

# Zeit in sozialer Interaktion im Kontext medizinischer Versorgung von Menschen mit Demenz

Eine qualitative Fallrekonstruktion von Prozessen  
zeitlicher Koordination in hausärztlichen  
Konsultationsgesprächen

Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades  
der Sozialwissenschaftlichen Fakultät  
der Georg-August-Universität Göttingen

vorgelegt von

Julia Gärtner

geboren in Leipzig

Göttingen, 2021

**Erstgutachter/in:** Prof. Dr. Hannes Friedrich

**Weitere Betreuer/innen:** Prof. Dr. Gabriele Rosenthal und Dr. Ottomar Bahrs

**Weitere Mitglieder der Prüfungskommission:**

**Tag der mündlichen Prüfung:** 16.02.2022

<b>Danksagung .....</b>	<b>7</b>
<b>Hinweis .....</b>	<b>9</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis.....</b>	<b>10</b>
<b>Einleitung.....</b>	<b>11</b>
<b>I Theoretischer Hintergrund und Forschungszusammenhang.....</b>	<b>20</b>
<b>1 Zeit in sozialer Interaktion .....</b>	<b>21</b>
<b>1.1 Zeit als Symbol .....</b>	<b>23</b>
1.1.1 Die Erlernbarkeit der Zeit .....	23
1.1.2 Kulturgebundenheit der Zeit .....	24
1.1.3 Sprachgebundenheit der Zeit .....	26
1.1.4 Zeitkonzepte .....	27
<b>1.2 Zeit als Ordnung .....</b>	<b>29</b>
1.2.1 Psychische und physische Erfahrbarkeit .....	29
1.2.2 Handlungs- und Erkenntniswirksamkeit .....	31
<b>1.3 Zeit als Potenzial .....</b>	<b>37</b>
1.3.1 Synchronisationsprozesse .....	37
1.3.2 Zeitsinn.....	38
<b>2 Zeit in der medizinischen Versorgung.....</b>	<b>40</b>
<b>2.1 Institutionalisierte Zeit.....</b>	<b>41</b>
<b>2.2 Zeiterleben und Zufriedenheit von Patient:in und Behandler:in....</b>	<b>44</b>
<b>2.3 Berücksichtigung der Zeit als Gesundheitsförderung .....</b>	<b>47</b>
<b>2.4 Chronische Krankheit.....</b>	<b>53</b>
2.4.1 Krankheitsverlauf .....	54
2.4.2 Eigenlogik des Patient:innenhandelns .....	55
2.4.3 Angehörige als Versorger:innen.....	56

3	Zeit im Kontext der Demenz .....	58
3.1	Demenzkonzepte .....	58
3.2	Zeitkompetenz bei Menschen mit Demenz .....	62
3.3	Abstimmungsprozesse bei und mit Menschen mit Demenz.....	64
3.4	„Zeitgerechte“ medizinische Diagnose .....	69
4	Hausärztliche Versorgung von Menschen mit Demenz.....	72
4.1	Schlüsselrolle Allgemeinärzt:innen .....	72
4.2	Gespräch als Abstimmungsprozess .....	76
5	Überblick – Betrachtungsebenen der Zeit.....	79
6	Forschungsperspektive.....	82
6.1	Zeit als Erkenntnisinstrument .....	82
6.2	Forschungsfrage .....	83
6.3	Demenzspezifik .....	85
<b>II</b>	<b>Empirie.....</b>	<b>86</b>
7	Annäherung an das Forschungsfeld – Exkurs .....	87
8	Methodik .....	92
8.1	Datenerhebung.....	93
8.1.1	Zugang zum Feld .....	93
8.1.2	Datenmaterial .....	95
8.2	Datenauswertung .....	100
8.2.1	Sichtende grobe Datenauswertung .....	101
8.2.2	Fein- und Sequenzanalyse .....	102
9	Ergebnisse .....	106
9.1	Fallrekonstruktion 1: Der Aufschub .....	107
9.1.1	Forschungsprozess – Partizipation.....	107
9.1.2	Hausarzt – „Early Adopter“ .....	108
9.1.3	Patient – Kennt den Hausarzt schon länger .....	110

9.1.4	Setting –Vorgreifen .....	110
9.1.5	Gesprächsbeginn – „Un jetzt läuft“ .....	112
9.1.6	Fallhypothesen über die Zeit .....	118
9.1.7	Teil 1 – Klärung: „Oberthema Demenz Erkrankung“ .....	120
9.1.8	Teil 2 – Abstimmung: „Pflege(?)Antrach(?)“ .....	133
9.1.9	Teil 3 – Bilanzierung: „Aus meiner Sicht läuft(!) das“ .....	141
9.1.10	Abschluss – Verbleib: „Ich geb mir Mühe“ .....	147
9.1.11	Fazit: Abwartendes Offenlassen .....	150
<b>9.2</b>	<b>Fallportrait 2: Der Plan .....</b>	<b>153</b>
9.2.1	Forschungsprozess – Vermittelnd .....	153
9.2.2	Hausärztin – Nimmt sich Zeit .....	154
9.2.3	Patientin – Erscheint selten .....	156
9.2.4	Rahmung – Inszenieren .....	158
9.2.5	Gespräch – „das ist die Empfehlung gewesen“ .....	161
9.2.6	Fazit: (Ein)Takten .....	168
<b>9.3</b>	<b>Fallportrait 3: Erste Schritte .....</b>	<b>171</b>
9.3.1	Forschungsprozess – Ausschnitt .....	171
9.3.2	Hausarzt – Begleiter.....	171
9.3.3	Patient – Vater eines Freundes.....	173
9.3.4	Rahmung - Spannung .....	173
9.3.5	Gespräch – „lassen wirs erstmal dabei“ .....	174
9.3.6	Fazit: Portionieren.....	177
<b>9.4</b>	<b>Fallvergleich .....</b>	<b>180</b>
9.4.1	Fallebenen .....	180
9.4.2	Zeit als Symbol.....	183
9.4.3	Zeit als Ordnung .....	185
9.4.4	Zeit als Potenzial .....	190

<b>III Diskussion .....</b>	<b>201</b>
10 Methodischer Zugang .....	202
10.1 Methode – Datenerhebung in der Zeit .....	202
10.2 Themenfeld – Zeit als soziales Phänomen .....	205
10.3 Theorie – „Zeitobjektiv“ .....	207
10.4 Dinge – Materialisierte Zeit .....	208
11 Zeit in sozialer Interaktion in der hausärztlichen Versorgung von Menschen mit Demenz.....	210
11.1 Präsenz der Zeit in sozialer Interaktion.....	210
11.1.1 Implizite Zeit und Zeitbewusstheit.....	210
11.1.2 Komplexität .....	211
11.1.3 Gesprächsrahmen.....	211
11.2 Prozesse zeitlicher Koordination .....	212
11.2.1 Behandlungs- und beziehungsgestaltend.....	212
11.2.2 Ausdrucksformen der Zeit .....	217
11.3 Demenzspezifische Prozesse zeitlicher Koordination .....	236
12 Ausblick: Zeitsensibilität .....	239
13 Zusammenfassung und Fazit: Was zeigt die Zeit?.....	247
<b>Literatur.....</b>	<b>254</b>
<b>Anhänge .....</b>	<b>274</b>
<b>Erklärung .....</b>	<b>275</b>

## Danksagung

Meine Dissertation begleitete mich insgesamt acht Jahre als Herzensprojekt. In dieser Zeit haben mich zahlreiche Personen unterstützt, die mit all ihren individuellen, großartigen Kompetenzen einen wichtigen Teil dazu beigetragen haben.

Allen voran danke ich den engagierten Hausärzt:innen, die mir – auf Basis ihrer vertrauensvollen Beziehung zu ihren Patient:innen – einen Einblick in das sensible Feld der hausärztlichen Versorgung von Menschen mit Demenz gewährt haben. Ihre Teilnahme zeugt von Vertrauen, Mut und Engagement – ohne dieses Engagement wäre diese Forschungsarbeit nicht möglich gewesen. Ich möchte allen Teilnehmer:innen meinen tiefen Dank aussprechen.

Mein großer Dank gilt meinem Doktorvater Prof. Dr. Hannes Friedrich für sein großes und ungebrochenes Interesse an meinem Forschungsthema und seiner Geduld für meine Forschung.

Meiner Zweitgutachterin Prof. Dr. Gabriele Rosenthal möchte ich insbesondere für die Unterstützung in der methodischen Auseinandersetzung mit dem Material im Rahmen ihrer interessanten und inspirierenden Methodenveranstaltungen danken.

Meinem Drittgutachter, Dr. Ottomar Bahrs, danke ich von Herzen: sowohl für die strukturelle und fachliche als auch für die emotionale Unterstützung auf diesem langen Weg. Ich bin dankbar für sein stets ausführliches und konstruktives Feedback, an dem ich wachsen durfte.

Ich danke Prof. Dr. Peter F. Matthiessen, dessen Sammelband „Für eine zeitliche Kultivierung der Patient-Arzt-Begegnung“ einen wesentlichen Impulsgeber für die Inhalte meiner Dissertation darstellt. Ich bin sehr dankbar für die persönliche Korrespondenz die mir gegen Ende seiner Lebenszeit noch zuteilwurde und mir einen Eindruck über die Perspektive dieses außergewöhnlichen und beeindruckenden Wissenschaftlers auf das Thema Zeit in der Medizin gegeben hat.

Gleichermaßen wertschätzen möchte ich Prof. Dr. Sigrid Harendza, die mir eine Promotionsförderstelle und damit in der finalen Phase meiner Dissertation bestmögliche Rahmenbedingungen zur Fertigstellung dieser Forschungsarbeit ermöglichte.

Einen großen Dank möchte meinen Mitstreiterinnen Nina Krüger, Julia Müller und Wendy Ramola und meinen Kolleginnen Sarah Prediger und Elena Zelesniack aussprechen. Danke für euer stets offenes Ohr und für den Austausch, der auch über den gemeinsamen Kontext der Kolloquien und der Arbeitsprojekte hinausging. Das Teilen von Misserfolgen und Erfolgen war mir sowohl fachlich als auch emotional eine große Bereicherung.

Ich möchte meinem Partner, Jérôme Grandke, von Herzen danken. Er ist mit mir den langen Weg durch die doch immer wieder herausfordernden Berge und Täler meiner Dissertation gegangen. Als mein größter Kritiker hat er mir geholfen, mich auf das Wesentliche zu konzentrieren.

Weiterhin danken möchte ich meiner lieben und langjährigen Freundin Christina Kuhlmann, die mich stets unterstützt hat, wirre Gedankenfäden zu sortieren, mich motiviert und mit mir auch die Phasen der Unklarheit ausgehalten hat. Ihr Glaube an meine Forschungsarbeit und an mich als Forscherin hat mich sehr gestärkt.

Ich danke meinen Eltern, Ilona Gärtner und Bernd Gärtner, die, obwohl sie mit Soziologie überhaupt nichts am Hut haben, stets an der Entwicklung meiner Forschungsarbeit hingebungsvoll interessiert waren. Ihre Liebe und ihr Stolz waren und sind mir kraftvolle Energiequellen.

Meinem ehemaligen Kommilitonen und bis heute lieben Freund Marco Rank möchte ich für seine stets kritischen und komplexen Fragen danken, die mich dabei unterstützt haben, meinen Forschungsfokus zu halten und gleichzeitig einmal mehr um die Ecke zu denken.

Ich danke auch meiner ehemaligen Kommilitonin und lieben Freundin Anne Weitnauer, die mit großem Interesse und feinem Auge fürs Detail meine Texte durchgesehen hat. Ihre Begeisterung für mein Thema nährte meine Motivation.

Darüber hinaus möchte ich allen Personen danken, die immer wieder Interesse an meiner Forschung gezeigt und mir die Gelegenheit gegeben haben, über mein Forschungsinteresse und die damit verbundene Intention zu berichten.

Ich danke allen für die Begleitung auf meiner Reise.

Julia Gärtner

Datum: 16.11.2021



## Hinweis

In der Niederschrift der vorliegenden Arbeit wurden gendergerechte Formulierungen mit Hilfe des Gender-Doppelpunktes verwendet. Ausgenommen davon sind Direktzitate und Literaturtitel sowohl im Text als auch im Literaturverzeichnis. Diese wurden in ihrer Originalform belassen und entsprechen somit nicht immer den Anforderungen einer gendergerechten Sprache. Ebenfalls nicht gendergerecht formuliert ist die im Anhang abgebildete Anfrage zur Studienteilnahme. Ich möchte hiermit ausdrücklich darauf hinweisen, dass, trotz Verwendung der männlichen Form im Anhang alle Geschlechter angesprochen werden sollen. Daneben sind in dieser Arbeit alle konkret geschlechtsbezogenen Formulierungen bewusst getroffen und beschreiben die jeweiligen Personen der untersuchten Einzelfälle.

## Abkürzungsverzeichnis

bspw.	beispielsweise
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
d.h.	das heißt
et al.	et alii / aliae
etc.	et cetera
ff.	folgende
ggf.	gegebenenfalls
Herv. i. O.	hervorgehoben im Original
Hrsg.	Herausgeber:innen
JG	Julia Gärtner
s.	siehe
sic!	sīc erat scriptum
sog.	sogenannt
u.a.	unter anderem
vgl.	vergleiche
z.B.	zum Beispiel

## Einleitung

---

Eine Entdeckungsreise besteht nicht darin, neue Landschaften zu suchen, sondern neue Augen zu bekommen.  
(Marcel Proust 1871 – 1922)

---

Hiermit möchte ich die Leser:innen auf eine gemeinsame Entdeckungsreise einladen. Sie führt durch die Landschaften des hausärztlichen Konsultationsgespräches in der Versorgung von Menschen mit Demenz. Equipment dieser Reise ist ein Objektiv, welches den Blick auf die Zeit in sozialer Interaktion erlaubt.

Die Idee zu diesem Forschungsthema ist auf verschiedene Impulsgeber:innen zurückzuführen. Zu diesen Impulsgeber:innen gehören einmal jene Personen, die mich auf meinen Wegen immer wieder an *die Zeit* erinnerten, mich auf sie aufmerksam machten – das geschah zumeist mit beiläufigen getätigten, wohlbekanntem Äußerungen wie: „Mit jedem Jahr rast die Zeit schneller“, „Kommt Zeit kommt Rat“, „Genieß' deine Jahre, du hast noch alles vor dir“. Zudem konfrontierte mich die hohe Relevanz der Uhrzeit und des Terminkalenders im Zuge (m)einer Lebens- und Alltagsplanung immer wieder hartnäckig mit den Themen Endlichkeit und Tempo. Die mit dem Zeitmanagement des Alltags einhergehenden Herausforderungen nährten meine Neugier darauf, wie Menschen in und mit der Zeit leben und über die Zeit sowie in ihr (nach)denken. Fragen, die aus diesen Beobachtungen entsprangen, waren bspw.: Welche Annahmen über die Zeit legen sie ihrem Handeln zugrunde? Welche Fragen stellen sie sich und welche Konsequenzen lassen sie daraus folgen?

Ein weiterer zentraler Impuls kam aus einem ganz anderen Bereich – und zwar aus der Erfahrung als Patientin in der Begegnung mit Ärzt:innen. Dort sah ich mich wiederholt mit der Frage nach Gestaltungsmöglichkeiten im gemeinsamen Verstehensprozess konfrontiert. Ein Moment des Aneinander-vorbei-Sprechens, der mir besonders in Erinnerung geblieben ist, lag darin begründet, dass sich meine Ärztin energisch auf nächste Behandlungsschritte fokussierte, während ich emotional und gedanklich überwiegend auf die Suche nach Ursachen für mein Problem konzentriert war. Mir fiel auf, dass wir in unsere

Aufmerksamkeit und Energien in unterschiedlichen Richtungen – die Vergangenheit und die Zukunft – zu lenken schienen, was eine Kooperation bzw. Verständigung auf einen gemeinsamen Referenzpunkt vermutlich erschwerte. Diese Beobachtung, die die Verwobenheit gemeinsamer Abstimmung mit dem Thema Zeit sichtbar werden ließ, war initial für die vorliegende Forschungsarbeit und führte zu der ersten und grundlegenden Frage danach, wie sich Zeit in sozialer Interaktion überhaupt erforschen lässt. In der dazu erforderlichen Auseinandersetzung mit dem Phänomen Zeit begegneten mir zahlreiche Perspektiven auf jeweils verschiedene Facetten oder „Schauplätze“ der Zeit. Prägend für diese Arbeit waren Sighard Neckels Ausführungen über die soziale Zeit, in denen der Autor sich vor allem dem Zukunftsbegriff ausführlich widmet (vgl. Neckel 1988), sowie Claudia Bozarro und Mark Schweda, die sich mit dem Altern des Menschen auseinandersetzen (vgl. Bozarro & Schweda 2015). Zudem trugen die umfangreichen und sehr lebensweltnahen Beschreibungen Olaf Kleins in seinem gesellschaftskritischen Buch über die „Zeit als Lebenskunst“ (2010) anschauliche Beispiele zu den Facetten der Zeit in einer beschleunigten Gesellschaft bei (vgl. Klein 2010). Im Hinblick auf die Zeit im Gesundheitskontext war vor allem der Tagungsband von Peter F. Matthiessen wegweisend, in welchem aus salutogener Perspektive die Bedeutung der Zeit in der Medizin beleuchtet wird (vgl. Matthiessen 2018a). Deutlich wird darin, dass der Einbezug der Zeit der Gesundheitsförderung dienlich ist. Des Weiteren findet sich bei Annemarie Jost eine wertvolle Perspektive auf die Zeit in zwischenmenschlichen Abstimmungsprozessen (vgl. Jost 2009). Jost sensibilisiert für die Zeitstruktur und Zeitstrukturierung in Aktions-Reaktions-Prozessen, die sie als Prozesse des Beantwortetwerdens beleuchtet und diese als Grundlage für Zeiterfahrung und daraus ableitbarer Bildung von Identität und sozialen Verhaltensregeln beschreibt (vgl. Jost 2009). Gesundheits- und versorgungsspezifische Aspekte der Zeit, die die vorliegende Arbeit prägten, gingen aus Luigi Betrandos und Paolo Boscolos Buch „Die Zeiten der Zeit“ (1994) hervor, in denen sie zeitliche Koordinationsprozesse im Kontext psychiatrischer Therapeut:innen-Patient:innen-Begegnungen beleuchten. Die in der genannten Literatur gebotenen Ausführungen über die soziale Zeit, ihre Bedeutung in sozialen Begegnungen und ihr Einbezug in die Gesundheitsversorgung boten der vorliegenden Forschungsarbeit wichtige Informationen, Erläuterungen und Darstellung von Zusammenhängen.

