

**„so frau adams↓ guck mal↓ ein  
feines bac-spray↓ gut↑“**

**Charakteristische Merkmale der Kommunikation zwischen  
Pflegerpersonal und BewohnerInnen in der Altenpflege**

**Svenja Sachweh**

veröffentlicht im Sammelband:

Reinhard Fiehler, Caja Thimm (Hrsg.):

Sprache und Kommunikation im Alter

Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung 2003, 143 - 160

ISBN 3 - 936656 - 08 - 8 (früher: 3 - 531 - 13036 - 6)

Die PDF-Dateien bewahren die ursprünglichen Seitenumbrüche und Fußnoten-Positionen der ersten Auflage des Buches. Alle Zitationen bleiben also gültig. Bei Zeilenumbrüchen und Layout mussten jedoch Veränderungen vorgenommen werden.

**Alle Texte erhältlich unter**

**[www.verlag-gespraechsforschung.de](http://www.verlag-gespraechsforschung.de)**

**Alle Rechte vorbehalten.**

**© Verlag für Gesprächsforschung, Dr. Martin Hartung, Radolfzell 2003**

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

„so frau adams↓ guck mal↓ ein feines bac-spray↓ gut↑“

## **Charakteristische Merkmale der Kommunikation zwischen Pflegepersonal und BewohnerInnen in der Altenpflege**

*Svenja Sachweh*

### **1. Einleitung**

Thema dieses Beitrages ist die Kommunikation zwischen Pflegepersonal und BewohnerInnen im Altenpflegeheim. Ziel dieser Ausführungen ist es, auf der Basis der Gesprächsanalyse einen Eindruck von institutionell eingebetteter Kommunikation zwischen den Generationen zu vermitteln: wer spricht mit wem, und vor allem, wie wird gesprochen? Die Untersuchung als solche soll letzten Endes der Verbesserung der Altenpflege-Ausbildung dienen: Es ist geplant, im Rahmen eines Kommunikationstrainings konkrete Beispiele aus dem Heimalltag dazu zu nutzen, die zukünftigen AltenpflegerInnen für die möglichen Schwierigkeiten zu sensibilisieren, die beim Sprechen mit pflegebedürftigen alten Menschen auftreten können.

Die verbale Kommunikation zwischen Personal und PatientInnen im Krankenhaus, und hier vor allem das Gespräch zwischen Arzt und Patient, ist mittlerweile linguistisch recht gut erforscht (Fehlenberg 1987; Fiehler 1990; Lalouschek 1995; Löning & Rehbein 1993; Lörcher 1983; Redder & Wiese 1994; Weinhold 1991). Gesprächsanalytische Forschung zum Thema Sprache und Altenpflege aber ist bis zum heutigen Tage, und vor allem in Deutschland, nicht existent.

Aufgrund der unterschiedlichen Ziele und Strukturen der beiden medizinischen Institutionen sind die Ergebnisse aus der einen Forschungsrichtung nicht ohne weiteres auf die andere übertragbar. Die Grundlage für die vorliegende Untersuchung bilden daher zwei sozialpsychologische Ansätze: einerseits die umfassenden Arbeiten von Ryan zum patronisierenden Sprechen junger gegenüber alten Menschen, und andererseits die Untersuchungen von Caporaël, die erstmalig die Verwendung von Babysprache in amerikanischen Alteneinrichtungen beschrieb.

Das Kernstück von Ryans Arbeit ist ein Modell von mißlingender Kommunikation zwischen den Generationen (Ryan, Hummert, & Boich 1995; Ryan, Meredith, MacLean & Orange 1995). Es geht davon aus, daß jüngere Menschen aufgrund stereotyper bzw. klischeehafter Erwartungen in bezug auf eine reduzierte kommunikative Kompetenz alter Menschen ihr Gesprächsverhalten dahingehend ändern, daß sie beispielsweise nur wenige Themen ansprechen, lauter reden und direktive, vereinfachte, oder eben Baby Talk-Äußerungen wählen, wenn sie sich mit alten Menschen unterhalten (Ryan & Hummert 1993). In ihrer neuesten Arbeit, in der Hummert und Ryan (1996) die unterschiedlichen Arten patronisierenden Sprechens darstellen, heißt es hierzu:

„Patronizing communication directed to older adults has been conceptualized as inappropriate modifications based on age stereotypes of incompetence and dependence rather than on the actual communication needs of older persons.“ (149)

Patronisierendes Sprechen führe einerseits zu einer Einschränkung der Chancen für eine erfolgreiche Kommunikation zwischen Jung und Alt, und andererseits zu einer Verstärkung altersstereotyper Verhaltensweisen bei den Alten. In einer Abwärtsspirale würden sowohl die Vorurteile der Jungen als auch die Frustration der Alten verstärkt. Ryan hat dafür den Begriff Communication Predicament of Aging geprägt.

Caporael (1981) hat demgegenüber speziell das Kommunikationsverhalten von Pflegekräften in Altenpflegeheimen untersucht und dabei herausgefunden, daß die PflegerInnen mindestens drei verschiedene Stile verwenden: die normale Erwachsenensprache im Umgang mit ihren KollegInnen und zwei unterschiedliche Stile zum Sprechen mit den BewohnerInnen. Alle Äußerungen, die die für Baby-Talk typischen prosodischen Merkmale aufweisen, hat sie als Secondary-Baby-Talk (SBT) klassifiziert. Ihren Untersuchungen zufolge vermittelt SBT Zuneigung. Alle anderen, prosodisch unauffälligen an die BewohnerInnen gerichteten Worte bezeichnet sie als Nicht-Baby-Talk. Im Gegensatz zu Secondary-Baby-Talk liege hierin ein institutionenspezifisches Register vor, welches Abhängigkeit signalisiere und gleichzeitig fördere.

Im folgenden soll untersucht werden, ob und inwiefern das Pflegepersonal gegenüber den AltenheimbewohnerInnen patronisierend spricht bzw. Baby-Talk verwendet, und ob darüber hinaus noch andere Gesprächsstrategien nachzuweisen sind.

## **2. Datenerhebung**

Alle meine Daten verdanke ich einem Pflegeheim aus dem Freiburger Umland. Nach der Vorstellung der geplanten Untersuchung bei Heimleitung und Stationschwestern habe ich in 5 Stationen bis zu zwei Wochen beobachtend am Heimalltag teilgenommen. Das Ziel war, erste Einblicke in die zu untersuchenden institutionellen Vorgänge zu gewinnen und die MitarbeiterInnen und BewohnerInnen an meine Anwesenheit zu gewöhnen. Insgesamt 33 PflegerInnen und 71 BewohnerInnen haben sich mit Tonbandaufnahmen ihrer Gespräche während der Morgenpflege einverstanden erklärt. Die Aufnahmen wurden in einem zeitlichen Rahmen von 2 bis 3 Wochen je Station gemacht und anschließend transkribiert. Das Korpus besteht aus 196 Interaktionen mit einer Gesamtlänge von ca. 44 Stunden. Die Analyse des Materials, das die Grundlage meiner Dissertation bildet, ist noch nicht abgeschlossen.

## **3. Voraussetzungen für die Analyse der Kommunikation im Altenpflegeheim**

### *3.1 Kontextgebundenheit*

Das Verhältnis von Kommunikation und nichtsprachlichen Handlungen im Altenpflegeheim ist empraktisch. Ein Großteil der pflegerischen Äußerungen ist handlungsorientiert. Das bedeutet, daß der primäre Zweck des Sprechens – wie etwa auch bei ärztlichen Untersuchungen oder bei kooperativen praktischen Arbeiten (Fiehler 1993) – in der Begleitung und Durchführung der Pflegeaktivitäten besteht. Eine Interpretation der Gespräche ist ohne Kenntnis des Kontextes nicht denkbar.

