalen Interaktionen beschäftigt, als große Herausforderung für Pflegekräfte an, da dies ein hohes Maß an Flexibilität und Kreativität erfordert:

„... ich erinnere mich noch als ich (2) in dem Beruf relativ frisch war (.) dass genau dieser Moment wo ein Patient etwas nicht mehr macht und nicht mehr konnte was er vorher so gern machte, ... mich dazu geführt hat dass ich versucht hab das so lange wie möglich aufrecht zu erhalten bis ich dann begriffen habe Ich stress den damit es ist das ist sein Weg dass er verliert und meiner auch und er muss sich ständig adaptieren anpassen an neue Gegebenheiten und das ist deswegen umso mehr meine Herausforderung mich immer wieder an seinen Zustand anzupassen und zu gucken was geht was geht was geht was geht.“ (Af, 400-408)

Af erlebt zu Beginn ihrer Tätigkeit als Musiktherapeutin eine ähnliche Situation wie Lm zuvor. Ihr Patient „*trommelte so gerne*“ (403) und sie will versuchen diese Fähigkeit so lange wie möglich zu erhalten. Es fällt ihr schwer wahrzuhaben, dass dies nicht bis zu seinem Tod möglich sein wird und seine Fähigkeiten beständig abnehmen. Sie verharrt in dieser Perspektive bis sie feststellt, dass es Stress beim Patienten auslöst, wenn sie nicht akzeptiert, dass er

Fähigkeiten verlieren darf. Es ist für ihn schon Aufgabe genug sich damit zu arrangieren, dass seine Fähigkeiten nachlassen und beständig mit dem Verlust einer weiteren Fähigkeit umzugehen und neue Wege zu finden damit zu leben. Es gibt in dieser Situation kein Ziel mehr außer Lebensqualität zu erhalten und dies muss damit einhergehen, sich an die Fähigkeiten des Patienten anzupassen und zu sehen welche Interaktionsebenen für ihn noch möglich sind – und zwar immer wieder aufs Neue.

Der beständige Versuch immer wieder aufs neue Lösungen für Zugänge zu finden, kann als Merkmal für Interaktionen mit Demenz- und Palliativpatient*innen gesehen werden, da durch deren beständigen Verlust von Fähigkeiten der ‚Interaktionsraum‘ und das ‚Zugangsfenster‘ zunehmend begrenzt und schwerer zu auszuloten ist. Gerade, wenn die Pflegekräfte noch nicht so viel Erfahrung bezüglich nonverbaler Interaktionen haben, wenn Sprache und Kognition der Patient*innen zeitgleich verloren gehen, wenn keinerlei Beziehung bzw. *gemeinsame Interaktionsebene* oder *Vorwissen* über die Patient*in besteht oder bei besonders herausfordernden Interaktionen mit Patient*innen stellt sich die Frage: „*Was mach ich denn was haben wir denn für Methoden wie können wir denn zueinander kommen?*“ (Bf3, 578-588)

Die Verzweiflung und Ratlosigkeit, die durch unterschiedliche und nicht miteinander harmonisierende Interaktionsebenen ausgelöst wird, zeigt sich über die vielen Fragen, die Bf im ausgewählten Zitat stellt. Sie stellt die Frage nach ihren eigenen Handlungsoptionen, nach Methoden ihrer Profession, und wie sie es schaffen kann, eine gemeinsame Interaktionsebene herzustellen. Häufig sind herausfordernde Begleitungen Auslöser für eine vertiefte Auseinandersetzung mit der Thematik und einer *Professionalisierung* im Bereich der *nonverbalen Interaktionskompetenz*, wie unter anderem das Beispiel der Patientin Cf2 zeigt, das im folgenden Kapitel vorgestellt wird. Sie stellte auch fest:

„...*ich muss mich da auf den Weg machen äh:: um um Werkzeuge da an die Hand zu bekommen wie ich mit sowas umgehe wie ich da einen Zugang finde...*“ (Cf2, 253-256).

5.2 Geglückte Zugänge

Herausfordernde Zugänge durch schwierige Emotionen

Scham

Scham ist eine Emotion, die für das Finden von Zugängen für Pflegekräfte sehr herausfordernd sein kann. Die Patientin Cf2 beispielsweise zog sich aus Scham sehr in sich selbst zurück.

„*das Dasein von uns Fremden die wir ja nun mal waren glaub ich eher belastend sie hat sich geschämt für alles und jedes (.) äh:m weil sie eben auch ja aus so einer Generation war Sich nicht zumuten ähm Bloß nicht zur Last fallen so diese Geschichten ne die das so:: vermutlich*

also ich konnte es ja nicht mehr so erfragen aber vermutlich schon eine große Rolle gespielt haben. Sie hat sich immer versteckt immer Schutz gesucht (Cf2, 263-267)

Dadurch, dass die Mitarbeitenden des Hospizes keine Informationen über die Patientin besaßen, war es noch schwieriger einen Zugang zu ihr zu finden. Die Rolle von Vorwissen über die Biographie, den Charakter und Interessen durch Angehörige oder Dokumente ist an dieser Stelle erneut hervorzuheben.

„Es gab keine Fotos (2) war ein Koffer mit eigener Kleidung das wars (2) und das wa::r schwer. Das war sehr schwer. Weil wir so gar keinen Anhaltspunkt hatten wo wir sie abholen können es gab keine Fotos die man vielleicht anschauen konnte keine gemeinsame Geschichte weil sie ja auch aus nem ganz anderen äh Ort kam also ne es war wirklich dann auch ja 40 km entfernt...“Cf2, 240-245

Für Cf und ihr Team im Hospiz war der Zustand der Patientin („ein äh stummes Weinen so ein in sich wimmerndes Etwas Häufchen Elend wirklich“ (Cf2 250-252)) sehr belastend. Schlussendlich wurde einen Zugang zu Cf2 durch das Medium Musik gefunden, doch dies benötigte viel Zeit, Geduld und Feinfühligkeit.

„...ich singe gerne und ich hab dann gesungen eben und hab dann mit ihr so (.) einfach irgendwie alte Lieder so Volkslieder so ein bisschen und wir haben dann so die Hände dazu: gewiegt oder so was und sie hat so ein bisschen den Körper soweit es möglich war mit und dann ähm hab ich gemerkt dass dieses so: verkrampfte Festhalten sich Schützen müssen ähm ja so über die Zeit ne das war also schon nich nich von heut auf morgen ... Das das dann ein bisschen nachlassen konnte und dass sie dann auch die Hände nehmen wollte ne also ich hab also ich mach das ja immer sehr offen ich nehm ja nicht greif ja nicht zu sondern ich lass das dann so: ne und hab dann erstmal nur mich alleine ein bisschen bewegt und dabei gesungen und ähm bis sie dann bereit war eben äh ihre Hände so ein bisschen meine Fingerspitzen zu berühren und ähm wir haben das dann ganz langsam versucht (5) ja. (leise)“ (Cf2, 268-284)

Die Interaktion und ihre Anbahnung, zeugt von großer Empathie und Verständnis für die Patientin. Cf tastet sich langsam heran, sie singt zunächst allein und bewegt sich dazu, bietet Cf2 aber stets die Möglichkeit mit ihr in Kontakt zu kommen. Sie kann ihr eigenes Bedürfnis nach Kontakt und Selbstwirksamkeit zurückstellen und der Patientin die Zeit geben, die sie benötigt. Die Berührung der Fingerspitzen beschreibt eine Zartheit und Zerbrechlichkeit des Raums, der zwischen den beiden entsteht und erzeugt für den Zuhörer und Leser eine emotionale Rührung. Die prozesshafte Anbahnung und die Geduld und Offenheit mit der Cf handelt, spiegelt ihre Haltung wieder. Sie akzeptiert die Patientin in ihrer Scham und Angst, gibt ihr aber gleichzeitig den Raum, sich daraus zu lösen und ihrerseits zu öffnen. Cf wendet sich der Patientin in einer ungezwungen und liebevollen Weise zu und erreicht sie dadurch.

Wut

Auch beschreibt Cf einen Patienten (Cf3), der „... *in dieser absoluten Ablehnungs und Hader und Wutphase*“ (374-375) war und dies stark nach außen trug. „... *das wa:r ein Kampf man merkte er ist in so nem Kampfmodus....*“ (376). Der Patient forderte das Team des Hospizes so sehr, dass er den „*Beinamen Paul der Meckerer*“ (371) bekam und als große Belastung wahrgenommen wurde. Insbesondere war es herausfordernd, dass „... *bei ihm so sehr viel Vorbehalt. (.) [war] Ne so diese: diese Liebe oder diese Herzebene annehmen zu können*“ (387-388) „... *und so das das musste er erst mal von sich und ablehnen und über sein:: Schimpfen was dann irgendwie noch rauskam und seine Ablehnung und alles war falsch und das nicht und das nicht und ähm ja das war seine Art damit umzugehen.*“ (Cf3, 397-399)

Der Patient ist verzweifelt ob seiner Lage und drückt dies durch Ablehnung und Wut aus, was im Unterschied zu anderen hadernden Patient*innen sehr stark gegen die Pflegekräfte gerichtet ist. Cf vergleicht ihn auch mit anderen Patient*innen, bei denen „*nicht so viel Gegenwehr oder Kampf oder so [war] die waren im Gegenteil sehr dankbar für so eine Annäherung und so einen Prozess und sind den auch vielfach se:hr offen und dankbar mitgegangen. Aber bei ihm war wirklich so ein (macht ein abwehrendes Zeichen mit den Händen, überkreuzt die Hände vor der Brust) @.@*“ (Cf3, 406-411)

Gerade wenn es um die Körperpflege der Patient*innen geht, welche auch zu wichtigen Aufgaben der Pflegekräfte gehören, ist mit einem Patienten oder einer Patientin, der/die Hilfe nicht annimmt, nur schwer umzugehen. „...*da jemanden ähm wieder einzufangen (atmet tief ein) äh:: (atmet wieder aus)...*“ (368) ist ein Kraftakt, wie Cf es beschreibt. Ratlosigkeit, Hilflosigkeit und Frustration sind die Folge, im Team wird mit einer ‚Gegenwut‘ reagiert und die Frustration wird versucht über „*schimpfen*“ (475) und der Vergabe eines Beinamens abgebaut zu werden. Daraus ergibt sich jedoch zunächst eher eine größere Distanzierung und zwei verhärtete Fronten.

Dennoch versuchte Cf weiterhin einen Zugang zum Patienten zu finden. Sie bemerkte, dass er „*irgendwie so eine Affinität zu Schokolade*“ (423) hat und nutzte diesen Zugang, wie sie selbst beschreibt auch aus der „*Not*“ (434) heraus, um die Körperpflege des Patienten aufrecht zu erhalten:

„*Also: ähm ja. Duschen gegen Schokolade gabs schonmal so einen Deal @2 @ Das hört sich jetzt lustig an aber es war schon (.) ja es war irgendwie so die Not also ich bin jetzt nicht ich bin jetzt nicht so der jemand der irgendjemanden da zu irgendwas nötigt oder zwingt oder aber das ja wenn so gar nichts geht*“ (Cf3, 433-437)

Auch wenn „*die Schokolade ... einfach nur so n Gadget*“ (446) war, half es „darüber ... so ne Beziehung aufbauen“ (447) zu können und dem Patienten näher zu kommen. (Die *Bedeutung von Genuss* für Zugänge zeigt sich auch bei anderen Patient*innen wie z.B. im Fall Jf3 (187-223)). Zusätzlich stieg Cf auch auf das Schimpfen des Patienten ein, weil sie das Gefühl hatte,

dass „da auch so viel so... Dampf unterm Deckel war und der nicht rauskam also Druck(.) und ähm er es ja auch so in der Form wie er es glaub ich wollte nicht mehr gut ausdrücken konnte ne? Dann hab ich halt auch gesagt Ja es ist aber auch ne verdammte Scheiße jetzt. ne so:: und hab das halt in meine Worte gefasst ne. die so ka:men also die dann wieder so:: in der Resonanz irgendwie kamen. Und darüber sind wir dann (.) ja. eher übers @Schimpfen sind wir uns dann näher gekommen@ (leicht lachend) @2@“ (Cf3, 452-457)

Cf greift mit ihrem eigenen Schimpfen die Emotionen des Patienten auf, die er selbst durch seine Einschränkungen nicht mehr so deutlich artikulieren kann, und fasst sie in ihre eigenen Worte. Dadurch entsteht eine emotionale Nähe. Die erfahrene Akzeptanz und das ‚Gefühlsventil‘, das der Patient durch dieses ‚Mitschimpfen‘ erfährt, löst bei ihm seinen Widerstand und ergibt einen Zugang. Zudem erfährt der Patient, dass er trotz seiner Wut nicht alleine gelassen wird:

„...ich glaub er hatte auch nicht damit gerechnet dass ich immer wieder komme. (2) also ihn auch trotzdem nehme so wie er ist ja auch wenn er wütend ist...“ (Cf3, 447-448)

Cf beschreibt, wie prozesshaft diese Annäherung geschah, dass Geduld dafür nötig war und wie die Interaktionen mit dem Patienten sich veränderten. Es zeigt sich, wie wichtig es ist, sich immer wieder aufs neue „einzulassen“, d.h. sich mit dem Patienten auseinanderzusetzen, auch wenn es manchmal schwer fällt:

„Es wurde immer weniger so dieser sich auflehnen sich aufbäumen ne und wurde weniger (.) Da war auch steter Tropfen höhlt den Stein also wirklich immer wieder mit ihm ihm in Kontakt gehen immer wieder mit ihm (.) ne Ebene versuchen zu finden (3) also: das bringt dann manchmal auch die Zeit ein Stück. ... Und dieses sich wirklich auf den Menschen einlassen ... Ja: und ihn zu nehmen und zu sagen Ja: es ist halt Paul ne, so:. Und heute ist ein guter Tag und morgen ist warten wirts ab schaun wir weiter hm. Und sich immer wieder neu drauf einzulassen. Und jede Schicht sich auch wieder neu drauf einzulassen“ (Cf3, 468-484).

In dieser Begleitung findet sich ein Wandel der Interaktionsqualität. Zu Beginn kann keine Verbindung zum Patienten hergestellt werden, da der Patient sich selbst abwendet und zu einer Hinwendung nicht in der Lage ist. Die ‚ausgestreckte Hand‘ der Pflegekräfte wird abgewiesen. Dies führt zu Abwehr und Frustration auf Seiten der Pflegekräfte und es kostet Überwindung mit ihm zu interagieren. Eine hinwendende Haltung wird in der Folge auch auf dieser Seite abgeschwächt bzw. es ist herausfordernd diese zu erhalten. Es ist schwer den Patienten als Subjekt mit seinen Emotionen und Bedürfnissen anzunehmen. Im Verlauf des Prozesses findet jedoch eine Annäherung statt und der Patient kann sich auf die Zuwendung und Interaktionsangebote der Pflegekraft einlassen, was neue Interaktionsmöglichkeiten und Dimensionen eröffnet. Auf meine Nachfrage wie sie am Ende mit dem Patienten interagierte, ob sie einfach an seinem Bett saß und ob das ausreichte, antwortete sie:

„(atmet ein) ähm:: Ja das reicht (lächelt) @.@ ... Vielfach reicht das. Den Kontakt zu halten Blickkontakt zu halten (.) Was ist jetzt dran Was ist jetzt nötig. (2) Und manchmal ist es das Da: sei:n wirklich das da: sein. Ich sag so oft ähm also ich hab das so erlebt zwei Seelen in einem Raum. (.) Das das ist so eine ganz besondere: Schwingung auch ne.“ (Cf3, 553-560)

Die „besondere Schwingung“ die Cf hier erwähnt, beschreibt die Atmosphäre, welche im Raum des Krankenzimmers und auch im ‚Interaktionsraum‘ zwischen ihr und dem Patienten herrschte. Diese Schwingung wird als „ganz besonder[s]“ beschrieben, als etwas außergewöhnliches und der nonverbalen Interaktion eigenes. Der Friede, der sich darin widerspiegelt, wird auch durch die Beschreibung „Zwei Seelen in einem Raum“ verstärkt. Die „Seelen“ beider Interaktionspartner sind anwesend und dürfen in einem gemeinsamen Raum nebeneinander und miteinander existieren – ohne wie zuvor beschrieben – durch Schimpfen begleitet zu werden und in Distanz zu treten. Cf kann und darf mittlerweile „Da sein“; sie kann über Blickkontakt in Interaktion treten, sehen was der Patient gerade braucht, (d.h. auch sehen welche Emotionen sich in seinen Augen spiegeln) und eine Ebene mit dem Patienten finden, die von „Sanftheit“ (424) geprägt ist.

Zudem beschreibt Cf, wie letzten Endes auch diese herausfordernden Prozesse für sie wieder zur Ressource werden und welche positiven Qualitäten sie für sie beinhalten:

„Es lohnt sich für mich also es hat sich immer gelohnt für mich. ne? Also entweder hab ich was Eklatantes daraus gelernt oder wars eine besondere Erfahrung (.) und (.) oder nicht entweder sondern eigentlich immer beides. Und es gab dann auch eine gro:ße große Erleichterung wenn wenn wir dann auf so einer Ebene uns begegnen konnten.“ (Cf, 492-494)

Die Erleichterung einen Zugang gefunden zu haben, in Interaktion mit dem anderen treten zu können, zeigt, wie bedeutsam es für die Pflegekraft ist, mit den Patient*innen eine Verbindung zu haben und sie zu begleiten. Dies spiegelt sich u.a. auch in der Ausdrucksweise „gro:ße große Erleichterung“ wieder. Zudem hebt Cf die Lernprozesse und Erfahrungsräume positiv hervor, die durch herausfordernde Situationen entstehen.

Zugänge finden durch bestimmte Verhaltensweisen und Teamkompetenz

Auch Af schildert einen Fall, bei dem sie, ebenso wie andere Mitarbeitende des Hospizes, keinen Zugang zu einem Patienten (Af3) finden konnte, der an einem Hirntumor erkrankt war und nicht mehr sprechen konnte. Lediglich ein Praktikant schaffte es, einen Zugang zu bekommen.

„wenn man zu ihm ins Zimmer kam schickte er uns immer alle gleich raus. ... Und ich hab auch nach Wegen gesucht und hab auch nicht den wirklich guten Weg gefunden und dann war eine Teambesprechung in der ein (.) junger äh:m Praktikant der Sozialarbeit @. @ Ich find

das so klasse Ich war heute eine Stunde bei dem im Zimmer und wir machten alle solche Augen @2@ ... Und dann zu fragen ja Mensch Was hast du denn gemacht? was diesem Menschen (2) geholfen hat deine (2) Anwesenheit als positiv zu empfinden. Und das passte dann se:hr zu diesem Praktikanten das war ein sehr stiller Mensch der sagte Ich hab nichts geredet. Ich war still. Und wenn er was tat hab ich ihn nicht korrigiert“ (Af3 357-370)

Was Af erst nach dieser Teambesprechung bewusst wurde, war, dass der Patient immer wieder mit seinem Defizit, nicht sprechen zu können, konfrontiert wurde, wenn die Pflegekräfte verbal mit ihm interagierten (vgl. 372-374). Sie schildert, wie wertvoll die Perspektive des Praktikanten ist, der durch seinen Charakter leichter ein Verhalten zeigen kann, das den Zugang zum Patienten erleichtert, sodass dieser „seine Anwesenheit als positiv ... empfinden“ kann. *„Denn es ist selten so dass es wirklich nur diese Sympathie ist zwischen zwei Menschen und dass man sagt Ja dich find ich klasse sondern es ist meistens eine Art der Verhaltensweise die dieser Mensch mitbringt die mich ihm öffnet.“ (Af, 350-352).* Diese Verhaltensweise konnten Af und ihr Team nach der Teambesprechung umsetzen, wodurch auch für sie ein Zugang zum Patienten gelang. Ein multiprofessionelles Team, das verschiedene Perspektiven besitzt und diese wertschätzend untereinander austauscht, sieht Af als wertvoll und hilfreich auch für ihre eigenen Versuche Zugänge zu finden (vgl. 376-377).

Alternative Zugänge finden - Zugang über genaues Beobachten

Eine weitere Möglichkeit Zugang zu Patient*innen zu bekommen, ist ihr Verhalten bei Pflegevorgängen oder im Alltag genau zu beobachten und herauszufinden, an welcher Stelle sie besonders *aufmerksam* (Bf4), *entspannt* (Af1, Cf4) oder *emotional involviert* (Bf3, Cf2) sind. Bf schildert einen Fall, bei dem sie *„biografisch schon einiges“* (871) von der Patientin wusste, da sie sie kennenlernte als eine verbal-kognitive Interaktionsebene noch möglich war. *„[D]as hats mir natürlich leichter gemacht (.) als das immer mehr abnahm und sie immer weniger sprechen konnte zu wissen mit was ich sie: ansprechen kann auch emotional ansprechen kann.“ (Bf4, 872-873).* Zugänge zu finden, wird hier nochmals in anderen Worten formuliert; es bedeutet nicht nur ein generelles Ansprechen, sondern auch ein emotionales Ansprechen, und dass die Patientin auf einer emotionalen Ebene ‚abgeholt‘ wird. Diese emotionale Ebene ist Teil bzw. bildet die gemeinsamen Interaktionsebene. Zudem wird an dieser Stelle erneut die Rolle von *Vorwissen* für nonverbale Zugänge aufgezeigt. Bf nutzt dieses Vorwissen, indem sie *„ganz lang ... auch gesungen [hat] mit ihr und da kamen die Liedtexte ganz automatisiert...“* (Bf4, 873-874).

Mit Fortschreiten der Erkrankung hat *„das ... dann irgendwann aufgehört... Und bei der Frau hat das alles immer mehr abgenommen auch dass sie selber dann gar nicht mehr sich geäußert hat immer nur noch geguckt hat* (Bf4, 871-880). Bf ist nun in einer Situation, die zuvor schon erwähnt wurde: Der Verlust der Fähigkeiten der Patientin benötigt das erneute Suchen

und Finden eines Zugangs, was Kreativität erfordert - oder auch eine gute Beobachtungsfähigkeit, denn Bf bemerkt:

„Sie ist ganz wach und aufmerksam wenn wir zum Beispiel im Bad die Hände eincre einseifen und waschen dann kann sie selber noch diesen Ablauf von einseifen Wasserhahn öffnen automatisiert das Handtuch nehmen nachher wieder so ausschütteln und über den Rand hängen ne wo sonst gar nichts mehr an Eigenaktivität irgendwie kam außer mal immer mal wieder nesteln irgendwo ähm: das ging und dann danach die Hände einzucremen so eher so stimulierend wie so basale Stimulation einfach diesen Input zu geben eher ne?“ (Bf4, 888-893).

Sie reagiert auf diese Entdeckung, indem sie die Hände der Patientin als Zugang begreift, durch welchen diese (emotional) angesprochen wird, Genuss empfinden kann und die Wahrnehmung und Aufmerksamkeit gesteigert wird. Daraufhin nutzt sie diesen Zugang verstärkt, indem sie Reize einsetzt, welche mit den Händen erspürt werden können („basale Stimulation“) und bezieht die Hände bevorzugt in Interaktionen ein. Beispielsweise nutzt sie das Medium Ball, um in Interaktion mit der Patientin zu treten:

„Diesen Händen irgendwie Wahrnehmung ermöglichen zu können das hat sie sehr genossen und dann mit diesen Händen die sie so gut gespürt hat haben wir dann zum Beispiel einen Ball hin und hergeworfen und dann konnte sie wirklich einfach auch Da sein präsent sein nur für 20, 30mal Ball hin und herwerfen“ (Bf4, 888-900)

Das „Da sein präsent sein“, in Kontakt mit der Umwelt zu kommen, das Bf der Patientin ermöglicht, wird hier in den Vordergrund gerückt. – auch wenn es nur für eine kurze Zeitspanne ist. Das Spüren des eigenen Körpers in seiner Unmittelbarkeit, ermöglicht der Patientin sich selbst und ihre Umwelt wahrzunehmen und im Augenblick präsent zu sein.

Zugänge über ein Medium

Wie schon im Fall zuvor geschildert, kann ein Medium hilfreich sein, um Interaktionen zu gestalten. Auch für das Finden von Zugängen kann es hilfreich sein, mit einem ‚Vermittler‘ zwischen den unterschiedlichen Interaktionsebenen zu arbeiten.

If nutzte für eine Dame im Endstadium der Demenz (If3), die sich nicht mehr äußern konnte ein „kleines Mobile mit solchen Vögelchen“ (224). Sie hatte sich zuvor *empathisch* in die Patientin hineinversetzt und überlegt „wie mag das sein wenn die schon (.) ich weiß nich wie lange nur im Bett liegt nur an ihre Decke guckt und nur nich nich (.) keine Anregung hat (.) kann sich noch nich mal drehen mal in ne andere Richtung gucken und so“ (219-222). Das Mobile war für sie eine sinnvolle Lösung, auch wenn sie nicht weiß in „wieweit das jetzt ankommt bei ihr äh oder angekommen ist das ist natürlich jetzt, das kann ich nicht beweisen oder begründen oder so“ (224-225) Aber „da gibt’s ja dann auch vielleicht kleine Signale“ (214) und „[s]ie kann hingucken oder auch nicht ne das ist nichts was sich ihr so aufdrängt“ (227-228).

If bietet der Patientin damit eine Ablenkung vom sonst reizarmen Umfeld, das diese wahrnehmen kann, aber nicht muss. Damit macht sie ihr ein Angebot, über welches sie Zugang zu ihrer Umwelt bekommen kann. Über „kleine Signale“ der Patientin interpretiert If, dass ihre Idee gelungen ist, auch wenn sie keine eindeutigen Beweise dafür hat.

Zudem ist das gemeinsame Singen und Bewegen ein Medium, das von den befragten Pflegekräften häufig gewählt wird (Af, Cf, Bf).

Bf beschreibt ihre Interaktion mit der Patientin Bf3 folgendermaßen:

„... und unser Medium war eigentlich wie wir zueinander mehr so kamen die Musik also das Singen (2) dass sie da dann wippt mit den Füßen oder manchmal wenn ich Glück hatte auch klatscht mit den Händen auf die Schenkel ... da kamen auch so die Emotionen bei ihr dass sie so Na na na na na nanana (singend) ne so richtig sie war so mit dabei und das das hat das berührt mich immer solche Momente (.) Ja weil da so (.) ähm Momente sind was ihr einfach gut geht.“ (Bf3, 623-631)

Die *emotionale Involviertheit* der Patientin zeigt sich für Bf durch ihre körperliche Reaktion, das Wippen mit den Füßen, Klatschen mit den Händen auf die Schenkel und das paraverbale Mitsingen. Die *Intensität* der Interaktion zeigt sich auch in der (Be-)Rührung Bfs, welche nicht eine körperliche, sondern emotionale Berührung meint. Die Emotionen der Patientin gehen auf Bf über, die Atmosphäre lässt sich als emotional aufgeladen beschreiben. Bf fühlt sich hier auch gerührt, sie fühlt mit der Patientin und ihrer Emotionalität und beschreibt die Interaktion als einen besonderen, außergewöhnlichen Moment. Dies lässt vermuten, dass dies eine Art und Dimension von Interaktion ist, welche nicht sehr häufig vorkommt. In Anbetracht der Schwierigkeit zu Demenz und Palliativpatient*innen vorzudringen, wie Bf es formuliert (403), und diese Emotionalität hervorzurufen, ist dies nicht unwahrscheinlich.

Es deutet sich in der Beschreibung eine Dimension an, in welcher die Patientin emotional in der Musik aufgeht, sich darin verliert und sozusagen dem Moment hingibt. Es zeigt sich ein hoher *Grad emotionalen Einlassens*. Bf, welche diesen Moment mit der Patientin in Interaktion gestaltet und erlebt, ist darin involviert, was sich durch ihre Rührung ausdrückt. Die Intensität der Atmosphäre in der Beschreibung unterscheidet sich von anderen Beschreibungen von Interaktionen und lässt eine andere Dimension bzw. höheren Grad emotionalen Einlassens vermuten.

Zugänge durch gewohnte, ritualisierte, lebenspraktische Tätigkeiten

Auch alltagsnahe Tätigkeiten werden als Methoden für die Initiierung und Gestaltung von Interaktionen beschrieben. Bf, Ergotherapeutin, schildert gehäuft Situationen, in denen sie an ritualisierte Handlungen, meist lebenspraktische Tätigkeiten, anknüpft. (Dies entspricht auch den Methoden der Ergotherapie (siehe hierzu Stechl & Beyreuther (2012) im Kapitel „Konzepte

der nonverbalen Interaktion in der Pflege“)).

„... ich hab teilweise Sachen auch versucht wie Wäsche zusammenlegen (.) Und wenn ich einen Zipfel von dem Geschirrtuch hochgeschlagen hatte und dann so gerüttelt hab als wenn dahinten bei ihr wo ich nicht drankomm da ist noch die Ecke so unschön die hängt da noch ne dann kam manchmal so dieser Impuls dieser sicher immer sehr ordentlichen Hausfrau ober-schwäbischen Hausfrau die dann da drüber gestrichen ist mit der ganzen Hand und glatt gemacht hat und das Obere noch runtergefaltet hat“ (Bf3, 735-740)

Bf knüpft in diesem Interaktionsbeispiel an Gewohnheiten einer alten Demenzpatientin an, die wie sie selbst vermutet eine „sehr ordentliche[] Hausfrau“ war. Es kommt eine automatisierte Reaktion, ein „Impuls“ wird ausgelöst, dass das Geschirrtuch ordentlich zusammengelegt werden muss. Durch die bekannte Tätigkeit erlebt die Patientin eine sinnhafte Tätigkeit in Interaktion mit der Pflegekraft. Ein *gemeinsames sinnhaftes Tun* kann demnach auch eine Verbindung zwischen Pflegekraft und Patient*in herstellen und als Medium wirken. Bf beschreibt die Interaktion einerseits recht neutral, was der ebenfalls pragmatisch und normalerweise zweckorientierten Handlung entspricht, andererseits spiegelt sich auch Zuwendung und Faszination ob der automatisierten Handlungen und des Charaktersausdrucks der Patientin in ihrer Erzählung.

Körperlich-sinnliche Zugänge

Af, die sich schon lange Zeit professionell mit nonverbalen Interaktionen beschäftigt, schildert eine Art der nonverbalen Interaktion, in der sich vorrangig auf körperliche Aspekte und non-verbales Verhalten der Patient*innen konzentriert wird.

Der Patient Af1 *„war bekannt als einer der massiv verwirrt war viel durch den ähm durch das Haus lief in das Zimmer anderer rein lief äh in: die Ecken urinierte weil er nicht mehr verstand was:: die Dinge um ihn herum bedeuten (.) und dann unter Umständen auch manchmal ähm aggressiv reagierte“ (Af1, 212-215).*

Af beschreibt die nonverbale Interaktion folgendermaßen:

„und ich sah wie dieser Mann dann so seitlich auf dem Bett la::g und irgendwie so an seiner Bettdecke zog die war so ein bisschen am Rücken und dann sah ich er hatte das Bedürfnis sich: mehr einzudecken und das war dann meine Art und Weise zu ihm zu kommen ihn da zu unterstützen und dann hörte ich wie er als ich ihn am Rücken berührte so ja ein JA::: seufzte und dann hab ich sofort mitbekommen das tut ihm wohl also bleibe ich in der Arbeit der Berührung am Rücken hab dann herausgefunden Ist es für ihn günstiger dass ich meine Hände ruhen lasse oder dass ich sie in Bewegung habe und immer an den Reaktionen und nachher ist der dann in diesem Kontext des Miteinanders (.) tief eingeschlafen.“ (Af1, 212-223)

Die Interaktion beginnt mit der Wahrnehmung des Mannes durch Af, der an seiner Bettdecke

zieht. Sie interpretiert dieses Verhalten als den Wunsch sich mehr zuzudecken und löst bei ihr den Impuls aus, ihm in diesem Moment zu helfen. Dadurch wird die Interaktion in Gang gebracht; der Seufzer des Mannes, als sie ihn beim Zudecken am Rücken berührt, wirkt auf sie als Ausdruck der Erleichterung und dem Wunsch dort weiter berührt zu werden, woraufhin sie versucht herauszufinden, welche Art der Berührung Wohlbefinden auslöst. Schließlich, so ihre Interpretation, entsteht ein Miteinander, das den Patienten entspannt und das dazu führt, dass er in einen tiefen Schlaf fällt.

Die Beschreibung der Situation ist atmosphärisch dicht und von der Freude Afs über die gelungene Interaktion gefärbt. Es zeigt sich eine körperliche und unmittelbare Interaktion auf einer sinnlichen Ebene; es benötigt kein Medium, sondern die Interaktion besteht lediglich aus einer Abfolge von (nonverbalen) Reaktionen der Pflegekraft auf verbale und nonverbale Signale des Patienten. Es zeigen sich Komponenten ähnlich eines ‚Ping-Pong-Abschlages‘, indem auf ein Verhalten des Patienten eine direkte Reaktion der Pflegekraft folgt, welche das Verhalten im Sinne eines ‚Ja-Sagens‘ akzeptierend aufgreift.

Af erlebt nonverbale Interaktionen häufig als Momente mit hoher sinnlicher Präsenz, ähnlich der Interaktion mit Kindern (vgl. Z.539), in der sie nur im Augenblick lebt und prozessorientiert beobachtet was als nächstes passiert:

„... das hat für mich etwas damit zu tun, dass ich sehr stark sensorisch? sinnlich äh die Situation empfinde und gestalte.... Es hat was damit zu tun dass das (.) dass ich da ganz ausdrücklich das Gefühl hab in der Zeit im Fluss der Zeit zu sein. ...hier bin ich in Bewegungen mit drin (.) also es ist auch das Prozesshafte was dabei ist.“ (Af, 885-591)

Für Af sind genau diese Momente der Unmittelbarkeit, „Verspieltheit“ (539) und Intensität von großer Bedeutung und beinhalten für sie eine besondere Qualität von Interaktion, die sie als Geschenk und Ressource für sich anerkennt.

„...dieses besondere Feld von (.) Möglichkeiten der Begegnung (.) verspielt zu sein äh äh ohne Worte zu sein intensiv zu sein das äh wird mir da möglich gemacht und das ist mir klar das ist ein großer Schatz den ich mein in mein Leben wieder mit hinein nehme“ (Af 540-543)

„das Spielerische das Offene das sich Entfaltende. Also für mich ist das sind das Momente in denen ich fast am dichtesten am Leben bin.“ (596-598)

Sie fühlt sich in den nonverbalen Interaktionen mit Patient*innen „fast am dichtesten am Leben“. Das Leben fühlt sich für sie in diesen Momenten ‚zum Greifen nah‘ an. Sie ist ‚mittendrin‘, sie ‚spürt das Leben‘, ist „im Fluss der Zeit“ und „in Bewegungen mit drin“. Es gibt keine Kontrolle, sondern nur „das Spielerische das Offene sich Entfaltende“. Darin drückt sich eine große empfundene Leichtigkeit aus, die mit impulsivem und intuitivem Handeln verknüpft ist. Auch

wenn Af erwähnt, dass sie auch eine reflexive Ebene bei den Interaktionen weiterhin miteinbezieht (vgl. 578), so scheint sie dennoch sehr *intuitiv* auf die Bedürfnisse der Patient*innen zu reagieren und Interaktionen zu gestalten.

Af ist der Ansicht, dass nonverbale Interaktionen Kompetenzen benötigen, die viele Menschen noch nicht besitzen, da sie nicht daran gewöhnt sind, auf diese Art zu interagieren. Sie sieht die Möglichkeit diese Kompetenzen in Schulungen zu fördern und spricht in diesem Kontext auch von einer „*geschulten Intuition*“ (948).

„Und das ist mir halt ein großes Anliegen um so dieser Barrieren die so häufig zwischen (2) Menschen mit Kommunikationsveränderung und eben eben den sie betreuenden Pflegenden bestehen um hier diese Barrieren abzubauen und für beide einen schnellen eine wirklich zu befriedigende Verbindung her herzustellen. Und das kann man lernen.“ (Af, 300-304)

Ihr beschriebenes Ziel ist es Interaktionsbarrieren abzubauen, Missverständnissen und Frustrationen durch unterschiedliche Interaktionsebenen vorzubeugen und stattdessen nonverbale Kompetenzen zu vermitteln, die hilfreiche sind um auf die gleiche Interaktionsebene zu gelangen.

Dass die Interaktionsart und -haltung in nonverbalen, sinnlich orientierten Interaktionen jedoch auch anstrengend sein kann, veranschaulicht das folgende Zitat.

„die Haltung die ich da aufbringe ist hm: hm: eben äh:m erfordert eine gewisse: (.) f::ordert eine gewisse Seite von mir heraus die ich leben kann aber ich brauche immer auch andere Elemente die das die das austarieren“ (Af, 550-552)

Af beschreibt wie qualitativ unterschiedlich sich verschiedene Tätigkeiten für sie anfühlen, was auch als Form verschiedener Bewusstseinszustände begriffen werden kann.

„deswegen bin ich ja auch äh als Trainerin tätig da hab ich eine ganz andere Komponente wenn ich so eine Gruppe führe wenn ich äh:: Ähm Texte schreibe dann gehts eher darum wie zu:: zu denken und zu an und zu zu entwickeln ähm: ich brauche für mich diese die verschiedenen Facetten die mich (.) dadurch dass sie unterschiedlich sind auch immer wieder (unv) ins Gleichgewicht bringen.“ (Af, 552-555)

Sie beschreibt wie sie im Unterschied zu nonverbalen Interaktionen andere Kompetenzen benötigt, wenn sie eine Gruppe anleitet oder wenn sie im wissenschaftlichen Kontext Texte schreibt und Konzepte entwickelt. Damit markiert sie einerseits zwar unterschiedliche benötigte Kompetenzen, andererseits aber auch unterschiedliche Interaktionsinhalte und -dimensionen.

Kreativ-unkonventionelle Zugänge

Zugänge zu Demenz- und Palliativpatient*innen können für Außenstehende manchmal seltsam und befremdlich wirken, insbesondere wenn sie auf rein nonverbaler, körperlicher Ebene erfolgen und sich an die Interaktionsebene der Patient*innen anpassen.

„wenn wir in Beziehung treten auch manchmal über scheinbar absurde (.) Handlungen die wir da machen einfach den anderen ernst nehmen und davon ausgehen Wenn ich zu ihm komme und etwas mit ihm teile was er tut dann kann er dann kann ein gemeinsamer Beziehungsraum entstehen und er kann auch zu sich einen anderen Zugang bekommen und dann kommen manchmal solche Dinge a(.)wie aus heiterem Himmel raus.“ (Af, 264-269)

Eine junge Frau mit Hirntumor, die Af betreute „starrte häufig so in die Leere und und wischte manchmal.“ (Af2, 239-240). Af hat in Reaktion auf diese Handlung „mit ihr zusammen gewischt und dann hab ich ihre Wischbewegung mit Tönen begleitet dann hab ich zu ihren Wischbewegungen Linien gemalt mit einem Stift der da lag und irgendwann hielt sie inne, nahm meine Hand und streichelte sie und schaute mich an.“ (Af2, 242-246). Af imitiert zuerst das ungewöhnliche Verhalten der Patientin, dann spiegelt sie es durch visuelle und auditive Reize, um so in Kontakt zur Patientin zu kommen. Die Patientin reagiert darauf auch mit Berührung und Blickverhalten; sie geht auf das Kontaktangebot ein. „[D]ann ging ihr Blick wir saßen bei ihr im Zimmer am Tisch äh zu einem Fo:to von einem Mädchen (2) und Zärtlichkeit lag in ihren Augen.“ (246-247). Af interpretiert das Blickverhalten der Patientin und fasst in Worte, was sie meint wahrzunehmen: „ich hab sie geduzt und gesagt Die hast du lieb.“ (248-249). Die Reaktion der Patientin kommt auch für Af überraschend, als diese plötzlich spricht: „und dann kam wir wussten nicht dass sie sprechen konnte dann kam ein Satz raus dann sagte sie Die hab ich mega lieb“ (249-250).

Die Patientin „guckte ... weiter das Foto an und wurde auf einmal ganz traurig (2) ähm und sagte dann: Wir haben uns viel gestritten.“(255-256). Af fasst die wahrgenommenen Gefühle der Patientin erneut in Worte: „[Ich] hab ihr gesagt Das bedauerst du hm?“ (257) und überlegt wer das Mädchen sein könnte, was eine weitere Interpretation darstellt. „[I]ch hatte dann die Idee wahrscheinlich ist das ihre Tochter.“ (257-258). Daraufhin machte sie der Patientin einen Vorschlag, der auch für sie selbst etwas „aus heiterem Himmel [kam] dann meinte ich Wir können der Tochter einen Brief schreiben genau das aufschreiben was du grad gesagt hast. Dann hat sie genickt. Dann haben wir aufgeschrieben ähm (2) ich hab dich mega lieb (.) Leider haben wir viel gestritten. Das bedaure ich. Und dann hat sie mit eigener Hand unterschrieben Deine Mama. Und den Brief haben wir der Tochter dann gegeben“ (259-263).

Die Art und Weise wie Af in Kontakt kommt, ist zunächst rein sinnlich und wandelt sich dann in eine verbale Interaktion. Af geht die Interaktionsschritte stets im Tempo der Patientin, sie reagiert nur auf Signale der Patientin und ist aufmerksam dafür. Sie macht sich die Geschichte

der Frau nicht zueigen oder verändert sie, sondern bleibt in der Lebens- und Ausdruckswelt der Patientin und auf deren Interaktionsebene. So schreibt sie im Brief an die Tochter exakt die Worte auf, die in der Interaktion mit der Frau entstanden waren. Sie fügt dem nichts hinzu oder verfremdet es, sondern gibt den Worten der Patientin Gewicht. Darin zeigt sich eine akzeptierende und annehmende Haltung, die nicht den Anspruch einer Verbesserung oder Leistung in sich trägt. Sie begegnet der Patientin mit der Haltung, dass ihre nonverbale und verbale Ausdrucksweise gleichberechtigt mit der ihrer eigenen ist.

Interaktionsgestaltung als Momentgestaltung

In der Beschäftigung mit den Transkripten fiel immer wieder auf, dass die Pflegekräfte davon sprachen, dass häufig keine Zeit bleibt, um mit den Patient*innen eine Beziehung zu gestalten, da diese häufig schon im Sterben liegen, wenn sie mit ihnen in Kontakt kommen (Af, Cf, Df, Jf, Kf).

„...wir [müssen] ja dann in diesen Situationen so schnell handeln können und nicht lange warten bis irgendwas wächst ne ist nichtmehr viel Zeit? (Af, 210-212)

Es werden stattdessen oft *Momentgestaltungen* beschrieben.

„Dann laufen wir durch die Gegend und ich versuch immer wieder einen Moment zu erhaschen wo ich sie auf was aufmerksam machen kann indem ich sie zum Beispiel auch berüh::r und ähm Ach schaun Sie mal Ihre Kirschen sind schon reif und dann wir da und ich versuch ob sie mal kurz dann kann sie vielleicht einen Blick erhaschen und nimmt diesen Kirschenbaum wahr und dann ist es so ein Moment weißt du es sind immer so Momente von Ah: ja: (.) ach die sehn ja gut aus und das sind oft nur so kurze Momente wo man wirklich auch so vordringt zu dem Mensch (.) und die sind dann eigentlich schon die wertvollen ne? (Bf1, 397- 403)

Bf beschreibt die Momentgestaltung als einen Versuch die Patientin zumindest kurzzeitig emotional zu erreichen, was durch die Verben „erhaschen“ und „vordringen“, zum Ausdruck kommt. Sie nutzt die Interaktionsstrategien *Berührung* und *Ansprache* um die Patientin Bf1 auf visuelle Reize aufmerksam zu machen. Der Moment, in dem die Patientin Bf1 den visuellen Reiz, in diesem Fall den Kirschbaum, wahrnimmt, wird von Bf als wertvoll eingestuft. Darin spiegelt sich Bfs *Haltung* kleine Momente der Aufmerksamkeit als wertvoll und bedeutsam anzuerkennen. Gleichzeitig zeigt sich darin auch wie schwierig und mühevoll es sein kann Zugang zu den Patient*innen zu finden.

.

Haltungen in gelungenen nonverbalen Interaktionen

In diesem Abschnitt möchte ich einige zentrale *Haltungen* vorstellen, welche in den Interaktionsbeschreibungen zum Ausdruck kommen. Teilweise kamen die folgenden vorgestellten

Haltungen schon in den Beispielen zuvor vor, aber ich möchte sie hier nochmals konkreter fassen, da sie aus meiner Sicht eng mit den erlebten Interaktionen und erlebbaren Dimensionen zusammenhängen. Es wird an dieser Stelle jedoch vorwiegend auf gelungene Zugänge und Interaktionen Bezug genommen, da die Haltungen versperrter Zugänge schon recht ausführlich anhand der Beispiele nachgezeichnet wurden.

Den eigenen Anspruch senken und neue Perspektiven entdecken

Es zeigt sich insbesondere in gelungenen Interaktionen der Versuch der Pflegekräfte, sich zu vergegenwärtigen, wie komplex die Situationen und Handlungen sind und mit welcher Selbstverständlichkeit gesunde Menschen diese Tätigkeiten ausführen. Diese Vergegenwärtigung hilft, Zugänge als solche zu erkennen und kurze Momente der Interaktion als sinnhaft zu erleben.

„...20, 30mal Ball hin und herwerfen das braucht ja auch Koordination Auge Hand Koordination ähm den Fokus auf das Gegenüber da steckt ja immer ganz viel drin in all diesen kleinen Aktivitäten die wir so selbstverständlich irgendwie tun?“ (Bf4, 897-899)

Bf spricht in diesem Kontext von außerdem von „*Minisituationen*“ (744), die bedeutsam sind und als solche anerkannt werden müssen. Es geht darum *den Anspruch* und die Erwartung an Interaktionen zu senken und in ihnen Sinn zu entdecken.

„Und wenn ich dann eine Seite eingeschlagen hab dann konnte es sein sie nimmt die andere noch. Und das sind ja Minisituationen da gehts nicht drum fünf Tasch äh Dinge zusammenzulegen sondern dieses Erleben von (.) Impulse die da einfach noch automatisiert kommen und ich falte da dieses Tuch rüber und überhaupt mit den Händen da irgendwo drüber zu streichen (.) wenn man sonst immer nur dasitzt mit den Händen im Schoß (Bf3, 743-748)

Bf stellt hier einer quantitativen Haltung eine *qualitative Perspektive* entgegen. Sie zeigt auf, wie wichtig kurze Momente der Interaktion sind, auch wenn sie zunächst bedeutungslos, ineffizient oder nicht besonders erscheinen. Durch ihre Schilderung und den Vergleich zu einem Tag an dem die Hände der Patientin nur im Schoß liegen, zeigt sie auf, welche Bedeutsamkeit diesen Sinneserfahrungen für Patient*innen zukommt. Es geht darum, die Sinne einzusetzen und den eigenen Körper wahrzunehmen. Gerade Patient*innen, die viel im Bett liegen oder nicht mehr sehr mobil sind, erleben in Pflegeheimen eine eher reizarme Umwelt und können diese auch nicht verlassen. Deshalb sind diese scheinbar unwichtigen *Momente* hervorzuheben und verdienen Beachtung (vgl. auch ‚Interaktionsgestaltung als Momentgestaltung‘).

Bf verwendet auch den Begriff der Teilhabe:

„Und ich find das Umfeld wahrnehmen zu können und drauf reagieren zu können wie jetzt über Musik und Reaktion ähm ist eine Möglichkeit der Teilhabe. Wenn nicht alles nur an einem

vorbeirauscht und man da den ganzen Tag sitzt und vor sich hindöst ne weil da hat man keinen Zugang zur Umwelt.“ (Bf, 638-64)

Der Begriff ‚Zugang‘ bekommt an dieser Stelle auch eine neue Perspektive. Es geht nicht nur darum als Fachkraft Zugang zu den Patient*innen zu erhalten, sondern auch als Patient*in Zugang zur Umwelt zu bekommen und daran teilzuhaben. Es ist Bfs Vorstellung, dass Pflegekräfte Patient*innen den Rahmen geben, um mit ihren abnehmenden Möglichkeiten weiterhin Zugang zu ihrer Umwelt und eine gemeinsame Interaktionsebene zu haben (vgl. Z.775).

Auch beschreibt Bf die Bedeutung von Zeit und der dadurch möglichen inneren Ruhe in Interaktionen:

„wenn ich weiß ich hab eine Stunde ist doch passiert anders weil ich innerlich mehr Ruhe hab oder mehr (2) diesen Zeit (.) Rahmen einfach hab. Und merk dann kann ich einfach auch mal nochmal neben hinknien und nochmal warten wenn das aufstehen nicht klappt. Dann probieren wirs halt nochmal wir drehen nochmal ne Runde ähm einfach so im:: Gespräch oder im: ich weiß nicht die Hände auszustreichen wie auch immer und dann probieren wirs neu.“ (Bf1, 419-424)

Bf hat pro Patient*in eine Stunde zur Verfügung, die von der Krankenkasse abgedeckt ist (vgl. Z.415). Auch wenn diese Zeit nicht immer leicht zu füllen ist, (wie auch das folgende Zitat zeigt), gibt sie Bf mehr Ruhe um die Patientin zu begleiten und eröffnet andere Räume (bzw. Dimensionen), als wenn sie einen Zeitrahmen von 30 Minuten vorgegeben hätte. Es wird hier eine *ergebnisoffene Perspektive* im Gegensatz zu einer *funktionalen Perspektive* präsentiert. Bei einer knapperen Zeitvorgabe wäre Bf gezwungen, die wichtigsten Aspekte der Begleitung (wie beispielsweise Körperpflege oder eine bestimmte ergotherapeutische Übung) umzusetzen. Mit einem größeren Zeitrahmen kann sie jedoch gelassener und offener mit den Interaktionen während der Begleitung umgehen und dadurch „passiert anders“. Mit dieser Aussage werden auch dimensionale Unterschiede markiert. In dieser Dimension, welche eine ergebnisoffene Haltung beinhaltet, muss die Begleitung nicht effizient oder besonders sein, wie eine erledigte Pflicht, sondern es geht darum mit der Patientin zu sein und geduldig in ihren Tätigkeiten zu unterstützen. Im Grunde kann es verglichen werden mit der Betreuung von Kindern, die gerade anfangen zu laufen und bei denen es oft darum geht einfach dabei zu sein und zu unterstützen, wenn sie wieder hingefallen sind. Schwierig für Betreuende ist im Kontext mit alten Menschen eher die Tatsache, dass kein Gewinn von Fähigkeiten wie bei Kindern stattfindet, sondern ein Abbau. Es kommen Zweifel und die Frage auf, wie *sinnhaft* dieses ‚einfach nur begleiten‘ ist:

„Denn natürlich jetzt eine Stunde jemand einfach nur zu begleiten (1) ist hm (.) schwierig auszuhalten wenn man Ziele vor Augen hat (1) aber man muss an den Zielen die st das ist die Stellschraube ne? Also einfach die Ziele (.) dementsprechend auch sehen was ist da jetzt

realistisch und da war es eben das Ziel dass der Mann mal allein kurz einkaufen kann oder mal allein sich in sein Büro zurückziehen zu können ohne dauernd gucken zu müssen Lläuft sie weg.“ (Bf1, 978-984)

Bf erzählt hier, dass es „schwierig auszuhalten“ ist, jemanden „einfach nur zu begleiten“. Mit dem Ausdruck „aushalten“ erscheint es, als sei es eine Herausforderung die Interaktion in ihrer Form des ‚nur Begleitens‘ zu ertragen; es gibt ein Spannungsfeld zwischen „Zielen“, die Bf als Pflegekraft vor Augen hat und den abnehmenden Fähigkeiten der Patientin. (Es ist anzumerken, dass Ziele in der Ergotherapie oft formuliert werden, um weiterhin eine Finanzierung durch die Krankenkasse zu erhalten. Gleichzeitig werden in der Ergotherapie zu Beginn Ziele formuliert um die eigene Arbeitsweise und therapeutische Arbeit zu strukturieren. Therapie beinhaltet auch immer, dass etwas therapiert wird; es handelt sich um Verfahren, die Heilung von Krankheiten bewirken sollen. Zudem gehören Ergotherapeuten gesetzlich zu den Heilmittelerbringern (Bf, Z.76; 416)) Dieses Hintergrundwissen hilft zu verstehen, wie dieses erwähnte Spannungsfeld unter anderen zustande kommt. Jedoch zeigt sich auch, wie schwer es ist, mit abnehmenden Fähigkeiten von Menschen umzugehen. Eine verinnerlichte Haltung von ‚da muss doch noch etwas zu verbessern sein‘ kann die Betreuung von Demenz- und Palliativpatient*innen erschweren. Dies kann auch mit der zuvor erwähnten Aussage von Af in Verbindung gebracht werden, in der sie schildert, wie schwer es auch für sie zu Beginn ihrer therapeutischen Tätigkeit war, zu akzeptieren, dass der Weg ihres Patienten ist, „*dass er verliert*“ (Af, 405) (siehe Kapitel Verlust von Fähigkeiten des Patient*innen führt zu Verlust von Interaktions-Zugängen).

Jedoch schafft Bf es ihre *Perspektive zu verändern* und diesem Spannungsfeld eine neue Richtung zu geben. Sie sagt, dass die Ziele die „Stellschraube“ sind; dass Pflegekräfte überlegen müssen, welche Ziele mit dem Verlust von Fähigkeiten für die Patient*innen noch sinnvoll sind. Für Bf kann dies auch darin zu verorten sein, Angehörige zu unterstützen, indem sie den Patienten oder die Patientin ‚nur‘ betreut und ihnen dadurch Freiräume verschafft. Der Interaktion an sich, in der für Bf nicht mehr so viel Sinnstiftendes geschieht, wird dadurch eine neue Bedeutung verliehen. Sie unterstützt in ihrem ‚nur da sein‘ den Ehemann und entlastet ihn. So kann Bf ihren Gefühlen und Gedanken eine neue Ausrichtung geben und für sich wieder Selbstwirksamkeit und Sinn erleben. Dies kann bedeutsam sein, wenn es darum geht Frustrationen vorzubeugen und positive Gefühle bei der Betreuung Schwerstkranker zu behalten.

„... und ich glaub das macht (.) einen Unterschied (.) weil man wenn man merkt Ok ich komm grad tatsächlich nicht ran (.) da kommt heut nichts im: ich kann sie kaum abholen (2) dann sind da noch die anderen Dinge die so viel Gewicht haben vielleicht macht das den Unterschied“ (Bf1, 990-993)

Bf schildert die Interaktion mit der Patientin als nicht zufriedenstellend; sie stellt fest, dass an einem Termin keine Verbindung zwischen ihr und der Patientin zustande kommt und kann kaum einen Zugang finden. Dennoch kann sie sich die Sinnhaftigkeit ihrer Tätigkeit vor Augen halten, da „die anderen Dinge“ – wie das Begleiten der Angehörigen – auch von Bedeutung sind. Allerdings kann eine Veränderung der Perspektive auch dazu führen, dass die Patient*innen aus dem Blick geraten und stattdessen eine Trauerbegleitung der Angehörigen stattfindet, da die Pflegekräfte dort mehr Selbstwirksamkeit erfahren und sich sinnhaft erleben. Kf beispielsweise erzählt, wie spannend und sinnstiftend es für sie war, die Angehörigen einer sterbenden Patientin zu begleiten. Sie erzählt darüber ausführlicher, als über die Interaktionen mit der Patientin (Kf, 150-194). Auch Bf erzählt, wie sie die Stunde, die sie zur Verfügung hat, auch dafür nutzt, dass der Ehemann der Patientin „Austausch findet“ (Bf, 988).

„Oder wenn ich kam und eben diese Stunde Fra:gen stellen zu können die ihn beschäftigen. (1) Dinge aufarbeiten zu können die ihn jetzt die Woche über beschäftigt haben (.) und er nicht einordnen kann wo wir gemeinsam überlegen können was könnte das denn sein wie könnte er reagieren“ (Bf1, 975-978)

Es fällt dennoch auch in anderen Transkripten auf, wie wichtig es ist, von Leistungsdenken und Vorstellungen über eine sinnstiftende Interaktion Abstand zu nehmen:

„Und äh je länger ich das mach ich bin schon 20 Jahre dabei:: umso vorsichtiger bin ich um um so (.) ähm bescheidener bin ich finde ich also ich glaub nicht mehr dass ich da (.) ... ich finde mit der Zeit lernt man äh nein das weiß man nicht das muss man gucken das ist was so:: (2) ja äh größer als (2) als wir oder zumindest größer als ich was da passiert.“ (Jf, 550-556)

Jf ist als ehrenamtliche Hospizmitarbeiterin mit 20 jähriger Erfahrung „bescheidener“ und „vorsichtiger“ geworden; sie hält sich selbst nicht mehr für so wissend wie zu Beginn der Tätigkeit. Demut ist an dieser Stelle eventuell der passende Begriff. Jf spricht zudem von anderen Dimensionen als den zunächst ersichtlichen und wahrnehmbaren. Mit der Aussage „das ist... größer als ich was da passiert“ deutet sie eine spirituelle Dimension an, die schwer zu beschreiben ist, da sie nicht bekannt ist bzw. nur erahnt oder geglaubt werden kann. Sie übersteigt ihr Denken und ihre Vorstellungskraft, bildet jedoch einen Grundsatz ihrer Haltung. Ihre Umgangsweise „vorsichtiger“ zu sein oder „bescheidener“ und nicht die Interaktionen zu erwarten, die sie sich zu Beginn ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit ausgemalt hatte, zeigt eine veränderte Perspektive, die auch mit diesem Glaube an etwas Höheres verbunden ist. Für Jf geht es nach 20 Jahren der hospizlichen Sterbebegleitung um eine feinere Ebene oder Dimension, die sich nicht in leistungsorientierten und funktionalen Dimensionen ausdrücken lässt, und auch nicht direkt offensichtlich und wahrnehmbar ist. Auch spricht sie in diesem Zusammenhang davon, dass jede*r Patient*in etwas anderes braucht oder möchte und „das muss man

in der Tat erstmal erspüren“ (Jf, 537-538). Hierfür benötigt es laut Jf eine abwartende Haltung und feinsinniges Wahrnehmen.

Zudem hat sie „*inzwischen wirklich das Gefühl dass ein bisschen was passiert ja wenn ich da ganz ruhig da sitze äh das äh vielleicht doch ein bisschen was (.) rüberge springt oder auch zu mir kommt oder dass irgendwas ist da*“ (Jf, 534-537), was erneut den spirituellen Glaube an etwas Höheres, Besonderes, das den Pflegekräften nicht direkt ersichtlich ist, betont.

Interessant an diesem Zitat ist, wie vorsichtig die Formulierungen gewählt sind; es wird wiederholt von „ein bisschen“ gesprochen, was andeutet, dass die Dimension nicht offensichtlich wahrnehmbar ist, sondern eine Komponente der Unsicherheit beinhaltet. Damit bringt Jf eine nicht messbare Dimension zum Ausdruck, von der sie selbst auch nicht sicher ist ob sie tatsächlich existiert und wie viel und was genau in diesen Momenten geschieht, in denen sie ganz ruhig bei den Patient*innen sitzt. Dennoch hofft sie auf einen Austausch, eine Art von Interaktion, dass der/die Patient*in bemerkt, dass sie da ist und auch etwas von ihm/ihr zu ihr kommt. Jedoch findet dieser ‚Austausch‘ der beiden Anwesenden auf einer Ebene statt, die nicht greifbar oder messbar ist. Die Formulierung „irgendwas ist da“ beschreibt ebenfalls die nicht messbare Dimension dieser Interaktionen.

Haltungen, die Offenheit und Gelassenheit in Interaktionen ermöglichen

Die bereits beschriebenen versperrten Zugänge machten deutlich, wie frustrierend es sein kann, wenn das Initiieren und Gestalten von Interaktionen misslingt. Pflegekräfte sind jedoch in der verantwortlichen und helfenden Rolle, in der sie den Rahmen für die Interaktion gestalten und dadurch der Gefahr der Frustration und mangelnden Selbstwirksamkeitsgefühle stets ausgesetzt sind. Um zu dieser hohen erlebten Verantwortung Distanz einzunehmen, schildert Cf, wie sie sich die Verteilung der Verantwortung in der Interaktion vorstellt:

„Ja also für mich ist das auf jeden Fall die Brücke ich äh bin eben in der Lage diese Brücke zu beschrei::ten sozusagen und wenn ich vielleicht da:: äh meinen hohen Anspruch ähm ganz runterfahre und wirklich auf der Herzebene kommuniziere dann weiß ich auch wie weit ist jetzt bin ich dran die Brücke entlang zu gehen und wie weit kann der andere mir noch ein Stück entgegen kommen ... Und dann kann sich das so einpendeln sozusagen... Und ich kann da ja eben diese diesen Weg ein Stück weit: entgegen gehen und gucken was was kommt da und da bin ich ganz offen.“ (Cf, 340-353)

Ihre Metapher der Brücke, die sie nur bis zur Hälfte entlanglaufen kann, gibt ihr die Möglichkeit sich vor Augen zu halten, dass sie nicht allein dafür verantwortlich ist, wie die Interaktion verläuft. Ein Scheitern ist demnach auch nicht nur ihre eigene Verantwortung. Was in ihren Möglichkeiten liegt, ist die „Brücke“ zu beschreiten, den Patient*innen entgegenzukommen, ihnen die Hand (im metaphorischen wie tatsächlichen Sinne) zu reichen. Sie sieht ihre

Verantwortung darin, ihre Erwartung zu senken, sich frei von Vorstellungen über die Interaktion zu machen und auf der nonverbalen, emotionalen Ebene zu kommunizieren und damit sich selbst emotional einzulassen. Daraufhin kann sie nur abwarten und schauen wie weit der/die Patient*in ihr entgegenkommen kann, d.h. auf welche Art interagiert werden und wie tief der/die Patient*in sich einlassen kann, um dann eine gemeinsame Interaktionsebene zu finden, welche sich in diesen Prozessen formt und „einpendel[t]“.

Diese offene Haltung und das Bewusstsein, dass nur 50% der Interaktion in der eigenen Verantwortung liegen, schildert auch Af als sehr erleichternd.

„Ich hab nur 50%des Geschehens in meinen Händen. Die anderen 50% hat der andere in seinen Händen und selbst wenn ich weiß dass ich vie::! Flexibilität und Geschick mitbringe das zu suchen, kann es sein, dass ein anderer sich verschließt. Und diese Freiheit hat er und äh die kann ich ihm und will ich ihm auch nicht nehmen“ (Af 340-343)

Afs Beschreibung, den Patienten oder die Patientin als ein Gegenüber zu begreifen, das die Freiheit hat, eine Interaktion und ein emotionales Einlassen abzulehnen oder nur bis zu einem bestimmten Grad zuzulassen, spiegelt ihre respektvolle, subjektorientierte Haltung. Sie weiß, dass sie alles versuchen kann und auch viele Kompetenzen mitbringt um Zugänge zu schaffen, dass es aber nicht alleine ihre Entscheidung ist, ob eine Interaktion zustande kommt.

Diese Haltungen der Offenheit und Gelassenheit können auch als eine Suche von Interaktionswegen und -dimensionen in einem Zustand ‚zwischen Gestalten und Aushalten‘ beschrieben werden:

„...ich betrachte so meine (.) meine (.) meine (.) Bedeutung in der Hauptsache so dass ich da bin für diese Menschen also (.) was immer das auch bedeuten mag (.) also nich in dem Sinne dass ich irgendwas tue sondern was da passiert das ergibt sich aus der Situation heraus und (.) es ist eben manchmal so, dass äh ich merke es ist einfach auch ne Aufgabe das auszuhalten ... nich eben also gerade nichts zu machen“ (If, 68-74)

Laut If ist es zwar wichtig für die Patient*innen unterstützend zu sein, aber dies kann je nach Situation bei jeder Patientin und jedem Patienten anders aussehen und beinhaltet andere Qualitäten. Manchmal ist es gerade die Aufgabe der Pflegekraft das eigene Nichts-Tun auszuhalten und nicht gestaltend tätig zu sein. Auch darin gelassen zu bleiben und keinen Anspruch an das eigene Handeln zu haben im Sinne eines ‚getriebenen Helfens‘, sondern stets die Bedürfnisse der Patient*innen vor Augen zu haben, stellt If als zentral heraus.

Haltungen der Reflexivität

Auch zeigen sich reflexive Perspektiven, insbesondere, wenn nonverbale Interaktionen nicht funktionieren, Interaktionsversuche abgewiesen werden oder von den Patient*innen keine Feedbackreaktion erfolgt.

„Aber ich aber das war so:: das machte mir schon zu schaffen so dass ich zu Frau X (.) die für die Begleitungen und für uns zuständig ist ge(.) äh gegangen bin und wir haben hier auch an diesem Tisch da überlegt Soll noch jemand neues dazu? Soll ich aufhören? Warum ist sie so? Und das war mir auch ganz klar Die ist so unglücklich ja (.) dass ähm es ist ähm es ist wahrscheinlich ganz normal wenn sie so (.) das rauslässt“ (Jf3, 192-196)

Jf hadert zunächst mit den Reaktionen der Patientin Jf3, die „manchmal ... freundlich manchmal unfreundlich [war] also die hat sich manchmal umgedreht in ihrem Rollstuhl (188-189). Sie fühlt sich persönlich abgewiesen und gekränkt, der nicht geglückte Zugang beschäftigt sie, weshalb sie das Gespräch mit der Person des Hospizdienstes sucht, die die Ehrenamtlichen in ihren Begleitungen unterstützt. Zusammen werden neben Überlegungen ob Jf die Begleitung fortführt oder noch eine weitere Ehrenamtliche zur Unterstützung dazukommt, reflexive Überlegungen angestellt und überlegt was die Gründe für das Verhalten der Patientin sein könnten. Dadurch kann Empathie entwickelt werden und das Verhalten der Patientin von Jf als Person abgegrenzt werden, sowie die Ursachen im empfundenen Unglück der Patientin gesucht werden. Dadurch kann das Verhalten der Patientin leichter akzeptiert werden und ein anderer Umgang damit stattfinden.

Auch bei Patient*innen, die keine Reaktionen mehr zeigen (können), erweist sich eine reflexive Haltung als hilfreich:

„das ist die Herausforderung weil ich da wenig Resonanz bekomme und wir als Menschen ja so extrem auf Resonanz angelegt sind und dann nicht Vergeblichkeit empfinden. Aber das ist wiederum dann ein Reflexionsprozess sich das klar zu machen Der kann mir keine Resonanz geben das ist dann seine Begrenzung“ (Af, 440-442)

Reflexion heißt in diesem Fall, zu überlegen, warum keine antwortende Reaktion erfolgt und den Patient*innen keine Absicht oder bösen Willen zu unterstellen. Dies als eigene Herausforderung für sich und seine Bedürfnisse zu begreifen und den Patienten oder die Patientin in ihrem Nicht-Antworten zu akzeptieren, dennoch involviert zu bleiben und nicht aufzugeben, stellt Af hier als bedeutsam heraus.

Prozessorientierte und ergebnisoffene Haltungen

Ergebnisoffene und prozessorientierte Haltungen zeigen sich vor allem bei Pflegekräften mit häufig geschilderten gelungenen Interaktionen.

„Und eben es bedeutet sich auf die Suche zu machen nach dem anderen ohne zu wissen wo es mich hinbringt. Ich weiß nur es öffnet Türen zu zu einem gemeinsamen Raum. der macht dann manchmal besondere Dinge möglich“ (Af, 240-242)

Ergebnisoffen zu sein, bedeutet nach Afs Schilderung nicht zu wissen, wie die Interaktion sich entwickelt und nicht zu versuchen den Verlauf zu kontrollieren. Gerade durch das Loslassen der Kontrolle kann ein gemeinsamer Raum entstehen, den sie nicht erwartet hat und macht Interaktionen und Dimensionen möglich, die ungewöhnlich und prägend sein können.

Auch findet sich die Haltung, herausfordernde Interaktionen bzw. ausbleibende Reaktionen als Prozesse zu sehen, die zum Leben gehören und ihren bedeutsamen Platz haben. Das bedeutet, dass diese Prozesse schwer sein dürfen; es wird von ihnen kein positiver Aspekt oder Ausgang erwartet. Auch wird nicht versucht die Prozesse zu ‚betäuben‘ oder ‚wegzumachen‘, z.B. mithilfe von Schlafmitteln oder anderen Medikamenten, sondern sie stattdessen pädagogisch-interaktionell in Care-Arbeit zu begleiten. Ausgangspunkt dieses Handelns ist die Ansicht, dass unverarbeitete Gefühle in Sterbeprozessen zutage treten, welche beachtet werden sollten (vgl. Cf, 741-760). Das bedeutet zwar unter keinen Umständen, dass Schmerzmittel verweigert werden, aber es wird dennoch nach Ursachen gesucht, woher bestimmte Zustände (z.B. Unruhezustände) kommen und darauf in Interaktion reagiert.

„Weil ich denk das gehört alles dazu das sind unsere Prozesse die wir halt erleben dürfen ne. Und (.) im wahrsten Sinne des Wortes erleben und nicht dahin (.) siechen vegetieren oder schlafen sondern jeder Prozess genau wie bei einer Schwangerschaft und Geburt hat da seine Aufgabe.“ (Cf, 730-733)

Eine ausführliche Erklärung und anschauliches Beispiel dazu findet sich im folgenden Kapitel.

Prozesse des Einlassens als dimensionale Prozesse - neue Interaktionsebenen finden

Cf schildert eine Situation, in welcher sie einen Mann im Hospiz betreute, dessen Ehefrau sich zunächst schwertat, nonverbale Interaktionen mit ihrem Mann zu gestalten. Wenn sie zu Besuch kam – und „wie der Wirbelwind ... erstmal durchs Zimmer fegte“ (678) „ja nur in diesem Mo:du halt Ich muss noch irgendwas machen“ (681) - zeigte der Patient starke Stresszustände, die sich u.a. durch Atemnot äußerten. Cf und ihre Kolleg*innen „mussten da ... Ruhe reinbringen. Also ich sag jetzt bewusst müssen weil es ne Qua:l sonst war“ (710-711). Daraufhin wurde die Entscheidung getroffen mit der Ehefrau zu sprechen und sie mit ihrem Verhalten und den dadurch ausgelösten Stresszuständen ihres Partners zu konfrontieren, da sonst „Inhalate Medikamente äh in hohen Leveln nötig [waren] um da so ne so ne Ruhe bei dem Partner

wieder zu erzeugen.“ (716-717). Es wurde ein EKG mit den Zuständen des Patienten vor den Besuchen der Ehefrau erstellt und darüber mit ihr gesprochen. Dadurch kam ein „schmerzhafter Prozess“ (833) in Gang, weil das Verhalten, das die Partnerin bis dahin gezeigt hatte, nicht mehr möglich war und „sie eben in diesem dann an ihren Schmerz kam an ihre Verlustängste an die große Trauer die da schon war(.) an diesen ja: (.) beginnenden Abschied der ja auch ein Prozess ist für sie war und ist“ (833-835). Cf beschreibt das Verhalten der Ehefrau auch als „Ausagier[en]“ (694) zum „Abbau von Ängsten und Stress“ (685) und stellt damit die These auf, dass das gezeigte Verhalten seinen Zweck in der Nicht-Beschäftigung mit und Ablenkung von den eigentlichen (Trauer-) Prozessen hat. Die zunächst geschilderte Interaktionsart und -dimension zwischen Ehefrau und Patient lässt sich als umsorgend-aktiv und dominierend-ausagierend beschreiben. Jedoch verharrt die Frau in einer eher selbstzentrierten Haltung um sich ihren Gefühlen nicht stellen zu müssen. Sie ist zwar engagiert und auf den ersten Blick auf das Wohl ihres Mannes bedacht, blendet die Bedürfnisse des Patienten jedoch aus und sorgt in erster Linie mit ihrem Verhalten dafür, sich nicht auf die Interaktion einzulassen, die für ihn wohlthuender, für sie aber konfrontativer wäre.

Nach dem Gespräch mit den Hospizmitarbeiter*innen ließ sie sich jedoch darauf ein, neue Verhaltensweisen zu erproben und sich mit ihren Gefühlen zu konfrontieren, auch wenn es für sie „unendlich schwer“ (699) war. Fünf Minuten still am Bett des Partners zu sitzen, „war schon das Höchste der Gefühle“ (700). Im Verlauf des Prozesses, der tatsächlich als Training mit einer Zeitschaltuhr begann, konnte sich die Dame jedoch emotional mehr darauf einlassen und auch wenn es „wirklich Arbeit“ (861) bedeutete „bis wir dann so: sag ich mal mit ihr so eine viertel Stunde (.) Ich bleib jetzt mal wirklich sitzen erarbeitet hatten“ (859-860). Schlussendlich „konnte [sie] sich dann drauf einlassen und sie hat eben gemerkt sie hat wirklich dann auch über die Atmung und über diese Rückmeldung ihres Partners gemerkt ähm dass dass das irgendwie ihr auch gut tut also: da war auch viel mit Atmung also: irgendwie: so:: seine ruhige Atmung hat sie dann auch so ein Stück weit (.) runtergeholt. Und das war so ein Schwingen (.) also ja. Erst war da noch so ne so ne hohe Schwingung irgendwie von ihr ausgehend und von ihm wars schon ja so ein so sehr abgemildert und dann konnte das auch so:: sie erreichen“ (Cf4, 861-867)

Cf beschreibt wie sich der Zugang, die Interaktionsgestaltung und damit einhergehend auch die Dimension der Interaktion durch die Prozessarbeit zwischen der Ehefrau und ihrem Mann verändert. Mit der Veränderung des Verhaltens der Frau werden nun auch die Bedürfnisse des Patienten gesehen und er ist Subjekt und tatsächlich Teil der Interaktion. Die Haltung der Frau scheint nun verändert, da sie sich bewusst von ihrem bisherigen Verhalten löst und sich auf das ‚nur am Bett sitzen und nichts tun‘ emotional einlässt, auch wenn es ihr nicht leicht fällt. Durch das Einlassen auf die neue Interaktionsebene kann die ruhige Atmung des Mannes die Partnerin laut Cfs Interpretation auf einer nicht sichtbaren Ebene „erreichen“ und sie

beruhigen. Die zunächst „hohe Schwingung“, das höhere Aktivitätsniveau der Frau, wird durch die ruhigere ‚Schwingung‘ des Partners beeinflusst und verändert.

Wie schwer es ist, den Grad des Einlassens zu verändern, „[w]eil die Menschen ja ... viele Jahre in einem System gelebt [haben] was sich ja auch so: eingeschwungen hat auf einem gewissen Level und auf eine gewisse Interaktion“ (883-886) zeigt Cf auf. „[D]as Neue [ist] noch nicht sofort da: sondern das ergibt sich dann ne oder ist auch ein Prozess das zu finden. Und ja. Sich da: (.) ich kanns immer auch nur beschreiben dass es ein Weg ist dass sich auf den Weg zu machen das Wichtige ist“ (890-892).

Cf beschreibt das emotionale Einlassen auf die Patient*innen als einen immer wieder neuen „Weg“, eine Suche, in denen gemeinsame Interaktionsebenen in einem Prozess des aufeinander „Einschwingens“ stets neu etabliert werden müssen.

Nicht sichtbare Prozesse als bedeutsame Interaktionen und Dimensionen

Ähnlich wie im Beispiel zuvor und den körperlich-sinnlich, sowie kreativ-unkonventionellen Zugängen stehen Pflegekräfte häufig vor der Aufgabe, die Reaktionen und nonverbalen Signale der Patient*innen zu deuten und anderen, z.B. Angehörigen, ihre Interpretationen zugänglich zu machen. Insbesondere, wenn nur noch sehr schwache Reaktionen in Form von kaum merklichen Signalen (vgl. Beispiel nonverbale ganzkörperliche Schmerzzeichen und Schmerzmimik Af5, 644-654) vorhanden sind, ist dies oft schwer einzuschätzen und anderen gegenüber argumentativ zu vertreten. Selbst wenn die Pflegekräfte durch ihre Expertise selbst relativ sicher sind, die Situation korrekt einzuschätzen, so kann eine Vermittlung der eigenen Haltung und Interaktionsweise herausfordernd sein:

„ich musste das ja auch immer ein Stück weit verkaufen sag ich jetzt mal diese Art der Umgangsweise und Herangehensweise ähm:: das ist na:ch wie vor schwierig. (3) Also weil es eben so wenig messbar ist von außen. Was passiert da was ähm ja selbst wenn mich jetzt einer sag ich mal beobachtet hätte Ich sitze am Bett und da liegt jemand Schwerkranken (2) kann mans nicht von außen sehen was da passiert und das machts glaub ich für uns visuell geprägte Menschen sehr schwierig.“ (Cf, 610-616)

„Weil diese Verbindung ja:: ... dass ich ähm die Hand rei:che und derjenige legt sie drauf und ich äh lass mich auf den Rhythmus ein den Atemrhythmus zum Beispiel und da passiert ja auch eine ganz ähm ganz besondere Berührung über dieses: (.) Thema Atem ne und ähm (2) Ja und dann eben auch auch eine große Be Beruhigung so. Das ist vielleicht das Einzige was man von außen sehen kann dass jemand der der noch sehr mit dem Atem gerungen hat oder so dann über diese diese Art äh des mitgehens ähm dann vielleicht in so eine Ruhe findet und vielleicht sogar einschlafen kann.“ (Cf, 620-627)

Cf beschreibt die Dimensionen, wie sie nonverbale Interaktionen erlebt, als feine und nur

schwer messbare Vorgänge. Diese finden für zwei Individuen in einer Art gemeinsamem körperlichen Interaktionsraum statt, der aufgrund seiner körperlich-sinnlichen Komponente von außen nicht zwangsläufig eingesehen werden kann. In ihrer Wahrnehmung kann lediglich sie und der Patient oder die Patient*in mit der sie interagiert, dies konkret wahrnehmen. Sie macht dafür aber nicht spirituelle Sphären verantwortlich, sondern, dass es sich um sehr feine körperliche Signale und Handlungen handelt, die man kennen muss und die nicht unbedingt sichtbar sind, sondern eher auf körperlicher Ebene spürbar. Eine Verbindung und „Berührung“, eine interaktive Begegnung, kann für sie beispielsweise durch die Berührung der Hände und in einem gemeinsamen Atemrhythmus entstehen. Die beruhigende Wirkung der gemeinsamen Atem-Interaktion macht sie daran fest, dass ihr Gegenüber entspannt einschläft, statt weiterhin nach Atem zu ringen.