Im Zuge der kontinuierlichen Literaturrecherche stieß ich auf Elias' Theorie über die Zeit (1984). Als Vertreter des Relationismus' überwindet Elias die Subjekt-Objekt-Dichotomie,

indem er sowohl die gemessene („objektive“) als auch die gefühlte („subjektive“) Zeit als zwei Seiten des gleichen sozialen Phänomens begreift und beschreibt (vgl. Elias 1984; Kühn 2005: 164). Elias betrachtet Zeit als „Beziehungsform“ (Elias 1984: 9), die in wechselseitiger Bezogenheit aufeinander entsteht und damit relationaler Bestandteil sozialer Interaktion ist (vgl. Kühn 2005: 164). Dieser prozessorientierte Ansatz erscheint besonders geeignet, um Zeit in sozialer Interaktion genauer zu beleuchten.

---

„Wenn man Probleme der Zeit untersucht, kann man mancherlei über Menschen  
und so auch über sich selbst lernen.“  
(Elias 1984: VII)

---

Während weitere Vertreter des Relationismus, wie beispielweise Simmel, Goffman und Bourdieu, dem Thema Zeit zwar Kapitel oder Abschnitte widmen und dort in Bezug auf spezifische soziale Phänomene beleuchten (vgl. Simmel & Habermas 1986; vgl. Simmel 1994; vgl. Goffman 2018; vgl. Bourdieu 1979, 1993), bietet Elias ein umfassendes theoretisches Fundament von welcher ausgehend sich auch Auseinandersetzungen anderer Autor:innen und Forscher:innen mit den Facetten der Zeit in meine Exploration des Datenmaterials integrieren und als analytisches Werkzeug nutzbar machen ließen. Dieser Wissensvorrat wird in Kapitel 1 genauer beleuchtet und dient der Sensibilisierung für die Zeit in sozialer Interaktion und Zeit im Kontext von Krankheit und Gesundheit.

Im Zuge der Auseinandersetzung mit der Rolle der Zeit in der medizinischen Versorgung (s. Kapitel 2) wurde rasch deutlich, dass der Gesundheitsentstehung das Thema Zeitlichkeit per se innewohnt.

---

„Eine Krankheit wirft den Zeitplan über den Haufen. Was auch immer dringend erschien und fett angestrichen im Terminkalender stand – die Krankheit setzt neue Prioritäten und nimmt sich die Zeit, die sie braucht.“  
(Imobersteg & Mattmüller 2009: 6)

---

Gesundheit lässt sich aus salutogener Perspektive als ein Kontinuum mit Zwischenstufen innerhalb der Pole „gesund“ und „krank“ verstehen (vgl. Antonovsky 1997) und ist somit „kein stabiler Gleichgewichtszustand, sondern muß [sic!, JG] (...) kontinuierlich neu

aufgebaut werden“ (Bengel et al. 2001: 85). Diese Prozessperspektive rückt Verläufe (bspw. Lebens-, Krankheits-, Genesungs-, Behandlungsverläufe etc.) in den Fokus der Betrachtung. Vor allem chronische Krankheiten erfordern eine Langzeitperspektive im Rahmen derer Kooperation zwischen den involvierten Akteur:innen erforderlich wird. Dabei können zeitaufwändige Behandlungsschritte auf Ungeduld treffen, Versorgungsrhythmen von Eigenrhythmen abweichen, Blickrichtungen auf der Zeitachse variieren, die Frage nach dem „richtigen“ Zeitpunkt für Interventionen relevant werden und Tempi verschiedener Akteure voneinander abweichen. Insofern können Interaktionsprozesse zwischen Ärzt:innen und Patient:innen auch immer als Synchronisationsprozesse verstanden werden, die kontext- und subjektspezifisch Ausdruck finden.

Das prozessorientierte Verständnis von Gesundheit, also die Relevanz der Zeit für die Gesundheitsentstehung, findet als Chronobiologie im medizinisch-biologischen Bereich bereits Beachtung. „Krankheiten werden [in diesem Ansatz] als Störungen des chronobiologischen Systems erkannt“ (Spork 2005: 9), zeitliche Eigengesetzlichkeiten biologischer Prozesse der Patient:innen werden in die Behandlung einbezogen (vgl. Meier-Koll 1995). Im Anwendungsfeld der Psychiatrie finden sich psychologisch-therapeutische Ansätze, die eine gestörte Koordination zeitlicher Prozesse als Ursprung des Leids der Patient:innen verstehen (vgl. Boscolo & Bertrando 1994) und den Nutzen eines professionellen Einbezugs der Zeit in die Versorgung unterstreichen (vgl. Ciompi 2012). In Kapitel 2 wird das Potenzial des Einbezugs der Zeit in die Gesundheitsversorgung unter Berücksichtigung sowohl des Kontextes als auch der Subjekte beschrieben und die Relevanz für die Versorgung chronisch Erkrankter abgeleitet. Der Einfluss der Zeit auf Behandlungsprozesse wird deutlich anhand der Aspekte des Timings, des Tempos sowie der Berücksichtigung von Zeiträumen und Eigenrhythmen, die eine entscheidende Rolle in der Versorgung Kranker und in der Gesundheitsförderung spielen. Der Forschungsstand verdeutlicht, dass die Auseinandersetzung mit der Zeit im Kontext von Gesundheit und Krankheit auf verschiedenen Ebenen stattfindet: die Chronobiologie auf zellbiologischer Ebene, die medizinische Soziologie und medizinische Psychologie auf kognitiver sowie interaktionaler Ebene. In Bezug auf diese Ebenen finden sich Beiträge über individuelle Zeitwahrnehmung und ihre Veränderung im Krankheitsverlauf (vgl. Jost 2003; vgl. Fuchs 1995; vgl. Auersperg 2006; vgl. Imobersteg & Mattmüller 2009), die Bedeutsamkeit der Zeit in der Gesundheitsförderung und -versorgung (vgl. Meier-Koll 1995; vgl. Ciompi &

Dauwalder 1990; vgl. Ciompi 2012; vgl. Spork 2005) sowie der Einbezug der Zeit in die Versorgungspraxis (vgl. Matthiessen 2018a; vgl. Jost 2010; vgl. Boscolo & Bertrando 1994; vgl. Bahrs 2015; vgl. Fuchs 1995; vgl. Auersperg 2006; vgl. Bahrs 2003; vgl. Luplow et al. 2010). Zudem bündeln sich in Sammelbänden mehrere verschiedene Beiträge zu den vorgenannten Perspektiven (vgl. Matthiessen 2018a; vgl. Schumacher & Broeckmann 2006).

Die hier vorliegende Arbeit strebt einen Brückenschlag zwischen diesen verschiedenen Perspektiven auf interaktionaler Ebene an. Die meisten Beiträge aus der Literatur sensibilisieren für zeitliche Aspekte in Interaktionsprozessen indem sie die Bedeutung der Zeit herausstellen, spezifische Zeitaspekte beleuchten und praktische Ansätze für den Einbezug der Zeit formulieren. Allerdings finden sich keine Forschungsarbeiten, die in sozialer Interaktion im Kontext medizinischer Versorgung vor allem die Art und Weise der Koordination der Zeit im Sinne eines gemeinsamen Synchronisationsprozesses tatsächlich explorieren. Anliegen dieser Arbeit ist es, zeitliche Konstruktions- und damit auch Gestaltungsprozesse nachvollziehbar werden zu lassen.

Im Sinne der praktischen Umsetzbarkeit dieses Vorhabens war eine weitere thematische Eingrenzung des Forschungsfeldes notwendig und die Wahl fiel auf die Versorgung von Menschen mit der Diagnose Demenz.

---

„Ich muss dauernd gegen mein schwindendes Zeitgefühl ankämpfen und weiß nie,  
wieviel Uhr es gerade ist.“  
(Stoffers & Fooker 2016: 185)

---

Neben dem Aspekt, dass das Thema Demenz im Zuge des demographischen Wandels eine immer höhere Relevanz für die Gesellschaft gewinnt (vgl. Radvanszky 2010: 124; Bickel 2016: 1), erschien das Krankheitsbild für die vorliegende Forschungsarbeit insofern geeignet und interessant, als dass bei Demenz die Zeitlichkeit anhand der Symptomatik des Vergessens in den Vordergrund rückt. Zudem wird der Einbezug der Angehörigen in die Versorgung im Verlauf der Krankheit zunehmend relevanter, was die Komplexität der erforderlichen Synchronisationsprozesse zwischen Ärzt:innen und Patient:innen respektive deren Angehörigen erhöht. In Kapitel 3 finden die Leser:innen das Krankheitsbild Demenz unter dem Aspekt der Zeit genauer beleuchtet.

Die Auseinandersetzung mit der Versorgung von Menschen mit Demenz führte rasch zu der zentralen Rolle der Hausarzt:innen. Diese sind zumeist erste Ansprechpartner:innen und häufig Behandler:innen der gesamten Familie. Wie in Kapitel 4 ausgeleuchtet wird, ist das Gespräch zwischen Hausarzt:innen und Patient:innen die Grundlage für den weiteren Behandlungsverlauf und stellt einen wichtigen Bestandteil in der Langzeitversorgung und damit auch im Genesungsprozess dar.

Auf Basis der Auseinandersetzung mit den Phänomenen Zeit im Allgemeinen und im Kontext von Gesundheitsversorgung und -förderung, sowie im Zuge der Eingrenzung des Forschungsvorhabens auf die hausärztliche Versorgung von Menschen mit Demenz, ließen sich eine systematisierende Übersicht (s. Kapitel 5) über die erarbeitete Wissensgrundlage erstellen und die Forschungsperspektive (s. Kapitel 6) mit folgender leitender Forschungsfrage ableiten: Welche Erkenntnisse ermöglicht die Betrachtung von Prozessen zeitlicher Koordination in hausärztlichen Konsultationsgesprächen im Rahmen der Versorgung von Menschen mit Demenz?

Zu Beginn meiner Arbeit konnte ich noch auf keine persönlichen Erfahrungen mit Demenzkranken zurückgreifen und auch die theoretische Auseinandersetzung mit diesem Thema war neu für mich. Daher näherte ich mich diesem Forschungsfeld, indem ich 2014 ein Interview mit einer an Demenz erkrankten Dame zusammen mit ihren Angehörigen durchführte. In Kapitel 7 steht geschildert, wie mich diese Interviewerfahrung in der Entscheidung bestärkte, direkt hausärztliche Konsultationsgespräche zu erheben.

---

„Die Kunst, auch in Forschung und Wissenschaft nicht alles über einen Kamm zu scheren, sondern nach der je angemessenen und erfolgversprechenden Methode zu suchen, kann, so meine ich, gerade in der Einzelfallforschung besonders erübt und vermittelt werden.“  
(Matthiessen 2004: 14)

---

Die Gewinnung teilnahmebereiter Hausarzt:innen stellte sich als Herausforderung dar. Die erste Hürde war die Kontaktaufnahme. Aus der Anonymität heraus war es schwierig, das Interesse der Hausarzt:innen an einer Teilnahme zu wecken und ihre etwaigen Vorbehalte zu antizipieren und abzubauen. Die zweite Hürde lag im Betreff selbst: der Demenz als einem sensiblen und teilweise tabuisierten Thema. Die vorliegende Arbeit ermöglicht daher einen



nicht selbstverständlichen Einblick in hausärztliche videodokumentierte Konsultationsgespräche in der Versorgung von Menschen mit Demenz.

Die empirische Datenerhebung erstreckte sich über zwei Jahre – zwischen den Aufzeichnungen der einzelnen Konsultationsgespräche lagen teilweise größere Zeitabstände. Das Herzstück dieser Arbeit besteht aus der hermeneutisch fallrekonstruktiven Datenauswertung (vgl. Oevermann et al. 1979; vgl. Oevermann 2012) dreier Gespräche zwischen Hausärzt:innen und Patient:innen mit der Diagnose Demenz jeweils unter Begleitung einer angehörigen Person. Zeitgleich mit der Datenerhebung begann auch die Datenauswertung, welche erst mit dem Schreiben der letzten Seite der Ergebnisdarstellung abgeschlossen war. Parallel dazu beschäftigte ich mich stets weiter mit theoretischen Zusammenhängen und dem theoretischen Hintergrund sowie dem Forschungsstand zum Thema Zeit, sodass sich meine Perspektive auf das Forschungsthema und der Wissensvorrat, der mich dafür sensibilisierte, im Prozess weiterentwickelten und immer wieder sowohl zu neuen Datenauswertungsfokussierungen und Ideen der Ergebnisdarstellung (systematisierende Tabellen oder Grafiken und Abbildungen, die Zusammenhänge veranschaulichen) als auch zum Verwerfen solcher führten. Ich näherte mich dem Datenmaterial aus verschiedenen Blickwinkeln auf das Thema Zeit, beispielweise einmal mit der Frage nach der „Zeitachse“, die im Rahmen der Interaktion (re)produziert wurde, d.h. Deutungszusammenhänge, die auf Vergangenes, Gegenwärtiges und Zukünftiges hinweisen. Ein anderes Mal legte ich das Augenmerk auf Tempi innerhalb der Interaktionsprozesse. Weiterhin erhielten im Zuge meiner theoretischen Auseinandersetzung mit Zeitkonzepten und Zeitbegriffen auch eben diese in der Datenauswertung Aufmerksamkeit, indem ich auf sprachliche Verweise und Deutungszusammenhänge achtete, die mir Rückschlüsse auf das Zeitverständnis der Interagierenden ermöglichten. Ich durfte sozusagen im Zuge meines explorativen qualitativen Forschungsdesigns basierend auf der Denkrichtung der „Grounded Theory“ Methodologie (vgl. Glaser & Strauss 1998) im Sinne der Hermeneutik (vgl. Oevermann et al. 1979) mittels Fein- und Sequenzanalyse (vgl. Reichertz 2011) mit immer wieder neuen Feineinstellungen des „Objektivs der Zeit“ (Boscolo & Bertrando 1994: 9) in das Datenmaterial gehen. Letztlich bildet die Elias'sche Theorie über die Zeit eine Basis, von welcher ausgehend sich auch Auseinandersetzungen anderer Autoren mit den Facetten der Zeit in die Exploration des Datenmaterials integrieren und analytisch nutzbar machen

ließen. Die Schritte der Datenerhebung und die Methoden der Datenauswertung werden in Kapitel 8 beschrieben.

Die Frage der Ergebnisdarstellung war herausfordernd. Mein Anliegen war es, sowohl die Komplexität des Themas zu erhalten als auch die Nachvollziehbarkeit und Leserlichkeit zu gewährleisten. Daher habe ich mich für die chronologische Darstellung der Einzelfälle entschieden (s. Kapitel 9) und somit den Erhalt der zeitstrukturellen Eigenlogik der Gespräche bewerkstelligen können. Exemplarisch erfolgt anhand des ersten Falls eine ausführliche, detaillierte Darstellung jener fallrekonstruktiven Datenauswertung, die für alle drei Einzelfälle durchgeführt wurde. Die damit verbundene Intention ist, dass die Leser:innen an einem Beispiel den Betrachtungsprozess „mitemleben“ können, um dann weitergehend die Fallportraits des zweiten und dritten Falles trotz kürzerer Darstellungsart nachvollziehen zu können. Während die Einzelfalldarstellungen also die Original-Reihenfolge und -Zeitstruktur der Gespräche wiedergeben, folgt der abschließende Fallvergleich einer anderen Darstellungslogik. Seine Gliederung orientiert sich an der in Kapitel 5 dargestellten systematisierenden Übersicht über die Betrachtungsebenen der Zeit, mit dem Ziel, die Ergebnisse durch Rückbezug auf die theoretische Fundierung auf einen höheren Abstraktionsgrad zu bringen.