### 3.2 Asymmetrie

Kommunikation im Altenpflegeheim ist institutionelle Kommunikation. Ein wesentliches Merkmal institutioneller Kommunikation ist nun die grundsätzliche Asymmetrie, die zwischen den Beteiligten besteht (Wodak 1987). Für das Verständnis meines Materials ist es entscheidend, sich bewußt zu machen, auf wievielen Ebenen hier Asymmetrien bestehen:

- auf der Ebene des Lebensalters: Die PflegerInnen sind jung, die BewohnerInnen sind alt;
- auf der physischen Ebene: Die PflegerInnen sind gesund und aktiv, die BewohnerInnen sind – meistens – sehr krank und passiv. Sie verfügen nur noch über eingeschränkte Handlungs- und Sprachfähigkeiten;
- auf der psychischen Ebene: Die PflegerInnen haben, salopp gesprochen, das Leben noch vor sich, während die alten Menschen nur noch dem Tod entgegensehen;
- auf der Sachebene: Die PflegerInnen sind ExpertInnen in Sachen Pflege, die BewohnerInnen hingegen sind im allgemeinen medizinische Laien;
- schließlich auf der institutionellen Ebene, denn die PflegerInnen haben die institutionelle Sanktionsmacht inne, während die BewohnerInnen, überspitzt formuliert, hilf- und machtlose DienstleistungsempfängerInnen sind.

Mit anderen Worten: Wie auch immer die verbale Kommunikation zwischen Personal und alten Menschen im einzelnen funktionieren mag, sie erfolgt sicher nicht immer nach den Regeln, die uns von unseren alltäglichen Kommunikationserfahrungen mit weniger weitreichenden Asymmetrien zwischen gesunden Gesprächspartnern her vertraut sind.

## 4. Das Gesprächsverhalten der BewohnerInnen

Das Gesprächsverhalten von AltenheimbewohnerInnen ist meines Wissens bislang nicht linguistisch beschrieben worden. Es kann auf der Grundlage der vorliegenden Datenbasis folgendermaßen charakterisiert werden: Die allgemeine Beteiligung am Gespräch ist gering. Je kränker die alten Menschen sind, desto schweigsamer sind sie auch. Sie sind eher reaktiv als aktiv: Es gibt kaum Fragen oder andere Eigeninitiativen. Während das Verhältnis zwischen aktivem und reaktivem Sprechen bei den geistig gesunden BewohnerInnen beispielsweise in der Regel noch recht ausgeglichen ist, wird der Anteil der Eigeninitiativen je nach der Schwere der Erkrankung immer geringer. In extremen Fällen steuern die BewohnerInnen überhaupt keine Beiträge mehr zum Gespräch bei, ohne vom Pflegepersonal dazu angeregt worden zu sein. Vor allem bei BewohnerInnen, die sich im fortgeschrittenen Stadium der Demenz befinden, liegt das Verhältnis von aktiven zu reaktiven Äußerungen im vorliegenden Material bei bis zu 1:47. Einerseits ist das Gesprächsverhalten der institutionalisierten alten Menschen als minimal responsiv zu bezeichnen, wenn sie beispielsweise auf geschlossene Fragen antworten. Im folgenden Textausschnitt reagiert die Bewohnerin (B) lediglich mit Ein-Wort-Antworten auf die Fragen des Pflegers (P) (Z. 02, 05, 08, 13, 29):

Beispiel 1: Ausschnitt aus Text 125: P18 – B42<sup>1</sup>

01 P18: ham sie gu"t geschlafen heute nacht↓  
 02 B42: >naja↓< \*  
 03 P18: >das is schön↓< \*  
 04 im moment ziemlich ru"tig hier↓ ne↑  
 05 B42: mhm↑  
 ...  
 06 P18: <so↓> \* frau müller-lüdenscheid↓ \* jetzt geht=s lo"s↓  
 07 \*4\* ham sie die frau gestern scho=mal gese"hn↑ \*  
 08 B42: #>hm↑ hm↓ \* hm↑ hm↓<# NEIN \*2\*  
 09 P18: nee↑  
 10 läuft seit gestern bei uns ru"m↓ \*  
 ...  
 11 P18: >so↓< \*13\* BEREITET SONDENNAHRUNG  
 12 wissen sie was sie ma"cht↓  
 13 B42: \*5\* nein↓  
 14 P18: die untersucht das verha"lten↓ \*  
 15 wie das personal \* mit den bewo"hnern umgeht↓ \*  
 16 B42: so↑  
 17 P18: mhm↑ \*2\* ziemlich intressa"nt denk ich↓ \*2\*  
 18 B42: mhm↑ \*10\*  
 19 P18: geht=s↑ \*24\* PFEIFT  
 \*GIBT IHR 45 SEK SONDENNAHRUNG\*  
 20 wissen sie was die \* frau hin und wieder ma"cht↑ \*2\*  
 21 >macht< to"nbandaufnahmen↓ \*2\* von den gesprä"chen↓ \*  
 22 wie sich die pfleger mit den bewohnern unterha"lten↓ \*4\*  
 23 finden sie das gu"t↑ \*2\*  
 24 die werden dann au"sgewertet  
 25 um die \* ausbildung der pfleger oder des pflegepersonals  
 26 zu verbe"ssern↓ \*  
 27 B42: so↑ \*  
 28 P18: doch=n guter a"nsatz↓ oder↑  
 29 B42: >mhm↑<

Andererseits werden Fragen des Personals wie in den Zeilen 19 und 23 nicht, zumindest nicht verbal, oder erst nach einer Wiederholung beantwortet. Je nach der geistigen Regheit greifen sie angebotene Small-Talk-Themen auf. Relativ häufig

<sup>1</sup> Die jeweils interessierenden Phänomene sind hier und im folgenden zur Verdeutlichung kursiv gedruckt. Transkribiert wurde nach den Konventionen des Instituts für deutsche Sprache in Mannheim. Es bedeuten:

B	Sigle für BewohnerIn	*	kurze Pause
P	Sigle für PflegerIn	*3*	3 Sekunden lange Pause
U	Sigle für Untersucherin	<lauter>	lauter gesprochen
↓	fallende Intonation	>leiser<	leiser gesprochen
↑	steigende Intonation	(...)	unverständliche Passage
"	Betonung	...	Auslassung
:	Dehnung	<u>ich</u>	
=	Verschleifung	<u>aber</u>	gleichzeitiges Sprechen
→schnell←	schneller gesprochen	# #	Erstreckung des Kommentars
←langsam→	langsamer gesprochen		
LACHEN	Kommentar der Transkribendin		

fehlt der von ihnen erwartbare zweite Teil einer Paarsequenz, wie etwa im Fall von Gruß und Gegengruß. Es erfolgen nur wenige Rückmeldehandlungen, d.h. die gewohnten, ratifizierenden Hörsignale fehlen häufig. Im obenstehenden Beispiel setzt die Bewohnerin sie nur dann ein, wenn eine Pause entsteht (Z. 16, 18, 27); niemals spricht sie von sich aus zur gleichen Zeit wie der Pfleger, wie es in normaler Alltagskommunikation bei Hörsignalen häufig der Fall ist. Das passive Gesprächsverhalten bewirkt, daß es wie im ersten Beispiel kaum simultane Sequenzen oder einen Kampf ums Rederecht gibt. Je nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit kommunizieren die BewohnerInnen nur noch nonverbal. Einige reagieren auf die Gesprächsbemühungen und handlungsbezogenen Äußerungen der PflegerInnen lediglich mit einem multifunktionalen Schreien. Die Bewohnerin im folgenden Beispiel, die außer diesem Schreien in seltenen Fällen noch Worte wie ja, nein und oh sagt, beachtet dabei jedoch zumeist noch die Regeln des Turn-Taking: Ihr Schreien erfolgt meist im Sinne einer Antwort oder Reaktion nach den Äußerungen des Pflegepersonals, wie hier in den Zeilen 05, 08, und 10:

### Beispiel 2: Ausschnitt aus Text 134, P23 – B51

01 P23: frau hofmann waschen sie sich mal=s gesi"cht↓  
 02 die au"gen↑ \* den mu"nd↑  
 03 B51: SCHWACHER PROTESTSCHREI  
 04 P23: die na"se↑ \* wa"schen sie mal↓  
 05 B51: SCHREIT \*2\* SCHREIT  
 06 P23: frau hofmann waschen sie=s gesi"cht↓  
 07 nich=s wa"schbecken↓  
 08 B51: ←SCHREIT→  
 09 P23: jetzt↓ \* #<gesi"cht waschen↓>#  
 DROHEND-UNGEDULDIGER SINGSANG  
 10 B51: SCHREIT \*

Andere wiederum monologisieren unverständlich vor sich hin, ohne wirklich Bezug auf die Sprechaktivitäten des Personals zu nehmen, und ohne zu begreifen, daß ihre eigenen Äußerungen für andere, wie hier im dritten Beispiel ab Zeile 07, unverständlich sind:

### Beispiel 3: Ausschnitt aus Text 130, P21 – B47

01 B47: ja wenn die mu"tter↓/  
 02 P21: hm↓  
 03 B47: wenn die mu"tter morgen kommt↑  
 04 P21: ja↑ mhm↑  
 05 B47: dann wird se sa/  
 06 P21: darf ich das handtuch mal ha"ben↑  
  
 07 B47: (wat wat wat bou:st du↓)  
 08 P21: danke↓  
 09 B47: #(boust du↓)# LACHEND  
 10 P21: hm↑  
 11 B47: (warte warte mu:de↓)  
 12 (wenn se so=n gewormter außer u"nter↓)  
 13 (ouh↓ da tell bient der↓)

14 (is jera"ten↓) u:nd die...↓  
 15 P21: hm↑ frau wiedek↓

Angesichts dieser Liste an kommunikativen Verhaltensweisen, die mehr oder weniger nicht den uns vertrauten Grice'schen Gesprächsmaximen entsprechen, lautet meine zentrale Hypothese: Um erfolgreich mit den kranken alten Menschen im Pflegeheim kommunizieren zu können, bedarf es im Hinblick auf die Beziehungsebene gesichtsschonender und im Hinblick auf die Zweckorientierung der Gespräche vor allem verständnissichernder Gesprächsstrategien von seiten der PflegerInnen.

## 5. Das Gesprächsverhalten des Pflegepersonals

In den Ansätzen der Erforschung pflegerischen Gesprächsverhaltens in der Altenpflege wird teils implizit, teils explizit verallgemeinernd davon ausgegangen, daß das Sprechen der PflegerInnen respektlos ist (Grainger 1990; Whitbourne, Culin & Cassidy 1995). Schon die Bezeichnung des pflegerischen Gesprächsverhaltens als patronisierend ist negativ konnotiert und somit abwertend. Meiner Ansicht nach ist dies einer unvoreingenommenen linguistischen Betrachtung des facettenreichen empirischen Materials nicht dienlich. Aus diesem Grunde möchte ich in den nächsten Abschnitten versuchen, die folgenden vier Aspekte eines denkbaren Kontinuums möglichst deskriptiv darzustellen: Gesichtsschonende Strategien (5.1), Verständnissichernde Strategien (5.2), Baby-Talk (5.3) und Gesichtsbedrohendes Gesprächsverhalten (5.4).

Wie bewältigen nun die PflegerInnen die Kommunikation mit den BewohnerInnen im einzelnen? Ein wesentliches Kennzeichen der Kommunikation in der Altenpflege ist die sehr unterschiedlich große Redemenge der Beteiligten. Die BewohnerInnen sprechen nicht nur, wie in den meisten Institutionen, weniger als die PflegerInnen, sondern teilweise überhaupt nicht. Der folgende Textausschnitt verdeutlicht den häufig monologischen Charakter der Kommunikation während der Pflege. Er besteht zum größten Teil aus Handlungsaufforderungen. Die Bewohnerin B06 reagiert hier lediglich nonverbal, nämlich mit einem Stöhnen (Z. 12, 14), auf die Worte der Pflegerin. Es ist noch nicht einmal klar, ob sie damit überhaupt kommunikative Absichten verfolgt:

### Beispiel 4: Ausschnitt aus Text 013, P02 – B06

01 P02: frau keppler ste"hn sie ma bitte auf↑  
 02 könn sich hier ←drau"fsetzen↓→ \*10\* so↑  
 03 und sich mal ←drau"fsetzen→ bitte↓ \*3\*  
 04 frau keppler mal hier #drau"fsitzen↓# KLOPFT AUF STUHL  
 05 auf den stu"hl↓ ge↑ \*9\*  
 06 sie müss/ frau keppler den fuß mal hier ru"nter nehmen↓  
 07 \*2\* machen sie mal den fuß so"↑ \*2\*  
 08 so un jetzt mal au"fstehn \* frau keppler↓ \*5\*  
 09 →setzen sie sich← mal hier drau"f↓ \*6\*  
 10 frau keppler noch=n weng ru"mdrehn↓ \* >so↓< \*8\*  
 11 so frau keppler↓ n stück ru"m↑  
 12 B06: STÖHNT  
 13 P02: so↓ ge↑ \*3\*

14 B06: STÖHNT  
 15 P02: noch=n stück hi"nter vielleicht frau keppler↓  
 16 →gucken sie↓← sie können sich hier fe"sthalten↓ \*2\* so↑  
 17 un grad mit=m po noch=n stückchen hi"nter rutschen  
 18 bitte↓ \* so↓ ja↓ \* >so" is recht↓<

### 5.1. Gesichtsschonende Strategien

Im Gegensatz zu den Ergebnissen anderer Untersuchungen verhält sich das Personal in dem von mir untersuchten Altenpflegeheim nicht immer patronisierend, wie Ryan und KollegInnen es nennen würden, sondern in vielen Fällen auch dezidiert und über das gewohnte Maß hinaus respektvoll und höflich. Als gesichtsschonend im Sinne von Brown und Levinson (1987) habe ich daher die folgenden Merkmale klassifiziert: Die BewohnerInnen werden im allgemeinen gesiezt und mit ihrem Nachnamen angesprochen. Manche Aufforderungen werden wie in Beispiel 5 nicht imperativisch (Z. 13, 16), sondern mithilfe von Infinitiv- (Z. 03, 05), Modalverbkonstruktionen (Z. 01, 11) und Ellipsen (Z. 03, 05) formuliert. Darüber hinaus werden sie in vielen Fällen durch Konjunktiv und Modalpartikeln (Z. 16) abgeschwächt. Auch gehen sie häufig mit *bitte* (Z. 03) und *danke* einher.