Auch die Intensität der erlebten Atmosphäre in einem (Interaktions-) Raum wird in diesem Zusammenhang beschrieben. Die Vorkommnisse sind „schwer ... in Worte zu fassen“ (Jf4, 562). Jf erlebte in ihrer ehrenamtlichen Hospiztätigkeit, wie ein Patient, den sie bis dahin nicht kannte, starb als sie „tatsächlich ... keine fünf Minuten im Zimmer [war]... das also ich hatte ihm gr grade guten Tag gesagt mehr nicht“ (567-569). Sie beschreibt die Situation und Atmosphäre folgendermaßen:

„und trotzdem das war (.) habe ich diesen Moment als unheimlich intensiv da (.) passierte da was das ist ja nicht so dass es man stirbt äh Peng und es ist vorbei es war noch in diesem Zimmer was ganz (atmet tief ein) besonderes ... ich dachte da ist was passiert es war sie also die Seele oder irgendwas ist da ich weiß nicht wie man das nennt (.) Und ich weil es so kurzfristig war hatte ich eine Karte für die Oper und bin von da (lacht ungläubig) in die Oper gegangen ich ich war wie ein Zombie ... das war so so irrsinnig im Grunde ne Also von da und dann in dieses Gewusel gut das war Woizek das war (.) hm traue also es war nicht äh die lustige Witwe oder so etwas aber trotzdem einfach diesen (.) krassen Kontrast zwischen diesem ganz Zimmer wo so intensive Atmosphäre und dann das Gefühl und Gewusel und die vielen Stimmen ahh das war (.)“ (Jf4, 569-583)

Jf erlebte die Interaktion bzw. Sterbesituation als „unheimlich intensiv“, ihr kommt es vor als sei noch „was ganz besonderes“ im Raum gewesen. Auch wenn sie keine genauen Worte findet um was genau es sich dabei handelt – sie benutzt zunächst den Begriff „Seele“, lenkt dann aber ein das es auch „irgendwas“ anderes sein könne, sie wisse nicht wie man das nenne – ist ihre Wahrnehmung, dass „da ... was passiert [ist]“.

Direkt im Anschluss an dieses Erlebnis besucht sie die Oper, da die Anfrage für die Sterbebegleitung kurzfristig eingegangen war und sie schon eine Karte gekauft hatte. Sie beschreibt diese Situation als „irrsinnig“, was zeigt wie paradox sie es nun im Nachhinein findet, dass sie tatsächlich noch zur Oper ging, nachdem sie so eine eindrückliche und intensive Erfahrung

gemacht hatte. Die Beschreibung „Ich war wie ein Zombie“ beschreibt ihren Zustand in der Oper direkt nach dem Erlebnis. Sie steht neben sich, ist noch unter dem Einfluss der Erfahrung und fühlt sich fremd im Setting der Oper. Für sie handelt es sich um einen „krassen Kontrast“ zwischen zwei Erfahrungen und ihren Atmosphären. Während die Atmosphäre beim Sterbenden als sehr intensiv im Sinne einer spirituellen Dimension beschrieben wird, ist die Atmosphäre in der Oper von einer anderen ‚weltlicheren‘ Dimension mit dem „Gewusel“ und den „vielen Stimmen“. Die Opernsituation wird als ‚anders intensiv‘ erlebt als die Sterbesituation.

6 Diskussion

6.1 Diskussion der Ergebnisse

Zugänge und Interaktionsarten mit Demenz und Palliativpatient*innen

Bezüglich der Zugänge und Gestaltungsmöglichkeiten nonverbaler Interaktionen finden sich diverse Möglichkeiten. Viele der Pflegekräfte nutzen körperlich-sinnliche Zugänge und Interaktionsarten wie gemeinsames Atmen, Berühren, gemeinsames Singen und Bewegen, Genuss erleben durch Essen und alltagsnahe, ritualisierte Tätigkeiten.

Nur eingeschränkt können diese Zugänge in Interaktionen angewendet werden, wenn Patient*innen in einem sehr fortgeschrittenen Krankheitsstadium keine ganzkörperlichen und mimischen Reaktionen mehr zeigen können. Eine reflexive Haltung kann dann hilfreich sein, um Gefühlen der Vergeblichkeit und Frustration vorzubeugen. Es geht darum, zu überlegen warum nonverbale Antworten bei Patient*innen ausbleiben und den Patient*innen keine Absicht oder bösen Willen zu unterstellen. Die ausbleibende Reaktion als eigene Herausforderung für sich und seine Bedürfnisse zu begreifen und die Patient*innen in ihrem Nicht-Antworten zu akzeptieren, dennoch involviert zu bleiben und nicht aufzugeben, ist hier bedeutsam.

Auch bleiben Zugänge zu Demenz- und Palliativpatient*innen versperrt, wenn vorwiegend über verbal-kognitive Ebenen interagiert und nicht auf die körperlichen und mimischen Signale der Patient*innen geachtet wird. Zudem versperren ergebnis- und leistungsorientierte, sowie rational-pragmatische Haltungen häufig den Zugang zu gemeinsamen Interaktionsebenen und damit zusammenhängenden erlebbaren Dimensionen.

Es zeigt sich, dass eine *gemeinsame Interaktionsebene* und Beziehung vor dem Verlust der verbal-kognitiven Fähigkeiten von Bedeutung sein kann, um nonverbale Interaktionsebenen möglich zu machen. Die Pflegekräfte fühlen sich dann trotz der verlorenen verbal-kognitiven Ebene immer noch in Verbindung mit den Patient*innen. Durch die zuvor erreichte Vertrautheit fallen nonverbale Interaktionsstrategien wie die der Berührung leichter und es kann eher damit umgegangen werden, wenn keine nonverbale Interaktion zustande kommt und nur am Bett

der Patient*innen Beistand geleistet wird. Wenn *keine* wertschätzende Beziehung und Sympathie entsteht, weil für die Pflegekräfte *schwierige Emotionen und Verhaltensweisen* bei Patient*innen auftreten, kann es hingegen zu Problemen kommen und Zugänge versperrt bleiben. Neben *Scham* scheint *Wut* bei Patient*innen eine Emotion zu sein, die für Pflegekräfte nicht leicht auszuhalten ist, da sie sich auf sie richtet und keine Nähe zulässt. Im Gegensatz zu Traurigkeit kann hier nicht getröstet werden, sondern die Patient*innen lassen ihre Umwelt ihr Unglück spüren und möchten keine positive Zuwendung erfahren. Keiner kann ihnen nahekommen und helfen. Die Funktion des Helfens und des Gefühls beim Anderen Trost zu bewirken, scheint für viele Pflegekräfte sehr wichtig zu sein. Hier kommt der Aspekt der *Selbstwirksamkeit* zum Tragen - und nicht nur eine emotionale Wirksamkeit, sondern auch eine praktische Wirksamkeit ist von Bedeutung. Beispielsweise stellt das Aufrechterhalten der Körperpflege einen wichtigen Aspekt der Pflege dar. Wenn diese durch ablehnende und sich verweigende Patient*innen verunmöglicht wird, leiden diese praktischen Wirksamkeitserfahrungen. In diesem Zusammenhang sind ebenfalls *reflexive Haltungen* von Bedeutung, die sich klar von den schwierigen Emotionen und daraus resultierendem Verhalten der Patient*innen abgrenzen und nach ihren Ursachen suchen. Häufig finden sich Ursachen in der Biographie und der ausweglosen Situation, der die Patient*innen ausgesetzt sind. Kübler-Ross (nach Student et al., 2020) beschreibt in diesem Zusammenhang das Hadern von Palliativpatient*innen, die mit dem eigenen Sterben konfrontiert sind, und erkennt es als Sterbeprozessen innewohnende Phase an. Manchmal kann diese Phase auch überdurchschnittlich lange andauern; Sterbeprozesse und ihre Phasen verlaufen bei jedem Patienten und jeder Patientin individuell unterschiedlich. (Dies stellt auch die Kritik an Kübler-Ross' verhältnismäßig statischem Phasenmodell dar.)

Zudem sind auch *offene und akzeptierende Haltungen*, welche den Patient*innen ihre Gefühle und damit zusammenhängende Abwehr zugestehen, hilfreich um mit den Gefühlen der Patient*innen umzugehen – und letztendlich doch einen Zugang zu finden. Es ist an dieser Stelle wichtig, sich die Abwehr nicht zu sehr zu Herzen zu nehmen und die eigene Verantwortung für die Situation realistisch einzuschätzen. Gleichzeitig sollte den Gefühlen der Patient*innen Raum gegeben werden und auf verschiedene Weise zum Ausdruck gebracht werden (z.B. durch verbales Spiegeln oder Ausdruck durch musikalische oder künstlerische Methoden). Sich stets neu mit den herausfordernden Situationen auseinanderzusetzen und nicht aufzugeben – sich auf die Patient*innen und ihr Hadern emotional einzulassen – ist von großer Bedeutung: „... grundsätzlich werden sich die Betreuenden und Begleitenden mit ihrer ganzen Person einbringen, sich von diesem Menschen berühren und auf eine Begegnung mit ihm einlassen müssen, die sie nicht vorhersehen und steuern können.“ (Kojer & Niedermann, 2006, S.327).

Allerdings besteht in vielen Fällen nicht genug Zeit die Patient*innen über längere Zeit hinweg kennenzulernen, herausfordernde Situationen zu meistern und eine Beziehung mit ihnen zu gestalten. Deshalb ist es sinnvoll, in den Interaktionen keine Beziehungsgestaltung per se anzustreben, sondern vielmehr eine *Momentgestaltung mit Beziehungselementen*.

Hierfür kann eine Grundhaltung sein, dass schon in kleinen, scheinbar unbedeutenden Interaktionen oder nonverbalen Signalen eine Bedeutung liegt. Wie Ganß und Kolleg*innen (2014) feststellen, sind Demenzpatient*innen häufig in ihrem körpersprachlichen und mimischen Ausdruck gedämpft und nonverbale Signale dadurch nicht so leicht zu bemerken. Deshalb ist zum einen erhöhte Aufmerksamkeit für Signale und Reaktionen erforderlich, zum anderen eine Wertschätzung dieser unscheinbaren Interaktionen oder Interaktionsansätze von Nöten. Auch wenn die Interaktion zunächst unbedeutend erscheint, weil sie sich stark von Interaktionen mit gesunden Menschen unterscheidet und kein ‚Feuerwerk‘ stattfindet, so können diese Interaktionen im Alltag der Patient*innen dennoch zentral sein. Es geht darum, zu versuchen den Patient*innen Erfahrungen zu ermöglichen, die ihnen Lebensqualität verschaffen. Dazu gehört grundsätzlich in soziale Zusammenhänge eingebunden zu sein (Kitwood, 2016) und in diesen *emotional involviert* oder *aufmerksam* zu sein, sowie *Entspannung* zu erleben. Den eigenen Körper zu spüren und die Umwelt sinnlich wahrnehmen zu können, sowie in Interaktion mit ihr treten zu können – auch wenn es nur für kurze Augenblicke ist - , können als Ziele mit Demenz- und Palliativpatient*innen ausreichen. (Was aber nicht bedeutet, dass auch mehr möglich sein kann und ermöglicht werden sollte!)

Körperlich-sinnliche Zugänge eignen sich hierfür besonders. Die beschriebenen Zugänge gelingen häufig durch Berührung und taktile Wahrnehmung, Musik bzw. auditive Wahrnehmung und Bewegung (ganzkörperliche Wahrnehmung), sowie gustatorische und visuelle Wahrnehmung. Als Strategien der Pflegekräfte finden sich angewandte Elemente aus der (integrativen) Validation und basaler Stimulation, Ergo-, Kunst- und Musiktherapie sowie der tiergestützten Interaktion. Außerdem werden Teile dieser angewandten Elemente (Berührungen, Spiel mit einem Ball, lebenspraktische Tätigkeiten, Musik und visuelle Reize) als *Medium* verwendet um Interaktionen zu gestalten. Die Rolle dieses Mediums kann als ‚Anker‘ gesehen werden, der die Basis für eine nonverbale Interaktion bietet.

Das Medium der Musik kann beispielsweise als eine Art ‚Vermittler‘ zwischen der rationalen (verbal-kognitiven) und emotionalen (nonverbalen) Ebene interpretiert werden. Musik kann auch für Pflegekräfte, die eher rational orientiert sind, als ein Medium wahrgenommen werden um Emotionen auszudrücken; es ist gesellschaftlich anerkannt und im Alltag präsent. Zudem ist es eine nonverbale Interaktionsstrategie, die vielen Pflegekräften geläufig ist, sodass es naheliegt, diese zu nutzen. Auch für die Patient*innen ist es oft ein Zugang der leicht fällt, da gerade Demenzpatient*innen sich häufig an Lieder aus ihrer Kindheit und Jugend erinnern (Schröder et al., 2004).

Die gefundenen Arten der Interaktionsgestaltung bestätigen die Studienergebnisse von Ganß und Kolleg*innen (2014), die Analysen Meyers (2014), die vorgeschlagenen Konzepte nach Stechl und Beyreuter (2012), sowie die Empfehlungen des Deutschen Bundestages (2005): „Wie im Umgang mit sterbenden Menschen allgemein ist bei dementen Patienten besonders notwendig, verstärkt auf körperlich-emotionale Äußerungen und auf ein evtl. Ansprechen durch Bilder, Töne, Geschmacks- und Geruchssinn sowie körperliche Kontakte sensibel zu achten.“ (S.35).

Allerdings können auch Zugänge durch bestimmte Verhaltensweisen erreicht werden, die den Patient*innen die Möglichkeit bieten, sich nicht alleine zu fühlen. Dies kann auch durch Schweigen und die bloße Anwesenheit der Pflegekräfte erreicht werden. Auch wenn dieses Verhalten für die Pflegekräfte im Sinne eines ‚nur Daseins‘ oder ‚nur Begleitens‘ entgegen ihrer sonstigen funktional orientierten Aufgaben ungewohnt scheint, können es bedeutsame Momente der Gesellschaft und/oder stillen Interaktion im Sinne eines ‚Mitteilenden Schweigens‘ nach Buber (1965) für Patient*innen sein.

Auch gemeinsames Atmen im gleichen Rhythmus im Sinne einer Synchronisation (Tschacher & Bannwart, 2021) kann eine Interaktionsart darstellen. Allerdings ist es wichtig, dass die Pflegekräfte eine Haltung der Gelassenheit bezüglich ihres empfundenen ‚Nichtstuns‘ bzw. einer unkonventionellen Interaktionsart haben und ausstrahlen. Ihre Präsenz und emotionale Involviertheit ist auch in Momenten des ‚nur Daseins‘ von hoher Relevanz. Wenn sie innerlich unruhig sind, Antipathie gegenüber der Methode oder dem Patienten/der Patientin empfinden, wird sich dies in ihrem nonverbalen Verhalten spiegeln und von den Patient*innen höchstwahrscheinlich bemerkt (s. hierzu auch Argyle (2013) zu Einstellungen und ihrem nonverbalen Ausdruck). Dadurch wird die Qualität der Interaktion gemindert bzw. es ergibt sich eine andere Dimension. Ganß und Kolleg*innen (2014) merken an: „Die Haltung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bildet die Voraussetzung dafür, dass es überhaupt zu sozial intendierten Interaktionen kommt und sie hat direkten Einfluss darauf, auf welche Art und mit welcher Qualität sie sich vollzieht.“ (S.101). Aus diesem Grund ist es von Bedeutung, dass die Pflegekräfte sich mit ihren Gedanken und Gefühlen hinsichtlich solcher Methoden und gegenüber Patienten und Patientinnen auseinandersetzen, und zu reflektieren, was daran für sie persönlich herausfordernd ist.

Es kann festgehalten werden, dass die *Haltungen* der Pflegekräfte sich unmittelbar auf die *Art der Gestaltung und die erlebte Dimension* nonverbaler Interaktionen auswirken. Nonverbale Interaktionen sind für ein ‚Entdecken‘ einer sonst verborgenen Haltung sensibler als verbale Interaktionen bei dem durch bekräftigende Worte das nonverbale Verhalten versucht werden kann zu überspielen (auch wenn die Beteiligten dennoch das Gefühl haben, dass ‚etwas in der Luft liegt‘, von dem sie nur vermuten können ob ihr Gefühl richtig liegt, da das gesprochene Wort gegen ihr Gefühl steht).

Gestaltungsformen und ihre erlebten Dimensionen

Die Interaktionsdimensionen, im Sinne von Interaktionsqualitäten, die ich auch oft als Interaktionsraum oder -Ebenen bezeichne, werden von den Pflegekräften häufig atmosphärisch zum Ausdruck gebracht und finden sich in ihren Beschreibungen teilweise explizit, teilweise auch implizit und versteckt wieder. Sie hängen größtenteils mit den Haltungen und angebotenen Interaktionsformen der Pflegekräfte zusammen und sind genauso vielfältig und individuell wie die Charaktere der Pflegekräfte und Patient*innen und der Dynamik, die sich daraus ergibt. Dennoch lassen sich zwei Dimensionen voneinander abgrenzen, da sie in ihren Zugängen und Interaktionsgestaltungen stark voneinander abweichen und dadurch andere Erfahrungsräume ermöglichen.

Zum einen lässt sich eine verstärkt *rational-pragmatische Interaktionsart* beschreiben, die durch verbal-kognitive Strategien versucht, Zugänge zu finden. Der Fokus liegt somit auf kognitiven und verbalen Inhalten. Die Interaktionen, die so gestaltet werden, erfordern entweder einen verbalen Zugang von den Patient*innen oder einen kognitiven. Ist beides nicht mehr möglich, kommt es kaum zu tatsächlichen Interaktionen zwischen den Beteiligten. Die Pflegekräfte erleben sich dadurch häufig als aktiv und die Patient*innen als passiv und es wird keine Gegenseitigkeit empfunden. Über Vorwissen wird versucht die kognitiv-verbale Einbuße der Patient*innen auszugleichen, da die Pflegekräfte gerne einschätzen wollen, mit wem sie interagieren und sich dadurch sicherer und vertrauter fühlen. Diese Einschätzung wird aufgrund von biographischen Erlebnissen der Patient*innen, beschriebenen Charaktereigenschaften und Vorlieben durch Verwandte und Dokumente getroffen – jedoch kaum über die Patient*innen selbst. Der Grad des emotionalen Einlassens ist eher als gering einzustufen.

Die Beschreibungen dieser Zugänge können als nüchtern, enttäuscht, teilweise auch kurzangebunden charakterisiert werden. Die Atmosphäre wirkt entweder neutral und die Beteiligten kaum involviert oder aber negativ aufgeladen.

In den Beschreibungen finden sich Ähnlichkeiten zu Bubers Ich-Es Dimension. Beispielsweise spricht Buber vom Fokus auf Inhalte und der Rolle von Fakten und Wissen in der Ich-Es Dimension. Es werden nur Teile der Patient*innen wahrgenommen, die zwar einmal eine Rolle spielten, aber nicht mehr zwangsläufig spielen müssen. Die Betrachtung der Ganzheitlichkeit der Patient*innen ist hier demnach nicht gegeben.

Im Gegensatz dazu stehen *körperlich-sinnliche Interaktionsarten*, die nicht auf verbal-kognitive Interaktionsstrategien zurückgreifen. Dazu zählen gemeinsame körperliche Tätigkeiten, die die Sinne miteinbeziehen ebenso, wie das Reagieren auf nonverbale Signale der Patient*innen, die teilweise auch nur schwach ausgeprägt sind und eine feine Wahrnehmung und Kenntnisse bzw. Erfahrungswissen über nonverbale Signale benötigen. Die Reaktion der Pflegekräfte erfolgt häufig entweder ebenfalls durch nonverbales Verhalten oder aber sie greifen die

im nonverbalen Verhalten der Patient*innen wahrgenommenen Gefühle auf und verbalisieren sie. Es wird nur auf das reagiert, was die Patient*innen an Verhalten zeigen; Vorwissen spielt kaum eine Rolle. Die Pflegekräfte fühlen sich emotional involviert und lassen sich auf die Interaktion emotional (nicht nur rational) ein. Die Interaktionsart wird von Ganß und Kolleg*innen (2014) auch als *Improvisierte Interaktion* mit dem Komponenten „Offen sein, im Moment sein, Ziellos, Aus sich selbst entwickelnd, Ja-sagen, Sich führen lassen“ (S. 101) charakterisiert.

Diese Art von Interaktionen wird häufig atmosphärisch sehr dicht beschrieben und ist emotional aufgeladen. Die Pflegekräfte erleben die Interaktionen als sehr intensiv und als sei eine gegenseitige Interaktion vorhanden. Zudem werden die Interaktionen als sehr unmittelbar erlebt; die Pflegekräfte fühlen sich stark in der Gegenwart und ihrem Erleben verortet. Es fällt ihnen teilweise schwer in Worte zu fassen, was genau in den Situationen geschehen ist und woran sie festmachen können, dass die andere Person ebenso involviert war, wie sie. Metaphern werden genutzt, um das eigene Erleben zu schildern. Teilweise besteht auch Unsicherheit darüber, wie das Erlebte einzuordnen und zu beschreiben ist.

Es finden sich in den Beschreibungen Komponenten von Bubers Ich-Du Dimension, wie beispielsweise das starke Erleben des ‚Hier und Jetzt‘. Auch in den Haltungen der Pflegekräfte spiegelt sich Perspektive Bubers wieder (z.B. Bubers Hinwendung zum anderen in der Ich-Du Dimension, in welcher der andere akzeptiert wird wie er ist, aber dennoch in seiner Andersartigkeit wahrgenommen wird und die beschriebenen offenen, akzeptierenden Haltungen der Pflegekräfte).

Reflexion: Bestätigte und verworfene Hypothesen

Interviewpartner*innen für diese Studie zu finden, die nonverbale Interaktionskompetenz besitzen und körperlich-sinnliche Interaktionsarten sowie Ich-Du Dimensionen schildern können, war nicht einfach. Dies stellte eine Überraschung dar, da davon ausgegangen wurde, dass Pflegekräfte - insbesondere aus dem Feld der Demenz- und Palliativpatient*innen - geübt im Feld der nonverbalen Interaktionen sind.

Zunächst ergab sich deshalb die Überlegung, dass nur mit einer erhöhten Professionalisierung eine höhere nonverbale Interaktionskompetenz einhergeht und dadurch vermehrt Ich-Du Dimensionen erlebt werden. Die Vermutung über den Zusammenhang zwischen einer höheren Professionalisierung und einer erhöhten nonverbalen Interaktionskompetenz kann aufgrund dieser Untersuchung bestätigt werden. Dadurch, dass die Professionellen mit ihren bisherigen kommunikativen Fähigkeiten an Grenzen bei der Begleitung ausschließlich nonverbal kommunizierender Patient*innen stoßen, beschäftigen sich insbesondere hauptberuflich Tätige der Stichprobe damit, Lösungen für Interaktionsbarrieren zu finden und professionalisieren sich in diesem Feld. Dies gilt jedoch nur für die Befunde dieser Untersuchung. In der Studie von Ganß und Kolleg*innen (2014) gab es einige Pflegekräfte, die sich nicht mit problematischen

Interaktionen auseinandersetzen und der Konfrontation mit der Thematik stattdessen lieber ausweichen. Dennoch gibt es grundsätzlich die Möglichkeit mithilfe von Fortbildungen und Kursen verschiedenste Ansätze kennenzulernen, Kompetenzen zu erweitern und eine erhöhte Professionalisierung im Bereich nonverbaler Interaktion zu erzielen (z.B. Basale Stimulation, Kommunikation ohne Worte, Integrative Validation).

Jedoch bedeutet allein die Fähigkeit nonverbale Interaktionen mithilfe körperlich-sinnlicher Strategien zu gestalten, nicht gleichzeitig das Erleben von Ich-Du Dimensionen. Zum einen muss bei jedem/jeder Patient*in zunächst ein Zugang gefunden werden, was nicht immer gelingt. Zum anderen kann der/die Patient*in die Interaktion auch ablehnen und sich verschließen. Die Ich-Du Dimension ist eine Interaktionsdimension, die nicht willentlich herbeigeführt werden kann (Buber, 1965). Sie bezwecken zu wollen, schon gar nicht in einem funktional ausgerichteten Setting, macht sie nicht möglich, sondern bewirkt eher das Gegenteil. Wenn Pflegekräfte ihr Näherkommen wollen – und damit meine ich Näherkommen und nicht herbeiführen – dann spielt es eine große Rolle *Kontrollverlust* in Kauf zu nehmen und sich der Interaktion ‚hinzugeben‘. Eine Haltung von Offenheit und Gelassenheit, die keine nächsten Schritte plant, sondern im ‚Hier und Jetzt‘ abwartet was passiert, ist hierfür unerlässlich. Es muss also eben jener zielorientierte Aspekt von ‚Ich möchte eine erfüllende Interaktion mit der Patientin oder dem Patienten schaffen‘ losgelassen werden und einem nichts erwartenden ‚Ich schaue was passiert‘ Platz machen. Es kann festgehalten werden, dass paradoxerweise gerade das Ziel der Ich-Du Dimension verlassen werden muss, um es erst möglich zu machen sie zu erleben.

6.2 Diskussion der Herausforderungen durch den Untersuchungsgegenstand

Worte für das Wortlose finden – Dimensionen jenseits der Worte

„*Alles wirkliche Leben ist Begegnung*“ (Buber, 1965, S. 12)

Dieses Zitat spiegelt Bubers hauptsächliche Überzeugung und Grundlage seiner Theorie über die Ich-Du Dimension. Buber sieht in diesem „wirklichen Leben“ ein *wahrhaftiges* Leben, in dem beide Interaktionspartner *unmittelbar* an der Interaktion teilhaben und den Augenblick dieser Interaktion (oder auch Begegnung) sehr intensiv erleben. In Bubers Sprache würde dies formuliert werden als „eine Begegnung mit dem ganzen Wesen“. Zeit und Raum verschwimmen in diesen Interaktionen, wie Af es beschreibt mit „im Fluss der Zeit“ (589) sein. In diesen Momenten der Begegnung steht das Sinnliche im Vordergrund und es wird direkt und ohne nachzudenken intuitiv reagiert. In der Beschreibung dieser Dimension(en) finden die Interviewpartner*innen nur schwer Worte für ihre Erlebnisse und beschreiben diese metaphorisch und atmosphärisch.

Lakoff und Johnson zeigen in ihrer Kognitiven Linguistik, dass nicht-greifbare Konzepte (wie z.B. Emotionen, Zeit) über Metaphern artikuliert und zugänglich gemacht werden (nach Billmann-Mahecha, 2020). Metaphern sind demnach nicht nur sprachliche Stilmittel, sondern haben auch noch eine tiefergehende Funktion: „Metaphern sind Übertragungen von einem Bedeutungszusammenhang in einen anderen“ (ebd., S.342), d.h. um zu beschreiben wofür uns die Worte fehlen, greifen wir auf Erfahrungsbereiche und Konzepte zurück, die greifbarer sind und für die eindeutigeren Begriffe zu Verfügung stehen. Metaphern „entstehen aus unseren klar umrissenen konkreten Erfahrungen und erlauben uns, höchst abstrakte und komplexe Konzepte zu konstruieren“ (Lakoff & Johnson, 1998, S. 124 nach ebd.).

Zudem spiegelt sich in der Sprachlosigkeit der Beteiligten die kulturell-gesellschaftliche und sprachliche (Nicht-) Verortung der unterschiedlichen nonverbalen Dimensionen und diesbezüglichen Haltungen. Es sind keine Begriffe dafür vorhanden und dadurch muss auf andere Konzepte zurückgegriffen und eine metaphorische Übertragung stattfinden. In den Sprachwissenschaften, insbesondere der anthropologischen Linguistik, zeigt sich, wie eng Sprache und Kultur - und ihre Normen, Werte und Haltungen – miteinander verknüpft sind (Günthner, 2013). Worte prägen unser Denken – und eben auch Nicht-Worte.

Die Schwierigkeit, die Frau C beschreibt, ihr Erfahrungswissen an Angehörige weiterzugeben, hängt auch damit zusammen, dass die Art der Interaktion und erlebte Dimension häufig kaum mit Worten beschreibbar, messbar oder begründbar ist. Die anderen Interviewpartner*innen, die diese Arten und Dimensionen der Interaktion ebenfalls erlebt haben, formulieren ihre Aussagen stets vorsichtig und wollen nicht in den Verdacht geraten ‚esoterisch‘ zu sein. Dies bestärkt die Vermutung, dass über diese Arten und Dimensionen der Interaktion kaum gesprochen wird, weil dafür keine Anerkennung herrscht. In einer Gesellschaft, die vom rationalen „cogito ergo sum“ Descartes‘ geprägt ist, sind emotionale Grade des Einlassens und unterschiedliche Interaktionsdimensionen, welche ‚nur subjektiv erlebt‘ und nicht objektiv messbar sind, anzuzweifeln.

Dies hat sich auch als Herausforderung für diese Arbeit herausgestellt. In der Formulierung der Ergebnisse und Diskussion dieser ging es häufig darum ‚Worte für etwas Wortloses zu finden‘. Als theoretischen Hintergrund mit Bubers Beziehungsdimensionen des Ich-Du und Ich-Es kann lediglich eine binäre Gegenüberstellung stattfinden und nicht die Nuancen und qualitativen Unterschiede in jeder Interaktion erläutert werden, die tatsächlich in den Erzählungen beschrieben werden. Eine ‚Übersetzung‘, Deutung und Konkretisierung der Phänomene fiel schwer, da hierfür kaum (sozialwissenschaftliche) Begrifflichkeiten vorhanden sind. Gerade wenn für die Ich-Du Dimension(en) Metaphern verwendet werden und durch diese klar wird, was gemeint ist, ist dieser Erfahrungsraum dadurch schon alternativ beschrieben und es fällt schwer weitere Beschreibungen zu finden. Zudem machen es die atmosphärisch dichten Beschreibungen schwer, einen distanzierten und wissenschaftlichen Blick zu behalten. Jedoch

kann dies auch einen Anhaltspunkt liefern: Es scheint so, dass gerade in den Dimensionen, in denen *Sprachlosigkeit* eintritt und Metaphern verwendet werden, Bubers Ich-Du Dimension erfüllt ist. Das Unfassbare, nicht zu Beschreibende scheint Ausdruck eben jener Dimension(en) zu sein und sie gerade dadurch zu kennzeichnen. Es handelt sich um sinnliche Ebenen, die nur schwer (kognitiv-verbal) greifbar sind.

Tabuisierung befremdlicher dimensionaler Körpererfahrungen

In diesem Zusammenhang sind die Forschungen zum ‚Embodiment‘ zu erwähnen, welche sich mit dem „Leib-Seele-Problem“ befassen und eine nicht-esoterische Betrachtung für dimensionale Körpererfahrungen in den Blick nehmen, mit dem Ziel die wissenschaftliche Anerkennung dieser Erfahrungen zu erweitern. Es wird betont, dass es sich bei Embodiment um eine Perspektive der Psychologie handelt, welche psychische Prozesse ausdrücklich in Bezug zum Körper sieht und untersucht (Tschacher & Storch, 2010). Storch und Kolleg*innen (2017) kritisieren, dass der Körper und Körpererfahrungen in wissenschaftlichen Feldern der Psychologie kaum Anerkennung erfährt: „Bis auf wenige Ausnahmen ... hat der Mensch als Gegenstand der akademisch-wissenschaftlichen Psychologie in der heutigen Zeit keinen Körper. Er verfügt über Denkprozesse, Intelligenz und Informationsverarbeitungskapazität. Ihm widerfahren Affekte, Emotionen und Stimmungen. Er hat sogar unbewusste Motivlagen und Bedürfnisse – aber einen Körper hat er nicht.“ (Storch et al., 2017, S.7). Zudem führen die Autor*innen an, dass auch in gesellschaftlichen Kontexten Körpererfahrungen als befremdlich wahrgenommen werden. Beispielsweise schildern sie, dass bei einem Seminar für Führungskräfte ein Workshop zu Körperarbeit angeboten wurde, in welchem Dehnübungen gemacht wurden und die Wahrnehmung der Beteiligten geschult werden sollte mit Fragen wie: Wo wird es warm, wo spüren Sie Spannung, wo knackt ein Gelenk? In der Auswertung gab ein Teilnehmer an, dass der Workshop ihm peinlich gewesen sei: „Kam mir vor wie im feel me –touch me Club. War peinlich.“ (ebd. S.8). Eine andere Teilnehmerin gibt an: „Die Körperarbeit war für mich verdächtig nahe an der Esoterik (ebd.). Es zeigt sich in diesen Aussagen der schon erwähnte nahezu tabuisierte Umgang mit körperlichen und sinnlichen Erfahrungen, die befremdliche emotionale Dimensionen beinhalten.“

Bubers Ich-Du-Dimension kommt jedoch in eben jenen körpernahen Erfahrungen zum Ausdruck, die die Interviewpartner*innen teilweise schildern. Hilfreich sind an dieser Stelle gesellschaftliche Strömungen, die sich in Richtung der Meditation und Achtsamkeit bewegen. „Achtsamkeitsübungen und der Fokus auf das Hier und Jetzt erfordern den Einbezug und das Erleben des Körpers“ (Tschacher & Storch, 2010, S.162). Die Achtsamkeitsmeditation stammt ursprünglich aus der buddhistisch-spirituellen Tradition, wurde aber in westlichen Kontexten mit neuem Fokus als säkuläre Achtsamkeitspraxis weitergeführt (Aeschbach & Schmidt, 2020). Kabat-Zinn beschreibt Achtsamkeit als „the awareness that emerges through paying attention

on purpose, in the present moment, and nonjudgmentally to the unfolding of experience moment by moment“ (2003, S. 145, zit. nach ebd., S.15). Das Konzept der Achtsamkeit beinhaltet „ein Gewahrsein des Augenblicks“ (ebd., S.14) und zeichnet „sich durch ihren Erfahrungsbezug aus..., der in einer konzeptionellen Definition nicht abgebildet werden kann und sich der vollständigen sprachlichen Erfassung entzieht.“ (ebd. S.15). Es finden sich hier demnach ähnliche Komponenten wie in der Ich-Du-Dimension Bubers und den sprachlich nur schwer zu beschreibenden Interaktionsdimensionen der Transkripte. Zudem kann neben der Komponente der Sprachlosigkeit und des körperlich-sinnlichen Erfahrungsbezugs auch eine Ähnlichkeit bezüglich der Haltung gefunden werden. Während einer Achtsamkeitsübung soll eine *nicht wertende, offene und akzeptierende* Beobachtung körperlicher, emotionaler und gedanklicher Vorgänge stattfinden. Die Achtsamkeitsmeditation bezieht sich jedoch auf eine subjektorientierte nach innen gerichtete Aufmerksamkeit, bei dem zwar Erfahrungen mit der Außenwelt gemacht werden, aber nicht explizit mit ihr in Austausch getreten wird.

Andere Worte für das Wortlose – Hartmut Rosas Theorie der Resonanzbeziehungen in Bezug zu Bubers Beziehungsdimensionen

„Es kann kein Zweifel daran bestehen, dass sich der Resonanzbegriff als Metapher zur Beschreibung von Beziehungsqualitäten in hohem Maße eignet...“ (Rosa, 2016, S.281).

Die für diese Arbeit gewählte Theorie Bubers über die Ich-Du und Ich-Es Dimension lässt sich in Beziehung zu Hartmut Rosas Theorie der Resonanz setzen. Rosa findet in anderer Form Worte und wissenschaftliche Begriffe für das Beziehungsgeschehen der Ich-Du und Ich-Es Dimension. Doch auch seine Theorie war vor die Herausforderung gestellt, nicht ins Esoterische abzugleiten:

„Die Schwierigkeit der Übertragung dieses (physikalischen) Resonanzkonzeptes auf psychosoziale Weltbeziehungen besteht nun offensichtlich darin, dass sich nicht angeben lässt, welcher Art die insinuierten Schwingungen sind. Wer immer behauptet oder auch nur andeutet, es gäbe solche (>geheimen<, >feinstofflichen< etc.) Schwingungen in irgendeinem materiellen oder substantiellen Sinne, läuft Gefahr, den Boden begrifflich und analytisch exakter und empirisch fundierter Sozialtheorie zu verlassen und ins unwiderruflich Esoterische abzugleiten“ (ebd. S.284-285).

Ebenso wie Buber sich mit dem Raum des ‚Zwischen‘ befasst, formuliert auch Rosa *Resonanz* als relationalen Begriff für einen „Modus des In-der-Welt-Seins, das heißt eine spezifische Art und Weise des In-Beziehung-Tretens zwischen Subjekt und Welt“ (ebd., S.285). Resonanz entsteht laut Rosa durch „Momente des wechselseitigen geistigen Berührens und Berührtwerdens“ (Rosa et al., 2016, S.16) und wird von Massumi (2002 nach ebd.) auch als *Momente höchster Intensität* beschrieben – eine Kategorie für die Beschreibung der Dimensionen, die sich auch in der Auswertung der Ergebnisse als zentral erwies. Rosa ist der Meinung, dass

Resonanzenerlebnisse von Menschen herbeigesehnt werden und das Streben danach viele menschliche Verhaltensweisen erklärt („Weltreichweitenvergrößerung“ ebd., S.521).

Zudem verwendet er den Begriff der *Unverfügbarkeit*, ein Aspekt, der für Resonanzenerfahrungen maßgeblich ist (ebd., 2019) Der Aspekt der Unverfügbarkeit, d.h. dass Resonanzenerfahrungen nicht kontrolliert herbeigeführt werden können, machen einen großen Teil der Faszination daran aus. Buber formuliert es auch als uns zu Teil werdende ‚Gnade‘, dass Momente der Ich-Du Dimension erlebt werden und meint damit eben jenen Aspekt des nicht kontrollierten und willentlich Beeinflussbaren. Der Aspekt der Unverfügbarkeit mache, so Rosa, aber genau den Reiz aus, und führe dazu, dass das Gegenüber interessant und lebendig bleibt, und wir in Resonanz mit ihm treten wollen. Zentral daran ist die spannungsgeladene Erreichbarkeit der Resonanzenerfahrung und damit verbundene *Selbstwirksamkeitserfahrung*. Die Resonanzenerfahrung und der ihr innewohnende ‚Zauber‘ entstehe durch ein emotionales Berührt werden und Berühren, erlischt jedoch, wenn die Erfahrung vollständig kontrollierbar ist und sich dieser Zauber nicht mehr wie ein Geschenk anfühlt: „Eine Welt, die vollständig gewusst, geplant und beherrscht wäre, wäre eine tote Welt.“ (ebd., S.8). Der Wunsch nach einer Resonanzenerfahrung lässt ebenso nach, wenn ein Gegenüber vollständig unverfügbar ist und es aussichtslos scheint mit ihm in Resonanz zu treten. Dieser Aspekt der Theorie passt gut zu den Frustrationserfahrungen der Pflegekräfte. Wenn ihnen ein Patient oder eine Patientin nicht erreichbar scheint und kein Zugang auffindbar ist, erlischt der Wunsch mit ihm/ihr in Interaktion zu treten. Wenn keine alternativen nonverbalen Kompetenzen aufseiten der Pflegekräfte vorhanden sind, erscheint es häufig nicht möglich eine Interaktionsebene zu finden und der Patient wird nicht mehr als *resonanzfähiges Subjekt* wahrgenommen.

Die *Haltung*, die laut Rosa einzunehmen ist, ist die der *Ergebnisoffenheit* und *Hingabe an den Prozess* - und dies zeigt sich auch bei den Interviewpartner*innen, die Resonanz- bzw. Ich-Du-Momente mit Patient*innen erleben (ergebnisoffenen und prozessorientierte Haltungen). Jedoch zeigt sich im Material auch, dass genau diese Haltung vielen Pflegekräften schwer fällt. Sich auf eine Resonanzenerfahrung einzulassen, bedeutet sich emotional erreichen und berühren zu lassen, von etwas oder jemandem, das oder den ich nicht kontrollieren kann und noch dazu mit einem Ergebnis, das nicht kontrollierbar ist. In einer Gesellschaft, die auf Maximierung und Optimierung angewiesen ist, ist es ein hochriskantes Verfahren, sich darauf einzulassen. In dem Moment, in dem wir die Kontrolle loslassen, machen wir uns verwundbar. Aber – und das ist die Krux - resonanzfähig ist nur, wer sich verwundbar macht.

Auch Rosa verwendet in seinen Veröffentlichungen viele Metaphern, um die Phänomene, die er untersucht, zu beschreiben und greifbar zu machen, z.B. seine ‚Schneemetapher‘ um verständlich zu machen, was es mit dem Begriff „Unverfügbarkeit“ auf sich hat (siehe hierzu Rosa, 2019). Er sucht neue Begrifflichkeiten wie das Adjektiv „mediopassiv“, um zu beschreiben, welchen ‚Interaktionsmodus‘ die Beteiligten im Moment der Resonanzenerfahrung haben und

verwendet bereits bekannte Begrifflichkeiten wie „Resonanz“ und verleiht ihnen neue Bedeutung. Dies zeigt erneut den Mangel an passenden Begrifflichkeiten der deutschen Sprache und wie schwer die Phänomene, die in dieser Arbeit betrachtet wurden, zu greifen sind. Zudem verdeutlicht es, dass die genaue Beschaffenheit der Interaktionsdimensionen bislang noch relativ unerforscht ist und auch noch keine wissenschaftliche Sprache diesbezüglich etabliert ist.

6.3 weitere Limitationen der Untersuchung

Neben der Schwierigkeit passende Beschreibungen für die Interaktionsdimensionen zu finden, ist diese Untersuchung auch in ihrem Aussagegehalt über die Dimensionen beschränkt. Denn es konnte zwar das subjektive Erleben von Interaktionsdimensionen von Seiten der Pflegekräfte analysiert werden, jedoch keine Erkenntnisse darüber generiert werden, wie sich die Interaktionen für die Patient*innen anfühlten. Es wäre von Interesse, ob beispielsweise die beschriebene Intensität der Atmosphäre einer erlebten Ich-Du Dimension von den Patient*innen ähnlich erlebt wird, wie von den Pflegekräften. Dies könnte das Untersuchungsfeld einer weiteren Arbeit darstellen.

Zudem würde ich für eine weitere Untersuchung von Interaktionsqualitäten in Erwägung ziehen, mit feineren textanalytischen Methoden wie der Dokumentarischen Methode zu arbeiten. Für die Theorieentwicklung im Sinne der Interaktionsgestaltung und ihren Grenzen und Möglichkeiten hat sich die Grounded Theory als sinnvoll erwiesen und auch um den verschiedenen Dimensionen ihren Platz in der entwickelten Theorieskizze zu geben. Jedoch könnten durch eine feinere Analyse von Passagen hoher interaktiver und metaphorischer Dichte (Bohnsack, 2003) qualitative Unterschiede der Interaktionen noch besser herausgearbeitet und Nuancen erfasst werden.

6.4 Erfüllung von Gütekriterien

Es soll an dieser Stelle kurz auf Gütekriterien qualitativer Forschung eingegangen werden, wie ich in der Untersuchung unter Berücksichtigung dieser vorgegangen bin und versucht habe ihnen gerecht zu werden.

Steinke (2019) bezieht sich auf das Kriterium der *intersubjektiven Nachvollziehbarkeit*, welches durch eine Transparenz von Datenerhebung und -auswertung und Nachvollziehbarkeit wichtiger Schritte im Forschungsprozess als erfüllt gelten kann. Neben der Offenlegung der eigenen Rolle und Haltungen im Forschungsprozess in Kapitel 4.1 wurden die methodischen Schritte zu Sampling, Erhebung und Auswertung in den Kapiteln 4.2 und 4.3. erläutert. Mithilfe des kodifizierenden Auswertungsverfahrens der Grounded Theory wurde das Datenmaterial systematisch strukturiert und regelgeleitet ausgewertet, und wichtige Teilschritte des Vorgehens im Methodenteil dargelegt, was Steinke als wichtigen Teilaspekt intersubjektiver

Nachvollziehbarkeit kennzeichnet. Auch in der Darstellung der Ergebnisse in Kapitel 5 wird anhand von beispielhaften Transkriptausschnitten erläutert, wie die erarbeitete Theorie zustande kam. Die *reflektierte Subjektivität* während des Forschungsprozesses und in der Arbeit kann als Stärke der Untersuchung gesehen werden. *Limitationen* der Untersuchung wurden im vorigen Kapitel 6.3 offengelegt und diskutiert.

Eine *Gegenstandsangemessenheit*, in welcher „Methoden, Fragestellungen und Datentypen einer fortlaufenden Justierung...“ (Strübing et al., 2018, S.83) unterzogen werden, wurde versucht Folge zu leisten. Die Anpassung der Fragestellung und die wiederholte Suche nach geeigneten Interviewpartner*innen und Daten verdeutlicht dies. Wie in den Limitationen diskutiert, wäre für eine höhere Güte der Gegenstandsangemessenheit bei erneuter Untersuchung des Gegenstandes eine weitere Auswertungsmethode hinzuzuziehen.

Eine *empirische Sättigung* kann im Sinne des Vorgehens eines theoretical samplings, welches auf die „Generierung eines empirisch gesättigten Samples“ (ebd. S.90) zielt, und durch den iterativen Forschungsprozess erreicht werden. Auch hier möchte ich die Bemühungen um eine geeignete Stichprobe hervorheben, welche einer empirischen Sättigung und einer Gegenstandsangemessenheit dienen.

Eine *theoretische Durchdringung* als komplementäres Kriterium ergänzt die empirische Sättigung (ebd.) und trägt dazu bei Gegenstandsangemessenheit zu erhöhen. Theorie und Empirie in einem wechselseitigen Prozess zu verzahnen, ist im zirkulären Vorgehen der Grounded Theory verankert und wurde im Forschungsprozess der Untersuchung so realisiert. So wurden schon während den ersten Erhebungen Literaturrecherchen betrieben, welche zu neuen Erkenntnissen führten und die Erhebung der Interviews im Sinne eines „Anschmiegen[s] der Methoden an den Gegenstand“ (ebd., S.90) beeinflussten. Auch für die Bildung von Codes, Konzepten und Kategorien ist eine Verzahnung mit der Theorie unerlässlich. Mit voranschreitender Konzeptualisierung wird das Material zunehmend theoretisiert. Dazu ist auch die Herstellung von Theoriebezügen zielführend. Ich empfand dieses Vorgehen tatsächlich als sehr sinnvoll und hilfreich für die Beschäftigung mit dem Material und für die Theorieentwicklung. Eine *textuelle Performanz* (ebd.) wurde angestrebt und angesichts der bisherigen Leser*innen der Untersuchung bestätigt. Ziele der Forscherin waren eine klare und verständliche Darstellung ihrer Prozesse, sowie eine leserfreundliche Ausdrucksweise und die Erhaltung eines ‚roten Fadens‘. Eine eigenständige Bewertung der textuellen Performanz durch die Forscherin kann an dieser Stelle nicht geleistet werden, sondern bleibt der Wahrnehmung und Bewertung der folgenden Leser*innen überlassen.

Eine *Relevanz* der Forschungsfrage (Steinke, 2019) ist eindeutig zu verzeichnen, insbesondere die Untersuchung von Interaktionsdimensionen. Dies zeigt sich angesichts der relativ geringen Studienlage im Forschungsstand, sowie der Diskussion der Herausforderungen durch den Untersuchungsgegenstand.

6.5 Ausblick

Nonverbale Interaktionskompetenz und das Konzept der sensitiven Responsivität

In Diskursen der Kindheitspädagogik, welche sich auf Eltern-Kind-Bindungen beziehen, hat sich seit einigen Jahren das Konzept der *sensitiven Responsivität* etabliert. In Bezugnahme auf die Erkenntnisse dieser Arbeit könnten Teile des Konzeptes hilfreich für die geriatrische Interaktionsforschung und Interaktionsgestaltung in der Praxis sein. In der Erklärung des Konzeptes heißt es, dass Kinder in den ersten Lebensjahren darauf angewiesen sind, dass ihre physischen und psychischen Grundbedürfnisse von ihrer unmittelbaren sozialen Umwelt befriedigt werden. Um diese Bedürfnisse stillen zu können, müssen die betreuenden Personen die Bedürfnisse des Kindes zunächst einmal *wahrnehmen* und in einem zweiten Schritt darauf *angemessen reagieren*. Dieser Vorgang wird als sensitive Responsivität bzw. feinfühliges Antwortverhalten bezeichnet (Becker-Stoll & Textor, 2007; Remsperger, 2011). Sensitiver Responsivität liegt eine grundsätzliche Haltung zugrunde, die von Akzeptanz und Wertschätzung gegenüber dem Kind geprägt ist. Das Kind sollte als separate, aktive, autonome, liebenswerte und zu respektierende Person wahrgenommen werden, dessen Wünsche und Handlungen zu beachten sind (Grossmann et al., 2002). In dieser Haltung findet sich ein Bezug zu der von Kitwood geforderten Subjekt-Subjekt-Interaktion in der Altenpflege, welche Bubers Ich-Du Dimension beinhaltet (Kitwood, 2016).

Zudem benötigt sensitive Responsivität eine erhöhte Aufmerksamkeit gegenüber den Signalen des Kindes, die richtige Interpretation seines Verhaltens und eine angemessene und direkt erfolgende Reaktion. Dies erfordert Interesse, Zeit, Geduld und Ruhe vonseiten der Fachkraft. Ruhiges Zuhören, Abwarten ohne das Kind zu unterbrechen sowie das Verhalten des Kindes aufmerksam zu verfolgen, sind wichtige zu nennende Verhaltensweisen (Hörmann, 2013). Hier finden sich Bezüge zu den Erkenntnissen von Ganß und Kolleg*innen (2014) bezüglich der notwendigen Haltung in nonverbalen Interaktionen mit Patient*innen: Fachkräfte sollten möglichst eine zurückhaltende, abwartende Haltung einnehmen um die Interaktionen mit Patient*innen nicht zu dominieren.

Sensitive Responsivität bedeutet auch, das kindliche Bedürfnis nach Nähe und Distanz zu respektieren und eigene Bedürfnisse zurückzustellen. Des Weiteren sollte die Fachkraft an der Interaktion innerlich beteiligt sein und von innen heraus engagiert sein, was als *Involvement* bezeichnet wird (Hörmann 2013). Dies deckt sich mit den Erkenntnissen dieser Arbeit bezüglich des Senkens des eigenen *Anspruchs* und *eigene Bedürfnisse zurück zu stellen* um sich ganz auf die Bedürfnisse der Patient*innen konzentrieren zu können. Auch die innere Beteiligung bzw. das *emotionale Einlassen* spielt eine große Rolle für eine erfüllende Interaktion mit Patient*innen.

Es kann demnach festgehalten werden, dass sich größtenteils Übereinstimmungen zum Konzept der responsiven Responsivität finden. Es sollte jedoch beachtet werden, dass das Konzept für die Interaktionsgestaltung mit Kleinkindern entwickelt wurde. Die Perspektive ist demnach eine *Zunahme und Entwicklung von Fähigkeiten*. In der Perspektive von Demenz- und Palliativpatient*innen sollte eine Weiterentwicklung und Bezugnahme auf den *Verlust von Fähigkeiten* stattfinden, welche in Interaktionen Gefühle der Vergeblichkeit, Frustration und des Sinnverlustes miteinbeziehen. Dies stellt wohl eine der größten Herausforderungen der Interaktionsgestaltung mit Demenz- und Palliativpatient*innen dar; die Frage des ‚Wofür?‘. In einer Gesellschaft die nach Wachstum strebt und in der eine Abnahme von Fähigkeiten ‚Wertverlust‘ und ‚Schwäche‘ gleichkommt, ist eine Haltung des schlichten ‚Weil‘ oft nicht ausreichend und immer wieder im Konzept der Würde des Menschen zu suchen und zu erstreiten. Das Zweifeln und der Verlust eines Gefühls von Sinn und Selbstwirksamkeit, die Herausforderungen, die mit der Betreuung Schwerstkranker und Sterbender einhergehen, zeigen die Ergebnisse dieser Arbeit.

Es wäre zu überlegen, ob Weiterbildungen im Bereich der nonverbalen Interaktionskompetenz und sensitiven Responsivität bei Demenz- und Palliativpatient*innen in Zusammenhang mit der Vermittlung von Haltungen für die Suche von Zugängen und Interaktionsgestaltungsmöglichkeiten sinnvoll sein könnten. Kojer und Niedermann (2006) plädieren für eine umfassende Unterstützung von Pflegekräften und bessere Versorgung von Patient*innen. Diese „... kann nur gelingen, wenn Leitende der entsprechenden Organisationen die notwendigen personellen Ressourcen dafür bereitstellen, Weiterbildungen organisieren, Flexibilität und Kreativität unterstützen und ausreichend Zeit für Austausch im Team und für Gespräche mit Angehörigen vorsehen. Ansonsten werden Pflegenden und damit auch Angehörige ... allein gelassen und brennen aus.“ (S. 327).

Herausforderungen und Potentiale nonverbaler Interaktionen in einer rasanten Gesellschaftsdynamik

Wie die Untersuchung zeigt, erfordert die Interaktion mit Demenz- und Palliativpatient*innen, dass Pflegekräfte ihre Ansprüche senken müssen; sie werden regelrecht ausgebremst. Sie müssen sich an ihr Tempo anpassen und das fällt oft schwer. Betrachtet man die derzeitigen gesellschaftlichen Entwicklungen, verwundert dies nicht. Ein zunehmendes gesellschaftliches Tempo durch Beschleunigungsprozesse auf verschiedenen Ebenen (Rosa, 2020), das Streben nach Effizienz und Effektivität ist gegenläufig zu den Bedürfnissen und Prozessen Sterbender. Daher verwundert es auch nicht, dass Krankheit und Tod zunehmend zu Tabu- und Grauzonen werden. Wir sind schlicht und ergreifend überfordert mit Ineffizienz, Langsamkeit und der Dimension des ‚einfach Daseins‘, weil unser Alltag andere Fähigkeiten und Kompetenzen erfordert. Wie sagte einmal ein berenteter Lehrer zu mir: „So viele Jahre habe ich damit

zugebracht einen Umgang mit Stress und der Überforderung und Fülle zu finden, dann kam die Rente und ich musste lernen mit der Leere und der Entspannung umzugehen.“ Die Prozesse des Sterbens stellen eine weitere Herausforderung dar, da hochemotionale Prozesse der Beschäftigung mit der eigenen Endlichkeit, Leiden und Trauer angestoßen werden. Der Schmerz, der diesen Prozessen innewohnt, ist nicht leicht auszuhalten - und auch nicht mit einer gesellschaftlichen Haltung, die nach rein positiven Erfahrungen sucht, zu vereinbaren -, weshalb ihm gerne ausgewichen wird.

„Die Trauer um den toten Anderen konfrontiert die Menschen auch mit der Radikalität ihres eigenen Todes, mit der Unvertretbarkeit der Sterblichkeit und mit der Sinnlosigkeit der Endlichkeit.“, so Zirfas (2020, S.275) in seiner Analyse über Haltungen zum Sterben in einer modernen, beschleunigten Gesellschaft. Gerade in einer solchen Gesellschaft, in der kein Glaube mehr an das Jenseits vorhanden ist, und an dessen Stelle eine Idee der Maximierung von Leben getreten ist, entsteht eine Haltung bei der „das Leben und auch das Sterben ... »produktiv« sein [sollen]“ (Zirfas, 2020, S.277).

Dennoch ist das Potential nonverbaler Interaktionen genau im *Durchleben der schmerzhaften Prozesse* zu sehen. Nonverbale Interaktionen und die Begleitung Sterbender können in ihrer herausfordernden Konfrontation neue Dimensionen erfahrbar machen und Prozesse anstoßen, die in Verbindung mit Lebensqualität und den sehnsuchtsvoll erhofften Resonanzerlebnissen stehen. Das Leben nicht als eine Aneinanderreihung positiv bewerteter, aber oberflächlicher Erlebnisse zu sehen, die der Idee einer „Maximierung von Leben“ (ebd. 278) in quantitativer Form dienen, sondern eine qualitative Perspektive einzunehmen und die Prozesse in ihrer Tiefe und all ihrer Herausforderung zu durchleben, ist die Stärke und Chance nonverbaler Interaktionen. Das Sterben und seine (nonverbale) Begleitung kann insofern als ein Geschehen gesehen werden, „in dem das Süße und das Bittere sich nahe sind, ebenso wie das Tröstende dem Traurigen, das Leichte dem Schweren, das Humorvolle dem Dramatischen und das Noble dem Frechen“ (Wild 2016, S. 12 zit. nach Zirfas, 2020, S.279 - 280). Und vielleicht entsteht an genau diesem schmalen Grad zwischen den Polen ein Ich und ein Du, die sich begegnen. Wenn uns die ‚Gnade‘ zuteil wird und sich das Leben in Form eines Geschenkes offenbart.

7 Literaturverzeichnis

- Adler, G. (2017). Diagnostik der Altersdepression. In A. Fellgiebel & M. Hautzinger (Hrsg.), *Altersdepression: Ein interdisziplinäres Handbuch*. Springer.
- Aeschbach, V., & Schmidt, S. (2020). Achtsamkeit. In S. Schinkel, F. Hösel, S.-M. Köhler, A. König, E. Schilling, J. Schreiber, R. Soremski, & M. Zschach (Hrsg.), *Zeit im Lebensverlauf: Ein Glossar* (S. 13–18). transcript Verlag.
<https://doi.org/10.14361/9783839448625>
- Ambady, N., & Rosenthal, R. (1993). Half a minute: Predicting teacher evaluations from thin slices of nonverbal behavior and physical attractiveness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(3), 431–441. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.64.3.431>
- Ambady, N., & Weisbuch, M. (2010). Nonverbal Behavior. In S. T. Fiske, D. T. Gilbert, & G. Lindzey (Hrsg.), *Handbook of Social Psychology* (S. socpsy001013). John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9780470561119.socpsy001013>
- Arens, F. (2005). *Kommunikation zwischen Pflegenden und dementierenden alten Menschen: Eine qualitative Studie*. Mabuse-Verl.
- Argyle, M. (2013). *Körpersprache & Kommunikation: Nonverbaler Ausdruck und soziale Interaktion* (K. Petersen, Übers.; 10., überarbeitete Neuauflage). Junfermann Verlag.
- Armstrong-Esther, C. A., & Browne, K. D. (1986). The influence of elderly patients' mental impairment on nurse-patient interaction. *Journal of Advanced Nursing*, 11(4), 379–387.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1986.tb01264.x>
- Bachhiesl, C. W., Bachhiesl, S. M., & Köchel, S. (Hrsg.). (2018). *Intuition und Wissenschaft: Interdisziplinäre Perspektiven* (Erste Auflage). Velbrück Wissenschaft.
- Bartholomeyczik, S., Holle, D., & Halek, M. (2013). *Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz verstehen: Die Verbesserung der Versorgung Demenzkranker durch Qualitätsinstrumente ; von der Arbeit beim Leuchtturmprojekt Demenz des Bundesgesundheitsministeriums*. Beltz Juventa.
- Becker-Stoll, F., & Textor, M. R. (2007). *Die Erzieherin-Kind-Beziehung: Zentrum von Bildung und Erziehung* (1. Auflage). Cornelsen Scriptor.

- Beer, T., Bleses, H. M., Dammert, M., & Keller, C. (2016). *Person-Sein zwischen Anspruch und Wirklichkeit: Eine Untersuchung zur Anwendung der Integrativen Validation und der Basalen Stimulation in der Begleitung von Personen mit Demenz*. http://www.content-select.com/index.php?id=bib_view&ean=9783779942290
- Billmann-Mahecha, E. (2020). Zeitgefühl. In S. Schinkel, F. Hösel, S.-M. Köhler, A. König, E. Schilling, J. Schreiber, R. Soremski, & M. Zschach (Hrsg.), *Zeit im Lebensverlauf: Ein Glossar* (S. 341–347). transcript Verlag. <https://doi.org/10.14361/9783839448625>
- Bohnsack, R. (2003). *Rekonstruktive Sozialforschung: Einführung in qualitative Methoden* (5. Aufl). Leske + Budrich.
- Buber, M. (1965). *Das dialogische Prinzip*. Lambert Schneider.
- Buchanan, R. J., Barkley, J., Wang, S., & Kim, M. (2005). Analyses of Nursing Home Residents With Cancer at Admission: *Cancer Nursing*, 28(5), 406–414. <https://doi.org/10.1097/00002820-200509000-00012>
- Buchholz, T., Schürenberg, A., Fröhlich, A., & Bienstein, C. (2009). *Basale Stimulation in der Pflege alter Menschen: Anregungen zur Lebensbegleitung* (3., überarb. und erw. Aufl). Huber.
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. (2002). *WHO Definition of Palliative Care*. https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf
- Deutscher Bundestag. (2005). *Zwischenbericht der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin: Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit*. Berlin (Drucksache 15/5858). <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/15/058/1505858.pdf>
- Deutscher Hospiz- und PalliativVerband. (o. J.). *Palliative Care—DHPV*. Abgerufen 14. Juli 2021, von https://www.dhpv.de/themen_palliativecare.html
- Dilling, H., Schmidt, M. H., Schulte-Markwort, E., & Mombour, W. (Hrsg.). (2016). *Internationale Klassifikationen psychischer Störungen: ICD–10 Kapitel V (F): diagnostische*

- Kriterien für Forschung und Praxis* (6., überarbeitete Auflage unter Berücksichtigung der Änderungen gemäß ICD-10-GM (German Modification) 2016). Hogrefe.
- Dittmar, N. (2009). *Transkription: Ein Leitfaden mit Aufgaben für Studenten, Forscher und Laien* (3. Auflage). VS, Verlag für Sozialwissenschaften.
- Dresing, T., & Pehl, T. (2017). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (7. Auflage). Eigenverlag.
- Ekman, P. (1999). Facial Expressions. In T. Dalgleish & M. J. Power (Hrsg.), *Handbook of cognition and emotion* (S. 301–320). Wiley.
- Ellis, M., & Astell, A. J. (2004). The urge to communicate in severe dementia. *Brain and Language*, 91(1), 51–52. <https://doi.org/10.1016/j.bandl.2004.06.028>
- Forgas, J. P. (1999). *Soziale Interaktion und Kommunikation: Eine Einführung in die Sozialpsychologie* (4. Aufl). BELTZ, PVU.
- Förstl, H. (Hrsg.). (2011). *Demenzen in Theorie und Praxis* (3., aktualisierte und überarb. Aufl). Springer.
- Fries, T. (2004). *Synchronisation in der emotionalen Kommunikation*.
- Ganß, M., Margraf, K., Ulmer, E. M., & Wißmann, P. (2014). *Interaktion mit allen Sinnen (IMAS) „Kompetent bleiben“ Kulturell geprägte Interaktionsformen bleiben erhalten Explorative Studie zur Interaktion in der Begleitung von Menschen mit Demenz Michael Ganß Kirsten Margraf Prof. Dr. Eva Maria Ulmer Peter Wißmann*. Demenz-Support-Stuttgart GmbH. https://www.demenz-support.de/media/imas_endversion.pdf
- Gigerenzer, G., & Gaissmaier, W. (2012). *Intuition und Führung. Wie gute Entscheidungen entstehen*. Bertelsmann Stiftung. https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Intuition_und_Fuehrung.pdf
- Goldin-Meadow, S., & Alibali, M. W. (2013). Gesture's Role in Speaking, Learning, and Creating Language. *Annual Review of Psychology*, 64(1), 257–283. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143802>
- Gronemeyer, R., Fink, M., & Jurk, C. (2008). *Palliative Praxis bei Demenz: Studien und Modelle in der internationalen Literatur*. Robert Bosch Stiftung.

https://silo.tips/queue/recherche-im-auftrag-der-robert-bosch-stiftung?&queue_id=-1&v=1623421149&u=OTMuMjM1LjEuNDg=

- Grossmann, K. E., Grossmann, K., Winter, M., & Zimmermann, P. (2002). Bindungsbeziehungen und Bewertung von Partnerschaft. Von früherer Erfahrung feinfühligere Unterstützung zu späterer Partnerschaftsrepräsentation. In K. H. Brisch, K. E. Grossmann, K. Grossmann, & L. Köhler (Hrsg.), *Bindung und seelische Entwicklungswege: Grundlagen, Prävention und klinische Praxis* (Vierte Auflage, S. 125–164). Klett-Cotta.
- Gugutzer, R. (2002). *Leib, Körper und Identität: Eine phänomenologisch-soziologische Untersuchung zur personalen Identität* (1. Aufl.). Springer Fachmedien.
- Günthner, S. (2013). Sprache und Kultur. In P. Auer & H. Behrens (Hrsg.), *Sprachwissenschaft: Grammatik—Interaktion—Kognition* (S. 347–369). Metzler.
- Gutzmann, H., & Brauer, T. (2007). *Sprache und Demenz: Diagnose und Therapie aus psychiatrischer und logopädischer Sicht* (1. Aufl.). Schulz-Kirchner.
- Hall, J. A., Horgan, T. G., & Murphy, N. A. (2019). Nonverbal Communication. *Annual Review of Psychology*, 70(1), 271–294. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010418-103145>
- Hörmann, K. (2013). *Die Entwicklung der Fachkraft-Kind-Beziehung*. https://www.kita-fachtexte.de/fileadmin/Redaktion/Publikationen/KiTaFT_hoermann_2014.pdf
- Hower, K., Sahin, C., Stock, S., & Pfaff, H. (2019). Medizinisch-pflegerische Versorgung älterer Menschen in Deutschland. In K. Hank, F. Schulz-Nieswandt, M. Wagner, & S. Zank (Hrsg.), *Altersforschung: Handbuch für Wissenschaft und Praxis* (1. Auflage 2019, S. S.285-312). Nomos.
- Höwler, E. (2019). Beziehungsgestaltung in der Altenpflege. *Pflege Zeitschrift*, 72(1/2), 42–49.
- Kahneman, D. (2019). *Schnelles Denken, langsames Denken* (T. Schmidt, Übers.; 25. Auflage). Siedler.
- Kitwood, T. (2016). *Demenz: Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen* (C. Müller-Hergl & H. Güther, Hrsg.; M. Herrmann, Übers.; 7., überarbeitete und ergänzte Auflage). Hogrefe.

- Kitwood, T., & Bredin, K. (1992). Towards a Theory of Dementia Care: Personhood and Well-being. *Ageing and Society*, 12(03), 269–287. <https://doi.org/10.1017/S0144686X0000502X>
- Klinkhammer, G. (2012, November 30). „Sterben in Deutschland“: Leben mit dem Tod. Deutsches Ärzteblatt. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/132936/Sterben-in-Deutschland-Leben-mit-dem-Tod>
- Kojer, M., & Niedermann, E. (2006). Demenz und Palliative Care. In S. Kränzle, U. Schmid, & C. Seeger (Hrsg.), *Palliative Care: Handbuch für Pflege und Begleitung* (S. 249–259). Springer.
- Kostrzewa, S., Kutzner, M., & Fröhlich, A. (2013). *Was wir noch tun können! Basale Stimulation in der Sterbebegleitung* (5., überarb. und erg. Aufl.). Huber.
- Küstners, I. (2006). *Narrative Interviews: Grundlagen und Anwendungen* (1. Aufl.). VS, Verl. für Sozialwiss.
- Lee, S. J., Back, A. L., Block, S. D., & Stewart, S. K. (2002). Enhancing Physician-Patient Communication. *Hematology*, 2002(1), 464–483. <https://doi.org/10.1182/asheducation-2002.1.464>
- Liukkonen, A. (1992). Basic care of demented patients living in institutions. *Journal of Clinical Nursing*, 1(6), 345–350. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.1992.tb00430.x>
- Mey, G., & Mruck, K. (Hrsg.). (2011). *Grounded Theory Reader* (2., aktualisierte und erw. Aufl.). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Meyer, C. (2014). Menschen mit Demenz als Interaktionspartner. Eine Auswertung empirischer Studien vor dem Hintergrund eines dimensionalisierten Interaktionsbegriffs / People with Dementia as Interactional Partners: An Analysis of Empirical Studies Based on a Dimensional Concept of Interaction. *Zeitschrift für Soziologie*, 43(2), 95–112. <https://doi.org/10.1515/zfsoz-2014-0203>
- Mitchell, S. L., Kiely, D. K., & Hamel, M. B. (2004). Dying With Advanced Dementia in the Nursing Home. *Archives of Internal Medicine*, 164(3), 321. <https://doi.org/10.1001/archinte.164.3.321>

- Moore, K. D., & Verhoef, R. (1999). Special Care Units as places for social interaction: Evaluating an SCU's social affordance. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 14(4), 217–229. <https://doi.org/10.1177/153331759901400406>
- Muckel, P. (2011). Die Entwicklung von Kategorien mit der Methode der Grounded Theory. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Grounded Theory Reader* (2., aktualisierte und erw. Aufl., S. 333–352). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Müller, F. (2019). *Lebensqualität als Konflikt: Eine Ethnografie häuslicher Sterbebetreuung* (1. Auflage). Campus.
- Müller-Hergl, C. (2004). Positive Personenarbeit bei Dementia Care Mapping. In *Gerontopsychiatrie als interdisziplinäre Aufgabe. Schriftenreihe der DGGPP* (S. 265–278). Eigenverlag.
- Patzlspurger, M., Kränzle, S., Hermann, I., Völkel, M., & Göth, M. (2018). Sterbenden Menschen begegnen. In S. Kränzle, U. Schmid, C. Seeger, H. Däubler-Gmelin, & B. Monroe (Hrsg.), *Palliative Care: Praxis, Weiterbildung, Studium* (6., aktualisierte und erweiterte Auflage, S. 99–123). Springer.
- Przyborski, A., & Wohlrab-Sahr, M. (2014). *Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch* (4., erweiterte Auflage). Oldenbourg Verlag.
- Remsperger, R. (2011). *Sensitive responsivität: Zur Qualität pädagogischen Handelns im Kindergarten*. <http://site.ebrary.com/id/11040062>
- Retter, H. (2002). *Studienbuch pädagogische Kommunikation* (2., durchges. Aufl.). Klinkhardt.
- Rosa, H. (2016). *Resonanz: Eine Soziologie der Weltbeziehung* (Erste Auflage). Suhrkamp.
- Rosa, H. (2019). *Unverfügbarkeit* (4. Auflage). Residenz Verlag.
- Rosa, H. (2020). Beschleunigung. In S. Schinkel, F. Hösel, S.-M. Köhler, A. König, E. Schilling, J. Schreiber, R. Soremski, & M. Zschach (Hrsg.), *Zeit im Lebensverlauf: Ein Glossar* (S. 61–66). transcript Verlag. <https://doi.org/10.14361/9783839448625>
- Rosa, H., Endres, W., & Kahl, R. (2016). *Resonanzpädagogik: Wenn es im Klassenzimmer knistert* (2. Auflage). Beltz.

- Rosenthal, G. (2011). *Interpretative Sozialforschung: Eine Einführung* (3., aktualisierte und erg. Aufl). Juventa-Verl.
- Sachweh, S. (2009). Non-verbale Kommunikation. *Demenz-Support-Stuttgart DeSS orientiert*, 09(1–2), 6–21.
- Schäfter, C. (2010). *Die Beratungsbeziehung in der Sozialen Arbeit: Eine theoretische und empirische Annäherung* (1. Aufl). VS, Verl. für Sozialwiss.
- Schröder, J., Pantel, S., & Förstl, H. (2004). Demenzielle Erkrankungen—Ein Überblick. In A. Kruse & M. Martin (Hrsg.), *Enzyklopädie der Gerontologie: Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht* (1. Aufl, S. S.224-239). Huber.
- Spicker, P. (2000). Dementia and social death. *Self Agency and Society*, 2(2), 88–104.
- Stechl, E., & Beyreuther, K. (Hrsg.). (2012). *Praxishandbuch Demenz: Erkennen - verstehen - behandeln*. Mabuse-Verl.
- Steffen-Bürgi, B. (2007). Reflexionen zu ausgewählten Definitionen der Palliative Care. In C. Knipping & A. Abt-Zegelin (Hrsg.), *Lehrbuch Palliative Care* (2., durchges. und korrigierte Aufl). Huber.
- Steinke, I. (2019). Gütekriterien qualitativer Forschung. In U. Flick, E. von Kardorff, & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung: Ein Handbuch* (13. Auflage, Originalausgabe, S. 319–331). rowohlt's enzyklopädie im Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Steinmetz, A. (2016). *Nonverbale Interaktion mit demenzkranken und palliativen Patienten*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-11334-6>
- Storch, M., Cantieni, B., Hüther, G., & Tschacher, W. (2017). *Embodiment: Die Wechselwirkung von Körper und Psyche verstehen und nutzen* (3., unveränderte Auflage). Hogrefe.
- Strachota, A. (2019). Bis zum letzten Atemzug. Pädagogische Reflexionen zum Übergang vom Leben in den Tod. In H. Fasching (Hrsg.), *Beziehungen in pädagogischen Arbeitsfeldern und ihren Transitionen über die Lebensalter* (S. 312–326).
- Strauss, A. L., Corbin, J. M., & Strauss, A. L. (2010). *Grounded theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung* (Unveränd. Nachdr. der letzten Aufl). Beltz.

- Strittmatter, G. (2007). Einbeziehung der Familie in die Krankenbetreuung und begleitende Familientherapie. In E. Aulbert & G. Albrecht (Hrsg.), *Lehrbuch der Palliativmedizin: Mit 208 Tabellen* (2., vollst. überarb. und erw. Aufl, S. 1138–1169). Schattauer.
- Strübing, J. (2013). *Qualitative Sozialforschung: Eine komprimierte Einführung für Studierende*. Oldenbourg Verlag.
- Strübing, J., Hirschauer, S., Ayaß, R., Krähnke, U., & Scheffer, T. (2018). Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. Ein Diskussionsanstoß. *Zeitschrift Für Soziologie*, 47(2), 83–100. <https://doi.org/10.1515/zfsoz-2018-1006>
- Student, J.-C., Mühlum, A., Student, U., & Uni-Taschenbücher GmbH. (2020). *Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care*.
- Theunissen, M. (1965). *Der Andere: Studien zur Sozialontologie der Gegenwart*. De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783111486710>
- Thieme, F., & Jäger, J. (2019). *Sterben und Tod in Deutschland: Eine Einführung in die Thanatosoziologie*. Springer VS.
- Todd, S. (2013). 'Being there': The Experiences of Staff in Dealing with Matters of Dying and Death in Services for People with Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 26(3), 215–230. <https://doi.org/10.1111/jar.12024>
- Tschacher, W., & Bannwart, B. (2021). Embodiment und Wirkfaktoren in Therapie, Beratung und Coaching. *Organisationsberatung, Supervision, Coaching*, 28(1), 73–84. <https://doi.org/10.1007/s11613-021-00690-y>
- Tschacher, W., & Storch, M. (2010). Embodiment und Körperpsychotherapie. In A. Künzler, C. Böttcher, R. Hartmann, & M.-H. Nussbaum (Hrsg.), *Körperzentrierte Psychotherapie im Dialog* (S. 161–175). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-01060-6_14
- Wallesch, C.-W., & Förstl, H. (Hrsg.). (2005). *Demenzen*. Thieme.
- Wehr, G. (2010). *Martin Buber: Leben - Werk - Wirkung* (Lizenzausg., 1. Aufl). Wiss. Buchges.
- Weitkämper, F. (2019). *Lehrkräfte und soziale Ungleichheit: Eine ethnographische Studie zum un/doing authority in Grundschulen*. Springer VS.

- Welling, K. (2004). Der person-zentrierte Ansatz von Tom Kitwood. *Nachdruck in Unterricht Pflege*, 9(5). http://www.prodos-verlag.de/pdf/personzentrierung_kitwood_0070.pdf
- Wenzler-Cremer, H. (2005). *Bikulturelle Sozialisation als Herausforderung und Chance Eine qualitative Studie über Identitätskonstruktionen und Lebens-entwürfe am Beispiel junger deutsch-indonesischer Frauen*. Albert-Ludwig-Universität.
- Wittkowski, J. (1978). *Tod und Sterben: Ergebnisse der Thanatopsychologie* (1. Aufl). Quelle & Meyer.
- Zirfas, J. (2020). Sterben. In S. Schinkel, F. Hösel, S.-M. Köhler, A. König, E. Schilling, J. Schreiber, R. Soremski, & M. Zschach (Hrsg.), *Zeit im Lebensverlauf: Ein Glossar*. transcript Verlag. <https://doi.org/10.14361/9783839448625>

8 Anhang

8.1 Ergänzung: Zur Rolle von Intuition in nonverbalen Interaktionen

An dieser Stelle möchte ich die Rolle von Intuition hervorheben, welche bei den Prozessen der nonverbalen Interaktionen zum Tragen kommt und häufig erwähnt wurde. Intuitiv zu handeln bedeutet automatisiert zu handeln. Die Automatisierung kann stattfinden, da implizit auf Erfahrungswissen zurückgegriffen wird (Gigerenzer & Gaissmaier, 2012). Zudem ist Intuition „gefühltes Wissen, das man nicht begründen kann. Man kann also die Gründe nicht in Sprache ausdrücken.“ (Gigerenzer & Gaissmaier, 2012, S.5). Es ist nicht verwunderlich, dass die Interviewten oft vom Einsatz ihres „Gespürs“ oder ihrer „Intuition“ sprechen, denn eine gelingende nonverbale Interaktion erfordert dies.

Ganß und Kolleg*innen (2014) beschreiben dies auch in einer Metapher:

„es ist (vielleicht) wie im Paartanz. Solange die Tänzer (Interaktionspartner) versuchen die Signale des anderen bewusst zu deuten und rational, also mit gelernten Bewegungen und Schritten, darauf zu reagieren, wirkt das miteinander Tanzen ungelenkt. Erst wenn sie in eine unbewusste Resonanz zueinander gehen, fließen die Bewegungen; das Tanzpaar hat ein harmonisches gemeinsames Erleben.“ (ebd., S.106)

Laut Ambady und Weisbuch (2010), sowie Argyle (2013) ist unser nonverbales Verhalten nicht bewusst, sondern größtenteils unbewusst gesteuert. Beim Versuch einer bewussten Steuerung misslingt nonverbale Kommunikation häufig (Argyle, 2013; Tschacher & Bannwart, 2021), da der Interaktionspartner eine Inkongruenz wahrnimmt. Wir können in unserem nonverbalen Verhalten demnach nur „ehrliche“ Botschaften senden, es ist sehr schwer diese zu verfälschen. Versucht die Pflegekraft kognitiv gesteuert zu handeln und die nonverbale Botschaft kognitiv zu entschlüsseln, obwohl ihre Intuition ihr schon ein Gefühl für die Situation vermittelt, wäre dies kontraproduktiv. Es scheint, als wäre die nonverbale Ebene von Kommunikation und Interaktion mit der „unbewussten Intelligenz“ (Gigerenzer & Gaissmaier, 2012, S. 5), die wir auch Intuition nennen und oft kritisch gesehen wird, verknüpft. Insbesondere im Kontext von wissenschaftlichen Betrachtungen ist Intuition eine eher abgewertete Instanz, denn: „Intuitionen können nicht rational analysiert werden, weil sie nicht einmal »notiert« werden können. Wir haben uns also ein Themenfeld gewählt, das nicht vermessen werden kann. Intuition ist, so Valéry, stets auch jenseits des Rationalen, des Bewussten, des im Zustand des Wachseins Wahrgenommenen – intuitive Erkenntnis ist also nicht deckungsgleich mit Wissen,(...)“ (Bachhiesl et al., 2018, S. 13). Zudem sind Intuitionen anfällig für Fehlentscheidungen, Vorurteile und bias (Kahneman, 2019), weshalb sie auch kritisch gesehen und nicht als ‚das richtige Wissen‘ verklärt werden sollten.