Die vorliegende Forschungsarbeit steht in der Tradition der Abteilung für Medizinische Soziologie der Georg-August-Universität Göttingen, gegründet durch Prof. Hannes Friedrich, mit dem Schwerpunkt auf qualitative Forschung zu Patient:innen mit chronischer Krankheit und ihren Familien, mit dem Ziel der Verbesserung von Abstimmungsprozessen und der Förderung psychosozialer Unterstützungsmöglichkeiten (vgl. Friedrich et al. 1982; vgl. Friedrich & Poser 1983; vgl. Friedrich 1988, 1997; vgl. Ziegeler & Friedrich 2002). Das heißt, die vorliegende Forschungsarbeit erfolgte in praktischer Absicht: Ihr ging die Intention voraus, dass die Ergebnisse bestenfalls von Praktiker:innen zur Kenntnis genommen werden und für die Praxis nutzbar gemacht werden können. Daher entschied ich mich, die Ergebnisse insgesamt so anschaulich wie möglich zu beschreiben und mit lebendigen Textstellen auszugestalten, sodass sie bei den Leser:innen Bilder oder auch Assoziationen mit vergleichbaren, selbst erlebten Situationen anregen und den Transfer der Erkenntnisse in die Praxis erleichtern. Zudem soll damit der Forderung nach Transparenz und Nachvollziehbarkeit qualitativer Ergebnisse Folge geleistet werden, denn eine

beobachtungsnahe Darstellung ermöglicht eine transparente und nachverfolgbare Erkenntnisgenese. Eine der größten Herausforderung dieser Forschungsarbeit lag in der Entscheidung über ihr Ende. Als sehr bereichernd in diesem Prozess erwies sich ein, zum Zeitpunkt dieser Frage neu erschienener, Artikel über die „Methodologien und methodischen Ansätze zur qualitativen Erforschung von Zeit“ (Schilling & König 2020). Dieser nahm maßgeblichen Einfluss auf die Gliederung der Diskussion meines methodischen Zugangs (s. Kapitel 10) zum Forschungsthema und gab Anstoß zur fokussierten Wiederentdeckung und Diskussion meiner Ergebnisse (s. Kapitel 11), denn im Laufe des Forschungsprozesses hatte ich die Ergebnisse mit der Zeit so sehr verinnerlicht, dass sie auf mich nicht mehr wie Ergebnisse, sondern wie Selbstverständlichkeiten wirkten. Je tiefer ich in das Thema eintauchte, desto mehr fiel mir auf, was sich noch alles hätte betrachten lassen, was interessant oder unentdeckt schien. Diese Gedankengänge und Ideen finden sich nun im Ausblick (Kapitel 12) wieder, als Anknüpfungspunkte für Forschung und Praxis. Die wichtigsten Entdeckungen dieser Forschungsreise können die Leser:innen in Kapitel 13 als Fazit zusammengefasst nachlesen.

Würde man mich fragen, welche neuen Augen ich im Zuge dieses Forschungsprozesses bekommen habe, würde ich antworten: Sie vermögen es nun, soziale Interaktion auch als eine Zeitreise zu erkennen.

# I Theoretischer Hintergrund und Forschungszusammenhang

## 1 Zeit in sozialer Interaktion

---

„Vielleicht ist das Lüften der Maske [der Zeit] der diagnostische Blick auf das Agieren mit ihr, und die Wirkung, die von ihr ausgeht, die wirkungsvollste Aufforderung für eine (sozial)wissenschaftliche Befassung mit Zeit.“  
(Nowotny 1993: 8)

---

Bei der (sozial)wissenschaftlichen Befassung mit der Zeit verhält es sich wie bei einem Versuch, eine Lupe von innen heraus als solche erkennen zu wollen. Dieses Vorgehen setzt allerdings auch die Annahme über die Existenz dieser Lupe voraus. Diese „Paradoxie der Zeit in der Zeit“, auf die bereits Aristoteles stieß, „[bindet] das *Sein* in der Zeit an eine zählende, beobachtende Operation“ (Gripp-Hagelstange 2000: 26), so die systemtheoretische Perspektive auf die „Zeit als differenzloser Begriff in Luhmanns Theorie sozialer Systeme“ (Gripp-Hagelstange 2000: 23ff.).

Die Metapher der Zeit als Lupe verbildlicht zwei wesentliche Aspekte. Zum einen wird die Schwierigkeit der Begriffsdefinition Zeit deutlich, da das erkennende Subjekt selbst ein zeitliches Wesen ist und sein Erkenntnisstreben wiederum die Existenz der Zeit nicht hinterfragt. Zum anderen soll das Sinnbild der Lupe auf die Qualität der Zeit als Erkenntnisinstrument hinweisen – eine Qualität die im Rahmen dieser Arbeit der Erforschung sozialer Interaktion dienlich sein soll. Gemeint ist damit die Erkundung der Zeitlichkeit als ein Bestandteil sozialer Interaktion.

Naheliegend sind zunächst zwei gegensätzliche zeittheoretische Ansätze einer Annäherung an die Beschaffenheit dieser „Lupe“ Zeit. Dieselben begreifen Zeit entweder als „(...) Parameter der gesamten beobachteten objektiven Weltordnung (...)“ (Hübner 2009: 271) wenn man sie, wie die Vertreter der objektiven Erkenntnistheorie, Aristoteles oder Kant, „(...) als übergreifendes Strukturmoment des Naturgeschehens in den Blick genommen, als Grundlage von Veränderung und Bewegung in der Welt (...)“ (Hübner 2009: 271) betrachtet. Oder man versucht Zeit, wie dies die Vertreter der subjektiven Zeittheorien – z.B. Husserl und Heidegger – tun (vgl. Hübner 2009: 272), „(...) als originären Parameter des menschlichen Erlebens zu verstehen und zu erschließen (...)“ (Hübner 2009: 272).

Die Gegenüberstellung dieser zwei erkenntnistheoretischen Ansätze erzeugt ein entzweigendes Moment des Zeitverständnisses in eine entweder vom Menschen unabhängig vorfindbare Zeitstruktur oder ein subjektives Erleben. Ein verbindendes Glied bietet hier der Relationismus. Dieser rückt die interpendente Wechselseitigkeit beider Aspekte in den Fokus. Die Lehre des Relationismus besagt „Gesellschaft ist real, weil die *durch* Handeln ständig wieder realisiert wird“ (Saalman 2012: 314). Vertreter dieses Ansatzes sind bspw. Pierre Bourdieu, Georg Simmel, Erving Goffman und Norbert Elias (vgl. Saalman 2012: 314). In den Werken Simmels, Goffmans und Bourdieus findet das Thema Zeit in Teilabschnitten oder Kapiteln Berücksichtigung. In Georg Simmels Werken „Lebensanschauung“ (1984) und „Philosophische Kultur“ (1986) finden sich zeittheoretische Reflexionen über die interpendente Wechselwirkung zwischen Gegenwart, Vergangenheit und Zukunft und die Konsequenz dieser Wechselwirkung auf das seelische Leben einer Person in dem sich Erinnerungen und Erwartungen in der Gegenwart verflechten (vgl. Simmel & Habermas 1986: 186; vgl. Simmel 1994: 9 f.; vgl. Danner 2014: 566 f.). Goffman wiederum thematisiert die Zeit im Zusammenhang mit dem Identitätsbegriff. Er beschreibt vertikale und horizontale Zeitdimensionen, innerhalb derer Individuen ihre Identität begründen: Erste umfasst den individuellen chronologischen Lebenslauf, letztere meint das gleichzeitige Bestehen von simultan nebeneinander aktualisierbaren Rollen (vgl. Goffman 2018: 75; vgl. Krappmann 2016: 79; vgl. Hebach 2006: 57). Bourdieu widmet sich der Zeitlichkeit in dem Kapitel „Ökonomische Praxis und Zeitdispositionen“ in seinem Werk „Theorie der Praxis“ (1979) (vgl. Bourdieu 1979) und er beschäftigt sich mit der „Wirkung der Zeit“ in seinem Buch „Sozialer Sinn“ (1993) (vgl. Bourdieu 1993). Bourdieu geht der „phänomenologische[n] Frage nach den Zeitstrukturen: auf der Basis von ethnologischen Feldstudien (...) [nach]“ (Jurt 2008: 23) und unterscheidet verschiedene Zeitlogiken, die durch die sozioökonomische Situation, die Akteure oder die externen Beobachter:innen bestimmt sind (vgl. Jurt 2008: 26).

Der Einbezug der Zeit in diese jeweiligen verschiedenen Betrachtungen sozialer Phänomene zeigt die latente Wirksamkeit der Zeit in der Herstellung sozialer Realität. In der Auseinandersetzung mit der Zeit geht Elias deutlich weiter. Er beschreibt eine umfassende Theorie über die Zeit (vgl. Elias 1984). In einer umfassenden philosophischen Reise durch moderne Zeitdiskurse pointiert Kühn Elias' Ansatz als eine Überwindung der „Subjekt-Objekt-Dichotomie“ (Kühn 2005: 164), indem Elias sowohl die Zeit als Naturgegebenheit als

auch die gefühlte Zeit „als zwei Facetten derselben ‚sozialen Zeit‘“ (Kühn 2005: 164) begreift. Sie entsteht in wechselseitiger Bezogenheit aufeinander und ist relational (vgl. Elias 1984). Da Elias die Zeit aus dem substantivischen Verständnis herauslöst und sie als einen Prozess beschreibt, gelingt es ihm, die Zeit als Beziehungsform zu verdeutlichen (vgl. Elias 1984: 9, 11 f., 14, 42). Elias Prozessperspektive und seine vielfältigen Überlegungen zum Zeitbegriff bieten eine geeignete theoretische Basis für die hier vorliegende Forschungsarbeit, in der die Zeit als zentraler Forschungsgegenstand im Kontext sozialer Interaktion von Interesse ist.

## 1.1 Zeit als Symbol

---

Die Zeit ist eine Uhr ohne Ziffern.  
(Ernst Bloch 1885 – 1977)

---

### 1.1.1 Die Erlernbarkeit der Zeit

Das uns heute so vertraute Zeitgefühl ist laut Elias keine absichtliche Herbeiführung der Gesellschaft, sondern eine Struktur und ein Zwang, in den wir bereits als Kind hinein geboren werden, sodass es uns als Teil unserer Persönlichkeit selbstverständlich und als eine Gabe der Natur erscheint. Nach dem Lernen der Uhr scheinen die Mitglieder dieser Gesellschaft zu vergessen, dass die Zeit etwas Angelerntes ist (vgl. Elias 1984: 116,120,146). „Zeit, Zeitwahrnehmung und Zeitmodelle ‚gehören‘ scheinbar so selbstverständlich zu uns, dass sie uns wie angeboren und nicht wie das Ergebnis aufwendigster Gewöhnungsmaßnahmen erscheinen.“ (Klein 2010: 114) Bereits bei Säuglingen entsteht durch eine zeitlich eng ausgestaltete Abfolge von Aktion und Reaktion die Ursituation psychosozialer Zeiterfahrung – es handelt sich dabei um eine gemeinsame Gegenwart (vgl. Jost 2009: 20 ff), „(...) in der die Welt Bedeutung erhält“ (Jost 2009: 20).

„Gemeinsame gestaltete Gegenwart ist für das Baby im Wesentlichen eine körperlich-emotionale Erfahrung mit typischer Zeitstruktur, und aus diesen Erfahrungen des Gehalten-, Gespiegelt- und Beantwortetwerdens kristallisieren sich erst langsam sprachliche Botschaften heraus.“ (Jost 2009: 24)

Diese individuelle Entwicklung der Zeitwahrnehmung bei Säuglingen verdeutlicht den identitätsstiftenden Charakter der Zeitstruktur. Gewohnheiten und Rituale prägen unsere Zeitstruktur (vgl. Jost 2009: 16) von Kindesbeinen an und Zeitmodelle werden so meist implizit weitergegeben (vgl. Klein 2010: 113). Wenn Eigenrhythmen (bspw. Hunger) und Riten (bspw. Mahlzeiten) aufeinandertreffen, geschieht Sozialisation (vgl. Klein 2010: 110 f.). Alltäglich wird die gesellschaftliche und die individuelle Zeit immer wieder neu auf "eine dialogische Art und Weise" (Jost 2009: 12) mitgestaltet. Daher sind auch unsere Zeitperspektiven

„(...) charakteristischer Bestandteil einer jeweiligen Identität, sie gehören zum biografischen Inventar einer jeden Person und variieren nach Lebensalter, Mentalität und sozialer Lage. Insofern repräsentiert jedes Individuum eine eigene Zeitperspektive in der Welt.“ (Neckel 1988: 467)

Diese Erlernbarkeit der Zeit und ihre identitätsstiftende Wirkung bedeuten auch, dass die Zeit und die Wahrnehmung derselben in Abhängigkeit von Menschen verschiedener Kulturen variieren kann.

### *1.1.2 Kulturgebundenheit der Zeit*

Zeitwahrnehmung als eine erlernte Fähigkeit ist je nach Gesellschaftsform und Lernprozess verschieden ausgeprägt (vgl. Elias 1984). Daher entstehen auch heute noch Missverständnisse und Schwierigkeiten in Verständigungsprozessen zwischen Mitgliedern verschiedener Gesellschaften und Personen mit unterschiedlichem Habitus (vgl. Elias 1984: 117). Bourdieu beschreibt den Habitus „als System dauerhafter und versetzbarer Dispositionen (...), der alle vergangenen Erfahrungen integriert [und] wie eine Handlungs-, Wahrnehmung- und Deutungsmatrix funktioniert“ (Bourdieu 1979: 169). Das bedeutet auch, dass die „(...) Elemente des kulturellen Systems (...) dem Einzelnen (...) in der Regel nicht bewusst [sind] und (...) zu den unhinterfragten Selbstverständlichkeiten und vermeintlich universellen *Normalitäten* [Herv. i. O.] des Alltags [gehören]“ (Muri 2004: 247). So gehört auch das Zeitverständnis im Zuge der Herstellung sozialer Realität zu solchen unhinterfragten Selbstverständlichkeiten.



Die kulturelle Prägung beeinflusst auch, in welchem Umfang das Denken und Handeln von Zeitlichkeit durchzogen ist und wie stark Zeitbegriffe betont werden. Payer spricht in diesem Zusammenhang auch von zeitbewussten und zeitvergessenen Kulturen: Während der erste Stereotyp den Wertmaßstab der Zeit als knappes Gut umfasst, bedeutet letzterer, dass dieser Wertmaßstab weniger Berücksichtigung findet (vgl. Payer 2006: 23 f.). Je nach Gesellschaft kann der Fokus entweder stärker einem linearen oder zyklischen Zeitverständnis liegen, wobei sich beide nicht gegenseitig ausschließen. Unumkehrbares, wie das fortschreitende Lebensalter, geht Hand in Hand mit immer wiederkehrenden Ereignissen wie z.B. den Jahreszeiten (vgl. Payer 2006: 23).

Die Kulturgebundenheit der Zeit wird zudem anhand inhaltlicher Grenzen von Ereigniszeiten deutlich, die je nach Gesellschaft unterschiedlich festgelegt werden (vgl. Klein 2010: 143). Dies zeigt z.B. die Frage danach, was unter dem Pausenbegriff verstanden wird: Eine Pause bedarf einer gesellschaftlich festgelegten Mindestdauer, deren Unterschreitung sonst als Unterbrechung der Tätigkeit gewertet würde, veranschaulicht Klein. Wenn wiederum die vollzogene Handlung oder Tätigkeit, bspw. die Arbeit, nicht am gleichen Tag erneut aufgenommen wird, dann kann die Pause allerdings auch als vorgezogenes Ende, oder bspw. als Feierabend, verstanden werden (vgl. Klein 2010: 143). Darüber hinaus kann der Pausenbegriff je nach Zeitverständnis unterschiedliche Bedeutung erlangen: In einem linearen Denken markiert die Pause eine nicht produktive Zeit aus einem Leistungsprozess aus, während die Pause in einem zirkulären Denken zum Teil des Gesamtprozesses wird und eine Unterscheidung in produktive und unproduktive Zeit nicht mehr notwendig ist (vgl. Popp 2013: 7).