#### Beispiel 5: Ausschnitt aus Text 070: P05 – B06

01 P05: so frau keppler↓ jetzt *müssen* sie nochmal ←au"fstehn↓→  
 02 B06: mhm↑  
 03 P05: hm↑ \*6\* schön *ste"hn bleiben bitte*↑  
 04 B06: mhm↑ \*  
 05 P05: hm↓ \*9\* und *ste"hnbleiben* frau keppler↓  
 06 B06: mhm↓  
 07 P05: ich muß jetzt des schon ma"chen↓ \*5\*  
 08 ge"ht=s noch↑ frau keppler↓  
 09 B06: ja↓  
 10 P05: ja↓ \*8\* so↓ \*6\* →so frau keppler↓←  
 11 jetzt *könn* sie nochma hi"nsitzen↓ \*2\*  
 12 >ei"niges kann noch...↓< \*2\* #hm↓ hm↓# GERÄUSCH \*7\*  
 13 #halt↓ halt↓ frau sch/ ke"ppler↓# HOCH \* hm↑  
 14 ich muß sie erscht noch a"nziehn↑ \*17\*  
 15 #hallo# SINGSANG #>frau keppler↓<# TONLOS \*9\*  
 16 frau keppler *helfe se ma=n bißchen* mi"t↓ \*  
 17 wär nich schle"cht↓

Übermäßiges Loben oder Komplimente gleichen die durch die direktive Situation bedingten Angriffe auf das „negative face“ aus, wie das Verhalten von P25 in Beispiel 6 besonders in den Zeilen 04 und 05 zeigt: Nachdem die Pflegerin der Bewohnerin deutlich gemacht hat, wie diese sich während des Anziehens richtig zu verhalten hat, macht sie ihr ein Kompliment in Bezug auf das soeben angezogene Kleidungsstück, um die in ihren Anweisungen (Z. 01, 02) enthaltene Kritik wett- oder vielleicht sogar vergessen zu machen.

## Beispiel 6: Ausschnitt aus Text 138, P25 – B51

01 P25: <ja nei"↓ der arm muß du"rch↓>  
 02 nit rau"sziehe↓ \*  
 03 →un jetzt← kommt=s über de ko"pf↑ \*2\*  
 04 ganz schicker pu"llover hend sie an↓ \*  
 05 richtig liebe fa"rb isch des↓

Auffällig sind auch die folgenden drei Verhaltensweisen. Ihnen ist gemeinsam, daß sie darauf abzielen, die vielen Asymmetrien zwischen den Beteiligten auszugleichen. Ihr Zweck ist es darüber hinaus, eine objektiv nicht gegebene Normalität der Kommunikation vorzuspiegeln.

Erstens übernehmen die PflegerInnen bei der Pflege von BewohnerInnen, die nicht mehr sprechen können, oftmals beide Gesprächsrollen.<sup>2</sup> Das Personal repariert gewissermaßen die mangelnde Dialogizität des Gesprächs, wie deutlich am nächsten Beispiel zu sehen ist: Die Pflegerin übernimmt in den Zeilen 02, 08 und 13 die Perspektive der Bewohnerin und formuliert deren mögliche Empfindungen bzw. Reaktionen auf das Pflegegeschehen und auf ihre Äußerungen und Fragen. In Zeile 08 beispielsweise beantwortet sie die Frage, die sie B35 gerade gestellt hat, selbst. Damit signalisiert sie, daß sie die Bewohnerin zwar als sprachlos, nicht aber als empfindungslosen Menschen betrachtet, auf dessen Gefühle sie, wenn möglich, Rücksicht nehmen will.

## Beispiel 7: Ausschnitt aus Text 105, P13 – B35

01 P13: #>ich bin gleich fe"rtig frau lang↓< ge↑# GEFLÜSTERT \*  
 02 >is ka"lt↓< \*7\* is ka"lt↓ he↑ \*  
 03 frau lang nich ersti"cken↓ \*2\* hm↑ \* #hallo"le↓# SINGSANG  
 04 LACHT frau lang↑ \* B RÜLPST #<wua↓># AUSTRUF  
 05 das war das wort zum so"nntag↓ \*2\*  
 06 schnell machen bri"ngt nix↓ ge↑  
 ...  
 07 da si"nd se widder↓  
 08 war=s schli"mm↓ he↑ \* ←nō↓→ ge↑ \*  
 09 gibt schli"mmes↓ he↑ \*6\* so↑  
 10 tu=mer hie"r noch waschen↑ \*  
 11 damit sie fri"sch sin↓ ge↑ frau lang↓ \*  
 12 >sie ham kalte hä</ ni"ch kratzen↓  
 13 des ju"ckt↓ ge↑  
 14 wenn sie immer so plastikzeuch rumhaben↓ \*4\*

Zweitens werden normales Verstehen sowie ein normaler Gesprächsverlauf mithilfe von ratifizierenden Hörersignalen wie mhm oder ach so auch dann signalisiert, wenn BewohnerInnen nur noch unverständliche Äußerungen produzieren, wie im nachstehenden Beispiel 8. Auch das von P21 in Zeile 07 gebrauchte Lachen hat den Zweck, Solidarität und Verständnis zu demonstrieren:

<sup>2</sup> Dieses Phänomen ist auch in der Mutter-Kind-Kommunikation beobachtet worden (Ochs 1992).

## Beispiel 8: Ausschnitt aus Text 130, P21 – B47

01 B47: ja:ha↑ ja (wöll se se↓) BRABBELT  
 02 P21: mhm↑  
 03 B47: meine mu"tter ja↓  
 04 P21: so↓ j<sup>e</sup>t<sup>z</sup> wasch ich ihnen noch den rü"cken↑  
 05 B47: ...↓  
 06 ja↓ LACHT  
 07 P21: LACHT so↓  
 08 B47: BRABBELT so de ...↓  
 09 P21: so↓ schnell=n bissle <massie"rn↓ gell↑>  
 10 des tut gu"t↓  
 11 B47: is gu"t↓ jau↓  
 12 P21: ja↓ gell↑ das i"s auch gut↓  
 13 B47: (.. da da dat)  
 14 P21: mhm↑

Drittens und letztens schließlich fordern die PflegerInnen verbal auch diejenigen BewohnerInnen höflich zur Mithilfe auf, die dazu aus Krankheitsgründen nicht mehr in der Lage sind. So sagt etwa eine Pflegerin zu einer spastisch gelähmten Frau, die sich nicht einmal mehr selbst umdrehen kann, so↓ \* j<sup>e</sup>t<sup>z</sup> können \* sie das na"chthemd wieder anlegen↑. Eine Aufforderung zum Umdrehen geht häufig damit einher, daß die Pflegekraft die Bewohnerin im Moment des Sprechens dreht, wie im folgenden Beispiel:

## Beispiel 9: Ausschnitt aus Text 120, P14 – B35

01 P14: >(fe"rtig↑) ja↓ j<sup>e</sup>t<sup>z</sup> mal (ru"m↓)< \*3\*  
 02 B35: SCHLUCKAUF \*10\*  
 03 P14: >ma den a"rm rausziehnd< \*2\* #>ja↓ so↓<# GEFLÜSTERT

Zusammenfassend ist festzuhalten, daß die dezidierten und zum Teil ungewöhnlichen Bemühungen, den pflegebedürftigen Alten Respekt zu erweisen, deutlich zeigen, daß neben der Handlungs- und Kommunikationssteuerung (Fiehler 1993) auch die Image- und Beziehungsarbeit ein zentraler Bestandteil der Pflegekommunikation ist.