Dennoch kann anerkannt werden, dass Intuition auf Erfahrungswerten basiert und um ein vielfaches schneller als kognitive Denkprozesse ist (Gigerenzer & Gaissmaier, 2012). „Große Teile unseres Gehirns arbeiten unbewusst, einschließlich der Großhirnrinde. Was dort gespeichert wird, ist die Grundlage von Intuition. Sich diese unbewusste Intelligenz zunutze zu machen, ist ein wesentlicher Schlüssel für gute Entscheidungen in einer unsicheren, komplexen Welt.“(Gigerenzer, 2007 zit. nach Gigerenzer & Gaissmaier, 2012, S.5).

Paul Valéry sagt „Die Empfindung ist keine Auskunft, sondern ein Anfang. Sie setzt etwas in Gang, bringt zur Entwicklung, was in der Folge seiner Modifikation bestrebt ist, sie aufzuheben – worunter auch Erkennen oder Bewußtsein ist.“ (zit. nach Bachhiesl et al., 2018, S.15).

8.2 Informatives Schreiben für Pflegekräfte

15. März 2021

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ich bin Studentin der Erziehungswissenschaft mit Schwerpunkt Sozialpädagogik und schreibe in diesem Frühjahr meine Masterarbeit an der Pädagogischen Hochschule Freiburg über ein Thema, das mir sehr am Herzen liegt:

Dass alte, demente und kranke Menschen in Würde sterben dürfen.

Ich interessiere mich für Menschen, die dies möglich machen – Menschen wie Sie.

Wenn Sie Demenzkranke und/oder Palliativpatient*innen begleiten, Zeit schenken und wertvolle Beziehungsarbeit leisten, würde ich gerne mit Ihnen ins Gespräch kommen. Insbesondere interessiert mich wie Sie damit umgehen, wenn vonseiten der Patient*innen nicht mehr verbal kommuniziert werden kann.

Sie würden einen großen Teil dazu beitragen Beziehungsarbeit mit alten und sterbenden Menschen wieder ins Bewusstsein zu rücken – nicht nur bei mir, sondern auch in meinem Umfeld und an meiner Hochschule.

Ihre Daten werden selbstverständlich anonym behandelt. Die Gespräche würden per Telefon oder Skype stattfinden, je nachdem was Ihnen lieber ist. Zeitlich würden diese im April stattfinden und etwa eine Stunde dauern.

Ich freue mich auf anregende und bereichernde Gespräche und verbleibe

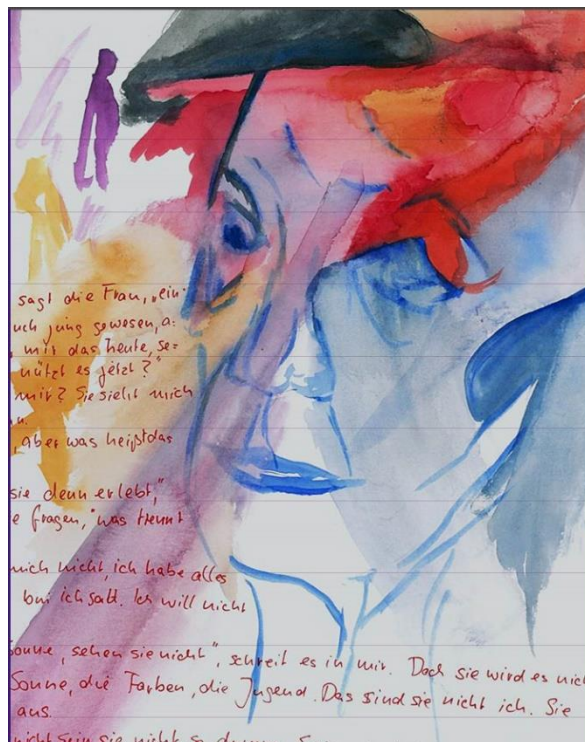
Mit herzlichen Grüßen

Marion Bög

Kontaktdaten:

Mail: Marion.boeg@t-online.de

Tel: 0175/9519028



8.3 Fragen des Leitfadeninterviews

Kennenlernen des Berufsbildes bzw. des Berufsweges/ Rolle der nonverbalen Interaktion im Beruf

- Können Sie mir Ihr Leben beschreiben und die wichtigsten Stationen/Abzweigungen, die Sie nahmen, um zu dem zu kommen, was Sie heute tatsächlich beruflich machen?
- Wie sind Sie zur nonverbalen Interaktion mit schwerkranken Menschen gekommen? / Wie sind Sie auf die Thematik gestoßen?

Fakten zur nonverbalen Interaktion

- Wie funktioniert diese Art der Kommunikation?/ welche nonverbalen Kommunikationswege gibt es? (Atmung etc.) Welche Mittel nutzt man?
- Wie zeigt sich Entspannung bei einer Patient*in? Wie Anspannung? Wie bemerken Sie emotionalen Stress?
- Woran erkennen Sie Schmerzen?
- Woran erkennen Sie, ob Sie die Grenze einer Person verletzen?
- Wie gehen Sie damit um, wenn eine Patient*in nichts mehr richtig wahrzunehmen scheint?
- Wie gehen Sie damit um, wenn eine Patient*in halluziniert/agressiv ist/...
- Gibt es einen Unterschied zwischen Demenzkranken/verwirrten Menschen/Tumorpatienten → ab wann merken Sie dass „nichts mehr da“ ist? Oder gehen Sie davon aus, dass immer etwas da ist? (Unterscheidung Verbal-logische Ebene (Ratio nicht intakt) → z.B. Verwirrtheit bei Demenz & Verbal-sprachliche Ebene → z.B. durch Schwäche)

Narrative Elemente:

Können Sie mir von besonderen Erlebnissen erzählen, die Sie mit Menschen hatten, die nicht mehr verbal-kognitiv kommunizieren konnten?

Können Sie mir von einer besonders schönen Situation erzählen?

Können Sie mir von einer besonders herausfordernden Situation erzählen?

Professionelle Rolle

-Welche Rolle hat man, wenn man mit sprachlich eingeschränkten Patient*innen arbeitet? (Bedürfnisse zurückstellen etc)

-Was würden Sie sagen, welche Haltung ist von Vorteil, wenn man mit dementen oder palliativen Patient*innen arbeitet?

Reflexive Einschätzung der Qualität nonverbaler Interaktion

Was würden Sie als die wichtigste Qualität der nonverbalen Interaktion beschreiben – auch im Vergleich zur verbalen Interaktion?

Fortbildungen: Ausbildung einer Haltung zur nonverbalen Interaktion

Wie gestalten Sie Ihre Fortbildungen, was ist Ihnen wichtig zu vermitteln?

Welche Techniken finden Sie besonders wichtig?

Welche Menschen kommen zu Ihnen in die Fortbildung und mit welcher Haltung? Gehen Sie verändert wieder heraus?

8.4 Transkriptionsregeln

L	Beginn einer Überlappung bzw. direkter Anschluss beim Sprecherwechsel
J	Ende einer Überlappung
(.)	Pause bis zu einer Sekunde
(2)	Anzahl der Sekunden einer Sprechpause
<u>nein</u>	betont (unterstrichen)
nein	laut (fett geschrieben) in Relation zur üblichen Lautstärke des/r Sprechers/in
°nee°	sehr leise (in Relation zur üblichen Lautstärke des Sprechers/der Sprecherin)
.	stark sinkende Intonation (Punkt)
;	schwach sinkende Intonation (Strichpunkt)
?	stark steigende Intonation (Fragezeichen)
,	schwach steigende Intonation (Beistrich / Komma)
viellei-	Abbruch eines Wortes
oh=nee	Wortverschleifung
nei::n	Dehnung, die Häufigkeit vom : entspricht der Länge der Dehnung
(doch)	Unsicherheit bei der Transkription, schwer verständliche Äußerungen
()	unverständliche Äußerungen, die Länge der Klammer entspricht etwa der Dauer der unverständlichen Äußerung
((stöhnt))	Kommentare bzw. Anmerkungen zu parasprachlichen, nicht-verbalen oder gesprächsexternen Ereignissen; die Länge der Klammer entspricht im Falle der Kommentierung parasprachlicher Äußerungen (z.B. Stöhnen) etwa der Dauer der Äußerung. In vereinfachten Versionen des Transkriptionssystems kann auch Lachen auf diese Weise symbolisiert werden. In komplexeren Versionen wird Lachen wie folgt symbolisiert:
@nein@	z.B. lachend gesprochenes „nein“
@(.)@	kurzes Auflachen
@(3)@	3 Sekunden Lachen
//mhm//	Hörersignal des Interviewers, wenn das „mhm“ nicht überlappend ist.

8.5 Transkripte

1 Transkript Af

2

3 **Postscript:**

4 Gesprächsführung: Frau A und I

5 Art des Interviews: Leitfadenterview mit narrativen Elementen

6 Ort: Treffen per Zoom

7 Tag: 14.4.21

8 Audioaufnahme von ca. 65min

9 Inhalte der Gespräche vor und nach Aufnahme des Gesprächs:

10 Davor: Keine, direkter Start

11 Danach: Inhalte meiner Masterarbeit, eventuelle Publikation (von ihr gewünscht, um das
12 Thema präsenter zu machen)

13 Kurze Unterbrechung, da Zoom nur 40min pro Sitzung zur Verfügung stellt. Reibungsloser
14 Wechsel ohne Komplikationen

15 Anmerkung: Es gibt einen Teil 1 und einen Teil 2, da die Audioaufnahme durch Zoom geteilt
16 wurde. Deshalb kommen ähnliche #...# Zeiten vor. Die Zeitangaben im zweiten Teil sind fol-
17 gendermaßen gekennzeichnet: #...(2)#

18

19 Charakterzüge von Af:

20 wirkt lebhaft, engagiert, unterstreicht ihre Worte mit Gestik (nonverbale Kommunikation recht
21 präsent), kohärentes Auftreten, keine Probleme in Erzählfluss/Redefluss zu kommen

22

23

24 **Interview**

25

26 **Teil 1**

27

28 I: Ich bin ja total interessiert an: Ihrer Doktorarbeit (.) und ähm mich würde total interessieren
29 Wie sind Sie denn dazu gekommen die zu schreiben? #00:00:46-9#

30

31 Af: Haben Sie sie schonmal haben Sie sie sich schon ausgeliehen? Kennen Sie sie schon?
32 #00:00:48-8#

33

34 I: Ja! (.) Ja ich hab sie noch nicht ganz gelesen aber ich bin bei der Hälfte etwa #00:00:53-6#

35

36 Af: Gut. (.) Also wie bin ich dazu gekommen ähm zum einen äh rührt die ja aus meiner prak-
37 tisch therapeutischen Tätigkeit mit Schwerkranken und Sterbenden im Hospiz (.) ä:h:m als Dip-
38 lommusiktherapeutin bin ich da tätig und hab allerdings festgestellt dass äh:m dieser Ansatz
39 der musiktherapeutische für einige sinnvoll ist aber nicht für alle reicht (.) und das war dann
40 ein wichtiges Element zu gucken, wenn äh Sprache sich verliert und das ist im Zuge von pal-
41 liativen Erkrankungen (.) ähm Zuständen am Lebensende Zuständen in denen Kognition ein-
42 geschränkt ist ja häufig der Fall also entsteht Sprachlosigkeit wie können wir dennoch in

43 Verbindung treten. Und in Verbindung bleiben mit Menschen weil ich davon ausgehe nicht nur
44 ich (kurzes lächeln) äh dass die zwischenmenschliche Verbindung das ähm Wichtigste ist was
45 wir einander geben können und was wir voneinander brauchen. sich immer wieder ein(.)ge-
46 bettet zu fühlen in das Netz: von menschlichem Beieinandersein. eben auch in starker Schwä-
47 che. Und manchmal will das das Schicksal so (kurzes lächeln) dass ich äh den Auftrag bekam
48 oder gefragt wurde Was können Sie denn unterrichten und dann hab ich spontan gesagt ich
49 kümmer mich um das Thema nonverbale Kommunikation da ich ja aus der Musiktherapie
50 komm schon sowieso äh jenseits der Sprachebene arbeite aber dann natürlich mit dem Spe-
51 zifischen der Musik und hab begonnen mich damit zu beschäftigen auf: der Ebene der Litera-
52 turrecherche hab festgestellt dass es se:hr sehr viele hochspezifische Fachbereiche in der
53 nonverbalen Kommunikation gibt in denen ja über Jahrze:hnte in einem Feld geforscht wird
54 ich meine mittlerweile ist jetzt auch schon in der Populärwissenschaft die die Basisemotionen
55 nach Ekman beispielsweise angekommen aber es gibt auch andere die forschen nur zu
56 Schmerz mimik oder forschen nur dazu wie:: äh wie werden Gesten verwendet und wie kann
57 man die differenzieren oder wie ist es mit dem räumlichen Abstand zum Menschen und ich
58 hab dann begonnen sehr viel zu recherchieren (.) ähm und diese Studienergebnisse zusam-
59 menzusammeln und immer in der Fragestellung Was ist denn dafür relevant für das Feld äh
60 für die Arbeit mit eben verbal kommunikatn kommunikativ veränderten und eingeschränkten
61 Menschen. (.) Aus dieser Beschäftigung ist dann sind dann die ersten Trainings entstanden
62 ähm und das war se:hr interessant eben auch in den Dialog mit den Teilnehmern sich zu äh:m
63 wiederzufinden also deren Fragestellungen die kamen aus ner anderen Berufs ähm gruppe
64 zum also aus vielen anderen Berufsgruppen und die hatten natürlich Fragestellungen die ich
65 nicht denken konnte weil ich natürlich die Aufgaben nicht hatte die sie hatten #00:03:46-3#

66

67 I: hmhm #00:03:46-3#

68

69 Af: und die hab ich einfließen lassen und hab mich dann damit beschäftigt die: diese dieses
70 Trainingskonzept zu entwickeln und das lief dieser Entwicklungsprozess und Trainingsprozess
71 lief 12 Jahre lang. #00:03:59-5#

72

73 I: Wow #00:04:00-1#

74

75 Af: @.@ also ich war damit ja dann auch schon unterwegs und viel unterwegs und dann war
76 so die Frage der Teilnehmenden wieder also als als Motivation ähm Was äh:: oder Können
77 Sie dazu ein Buch schreiben. #00:04:16-0#

78

79 I: hmhm #00:04:15-3#

80

81 Af: Und das hat mich dann dazu gebracht und ich bin im Nachhinein sehr dankbar mir äh
82 jemanden einen Doktorvater zu suchen der genau diese Elemente die mich interessieren also
83 die pfff Arbeit mit Menschen mit demenziellen Veränderungen mit Menschen am Lebensende
84 bez im Kontext der nonverbalen Kommunikation vor dem Hintergrund der dialogischen Prin-
85 zips von Martin Buber das ist ja so das das Schlüsselkernelement der Haltung was ich

86 versuche dann in den Interaktionen auch ohne Worte zu realisieren und hab dann da halt den
87 X gefunden in X-Stadt der sich des Thema des Thema angenommen hat das war gar nicht
88 so:: leicht äh weil es der Weg in die Promotion natürlich normalerweise andersrum geht ne
89 man ist an nem Lehrstuhl und sagt Was für ein Thema können Sie mir denn anbieten und ich
90 hab andersrum den Weg gefunden und genau das hat mich dazu bewogen und das äh Schöne
91 im Endeffekt war ja dann eben auch (.) es war herausfordernd aber das Schöne war dann
92 auch dass eben mit Studie die ich dort durchgeführt habe sich ja auch gezeigt hat dass tat-
93 sächlich diese relevanten ähm Kommunikationskompetenzen äh::m wachsen durch das Trai-
94 ning also ich hab das sehr stark daran orientiert auch Recherche gemacht Was sind denn
95 relevante Trainingsmethoden äh um Kommunikationskompetenzen zu entwickeln da gibts ver-
96 schiedene Reviews und Metaanalysen und hab die dann nochmal integriert und damit eben
97 das Konzept auch nochmal auch methodisch auf eine andere auf andere Füße gestellt (.) und
98 äh:: ja und seitdem ist das eben zwar nicht fix weil ich find ein Konzept muss immer irgendwie
99 leben und auch mit dem mit den An mit den Fragen und Anforderungen auch der Teilnehmer
100 flexibel bleiben aber auch mit den neuen Erkenntnissen aber seitdem ist es einfach mehr in
101 Form gegossen (unv) #00:06:04-0#

102

103 I: Lhmhm hmhm #00:06:05-6#

104

105 Af: Genau #00:06:05-8#

106

107 I: Ich fand das ganz spannend jetzt was Sie grad gesagt haben mit der Musiktherapeutin mit
108 dem musiktherapeutischen Hintergrund. Das heißt Sie haben ähm Musiktherapeutin gelernt
109 studiert ähm? #00:06:20-1#

110

111 Af: Ja ich hab verschiedene Studiengänge gemacht ich hab ähm Sozialpädagogik studiert und
112 äh Schulmusik #00:06:26-4#

113

114 I: hmhm #00:06:27-2#

115

116 Af: und dann nochmal das Ergänzungsstudium:: äh Musiktherapie gemacht #00:06:31-4#

117

118 I: Ah! Ok und dann haben Sie ähm mit ähm Sterbenden im Hospiz gearbeitet dann war das
119 Ihr Beruf sozusagen? #00:06:39-2#

120

121 Af: Das war dann ich hab mit verschiedenen Personengruppen ähm als Musiktherapeutin ge-
122 arbeitet und dann eben die Arbeit mit den Sterbenden war ein Schwerpunkt und daneben wa-
123 ren dann die psychisch kranken Erwachsenen die Kinder in der Kinderjugendpsychiatrie und
124 so weiter war ein breites Feld #00:06:56-0#

125

126 I: hmhm #00:06:56-9#

127

128 Af: ich hab mich dann immer weiter spezialisiert auf die Arbeit mit Schwerstkranken #00:07:01-

129 1#

130

131 I: Ok. Können Sie mir darüber ein bisschen was erzählen wie Sie da musiktherapeutisch äh
132 gearbeitet haben und Sie meinten ja auch das hat dann irgendwie nicht mehr so ganz gereicht
133 oder Sie Sie haben gemerkt da Sie müssen da noch mehr wissen so hab ichs jetzt verstanden
134 #00:07:12-5#

135

136 Af: Ja ich äh mir war wichtig meine Expertise aus-zu-bauen zu erweitern also erstmal wie
137 arbeitet wie arbeite ich dort (.) grundsätzlich im Sinne Musiktherapie als psychotherapeuti-
138 sches Verfahren nicht als ein Beschäftigungsverfahren hm? also immer da wird nach Indika-
139 tion gefragt wo gibt es ein Leiddruck aufseiten der Patienten so nennen wir sie bei uns im
140 Hospiz ä:hm wo gibt es Leidensdruck de:r einen anderen äh Ansatz braucht als den medizini-
141 schen pflegerischen der noch einen ergänzenden Ansatz braucht #00:07:52-9#

142

143 I: hmhm #00:07:54-6#

144

145 Af: Und das ähm guck da guck ich zum Beispiel bei Patienten die:: ähm (.) depressive Ver-
146 stimmungen haben na wir haben viele Pat Palliativpatienten mit ausgewiesenen Depressionen
147 oder mit Angsterkrankungen das ist ein das sind ziemlich hohe Zahlen die wir da haben ähm
148 (.) manchmal drückt sich das Ganze aber auch eher indirekt aus dass jemand ganz viel klingelt
149 oder ständig unzufrieden ist und man dann feststellt dahinter steckt irgendwas was den
150 Mensch belastet was er selber vielleicht gar nicht in Worte fassen könnte #00:08:25-1#

151

152 I: Lhmhm #00:08:25-8#

153

154 Af: Und wo aber ne ne spezifischere Unterstützung braucht. Dann guck ich auch immer bei
155 denen äh::m besonders hin:: die in ihrer Denkfähigkeit begrenzt sind weil für sie dadurch na-
156 türlich ein wichtiges Element um eine (.) so existenzielle Herausforderung zu bewältigen das
157 Denken ist und das fällt bei ihnen weg. Und gibt es dann auf einer anderen Ebene Möglichkei-
158 ten Räu.ume zu schaffen in denen sie ähm in denen sie ihre Situation leichter bewältigen kön-
159 nen und das sind immer Beziehungsräume (.) #00:08:58-5#

160

161 I: hmhm #00:08:59-2#

162

163 Af: Oftmals dann nichtmal_ich rede über etwas sondern ich bin mit jemandem und in dem
164 Mitsei::n ä:hm kommt jemand wieder bei sich (.) an ähm ist findet in sich auch wieder ein
165 Zentrum wenn man das so sagen will und das ist ein ganz wichtiges Element von Bewältigung
166 #00:09:14-6#

167

168 I: hmhm #00:09:15-4#

169

170 Af: und (.) oder dann auch zu gucken bei denjenigen die: ähm körperliche Symptome haben
171 unter denen sehr leiden wir haben ja viele Patienten mit (unv) beispielsweise (.) Luftknappheit

172 die: bei denen dann auch zusätzlich ganz verständlicherweise das mit einer Angst gepaart ist
173 #00:09:33-3#
174
175 I: Ja #00:09:34-8#
176
177 Af: oder Unruhezustände und äh und so weiter und so fort und das sind so Situationen neben
178 denen das eben auch familiäre äh:: Konstellationen manchmal auch da sind die:: (.) in denen
179 Leid deutlicher sichtbar wird das sind Situationen in denen ich dann extra dazukomme.
180 #00:09:52-1#
181
182 I: Okay #00:09:53-6#
183
184 Af: Und wenn: wir mit Menschen arbeiten die wir nicht mehr fragen können Was brauchen Sie?
185 Tut Ihnen das gut? Hätten Sies gerne so oder anders. ist es extrem wichtig dass wir diese
186 Fragen nonverbal stellen und nonverbal beantworten können #00:10:10-4#
187
188 I: hmhm #00:10:11-2#
189
190 Af: Dass wi::r sehr sehr wach sind in diesen Prozessen ja da ist ja jemand dann (.) kann ja
191 extrem ausgeliefert sein und gerade wenn ich mit so einem mächtigen Instrument wie der
192 Musik äh komme dann kann ich jemandem auch Leid äh bereiten #00:10:28-1#
193
194 I: hmhm #00:10:28-5#
195
196 Af: und dann hinschauen zu lernen diese subtilen ä:hm Zeichen gut einordnen zu können Wie
197 ist das passiert mit der Atmung was passiert mit der Körperspannung ähm::: (.) was machen
198 die Fingerbewegungen wo richtet der Menschen den Blick hin um daraus immer wieder
199 Schlüsse zu ziehen um sich so im Dialog zu befinden mit dem anderen. Und in diesem Dialog
200 herauszufinden was für ihn jetzt passt #00:10:55-8#
201
202 I: hmhm #00:10:57-1#
203
204 Af: Und das beginnt schon wenn ich ins Zimmer gehe das ich gucke als erstes dass ich alle
205 Ideen natürlich zurückstelle und dann erstmal gucke Was ist denn da grad lo:s Ist der grad
206 gereizt ist der grad bedrückt äh ist der grad unruhig ähm also letztens hatte ich nen Patient
207 den hatte ich vorher nich noch nich gekannt und oftmals müssen wir ja dann in diesen Situati-
208 onen so schnell handeln können und nicht lange warten bis irgendwas wächst ne ist nichtmehr
209 viel Zeit? Und der lag seitlich im Bett und war bekannt als einer der massiv verwirrt war viel
210 durch den ähm durch das Haus lief in das Zimmer anderer reinlief äh in: die Ecken urinierte
211 weil er nicht mehr verstand was:: die Dinge um ihn herum bedeuten (.) und dann unter Um-
212 ständen auch manchmal ähm aggressiv reagierte und ich sah wie dieser Mann dann so seit-
213 lich auf dem Bett la::g und irgendwie so an seiner Bettdecke zog die war so ein bisschen am
214 Rücken und dann sah ich er hatte das Bedürfnis sich: mehr einzudecken und das war dann

215 meine Art und Weise zu ihm zu kommen ihn da zu unterstützen und dann hörte ich wie er als
216 ich ihn am Rücken berührte so ja ein JA::: seufzte und dann hab ich sofort mitbekommen das
217 tut ihm wohl also bleibe ich in der Arbeit der Berührung am Rücken hab dann herausgefunden
218 Ist es für ihn günstiger dass ich meine Hände ruhen lasse oder dass ich sie in Bewegung habe
219 und immer an den Reaktionen und nachher ist der dann in diesem Kontext des Miteinanders
220 (.) tief eingeschlafen. #00:12:21-0#

221

222 I: wow wie schön (lächeln)#00:12:22-7#

223

224 Af: Ja. Das sind halt die das ist das dialogische Arbeiten was mir so unendlich wichtig ist
225 sodass wir einerseits und ich sprach jetzt grad von dieser Kompetenz des Dekodierens - gut
226 lesen lernen (.) und dann äh eine zweite Kompetenz dieses äh regulieren uns darauf abstim-
227 men können dialogi äh also Dialogräume dann öffnen und Dialogräume heißt eben nicht reden
228 sondern das was ich grade versuchte zu schildern. #00:12:47-5#

229

230 I: hmhm #00:12:47-7#

231

232 Af: Ja. Und diese Dialogräume immer wieder ä::hm eröffnen (3) dem so begrenzten Menschen
233 auf einmal Zugriff zu Ressourcen die anscheinend vorher nicht da waren ähm eine andere
234 Patientin mit Hirntumor eine junge Frau, 38, die hatte vier Wochen zuvor die Diagnose bekom-
235 men es war einfach dramatisch und es war ein Hirntumor der war frontal und hatte ganz viel
236 zerstört aber sie konnte noch laufen und äh:m starrte häufig so in die Leere und und wischte
237 manchmal. Und eben es bedeutet sich auf die Suche zu machen nach dem anderen ohne zu
238 wissen wo es mich hinbringt. Ich weiß nur es öffnet Türen zu zu einem gemeinsamen Raum.
239 der macht dann manchmal besondere Dinge möglich da wars dann so dass sie wischte und
240 dann hab ich mit ihr zusammen gewischt und dann hab ich ihre Wischbewegung mit Tönen
241 begleitet dann hab ich zu ihren Wischbewegungen Linien gemalt mit einem Stift der da lag und
242 irgendwann hielt sie inne, nahm meine Hand und streichelte sie und schaute mich an. Und
243 dann ging ihr Blick wir saßen bei ihr im Zimmer am Tisch äh zu einem Fo:to von einem Mäd-
244 chen (2) und Zärtlichkeit lag in ihren Augen. Und dann hab ich das übersetzt in Sprache und
245 hab dann ich hab sie geduzt und gesagt Die hast du lieb. (2) und dann kam wir wussten nicht
246 dass sie sprechen konnte dann kam ein Satz raus dann sagte sie Die hab ich mega lieb
247 #00:14:18-6#

248

249 I: Ohhh okay (leise)#00:14:19-3#

250

251 Af: ohhh und dann hat sie weiter das Foto angeguckt da kriegt man Gänsehaut ne? dann
252 guckte sie weiter das Foto an und wurde auf einmal ganz traurig (") ähm und sagte dann: Wir
253 haben uns viel gestritten. (.) Und dann hab ich die Traurigkeit in Worte gefasst und hab ihr
254 gesagt Das bedauerst du hm? (§) Und ich hatte dann die Idee wahrscheinlich ist das ihre
255 Tochter. Und dann hab ich ihr einen Vorschlag gemacht der kam dann auch von für mich
256 bisschen aus heiterem Himmel dann meinte ich Wir können der Tochter einen Brief schreiben
257 genau das aufschreiben was du grad gesagt hast. Dann hat sie genickt. Dann haben wir

258 aufgeschrieben ähm (2) ich hab dich mega lieb (.) Leider haben wir viel gestritten. Das bedaure
259 ich. Und dann hat sie mit eigener Hand unterschrieben Deine Mama. Und den Brief haben wir
260 der Tochter dann gegeben und die Frau war (.) vier Wochen später to:t. Und das sind so:: äh
261 Dinge die was ich grad sagen wollte wenn wir diese (.) in wenn wir in Beziehung treten auch
262 manchmal über scheinbar absurde (.) Handlungen die wir da machen einfach den anderen
263 ernst nehmen und davon ausgehen Wenn ich zu ihm komme und etwas mit ihm teile was er
264 tut dann kann er dann kann ein gemeinsamer Beziehungsraum entstehen und er kann auch
265 zu sich einen anderen Zugang bekommen und dann kommen manchmal solche Dinge a(.)wie
266 aus heiterem Himmel raus #00:15:42-1#

267

268 I: hmhm #00:15:43-1#

269

270 Af: Wo ich dann auch stau:ne und denke Das hab ich nicht geta:n ich habs einfach nur ich hab
271 so einen Raum gestaltet das kann ich tun. #00:15:48-9#

272

273 I: Ja #00:15:50-1#

274

275 Af: Und das is für Ja dann ich möchts jetzt nicht überhöhen aber es ist hat was mit (.) Wundern
276 zu tun die ich da auch erlebe der Mensch als Wunder oder wie auch immer #00:15:58-8#

277

278 I: hmhm #00:15:59-4#

279

280 Af: Genau und das ist so ein bisschen dass dass wir Dialogräume stif::ten das ist so ein zweites
281 wichtiges Element also sich abstimmen können regulieren nennt sich das dann auch dialogi-
282 sieren also dann in Gegenseitigkeit eintreten und ein letztes Element was wichtig ist für non-
283 verbale Kompetenz ist das enkodieren also dass ich sehr (.) klar bin Was mach ich denn wie:
284 wenn ich zu einem Menschen gehe Von wo aus nähere ich mich In welchem Moment spreche
285 ich Wie geh ich damit um wenn sein Blick dorthin gerichtet ist und an welcher Stelle berühre
286 ich oder auch nicht #00:16:32-6#

287

288 I: Hmhm#00:16:33-0#

289

290 Af: Und wenn ich mir das bewusst mache, kann binnen weniger Sekunden Minuten ä::hm
291 normalerweise äh ne Verbindung zwischen uns herstellen und dann sagen Menschen sowas
292 wie ä:hm Ach Sie kenn ich doch. Ja die kannten mich gar nicht aber das ist dann oft was Sie
293 erkenne ich doch Sie nehme ich wahr (.) und wir sind oftmals bei diesen kommunikativ verän-
294 derten Menschen die auch in ihrer Wahrnehmung verändert sind sind wir nicht in ihrem Wahr-
295 nehmungs- und Erkenntnisbereich drin und deswegen reagieren sie auf uns häufig nicht. Und
296 das ist mir halt ein großes Anliegen um so dieser Barrieren die so häufig zwischen (2) Men-
297 schen mit Kommunikationsveränderung und eben eben den sie betreuenden Pflgenden be-
298 stehen um hier diese Barrieren abzubauen und für beide einen schnellen eine wirklich zu be-
299 friedigende Verbindung her herzustellen. Und das kann man lernen. #00:17:26-5#

300

301 I: hmhm#00:17:26-5#

302

303 Af: Das ist das was ich in diesen Trainings äh ja versucht habe diese Kompetenzentwicklung
304 aufzubauen und da ist ja wichtig, dass wir uns mit Mikrokompetenzen beschäftigen dass wir
305 nicht zu gleich n gro äh zu schnell ne große äh Situation äh ein Rollenspiel konzipieren und
306 sagen ah die Frau ist unruhig und jetzt versuch sie mal zu erreichen zu beruhigen das ist eine
307 so komplexe Situation alle sind überfordert und frustriert und machens halt ir-gend-wie wie
308 sies schon immer gemacht haben (.) und das hat keinen Sinn wir müssen das ganz klar run-
309 terbrechen na so ich vergleiche das Kommunikationslernen oder das der Körpersprache auch
310 mit dem wenn wir äh unser Unbewusstes Gehen zu beispiel wenn wir tanzen lernen anfangen
311 zu zerlegen Wo geh ich in die Gewichtsverlagerung und dann geh ich mal einfach nur die
312 Gewichtsverlagerung oder den Schritt nach vorne für eine halbe Stunde um dann das wieder
313 einfließen zu lassen in den gesamten Prozess des Tanzens und so mach ich das auch in dem
314 Kommunikationslernen also ich nehme mir diese kleinen Elemente raus und üben wir und
315 dann und damit hat man dann auch immer positive Erfahrungen das ist mir sehr wichtig weil
316 das das Lernen natürlich befördert und dann setzen wir die zusammen immer mehr in kom-
317 plexere Situationen (.) ja. #00:18:39-7#

318

319 I: Haben Sie denn äh jemals irgendwie auch Miss::erfolge gehabt oder wo Sie einfach gemerkt
320 haben Ich komme nicht an diese Person ran gibts das auch oder ist das sozusagen dieser
321 Schlüssel äh dieser vielen Bausteine die Sie gerade genannt haben mit Feinsignalen erkennen
322 und in diese Beziehung eintreten gibt es da auch äh manchmal dass mans nicht schafft?
323 #00:18:59-0#

324

325 Af: (2) Naja es gibt (.) selten:: äh::m:: Zustandsbilder von Menschen hm: wo ich kaum noch
326 Reaktion erkenne (.) aber das ist extrem selten. Also wo hm:: (2) ich hab so die Erfahrung
327 gemacht wenn zum Beispiel ein Hirntumor eher rechts überwiegend rechtsseitig lokalisiert ist
328 dann ist ja auch die die Körpersprachliche Ausdruck sehr stark ähm kann er sehr stark beein-
329 trächtigt sein auch das Verstehen und das da vielleicht ich keine Reaktion mehr gesehen habe
330 aber dann gehe ich von der dann gehts darum dass ich mir die Grundhypothese mental ver-
331 gegenwärtige Wir Menschen sind auf Beziehung angelegt und ich schenke oder ich blei::be
332 bei dieser Person äh: auch wenn ich jetzt keine Bestätigungssignale erhalten habe weil ich
333 davon ausgehe wir brauchen es. Nicht unendlich lang das sind 20min bei nem (.) schwerst-
334 kranken Menschen oft schon viel das ist das ei::ne und das zweite ist (4) Ich hab nur 50%des
335 Geschehens in meinen Händen. Die anderen 50% hat der andere in seinen Händen und selbst
336 wenn ich weiß dass ich vie::l Flexibilität und Geschick mitbringe das zu suchen, kann es sein,
337 dass ein anderer sich verschließt. Und diese Freiheit hat er und äh die kann ich ihm und will
338 ich ihm auch nicht nehmen und manchmal muss ich vielleicht auch sagen hab ich viel versucht
339 aber bin nicht auf die zündende Idee gekommen. Ja? also ich bin ja auch nicht jetzt Doktor
340 Allwissend der alles weiß (.)und dann find ich wieder extre::m hilfreich und wichtig dass wir
341 uns als Team ä:hm verstehen wo viele auch intuitive Kommunikationskompetenzen zusam-
342 men kommen. Wie sie unterschiedlich gelagert sind und dass wir beginnen nicht nur zu sagen
343 ja ja ja du hast da ein gutes Händchen für den Menschen sondern zu verstehen was genau

344 tust du denn was bei denen wirkt. Denn es ist selten so dass es wirklich nur diese Sympathie
345 ist zwischen zwei Menschen und dass man sagt Ja dich find ich klasse sondern es ist meistens
346 eine Art der Verhaltensweise die dieser Mensch mitbringt die mich ihm öffnet. Also wie will ich
347 das jetzt praktisch machen auch da hatten wir einen Patienten der war Mitte 50 hatte auch
348 einen Hirntumor (atmet laut ein) das sind oftmals die Menschen die uns sehr herausfordern
349 weil da einfach so komplexe Zustandsbilder entstehen (.) der äh wurde von seiner Lebensge-
350 fährtin sehr engmaschig auch im Hospiz begleitet zu der hatte er Vertrauen der lief auch noch
351 rum im Zimmer (atmet laut ein) und wenn man zu ihm ins Zimmer kam schickte er uns immer
352 alle gleich raus. (.) Und sie musste ja aber auch hin und wieder mal eine Besorgung machen
353 eine Pause machen und das war wichtig dass wir einen Zugang zu ihm bekamen.(2) Und ich
354 hab auch nach Wegen gesucht und hab auch nicht den wirklich guten Weg gefunden und dann
355 war eine Teambesprechung in der ein (.) junger äh:m Praktikant der Sozialarbeit @.@ Ich find
356 das so klasse Ich war heute eine Stunde bei dem im Zimmer und wir machten alle solche
357 Augen @2@ #00:22:19-9#

358

359 I: L@2@ #00:22:19-9#

360

361 Af: Und dann zu fragen ja Mensch Was hast du denn gemacht? was diesen Menschen(2)
362 geholfen hat deine (2) Anwesenheit als positiv zu empfinden. Und das passte dann se:hr zu
363 diesem Praktikanten das war ein sehr stiller Mensch der sagte Ich hab nichts geredet. Ich war
364 still. Und wenn er was tat hab ich ihn nicht korrigiert. (2) uNd das war für mich eine ganz
365 wichtige Erkenntnis Wenn ich zu diesem Patienten ins Zimmer gehe (.)dann bleibe ich so still
366 wie möglich. Weil für ihn und dann das wurde dann deutlich der Hauptstressfaktor war wenn
367 Menschen sprachen weil er dann immer in sein Defizit rutschte Ich kann nicht mehr sprechen.
368 Das hatte ihn so gestresst. Und wenn wir dann und als wir dann aufhörten zu sprechen oder
369 ganz wenig sprachen dann fiel dieses Stressmoment weg und das mein ich jetzt damit wir uns
370 als Team zu verstehen sodass einfach eine gute Intuition dann zu einer Kompetenz wird von
371 der ich lernen kann und die ich mitnehmen kann. #00:23:18-6#

372

373 I: hmhm#00:23:18-9#

374

375 Af: Ja.(.) Soweit zu der Frage ob ich ob ich immer ran komme also:: Nein natürlich nicht. Aber
376 ich würd sagen in 95% der Fälle schon und wenn wir uns dann wirklich so auch als Team
377 verstehen, dann:: vielleicht nochmal mehr. #00:23:33-3#

378

379 I: Ja ich fand das äh:: spannend ich hatte mit nem Hospizmitarbeiter gesprochen der war früher
380 Intensivmediziner und äh: also er er ist medizinisch bewandert sozusagen auch wenns um
381 Hirntumoren und so geht und er hatte eben auch einen Patienten der ähm einen Hirntumor
382 hatte und den er begleitet hat und ähm am Anfang hat das alles auch noch ganz gut geklappt
383 er hat auch noch seinen Hund immer mit dabei gehabt (.) irgendwann hat er gemeint hat er
384 ihn nicht mehr erkannt, nur noch den Hund (.) ähm und irgendwann hat er den Hund auch
385 nicht mehr erkannt. Und dann hat er die Begleitung sozusagen abgebrochen weil er das Gefühl
386 hatte Der Mensch ist ja irgendwie nicht mehr da:: der braucht ja auch irgendwie nichts mehr

387 und das fand ich jetzt irgendwie: spannend wie Sie das geschildert haben dass oder hm ich
388 es war auch eben so eine Frage von mir die ich mir im vorherein überlegt hatte so Ist denn
389 irgendwann wirklich nichts mehr da? Kann man davon wirklich sprechen? Und in Ihrer Auffas-
390 sung hab ich jetzt verstanden (atmet ein) ist es immer da und und diese auch dieser Wunsch
391 nach Beziehung ist trotzdem da. Hab ich das richtig verstanden? #00:24:35-1#

392

393 Af: LJa. Genau. Ich denke was der die große Herausforderung ist in der palliativen Begleitung
394 sind ist der Kompetenzverlust des anderen Menschen. Und ich erinnere mich noch als ich (2)
395 in dem Beruf relativ frisch war (.) dass genau dieser Moment wo ein Patient etwas nicht mehr
396 macht und nicht mehr konnte was er vorher so gern macht, er trommelte so gerne mich dazu
397 geführt hat dass ich versucht hab das so lange wie möglich aufrecht zu erhalten bis ich dann
398 begriffen habe Ich stress den damit es ist das ist sein Weg dass er verliert und meine auch
399 und er muss sich ständig adaptieren anpassen an neue Gegebenheiten und das ist deswegen
400 umso mehr meine Herausforderung mich immer wieder an seinen Zustand anzupassen und
401 zu gucken was geht was geht was geht was geht. und wenn das Feld immer kleiner wird oder
402 sich verschiebt da mitzugehen also es braucht eine unglaublich hohe Flexibilität. Das was wir
403 miteinander gefunden haben vielleicht über längere Zeit etabliert haben (.) als Miteinander und
404 wenn das dann weg ist äh nicht (.) nicht alles loszulassen sondern zu gucken ich suche nach
405 anderen Möglichkeiten und das gibt in der Regel (.) meine Erfahrung(.) immer etwas. (.) Der
406 Mensch selbst wenn der zum Beispiel in in nem es gibt ja diesen ähm ich bin jetzt keine Me-
407 dizininerin deswegen muss ich vorsichtig formulieren es gibt ja diese vegetativen Zustände
408 wenn Menschen quasi vom (.) hirnorganisch sehr stark durch einen Unfall oder was auch im-
409 mer(.) ganz viel kaputt ist (.) sehen wir dennoch dass der Körper auf Außenreize immer rea-
410 giert. #00:26:11-4#

411

412 I: hmhm #00:26:12-1#

413

414 Af: Was ist das was dann da reagiert. Was ist das ist das das Selbst oder das wissen wir nicht
415 oder ist es nur physiologisch und meine Hypothese ist, dass (.) auch wenn das Bewusstsein
416 vielleicht nicht da ist (.) hm doch das Selbst immerin irgendeiner Form bleibt. Es wohnt in
417 einem Körper der ihm nicht mehr gestattet (.) sein Empfinden nach Außen zu transportieren
418 und ä:hm aber es es geht nicht verloren. (3) Das ist meine tiefe Überzeugung. Ja. #00:26:46-
419 1#

420

421 I: hmhm. Arbeiten Sie auch mit Komapatienten? #00:26:49-2#

422

423 Af: Naja manche unserer Patienten sind ja im Koma die kommen dann im Zuge ihres äh viele
424 Hirntumorpatienten kommen ja dann in komatöse Zustände und manchmal müssen wir die ja
425 auch (.) unsere Ärztin medikamentös mit herbeiführen weil wir ansonsten Leidenszustände
426 nicht mehr anders regulieren können. Dann werden sie halt sediert und sind im komatösen
427 Zustand und dann guck ich halt schon auch immer Gibt es da noch irgendwie Unruhephasen
428 Ist es und wenn es ein sehr langer äh:: Prozess ist in dem jemand in diesem komatösen Zu-
429 stand ist (2 atmet ein) ist es dennoch wichtig den nicht jetzt nur als Körper abzustellen der jetzt

430 irgendwie gewaschen wird und frisch gemacht wird sondern ist nach wie vor ein Mensch und
431 ein Mensch braucht andere Menschen und deswegen (.) möchte ich auch da sein das ist die
432 Herausforderung weil ich da wenig Resonanz bekomme und wir als Menschen ja so extrem
433 auf Resonanz angelegt sind und dann nicht Vergeblichkeit empfinden. Aber das ist wiederrum
434 dann ein Reflexionsprozess sich das klar zu machen Der kann mir keine Resonanz geben das
435 ist dann seine Begrenzung aber ich gehe davon aus, das ist das Menschenbild das trägt, der
436 Mensch wird am Du zum Ich egal in welcher Verfassung das ist wieder Buber. #00:27:55-5#
437

438 I: Ja. Ja. Wie stehts denn um Ihre eigenen Bedürfnisse in dieser ganzen Situation? Weil (.)
439 ich stell mir das schon auch manchmal schwierig vor also so wie Sies schildern irgendwie ist
440 das schon ein Miteinander Sie haben ja gesagt auch so fifty fifty (.) aber erstmal gehen Sie ja
441 in die Situation ähm mit dem Gedanken (3) Etwas also für diese andere Person zu tun das ist
442 vielleicht ein bisschen falsch formuliert aber verstehen Sie wie ich meine? #00:28:21-4#
443

444 Af: Naja ich hab einen therapeutischen Auftrag ich geh ja da nicht hin weil ich bin nicht die
445 Tochter oder die Freundin ähm (.) sondern ich hab den Auftrag Leiden zu lindern. (2) Das ist
446 ganz klar. Wie stehts da mit meinen eigenen Bedürfnissen? (.) äh an welche Bedürfnisse den-
447 ken Sie jetzt? #00:28:38-8#
448

449 I: Ich denke einfach irgendwie daran dass hm:: Sie sich ja schon (.) in dem Moment zurück-
450 nehmen müssen und schauen müssen Wie reagiert der andere Was braucht nur der andere
451 nicht Was brauche ich in dem Moment, ne? Und ähm (.) also ich weiß nicht ich finde dass das
452 vielen Menschen schwerfällt also grad mit diesen Hospiz äh mitarbeitenden hab ich schon
453 gemerkt da gehts viel auch um den eigenen Selbstwert und wenn halt nicht die Reaktion
454 kommt die man sich halt wünscht oder nicht die Beziehung eintritt wie man sie sich wünscht
455 (.) Ne bei Ihnen wirkt das so als würden Sie sich se:hr tief einlassen und und dann schauen
456 Was kommtda aber ich ich stell mir das halt trotzdem manchmal schwierig vor einfach diese
457 ganz große Offenheit und ganz von seinen eigenen (.) ja diesen eigenen Bedürfnissen auch
458 wegzugehen. #00:29:25-8#
459

460 Af: (atmet ein) Naja die Bedürfnisse nach Selbstwert oder nach Anerkennung Resonanz Äh:m
461 die haben wir Menschen aber ich finde das sehr gefährlich wenn wir die (.) wenn wir Patienten
462 zumuten dass sie unsere Bedürfnisse erfüllen. Da denke ich ist professionell was (.) nicht ver-
463 standen. Das kann nicht sein, dass jemand der sowieso schon krank ist und leidet auch noch
464 mir das geben muss mich glücklich machen muss Das geht nicht. (.) Deswegen sind ja ist es
465 unerlässlich dass in diesem Feld ja supervisorisch äh uns Begleitung holen und immer wieder
466 auch diese Mechanismen reflektieren die auftreten ich kann ja auch nicht sagen die dürfen
467 nicht sein und ab sofort kannst du sie aus deinem Inneren verbannen #00:30:11-1#
468

469 I: L@.@ #00:30:11-1#
470

471 Af: sondern die sind ja da@.@ #00:30:13-0#
472

473 I: LJa ja #00:30:14-0#

474

475 Af: Und sich klar sich bewusst zu machen Ohh das hat mich jetzt gekränkt dass diese Patientin
476 mich aus dem Zimmer geworfen hat und mit seiner und seine eigene Kränkung zu reflektieren
477 Was war das denn was mich getroffen hat Was könnte es denn gewesen sein was die Patientin
478 gemeint hat um dann damit wieder in die professionelle Haltung zu kommen #00:30:31-5#

479

480 I: hmhm #00:30:32-6#

481

482 Af: So das finde ich unerlässlich (.) alles andere finde ich äh eine Form von Missbrauch. emo-
483 tionalem. Weil das sind alles angewiesene Menschen. Ähm:: Und dass ich diese Bedürfnisse
484 im Leben habe und dass sie Erfüllung brauchen dafür bin ich verantwortlich in meinem Privat-
485 leben #00:30:53-9#

486

487 I: hmhm hmhm#00:30:55-1#

488

489 Af: Und wenn ich da mich nicht gut nähre und sättige dann fehlt mir die Voraussetzung um
490 dann mit dem Patienten mich so zu öffnen und frei zu machen von mir und mich wirklich ganz
491 klar abzugrenzen zu sagen Es geht hier nicht darum dass ich eine gute Zeit habe es geht
492 darum dass wir dieses Gemeinsame finden und in dem und und und sehen wie das Leid (.)
493 nachlässt. Ähm und im zweiten Schritt und das ist jetzt wiederum die psychotherapeutische
494 Kompetenz die wir ja auch nutzen bin ich natürlich immer sehr wach äh bezogen auf meine
495 inneren Reaktionen. Aber dann kommen die nicht aus meinen eigenen Bedürfnissen erfüllt
496 oder unerfüllt heraus natürlich auch und ich merke sie und ich kann sagen Ok dann kümmerst
497 du dich woanders mal drum aber sie kommen ja dann manchmal auch aus dem psychothera-
498 peutischen Geschehen heraus zu sagen Auf einmal krieg ich eine große Traurigkeit und ich
499 spüre die hat grade nichts mit mir zu tun sondern es könnte sein, dass es die Traurigkeit ist
500 der andere Mensch erzählt mir was vielleicht erschütterndes aus seinem Leben mit einer gro-
501 ßen (.) Neutralität und auf einmal kommt diese Welle der Traurigkeit bei mir an #00:31:59-6#

502

503 I: hmhm #00:32:00-3#

504

505 Af: Und dann bring ich die mit rein und dann gibt es das dass mir die Tränen in die Augen
506 kommen und so weiter und so fort. So also schon sich mich als mich als (.) ähm Seismograph
507 auch mit mit zu nutzen das find ich wichtig (2) und (.) grundsätzlich glaube ich dass diejenigen
508 die: ähm in psychosozialen Berufen tätig sind oder mit Menschen arbeiten hoffentlich doch
509 dieses Grundbedürfnis tra:gen (.) danach ähm (5) einem anderen Menschen eine Hilfe zu sein.
510 Und sonst macht man diesen Beruf nicht. #00:32:43-4#

511

512 I: Auf jeden Fall. #00:32:44-0#

513

514 Af: Das das das ist ein Grundbedürfnis und das find ich auch RE-AL ä:hm und das kann na-
515 türlich pervertieren dass ich immer mich als besonders hilfreich empfi fühlen muss und deshalb

516 dann große Aktionen mache die mich selbst befriedigen aber nicht dem anderen helfen. Das
517 wäre wieder so ne #00:33:00-7#
518
519 I: LJa. Ja#00:33:00-7#
520
521 Af: L(unv.). Und ich glaube auch ein großes Grundbedürfnis was mich in die Arbeit ge-
522 tragen hat (.)ist das dass ich diese Intensität von Begegnung mit Menschen u::ngemein
523 schätze aber die hab ich auch im Privatleben (lächelt hörbar) #00:33:13-3#
524
525 I: hmhm #00:33:13-7#
526
527 Af: Und dort hab ich die nochmal auf einer ganz anderen Art und Weise eben in diese Wortlo-
528 sigkeit und der Verspieltheit. Das Spielerische hab ich mit Kindern in meinem Leben auch ja?
529 Aber diese diese dieses dieses dieses besondere Feld von (.) Möglichkeiten der Begegnung
530 (.) verspielt zu sein äh äh ohne Worte zu sein intensiv zu sein das äh wird mir da möglich
531 gemacht und das ist mir klar das ist ein großer Schatz den ich mein in mein Leben wieder mit
532 hinein nehme #00:33:44-1#
533
534 I: hmhm. Wie wie lange können Sie diese Arbeit denn machen beziehungsweise also wie viele
535 Stunden in der Woche ist sowas möglich ist das sehr kraftzehrend oder ist es für Sie eine
536 Leichtigkeit oder (3) #00:33:58-9#
537
538 Af: Also ich mir ist klar ich das ich würde das nie: ne volle ne volle Stelle machen so zu arbeiten
539 weil die Haltung die ich da aufbringe ist hm: hm: eben äh:m erfordert eine gewisse: (.) f::ordert
540 eine gewisse Seite von mir heraus die ich leben kann aber ich brauche immer auch andere
541 Elemente die das die das austarieren deswegen bin ich ja auch äh als Trainerin tätig da hab
542 ich eine ganz andere Komponente wenn ich so eine Gruppe führe wenn ich äh:: Ähm Texte
543 schreibe dann gehts eher darum wie zu:: zu denken und zu an und zu zu entwickeln ähm: ich
544 brauche für mich diese die verschiedenen Facetten die mich (.) dadurch dass sie unterschied-
545 lich sind auch immer wieder (unv) ins Gleichgewicht bringen. Und da sind Menschen unter-
546 schiedlich das kann ich gar nicht festlegen und sagen Man kann das nur so und so viele Stun-
547 den in der Woche machen. Es ist die Aufgabe das selbst zu:: entdecken wie viel passt zu mir
548 ich mach das zwei Tage die Woche (2) und mach das mit einer (.) großen großen Freude also
549 immer wieder erstaunlich ich bin ja seit 22 Jahren immer wieder erstaunlich wenn ich nach
550 dem Urlaub hinkomme und sag Ich FREU mich so auf euch ja? @.@ #00:35:15-1#
551
552 I: Ja#00:35:15-1#
553
554 Af: @Ja wunderbar@ Da bin ich richtig an diesem Ort und dann stimmt das Maß und äh ich
555 merke aber dass zum Beispiel äh::: viele bedürftige Freunde im Freundeskreis nicht gingen
556 für mich (.) Ja da würde würde was dann ins ins Wanken Wank Wackeln kommen. #00:35:32-
557 0#
558

559 I: Ja. Ja. (.) Ja ich ähm finde irgendwie diese Qualität des (.) des Wortlosen einfach äh sehr
560 spannend. Ähm: finden Sie dafür Worte? (2) Was weil ich ähm #00:35:44-6#

561

562 Af: L(unv) In welchem Kontext meinen Sie jetzt Worte? #00:35:48-3#

563

564 I: Weil Sie weil Sie grade meinten also ich finde ich finde das spannend weil Sie jetzt ja grade
565 sagten diese zwei Tage und dieses (.) feine Arbeiten dass Sie sich darauf sehr freuen (.) und
566 Sie meinten ja auch, dass Sie da so ne Balance in Ihrem Leben brauchen und für mich drückt
567 das so aus, dass es verschiedene Qualitäten einfach gibt. Es gibt die Qualität eben wo Sie in
568 diesem Lebendigen drin sind wo Sie Menschen anleiten oder wo Sie dann am Schreibtisch
569 sitzen und denken und und dann gibts auch diese Qualität des Wortlosen, Feinen und ich
570 glaube schon es zu greifen zu können aber es würde mich interessieren ob Sie dafür noch
571 eine eigene Beschreibung haben. #00:36:23-4#

572

573 Af: (2) Ja also dieses das Feine, Wortlose, das hat für mich etwas damit zu tun, dass ich sehr
574 stark sensorisch? sinnlich äh die Situation empfinde und gestalte auch wenn natürlich als The-
575 rapeutin immer eine Reflexionsebene dabei ist aber das das Sinnliche steht im Vordergrund.
576 Es hat was damit zu tun dass das (.) dass ich da ganz ausdrücklich das Gefühl hab in der Zeit
577 im Fluss der Zeit zu sein. Und wenn man manchmal denkt dann ist man irgendwie:: eher in
578 einem Konzept und hier bin ich Bewegungen mit drin (.) also es ist auch das Prozesshafte was
579 dabei ist #00:37:04-4#

580

581

582 I: hmhm #00:37:04-7#

583

584 Af: Und ich sagte vorhin ja auch schon diesen Begriff das Spielerische das Offene das sich
585 Entfaltende. Also für mich ist das sind das Momente in denen ich fast am dichtesten am Leben
586 bin. #00:37:17-6#

587

588 I: Spannend. hmhm. (2) Ja das(.) das ist sehr schön gesagt@3@ Ja. Ähm:: Ich würde ganz
589 kurz vorschlagen dass wir in die andere Sitzung wechseln weil unsere Zeit glaub ich gleich
590 abläuft bzw. so hatte ich das verstanden. Wär das für Sie in Ordnung? #00:37:38-0#

591

592 Af: Ja#00:37:38-9#

593

594

595 **(2min Pause durch den Wechsel in Zoom, ich sortiere mich und schaue welche Fragen**
596 **meines Leitfadens noch offen sind)**

597

598

599 **Teil 2**

600

601 I: Ok. Äh::m ich hab jetzt grad mal nachgeschaut was mich noch interessiert äh und zwar hm

602 können Sie vielleicht erklären ä:hm woran Sie ähm verschiedene ähm:: (2) Woran erkennen
603 Sie zum Beispiel ob jemand Schmerzen empfindet wenn er nicht mehr sprechen kann oder
604 sich entspannt oder angespannt ist ist das Muskeltonus können Sie mir dazu noch ein paar
605 Infos geben? #00:00:33-9(2)#

606

607 Af: Ja ja da gibt es eine gute Studienlage auch zu. Also das wurde glücklicherweise auch gut
608 beforscht ähm wies (.) wie Schmerz mimik aussieht und da gibt es so das das Vollbild ähm da
609 hat man entwickelt man hier äh leichte ne Stirnfalte eine (.) ähm vertikale Stirnfalte äh die
610 Augen werden schmaler ähm manchmal ist die Nase ein bisschen gerümpft die Lippen werden
611 eher nach außen gezogen oder zusammengepresst ähm das ist so (unv) eher so ne Grimasse
612 die sich entwickelt (.) und das ist dann die mimische ähm die mimische Schmerz(unv) darüber
613 gibts irgendwie auch noch die ganzkörperlichen Schmerzzeichen die man lesen kann und da
614 ist zum Beispiel ähm:: gibt es verschiedene Atemmuster die man berücksichtigt also die At-
615 mung schneller wird oder wenn sie gepresster wird wenn der Muskeltonus steigt wenn die
616 Unruhe in den Händen zunimmt (.) wir müssen immer wieder darauf achten bei Patienten die
617 lautieren also die rufen Könnte ein Schmerz dabei sein? (.) Ähm:: (4) äh ja. Also das sind jetzt
618 so einige der der Schmerzzeichen wobei man dann wiederum und das fehlt mir manchmal
619 noch auch in der (.) in der Reflexion sich immer wieder die Frage stellen musst (.) In welcher
620 ähm in welcher körperlichen Verfassung ist der Mensch denn und inwieweit kann der noch
621 sämtliche Schmerzzeichen zeigen? #00:02:04-7(2)#

622

623 I: hmhm#00:02:06-0(2)#

624

625 Af: Ja also wenn ich darauf wa::rte hier das Vollbild zu sehen dann werde ich bei Patie bei
626 vielen Patienten nicht mehr viel erkennen. Es kann sein dass ein Schmerz sich dann nur noch
627 durch eine ganz leichte Stirnfalte ausdrückt und das wars. Ja das kommt weil vielleicht die
628 Mimik beeinträchtigt ist also wir haben viele unserer Patienten (.) brauchen ja auch und be-
629 kommen ja auch ähm Kortison um den Hirndruck zu lindern und entwickeln dann oftmals so
630 sehr aufgeschwollene Gesichter und dann ist die Mimik oftmals nicht sehr nicht mehr sehr
631 differenziert und ich erinnere an eine Situation wo die Patientin die war Ende 40 (.) diese Stirn-
632 falte entwickelt sie lag in ihrem Bett sie hatte die Augen dann auch zu und sie sprach nicht und
633 das war wurde dann glücklicherweise im Team diskutie:rt Was könnte das sein? Ist das viel-
634 leicht ein Ausdruck von Traurigkeit Sie hat ja auch eine vierjährige Tochter und das ist ja auch
635 schwer der Abschied (.) und als dann noch uns erst als wir dann nochmal genauer hinguckten
636 stellten wir fest dass die Atmung auch ein bisschen gepresster ist und erst als dann die Pfl-
637 gefachkraft entschied Naja. Lagerung ist wahrscheinlich grad nicht das Thema also die ist sie
638 scheint bequem wir haben sie grad gelagert und die Schmerz diese Zeichen die sind immer
639 noch die kriegt jetzt mal ihre Bedarfsmedikation konnten wir dann beobachten im äh weiteren
640 Verlauf, dass das nachließ und auf einmal die Frau keine Stirnfalte mehr hatte und die Augen
641 öffnete und damit auch wieder mehr im Kontakt mit der Umgebung war. Also und das ist wichtig
642 dann eben auch diese also (3) nicht zu warten bis wir das vlldramatische Bild sehen um zu
643 denken jetzt passiert was. Auch da gibt es ähm Untersuchungen zu dem Thema Wie wird denn
644 Schmerz mimik wie real wird sie denn eingeschätzt von der Umgebung und leider wird sie in

645 der Regel immer noch sehr unterschätzt. #00:03:51-7(2)#
646
647 I: hmhm hmhm #00:03:53-2(2)#
648
649 Af: Und dann kommt ja noch dazu dass wir uns klar machen müssen dass Schmerzmimik
650 wenn die auftritt dann bereits der Schmerzzustand ein gro starker ist. Es gibt ja nun selten
651 Schmerzen in denen der Schmerz empfunden wird aber noch nicht in die Mimik gerutscht ist
652 dass wir gar nicht sehen wenn es jemand nicht ausdrücken kann. #00:04:11-1(2)#
653
654 I: Ja. Ja. #00:04:12-4(2)#
655
656 Af: Wenn dann chronische Schmerzen dazukommen (.) auch das (.) da gibts eine Untersu-
657 chung die ist noch gar nicht so alt ich glaub die ist jetzt 3, 4 Jahre alt (.) chronische Schmerzen
658 unterbrechen den: äh: das Schmerzempfinden das Arreal wo das Schmerzempfinden ist im
659 Gehirn mit dem Arreal was die Mimik zeigt das heißt der Mensch mit chronischen Schmerzen
660 kann mir sagen Ich hab Schmerzen in Stärke neun ich könnt gleich aus dem Fenster springen
661 und das Gesicht bleibt unbewegt. Also das eine ganz (.) #00:04:41-4(2)#
662
663 I: Ldas ist ja (.) abgefahren #00:04:41-2(2)#
664
665 Af: diffiziele Situation und das wissen ganz viele Profis leider nicht #00:04:46-5(2)#
666
667
668 I: Ja #00:04:47-2# #00:04:47-4(2)#
669
670 Af: Da brauchts meines Erachtens (.) ähm: (3) un-be-dingt Schulungen. Weil (.) da werden
671 Patienten alleine gelassen da werden die Profis allein gelassen und mich ärgert das wenn
672 dann gesagt wird Das bringen doch alle irgendwie mit das können wir doch alle irgendwie. Ja
673 können wir für unseren Alltag mit unseren Freunden Kollegen und so weiter aber wir sind hier
674 in einem wirklich hochspezifischen Feld mit so ausgeprägten Veränderungen (.) das kann man
675 von keinem fordern, dass er das können muss (.) das ist eine wirklich eine eigene Expertise
676 #00:05:19-1(2)#
677
678 I: Ja. Das seh ich auch so. Ich hab das auch in in Altenheimen erlebt bei meinen Großeltern
679 (.) Ich hatte das Gefühl Große Planlosigkeit also: ne auch Also ich als Angehörige keinerlei
680 Informationen bekomme wie ich kann ich damit umgehen oder woher weiß ich was sie grade
681 braucht und das war halt oft dieses se:hr (.) funktionale (.) wie sie ja auch beschrieben haben
682 mit waschen, halt den Körper versorgen so und ähm deshalb war mir das Thema auch so
683 wichtig weil ich für mich auch gemerkt hab Ich muss das verstehen ähm was was die Men-
684 schen brauchen also einfach ich weiß nicht warum mich hat das so verzweifelt gemacht, dass
685 mir dort das keiner sagen konnte. Weil ich dachte Das das kann doch nicht sein das sind doch
686 das sind das ist deren Beru:f ich mein ich versteh auch das System ne, das ist nicht deren
687 Schuld sondern aus meiner Sicht schon auch Schuld des Systems (.) ähm: (.) und darum fand

688 ich das so toll dass Sie sich auch dessen angenommen haben weil ich hab noch nicht so viel
689 in der Form gefunden es gibt zwar schon Studien und so aber halt dieses kompakte Wissen
690 an in einem Buch so ähm fand ich toll. Auch dass Sie diese Kurse geben ähm (.) find ich sehr
691 bemerkenswert und mich würde total interessieren Was ist Ihnen da wichtig zu vermitteln also::
692 welche Menschen kommen da? Mit welcher Haltung (.) mit welcher laufen Sie wieder raus (.)
693 Wie wie geht das (.) ab? #00:06:42-1(2)#
694
695 Af: Ja:: also (3) das sind jetzt verschiedene Fragen #00:06:47-1(2)#
696
697 I: L@2@ #00:06:47-4(2)#
698
699 Af: L Welche Menschen kommen wie ist die Haltung wie entwickelt sie sich und was will ich
700 vermitteln #00:06:50-6(2)#
701
702 I: @.@ Erzählen Sie einfach frei raus @.@ Ich frag sonst nach. #00:06:53-9(2)#
703
704 Af: L@.@ #00:06:56-8(2)#
705
706 I: L@3@ #00:06:56-8(2)#
707
708 Af: Ich möchte letztendlich eine Haltung vermitteln eine gelebte Haltung keine keine abstrakte
709 formulierte? sondern eine Haltung von ähm Beziehungsorientierung (3) die sich ausdrückt in
710 meinem Verhalten. Alles andere alle anderen Diskussionen über Haltung sind für mich an-
711 sonsten reine Politik die haben keine Auswirkung auf das auf das Tun und am Verhalten seh
712 erkenn ich eigentlich die Haltung eines Menschen (.) JA und nein ich erkenne am Verhalten
713 häufig auch den erlernten Habitus einer Berufsgruppe. Und diese Diskrepanz stellen dann
714 viele meiner Teilnehmer bei sich dann auch wieder fest dass sie sagten Ich bin ja und viele
715 starten ja wirklich mit einer positiven beziehungsorientierten Haltung und machen le:nnen den
716 Beruf aus dem Grund (.) und werden dann durch das (.) Ambiente in dem sie tätig sind (2)
717 distanziert von dem und sie lernen quasi so (unv) so ich guck den ich guck den anderen zu (.)
718 und das ist ja oftmals kein bewusstes Lernen sondern Lernen am Modell ich entwickel eben
719 eine Art und Weise Wie spreche ich mit denen und wie geh ich ins Zimmer und so weiter und
720 so fort und ein und wenn sie dann (.) durch die Reflexion auch von (.) ich arbeite ganz viel
721 über kleine Selbsterfahrungsmomente weil mir die klar machen äh was hat denn etwas für
722 eine Wirkung(.) und ist es tatsächlich diese Wirkung die ich erzielen möchte beim Anderen
723 oder nicht und sehe dann häufig wirklich betroffene Gesichter die sagten Um Gottes Willen
724 das mach ich schon so lange so aber eigentlich will ich doch was ganz anderes. Also ich stelle
725 (.) ganz bewusst kognitive Dissonanzen her (.) dass dass diese Diskrepanz wahrgenommen
726 wird weil ich die ist ein unglaublich hohe Motivation dann für die Weiterentwicklung #00:08:50-
727 8(2)#
728
729 I: hmhm #00:08:52-2(2)#
730

731 Af: Also (.) eine Haltung vermitteln über eine Möglichkeit mich verhalten zu können. Und wenn
732 die äh Teilnehmer sich darauf einlassen und (.) sie fragten grad Was kommen für Leute zu
733 Ihnen (4) es kommt es ist oftmals entscheidend Mit welchem Aus welchem Weg kommen sie
734 zu mir. Haben die gesagt Ja ich hab Lust auf das Thema und ich möchte da was dann sind
735 die meistens schon mit einer sehr sehr differenzierten Haltung da und meistens auch schon
736 mit einer hohen Kompetenz. Und das sind diejenigen die am meisten dann häufig lernen. Zu-
737 mindest war das jetzt meine Realerfahrung in der Studie hab ich herausgefunden dass Be-
738 rufserfahrung oder auch Empathiefähigkeit keinen Einfluss hatte auf die Lernkurve das fand
739 ich extrem spannend. #00:09:38-9(2)#

740

741 I: hmhm #00:09:40-3(2)#

742

743 Af: Und das gibt es eben auch wieder, dass Menschen da rein kommen und waren zuerst
744 innerlich ganz dicht weil man die wurden vielleicht reingeschickt von der(.) Leitung und du
745 musst das zwar machen und das sind die denkbar ungünstigsten Voraussetzungen grad für
746 dieses Lernen was so dicht an der eigenen Person steckt. Und auch da hab ich dann manche
747 Menschen erlebt die am Anfang ganz verschlossen waren und zum Schluss:: mit einer Be-
748 geisterung äh aus dem Kurs gegangen sind und mir nach wie vor noch Emails schreiben
749 #00:10:06-9(2)#

750

751 I: L@4@ #00:10:07-5(2)#

752

753 Af: L@2@dass sie da dann etwas erlebt haben was sie zutiefst wieder berührt hat. Ja:: und
754 das ist sehr sehr unterschiedlich. Ich glaube was sind Grundvoraussetzungen die jemand mit-
755 bringen müsste es ist wirklich eine Bereitschaft sich zu hinterfragen eine Bereitschaft sich als
756 ein (.) ähm nicht fertiger Mensch zu verstehen sondern immer ein in Entwicklung. Wer halt da
757 reinkommt und sagt Ich kann schon alles und ich weiß schon alles und wenn ich etwas nicht
758 wüsste dann wäre das ein Defizit der muss sich schützen na davor der muss sich schützen
759 davor dass ich ihm diese Diskrepanzen deutlich mache. Glück ich hab das große Glück äh:
760 das die meisten meiner Teilnehmer Lust haben am Thema #00:10:53-1(2)#

761

762 I: hmhm. Ja ich stell mir das halt auch schon schwierig vor wenn:: jetzt jemand kommt ähm
763 der nicht so eine große Motivation hat weil er auch in diesem System in dieser Einrichtung
764 zum Beispiel ne da herrscht ja auch eine gewisse Haltung dann wie Sies auch schon beschrie-
765 ben haben dass man mit Idealen reingeht dann merkt man Okay das läuft hier so nicht dann
766 macht man diese Schulung:: und dann hat man ja wieder so einen neuen Wind und dann
767 kommt man ja wieder zurück in das System. Das stell ich mir auch schwierig vor weil oft man-
768 gelt es ja gerade an Zeit. So. #00:11:22-6(2)#

769

770 Af: Ja also das kann ich den Gedanken den Sie da grade formulieren den hab ich auch schon
771 lange und deswegen mach ich am wirklich allerliebsten In-House-Schulungen. Da wo ich ein
772 ganzes Team schule manchmal ein ganzes Haus schule und was ich dann immer sage Der
773 erste Kurs der durchgeführt wird, da kommt nur die Leitung rein. (3) Und dann @.@ und ich

774 hab ja ein Team mit Kolleginnen die mir das vermitteln und dann geh ich rein und nehm und
775 arbeite mit der Leitung weil das wenn DA nicht verstanden wird was für äh:: was diese Haltung
776 auch an Strukturen braucht damit sie gelebt werden kann dann frustriert ich die an die Mitar-
777 beiter nur in dem ich quasi ihnen ne (3) Ideen schenke, Möglichkeiten und sie können sie dann
778 gar nicht realisieren. Also wenn zum Beispiel (2) ein Unternehmen:: erwartet dass am Patien-
779 ten unbedingt die und die und die und die Aufgaben durchgeführt werden müssen und dann
780 muss das dokumentiert werden (.) äh:: (.) dann denk ich (unv) das geht gar nicht mit meinem
781 Konzept weil es ist ein prozesshaftes Entwickeln und das mache ich das kann ich nur machen
782 wenn der Patient ein Objekt ist den ich bei dem ich über den ich verfüge. Aber wenn ich äh::
783 eine subjektorientierte Haltung (.) und so steht ja in ganz vielen Hochglanz-Selbstbeschrei-
784 bungen der Häuser drin #00:12:47-2(2)#

785

786 I: L@2@Ja #00:12:47-6(2)#

787

788 Af: Ldann will ich die auch immer packen, ne? wenn ich (unv.) möchte, dann geht es gar nicht
789 anders als dass ich äh Pflegeergebnisse dass die of dass das Ergebnis offen gepflegt wird
790 dass man schon mit einer Intention da reingeht und es gibt natürlich auch Bereiche in denen
791 wir in die Verantwortungsübernahme gehen müssen weil sonst die Selbstgefährdung vielleicht
792 da wäre (.) aber die sind weniger als wir glauben. #00:13:11-5(2)#

793

794 I: hmhm. hm.#00:13:12-1(2)#

795

796 Af: Ja. Und wenn das nicht geht, dann würde ich auch ähm: also wenn so ein Haus sich da
797 verweigert, dann würd ich auch verweigern da hin zu gehen um Schulungen zu machen das
798 bringt dann gar nichts #00:13:23-1(2)#

799

800 I: Ja ja das stimmt. (.) Ähm:: #00:13:25-8(2)#

801

802 Af: Und natürlich nicht wenn eine Pflegefachkraft für 30 Bewohner zuständig ist, da erhöht ich
803 nur den Druck unter dem sie steht. #00:13:33-0(2)#

804

805 I: Ja. Haben Sie das auch schon erlebt, dass mal so jemand da war der dann gesagt hat Uh
806 jetzt entsteht bei mir Druck? Oder ist das noch nicht vorgekommen? #00:13:41-6(2)#

807

808 Af: (5) Das hab ich schon erlebt. Das hab ich schon erlebt. Und ähm:: (7) ich unter ich versuche
809 diese Menschen dann immer so: zu unterstützen und ihnen zu sagen Sucht euch ein Arbeits-
810 feld in dem ihr das realisieren könnt was euern Idealen entspricht ansonsten macht ihr euch
811 kaputt. Und ihr seid in der günstigen Lage dass ihr euern Arbeitgeber aussuchen könnt und
812 definieren könnt wie ihr arbeiten wollt nutzt endlich die Chance! Ja? Wie ähm äh das System
813 mit zu verändern #00:14:19-8(2)#

814

815 I: Ja. Ja. Toll. #00:14:21-6(2)#

816

817 Af: Ja #00:14:22-8(2)#

818

819 I: Hm:: (.) Ich würd nochmal ganz gern kurz zur nonverbalen Interaktion zurück. Sie interagie-
820 ren ja auch äh mit diesen: mit diesen: oh warten Sie kurz. Sehen Sie mich noch? #00:14:34-
821 1(2)#

822

823 Af: Was ist passiert? JA #00:14:35-6(2)#

824

825 I: Also es hat nur die Audioaufzeichnung gerade runtergeladen und dann war plötzlich mein
826 Bildschirm weg. Ähm: ähm Sie arbeiten da ja verbal und auch nonverbal sozusagen. Also Sie
827 (.) ich ich ich halte ich kann das noch nicht so ganz alles auseinanderhalten weil ich finde die
828 nonverbale Kommunikation generell halt super komplex ähm: weil Sie ja (.) jetzt in ihrem Be-
829 rufskontext auftritt aber auch jetzt gerade wir kommunizieren ja auch mit Mimik Gestik ähm
830 und oh ich weiß gar nicht wie ich diese Gedanken alle formulieren soll. Mich würde interessie-
831 ren wie Sie also ob Sie in diesen Schulungen (2) für sich konkret klarhaben ok da arbeite ich
832 gezielt nonverbal? Arbeiten Sie da mit Stille auch? Wie wie kann ich mir das vorstellen oder
833 passiert da viel über Wissensvermittlung und Erfahrungs Vermittlung sozusagen
834 #00:15:25-8(2)#

835

836 Af: Also (.) wenn wir das mal versuchen Das ist hochkomplex das gibt sogar das gibt Studien
837 die sagen wenn man eine Therapiesituation sich anguckt dann ist glaub ich mindestens eine
838 Million nonverbaler Signale die ausgetauscht werden. Das ist gigantisch viel. Das kann gar
839 nicht sein, dass wir das alles übers Bewusstsein steuern. Sonst werden wir wahnsinnig. Zu
840 Ihrer Frage jetzt möchte ich mal das Feld auffächern was wir womit wir zu tun haben ne das
841 was uns bewusst ist ist natürlich die Mimik als erstes da sind wir ja auch visuell aufeinander
842 orientiert. Ne? Dann kommt aber schon dazu das Blickverhalten ist schon ein zweites was
843 unterschiedlich ist von der Mimik. Wo schaut jemand hin? ähm (.) schaut er mich an schauen
844 wir gemeinsam etwas drittes an (.) Wann wendet er den Blick zu und weg kann der Mensch
845 den Blick überhaupt noch zu und wegwenden äh braucht er meine Aktivität dass er meinen
846 Blick überhaupt wahrnimmt weil sonst gar nicht erkennen könnte ähm dann haben wir die
847 Gestik die nutzen wir (3) in das ist was sehr kulturspezifisches die Gestik im Vergleich zur
848 Mimik was überkulturell ist auch ähm da muss ich mich differenzieren nicht ganz aber zum
849 großen Teil sind unsere Grundbewegungen erstmal durch äh (.) nicht unsern präfrontalen Kor-
850 tex Steuerungskortex verursacht sondern anders also und das finden wir überkulturell Gestik
851 ist sehr stark kulturell geprägt und Gestik nutzen wir (3) um äh (2) Informationen und Bedeu-
852 tungen mit zu unterstreichen und zu vermitteln. Wir können Gestik ohne Worte nutzen ähm
853 das sind die Embleme (unv) tun wir das und wir können Gestik und das mach ich hier jetzt hier
854 relativ viel zu den Worten nutzen und äh wie wichtig es ist wenn und mir gehts nichts darum
855 dass ich jetzt ständig über alles nachdenke sondern mehr weiß mir klarmache was braucht
856 der andere in der jetzigen Situation von mir. Um es leicht zu haben. Das heißt ich würde zum
857 Beispiel erstmal jemanden fragen Möchten Sie was trinken. (2) Wenn ich sehe, dass der auf
858 die Frage nicht reagiert dann würde ich mich nicht anschaut dann würde ich erstmal den Blick-
859 kontakt suchen damit er eine Cha::nce hat wahrzunehmen dass jemand mit ihm spricht. Dann

860 würde ich ihn eher fragen Möchten Sie was trinken. Wenn er nicht reagiert und mich zwar
861 anguckt dann hat er ja eine Aussage getroffen über dieses ich nehm dich wahr und ich sage
862 zu diesem Moment des Miteinanderseins auch Ja sonst könnte er ja weggucken und die Au-
863 gen zumachen. (.) Dann könnte ich mir die Frage stellen Na vielleicht ist für den Sprache nicht
864 gut zu verstehen, dann nehm ich die Geste dazu möchten Sie was trinken, kombinier das. (.)
865 Wenn ich immer noch keine Reaktion sehe dann würde ich anfangen an einen Gegenstand zu
866 gehen. Und ihm und wenn das soweit und wenn ich immer noch keine Reaktion bekomme,
867 dann müsste ich soweit gehen dass ich ihm das Glas unterstützt an den Mund halte und dann
868 die Reaktion sehe ob er trinkt oder nicht. Ja und das sind ich suche in mein bei meinem Ge-
869 genüber das Kompetenzniveau wo er mich versteht und wo er auf eine Situation ein Angebot
870 äh reagieren kann. Und da fokussier ich dann immer wieder unterschiedliche Elemente meiner
871 Kommunikation jetzt mach ich mal mein vorheriges Thema noch führe ich mal weiter aus ich
872 hatte jetzt die Mimik und die Gestik dann haben wir äh natürlich auch die Körperhaltung (.) In
873 welcher Körperhaltung befindet sich ein Mensch befindet sich ein Mensch in welcher Körper-
874 haltung gehe ich zu ihm da kann ich ganz schnell über meine Körperhaltung äh Verbindung
875 stiften ne? Also wenn jemand im Bett liegt auf der Seite liegt wird er ja häufig von oben ange-
876 sprochen und zwar so dass sich die Körper dass sich die Augenachsen verschieben. Aber
877 wenn ich meinen Kopf auf seine Ebene lege dann ist auf einmal sofort eine Verbindung da da
878 haben wir ganz starke äh Intuition für synchrone Momente zwischen Menschen. Wenn ich mit
879 jemand der kleinschrittig geht (.) nicht in meinem Schritt gehe sondern mal versuche mich an
880 diese kleinen Momente anzupassen oder sie zumindest mit jedem zweiten Schritt den ich grö-
881 ßer mache trotzdem aufzunehmen und einen gemeinsamen Rhythmus zu finden dann entsteht
882 eine Verbindung (.)dann arbeite ich in diesem Moment bewusst über meine Körperhaltung.
883 (atmet tief ein) Ähm nächste Elemente sind dann der räumliche Abstand extrem wichtig zwi-
884 schen zwei Menschen gerade wenn mein Gegenüber den räumlichen Abstand selber nicht
885 mehr mit bestimmen kann wenn er im Rollstuhl sitzt und sich nicht bewegen kann wenn er im
886 Bett liegt kann er das kaum noch mitbestimmen. Wir sind da extrem empfindlich wir Menschen
887 #00:19:56-2(2)#

888

889 I: hmhm ja #00:19:56-5(2)#

890

891 Af: Wir haben es grad auch in der Pandemie ja auch festgestellt ich hab so manche Reaktion
892 äh erzählt bekommen auf den Abstand dass sich Menschen persönlich abgelehnt gefühlt ha-
893 ben weil die die andern so weit wegblieben Ja? Das ist halt unsere intuitive emotionale Bewer-
894 tung eines nonverbalen Prozesses über den wir nicht nachdenken hm:: und den wir (2) ja
895 normalerweise auch miteinander regulieren und weil wir das jetzt grade nicht mehr regulieren
896 können ja entsteheten dann zum Beispiel solche solche ähm Reaktionen. Und darauf achte ich
897 dann besonders stark wenn eben ein Mensch im Bett liegt oder im Stuhl sitzt wie ist äh welcher
898 Abstand passt zu ihm darauf muss ich da muss ich gucken wie sind seine Rea äh Signale.
899 Zieht er sich eher zurück? (.) Geht er eher auf mich zu? (.) Erhöht sich die Körperspannung?
900 Lässt die nach? Um dann das Feld zu finden was unseres ist. was zu uns beiden passt. Und
901 das kann sich auch immer wieder verändern das ist ja jetzt nicht in dem Moment für alle Ewig-
902 keit festgeschrieben auch noch nicht mal für die nächsten 5 Minuten festgeschrieben.