Ein weiterer Aspekt, der die Kulturgebundenheit der Zeit aufzeigt, ist die Beobachtbarkeit unterschiedlicher Tempi in der Fortbewegung der Bürger:innen abhängig vom Wohlstand ihres Staates (vgl. Levine 2016: 38). Dieser Zusammenhang verdeutlicht die Abhängigkeit der Zeit- von der Raumwahrnehmung und damit auch von der Bewegung im Raum. Die Verwobenheit von Zeit und Raum und die Kulturspezifika zeitlicher Regeln zeigte sich auch in einer Untersuchung sozialer Gruppen in öffentlichen Begegnungsräumen, im Rahmen dessen sich interkulturell unterschiedliche Dauern von Körperhaltungen und Gesten der Menschen beobachten ließen (vgl. Muri 2004: 247 f.). Auch die Abhängigkeit der

Gehgeschwindigkeit von der Größe der eigenen Lebenswelt wurde bspw. in der Feldstudie über die Arbeitslosen von Marienthal beobachtet (vgl. Jahoda et al. 2018).

### 1.1.3 Sprachgebundenheit der Zeit

Menschen verfügen über ein allgemeines Potenzial zur Verknüpfung von Ereignissen – Elias begreift diesen Verknüpfungsprozess als Synthese. Dieser geschieht gedanklich und auch sprachliche und ist an Begriffe gebunden, welche wiederum durch Lernen und Erfahrungen geprägt sind (vgl. Elias 1984: 3) „und zwar nicht einfach jedes einzelnen Menschen, sondern einer sehr langen Kette menschlicher Generationen, die erlerntes Wissen von Glied zu Glied weitergeben: ein einzelnes Leben ist viel zu kurz für den Lernprozeß [sic!, JG], der notwendig ist“ (Elias 1984: 3). Der heutige Begriff *Zeit* bspw. repräsentiert, laut Elias, den Wissensschatz zahlreicher Generationen und damit ein hohes Syntheseniveau. Um den Umfang dieses Lernprozesses anzudeuten, eröffnet Elias den Vergleich mit einer imaginären Gesellschaft, die nicht über dieses Wissenskontinuum verfügt. Er schlussfolgert, dass jene Menschen nicht ansatzweise in der Lage wären, in gleicher Weise Zeit zu bestimmen wie es uns heute vertraut ist (vgl. Elias 1984: 39f.). Elias blickt auf die Entwicklungsgeschichte der menschlichen Zeitbestimmung anhand derer er sowohl den Lernprozess als auch die sprachliche Gebundenheit der Syntheseprozesse sichtbar macht. Er erklärt, dass Menschen

„auf einer früheren Stufe in (...) »konkreteren« Begriffen als wir [dachten]. (...) Es gab Stufen, auf denen Menschen den Begriff »Schlaf« gebrauchten, wo wir von »Nacht« reden würden, den Begriff »Mond«, wo wir von »Monat«, den Begriff »Ernte« oder »Jahresertrag«, wo wir von »Jahr« reden würden.“ (Elias 1984: 5)

Dies sind alles Begriffe, die eng mit zyklischen Ereignissen verknüpft sind, sodass man das Zeitbestimmen als eine Art Reaktion auf Signale (Orientierungsereignisse) beschreiben kann (vgl. Elias 1984: 18f.), zunächst orientiert an Naturereignissen, später zunehmend an „menschengeschaffene(n) mechanische(n) Sequenzen kontinuierlicher Veränderungen (...)“ (Elias 1984: 41). Als Beispiele für Orientierungsereignisse führt Elias an, dass frühere Gesellschaften die fortlaufenden Jahre anhand der Regierungszeiten damaliger Herrscher:innen zählten. Heute orientiert man sich nun weitestgehend an der Äraskala, anhand derer man die Jahresabfolge entweder vor oder nach Christi Geburt positioniert (vgl.

Elias 1984: 24). Ein einheitliches Datum für den allgemeinen Jahresbeginn, festgelegt durch den französischen König Karl IX, existiert erst seit 1563. Dies verdeutlicht, dass selbst das Jahr – so wie wir es heute kennen – eine soziale Konstruktion ist, die sich zwar auf einen natürlichen Zyklus bezieht, jedoch davon verschieden ist (vgl. Elias 1984: 22).

Mittlerweile wird die Dauer von Ereignissen wie bspw. dem Sonnenaufgang und dem Sonnenuntergang, den Jahreszeiten, den Lebenszyklen und dem Schlaf-Wach-Rhythmus durch Taktgeber beeinflusst. Die Uhr bspw. orientiert sich nicht an den Eigenrhythmen (lebendige, wechselnde und wiederkehrende Ereignisse), sondern kehrt den Zusammenhang um, sodass dem Ereignis vorgeschrieben wird, wie lange es zu dauern habe. Beispielsweise soll ein Schwein innerhalb eines konkreten Zeitraumes zur Schlachtung bereit sein (vgl. Klein 2010: 140 ff.), Geburtsvorgänge werden nach Kalender und Uhr geplant (vgl. Adam 2005: 75), Hell-Dunkel-Rhythmen werden durch die Elektrizität umgekehrt oder gar aufgelöst (vgl. Adam 2005: 73).

Dieses Wissen um diese Sprachgebundenheit der Zeit ist für die Deutung sprachlicher Zeitverweise in Kommunikationsprozessen bedeutsam, denn die Beschaffenheit sprachlicher Zeitverweise transportiert auch immer Informationen über das Zeitverständnis und das Zeiterleben einer Person, sowie ihren Umgang mit dieser, Aspekte im Folgenden genauer erläutert werden.

#### *1.1.4 Zeitkonzepte*

Die Objektivierung der Zeit ist ein Versuch der Menschen, ihrer Furcht vor der eigenen Vergänglichkeit etwas Ewiges, eine überdauernde Ordnung gegenüber zu stellen (vgl. Elias 1984: 109).

„Daher scheint die Zeitskala selbst häufig die zwingende Kraft eines irreversiblen Prozesses zu haben; man spricht vielleicht von den Jahren, die »vergehen«, oder sagt, daß [sic!, JG] »die Zeit vergeht«, während man in Wirklichkeit den fortschreitenden Prozeß [sic!, JG] des eigenen Älterwerdens meint.“ (Elias 1984: 38) „Zunehmend gewöhnten sich Menschen in ihren wissenschaftlichen Untersuchungen daran zu sagen, daß [sic!, JG] sie die »Zeit maßen«, ohne daß [sic!, JG] ihnen je in den Sinn kam, die beobachtbaren Daten zu untersuchen, auf die sich dieser Begriff bezog – obwohl »Zeit« als solche ja weder sichtbar noch greifbar, also auch weder beobachtbar noch meßbar [sic!, JG] ist.“ (Elias 1984: 83)

Seine Argumentation unterstreicht Elias mit Einsteins Erkenntnis, „(...) daß [sic!, JG] die Zeit eine Beziehungsform ist und nicht, wie Newton glaubte, ein objektiver Fluß [sic!, JG]“ (Elias 1984: 9). Wobei Elias ergänzend anmerkt, dass Einstein als Physiker auch nur in einem begrenzten Horizont dachte, da Einsteins Beschreibungen einer sich ausdehnenden oder schrumpfenden Zeit genau jene auch verdinglichen würden (vgl. Elias 1984: 9). „Viele vertraute Redewendungen vermitteln (...) die Vorstellung, daß [sic!, JG] die Zeit ein physikalisches Objekt sei.“ (Elias 1984: 11)

Die heutige westliche Kultur neigt zu drei verdinglichenden Versprachlichungen der Zeit: 1) als eine wirksame Kraft (die alle Wunden heilt), 2) als selbständig ablaufender Prozess (der zu rasen oder stocken vermag) und 3) als besitzbares Gut (das man sparen kann) (vgl. Klein 2010: 15). Im Sinne des letzteren

„(...) prägte vor 250 Jahren Benjamin Franklin, einer der Gründungsväter der USA, den allseits bekannten Satz ‚Time is money‘. Diese Zeitauffassung wurde die Doktrin des industriellen Zeitalters, vor allem als mit der Französischen Revolution die bürgerliche ‚produzierende‘ Klasse eine führende Rolle übernahm. Sie führte letztendlich zur Diktatur der Uhr, zur Stechuhr in der Fabrik, zur Armbanduhr und zu Abhängigkeit von der Zeit schlechthin. In Deutschland verband sich diese Zeitdoktrin mit den sog. ‚preußischen Tugenden‘ wie Pünktlichkeit, Fleiß, Disziplin und Ordnungssinn“ (Popp 2013: 7).

Zeitbegriffe stellen als Konzepte bzw. Beschreibungsmodelle einen Versuch dar, Veränderungen in Beziehung zueinander zu setzen und sind somit ein menschliches Konstrukt (vgl. Klein 2010: 17f.). Gleichwohl ist der Mensch nicht von der Zeit abgetrennt oder dieser gegenüberstehend (vgl. Klein 2010: 16). Daher ist kein Zeitkonzept, gleich welcher Kultur es entspringt, in der Lage, Zeit allumfassend zu beschreiben (vgl. Klein 2010: 17 f.).

Elias' Ansatz ist es, die physikalische und die soziale Zeit nicht unabhängig voneinander zu begreifen und auch nicht getrennt voneinander zu untersuchen, da dies sonst nachhaltige Erkenntnisblockaden hervorbringen würde (vgl. Elias 1984: 57ff.). Er geht noch einen Schritt weiter, indem er die physikalische Zeit als eine spätere Abzweigung der sozialen Zeit versteht (vgl. Elias 1984: 80). Denn ohne die Herausbildung sozialer Zeitskalen zur Bestimmung der nicht-wiederkehrenden kontinuierlichen Abfolge von Jahren hätten Physiker:innen auch nicht den Begriff des irreversiblen Zeitflusses herausbilden können (vgl. Elias 1984: 25). Der Begriff des irreversiblen Zeitflusses prägt das Zeitverständnis

grundlegend, bspw. lässt sich der Tod leichter in ein zyklisches Zeitverständnis integrieren als in ein lineares, andererseits ermöglicht die Endlichkeit, begriffen als Chance zur Sterblichkeit, auch die Wahrnehmung der Tiefe und Intensität des Lebens (vgl. Klein 2010: 17 ff.). Mit zeitlicher Tiefendimension kann dann wiederum Endlosigkeit im Moment herrschen – Klein zitiert dazu Montaigne: „Mancher, der kurze Zeit gelebt hat, hat lange gelebt.“ (Klein 2010: 126) Deutlich wird, dass die Auseinandersetzung mit und auch die Angst vor der Endgültigkeit die grundlegende Faszination der Menschen am Zeitbegriff begründet (vgl. Ciompi 2012: 11).

Je nach Zeitverständnis bzw. Zeitkonzept können sich unterschiedliche Handlungs- und Erkenntnishorizonte ausdifferenzieren, d.h. kulturell wie auch individuell unterschiedliche Zeitsozialisationsprozesse führen Menschen zu unterschiedlichen Erkenntnissen und Handlungspraktiken.

## 1.2 Zeit als Ordnung

---

Das Leben wird vorwärts gelebt und rückwärts verstanden.  
(Søren Kierkegaard 1813 – 1855)

---

### 1.2.1 *Psychische und physische Erfahrbarkeit*

Das Bedürfnis, die verlorene Ewigkeit wieder zurückgewinnen zu wollen, führt in der heutigen westlichen Gesellschaft, einer Gesellschaft der Multioptionalitäten (vgl. Bozarro & Schweda 2015: 361) zu dem Drang, Zeitgrenzen ausdehnen zu wollen (vgl. Klein 2010: 123). Versäumnisängste und ein Gefühl von Zeitknappheit bestimmen die Lebensgestaltung, was sich in dem steten Versuch der Mehrfachanwesenheiten äußert (dieser Aspekt vergegenwärtigt sich in der populären Metapher, dass jemand auf mehreren Hochzeiten gleichzeitig tanzen wolle) und von dem Gefühl begleitet wird, ständig zur falschen Zeit am falschen Ort zu sein (vgl. Klein 2010: 30 ff.). Es herrscht die Idee vor, dass schneller, also eine Tätigkeit in ihrem Ablauf beschleunigt (Beschleunigung), besser sei, was zur Folge hat, dass

eine hohe Erlebnisdichte in kurzer Zeitdauer (Fokus auf Quantität) angestrebt wird und ein Wettlauf mit der durch Medien maximierten Informationsgeschwindigkeit besteht (vgl. Klein 2010: 49 ff., 67 ff.). Dem entgegen steht aber auch das Streben nach Stillstand, mit dem Ziel den Alterungsprozess zu verlangsamen und dadurch die Ewigkeit zurückzugewinnen (vgl. Klein 2010: 21 ff.). Allerdings unterscheidet sich, so Levine, die Wahrnehmung von Langsamkeit vom Maß der Kontrolle, das ein Subjekt verspürt. Während im Buddhismus in der Auflösung der Zeit das Nirvana erreicht wird, erscheint die Langeweile außerhalb der Kontrolle des Subjektes zu liegen und somit wiederum dessen Zeitgefühl zu kontrollieren (vgl. Levine 2016: 70). Menschen der westlichen Kultur erfahren ein Beschleunigen und ein Abbremsen zugleich am eigenen Leibe (vgl. Klein 2010: 98 ff.): Sie versuchen einerseits „ihre Handlungsgeschwindigkeit selbst zu erhöhen (etwa im Fast Food, Speed-Dating oder Power-Nap)“ (Rosa 2020: 61), andererseits soll dabei bestmöglich der Alterungsprozess zum Stillstand gelangen (durch Anti-Aging-Produkte, Schönheitsoperationen usw.) (vgl. Klein 2010: 98 ff.).

Menschen haben die besondere Fähigkeit zum gleichzeitigen Denken von voneinander zeitlich verschiedener Geschehensabläufe bzw. Sequenzen, was sich durch die Verwendung der Begriffe „früher“ und „später“ vergegenwärtigt. Die Begriffe „Zukunft“, „Gegenwart“ und „Vergangenheit“ jedoch zählen zu einem anderen Begriffstypus und sollten, so Elias, nicht mit ersteren verwechselt werden (vgl. Elias 1984: 45 f.).

„Während Begriffe des ersteren Typs die Zeitstruktur des Geschehensablaufes als solchen repräsentieren, schließen die des letzteren Typs die synthesebildenden Menschen, die den Geschehensablauf und seine Zeitstruktur vor sich sehen, in ihrer Bedeutung ein.“ (Elias 1984: 46)

Elias unterscheidet so zwischen strukturbezogenen und erfahrungsbezogenen Begriffen (vgl. Hirschberg 1999: 110). Diese ermöglichen wiederum eine Differenzierung in Beschreibungen, die eine Person im Hinblick auf chronologisch bedingte Entfernung eines Ereignisses auf der Zeitachse vornimmt (strukturbezogene Begriffe) und in Beschreibungen die auch eine emotionale Distanz der Person zu diesem Ereignis umfassen können (erfahrungsbezogene Begriffe). Diese beiden Ebene müssen nicht immer übereinstimmen. Ein zeitlich entferntes früheres Ereignis, muss nicht zwangsläufig der Vergangenheit angehören, wenn es der Person emotional gegenwärtig erscheint. Wittgenstein pointiert dies mit den Worten: „Die Zeit ist ja nicht ein Zeitraum, sondern eine Ordnung“

(Wittgenstein 2000: [517]) und diese Ordnung wird von dem synthesebildenden Menschen stets individuell hergestellt. Das zeigt sich auch darin, dass Menschen „an jedem Tag [die] (...) Definition von Gegenwart mehrfach wechseln“ (Klein 2010: 39). Einen in der Gegenwart lebenden Menschen kann man so beschreiben, dass der-/diejenige auf „organischer“, „geistiger/mentaler“ und „psychischer/emotionaler Ebene“ im gegenwärtigen Moment präsent ist (vgl. Klein 2010: 44). Im Sinne dieser Feststellung kann ausgedeutet werden, dass eine Person zwar körperlich in der Gegenwart anwesend sein, sich geistig aber schon mit Zukünftigem beschäftigen und emotional von Vergangenen beeinflusst werden kann (vgl. Klein 2010: 44). Zukunft und Vergangenheit sind Projektionen aus der Gegenwart heraus (vgl. Klein 2010: 42 f.), sie entstehen aus der Gegenwart und sind somit auch „in jeder gegenwärtigen Handlung schon impliziert (...)“ (Neckel 1988: 469). Wobei selbst die Gegenwart strenggenommen wiederum eine Erfahrung der unmittelbar zurückliegenden Momente ist, da das Nervensystem Zeit zur Verarbeitung des Erlebten benötigt und wir nur passgenau reagieren können, indem wir auf Erfahrungen zurückgreifen (vgl. Jost 2009: 29). Die kürzeste Dauer für Wahrnehmung einer Gegenwart soll laut psychologischer Experimente etwa 0,11 Sekunden betragen (vgl. Beck 1994: 87).

Es wird deutlich, dass das Erleben der Gegenwart vielschichtig und relativ ist. Für die Betrachtung sozialer Interaktionsprozesse ist daher zu vermuten, dass die Aushandlung einer gemeinsamen Gegenwart nicht selbstverständlich ist.