## 5.2 Verständnissichernde Strategien

Angesichts der vielfältigen Beschränkungen, denen das rezeptive wie auch das produktive Gesprächsverhalten einer großen Anzahl der schwer pflegebedürftigen HeimbewohnerInnen – etwa bedingt durch Aphasien, durch eine Verringerung der Kapazität des Kurzzeitgedächtnisses oder durch Schwerhörigkeit – unterliegt, ist ein, wenn nicht das zentrale Anliegen der Pflegekräfte, sich bzw. das Pflegegeschehen den BewohnerInnen verständlich zu machen. Als in erster Linie verständnissichernd verstehe ich entsprechend die im folgenden genannten Aspekte:

Es fällt auf, daß gemäß der primär empirischen und direktiven Funktion der Gespräche auf der *lexikalischen* Ebene immer dieselben Handlungsverben wie etwa

*hinsetzen, aufstehen, oder umdrehen* sowie immer gleiche Richtungsanzeiger wie *hoch, rum, drauf, oder zurück* gebraucht werden. Auch werden Pronomen vereinheitlichend durch Nomen ersetzt.

Im Hinblick auf den *Satzbau* ist festzustellen, daß die Äußerungen des Personals meist kurz und einfach strukturiert sind. Ellipsen werden dazu genutzt, die BewohnerInnen sowohl höflich als auch sprachökonomisch zu bestimmten Handlungen aufzufordern. Beispiel 10 illustriert, wie eine Schwester angesichts des Nichtverstehens der angesprochenen Bewohnerin ihre Aufforderung immer mehr verkürzt, indem sie zunächst sowohl die dialektale pronominale *ehr* (entspricht hochdt. Sie) als auch die namentliche Anrede (*maria*) sowie das vermutlich modal gebrauchte, dialektale Verb *den* (entspricht hochdt. tun) ausläßt und die Äußerung schließlich auch um die abschwächende Modalpartikel *mal* reduziert:

#### Beispiel 10: Ausschnitt aus Text 190, P27 – B70

```
01 P27: #den#=ehr TUN SIE ma=n mu"nd spüle maria↑ *
02 ma=n mu"nd spüle↓ *2*
03 #mu"nd spüle↓# SINGSANG
```

Vor allem auf der Ebene der *Gesprächssteuerung* finden sich viele verständnissichernde Strategien: Anfang und Ende der Morgenpflege werden mithilfe von rituellen Gesprächsanfängen und -beendigungen deutlich markiert. Der Ablauf folgt einem festen Schema. Die PflegerInnen sprechen sehr formelhaft. Gliederungssignale strukturieren nicht nur das Gespräch, sondern auch die Pflegeaktivitäten: Sie kündigen jeweils neue Handlungen an. Das Gliederungssignal *so* etwa wird im Beispiel 4 in dieser Art verwendet. Vergewissernde Nachfragen wie *ne↑, gell↑* usw. dienen nicht nur zur Verständnissicherung, sondern gleichzeitig zur Aufforderung an die BewohnerInnen, sich am Gespräch zu beteiligen. Sie bieten den BewohnerInnen explizit das Rederecht an, wie in den Zeilen 02-04, 06-08, 10, 11, und 14 des folgenden Beispiels:<sup>3</sup>

#### Beispiel 11: Ausschnitt aus Text 101, P10 – B34

```
01 P10: wolle sie heut #se"lber weng mitschaffen↑# HOCH
02 #wenn sie so wa"ch sin↓ he↑# HOCH *3*
03 helfe sie mir mi"t↓ ja↑ *6* so:↓ *5*
04 am e"lfte *2* isch gewechselt worde↓ hm↑ ** <so"↓> *12*
05 <nehme sie=n mal se"lber in die hand↓>
06 <dann könne sie sich ihr gesicht se"lber wasche↓> * he↑ *
07 des schaffe sie se"lber↓ oder↑ *4*
08 ←genau"↓ so↓→ * dürfe sie au" bisschen was tun hier↓ * hm↑ *
09 <die au"ge feschte ausreibe↓>
10 damit sie sie ma richtig au"fkriege↓ * he↑ *2* klappt=s↑ *2*
11 #klappt=s↑# HOCH <wolle sie ni"t selber mache↓> * he↑ *2*
12 kla"ppt=s nit↓ * isch zu vie"l↓ *
```

<sup>3</sup> Interessanterweise werden diese tag-questions umso häufiger und hartnäckiger eingesetzt, je weniger der/die Angesprochene von sich selbst aus spricht bzw. zu sprechen in der Lage ist. Dies gilt auch und sogar für Fälle, in denen die angesprochenen BewohnerInnen gar nicht mehr sprechen können.

13 sin sie noch so mü"de↓ \*  
 14 na da mach ich=s se"lber↓ hm↑ \*3\* #so:↑# HOCH \*2\*

Die mit vielen Äußerungen einhergehende namentliche Anrede wird zum Erhalt der Aufmerksamkeit der BewohnerInnen gebraucht. Auch dies läßt sich gut in den Beispielen 4, 5, und 7 beobachten. An Gesprächsausschnitt 12 ist zu sehen, daß die namentliche Anrede sowohl ein- (Z. 01, 10) als auch ausleitend (Z. 05, 08, 09) verwendet wird:

#### Beispiel 12: Ausschnitt aus Text 190, P27 – B70

01 P27: \*2\* maria stehn=ehr mal hi"n↑ \*  
 02 bitte mal au"fstehn↓ \*2\* hoch↑ ja:↑ \*WÄSCHT SIE 46 SEK\*  
 03 RÄUSPERN \*WÄSCHT SIE 11 SEK\*  
 04 halt halt halt halt halt halt halt↓ \*2\*  
 05 noch=n moment ste"hnbleibe maria↓ gell↑ \*17\* so↓  
 06 jetzt können=ehr euch widder hii"setze↓ \* so↓ \*35\*  
 07 schön si"tzebleibe↓ \*53\*  
 08 (ma o"ffener) maria↓ halt↑ la"ngsam↓ \*2\* so:↑ \*2\* jetze↓ \*6\*  
 09 >kopf bissel ho"ch maria↑< \*11\* #>so↓<# GEFLÜSTERT \*11\*  
 10 <maria↑ ich hol grad gschwind=n bündel für=d haa"r↓>

Die PflegerInnen wiederholen häufig bestätigend ihre eigenen Äußerungen und fragend die der BewohnerInnen. Im folgenden Beispiel wiederholt der Zivildienstleistende die Worte der Bewohnerin in den Zeilen 08, 12, 16 und 21 sowohl in verständnissichernder als auch in spaßhafter Absicht:

#### Beispiel 13: Ausschnitt aus Text 073, P05 – B14

01 B14: BRUMMT UNWILLIG >was i"s denn↓<  
 02 P05: hm↑  
 03 mo"rgen is↓ da"s is↓ \*2\* hm↑ \*3\*  
 04 müssen se au"fstehn frau schulz↓ \* hm↑  
 05 B14: muß ich au"fstehn↓  
 06 P05: mhm↑  
 07 B14: ich brau"ch noch nich aufstehn↓  
 08 P05: brauchen sie noch ni"cht↑  
 09 B14: ←nein↓→  
 10 P05: wieso" nich↑  
 11 B14: nein nein nei"n↓  
 12 P05: nein nein nei"n↓  
 13 B14: nein nei"n ich/  
 14 P05: LACHT  
 15 B14: ich ha"b die genehmigung↓  
 16 P05: #sie ham die genehmigung lie"gen zu bleiben↓# SCHMUNZELND  
 17 B14: doch noch lie"gen zu bleiben↓  
 18 ich brau"ch nich so früh aufzustehn↓  
 19 P05: kann ich die ma ←se"hen↑→ die genehmigung↑  
 20 B14: ach nei"n↓ (nich wenn du wi"llst↓) ne↑  
 21 P05: <nich↑>  
 22 B14: nein↓

Die Initiierung von Paarsequenzen wie etwa Gruß-Gegengruß, Frage-Antwort etc. lädt wiederum zu mehr Dialogizität ein. Es werden im wesentlichen geschlossene Fragen gestellt, die auf eine einfache ja- oder nein-Antwort zielen und so für die BewohnerInnen leicht zu verstehen und zu verarbeiten sind.<sup>4</sup> Im vorhergehenden Beispiel 13 ist dies in den Zeilen 08, 19 und 21 der Fall.