903 #00:21:02-9(2)#

904

905 I: Ja. Ja. #00:21:04-0(2)#

906

907 Af: Ja also eine Patientin da musste ich mal vier Meter Abstand einnehmen das war überhaupt
908 die einzige Möglichkeit in der sie sich entspannt äh mir zuwenden konnte. Und 10 minuten
909 später (.) war sie dann so offen und hat so viel von sich preisgegeben, dass ich Gesicht so im
910 Abstand zu ihr dann war und sie mir dann unter Tränen was erzählte wäre ich dann in vier
911 Meter Abstand geblieben wäre absurd gewesen also das war dann das Spiel mit dem mit dem
912 räumlichen Abstand die Berührung ja? Auch ein Element mit was was äh wichtig ist und was
913 finde ich grade in der im Umgang mit angewiesenen Menschen sehr unbewusst und ich finde
914 auch oft nicht wohltuend verwendet wird. Wenn dann mal hier getätschelt wird (.) ähm diese
915 schnellen Berührungen fata:l das kann Stress erzeugen aber und das sind alles so Dinge wenn
916 wir die dann beginnen auch als Elemente zu schulen ähm dann ist natürlich der Mensch der
917 das lernt aus seiner Intuition in seiner Intuition erstmal verunsichert. Das ist wenn ich Ihnen
918 sagen würde Laufen Sie mal und achten Sie ganz genau da drauf was machen wie rollt der
919 Fuß ab und wie sind die Knie und was macht das Becken dann fangen wir an zu wackeln
920 #00:22:21-3(2)#

921

922 I: ja.ja. #00:22:22-5(2)#

923

924 Af: Und das ist ein wichtiger Lern:prozess dass ich durch die dass ich diese Pha:se ähm an-
925 nehme als eine in der ich etwas eine gewohnte Struktur ins in die Verunsicherung bringe und
926 dann diese Elemente auch durch die Wiederholung äh zu einem Teil meiner neuen und ich
927 nenne sie die geschulte Intuition werden lasse #00:22:44-3(2)#

928

929 I: hmhm #00:22:45-8(2)#

930

931 Af: Am Anfang brauchen wir noch viel Bewusstheit und Reflexion immer wieder über die Dinge
932 nachzudenken und dann wächst der Raum der geschulten Intuition und denk ich in der Regel
933 nur noch drüber nach wenn ich merke hier ist jetzt etwas sehr herausfordernd oder komplex
934 äh:: (2) Ich habs nicht sofort in einem Moment jetzt parat und ich such ich suche wieder be-
935 wusster #00:23:06-9(2)#

936

937 I: Ja. Ja. Ähm:: Ich äh finde das spannend weil ich mache Atemtherapie also ich oder ja doch
938 Atemübungen mit einer Atemtherapeutin dadurch bin ich auch auf die nonverbale Kommuni-
939 kation tatsächlich gestoßen wei:l ich gemerkt hab also man spricht dabei nicht ich weiß nicht
940 kennen Sie das Konzept der Atemtherapie? #00:23:26-4(2)#

941

942 Af: Ja ich hab nach Middendorf einiges gemacht. #00:23:28-7(2)#

943

944 I: Ah okay! (.) Ja Ja und also in ihren Sitzungen ich kenn mich nicht so aus mit den verschie-
945 denen Schulen aber in ihren Sitzungen ist das so dass man auf einer Liege liegt und sie bewegt

946 Körperteile in einem gewissen Rhythmus der mir noch nicht reflexiv äh ich hab noch nicht
947 rausbekommen was die Struktur ist und dann synchronisieren sich irgendwie also die Atmung
948 und und aber ich hab auch festgestellt ihre Atmung und meine Atmung synchronisieren sich (.)
949 dann kommen natürlich diese Körpergeräusche hinzu dass irgendwie der Magen und der
950 Darm und irgendwie ne es anfängt zu gluckern und ich dadurch hab ich mir dann total Gedan-
951 ken gemacht weil ich dachte Ok das ist auch voll eine Art von Kommunikation die ich überhaupt
952 nicht greifen kann und äh das würde mich jetzt total interessieren also weil sie jetzt Sie hatten
953 jetzt so ein paar Punkte genannt Würden Sie jetzt so A::tmung und Körpergeräusche dann
954 auch schon als nonverbale Kommunikation sehen? #00:24:23-0(2)#

955
956 Af: Ja:: natürlich jajajaja. Die Atmung äh gehört unbedingt mit dazu und ist ja wirklich der erste
957 und letzte Lebensausdruck des Menschen und grad im Palliativkontext ist die Atmung eine
958 wichtige äh ein wichtiges Element wo ich oftmals einen Bezug herstelle zu Menschen darüber.
959 Wenn die anderen Ausdrucksbereiche so nachlassen na wenn jemand nicht mehr die Augen
960 öffnet, wenn die Mimik eher unbewegt ist wenn auch gestisch nichts mehr ist, wenn vielleicht
961 auch noch nicht mal mehr Bewegung der Finger da sind. #00:24:52-2(2)#

962
963 I: hmhm #00:24:53-5(2)#

964
965 Af: dann bleibt ja bis zum Ende des Lebens die Atmung. Und dann kann ich da auf verschie-
966 denen Ebenen Bezug herstellen:: ich kann zum Beispiel eine Atmung eines Menschen in Töne
967 umsetzen. #00:25:05-9(2)#

968
969 I: hm #00:25:06-8(2)#

970
971 Af: Also dann arbeite ich daran die Frequenz die Atemintensität die Atemtiefe die Atem-
972 phasen in das ist wieder sehr stark auch meine musiktherapeutische Arbeit mit der auf die ich
973 dann zurückgreife in meiner Stimme zu übersetzen und äh:m und damit kann auch eine ganz
974 ganz intensive Verbindung zum Menschen herstellen. hergestellt werden sodass manch einer
975 der wirklich tief schlafend schien auf einmal die Augen aufmachte und das sucht was dann da
976 ist und das war nicht laut aber die Ähnlichkeit ist so frappierend dass ihn das erreicht. (2) Also
977 die Atmung ist unbedingt ein Element das tritt halt eben wie Sie sagten jetzt in der Atemthera-
978 pie wird das ja bewusst herausgegriffen und auch wenn wir als äh gesunde Menschen zusam-
979 men sind ist was immer wenn die Atem der Atemfluss aus dem natürlichen sich rausbegibt
980 das jemand sehr schnell atmet oder gepresst oder die Luft anhält dann sind das so schon
981 Momente wo die Aufmerksamkeit auch äh (2) wichtig ist sie dahin zu lenken aber wenn jetzt
982 dann vieles anderes nicht mehr da ist dann bleibt eben die Atmung als das ü::brig mit dem ich
983 arbeite und dann kann das ganz ohne Worte sein ich kann auch über die Art der Berührung
984 die Atmung mit begleiten Sie haben oder auch über die Bewegung und dadurch wieder ähm
985 Verbindung zwischen uns herstellen. und das hat dann sicherlich Auswirkungen auf das (2)
986 Psychische? das Selbsterleben aber auch auf das Körperliche und da sind dann die Verzäh-
987 nungen zwischen Psyche und Körper ganz grad im Atembereich extre::m nah. #00:26:42-0(2)#

988

989 I: Ja.Ja. Noch eine letzte Frage ähm:: Woran erkennen Sie dass jemand wirklich entspannt
990 ist? #00:26:49-6(2)#
991
992 Af: (6) ähm (7) hm: ich kann also die Signale das sind meistens Signale der äh Zuwendung
993 also diese positiven Signale wenn ein leichtes Lächeln kommt wenn der Blick äh:: mir ge-
994 schenkt wird oder wenn der Blick gehalten wird äh:::m Entspannung drückt sich häufig auch
995 aus wenn die Körperspannung (3) sich (.) nachlässt dann zum Beispiel auch schnelle Bewe-
996 gungen ruhiger werden äh:m wenn die Atmung gleichmäßig fließt wenn sie eher tiefer fließt
997 wenn nicht gedrückt gedrückt oder gezogen wird bei der Atmung (.) sondern sie einfach laufen
998 kann (.) Äh und das schönste Kompliment ist immer der Seufzer (lächelt) #00:27:41-9(2)#
999
1000 I: @4@ #00:27:43-7(2)#
1001
1002 Af: Aus der Atemtherapie auch, wenn dann sowas kommt wie (seufzt) #00:27:48-3(2)#
1003
1004 I: Ah ja #00:27:49-7(2)#
1005
1006 Af: Das ist ein ganz also so ein Signal in der unser Parasympathikus aktiv ist und das ist das
1007 ist ja das ist ähm Ausdruck vom gro::ßem großem Wohlbefinden #00:28:03-2(2)#
1008
1009 I: hmhm. #00:28:03-4(2)#
1010
1011 Af: hm #00:28:05-5(2)#
1012
1013 I: Sehr spannend. Vielen vielen Dank ähm ich könnte mich noch ewig mit Ihnen unterhalten
1014 äh:m...
1015
1016 (Gespräch geht über in Fragen zu meinem Forschungsprojekt)
1017
1018
1019

1020 **Transkript Af_2**

1021 **Postscript:**

1022
1023
1024 Bei der Bearbeitung der ersten vier Transkripte fiel auf, dass es große Unterschiede mit dem
1025 Umgang mit nonverbaler Interaktion gibt. Zwei Befragte meinten, dass sie biographisches Vor-
1026 wissen und Wissen über Vorlieben der Patient*innen bräuchten um nonverbal zu kommunizie-
1027 ren. Da Frau A sich ausgiebig mit der Thematik beschäftigt hat, bat ich sie um eine Einschät-
1028 zung dieses Sachverhaltes und ob sie ähnliche Erfahrungen gemacht hatte.
1029 Aufnahme des Telefongesprächs am 04.05.2021, etwa 15min
1030

1031 **Interview:**

1032
1033 I: Ähm ja und zwar wars so bei den Interviews die ich geführt habe (.) ist so ein bisschen die
1034 Frage aufgekommen ähm genau ich hatte eben so ein paar Interviewpartnerinnen die aus dem
1035 Hospizumfeld waren auch eher ehrenamtlich und eine Ergotherapeutin und die meinten dass
1036 es für sie immer wahnsinnig wichtig ist ähm das man Vorwissen über die Person hat mit der
1037 man nonverbal kommuniziert. #00:00:59-4#
1038
1039 Af: Ja #00:01:00-3#
1040
1041 I: Würden Sie das so bestätigen? #00:01:01-9#
1042
1043 Af: (2) Ähm (3) ich find es hilfreich etwas über das Zustandsbild zu wissen. Das auf jeden Fall
1044 #00:01:13-7#
1045
1046 I: hmhm #00:01:14-8#
1047
1048 Af: Ähm:: weil sonst einfach zu also zu jetzt auf den ersten Blick oder auf den zweiten Blick
1049 sofort zu erkennen in welcher V in welchem sagen wir mal Krankheitszustand sich ein Mensch
1050 befindet das braucht schon: eine extre:m hohe Professionalität und viel viel Berufserfahrung.
1051 #00:01:34-2#
1052
1053 I: hmhm #00:01:35-6#
1054
1055 Af: Das würde das erleichtern. Also dass man dann weiß ähm:: ich weiß der Patient hatte
1056 einen Schlaganfall er hat jetzt hier eine Halbseitenlähmung oder ist heute hat starke Medika-
1057 mente bekommen und ist dadurch sehr schläfrig oder er ist ähm also solche Geschichten find
1058 ich sehr wichtig (.) hm Informationen über jemanden zu haben die sein Leben betreffen ähm::
1059 kann hilfreich sein (3) find ich aber nicht so wichtig wie das wie das äh zuerst Gesagte.
1060 #00:02:10-2#
1061
1062 I: Ok also würden Sie sozusagen: sagen dass man diese Beziehung diese nonverbale einfach
1063 auch aufbauen kann durch nonverbale Kommunikation sozusagen ohne dass man jetzt wissen
1064 muss warum dieser Patient nach seiner Mutter ruft oder so. #00:02:28-3#
1065
1066 Af: (2) Ja das ist ja sagen wir mal so wir wissen in der Regel sehr wenig von den Menschen
1067 hm? grad wenn wir uns im Hospizkontext bewegen weil die Liegedauer auch so kurz ist und
1068 man gar nicht so viel Zeit hat so viele Informationen zu bekommen und (.) es kann ja nicht sein
1069 dass ich erstmal (2) ähm warten muss @um Informationen einzusammeln@ bevor ich mit dem
1070 Patienten starte ich muss ja sofort starten können und das geht durchaus auch und ich ähm
1071 (.) kann ja doch auch wiederum in diesen nonverbalen Dialog mit dem Patienten (1) heraus (.)
1072 ein stückweit herausfinden worums grade geht also wenn er zum Beispiel nach seiner Mutter
1073 ruft (1) dass ich anfangs darauf auf eine gewisse Art und Weise zu antworten. (2) Zum Beispiel
1074 sagen: Oh Sie rufen Ihre Mutter. Ah die Mutter fehlt. Ne? Das wäre zu ei und dann dann kann

1075 ich gucken was was kommt? was kommt da für eine Reaktion? Ist das eher eine Bestätigung
1076 die ich dann kriege dass jemand sich mir zuwendet weil er merkt es erreicht mich was von ihm
1077 kommt oder ist das eher ein Verschließen der Person weil ich mit meiner Antwort nicht ihr
1078 Bedürfnis getroffen habe. Und das ist der Prozess des nonverbalen Dialogs den ich immer
1079 gehen kann (1) auch (.) wenn ich so gut wie nichts über einen Menschen weiß #00:03:54-4#
1080

1081 I: Ja total spannend. Also die eine Hospizmitarbeiterin meinte nämlich sie saß bei einer Frau
1082 am Bett zwei Stunden und sie hatte halt (1) keinerlei Informationen über diese Frau und die
1083 sprach auch nicht mehr und sie fühlte sich als müsste sie da die Zeit absetzen. Oder absitzen.
1084 #00:04:12-7#
1085

1086 Af: Ja genau. Das liegt dann häufig daran ich weiß jetzt das liegt jetzt häufig daran dass die
1087 Person eben nicht äh dass sie dass wir es nicht gewöhnt sind mit Menschen in dieser Unmit-
1088 telbarkeit des körperlichen der körperlichen Präsenz zusammen zu sein sondern wir wollen
1089 gerne über etwas über gemeinsame Erlebnisse oder oder uns verbinden und das hm hm (.)
1090 wenn dieser Fokus nicht gelernt wurde zu sehen was da bei dem anderen grade da ist Wie ist
1091 denn die Atmung was machen die Finger wie ist die Körperspannung ist sie eher wie schätz
1092 ich das ein ist das eher entspannt ist das eher unruhig wie reagiert sie wenn ich da eine Be-
1093 rührung gebe wenn ich das alles nicht sehe dann hab ich kann ich mit diesem Schatz nicht
1094 hantieren und dann kann ich sehr (.) wohl nachvollziehen dass Menschen sich ähm verloren
1095 fühlen und das Gefühl haben sie müssen was absitzen. (1) Und ich denke wenn ich bei so
1096 einer Situation bei jemand sitze und was über den weiß dann begegne ich ihm ja nicht mehr
1097 durch mein Wissen. Ähm weil die Begegnung nicht mehr über die Themen stattfindet sondern
1098 wirklich nur über die Unmittelbarkeit. Es kann vielleicht helfen dass man sich selbst in Fanta-
1099 sionen und Vorstellungen dann begibt was diesen Menschen angeht aber die bleiben ja dann
1100 auch immer meine eigenen Fantasien und Vorstellungen und tragen nicht unbedingt was für
1101 die Begegnung zu der Begegnung bei #00:05:30-5#
1102

1103 I: Das sehe ich genauso. Das sehe ich genauso. Das (.) das find ich auch total spannend eben
1104 wenn ich mit jemand geschultem spreche und wenn ich halt ja: mit anderen Menschen spreche
1105 die da auch noch nicht so: einen weiten Prozess hinter sich haben das das ist für mich auch
1106 wahnsinnig schwer weil ich das Gefühl hab es ist einfach nicht sehr weit verbreitet irgendwie
1107 dieses Wissen #00:05:50-0#
1108

1109 Af: Ja #00:05:50-7#
1110

1111 I: Zumindest die Personen die mir jetzt über den Weg gelaufen sind, dass ich mir dachte Hm
1112 ok die sind schon auf eine Art und Weise schon total professionell, aber trotzdem dieses rein
1113 Nonverbale da ist oft so ein so eine große Unsicherheit einfach da #00:06:03-8#
1114

1115 Af: Ja (1) das ist ganz klassisch so das ist typisch @.@ Das kann man ja von den Leuten nicht
1116 erwarten dass sies nur weil sie jetzt in diese Situation beruflich oder auch ehrenamtlich ge-
1117 gegangen sind dass sie auf einmal die Kompetenzen beherrschen ein ich mein ich fang ja

1118 auch nicht an auf einmal Tanzen zu können weil ich fünf Jahre neben Tänzern auf der Tanz-
1119 fläche #00:06:23-7#
1120
1121 I: @ Ja @ #00:06:23-7#
1122
1123 Af: (unv.) zugucke. Ich muss ja das das ganze Ding auch irgendwie lernen und es ist eine
1124 Wahrnehmungsschulung und und die dahinter steckt und auch eine Kompetenzschulung und
1125 wenn man die nicht hat (.) dann hat man sie nicht da gibts vielleicht hier und da hier und da
1126 mal jemand der eine besondere:: Begabung mit mitbri mit sich bringt das gibts auch immer
1127 wieder ja es gibt die Leute die auf die auf die Tanzfläche gehen und sehr schnell schon die
1128 ersten Schritte und die und die zehnten und hundertsten Schritte können und die gibts eben
1129 auch in der Kommunikation so dass außergewöhnlich begabte aber so im Durchschnitt (.)
1130 dürfen wir davon nicht ausgehen #00:06:54-7#
1131
1132 I: Ja ja das stell ich auch immer wieder fest und ähm ja ich frag mich halt wirklich wissen Sie
1133 ob das in der Ausbildung: irgendwie mit drin ist oder ist das gar nicht (.) vorgesehen solche:
1134 Arten von Schulungen #00:07:08-7#
1135
1136 Af: In welcher Ausbildung? #00:07:09-0#
1137
1138 I: Von zum Beispiel also von Pflegekräften #00:07:11-1#
1139
1140 Af: Ähm::: so dezidiert hab ich das noch nicht gefunden es gibt ja jetzt dieses neue Curriculum
1141 #00:07:20-5#
1142
1143 I: Ja#00:07:21-1#
1144
1145 Af: Also die neuen Curricula für die äh:: generalistische Pflegeausbildung da ist Kommunika-
1146 tion ein großer Teil aber wens ums nonverbale geht also was ich mir da durchgelesen habe
1147 ist das immer alles relativ (.) generalisierend ne auch um Körpersprache sich zu kümmern oder
1148 irgendwie sowas aber (1) das hat auch wieder was meiner Meinung nach damit zu tun dass
1149 diejenigen die diese Curricula verfasst haben eben auch dieser (1) diese Unterscheidung oder
1150 auch diese Differenzierung auf dieser Ebene selber ja auch nicht gelernt haben. Und ich kann
1151 mir nicht vorstellen dass jemand das unterrichten kann der das nicht selbst gelehrt bekommen
1152 hat. #00:07:57-1#
1153
1154 I: Ja total#00:07:58-3#
1155
1156 Af: Ich mein das kann man das kann man sich über ein Buch eben nicht aneignen man kann
1157 dann vielleicht einen Vortrag halten was gehört alles zur Mimik was gehört zur Gestik aber das
1158 hat wiederum keine Auswirkungen auf eine veränderte Wahrnehmung und Interaktionskom-
1159 petenz. #00:08:11-5#
1160

1161 I: Ja total. hm#00:08:12-4#

1162

1163 Af: Jaja also ich bin dabei: ich versuche das grade händeringend dort mein meine ich hab ja
1164 einen Onlinekurs entwickelt für die Pflegeausbildung ganz extra weil mich meine Teilnehmer
1165 (.) aus der Weiterbildung imm:er angesprochen haben die sagten das muss in die Ausbildung
1166 das muss viel früher hin nicht erst jetzt wenn wir schon so lange im Beruf sind (1) Aber das
1167 scheint auch ganz schwierig zu sein (1) dieses (.) dieses dieses äh dass ähm dieses Verständ-
1168 nis zu wecken dass das dass man dass man das braucht viele sagen Ja das machen wir doch
1169 sowieso @natürlich machen wir das sowieso@ ich geh ja auch sowieso spazieren das muss
1170 ich nicht lernen #00:08:48-6#

1171

1172 I: @3@#00:08:49-5#

1173

1174 Af: @2@ Aber wenn ich das mit dem Tanzen wiederum vergleiche deswegen tanze ich noch
1175 lange nicht (.) und meiner Meinung ist deswegen nehme ich das Bild mit dem Tanz so oft ist
1176 das hat das was mit Tanzen zu tun dieses dieses miteinander ganz diese Feinheiten (.) aus-
1177 zuloten und ähm die wir so unbewusst ja im Alltag alle irgendwie (.) natürlich gestikulieren wir
1178 natürlich schauen wir das ist ja nichts Neues. Aber das ist etwas Verfeinertes was wir dann (.)
1179 eben nutzen. Und das ist gar nicht so leicht äh da auch (.) so ein Verständnis zu wecken dass
1180 dass es da eine ähm eine spezifische Schulung für braucht. #00:09:29-1#

1181

1182 I: Ja ich glaube ich hab das Gefühl das liegt tatsächlich an der Sichtweise der Gesellschaft
1183 oder an irgendwelchen (.) das ist so tief professionalisiert aus meiner Sicht also dass ich jetzt
1184 auch Schwierigkeiten hab da Gesprächspartner zu finden weil mein meine Frage ist ja so die
1185 spezifische Qualität der nonverbalen Interaktion und jetzt muss man erstmal jemanden finden
1186 der die überhaupt erfa:hren hat ne? Und (.) das find ich halt total ja das zeigt mir wie wenig
1187 das verankert ist und das hat mit einer Person hab ich auch gesprochen da gings darum Das
1188 muss man auch aushalten können. #00:10:01-1#

1189

1190 Af: Ja #00:10:02-4#

1191

1192 I: (1) Das diese Gefühle die da im Raum sind dieses äh da ist ja was ganz Starkes Kräftiges
1193 das muss ich aber erstmal zulassen können weil ich es so gewohnt bin über über meinen Kopf
1194 verba:l kognitiv zu kommunizieren und jetzt da sind ganz viele Verdrängungsmechanismen
1195 auch durch Tätigkeit durch reden durch Hu hauptsache das Gehirn ist beschäftigt damit man
1196 nicht fühlen muss hab ich das Gefühl #00:10:24-3#

1197

1198 Af: Ja kann ich na:chvollziehen. Also ich glaube dass eben das Unmittelba:re des Momentes
1199 gerade in der Erwachsenenkommunikation was extrem ungewohntes ist wir sind ja immer auf
1200 der Metaebene unterwegs und die die fällt ja weg wenn die Sprache wegfällt (1) und die Un-
1201 mittelbarkeit kennt man vielleicht noch mit dem Kind (.) das nicht sprechen kann:? Das ist aber
1202 auch kann sich aber auch nicht jeder drauf einlassen viele bespie:len ja die Kinder und gehn
1203 da wieder in so eine Subjekt Objekt Handlung rein und was ich aber meine mit der

1204 Unmittelbarkeit ist die Subjekt Subjekt Beziehung dieses und (.) und das zweite was ich denke
1205 was worauf wo viele Menschen mit Schwierigkeiten haben ist die Tatsache so sehr in dieser
1206 Prozesshaftigkeit sich zu erleben nicht Ich habs in der Hand und ich steure das jetzt und stell
1207 meine Fragen fürs Gespräch und mach das sondern ähm ich bin @äh@ ich geh von Moment
1208 zu Moment gemeinsam mit dem andern und ähm weiß gar nicht wo wir in 5 Minuten sein
1209 werden so @ganz genau@ #00:11:26-0#

1210

1211 I: Ja und das macht mir auch keine Angst ne? #00:11:29-1#

1212

1213 Af: Neinnein also (.) je mehr ich das tue also es macht oftmals dem (.) dem der beginnt der
1214 davo:r steht der noch nicht weiß dass das wirklich funktioniert macht das wa:hnsinnige Angst
1215 (.) wenn man dann irgendwann da drin steht und das erlebt gibt es eine so große Gelassenheit
1216 weil ich weiß Es gibt immer einen nächsten Moment und der andere trägt immer irgendwie mit
1217 dazu bei. Ich muss gar nicht @alles alleine@ verantworten sondern ich antworte nur und dann
1218 äh (.) ja es ist eine andere Form von Verantwortung @he@ #00:12:00-1#

1219

1220 I: Ja ja total Ja total. Ja vielen Dank Frau A das hat mir nochmal sehr weitergeholfen #00:12:05-
1221 9#

1 Transkript Bf

2

3 **Postscript:**

4 Erster Kontakt zu Frau B, Telefongespräch am 13.04.21 um 15.30, Kontakt vermittelt über eine
5 alte Mitbewohnerin (Ergotherapeutin) in X-Stadt (persönliche Anfrage und Weiterleitung mei-
6 nes Anschreibens), Frau B ist Leitung einer Ergotherapiepraxis und spezialisiert auf Demenz-
7 kranke, Erster Eindruck: Du wurde gleich zu Beginn angeboten, sehr persönlicher, aber den-
8 noch professioneller Umgang. Gute Kommunikationsskills, Angebot der Hilfe weitere Inter-
9 viewpartner*innen zu gewinnen, scheint gut vernetzt in Alzheimer- und Demenznetzwerken in
10 X-Stadt

11

12 **Teil 1 Vorgespräch**

13

14 I: Ja hallo hier ist Marion Bög #00:00:13-6#

15

16 Bf: Hallo #00:00:16-3#

17

18 I: Hallo voll cool, dass des klappt #00:00:16-8#

19

20 Bf: Ja @[.]@ Wir können gerne auch Du sagen, wenn des #00:00:21-2#

21

22 I: LJa voll gern #00:00:22-2#

23

24 Bf: Lokay ist. Ja? #00:00:23-9#

25

26 I: Ja!

27

28 Bf: Genau B ist mein Name #00:00:23-7#

29

30 I: Ich bin die Marion #00:00:24-8#

31

32 Bf: Hallo #00:00:25-8#

33

34 I: super #00:00:26-3#

35

36 Bf: Die J. hat mir schon n bissl erzählt na dass du oder dein Anschreiben auch dass du ne
37 Masterarbeit schreibsch (.) #00:00:33-1#

38

39 I: Lgenau #00:00:32-7#

40

41 Bf: und im Palliativbereich auch oder ja oder #00:00:36-5#

42

43 I: Hmhm #00:00:37-2#
44
45 Bf: Ja? #00:00:37-4#
46
47 I: Genau #00:00:38-5#
48
49 Bf: Also ich selber arbeit eben im Demenzbereich (.) Schon seit mehreren Jahren begleite
50 Menschen oft noch wenn sie so in ner früheren Phase sind aber auch wenn sie in ner also
51 dann im Verlauf einfach #00:00:51-8#
52
53 I: Hmhm #00:00:51-1#
54
55 Bf: mit oder ohne kommunikativen Fähigkeiten also (.) genau #00:00:55-2#
56
57 I: Ah voll spannend also du betreust die praktisch auch oder begleitest die auch wenn die dann
58 keine mehr haben #00:00:59-9#
59
60 Bf: Genau. Also so wie da halt der Verlauf ist ne es gibt Menschen die begleit ich erst also die
61 haben dann schon keine Möglichkeiten mehr auf ihre Sprache oder (unv.) menschliche Kom-
62 munikationsmittel zurückzugreifen #00:01:11-6#
63
64 I:hmhm #00:01:11-9#
65
66 Bf: Es gibt aber auch Menschen die schon noch diese Fähigkeiten haben also so ein bisschen
67 alles ist dabei oft im (.) häuslichen Umfeld auch in Heimen #00:01:19-8#
68
69 I: Das heißt du gehst auch aktiv in Heime dann? #00:01:22-7#
70
71 Bf: Genau. #00:01:23-8#
72
73 I: Ah! #00:01:25-8#
74
75 Bf: Aber wenn dann nur auf Verordnung also als Ergotherapeuten sind wir wie die Physiothe-
76 rapeuten auch (.) ähm Heilmittelerbringer dürfen praktisch aktiv werden oder werden aktiv
77 wenn wir ne ärztliche Verordnung bekommen #00:01:35-7#
78
79 I: hmhm #00:01:36-4#
80
81 Bf: und die Leitlinien eben für die Demenz empfehlen Ergotherapie als Heilmittel (.) #00:01:42-
82 4#
83
84 I: ok #00:01:43-0#
85

86 Bf: LUm den Verlauf zu stabilisieren oder aber (.) das System zu entlasten #00:01:46-3#
87
88 I: hmhm #00:01:47-4#
89
90 Bf: und dann werden wir eben aktiv es kommt ne Verordnung von nem Arzt und dann planen
91 wir diese Hausbesuche die Stundentermine dann immer sind. Zum Teil kommen die Leute
92 noch zu uns aber des ist dann wirklich in ner sehr frühen Phase #00:01:58-8#
93
94 I: Hmhm #00:01:59-5#
95
96 Bf: LGenau #00:02:00-5#
97
98 I: Und inwiefern kann die Ergotherapie da: helfen oder also was was ist da: deine Aufgabe?
99 #00:02:07-2#
100
101 Bf: Die Ziele sind ah mehrere also es ist zum einen Angehörigenarbeit (unv) Beratung bezie-
102 hungsweise auch oft ähm wie soll ich sagen so Edukation? einfach zum Krankheitsbild
103 #00:02:19-8#
104
105 I: hmhm #00:02:20-3#
106
107 Bf: Was ähm könnte wie verursacht sein wie könnten Kommunikations (.) ähm weisen verän-
108 dert werden was brauchts an Umfeldveränderung wie kann man die Strukturierung besser
109 hinbekommen also vom Tag (.) was brauchts für andere Dienste solche Themen sind dann
110 #00:02:36-0#
111
112 I: Lhmhm #00:02:37-2#
113
114 Bf: Lähm da: Zielsetzung kann auch sein der Erhalt der Körperwahrnehmung das ist so n
115 großer Punkt #00:02:43-3#
116
117 I: Ah ok interessant #00:02:45-1#
118
119 Bf: LIm Verlauf der des Krankheitsverlaufes oft verschlechtert und auch manch herausfordern-
120 des Verhalten damit begründbar ist (.) dass Ängste auftauchen Wahrnehmungs also Trug-
121 wahrnehmungen und so weiter (.) genau #00:02:56-7#
122
123 I: LDurch diesen Körp fehlenden Körperbezug? #00:02:58-6#
124
125 Bf: Ähm: nee eher dadurch durch den Verlust also wenn Menschen zum Beispiel ähm aufhören
126 ihren Körper gut zu spüren weil die Sensoren einfach nicht mehr ihre Arbeit tun (.) dann werden
127 ähm: Impulse aus dem Umfeld fehlinterpretiert also es kann entweder zum Beispiel ein Trug-
128 bild sein was Schattenwurf anbelangt also oft können dann optische Wahrnehmungen nicht

129 mehr richtig eingeordnet werden oder aber durch das dass man sich nicht mehr spürt gibts oft
130 Ängste ähm der in Bewegungsabläufen #00:03:28-0#
131
132 I: hmhm #00:03:28-8#
133
134 Bf: Die Sturzgefahr steigt und so weiter #00:03:31-3#
135
136 I: hmhm #00:03:31-5#
137
138 Bf: Ja. Und so wirklich in nem späten sehr späten Verlauf ist oft einfach dann ähm Thema
139 Dinge wie basale Stimulation (.) Durchbewegen Mobilisation den Körper noch spürbar machen
140 also wenn man sich vorstellt man selber sitzt den ganzen Tag irgendwo: unbewegt also bewegt
141 sich selber nicht weil kein Antrieb da ist oder man hat nicht die motorischen Fähigkeiten (.)
142 dann bekommt der Körper gar keinen Input #00:03:55-1#
143
144 I: hmhm #00:03:55-4#
145
146 Bf: Also Wahrnehmung entsteht ja immer durch sensorischen Input (.) der Muskelspindeln zum
147 Beispiel durch Bewegungen Druck Lageveränderung und so weiter das passiert ja alles gar
148 nicht mehr dann #00:04:06-1#
149
150 I: hmhm #00:04:07-2#
151
152 Bf: Und dadurch gibts eigentlich keine (.) Information von Außen die verarbeitet werden könnte.
153 Das heißt ein bisschen wie so ein leerer (.) Raum kein Gefühl mehr für Wo ist mein Körper wie (.)
154 also das wird ja nicht so bewusst wahrgenommen ne? #00:04:20-7#
155
156 I: Ja ja ja das ist erst wenn äh wenn Sensorik da ist merkt man was #00:04:24-1#
157
158 Bf: Genau. Oder selber kennt man das Gefühl eher wenn man praktischjetzt Sport gemacht
159 hat und seinen Körper so g (.) arg spürt wie gut das sich anfühlt (.) wies manchmal beruhigend
160 sein kann auch irgendwie ge(unv.) zu sein mit ner Decke (.) eingepackt zu sein #00:04:36-4#
161
162 I: hmhm #00:04:38-4#
163
164 Bf: Und das sind ja so Außenreize die praktisch uns diese Möglichkeit geben das zu regulieren
165 #00:04:43-2#
166
167 I: Ja. Ja total. Und #00:04:45-3#
168
169 Bf: LGenau das sind so meine Tätigkeitsfelder #00:04:48-3#
170
171 I: Ja voll cool, das würde eigentlich total passen zu dem was mich interessiert ähm also ähm

172 also hättest du denn Lust darauf? äh da #00:04:58-1#
173
174 Bf: Ja schon! Also ich find das einfach so einen (.) ähm ja das ist so ein wichtiger Bereich oder
175 unserer GesellschBft auch #00:05:07-3#
176
177 I: LJa #00:05:07-3#
178
179 Bf: Menschen die auch viel in ihrem Leben geleistet haben und gemacht haben und (.) da
180 einfach auch wie du ja schon geschrieben hast den würdevollen Lebensabend auch verbrin-
181 gen sollen. DBfür brauchts Augen die einfach auf die gucken auch mit dem Wissen um das
182 was passiert. #00:05:16-5#
183
184 I: Ja total also ich fand das grade total spannend was du gesagt hast eben, dass da eben auch
185 Ängste entstehen können oder auch manchmal so n Verhalten das wir nicht mehr verstehen
186 (.) und ich finde das halt (.) mir gehts ja auch so ne ich hab nicht die Expertise und dann
187 fehlinterpretiert man als PflegekrBft oder:: andere: Arbeiterin oder Arbeiter das halt irgendwie
188 auch falsch das Verhalten und dann entstehen oft so: Zuschreibungen die: dem Menschen
189 halt nicht ähm gerecht werden einfach #00:05:43-1#
190
191 Bf: Genau. Also es gibt ja ganz viel auch ähm zu dem Bereich Fortbildungen ne auch die
192 Pflegekräfte werden geschult und so weiter und so fort aber mir passiert immer wieder dass
193 ich zum Beispiel im Heim ins Heim komm und dann dudelt da Radio 7 oder irgend so ein
194 Sender (.) völlig laut total unpassend für die Menschen wenn man überlegt was das für sie
195 bedeutet das zu verarbeiten zu müssen dauernd diesen: Geräuschpegel zu haben #00:06:06-
196 8#
197
198 I: Ah krass #00:06:08-3#
199
200 Bf: Dazu noch Gespräche und und und also solche Dinge wo ich mir oft wünsch, dass einfach
201 nochmal ne (2) ähm mehr Wertschätzung oder mehr Achtsamkeit (.) für die Leute (.) da wäre,
202 die in so Wohnbereichen ja spezialisiert sind eigentlich ne? #00:06:22-4#
203
204 I: Ja tota:l ich also ich hab schon ne Forschungsarbeit jetzt jetzt zu zur Hospizarbeit gemacht
205 und da gings mir um transformatorische Prozesse der: ehrenamtlichen Hospizmitarbeiterinnen
206 und da kam halt schon auch raus, dass vieles (.) dreht sich um den eigenen Selbstwert und
207 dieses Ich muss agieren können damit ich helfen kann damit es vermeintlich der anderen Per-
208 son gut geht aber eigentlich gehts nur darum, dass es mir gut geht und (.) ich hab da oft halt
209 auch so das Gefühl bekommen jetzt zumindest bei den Interviews ähm oder auch so wie ich
210 selber in:: meine Großeltern waren in der Pflege äh in Pflegeeinrichtungen dass es halt oft
211 eben darum geht das eigene Gewissen auch zu beruhigen und man gibt denen ja jetzt ne
212 Beschäftigung ohne halt wirklich darüber nachzudenken wies denen damit geht. #00:07:08-
213 5#
214

215 Bf: Ja #00:07:08-9#

216

217 I: Und (.) für mich war jetzt halt auch spannend grade wenn jemand sich halt nicht mehr:: so
218 artikulieren kann dass:: ich das verstehen kann oder die Pflegekraft das verstehen kann was
219 dann halt eben die Möglichkeiten sind noch die Bedürfnisse zu erkennen und so wie du jetzt
220 grade eben auch geschildert hast ähm das Verhalten richtig zu interpretieren der Person
221 #00:07:28-4#

222

223 Bf: Ja #00:07:28-8#

224

225 I: Genau. das wars so im Großen und Ganzen #00:07:31-7#

226

227 Bf: LHast du da ein strukturiertes Interview oder ist das irgendwie (.) #00:07:33-4#

228

229 I: Ähm #00:07:34-1#

230

231 Bf: wie hast du dir das vorgestellt #00:07:35-4#

232

233 I: Nee das ist eigentlich, dass ich gerne einfach erfahrungsbasiert wissen würde was du für
234 Erfahrungen gemacht hast und einfach (.) ins Erzählen kommst über spezielle Situationen so
235 #00:07:45-7#

236

237 Bf: Ja! Das können wir gerne machen #00:07:48-2#

238

239

240 **Teil 2 Interview**

241 Postscript: Wir haben ein kurzes Vorgespräch, weshalb das Transkript nicht mit einem Ein-
242 gangsimpuls von meiner Seite aus beginnt.

243 Aufnahme per Zoom am 19.04.2021, Audioaufnahme von etwa 60min.

244

245

246 Bf: Ich glaub nicht dass jeder sich den Kontakt mit demenziell Erkrankten oder sterbenden
247 Menschen aussucht und das macht natürlich einen großen Unterschied von dem was dann
248 nachher läuft wie du auch geschrieben hast mit Beziehungsarbeit oder (.) ähm: wahrnehmen
249 von Möglichkeiten der Kommunikation oder der (.) für mich ist immer so ein großer Punkt den
250 Menschen noch ein Stück Lebensqualität auch zu geben oder sie erleben zu lassen ähm sich
251 selbstwirksam erleben zu lassen oder aber (.) ähm sich ihrem ihren Körper einfach sich erle-
252 ben zu lassen oder Momente erleben zu lassen mal wieder die Umwelt wahrzunehmen. Solche
253 Dinge ne und da brauchts einfach ein (.) Gespür oder auch so eine (4) ah was ist das eigentlich
254 eine Wertschätzung auch für diese Menschen oder ein Verständnis für das vielleicht was in
255 ihrem Innenleben passieren könnte um ihnen das möglich zu machen. Und ich glaub das kann
256 man hm:: ein Stück weit lernen aber man muss es auch (.) mitbringen ein bisschen als Mensch
257 diese Fähigkeit da (2) sich reinspüren zu können. #00:08:14-9#

258
259 I: hmhm #00:08:16-2#
260
261 Bf: Ja das muss find ich muss gar nicht jeder können ne? Da hat jeder so auch seine(.) Fähig-
262 keiten und und Möglichkeiten. Ja! Und das mach natürlich einen Unterschied für die Menschen
263 wer da auf sie trifft. #00:08:29-1#
264
265 I: Ja total. Wie bist du:: wie bist du dazu gekommen dass du dich darauf so spezialisiert hast?
266 #00:08:34-8#
267
268 Bf: Also ich weiß noch als ich in der Ausbildung war da war ich zum Beispiel in X-Stadt im X
269 hatte mein Psychiatriepraktikum und da war auch ein Kollege mit dem ich da öfters mal irgend-
270 wie dann abends noch unterwegs der in der Gerontopsychiatrie war und dann dachte ich Das
271 kann ich mir gar nicht vorstellen. (2) Das ist überhaupt nicht mein Arbeitsfeld ne? War eher so
272 an der Neuro orie äh interessiert. Und hatte da irgendwie auch eigentlich am Anfang gar nie:
273 Kontakt. Und das kam so ein bisschen auf mich zu. nachdem ich dann von den Arbeitszeiten
274 natürlich eingeschränkter war durch die Kinder mit nur noch Vormittags, konnte ich schonmal
275 Kinder nicht mehr behandeln weil die eigentlich mittags kommen ähm und dann hat sich das
276 irgendwie so aufgetan dieses Fenster und über einen Erstkontakt eigentlich mit einer Klientin
277 bin ich so reingerutscht in dieses (2) ähm was es bei uns so gibt in X-Stadt die integrierte
278 Versorgung. Ich hatte dann da Kontakt mit ei:ner aus dem sozialpädagogischen Bereich be-
279 ziehungsweise Sozialarbeiterinnen sinds teilweise auch ähm und so bin ich da so ein bisschen
280 mit reingerutscht und es kamen dann immer irgendwie neue Anmeldungen in dem Bereich.
281 #00:09:40-1#
282
283 I: hmhm #00:09:41-1#
284
285 Bf: Genau. Das war so mein Einstieg in das (.) in dieses Setting das ist vor allem eben über
286 das Zentrum für Psychiatrie entstanden. Ja. #00:09:49-3#
287
288 I: hmhm. Und da hast du dann gemerkt dass das dein Ding ist? #00:09:54-7#
289
290 Bf: Ja ich hab irgendwie fand ichs immer reizvoller mit dem ich mir auch Wissen irgendwie so
291 angeeignet hab und gemerkt hab Ich hab da einen Zugang also ich ich kann wahrnehmen wie
292 ich da ist ja viel aus dem Bauch raus in dem Moment auch ne? #00:10:06-3#
293
294 I: hmhm. hmhm.#00:10:07-5#
295
296 Bf: Ähm:: Ich find da Möglichkeiten in in Kontakt zu kommen oder (.) zu interagieren. Und ich
297 finds auch einen Bereich der (5) ich find es hat auch mit Wertschätzung für den Lebenszyklus
298 zu tun. #00:10:22-7#
299
300 I: Ja. Ja. #00:10:23-3#

301
302 Bf: Ja dass ich find das sind Menschen die haben schon so viel erlebt auch in ihrem Leben
303 oder geta::n, ge(.)wirkt (2) Vielleicht aucht manchmal nicht nur positiv wie auch immer aber sie
304 haben (.) einfach ein Recht drauf auch in Würde irgendwie Altern zu können und und das
305 Umfeld braucht manchmal Entlastung oder auch hm Wissen um das was grad bei erkrankten
306 Menschen dann passiert damit sie ihnen den Rahmen überhaupt noch geben können. Das ist
307 schon sehr kräftezehrend weißt du, wenn die Angehörigen die jetzt (.) grad im Zuhause le-
308 bende Menschen (2) die müssen ja begleitet werden eigentlich wie Kinder ne? Da muss immer
309 jemand da sein man muss immer gucken was sie tun wo sind sie was machen sie es kostet
310 (atmet ein) Schlaf weil sie dann nachts teilweise aufwachen dann ist oft der Tag-Nachtrhyth-
311 mus ja nicht mehr so gescheit da ähm (.) einkoten was auch immer also das ist für die Partner
312 die ja schon auch dann betagt sind echt ein harter Job. Und auch ganz viel Trauerarbeit find
313 ich im Vorfeld schon weil sie eigentlich den Partner den sie da hatten oder haben so nicht
314 mehr haben. #00:11:36-5#

315
316 I: ja #00:11:37-6#

317
318 Bf: Ja die positiven Seiten das sich austauschen könnens oder des Dinge unternehmen kön-
319 nens sind eigentlich komplett weg und es ist nur noch dieses pflegen (.) auch in eine ganz
320 andere Rolle zu kommen. Und wieder eigentlich wieder wie Eltern mit ihrem Kind teilweise (.)
321 und da ist ganz viel Abschied schon bevor der Mensch eigentlich verstorben ist. Also von der
322 Persönlichkeit vor allem ne? Und das braucht find ich echt ein gutes Netzwerk dass die das
323 schaffen können und man weiß einfach dass die die demenziell erkrankten Menschen am
324 besten ähm stabil oder so mit Routinen leben und im bekannten Umfeld mit den bekannten
325 Menschen das heißt das gilt eigentlich geht eigentlich ganz arg darum das Umfeld zu stabili-
326 sieren und zu stärken und zu entlasten. #00:12:29-8#

327
328 I: Ah das heißt dass das am besten ist wenn die so lang wie möglich ähm eigentlich in diesem
329 familiären oder bekannten Umfeld bleiben. #00:12:38-2#

330
331 Bf: Ja. also ich hab oft schon oder was heißt oft(.) Die Fälle die ich kenn da wars dann schon
332 auch deutlich wenn dann der Umzug kam ins Heim (2) bei der einen Dame die konnte noch
333 kommunizieren ja? und aber da war ganz klar das war so ein Knick. Oder wenn der Partner
334 einfach erkrankt oder irgendwie sowas ist wenn sowas was die aus der Bahn wirft des sind
335 einfach Einbrüche. da verschlechtern die sich oft einfach richtig arg. #00:13:06-0#

336
337 I: hmhm #00:13:07-2#

338
339 Bf: ja #00:13:07-9#

340
341 I: (5) Kannst du mir den Verlauf so ein bisschen erzählen es gibt ja sehr verschiedene Verläufe
342 wahrscheinlich von von Demenz und es gibt ja auch die Alzheimer Demenzund dann glaub
343 ich auch noch zwei andere? #00:13:20-3#

344

345 Bf: Ja. Fronto temporal und und (unv). also es gibt so ein paar Demenzen ja. Ich kann dir das
346 gar nicht so genau differenzieren an den Arten (2) Ich kann dir eher sagen was so in den
347 Pha:sen passiert also eine Ausnahme ist so ein bisschen die fronto temporale Demenz weil
348 da verändern sich oft so die Persönlichkeitszüge in Richtung auch enthemmt sein, anzüglich
349 werden (.) ähm angrabschen und solche Dinge ne? Also auch so klauen alles was sonst so
350 gehemmt wird an Verhaltensweisen wird da einfach dann nicht mehr gehemmt. Und das macht
351 es ganz arg schwer im Umgang für alle drumrum. Die anderen Demenzarten es gibt natürlich
352 so Alzheimer Demenzen auch so ganz früh also wir haben grad jetzt eine (.) Klientin die ist
353 war selber lang in der (2) ähm Kinder und Jugenarbeit noch mit Anfang 60 ist die erst also mit
354 Ende 50 fing das so stark an und war dann ein ganz schneller Verlauf auch (2) Sie hat halt
355 irgendwann einfach auch nicht mehr ihre Arbeit hinbekommen also die war sehr bera:tend
356 aufsuchend aktiv und sehr aktiv wohl (.) Also sie kommt mir auch noch so ein bisschen bekannt
357 vor ich glaub ich hab sie auch mal erlebt in ihrer beruflichen Zeit (2) ähm und die kann jetzt
358 zum Beispiel eigentlich nicht mehr kommunizieren. Das war jetzt ein Verlauf von 4, 5 Jahren.
359 #00:14:47-2#

360

361 I: hmhm #00:14:47-9#

362

363 Bf: Angefangen damit dass ihr Mann oder dass sie gesagt hat Hey ich merk ich brauch für
364 alles doppelt so lang also die musste ich Berichte und alles immer nochmal durcharbeiten hat
365 da ewig dran rumgefeilt weil sie gemerkt hat sie kriegts nicht richtig gebacken aber sichs doch
366 nicht so ganz eingestehen wollte der Mann hat sie dann irgendwann zu Hausbesuchen gefah-
367 ren weil sie es gar nicht mehr gefunden hätte aber die Termine wahrnehmen konnte sie noch
368 (.) Also das ist jetzt so ein Extrembeispiel einfach auch von einer jungen ähm eigentlich jungen
369 Frau ne? Ähm:: genau Kinder die so noch im Studium sind und so also einfach noch echt (2)
370 hm:: für den Partner auch sehr schwer weil er eigentlich sich in der Rente jetzt was erhoffte
371 hatte zu tun mit seiner Frau unterwegs zu sein zu rei:sen und so weiter. #00:15:31-9#

372

373 I: Das ist arg #00:15:35-5#

374

375 Bf: Ja. Genau. Und bei der fing das eben dann irgendwann auch an, dass sie ganz unruhig
376 wurde viel lief es gibt da so unterschiedliche Typen Leute die eher so ein bisschen immobil
377 werden sitzen oder die Läu:fer nennt man die oft also die einfach so eine unglaubliche innere
378 Unruhe haben einen Bewegungsdrang haben und durch die Gegend wandern. Und die können
379 dann auch nicht länger sitzen wie:: (2) och mal ne Minute oder sonst steht sie wieder auf und
380 wirkt dann aber oft wirkte sie auf mich sehr sehr erschöpft (.) ja dass für mich so ein Ziel war
381 irgendwie wie kann ich auch Betätigung für sie finden wo sie sich irgendwie sitzend mal kurz
382 ausruhen kann auch weil das für den Körper ja auch so immens anstrengend ist. Also in Hei-
383 men wos so viele Läufer gibt es gibt ja einfach auch so Stationen wo: ähm extreme betroffene
384 Leute untergebracht sind die arbeiten eben dann ganz viel mit Laufwegen die in sich geschlos-
385 sen sind aber man kann nicht weg aber man kann einfach laufen die haben dann auch so
386 Nasch äh sachen an der Wand also wie so Schalen wo man rausnaschen kann damit die Leute

387 einfach auch Kalorien zu sich kriegen. Weil die abmagern ohne Ende so viel am gehen und
388 laufen sind. Und wenn ich mit ihr einfach in Kommunikation zum Beispiel sein möchte dann
389 muss ich mit ihr gehen. Also ich kann mich da nicht natürlich hinsetzen und ihr irgendwas
390 anbieten #00:16:58-4#

391

392 I: Ja#00:16:58-8#

393

394 Bf: Dann laufen wir durch die Gegend und ich versuch immer wieder einen Moment zu erha-
395 schen wo ich sie auf was aufmerksam machen kann indem ich sie zum Beispiel auch berüh::r
396 und ähm Ach schaun Sie mal Ihre Kirschen sind schon reif und dann wir da und ich versuch
397 ob sie mal kurz dann kann sie vielleicht einen Blick erhaschen und nimmt diesen Kirschen-
398 baum wahr und dann ist es so ein Moment weißt du es sind immer so Momente von Ah: ja: (.)
399 ach die sehn ja gut aus und das sind oft nur so kurze Momente wo man wirklich auch so
400 vordringt zu dem Mensch (.) und die sind dann eigentlich schon die wertvollen ne? #00:17:35-
401 8#

402

403 I: hmhm #00:17:37-1#

404

405 Bf: gar nicht so ein Endziel von Das war eine Stunde wo wir zusammengearbeitet haben die
406 ganze Zeit irgendwie mit da mal ein Spiel gemacht oder was vorgelesen oder (.) ähm Bewe-
407 gungen einfach auch Ball hin und her oder genau solche Dinge sondern wirklich einfach Erha-
408 schen von Momenten der Aufmerksamkeit. #00:17:56-8#

409

410 I: Krass #00:17:58-0#

411

412 Bf: Ja. Und das ist also eine Stunde können wir da sein das ist super also da haben keine
413 Berufsgruppen sonst haben so lange Termine eigentlich jetzt von den Heilmittelerbringern (.)
414 ähm und (.) auch bei Leuten wo man merkt da ist die Spanne recht kurz von dem was möglich
415 ist ist es doch ein anderes Gefühl auch schon für mich, wenn ich auch manchmal dachte Das
416 würde auch eine halbe Stunde reichen (.) ähm wenn ich weiß ich hab eine Stunde ist doch
417 passierts anders weil ich innerlich mehr Ruhe hab oder mehr (2) diesen Zeit (.) Rahmen ein-
418 fach hab. Und merk dann kann ich einfach auch mal nochmal neben hinknien und nochmal
419 warten wenn das aufstehen nicht klappt. Dann probieren wirs halt nochmal wir drehen nochmal
420 ne Runde ähm einfach so im:: Gespräch oder im: ich weiß nicht die Hände auszustreichen wie
421 auch immer und dann probieren wirs neu. #00:18:50-5#

422

423 I: hmhm#00:18:52-1#

424

425 Bf: Genau #00:18:53-3#

426

427 I: Und bei dieser Frau:: wie war das dann also das hat ja wahrscheinlich wann bist du in die
428 Begleitung dann eingestiegen zu welchem Zeitpunkt an welchem Punkt war sie da::?
429 #00:19:05-9#

430

431 Bf: Eigentlich schon der Punkt den ich dir beschrieben hab und zwar weil einfach dann ähm:
432 die vorstellig wurden dann in dieser psychiatrischen Institutsambulanz und klar war es braucht
433 ein Netzwerk dringend mehr als nur (.) ähm diese Tagespflegestrukturierung (3) Genau das
434 und das war ich glaub das war sogar der springende Punkt dass all diese Tagespflege in der
435 Coronazeit dann ausfiel und klar jetzt muss schnell irgendwas her was diesen Mann entlastet.
436 Und die war drei Tage in der Tagespflege. Da gibts tagesstrukturierende Programme da wird
437 zum Teil mit den Bussen abgeholt von so Heimen und dann gibts einfach einen strukturierten
438 Tagesablauf mit vielleicht ein zweites Frühstück dann irgendwie eine Aktivierung und Mittag-
439 essen ruhen im Sessel (.) Nachmittagskaffee nochmal was Aktivierendes und dann wieder
440 nach Hause. Das ist ein Angebot um primär die Angehörigen zu entlasten. #00:20:04-6#

441

442 I: Okay und da bist dann du noch mit ins Spiel gekommen und wie oft warst du in der Woche
443 da, einmal eine Stunde? #00:20:11-4#

444

445 Bf: Einmal eine Stunde. #00:21:03-7#

446

447 I: Und und äh die Frau hat die hat sie zu dem Zeitpunkt noch sprechen können das war ich mir
448 jetzt nicht mehr ganz sicher? #00:21:11-4#

449

450 Bf: Also sie äußert Dinge das ist aber eher floskelhaft. Ja also du du kannst jetzt nicht kommu-
451 nizieren indem dass du ein Gespräch eine Konversation führst (2) ähm sie wenn man sie was
452 frägt, dann wird sie auch nicht adäquat antworten sondern (2) nicht das den Sinn der Frage
453 erfüllend ne? Die antwortet irgendwas. Also wenn ich zum Beispiel zu ihr sag: Wie haben Sie
454 denn heute geschla:fen oder das ist eine zu freie Frage Haben Sie schon gegessen Dann
455 kannst sein sie sagt Ja ja ja hmhm genau ja das war dann so und dann haben wir (.) genau
456 und mein Mann war auch da Also da kommt schon eine Antwort die hat aber nicht wirklich was
457 mit dieser Frage zu tun. #00:22:03-8#

458

459 I: Ah interessant. ok. #00:22:06-7#

460

461 Bf: Ja also es ist oft so floskelhaft bei Menschen die noch leichter erkrankt sind, merkt man
462 lange oft nicht dass sie tatsächlich dieses Problem haben weil die das ganz gut schaffen mit
463 Floskeln (.) Antworten zu geben die einem dann eigentlich als ok erscheinen. Dafür aber oft
464 mega Kraft brauchen und ganz viel Konzentration und das dann an anderer Ecke oft ähm
465 explodiert oder platzt (.) wenn sie dann einfach merken sie kriegens nicht mehr so hin und
466 wollen aber ihr Bild aufrecht erhalten oder ihr ihre Rolle aufrecht erhalten. Genau also so die
467 Anfangsphasen die oft viel viel schwerer sind für das Umfeld weil die Leute (2) einfach oft
468 barsch werden, ungeduldig werden, explodieren auf einmal ohne dass es dann für die Ange-
469 hörigen erstmal ersichtlich ist warum denn eigentlich ne? #00:22:58-7#

470

471 I: hmhm. Und wie ist das dann für dich, wenn du so eine Frage stellst und und dann sowas
472 kommt wie wie gehst du damit um wie fühlst du dich dabei? #00:23:11-4#

473

474 Bf: Also ich versuch eben.: Ähm ich versuchs mal an einem Beispiel ja? (10) Ähm also ich
475 versuch eigentlich nicht in Frage zu stellen was da kommt ich versuch das aufzugreifen und
476 das Gefühl zu erfassen. Und dann steig manchmal steig ich auf so einen Satz ein und (5) das
477 geht jetzt an dem Satz nicht (5) Zum Beispiel zu sagen Ja dann war ihr Mann auch da das ist
478 ja schön dann waren Sie zu zweit. Ja? Also an dem Beispiel jetzt dass ich oft nur einen Teil
479 von nem Satz (.) mir den schnapp um dann irgendwie rauszugehen wo sie jetzt dann wieder
480 sagen kann Ja ja: oder ein schönes Gefühl zu erleben. #00:24:14-9#

481

482 I: hmhm #00:24:15-3#

483

484 Bf: Genau: (in der langsamen Stimme der dementen Frau) ja so so versuch ich einfach was
485 zu erhaschen wo ich drauf einsteigen kann. #00:24:23-4#

486

487 I: hmhm #00:24:24-0#

488

489 Bf: Es gibt einen schönen Ansatz in dem bin ich nicht fortgebildet aber ich hab mich so ein
490 bisschen einfach in anderen Fortbildungen so Inputs gekriegt dazu dass ähm ist nicht die (2)
491 also Validation ist ja so das nach Naomi Feil ja die Kommunikationstechnik mit Menschen grad
492 mit Demenz. Und das ist die integrative Validation das ist nach Richardson (.) und das wird oft
493 oder kann gut benutzt werden einfach auch wenn man das Gefühl hat da kommt so so her-
494 ausforderndes Verhalten einfach jemand reagiert so: (2) ach immer wieder mit dass sie zum
495 Beispiel oft suchen sie ihre Väter ihre Mütter oder ihre Kinder, ne? Wo ist denn meine Mutter
496 wo ist denn meine Mutter und da (.) alle wissen natürlich gibts diese Mutter schon lange nicht
497 mehr (.) Aber einfach in dem Moment zum Beispiel das Gefühl aufzugreifen. In welchem Ge-
498 fühl ist diese Person also ja Sie haben immer Sie Sie genießen die Nähe zu ihrer Mutter. (2)
499 Oder Sie sorgen sich um Ihre Mutter. Und dann haben die Menschen eine Möglichkeit raus-
500 zukommen aus dieser Schlaufe. Weil sie sich A wahrgenommen fühlen also wenn man das
501 Richtige findet natürlich ne? #00:25:36-7#

502

503 I: Ja ja #00:25:37-8#

504

505 Bf: Dafür braucht man natürlich dieses Gespür oder dieses Wahrnehmen von was passiert da
506 eigentlich? (") Ähm und man kann sie praktisch abholen. Raus aus dieser Endlosschleife. Ein-
507 fach weil sie sich auch wahrgenommen fühlen. (.) Das find ich echt eine sehr schöne Kommu-
508 nikationstechnik. #00:25:57-1#

509

510 I: hmhm#00:25:58-1#

511

512 Bf: Ähm auch das ist was ich eben versuche den Angehörigen dass dass ich bitte schreiben
513 Sie auf die Situationen und wir besprechen die Wann wars schwierig? Wo wo haben Sie ge-
514 merkt Ich komm hier nicht weiter also werd selber vielleicht wütend weil ich denk Hör mal auf
515 mit dieser Sucherei diese Frau gibts schon lange nicht mehr ne? Also das passiert ja auch

516 dass man dann (.) ähm als Angehöriger vielleicht einfach ungeduldig wird und denkt Ich kann
517 nicht mehr ich kanns auch nicht mehr hören immer dieses Gleiche. #00:26:26-2#
518
519 I: hmhm#00:26:26-7#
520
521 Bf: Dass wir einfach Situationen auch finden Welche sinds denn die: so schwierig sind oder
522 die ich so ga:r nicht verstehe als Angehöriger. Was passiert denn da überhaupt. #00:26:36-2#
523
524 I: Kannst du mir da noch ein Beispiel geben wenns so wenn man so ga:r nicht mehr weiß was
525 was passiert da? #00:26:41-9#
526
527 Bf: (4) ähm (4) Das war bei einer Familie zum Beispiel der Mann der erwachte immer nachts.
528 Der hat einfach so einen total schlechten Schlafrhythmus gehabt (.) war dann auch sehr durch
529 den Wind. Hat sehr ähm geträumt und war dann: wusste nicht mehr wirklich wo er wie er da
530 wa:r ne wer da um ihn ist er hat auch die Frau nicht mehr so richtig erkannt. Ähm (2) und wur
531 da haben wir eben dann auch versu:cht herauszufinden Wie könnte sie reagieren in dem Mo-
532 ment also das Eine war dann einfach erstmal in richtig wach zu kriegen vielleicht aber da gings
533 um eine ich weiß grad gar nicht mehr genau wir haben das nämlich schon beendet das Setting
534 (4) wie war denn das noch (7) Oh er wollte immer auch helfen ne das war zum Beispiel auch
535 sowas bei ihm dass er immer helfen wollte und sie wusste aber sie kann ihm eigentlich gar
536 keine Aufgaben finden weil er kanns einfach nicht mehr. #00:27:50-4#
537
538 I: hmhm #00:27:51-1#
539
540 Bf: Und das war ein Mann der war Vater von fünf Töchtern und sehr sehr engagierter Famili-
541 envater (.) ähm (.) Pfarrer (.) Das heißt seine große Stärke war eigentlich die Kommunikation
542 und der hat das als Erstes verloren. (.) Ne was auch so: hart war für die Frau. Weil er eigentlich
543 immer so der war der (.) zugehört hat ähm (.) da irgendwie auf die Menschen zuging mit (.) mit
544 Hilfestellungen Rat oder Wo: rte einfach so das war so sei:n sein Lebenswerk ein bisschen
545 auch und er wollte immer helfen das war sicher auch so sein (.) im Leben so wichtig für ihn
546 ne? Und das wollte er jetzt eben auch seiner Frau will er immer helfen und er kriegt das nicht
547 mehr umgesetzt also er kann Aufträge nicht mehr verstehen verbale Dinge nicht mehr verste-
548 hen mit führen zum größten Teil auch nicht mehr weil da so eine Art Apraxie auftaucht also
549 Bewegungsplanung sehr eingeschränkt wird (.) auch mit führen also ich hab zum Beispiel mal
550 versucht mit ihm Korb noch zu flechten das war am Anfang als ich bei ihm war und er hat
551 immer diese Stäbe abgeknickt auch in der Kraftdosierung und so der hat das gar nicht mehr
552 umsetzen können was da eigentlich grad von ihm verlangt wird hat dann irgendwann auch
553 angefangen mit den Händen zu essen und so weiter weil der Umgang mit dem Besteck nicht
554 mehr klar ist. So Was ist denn das? Für was wird das benutzt oder wie wird das benutzt? Und
555 mit dem Helfen war das dann einfach schwierig. Und da war zum Beispiel so eine Idee einfach
556 das immer zu verbalisieren in dem Moment ihm zu zei:gen oder zu sagen Das ist dir so wichtig,
557 dass du helfen kannst. Gell so warst du immer schon. Du warst immer für uns da. Also einfach
558 so ein (2) das Gefühl des des Betroffenen aufzunehmen zu suchen (.) und es zu verbalisieren

559 und ihn wertzuschätzen dadurch in dem was er da eigentlich (.) was ihn antreibt. #00:29:52-
560 0#
561
562 I: hmhm#00:29:52-8#
563
564 Bf: Ja. Und eigentlich dann in der Situation eher dann also er er wurde dann un (.) ungeduldig
565 auch Ich will jetzt helfen und jetzt muss ich dir doch was helfen und du kannst doch nicht immer
566 das selber machen und so. Ne und dann um solche Situationen praktisch zu: (.) deeskalieren
567 eigentlich. Ja. #00:30:12-9#
568
569 Kurze Besprechung ob wir den Zoom Kanal wechseln (aus Zeitgründen, dass wir nicht plötz-
570 lich in einer Erzählung abbrechen müssen), wir entscheiden uns dann aber dort zu bleiben.
571 #00:30:50-0#
572
573
574 Bf: Dann erzähl ich dir einfach von noch einer anderen Frau die mir noch so einfiel bis es weg
575 ist oder? Soll ich das machen? #00:30:55-3#
576
577 I: Ja gerne #00:30:56-1#
578
579 Bf: Ähm das war eine Dame da hab ich selber echt eine Weile gebraucht das war so das erste
580 Mal dass jemand tatsächlich nicht mehr Kommunikation als Möglichkeit hatte. Wo ich dann
581 auch dachte Was mach ich denn was haben wir denn für Methoden wie können wir denn
582 zueinander kommen? #00:31:11-3#
583
584 I: Also was meinst du sorry wenn ich kurz nachfrage dass sie nicht mehr Kommunikation hatte
585 also? #00:31:22-4#
586
587 Bf: Also das war jetzt vor ein paar Jahren dass ich sie kennengelernt hab das war jetzt für mich
588 das erste Mal dass das so ex also schon so ausgeprägt war. Die anderen hatte ich so die
589 letzten Jahre schon mit mehr Erfahrung und sie war so das erste Mal #00:31:33-6#
590
591 I: Ah okay#00:31:34-8#
592
593 Bf: Ähm und sie sprach nicht mehr also sie hat auch nicht mehr geantwortet (.)und hat auch
594 nicht gesprochen. #00:31:41-4#
595
596 I: Okay #00:31:42-8#
597
598 Bf: Ähm und ich musste irgendwie finden was ich für einen Zugang zu ihr find und das fand
599 ich wirklich tatsächlich sehr schwer wenn die Sprache fehlt. Da scheidet einfach viel aus. Ähm
600 und das braucht dann schon immer so ze:hn zwölf Mal find ich bis ich jemand so richtig erfasst
601 hab (.) äh mehr wie: Wo finden wir uns da? (.) Und der Mann war ganz engagiert und hat das

602 echt toll gemacht das find ich da wachsen auch manche Leute ja auch echt so rei:n. Haben ihr
603 Lebtag der wa:r (.) oder ist ähm: Wie nennt man denn das? Diese Ingenieure die praktisch
604 Patentingenieur oder so ne die so Patente prüfen und die dann also was ga:nz anderes der
605 hat sich da so ganz liebevoll um seine Frau gekümmert hat die natürlich auch verstanden weil
606 sie (.) weil er ihre einfach sie kannte ne? Nicht mit Worten sondern einfach ihre Verhaltens-
607 weisen. Und die war ist sehr abweisend also ist sie lang gewesen dass sie auch hm Dinge die
608 für sie so nicht vorhersehbar waren weil sie es auch schwerer verstehen konnte was man denn
609 ihr sagt (.) dann wirklich mit Ah und Ah! und auch mal zugeschlagen hat und so weiter. (.) Ähm
610 letztendlich wars so dass ich (.) hm ich hab jetzt Pause mit ihr gemacht weil ich find sie ist jetzt
611 im Heim so gut da eingebunden dass sie dass es eigentlich kein Ziel mehr gibt sie hat dort das
612 was sie braucht (.) und jetzt zum Schluss konnte ich sie wirklich an der Hand wir sind Hand in
613 Hand über die Gänge gelaufen (.) ich konnte sie am Arm berühren und ich kannte sie so gut
614 dass ich wirklich mit ihr (.) nah: sein konnte. (.) Ja auch sie immer wieder mich angeschaut hat
615 oder wir uns angeschaut haben und da war Begegnung da war ein Lächeln (.) also Momente
616 der Freu:de und unser Medium war eigentlich wie wir zueinander mehr so kamen die Musik
617 also das Singen (2) dass sie da dann wippt mit den Füßen oder manchmal wenn ich Glück
618 hatte auch klatscht mit den Händen auf die Schenkel ähm ich hab dann Musik gesucht die sie
619 früher gehört hat und wir haben eine Zeit lang wo sie zuhause noch war und mobil war auch
620 geta:nzt also ich hab sie konnte sie auffordern und wir haben dann so Hände hin und her-
621 schwingend getanzt zu dieser Musik (.) ähm richtig gemerkt hat da kamen auch so die Emoti-
622 onen bei ihr dass sie so Na na na na na nanana (singend) ne so richtig sie war so mit dabei
623 und das das hat das berührt mich immer solche Momente (.) Ja weil da so (.) ähm Momente
624 sind wos ihr einfach gut geht. #00:34:24-1#

625

626 I: hmhm#00:34:25-6#

627

628 Bf: Ja und das find ich so die: (.) die Momente auch wenn man so überlegt hm wir versuchen
629 ja einfach auch so unsere Ziele so in in der Teilhabe und in der Aktivität zu sehen also nach
630 (unv) Klassifizierungen (unv) sind viele eigentlich hm zu formulieren in Teilhabeziele. (.) Und
631 ich find das Umfeld wahrnehmen zu können und drauf reagieren zu können wie jetzt über
632 Musik und Reaktion ähm ist eine Möglichkeit der Teilhabe. Wenn nicht alles nur an einem
633 vorbeirauscht und man da den ganzen Tag sitzt und vor sich hindöst ne weil da hat man keinen
634 Zugang zur Umwelt. #00:35:09-4#

635

636 I: Ja#00:35:10-3#

637

638 Bf: Das muss man den Menschen oft schaffen diesen Zugang zur Umwelt. Indem man sie
639 leitet führt (.) Eindrücke möglich macht dosiert so wie es für sie möglich ist. #00:35:22-4#

640

641 I: hmhm#00:35:23-2#

642

643 Bf: Ja.Und dann war die Kommunikation über die Augen eigentlich immer ne also über diesen
644 Blickkontakt #00:35:29-9#

645

646 I: okay und hat der verschiedene Dinge ausgedrückt? Hast du da immer erkennen können was
647 sie grade braucht? oder hast dir da einfach auch die Verhaltensweisen zu Hilfe genommen
648 wie kann ich mir das vorstellen? #00:35:42-0#

649

650 Bf: Ja. Mimik ähm Gestik ist da so ein ganz wichtiger Punkt find ich. Und sie hat spannender-
651 weise auch immer die Augen zugemacht wenn sie ich glaub immer dann wenns ihr zuviel
652 wurde auch der verbale Input zuviel wurde zum Beispiel oder sie: nicht wusste was von ihr
653 gewollt wurde hat sie die Augen geschlossen. Saß einfach da mit geschlossenen Augen hat
654 sie dann nach kurzer Zeit wieder aufgemacht. (.) Also war nicht eingeschlafen aber man hat
655 gemerkt sie nimmt sich raus. #00:36:10-8#

656

657 I: hmhm#00:36:12-0#

658

659 Bf: Ja #00:36:13-2#

660

661 I: Und für dich wurde das ab dem Punkt leichter wo du durch den Mann hast du sie besser
662 kennengelernt und dann hast du sie besser einschätzen können hab ichs richtig verstanden?
663 #00:36:23-1#

664

665 Bf: Ja es braucht einfach eine Weile um sie ein genau um die Menschen einschätzen zu lernen
666 das geht wirklich auch allen so die wir so das Gefühl haben wir brauchen so: ein Rezept sind
667 immer so 10 Einheiten mindestens bis wir jemanden wirklich im Gespür haben #00:36:34-9#

668

669 I: Ja. Ja. (2) Ja grad wenn die Kommunikation natürlich nicht mehr verbal funktioniert ne? Dann
670 (.) dann braucht man ja schon #00:36:44-5#

671

672 Bf: (unv) #00:36:45-4#

673

674 I: Also sehr feine Antennen oder ja (.) ich weiß nicht eine Freundin hat mich am Wochenende
675 besucht und da hat sie ihren Hund dabei gehabt und der fiepst manchmal so ganz ganz ganz
676 leise oder man sieht das auch manchmal am Gesicht oder wenn er raschelt oder so und die
677 Freundin hat da ein ganz feines Gespür was braucht der jetzt grade. Mir wär das gar nicht
678 aufgefallen. Und ähm das hab ich jetzt bei einer anderen Person die ich jetzt interviewt hab
679 die hat das auch gesagt das sind oft ganz feine Gesten oder eben auch Blicke oder Geräusche
680 die einen dann überlegen lassen Was braucht die Person gerade. #00:37:25-8#

681

682 Bf: Oder Körperspannung die irgendwie sich verändert oder so ne #00:37:29-6#

683

684 I: Ja das hat sie das hat die letzte auch gesagt ähm (.) Woran sieht man das? Sind da die
685 Schultern irgendwie hochgezogen oder ähm #00:37:38-7#

686

687 Bf: Ja man merkt auch wenn jemand so wie so fester wird einfach im: (2) manchmal ist es ja

688 auch wie so Gegenspannung wenn man jetzt irgendwie mit jemand irgendwo hinlaufen möchte
689 oder so ne? Und da kommt dann einfach so ein Widerstand oder man berührt und man merkt
690 da lässt jemand nicht eher locker sondern da kommt Abwehr. (.) Also man muss halt einfach
691 sehr präsent sein. (.) Find ich man muss (.) einfach immer da sein und und spüren was (.) was
692 braucht der was macht der: Mensch ähm (2) Natürlich kommen einem manchmal dann auch
693 nicht die richtigen Ideen oder so ne oder man denkt danach oh ich hätte noch so oder so hätt
694 ich noch vielleicht (2) Genau aber man muss einfach in dem Moment ich find man macht mit
695 der Erfahrung natürlich ähm: gewinnt man an Sicherheit und kann sich mehr drauf vertrauen
696 dass man auch intuitiv handeln kann. Oder Dinge findet die man tun kann. Ja. Am Anfang ist
697 es natürlich so wenn man unerfahren ist ne? eine Stunde zu füllen (.) ähm dann auch noch mit
698 dem Gefühl Ach der Angehörige hat vielleicht auch den Anspruch so ists teilweise dass man
699 fördert also manche denken ja man kann auch fördern und da kommt wieder was oder darum
700 gehts gar nicht in dem Bereich eigentlich ne? Und dann da zu in dem Spannungsfeld entspannt
701 auch einfach dieser Person folgen zu können da brauchts einfach ein bisschen Selbstsicher-
702 heit im beruflichen Tun. (.) Find ich auch sagen zu können Es geht einfach nur darum da zu
703 sein auch Ihnen ähm Entlastung sein zu können sie zu beraten wir können im Gespräch sein
704 (.) und die Momente zu erfassen #00:39:29-3#