### *1.2.2 Handlungs- und Erkenntniswirksamkeit*

„Sinnhaftes (...) [soziales] Handeln beruht (...) auf der Verschränkung der Zeitperspektiven in der Gegenwart.“ (Neckel 1988: 469) Zeitperspektiven sind daher eng mit sozialem Handeln verknüpft (vgl. Neckel 1988: 467). Neckel beschreibt dies anhand der Verkürzung der Zeitperspektiven aufgrund des pessimistischen aktuellen Zukunftskonzeptes westlicher Gesellschaften. Krisen wie die Verschmutzung der Weltmeere, die Ausdehnung des Ozonloches und die Erschöpfung der Energien bewirken, dass das Gegenwärtige nicht mehr fraglos im Zukünftigen antizipiert werden kann und die Endzeit wird so zum neuen Bezugspunkt, an dem sich kollektive Lebensstile orientieren (vgl. Neckel 1988: 464ff.).

Schütz und Luckmann beschreiben drei Reichweiten menschlichen Handelns, auf Basis derer sich verschiedene Zeitperspektiven ausdifferenzieren: 1) die Reichweite einer wiederherstellbaren Vergangenheit, 2) die Reichweite der Gegenwart, 3) die zukunftsorientierte Reichweite, die einen Handlungsfortgang umfasst (vgl. Schütz & Luckmann 2017: 71 ff.). Die Konzentration auf Vergangenheit bringt Handlungen hervor, die auf Wiederherstellung abzielen, das Leben in der Gegenwart lässt sich anhand von „Überlebenshandlungen“ (Payer 2006: 26) charakterisieren, der Blick in die Zukunft ist mit Erwartungshaltungen verknüpft (vgl. Payer 2006: 26 ff.). Durch Zukunft, verstanden als soziales Handlungskonzept, entwerfen Individuen ihr Handeln, das mit einer potenziellen Reichweite ausgestattet ist, in eine Welt hinein, auf welche sie ihre Handlungs- und Erkenntnismotive richten, wodurch die Zukunft der gegenwärtigen intersubjektiven Praxis selbst unterliegt (vgl. Neckel 1988: 470). Neckel führt aus, dass sich das Zukunftskonzept im Zuge des gesellschaftlichen Wandels von traditionellen Bindungen und mythischen Deutungsmustern befreit hat und nun gegenüber jederzeit verfügbaren Handlungszielen steht, was sich einerseits grenzenlos andererseits prekär darstellt, da das Konzept Zukunft nun abstraktere Bedeutungsinhalte erhält und so auch als gefährdet und bedroht erlebt wird (vgl. Neckel 1988: 478). Zudem, bei extremer Zukunftsorientierung, wird die Gegenwart ständig als eine zu überwindende Situation geringgeschätzt (vgl. Klein 2010: 45). Neben dem Leben, also dem aktiven Ausgestalten und Erleben des Moments, gibt es also einmal die Flucht in die Zukunft oder in die Vergangenheit, oder die Anreicherung des Moments durch Zukunft oder Vergangenheit, bspw. durch das konzentrierte Beschäftigen mit Erlebtem oder die intensive Fokussierung auf Erwartetes (vgl. Klein 2010: 45).

Die Zeitperspektiven haben zudem einen Einfluss auch die Zeitwahrnehmung, denn die mit den Handlungsreichweiten einhergehenden „Zielvorstellungen beeinflussen unsere Zeitwahrnehmung“ (Klein 2010: 85). Ziele lassen sich einerseits nicht nur als Endpunkte, im Sinne zu erreichender Momente, sondern auch als Ursachen verstehen, denn sie können auch in der Vergangenheit liegen, z.B. ein Idealzustand von dem man sich immer weiter entfernt. (vgl. Klein 2010: 85 ff.) Neben Zuständen können aber auch Prozesse als Ziel verstanden werden, ein Gedanke der sich im umgangssprachlichen Spruch „Der Weg ist das Ziel“ wiederfindet, ein Satz, der dem konfuzianischen Geist zugeschrieben wird. Auf das Empfinden der Dauer einer Zeitstrecke bis zu Zielerreichung nehmen wiederum Erwartungshaltung und Erlebnisdichte einen Einfluss (vgl. Klasen 2004: 22).



Wartesituationen oder monotone Aufgaben scheinen die Zeit zu dehnen, Tätigkeitswechsel oder Tätigkeitsunterbrechungen lassen sie schrumpfen (vgl. Klein 2010: 97). Erlebnisarme Zeit wird somit prospektiv als sehr lang empfunden, erlebnisreiche Zeit hingegen als kurz, aus retrospektiver Sicht kehrt sich dieser Effekt um (vgl. Klasen 2004: 22 - Abb. 2). In diesem Zusammenhängen wird die Verwobenheit der zeitlichen Ausrichtung von Handlungen und Erkenntnissen mit dem Zeiterleben deutlich. An dieser Stelle sei noch einmal anzumerken, dass es sich bei der hier vorgenommenen theoretischen Betrachtung des Phänomens Zeit um eine künstliche thematische Auftrennung ihrer Merkmale handelt, die in ihrem Auftreten als Phänomen nicht getrennt voneinander vorkommen. Dies zeigt auch die nachfolgende Ausführung: Im Kapitel „Zeit als Symbol“ wurde bereits deutlich, dass Zeit und Raum miteinander verwoben und sich dies im Vergleich verschiedener Kulturen beobachten lässt. Für diesen Aspekt ergeben sich Konsequenzen auf das menschliche Handeln und Erkennen, die an dieser Stelle beleuchtet werden können. Rösing (2000) beschreibt dies am Beispiel der Menschen der Quechua- und Aymara-Völker, für die sich bspw. die Vergangenheit *vor* und die unbekannte Zukunft *hinter* ihnen befindet. Das Wort „*nawpa*“ [Herv. i. O.] (Rösing 2000: 53) bedeutet bei ihnen sowohl *vergangen* als auch *vorne* und umgekehrt bedeutet „*qhepa*“ [Herv. i. O.] (Rösing 2000: 53) so viel wie *zukünftig* und *hinten* (vgl. Rösing 2000: 53). Wohingegen „wir [die westliche Gesellschaft] (...) die zeitlichen Konzepte von Zukunft und Vergangenheit gern mit den örtlichen Begriffen des ‚vor uns‘ bzw. ‚hinter uns‘ Liegenden [veranschaulichen]“ (Hübner 2009: 270). Eine Erklärung sieht Hübner darin, dass in der umgekehrten Zuordnung, also der Zukunft *hinter* und der Vergangenheit *vor* dem Individuum, der Akt des Erkennens, des (Ein)Sehens, mehr Gewichtung erhält als das Handeln; Während eine Zukunft, die räumlich *vor einem* liegt mit einer aktiveren, handlungsbezogenen Perspektive verbunden werden kann (vgl. Hübner 2009: 270).

Eine weitere, aus der Kulturabhängigkeit der Zeit hervorgehende Konsequenz für die zeitliche Ausrichtung menschlichen Handelns, beschreibt Hall anhand des Kontinuums mit den Endpunkten polychroner (P-time) und monochroner (M-time) Zeit:

„Individuals from P-time cultures such as those found bordering the Mediterranean and in Africa and South America, operate near the P-time end of the continuum. As the term polychronic suggest, they do many things simultaneously, are more concerned with people and the present moment than with schedules, and believe that they are in command of time rather than being controlled by it. Cultures that operate near the M-time end of the time scale, such as those found in North America

and Northern Europe, reflect traits that are monochronic. These cultures organize their lives around time by relying heavily on timekeeping instruments like clocks, calendars, computers, and cell-phone reminders." (Hall 2000: 280)

Das Erleben von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft unterscheidet sich je nach Entwicklungsstufe einer Gesellschaft (vgl. Elias 1984: 125). Bei vorstaatlichen Gesellschaften liegt der Fokus eher auf der Gegenwart und bedarf einer geringeren Selbstzügelung als in späteren Gesellschaften, in der wiederum strikter in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft unterschieden wird. In solchen Gesellschaften erfordert ein auf die Zukunft ausgerichtetes Handeln die Fähigkeit der Unterordnung (vgl. Elias 1984: 125 f.), was sich am Beispiel des Wartens, das eine Impulskontrolle voraussetzt, veranschaulichen lässt. Je nach Gesellschaftsform können sich diese Selbstregulationszwänge auch unterscheiden. Wir kennen sie bspw. unter den Begriffen wie »Gewissen« oder »Vernunft« (vgl. Elias 1984: 128 ff.).

„Menschen, die in Gesellschaften mit einem zukunftsbezogenen Kanon des Fühlens, Denkens und Verhaltens aufgewachsen sind, mögen das entsprechende Muster der Selbstregulierung für fraglos gegeben ansehen; sie mögen es sogar als eine normale menschliche Eigenschaft betrachten.“ (Elias 1984: 126)

Die Zeitperspektiven und -ausrichtungen verändern sich jedoch mit zunehmendem Alter. Mit jeder Lebensphase sind andere Zeithorizonte verbunden. „Es ist etwas völlig anderes [sic!, JG], ob man etwas noch vor sich oder schon hinter sich hat.“ (Kohli 1990: 400) Karrer schlussfolgert daraus, dass das Empfinden der Selbstbestimmung nicht nur aus der Verortung im sozialen Raum sondern auch aus dem „Raum der Möglichkeiten“ (Karrer 2009: 30) hervorgeht. Die Art und Weise der Betrachtung des Älterwerdens wandelte sich seit der Vormoderne – in der das Altern im aristotelischen Verständnis als „natürliche Krankheit“ verstanden wurde – bis heute weitreichend hin zu einem Verständnis aller Menschen unabhängig ihres Alters als gleichberechtigt und frei (vgl. Bozarro & Schweda 2015: 356), ein Ideal, das allerdings auch bis heute weiter auf gesellschaftliche Herausforderungen stößt.

Im Verlauf des menschlichen Alterungsprozesses verändern sich Bezugsrahmen des alltäglichen Handelns und Denkens, wie der eigene Körper, die Persönlichkeit und der gesellschaftliche Status (vgl. Bozarro & Schweda 2015: 352). Daraus ergeben sich wiederum unterschiedliche „moralische Ansprüche und Erwartungen [an die jeweilige Person, die über] Maßstäbe der Bedürftigkeit, Angebrachtheit, Rechtmäßigkeit, Sinnhaftigkeit oder

Erfüllung anzulegen sind" (Bozarro & Schweda 2015: 352). Das Altern ist daher nicht nur eine biologische Tatsache, sondern, aus soziologischer Sicht, eine gesellschaftliche Kategorie (vgl. Aner & Richter 2017), geprägt vom biologischen, psychologischen und sozialen Alter, die in Wechselwirkung miteinander stehen (vgl. Staudinger 2012). Mit Hilfe dieser mehrdimensionalen Kategorie werden soziale Regeln legitimiert (vgl. Kelle 2008: 11) und es „[entstehen] Narrative (...), die immer neu erzählt werden, [sowie] Handlungsskripte, die angeeignet und umgeschrieben werden" (Endter et al. 2015: 19).

Das Nachdenken und diese Geschichten über das Altern und die Zeit des Menschen hat sich über die philosophischen Traditionen hinweg viele Facetten: Vom Widerstand gegenüber der Endlichkeit und dem Tod (in der altorientalischen und griechischen Mythologie über die Menschen als „Eintagswesen" (in der archaischen Lyrik) und der Anschauung des Menschen als „Krone der Schöpfung" hin zur grundlegenden Offenheit und Selbstschöpfungskraft des Menschen (in der Renaissance und im Humanismus) (vgl. Bozarro & Schweda 2015: 353 f.). Dabei bezieht sich die menschliche „Sorge- und Entwurfsstruktur wesentlich auf Vergangenheit und insbesondere auf die Zukunft [und der] Tod [bildet] den einzigen ultimativen Fluchtpunkt und Zeithorizont des Daseins" (Bozarro & Schweda 2015: 354). Je nach Lebensphase verändert sich allerdings die Nähe und Ferne zum ihm und damit der Selbstbezug zum eigenen Werden (vgl. Bozarro & Schweda 2015: 354).

Der Blick auf die Bewertung des Alters zeigt einmal die „*Altersklage*" [Herv. i. O.] (Bozarro & Schweda 2015: 355), die das Alter mit Verlust, Vergänglichkeit und Endlichkeit assoziiert. Die Wahrnehmung des Alterns als einen bedrohlichen Prozess, der mit Verlusten einhergeht korreliert mit einer eingeschränkten Zukunftsperspektive (vgl. Weiss et al. 2016), die wiederum Einfluss auf das persönliche Wohnbefinden nehmen kann (vgl. Brothers et al. 2016). Weiterhin zeigt sich die Strömung der „*Altersapologie*" [Herv. i. O.] (Bozarro & Schweda 2015: 355), die „die Vorzüge und Segnung des Älterwerdens und die Tugenden des höheren Lebensalters in den Vordergrund rückt" (Bozarro & Schweda 2015: 355), ohne negative Aspekte auszublenden, indes diese umzuwerten (vgl. Bozarro & Schweda 2015: 355; vgl. Maul 2012).

Das zunehmende Alter zwingt zur Langsamkeit, körperliche und geistige Kräfte nehmen ab und können für den älteren Menschen den Ausschluss aus gesellschaftlichen Aktivitäten bedeuten. Relevant wird für den älteren Menschen dann der Rückzug in die Vergangenheit,

während seine Zukunft, durch den Tod versperrt scheint und keinen offenen Möglichkeitsraum mehr bietet (vgl. Bozarro & Schweda 2015: 359f.) und so auch seine Ausrichtung auf die Zukunft an einen Endpunkt kommt (vgl. Bozarro & Schweda 2015: 362). „In diesem Sinne macht das Bewusstsein der Vergänglichkeit den Einzelnen sensitiv für die Tatsache, dass das Leben nie bloß probeweise, gleichsam hypothetisch gelebt werden kann, sondern immer der Ernstfall ist“ (Bozarro & Schweda 2015: 360), eine Erkenntnis, die das „Bewusstsein [für] (...) die Bedeutsamkeit des eigenen Lebens“ schaffen kann (Bozarro & Schweda 2015: 362).

„Die im Altern vermittelte Erfahrung der Zeitlichkeit des menschlichen Lebens eröffnet nicht nur die Dimension des Ethischen als solche. Sie spielt auch *innerhalb* [Herv. i. O.] des[sen] (...) eine wichtige Rolle für (...) Fragen des richtigen Handelns und guten Lebens. (...) So legen wir an das Handeln von Kindern und Jugendlichen andere moralische Maßstäbe an als an das von Erwachsenen und Hochaltrigen.“ (Bozarro & Schweda 2015: 363)

Die durch „sozio-kulturelle Vorgaben strukturierte und gegliederte Abfolge von Phasen, Stadien oder Stufen (...) wird auch individuell angeeignet und bildet eine Art ‚innere Uhr‘ oder ‚biografischen Fahrplan‘.“ (Bozarro & Schweda 2015: 364f.) Solche „biografischen Sinnfiguren [sind] nichts objektiv Vorgegebenes (...), sondern durch das Individuum selbst angesichts lebensgeschichtlicher Diskontinuitäten (...) immer neu herzustellen (...)“ (Bozarro & Schweda 2015: 367)

Bozarro und Schweda verstehen solche „Ablaufpläne (...) als psychologische Idee der Entwicklungsaufgabe [oder auch als] sozialwissenschaftliche Konzepte biografischer Meilensteine und Fristen (...) [die] eine zeitliche Längsschnittperspektive zum Ausdruck [bringen und] Sache persönlicher Wertorientierung [sind]“ (Bozarro & Schweda 2015: 367). „Ablaufpläne (...) beziehen sich auf die diachrone Abwicklung des Lebens und die longitudinale Koordination lebensgeschichtlicher Vorgänge (...), [äußern sich in begrifflichen] ‚Werturteilen (...) wie ‚zu früh‘ oder ‚zu spät‘ (...) [und] werden auch als ‚social clocks‘ bezeichnet.“ (Bozarro & Schweda 2015: 367)

Anhand der Ausführungen wird nachvollziehbar, dass die eigene Verortung auf der Zeitachse, die Blickrichtungen auf dieser, sowie die auf den Lebenslauf bezogenen Meilensteine und damit verbundenen Ablaufpläne sich im Verlauf des Alterns wandeln. Insofern ist festzuhalten, dass das Alter eine maßgebliche Einflussgröße auf Handlungs- und Erkenntnisprozesse hat und dass die Zeitperspektiven und das Zeiterleben zwischen Menschen mit zunehmendem Altersabstand deutlich voneinander abweichen können.

## 1.3 Zeit als Potenzial

---

„Die globalisierte Welt ist die synchronisierte; ihre Form ist die hergestellte Zeitgleichheit; ihre Konvergenz findet sie in Aktualitäten.“  
(Sloterdijk 2006: 135 f.)