Alles in allem ist das Gesprächsverhalten der PflegerInnen also in hohem Maße funktional, denn es gewährleistet vor allem durch die vielen Mittel der Verständnissicherung eine für die alten Menschen durchschaubare und effektive Durchführung der Pflege.

### 5.3 Baby-Talk

Der Begriff Baby-Talk bezeichnet primär das Sprachregister, das Mütter zur Kommunikation mit ihren Kindern verwenden (Ferguson 1977; Szagun 1991). Neben Kindern können aber auch Ausländer, Kranke und eben wie im vorliegenden Fall alte Menschen AdressatInnen von bestimmten Elementen der Babysprache sein. Eine wesentliche Funktion von primärer Babysprache ist die Verständnissicherung, oder, wie Ferguson (1977) dies formuliert hat, das Aufrechterhalten bzw. Vereinfachen der Kommunikation. Eine zweite Funktion ist das Übermitteln einer positiven emotionalen Botschaft. Beides gilt auch für die Verwendung von Baby-Talk in der Altenpflege.

Neben der geringen Komplexität und der großen Redundanz mancher Äußerungen sind es vor allem Prosodie und Wortschatz, die einer eingehenderen Betrachtung bedürfen. Auf der Ebene der *Prosodie* fällt auf, daß die PflegerInnen mit manchen BewohnerInnen nicht nur deutlich langsamer, sondern auch in einer viel höheren, schrillen Tonlage und mit großen Tonhöhenunterschieden sprechen – eben wie Mütter mit ihren Babies. Auch verwenden sie teilweise Intonationsmuster, die eindeutig von denen der normalen Erwachsenensprache abweichen (Garnica 1977); so sprechen sie beispielsweise auch einige auffordernde Äußerungen mit fragender Betonung, wie im folgenden Textausschnitt:

#### Beispiel 14: Ausschnitt aus Text 120, P14 – B35

```
01 P14: ja↑ wenn emol des erste dri"n is↓ na↓ *14*
02     e"ssen↑ * kauen↑ * >so↑<
03     >→...↓←< LACHT
04 U:     >LACHT<
05 P14: mit der ma"chen wer sowas↓ ge↑ *10* mhm↑ pri"ma↑ *3*
06     prima↓ hm↑ *8* >ich wollt zum ...↓< *4*
07     kauen↑ *4* was i"s da oben↑ FOLGT BLICK VON B35 * hm↑
```

Desgleichen flüstern sie manchmal, wenn sie mit den BewohnerInnen sprechen. So redet etwa P13 beruhigend flüsternd auf eine spastisch gelähmte Bewohnerin ein: >ich bin gleich fe"rtig frau lang↓< ge↑. Laut Garnica (1977) ist auch dies ein typisches Kennzeichen von primärem Baby-Talk. Im folgenden Ausschnitt

<sup>4</sup> Vgl. hierzu auch das Frageverhalten in den Beispielen 1 und 11.

ist die Verknüpfung der hohen Stimme (Z. 01-03) mit beruhigendem Flüstern (Z. 03) zu sehen:

Beispiel 15: Ausschnitt aus Text 196: P30 – B68

```
01 P30: #jo:↑# HOCH; BABY TALK schneller wie i"ch↓ je"tze↓ * so↓
02     geh=mer da du"rch↑ *5* #hm↑# SEHR HOCH *4*
03     #>ja↓<# GEFLÜSTERT #hallo↓# HOHER SINGSANG
```

Laut Szagun (1991) bewirken die intonatorischen Eigenheiten des Baby-Talk, daß die Aufmerksamkeit kindlicher AdressatInnen auf die Sprache gelenkt wird und die sprachlichen Elemente besser analysiert werden können. Daß dies auch für alte AdressatInnen gilt, haben Cohen und Faulkner (1986) in einer experimentellen Studie bewiesen.

Auf der Ebene der *Lexik* ist das Sprechen der PflegerInnen dadurch charakterisiert, daß nur ein kleiner, spezifischer Wortschatz sowie Diminutive und Kosenamen verwendet werden. Auffällig ist etwa, daß die BewohnerInnen oft aufgefordert werden, etwas schön zu machen, oder Dinge als fein bezeichnet werden. So auch das im Titel genannte Deodorant. Manche PflegerInnen reden die alten Damen mit den Kosenamen Schätzle, Mäuschen, Frolleinchen oder meine Süße an. Zusammenfassend kann also gesagt werden, daß Tonhöhe, Anredevarianten und Wortwahl auch in der Altenpflege die oben genannten Funktionen der Verständnissicherung und der Signalisierung von Zuneigung und Fürsorglichkeit erfüllen. Sie verdeutlichen jedoch auch, daß die PflegerInnen die so Angesprochenen *nicht* mehr uneingeschränkt als gleichwertige Erwachsene betrachten. In einigen Fällen wird so zu Unrecht von körperlicher Hilfsbedürftigkeit auch auf eine geistige und sprachliche Behinderung geschlossen. Entsprechend wird die Verwendung von Babysprache von manchen alten Menschen als unangemessen oder respektlos empfunden, oder wie dies eine Bewohnerin während einer Pflegeinteraktion formulierte:

Beispiel 16: Ausschnitt aus Text 179, P30 – B68

```
01 B68: ich sagte ich (ertrag) all des
02     was sie" sagen↓
03 P30: #ja↑# LACHEND
04 B68: als wenn ich nit ri"chtich (bin↓)
```

Dies ist allerdings nur die eine Seite der Medaille. Ich möchte an dieser Stelle eine Lanze für diejenigen brechen, die die schwierige Aufgabe übernommen haben, alte Menschen bis zu ihrem Tod zu pflegen: Angesichts der großen Ähnlichkeiten der Säuglings- und Altenpflege, die sich u.a. auf den Ebenen der Intimpflege und der oft eingeschränkten Verbalisierungsfähigkeiten der Gepflegten manifestieren, ist eine Übertragung mütterlichen Sprachverhaltens auf die Pflegeinteraktion im Altenheim wenn auch nicht uneingeschränkt wünschenswert, so doch verständlich. Die PflegerInnen haben sicher nicht die Absicht, die BewohnerInnen durch den Gebrauch von Babysprache zu erniedrigen. Im Gegenteil: sie möchten ihnen Nähe, Geborgenheit und Trost vermitteln. Das wird auch in vielen, nur eben nicht allen Fällen so verstanden. Einigen BewohnerInnen scheint es ausgesprochen gut zu tun, auf diese Art bemuttert zu werden. Das Dilemma ist meines Erachtens, daß es im Deutschen kei-

ne Sprachvariante gibt, die gleichermaßen Respekt und Fürsorglichkeit auszudrücken in der Lage wäre.