705

706 I: hmhm#00:39:30-5#

707

708 Bf: Ja #00:39:32-5#

709

710 I: Und wenn du jetzt in so einer ich weiß nicht obs jetzt nur die Person ist oder auch andere
711 die nicht mehr sprechen können. Wenn du da eine Stunde füllen musst in Anführungsstrichen
712 wie wie füllst du das wie wie kann ich mir das vorstellen #00:39:46-6#

713

714 Bf: (Bf erzählt diese Passage mit viel Engagement und einem Lächeln) Also bei der Dame wo
715 ich dir jetzt zuletzt erzählt hab da hab ich ähm am Anfang versucht irgendwas in einer also ich
716 kam dann saßen wir erst einfach um auch so mal kurz anzukommen ähm zu Beginn konnte
717 ich noch so Sachen machen auch wie:: kennst du die Kinderpuzzle die hinten Löcher haben
718 wo man die Teile so rausdrücken kann so ganz einfache wo nur so fünf, sechs Bilder sind?
719 Sowas zum Beispiel. Hat sich dran erfreut als da mit dem Finger durchstecken konnte und die
720 Dinger rausgefallen sind. Und dann einfach zu schauen zusammen zu schauen wo gehört das
721 denn hin und manchmal hat sie tatsächlich noch ähm gewusst wo man das hintun kann (.)
722 oder auf der dann einen Apfel mal zu schneiden: zu schäl zu essen weil das haben wir oft als
723 Pause gemacht um auch wieder so zu aktivieren über die Kaumuskulatur einfach auch wieder
724 wach zu werden kurz in die Küche gemeinsam zu gehen einen Teller zu tragen was zu holen
725 hin und hertransportieren also einfach diese Selbstwirksamkeit auch erleben. Da gingen da
726 ich hab teilweise Sachen auch versucht wie Wäsche zusammenlegen(.) Und wenn ich einen
727 Zipfel von dem Geschirrtuch hochgeschlagen hatte und dann so gerüttelt hab als wenn dahin-
728 ten bei ihr wo ich nicht drankomm da ist noch die Ecke so unschön die hängt da noch ne dann
729 kann manchmal so dieser Impuls dieser sicher immer sehr ordentlichen Hausfrau oberschwä-
730 bischen Hausfrau die dann da drüber gestrichen ist mit der ganzen Hand und glatt gemacht

731 hat und das Obere noch runtergefaltet hat #00:41:17-9#
732
733 I: hmhm #00:41:19-1#
734
735 Bf: LGell? (.) Und wenn ich dann eine Seite eingeschlagen hab dann konnte es sein sie nimmt
736 die andere noch. Und das sind ja Minisituationen da gehts nicht drum fünf Tasch äh Dinge
737 zusammenzulegen sondern dieses Erleben von (.) Impulse die da einfach noch automatisiert
738 kommen und ich falte da dieses Tuch rüber und überhaupt mit den Händen da irgendwo drüber
739 zu streichen (.) wenn man sonst immer nur dasitzt mit den Händen im Schoß #00:41:44-1#
740
741 I: hmhm #00:41:45-7#
742
743 Bf: Genau. Und dann irgendwann mit dieser Musik konnte man dann wenn ich gemerkt hab
744 sie nimmt ab von der Aufmerksamkeit sie wird müder dann hab ich die Musik angemacht und
745 wir sind zum Sessel Richtung Sessel gelaufen und hab versucht sie noch im Stehen zu halten
746 zu bewegen gemeinsam solange das irgendwie ging und dann wollte sie sich aber irgendwann
747 setzen dann haben wir noch im Sitzen weitergehört so (.) Bei anderen ist es so eine Mischung
748 aus Bewegungsprogramm die noch fitter sind und auch Arbeitsblätter irgendwie so ganz ein-
749 fache: (.) Legespiele zwei gleiche aufgedeckte Memorykarten zu zueinandersuchen also wir
750 haben so große einfach von den Motiven auch (.) drei Bilder auf dem Tisch und das Gleiche
751 zu finden zum Beispiel ne so ganz abgestufte Aufgabenstellungen ähm schön sind so Dinge
752 im lebenspraktischen Bereich natürlich wenn man irgendwie: ähm ach ich hab auch schon
753 Marmelade gekocht oder wir haben die Blumen umgetopft oder also wenn man Dinge findet
754 die sie so: kennen halt die ritualisiert sind. Genau. #00:42:52-2#
755
756 I: hmhm #00:42:53-1#
757
758 Bf: Ja#00:42:53-8#
759
760 I: hm #00:42:55-0#
761
762 Bf: Oder im Heim war auch bei der einen Dame die so barsch oft war die da am Schluss im
763 Heim war da gings mir primär drum ihr einfach die Ressource die sie hatte war die Mobilität
764 also die einfach zu erhalten (.) und sie ist eigentlich zu der Zeit nicht eigeninitiiert aufgestanden
765 um mal zu gehen das heißt jemand musste ihr den Rahmen bieten die Runden laufen zu
766 können um sich fit zu halten um sich beweglich zu halten (.) und das war dann eher das meins.
767 #00:43:18-4#
768
769 I: hmhm. Und bei der Dame die jetzt eben nicht mehr gesprochen hatte hast du das dann
770 einfach sprachlich begleitet und und Dinge ausgedrückt die du vermutet hast oder wie hast du
771 des: (unv.)#00:43:28-5#
772
773 Bf: L(unv.) diese jüngere Frau? #00:43:32-6#

774

775 I: Nee das von der wo du grad erzählt hast wo die Musik dann noch so der Anker war
776 #00:43:36-7#

777

778 Bf: hmhm. also ich hab versucht Sprache einzusetzen (.) Manchmal hat sie nämlich einfach
779 auch ähm Wörter nachgesprochen. Auch bei Liedern konnte sie am Anfang die Texte noch
780 zum Teil reproduzieren (2) ähm meist das geht ja oft sehr lange also so alte Lieder Gedichte
781 sowas geht oft noch wenn schon gar keine Sprache mehr nutzbar ist. (.) Ja und mal einfach
782 aber auch diese Worte mal wieder zu nutzen also um einfach dieses (.) genau um mal wieder
783 Sprache zu nutzen. #00:44:09-6#

784

785 I: Interessant #00:44:09-9#

786

787 Bf: Summen konnte sie dann ganz lang die Lieder dann ohne den Text noch reproduzieren zu
788 können. ja. (.) genau. #00:44:19-7#

789

790 I: Ja interessant #00:44:20-5#

791

792 Bf: Ja aber da muss man bei Sprache schon auch aufpassen ne du kannst (.) man die Sprache
793 muss einfach einfach sei:n nicht verschachtelt ähm ich ertapp mich selber immer wieder dass
794 ich denk Oh:: das war zu lang oder das war zu kompliziert oder es war eine Frage (.) genau.
795 Ähm: (.) Und man muss aufpassen dass man einfach nicht viel wiederholt weil die Schleife bis
796 das ankommt ist einfach oft sehr lang also man sagt so kann bis zu 5-10 Sekunden sein bis
797 das Gesagte ankommt (.) und mit jedem Mal Wiederholung also wenn dann keine Reaktion
798 kommt tendiert man ja dazu zu wiederholen mit jeder Wiederholung überlagert man diese
799 Schlaufe. Also das fängt neu an irgendwo hinzuwandern um decodiert zu werden und genau
800 so hat die Person einfach gar keine Chance zu (.) reagieren ja. #00:45:17-0#

801

802 I: hmhm (.) also das heißt dann eher langsames kommunizieren so #00:45:22-9#

803

804 Bf: Und bewusst die Sprache zu wählen ja. Teilweise unterstützt durch Gestik (.) Also kommen
805 Sie mit? Kommen Sie wir ge:hn #00:45:31-7#

806

807 I: Ah ja. hmhm #00:45:33-0#

808

809 Bf: Ja ne? Wir gehen hoch kommen Sie mit wir stehen au:f (macht Armbewegungen) Das
810 waren jetzt schon wieder drei Sachen das wär zuviel gewesen ne? #00:45:42-1#

811

812 I: ah ja. ok#00:45:43-2#

813

814 Bf: Kommen Sie (.) wir ste Kommen Sie mit wir stehen auf Das ist eigentlich schon wieder drei
815 #00:45:48-7#

816

817 I: hmhm#00:45:49-6#
818
819 Bf: Das wär eher so dieses Wir stehen auf! #00:45:51-3#
820
821 I: hmhm ja ja #00:45:52-3#
822
823 Bf: Kommen Sie mit! (.) so: ja. Aber da da lernt man die Leute kennen also man kriegt ein
824 Gespür dafür bei wem man wie bei wem man wie: ähm was sagen muss oder so dass es
825 ankommt auch #00:46:09-1#
826
827 I: hmhm. (.) hm ich glaube dass wir nicht rausfliegen werden #00:46:15-4#
828
829 Bf: Ja glaub ich auch #00:46:17-0#
830
831 I: Ja cool #00:46:17-6#
832
833 Bf: Das erste Mal dauerts immer lang. Also ich hab das schon öfters gehabt dass es beim
834 ersten Mal ewig ging und dann wenn man einmal rausgeflogen ist dann oder wenn man das
835 Ding öfter nutzt #00:46:29-8#
836
837 I: Okay ist ja für uns von Vorteil jetzt @2@ ähm kannst du mir hast du nochmal eine Situation
838 mit jemand der nicht mehr sprechen konnte? Oder generell wo du nur noch über Gestik, Mimik
839 kommunizieren konntest oder kommt das nicht so oft bei dir vor jetzt in deinem Berufsalltag?
840 #00:46:45-9#
841
842 Bf: Doch es gibt noch ei:ne Dame von der ich jetzt noch nicht erzählt hab. Ja. Also es kommt
843 schon immer wieder vor vor allem im weiteren Krankheitsverlauf immer me:hr. #00:46:56-3#
844
845 I: Kannst du mir von ihr noch erzählen? Wie wie das alles so ablief? Wie du mit ihr interagiert
846 hast? #00:47:03-2#
847
848 Bf: Also als ich sie kennengelernt hab vo:r (.) das war eine meiner ersten Klientinnen ich denk
849 mal so 2013 oder so die ist jetzt ist sie verstorben und so lang haben wir sie begleitet. Ich nicht
850 immer also ich hab dann irgendwann übergeben an eine Kollegin weils zeitlich nicht mehr ging
851 ähm aber ich hab sie immer noch gesehen weil sie im gleichen Wohnbereich war wie ich auch
852 war. Begonnen hats so dass sie noch zuhause lebte im betreuten Wohnen da morgens ihr
853 Müsli gevespert hat an der Zeitung saß wenn ich kam und ich sie auch mal wir mal zusammen
854 in die Stadt gefahren sind mit dem Bus und dem Rollator damit sie mal wieder ein Stück Ku-
855 chen essen kann ähm sie ganz viel Wissen hatte über Musik klassische Musik sehr gerne ähm
856 im Chor auch gesungen hat wandern war ganz viel und ähm mir auch noch berichten konnte
857 von so einer Zeit als sie als wirklich 12 13 ja 14 jähriges Mädchen in die Schweiz geschickt
858 wurde zu einer Familie dort auf die Kinder aufzupassen so kurz nach dem Krieg also ich wusste
859 biografisch schon einiges von ihr wo sie mir noch berichten konnte und das hats mir natürlich

860 leichter gemacht (.) als das immer mehr abnahm und sie immer weniger sprechen konnte zu
861 wissen mit was ich sie: ansprechen kann auch emotional ansprechen kann. (.) Ähm: ganz lang
862 hab ich auch gesungen mit ihr und da kamen die Liedtexte ganz automatisiert das hat dann
863 irgendwann aufgehört. Sie hat aber immer noch zugehört oder sich zugewandt (.) ähm die
864 Coronazeit hat leider dieses Singen zum Problem gemacht ne ich hab mit der einen Dame von
865 vorhin hab ich immer noch gesungen bin mit ihr raus mit Abstand und Maske weil ich wusste
866 das ist unsere einzige unser einziges Medium das wir so haben. Und bei der Frau hat das alles
867 immer mehr abgenommen auch dass sie selber dann gar nicht mehr sich geäußert hat immer
868 nur noch geguckt hat ähm (.) und da: war haben wir dann eine zeitlang eben auch als Schwer-
869 punkt das Thema Mobilität eher gehabt ne dass sie noch zum lau:fen mal kommt sie war im
870 Rollstuhl ähm einfach dieses Begleitete ein paar Schritte sinds nur 5,6,7 mal nochmal aufste-
871 hen äh laufen wieder sitzen ähm vom Ziel her oft auch um das Pflegesetting zu erhalten also
872 dass da noch ordentlich gepflegt werden kann mit Aufstehen und ähm zum Ba:d mitlaufen
873 vielleicht noch also einfach so Dinge die man selber noch machen kann. Oder auch die Be-
874 weglichkeit in den Schultern um noch selber essen zu können. Einfach das Besteck zum Mund
875 führen zu können. (.) Und bei ihr wars zum Beispiel so dass ich irgendwann gemerkt hab Sie
876 ist ganz wach und aufmerksam wenn wir zum Beispiel im Bad die Hände eincre einseifen und
877 waschen dann kann sie selber noch diesen Ablauf von einseifen Wasserhahn öffnen automa-
878 tisiert das Handtuch nehmen nachher wieder so ausschütteln und über den Rand hängen ne
879 wo sonst gar nichts mehr an Eigenaktivität irgendwie kam außer mal immer mal wieder nes-
880 teln irgendwo ähm: das ging und dann danach die Hände einzucremen so eher so stimulierend
881 wie so basale Stimulation einfach diesen Input zu geben eher ne? Diesen Händen irgendwie
882 Wahrnehmung ermöglichen zu können das hat sie sehr genossen und dann mit diesen Hän-
883 den die sie so gut gespürt hat haben wir dann zum Beispiel einen Ball hin und hergeworfen
884 und dann konnte sie wirklich einfach auch Da sein präsent sein nur für 20, 30mal Ball hin und
885 herwerfen das braucht ja auch Koordination Auge Hand Koordination ähm den Fokus auf das
886 Gegenüber da steckt ja immer ganz viel drin in all diesen kleinen Aktivitäten die wir so selbst-
887 verständlich irgendwie tun? Genau. (2) Ähm (.) Oder dass sie sich mal am Spiegel nochmal
888 mit Führen die Haare selber kämmt oder sowas ne? #00:51:19-4#

889

890 I: hmhm#00:51:20-4#

891

892 Bf: Da war dann ganz viel so dieses Führen bei ihr eigentlich Thema. Bewegungen zu initiieren
893 über Führen um sie ihr dann möglich zu machen. #00:51:27-2#

894

895 I: hmhm (.) hm Du hast grade gesagt dass sie das genossen hat die Hände sich einzucremen
896 (.) Woran hast du das gemerkt? #00:51:35-8#

897

898 Bf: Oder eingecremt zu bekommen. Also sie hat dann so angefangen und ich hab dann ähm
899 wenn ich gemerkt hab da ist sie lässt zu die einfach ausgestrichen massiert so ein bisschen
900 und ich find für mich ist das wenn die Menschen die Hand liegen lassen und ich keine Schutz-
901 spannung spür sondern wirklich so ein (.) Hinhalten interpretier ich das als genießen.
902 #00:51:59-4#

903
904
905
906
907
908
909
910
911
912
913
914
915
916
917
918
919
920
921
922
923
924
925
926
927
928
929
930
931
932
933
934
935
936
937
938
939
940
941
942
943
944
945

I: Ah ja hmhm okay.#00:52:01-0#

Bf: Und ich schau mir eben immer gut oder ich versuch rauszuspüren Wie wie ist das ist das eher komisch lehnt das jemand eher ab wie wie also das ist eigentlich aus dem Gespür raus dann ne? Und dem Beobachten raus. #00:52:14-0#

I: hmhm#00:52:15-2#

Bf: ja#00:52:16-0#

I: hm ok dann hätt ich noch so eine Frage die mir dabei irgendwie auch immer in den Sinn kommt wenn ich halt auch mich selbst mit solchen Leuten beobachte fühl ich mich oft sehr hilflos (.) und manchmal auch frustriert wenn halt keine Reaktion oder Resonanz auf mein Tun kommt. Hast du das auch und wie gehst du damit um? #00:52:39-8#

Bf: (2) hm (.) In welchen Situationen kennst du das? also eher so ein in der Beschäftigung der Betätigung gemeinsam oder in: hast du pflegerische Erfahrungen gesammelt oder irgendwie sowas? #00:52:57-2#

I: Ich hatte es vor allem bei den Großeltern ähm manchmal aber auch in der Arbeit mit Behinderten ähm dass ich dann halt nicht einordnen konnte das Verhalten also dass es nicht mehr logisch war für mich ähm mein Opa war dement hat angefangen durchs Haus zu laufen: auch vor sich hingebrabbelt (.) und ich bin dann halt immer ganz intuitiv mitgelaufen und hab ihn da auch nicht unterbrochen oder gesagt Das ist unlogisch und du kannst hier nicht in die ganzen Zimmer rein sondern ich bin halt immer mitgegangen und das war bei ihm auch ok weil er jetzt nicht aggressiv war oder so: Ich hatte dann halt so ein bisschen ich war traurig für ihn weil er so ein bisschen verwirrt wirkte und ich hätte ihm gerne diese Verwirrung genommen. Weil er dann auch mal irgendwie gemeint hat Haja: ha wie und wo simmer denn jetzt? Und wo ist jetzt mein Zimmer und so: und meine Oma die die ja die lag dann irgendwann nur noch da: und der wars ständig zu heiß die wollte dann irgendwie immer Jogurt und dann war so dieses (.) Ich wusste nicht ob ob sie mich noch hört also so gegen Ende konnte sie dann nicht mehr äußern dass es ihr zu heiß ist sondern sie lag einfach da und ich wusste nicht Hört sie mich grade möchte sie ihre Ruhe möchte sie Musik (.) und in diesen ganzen Situationen was einfach so ein bisschen unklar ist was braucht die andere Person da sind bei mir dann manchmal so Hilflosigkeitsgefühle die man auch gern umgehen möchte einfach (.) aufgetaucht.(.) Und (.) ja. #00:54:28-9#

Bf: (2) Ist vielleicht auch nochmal ein Unterschied ne wenn wir wirklich wie sind eine Stunde da und wir gehen wieder. (2) Ist nochmal anders wie wenn man wirklich dann weiß man ist jetzt in der Situation (.) ne (.) Und ist Teil der Situation. Wie weiß nicht ob du da gelebt hast oder einfach dann mal länger zu Besuch warst oder so das ist einfach nochmal (.) anders. Was jetzt so das Thema Hilflosigkeit auch in: in also ich kenn das von Angehörigen eben die dann

946 sagen Ich ich weiß gar nicht was ich machen soll also (1) ich bin da und ich merk ich ich kann
947 nichts helfen. #00:55:05-8#

948

949 I: hmhm#00:55:06-9#

950

951 Bf: Ja also ich kann einfach nur irgendwie da sein und und dabei sein oder so aber ich kann
952 das nicht händeln und das passiert und ich kanns nicht händeln also ich ich kanns nicht ver-
953 ändern. #00:55:19-2#

954

955 I: hmhm. hmhm.#00:55:20-2#

956

957 Bf: ja(3) ähm::(1) am schwierigsten fand ichs tatsächlich bei der Person die immer gelaufen ist
958 also die die junge (.) Dame (2) und hab dann einfach auch nochmal mit dem Mann geklärt ne
959 weil es ist manchmal das das Gefühl eben Was ist mein Auftrag. Ne ich kann sie jetzt begleiten
960 ich kann ihr diese kurzen Momente schaffen und er mir aber einfach auch nochmal rückge-
961 meldet hat Doch das ist für ihn genau so richtig oder wichtig wei: er das einfach auch immer
962 für sich nutzt wenn wir kommen (1) Oder wenn ich kam und eben diese Stunde Fra:gen stellen
963 zu können die ihn beschäftigen. (1) Dinge aufarbeiten zu können die ihn jetzt die Woche über
964 beschäftigt haben (.) und er nicht einordnen kann wo wir gemeinsam überlegen können was
965 könnte das denn sein wie könnte er reagieren und und und. (3) Denn natürlich jetzt eine Stunde
966 jemand einfach nur zu beglei:ten (1) ist hm (.) schwierig auszuhalten wenn man Ziele vor Au-
967 gen hat (1) aber man muss an den Zielen die st das ist die Stellschraube ne? Also einfach die
968 Ziele (.) dementsprechend auch sehen was ist da jetzt realistisch und da war es eben das Ziel
969 dass der Mann mal allein kurz einkaufen kann oder mal allein sich in sein Büro zurückziehen
970 zu können ohne dauernd gucken zu müssen Lläuft sie weg. #00:56:45-0#

971

972 I: ah ja#00:56:46-3#

973

974 Bf: Und dass der Mann ähm Austausch findet (.) dass wir ihr noch Momente so kurze Momente
975 schaffen aber das müssen nich (2) ganz viele sein oder nicht eine ganze Stunde ganz positiv
976 sondern einfach noch das Ganze drum herum (.) und ich glaub das macht (.) einen Unterschied
977 (.) weil man wenn man merkt Ok ich komm grad tatsächlich nicht ran (.) da kommt heut nichts
978 im: ich kann sie kaum abholen (2) dann sind da noch die anderen Dinge die so viel Gewicht
979 haben vielleicht macht das den Unterschied #00:57:18-8#

980

981 I: ah ja hmhm#00:57:20-5#

982

983 Bf: Ich weiß nicht ob du weißt was ich mein #00:57:23-3#

984

985 I: Ja doch ich verstehs voll du du hast es war ja trotzdem sinnvoll dass du da warst #00:57:27-
986 9#

987

988 Bf: genau ja #00:57:29-4#

989
990 I: und er hat dich ja auch gebraucht und damit war das nicht (1) weil dieses Gefühl von ich
991 kann hier grad nichts ausrichten war ja dann war ja dann dadurch wieder gesättigt sozusagen
992 #00:57:39-2#
993
994 Bf: Genau das ist eigentlich dann nicht da: ne? Und wenn wenn man mit so Menschen lebt
995 und dann klar ist die laufen durchs Haus wie jetzt auch der eine Mann nachts weiß nicht mehr
996 wo er ist (1) ähm: dann muss man irgendwie diese Situation durchleben und auf den nächsten
997 Tag hoffen der dann irgendwie wieder besser ist. #00:57:56-7#
998
999 I: hmhm. hmhm#00:57:58-3#
1000
1001 Bf: Das ist ein ganz anderes:: das ist eine ganz andere Nummer. Die viel schwieriger ist aus-
1002 zuhalten. #00:58:04-5#
1003
1004 I: ja. ja.#00:58:05-6#
1005
1006 Bf: Und die Frau die ja dann eben das war das mit dem nachts wo die den dann eben versucht
1007 hat wachzumachen und zu sagen Schau mal da sind wir und einmal ist sie wirklich mit ihm
1008 auch (1) glaub raus die sind dann draußen spazieren gegangen einfach nur und als sie wieder
1009 reinkamen war irgendwie (1) gings wieder. #00:58:24-2#
1010
1011 I: Krass #00:58:25-5#
1012
1013 Bf: War er irgendwie wieder so (.) besser da. Konnt sie wieder einordnen konnte das Haus
1014 wieder ein also die sind praktisch raus aus diesem Haus er hat sein Haus gesucht so war das
1015 nämlich (2) und dann sind sie gegangen (.) haben die Jacke angezogen sind spazieren und
1016 als sie zurückkamen wars wieder sein Haus. #00:58:44-6#
1017
1018 I: toll (2) Ja manchmal sind das so kleine Kniffe ne? auf die man erst nicht draufkommt aber
1019 eigentlich sind die sehr wichtig #00:58:51-0#
1020
1021 Bf: Ja #00:58:51-5#
1022
1023
1024 I: Ja hm (.) ich glaube dann hab ich alles was ich brauche. #00:58:53-1#

1 Transkript Cf

2

3 **Postscript**

4 Gesprächsführung: Frau C und I

5 Art des Interviews: narratives Interview

6 Ort: Treffen per Zoom

7 Tag: 20.4.21

8 Audioaufnahme von ca 68min

9 Inhalte der Gespräche vor und nach Aufnahme des Gesprächs:

10 Gespräch vor der Aufnahme: Cf überlegt noch einmal zu studieren (Sozialpädagogische Rich-
11 tung, Master), es ist in ihrem Alter aber wohl nicht so einfach.

12

13 Charakterzüge von Cf:

14 Wirkt ruhig und besonnen

15 Eher langsame Sprechgeschwindigkeit.

16

17 **Interview**

18

19 I: I: JA und können Sie mir noch ein bisschen was über Ihren Hintergrund sagen? Weil mir war
20 tatsächlich nicht kla:r wo ich Sie zuordnen darf also:: einfach ein bisschen über den berufli-
21 chen Werdegang und wie #00:04:03-4#

22

23 Cf: Ähm ja der ist sehr bunt @2@ Der ist sehr bunt also angefangen hab ich als Erzieherin (.)
24 Ausbildung zur Erzieherin gemacht und dann ähm erstmal eine Familienphase angeschlossen
25 immer aber weiter gearbeitet das ging ja zum Glück auch in dem Beruf auch mit zwei Kindern
26 äh:m ja und dann so ähm Mitte 30 (.) hab ich dann gedacht Das kanns ja noch nicht gewesen
27 sein also mit Anfang Mitte 30 Äh:: und ich konnte mir eben nicht vorstellen äh:m bis:: Mitte 60
28 auf 35cm zu arbeiten ä::hm ja. Weil ich ich hab halt immer weiter gemacht also ich hab dann
29 noch die äh Sprache für ä:hm Kinder mit Migrationshintergrund gemacht also ähm und Müt-
30 tercafes und viel mit Menschen mit Migrationshintergrund gearbeitet äh schon als Erzieherin
31 eben. Ja. Irgendwie hats mich immer gereizt äh:m mich weiterzubilden zu wachsen sozusagen
32 und mich da fortzubilden immer wieder Herausforderungen ä:hm da anzunehmen und ähm::
33 hab dann auch einen Kindergarten geleitet äh war also erst stellvertretende Leitung dann
34 Leitung ä:hm ja. Das war so dieser Erzieherpart. Dann hatte ich aber immer die Vorstellung
35 ich möchte gern studieren das war schon praktisch vor meiner Eheschließung klar ich möchte
36 studieren nur wie und was war da eben nicht so klar (.)und dann hab ich halt in X-Stadt Sozi-
37 alpädagogik studiert (2) und ähm ja. Hab dann das andere Ende des Lebens äh:: kennenge-
38 lernt über das Studium Menschen mit Demenz und ähm ja hab dann 10 Jahre ein Hospiz
39 geleitet. #00:06:10-4#

40

41

42 I: Hui (.) lange Zeit #00:06:13-3#

43
44 Cf: Ja.(3) Da bin ich letztes Jahr ausgeschieden aus persönlichen Gründen und eben (.) ja
45 weils ähm:: für mich da auch keine Aufstiegsmöglichkeiten mehr gab es ging dann nicht weiter
46 und das war halt ja muss ich glaub ich gar nicht so ausführen es gab äh eben auch dann
47 Vorstandswechsel und dann gabs da: intern auch ähm ja da war Wachsen eben nicht ge-
48 wünscht so. #00:06:45-6#
49
50 I: Lhmhm #00:06:46-7#
51
52 Cf: kann ichs nur sagen #00:06:46-6#
53
54 I: hmhm ja. ja. #00:06:48-4#
55
56 Cf: und das sollte alles hübsch klein und übersichtlich blei:ben und da bin ich niemand für.
57 Also übersichtlich ja:: aber ich schaffs eben auch größer übersichtlich @2@ #00:07:01-0#
58
59
60 I: hmhm hmhm #00:07:00-3#
61
62 Cf: Und ähm ja. Wenn ich dann nur noch fürs fürs Sprenden ranschaffen äh:: so:: äh da ge-
63 dacht war das war nicht so also das hab ich gerne gemacht das hab ich auch ähm ja wurde
64 mir immer zurückgemeldet gut gemacht und die Ergebnisse waren auch gut (.) Aber wenns
65 dann nur noch darin ähm (2) das war halt nicht so meins. #00:07:26-7#
66
67 I: Ja sehr verständlich. ja.#00:07:27-7#
68
69 Cf: Also ich durfte es ranholen und der Vorstand hats dann mit vollen Händen ausgegeben
70 aber eben auch leider nicht für die Zwecke (2) also nicht für Personalfortbildungen nicht für
71 Ehrenamts ähm fortbildungen sondern für deren Angelegenheiten und das war einfach (.) ja.
72 #00:07:49-9#
73
74 I: War halt einfach nicht mehr passend für Sie #00:07:52-7#
75
76 Cf: Nicht mehr meins genau. #00:07:55-5#
77
78 I: hmhm. Und so sind Sie dann zur Frau A gekommen oder wie gings dann weiter für Sie?
79 #00:08:00-3#
80
81 Cf: Also übers Hospiz äh::m bin ich schon zur Frau A gekommen hab auch in X-Stadt etliche
82 Sachen mit ihr gemacht und ähm:: ja dann hat sich das so wir hatten:: immer einen ganz guten
83 Draht zueinander wir haben auch letztes Jahr uns noch getroffen da hatte sie eine Veranstal-
84 tung in X-Stadt dann bin ich kurzerhand abends hingefahren (.) haben wir dann noch zusam-
85 men gegessen und so und ja. Das hat sich dann so ergeben eben über diese Hospizschiene

86 ne. #00:08:29-8#
87
88 I: hmhm. Und wie sind Sie jetzt grade beruflich also sind Sie jetzt also sind Sie bei ihr angestellt
89 oder wie kann oder sind Sie Partner oder #00:08:37-0#
90
91 Cf: Ich bin äh:: ich bin freiberuflich tätig ich bin jetzt auch freiberuflich tätig (.)Äh und bei ihr im
92 Team bin ich jetzt im Moment nicht weil ja keine Präsenz stattfindet ne? Deshalb ist das ja so
93 ein bisschen jetzt ruhend sozusagen (.) in der Zeit. Sie hat ja viel die äh:m online (.) äh: Kurse
94 vorangetrieben ne, da aber da ich ja nicht in X-Stadt wohne ist das ja nicht so möglich die
95 Zusammenarbeit und dann haben wir uns halt schonmal via Zoom getroffen aber eben mehr
96 so zum Austausch und um den Kontakt zu halten. #00:09:13-4#
97
98 I: hmhm. Und was ist jetzt Ihre äh also wenn sie sagen freiberuflich was tun Sie gerade freibe-
99 ruflich? #00:09:21-2#
100
101 Cf: Ja ich ähm: berate Menschen Palliativ also mach eine Palliativberatung und eben viel im
102 Trauerbereich bin ich jetzt tätig. Also ähm ja hab da auch nochmal Fortbildungen gemacht im
103 letzten Jahr ähm und ja. Schlag mich da jetzt so ein bisschen durch ehrlich gesagt ne? Weils
104 ja überall im Moment ziemlich mau ist. #00:09:52-4#
105
106 I: Ja auf jeden Fall. Ja das ist grad nicht so eine einfache Zeit um um zu wachsen. Ja das kann
107 ich gut verstehn. Ich bin auch gespannt nach meiner Masterarbeit wies weitergeht man wird
108 sehen. Ähm aber ich hörjetzt da raus dass Sie auf jeden Fall viele Berührungspunkte äh hatten
109 mit Palliativpatienten und Demenzkranken.Ähm mein mein Schwerpunkt ist ja die nonverbale
110 Kommunikation die die mich sehr interessiert ähm (.) Mich würden tatsächlich gezielt Situatio-
111 nen interessieren, es würde mich freuen wenn Sie mir einfach über Situationen erzählen könn-
112 ten äh wo Sie mit Palliativpatienten oder Demenzkranken gearbeitet haben, die nicht mehr
113 sprechen konnten und einfach wie wies zu der Situation kam wie Sie darin sich gefühlt haben
114 (.) einfach ganz frei sozusagen. Ich würde auch erstmal einfach nur zuhören und dann danach
115 irgendwie vielleicht noch eine Frage stellen oder so. #00:10:54-2#
116
117 Cf: (5) Ja:: Also:: ähm (2)wir hatten äh im Hospiz häufig Menschen die eine ähm ja eine
118 völlige Veränderung mitgemacht haben durch einen Hirntumor eben ähm und dadurch eben
119 auch das Sprachzentrum oft betroffen war. Oder mitbetroffen war das war aber nicht deren
120 einzige Einschränkung sondern die Einschränkungen nahmen ja dann im Laufe der Zeit immer
121 mehr zu ne. Und ähm ja ich denk da grade an:: (.) Gunter der (.) hm:: (.) ja dem das:: also::
122 se::hr hm den das sehr massiv betroffen hat diese:: äh:: Einschränkung nicht mehr zu spre-
123 chen nicht mehr sprechen zu können sich nicht mehr verständlich machen zu können über die
124 Sprache Äh::m und das hat uns auch alle im Team und mich auch Äh sehr betroffen gemacht
125 wie er darunter gelitten hat. (2) Also trotz aller Bemühungen ä:hm (.) Ja (.) war der Zugang
126 schwierig. Weil er eben auch in so ne massive ja in so ein Loch gefallen ist einfach und das
127 äh:: (3) ja wirklich für ihn eine große Herausforderung war also er hatte immer viel erzählt viel
128 gesprochen so:: ne wenn man also was so die Familie dann auch eben mitgeteilt hat und ähm

129 hat sich da auch sehr engagiert in in Kirche und und bei den Schützen und so weiter und war
130 immer so ein sehr kommunikativer Mensch und ja dann ging das nicht mehr und damit war
131 dann auch verbunden eben so seine Befürchtung seine Kumpels kamen nicht mehr so: weil
132 er nicht sprechen konnte ne und das was man so vielfach ja auch erlebt dass Menschen die
133 sich nicht äußern können (.) ähm ja. Dass da der Zugang für andere einfach so sehr erschwert
134 ist oder: sich so schwer anfühlt. #00:13:28-1#

135

136 I: ja. ja#00:13:29-6#

137

138 Cf: hm (4) ja. Ähm:: weil ihm Sprache wirklich so wichtig war und diese verbale Äußerung und
139 wir mit dem nonverbalen das hat auch gut funktioniert also auch wirklich die die Kommunika-
140 tion über die Hände über Zeichen über ähm etwas darauf Zeigen sag ich jetzt mal ne ähm (4)
141 wars (.) ja für ih:n also wirklich dieses (4) ins Sprechen kommende die Mundwerkzeuge sag
142 ich mal zu benutzen (lächelt dabei) ähm:: und damit ähm: Sprache zu produzieren das war
143 irgendwie für ihn so: WICHTIG (2) dass wir dann überlegt haben wie können wir ihm da helfen
144 (2) und wenigstens das Gefühl geben dass wieder Spra::che entsteht. Und wir haben uns dann
145 für einen Sprachcomputer en äh: entschieden. (3) uNd haben ihm das zur Verfügung gestellt
146 und weil er die also die kognitiven Einschränkungen waren halt sehr minima:l (2) ähm konnte
147 er das also zumindestens in der ersten Zeit konnte er das Angebot sehr gut annehmen und es
148 war (.) Ja:: ein absolutes Aufblühen #00:15:00-0#

149

150 I: hmhm#00:15:01-3#

151

152 Cf: Ja also da krieg ich jetzt auch noch Gänsehaut weil er so:: ähm weil man ihm da so ange-
153 merkt hat äh:: dass er darüber wieder Worte formulieren kann und ähm ja. Für ihn war das
154 Teilhabe. #00:15:19-8#

155

156 I: ja. ja.#00:15:21-2#

157

158 Cf: Über dieses Gerät das war Teilhabe. #00:15:24-3#

159

160 I: Nur zum Verständnis Wie funktioniert so ein Sprachcomputer also ich stell mir das sehr
161 langsam vor in meiner Vorstellung ist das so:: eine mechanische Stimme die ganz langsam
162 spricht Ist das tatsächlich so? #00:15:39-4#

163

164 Cf: Also da gibts ja mittlerweile sehr viele äh Modelle und wir hatten eins das auch übers Handy
165 funktionierte. Das war als wirklich jetzt auch sehr modern schon und es war nicht diese typi-
166 sche Computerstimme also es ähm war eher so wie ähm in nem Navigationssystem wo man
167 auch verschiedene Stimmen auswählen kann und die schon sehr flüssig auch sprechen.
168 #00:16:10-2#

169

170 I: Und da konnte er dann Wörter antippen? Dann Sätze bilden sozusagen? #00:16:15-2#

171

172 Cf: Genau. #00:16:15-9#
173
174 I: Ah okay #00:16:16-7#
175
176 Cf: Ja. hmhm genau. Ja er hatte auch so eine Einführung bekommen und ähm das lief das lief
177 sehr gut. Er war auch sehr stolz und das erste Wort war wahrhaftig Danke ne #00:16:34-8#
178
179 I: Oh wow. #00:16:36-8#
180
181 Cf: Ja. #00:16:38-2#
182
183 I: Tol #00:16:39-4#
184
185 Cf: Ja das war schon sehr besonders. #00:16:44-7#
186
187 I: Und das wurde ja dann wahrscheinlich irgendwann trotzdem nicht mehr möglich ne? Irgend-
188 wann wurde es wieder weniger #00:16:50-6#
189
190 Cf: Ja #00:16:51-1#
191
192 I: Ähm #00:16:53-0#
193
194 Cf: Aber dann hat ers auch nicht mehr so mitbekommen. Also dann gings eben rapide äh und
195 dann war der Verlust der Sprache das kleinste Problem #00:17:03-2#
196
197 I: hmhm. hmhm. #00:17:05-5#
198
199 Cf: (4) Ja. #00:17:09-2#
200
201 I: hm:: haben Sie auch eine Situation oder ich mich würde glaub ich auch noch interessieren
202 wie wie ist das denn für Sie mit der nonverbalen Kommunikation umzugehen. Weil für ihn war
203 das ja sehr schwierig wie ist das Sie scheinen daran gewöhnt zu sein so wie Sie sprechen
204 #00:17:25-3#
205
206 Cf: Ja. (2) Ja natürlich also wir haben halt äh vielfach eingeschränkte Menschen gehabt immer
207 wieder Ähm eben auch Menschen mit Demenz auch ähm Menschen eben mit mit mehrfachen
208 Schlaganfällen die sehr beeinträchtigt waren und ähm (2) Ja es ist ähm ein ein sich herantas-
209 ten so empfinde ich das immer wieder Was ist und sehr individuell Was ist bei dem Menschen
210 jetzt angesagt. Ne? Bei den Menschen mit Demenz ist es wirklich oft dieses Körperliche (2)
211 auch also ne über Finger in in in Dialog zu kommen also da hat die Frau A ja auch immer
212 diesen Fingerdialog so als als Beispiel das hab ich auch als sehr angenehm empfunden ähm
213 (.) und eben auch dann so einen so einen Takt mitgehen ne bei bei den Menschen dass da
214 das sie irgendwie auch so eine Selbstwirksamkeit auch erleben. Über diesen diesen

215 Fingerdialog äh:: eben selbst so einen Takt vorgeben können mal schneller mal langsamer
216 und wir als Angestellte äh lassen uns darauf ein ne als Gegenüber (2) und äh versuchen da
217 mit zu gehen. #00:18:53-4#

218

219 I: Wie war das denn am Anfang für Sie als Sie in die: in den Bereich eingestiegen sind (2)
220 erinnern Sie sich da an eine Situation wo Sie vielleicht überfordert waren oder erstmal nicht
221 so richtig wussten wie Sie damit umgehen sollen #00:19:07-5#

222

223 Cf: LJa #00:19:06-8#

224

225 I: Würden Sie mir davon erzählen? #00:19:09-4#

226

227 Cf: LJa auf jeden Fall. Genau. Ja ganz am Anfang ähm hatten wir eine Dame (3) ja das war
228 auch schon ein ein Schicksal sag ich jetzt mal die äh:m (2) war halt durch einen schweren
229 Schlaganfall in ein Krankenhaus gekommen hatte keine Angehörigen mehrdann wurde eben
230 ein Betreuer eingesetzt der sie überhaupt nicht kannte der nichts von ihr wusste und das ja es
231 gab keine Angehörigen also weit weit entfernt eine Schwester die aber auch schon jahrelang
232 keinen Kontakt mehr hatte zu ihrer Schwester eben und ähm nichts mehr von ihr wusste und
233 ähm (2) ja der Betreuer hat dann einen Heimplatz gesucht hat dann erstmal nichts gefunden
234 ähm und ja dann ist sie über mehrere Ecken dann bei uns gelandet äh:: Wir wussten auch
235 nichts von ihr (.) es gab (.) ja der Betreuer hat die Wohnung aufgelöst um da weitere Kosten
236 eben zu minimieren und alles in Containern äh wirklich entsorgt. (2) Es gab keine Fotos (2)
237 war ein Koffer mit eigener Kleidung das wars (2) und das wa::r schwer. Das war sehr schwer.
238 Weil wir so gar keinen Anhaltspunkt hatten wo wir sie abholen können es gab keine Fotos die
239 man vielleicht anschauen konnte keine gemeinsame Geschichte weil sie ja auch aus nem ganz
240 anderen äh Ort kam also ne es war wirklich dann auch ja 40 km entfernt (4) äh:: Das hab ich
241 als sehr belastend erlebt. #00:21:19-1#

242

243 I: Und wie sind dann so Interaktionen vonstatten gegangen? #00:21:23-9#

244

245 Cf: (3) Ja ein bisschen über Versuch und Irrtum (2) Viele Tränen viel Weinen also ähm die
246 Dame war oft untröstlich wirklich (2) Und das war dann so ein das fand ich auch nochmal sehr
247 belastend eben so ein äh stummes Weinen so ein in sich wimmerndes Etwas Häufchen Elend
248 wirklich. Und das wa:r hm ich glaub das war auch mit so ein ausschlaggebender Punkt dass
249 ich gesagt hab ich muss mich da auf den Weg machen äh:: um um Werkzeuge da an die Hand
250 zu bekommen wie ich mit sowas umgehe wie ich da einen Zugang finde und ähm ja. (2) weil
251 das auch das Team und auch die Ehrenamtlich sehr sehr beschäftigt hat diese (.) diese Dame
252 #00:22:25-7#

253

254 I: Hatten Sie dann am Ende das Gefü:hl dass auch also diese Frau hat geweint und Sie waren
255 ja aber da:: Sie waren ja schon bei ihr. Hat das hat das geholfen oder war das haben Sie das
256 Gefühl das hat keinen Ausschlag gegeben #00:22:42-5#

257

258 Cf: Doch das scho::n also es hat so eine Annäherung dann stattgefunden ne zuerst wars ähm
259 war das Dasein von uns Fremden die wir ja nunmal waren glaub ich eher belastend sie hat
260 sich geschämt für alles und jedes (.) äh:m weil sie eben auch ja aus so einer Generation war
261 Sich nicht zumuten ähm Bloß nicht zur Last fallen so diese Geschichten ne die das so:: ver-
262 mutlich also ich konnte es ja nicht mehr so erfragen aber vermutlich schon eine große Rolle
263 gespielt haben. Sie hat sich immer versteckt immer Schutz gesucht und ähm ja.(4) Deshalb
264 hat das auch eine Zeit gebraucht bis wir da so eine Annäherung gefunden haben. das hat
265 dann äh über über Musik hat das tatsächlich dann geklappt ne? Wir haben dann also: immer
266 schonmal Musik vorgespielt aus der Konserve und ähm ich bin also ich singe gerne und ich
267 hab dann gesungen eben und hab dann mit ihr so (.) einfach irgendwie alte Lieder so Volks-
268 lieder so ein bisschen und wir haben dann so die Hände dazu: gewiegt oder so was und sie
269 hat so ein bisschen den Körper soweit es möglich war mit und dann ähm hab ich gemerkt dass
270 dieses so: verkrampfte Festhalten sich Schützen müssen ähm ja so über die Zeit ne das war
271 also schon nich nich von heute auf morgen #00:24:34-5#

272

273 I: hmhm #00:24:35-6#

274

275 Cf: Das das dann ein bisschen nachlassen konnte und dass sie dann auch die Hände nehmen
276 wollte ne also ich hab also ich mach das ja immer sehr offen ich nehm ja nicht greif ja nicht zu
277 sondern ich lass das dann so: ne und hab dann erstmal nur mich alleine ein bisschen bewegt
278 und dabei gesungen und ähm bis sie dann bereit war eben äh ihre Hände so ein bisschen
279 meine Fingerspitzen zu berühren und ähm wir haben das dann ganz langsam versucht (5) ja.
280 (leise) #00:25:11-4#

281

282 I: Dann haben Sie da ja schon ganz viel intuitiv gemacht. #00:25:15-2#

283

284 Cf: Ja das das ist wohl so ne das (.) ja vielleicht eben auch weil ich halt ganz oft mit Menschen
285 gearbeitet habe die sich nicht gut äußern konnten das war ja auch schon bei dem äh Erzieher
286 äh tätigkeit ja auch schon irgendwie so mein Thema ne Kommunikation äh und ich hab das
287 letztens nochmal jemand erzählt im Endeffekt Kommunikation von der Wiege bis zur Bahre
288 ne? Es gab immer wieder die die äh kleinen Kinder eben im Kindergarten oder noch jünger äh
289 dann über Kindergarten Schulkinder und dann eben die Familien mit Migrationshintergrund wo
290 ja einfach alles vertreten war (.) äh ja und dann nochmal hatte ich nochmal einen Ausflug zum
291 betreuten Wohnen mit Menschen mit Behinderung die ja auch Einschränkungen oft in der
292 Sprache und Kommunikation haben. Ja und dann eben bis zum Lebensende. #00:26:17-8#

293

294 I: hmhm ja spannend. das kommt immer wieder vor das Thema #00:26:20-1#

295

296 Cf: Ja #00:26:21-5#

297

298 I: Ich hab das auch in der Vorbereitung für meine Masterarbeit gemerkt dass ich mir ich hatte
299 halt auch so den Gedanken bei Kindern nehmen wir das nonverbale irgendwie so hin also das
300 ist es so:: klar entstehen da auch Hilflosigkeitsgefühle wenn ein Baby schreit und man nicht

301 weiß was es braucht. Aber es ist so es wird ja besser. Irgendwann wird es ja irgendwann wird
302 es ja was sagen und sagen ich möchte jetzt essen so oder ich muss aufs Klo und (.) ja bei den
303 älteren Menschen oder ja (2) wenn wenn da ein Mensch wieder abbaut wenn er mal diesen:
304 diesen hohen kognitiven und sprachlichen Grad erreicht hat und dann wieder abbaut das ist
305 sehr schwer zu akzeptieren glaub ich für alle Beteiligten. #00:26:59-8#
306

307 Cf: Ja. (2.) Ja das ist mit viel Schmerz verbunden so ne das zu verlie:ren also äh diese diese
308 Fähigkeiten zu verlie:ren und das ja (.) ist und eben zu wissen dass es nicht mehr wieder-
309 kommt, ne? Trotz aller Bemühungen also es gab ja nun auch noch äh ähm ja im multidimen-
310 sionalen Team oder multi äh professionellen Team gabs ja auch noch äh Ergotherapie Logo-
311 pädie ne nochmal so auch Richtung Schluck äh beschwerden Schluckstörung oder sowas um
312 da nochmal was zu äh auszugleichen oder eben das was da ist zu erhalten äh:m aber trotzdem
313 blieb ja eher so dieses:: langsam absteigende langsam weniger werdende. #00:27:52-1#
314

314

315 I: hmhm #00:27:53-2#
316

316

317 Cf: Das bleibt den Menschen ja nicht verborgen. #00:27:55-5#
318

318

319 I: Ja klar (3) ähm (.) Ich hatte immer noch so den Gedanken ich glaub es ist vielleicht auch
320 mein idealistischer Gedanke (.) Mich ärgert das dass ich manchmal so viel ähm verbal kognitiv
321 kommuniziere. Also ich mir fehlt manchmal diese:: viele sagen Herzebene oder (.) dieses sich
322 Einlassen auf die Emotion und ähm ich glaub deshalb kam ich auch zu der Thematik weil ich
323 dachte wie kann es sein, dass:: dass ich denke das ist der einzigste Weg zu kommunizieren.
324 Darum seh ich da irgendwie auch so viel Potenzial und Schönes drin in dieser nonverbalen::
325 also würden Sie auch so sehen #00:28:31-5#
326

326

327 Cf: Auf jeden Fall(2) Auf jeden Fall.(leiser) #00:28:33-9#
328

328

329 I: Was was sehen Sie da für sich drin? Wie wie würden Sie das beschreiben? Welche (.) ja
330 was das für Sie bedeutet die nonverbale Kommunikation. ist vielleicht eine schwierige Frage
331 ich weiß nicht #00:28:45-4#
332

332

333 Cf: Ja also für mich ist das auf jeden Fall die Brücke ich äh bin eben in der Lage diese Brücke
334 zu beschrei:ten sozusagen und wenn ich vielleicht da:: äh meinen hohen Anspruch ähm ganz
335 runterfahre und wirklich auf der Herzebene kommuniziere dann weiß ich auch wie weit ist jetzt
336 bin ich dran die Brücke entlang zu gehen und wie weit kann der andere mir noch ein Stück
337 entgegen kommen #00:29:17-1#
338

338

339 I: hmhm#00:29:17-4#
340

340

341 Cf: Und dann kann sich das so einpendeln sozusagen #00:29:20-8#
342

342

343 I: hmhm #00:29:21-7#

344
345 Cf: Und ich kann da ja eben diese diesen Weg ein Stück weit: entgegen gehen und gucken
346 was was kommt da und da bin ich ganz offen #00:29:33-3#
347
348 I: hmhm #00:29:34-4#
349
350 Cf: (4) so würd ich das jetzt beschreiben #00:29:38-3#
351
352 I: Ist das leicht für Sie diese Offenheit zu haben? #00:29:43-1#
353
354 Cf: (4) Ja (schlingert in der Stimme) @.@ mittlerweile ja:: @.@ Also ich kann ja ich kann mich
355 da ganz gut glaub ich ähm: also so wurde es mir zumindest auch zurückgemeldet auf die
356 Menschen einlassen auf deren Bedürfnisse (.) da schein ich so:: die Empathiefähigkeit ganz
357 gut ausgebildet zu haben. #00:30:08-2#
358
359 I: hmhm. Können Sie mir erinnern Sie sich an irgend eine Situation in keine Ahnung den letzten
360 zwei Jahren oder so wo Sie auch jemand sehr berührt hat oder die Begegnung mit dieser
361 Person auf nonverbaler Ebene? #00:30:19-0#
362
363 Cf: (4) hm:: (9) Ja: kann ich @.@ also ich hab da auch wieder jemanden halt jetzt Paul nenn
364 ich ihn mal (.) der ähm ja schon auch ne besondere Persönlichkeit ähm hatte bei uns den
365 Beinamen Paul der Meckerer weil er äh erst bei uns eben also war ihm nichts recht (2) und er
366 konnte noch so ein paar Bruchstücke von Worten formulieren aber sehr hm eingeschränkte
367 also über eine über einen Zungenkrebs ähm war halt das ja auch die Werkzeuge äh die
368 Sprachwerkzeuge sehr eingeschränkt. Hm und er war in dieser absoluten Ablehnungs und
369 Hader und Wutphase auch sich mit der Situation zu arrangieren abzufinden und das wa:r ein
370 Kampf man merkte er ist in so nem Kampfmodus ne. Und das:: war für mich auch sehr her-
371 ausfordernd. (4) also:: (4) ja trotz aller ähm Versuche sich auf ihn einzulassen und auf seine
372 Art (.) hm (.) ist es uns allen also es ist uns allen schwer gefallen. Der eine oder andere hatte
373 einen besseren Zugang zu ihm (.) ähm aber ja @.@ es war auch schon herausfordernd weils
374 auch eben äh manchmal wirklich aggressiv war ne. #00:32:35-9#
375
376 I: hmhm#00:32:36-6#
377
378 Cf: Und da jemanden ähm wieder einzufangen (atmet tief ein) äh:: (atmet wieder aus) ja das
379 ist glaub ich dann: (3) ja (3) wo wo also ich für mich äh hab da so gemerkt da war bei ihm so
380 sehr viel Vorbehalt. (.) Ne so diese: diese Liebe oder diese Herzebene annehmen zu können
381 #00:33:08-0#
382
383 I: hmhm. ja #00:33:08-7#
384
385 Cf: Das ging für ihn erstmal nicht. #00:33:12-4#
386

387 I: hmhm#00:33:13-0#
388
389 Cf: (3) und so das das musste er erst mal von sich und ablehnen und über sein:: Schimpfen
390 was dann irgendwie noch rauskam und seine Ablehnung und alles war falsch und das nicht
391 und das nicht und ähm ja das war seine Art damit umzugehen #00:33:37-4#
392
393 I: Ja #00:33:38-4#
394
395 Cf: (3) Und das hats nochmal schwieriger gemacht fand ich. #00:33:44-0#
396
397 I: Ja #00:33:45-6#
398
399 Cf: Also bei den ähm anderen die ich jetzt grade im Moment so erinnere ähm (.) war nicht so
400 viel Gegenwehr oder Kampf oder so die waren im Gegenteil sehr dankbar für so eine Annä-
401 herung und so einen Prozess und sind den auch vielfach se:hr offen und dankbar mitgegan-
402 gen. Aber bei ihm war wirklich so ein (macht ein abwehrendes Zeichen mit den Händen, über-
403 kreuzt die Hände vor der Brust) @.@ #00:34:16-2#
404
405 I: hmhm. Haben Sie ihn geknackt? #00:34:18-8#
406
407 Cf: Ja:: @2@ #00:34:21-4#
408
409 I: @.@ Wie kams? #00:34:22-6#
410
411 Cf: Och:: ja das ähm:: das ging über Essen @2@ (lacht herzlich) #00:34:31-1#
412
413 I: @2@ ok. Musik oder Essen eins von beidem klappt immer (lachend) #00:34:36-3#
414
415 Cf: L@2@ Ja:: also ähm er konnte ja nicht mehr viel zu sich nehmen (.) aber er hatte irgendwie
416 so eine Affinität zu Schokolade und ähm ja. (3) Irgendwie kam mit der Schokolade die Sanft-
417 heit.@2@ #00:34:59-3#
418
419 I: @.@Also Sie haben ihm dann immer Schokolade mitgebracht? #00:35:02-0#
420
421 Cf: Ja wir haben halt also was heißt ja:: nicht immer ab und zu:: ähm haben wir halt so kleine
422 Bestechungsversuche @4@ gemacht #00:35:17-4#
423
424 I: @.@ok #00:35:18-5#
425
426 Cf: Also: ähm ja. Duschen gegen Schokolade gabs schonmal so einen Deal @2@ Das hört
427 sich jetzt lustig an aber es war schon (.) ja es war irgendwie so die Not also ich bin jetzt nicht
428 ich bin jetzt nicht so der jemand der irgendjemanden da zu irgendwas nötigt oder zwingt oder
429 aber das ja wenn so gar nichts geht #00:35:50-6#

430
431 I: hmhm (.) ja #00:35:52-0#
432
433 Cf: Und (2) ja. #00:35:57-0#
434
435 I: Aber er wurde dann sanfter durch die Schokolade und Sie Sie haben einen Zugang dann
436 bekommen oder war es einfach auch immer noch schwierig #00:36:01-5#
437
438 Cf: Das wa::r also es wa:r ähm also ja die Schokolade war einfach nur so n Gadget sag ich
439 mal ne. Wir hab haben da darüber halt äh so ne so ne Beziehung aufbauen können ne und
440 ähm ich glaub er hatte auch nicht damit gerechnet dass ich immer wieder komme. (2) also ihn
441 auch trotzdem nehme so wie er ist ja auch wenn er wütend ist und so:und ähm ich hab dann
442 auch mal mit ihm geschimpft ich hab dann also nicht mit ih:m geschimpft sondern eben ge-
443 schimpft so um es auszudrücken na weil da auch so viel so wie wie ähm wie nenn ich das
444 denn ähm Dampf unterm Deckel war und der nicht rauskam also Druck (.) und ähm er es ja
445 auch so in der Form wie er es glaub ich wollte nicht mehr gut ausdrücken konnte ne? Dann
446 hab ich halt auch gesagt Ja es ist aber auch ne verdammte Scheiße jetzt. ne so:: und hab das
447 halt in meine Worte gefasst ne. die so ka:men also die dann wieder so:: in der Resonanz
448 irgendwie kamen. Und darüber sind wir dann (.) ja. eher übers @Schimpfen sind wir uns dann
449 näher gekommen@ (leicht lachend) @2@ #00:37:26-2#
450
451 I: Und haben Sie (.) haben Sie dann mit ihm also (2) er hat sich dann ein Stück weit mehr
452 eingelassen und ähm wie wie war diese Beziehung dann #00:37:38-8#
453
454 Cf: (6) Ja er war dann nachher sehr sanft. Also das ist dann an irgendeinem Punkt gekippt (.)
455 ähm ich kann das im Moment gar nicht genau: sagen wo das war. (5) Also es war jedenfalls
456 nicht plötzlich sondern es war ein Prozess. #00:38:06-8#
457
458 I: hmhm#00:38:07-2#
459
460 Cf: Es wurde immer weniger so dieser sich auflehnen sich aufbäumen ne und wurde weniger
461 (.) Da war auch stehter Tropfen höhlt den Stein also wirklich immer wieder mit ihm ihm in Kon-
462 takt gehen immer wieder mit ihm (.) ne Ebene versuchen zu finden (3) also: das bringt dann
463 manchmal auch die Zeit ein Stück. #00:38:36-0#
464
465 I: hmhm #00:38:37-2#
466
467 Cf: Und dieses sich wirklich auf den Menschen einlassen (.) das stell ich immer wieder fest
468 und sich nicht äähm (2) ja: nicht anfangen dann irgendwie im Team zu schimpfen und zu sagen
469 also das gabs natürlich auch ja? Wir sind alles nur Menschen (.) ähm aber trotzdem wieder
470 hinzugehen. #00:39:00-3#
471
472 I: hmhm#00:39:00-8#

473
474 Cf: Ja: und ihn zu nehmen und zu sagen Ja: es ist halt Paul ne, so:. Und heute ist ein guter
475 Tag und morgen ist warten wirs ab schau'n wir weiter hm. Und sich immer wieder neu drauf
476 einzulassen. Und jede Schicht sich auch wieder neu drauf einzulassen (2) #00:39:20-3#
477
478 I: klingt anstrengend #00:39:21-7#
479
480 Cf: Ja. #00:39:22-4#
481
482 I: Aber irgendwie auch (.) bezaubernd. Also:: #00:39:25-8#
483
484 Cf: Es lohnt sich für mich also es hat sich immer gelohnt für mich. ne? Also entweder hab ich
485 was Eklatantes daraus gelernt wars eine besondere Erfahrung (.) und (.) oder nicht entweder
486 sondern eigentlich immer beides. Und es gab dann auch eine große große Erleichterung wenn
487 wenn wir dann auf so einer Ebene uns begegnen konnten. #00:39:52-3#
488
489 I: hmhm #00:39:53-4#
490
491 Cf: hm. Und (.) ich hab das so ähm empfunden und das hab ich auch im Team oft die Rück-
492 meldung bekommen wenn wir uns dann wirklich wieder auf den Weg gemacht haben mit mit
493 jemandem dann ähm und uns ja ganz ganz drauf eingelassen haben und täglich immer wieder
494 dann kam oft so ein Punkt wo so eine Erleichterung stattfand und wo so dieses ähm (.) Ja jetzt
495 jetzt haben wir so eine Ebene gefunden. #00:40:28-1#
496
497 I: hmhm#00:40:28-7#
498
499 Cf: Und können da weiter gehen (.) hm so. Und da hab ich ähm (2) hier hab ich das Bild immer
500 so gehabt vom Geländer wir sind so ein Stück weit Geländer für die Menschen. Auf ihrem
501 letzten Weg und sie können also wir sind immer da:: sie können danach grei:fen sozusagen
502 ähm. Ja mal brauchen sie weniger Halt und mal viel mehr und grade in diesen ähm herausfor-
503 dernden Zeiten brauchen sie viel Halt. #00:41:01-5#
504
505 I: hmhm #00:41:01-9#
506
507 Cf: Und da ähm ja. So kräftezehrend das ist für alle Beteiligten ähm da dann das Geländer zu
508 verweigern ist nicht unser Recht. #00:41:15-5#
509
510 I: hmhm (2) Ja aber es erfordert viel Stärke finde ich. #00:41:22-5#
511
512 Cf: Ja #00:41:22-6#
513
514 I: Aber auch Ich fand's auch schön was Sie gesagt haben dass Sie immer was gelernt haben.
515 Das verknüpfe ich auch mit mit Begegnungen. Dass auch wenn sie schmerzhaft sind, dass es

516 immer: sich lohnt. #00:41:35-8#
517
518 Cf: Ja #00:41:35-9#
519
520 I: hm #00:41:37-6#
521
522 Cf: Ja #00:41:39-0#
523
524 I: (2) hm (.) Wenn Sie jetzt an an Paul zurückdenken wie wie denken Sie an ihn zurück denken
525 Sie an den Meckerer oder denken Sie an den Sanften? #00:41:49-7#
526
527 Cf: An den Sanften #00:41:51-0#
528
529 I: (2) Schön. #00:41:53-6#
530
531 Cf: Ja #00:41:55-0#
532
533 I: hm. #00:41:55-4#
534
535 Cf: Und er hatte nachher den Namen auch nicht mehr. Also das hat sich dann auch verändert
536 ne. Das war dann erst so eine Zuschreibung (.) ja wies halt manchmal so ist ne auch in der: in
537 der Pflege und in der Betreuung sind ja sehr unterschiedliche Menschen und dann gibts schon-
538 mal so eine Zuschreibung ähm ja. Und die verändert sich aber zum Glück dann auch ne.
539 #00:42:21-2#
540
541 I: hmhm. Sorry wenn ich jetzt das nochmal frage aber wie kann ich mir dann am Ende die
542 Interaktion vorstellen Sie sind in den Raum gekommen Sie haben ihn angesprochen saßen
543 neben seinem Bett (2) Ja so oder (.) was macht was macht man da noch oder reicht das
544 einfach #00:42:39-2#
545
546 Cf: (atmet ein) ähm:: Ja das reicht (lächelt) @.@ #00:42:44-6#
547
548 I: Okay. ja #00:42:45-1#
549
550 Cf: Vielfach reicht das. Den Kontakt zu halten Blickkontakt zu halten (.) Was ist jetzt dran Was
551 ist jetzt nötig. (2) Und manchmal ist es das Da: sei:n wirklich das da: sein. Ich sag so oft ähm
552 also ich hab das so erlebt zwei Seelen in einem Raum. (.) Das das ist so eine ganz besondere:
553 Schwingung auch ne. (.) Das ist ja auch mittlerweile erforscht dass unsere Herzen ja ein Mag-
554 netfeld ausstrahlen und das da: eine Berührung sozusagen der beiden Magnetfelder stattfindet
555 ohne das wir WAS TU::N müssen ne. #00:43:31-2#
556
557 I: hmhm#00:43:31-9#
558

559 Cf: Und das ist auch so mein Ansatz immer bei den äh Angehörigen gewesen dass die:: viel-
560 leicht wenns ihnen möglich war wirklich aus diesem Tu:n müssen und noch hier und och ich
561 muss noch grad und die Wäsche und alles noch und ne (.) ach ich muss den noch was füttern
562 oder was zu trinken geben oder (.) wirklich ähm dahin kommen zu sagen ok das (.) ich setz
563 mich ans Bett und das sind ganz(.) ganz wertvolle Momente. #00:43:59-8#
564
565 I: (2) hmhm. (.) Ich hab (.) bei mir selbst aber auch bei anderen festgestellt dass das der
566 schwerste Schritt ist. Dieses (.) erstmal hinsetzen (.) AUSHALTEN.#00:44:12-3#
567
568 Cf: Ja#00:44:13-3#
569
570 I: Und dann fängts an leichter zu werden (leichtes Lachen). #00:44:18-3#
571
572 Cf: Genau.#00:44:18-8#
573
574 I: hmhm #00:44:18-8#
575
576 Cf: Wenn wenn also es ist auch so meine Erfahrung in der Beobachtung mit Angehörigen
577 wenn ähm die bereit waren sich darauf einzulassen (.) sich hinzusetzen und nur zu atmen
578 (lächelt kurz) äh: dann ging nochmal ein ganz anderer Raum auf. (4) Und dann konnten auch
579 (.) ja ähm Ehepaare die sich sehr voneinander schon entfernt hatten nochmal vor dem Ver-
580 sterben des Partners zueinander finden über diese Ebene (.) oder auch Kinder nochmal zu
581 ihrem Vater ihrer Mutter finden (.) so:: über Stille über gar nicht groß sprechen müssen (2)
582 ähm ja. #00:45:17-1#
583
584 I: (2) hmhm. Und das sind dann Blickkontakt Berührungen #00:45:23-3#
585
586 Cf: Ja #00:45:24-2#
587
588 I: Oder einfach zwei Seelen in einem Raum #00:45:26-2#
589
590 Cf: Ja #00:45:26-9#
591
592 I: Das ist ein schönes Bild das werd ich mitnehmen @2@ #00:45:29-6#
593
594 Cf: @2@ #00:45:31-9#
595
596 I: Ja ich es ist so: Wenn man nicht in dem Bereich arbeitet man hat ja schon ein Gefühl dafür
597 (.) irgendwie ähm ich mach zum Beispiel Atemtherapie und meine Atemlehrerin bewegt mich
598 dann und da passiert was ganz (.) Besonderes. Ähm und dann hat man da direse ganze rati-
599 onale Sicht der Gesellschaft die sagt Haja! (2) (unv) Und ich find das so scha:de dass es dafür
600 keine Worte gibt. Dass das ähm:: Ich weiß nicht ich wünschte es wär realer in den in den
601 Köpfen der Menschen. #00:46:06-1#

602
603 Cf: (2) Ja (klingt bedauernd) (.) aber da:: also ist so meine Erfahrung ich musste das ja auch
604 immer ein Stück weit verkaufen sag ich jetzt mal diese Art der Umgehungsweise und Herange-
605 hensweise ähm:: das ist na:ch wie vor schwierig. (3) Also weil es eben so wenig messbar ist
606 von außen. Was passiert da was ähm ja selbst wenn mich jetzt einer sag ich mal beobachtet
607 hätte Ich sitze am Bett und da liegt jemand Schwerkrankes (2) kann mans nicht von außen
608 sehen was da passiert und das machts glaub ich für uns visuell geprägte Menschen sehr
609 schwierig. #00:46:54-0#
610
611 I: hmhm hmhm #00:46:55-2#
612
613 Cf: Weil diese Verbindung ja:: hm auf dieses vielleicht wie Sies beschreiben jetzt mit A:tmen
614 oder so das gibts ja auch ne dass ich ähm die Hand rei:che und derjenige legt sie drauf und
615 ich äh lass mich auf den Rhythmus ein den Atemrhythmus zum Beispiel und da passiert ja auch
616 eine ganz ähm ganz besondere Berührung über dieses: (.) Thema Atem ne und ähm (2) Ja
617 und dann eben auch auch eine große Be Beruh:igung so. Das ist vielleicht das Einzige was
618 man von außen sehen kann dass jemand der der noch sehr mit dem Atem gerungen hat oder
619 so dann über diese diese Art äh des mitgehens ähm dann vielleicht in so eine Ruhe findet und
620 vielleicht sogar einschlafen kann. #00:47:55-7#
621
622 I: hmhm. hmhm.#00:47:56-5#
623
624 Cf: So. Aber ansonsten ist es eben sehr sehr schwer messbar. #00:48:01-6#
625
626 I: Ja(2) Hm Sioe sagten gerade es war ja irgendwie Ihr Job das zu verkaufen ähm: Haben Sie
627 nen Fall wo Sie wo Sie mir erzählen können wo: wo am Anfang vielleicht das jemand nicht
628 verstanden hat und am Ende dann in diesen Prozess Sie meinten ja dass sich da Ehepaare
629 auch nochmal nah sein konnten. (.) ähm (2) dann danach diese Ebene verstanden haben so?:
630 Was Sie meinten so:? Also #00:48:28-4#
631
632 Cf: @2@ #00:48:29-7#
633
634 I: Also mir geht das halt so dass ich immer mehr da drauf komm da ist so vie:l (.) Und wissen
635 Sie wie viele Ja:hre ich das nicht begriffen habe. Und ich bin ja immer noch aufm Weg ich kann
636 es ja immer noch nicht (.) so wie Sie:: @.@so #00:48:45-0#
637
638 Cf: Ja das will ich jetzt gar nicht ähm (.) irgendwie als besonders (.) da sehen aber es ist (3)
639 also es ist halt ein Einlassen (.) das kann ich immer nur wieder sa:gen #00:49:02-1#
640
641 I: Und und wie führen Sie die Menschen da ran? #00:49:05-3#
642
643 Cf: (atmet aus) (5) Tja. (7) Ich machs vor. (.) Also ich glaub ich machs vor. Das ist glaub ich
644 der Weg. #00:49:22-7#

645
646 I: hmhm #00:49:23-9#
647
648 Cf: Ähm ich lebs ich lebs vor. (2) #00:49:28-0#
649
650 I: Ja #00:49:30-4#
651
652 Cf: Und ich bin halt in der festen Überzeugung und ich habs ja auch sehr sehr oft erfahren
653 dass es die Ebene gi:bt. Und vielleicht kann ich das dann auch ausstrahlen. Dass mir das
654 geglaubt wird @.@ #00:49:43-0#
655
656 I: Ich finde selbst über übers Video@.@ merkt man das Ihnen an also: Ich haben eine sehr
657 sehr große Ruhe #00:49:51-3#
658
659 Cf: @.@okay. #00:49:51-3#
660
661 I: So wirken Sie auf mich #00:49:54-1#
662
663 Cf: Ja und ähm (2) ich ich frag dann die also die Angehörigen zum Beispiel frag ich ob Sie sich
664 auf ein Experiment einlassen würden. #00:50:05-9#
665
666 I: Okay.hmhm. #00:50:07-5#
667
668 Cf: Ne (.) zum Beispiel. Und ähm (2) ja (2) so und und schlag auch vor dass dass man das
669 steigern kann also dass es vielleicht zuerst nur 5 oder 10 Minuten sind (.) und das ist ja schon
670 irre lang:: für manche. Ja also ich hab jetzt grad so eine Ehefrau zum Beispiel vor Augen die
671 eben reinka:m wie: wie der Wirbelwind und erstmal durchs Zimmer fegte und überall und alles
672 und ne im Blick und was war ist und können Sie mich ein was war in den letzten Stunden und
673 wie gehts und was machen wir jetzt und was gibts noch für eine Therapie und ja nur in diesem
674 Mo:dus halt Ich muss noch irgendwas machen. #00:50:58-7#
675
676 I: hmhm. hmhm. #00:51:00-1#
677
678 Cf: Das ist ja auch natü:rllich ein Abbau von Ängsten und Stress und ne (.) uns beschäftigen
679 also das kennt vielleicht jeder auch ne wenn wenn wenns irgendwie stressig wird weiß ich
680 auch dann hab ich auch schonmal geputzt aus @Verzweiflung oder so ne@ #00:51:17-5#
681
682 I: L@2@ Ja @.@ #00:51:17-5#
683
684 Cf: Das hatte vielleicht jeder schonmal irgendwie: ne oder bei meinem Sohn zum Beispiel der
685 studiert jetzt ja auch der ähm in seiner Bude ist es nie so sauber als wenn er irgendwelche
686 Hausarbeiten oder Klausuren schreiben muss weil er sich darüber dann ausagiert sag ich mal
687 ne oder über Sport oder sowas also wir wissen ja wie das funktioniert diese Mechanismen ne

688 #00:51:41-6#
689
690 I: Ja#00:51:42-6#
691
692 Cf: Und ähm ja es war halt für die: Dame unendlich schwer (.) also fünf Minuten war schon
693 das Höchste der Gefühle. #00:51:54-1#
694
695 I: Dass sie still sein konnte #00:51:56-1#
696
697 Cf: Ja #00:51:56-8#
698
699 I: hmhm #00:51:58-0#
700
701 Cf: (2) Und ich merkte aber dass eben ihr Partner ähm (.) in nem völligen Stress war. (5) Also
702 jedes Mal vor dem Besuch war schon so eine Anspannung ne ne Atemnot sowas alles da
703 reagierte er sehr stark äh drauf und ähm da waren wir praktisch ja wir mussten da (.) äh:: Ruhe
704 reinbringen. Also ich sag jetzt bewusst müssen weil es ne Qua:l sonst war #00:52:36-7#
705
706 I: hmhm#00:52:37-5#
707
708 Cf: Sonst waren Inhalate Medikamente äh in hohen Leveln nötig um da so ne so ne Ruhe bei
709 dem Partner wieder zu erzeugen #00:52:48-3#
710
711 I: hmhm #00:52:49-3#
712
713 Cf: Und das konnte es für mich auch nicht sein. #00:52:53-4#
714
715 I: Ja ja #00:52:54-3#
716
717 Cf: (4) ähm weil ich auch also ja ich bin halt auch niemand der der Menschen abschießt.
718 #00:53:03-4#
719
720 I: hmhm ja #00:53:05-4#
721
722 Cf: Also ganz bestimmt nicht. (.) Weil ich denk das gehört alles dazu das sind unsere Prozesse
723 die wir halt erleben dürfen ne. Und (.) im wahrsten Sinne des Wortes erleben und nicht dahin
724 (.) siechen vegetieren oder schlafen sondern jeder Prozess genau wie bei einer Schwanger-
725 schaft und Geburt hat da seine Aufgabe. #00:53:32-3#
726
727 I: Ja #00:53:33-5#
728
729 Cf: Und ich vergleich das auch ein Stück weit damit. hm. #00:53:37-6#
730

731 I: Ja #00:53:38-8#
732
733 Cf: Das ähm ja (atmet tief ein) auch die Tendenzen äh ähm immer Kaiserschnitte zu machen
734 auch was mit mit den Menschen machen und mit den (.) ja (.) also das dass auch kein Weg
735 ist für mich. #00:53:58-3#
736
737 I: Der einfache Weg sozusagen die Prozesse nicht zu gehen ne #00:54:01-8#
738
739 Cf: Vermeintlich einfacher Weg. #00:54:03-6#
740
741 I: Ja #00:54:04-4#
742
743 Cf: Und dann wirds schwer. Also ich hab mich viel mit transgenerativen Traumata beschäftigt
744 und da ist so vi:el (atmet tief ein) was dann wirklich auch eben bei schwerer Krankheit oder
745 bei Demenz oder bei eben ja im Angesicht des Todes sag ich jetzt mal hochkommt. Unverar-
746 beitetes was was eben nie: als Prozess erlebt worden ist sondern immer entweder mit Medi-
747 kamenten zugedeckt mit Alkohol mit Tun mit Tätigkeiten und sich dem nicht zu stellen. Also
748 ich kanns verstehen das sind alles schmerzhaftes Dinge ja? ich will das nicht jetzt irgendwie
749 hier als Lapalie darstellen um Gottes Willen das liegt mir völlig fern. Ähm mir gehts nur darum
750 dass ich finde und ich erlebs auch selber so dass diese Prozesse nötig sind. (.) Um uns den
751 nächsten Schritt weiter zu bringen. #00:55:09-8#
752
753 I: Ja. (.) Hm bei den transgenerativen:: Prozessen das geht über Generationen dann?
754 #00:55:17-6#
755
756 Cf: Hmhm #00:55:18-4#
757
758 I: Das es weiter gegeben wird die: die unterdrückten Prozesse sozusagen? #00:55:24-3#
759
760 Cf: Ja (2) also es gibt da auch Forschungen drüber, dass es bis zu 7 Generationen zurück
761 geht teilweise. #00:55:32-6#
762
763 I: Krass #00:55:34-0#
764
765 Cf: (3) Erfahrungen die noch in unseren Kleidern hängen sozusagen #00:55:40-7#
766
767 I: Ja @Ja@ #00:55:42-6#
768
769 Cf: Und (2) Ja und ähm dann ähm ja den den Abschiedsprozess oder den Sterbeprozess äh
770 maßgeblich erschweren. (4) weil es da keine da ist ja keine Kraft mehr da um das runterzu-
771 drücken oder so ne? (4) und ja #00:56:10-9#
772
773 I: Und wie wie kann ich mir das dann also was meinen Sie mit erschweren? Dass das ein

774 schmerzhafteres Sterben ist ein langwierigeres? #00:56:20-5#
775
776 Cf: Ja #00:56:20-4#
777
778 I: Dass das Loslassen dann schwerer ist sozusagen. #00:56:24-2#
779
780 Cf: Dass dass ein Kampf entsteht. #00:56:26-2#
781
782 I: okay #00:56:27-3#
783
784 Cf: Ein Verkrampftsein ein Festhalten wollen weil noch irgendwas unerledigt ist was aber auch
785 oft von Familien gar nicht gewusst ist (2) also: ich hab (.) mögen Sie noch ein Beispiel hören?
786 #00:56:47-0#
787
788 I: Gerne unbedingt #00:56:48-0#
789
790 Cf: @.@ Ja weil also ich frag jetzt ob Sie da noch Zeit haben #00:56:56-8#
791
792 I: Ja hab ich! #00:56:57-9#
793
794 Cf: Ja also ich hab jetzt grad so ein Beispiel vor Augen was auch um ähm (.) ja um ne ne
795 Vergewaltigung ging auch in in Kriegszeiten und äh wo das aber dann die Mutter betroffen hat
796 (.) ähm die war aber schon verstorben und die Tochter hatte das aber irgendwie (2) ja (.) über
797 welche Kanäle auch immer also das ist jetzt vielleicht hört sich für Sie vielleicht ein bisschen
798 spooky an ich weiß nicht wie weit Sie da offen sind für diese diese Sichtweisen aber es war
799 auf jeden Fall (.) irgendwie drin und die Tochter konnte es dann zum Glück ähm ja vor ihrem
800 Versterben die Bilder dazu also (.) nenn benennen. Und sie hatte auch ganz klar, dass nicht
801 sie die Person war aber trotzdem hat sie Bilder dazu gehabt und wie:: Körpererinnerungen.
802 Ich kanns jetzt nur so beschreiben. #00:58:02-9#
803
804 I: Ja ja. Ich ähm ich glaube an diese Dinge. Also ich ähm es ist mir nicht fremd die Gedanken.
805 #00:58:10-2#
806
807 Cf: ok #00:58:10-8#
808
809 I: Ja ja auf jeden Fall. Ich finde das ähm (.) ja ich hab da ich mach mir auch viele Gedanken
810 ich hab nur noch nicht die Gesprächspartner dazu @.@ darum äh find ichs wirklich (.) wirklich
811 interessant und und bereichernd grad weil ich da gar nicht die Zugänge auch bis jetzt dazu
812 hatte ne ähm mit mit Menschen in diesen Situationen zu arbeiten. Ähm. Ich hätte nur noch
813 ganz kurz ne Rückfrage zu der Ehefrau (.) zu der wuseligen Ehefrau #00:58:37-8#
814
815 Cf: Ja#00:58:38-0#
816

817 I: Wie haben Sie sie:: wie haben Sie sie anleiten können oder haben wie haben Sie haben Sie
818 sie ruhiger Sie meinten ja es musste Ruhe reinkommen. #00:58:46-4#

819
820 Cf: (atmet tief ein) Ja. Wir haben ähm ihr das versucht ein bisschen auch zu erklären natürlich
821 sie war ja nicht kognitiv eingeschränkt ne und ähm wir haben es ihr auch also wir haben dann
822 wirklich auch ein ähm ein EKG gemacht von von den Zuständen äh vorher vor ihrem Besuch
823 (.) und wir haben sie ein Stück weit damit konfrontiert. (2) Weil es ja einfach sehr massiv war.
824 Und sie ähm (4) ja wir haben halt dann darüber mit ihr lange gesprochen und es war auch ein
825 schmerzhafter Prozess für sie (.) weil sie eben in diesem dann an ihren Schmerz kam an ihre
826 Verlustängste an die große Trauer die da schon war(.) an diesen ja: (.)beginnenden Abschied
827 der ja auch ein Prozess ist für sie war und ist und ja. Und ähm aber wir also (3) ja manchmal
828 muss man auch deutsch sprechen #01:00:06-2#

829
830 I: @2@ (2) und (.) dann haben Sie sie an die Hand genommen #01:00:11-6#

831
832 Cf: Ja. Ja. Wir haben dann ähm also mit so ner ähm wie nennt man das denn (.) Zeitschaltuhr
833 mit ihr trainiert ein Stück weit (3) also wirklich 5 Minuten 10 Minuten. In 5 Minuten Schritten.
834 (2) hm. (2) Und wir sind auch dabei geblieben also wechselnd mit mit äh einer Kollegin noch
835 aus dem sozialen Dienst dann haben das engmaschig begleitet. Haben sie immer wieder be-
836 stärkt ihr zugeredet (.) sie schafft das ne (.) Wir sind da:: und (2) und wenn sies nicht aushalten
837 kann, dann ist es auch ok (.) ne dann dann wechseln wir uns ab oder so: also wir haben da
838 halt so so ein Modell eben mit ihr so ein bisschen versucht zu erarbeiten oder zu stricken.
839 Wenns ihr zuviel wird und äh dann dann geht sie halt raus und ne einer von uns geht mit rein
840 oder wir wechseln uns mal ab und sie kann dann irgendwie nochmal was in der Küche helfen
841 oder so dass sie ihren ihren Druck den sie innerlich hat da ausagieren kann ne so:. Ich mein
842 es gibt so es gibt ja ähm da da etliche Möglichkeiten ne sie hat sich dann einfach ein bisschen
843 hauswirtschaftlich betätigt (.) und dann war sie wieder in der Lage wieder zurückzugehen. so.
844 #01:01:44-4#

845
846 I: Okay. Und wenn sie da saß also man kann ja:: ich kenn das so von Mitbewohnern manchmal
847 (.) Mitbewohnerin erkennt ich möchte gerade nicht reden aber sie hat das Bedürfnis und sie
848 hat die Anspannung (.) Also als wenn diese Frau da saß hat sie trotz war sie trotzdem ange-
849 spannt oder konnte sie dann auch langsam es (.) ertragen #01:02:05-2#

850
851 Cf: Also das war auch ein Prozess. Die ersten die erste bis wir dann so: sag ich mal mit ihr so
852 eine viertel Stunde (.) Ich bleib jetzt mal wirklich sitzen erarbeitet hatten @.@ also ja es war
853 wirklich Arbeit es wa:r es war Arbeit ne. (.) Ähm aber sie konnte sich dann drauf einlassen und
854 sie hat eben gemerkt sie hat wirklich dann auch über die Atmung und über diese Rückmeldung
855 ihres Partners gemerkt ähm dass dass das irgendwie ihr auch gut tut also: da war auch viel
856 mit Atmung also: irgendwie: so:: seine ruhige Atmung hat sie dann auch so ein Stück weit (.)
857 runtergeholt. Und das war so ein Schwingen (.)also ja. Erst war da noch so ne so ne hohe
858 Schwingung irgendwie von ihr ausgehend und von ihm wars schon ja so ein so sehr abgemil-
859 dert und dann konnte das auch so:: sie erreichen. #01:03:16-1#

860
861 I: hmhm #01:03:17-1#
862
863 Cf: Und ähm ja sie hat sich auch wirklich dann das da hab ich auch gesagt also da zieh ich
864 den Hut vor sie hat sich darauf eingelassen. Und das wirklich den Weg dann ist da mitgegangen
865 und hat ihn mit begleitet und ähm hat sich da: dann(.) ähm ja über diese Annäherung sag
866 ich mal und auch glaub ich also was bei ihr so: was ich so erlebt hab war so die Sicherheit
867 wenn sie nicht schafft ist noch jemand anders da. Und sie kann sagen dass sie nicht schafft.
868 Also sie muss nicht irgendwas krampfhaft aushalten was ja dann auch wieder zu einer An-
869 spannung und Verkrampfung führt sondern sie kanns in Kontakt bringen. #01:04:04-8#
870
871 I: hmhm (2) ja #01:04:06-6#
872
873 Cf: das war glaub ich nochmal und das ist ja auch oft das was ich äh was ich so erlebe die
874 Betreuung oder äh Begleitung der Angehörigen spielt ja auch eine ganz große Rolle. Weil die
875 Menschen ja: in einem System sind die sind ja nicht losgelöst sondern die leben ja haben
876 viele Jahre in einem System gelebt was sich ja auch so: eingeschwungen hat auf einem ge-
877 wissen Level und auf eine gewisse Interaktion ne (4) Und da was Neues zu finden also: das
878 ist ja einfach ja (.) das ist nicht da: ne? von heute auf morgen. Das kennt ja vielleicht auch ja
879 jeder von uns wenn irgendwas zu Ende ist ne man erlebt ja auch sei es beruflich sei es privat
880 immer mal wieder ein Ende von irgendeiner Beziehung oder von irgendeinem Lebensabschnitt
881 und dann ist das Neue noch nicht sofort da: sondern das ergibt sich dann ne oder ist auch ein
882 Prozess das zu finden. Und ja. Sich da: (.) ich kanns immer auch nur beschreiben dass es ein
883 Weg ist dass sich auf den Weg zu machen das Wichtige ist #01:05:25-3#
884
885 I: hm. ja. Es ist halt manchmal ein schmerzhafter Weg. #01:05:30-0#
886
887 Cf: Ja #01:05:31-4#
888
889 I: (2) Ja. Ich hab das Gefühl dass diese Frau: da sehr große Schritte gegangen ist. Also ja
890 komplett entgegen ihrer Art und entgegen ihrer ganzen Mechanismen #01:05:46-4#
891
892 Cf: Ja #01:05:47-4#
893
894 I: Das ist echt (.) echt wundervoll. #01:05:51-9#
895
896 Cf: Ja was da möglich ist auch im: also das ist schon sehr berührend oft (.) so zu sehen welche
897 Entwicklungen da möglich sind Wenn die Zeit noch ist manchmal ist ja se:hr (.) sehr knapp
898 die Zeit ne so dann kann man nur noch so das (2) das Nötigste versuchen anzustoßen sag ich
899 mal. (2) Dass es hintenraus dann leicht wird also dass es (.) ja (2) weil ich ähm (.) ja mir lag
900 das immer sehr am Herzen so ne ä:hm: (.) So ne Sequenz noch zu schaffen dass es: dass: ja
901 so ein Abschied einfach: möglich war ne. (.) Das ist nicht immer gelungen das ist ganz klar (.)
902 aber vielfach schon. #01:06:54-8#

903
904 I: Hmhm. Wie wie macht man sowas möglich oder was was ist dabei wichtig? #01:07:00-3#
905
906 Cf: Den Raum dafür zu halten die Sicherheit zu geben, dass wir da sind dass Personal da ist
907 dass Arztmöglichkeit da ist dass Medikamente gegeben werden können wenns schwer wird
908 (.) Und oft ist das dann aber gar nicht nötig. (4) ne wenn wenn so diese Sicherheit da ist diese
909 Präsenz da ist äh:: ja und auch ein Stück weit so diese Ruhe eben da ist äh: (.) Ja ich kanns
910 auch nur mit Sicherheit beschreiben #01:07:38-0#
911
912 I: Ja doch! #01:07:39-1#
913
914 Cf: Dann fühlen die Menschen sich ein Stück weit aufgehoben und ähm ja können dann so
915 nach ihren:: äh:: Befinden fallen lassen also soweit es für sie möglich ist eben (.) das geht für
916 den einen mehr für den anderen weniger #01:07:57-9#
917
918 I: Ja. (4) Puh #01:08:04-6#
919
920 Cf: Ja #01:08:06-0#
921
922 I: Ja ich bin ganz begeistert Frau C, vielen vielen Dank.