---

### 1.3.1 Synchronisationsprozesse

Elias verabschiedet sich in seinen Analysen vom Begriff der Zeit und lädt ein, die Fähigkeit des Menschen, ein oder mehrere verschiedene Geschehensabläufe, auch beschrieben als Wandlungsreihe oder Sequenzen kontinuierlicher Veränderungen, miteinander zu verknüpfen und als einen standardisierten Bezugsrahmen anzuerkennen, als ein gemeinsames „Zeiten“ im Sinne einer Tätigkeit oder auch als „Zeitbestimmen“ (Elias 1984: 42) zu begreifen (vgl. Elias 1984: 11 f., 14, 42).

Dieser Prozess hängt in der Elias'schen Lesart wiederum davon ab, inwieweit die Menschen in ihrer „sozialen Praxis vor Probleme gestellt werden, die ein Zeitbestimmen erforderlich machen, und wieweit ihre gesellschaftliche Organisation und ihr Wissen sie befähigen, eine Wandlungsreihe als Bezugsrahmen und Maßstab für eine andere zu benutzen“ (Elias 1984: 14). Unter Wandlungsreihe, oder auch Wandlungskontinuum genannt, versteht Elias einen Geschehensablauf bzw. eine Aneinanderreihung von Ereignissequenzen, die wiederum, wenn diese Ereignisreihe sozial anerkannt und standardisiert wird (bspw. das Kalenderjahr) als Bezugsrahmen und damit als gemeinsamer Maßstab dienen kann (vgl. Elias 1984: 12). Für das Zusammenleben in der Gruppe sind die Standardisierung des Zeitbestimmens und die Etablierung dessen eine wichtige Voraussetzung. Der Einzelne muss „(...) sein eigenes Verhalten auf die etablierte ‚Zeit‘ der jeweiligen Gruppe abstimmen, der er angehört (...)“ (Elias 1984: 99).

Ein solcher Aufbau gemeinsamer Zeitperspektiven ist an den Vorgang eines Perspektivwechsels gebunden und beinhaltet einmal das Wissen um die Unterscheidung der eigenen Perspektive von der des bzw. der „Anderen“. Des Weiteren bedarf es einer

Integration der entworfenen gemeinsamen Zeitperspektive, eine soziale Zeitnorm (bspw. die Uhrzeit), in das eigene Denken und Handeln (vgl. Neckel 1988: 468).

Für die vorliegende Forschungsarbeit lässt sich daraus ableiten, dass für die Betrachtung der Zeit in sozialer Interaktion die jeweils individuelle Perspektiven der Einzelpersonen, die Herstellung einer gemeinsamen Perspektive sowie der Prozess der Herstellung dieser gemeinsamen Perspektive über den Akt des Perspektivwechsels von Bedeutung sind.

### 1.3.2 Zeitsinn

Im Leben in der Zeit und der Strukturierung der eigenen Zeit zeichnet sich je nach kultureller und individueller Prägung ein „Zeitsinn“ (Klein 2010: 160) ab. Dieser Zeitsinn bezieht beinhaltet unter anderem die Fähigkeit „das Verhältnis von Veränderungen in der Zeit auf verschiedenen Ebenen und mit (...) [den] Sinnesorganen [...] innerhalb und außerhalb des Körpers [wahrzunehmen]“ (Klein 2010: 161 f.) Diese Fähigkeit lässt sich auch anhand zwischenmenschlicher Abstimmung zeitlicher Strukturen als ein Feingefühl für Synchronisationsprozesse beschreiben,

„denn bei der zeitlichen Abstimmung geht es sowohl um die empathische affektive Einstimmung und um das Erfassen der Dynamiken im Erregungsniveau des Anderen, als auch um gemeinsames Handeln und um eine Gegenseitigkeit der sprachlichen zeitlichen Strukturen“ (Jost 2009: 14).

Je nach Ausprägung des eigenen Zeitsinns können wir auch andere Zeitkulturen wahrnehmen. Im Zuge der Auseinandersetzung mit anderen kulturell geprägten Zeitwahrnehmungen können Verhaltenskonflikte auftreten: Regeln zu bspw. Nähe und Distanz werden über zeitliche Abstimmung ausgehandelt, beispielweise: Wann kommt man sich wie nah? Wann stellt man welche Frage? Wie lange hält man Augenkontakt? Auch Macht und Respekt finden ihren Ausdruck in Zeitstrukturen: Wann erhält man welchen Termin? Wann erhält man wieviel Zeit und Aufmerksamkeit? (vgl. Klein 2010: 164 ff.). „Hinter allen möglichen Formen der ‚Höflichkeit‘ stehen immer verdeckte ‚Zeitstrukturelemente‘.“ (Klein 2010: 164)

Immer dann, wenn Menschen auf Menschen treffen, wo Menschen mit Menschen arbeiten und wo sich Menschen um Menschen kümmern, dort werden Synchronisationsprozesse und

damit das Thema Zeit und der ganz persönliche Zeitsinn relevant. Die individuelle Abstimmung stellt die Basis für eine gelungene Kommunikation und damit Interaktion dar. „Kommunikation entsteht zunächst durch enge zeitliche Verbindung zwischen ausgesandten Botschaften und deren angemessener Beantwortung“ (Jost 2009: 20). „Wer die Fähigkeit verlernt, sich immer wieder neu abzustimmen und starre Rituale entwickelt, ist langfristig von gesellschaftlicher Ausgrenzung bedroht.“ (Jost 2009: 65)

Es lässt sich festzuhalten, dass in der zeitlichen Abstimmung zwischen Menschen, also in der „Anwendung des Zeitsinns“ das Potenzial sozialer Teilhabe steckt. Anhand dieser Erkenntnis wird die hohe Bedeutsamkeit der Zeit in sozialer Interaktion deutlich.

## 2 Zeit in der medizinischen Versorgung

---

„In einer Zeit, in der allzu viele die Medizin auf das Messbare beschränken, scheint die Frage nach der „Zeit“ fast skurril anmutend.“  
(Jonitz 2018: 9)

---

In diesem Kapitel wird zunächst das Zeitverständnis beleuchtet, das in der medizinischen Versorgung vorherrscht. Dabei wird der Aspekt der institutionalisierten Zeit betrachtet, die vor allem im Kontext Krankenhaus besonders hervortritt. Darauf folgt eine Betrachtung der Perspektiven von Patient:innen und Behandler:innen auf das Erleben der gemeinsamen und strukturell knappen Konsultationszeit. Es wird verdeutlicht, dass in der ambulanten Versorgung die lebensweltliche Konzipierung von Zeit der Patient:innen ausgeprägter ist als im Krankenhaus. Im Anschluss wird aus der Perspektive professionalisierten Handelns das Potenzial beleuchtet, das entstehen kann, wenn die Zeitlichkeit von Patient:innen, beispielweise deren Eigenrhythmen und Tempi, als für die Genesung relevant anerkannt und in die Behandlungsprozesse einbezogen werden – Aspekte, die stärker in der psychiatrischen Versorgung zu finden sind. Die individuellen Bewältigungs- und Genesungsprozesse von Patient:innen bewegen sich immer auch im Kontext krankheitsspezifischer Verläufe. Da sich die vorliegende Arbeit auf die hausärztliche Versorgung von Menschen mit Demenz bezieht, wird abschließend der Kontext der chronischen Krankheit unter dem Aspekt der Zeitlichkeit betrachtet. Darin wird die Bedeutung der Chronizität von Krankheit herausgearbeitet und welche Herausforderungen damit für die Begegnung und Synchronisation zwischen Patient:innen und Behandler:innen einhergehen.



## 2.1 Institutionalisierte Zeit

---

„Unter der Perspektive einer industriellen Produktionslogik wird die personalintensive Kontaktzeit zum Patienten als ein zu minimierender Aufwand betrachtet; der Ruf nach einer Effizienzsteigerung ist im Grunde nichts anderes als eine Legitimation zur Verknappung der Zeit.“  
(Maio 2016: 1151)

---

Da Krankenhäuser und medizinische Praxen mit ihren begrenzten Ressourcen so haushalten müssen, dass die Wirtschaftlichkeit dieser medizinischen Unternehmungen gewährleistet ist, können die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit und die medizinische Notwendigkeit gewisser Maßnahmen durch gegensätzliche geprägte Interessenslagen zu potenziellen Konfliktlinien führen, die es gilt, zu vermeiden oder zumindest miteinander in Einklang zu bringen (vgl. Wienke 2017: 37). So kann bspw. das Weisungs- und Direktionsrecht des Arbeitgebers – über „organisatorische Vorgaben wie Zeit, Dauer und Ort der Tätigkeit sowie (...) die Konkretisierung der individuellen Arbeitsbedingungen und die allgemeinen Grundsätze der Leistungserbringung“ (Wienke 2017: 37) im Widerspruch zur ärztlichen Weisungsfreiheit über medizinischen Entscheidungen stehen (vgl. Wienke 2017: 37).

Dieser Umstand hat zur Konsequenz, dass die medizinisch behandelnde Person die betreffenden Patient:innen darüber aufklären muss, wenn die Ressourcen die zustehende Behandlung nicht zulassen (vgl. Wienke 2017: 37f.). Die Einführung pauschalierter Finanzierungsmethoden verweisen dabei auf die veränderte Machtverteilung, die das Risiko auf die Behandlung anbietende Person verschieben (vgl. Kühn 2003: 82).

Infolge des 2003 eingeführten Diagnosis-related-groups-Abrechnungssystems (DRG), das die Vergütung der Behandlungen anhand des Schweregrads der Erkrankung und somit anhand vorab definierter Patient:innenfallgruppen statt tatsächlichen individuellen Behandlungsbedarfen bemisst, wurden verkürzte Liegezeiten in Krankenhäusern und schnellere Verlegungen der Patient:innen verzeichnet, was sich für die Anschlussbehandelnden deutlich bemerkbar machte, so ein Fazit im Ärzteblatt 2007 (vgl. Niermann 2017). In diesem Zusammenhang kam der Begriff „blutige Entlassung“ auf, der

eine zu frühe Entlassungen von Patient:innen beschreibt, was zu gesundheitlichen Komplikationen führen kann. Studien zu möglichen Zusammenhänge zwischen dem DRG-Abrechnungssystem und der „blutigen Entlassung“ bzw. dem „Drehtüreffekt“ (die verfrühte Wiederaufnahme durch zu frühe Entlassung) fanden keine signifikanten Korrelationen (vgl. Jauss et al. 2010; vgl. Roidl 2013). Die Begrifflichkeit selbst verdeutlicht aber, dass die Entscheidung über eine Entlassung nicht (mehr) auf medizinisch-fachlicher Bewertung, sondern auf wirtschaftlichen Abwägungen fußt und damit den Patient:innenbedarfen kaum gerecht werden kann. Der Ausdruck „blutige Entlassung“ ist eine medizinische Beschreibung. Sie verweist auf ein Spannungsfeld, das durch Interessenkonflikte zwischen medizinischer Institution und den darin befindlichen Akteuren erlebbar wird und beschreibt eine kritische Haltung seitens der Ärzt:innen gegenüber dem DRG-Abrechnungssystem.

Durch die Abweichungen zwischen den wirtschaftlichen Interessen medizinischer Institutionen und den Patient:innenbedarfen geben Behandler:innen im Rahmen der asymmetrischen Beziehung zu ihren Patient:innen (vgl. Kühn 2003: 89) „einen Teil des auf ihnen lastenden zeitlichen, finanziellen und moralischen Druckes in irgendeiner, meist subtilen Form an (...) [die Patient:innen] weiter (...)“ (Kühn 2003: 89). „Die übermäßige Arbeitszeitbelastung bei deutschen Krankenhausärzten ist belegt. „[J]eder fünfte Arzt [ist] von deutlicher Arbeitszeitbelastung betroffen.“ (Rosta 2007: 2421) Nicht zu vergessen ist zudem die massive Überlastung der Pflegekräfte (vgl. Springer Medizin 2018a, 2018b), die in der Regel die ersten Ansprechpartner:innen für die Patient:innen im Krankenhaus sind.

Die hohe Arbeitszeitbelastung betrifft auch niedergelassene Ärzt:innen. Im Tarifvertrag für Ärzt:innen sind 42 Wochenstunden festgelegt, wobei niedergelassene Fachärzt:innen für Allgemeinmedizin mit durchschnittlich 52 Wochenstunden bei 53 Patient:innenkontakten täglich und niedergelassene Fachgebietsärzt:innen durchschnittlich 50 Wochenstunden bei 38 Patient:innenkontakten täglich deutlich darüber liegen (vgl. infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH 2018: 26).

„Im Schnitt arbeiteten Inhaber von Einzelpraxen mit 47,8 Wochenstunden etwas länger als Inhaber von Gemeinschaftspraxen (47,3 Wochenstunden). Praxisinhaber in ländlichen Regionen (49,6 Wochenstunden) arbeiteten mehr als jene in Städten (45,9 Wochenstunden) (...)“ (Zi-Praxis-Panel 2018: 15)

Eine Erklärung kann sein, dass Gemeinschaftspraxen von Synergieeffekten profitieren (vgl. Maurer 2014: 972). Doch ob das dadurch gewonnene Mehr an Zeit letztlich auch den Patient:innen zugutekommt, bleibt offen. In Bezug auf Zeitkapazitäten besteht in der deutschen Gesundheitsversorgung zudem ein Stadt-Land-Gefälle (vgl. ärzteblatt.de 2016), wie eine Studie zur hausärztlichen Lebensstilberatung verdeutlicht, in der Landärzt:innen die fehlende Zeit als zweitwichtigsten, Stadt-Ärzt:innen hingegen nur als fünftwichtigsten Grund für die Nicht-Durchführung der Lebensstilberatung nannten (vgl. Görig et al. 2016: 537). „Nach eigenen Angaben (...) haben die Landärzte (...) 44 Patienten pro Woche mehr zu betreuen als Hausärzte aus der Stadt. Hinzu kommt, dass die Ärzte auf dem Land aufgrund von Entfernungen oft einen höheren Zeitaufwand für Hausbesuche haben.“ (Görig et al. 2016: 538) Dies bedeutet allerdings nicht, dass die Zeit der alleinige und/oder entscheidende Faktor bei der Frage der Durchführung einer Lebensstilberatung ist.

Zeitverknappung beschreibt eine relevante Problematik von Ökonomisierungsprozessen in der medizinischen Versorgung. Jedoch gilt es diese Kürzung „der“ Zeit differenzierter zu (Bahrs 2003) betrachten, denn letztlich handelt es sich um eine ganz bestimmte Zeit, die davon überwiegend betroffen ist: die Begegnungszeit zwischen Ärzt:innen und Patient:innen. Die Reduktion dieser Begegnungszeit muss allerdings nicht zwangsläufig eine Zeit-„Ersparnis“ im Langzeitverlauf bedeuten, denn die dadurch möglicherweise verpassten Beteiligungschancen der Patient:innen können in vermehrten Wiederholungskontakten münden (vgl. Bahrs 2003).

Mit Blick auf mögliche unterschiedliche Interessenlagen zwischen Patient:innen und Behandler:innen gilt es die Verwendung knapper Zeitressourcen zur Zufriedenheit aller Parteien auszuhandeln. Wovon diese Zufriedenheit der jeweiligen Parteien im Kontext der gemeinsamen Zeitgestaltung abhängt, wird im nächsten Kapitel genauer beleuchtet.

## 2.2 Zeiterleben und Zufriedenheit von Patient:in und Behandler:in

---

„Da die teuerste Ressource nicht die Technik, sondern die Arbeitszeit von qualifiziertem ärztlichen und pflegerischen Personal ist, ist auch die teuerste Verwendungsart nicht Arzneimitteltherapie oder Technikeinsatz, sondern persönliche Interaktion und Kommunikation. Darauf lastet der Hauptdruck.“  
(Kühn 2003: 82)

---

Recherchiert man weiter zum Thema Zeit im medizinischen Kontext dann finden sich vor allem Beiträge zum Umgang mit der Konsultationszeit und dem Empfinden derselben. Die durchschnittliche Konsultationsdauer beträgt in hausärztlichen Praxen in Deutschland 7,6 Minuten und ist damit deutlich kürzer als in anderen Ländern, weshalb deutsche Ärzt:innen, stärker als ihre ausländischen Kolleg:innen, ein Mehr an Zeit für die Beratung ihrer Patient:innen als einen Beitrag zu einer gesteigerten Versorgungsqualität einschätzen (vgl. van den Bussche 2010: 237).