#### 5.4. Gesichtsbedrohendes Gesprächsverhalten

Daß Pflegekommunikation (wenigstens nach meinem Verständnis) nicht immer gelingt, und sicher für manche Pflegerin zuweilen auch eine Überforderung darstellt, möchte ich abschließend an den von mir so genannten gesichtsbedrohenden Gesprächsstrategien demonstrieren. Im Gegensatz zum Baby-Talk sind ihre Auswirkungen vermutlich ausschließlich negativer Art. Gemeinsam ist ihnen allen, daß sie den BewohnerInnen nicht den Status eines Erwachsenen, sondern den eines Kindes zuschreiben.

Besonders auffällig ist dies im Fall der Referenz und der Anrede: Manchmal wird auf die BewohnerInnen nicht pronominal, sondern namentlich referiert – d.h. als hätten sie wie ein Kleinkind das Konzept „ich“ noch nicht begriffen. Dies wird in Beispiel 17 deutlich:

##### Beispiel 17: Ausschnitt aus Text 131, P21 – B48

01 B48: (mit der) ... bedeckter heiliger  
 02 P21: mhm↑  
 03 B48: geist↓\*3\*  
 04 P21: >so↑< \*2\* den heiligen geist kann ich ni"ch zudecken↓  
 05 aber die frau ko"hler kann ich zudecken↓  
 06 B48: bitte↑  
 07 P21: LACHT KURZ den heiligen geist kann ich ni"ch zudecken↓  
 08 der brau"cht das auch nich↓  
 09 dem is sicher immer wa"rm↓ \* gell↑  
 10 B48: ja↓ \*  
 11 P21: →aber die frau ko"hler↓← die" muß zugedeckt werden↓ ja↑

Manche Schwestern kombinieren imperativische Verbformen der 2. Person Singular mit der höflichen namentlichen Anrede. Auf diese Art und Weise entstehen ambivalente Botschaften, die nur oberflächlich respektvoll erscheinen. Ein treffliches Beispiel hierfür ist das Zitat, das ich für den Titel dieses Aufsatzes gewählt habe: so frau adams↓ guck mal↓ ein feines bac-spray↓ gut↑.

Es kommt vor, daß im Falle eines Konfliktes vom Siezen zum Duzen übergegangen und den BewohnerInnen somit die einem (nicht verwandten oder befreundeten) Erwachsenen gebührende höfliche Anrede mit dem Nachnamen verweigert wird. Beispiel 18 verdeutlicht dies:

##### Beispiel 18: Ausschnitt aus Text 180, P27 – B69

01 P27: #frau be"hnke↓# DROHENDER SINGSANG  
 02 B69: das kann ich gar nich hö"rn↓  
 03 P27: ja↓ <nu mal au"fstehn sabinchen↓> komm↑

Hier demonstriert die Schwester der Bewohnerin durch den Wechsel von der förmlichen bzw. höflichen Anrede mit dem Nachnamen zu einer diminuierten Anrede mit

dem Vornamen erstens deren Kinderstatus und zweitens ihre eigene, institutionell abgesicherte Macht. Mit anderen Worten: Die Wahl der Anrede verdeutlicht in diesem Fall die grundlegende Asymmetrie zwischen den Beteiligten, die die Pflegekräfte normalerweise ja mit den verschiedensten Mitteln unsichtbar zu machen bestrebt sind.<sup>5</sup>

Ferner wird das von Brown und Levinson so genannte „negative face“ der BewohnerInnen nicht beachtet, indem in ihrer Anwesenheit über sie gesprochen wird (was, nebenbei bemerkt, Erwachsene tagtäglich auch bei kleinen Kindern tun). Im folgenden Beispiel wird nicht nur über die Bewohnerin gesprochen, sondern sie wird auch durch den Gebrauch der reduplizierten Baby-Talk Form *popo* (Z. 01) einerseits zum Kind degradiert und andererseits durch die Verwendung des pejorativen Begriffes *stinken* (Z. 03) beleidigt.

Beispiel 19: Ausschnitt aus Text 180, P27 – P30 – B69

01 P27: <wasche se de *po"po*↓>  
 02 des isch wi"chtiger wie #alles andre# LACHEND  
 03 daß der nit <*sti"nkt*↓>  
 ...  
 04 <frau be"hnke↓ \*2\* ich hau sie doch au"ch nich↓> \*5\*  
 05 wie war sie denn #am wo"chenend↑# LACHENED  
 06 >au" so↑<  
 07 P30: sie war ziemlich *gschla"ge*↓  
 08 müd und \* am samschtag *ging=s gu"t*↓  
 09 P27: jaha↑  
 10 P30: und sonntag morge au"↓  
 11 aber geschtern war sie halt mü"d↓  
 12 aber *gschla"ge*↑ un so schlimm wie heut morge ni"dde↓

Das „negative face“ der BewohnerInnen wird ebenfalls mißachtet, indem sie unterbrochen werden, wenn sie nicht schnell genug reagieren oder formulieren. In Beispiel 20 etwa beendet der Pfleger die Äußerungen der amnestischen Aphasikerin B45 (Z. 05, 09) in der (wenn auch gutgemeinten) Absicht, ihr weitere Wortfindungsprobleme zu ersparen:

Beispiel 20: Ausschnitt aus Text 129, P18 – B45

01 P18: <und deshalb möchte sie das to"nband laufen lassen↓> \*3\*  
 02 B45: LACHT SKEPTISCH  
 03 P18: <frau ri"tter↓>  
 04 B45: deshalb weil sie/ \*  
 05 P18: <das untersu"chen möchte↓> \*2\*  
 ...  
 06 B45: fa"st fertich↓  
 07 P18: <ja↓>  
 08 B45: un das \* übrige/ äh  
 09 P18: <das erledigen wir je"tzt↓>

<sup>5</sup> Vgl. Abschnitt 5.1.

Angriffe auf das „positive face“ können darin bestehen, daß die BewohnerInnen so unverblümt und drastisch kritisiert werden wie Kinder. In Beispiel 21 zeigt sich das in den Zeilen 05 und 07, in denen ein Zivildienstleistender das Verhalten des Bewohners gegenüber dessen Frau rügt:

Beispiel 21: Ausschnitt aus Text 086, P09 – B30

01 B30: ja↓ was die zu dem he"md sacht das=s mir ega"l↓  
 02 P09: das glau"b=ich ihnen↓  
 03 B30: ja↓  
 04 das is mir wi"rklich egal↓  
 05 P09: sie sin ni"ch arg nett zu ihrer frau↓  
 06 B30: STÖHNT das is mir ega"l was die zu dem hemd sacht↓  
 07 P09: sie müssen mal freundlicher zu ihrer frau" sein↓  
 08 B30: oh↓ ich bi"n doch freundlich↓  
 09 P09: sons ko"mmt die nich mehr↓

Ähnliches gilt auch für das Imitieren der sprachlichen Eigenheiten der BewohnerInnen (also etwa deren Schreien oder Sprachautomatismen) sowie für das Ignorieren oder Abtun mißliebiger Äußerungen. Im folgenden Textausschnitt imitiert ein Zivildienstleistender sowohl die gerade klagend geäußerte Aufforderung der Bewohnerin (Z. 02) als auch deren Sprachautomatismus (Z. 10, 14, 16), den sie mit geringfügigen Abwandlungen immer dann produziert, wenn sie nicht direkt auf ein Gespräch fokussiert ist:

Beispiel 22: Ausschnitt aus Text 073, P05 – B14

01 B14: 6 SEK JAMMERGERÄUSCHE mach die tü"r zu↓  
 02 P05: #mach die tü"r zu↓# IMITIERT  
 03 B14: ha mach die tü"r zu↓  
 04 P05: hm↑  
 05 B14: KLAGELAUTE  
 06 P05: so↑  
 07 B14: \*5 SEK KLAGELAUTE\* is so ka"lt↓  
 08 P05: i"s=es↓  
 09 B14: \*27 SEK. KLAGELAUTE\*  
 10 P05: #ouh das is↓# IMITIERT SIE; STÖHNT  
 11 B14: \*10 SEK KLAGELAUTE\*  
 12 P05: hm↑  
 13 B14: \*3 SEK. KLAGELAUTE\*  
 14 P05: #ouh das is↓# IMITIERT SIE WIEDER  
 15 B14: JAMMERN  
 16 P05: #>ou das is↓<# IMITIERT SIE WIEDER >oh je↓<

## 6. Schlußfolgerungen

Detaillierte gesprächsanalytische Untersuchungen haben gezeigt, daß das Gesprächsverhalten der BewohnerInnen in einem Altenpflegeheim bedingt durch sowohl deren Rolle als KlientInnen der Institution als auch durch verschiedenste psychophysische Erkrankungen als vorwiegend passiv zu bezeichnen ist. Entsprechend

hat sich die anfangs aufgestellte Hypothese bestätigt: Die Kommunikation mit den BewohnerInnen, deren Hauptzweck ja die Durchführung der Pflegeaktivitäten ist, ist durch gesichtsschonende und verständnissichernde Ausgleichsstrategien geprägt. Charakteristisch ist ferner, daß die PflegerInnen mögliche Verständnisschwierigkeiten oder Kommunikationsstörungen in vielen Fällen nicht erst abwarten, sondern diese antizipieren und entsprechend präventiv auf sie reagieren. Darüber hinaus weist das Gesprächsverhalten des Pflegepersonals widersprüchliche Tendenzen auf: während die PflegerInnen sich auf der einen Seite sehr bemühen, den BewohnerInnen höflich und respektvoll zu begegnen, behandeln sie diese auf der anderen Seite, wenn auch oft in gutmeinender Absicht, wie im Falle des Baby-Talk, gleichermaßen wie Kinder und laufen somit Gefahr, deren Selbstwertgefühl zu untergraben.

Ein Kommunikationstraining auf der Basis dieser Ergebnisse könnte meines Erachtens hilfreich sein, um die AltenpflegerInnen für den eigenen Sprachgebrauch zu sensibilisieren. Es könnte verdeutlichen, daß manche Kommunikationsstrategien sowohl positive als auch negative Auswirkungen haben können. Es könnte vor allem aber auch helfen, ein Bewußtsein dafür zu schaffen, daß Erfolg wie Bewertung bestimmter Kommunikationsstrategien, wie etwa Baby-Talk, nicht allein von der sprachlichen Oberfläche, sondern ganz entscheidend von der Akzeptanz der individuellen AdressatInnen abhängt.

## Literatur

- Brown, P. & Levinson, S. (1987). *Politeness: Some universals in language usage*. Cambridge.
- Caporael, L. R. (1981). The paralinguistic of caregiving: Baby talk to the institutionalized aged. In: *Journal of Personality & Social Psychology* 40, 876-884.
- Caporael, L. R., Lukazewski, M. & Culbertson, G. (1983). Secondary baby talk: Judgements by institutionalized elderly and their caregivers. In: *Journal of Personality & Social Psychology* 44, 746-754.
- Cohen, G. & Faulkner, D. (1986). Does "elderspeak" work? The effect of intonation and stress on comprehension and recall of spoken discourse in old age. In: *Language & Communication* 6, 91-98.
- Fehlenberg, D. (1987). *Kommunikation zwischen Arzt und Patient: Gesprächsstrukturen der psychosomatischen Krankenvisite*. Bochum.
- Ferguson, C. (1977). Baby Talk as simplified register. In: Snow, C. E. & Ferguson, C. A. (eds.), *Talking to children*. New York, 209-235.
- Fiehler, R. (1990). Erleben und Emotionalität als Problem der Arzt-Patienten-Kommunikation. In: Ehlich, K., Koerfer, A., Redder, A. & Weingarten, R. (Hrsg.), *Medizinische und therapeutische Kommunikation*. Opladen, 41-65.
- Fiehler, R. (1993). Spezifika der Kommunikation in Kooperationen. In: Schröder, H. (Hrsg.), *Fachtextpragmatik*. Tübingen, 343-357.
- Garnica, O. (1977). Some prosodic and paralinguistic features of speech to young children. In: Snow, C. & Ferguson, Ch. (eds.), *Talking to children: Language input and acquisition*. Cambridge, 63-88.
- Grainger, K. (1990). Care and control: Interactional management in nursing the elderly. In: Clark, R., Fairclough, N., Ivanic, R., McLeod, N., Thomas, J. & Meara, P. (eds.), *Language and power. Papers from the Twenty-Second Annual Meeting of the British Association for Applied Linguistics held at Lancaster University, September 1989*. (British Studies in Applied Linguistics 5).

- Hummert, M. L. & Ryan, E. (1996). Toward understanding variations in patronizing talk addressed to older adults: Psycholinguistic features of care and control. In: *International Journal of Psycholinguistics* 12(2), 149-169.
- Lalouschek, J. (1995). *Ärztliche Gesprächsausbildung. Eine diskursanalytische Studie zu Formen des ärztlichen Gesprächs*. Opladen.
- Löning, P. & Rehbein, J. (Hrsg.) (1993). *Arzt-Patienten-Kommunikation. Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses*. Berlin.
- Lörcher, H. (1983). *Gesprächsanalytische Untersuchungen zur Arzt-Patienten-Kommunikation*. Tübingen.
- Ochs, E. (1992). Indexing gender. In: Duranti, A. & Goodwin, C. (eds.), *Rethinking context: Language as an interactive phenomenon*. Cambridge, 335-358.
- Redder, A. & Wiese, J. (Hrsg.) (1994). *Medizinische Kommunikation: Diskurspraxis, Diskursethik, Diskursanalyse*. Opladen.
- Ryan, E. & Hummert, M. L. (1993). *Negative stereotypes and patronizing talk to institutionalized elders*. Paper presented at the Symposium on Perceptions and Misperceptions in Intergenerational Caregiving Relationships, Gerontological Society of America, New Orleans, November 1993.
- Ryan, E., Hummert, M. L., & Boich, L. H. (1995). Communication Predicaments of aging: Patronizing behavior toward older adults. In: *Journal of Language and Social Psychology* 14, 144-166.
- Ryan, E., Meredith, S. D., MacLean, M. J. & Orange, J. B. (1995). Changing the way we talk with elders: Promoting health using the Communication Enhancement Model. In: *The International Journal of Aging and Human Development* 41, 87-105.
- Szgun, G. <sup>4</sup>(1991). *Sprachentwicklung beim Kind: Eine Einführung*. München.
- Weinhold, C. (1991). Kommunikation in Krankenhäusern. Ein Forschungsbericht über deutschsprachige Analysen der Gespräche zwischen Arzt und Patient und das Gesprächsverhalten des Pflegepersonals. In: *Zeitschrift für Germanistik* NF 1, 674-684.
- Whitbourne, S. K., Culgin, S. & Cassidy, E. (1995). Evaluation of infantilizing intonation and content of speech directed at the aged. In: *International Journal of Aging and Human Development* 41(2), 109-116.
- Wodak, R. (1987). Kommunikation in Institutionen. In: Ammon, U., Dittmar, N. & Mattheier, K. J. (Hrsg.), *Sociolinguistics-Soziolinguistik*. Berlin, 799-820.