1 Transkript Df

2 **Postscript:**

3 Gesprächsführung: Frau D und I

4 Art des Interviews: narratives Interview

5 Ort: Treffen per Skype

6 Tag: 30.4.21

7 Audioaufnahme von ca. 28min

8 Inhalte der Gespräche vor und nach Aufnahme des Gesprächs:

9 Df ist eine Bekannte meiner Eltern, die mich seit meiner Kindheit kennt. Ich habe vor ca. 4
10 Jahren das letzte Mal mit ihr gesprochen. Sie war ehrenamtlich in der Hospizarbeit tätig, wes-
11 halb ich sie um ein Gespräch bat.

12

13 Vorher: Kurzer Austausch wo ich jetzt wohne, was ich studiere, beruflich vorhabe

14 Danach: wie Df dazu kam aus der Hospizarbeit auszusteigen, persönliche Erkenntnisse über
15 eigene Geschichte

16

17 Charakterzüge von Df: neugierig, sozial (probiert verschiedene Jobs im sozialen Bereich aus),
18 interessiert an Austausch

19

20 **Interview**

21

22 I: Ähm genau also in meiner Masterarbeit gehts um nonverbale Kommunikation ich hab äh
23 schon eine Forschungsarbeit geschrieben äh wos um Hospizmitarbeiter ging die: die einfach
24 nur begleitet haben und da waren sozusagen und dann hab ich mich irgendwann gefragt Wie
25 ist das eigentlich wenn jemand nicht mehr sprechen kann (.) Hm wie geht man damit eigentlich
26 um und wie fühlt sich das überhaupt an weil die meisten Menschen haben ja genau damit
27 Schwierigkeiten dass man nicht mehr so über diese Ebene wie wir grade kommunizieren kom-
28 munizieren kann #00:00:37-5#

29

30 Df: hmhm #00:00:38-0#

31

32 I: Und es würde mich voll interessieren hattest du solche Situationen wo: wo die sterbende
33 Person nicht mehr sprechen konnte und kannst du mir eine davon erzählen #00:00:47-4#

34

35 Df: (3) ähm ich kann dir das so ein bisschen anreißen also es war die:: ei eine Person das war
36 im Altersheim und die lag wirklich nur noch im Bett und man sitzt daneben und das Problem
37 ist für mich jetzt ich kann ja auch nur von mir sprechen ähm wenn du nicht viel weißt über die
38 Person. Ja? Also: äh dann dann (.) hoffst du eigentlich nur dass du über diese:: Anwesenheit
39 dass das der andere merkt dass er nicht alleine ist (.) man kann mal denk ich auch versuchen
40 ähm die Hand zu halten oder (2) halt eine Berührung und dann auch gucken wie reagiert der
41 Mensch drauf ist es dem eigentlich recht oder nicht recht weil das denk ich kann man dann
42 schon (.) und dann (.) fand ich das wirklich schwierig ja wenn ich nichts über die Person weiß.

43 Das hab ich dann nicht so gern gemacht. #00:01:48-0#

44

45 I: Hast du trotzdem gemacht? #00:01:49-6#

46

47 Df: Ja weil es war ich war eingeteilt (.) und hab eben die Stunden abgesehen sag ich mal in
48 dem Fall aber ich denk ich bin da natürlich jetzt nicht das puh: Paradebeispiel #00:02:01-9#

49

50 I: Wieso? #00:02:03-7#

51

52 Df: Ja weil ich äh die anderen die jetzt bei mir in in der Gruppe sind so ich hab so das Gefühl
53 so hingebungsvoller sind (.) an die Geschichte. (.) ja. Also ich mir zum Beispiel eine Frau die
54 war auch im Altersheim und da gings eigentlich in erster Linie drum diese Zeit zu überbrücken
55 bis die Schwestern die anderen oder die Pfleger die anderen soweit versorgt haben dass sie
56 äh da wieder mehr Luft haben um auch dann zu dieser Person zu gehen und die war sehr sehr
57 unruhig also die die konnte sprechen aber sich nicht mit mir unterhalten. ja die war in einer
58 anderen Welt die war dement und die hat sehr oft nach ihrer Mutter gerufen und auch Dinge
59 präsentiert ähm wo man gemerkt hat oder das wurde mir dann auch erzählt wie dass sie ganz
60 schlecht behandelt wurde von ihrer Mutter. Und das kam dann in den Momenten raus und die
61 die ist dann auch ab und zu aus dem Bett gefallen und da haben sie dann ihr im Prinzip
62 außerhalb des Bettes Matratzen hingelegt und da hab ich mich in diese Ecke wo eben ihr
63 nichts passieren konnte einfach dazugesetzt und hab äh hab sie dann gestreichelt oder hab
64 irgendwie beruhigend auf sie eingeredet oder einfach nur da war ich nur da. Und das fand ich
65 dann (.) äh einfacher weil ich mir dann einfach so Gedanken über die Person gemacht hab
66 also wie schwers die wohl gehabt hat und wo sie jetzt äh sich wohl befindet und dass sie das
67 alles nochmal durcherlebt. #00:03:37-0#

68

69 I: hm #00:03:37-7#

70

71 Df: Das das fand ich sehr (.) sehr spannend so für mich (.) was da so passiert weil ich hab ja
72 sonst auch keinen Kontakt zu irgendjemand der dement ist #00:03:47-3#

73

74 I: Ja ja total. #00:03:49-7#

75

76 Df: Ja #00:03:51-1#

77

78 I: Und wie (.) du hast jetzt grad schon so ein bisschen beschrieben wie die Situation dann war.
79 Wie oft warst du bei ihr und wie: Lief das jedes Mal so ab? #00:04:01-8#

80

81 Df: Bei ihr war ich nur zwei Mal das ist ja oft so dass du manchmal nur ein oder zweimal da
82 bist und dann stirbt die Person schon. Und das war dann auch so beim zweiten Mal war sie
83 nicht mehr so unruhig. (.) Ja also das war schon irgendwie verändert auch das ist auch schon
84 eine Weile her ähm also auch da saß ich einfach nur bei ihr und ich glaub sie ist sogar am
85 nächsten Tag dann gestorben. (2) Ist wie wenn sie da schon sowas abgeschlossen hatte.

86 Vielleicht. Keine Ahnung Man kann ja nicht reingucken. #00:04:35-3#
87
88 I: hmhm hmhm #00:04:37-4#
89
90 Df: Und das war halt für mich eben auch das (.) das das unbefriedigende wenn das so kurze
91 Geschichten sind wo man (3) ähm dann dann gar nicht (.) Ko keinen richtigen Kontakt zu den
92 Menschen kriegt #00:04:54-1#
93
94 I: hmhm #00:04:55-0#
95
96 Df: Und es gibt halt auch Fälle also jetzt wo dann die: die: äh Hospizmitarbeiter wirklich (.)
97 lange hingehen über Wochen also wo man das dann weiß wo und wenn die Leute sich eben
98 dann noch äh unterhalten können dann ist das natürlich baut sich dann da auch eher noch an
99 eine Beziehung auf #00:05:13-4#
100
101 I: hmhm #00:05:14-2#
102
103 Df: Ja #00:05:15-5#
104
105 I: Und hattest du hattest du schonmal so einen Fall wo du dann länger begleitet hast?
106 #00:05:19-3#
107
108 Df: (2) äh:: ja:: das war eine junge Frau also ich glaub sie war mein Alter (50?)und die hatte
109 wie war das jetzt? die konnte nicht hören genau die hatte eine Erkrankung wo sie dann das
110 Gehör eigentlich verloren hat das heißt ich hab ihr aufgeschrieben und sie hat: äh aber geredet
111 und sie hat geschimpft sie war so: die hat so gehadert einfach mit dieser Krankheit auch und
112 dass sie dann im Rollstuhl war und (2) das hängt natürlich auch sehr von der ganzen Gesamt-
113 situation ab ne was sie so erlebt und das war grenzwertig für mich weil (.) die Wohnung war
114 äh:: hach (2) also da gabs glaub ich einen Hund oder eine Katze auf jeden Fall die da dann
115 auch manchmal ein bisschen undicht war und Ich glaubs war ein Hund ja und dann denkste
116 immer Wo setz ich mich jetzt hin ne? so @.@ #00:06:16-7#
117
118 I: Oh Mann #00:06:19-0#
119
120 Df: Ja und auch dieses Wie sie hadert und dann hat man am Ende ähm man hat versucht weil
121 weil man gemerkt hat der Lebenspartner der war auch sehr überfordert mit dieser ganzen
122 Pflege also der hat die ja wirklich (2) gewaschen und und dann morgens auch in in Rollstuhl
123 eben gesetzt vom Bett und ähm: also sie hat dann so auf den geschimpft Der will mich nur
124 loswerden und äh es war du denkst dir (.) der kümmert sich so:: und jetzt hat ja und man man
125 hätte eigentlich einen Platz gefunden in so ner WG:: wo sie einfach auch hätte rauskönnen ja
126 sie war ja den ganzen Tag irgendwie nur im: in der Wohnung #00:06:58-2#
127
128 I: hmhm #00:06:59-1#

129
130 Df: Ja. Und damit hat sie gehadert und das ist dann schwer auszuhalten also auch dieses äh
131 der meint es doch nur gut mit dir und du könntest doch dies und jenes machen und das ei-
132 gentlich zu sagen OKAY es ist ihre Entscheidung.(.) ja also die: wirklich nur zu kommen und
133 zu sagen Ok ich ich besuch dich damit du auch Kontakt hast damit du nicht immer alleine bist
134 (.) Ich war dann auch einmal mit ihr im Breuningerland da hat uns jemand hingebacht und sie
135 hat dann eingekauft ohne Ende wo man auch gedacht hat Ah: warum kauft sie jetzt so viel
136 Zeug? ja? Also auch also dieses zu versuchen nicht übergriffig zu werden #00:07:36-2#
137
138 I: Ja #00:07:37-0#
139
140 Df: Also sowas lernt man dann einfach irgendwie bei solchen ähm (.) Besuchen (.) ja.(.) Also
141 auch wie geh ich eben damit um wenn ich eben in eine Wohnung reinkomm wo (.) messiemä-
142 ßig ist (.) ja weil ich fang ja nicht an aufzuräumen. #00:07:55-6#
143
144 I: Ja. Ja tota:l#00:07:57-2#
145
146 Df: Ja #00:07:59-5#
147
148 I: Und und du hattest dann zu ihr eine Beziehung? Auf eine Art? #00:08:03-4#
149
150 Df: Auf eine Art schon ja ja. Also ich denk sie konnte da einfach auch manches loswerden.
151 #00:08:09-8#
152
153 I: Also dann bist du da: gewesen um zuzuhören wie sie schimpft. #00:08:13-6#
154
155 Df: Ja#00:08:14-0#
156
157 I: ok. und und wie lange wie ging das weiter hast du sie bis zum Ende begleitet? #00:08:20-7#
158
159 Df: Ne:: die ist dann ich weiß gar nicht was sich da ich glaub einfach weil sie: (.) zu wenig
160 getrunken hat auch also zu wenig Nahrung auch also gekriegt hat weil es war ja auch niemand
161 da also sie dass sie sich tagsüber versorgen konnte also ich war auf jeden Fall im Urlaub als
162 sie gestorben ist. Das hab ich dann nicht mitgekriegt also sie hat halt abgebaut und sie hätte
163 wahrscheinlich auch ins Krankenhaus müssen wegen der äh besseren Versorgung (.) ähm
164 und ne: das hab ich dann am Ende nicht mitgekriegt. #00:08:56-6#
165
166 I: hm. Das ist ja auch nicht so (.) einfach #00:08:58-1#
167
168 Df: Aber schwierig fand ich einfach dieses dass also wenn man dann so dass ich dann so
169 sauer wurde eigentlich auch auf sie dass sie so (.) unbelehrbar war sag ich jetzt mal ja? Dass
170 es eben eine Möglichkeit gibt wo es ihr vielleicht noch besser gehen könnte aber das hat sie
171 nur als Abschieben angesehen und das dann zu sagen Ok (atmet aus) das das hat ich muss

172 mich da zurückhalten. #00:09:22-5#

173

174 I: Ja. Ja tota!#00:09:23-5#

175

176 kurze Pause da der Partner von Df eine Frage bezüglich des Haushalts hat.

177

178 I: Okay(.) Ähm also kannst du mir vielleicht noch eine ähm Si Situation erzählen die so ähnlich
179 war? Also wo du die Person schon von Anfang an kanntest und sie dann begleitet hast?

180 #00:11:35-5#

181

182 Df: Also es gab, ich glaub das ist jetzt eineinhalb Ja:hre her hier bei uns in der Nachbarschaft
183 war das ein älterer Mann ähm der war wirklich sehr krank und die Nachbarn also im Doppel-
184 haus die haben sich so rührend um den gekümmert also wirklich über eine lange Zeit und die
185 haben halt dann gemerkt dass sie einfach auch mal ein paar Stunden Luft brauchen ja? Also
186 die haben glaub ich so ein Babyfon zu ihm übergelegt gehabt und so ähm:: (.) und da da da
187 wurde eben angefragt ob jemand kommt und dann hab ich gedacht da würd ich eigentlich ganz
188 gerne hingehen äh einfach schonmal weils in der Nähe ist und ich wusste dann ein bisschen
189 was und da haben wir haben eine Gemeinsamkeit einfach gefunden weil er früher in Tsche-
190 chien gelebt hat oder aufgewachsen ist ja und damit konnte ich so einen Einstieg zu ihm finden.
191 (Anmerkung: Df hat vor einigen Jahren selbst ein paar Jahre in Tschechien gelebt, da ihr Mann
192 geschäftlich dort war) #00:12:24-4#

193

194 I: hmhm #00:12:24-7#

195

196 Df: Und äh: also wenn man dann was für den anderen tun kann also dass dass er gesagt hat
197 oder mir wurde gesagt also äh ich kann ihm dann irgendwie eine Suppe machen oder irgend-
198 wie Brot kann ich ihm geben und dann aber auch was wichtig ist dass man so eine Anweisung
199 hat Muss ich ihm jetzt das Essen geben also füttern sagt man ja nicht #00:12:43-6#

200

201 I: hmhm ja @.@#00:12:44-4#

202

203 Df: und das war dann eigentlich ganz nett wir sind ich glaub wir sind nach X-Stadt gefahren
204 über Weihnachten und da hatte ich zu ihm also zu zu ihm gesagt also ähm er soll bitte noch
205 solange er soll da bleiben bis ich wiederkomm ja? @2@ #00:13:33-0#

206

207 I: Hat ers gemacht? #00:13:33-8#

208

209 Df: Das war so ja: und ich glaub vielleicht also vielleicht eine Woche später dass er dann
210 verstorben ist (.) aber die haben wirklich die Nachbarn haben alles gemacht damit er nicht ins
211 Krankenhaus muss dass er also wirklich zuhause stirbt.(.) Und da war ich dann auch hinterher
212 nochmal da: (.) also solange er noch zuhause war nochmal mit am Bett. #00:13:52-7#

213

214 I: (3) Und wie war das? #00:13:55-8#

215
216 Df: Also ich find das (.) ähm (2) wie soll ich das sagen? Also ich finds zum einen nicht schlimm
217 also irgendwie dieses den den Toten zu sehen (3) ähm (2) ich weiß nicht was ich mir jetzt
218 gedacht hab aber ja dass er einfach jetzt dass er so seinen Frieden hat. Ja nachdem was er
219 alles mitgemacht hat und so #00:14:21-1#
220
221 I: hmhm hmhm. (2) Und diese diese Szenen wo du jetzt beschrieben hast wo du einfach
222 neben ihm sa:ßt (.) da wart ihr praktisch einfach so zwei Individuen wo jeder du hast was warst
223 in deiner Welt und er war in seiner Welt sozusagen #00:14:39-3#
224
225 Df: Ähm (.) im Prinzip versuch ich dann schon so ein bisschen gedanklich auch bei ihm zu
226 sein. Also jetzt nicht drüber nachzudenken was ich jetzt nachher mache wenn ich zuhause bin
227 und was tun muss sondern wirklich dann schon da sein in dem Moment bei ihm auch ja.
228 #00:14:55-4#
229
230 I: Und und kommunizierst du da irgendwie mit dem oder stellst du irgendwie Kontakt her oder
231 nicht? #00:14:59-0#
232
233 Df: Ne:: (.) Ne::. #00:15:00-9#
234
235 I: Okay also es kann dann sein dass man einfach zwei Stunden da daneben sitzt und da ist
236 #00:15:05-7#
237
238 Df: Ja. Ja. #00:15:07-2#
239
240 I: Ah voll schön. #00:15:08-8#
241
242 Df: Also es könnte auch mal sein dass ich irgendwie mal ein Buch dabei hätte aber ähm (atmet
243 aus) ne: ich kann das eigentlich auch schon gut dass ich sag ich brauch dann einfach nichts.
244 #00:15:20-2#
245
246 I: hmhm ja das ist ja für die meisten Menschen eine ganz schwere Übung(.) also:: ich hab äh
247 ein Hospizmitarbeiter hat gemeint dass (.) dass er das nicht ausgehalten hat insbesondere
248 dann wenn die Menschen halt verwirrt waren äh oder oder halt aggressiv oder so weil er halt
249 das Gefühl hatte da ist jetzt niemand mehr wirklich da:: diese Person ist nicht mehr rational
250 und äh dann muss er aus der Situation flüchten #00:15:44-6#
251
252 Df: hmhm #00:15:45-1#
253
254 I: Stell ich mir schon auch schwierig vor also ich fand das jetzt auch eine schöne Lösung wie
255 du das mit der (.) der Frau die so dement war das man sich überlegt ne wie dass man ja auch
256 in Gedanken bei ihr ist und bei ihrem Leben #00:15:57-7#
257

258 Df: Ja! ja. #00:15:57-9#

259

260 I: Ja das ist auch eine spannende Art damit umzugehen #00:16:01-0#

261

262 Df: LAlso ich ich ich denk das ist ja oft bei Menschen dass man ganz viel: gar nicht weiß (.)
263 was der alles schon erlebt hat. Ähm ich glaub mein erster einer der ersten Einsätze war auch
264 bei ner dementen Frau da gings drum auch einfach nur da zu sein damit sie irgendwie nichts
265 anstellt sag ich mal oder dass sie halt dass halt jemand da ist. Und da hab ich überlegt was
266 mach ich denn da hab ich zum Beispiel Puzzle mitgenommen und hab aber auch ein Lieder
267 heft mitgenommen und ähm dann dann gings drum als (stammelt etwas) da sollte ich auch
268 eine Suppe machen und da hat sie mir aber irgendwie dann noch gesagt ich muss auf jeden
269 Fall den Herd wieder ausmachen. #00:16:43-3#

270

271 I: @2@cool#00:16:44-3#

272

273 Df: @2@ Also das war das ist immer so eine gefährliche Geschichte mit dem Herd ne und
274 dann hab ich so dieses Kinderpuzzle ausgepackt und dann angefangen und da hat siue gesagt
275 Ah das ist ja jetzt aber was Besonderes Aha:: also sie wusste gar nichts mit anzufangen (.)
276 und sie wusste wirklich nicht mehr was ein Puzzle ist ja? Also das fand ich jetzt auch sehr
277 interessant. Und bei den Liedern wars dann aber wirklich so wenn man dann so einen Text
278 angefangen hat also so alte Volkslieder dann wissen die das! Das ist also weiß man dann
279 natürlich wenn man so eine Ausbildung gemacht hat dass so die ganz vergangenen Sachen
280 oft sehr präsent sind oder das man erinnert sich ja dran ähm und dann können die ganze
281 Liederverse aufsagen #00:17:26-8#

282

283 I: hmhm #00:17:28-2#

284

285 Df: Ja. Und genau ich wusste dass sie mal im Chor gesungen hat so. #00:17:33-0#

286

287 I: Ah das heißt dass diese Beziehung dann möglich wird eben dadurch dass man diese Vor-
288 kenntnisse hat #00:17:37-9#

289

290 Df: Ja also wenn man so ein bisschen eine eine Biografie von den Menschen irgendwie haben
291 kann das versuchen die ja auch wenn man wenn Leute eben ins Altersheim oder ähm Pflege-
292 heim oder wo auch immer dass sie versuchen von den Angehörigen vielleicht ein bisschen
293 was über die Menschen zu: kriegen (.)ja. Ich glaub die eine Frau wo die auch nicht mehr ge-
294 sprochen hat ich glaub die war mal Tänzerin oder so: oder du siehst es vielleicht dass irgend-
295 welche Bilder aus der Vergangenheit irgendwo im Zimmer stehen wo du dir dann auch zu
296 deine Gedanken machen kannst ne was was die wohl früher gemacht haben und jetzt sind sie
297 an dem Ort. #00:18:14-8#

298

299 I: hmhm ja ja.Und da bei dieser ich glaub das war die erste Geschichte die du erzählt hast bei
300 dieser Person wos dir so sehr schwergefallen ist ähm wie war da ich bin gerade durcheinander

301 gekommen wie war das nochma:l? ähm #00:18:30-6#
302
303 Df: Also da saß ich nur das war diese wo ich glaub das die war eine Tänzerin also wo dann
304 wirklich nichts mehr gesagt hat da wusste ich sonst eigentlich gar nichts da wa: r nur abwarten
305 bis meine Zeit um ist. #00:18:40-2#
306
307 I: Und wie oft warst du da:? #00:18:41-9#
308
309 Df: Bei der war ich nur ein Mal. #00:18:43-6#
310
311 I: Ah und wie und irgendwie eine Stunde oder #00:18:47-0#
312
313 Df: Ah ich glaub es waren zwei Stunden ja. #00:18:49-7#
314
315 I: Ok krass #00:18:50-9#
316
317 Df: Hm. #00:18:52-0#
318
319 I: Ja das ist halt schwierig weil man dann ja gar gar nicht in Beziehung tritt irgendwie.
320 #00:18:55-7#
321
322 Df: Ja also es ist wirklich nu:r Unterstützung für die Pfleger im im Pflegeheim #00:19:01-8#
323
324 I: Ja #00:19:02-7#
325
326 Df: Also aus meiner Sicht jetzt Ja. #00:19:06-1#
327
328 I: Ja: ja es ist natürlich schwierig da auch eine Befriedigung dann drin zu finden irgendwie
329 #00:19:11-2#
330
331 Df: Hm. Und deswegen hab ich jetzt auch gesagt also ich möchts eigentlich gar nicht mehr
332 machen. #00:19:16-2#
333
334 I: Gar nicht mehr machst du jetzt? #00:19:18-9#
335
336 Df: Nee.#00:19:19-0#
337
338 Df hat die Stelle als ehrenamtliche Hospizbetreuerin abgegeben, laut eigener Aussage, weil
339 sie sich damit nicht wohl fühlte. Die Hospizgruppe habe ihr gesagt, dass sie bereichernd wäre,
340 was sie in einen Konflikt brachte: "Das schmeichelt dann (.) ne? (.) und andererseits hab ich
341 aber gedacht aber (seufzt) Ich wi:ll ni:cht" #00:20:46-5#
342 "Und das zu verteidigen oder das zu sagen Ich ich will das tun was ähm Oder nicht das tun
343 was mir so widerstrebt" #00:20:56-8#

1 Transkript If

2

3 **Postscript:**

4 Gesprächsführung: Frau If und I

5 Ort: ein Raum, der von der ambulanten Hospizgruppe zur Verfügung gestellt wurde. Im Hospiz
6 St. Josef. Kühler, eher dunkler Raum.

7 Tag: Freitag, 13.12.19, 16 Uhr

8 Audioaufnahme von ca. 55 min

9 Inhalte der Gespräche vor und nach Aufnahme des Gesprächs: Vorher: Wetter, „Anreise“ zur
10 Hospizgruppe bzw dem Gespräch, Danach: Fragen von If zu meinen beruflichen Vorstellungen,
11 was in der Forschungsarbeit untersucht wird

12 Keine Störungen des Gesprächs

13 Charakterzüge von If: If wirkt wie eine ernste Person, jedoch mag sie es nicht, wenn geklagt
14 wird oder Dinge nicht im positiven Licht gesehen werden. Kritische Grundhaltung, eher vor-
15 sichtig, eher unnahbar. Dennoch erzählt sie sehr offen von persönlichen Erfahrungen. Jedoch
16 bleiben diese im Rahmen der Hospizarbeit. Sie spricht sehr ruhig und generell mit vielen Pau-
17 sen als überlegte sie gründlich wie sie das Gesagte auf den Punkt bringen könnte. Dies passt
18 zu ihrer eigenen Beschreibung, dass sie sehr rational veranlagt sei. Sie wirkt nicht sehr ge-
19 fühlsgeliebt oder impulsiv.

20

21 **Interview**

22 I: Genau (.) also ähm in meinem Forschungsprojekt habe ich halt überlegt, äh welche Men-
23 schen machen Sterbebegleitung, wie sind sie dahin gekommen und was haben sie in dieser
24 Zeit erlebt...in der sie Sterbebegleitung gemacht haben. Ich würd Sie bitten einfach ein biss-
25 chen zu erzählen wie es zu allem kam und also zu der Sterbebegleitungstätigkeit und auch
26 wie lang sie da schon sind und was sie in dieser Zeit also auch so prägende Ereignisse was
27 sie erlebt haben {1.25}

28 If: (atmet tief ein und aus) cchhh ja(.) wo fang ich denn an(5) Also ich mach das jetzt seit(.)
29 ungefähr(3) vier Jahren (.) also (.) vor vier Jahren da habe ich also wie das ja alle so machen,
30 habe ich ne Weiterbildung gemacht, die geht über ein Jahr, da wird man in das Thema sozu-
31 sagen eingeführt und äh(.) an die(.) möglichen Einsatzstellen auch (.) ähm das ist ja so dass
32 einige bei uns vorwiegend in Kliniken gehen also in Palliativstationen zum Beispiel, andere
33 gehen in Familien auch, man kann auch als Angehöriger oder (.) anderweitig Betroffener kann
34 man ja (.) sich da Hilfe auch hier anfordern äh (3) andere gehen in Heime und wer jetzt wohin
35 gegangen ist nach unserer Ausbildungs- oder Weiterbildungsgruppe, das war so ein bisschen
36 zufällig, ich wusste eigentlich gar nicht so genau ähm (.) was da auf mich zukommt

37 LI: Hmhm

38 LI: also damals wars noch so, dass wir äh (5) ein sogenanntes Praktikum hatten damit man
39 die Möglichkeit hat zu gucken wie sieht das zum Beispiel in einem Heim aus (.) und ich bin
40 dann in ein Heim geraten sag ich mal in Anführungsstrichen und auch einer Dame zugeordnet
41 worden äh (3) warum diese Konstellation zustande kam das weiß ich nicht also das war ganz

42 (.) ganz lustig, weil (.) äh die begleite ich immer noch obwohl sie eigentlich nach meiner Ein-
43 schätzung immer munterer wird @

44 LI: @ ok

45 Llf: Sie ist jetzt 92 geworden vor Kurzem ähm also
46 das ist vielleicht ein Beispiel dafür ähm (.) wie ich persönlich weiß nicht wie Ihnen das andere
47 beantworten werden aber wie ich persönlich diese (.) dieses Amt auch begreife also mich in-
48 teressiert das Leben generell. {3:32}

49 LI: Hmhm

50 Llf: nich also weil äh (3) das (.) diese Endphase ist ja eigentlich
51 Teil des Lebens und äh man kann sich ja auch darüber streiten wann beginnt das Sterben
52 I: Ja

53 Llf: (5) ähm ja ich weiß nicht wie Sie das erlebt haben bei Ihrer Familie (.) also das ist ja auch
54 je nach Situation sehr unterschiedlich und (.) ja insofern ist also meine persönliche äh Tätigkeit
55 in diesen Jahren seitdem ähm (5) in (.) ich bin also in Heime gegangen äh (.) unterschiedliche
56 Heime wo unterschiedliche Patienten auch waren auch unterschiedliche Situationen natürlich
57 ähm (3) und jetzt äh auch neuerdings in (.) private Situationen (.) {4:25} Das ist natürlich ne
58 ganz andere Art von Begleitung als wenn ich jetzt ins Krankenhaus gehe oder eine Palliativ-
59 station wo in der Regel wirklich äh so Leute von uns eher angefordert werden wenn es wirklich
60 zu Ende geht (.) Sichtbar zu Ende geht (3) also das (5) es ist für mich so (.) mich interessiert
61 das Leben und und ich erlebe ja wie am Ende eines Lebens jemand auch so auf dieses Ende
62 zugeht äh so wie er vielleicht auch (.) eingestellt war in seinem Leben und ähm das ist natürlich
63 dann auch immer sehr individuell und es kommen viele Dinge dann so (.) die fokussieren sich
64 da so zum Schluss (.)

65 LI: Hmhm

66 Llf: (.) fokussieren sich ähm (.) also (3)
67 ich betrachte so meine (.) meine (.) meine (.) Bedeutung in der Hauptsache so dass ich da bin
68 für diese Menschen also (.) was immer das auch bedeuten mag (.) also nich in dem Sinne
69 dass ich irgendwas tue sondern was da passiert das ergibt sich aus der Situation heraus und
70 (.) es ist eben manchmal so, dass äh ich merke es ist einfach auch ne Aufgabe das auszuhal-
71 ten (5:44)

72 LI: Hmhm

73 Llf: nich eben also gerade nichts zu machen

74 L I: Hmhm

75 Llf: also (3) ähm (3) aber (.) da seh ich
76 das für mich so mir kommt das natürlich auch zugute, dass ich (.) schon älter bin dass ich
77 eigentlich (.) mich auch immer fragen kann (.) wie wäre das bei mir bei meiner Situation äh
78 oder in meinem Leben in so einer Situation und ähm (3) Ja ich (.) ich lern dafür (.) ich lern da
79 für mich persönlich auch sehr viel. {6:17}

80 (5)

81 I: Was dann zum Beispiel?

82 lf: (.) Naja das äh hm (5) das (.) gut ist wenn ich mich ähm (8) wie soll ich das jetzt auf nen
83 kurzen Nenner bringen (3) hm dass ich in meinem Leben äh ganz generell dieses diese End-
84 zeit auch mitein beziehe

85 LI: Hmhm Hmhm

86 Llf: also da kommt dann eben halt da kommt viele Punkte rein also zum

87 Beispiel (.) was ist denn wichtig

88 LI: Ja (.) Ja

89 Llf: also ähm (3) wenn ich da so im Rückblick das be-

90 trachte also wenn ich da so in Ihrem Alter war ich denke mal in ihrem Alter mir gings jedenfalls

91 so man hat so viele Dinge zu (.) zu bedenken zu organisieren man hat n Beruf man hat (.)

92 irgendwie äh sein Wech finden Beruf dann vielleicht ne Beziehung (.) man hat vielleicht eigene

93 Eltern und (.) da kommt so viel zusammen {7:27} das man auch äh ganz viel organisieren

94 muss und ähm (3) ja dann auch froh ist wenn man das alles so gut hinkriegt @

95 I: @ Ja

96 If: Also diese (.) diese Sinnfragen oder oder wie soll ich das sagen die Überlegung was was

97 macht das überhaupt für n Sinn oder was ist denn wichtig (.) Mach ich das alles nur weil ich

98 das irgendwie so gelernt habe dass das nötig ist oder (.) ähm kann ich da auch mir leisten

99 bestimmte Dinge infrage zu stellen das ist in der Regel (5) geht unter bei den meisten jedenfalls

100 also wir haben ja auch bei unseren bei unseren Leuten also wir haben ja auch junge Leute in

101 Ihrem Alter

102 LI: Ja.

103 Llf: Die das auch machen (.) das find ich immer ganz das find ich immer

104 ganz bewundernswert weil (.) ich find das nicht so selbstverständlich also ähm (.) wenn man

105 älter wird kommen eher so Fragen nich so (5) dass man auch so n bisschen (.) sortiert sein

106 eigenes Leben so n bisschen sortiert was ist wichtig und

107 LI: Hmhm

108 Llf: und (.) auf was kann ich

109 auch verzichten

110 LI: Ja

111 Llf: hm {8: 42}

112 I: Und denken Sie jetzt dass wenn Sie das früher gewusst hätten dass Sie was anders gemacht

113 hätten oder ist das einfach nur so jetzt ist die Zeit dafür darüber nachzudenken (.) und das ist

114 einfach okay so?

115 If: Also ich seh das so in meinem Leben in meiner speziellen Situation dass alles was ich im

116 Leben so erfahren hab dass das notwendig war damit ich das jetzt hier so machen kann

117 LI: Ja Ja.

118 Llf: Also äh ich glaube dass ich das in Ihrem Alter nich hätte machen können

119 LI: Ja.

120 Llf: Weil ich

121 (.) oder auch später (.) weil ich (.) wäre eigentlich niemals in der Lage gewesen mich selbst

122 und meine eigenen Probleme und Konflikte und Sorgen und so (.) zurückzustellen

123 LI: Hmhm

124 Llf: Das ist

125 glaub ich ne Voraussetzung weil ähm (.) äh (.) man (.) noch zu sehr an sich selbst denkt in der

126 Situation oder äh man sich selbst so in die Quere kommt dann kann man sowas nicht machen.

127 LI: Hmhm Hmhm

128 Lf: Nich also ähm (.) ist jetzt vielleicht ein bisschen theoretisch aber (3) ich glaube (.)
129 oder ich (.) ich weiß dass in meinem Fall dass diese Erfahrung die ich die ich gemacht
130 habe und auch diese eigenen äh (.) ja mehr oder weniger (.) die schwierigen Phasen dass die
131 auch nötig waren damit ich heute das einfach so (.) so zurücklassen kann (.) wenn ich dann in
132 der Situation bin ich bin eigentlich nur da im Sinne von nem Spiegel nich dass ähm (.) derjenige
133 auch die Möglichkeit hat wenn er sich noch äußern kann einfach so äh sich so darzustellen
134 mit dem was ihm am Herzen liecht und (.) ich bin da auch völlig außen vor {10:28}

135 I: Hmhm. (.) Können sie mir ne konkrete Situation erzählen wo es um dieses Aushalten geht?
136 Damit ichs einfach besser versteh

137 Lf: Ja

138 LI: Also ist es auch dieses dass die Person nicht mehr
139 sprechen kann oder

140 Lf: Ja zum Beispiel ich hatte auch ne Patientin, die stark dement war die
141 war bettlägerig halbseitig gelähmt und konnte sich auch nicht mehr äußern und da ist natürlich
142 diese verbale Kommunikation (.) die die is fällt völlig flach (.) also wir sind ja alle gewöhnt mehr
143 oder weniger uns so

144 LI: Hmhm

145 Lf: im Gespräch im Gespräch zu kommunizieren und erst-
146 mal ist man da so oder ich so ein bisschen hilflos wenn ich nich mehr reden kann mit jemandem

147 LI: Ja

148 Lf: also ich weiß nich was was wie geht's demjenigen ich hab zwar Fragen aber ich
149 kriech keine Antwort ich kann auch nich so richtig einschätzen wie ich (.) da die Situation jetzt
150 so erlebe geht's derjenigen gut oder nich gut oder (.) was wünscht die sich was könnte ich für
151 sie tun

152 LI: Hm.

153 Lf: aber ich kann sie ja nich fragen, ne?

154 LI: Ja.

155 Lf: Und äh (.) jetzt bei Patienten zum Beispiel
156 bei ner Krebserkrankung - erkrankung im Endstadium is es ja auch so (.) äh mit der kann ich
157 nicht darüber diskutieren was würde ihr vielleicht guttun

158 LI: Ja.

159 Lf: ich hatte ne Patientin wo
160 das (.) am Anfang noch ging da äh wo ich sie gefragt habe Könnt ich Ihnen irgendwie (.) ne
161 Freude mit irgendwas machen das war ne Patientin die sehr gebildet war auch sehr viel gele-
162 sen hat (.) äh ff mmm was was könnt ich da irgendwie ff Ihnen Gutes tun (.) natürlich aus
163 meiner eigenen Not heraus mal erst irgendwas äh für sie tun zu wollen und ähm (.) das äh (.)
164 ja ja hat sie mir gesacht sie würde das schon sagen weil sie auch sehr großen Wert darauf
165 legt dass sie das selber entscheiden kann also dass nichts mit ihr gemacht wird sondern sie
166 will das selber entscheiden und dann hatte ich die die glückliche Idee zu fragen Sie haben
167 immer so (.) kalte Füße und kalte Hände das is ja weil (.) in in der Endphase so dass (.) die
168 Energie zieht sich so zurück und die Hände werden ganz kalt und die Füße auch (.) ähm (.)
169 Ich könnte Ihnen doch auch mal schön die Hände massieren Sie

170 LI: Hm (schmunzelnd)

171 Llf: Sie haben so schöne
172 Hände haben Sie mal Klavier gespielt (unverständlich) Oh sagte sie (.) Das wär schön(.) Das
173 war natürlich so n Glücksfall weil ich dann natürlich direkt wusste aha das ist etwas das sie
174 auch annehmen kann (.) und ähm (.) ich hab gefragt ja sach ich ob ich für nächstes Mal mal
175 so n Massageöl haben Sie denn auch so n (.) Lieblingsduft Sagte sie Ja Mandel (.) und das
176 fand ich gar nicht so einfach das zu kriegen es gibt ja tausend Sorten
177 LI: @
178 Llf: Ja und das war dann
179 wirklich auch etwas wo (.) sie so (.) äh so glücklich äh mit war äh vielleicht auch weil das so
180 etwas war so ne Berührung die vielleicht auch in ihrem Leben nich so gut hatte oder annehmen
181 konnte oder (.) ja also das is jetzt so n so n Glücksfall dass man auch so nnn Punkt findet wo
182 man auch weiß man man (.) äh (3) überrumpelt den anderen nicht mit irgendwas nich
183 LI: Hmhm
184 Llf. nich und ähm (.) das is generell glaub ich sehr wichtig, dass man nicht ir-
185 gendetwas tut ohne wirklich zu wissen ist das für denjenigen auch ok.
186 LI: Hmhm
187 Llf: Nich also wenn
188 ich bei der Frau zum Beispiel anfangen hätte zu beten oder irgendwas zu machen dann wär
189 ich direkt draußen gewesen
190 LI+lf @
191 LI: Ja. Ja. Ja
192 Llf Nich das is ja hmmm(.) gibt ja grade viele wo auch diese Möglichkeiten am Ende
193 immer weniger werden wo man selbst entscheiden kann (.) also man gibt ja so viel ab nich so
194 an (.) Eigenständigkeit und dann äh (.) wird man immer mehr so zum zum Fall nich
195 LI: Hmhm
196 Llf: zum Patienten
197 LI: Ja.
198 Llf: Und dann wird alles Mögliche mit einem gemacht ohne dass man (.) zum Teil auch
199 gefragt wird und das is ja oft auch nötig aber (.) also da is besonders wichtig dass man den-
200 jenen nicht überrumpelt und etwas äh tut was (.) wo man nur so denkt wo ich denken würde
201 mir würde das guttun aber
202 LI: Hmhm
203 Llf: das is ja nich das Entscheidende nich sondern das
204 is ja bei jedem dann auch anders {14:56}
205 I: Aber wie verhalten Sie sich dann wenn Sie das (.) also (.) haben Sie ein Gespür dafür be-
206 kommen so langsam zu wissen bei manchen Leuten auch wenn sie nicht mehr verbal kom-
207 munizieren oder sind sie dann einfach sehr zurückhaltend und (.) das braucht eine Weile bis
208 man ein Gespür entwickelt? Wie kann ich mir das vorstellen?
209 lf: Ja also in diesem anderen Fall den ich erwähnt hab wenn wenn jemand jetzt wirklich (.)
210 extrem im Endstadium dement also gar nicht mehr sich äußern kann ähm (.) ich glaube dass
211 dieses dieses einfach Da Sein also anwesend sein dass das schon äh (.) ne Rolle spielt
212 LI: Hmhm.

213 Llf: Also(3) da gibt's ja dann auch vielleicht kleine Signale (.) zum Beispiel ist es bei der Pati-
214 entin so gewesen dass ich mir immer dann so vorgestellt hab wie mach das sein wenn die
215 schon (.) ich weiß nich wie lange nur im Bett liegt nur an ihre Decke guckt und nur nich nich (.)
216 keine Anregung hat (.) kann sich noch nich mal drehen mal in ne andere Richtung gucken und
217 so ähm (.) dann hab ich hab ich so die Idee gehabt vielleicht wär das ganz schön was an die
218 Decke zu machen was sich so n bisschen bewegt ne(.) hat ich die Idee so n kleines Mobilee
219 mit solchen Vögelchen {16:17} also äh wie weit das jetzt ankommt bei ihr äh oder angekommen
220 ist das ist natürlich jetzt, das kann ich nicht beweisen oder begründen oder so aber das ist
221 etwas wo ich so ähm (.) so gemerkt hab ich hab schon dann auch so ein Bedürfnis gehabt
222 mich so in die Situation reinzusetzen und dann so etwas zu machen (.) Sie kann hingucken
223 oder auch nicht ne das ist nichts was sich ihr so aufdrängt und (.) ähm (3) das äh (5) ja sind
224 (.) sind so so Angebote also wenn ich gekommen bin ich hab dann gefragt wie geht's Ihnen
225 denn ich wusste natürlich, nich, ich wusste natürlich dass sie nicht antworten kann und ich hab
226 gesagt Ah so wie zum Beispiel an so nem Tag wie heute Ahch das Wetter is ja so furchbar
227 LI: Hmhm
228 Llf: Ne und so n bisschen erzählt ausm Leben ne
229 LI: Ja
230 Llf: Also
231 oder oder oder jetzt ist bald Weihnachten oder oder ich (.) was auch immer also äh das da so
232 etwas vom (.) Leben über diese diese sehr eingegrenzte Situation hinaus dann auch noch so
233 ins Spiel kommt nich {17:28} (unverständlich lf+l)
234 LI: Entschuldi-
235 gung
236 Llf: Konnt ich
237 auch noch sie im Rollstuhl so n bisschen rumfahren hat sie so auch geguckt und ähm das äh
238 (.) ja das sie einfach so noch noch Teil des Lebens is nich (.) also nicht nicht im Sterbeprozess
239 sondern im Leben nich und
240 LI: Ja.
241 Llf Das is ja eigentlich auch die Aufgabe also unsere Hospiz-
242 gründerin die ähm hat das ja so formuliert das so dem Leben mehr Tage geben einfach das
243 Leben bis zum letzten Atemzug noch versucht so zu gestalten dass noch was an Lebensqua-
244 lität da is
245 LI: Hmhm.
246 Llf: das is natürlich begrenzt eingegrenzt aber ähm (.) ja
247 LI: das is besser als
248 nichts ne?
249 Llf: Ja.
250 LI: Ja.
251 Llf:(.) Sie wollten was fragen
252 LI: Ja ich hab mich grad gefragt ich
253 kenn diese Situation ja auch von meinen Großeltern die ich dann besucht hab und ich hab
254 mich immer so wahnsinnig hilflos gefühlt und das war kein schönes Gefühl und ich hab jetzt

255 grad überlegt wenn sie da so reingehen und erzählen Strengt Sie das an?(.) oder is des für
256 Sie (.) kommt des einfach von ganz tief unten und Sie es is so (.) nicht beschwerlich für Sie
257 Lf: Nein das strengt mich nicht an und zwar is es auch so in der Situation dass ich äh merke
258 und das is vielleicht an den Punkt von eben nochmal angeknüpft Ich merke ich bin nicht drauf
259 angewiesen dass ich was zurückkriege
260 LI: hmhm.
261 Lf: ich kann ja was erzählen und äh (.) und
262 ich kann die was fragen aber ähm ob ich mich wohlfühl oder nicht das hängt davon nicht ab
263 ob ich jetzt da so ne Rückmeldung kriege oder jetzt nicht
264 LI: Ja
265 Lf: also so ich bin da dann
266 einfach so wie ich zeige mich dann einfach so wie ich mich mich fühle natürlich also nicht
267 natürlich nicht mit meinen meinen individuellen äh Themen aber so so wie ich so aus m Leben
268 komme und wies da draußen aussieht {19:25}
269 LI: hmhm
270 Lf: und wo ich dann so äh (.) ja auch so n bisschen
271 drauf hinweise ja da da draußen vorm vorm Fenster schau se mal der Vogel wie schön der
272 schon singt obwohl noch Winter ist und so Sachen nicht
273 LI: hmhm
274 Lf: und so das Leben so n bisschen mit
275 mit ins Spiel kommt dass man nicht so (.) stell ich mir einfach vor als Patient schon so abge-
276 schrieben is nich
277 LI: Ja
278 Lf: so in dem Sinne so er kriecht das sowieso nich mehr mit oder (.)
279 oder oder mm ja. (.)
280 I: hmm ham Sie diesen Prozess des (.) irgendwie sich Zurücknehmens (.) wann hat der be-
281 gonnen? War der in der Ausbildung oder war des schon davor dass Sie (.) dass Sie da gesagt
282 haben (.) also (.) wann merk man des? (.) {20:10}
283 If: Ich glaube das ist einfach (.) Wie gut man das kann oder nicht ist Ausdruck einfach der der
284 eigenen Situation was man schon so (.)vielleicht im Leben gelernt hat
285 LI: Hm. Hm okay
286 Lf: nich also das
287 was ich eben sachte (.) ich weiß ganz genau äh dass ich bei meinen eigenen Eltern (.) das
288 nich in dem Maße oder in dem Sinne hätte machen können und auch nicht habe machen
289 können also im Nachhinein tut mir das schon leid dass ich so denke naja als meine Mutter in
290 so ner Situation war (.) da war so viel was mich noch geärgert hat nich wo ich so dachte
291 Mensch (.) so ein Punkt der für mich immer so so im Leben ne Rolle gespielt hat so dieses
292 sich so immer beklagen also so so äh (.) Jammern. Nich so weil ich einfach (.) bei mir selber
293 gelernt hab (.) äh dass ich mich so ausm Schopf (.) am Schopf aus der Situation rauszieh und
294 das kann ich nich so gut haben wenn jemand dann nur so jammert ne
295 LI: hmhm.
296 Lf: Aber äh äh was
297 ich bei meiner eigenen Mutter nicht gut haben konnte was eben bei mir dann auch irgendwie

298 so ne Abwehr ähm heraus(.)gefordert hat (.) das kann ich eigentlich mit dieser Distanz sehr
299 guut ne

300 LI: Hmhm Hmhm

301 Llf: Das is auch so n großer Unterschied äh ob man wirklich (.) direkt (.) involviert is mit
302 seiner eigenen Geschichte zum Beispiel mit seinen eigenen Eltern oder ob es n Mensch is der
303 wirklich was ganz Eigenes is ne

304 LI: Hmhm

305 Llf: und das is auch glaub ich ganz gut für (.) solche
306 Patienten als in Familien ähm wo jemand von außen kommt das hat mir auch jetzt aus der
307 letzten Begleitung noch die Ehefrau bestätigt sie hat gesagt das ist doch gut wenn jemand von
308 Außen kommt weil man is so in der Situation gefangen

309 LI: Ja.

310 Llf: als Angehöriger nich und hat
311 auch die Geschichten mit demjenigen nich und

312 LI: Ja.

313 Llf: und äh kann auch bestimmte Dinge dann
314 gar nicht so gut (.) annehmen ich äh versuch vielleicht auch mehr so (.) über übern Kopf (.)
315 Situationen zu zu entschärfen oder oder äh angenehmer zu machen also so dass man so (.)
316 sich gegenseitig erklärt(.)was vielleicht sein sollte könnte oder (.) also (.) äh diese Distanz die
317 ich habe {22:42} zu jemandem den ich vorher noch gar nicht gekannt hab die is glaub ich für
318 die Situation ganz wohltuend also sowohl für den Patienten als auch für die Angehörigen

319 LI: Hmhm.

320 Llf: Und da muss man natürlich erstmal gucken ich meine hier bei uns ist das ja die Frau
321 Schmid ham Sie die auch kennengelernt? Die äh diese Anfragen hier annimmt und die natür-
322 lich die Aufgabe hat zu gucken äh Wer würde zu Wem passen als Begleitung

323 LI: Hmhm

324 Llf: nich also (2)

325 das passt ja auch nich unbedingt immer nich also es gibt Leute die sagen vielleicht nee also
326 keine Frau und andere sagen keinen Mann aufgrund ihrer eigenen Geschichte vielleicht oder
327 keine junge so ganz junge oder keine alte wie auch immer also die Frau Schmid die muss
328 dann so bisschen gucken was würde passen

329 LI: Hmhm Hmhm

330 Llf: Und die hat dann auch n sehr gutes
331 Gespür das ist so mein Eindruck ähm (.) äh und (2) da is es dann so dass ähm (3) sie diesen
332 Kontakt herstellt und dann geh ich da hin und es ist dann am ersten Tag da so ne Art Vorstel-
333 lungsgespräch ne

334 LI: Hmhm

335 Llf: also ich sag es so also äh die (.) ham mich jetzt also (.) am am Ende
336 wenn man sich so n bisschen unterhalten hat Sie ham mich ja jetzt kennengelernt und äh Sie
337 können ja das so auf sich wirken lassen und mal gucken wies Ihnen möglicherweise so ge-
338 gangen ist mit mir und ob das passt (.) und wenn es wenn Sie der Meinung sind dass äh das
339 (.) gut wäre wenn ich öfter komme dann lassen Sie mich des wissen also dass dass ich da
340 auch demjenigen das überlasse ne

341 LI: Ja. Also diese komplette Offenheit sozusagen
342 lf: Ja genau also äh (.) wenn das n Patient ist von mir aus und die Schwester und die Ehefrau
343 oder so dann weiß ich ja wenn ich da zur Tür raus bin dann werden die sich darüber unterhal-
344 ten
345 LI: Ja. Ja
346 lf: und da fragt die eine Wie wie fandstde die denn?
347 I: @
348 lf: Und und es is völlig in Ord-
349 nung wenn äh wenn wenn das nicht weiter geht (.) also es is auch so dass ich auch inzwischen
350 weiß das wär früher vielleicht noch anders gewesen inzwischen weiß ich das hat(.) meistens
351 ja auch gar nix mit mir zu tun persönlich
352 LI: Hmhm
353 lf: also das kann sein dass das (.) da kommt
354 n fremder Mensch auf mich zu und das kann sein dass die mich an irgendjemand erinnert die
355 ich die ich vv kenn oder nicht mochte oder irgendwas
356 LI: hmm
357 lf: und dann hat man schon von
358 Vorherein irgendwo so Aversionen das hat ja mit der Person an sich nix zu tun ne
359 LI: Hmhm
360 lf: Aber das man einfach da(.) auch so ne gewisse Souveranität entwickelt zu sagen also (.)
361 is völich ok wenn Sie sagen (.) äh vielleicht doch eher nich oder vielleicht später oder so (.) es
362 is in Ordnung (leise)
363 LI: Also haben Sie da ne sehr große innere stabilität erlangt
364 lf: Jaa ja.
365 LI: dass Sie das äh nicht so betrifft
366 lf: Jaa. Aber das is glaub ich auch bei mir äh erst so mit dem
367 Alter gekommen also früher hätte mich das auch sehr verunsichert {25:39}
368 LI: Hmhm Hmhm
369 lf: Hab ich was falsch gemacht oder oder
370 LI: Hmm
371 lf: ich hätte nich so viel reden dürfen oder @
372 I: @ man findet da ganz viele sachen gell? @
373 lf: @ Ja
374 LI: Ja
375 lf: dass man sich dann so in Frage stellt und man
376 ähm ja man kann man wird so sich für so n Amt entscheidet wird man natürlich in dieser Ein-
377 führungswoche ganz viel was man alles falsch machen kann(.) und dann gibt's auch immer so
378 Fragen äh von den Teilnehmern so was mach ich denn wenn das und das das und das is und
379 dann is in der Regel so dass die Frau X sagt (.) im Grunde (.) kann man das gar nicht beant-
380 worten es is einfach die Haltung die man verkörpert nich also ähm (2) dass dann auch so ne
381 gewisse äh ähm äh n gewisses Vertrauen entsteht ähm(.) wenn ich davon ausgehe (.) also ich
382 (.) bin einfach da als Person so wie ich bin mit ner bestimmten Haltung auch zum Beispiel in

383 den Fragen des des Lebenssinns und des Sterbens und Todes dass ich einfach (.) davon
384 ausgeh ich verkörper diese Haltung auch wenn ich überhaupt nix sage
385 LI: Hmhm
386 Llf: und dass ich dann eigentlich auch äh wenn ich wirklich anwesend bin (.) eigentlich auch
387 so ganz viel nicht falsch machen kann
388 LI: Hmhm
389 Llf: nich also äh (.) das äh ff is irgendwo dann so so n
390 Grundvertrauen was sich entwickelt nicht dass man äh dass man dann merkt mit der Zeit ähm
391 (.) es gibt es gibt keine Rezepte und ich muss auch nix in der Tasche haben äh wo ich
392 LI: @
393 Llf: dann n Zettel raus zieh und nachgucke @ und äh (.) ja(.) {27:33}
394 I: Haben Sie das dann praktisch in diesen vier Jahren jetzt für sich äh mit den Erfahrungen
395 gelernt oder war das auch schon davor da?
396 I: Ja man muss natürlich in der Situation sein nich man kann sich ja immer viel vorstellen wie
397 das wohl wäre wenn man jetzt was wie was wo ich eben drüber gesprochen hab wenn man
398 jemanden zum Beispiel hat der der äh mit dem man auf ner ganz anderen Ebene kommuni-
399 zieren muss(.) äh) oder nur noch kommunizieren kann äh wenn man einfach so merkt Ja es
400 gibt diese Ebene diese rationale (.) Wenn Die (.) keine Rolle mehr spielen kann dann gibt es
401 ne andere Ebene das is also so diese Ebene der der der Gefühle der äh ja äh ja der Bilder der
402 Töne ähm und ähm ich denke mal da hat jeder ja vielleicht auch so n Erfahrungsschatz wo er
403 drauf zurückgreifen kann {28:27} nich also des
404 LI: Hmhm
405 Llf: des äh (8) das setzt aber Voraus dass
406 ich selber dazu Zugang habe
407 LI: Ja Ja
408 Llf: Also wenn ich nur Zugang habe übern Kopf
409 LI: Ja Hmm
410 Llf: funktioniert das nicht ne
411 LI: Ja
412 Llf: Dann sitz ich da und überlege die ganze Zeit was ich denn
413 jetzt ne
414 LI: Ja
415 Llf: oder was sag ich denn jetzt oder was könnte man (.) denn tun oder helfen oder wie
416 und da da das bringt dann nix
417 LI: Ja das hört sich für mich auch sehr wesentlich an also so
418 eine sehr wesentliche Ebene wo die Kopfebene nur noch draufgesetzt ist sozusagen aber auf
419 dieser (.) wesentlichen Ebene können alle kommunizieren (.)
420 Llf: Ja
421 LI: so kommt es mir bisschen
422 vor so auch Kinder können ja noch nich sprechen und kommunizieren ja trotzdem mit ihren
423 Spielpartnern ne
424 Llf: Ja also (.) dass Sie die Kinder ins Spiel bringen das is ganz schön weil ich ich
425 seh da auch so n Bogen (.) Das is ja so dass man einem kleinen Kind was erwachsen oder

426 oder was was groß wird erstmal (.) man kann sich man sich ja (.) dem nich nich ratio auf der
427 rationalen Ebene unterhalten also man akzeptiert das kleine Kind ja so wie es is auch ohne
428 dass es irgendwas begründen kann oder irgendwas sagen kann oder so (.) Mit all diesen (.)
429 mit all diesen ähm ja Verhaltens äh problemen die man dann möglicherweise hat also das Kind
430 schreit fühlt sich unbehaglich und fühlt sich nicht wohl und so weiter es kann einfach nicht
431 sagen warum und wieso (.) und äh man hat ja dann als Mutter sozusagen die Aufgabe äh das
432 Kind so auf der Ebene zu nehmen also heute sagt man ja man muss es da abholen wo es is
433 nich

434 LI: Hmhm

435 Llf: also man muss auf der Ebene kommunizieren wo das Kind sich befindet (.) und diese
436 rationale Ebene kommt ja immer (.) immer mehr allmählich ins Spiel nich

437 LI: hmhm

438 Llf: also wenns grö-

439 ßer wird dann appelliert man ja auch schon immer dass so oder so und nicht aus dem Grund
440 und so weiter {30:30} aber das is ja am Anfang äh is das ja ohne Belang und (.) das heißt ja
441 auch dass (.) das man das Kind als kleinen Menschen genauso wie das wie den den Menschen
442 am Ende wo der das alles nicht mehr kann äh dass man den so wertschätzt und annimmt wie
443 (.) äh (.) wie er auf dieser Ebene sich darstellen kann und ähm dieses dieses nicht mehr rati-
444 onal ähm äh (.) das ganz einordnen können nicht mehr als Mangel erfasst äh äh äh erfasst
445 sondern auch so ja des des is ne andere Ebene und der beweg ich mich jetzt also

446 LI: Hmhm

447 Llf: ähm Sie

448 verstehn das glaub ich wie ich das meine ne

449 LI: Ja natürlich klar jaja

450 Llf: also äh für mich is das so n Bogen und das
451 is glaub ich heute n Problem also in unserer Gesellschaft wir sind ja alle sehr rational ausge-
452 richtet und erzogen (.) das dieses dieses Schreks schreckensgesprenst Demenz oder alt wer-
453 den auch damit verbunden ist Ich kann das nicht mehr und ich kann das nicht mehr

454 LI:

455 Hmmm

456 Llf: Und

457 und ich krieche das nich mehr auf die Reihe (.) rational und äh es is eigentlich nur noch mit
458 Abbau verbunden I: Ja Lf: Aber diese diese Ebene der der vermehrten Konzentration sozusa-
459 gen auf diese (.) diese vegetative Ebene und diese seelische und Gefühlsebene (.) ähm dass
460 die äh mehr ins Spiel kommt und das ist glaub ich für die äh Menschen drumherum oft ganz
461 schwierig {32:05} weil die die einfach (.) manchmal verzweifeln daran dass sie nich mehr da
462 da kk man kann nix mehr reden und wenn ich dem irgendwas erkläre hat der das wieder
463 vergessen und so weiter

464 LI: hmhm

465 Llf: dass das alles ins Spiel kommt und das man (.) akzeptiert dass
466 sich dieser Mensch dann auf ner ganz anderen Ebene beweicht

467 LI: hmhm

468 Lf: und (.) darauf so einzuge-
469 hen also (.) wir so in unserem Alltagsbewusstsein und (.) unserem rationalen Denken das is
470 (.) schwer und das ist zum Beispiel für die Angehörigen viel schwerer als für jemanden wie
471 mich der da so dazukommt

472 LI: hmhm hmhm
473 Lf: Die kennen den Menschen ja über die ganze Geschichte nich
474 also

475 LI: Ja
476 Lf: die wissen die wissen der hat auch früher immer (.) alles das und das so und so ge-
477 macht und gesagt und jetzt (.) jetzt äh versteh ich den gar nicht mehr also äh (3) dass dies
478 diese diese Ungeduld auch dann so mit diesen nachlassenden Fähigkeiten von so ner De-
479 menzpatientin zum Beispiel (.) die wird wird natürlich massiv (.) mehr und mehr weil man ja
480 viele sagen dann ich ich erkenn ihn gar nicht wieder ne

481 LI: hmhm
482 Lf: er hat doch früher nich und stell dir
483 mal vor (.) was der gesacht hat und jetzt versteh ich ihn und so weiter und da kommen so (.)
484 Kränkungen mit rein und so

485 LI: Hmhm
486 Lf: dass das auch nich gewürdigt wird was man selbst so als
487 Partner vielleicht noch macht und fühlt sich verkannt und und unverstanden und {33:32} (2)
488 ähm kann das eben nich realisieren dass man das von demjenigen nich mehr erwarten kann
489 I: Hmhm. Und haben Sie da vermittelnde Rolle oder sind Sie allein für den ähm also den Bedürf-
490 also den Kranken dann da oder (.) erklären Sie dann auch Schauen Sie das is jetzt vielleicht
491 (.)

492 Lf: Also vermitteln kann und darf ich nicht

493 LI: Ah ok hmhm
494 Lf: Also ich hatte ne Patientin die war die war End-
495 stst Endstadium Lungenkrebs und ich hab die dann besucht und die saß auf ihrem Bett und
496 hat geweint(.) und dann sachte die Schwester Sie will rauchen aber sie kann doch nicht rau-
497 chen ist doch ist doch völlig ausgeschlossen und die Frau hat die Patientin hat geweint und
498 gesacht (.) Ich hab doch sonst keine Freuden mehr im Leben(.) So und da darf ich natürlich
499 NICH wenn ich da am Bett steh mit der Schwester zu der Schwester sagen Lassen Se die
500 doch rauchen

501 LI: Ja ja.
502 Lf: Is völlich klar ich hab mich dann natürlich nicht geäußert und hinterher
503 dann (.) als wir uns unterhalten haben die Schwester und ich in der Küche hab ich gesacht Hat
504 der Arzt das verboten und darf sie das nicht Nee verboten hat er s nicht Ja ich sach Eigentlich
505 warum soll sie nich rauchen wenn das ihre einzige Freude is

506 LI: hmm
507 Lf. Da hat die Schwester
508 dann auch so n bisschen drüber nachgedacht und hat dann (.) hat dann ähm sich da auch
509 ähm hat dann wahrscheinlich auch gedacht Naja warum eigentlich nicht? {34:55}
510 I: @ Ja. Also in dem Moment ham Sie schon vermittelt irgendwie

511 If: Ja aber jetzt nicht direkt ne
512 LI: Ja. Ja. Ja
513 LIf: man kann nich hmm also was was die beiden dann unterei-
514 nander machen da kommt ja auch ganz viel ins Spiieel so die eine fühlt sich von der Schwester
515 natürlich bevormundet und tssschh also aber da da darf ich mich natürlich oder kann ich mich
516 natürlich nicht einmischen aber naja aber das war also in diesem speziellen Falle schon ganz
517 putzich weil
518 LI: @
519 LIf: die hat dann auf der Bettkante gesessen und (.) und hat
520 gedreht
521 LI: Hmhm
522 LIf: ich hab gesacht Ich kann Sie ja so gut verstehen ich hab ja auch gedreht als ich
523 Studentin war auch geraucht und sie hat gedreht und war so glücklich Das war dann (.) die
524 vorletzte Zigarette auch aber äh ja ich denk mal wenn wenn wenn es wenn es wirklich so ist
525 das jemand sacht das is meine einzige Freude noch nich warum soll man das verbieten (.) I:
526 Ja
527 If: Genauso wie wenn jemand noch n glas Sekt trinken will oder was was auch immer also (.)
528 das steht mir ja auch nich zu dem anderen ähm (.) da (.) äh ff das das zu bewerten {36:11}
529 I: hmhm. (.) Aber wenn jetzt so n Angehöriger (.) also (.) ich ich hab so das Gefühl Sie
530 haben halt ganz viel verstanden (.) und Sie merken dann (.) der Angehörige versteht jetzt nicht
531 dass es nicht mehr um die Kopfebene geht.
532 If: hmhm
533 LI: (.) Erklären Sie dem des? Oder halten Sie
534 sich da raus und Sie sind für den Patienten da und (.)Sie denken diese Pers also auch mit
535 dieser Akzeptanz diese Person wird vielleicht den Weg finden oder geht n andern Weg also
536 dieser Angehörige oder mischen sie sich da ein
537 LIf: Nein also wenn das wie gesacht so is dass
538 ich dann hinterher in nem anderen Raum mich mit ihr unterhalte
539 LI: Ja
540 LIf: Und und sie ich sage
541 ihr ja nich ich würde das jetzt so oder so machen
542 LI: Ja Ja.
543 LIf:das natürlich nich sondern ich hab sie ge-
544 fracht äh
545 LI: Ja.Sie machens über das
546 LIf: dann dann hat sie und das is eben auch ne Bedeutung die vielleicht jemand hat
547 der von außen kommt (.) sie hat immer so und so gedacht und ich frage dann ja (.) Muss das
548 so sein? Und sie fängt dann an darüber nachzudenken dass es ja auch anders sein kann
549 LI: Ja
550 LIf: und äh insofern kann sie das dann auch ganz gut als Anregung so annehmen ähm
551 was sie dann damit macht is ja ne andere Frage weiß ich nich kann ich auch nich bestimmen
552 ne
553 I: ja aber da geht's auch wieder nich um sie ne

554 Llf: Ja und es gibt ja
555 Ll: also des ja
556 Llf: wenn wir jetzt mal diesen Fall konstruieren
557 ren nich es kann ja auch sein dass die sagen würde Nein das darf sie auf gar keinen Fall und
558 äh so dann wär das für mich sozusagen abgehakt nich
559 Ll: Hmhm
560 Llf: nich also ich kann sie nich dazu
561 bringen das irgendwie anders zu machen oder so
562 Ll: Ja Ja
563 Llf: sondern das is is ja dann ihre (.) ihre
564 Entscheidung und äh äh sie is ja also in dem Fall praktisch rund um die Uhr mit der Frau
565 zusammen und insofern äh muss sie das so machen dass es für sie (.) gut is(.)
566 Ll: Ja ja.
567 Llf: Nich sonst
568 bringt man ja auch da so ne Irritation da rein nich dann würde die ja sagen ich mach das hier
569 vielleicht auch alles falsch und und (.) könnte sein also ich konstruier jetzt mal
570 Ll: Jaja
571 Llf: also wenn
572 man sich da irgendwie einmischt also das äh (.) das kann eigentlich nur (.) dadurch das ich ff
573 vielleicht so ne Frage habe kann das dazu führen dass sie vielleicht überleht (.) jo vielleicht
574 (.) is da ja was dran
575 Ll: @
576 Llf. Also (.) also insofern is das auch wichtich jetzt was ich eben er erklärt
577 hab mit diesem (.) man muss gucken dass man (.) zinander passt (.) das is ja so wenn man
578 in ne Familie geht(.) da is ja nich nur der Patient da sind ja auch (.) die anderen drumherum
579 und (.) ich hatte ne andere Patientin wo mm zwei Töchter waren da hab ich zu den Töchtern
580 gesagt (.) also (.) sie haben mich ja jetzt kennengelernt (.) wenn Sie (.) wenn sie sich gut mit
581 mir fühlen dann wird das Ihre Mutter auch wahrscheinlich (.) so so sehen (.) weil ich kann Ihre
582 Mutter ja nicht fragen nich sie spricht ja nich aber (.) natürlich spielt das ne Rolle nich ob ob
583 Ll: hmhm
584 Llf: die Tochter da jemanden äh schickt oder oder ruft äh (.) ob die den oder diejenige äh
585 mag oder nich ne l: Ja lf: also das hat ja ne Auswirkung auch wenn man darüber gar nich redet
586 das is ja alles nonverbal und äh insofern äh (2) denke ich mal dass (.) selbst wenn man da
587 überhaupt über gar nichts redet also diese Haltung (.) die die jemand so verkörpert die wirkt
588 und dann kann ja jemand sich schh(.) jemand ja spüren passt das oder nicht
589 Ll. Ja
590 Ja. lf: Ich mein geht Ihnen ja genauso nich wenn wir uns hier treffen nich und ich (.) ich red
591 alles Mögliche und wie wie (.) Sie haben irgendwie dann so n Gefühl so wie is die und wie
592 wieso macht die das und das is so ihre Grundhaltung und dann merken Sie ja auch ob das
593 geht oder nicht das (.) oder ob Sie sich da gut fühlen oder nicht gut fühlen
594 Ll: Ja das is ein-
595 fach so n Bauchgefühl ne
596 Llf: Ja!