Dennoch lässt sich feststellen, dass die Wahrnehmung der Dauer der Konsultationszeit zwischen Patient:innen und Allgemeinärzt:innen auseinandergehen kann. Eine qualitative Studie im Kontext von Depressionserkrankungen verdeutlicht „ (...) the doctors in this study tended to be quite relaxed about consultation time. [...] [Which] contrasts with the markedly greater concern of patients to benefit fully from the consultation“ (Pollock & Grime 2003: 269), woraus eine Notwendigkeit resultiert, Ärzt:innen für den empfundenen Zeitdruck der Patient:innen zu sensibilisieren (vgl. Pollock & Grime 2003: 269). Häufig unterschätzen Patient:innen auch die tatsächliche Dauer der Konsultation, so ein Ergebnis einer quantitativen Fragebogenstudie kombiniert mit der Erfassung der tatsächlichen Gesprächsdauer in 294 hausärztlichen Praxen in der UK (vgl. Odgen et al. 2004). Als Alternative zu einer reinen Verlängerung der Gesprächszeit (vgl. Odgen et al. 2004) rückt die Frage nach der Qualität der erbrachten Zeit in den Fokus, da

„(...) Konsultationen, in denen Raum für die Patienten – [und damit] Beteiligungschance und Zeit – zur Verfügung steht, [zum einen] ressourcensparend sind. [Zum anderen kann] [d]er durch Wiederholungskontakte erforderliche Zeitaufwand für Patienten und Ärzte (...) ebenso wie deren emotionale Belastung gesenkt werden.“ (Bahrs 2003: 22)

Das subjektive Zeiterleben stellt ein zentrales Maß für die Qualität der Konsultation dar und das Ausmaß der erlebten Teilhabe im Gespräch wird durch Patient:innen-zentriertheit begünstigt, wobei Patient:innenbedarfe wiederum generationenspezifisch zu unterscheiden sind (vgl. Bahrs & Dingelstedt 2009). Den häufig auftretenden Bedenken der Ärzt:innen, dass ein Ausredenlassen der Patient:innen zu mehr Gesprächszeit führen würde (vgl. Fischer & Ereat 2012: 25), steht gleichzeitig die gegenteilige Erfahrung gegenüber (vgl. Wilm et al. 2004: 56), dass Patient:innen eigene unverhältnismäßige Ausschweifungen vermeiden, da sie antizipieren, dass ihre Ärzt:innen eine begrenzte Gesprächsdauer zur Verfügung haben (vgl. Bär 2009: 69). Deutlich wird, dass die Konsultationszeit ein wichtiges Thema in der Begegnung zwischen Allgemeinärzt:in und Patient:in ist und dass sie aufgrund ihrer Subjektgebundenheit sowie derer verschiedenen Kontexte unterschiedlich wahrgenommen wird. Eine Berücksichtigung dieser Subjektgebundenheit erscheint daher im Sinne einer Qualitätssteigerung der Begegnung zwischen Ärzt:in und Patient:in sinnvoll.

Auf der Suche nach dem Ursprung „schlechter“ Tage, bzw. umgekehrt, der Frage danach, was einen „gelungenen“ Tag in ihrer hausärztlichen Alltagspraxis ausmacht, dokumentierte eine Allgemeinärztin insgesamt 14 Stunden ihrer Konsultationen an Montagen und Freitagen, in denen es zu insgesamt 93 Begegnungen mit Patient:innen kam (vgl. Kalitzkus & Volck 2012: 107). Mittels „Mikroszenenprotokoll“ wurden „kleine Einheiten hausärztlichen Handelns“ (Kalitzkus & Volck 2012: 106) festgehalten. Neben Zeitpunkt und Dauer der Konsultation wurden Konsultationsanlass, Geschichte der Krankheit, der Erkrankten und Beziehung zwischen Ärztin und Patient:in sowie die Stimmung und Haltung der Patient:innen und die der Ärztin jeweils aus Sicht der Ärztin niedergeschrieben (vgl. Kalitzkus & Volck 2012: 107). Statt einer Antwort auf die Ausgangsfrage der Hausärztin nach der Ursache „schlechter“ Tage bzw. der Beschaffenheit „gelungener“ Tage, zeigt sich ein „Blick auf ein hoch komplexes Geschehen“ (Kalitzkus & Volck 2012: 110). Im Vergleich der Wochentage „zeichnen sich höchst verschiedene Stimmungsbilder ab“, „Phasen der Arbeit in Ruhe (...) und unter Druck (...) [werden] sichtbar“, die Zeitspanne der Beziehung zwischen Ärzt:innen und Patient:innen zeigt einen Zusammenhang mit „zugewandter und wertschätzender Haltung auf Patienten- und Arztseite“ und „[d]as Wissen um die Geschichte der Krankheit, des Kranken und der Arzt-Patienten-Beziehung zeigt sich als dominierendes Arbeitsinstrument (Kalitzkus & Volck 2012: 108). Anhand dieser kleinteiligen Dokumentation werden „Ausstrahleffekte einzelner Konsultationen aufeinander wie auch der Einfluss

weiterer Aspekte (...) nachvollzogen“ und es verdeutlicht sich, „dass keine Arzt-Patienten-Begegnung für sich allein steht [sic!, JG] – Arzt wie Patient bringen Vorerfahrungen mit. Defizite im Bereich der Entwicklung gemeinsamer Wirklichkeit mit dem Patienten, Passung und Passungsstörungen, werden sichtbar“ (Kalitzkus & Volck 2012: 109). Die Hausärztin unterstreicht den Nutzen einer solchen Selbstbeobachtung, um Faktoren zu identifizieren, die das hausärztliche Handeln beeinflussen, wie bspw. „der eigenen Biografie oder persönlichen Krankheitskonzepten“ in denen „Vorannahmen bzgl. eines Patienten [mitschwingen], die zu bestimmten Handlungsalgorithmen führen (passende wie unpassende) (...)“ (Kalitzkus & Volck 2012: 109).

Balint hat festgestellt, dass Patient:innen ihre zentralen Beziehungsthemen in der Interaktion mit ihren Ärzt:innen re-inszenieren und, dass, wenn Ärzt:innen dies bewusst aufnehmen, die Möglichkeit erwächst, in kurzer Zeit ein zentrales Thema zu erfassen und Problemlösungen zu erproben (vgl. Balint 1975; vgl. Balint & Hügel 2010). Insofern steht sowohl für Ärzt:innen als auch für Patient:innen das gemeinsame Gespräch in einem größeren Kontext, den sie aneinander wahrnehmen und in die Interaktion einbeziehen können.

Kurzum: Das individuelle Zeiterleben ist immer im Kontext der es einbettenden Geschehensabläufe zu betrachten. Da dies hoch individuelle und spezifische Ausprägungen bedeuten kann, gilt es, die Eigenrhythmen und Tempi der jeweiligen beteiligten Personen einer Interaktion zu berücksichtigen und in die Herstellung einer gemeinsamen Realität einzubeziehen. Dieser Gedanke findet sich auch in dem Einbezug der Zeit in die Gesundheitsförderung wieder und wird im folgenden Kapitel genauer beleuchtet.

## 2.3 Berücksichtigung der Zeit als Gesundheitsförderung

---

Die Zeit verwandelt uns nicht, sie entfaltet uns nur.  
(Max Rudolf Frisch 1911 – 1991)

---

Krankheit kann auf Disbalance und Desynchronisation hindeuten (vgl. Klein 2010: 101 ff.). Als Ausgangspunkt für Balance und Rhythmus dient der Körper als ein Erkenntnisinstrument auf dem Weg zu Gesundheit (vgl. Klein 2010: 102 ff.; vgl. Keil 2012). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gesundheit als „Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen“ (World Health Organization 1948: 1) wodurch zusätzlich zur physischen auch soziale und psychische Aspekte in das Gesundheitsverständnis einbezogen werden (vgl. Lippke & Renneberg 2006: 8; vgl. Mayer 2012: 17). Wiederum scheint der Status „krank“ mit einer konkreteren Vorstellung besetzt als der Status „gesund“ und zwischen diesen Polen kann es Übergänge geben (vgl. Hurrelmann 2010: 7; vgl. Bengel et al. 2001: 24). Demnach kann ein Mensch mehr oder weniger krank oder gesund sein wovon ausgehend sich die Frage stellen lässt, welche Faktoren „zu einer Bewegung in Richtung auf das gesunde Ende des Kontinuums beitragen“ (Antonovsky 1997: 25) können.

Zu einem solchen Faktor zählt die Wahrnehmung und Berücksichtigung zeitlicher Aspekte auf physischer, psychischer und sozialer Ebene. Sowohl Überanpassung als auch die Unfähigkeit zur Synchronisation sind schädlich (vgl. Klein 2010: 111) und Synchronisationsvorgänge können nicht erfolgreich sein, wenn Ereigniszeiten nicht beachtet werden (vgl. Klein 2010: 140 ff.). Das kann sich sowohl auf Prozesse im eigenen Körper und der eigenen Psyche beziehen, als auch auf die Synchronisation mit Prozessen der Umwelt und anderen Individuen, die ebenfalls über Eigenrhythmen verfügen. Folglich ist die Wahrnehmung des eigenen Körpers, der eigenen Rhythmen und der damit verbundenen Bedürfnisse und Wünsche ist eine wichtige Grundlage (vgl. Klein 2010: 111), um diese Aspekte dann wiederum in die Lebenspraxis einbeziehen zu können und damit zur Aufrechterhaltung oder auch Förderung der eigenen Gesundheit beizutragen.

Einen solchen Ansatz findet man unter anderem in der Chronobiologie, welche die biologischen Zeitaspekte von Patient:innen mit einbezieht (vgl. Meier-Koll 1995: 7), d.h. die „innere Uhr“ in Bezug auf beispielweise das Wach-Schlaf-Verhalten, die Körpertemperatur, den Hormonhaushalt etc., wodurch „(...) [n]eue Therapien entstehen, die den Faktor Zeit berücksichtigen. Krankheiten werden [in diesem Ansatz] als Störungen des chronobiologischen Systems erkannt“ (Spork 2005: 9). Synchronisationsprozesse erlangen so eine hohe Relevanz für die Förderung von Selbstheilung und Gesundheit.

Allerdings kommt der „Berücksichtigung der zeitlichen Aspekte in der Medizin (...) [noch] die Rolle eines Stiefkindes zu“ (Matthiessen 2018b: 19). Dies veranlasste das Dialogforum Pluralismus in der Medizin im Jahre 2017 dazu, ein Symposium zum Thema „Die Bedeutung der Zeit in der Medizin. Für eine zeitliche Kultivierung der Arzt-Patienten-Begegnung“ zu veranstalten. Die Beiträge wurden im Sammelband veröffentlicht und umfassen sowohl Themen zum Umgang mit der Zeit als auch begriffliche Ausformungen von Zeit, das Zeiterleben in Gesundheit und Krankheit, sowie wichtige chronomedizinische Forschungsergebnisse (vgl. Matthiessen 2018b: 11).

„Anliegen des Veranstalters war es, den Problembereich Zeit im Kontext der Arzt-Patienten-Beziehung in unterschiedlichen Situationen aus unterschiedlichen Perspektiven zu beleuchten“ (Matthiessen 2018b: 11) und diese „bezüglich ihrer berechtigten Unterschiedlichkeit, aber auch ihres wechselseitigen Ergänzungspotenzials in den Blick zu nehmen.“ (Matthiessen 2018b: 23)

Matthiessen kritisiert die bestehende „*Beschleunigungsmanie*“ und formuliert ein Plädoyer für einen selbstbestimmten Umgang mit der Zeit unter besonderer Beachtung und Wertschätzung der Geduld (vgl. Matthiessen 2018b: 23). Der Respekt vor der Eigenzeit<sup>1</sup> der Dinge trägt dazu bei, dass Wachstumsprozesse reifen können und ein Beschleunigen eben dieser Prozesse würde Störungen und Unterbrechungen provozieren (vgl. Maio 2018). In einer überblicksartigen Führung durch den Tagungsband verdeutlicht Matthiessen die Verzahnung zwischen der Beachtung zeitlicher Aspekte und dem Umdenken, das sich wegbewegt von einer Krankheitsorientierung und sich einer Gesundheitsorientierung zuwendet. Matthiessens Argumentation ist folgende: Da der pathogene Fokus auf ein

---

<sup>1</sup> Der Begriff Eigenzeit umfasst einen Vergleichs- und Unterscheidungsprozess, der ein in-Beziehung-setzen mehrerer Geschehensabläufe (von Subjekten oder Objekten) voraussetzt. Zudem impliziert er die Intention der Korrektur einer vorab ausgebliebenen Identifikation voneinander verschiedenen Geschehensabläufe.



Rückgängigmachen von Krankheit abzielt, wird Patient:innen „(...) eine nur passive Rolle zugeordnet (...)“ und „(...) der Blick auf die Eigengesetzlichkeit des organismischen Geschehens ausgeblendet (...)“ (Matthiessen 2018b: 24). Angezeigt wäre hingegen ein Anerkennen von Symptomen im Sinne der Frage, worauf diese abzielen, anstatt zu fragen, woraus sie resultieren, sodass ein Arbeiten mit den Krankheitssymptomen und nicht gegen sie möglich wird (vgl. Matthiessen 2018b: 56). Zudem nimmt ein:e an dem nachhaltigen Behandlungserfolg und dem Wohlbefinden der Patient:innen orientierte:r Ärzt:in sich Zeit und bemisst „das Handeln und sich Verhalten an der individuellen Situation des Patienten (...)“ (Matthiessen 2018b: 26).

Grundlage der Chronomedizin ist die Hygiogenese, was in Analogie zu der Salutogenese gelesen wird (vgl. Matthiessen 2018b: 46).

Während „(...) der salutogene Ansatz stärker in den Bereichen Psychosomatik, Psychiatrie, Psychotherapie und Soziotherapie angesiedelt [ist], (...) hat sie [die Hygiogenese] einen deutlich ausgeprägteren Bezug zur somatischen Medizin. (Matthiessen 2018b: 46 f.)

Beide „verweisen auf die spontanen, eigenaktiven Leistungen des Gesundbleibens und des nach einer Erkrankung wieder Gesundwerdens.“ (Matthiessen 2018b: 46)

„Für die diagnostisch-therapeutische Praxis leiten sich daraus zwei Tugenden ab, die sich gegenwärtig weitgehend vernachlässigt finden, nämlich zum einen „Kairos“, die Fähigkeit das Richtige zum richtigen Zeitpunkt zu tun und andererseits die Geduld, d.h. die Berücksichtigung der Einsicht, dass hygiogenetische Vorgänge, spontane oder therapeutisch angestoßene (Selbst-)Heilungsprozesse ihren je eigenen Zeitbedarf haben, der sich als nicht von außen manipulierbar erweist und den es mithin nicht nur zu kennen, sondern therapeutisch auch zu berücksichtigen gilt. Gut Ding will eben Weile haben.“ (Matthiessen 2018b: 54)

Der Regenerationszeit und der posttherapeutischen Pause kommen eine regenerationsfördernde Bedeutung zu (vgl. Matthiessen 2018b: 57 ff.).

Ein Einbezug der „je individuellen Dynamik der Lebensbewältigung“ (Matthiessen 2018b: 61) wird durch die Berücksichtigung der Biografie der Patient:innen ermöglicht, wobei die behandelnde Person sich der Patientin oder dem Patienten als geschichtliches Subjekt durch dessen Narration zu nähern vermag (vgl. Matthiessen 2018b: 61). Diese Geschichtlichkeit wird im Kontext therapeutischer Beziehung anhand vier interpendenter Zeitdimensionen beleuchtet: der „(...) äußerlich ablaufende[n] Zeit, (...), [der] biografische[n] Zeitgestalt des

Lebens, (...) [der] seelisch erlebte[n] Zeit und (...) [der] in unterschiedlichem Maße geistig "erfüllte[n]" Zeit" (Girke 2018: 285). Während die erste die lineare, kalendarische Zeit meint, stellt zweitens den lebensgeschichtlichen Deutungszusammenhang dar, der „mehr als die anamnestiche Auflistung unterschiedlicher Erkrankungen" (Girke 2018: 291) ist. Die seelisch erlebte Zeit bringt je nach Belastungserleben ein unterschiedliches Empfinden von Dauer hervor. Die erfüllte Zeit bezieht sich auf die Qualität einer Erfahrung und deren Bedeutsamkeit für das Subjekt (vgl. Girke 2018: 292 ff.). Im Beitrag „Kluger Umgang mit der knappen Zeit" (vgl. Hatzelmann 2018) wird weiterhin deutlich, dass die ärztliche Zeitkompetenz neben der Fach- und Kommunikationskompetenz eine zentrale, erlernbare Fähigkeit darstellt, die Faktoren wie Eigenzeit, -geschwindigkeit, Rhythmus oder Zeitempathie berücksichtigt und dazu beiträgt mit den Anforderungen im Lichte der zunehmenden Zeitknappheit in der medizinischen Versorgung zurechtzukommen. (vgl. Hatzelmann 2018: 411 f.)