597 LI: Hmm Ja
598 Lf: das kann man auch nicht erklären(.) und wenn das kann ge-
599 nau so gut sein dass Sie auch zum Beispiel ich konstruier jetzt auch mal wieder (.) dass Sie
600 hinterher wenn Sie n Interview machen ähh Sie dann sagen Mensch die die erinnert mich
601 genauso an meine Tante sowieso
602 LI: @@
603 Lf: die war so furchbar@ die war so furchbar nicht da kann die (un-
604 verständlich) auch nix dafür ne aber das sind so Dinge die wirken. {40:25} und deswegen wenn
605 man merkt so (.) am Anfang (.) das ist irgendwie nicht (.) das irgendwas nicht so (.) stimmt dann
606 sollte man's (.) nochmal thematisieren Wir haben ja hier auch die Supervision
607 I: hmhm
608 Lf: wo man auch (.) sowas besprechen kann nicht
609 I: waren Sie schon in so ner Situation? {40:42}
610 Lf: das (.) das ich so (.) nicht gewollt war oder wie wie
611 I: Oder auch das Sie vielleicht mal gedacht haben Uii das ist jetzt ne herausfordernde Situation
612 für mich(.) also entweder wo Sie schon in die Familie sich vorgestellt haben oder eben der
613 Patientin oder auch während der Begleitung wo Sie (.) einfach gespürt haben Das fordert mich
614 sehr
615 Lf: (atmet ein)
616 LI: heraus
617 Lf: Also bei mir war das so bisher dass (.) ich weiß nicht ich weiß nicht womit ich das verdient
618 hab aber ich hatte sehr (.) ich hatte immer so Begleitungen wo ich so dachte das ist so ein
619 Geschenk dass ich da (.) in dieser Begleitung auch so viel für mich lernen kann nicht auch weil
620 ich konfrontiert bin auch so mit Fragen die auch für mich von Bedeutung sind und mich so (.)
621 ja ganz gut ähm (.) von Vorneherein mich so gut hab einlassen können und weiß ich nicht ob
622 das (.) kann ich ja (.) Frau Schmid nochmal positiv anmerken aber vielleicht ist es ja auch
623 einfach so dass ich das gut so nehmen kann wie ist
624 LI: hmhm
625 Lf: Das kann auch sein nicht (.) also
626 das will ich nicht ausschließen dass es so ne Situation mal geben könnte wo ich (2) wirklich
627 dann auch mal Probleme hab oder derjenige (.) wo man so merkt äh irgendwas stimmt da nicht
628 aber(.)
629 LI: hmhm
630 Lf: bis jetzt hat ich das noch nie
631 I: Können Sie mir erklären ähm weil Sie grad gesagt haben dass Sie da immer so viel für sich
632 lernen können Sie mir (.) von ner Situation erzählen was Sie da für sich rausziehen konnten
633 das wird ja wahrscheinlich jedes Mal ein bisschen was Anderes auch sein oder?
634 Lf: (.)Ja also das ff sind (2) sind sind so so Punkte wo ich wo ich zum Beispiel merke (.) mmm
635 (2) zum Beispiel so ne gewisse Unsicherheit also ich nehm mal wieder diesen Fall (.) wo ich
636 so merke also ich kann also rational da nicht irgendwie (.) mich mich einstimmen mit demjeni-
637 gen (.) ähm dass ich so (5) ähm so ne gewisse Unsicherheit hab erstmal so (4) wie ich mich
638 auch so mein meine eigene nonverbale Ebene so einlassen kann also s is ja irgendwie dann
639 s is (.) auch das ist ja nicht so von vornherein so da das entwickelt sich ja so und ähm dass

640 ich dann so mit der Zeit merke Ja ich kann da auch (.) mir vertrauen und das das is auch für
641 mich so ne gewisse Beruhigung wenn ich so an mein eigenes Ende denke also ich meine
642 natürlich macht sich ja jeder wahrscheinlich mehr oder weniger Gedanken wie das so sein
643 könnte man kann vieles vorher Denken oder Planen nich also (.) jeder macht heute inzwischen
644 eine Patientenverfügung weil wenn ich in der Situation bin das will ich nich und () so weiter
645 aber äh das is ja letztendlich in der Situation selber ja doch nochmal anders {43:47}

646 LI:HMhm

647 Llf: Und ähm (8) ja äh (.) ich glaube dass es dass es hilfreich is (.) dass ich merke ich
648 kann schon auch so n gewisses Grundvertrauen haben dass ich vielleicht auch mich dann so
649 nehmen kann wie ich wie ich bin also äh

650 LI: hmhm

651 Llf: ich denk mal wenn ich das äh (2) im im
652 Kontakt mit nem anderen habe dann dann ich mir vorstellen dass ich (.) ich das äh dann auch
653 fffür mich entwickeln werden wo ich natürlich auch weiß also mir würde das auch nicht leicht
654 fallen wenn ich so merke ich äh (.) mmi mir zerrinnt so (.) mein mein mein Denkvermögen ich
655 bin auch so (.) natürlich für mich ist das immer wichtig gewesen ich hab immer immer viel
656 auch gelesen mich bescheftigt so mit mit mit grundsätzlichen Themen und hab viel auch an
657 der Uni gemacht auch mit Philosophie und Ethik und und Theologie wos ja um alle diese Fra-
658 gen geht nich also was ist n gutes Leben

659 LI:Hmhm Ja

660 Llf: nich also was was was ist der Mensch
661 oder wo geht's wo geht's hin (.) da kann man ganz viel drüber nachdenken das find ich auch
662 alles unheimlich spannend aber dann kommt ja möglicherweise auch so ne Zeit wo ich das
663 alles(.) nich mehr so greifen kann sondern dann dann zeigt sich zeigen sich diese Fragen auf
664 ner anderen Ebene ne I: hmh Lf: also was bleibt denn dann oder ähm (.) is es denn wirklich so
665 (.) was mich immer so n bisschen erschreckt wenn wenn (.) wenn Menschen oder Angehörige
666 dann so sagen (.) der is ja nur noch so die körperliche Hülle(.) nich also (.) ähm oder (.)das is
667 ja nur noch vegetiern (.) nich also wenn Menschen dann überlegen will ich das überhaupt noch
668 so das Leben (.) wärs nich besser dann wirklich auch Schluss zu machen nich (.) für die is der
669 Mensch dann irgendwie nich mehr sinnvoll oder (.) oder s eigene Leben und dass ich einfach
670 so (.) so so n Vertrauen einfach auch (2) entwicke und spüre und dass ich denke Ja Ich bin
671 dann auch noch was wert auch wenn ich nicht mehr drei und drei zusammenzählen kann aber
672 ich bin dann ähm (.) äh hoffentlich keine Zumutung für die die dann mit mir zu tun ham nich
673 das is ja dann auch immer so n äh wichtiger Punkt für viele nich {46:20}

674 I: Ja

675 Llf: äh der äh wenn sie nich mehr so komplett äh da sind dann sind sie ne Zumutung für andere
676 und

677 LI: Ja (.) Ja es hat eine sehr große Schönheit in sich find ich dieses (.) auch wieder
678 dieses Wesentliche und dieses Akzeptierende ähm (.) und diese sehr große Liebe und Würde
679 des Menschen einfach ne (.) des sind ja (.) sehr große Themen mit denen Sie da auch arbeiten

680 Llf. ja also (.) ich (.) ich kann das natürlich auf mich bezogen(.) äh kann ich das nur
681 (.) mm hoffen und mir wünschen und (.)daran aber arbeiten in der Form dass ich eben so
682 merke Ja das sind so Situationen das sind genau so Situationen

683 LI: Ja
684 Llf: wo das äh dann entweder
685 trägt oder es trägt dann nich mehr ne
686 LI: Ja Ja
687 Llf: nich also (3)äh das sind für mich so so (.) Fragen die
688 mich auch auf die Situation konkret also hier und jetzt so verweisen und nicht auf irgendetwas
689 das dann vielleicht später kommt oder (2) auf Glaubensfragen also äh ich denke mal wenn
690 das für nen Patienten wichtich wäre so einen hatte ich noch nich so ne Begleitung aber wenn
691 das für jemanden wichtich wäre über solche Fragen zu sprechen dann würd ich mich da auch
692 drauf (.) gut drauf einlassen können aber für mich persönlich is das (.) is wichtich so (.) die
693 Situation jetzt na also dass es jetzt passt und ähm {47:51}(3) s kann morgen (.) s kann morgen
694 alles anders sein und das (.) bewirkt auch bei mir so eine (.) große Dankbarkeit auch nich
695 also(.) nich in dem Sinne dass ich jetzt so das so empfinde also gut dass es mir nicht so
696 schlecht geht wie demjenigen jetzt sondern Dankbarkeit auch für das was in so ner Situation
697 überhaupt noch Qualität hat ne? Und möglich is ne
698 LI: hmhm hmhm
699 Llf: (.)
700 LI: schön. (2) Darf ich Sie noch fragen: Wie
701 sind Sie denn zur Hospizarbeit gekommen(.) wie kam das?
702 lf: Ja das war nachdem ich äh (3) ich hab ja eben gesagt ich hab jahrelang ziemlich viel an
703 der Uni gemacht auch und und viel gelernt auch so so Bezü Bezüge herzustellen so über das
704 Leben und den Menschen an sich und hab gemerkt also irgendwie Jetzt muss ich was tun
705 LI: hm
706 Llf: Ne also jetzt hab ich so viel auch äh ähm (.) so viel Bewusstsein für das was was (.)
707 wichtich und wesentlich is äh darüber könnt ich natürlich bis in alle Ewichkeiten noch drüber
708 nachdenken reden und
709 LI: @
710 Llf: @ aber aber jetzt muss ich auch was machen und (.) da kam ir-
711 gendwie dieser Punkt dazu (.) dass ich erstmal generell gedacht hab Ja Ehrenamt und was
712 könnte man da (.) was könnte ich da machen(.) also äh die Möglichkeiten die es so (.) gibt hab
713 ich so abgewogen und äh ja und ich bin jetzt auf dieses Thema gekommen weil ich äh (2)
714 gemerkt habe äh zum Einen das is das was ich eben schonmal angesprochen hab zum Einen
715 dass ich merke dass ich mich auch mehr und mehr so hinten anstellen kann nich also im im
716 Kontakt aber auch weil ich jetzt mit diesen mit diesen Gef Fragen konfrontiert bin die für mich
717 ja auch alle ne Rolle spielen nich also
718 LI: hmhm hmhm
719 Llf: das äh das es immer so hieß dieses Leben
720 auf (.)das Ende hin(2) das man ich meine im Grunde ist das ganze Leben eigentlich so ein
721 Leben auf das Ende hin aber natürlich jetzt so in meinem Alter erst recht ne
722 LI: hmhm (.)
723 Llf: und äh dass
724 man das (.) das ich das mehr und mehr einbeziehe {50:09} und dass das auch nichts ist was

725 mich irgendwie (.) äh schreckt sondern(.) dass ich mich damit auch ganz gut schon konfron-
726 tiern kann

727 LI: hmhm hmhm (.)

728 Llf: und äh (.) ja es ist nichts (.) Nichts wovor man Angst haben muss also wenn
729 mich (.) wenn mich so Menschen gefragt haben was machst du denn so und dann hab ich
730 gesagt ich mach ehrenamtlich das und das Ohh! Toll! haben sie dann gesagt zum Teil das
731 könnte ich nicht das könnte ich nicht

732 LI: hmhm

733 Llf: und ähm (.) das is so n so n Ausdruck natürlich auch
734 davor Uaaghh nich

735 LI: Ja ja

736 Llf: also (.) ähm(3) großer (.) Schrecken nich wenn man so jung is wie
737 Sie deshalb find ich das ja auch toll wenn Sie so n Thema haben also wenn man jung is man
738 muss sich ja noch nicht unbedingt so beschäftigen es sei denn (.) äh(.) ich meine es gibt ja
739 auch (.) sehr junge Menschen (2) hhh die in diese Situation dann kommen und als Patienten
740 ne und dann auch sogar Kinder und das is natürlich (.) natürlich nich so n Thema was nur (.)
741 was mit alten Leuten zu tun hat aber (.)

742 LI: hmm

743 Llf: trotzdem also ähm ja dieses (.) dieses Leben so i im
744 Bewusstsein (.) nicht dass es irgendwann mal zu Ende is das sagen ja die meisten Jaja sterben
745 muss jeder ne so ungefähr

746 LI: hmhm

747 Llf: sondern dass man weiß (.) ja es is ne begrenzte Zeit (.)
748 ich weiß auch nich wenn ich morgen zum Arzt geh und der sacht mir ich hab noch vier Wochen
749 {51:40} (.)

750 LI: hmhm

751 Llf: ich weiß auch nich ich mein ich kann da jetzt so drüber sprechen ich weiß
752 auch nicht wie es mir da gehen würde aber ich hab auf jeden Fall die Möglichkeiten (.) ja (.) zu
753 erfahren was manchmal (.) auch dann ne Rolle spielen kann nich und äh ff (.) ich muss das
754 nich so ff(.) von mir fernhalten nich das is schon ganz gut
755 I: ja ich finde auch so wie Sies schildern bereichert das Sie ja auch einfach sehr also (.) ich
756 hab das Gefühl das macht ja ihr Leben sehr (2) sehr tief

757 Llf: Ja.

758 LI: Also sie nu nutzen ja also Sie
759 könnten sich ja jetzt auch die ganze Zeit ablenken und ähm ich hab das Gefühl das wär Ihnen
760 nich genug {52:24}

761 I: Ja ich meine man kann natürlich wenn man nich mehr arbeiten muss man kann sich viel
762 beschäftigen nich man kann n Töpferkurs machen an der Volkshochschule und (.) alles Mög-
763 liche nich aber (.) äh sag mal so dieses äh äh (10) äh tief klar ähm äh das is ja mal so die
764 Dimension im Leben wo dann einfach so diese wesentlichen äh Dinge mehr und mehr äh
765 aktuell werden und wo dann das was nicht wesentlich ist immer mehr zurückbleiben ne
766 I: hmhm hmhm

767 Llf: nich also äh geht mir heute manchmal so wenn ich so (5) wenn ich so Dinge in die Hand
768 kriege ich hab jetzt so (.) unheimlich reduziert auch so in meinem Privatleben so auf (.) ich hab
769 mich so ingedampft so auf
770 LI: @
771 Llf: @auf das Wesentliche und da hab ich ganz viel auch abge-
772 geben und verschenkt un so weiter und dann nehm ich so Dinge in die Hand so von mir aus
773 irgendwas zum anzieh'n oder so Sachen und denk mir Mensch dass ich da früher so viel Geld
774 für ausgegeben hab das kann ich heute überhaupt nich mehr verstehn
775 LI: hmhm @
776 Llf: das is so n
777 Ausdruck dafür nich also das is etwas das war mir früher so viel Geld wert ne
778 LI: hmhm
779 Llf: und heute (.)
780 kann ich das gar nich mehr nachvollzieh'n und so (.) ändern sich dann auch so die Maßstäbe
781 nich was man so(.) für wichtig hält und(.)
782 LI: hmhm
783 Llf: äh das das tut auch ganz gut weil ähm (.) ich
784 denk mal so dann dann dann entbehrt man auch so am Ende nich mehr so viel
785 LI: Ja
786 Llf: also
787 LI: Ja
788 man hat das ja auch irgendwie alles drin (.) in sich und man braucht nicht mehr so viel außen
789 sondern in sich und in Beziehung vielleicht auch
790 Llf: ja es is auch n Prozess nich also ich hab
791 natürlich auch immer gesacht (.) vo voher ah ich kann auf alles verzichten
792 LI: hmhm
793 Llf: aber in dem
794 Moment wo man sich entscheiden muss ja
795 LI: @Ja ja
796 Llf: sieht das ganz anders aus und und ähm
797 und ähm das sind immer so kleine Prüfungen nich so Kann ich das wirklich oder is das nich
798 doch so geht mir manchmal immer noch so hätt ich hätt ichs doch behalten
799 I: Ja @ (2) Ja
800 also ich danke Ihnen bis hierhin schonmal seehr. {54:44}

1 Transkript Jf

2

3 **Postskript**

4 Gesprächsführung: Frau Jf und I

5 Ort: ein warmer, heller Raum im Hospiz, der von der ambulanten Hospizgruppe zur Verfügung
6 gestellt wurde.

7 Tag: Do, 19.12.19

8 Audioaufnahme: ca 55min

9 Charakterzüge von Jf: wirkt unsicher, versichert sich oft, erzählt eher kürzer und wartet auf
10 Nachfragen (leicht französischer Akzent)

11

12 **Interview**

13 I: Ich Ich mache ein Projekt äh wo ich über Sterbefor äh Sterbebegleitung forsche (.) und ähm
14 mich interessiert eigentlich wie sie zur Hospizgruppe gekommen sind und was Sie seit diesem
15 Zeitraum erlebt haben also (.) einfach spontan Dinge die Ihnen einfallen (.) Erlebnisse (.) Sie
16 dürfen einfach so frei berichten wie Sie möchten {1:38}

17 Jf: Gut. Aber Sie stellen zwischendurch ein paar Fragen oder? Ich kann ja nicht so (.) lange
18 frei reden

19 I: Genau wir machen einfach ein Gespräch Es ist nicht so direkt ein Interview es ist
20 eher ein Gespräch wo ich einfach (.) ich bin einfach interessiert daran was Sie erlebt haben.

21 Jf: Also erste Frage wie ich wie kam ich dazu wie denk ich wie ganz viele von meinen Kolle-
22 ginnen und Kollegen hier (.) über eine persönliche Begegnung mit dem Tod hm na. Und in
23 meinem Fall war das der Tod meines Mannes(.) der vor dreiundzwanzig Jahren gestorben ist
24 (2) ganz plötzlich(.) und das war auch unter relativ dramatischen Umständen(.) Und ich hab
25 zuerst selbst eine Trauergruppe besucht dann eine kleine Ausbildung als Trauerbegleiterin ein
26 Trauercafé mitgestaltet (.) und irgendwann kam der Wunsch: Jetzt will ich nicht nur die Seite
27 der Trauernden sondern die Seite des...der Sterbenden kennenlernen und so hab ich mich
28 (.)dann bei der ähm Hospizgruppe (.) beworben sozusagen (3)

29 I: Hmhm. Und haben Sie (.) also (.) ist dieser Prozess der Verarbeitung äh des Todes Ihres
30 Mannes is (.) is der irgendwann abgeschlossen gewesen und dann haben Sie sich bereit ge-
31 fühlt oder ist das dieser Prozess wo Sie sich damit auseinander gesetzt haben? {3:10}

32 Jf: Also ich fühlte mich dann äh nach etwa nach zwei Jahren glaub ich (.)ja oder zweieinhalb
33 Jahren fühlte ich mich selbst bereit für Sterbebegleitung oder für die Arbeit hier (.) Die damalige
34 Leiterin in unserem Interview hat dann gesagt Hm ich glaube es ist noch zu früh

35 I: Hmhm

36 LJf: warten wir noch ein bisschen (.) und dann hab ich mich ein Jahr später nochmal
37 (lacht kurz) äh beworben und dann bin ich nochmal vorstellig geworden und dann da hats
38 geklappt (mit Lächeln in der Stimme)(.) sozusagen

39 I: Ach toll! (3) Und haben Sie das auch selbst gespürt, dass Sie da noch nicht bereit waren
40 weil Sie haben sich da ja
41 LJf: Nein ich war
42 LI: beworben
43 LJf: vielleicht nicht aber ich habe ihre die Entscheidung von (.) der Lei-
44 terin da respektiert aber mein gefühlsmäßig glaub ich hätte ichs äh auch geschafft aber es ist
45 schon wahr Zu früh man muss selbst(.)ziemlich stabil sein um diese Arbeit leisten zu können
46 und (.) vielleicht hat sie das anders eingeschätzt als ich mich sah ja. (.)
47 LI: Hm. (.) und wie
48 sehen Sie das (.) also (.) wie ist das im Verlauf der Zeit so gewesen war das am Anfang sehr
49 schwer zu begleiten?{4:26}
50 Jf: Ja aber ich glaube nicht schwer wirklich weil ich äh soo mmm selbst eine(.) Erfahrung hatte
51 die so nah war, hm?
52 LI: Hmhm
53 LJf: Sondern weil diese Konfronta also ich hol vielleicht ein bisschen
54 nach
55 LI: Ja gern
56 LJf: ein bisschen zurück Mein Mann ist dann beim Fahrrad(.)fahren im Wald gestorben
57 hm? Ich war also nicht dabei Und ich glaub oder jetzt inzwischen weiß ich was ich damals hier
58 gesucht habe (.) war dieses Stück was mir gefehlt hat dieses Stück begleiten, dabei sein (.)ihn
59 (.) Er ist allein im Wald gestorben na? I: Hm Jf: Äh das ich glaube es ist ein (.) Teil meiner
60 Motivation war mir denk ich am Anfang nicht ganz so bewusst aber jetzt denke ich (.) ja dann
61 das das wars {5:28} und (.) aber da konfront es is am Anfang immer ein bisschen schw schon
62 schwerer (.) glaub ich wenn man keine Erfahrung hat wenn man zwar diese Ausbildung ge-
63 macht hat aber..ich hab hatte ganz schöne äh hm wie sagt man? (.) Muffe @
64 I: hmhm. Hmhm.
65 Jf: oder Angst ähh ähh bei der ersten Begleitung hm.
66 I: Können Sie mir davon erzählen?
67 Jf: Ja weil es die erste Begleitung war hab ich es natürlich gut in Erinnerung ich denke die
68 Ängste, die ich hatte, wären gar nicht nötig gewesen weil das war in: in der XStraße in einem
69 Pflegeheim, glaub X heißt das ich bin seitdem nie mehr da gewesen (leises Lachen) ähm die::
70 und es war eine alte Dame sehr alte Dame die schon nicht mehr ansprechbar war (.) das ist
71 wovor man glaub ich Angst hat dass man was falsch macht oder was falsch sagt
72 I:hmhm
73 Jf: Ich konnte in dieser Begleitung eigentlich nix falsch::es machen (lacht kurz auf) oder auch
74 sagen (.) ähm woran ich mich noch gu:t erinnere ist dass ich saß neben dem Bett der alten
75 Dame und kam mir da ziemlich überflüssig vor äh also beim ersten Mal denk ich Was mach

76 ich denn da? Das war scho Ich weiß noch ganz genau weils schönes Wetter war Frühling und
77 ich dachte Eigentlich wollte ich meine Fenster putzen
78
79
80 Ergebnis gesehen ja
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100
101
102
103
104
105
106
107
108
109
110
111
112

LI: @
LJf: dann hätt ich auch ein

LI: Hmhm
LJf: Und da ob ich da (.) damals wars gefühlsmäßig ob ich da bin oder nicht ä:hm macht das keinen Unterschied (.) Inzwischen hab ich in dieser langen Zeit die ich hier bin gelernt erstens(.) ruhig zu sitzen zur Stunde (.) das kann ich jetzt viel besser und auch das Gefühl oder diese (.) Ich glaub es macht doch einen Unterschied (.) ob jemand neben dem Bett sitzt oder auch nicht. Auch wenn der Sterbende die Sterbende sich nicht mehr äh bemerkbar machen kann also wenn ich komm zur ihr ihre Hand zu streicheln oder weil sie auch nicht zurückdrücken oder so also ich war da Ich hab gefühlt Ich krieg gar keinen Kontakt (.) mit i:hr (.) aber inzwischen denk ich Sie wird trotzdem was spüren (.) irgendwas (.) ist das (2) dafür ist es gut dass ich da bin.

I: Ja (.) Haben Sie öfters diesen Fälle dass der dass
LJf: Wir werden oft (.) relativ spät gerufen und dann kommt man in solche Fälle na wo der Sterbende die Sterbende schon relativ weit von uns entfernt ist und wo man das Gefühl hat Ich kann ich weiß nicht viel oder gar nix von der Person (.) Das ist finde ich bisschen (.) ja manchmal bisschen schade ich würd gerne bisschen mehr (.) erfahren (.) Deswegen hab ich mich für Lange also für Langzeitbegleitungen äh (.) bereiterklärt und mache je jetzt sehr viel mehr was man allerdings glaub ich unter Besuchsdienst äh (.) bez fassen könnte.

I: Okay
Jf: Das heißt die alten Menschen im Pflegeheim sind nicht (.) die sind nicht krank (.) aber da kann ich ein eine Beziehung aufbauen Natürlich wenn die dann wirklich gehen (.) ist das (.) bisschen schwieriger als natürlich jemanden den ich zur Stunde gesehen hab und von dem ich das Gefühl hab ich weiß nicht viel und ich hab n bisschen immer n bisschen Zeit und vielleicht ein bisschen Wärme geschenkt

LI: hmhm
LJf: Aber (.) da ist noch kein(.) nicht so ein eine Beziehung klar.

I: Haben Sie eine besondere Person aus dieser Langzeitbegleitung von der Sie mir erzählen möchten?
Jf: Ja ich erzähl gern von einer Begleitung die aber diese Begleitung war rundum schön das ist natürlich (.) das ist nicht immer so (.) Auch im Pflegeheim gibt's (.) Menschen die phh die entweder (.) also von denen ich ich oder zu denen ich schwer eine Beziehung aufbauen (.)

113 kann wobei ich manchmal denk Liegt das an ist das meine Person oder wär es egal wäre es
114 egal

115 LI: Ja

116 LJf: Das ist immer (.) {10:18} ich nehms inzwischen nicht mehr so persönlich (.) grade
117 bei vielleicht Menschen die vielleicht bisschen dement schon sind

118 LI: Ja

119 LJf: dass (.) die vielleicht
120 fragen Was wollen Sie hier oder so ich weiß nicht @

121 LI: Ja ja ja.

122 LJf: das das muss das lernt man auch mit
123 der Zeit nein aber ich habe fast fast fünfzehn Monate eine (.) wirklich alte Dame (.) sie wa:r 97
124 als sie dann zum X-Stift kam zuerst in diese Kurzzeitpflege sie kam direkt von ihrer(.) von der
125 Klinik sie hatte Brustkrebs und kam direkt direkt von der Klinik in die::se Kurzzeitpflege weil
126 es: auch relativ klar war sie: kann nicht mehr alleine leben (.) und ist aber von der Kurzzeit auf
127 Langzeitpflege also sie ist im X-Stift geblieben hat ein anderes Zimmer bekommen und ist dort
128 auch gestorben

129 LI: Hmhm

130 LJf: Und es war eine sehr sehr liebe Frau(2) die:: (.) also wir hatten da: hats
131 auch sofort sozusagen auch gefunkt{11:35}kann ich vielleicht in der Beziehung auch sagen
132 wir waren uns gleich sympathisch und (.) sie war sehr lieb (.) es war ne sehr einfache Frau die
133 war äh Bauerstochter und hatte auch selbst dann später einen Bauernhof aber mit einem rie-
134 sen unglaublich großen Herz hmhm und für mich wars toll weil sie fast hundert war und sie
135 kam aus Pommern und musste fliehen und hier sich was Neues aufbauen und ich hatte das
136 Gefühl so hundert Jahre deutsche Geschichte die da vor mir liegen, wenn sie erzählt und sie
137 hat viel erzählt auch das für sie war als Mädchen

138 LI: hmhm.

139 LJf: das hat mich auch sehr berührt dass
140 sie äh (.) zum Beispiel sie erzählte mehrmals natürlich, dass der Lehrer zu ihren Eltern kam
141 und sagte das Mädchen muss auf die weiterführende Schule äh sie hat wirklich das Zeug dazu
142 und der Vater gesagt hat Nee ich brauch sie hier sie war das es waren zwei Mädchen und sie
143 war das Älteste äh Kind und es war nix mit äh

144 LI: hm es war nicht möglich

145 Jf: Ja (bedauernd) Und sie sagte auch oft das: Damals hab ich mir schon geschworen wenn
146 ich Kinder habe, dann werden die Abitur machen sie erzählte auch ganz stolz Ich hab fünf
147 Enkel die haben alle Abitur @

148 LI: @

149 LJf: also das war die Revanche ja in dieser (.) Generation ja (.)

150 und äh also wir konnten(.) gut miteinander umgehen die hatte eine Tochter war gestorben
151 schon aber die: andere Tochter die äh war auch sehr dankbar äh für(.) meine Arbeit die wohnte
152 nicht in X das war einfach rundum schön ich hab mit ihr klappte es gut mit der Familie(.) hats
153 auch gut geklappt

154 LI: Ja

155 LJf: und deswegen und sie freut
156 die alte Dame freute sich wenn ich kam die bedankte sich wenn ich ging also es war das @
157 einfach ganz schön (wird leiser) und sie ist ganz (.) ja (.) plötzlich gestorben ich sagte seitdem
158 man kann mit 98 auch plötzlich un und unerwartet ste:rben (.) Ich war am Nachmittag noch bei
159 ihr und die hat auch viel erzählt von ihrer Tochter und von dem Enkel und vom Haus die hat
160 mir ganz genau erzählt sie war sie ging durch das Haus der Tochter also wirklich jedes Stock-
161 werk usw. also sie war (.) bei der sehr bei der Tochter es ging ihr nicht so gut aber das hatten
162 wir mehrmals schon gehabt

163 LI: hmhm

164 LJf: und abends um:: ich bin vielleicht um fünf gegangen

165 und abends um acht rief das XStift an und ich sagte Was das kann doch nicht gar nicht sein

166 I: Hmhm

167 Jf: Also (3) aber (spricht leise)

168 I: wie wie war das dann? Also weil sie sie hatten ja ne sehr innige Beziehung und wie sind sie
169 damit umgegangen dann?

170 Jf: Also es war für was mir leichtgemacht wurde ist die Tochter rief mich dann auch noch an
171 (spricht leicht stockend) am gleichen Abend und am nächsten Tag äh konnte ich äh zu ihr sie
172 war in ihrem Zimmer noch (.) da war ein Enkel da da bin ich erstmal wieder weg das ist ja ganz
173 klar der hat da (.) Priorität (.) aber ich konnte mich da von ihr verabschieden hab ich noch
174 einen Anruf gekriegt da ist ein kleiner eine kleine Abschiedsfeier sozusagen in ihrem Zimmer
175 da bin ich auch hingegangen äh ich konnte das war kurz vor Ostern aber die Beerdigung war
176 so dass ich auch (.) hin(.)gehen konnte (.) Also äh(.) die Familie hätte noch gerne gehabt dass
177 ich noch hinterher zum Kaffee aber da dachte ich Nee das ist jetzt zuviel

178 I: hmhm

179 Jf: Also ich hatte (.) äh Gelegenheit mich von ihr zu verschieden und ich (.) ich denke immer
180 noch manchmal an sie aber immer (.) mit viel Dankbarkeit

181 LI: Hmhm

182 LJf: Das war wirklich ein Highlight sozusa-
183 gen in diesen Begleitungen. {16:26}

184 I: hmhm (.) und was war eine schwierige Begleitung?

185 Jf: Hm (.) ja (.) eigentlich auch im X-Stift das war vorher das war eine Frau die:: mm manchmal
186 war sie freundlich manchmal unfreundlich also die hat sich manchmal umgedreht in ihrem

187 Rollstuhl oder (.) dann hab ich auch manchmal gesagt Sie sind heute aber mal wieder wider-
188 borstig

189 LI: Hmhm

190 LJf: Aber ich aber das war so:: das machte mir schon zu schaffen so dass ich
191 zu Frau X (.) die für die Begleitungen und für uns zuständig ist ge(.) äh gegangen bin und wir
192 haben hier auch an diesem Tisch da überlegt Soll noch jemand neues dazu? Soll ich aufhören?
193 Warum ist sie so? Und das war mir auch ganz klar Die ist so unglücklich ja (.) dass ähm es ist
194 ähm es ist wahrscheinlich ganz normal wenn sie so (.) das rauslässt

195 LI: Hmhm Hmhm

196 Jf: Dann es war (.) ganz kurz sie kam aus Norddeutschland war zu ihrer Tochter nach Spanien
197 gezogen war denk ich nur grad so ein paar Monate da Es stellte sich heraus sie hat Brustkrebs
198 im schon fortgeschrittenen Stadium (.) sie haben sie nach X (2)mm gebracht ich weiß nicht (.)
199 also wahrscheinlich war das relativ nah an der Grenze oder ich weiß nicht warum X na

200 LI: hmhm

201 LJf: und haben sich so gut wie nie gemeldet sie war nie da also haben auch nicht
202 angerufen ganz ganz selten also sie war völlig allein hier sie kannte niemand in X na?

203 LI: hui

204 LJf:

205 und da wenn man sowas ein bisschen reflektiert dann denkt man Ja sie vielleicht das Recht
206 auch mal (unverständlich) ja?

207 LI: Ja.

208 LJf: Und zum Schluss wurde sie (.) natürlich war sie vielleicht
209 auch schwächer äh und sie es war Sommer und sie hatte immer den Wunsch Eis zu essen

210 I: Hmhm

211 Jf: und dann hab ich ihr mal Eis geholt in einem Becher da hat sie sich gefreut und das letzte
212 Mal musste ich sie (.) füttern darf man nicht sagen ich weiß (.) aber ich musste ihr das Eis
213 einreichen weil die wa:r das hätte sie auch gar nicht mehr geschafft aber sie sie hat (.) das:
214 das ist wiederum also ich denk mal Das ist wieder versöhnlich hm?

215 LI: Ja

216 LJf: danach war sie
217 friedlich da war hat sie sich in ihrer gefreut und in ihrer im Rahmen ihrer Möglichkeiten das
218 auch gezeigt @19:19

219 LI: hmhm hmhm

220 LJf: und die war glaub ich sehr (.) sehr hart ja

221 LI:hmhm hmhm (.) aber Sie
222 haben es trotzdem (.) zu Ende gemacht

223 LJf: Ja

224 LI: Und damit gearbeitet für sich auch ne?

225 Jf: Ja

226 I: hm

227 Jf: Also das (.) klar das ist natürlich schon ein bisschen verletzend oder wenn ich bin auch in
228 a vor langer langer Zeit in die Klinik in die Uniklinik gekommen und äh:: ich war noch gar nicht
229 grade erst auf der Station kam dann eine Frau die sagt Was wollen Sie hier? Und wer hat Sie
230 angerufen? Es stellte sich heraus was ich nicht wusste dass jemand ich glaub die Schwester
231 von der Patientin hatte angerufen (.) diese Frau (.) war eine Freundin (.) von der Patientin und
232 ich hatte den Eindruck ich hab sie nur kurz gesehen sie sah ihren Lebensinhalt in dieser Be-
233 gleitung (.) und es war vielleicht Eifersucht oder irgendwas da im Spiel außerdem bin ich da
234 zwischen zwei (2) Fronten geraden he?

235 LI: Ja ja

236 LJf: und die Freundin war absolut nicht
237 einverstanden dass jemand noch dazukam

238 LI. Ja

239 LJf: Die zeigte mir noch ihre @ ihre Freundin im
240 Bett Sehen Sie der geht's gut

241 LI: @

242 LJf: Und dann bin ich wieder da rausgegangen @

243 I: Und dann wie gings weiter?

244 Jf: Das also für mich gings dann nicht weiter ich habs natürlich gemeldet dass ich da nicht
245 erwünscht

246 LI: Ah!

247 LJf: erwünscht wurde Ich habs dann in der Supervision dann haben wir diesen Fall
248 auch noch besprochen

249 LI: hmhm

250 LJf: Äh und da ist auch die ich denk die (2) ja die Kunst oder so
251 ist (.) es war nicht gegen mich persönlich sondern sie hätte jede Ehren-
252 amtliche Mitarbeiterin der Hospizgruppe genauso empfangen

253 LI: Ja ja

254 LJf:

255 Also wenn man es nicht persönlich nimmt dann ist es: sehr viel leichter (lacht kurz und leise)

256 I: Ja. Ja ja das ist wahrscheinlich oft der Fall weil die Leute einen ja auch gar nicht richtig
257 kennen am Anfang ne?

258 Jf: Ja

259 I: hm ja (2) hm mich würde noch interessieren (.) ob sich das Bild des Todes sich für Sie so
260 ein bisschen verändert hat (.) seit dem Tod Ihres Mannes vielleicht wie Sie davor gedacht
261 haben wie Sie mittlerweile denken oder wie sichs verändert (.)

262 Jf: Gut als mein Mann starb da äh gut einer oder zwei gute Freunde waren schon gestorben
263 (.) aber trotzdem das war das Gefühl das äh war wie wie weiß nicht wie mans sagen wie ein
264 Blitz oder so was da weil äh (2) von einer Minute auf (.) auf die nächste hat sich alles geändert
265 (.) na für für mich (.) und für meine Kinder ähm (2) ich denke ich habs gelernt dass (.) also ich
266 muss voraus voraussetzen dass ich selten jemand beglei:tet hab der jünger war als ich

267 LI: hmhm

268 LJf: da:s ist leichter (.)

269 LI: ok

270 LJf: das heißt grad wir wir arbeiten vi:el mit Pflegeheimen oder
271 Kliniken (.) äh (.) wenn ein Mensch ein gewisses Alter erreicht hat (2) hm (.) is es (.) viel leichter
272 sich zu sagen (.) der Tod gehört zum Leben ja?

273 LI: Ja ja

274 LJf: äh das (.) und denkt dieser Mensch hat ein
275 Leben gehabt und hat sicherlich Glück und Unglück alles:: und Höhen und Tiefen kennege-
276 lernt aber dieser Mensch hat gele:bt hat seine Zeit gehabt es ist vi:el schwieriger äh ich mach
277 auch immer (.) oder gerne Trauerbegleitung (.) das ist (.) ein zweites Standbein von der (.)
278 Hospizgruppe ich weiß nicht (fragend)

279 LI: hmhm

280 LJf: das: ist äh und äh wir machen einmal im
281 Monat eine Wanderung mit Trauernden und das war jetzt auch am Samstag und da war ein
282 Ehepaar da und die Frau erzählte wie ihre 18 Jährige Tochter gestorben ist und da (.) puh da
283 denk ich das fällt mir sehr schwer einen Sinn da drin zu sehen

284 LI: Ja ja hmhm

285 LJf: weil ich dann denk es ist eine
286 schreiende Ungerechtigkeit dass ein Mensch so jung sterben muss (wird leiser) hm?

287 I: Ja

288 Jf: und (sehr leise) wo ist da ein Sinn darin? (.)

289 I: hmhm (.) haben Sie (.) sind Sie gläubig dass Sie das darüber irgendwie:: dass Sie denken
290 trotzdem geht's der Person jetzt gu::t oder können Sie einfach (.)

291 LJf: Ja: also ich bin
292 katholisch erzogen worden wobei (.) recht locker ja?

293 I: hmhm

294 Jf: ähm hab selbst zum Beispiel meine Kinder nicht getauft (.) äh weil mein Mann evangelisch
295 aber aus der Kirche ausgetreten war(.) äh ich also ich bin immer noch zwar aber ein sehr
296 schlafendes Mitglied der

297 LI:@ (laut)

298 LJf:@der katholischen Kirche äh was ich äh aber ich denk
299 schon ich glaub an irgendwas(.) es ist vielleicht nicht grad nicht unbedingt ganz wie (.) äh (.)
300 der Papst oder es sich äh:: der Klerus sich das vorstellt aber ich glaube an irgendwas nach
301 dem Tod mein Mann war da viel atheistischer und viel materialistischer (.) äh aber ich (.) hab
302 mir da irgendwas glaub ich zurechtgebastelt und ich bin der festen Überzeugung dass ich ihn
303 wiedersehen we:rde

304 LI: hmhm

305 LJf: in irgendeiner Form auch immer. {25:24}

306 I: hmhm hmhm

307 Jf: das äh hilft oder hat mir schon geholfen

308 LI: ja ja

309 LJf:wenn man dieser Glauben nicht hat ist es (.)
310 wahrscheinlich noch schwerer

311 I: es ist sehr kalt dann wahrscheinlich

312 Jf: Ja

313 I: hm (.) Ich weiß nicht ob Ihnen das zu persönlich ist aber mich würde schon noch interessie-
314 ren (.) wie das mit dem Tod von Ihrem Mann war wie es danach also es war natürlich erstmal
315 dieser Blitzeinschlag und dieser Schock und dann (.) wann sind Sie dann zur Trauergruppe
316 gegangen oder haben sie dann irgendwann gedacht Jetzt muss ich was machen oder kam
317 das von außerhalb wie lief das alles ab?

318 Jf: Äh (.) also ich hatte bis dahin außer mit diesen zwei Freunden da we:nig äh Erfahrung mit
319 Tod und äh es kam erschwerend kam hinzu dass äh mein Mann (2) keine Papiere dabei hatte
320 das heißt er kam einfach nicht nach Hause äh und äh das also diese Zeit diese Stunden waren
321 ga wirklich ganz schrecklich (2) Ich hab dann irgendwann Krankenhäuser angerufen und (.)
322 äh jemand sagte mir rufen Sie mal diese (.) äh (3) diese Kranken diese Rettungsdienst an

323 LI: Hmhm

324 LJf: Und einer sagte Aha ja hmhm okay und dann kam auch ein Polizist äh zu
325 mir nach Hause (.) und hats mir gesagt also das fand ich die Umstände waren dann
326 besonders (.) schwi:erig hm

327 LI: Ja sehr ja

328 LJf: und das war vor (.) 23 Jahren (.) er war
329 dann gleich i irgendwo verschwunden sozusagen und wusste puh hm was mach ich denn da
330 äh hab seine schwester angerufen hab äh den Nachbarn der zur (unverst.) er hat mit mir

331 geweint äh das fand ich (.) in dem Moment war das gar nicht was ich gebraucht hätte ich hätte
332 jemanden gebraucht der gesagt hat So jetzt machen wir das das und das (lacht leise){27:51}
333 LI: Ja ja
334 LJf: Ich mein im Nachhinein find ich war wirklich unheimlich (.) auch schön dass er das
335 konnte ja?
336 LI: hmhm
337 LJf: Ja äh ja aber nahm alles doch seinen Gang ja Ich hab selbst nach ein
338 paar Monaten gemerkt hm allein schaff ich das nicht ich (.) brauche da Hilfe und die gab es
339 damals auch noch nicht ganz so häufig wie jetzt na? Solche Flyer wo alles so na?
340 LI: hm
341 LJf: alles so
342 (unv) Aber ich hatte (2) ja durch Zufall oder nicht Zufall hab ich dann (schmunzelt) in der Zei-
343 tung in der X Zeitung ganz kleine mm Meldung gesehen „Trauergruppe ab“ also mein Mann
344 ist im Juni: gestorben und das fing im Herbst oder ich weiß nicht ich wartete dann hab ich da:
345 hab ich da angerufen und mich gemeldet und wartete dann wirklich sehr ungeduldig dass es
346 endlich losgeht und das hat mir sehr geholfen (.) das stimmt schon (sehr leise)
347 I: hmhm (.) was ist da passiert in der Trauergruppe?
348 Jf: Ähm (.) ich hat dass ich zum Teil mich also mit di mich versöhnen konnte mit dieser Tatsa-
349 che dass ich von meinem Mann überhaupt nicht verabschieden konnte das war das eine äh
350 dass ich auch (.) Leute einige also Frauen vor allem Frauen kennenlernte die ein ganz ähnl-
351 ches Schicksal hatten als ich ne?
352 I: hmhm
353 Jf: Und dass man sich da auch austauschen konnte wie geht's dir damit oder wie machst du
354 das oder so etwas na?
355 LI: hmhm hmhm
356 LJf: und eine die (.) 10 Jahre jünger ist als ich also (.) ich war 44 als
357 mein Mann starb sie jetzt sie 34 (2) wir haben immer noch Kontakt wir treffen uns noch (.)
358 ziemlich regelmäßig {30:03} (3) das geht jetzt um ganz anderes sie hatte einen neuen Partner
359 hat ein Kind bekommen äh (.) musste dieses Kind allein erziehen also das sind ganz andere
360 Themen aber tro natürlich die da aktuell wurden und trotzdem diese Basis ist dann da das
361 Vertrauen dass man etwas (3) ja.
362 I: Und (.) sie haben auch gesagt sie machen selbst Trauerbegleitung (.) ähm (.) was passiert
363 da? Sind das (.) reine Angebote die man den Menschen macht?
364 Jf: Äh also (.) bis jetzt oder im Moment und ich denk (.) werd ich auch das weiter machen das
365 ist diese Traubegl äh ähm Trauerwandern also Wandern mit Trauernden genau (.) da äh als
366 Angebot für die Menschen wir können höchstens (.) ich sag dann vielleicht oft ja vielleicht
367 suchen Sie oder sucht wir duzen uns dann gleich alle da sucht doch mal vielleicht Hilfe ruft

368 doch ma:l hier gibt seine Trauergruppe oder die Möglichkeit für ähm (.) individuelle Gespräche
369 wenn es dir lieber ist (.) so {31:23}

370 LI: hmhm

371 LJf: oder (.) es gibt auch diesen Verein „Verwaiste Eltern“
372 so (.) also Angebote in dem Sinn

373 I: Also Sie kommen dann dahin wandern zusammen

374 LJf: hmhm

375 LI: und da entstehen Gespräche dann
376 sozusagen

377 Jf: genau das ist relativ offen (.) äh viele kommen regelmäßig (2) und manche kommen einmal
378 zweimal und nicht me:hr dann weiß man nicht hats denn wahrscheinlich entsprach doch nicht
379 ganz der oder seiner oder ihrer Erwartungen

380 LI: hmhm

381 LJf: das passiert dann auch aber viele
382 kommen sehr regelmäßig

383 I: das hört sich auch nach nem sehr schönen Angebot an. Ich hab das schon im Internet ge-
384 sehen und dachte Ja das hört sich richtig schön an weil alle gleich irgendwie eine ähnliche
385 Situation haben und ich hab das Gefühl da ist viel Verständnis dann gegenseitig da dass man
386 vielleicht auch mal nicht reden will oder es ist so (.) maskenlos wie wenn man jetzt mit einer
387 anderen Gruppe das machen würde die keinen verloren hat ne? Dann ist da auch vielleicht ne
388 Erwartung und dann wird viel diskutiert und man muss vielleicht eher (.) ja irgendwelchen Er-
389 wartungen entsprechen und ich hab das Gefühl da da fallen alle Masken in so nem Moment

390 Jf: Also zum Beispiel das Ehepaar mit dieser (.) jungen Tochter äh kam aus X also relativ weit
391 weg und sagten Gruppengespräch also Trauergruppe kommt für uns nicht infrage Wir aber
392 laufen gut die waren natürlich auch beim Alpenverein ich denk sind Menschen die sich gern
393 bewegen aber dieses Gefühl aber das ist in der Regel das Gute Man kann den Partner relativ
394 leicht wechseln (2) es gibt immer mal ne Pause oder so und wenn man nicht mehr will dann
395 ergibt sich das dass man da elegant @

396 LI: ja ja

397 LJf: manchmal wird man find ich auch
398 unterbrochen in einem Moment wo es äh vielleicht bisschen schade ist aber man kann auch
399 weitergehen mit dem (wird leise, unverständlich) Ich glaub das ist es und man muss sich nicht
400 ständig in die Augen gucken ja? Das können nicht viele Menschen immer gut na? Sondern
401 man kann nach Vorne nach unten gucken das ist halt Ich komm immer nach Hause mit einem
402 ganz schiefen Hals

403 LI:@

404 LJf: weil ich immer so in diese Richtung da (.) schaue und wenn
405 mein (.) jetziger Partner dann fragt wo wo seid ihr lang gewesen dann weiß ich meistens auch
406 gar nicht weil ich also auch meistens gar nicht auf den We:g achte(.)n kann
407 LI: Hmhm weil Sie so ins
408 Gespräch vertieft
409 Jf: ja weil ich einfach dann den jeweiligen es ist manchmal anstrengend nach Hause und hab
410 drei puh äh schlimme oder relativ schlimme Schlick Schicksale erlebt äh gehört ah mein Part-
411 ner weiß inzwischen dass erstmal will ich ne Pause
412 LI: hmhm
413 LJf: ich brauch ne halbe Stunde oder so
414 (4) ich will nicht nochmal reden oder zuhören
415 I: Was machen Sie in der halben Stunde?
416 Jf: Meistens nur Kaffeetrinken und einfach runterkommen{34:54}
417 I: hmhm hmhm ok
418 Jf: Das muss nicht viel sein aber (.) ein bisschen runter (.) und erstmal nicht mehr reden ja.
419 I: Ja ja versteh ich gut @
420 Jf: @
421 I: Noch eine Sache würd mich interessieren weil (.) Sie sind ja eigentlich schon (2) also wie
422 soll ich das sagen (.) viel mit der Trauer beschäftigt und (.) mit traurigen Dingen. Wie machen
423 Sie das dass Sie trotzdem fröhlich sind und das auch das Leben auch schön finden?
424 Jf: Also ich glaube grade (2) gra ich glaube dass ich viel äh fröhlicher äh (.) bin seit ich diese
425 Arbeit mache
426 I: Ok
427 Jf: Äh weil glaub ich das konfrontiert einen (.) mit dem (.) Tod (.) oder mit Krankheit mit äh der
428 Situation im Pflegeheim die nicht immer so schön ist muss ich auch sagen (.) äh (2) aber (.)
429 das (.) ich finde das richtet also dann (2) das ruckelt einen ein bisschen und dann kann man
430 äh den Blick im Leben ein bisschen mehr für das Wesentliche
431 LI: hmhm
432 LJf: also so wirkt sich das bei mir
433 find ich dann aus dass ich äh rauskomm und denk Ach (.) die Natur ist die Sonne es ist doch
434 schön ist doch schön äh und ich denk da vor allem an eine Freundin die immer und immer
435 oder sehr viel jammert sagen wir mal so
436 LI: ja
437 LJf: und dann denk ich manchmal Ach (.) deine Sorgen
438 möchte ich haben (lacht leise) das ist ich denk die (unv) (2) ja ich lebe glaub ich viel (.) viel
439 bewusster bis also viel also ein bisschen bewusster Ich kann mich natürlich ärgern ja aber das
440 LI: Hm Ja

441 LJf: Also so abgehoben bin ich noch gar nicht

442 LI: Ja ja

443 LJf: aber ich kann sehr viel mehr für kleine

444 Augenblicke sagen Ach ja!, die genießen und das ist dann schön und mir und ich denk oft Ich

445 hätte nie gedacht vor 23 Jahren, dass es mir (.) mal wieder so gut gehen (.)

446 LI: Ja

447 LJF: könnte Also mir

448 geht's jetzt gut

449 I: Schön

450 Jf: Und es äh und ich kann ein bisschen mm ein bisschen geben von dieser (.) manchmal

451 glaub ich nur die Tatsache dass ich nach 23 Jahren diese Arbeit machen kann und auch da

452 bin und sagen mir geht's wieder gut ist vielleicht auch für Trauernde nicht sofort hilfreich aber

453 also (.) ja so kanns auch gehen man kommt irgendwann wieder raus

454 I: Ja die Hoffnung ist da auf jeden Fall

455 Jf: Ja (.) Nicht also es gibt Menschen die haben die Hoffnung (.) auch fast verloren (.) aber da

456 denk ich vielleicht bin ich ja (.) Und es ist grade bei Trauernden glaub ich Ich weiß wovon ich

457 spreche

458 LI: Ja Ja

459 LJf: Da kann ich sehr viel sagen ja das versteh ich (unv) ja also (4) {38:24}

460 I: Also Sie erkennen auch Ihren Prozess oft wieder dann?

461 Jf: Ja klar nat also klar man äh macht ungefähr die se die gleiche Erfahrung (.) gute schlechte

462 und irgendwann geht's auch (.) äh natürlich ist es immer auch individuell ne?

463 I: Ja

464 Jf: Ich denk zum Beispiel mit Grauen an das erste Trauerjahr aber ich hab mit einer Frau

465 gesprochen die sagte Nein am schlimmsten ist es für mich das zweite wo ich jetzt bin weil ich

466 im ersten so beschäftigt war mit (.) tausend anderen Dingen wie Hausverkauf:en und sowas

467 I: Ja sie hatte Ablenkung

468 Jf: Ja sie kam da erst dazu:: also es ist sehr individuell das respektiere ich auch völlig wenn

469 jemand das anders macht anders sieht und manchmal ein bisschen auf der Stelle tritt das

470 sieht man nach einer Weile aber (.)

471 I: Was bedeutet auf der Stelle treten?

472 Jf: Ja äh also dass jemand vielleicht in einer (2) ich weiß als ich die ersten Trauer(.) äh beglei-

473 tungen (Stockend) Seminare machte sprach man von Pha:sen jetzt sprechen wir von Facetten

474 @ aber das äh bleiben bisschen hängen oder verharren an einer Stelle sei äh und äh also äh

475 zum Beispiel dass die nicht (2) erstmal nur oder (.) immer noch diese Freundin die hat mir die

476 Nummer von einer anderen Frau gesehen gegeben die ich auch ein bisschen kenne nicht ganz

477 so gut und sagt Mensch der (2)der Tod ihres Mannes das liegt schon über ein Jahr zurück und

478 sie kann immer noch nichts Positives an diesem Mensch sehen da das heißt sie kann noch
479 nicht sagen Wir hatten eine gute Zeit {40:32}

480 LI: Hm

481 LJf: Äh also könnte sein dass sie
482 jetzt nur erstmal ihre (.) ja (.) ihr Unglück und ihr das Unrecht was ihr passiert ist (.) dass sie
483 sich noch nicht (.) abgefunden hat dass sie noch äh hadert oder so etwas Ich hab sie schon
484 zweimal angerufen aber nicht erreicht also kanns noch nicht sagen aber das passiert dann oft
485 aber da muss man (.) auch Geduld haben ich kann nicht die Leute mit der Nase drauf stoßen

486 LI: Ja@ klar

487 LJf: was äh andere äh völlig völlig unvoreingenommen dann machen zu sagen Also
488 jetzt aber! Na? Jetzt hast du genug getrauert jetzt guck doch mal jetzt machen wir na? Das (.)
489 geht halt nicht das meinte ich mit Leuten die vielleicht bisschen auf der Stelle treten in nem
490 Sinn na?

491 I: Ja grad wenn es halt über einen gewissen Zeitraum hinweg nicht sich ändert gell?

492 Jf: Hm Aber man kanns aber man muss sehr sehr behutsam ich kann nicht ss sagen Jetzt
493 guck mal nach Vorne was viele kommen zum Beispiel zur Trauergruppe oder zum Trauerwan-
494 dern weil sie hören von den Freunden oder der Familie Also jetzt guck mal nach Vorne und
495 jetzt äh ha

496 LI: ok

497 LJf: die haben so das Gefühl sie sind sie werden nicht mehr
498 verstanden nach hm ja manchmal nur nach ein paar Monaten

499
500 I: Ja Ja es ist für Außenstehende wahrscheinlich auch manchmal schwierig aber es ist trotz-
501 dem nicht das Recht dass man sagen Kann Jetzt reiches jetzt hast du genug getrauert ne?

502 Jf: Ja genau (lacht) Das ist natürlich wenn man die Erfahrung gemacht hat weiß man natürlich
503 dass man dass es vielleicht auch nie:: wirklich aufhört na? Dass es dass ich immer noch sehr
504 oft an meinen Mann denke

505

506 I: Ja

507 Jf: Nur kann ich das jetzt glaub ich noch mit sehr viel mehr (.) Dankbarkeit und (.) machen

508 I: hmhm hmhm

509 Jf: aber vielleicht äh reden wir zu viel über Trauer es hieß Ihr Thema ist mehr Sterbebeglei-
510 tung?

511 I: Ja Ja nee aber Sie haben ja auch vorher schon schon Situationen berichtet. Vielleicht würde
512 mich noch interessieren hm ich weiß nicht ob Sie das so genau sagen können was genau in
513 der Sterbebegleitung passiert Sie haben gesagt Sie bauen eine Beziehung auf ähm und Sie
514 Sie tun den Leuten Gutes und halten Hände (.)

515 Jf: Ja:: also ich gehe auch einmal im Jahr zu jungen Medizinstudenten die sind im zweiten
516 Semester und sind auch sehr jung und ich sag denen oft Das ist so völlig unspektakulär was
517 ich mache in der Sterbebegleitung na? Also ganz oft es ist ganz selten dass man wirklich tief
518 äh schürfende Gespräche hätte über den T über Jenseits und ein Leben nach dem Tod oder
519 sowas das ist ganz ganz selten (2) es ist mehr oft einfach Dasein Zeit (.) geben Zeit schenken
520 äh was grad Mediziner denk ich die:: das das ist das woran es mangelt und mangeln wird auch
521 in Zukunft die haben einfach nicht die Zeit sich ans Bett zu setzen und ein bisschen gucken
522 und vv ja ich hab Kolleginnen und Kollegen die meditieren da:: ich mach zwar Yoga aber ich
523 bin nicht so:: eso dass ich das glaube aber ich hab trotzdem inzwischen wirklich das Gefühl
524 dass ein bisschen was passiert ja wenn ich da ganz ruhig da sitze äh das äh vielleicht doch
525 ein bisschen was (.) rüberge springt oder auch zu mir kommt oder dass irgendwas ist da Jeder
526 braucht was anderes jeder möchte was anderes äh das muss man in der Tat erstmal erspüren
527 äh eine Kollegin der Supervision erzählte von einer Situation wo Sie jemand begleitet hatte
528 und dann kam jemand von uns der sie ablösen sollte das war ein Mann und Sie sagte er hing
529 seine Jacke auf und und guten Tag Frau X ich werde Ihnen was vorlesen

530 LI: @

531 LJf: Ohne sich vorher auf die Situation erstmal einzulassen

532 I: Ja

533 Jf: Es ist klar ich kann vielleicht ein Buch dabei haben und glauben das wird guttun aber ich
534 muss das erstmal erspüren

535 I: Ja weil sonst stülpt man was über ne?

536 Jf: Ja und das passiert vielleicht auch das kann schnell passieren ja

537 LI: Ja

538 LJF: Und äh je länger ich

539 das mach ich bin schon 20 Jahre dabei:: umso vorsichtiger bin ich um um so (.) ähm
540 bescheidener bin ich finde ich also ich glaub nicht mehr dass ich da (.) man merkt die äh direkt
541 von der äh Ausbildung von der Grundausbildung kommen die haben das Gefühl sie wissen
542 wie das geht na aber ich finde mit der Zeit lernt man äh nein das weiß man nicht das muss
543 man gucken das ist was so:: (2) ja äh größer als (2) als wir oder zumindest größer als ich was
544 da passiert

545 LI: hmhm

546 LJf: Ja und ich bin in meinen viele in diesen vielen Jahren war ich nur
547 zweimal anwesend bei wo jemand grade gestorben ist als ich da war und das waren so ahh
548 so ganz besondere Momente das

549 I: Können Sie mir davon erzählen?

550 Jf: Ja das ist schwer das in Worte zu fassen (2) Gut also bei der einen wars wirklich puh da
551 ich habe auch je jemand abgelöst wurde kurzfristig angerufen können Sies machen können

552 Sie hingehen bin ich und äh (2) wir haben uns dann noch im Flur ganz kurz ausgetauscht (.)
553 äh:: die Frau meine Kollegin die da vorher da drin war (.) und dann bin ich reingegangen da
554 war noch ein Pfleger da und der sagte Ich glaub es geht nicht mehr lange und ich bleib bei ihr
555 und da war ich Ach es war so schön d der Pfleger war auch da und tatsächlich ich ich war
556 keine fünf Minuten im Zimmer und da ist der Mensch gestorben (.) das also ich hatte ihm gr
557 grade guten Tag gesagt mehr nicht und trotzdem das war (.) habe ich diesen Moment als
558 unheimlich intensiv da (.) passierte da was das ist ja nicht so dass es man stirbt äh Peng und
559 es ist vorbei es war noch in diesem Zimmer was ganz (atmet tief ein) besonderes I: hmhm J:
560 Und ich durfte dem dieser Pfleger war auch sehr einfühlsam das war auch noch hilfreich durfte
561 auch noch da bleiben allei allein mit ihm und ähm dann kam auch die Familie dann bin ich
562 auch gegangen aber (.) äh ich dachte da ist was passiert es war sie also die Seele oder ir-
563 gendwas ist da ich weiß nicht wie man das nennt (.) Und ich weil es so kurzfristig war hatte ich
564 eine Karte für die Oper und bin von da (lacht ungläubig) in die Oper gegangen ich ich war wie
565 ein Zombie

566 LI: @

567 LJf: das war so so irrsinnig im Grunde ne Also von da und dann in dieses Ge-
568 wusel gut das war Woizek das war (.) hm trau also es war nicht äh die lustige Witwe oder so
569 etwas aber trotzdem einfach diesen (.) krassen Kontrast zwischen diesem ganz Zimmer wo so
570 intensive Atmosphäre und dann das Gefühl und Gewusel und die vielen Stimmen ahh das war
571 (.)

572 I: Also Sie haben irgendwie was ganz besonderes erlebt was irgendwie ein ganz andere Ebene
573 war als

574 LJf: Ja

575 LI: das was Sie dann nachher wieder so im normalen Leben

576 LJf: Ja das war

577 sehr kontrastreich ja ja {52:08} das war (2)n aber das sind solche Erfahrungen ich bin unend-
578 lich dankbar (.) wenn wenn ich nicht bei der Hospizgruppe wäre hätte ich sie nicht ge machen
579 können na? (2) und was ich hier sehr schätze ist dass der haben Sie auch sicherlich schon
580 gespürt es ist eine unglaublich liebevolle Atmosphäre

581 LI: ja auch sehr feinfühlig

582 Menschen sehr

583 Jf: Ja

584 I: Sie haben den Sinn für dieses was da passiert ne?

585 Jf: Ja und ich finde es ist hier auch so eine liebevolle ähm Atmosphäre wir werden immer
586 verwöhnt mit irgendwas das ist einfach sehr schön und auch natürlich so grade in dieser Trau-
587 erbegleitungsseminar oder diese Ausbildung die wir jetzt machen oder auch das Wandern mit
588 Trauernden das bringt uns auch nah:: die Begleiterinnen und wir sind ein harter Kern von drei

589 vier das äh (.) ja das ist auch so fast Freundinnen oder so etwas das ist auch äh (2) wirklich
590 (.) ja ich denk immer die hätte ich nicht kennengelernt wenn ich nicht @ hier angefangen hätte
591 Ja und viele Leute glauben das sei nur traurig aber das äh klar es gibt vielleicht auch Mo-
592 mente:: so wie wenn eine Mutter erzählt dass ihre Tochter gestorben ist (2) ist auch für mich
593 schwierig aber (2) es gibt viele auch dann auch lachen können oder nicht? {54:20}
594 I: Ja dann danke, dass Sie so viel mit mir geteilt haben.

1 Transkript Kf

2 **Postscript**

3 Gesprächsführung: Frau Kf und I

4 Ort: ein warmer, heller Raum im Hospiz, der von der ambulanten Hospizgruppe zur Verfügung
5 gestellt wurde.

6 Tag: Di, 14. Januar 2020

7 Audioaufnahme von ca. 46 min, Transkript ab 33:28min mit f4 erstellt

8 Inhalte der Gespräche vor und nach Aufnahme des Gesprächs

9 Charakterzüge von Kf: Kf ist pensionierte Lehrerin und zu Beginn sehr neugierig worum es in
10 meiner Forschung geht und wie das Ganze abläuft. So interviewt sich mich nahezu am Beginn
11 des Gesprächs. Sie hat eine freundliche, aber sehr bestimmte Art, ich fühle mich von ihr ein-
12 geladen ein Gespräch zu führen und nicht umgekehrt. Sie empfängt mich in der Hospizgruppe
13 mit Elan. Zunächst verwirrt mich dieses Verhalten, da bei den anderen Gesprächspartner*in-
14 nen immer eher ich die Initiative ergriffen habe (und dies auch meiner Rolle der Fragenden/
15 Forschen-den mehr entspricht). Dennoch findet das Gespräch mit einem etwas holprigen An-
16 fang doch seinen Gang.

17

18 **Interview**

19

20 I: Ähm also weil Sie das grade auch gefragt haben ähm es geht überhaupt nicht um eine
21 Standardisierung oder so (.) ich werde Ihnen jetzt auch nicht viele Fragen stellen sondern ähm
22 eigentlich werde ich Sie gleich eigentlich eine große Frage fragen und äh dann werd ich erst-
23 mal zuhören und vielleicht mal nachfragen wenn ich was nicht versteh

24 Kf: ok

25 I: ähm genau und ähm es geht im Prinzip einfach nur darum was Sie erlebt haben (2) genau.

26 Kf: soweit ich dazu was sagen kann und möchte

27 I: Genau! Natürlich

28 LKf: Wir sind ja auch zur Verschwiegenheit verpflichtet

29 LI: Ja! Natürlich
30 natürlich! Also so natürlich Ihre Grenzen wahren Sie einfach so wie Sie möchten

31 LKf: hmhm

32 LI: und für mich

33 also meine Hauptfrage an Sie ist eigentlich ähm(2) So (.) wie lange sind Sie schon dabei und
34 äh was ha also wie kamen Sie auch da dazu hier mitzumachen und äh ob Sie mir Erlebnisse
35 schildern können die die Ihnen einfach in Erinnerung sind was für Sie wichtig war bei dieser
36 Arbeit (3) das ist schon alles (leises Lachen)

37 Kf: Gu::t dann äh schau wir mal wie wir das strukturiert bekommen (2) Äh ich bin dabei seit
38 äh meiner Pensionierung (.) 2014 ich hab vorher die Ausbildung hier gemacht (.) u:und ich war
39 in meinem früheren Leben Lehrerin am Gymnasium für Deutsch und Englisch und hab mir
40 überlegt was ich so mit Anfang 60 noch (2) tun kann (.) ja? wo es mich auch hinzieht (.) und
41 da war mein Interesse schon geweckt als ich vom:: Hospiz hier so ne Anzeige sah äh es würde
42 ein neuer Kurs stattfinden da dachte ich mir das probier ich mal aus (2) Äh ich wurde auch

43 angenommen für die Ausbildung (.) das heißt seit Juli August 2014 mit Abschluss der Ausbil-
44 dung bin ich jetzt hier als Begleiterin äh ich begleite zu Hause und ich begleite auch im Alters-
45 heim (.) je nach Anfrage äh ich fand das Tätigkeitsfeld hier in den letzten fünf Jahren so span-
46 nend dass ich inzwischen im Vorstand bin dass ich äh auch gerne mich einbringe bei Lesungen
47 zum Beispiel im Trauergottesdienst den wir jetzt ja bald in der Kirche halten äh jetzt auch beim
48 Neujahrsempfang werde ich auch die Toten mit verlesen und das sind alles auch wichtige
49 Erinnerungsspuren ja? der Begleitungen äh über das Jahr (.) und was mir sehr viel Freude
50 macht ich begleite auch bei den Wanderungen für Trauernde die finden monatlich statt und
51 jedes Mal bei jeder Begegnung ob das jetzt in einer häuslichen Begleitung ist oder beim Wan-
52 dern oder auch hier mit unserem phantastischen Team im ambulanten Hospiz ist es wieder
53 eine se::hr schöne intensive Begegnung auf ganz vielen Ebenen äh die ich als ich ganz am
54 Anfang war noch gar nicht so einschätzen konnte ich musste ja erstmal gucken Passt auch
55 dieses Ehrenamt zu mir I: hm KF: Und wie Sie hören scheint es zu passen (lächelt)

56 LI:@

57 LKf: Das heißt ich finde es ist eine se:hr sinnvolle Aufgabe und sie er-
58 füllt mich natürlich auch mit einem gewissen äh eigenen Sinn denn wenn man ein großes
59 Berufsfeld abschließt wie zum Beispiel die Schule in der ich über 30 Jahre war dann hatte ich
60 gedacht mach ich weiter was Sinnvolles aber es muss ja nicht immer mit Kindern und Jugend-
61 lichen sein sondern äh die Menschen am Lebensende gehören auch dazu {4:55}

62 I: Hmhm

63 Kf: (2) Wie bin ich dazu gekommen? Nicht nur äh indem ich da eine Anzeige äh gesehen hab
64 und dachte ach probiers mal aus bewirb dich mal (.) sondern ähm (.) ich glaub ein ganz starkes
65 Motiv war auch meine Mutter (.) die hat jetzt im Dezember ihren 92en Geburtstag gefeiert (.)
66 ist inzwischen auch im (.) Altenheim wird da aber aus meiner Sicht sehr (.) liebevoll und gut
67 betreut äh ich versuch so oft es geht bei ihr zu sein ich komme aus Nordhessen (unv) und da
68 lebt sie auch noch äh das heißt also ich versuch so mindestens alle 2 Monate zu ihr zu fahren
69 (2) aber äh auch ohne mich kommt sie da blendend klar

70 I: Hm

71 (1)

72 Kf: Warum meine Mutter äh die war da schon gut Mitte 80 mein Vater ist schon 2001 gestorben
73 und äh ich denk mal äh ich hab mir so gesagt wie gehst du mit dem Sterben deiner Mutter um
74 (.) erstmal mit dem Älterwerden natürlich (2) und dann Bereit dich da mal besser drauf vor

75 LI: hm

76 LKf: Ich denk das ist ein starkes Motiv gewesen und auch immer noch (.) Ob
77 das denn letztendlich so kommt (.) äh aber wenn die Natur so ihren üblichen Gang geht dann
78 werd ich wohl (.) meine Mutter begraben und nicht sie mich (wird leiser)

79 I: Ja

80 Kf: Das will ich auch meinen eigenen Kindern wünschen dass das so (.) nach der sogenannten
81 natürlichen Ordnung geht aber das wissen wir ja natürlich nicht

82 I: Ja {6:38}

83 Kf: Hm soweit zu meinen Anfängen würd ich mal sagen (2) Was ich noch mache ich bin jetzt
84 im Moment auch in der Fortbildung für die Trauerbegleitung (.) bietet das Haus hier an (.) da
85 hatten wir im November den ersten Teil und jetzt im März den zweiten Teil das heißt also auch

86 (.) eine ähnliche gute qualifizierende qualifizierte Weiterbildung genauso wie wirs damals hat-
87 ten als Einstieg in die Begleitung für für Sterbende oder Schwerkranke (.) jetzt ne Qualifizie-
88 rung für Trauernde (.) was mir auch deshalb guttut weil ich ja jetzt schon wieder seit ein paar
89 Jahren bei den Trauerwanderungen als Begleiterin dabei ist und dann find ichs auch gut sich
90 mal wieder auf (.) äh ja auf stabilere Füße zu stellen oder noch die Erfahrung nochmal zu
91 bearbeiten

92 LI: hm

93 LKf: Nochmal zu gucken was für Theorien gibt es und wie kann ich das
94 integrieren wo bringt mich das auch weiter

95 LI: Hmhm

96 LKf: Und das nächste spannende Projekt (lächelt hör-
97 bar) ich war in der Qualifikation für Hospiz macht Schule (.) da geh ich wieder auf die andere
98 Seite nämlich in die Grundschule

99 I: wow

100 Kf: Ich war ja Gymnasiallehrerin (.) auch sehr gerne muss ich sagen äh hab von Grundschul-
101 kindern eigentlich keine Ahnung (.) es sei denn meine eigenen gut die waren auch mal klein
102 äh und das äh fasziniert mich sehr dass wir als Team von fünf (.) Frauen (.) Männer hab ich
103 da noch keine gesehen aber die gibt's auch

104 LI: @

105 LKf: äh eine Woche in die Grundschule
106 gehen meistens dritte vierte Klasse (.) und dann im Rahmen einer Projektwoche jeden Tag mit
107 den Kindern über (2) Verlust (.) äh Werden und Vergehen Krankheit Sterben Tod Trauer spre-
108 chen das mit vielfältigsten Methoden aufbereiten da kommt mir natürlich meine Lehrervergan-
109 genheit ein bisschen zu Gute und äh wie ich von anderen Kolleginnen gehört habe ist das eine
110 sehr intensive und schöne Arbeit {8:56} und das kann ich jetzt eigentlich auch als Resümee
111 erstmal sagen von meiner Begleitung von meinem Ehrenamt von meinen vielfältigen Interes-
112 sen (.) dass das ne sehr schöne und befriedigende Arbeit ist (2) so soweit erstmal dazu

113 I: hmhm Mhh können Sie mir erzählen wie das so war in den Anfängen wie sie Ihre Arbeit so
114 entwickelt hat nach der Ausbildung? Oder schon während der Ausbildung?

115 Kf: Äh während der Ausbildung hat man noch keine Begleitung aber wir haben (.) da schon
116 auch äh so wie Sie sehen ja hier hier steht noch der Stuhlkreis wir haben monatlich eine Su-
117 pervision die ist sehr wichtig auch dass wir äh ne gute Begleitung haben

118 LI: hmhm

119 LKf: Und vielleicht
120 auch mal bei einer Begleitung sagen können Nein das wird mir jetzt zu viel oder da stimmt was
121 nicht oder da ist die Familie ein Pulverfass ich gehöre hier gar nicht rein (.)

122 LI: Okay

123 LKf: gibt's
124 auch (.) ja? Manchmal sind die Angehörigen anstrengender als der zu Begleitende

125 I: @ wie in der Pädagogik auch

126 Kf: @ ja! Man ist halt voll im wirklichen Leben

127 LI: Ja

128 LKf: Und ich komme auch mit ganz anderen
129 (2) ich will mal Schichten sagen zusammen ja? Also wenn man mit Menschen mit häuslichem
130 Umfeld dem ich in meinem Alltag hier in X (.) nicht konfrontiert werde hm?
131 I: Ja
132 Kf. Ja das ist ist auch wichtig find ich wenn man da so in so ner Akademikerblase sag ich mal
133 jetzt ein bisschen abschätzig da vor sich hin ähm lebt ja? ähm wenn man in dem Kreis dann
134 noch vom Studium her von der Ausbildung her und so weiter und so weiter (.) einfach dass
135 der Freundeskreis so ist in dem man sich bewegt abgesehen jetzt von der (.) sehr netten
136 Nachbarschaft und so weiter aber äh intensiven Kontakt mit jemand der vielleicht sein ganzes
137 Leben äh auf dem Steinbruch gearbeitet hat sag ich mal so radikal hab ich in meinem persön-
138 lichen Umfeld nicht
139 LI: Ja hm {10:55}
140 LKf: Oder auch andere Berufsfelder und und auch andere
141 Zugehensweisen (.) wie seh ich die Welt ja? Welches Konstrukt ist das für mich sinnstiftende
142 ja und und
143 LI: Ja ja
144 LKf: Ähm und(.) wenn Sie mich nach meinen Begleitungen fragen
145 bin ich da reingewachsen (2) einfach durch (.) machen (.)
146 LI: hmhm
147 LKf: Äh (2) die erste das ging gleich
148 im Sommer voll los (.) 2014 hm:: eine Frau im Altersheim hier in X (3) die sehr schwer krank
149 war meistens sind sie sehr schwer (.) ja wie sagt man so schön? Nicht mehr therapierbare (.)
150 Erkrankungen sehr viele Krebserkrankungen auch demenzielle Erkrankungen und ich hatte
151 glaub ich zwei Wochen und in diesen zwei Wochen hat sich der Zustand der Patientin äh
152 stündlich fast verschlechtert Am Anfang war sie noch ähm aufgeschlossen und hat sich ge-
153 wünscht dass man mit ihr Karten spielt (.) Beim nächsten Mal war das schon nicht mehr mög-
154 lich bei übernächsten Mal lag sie nur noch im Bett da war das Spazierfahren draußen im Roll-
155 stuhl oft nicht mehr möglich und so ging das schlagartig(2) und an einem der Besuche traf ich
156 auf die Tochter und da hatte ich schon gleich bei meiner ersten Begleitung den Eindruck wie
157 wichtig die Familie ist oder wie wichtig es auch für die Angehörigen äh ist sich mal auszuspre-
158 chen
159 LI: Ja
160 LKf: Also wir saßen die Mutter schlief (.) wir sind dann in ein anderes Zim-
161 mer gegangen die äh Tochter hatte wirklich großen Gesprächsbedarf weil (.) die ganze Bezie-
162 hungsproblematik sehr an ihr nagte Was ist jetzt wenn Mutter stirbt? Ja? Also auch vielleicht
163 (.) ich kann das jetzt nicht so ausbauen aber vielleicht auch ein bisschen die Übermutter auch
164 immer die sehr starke die wo auch Zwistigkeiten waren zwischen den Geschwistern äh ja der
165 Bruder war immer ihr Liebling und so weiter und so fort (.) Und der Bruder (.) also Sohn der
166 Sterbenden hat dann an einem anderen Tag mit mir das Gespräch gesucht also ich kriegte
167 die ganze Familie präsentiert aus unterschiedlichen Perspektiven (.) hochspannend ja? Da
168 lernt man zuhören. Das ist auch eine sehr gute Schule @ hier im Ehrenamt Und das hat da
169 gings gleich im medias res gleich voll (.) rein in den Sterbeprozess wo der äh dann zum Ab-
170 schluss kam (3) hat die Schwester also die Tochter(.) darauf bestanden dass ein Priester

171 geholt wurde (.) für die Krankensalbung (2) Ich weiß jetzt ob das doch ich glaube das war auch
172 im Sinne der Mutter ja soweit hab ich das noch äh verstanden (.) Ich glaub der Bruder respek-
173 tive Sohn war da nicht so ganz einverstanden aber das in der Situation dann auch wurscht der
174 Priester kam und ich aus Nordhessen also in der protestantischen Wolle gefärbt äh staunte
175 nur so also das war für mich ein ganz neues Erlebnis äh: ich sollte auch dabei bleiben (.) sonst
176 hätte ich mich zurückgezogen und dann ich eben mit dem mit der Tochter die mich wohl an
177 ihrer Seite (.) wollte so hab ichs verstanden (.) und der Priester am Sterbebett der Patientin
178 und hab mir das mal so angeschaut ja (.) Ich war auch über die recht liebevolle Atmosphäre
179 die der Priester da kreieren konnte auch se:hr (.) äh fast überrascht aber ich war darüber auch
180 erfreut ja und dann hab ich danach haben wir uns zurückgezogen und die (.) äh Tochter hatte
181 dann noch Gesprächsbedarf also und ich glaube die Frau ist dann (2) ein zwei Tage später
182 auch gestorben ja das ging wie wie gesagt relativ schnell und für meine erste Begleitung wars
183 ein se:hr äh äh innerhalb kürzester Zeit ein großer Strauß an Erfahrungen

184 I: Ja ja das hört sich so an. Wie wie haben Sie sich dabei gefühlt?

185 Kf: Äh neugierig erstmal was kommt jetzt da auf mich zu? Aber auch gelassen also:: ich schaue
186 mal was jetzt kommt und:: dieses von außen kommen (.) nicht verstrickt sein in diese ganzen
187 Familienerzählungen in diese ganzen (.) Geschichten die sich ja abbilden von dem was ich
188 ihnen sagte das ist ein großer (.) Schatz denn man guckt ganz frei von außen auf die Situation
189 (.) und kann also die Beziehung zu der zu Begleitenden (.) neu gestalten hm? Ich komm von
190 außen und ich hab eine sterbende Mutter begleitet (2) mit in aller Freiheit in allem was (.) sie
191 wollte und das ist natürlich was ganz anderes (.) als wenn meine eigene Mutter stürbe (.) ja?
192 Da bin ich verwickelt da bin ich nah dran Puh:: allein wenn ich das aussprech denke ich oh
193 Jesses Hilfe ja?

194 LI: Ja ja hmhm

195 LKf: Ja Verstehen sie das? und das ist unser großer
196 Reichtum unser Schatz {17:15} Dass Sie von außen kommen dass Sie vorurteilsfrei gucken
197 äh die Situation vielleicht auch mal aus einer anderen Perspektive äh wahrnehmen können als
198 es nun die ängstliche Tochter kann ja die jetzt dabei ist ihre Mutter zu verlieren hm (2) und von
199 daher waren da schon Gefühle im Spiel aber letztendlich auch sagen wir mal inzwischen würde
200 ich sagen eine professionelle Gelassenheit ja?

201 I: hm spannend.

202 Kf: Ja:: und immer wieder spannend und immer wieder neu immer wieder äh Umgang mit
203 Menschen (.) ich glaub das hab weil ich auch Lehrerin und das ist was ich sehr gerne tu hier

204 I: Ja man lernt sehr die Lebenswelten kennen hab ich das Gefühl

205 LKf: Hmhm

206 LI: von den (.) die Welt ist
207 halt sehr bunt und das merkt man glaub ich dort sehr stark

208 LKf: Ja das ist das vielfältige Amt von
209 dem ich ja kurz erzählte und auch die vielfältige Begegnung mit den Menschen und mit diesen
210 Menschen und ihren Angehörigen in einer ganz speziellen Situation{18:20} Und die hat schon
211 (.) einen herausfordernden Charakter.

212 I: Fällt ihnen da was ein wo sie wirklich mal sehr herausgefordert waren? Also ein eine Beglei-
213 tung?

214 Kf: Im Sinne dass ich da an meine Grenzen gekommen bin?
215 I: Zum Beispiel oder was sehr fremd für Sie war wie Sie möchten (2) Einfach was was wirklich
216 für Sie raussticht
217 (5)
218 Kf: Hm:: (3) Ich wollte vielleicht mal zwei Beispiele nennen (3) In einer Begleitung bin ich wirk-
219 lich an meine (.) Grenzen gekommen weil das::: mein Dasein diesem Heim für mich keinen
220 Sinn machte(.) Die Situation war eine schon fast delirierende nicht mehr ganz bei sich seiende
221 Frau (.) mit einem künstlichen Ausgang (3) den sie sich immer wieder abgerissen hat(.) das
222 heißt wenn ich kam war sie meistens verkotet und auf dem vor dem Bett lag so ein schmieriger
223 Beutel (.) ihre Hände sehr verschmutzt ich halte auch oft sehr gern die Hand beim Gespräch
224 äh das war mir in diesem Moment äh nicht möglich (.) hm:: (.) dann bin ich zur Station gegang-
225 en und hab die Schwester auf diesen Zustand aufmerksam gemacht (.) Und die sagte nur
226 Ach schon wieder! (.) Ja dann bleiben Sie mal draußen trinken noch nen Tee oder was ich ruf
227 Sie dann ja? Dann wurde die äh sehr kranke Frau wieder: einigermaßen gerichtet (.) ähm (.)
228 die Freiheit der Patientin man konnte ihr ja nicht die Hände irgendwie festbinden das geht ja
229 nicht ja? Das ist ja Freiheitsberaubung bestand eben darin sich jeden Tag und (.) neu wieder-
230 um selbst zu beschädigen indem sie diesen Ausgang ausriss und sie war auch durch ihre (.)
231 physische und psychische Lage hm: (2) auch für mein Empfinden damals auch für eine Be-
232 gleitung gar nicht zugänglich {20:45} ja ich hab dann neben ihr gesessen eigentlich wusste sie
233 gar nicht was ich da mache und ich (.) wusste auch nicht so wirklich was ich mit ihr anfangen
234 konnte und ähm mit der Situation konnte ich insgesamt (.) schwer umgehen ich hab dann hier
235 im Hospiz angerufen äh Supervision ist alle 4 Wochen man braucht auch mal zwischendrin
236 Begleitung und hab ähm dargestellt wie schwer mir das fällt da überhaupt zu agieren oder
237 agieren zu können (.) und daraufhin hab haben wir dann mit Rücksprache mit der Station diese
238 Begleitung abgebrochen die Frau ist auch kurze Zeit später gestorben es war innerhalb der
239 nächsten Woche es ging ging relativ schnell ja?

240 LI: Hmhm
241 LKf: Ich
242 war eigentlich auch (.) nur sag ich mal da weil ihre Tochter nach langer Pflege mal eine Auszeit
243 brauchte für eine Reise (.) und während die Tochter eben noch auf Reisen war ist ihre Mutter
244 dann gestorben (2) Das war nicht so erquicklich da bin ich wirklich auch öh was gewisse hygi-
245 enische Verhältnisse angeht äh da wirklich an meine Grenzen gestoßen {22:02} (5) Aber ich
246 hab immer die Freiheit und das ist eben Ehrenamt mit dieser Freiheit zu sagen Nein (.) das
247 geht jetzt über meine (.) Fähigkeiten

248 I: Hmhm
249 Kf: Ein anderes Beispiel was mir einfällt (.) das war eine häusliche Begleitung eine gebürtige
250 Polin (.) deren äh Leben mich se:hr beeindruckt hat mit welcher Stärke und Selbstständigkeit
251 sie ähm von Polen nach Deutschland gekommen ist aus dem Früch äh Flüchtlingslager Fried-
252 land ich kenn das deshalb so gut weil es in der Nähe meiner Heimatstadt ist (lächelt hörbar)
253 (.) sich dann durchgeschlagen hat und dann hier in Südbaden äh Fuß gefasst hat und ich traf
254 sie dann äh äh zu ihrem Lebensende (4) im (.) Rollstuhl sitzend (.) aber noch in ihrer eigenen
255 Wohnung an (.) begleitet auch von ihrer Tochter die hatte die Wohnung daneben (.) das war
256 eine häusliche Pflege da äh die meistens durch die Tochter geleistet wurde (.) und zwischen

257 Mutter und Tochter war ein (2) Spannungsverhältnis also man konnte es förmlich knistern hö-
258 ren wenn man nur in den Raum ging die Tochter ging für mein Gefühl und auch für meine
259 Beobachtung sehr ruppig mit der Mutter um aus welchen Gründen auch immer meistens alte
260 Geschichten (.) äh angespannt sein durch eben die dauernde Pflege und hab ich jetzt die
261 richtigen Medikamente verabreicht und und und (.) das kann man sich alles denken aber das
262 muss ich auch alles eigentlich gar nicht wissen (2) ich bin nur dann in dieser Situation (.) ja?
263 LI: hmhm
264 LKf: Und was sehr schön ist an meiner Begleitung an dieser
265 und auch an anderen (.) dass man dann zu dieser zu Begleitenden eine Beziehung aufbaut
266 und die ältere Dame und ich wir haben uns sofort verstanden(.) ja? Ich kam rein (.) und ach
267 sie hat sich gefreut dass ich komme (.) und (2) das war schon ne herzlich Begegnung die sich
268 dann auch so gestalten konnte über die letzten äh Wochen und Monate (.) hm (.) und das war
269 immer gut wenn dann die Tochter äh:: ging nachdem sie mir die Tür aufgemacht hatte (.)
270 (lautes Atemgeräusch) dann haben wir beide durchgeatmet @ und dann war unsere Bezie-
271 hung und der Kontakt da
272 I: Wow
273 Kf: Sie wohnte in X ich hab dann auch mit ihr noch einen Spaziergang gemacht (.) also im
274 Rollstuhl sie hatte dann so einen selbstfahrenden und ihr Ehrgeiz war mir X zu zeigen
275 LI:@
276 LKf Also ich wohne im Stadtteil X
277 nicht weit davon (.) aber sie hat mir X gezeigt so richtig Ach du tust mir was Gutes jetzt will ich
278 dir auch mal Gutes tun hat mich danach noch in die Eisdiele eingeladen auf eine Cola oder so
279 ‚Was Sie wollen nichts Essen oder Trinken‘ Sag ich ‚Nein Dankeschön‘ Ga::nz reizend mit
280 welchem Engagement sie auch (.) auf mich(.) zuing(.). Ja:: also das war wirklich so ein (.)
281 Geben und Nehmen deshalb hatte ich in dieser Intensität äh eher selten
282 LI: Hmhm Hmhm
283 LKf: Und (.) dann
284 musste sie aus gesundheitlichen Gründen äh zwischenzeitlich in die Klinik {25:36} (3) danach
285 kam sie in die Kurzzeitpflege ich hab sie dann auf diesen Stationen auch begleitet bis sie
286 wieder zuhause war (.) äh auch dann bis zu ihrem Tod das ging dann nicht mehr lange (.)
287 dieser letzte Rückschlag äh in ihrer Gesundheit der hat sie schon sehr viel (.) Kraft gekostet(2)
288 und ähm der letzte Besuch wa:r da lag sie schon im Bett sterbend und ähm die Familie war in
289 der Küche versammelt und ich hab mich dann noch an ihr Bett gesetzt und war einfach noch-
290 mal da ja
291 LI: Hmhm
292 LKf: da hat sie sich mich nicht mehr wahrgenommen aber (.) äh
293 oder auf irgendeine Art und Weise vielleicht doch (lächelt)
294 I: Ja
295 Kf: Jedenfalls war das dann für mich auch das Ende dieser Begleitung und konnte ich mich
296 von der (.) Frau verabschieden (3) und:: hab danach noch (.) mal telefonischen Kontakt mit
297 der Tochter aufgenommen um zu fragen wies ihr denn ginge und wie die Beerdigung
298 war{26:46} (3) da bei der konnte ich aus zeitlichen Gründen nicht da sein (.) ähm:: (2) manch-
299 mal macht man das auch je nachdem hm? wie der Kontakt so ist(.) und ja das war ne sehr

300 sehr intensive Begleitung ich war äh zwischendrin ich hab Ihnen ja erzählt ich bin so oft ich
301 kann bei meiner Mutter I: hmhm Kf: und das waren dann mal zwei Wochen da musste ich
302 einfach auch mal weg (.) ja? und als ich wiederkam es war herzzerreißend (.) sie hatte ihrer
303 Tochter dann befo::hlen und der Ton herrschte etwa so(.

304 LI: @

305 LKf: mir einen Blumenstrauß zu besorgen ganz herr-
306 liche Rosen so lachsfarbene Rosen (.) sie hatte Brezeln besorgen lassen Butter und alles noch
307 (.) Mögliche ja? Hatte ich trinke keinen Kaffee hatte wunderbare Teesorten dann auch aufge-
308 fahren die Tochter wird sich schon gefragt haben was was @ muss ich denn noch alles für
309 diese Begleiterin da tun

310 LI: @

311 LKf: Und hat mir als ich wieder da war richtig ein Willkommens-
312 frühstück bereitet (.) ja? Also das war so toll! (.) Und äh (.) sich auch nochmal bedankt für die
313 Begleitung (.) und auch für (.) sagen wir mal unsere Institution hier (.) die das eben möglich
314 macht ja? Dass wir äh in die Haushalte gehen oder zu den Sterbenden (.) und von diesem
315 Blumenstrauß den ich noch scho lange auf meinem Esstisch stehen hatte hab ich ein Foto
316 gemacht (.) und bei unserer Jahresversammlung hab ich das dann äh:: präsentiert halt als
317 Folie und dann auch nochmal den Dank dieser Sterbenden an uns alle ausgedrückt denn so
318 war es auch gemeint ich war ja eigentlich nur die Stellvertreterin für das was(.) wir hier alle als
319 Ehrenamt machen

320 I: Aber eine sehr passende Stellvertreterin anscheinend

321 Kf: Ja aber das ja das hat man merkt man auch ob da ein Kontakt gelingt meistens (.) ist auch
322 eine Beziehung sehr kurz denn ehe sie ehe sie geknüpft ist ist sie schon vorbei das hatte ich
323 letztlich bei (.) einem Herrn (.) der (.) sehr schne schnell starb zuhause(3) wo ich dann auch für
324 seine Frau da war hm?(.) also vielfältigste Begegnungen und heraus sticht vielleicht noch eine
325 (2) auch ält wenn ich von älteren Frauen spreche ich bin ja auch nicht mehr die Jüngste ähm
326 (.) gut 70 80 plus also hochaltrig ja?

327 LI: Ja

328 LKf: in diesem Fall (.) hm (.) die an Parkinson
329 erkrankt war (.) und da sie Förderin vom Hospiz war hat sie hier angerufen und gesagt ‚So::
330 ich find das auch nicht toll mit meiner Erkrankung aber schickt mir mal jemanden her ich brauch
331 Unterhaltung! (.) Hmhm! Sie merken natürlich schon das ist ein Anspruch

332 I: Ja sie warforsch @@

333 Kf: Auch eine von ihrer Lebensgeschichte her das erfährt man ja auch alles sehr eigenständige
334 tolle Person ja? Hat mich sehr beeindruckt ihre Lebensgeschichte{30:11} (2) Gu::t und dann
335 sagte man hier gut wir schauen mal ob das möglich ist ‚Ja und außerdem wird ich sterben
336 macht mir doch schon mal bitte ein Bett frei im:: stationären Hospiz‘ (unv) ‚Langsam‘ @‘Eins
337 nach dem anderen‘ Sie lebte auch noch äh:: mit von einer Pflegekraft unterstützt in ihrer eige-
338 nen Wohnung(3) das war so die Vorgeschichte (2) und ich bekam dann (.) ein paar Wochen
339 später die Vorgeschichte hab ich erst dann erfahren einen Anruf äh Frau X wir haben da einen
340 speziellen Fall (.) hm:: sie sind doch auch ein starker Charakter ich zitiere nur

341 LI: @@

342 LKf: @@ Da ist die Frau soundso und so sieht die Lage aus wir haben ja eine Beglei-
343 terin geschickt die hat sie hochkant rausgeschmissen
344 LI: Hui
345 LKf: Sag ich Oha! Was kommt
346 denn da auf dich zu{31:07}
347 LI: @
348 LKf: Ja auch bis zu ihrem Ende sie hat sehr mit ihrer Parkinson (.) äh
349 Krankheit gehadert ja? Ja warum muss mich das jetzt noch Treffen im Alter ja (.) Ich die ich
350 immer selbstständig gelebt habe (.) die ich regelmäßig in die Kirche gehe und den Kirchenver-
351 ein unterstütze und und und (.) Verdammt noch mal ja? So einen Zorn kann man ja auch
352 verstehen was soll das denn Jetzt bin ich hilflos (.) Geld hab ich genug aber das Leben kann
353 ich mir damit nicht kaufen{31:37} (4) U::nd äh:: wir haben uns gut verstanden ja@
354 I: @
355 Kf: Das war also ne äh länger::fristige (.) Krank Krankenbegleitung eigentlich bis zum Schluss
356 dann
357 LI: Hmhm
358 LKf: Sie ist dann nochmal in eine Reha gekommen in so eine spezielle Parkinson
359 Klinik (.) da konnte man aber nnn vielleicht noch was verlängern aber (.) das Schicksal musste
360 sie dann annehmen ja
361 I: Wie gehen Sie damit um wenn Sie diese Beziehungen knüpfen und dann fallen die ja aus
362 ihrem Leben wieder raus sozusagen?
363 Kf: Tja das ist immer ein Abschied (.) Ne also bei der entsprechenden Person war ich auch auf
364 der Beerdigung
365 LI: Hmhm
366 LKf: Ja das hat mir auch gut getan (2) Äh:: manchmal mach ich auch für
367 mich so ein kleines Ritual (.) dass ich für denjenigen bei mir zu Hause eine Kerze anzünde (2)
368 nach ganz schwierigen Erlebnissen da spring ich:: äh oder ma geht ja auch manchmal ist ja
369 auch ne die Stunde oder die zwei Stunden der Begleitung selber sehr intensiv (.) danach muss
370 ich ja selbst mal wieder (atmet ein) Luft holen für mich und mich erden und das (.) gelingt mir
371 am besten im Garten
372 I: Hmhm
373 Kf: Dann spring ich einfach ma:l in meinen Sträuchern rum oder guck nach meinen Tomaten
374 LI:@
375 LKf: äh
376 das (.) ist sehr sehr gut ja?(4) oder ich sprech mit einer Vertrauten natürlich anonymisiert das
377 ist klar(2) oder auch hier in unserer Supervisionskreis ist eine äh drei oder zwei Frauen dabei
378 mit denen ich auch die Ausbildung gemacht habe (.) das ist schon ein sehr lang geknüpftes
379 Band {33:23}
380 **Ab hier auf f4 umgestellt**
381 Kf: das man sich da zwischendrin mal bespricht #00:33:28-0#
382 I: hmhm #00:33:28-0#
383 Kf: Äh:: das sind gute Wege um mit einem Verlust, der einen ja dann auch wieder betrifft ob
384 der jetzt nicht wie gesagt ich zitiere die eigene Mutter ist äh:: um das auch wieder wie soll ich

385 das sagen auf die (.) auf die Reihe zu bringen beziehungsweise dann auch wieder den nötigen
386 (.) Abstand zu haben
387 I: Ja
388 Kf: Ja und aber immer wieder das Abschied nehmen zu lernen ist ja auch (.) Teil unserer Arbeit
389 I: Ja Ja das interessiert mich glaub ich auch sehr also dieses (.) wie Sie konfrontieren sich ja
390 bewusst mit diesen schmerzhaften Abschieden irgendwie ja ne?
391 LKf: Ja genau
392 LI: die gehören einfach dazu
393 und
394 LKf: hmhm
395 LI: das
396 machen nicht viele Menschen gerne (.) also viele Leute würden diese Arbeit wahrscheinlich
397 aus dem Grund nicht machen
398 LKf:hmhm
399 LI: Wieso machen Sie sie trotzdem? #00:34:20-2#
400 Kf: Hm ich hör immer wieder Was du bist beim Hospi:z? Das könnt ich nicht! Ja genau diese
401 Abwehr hmm Fällt dir das nicht schwer oder (.) kürzlich sagte jemand Du sag ich an dem und
402 dem Tag kann ich nicht da: hab ich wieder (.) Einsatz die sagte dann so: (.) fast n bisschen:
403 abfällig das hat mich geärgert Ach du und deine Toten! Ja sag ich das ist ne wichtige Arbeit
404 und die mach ich ge:rne Warum? (2) weils einfach ne sinnvolle Arbeit ist
405 LI: Hmhm
406 LKf: Und ich merke (.) ich
407 hab ja vorhin davon gesprochen dass man sich dann auch so (.) reinbegeben kann oder die
408 über die Zeit die Erfahrung sammelt ja? (2) hm (.) das es etwas ist das ich (2) gerne mache
409 das sind ganz wichtige äh Momente im Leben denen ich mich gerne aussetze
410 LI: hmhm
411 LKf: auch wenn
412 die natürlich wie:: wir alle wissen mit dem Tod enden ja? Also so zu tun als wär ich unsterblich
413 ich glaube äh von dieser Überzeugung werde ich in meiner Tätigkeit hier geheilt wenn ich sie
414 denn je:: gehabt hätte
415 LI: @@
416 LKf:@ also das ist und das find ich sehr sehr wichtig
417 LI: ja
418 LKf:
419 Das ist ähm äh ja wie soll ich sagen erfüllt mich auch mit Dankbarkeit dass ich dieses Ehrenamt
420 machen darf
421 LI:hmhm
422 LKf: denn ich lerne und erfahre dabei sehr sehr viel #00:35:52-
423 6#
424 I: was genau:? #00:35:52-3#
425 Kf: was genau:?: Einige Punkte hatte ich ja schon angesprochen (2) #00:36:00-6#
426 I: Was springt für Sie dabei raus? #00:36:02-2#
427 Kf: Was sp Das ist mir zu merkantilistisch formuliert #00:36:06-4#

428 I: @ #00:36:06-4#

429 Kf: Es springt zum Beispiel dieser Kreis hier den wir hier haben dabei raus

430 LI: hmhm

431 LKf: Diese Supervi-

432 sion in dem wir heute Nachmittag sehr intensiv über (.) äh drei vier Begleitungen gesprochen

433 haben (.) wo derje:nige der stirbt dav das wusste und das vorher (.) gesagt hat zu dem Erstau-

434 nen der Person die das gehört hat #00:36:34-0#

435 I: hmhm #00:36:34-0#

436 Kf: Dass ein Sterbender weiß jetzt muss ich gehen (.) dieses Wissen springt für mich dabei

437 heraus (.) zum Beispiel (.) oder das Teilen dieses Wissens in in der Supervision (.) Es springt

438 für mich dabei raus dass wir in zwei Tagen ein (2) Neujahrsanfang haben bei dem ich all die

439 lieben Menschen sehe die:: dieses Ehrenamt auch machen (2) und in dem ich das empfinde

440 ich als sehr ehrenvoll die Namen der Toten vorlesen darf #00:37:11-7#

441 I: hmhm #00:37:11-9#

442 Kf: die im letzten Jahr gestorben sind die wir begleitet haben (.) und wir heißt immer unser

443 ganzer Kreis Es springt für mich ein wundervoller Kirchengottesdienst dabei heraus jetzt Ende

444 Januar (.) wo ich wahrscheinlich wieder für die Fürbitten eingesetzt werde oder (.) auch in der

445 Vorbereitung bin äh das würd ich sonst gar nicht wissen dass es so einen tollen Gottesdienst

446 in der Kirche gibt der sich nur äh (.) mit der Trauer derjenigen beschäftigt die letztes Jahr einen

447 lieben Menschen verloren haben ja?

448 LI: Ja

449 LKf: es ist ein Gottesdienst für die Hin-

450 terbliebenen

451 LI:Hmhm

452 LKf: Ich lerne äh auch die Perspektive zu wechseln also nicht alles so für (.)

453 selbstverständlich zu halten was in meinem Leben mit allen Auf und Abs natürlich äh gut läuft

454 (.) ja? LI: hmhm hmhm LKf: Also ich versteh mich mit meinen Kindern wunderbar das Verhält-

455 nis zu meiner Mutter hat sich geklä::rt @@

456 LI:@

457 LKf: Äh:: manchmal wird man ja auch mit

458 dem Alter etwas wei::ser ja? Das gilt ja für uns beide (.) Ja äh (5) dass ich oder ich arbeite

459 dran auch zu ner größeren (.) Gelassenheit finden kann

460 LI: hmhm

461 LKf: Ja? Ist so ein Wunsch für mich

462 im Alter äh früher wollte ich wei:se werde aber das war noch im jugendlichen Unverstand ge-

463 sprochen

464 LI:@

465 LKf: @ Ich weiß nicht ob ich soweit komme aber zumindest doch äh dem Leben

466 mit einer größeren Gelassenheit zu begegnen

467 LI: hmhm hmhm

468 Kf: Hm:: ich denke das ist jetzt auch meine Lebensaufgabe (.) ne?

469 LI: Ja

470 LKf: dass ich nicht mehr mit
471 (.) Mitte 60 äh: so tue als äh ff ginge das Alter an mir vorbei
472 LI: Ja Ja hmhm
473 LKf: Als könnte ich hier nochmal
474 die 40 Jährige markieren
475 I:@ Also die Energie dazu haben Sie:: @
476 LKf:@@
477 LI: Zumindest so wie ich Sie wahrnehm @
478 Kf: Möge die Energie und die Gesundheit mir noch erhalten bleiben(.) sehr gerne für meine
479 Familie stell ich die zur Verfügung ist ein großer Schatz den ich habe (.) auch für die Arbeit
480 hi:er oder für meine Beziehung das ist alles wunderbar
481 LI: hmhm
482 LKf: ähm (2) Was lern ich noch? Ich lerne
483 ich lerne das Leben äh zu schätzen und ich lerne das:: Ich lerne das Leben kennen
484 LI: Ja
485 LKf: in-
486 dem ich mich mit dem Tod und mit dem Ende des Lebens beschäftige ich m das ist so das äh:
487 was ich Ihnen vielleicht zusammenfassend dazu sagen kann #00:39:43-6#
488 I: Ja es hört sich an wie der Kern irgendwie so das das Wesentliche (.) von allem was Sie
489 geschildert haben bis jetzt. (.) Hm::: eine Sache würde mich noch interessieren Sie haben
490 vorher von dieser herausfordernden Situation gesprochen #00:39:57-2#
491 Kf: hmhm #00:39:57-2#
492 I: Äh::m das war ja vor allem das Hygienische (.) ist es für Sie auch eine Herausforderung
493 wenn Sie nicht mehr viel agieren können also wenn die Person da liegt und Sie können nicht
494 mit ihr sprechen und fühlen Sie sich da manchmal hilflos oder können Sie damit gut umgehen?
495 #00:40:13-7#
496 Kf: Ich glaube damit bei den Erfahrungen die ich gemacht hab kann ich damit gut umgehen
497 äh: ich bin ein Mensch der sehr gerne berührt #00:40:24-0#
498 I: hmhm #00:40:25-7#
499 Kf: Und wenn die Berührung geschätzt wird oder gewollt wird dann (2) sitze ich meistens dann
500 am Bett und halte die Hand (1) wens gewünscht wird kann ich auch was vorlesen oder was
501 erzählen Jetzt kürzlich eine Frau die ich in der Klinik begleitet hab die wollte (.) gerne vorgele-
502 sen haben ich bin dann in die Stadtbücherei gegangen und hab was für sie ausgesucht (.) sie
503 war war so Rosamunde Pilcher Fan und da hatte ich jetzt nicht in meinem eigenen äh Schrank
504 (schmunzelt)
505 LI: @
506 LKf: aber das hab ich sehr gerne gemacht bei meinem nächsten
507 Besuch war (.) das Vorlesen schon nicht mehr möglich ja sie war schon (.) äh wäre zuviel
508 gewesen ja? und dann sitz ich eben und (.) halte ihre Hand und äh: sage was oder schweige
509 auch ja? Ähm das bringt sehr viel Ruhe (.) in so eine Situation und die kann ich äh sehr gut
510 aushalten es ist oft auch sogar mal ein Gegenpol zu dem wuseligen äh Schwesternalltag der
511 Pflege und Versorgung (.)
512 I: hmhm

513 Kf: Da ist ja immer Ramba Zamba und ein Tempo wo ich mich frag Tut das den (.) Menschen
514 gut
515 LI: hmhm
516 LKf: Aber (.) hm 300 Fragezeichen
517 LI: Ja ja hmhm
518 Kf: Und ähm: ich hab auch wahrgenommen dass wir als Begleitende im Klinikalltag also meis-
519 tens auch geschätzt sind ja? weil wir eben nochmal ne andere (.) Qualität reinbringen was
520 einfach Pflegen Pflegekräften gar nicht möglich ist da in dem Maß
521 I: Ja ja
522 Kf: Und ich bin ja auch nicht rund um die Uhr da ich komm ein zwei Mal die Woche je nachdem
523 wie die Situation ist auch wie die Angehörigen das gerne möchten auch immer mit Absprache
524 (.) Wer kommt wann ist zum Beispiel ein ganz wichtiges: (.) praktisches Kriterium
525 LI: Hmhm
526 LKf: Aber (.) einfach nur dazusitzen zu schauen vielleicht auch manchmal tief miteinander
527 der zu atmen (.) äh:: das fällt mir nicht schwer ganz im Gegenteil Es entschleunigt auch mich
528 LI: Ja ja
529 LKf: in meinem Alltag denn (.) vielleicht bin ich auch mal ein bisschen mir selbst ge-
530 genüber auf der Überholspur (.) äh schon (.) werd ich ausgebremst
531 LI: @
532 LKf: wunderbar @
533 #00:42:49-7#
534 (6)
535 I: Aber woher wussten Sie jetzt zum Beispiel das fand ich grad super spannend was Sie gesagt
536 haben dass es zu viel gewesen wäre wenn Sie gelesen hätten Hat die Frau Ihnen das kom-
537 muniziert oder haben Sie das gespürt? #00:42:58-2#
538
539 Kf: Es ist oft beides
540 LI: hmhm
541 LKf: also ich dann hatte diesen dicken Schinken dabei:: (.) Hm war eine
542 schöne Liebesgeschichte sie sagte es soll so sollte einen tollen Ausgang haben und (.) ja ich
543 hab mich dann noch beraten lassen und hab mich schon aufs Vorlesen gefreut (.) und als ich
544 dann kam (3) merkt man das auch erstmal so an der mm Konzentration der Person Ist sie jetzt
545 grad müde? Hat sie Schmerzen ja? Und ich komm ja nicht rein klapp das Buch auf und sag
546 Hallo:: hier ist mein Schatz aus der äh Bücherei sondern man nimmt ja erstmal so vorsichtig
547 Kontakt auf und schaut wie ist so das Befinden im Moment und äh unterhält sich ein bisschen
548 und (.) das ist schonmal der erste Kontakt da merk ich ist das jetzt überhaupt von der Kon-
549 zentration gewünscht und wenn die Person noch sprechen kann was in dem Fall möglich war
550 Dann sagt sie selber Das ist mir jetzt im Moment zu viel
551 I: Ja
552 (3)
553 Kf: Sag ich okay man muss ja nicht gleich auch das ganze Buch lesen hat ja 800 Seiten haben
554 ja alle Zeit der Welt (.) die wir dann nicht mehr hatten und dann hab ich (unv) Ich kann Ihnen

555 aber vielleicht ein bisschen erzählen um was es ging was jetzt für Sie mitgebracht hab und
556 das war dann okay

557 LI: hmhm

558 LKf: Ja und wie gesagt dann beim nächsten Besuch (2) konnt ich das Buch
559 schon wegstecken ja manchmal gehts auch wirklich sehr schnell also dass ich über (.) Monate
560 begleite:: ist eher selten #00:44:39-0#

561 I: Hmhm hmhm #00:44:40-4#

562 Kf: Hm hier wir hatten jetzt grad den Fall einer Kollegin die hat eine alte (.) über 90 Jährige
563 blinde Dame im Altersheim begleitet fast über zwei Jahre I: Wow Kf: Das ist die absolute Aus-
564 nahme ja? (3) Und die Beziehung die da entstanden ist äh hörte sich eben für mich sehr (.)
565 sehr intensiv an #00:44:59-9#

566 I: hmhm #00:45:01-2#

567 Kf: Ja sie hat auch immer wieder natürlich berichtet das ist auch so ne Fallbesprechung die
568 wir haben (.) und da ist auch manche wünschen sich auch ein Lied manche wünschen sich
569 ein Gebet ja? Also da bin ich ganz frei:: das zu tun was:: gewünscht wird #00:45:21-2#

570 I: Und (.) hatten Sie auch schon einen Fall wo jemand nicht mehr wünschen konnte bis auf die
571 Dame von der sie vorher gesprochen haben wo wo Sie hinkommen und auch gar nicht wissen
572 Was braucht die Person jetzt grade wie kann ich noch helfen hier? Brau Braucht man mich
573 überhaupt? Hatten Sie das schonmal? #00:45:34-0#

574 Kf: Muss ich überlegen #00:45:39-6#

575 I: Wenn nicht ist das ja auch okay... #00:45:39-9#

576 Kf: Ähm:: (3) Was soll ich hier überhaupt war der Fall den ich Ihnen geschildert habe
577 LI: hmhm

578 hmhm

579 LKf: Hmm nee. Es ist ja immer erstmal so ein vorsichtiges Herantasten Ich nehme auch
580 oft wenn ich hier den Einsatzbefehl bekomme auch erstmal mann wenns ein häuslicher Be-
581 reich ist auch erstmal telefonisch Kontakt auf wenn das möglich ist ja? sodass man dann auch
582 absprechen kann wann passt es überhaupt und (3) und merk ich eigentlich wenn ich da bin
583 schnell Werd ich hier gebraucht oder bin hier überflüssig oder zieh ich mich mal grad einen
584 Moment zurück weil die Palliativversorgung kommt. #00:45:55-2#

585 I: Okay.Okay gut dann dürfen Sie wenn Sie möchten noch etwas erzählen was Ihnen sehr
586 wichtig ist ähm:: Wenn Ihnen noch was einfällt? #00:46:02-1#

587 Kf: Was mir total wichtig ist (4) Ich finde es schön dass die:: Hospizbewegung und auch die
588 palliative Versorgung äh inzwischen mehr und mehr im Bewusstsein der Menschen angekom-
589 men ist ja? Das war ein:: langer Prozess dieses äh Hospiz hier wurde als Verein gegründet da
590 war die Hospizbewegung fast noch am Anfang und jetzt 2020 ist schon Einiges passiert (.) ja?
591 Wir kommen eher auch äh in der Öffentlichkeit an durch unsere Hospiztage oder Öffentlich-
592 keitsarbeit oder ein anderes Beispiel also mir ist die gesellschaftliche Entwicklung wichtig ja?
593 Zu mehr Offenheit zu mehr Akzeptanz auch von (1) einer Situation die uns alle betrifft oder
594 betreffen wird

595 LI: Ja

596 LKf: betreffen kann. #00:46:13-6#

597 I: Ja dann möchte ich mich ganz herzlich bei Ihnen bedanken

1 Transkript Lm

2

3 **Postscript**

4 Gesprächsführung: Herr Lm und I

5 Lm: 64Jahre alt, kommt mit Stock, geht langsam, manchmal leicht verwaschene Sprache, so-
6 dass z.T. etwas unverständlich, ist mit seinem Hund gekommen, was gleich für Gesprächsstoff
7 sorgt. Generell ist er bereit viel über sich zu erzählen. So wird anfangs erstmal 5 min über
8 seine Wohnsituation gesprochen bevor es dann zum Interview kommt.

9 Ort: ein warmer, heller Raum im Hospiz, der von der ambulanten Hospizgruppe zur Verfügung
10 gestellt wurde.

11 Tag: Do, 16. Januar 20

12 Audioaufnahme: ca 34min, mit f4 transkribiert

13 Inhalte der Gespräche vor und nach Aufnahme des Gesprächs:

14 Charakterzüge von Lm: freundlich, redselig, wirkt nüchtern, pragmatisch, lösungsorientiert

15

16 **Interview**

17 I: Ich ähm ich würde gerne was äh über Ihre Hospizarbeit wissen #00:04:34-2#

18 Lm: Ja denk ich mir #00:04:35-2#

19 I: Uuund äh mir gehts jetzt erstmal darum ob Sie mir einfach (.) also ich werd nicht so viel
20 fragen ich hab nicht so viele Fragen aber ich lass Sie einfach reden #00:04:41-9#

21 Lm: Ok #00:04:41-9#

22 I: und Sie erzählen was Sie möchten #00:04:42-9#

23 Lm: Ok #00:04:41-2#

24 I: ähm als erstes würde mich interessieren wie lang Sie dabei sind (.) und wie es kam dass Sie
25 hierher gekommen sind #00:04:49-2#

26 Lm: Also ich bin seit 2012 dabei und da hab ich Glück gehabt Interessiert hatte mich das schon
27 immer und ich hatte in dem Sommer nachgefragt und da hieß es im Herbst desselben Jahres
28 würde ein Kurs anfangen (.) das war einfach Glück (.) Ja #00:05:05-1#

29 I: Hmhm #00:05:05-1#

30 Lm: Und dann hab ich mich halt beworben und hab hab den Platz auch gekriegt in dem Kurs
31 (.) Ich bin muss ich dazusagen seit (.) dem Jahr 2001 schon berentet weil ich selber nicht ganz
32 gesund bin ich hab ne MS Multiple Skelrose und musste deswegen, weil ich öfter Schübe hatte
33 und so weiter und dann hat man mich quasi zwangsberentet ich war vorher leitender Oberarzt
34 an nem ähh an nem Krankenhaus in in Breisach #00:05:31-9#

35 I: Oh okay hmhm #00:05:31-9#

36 Lm: Und äh in der Anästesie und Notfallmedizin und da man körperlich auch bisschen da weil
37 da geht es auch um Wiederbelebung und alle solche Sachen (.) also ich gehörte zum Reani-
38 mationsteam ja #00:05:42-7#

39 I: Hoi #00:05:42-7#
40 Lm: und wenn Sie da nicht mehr gut laufen können #00:05:46-2#
41 I: ja #00:05:46-2#
42 Lm: ist das keine gute Voraussetzung #00:05:47-9#
43 I: Ja #00:05:47-9#
44 Lm: Jedenfalls bin äh ursprünglich war es gedacht dass ich im Jahr mal pausiere und wir
45 wollten gucken ob da vielleicht weniger Schübe kommen und und und #00:05:57-2#
46 I: hm #00:05:57-2#
47 Lm: (.) auf jeden Fall ist es mir so gut gegangen danach (.) nach dem einen Jahr, dass ich das
48 dass wir dabei geblieben sind dass ich in Rente geblieben bin ich hab dann nochmal angefan-
49 gen zu studieren hab noch Geschichte und Philosophie studiert an der hiesigen Uni und
50 ähhhh(2) hab nebenbei für die Selbsthilfegruppe der M- MS Kranken gearbeitet das ist die
51 heißt AMSEL vielleicht schonmal gehört den Namen #00:06:24-5#
52 I: Nee #00:06:24-5#
53
54 Lm: Egal (.) da gabs auch ne Kollegin von Ihnen von der PH die mit denen irgendwie mal
55 zusammengearbeitet hat da hab ich schonmal mit jemandem von der PH gesprochen
56 #00:06:32-1#
57 I: Ah hmhm #00:06:35-0#
58 Lm: Deswegen hab ich vorhin auch so interessiert nachgefragt #00:06:35-7#
59 I: hmhm #00:06:35-7#
60 Lm: und äh(.) hab die Gruppe dann hier geleitet letztendlich hab das 10 Jahre gemacht und
61 dann gedacht das reicht 10 Jahre und da sollten mal andere ran und ähm(.) dann war die
62 Frage Was jetzt? Weil (.) gar nichts wollt ich noch nicht #00:06:55-0#
63 I: Hm #00:06:55-0#
64 Lm: und dann wie gesagt hatte ich mir überlegt dass ich äh eben irgendwie Hospizarbeit ma-
65 che meine ursprüngliche Idee war eigentlich hier direkt im Hospiz irgendwie auszuhelfen und
66 dann hab ich da mich erkundigt und dann hieß es es gibt diese ambulante Gruppe und dann
67 müssen sie einen Kurs machen und #00:07:11-9#
68 I: Okay #00:07:11-9#
69 Lm: so hat sich das ergeben das war aber noch mit der vorhergehenden Leitung also das war
70 noch die Vorgängerin von Frau X #00:07:19-9#
71 I: hmhm hmhm ok #00:07:19-9#
72 Lm: und das war sehr streng paritätisch noch aufgeteilt weil das ja ne ne Mischfinanzierung is
73 von der Diakonie und der Caritas ja (.) das ist also ein protestantisch und ein katholischer Part
74 und das war also alles ganz ganz ausgewogen damals #00:07:37-8#
75 I: ok ok #00:07:37-9#

76 Lm: ja (.) auch beim Unterricht und so weiter und dieser Unterricht ging ein halbes Jahr
77 #00:07:43-6#
78 I: Hmhm #00:07:43-6#
79 Lm: Und dann hm Prüfung wäre jetzt übertrieben aber es gab so eine Art Abschluss #00:07:49-
80 2#
81 I: hmhm #00:07:49-2#
82 Lm: geschichte und äh und dann (unv.) #00:07:54-4#
83 I: Ok und und wie war das für Sie die ersten Male? #00:07:57-9#
84 Lm: Überhaupt nicht weiter schlimm weil es ich eben wie gesagt ich war eben tätig als Inten-
85 sivmediziner Notfallmediziner ich kannte das ja alles #00:08:05-9#
86 I: hmhm #00:08:05-9#
87 Lm: Ich war natürlich auf ner etwas anderen (.) Ebene dabei das heißt ich war jetzt nicht mehr
88 am Agieren #00:08:12-4#
89 I: Ja #00:08:12-4#
90 Lm: Also um möglicherweise die Situation zu verbessern oder sonst irgendwas ich war jetzt
91 einfach nur noch da um letztendlich die Patienten oder Klienten sagen wir ja aufzufangen ja
92 #00:08:23-7#
93
94 I: hm #00:08:23-7#
95 Lm: insofern ist das natürlich schon eine andere Situation gewesen aber sagen wir mal die
96 Gesamtproblematik dass ich da also vor jemanden stand oder saß der vielleicht sehr desolat
97 war #00:08:38-0#
98 I: hm #00:08:38-0#
99 Lm: Das war nichts Neues für mich #00:08:39-9#
100 I: hm (.) und können Sie also können Sie sich an eine der ersten Situationen erinnern und mir
101 die beschreiben worums da so ging und was Sie gemacht haben und #00:08:48-5#
102 Lm: Da hab ich also die erste Situation die war in nem die war in nem Altersheim das war eine
103 sehr alte Dame und die kaum noch ansprechbar. Kaum noch heißt, dass sie schon noch
104 merkte dass jemand da war. Und da wars so da hab ich gar nicht viel gemacht, da war ich
105 tatsächlich einfach nur da. #00:09:05-0#
106 I: hm #00:09:05-9#
107 Lm: ja(.) und also wenn sie merkte dass ich mich da ich hab da auch zum Teil gesessen und
108 Zeitung gelesen #00:09:11-8#
109 I: hm #00:09:11-8#
110 Lm: und äh aber sie wusste Ich bin nicht alleine und das hat gereicht. Also Kommunikation in
111 dem Sinne war nicht mehr möglich (.) und ähh das war so dass meistens auch die Angehörigen
112 da waren nur die brauchten einfach auch mal Entlastung ja und in den Altersheimen die die

113 Pflegekräfte haben das halt auch nicht geschafft schlechte Besetzung und so weiter das war
114 in x das Ganze ja und äh von daher das war war ne Woche oder sowas ungefähr und dann ist
115 sie ist die Frau verstorben #00:09:43-5#

116 I: ok (.) Und ähm ist es für Sie nicht ungewöhnlich wenn Sie davor immer so agiert haben und
117 jetzt plötzlich (.) irgendwie (.) #00:09:52-4#

118 Lm: Nö ich hatte ich wusste sehr worauf ich mich eingelassen hab das war schon #00:09:56-
119 7#

120 I: ok das war schon ganz klar #00:09:56-7#

121 Lm: Jaja das war völlig das war völlig klar Was dabei natürlich immer ein bisschen hilfreich
122 war, war dass ich eben eine eigene Krankengeschichte mit mir rum geschleppt habe
123 #00:10:06-0#

124 I: hmhm #00:10:06-0#r

125 Lm: oder immer noch mit mir rumschleppe also von daher das das war klar ja ich hab auch
126 nieee den Impuls gehabt zu agieren ja, ich wusste ja dass (.) jedenfalls es gibt ein Ausnahme
127 da kann ich nachher noch von berichten (.) äh (.) dass das austherapiert war oder dass die
128 Leute austherapiert waren die DURFTEN ja sterben #00:10:27-1#

129 I: ja #00:10:27-1#

130 Lm: ja(.) das wusste ich ja #00:10:29-3#

131 I: hmhm #00:10:29-4#

132

133 Lm: und das ging soweit dass ich einmal einen Patienten hatte (.) auch in nee das war nicht
134 im Altersheim das war im betreuten Wohnen in X wohnte der (.) ähhh den hatte ich relativ
135 lange besucht so acht bis 10 Wochen vielleicht und eines Vormittags wir waren ganz regulär
136 verabredet bin ich dahin gekommen da war der Notarzwagen da und die wollten den grade
137 reanimieren also wiederbeleben und da bin ich dazwischen (.) und hab gesagt Leute das äh
138 ist nicht nötig weil usw usw dann sagte der Notarzt ja er hätte sich auch gewundert schon der
139 hätte so einen Port also das ist so ein ganz bestimmter äh Art von venösem Zugang den den
140 Krebspatienten kriegen für die Chemotherapie #00:11:12-9#

141 I: hm #00:11:13-1#

142 Lm: das heißt dem dass man die nicht immer wieder neu stechen muss dass ist so ein wie-
143 derverwendbares Teil #00:11:17-4#

144 I: Hmhm #00:11:17-4#

145 Lm: das nennt man Port und Ahja er hätte sich schon gewundert über den Port und dann hab
146 ich den kurz aufgeklärt über die Diagnose und so weiter er hat ein Lungenkarzinom gehabt
147 #00:11:27-5#

148 I: hm #00:11:27-5#

149 Lm: und so und dass der sterben darf ne und dann haben die auch aufgehört #00:11:30-0#

150 I: Wow. ok. #00:11:31-3#

151 Lm: Ja also das ist (.) nee nee da das das ist dann klar #00:11:35-6#

152 I: hmhm. (.) Ja ähm ich hab bei den anderen Interviews halt so ein bisschen rausgehört, dass
153 man (.) dass es manchmal vielleicht schwerfällt (.) nichts zu tun im Sinne von ich kann nichts
154 mehr vorlesen ich weiß nicht was braucht die Person. Erleben Sie das manchmal auch so?
155 #00:11:51-7#

156 Lm: Selten weil (.) also (.) wo ich mich drum drücke oder was ich auch gebeten habe hier ist,
157 dass ich beispielsweise nicht zu Patienten eingeteilt werde, die Demenz haben #00:12:04-9#

158 I: hmhm #00:12:06-0#

159 Lm: Weil damit kann ich nicht umgehen das ist also ich bin ein (.) verhältnismäßig (.) großes
160 Wort für kleine Dinge intellektueller Mensch (.) ja also das heißt, wenn da gar nichts mehr da
161 ist #00:12:16-9#

162 I: hmhm #00:12:17-8#

163 Lm: dann fängt es mich an (.) ja ich möcht nicht sagen zu nerven aber das ist was was mich
164 extrem anstrengt das #00:12:25-3#

165 I: ja #00:12:25-3#

166 Lm: das mach ich nicht gerne und (2) also da gibt es andere die können das besser als ich
167 sagen wirs mal so #00:12:30-8#

168 I: hmhm #00:12:30-8#

169 Lm: und gut wenn ich das vorher sage, werd ich dafür halt auch nicht eingeteilt #00:12:35-9#

170 I: hmhm #00:12:35-0#

171

172 Lm: das heißt die Leute die ich betreue oder bisher betreut habe das waren immer Leute da
173 hab ich auf die eine oder andere Weise Ausnahmen bestätigen die Regel aber so ein gewisses
174 Feedback gekriegt #00:12:48-0#

175 I: hmhm #00:12:48-0#

176 Lm: also dieser Mensch (.) wo ich da bei der Reanimation dazwischen gegangen bin mit dem
177 hatte ich mich bis das Mal davor noch richtig normal unterhalten können #00:12:55-8#

178 I: hmhm #00:12:55-8#

179 Lm: also das war ein Übersiedler aus den neuen Ländern der hat mir viel aus der DDR erzählt
180 und so also das war ganz okay ja #00:13:05-6#

181 I: hmhm. Und gabs dann auch mal eine Situation wo Sie (.) sehr herausgefordert waren in der
182 Zeit? #00:13:11-4#

183 Lm: In welcher Form? #00:13:11-4#

184 I: Weiß ich nicht. Vielleicht irgendeine Situation die für Sie schwierig war wo Sie beschäftigt
185 hat (2) #00:13:17-5#

186 Lm: Eigentlich nicht #00:13:17-5#

187 I: Gabs eine sehr besondere Situation an die Sie sich gerne erinnern? #00:13:21-7#

188 Lm: Die gibts immer noch. #00:13:23-1#

189 I: hm? #00:13:24-1#

190 Lm: Es gibt ne (.) junge Frau die ist Anfang 30 und hat ein sehr (.) seltenen aber höchst bö-

191 artigen Krebs (.) da bin ich 2013 war das in meinem ersten Jahr oder nach meinem ersten

192 Jahr hingekommen und die lebt immer noch. Äh (.) und die betreu ich auch immer noch

193 #00:13:46-0#

194 I: hm #00:13:46-6#

195 Lm: das heißt (.) als ich dahin kam das erste Mal hieß es maximal noch 3 Monate und kam

196 dahin und hab gedacht Das ist ja aber optimistisch gerechnet ja #00:13:57-9#

197 I: lacht #00:13:57-9#

198 Lm: und ja hab ich nicht gesagt #00:14:00-6#

199 I: ja (lacht) #00:14:01-9#

200 Lm: und dann kam es dazu dass irgendeine Chemotherapie die die mehr aus Verzweiflung

201 machten, die griff #00:14:10-2#

202 I: hm #00:14:10-8#

203 Lm: und dann gings ein bisschen bergauf (.) und das hieß dann für mich natürlich dann konnte

204 ich natürlich (.) dann konnte ich agieren ja Mut Mut machen und sagen Komm JETZT ja

205 #00:14:20-4#

206 I: hm #00:14:20-4#

207 Lm: ja jetzt und dadurch dass die noch so relativ jung ist hat die natürlich auch nochmal ent-

208 sprechende Kräfte mobilisiert ja? und dann gings der immer besser #00:14:29-4#

209

210 I: Wow #00:14:29-4#

211 Lm: und dann gings ihr wieder schlechter das ging immer rauf und runter das ist bis heute so

212 #00:14:35-1#

213 I: hmhm #00:14:35-9#

214 Lm: das heißt es ist ich möchte fast sagen eine chronische Krebserkrankung. Das heißt der

215 Befund ist schlecht dann wird irgendwas gemacht mittlerweile meistens operativ weil die mit

216 der Chemotherapie auch so ein bisschen am (.) am Ende der Fahnenstange angelangt sind

217 (.) das heißt das summiert sich ja und wenn man über eine bestimmte Menge rausgeht, kanns

218 das Herz schädigen beispielsweise das heißt eine Chemotherapie kommt für die jetzt gar nicht

219 mehr infrage das heißt dann wird operiert #00:15:05-4#

220 I: hmhm #00:15:05-6#

221 Lm: und ist besser dann wurde es wieder schlechter und so ging das die GANZEN Jahre seit

222 2013 immer rauf und runter immer rauf und runter (.) Ja und ich war die ganze Zeit dabei. (.)

223 Ja un (.) wenns ihr dann gut ging dann wars gut und wenns ihr nicht so gut ging dann war ich
224 eben öfter mal da #00:15:22-4#

225 I: hmhm #00:15:23-4#

226 Lm: ja und äh im im Moment gehts ihr wieder mal ganz gut jetzt ist sie bei einer experimentellen
227 Therapie dabei(.) das ist eine Immuntherapie das sind ja so die neuen Ansätze in der in der
228 Krebstherapie also die körpereigenen Immunkräfte entsprechend sagen wir mal zu bahnen
229 um da gegen den Krebs vorzugehen im Moment scheint es ein bisschen zu helfen ja da sind
230 ihre Befunde jetzt besser geworden #00:15:48-4#

231 I: hmhm #00:15:49-1#

232 Lm: Jetzt letzte Woche hat sie mal wieder eine Kontrolle gehabt und da waren die Befunde
233 ziemlich gut #00:15:54-8#

234 I: hm #00:15:55-3#

235 Lm: ja (.) und da ist es allerdings auch so dass ich mittlerweile also die (.) junge Frau hat
236 keinen Vater mehr schon lange nicht mehr und der ist also ewig tot schon und äh (2) sie und
237 ihre Mutter das ist fast eine Symbiose was natürlich auch krankheitsbedingt dann war das ist
238 klar ja dass die Mutter natürlich Meine Tochter und in dem Alter und geht alles nicht und so
239 weiter (2) und in diese Symbiose bin ich irgendwann eingedrungen ohne dass ich das wollte
240 sozusagen ja und mittlerweile bin ich (.) ist aus dem aus dem Duo ein Trio geworden wenn sie
241 so wollen also es gibt da schon auch noch ein paar andere Verwandte aber im Endeffekt (.)
242 ist es schon SO dass ich mittlerweile nicht nur die Klientin selber sondern auch noch die Mutter
243 ein bisschen mitbetreue (.) und das funktioniert aber gut. #00:16:44-6#

244 I: hmhm #00:16:45-4#

245 Lm: also das ist nicht so, dass ich da jetzt irgendwie sitze und ach und dieses sondern es ist
246 fast ein bisschen wie ne (.) ja wie so ähnlich wie bei ner wie bei ner guten Bekanntschaft oder
247 Verwandtschaft (.) man macht einfach was zusammen (.) ja #00:16:57-6#

248 I: hmhm #00:16:57-6#

249 Lm: wir gehen wir gehen mal weg zusammen oder wir gehen mal Essen oder sowas
250 #00:17:03-6#

251 I: hmhm.(.) das hört sich auch für Sie sehr schön an. #00:17:07-5#

252 Lm: Also das ist (.) mir macht das mittlerweile Spaß ich hab ja nun näher kennengelernt
253 zwangsläufig und das sind sehr nette Leute joa und das ist ganz in Ordnung #00:17:16-6#

254 I: hmhm #00:17:17-4#

255 Lm: das ist ganz in Ordnung und ich mein ich hab der jungen Frau, das muss ich dazu sagen
256 am Anfang die war sehr skeptisch dass da jemand kam und brauch ich doch nicht und ich
257 sterb doch sowieso und (.) man hatte sie von außen bisschen auch überredet #00:17:33-4#

258 I: hmhm #00:17:34-2#

259 Lm: dass da mal eventuell ein Hospizhelfer kommt um ihr ein bisschen beizustehn wo sie dann
260 auch wieder sagt das lief dann so dass sie ihre Tante (.) sie überredet hat und die kenn ich
261 privat #00:17:45-0#
262 I: Ah #00:17:45-9#
263 Lm: und die hat dann auch versu dass so ein bisschen geregelt dass ich das mache ja weil wir
264 uns kannten #00:17:51-7#
265 I: hmhm #00:17:51-7#
266 Lm: weil dann konnte sie auch sagen Ja den Herrn X den kenn ich und blablabla #00:17:54-
267 8#
268 I: lacht #00:17:54-8#
269 Lm: Und dann bin ich dahin gegangen und das erste Mal (2) und dann war die ganz angetan
270 weil weil ich sozusagen der Erste war von all den Leuten die schonmal bei ihr waren der ihr
271 keine dummen Ratschläge gegeben hat #00:18:09-5#
272 I: Ja #00:18:09-3#
273 Lm: der einfach nur zuhörte und dann aha #00:18:13-4#
274 I: hmhm #00:18:14-4#
275 Lm: und ich denk mir halt nur Ja scheiße kann ich jetzt auch nichts zu sagen #00:18:17-1#
276 I: hmhm #00:18:18-1#
277 Lm: Ja und äh die sah dann natürlich auch dass es mir auch nicht ganz so gut ging mit meinem
278 Stock jetzt und so und dann sagt sie Ja wie ist denn das bei Ihnen und dann hab ich so ein
279 bisschen erzählt #00:18:29-0#
280 I: hm #00:18:29-6#
281 Lm: Ja und was motiviert Sie immer weiter zu machen und so (2) und dann hab ich so ganz
282 lapidar gesagt das werd ich nie vergessen dann hab ich gesagt Ich wollte eigentlich mein altes
283 Leben zurück (.) ging natürlich nicht das ist klar und dann und über den Satz sind wir dann ins
284 Gespräch gekommen (.) ja und dann (.) von da an lief es (.) und der gings zu dem Zeitpunkt
285 da gings ihr wirklich nicht gut da gings ihr auch körperlich nicht gut und dann haben wir ange-
286 fangen kleine Spaziergänge zu machen und die Mutter arbeitet natürlich noch ja das heißt sie
287 hatte dazu gar keine Zeit #00:19:01-9#
288 I: Ja #00:19:01-9#
289 Lm: das heißt ich war eigentlich der Einzige der das machen konnte #00:19:04-5#
290 I: Ja #00:19:04-5#
291 Lm: also der einfach in der Lage war von der Zeit her das zu machen und zu sagen Komm wir
292 gehen jetzt einmal um den Block damit hats angefangen #00:19:11-9#
293 I: hmhm hmhm. Und wie oft sehen Sie sich jetzt? #00:19:13-5#
294 Lm: Das ist sehr unterschiedlich wenns ihr richtig gut geht ein bis zweimal die Woche also
295 telefonieren tun wir fast jeden Tag also (unv.) die ruft fast jeden Tag an ja also hat immer

296 irgendwas zu berichten (.) aber ähhhm das ist einmal und wenn es ihr nicht gut geht (.) dann
297 kann gleich mal ne Situation schildern dann sehen wir uns fast jeden Tag #00:19:34-9#
298 I: hmhm #00:19:36-0#
299 Lm: also ich hab das mittlerweile so in meinen Alltag integriert ja das ist dann so also das geht
300 dann auch so dass sie sagt Ich muss dich sehen oder Kann ich mit dem Hund rausgehen oder
301 so musst aber vorbeikommen Ja mach ich #00:19:50-2#
302 I: lacht #00:19:50-4#
303 Lm: und so funktioniert das dann #00:19:51-1#
304 I: hmhm #00:19:51-9#
305 Lm: Ja und äh (.) also es ist so wie gesagt vor ner Woche hatte die mal hatte die äh nochmal
306 eine große Kontrolle (.) und von der hing auch ab ob diese experimentelle Therapie weiterge-
307 macht werden würde das heißt wenn die Kontrolle SCHLECHT ausgefallen wäre hätte man
308 es abgebrochen (unv) und es bringt nichts und ist Schluss jetzt. Und da hat die natürlich die
309 Tage vorher furchtbare Angst davor gehabt ja hat sich ständig übergeben und (unv) und also
310 wirklich halt somatisch reagiert dann auch ja und dann (2) rief sie halt an und sagt Ich kotze
311 so und was soll ich machen und dann sag ich Och weißte was sag ich Ich besuch dich mitm
312 Hund und dann Ja und dann war gut #00:20:36-2#
313 I: Ach krass #00:20:36-4#
314 Lm: Es war einfach nur Ruhe #00:20:37-2#
315 I: Ja #00:20:37-9#
316 Lm: Ja also es ging ihr dann nicht wirklich besser ja aber sie hörte auf sich zu übergeben (.) ja
317 sie konnte sogar was essen #00:20:47-4#
318 I: hmhm #00:20:47-4#
319 Lm: Wir haben uns ein bisschen unterhalten und gut war #00:20:50-0#
320 I: hmhm. voll spannend #00:20:50-7#
321 Lm: Also ich hab das natürlich mittlerweile dadurch dass wir uns auch so lange kennen das ist
322 sehr ungewöhnlich so läuft das normalerweise nicht bei der äh äh bei der Sterbebegleitung
323 wie gesagt das ist ja sonst eine sehr begrenzte Zeit (.) Ich hab da so eine Art bin so eine Art
324 Vaterfigur wie gesagt der Vater ist seit über 20 Jahren verstorben ja und alleine mit der Mutter
325 und die Mutter ist auch froh dass noch jemand da ist wie gesagt allein weil die berufstätig ist
326 #00:21:16-1#
327 I: hmhm #00:21:16-9#
328 Lm: und einfach wenig Zeit hat oder zumindest an den normalen Tagen und dann bis Freitag
329 wenig Zeit hat ja Ja und so ist es dann halt #00:21:24-9#
330 I: Ja. Und wie wie laufen die anderen ähm Situationen ab die anderen haben Sie noch eine
331 andere Begleitung grad parallel #00:21:31-4#

332 Lm: Jetzt im Moment nicht ich hatte eine lange das war jemand mit einem Hirntumor der war
333 eben auch im Altersheim im X (2) und da wars dann auch irgendwann so dass der aufgrund
334 dieses Hirntumors mich überhaupt nicht mehr erkannte (.) dann erkannte er aber noch den
335 Hund (.) das war dann auch ganz gut Ah der... der hat sich dann wirklich auch seinen Namen
336 noch merken können mit mir konnte er gar nichts mehr anfangen aber das war ja dann auch
337 wurscht #00:21:55-9#
338 I: hmhm #00:21:56-6#
339 Lm: Und irgendwann hat er uns beide nicht mehr erkannt und dann dann hats einfach dann
340 war gar nichts mehr und dann hab ich dann hab ich das aufgehört #00:22:05-0#
341 I: hmhm. Und wissen Sie wie lange er dann noch äh #00:22:05-9#
342 Lm: nein das weiß ich nicht also das (.) ich hab dann hier mit der Leitung gesprochen und äh
343 die haben dann wieder mit den in X gesprochen aber wie das ausgegangen ist weiß ich nicht
344 #00:22:15-9#
345 I: okay okay. hm waren Sie #00:22:18-7#
346 Lm: Der ist jetzt sicher verstorben #00:22:19-8#
347 I: ja #00:22:20-5#
348 Lm: weil ich weiß auch dass da nichts mehr zu machen war #00:22:22-9#
349 I: hmhm #00:22:23-7#
350 Lm: das ist mir von von äh äh kompetenter Seite gesagt worden also und das ist ein Tumor
351 der nicht äh der nicht ewig da sein kann da also da sterben die Leute dran. #00:22:33-7#
352 I: hmhm. waren Sie denn dann (.) mal bei einem (.) Tod dabei wenn (.) jemand #00:22:39-2#
353 Lm: ganz direkt also #00:22:41-3#
354 I: hmhm #00:22:41-3#
355 Lm: also nicht nicht im Rahmen nicht im Rahmen meiner Sterbebegleitung #00:22:46-8#
356 I: ok #00:22:46-8#
357 Lm: Früher natürlich beruflich schon öfter aber #00:22:48-6#
358 I: ja #00:22:48-6#
359 Lm: aber in dem Fall in dem Fall hat sich einfach nicht ergeben #00:22:52-3#
360 I: Was für ein Verhältnis haben Sie denn dann zum Tod wenn Sie das jahrelang eigentlich ja
361 so (.) in Ihrem Alltag hatten #00:22:57-7#
362 Lm: Keine Ahnung #00:22:58-3#
363 I: lacht #00:22:59-5#
364 Lm: weiß ich nicht #00:23:01-6#
365 I: lacht #00:23:01-6#
366 Lm: weiß ich nicht. Also äh also ich glaube zumindestens solange es andere betrifft schockieren
367 tuts mich nicht im Allgemeinen also ich wüsste jetzt nicht was jetzt beispielsweise bei dieser
368 jungen Frau nach fünf Jahren (.) da wär das sicher etwas anders #00:23:16-1#

369 I: Ja #00:23:16-1#
370 Lm: Ja das würd mich dann schon anfassen #00:23:18-4#
371 I: hmhm #00:23:19-2#
372 Lm: Ja weil äh ich hab zu der einfach mittlerweile ein anderes Verhältnis #00:23:22-4#
373 I: Ja #00:23:23-2#
374 Lm: ja das ist klar wenn Sie sich mal überlegen (.) innerhalb von fünf Jahren man sieht sich
375 mindestens zwei Mal die Woche manchmal häufiger ist das was ganz anderes als wenn ich
376 als wenn ich jemanden drei Monate kenne den ich ein bis zwei Mal die Woche besuche
377 #00:23:36-2#
378 I: Oder womöglich auch als Arzt einfach nur Leben in Anführungsstrichen #00:23:39-0#
379 Lm: JA das war ja nochmal was Anderes #00:23:40-4#
380 I: Genau #00:23:40-4#
381 Lm: ich meine jetzt auch heut bei der wenn die Leute gestorben sind, sind sie gestorben und
382 dann hab ich meistens auch gedacht das ist am Besten so #00:23:47-3#
383 I: hmhmhmhm Spannend ja #00:23:49-2#
384 Lm: Und einfach Nö einfach weil dann hatten sie keinen Schmerz mehr und sich nicht gequält
385 und so weiter und so weiter ja #00:23:54-2#
386 I: Ja #00:23:56-6#
387 Lm: (2) in diesem speziellen Fall bin ich einfach selber jetzt durch die lange Zeit emotional
388 involviert #00:24:02-0#
389 I: Ja Ja hmhm #00:24:03-3#
390 Lm: da ich will mal so sagen da weiß ich nicht wie ich reagieren werde wenn es dann doch
391 nochmal so weit ist oder soweit kommen sollte #00:24:11-1#
392 I: Ja hmhm #00:24:11-7#
393 Lm: Ja (2) Ich meine ich werd da schon (.) gucken müssen dass ich da ziemlich ruhig bleibe
394 und zwar wegen der Mutter dann #00:24:19-2#
395 I: Hmhm #00:24:20-0#
396 Lm: Ja (.) weil die dann muss man die auffangen aaaber also das wird mich sicherlich nicht
397 soo (.) das das werd ich nicht im Vorübergehen machen #00:24:28-8#
398 I: Ja #00:24:29-4#
399 Lm: Das ist klar das ist ganz klar aber gut das hab ich gewusst als ich merkte wodrauf es
400 rauslief #00:24:36-8#
401
402 I: Hm #00:24:37-3#
403 Lm: Ja ich hätte das ja abbrechen können dann hätte ja sagen können es (.) äh es ist jetzt gut
404 also Sie sind nicht mehr akut sterbend und so jetzt brauchen Sie eigentlich keine

405 Sterbebegleitung mehr (2) und wir haben dann aber irgendwie beschlossen dann machen wir
406 halt eine Krankheitsbegleitung draus #00:24:53-6#

407 I: lächelt hörbar #00:24:54-1#

408 Lm: Ja und das war das war auch gut oder ist gut ja das ist ist auch nötig #00:24:57-7#

409 I: ja hmhm #00:24:59-1#

410 Lm: ja? weil wenn Sie sich mal überlegen wie gesagt die ist Anfang 30 die hat noch nie fest
411 gearbeitet die hat ein fertiges Studium die ist Volkswirtin und Mathematikerin #00:25:07-1#

412 I: hmhm #00:25:08-1#

413 Lm: ja und konnte nicht Arbeiten weil sie ständig (.) aufgrund ihrer Erkrankung eben nicht
414 arbeiten durfte #00:25:14-2#

415 I: hmhm #00:25:15-2#

416 Lm: Ja und jetzt erstmal zwangsberentet ist und bis das wenn sie dann wirklich mal gesund ist
417 wieder aufgehoben wird dauerts ne Weile und dann geht das los mit Arbeitsversuch und und
418 und und ja also das wird nicht ganz einfach #00:25:26-6#

419 I: hmhm ja.(.) Ja das ist eine sehr besondere Situation #00:25:31-0#

420 Lm: Ja. Das kann man so sagen #00:25:32-7#

421 I: hmhm. aber Ihre ist jetzt auch nicht so (.) gewöhnlich ne? #00:25:36-5#

422 Lm: Dass ich so früh in Rente gegangen bin meinen Sie? #00:25:37-6#

423 I: zum Beispiel und Sie müssen ja auch mit einer Krankheit sozusagen leben #00:25:42-8#

424 Lm: und ich (.) wusste ja was passieren würde also ich als als als es bei mir mal anfang vor 30
425 Jahren oder vor 28 Jahren (.) irgendwie hatte ich das schon damals im Gefühl, dass das das
426 sein würde (.) da waren die Beine eingeschlafen und ich dachte das ist ja komisch und bin
427 dann zum Neurolo bin auch gleich sehr gezielt zum Neurologen gegangen (.) klar ja wenn man
428 aus dem Fach ist, ist das #00:26:05-4#

429 I: Ja #00:26:05-4#

430 Lm: immer so was Besonderes und hab schon gedacht Scheiße hoffentlich hast du nicht (.)
431 sowas ja und dann (.) wars das halt ja #00:26:12-4#

432 I: hmhm #00:26:13-1#

433 Lm: und dann hab ich gedacht Gut jetzt wartest du mal ab was passiert und dann hatte ich
434 allerdings hier in der Uniklinik ich lag hier in der Uniklinik einen ziemlich guten Oberarzt (.) der
435 dann gesagt hat Jetzt (.) regt dich mal nicht auf und sieh einfach zu, dass du mehr oder weniger
436 so weiter machst wie vorher so weit das eben geht #00:26:30-2#

437 I: hm #00:26:30-2#

438 Lm: und dann am Anfang ging das noch ganz gut da bin ich sogar noch Motorrad gefahren
439 #00:26:33-3#

440 I: hm #00:26:33-3#

441 Lm: ja das war richtig klasse (.) und das wurde dann natürlich wie zu erwarten war über die
442 Jahre schlechter (.) langsam (.) und dann hatte ich aber auch immer Zeit mich drauf einzu-
443 stellen #00:26:48-5#

444 I: hm ok also dadurch dass es so langsam war #00:26:50-2#

445 Lm: Ja genau #00:26:51-9#

446 I: hm okay #00:26:52-2#

447 Lm: ganz genau (.) und dann und als ich dann in Rente ging da war ich gar nicht mehr unfroh
448 weil es (.) parallel dazu ging dass (.) dass das Krankenhaus an dem ich damals beschäftigt
449 war in X war das wie gesagt die wurden zu dem Zeitpunkt gerade privatisiert #00:27:09-1#

450 I: hmhm #00:27:09-8#

451 Lm: und ich bin ein sehr starker Gegner von Privatisierung von Krankenhäusern ich bin der
452 Meinung mensch menschliche Gesundheit ist keine Ware #00:27:17-6#

453 I: Ja #00:27:17-6#

454 Lm: mit der man Geld verdienen sollte und äh entsprechend war ich da also war ich sehr sehr
455 unzufrieden sagen wirs mal so #00:27:26-0#

456 I: hm #00:27:26-0#

457 Lm: und war fast froh dass ich rauskonnte #00:27:27-3#

458 I: hmhm hmhm #00:27:27-9#

459 Lm: ja und das wär mir vielleicht früheren Dienstzeiten anders gegangen Ja muss ich auch
460 sagen war einfach auch ja so eine Art Duplizität der Ereignisse ja #00:27:36-9#

461 I: ja #00:27:37-6#

462 Lm: oder oder eine Koinzidenz von bestimmten Sachen dass ich ganz froh war (.) dass ich da
463 raus konnte #00:27:43-3#

464 I: hmhm #00:27:44-8#

465 Lm: Joa und hab ich halt wie gesagt nochmal studiert das war natürlich auch was Schönes
466 dann ja (.) und ich habs mir immer irgendwie schön gedreht #00:27:50-0#

467 I: Ja es hört sich so an als hätten Sie das wirklich äh (.) Aber hatten Sie auch mal so einen
468 Punkt wo Sie da sehr gehadert haben oder ist das (.) es es hört sich so einfach an (lacht)
469 #00:27:57-7#

470 Lm: Das wars eigentlich auch es gab einen einzigen Punkt und der war zugegebenermaßen
471 extrem materialistisch (.) und zwar es gab mal ich glaube das war 2005 2006 damals gab es
472 im ganzen Land ziemlich (.) bundesweit große Ärztestreiks und (.) also damals war es so dass
473 die ähm dass die Gewerkschaften gesagt haben die Ärzte müssen einfach grundsätzlich sehr
474 viel mehr Geld kriegen die machten dann auch nachdem ungefähr ein Jahr lang irgendwo
475 immer irgendwelche Streiks waren im (unv) ich bin da auch Mitglied gab es damals einen
476 Gehaltssprung für für sämtliche Ärzte also auf allen Ebenen um ungefähr 30% #00:28:42-9#

477 I: boa #00:28:44-4#

478 Lm: ob das gut war oder nicht lassen wir jetzt mal dahingestellt das ist passiert #00:28:48-9#
479 I: hmhm #00:28:48-9#
480 Lm: das hab ich aber nicht mehr miterlebt da war ich schon in Rente und das hat mich geärgert
481 (lacht) #00:28:51-1#
482 I: lacht #00:28:51-1#
483 Lm: weil ja ich war in Rente und (unv) ja und das muss ich ganz ehrlich sagen da war ich (.)
484 nee gefrustet war ich und hab mich natürlich für die Kollegen gefreut #00:29:03-2#
485 I: hmhm #00:29:04-0#
486 Lm: aber da hab ich schon gedacht SCHEIßE das hätte jetzt auch ein paar Jahre eher kommen
487 können #00:29:06-6#
488 I: ja ja #00:29:08-8#
489 Lm: ja aber das war eigentlich so das Einzige #00:29:10-2#
490 I: hmhm #00:29:11-2#
491 Lm: nee wie gesagt Sie sehen ja schon dass ich das auch mehr mit einem lachenden Auge
492 sage also so wild war das nicht #00:29:16-2#
493 I: ja #00:29:16-9#
494 Lm: ja es war dann eher im Privaten dass mir dadurch ähhh (3) private Beziehungen auch
495 kaputt gegangen sind (.) das fand ich dann schon eher etwas (.) betrüblich (5) #00:29:33-0#
496 I: hmm aus welchem Grund denn? #00:29:34-9#
497 Lm: Naja also meine ich wollte ursprünglich wollte ich ja seit 93 hab ich die Erkrankung (.) und
498 ich wollte 1994 eigentlich auswandern #00:29:46-4#
499 I: ui #00:29:46-6#
500 Lm: ich hatte (.) 91/92 in Afrika gearbeitet (.) in Ghana 2 Jahre wir waren dann über den (unv)
501 Auslandsdienst und fand das da so schön dass ich (.) da richtig ich hatte schon eine Greencard
502 und alles ich wollte richtig auswandern #00:30:03-7#
503 I: hmhm #00:30:04-5#
504 Lm: und hab gesagt das Jahr drei nee das Restjahr 93 nutze noch um nochmal zu arbeiten
505 hier in Deutschland und um dann die ganzen Sachen zu regeln Möbel unterstellen, Versiche-
506 rung der ganze Kram und dann wurde ich krank #00:30:18-5#
507 I: hm #00:30:19-1#
508 Lm: ich hatte zum Glück noch nicht gekündigt (.) das heißt (.) ich hatte natürlich dann den
509 Kündigungsschutz als Krankheit also das war mein Glück (.) ja (.) aber Afrika konnte ich damit
510 natürlich in den Wind schreiben das heißt das heißt meine ganzen Pläne (.)äh zumindestens
511 mal für eine längere Zeit wirklich in Afrika zu leben das konnte ich konnte ich alles über den
512 Haufen werfen (.) und äh das gefiel der Freundin nicht die wollte mit (.) also wir hatten das
513 zusammen geplant (.) und ähh dann ja dann war sie ganz schnell weg (.) #00:30:51-4#
514 I: oh #00:30:52-5#

515 Lm: also ich sag das jetzt nicht mehr mit Bitterkeit #00:30:55-8#
516 I: hmhm #00:30:56-6#
517 Lm: war dann halt weg. sie ist letztendlich nur bis England gekommen (.) ja aber das ist eine
518 andere Sache #00:31:02-1#
519 I: ja hmhm #00:31:03-4#
520 Lm: ja jedenfalls war das schon (.) klar na was da natürlich hintersteckte war dass die war
521 etwas jünger als ich drei vier Jahre jünger als ich die hatte Angst dass die mich hätte pflegen
522 müssen hätte ja auch sein können dass ich irgendwann im Rollstuhl sitze #00:31:14-7#
523 I: ja #00:31:15-5#
524 Lm: ja und das ist die Angst die dahinter war das war eine Kollegin ja die hatte da schon ihre
525 (.) ihre Bedenken #00:31:22-3#
526 I: Aber Sie hatten die nie diese Bedenken #00:31:21-5#
527 Lm: doch die hatte ich auch das äh das was heißt Bedenken das muss man bei der Erkrankung
528 immer miteinberechnen dass sowas passiert ja (.) wo dann (.) irgendwas wär mir dann schon
529 eingefallen #00:31:36-4#
530 I: ok (lächelt) #00:31:36-7#
531 Lm: Pflegedienst sonst irgendwas ja Angst hab ich davor nicht also meine ich bin froh, dass es
532 so ist wie es ist das ist klar aber ähhh ja wenns kommt kommts #00:31:46-5#
533 I: okay ja (.) Ja hm Sie hatten vorher noch gesagt dass Sie (.) dass Sie dann irgendwie an dem
534 Hospiz Interesse hatten Hat das was damit zu tun oder ist das (.) wie kam dieses Interesse?
535 #00:32:00-2#
536 Lm: Ich glaube dass das eher mit meinem vorherigen Beruf zu tun hatte #00:32:04-4#
537 I: ah okay hmhm #00:32:04-6#
538 Lm: Weil wie gesagt ich habe doch durch meine intensivmedizinische Tätigkeit sehr häufig
539 Leute sterben sehen (.) und auch gesehen dass das oft ein sehr einsames Sterben war für die
540 Leute ja und zwar gar nicht mal nur wenn sie an irgendwelchen Geräten hingen sondern ein-
541 fach so ja das ist die Situation (.) für die Angehörigen also zu besuchen ist auf einer Intensiv
542 immer schwierig ja Umziehen und Mundschutz und dieses und jenes und das heißt das
543 schreckt auch manche Leute ab #00:32:33-7#
544 I: hmhm #00:32:34-5#
545 Lm: das heißt da die kommen oft nicht gerne oder dann nur sehr kurz ja sodass derjenige der
546 da dann liegt oft doch sehr alleine ist (.) das muss man einfach sagen ja und mir als Personal
547 also egal ob die die Pfleger und Schwestern oder wir Ärzte wir hatten oft die Zeit einfach nicht
548 #00:32:55-1#
549 I: hmhm #00:32:55-9#
550 Lm: Jedenfalls nicht uns so adäquat zu kümmern wie es eigentlich dann von Nöten gewesen
551 wäre so muss man sagen #00:33:00-7#

552 I: hmhm hmhm (2) ja nee das kann ich gut nachvollzi #00:33:03-8#

553 Lm: Und dann hab hab ich dann hab ich auch schon gedacht gut das ist vielleicht mal eine

554 Möglichkeit das jetzt mal zu versuchen #00:33:10-2#

555 I: Schön. Ja das ist die ganz andere Seite gell also sehr spannend #00:33:14-1#

556 Lm: Genau #00:33:15-2#

557 I: Ja (.) Ja also von meiner Seite aus haben Sie für mich so ein rundes Bild mir abgegeben (.)

558 was ich auch also ich kann es für jetzt glaub ich nachvollziehen ihre Tätigkeit und alles (.)

559 Haben Sie noch irgendwas was Sie loswerden wollen wo Sie auch sagen das das liegt mir auf

560 dem Herzen das möchte ich noch sagen #00:33:29-2#

561 Lm: Nö (.) Eigentlich (.) eigentlich nicht also wie gesagt ich bin damit so wie es läuft ganz

562 zufrieden #00:33:36-2#

563 I: hmhm #00:33:36-9#

564 Lm: ja also was ich sehr gut finde ist dass man eben auch mal äußern kann wie gesagt in

565 meinem Fall dass ich mit dementen Leuten nicht gut klarkomme #00:33:44-1#

566 I: ja #00:33:44-9#

567 Lm: Ja und das kann ich äußern und dann werd ich dafür nicht eingesetzt und gut ist

568 #00:33:48-2#

569 I: Ja Ja #00:33:49-6#

570 Lm: Und das find ich das ist völlig in Ordnung (.) und die Leute hier vom Hospizverein die sind

571 sehr nett also ich werd da sehr sehr super behandelt #00:34:00-2#

572 I: hmhm #00:34:00-5#

573 Lm: also nicht nur ich alle glaub ich ja und äh von daher kann ich mich überhaupt nicht beklagen

574 #00:34:05-4#

575 I: hmhm #00:34:06-1#

576 Lm: Und hab geh auch davon aus dass ich das noch viele Jahre mache #00:34:09-2#

577 I: hmhm #00:34:09-8#

578 Lm: Zumindestens solange ich dazu körperlich in der Lage bin #00:34:12-4#

579

580

581

582

583

584

585

586

9 Selbstständigkeitserklärung

Ich versichere, dass ich die Arbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe und diese noch nicht anderweitig zur Gänze oder in Teilen als Masterarbeit oder anderweitige Studienabschlussarbeit eingereicht wurde. Darüber hinaus erkläre ich, dass die schriftliche Form und die elektronische Datei identisch sind.

Freiburg, 4. August 2021

M. Bog