Auch Ciompis Zehn Thesen zum Thema „Zeit in der Psychiatrie" (vgl. Ciompi 2012) formieren ein Blick auf die Begegnung zwischen Behandler:in und Patient:in im Kontext von Therapie und Beratung. Ciompi setzte sich bereits 1990 mit der Frage nach der Faszination des Zeitbegriffs auseinander. Er betrachtet die menschliche Angst vor der Endgültigkeit und das Bewusstsein über die Unumkehrbarkeit bei scheinbar immer schneller fortschreitender Zeit als Gründe für das allgemein aufflammende Interesse an diesem Thema. Gleichzeitig betont er auch das Hoffnung und Kraft spendende Potenzial der Zeit, „die alle Wunden heilt (...) [und] die imstande ist, aus winzigen Keimen Großes hervorzubringen" (Ciompi 2012: 13). Er beschreibt in zehn Thesen die Rolle der Zeit im Kontext psychiatrischer Behandlung und unterstreicht ihre Bedeutsamkeit in der akuten Krisenintervention und der langfristigen Wiedereingliederung chronisch Erkrankter (vgl. Ciompi 2012: 14). Die Krise nennt er als wichtigen therapeutischen Zeitpunkt. Die Psychiatrie beschreibt er als eine Disziplin der Geduld, in der die Patient:innen erst *mit der Zeit* verstanden werden können (vgl. Ciompi 2012: 17 ff.). Die langsameren Prozesse betrachtet er als die wichtigeren<sup>2</sup> und die individuelle Zeit und kulturell verschiedenes Zeitverständnis nennt Ciompi als wesentliche Faktoren, die in der Behandlung Berücksichtigung finden sollen (Ciompi 2012: 19 ff.). „Die Zerstörung der

---

<sup>2</sup> Er begründet es damit, dass die langsameren Prozesse „länger und tiefer" (Ciompi 2012:19) wirken und damit den schnellen „hierarchisch überlegen" (Ciompi 2012: 19) sind.

persönlichen Eigenrhythmen und tempi *kränkt* [Herv. i. O.] (...) und macht unter Umständen richtig krank" (Ciompi 2012: 25) stellt Ciompi heraus.

Borst und Hildenbrand kritisieren die „aktuelle Entwicklung [des Gesundheitswesens] in Richtung Manualisierung und Standardisierung“ im Bereich der Beratung und Therapie als eine Veränderung „in Richtung Beschleunigung“ und betrachten dies als „Fehlentwicklungen“ (Borst & Hildenbrand 2012: 11 f.). Bezugnehmend auf Ciompis Thesen stellen Borst und Hildenbrand (2012) anhand ausgewählter Aspekte die Zeit in Therapie und Beratung als Schlüsselphänomen heraus. Sie sehen: (1) das Zeiterleben der Patient:innen als Indikator für deren Befinden, da psychische Krankheiten mit einem veränderten Zeiterleben einhergehen (vgl. Ciompi 2012: 14 f.). (2) Den verschiedenen Ansätzen von Psychoanalyse und Systemischer Therapie schreiben die Autoren Potenzial gegenseitiger Ergänzung zu. Erstere konzentriert sich auf die Aufwärmung und Labilisierung vergangener Verhaltensprogramme. Letztere widmet sich der Bearbeitung des aktuellen Systems in der Gegenwart. Ihre Kombination ermöglicht ein Verstehen des gegenwärtigen Fühlens und Denkens als Niederschlag der Vergangenheit (vgl. Ciompi 2012: 15 f.). (3) Zudem kann Langmut und Hoffnung durch das Erleben langfristiger und auch langsamer Veränderungen gespeist werden (vgl. Ciompi 2012: 17 f.). (4) In der Wahl des richtigen Moments steckt das Potenzial zur Weichenstellung. So könnte bspw. Stigmatisierung und Psychiatrisierung durch zu frühe Einweisung von Patient:innen in psychiatrische Institutionen vermieden werden (vgl. Ciompi 2012: 18 f.). (5) Die Einbindung größerer und trägerer Prozesse in die Therapie entschleunigt und ermöglicht Entscheidungen vor dem Hintergrund von Gesellschaftsentwicklung und Lebensphasen (vgl. Ciompi 2012: 19 f.). Dadurch kann wiederum (6) Zeit „gewonnen“ (Ciompi 2012: 21) werden. (7) Vergegenwärtigt man sich den menschlichen Zivilisationsgrad und die evolutionäre Anpassungsgeschichte der Biorhythmen an die selbst erschaffenen Taktgeber, dann rücken die als „unnormale“ gedeuteten Desorganisationen (vgl. Ciompi 2012: 21 ff.) in ein Licht des „Sich-zur-Wehr-Setzens“ (Ciompi 2012: 22). (8) Die Berücksichtigung persönlicher Eigenzeiten kann großes Entwicklungspotenzial freilegen und umgekehrt auch verhindern (vgl. Ciompi 2012: 23 ff.). (9) Das Wissen um individuelle und kulturbedingt unbewusst unterschiedliche Zeitbegriffe beugt Konflikten im Umgang mit der Zeit vor (vgl. Ciompi 2012: 25 ff.). (10) Zeit ermöglicht zudem, dass aus Chaos dissipative Strukturen entstehen können, d.h. nicht lineare,

dynamische Entwicklungsmuster, die die Entropie mindern und Stabilität steigern (vgl. Ciompi 2012: 27 f.).

Einen weiteren interessanten Ansatz verfolgen die Systemischen Therapeuten Boscolo und Bertrando 1994. Sie explorierten den Zeitbegriff aufgrund ihrer Erkenntnis, dass die Beziehung zwischen Zeit und Wandel eine wichtige Rolle in den Erwartungen von Klient:innen und Therapeut:innen spielt. Ihre umfangreiche Recherche zum Zeitbegriff zu Beginn ihrer Entdeckungsreise durch verschiedenste Professionen und Disziplinen führte sie zu ganz unterschiedlichen Perspektiven auf Zeit (vgl. Boscolo & Bertrando 1994: 9 f.).<sup>3</sup> Ihre „Antwort auf diese Multizeitlichkeit war die Idee, dass es wichtig wäre, die verschiedenen Zeiten zu koordinieren; und daß [sic!, JG] die mangelnde Koordination der Ursprung von Problemen, Leiden und Pathologien sein könnte.“ (Boscolo & Bertrando 1994: 11) In ihrem Buch „Die Zeiten der Zeit“ (1994) präsentieren Boscolo und Bertrando ihren therapeutischen Umgang mit diesen zeitlichen Koordinierungsproblemen ihrer Klient:innen und lassen die Leser:innen an den neuen Perspektiven teilhaben, die dieses „Objektiv der Zeit“ (Boscolo & Bertrando 1994: 9) ihnen bei dem Blick auf die Konsultationen in der therapeutischen Arbeit beschert. Statt sich auf eine zeitliche Perspektive zu beschränken, wie es in manchen Therapieansätzen der Fall ist, versuchen die beiden eine reflexive Beziehung zwischen den drei Dimensionen Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft herzustellen und dabei die unterschiedlichen zeitlichen Horizonte der Klient:innen zu berücksichtigen (vgl. Boscolo & Bertrando 1994: 11). In Anlehnung an diesen Ansatz, sich nicht nur auf die Betrachtung einer Zeitperspektive zu beschränken, sondern die Wechselbeziehung zwischen verschiedenen zeitlichen Aspekten zu berücksichtigen, soll in der hier vorliegenden Arbeit der Begriff „Zeitobjektiv“ als Symbol für die Forscher:innenperspektive verwendet werden.

---

<sup>3</sup> Boscolo und Bertrando fragten „(...) Philosophen, Physiker, Historiker, Anthropologen und Soziologen [was diese] unter Zeit verstanden. Und die Antworten (...) waren völlig unterschiedlich.“ (Boscolo & Bertrando 1994: 10) Neben den systematischen Unterschieden zwischen Professionellen und Patient:innen sind also auch Unterschiede zwischen unterschiedlichen Professionellen in deren Zeitkonzipierungen zu finden.

## 2.4 Chronische Krankheit

---

„Die Zeit spielt für Krankheit eine besondere Rolle. Sie ändert die Krankheit, aber auch das Bewusstsein des Kranken. Chronische Krankheiten verändern den Menschen.“  
(Fischer 2018: 373)

---

Von der vorgenannten Perspektive auf die Zeit in der Gesundheitsförderung lässt sich der Blick nun auf die Zeitlichkeit der Krankheit richten. Bei der Frage nach dem Umgang mit Krankheit wird die Unterscheidung zwischen chronischer und akuter Erkrankung relevant.

Im Gegensatz zu Akuterkrankungen werden chronische Krankheiten als nicht heilbar verstanden - Chronic illness [...] is here to stay (Strauss & Glaser 1984: 7) - und beeinflussen so das gesamte weitere Leben. Neben dieser sehr stark vertretenen Auffassung, existieren auch andere Perspektiven auf chronische Krankheit. Bruno Hildenbrand führt die Denkmöglichkeit über die Chronizität als eine Stagnation des Werdens an (vgl. Hildenbrand 2000: 17, 2019: 179) Folglich kann diese genau dann zu einem Wendepunkt werden und zu einem Mehr an Lebensqualität und Gesundheit führen, wenn sie die Betroffenen zu relevanten Lebensveränderungen anregt (vgl. Hildenbrand 2011). Viktor von Weizsäcker wiederum versteht Krankheit nicht als Defizit sondern als eine Weise des Menschseins, was das Kranksein mit einem interpretierbaren Sinn verknüpft (vgl. Weizsäcker 1956: 6 f.).

Chronische Erkrankungen nehmen Einfluss auf die Biografie und Identität der Betroffenen (vgl. Raspe 2011: 5; vgl. Haslbeck & Schaeffer 2007: 85). Der sonst zeitlich befristete Status der Kranken- bzw. Patient:innenrolle, der die akut erkrankte Person vorübergehend von gesellschaftlichen Aufgaben entpflichtet und wiederum zu Mitwirkung an der eigenen Genesung verpflichtet (vgl. Parson 1964), endet nicht, sondern begleitet die Betroffenen fortan. Um die verschiedenen Phasen einer chronischen Krankheit zu bewältigen, wird ein Management und eine Steuerung zahlreicher Herausforderungen erforderlich. Dabei sind die Beschwerden selten auf körperliche begrenzt (vgl. Schaeffer & Haslbeck 2016: 244). Per se ist eine Partizipation der Betroffenen an der Gesellschaft zwar weiterhin möglich, jedoch in anderem Maße und auf andere Weise mittels neuer Strategien, sowohl seitens der Gesellschaft (vgl. Schaeffer 2004; Pieper & Haji Mohammadi 2014: vgl.; vgl. Anders & Klein

2016) als auch seitens der Betroffenen (vgl. Schaeffer & Haslbeck 2016; vgl. Schaeffer & Moers 2008). In diesem Zusammenhang sind die Eigenzeiten und -rhythmen die mit einer chronischen Krankheit einhergehen von hoher Relevanz für die Handlungslogik im Umgang mit der Krankheit.

Anzumerken ist, dass in der hausärztlichen Versorgung die Patient:innen zunächst in Akutsituationen kommen und nach erfolgreicher Behandlung auch eine Weile lang nicht mehr bei ihrem Hausarzt bzw. ihrer Hausärztin erscheinen. Das heißt, dass die Langzeitbehandlung im Prinzip bereits in einer Phase startet, in der die Gesundheit noch im Vordergrund steht und sich möglicherweise erst durch gehäufte Befindlichkeitsstörungen über die Dauer eine Chronifizierung von Krankheit abbildet. Insofern zeichnet sich das hausärztliche Setting dadurch aus, dass verschiedene Zeitperspektiven latent präsent sind, ein Aspekt, der bspw. nicht im Krankenhaussetting oder in der gebietsärztlichen Versorgung ausgeprägt ist.

#### *2.4.1 Krankheitsverlauf*

Das Trajektmodell nach Corbin und Strauss (vgl. Corbin & Strauss 1985) beschreibt die Verlaufskurve, die eine chronisch erkrankte Person in ihrer Bewältigung hinsichtlich „physischer, sozialer und emotionaler Aspekte“ (Corbin & Strauss 1985: 227) durchläuft und weist auf eine besondere Eigendynamik hin, die sich aus dem nicht vorhersehbaren Wechsel aus krisenförmiger Zuspitzung, Restabilisierung und erneuter Destabilisierung ergibt. Insgesamt ist der Verlauf dabei spiralförmig abwärts gerichtet (vgl. Schaeffer & Moers 2008: 8f.). Erkrankte sowie Angehörige und Gesundheitsprofessionen sind gemäß ihrer unterschiedlichen Situationseinschätzungen, Annahmen und Orientierung, in ihrer Bewältigung und Anpassung gefordert (vgl. Schaeffer & Haslbeck 2016: 245; vgl. Schaeffer & Moers 2008: 8 f.). Diese Komplexität erfordert eine „multiprofessionelle koordinierte Versorgung“ mit „sorgfältig aufeinander abgestimmten langfristigen Hilfen“ (Schaeffer & Haslbeck 2016: 245), die wiederum auf den Krankheitsverlauf zurückwirken (vgl. Schaeffer & Moers 2008: 8f.).

#### 2.4.2 *Eigenlogik des Patient:innenhandelns*

Im Vorfeld einer Diagnose, während eines meist längeren Vorlaufes und schleichenden Beginns einer chronischen Krankheit, tendieren Betroffene eher zu Verleugnungen oder dem Verharmlosen der Symptome. Diese kognitive Vermeidung gleicht einem Abwarten. Kommt es dann zu einer Diagnose, kann diese als Erleichterung und zugleich als Schock erlebt werden und zunächst zu Orientierungslosigkeit führen (vgl. Schaeffer & Haslbeck 2016: 246f.). In der anschließenden Phase der Restabilisierung steht die physische Genesung und die Rückkehr in ein zufriedenstellendes, funktionierendes Leben im Fokus. Das Bemühen um Genesung ist groß, das Krankheitsmanagement gleicht dem einer Akuterkrankung (vgl. Schaeffer & Haslbeck 2016: 246f.). Im weiteren Auf und Ab des Krankheitsverlaufs erkennen Patient:innen allerdings die Chronizität ihrer Erkrankung und das „Verhältnis (...) zum Gesundheitssystem verändert sich: Es wird nüchterner“ (Schaeffer & Haslbeck 2016: 248), im Sinne eines erlebten Mangels an Unterstützung und der eigenen Ahnungslosigkeit gegenüber der Krankheit und dem Krankheitsmanagement (vgl. Schaeffer & Haslbeck 2016: 248).

Der Rolle der Erkrankten wohnt allerdings eine Mehrdeutigkeit inne, da sie aufgrund akuter und nicht akuter Krankheitsphasen bedingt gesund und nur teilweise in ihrer „Autonomie, Handlungsfähigkeit und ihren sozialen Teilhabemöglichkeiten eingeschränkt [sind]“ (Schaeffer & Moers 2008: 12).

„(...) [W]ie alle Verlaufskurven weisen auch chronische Krankheiten eine kaum vorhersehbare und nur schwer zu kontrollierende Eigendynamik auf, die zwischenzeitlich Prozesse des Erleidens und Ausgeliefertseins erzeugt, bestenfalls konditionell gesteuertes Agieren erlaubt und kaum aktiv steuerndes Handeln ermöglicht (Schütze 1981; Strauss 1993). Doch ähnlich wie auch Nicht-Kommunikation eine Form der Kommunikation darstellt, stellen auch konditionell gesteuertes Agieren, reaktives Handeln und passives Erleiden Formen des Handelns dar, beeinflussen den Verlauf der Ereignisse und sind daher in die Betrachtung einzubeziehen.“ (Schaeffer & Moers 2008: 11)

Schaeffer und Moers verweisen darauf, dass Behandler:innen einer anderen Handlungslogik folgen als Patient:innen (vgl. Schaeffer & Moers 2008: 10), da sich die Logik der Patient:innen über das Krankheitserleben hinaus auch auf das eigene Leben bezieht (vgl. Schaeffer & Moers 2008: 17 f.). In den Bewältigungsstrategien, auch als „Chronosmanagement“ (vgl.

Berger 2018) beschrieben, finden sich Wünsche und Hoffnungen der Erkrankten auf Lösungen für ihre Zukunft. Eine Begegnung zwischen Ärzt:in und Patient:in kann dabei einen Unterschied zwischen Vorher und Nachher bedeuten, wenn neben Krankheitsthemen auch Lebensthemen berücksichtigt und wertgeschätzt werden (vgl. Berger 2018: 400). Da die Leistungen, die ein Mensch erbringt, um sich gesund zu erhalten, hauptsächlich außerhalb der Begegnung zwischen Ärzt:in und Patient:in bewerkstelligt werden, stellt sich die Frage nach der Bedeutung der Reflexion der Phasen zwischen den vergleichsweise kurzen Konsultationsmomenten in bspw. dafür passenden Gesprächsformaten (vgl. Berger 2018: 401 f.).

### *2.4.3 Angehörige als Versorger:innen*

Chronische Krankheiten, die oft jahrzehntelang Zuhause bewältigt werden, stellen „eingefahrene Routinen und Interaktionsmuster in Frage“ (Schaeffer & Haslbeck 2016: 245), wobei die Familien, die die zentralen Hilfeinstanzen außerhalb des Versorgungswesens darstellen, eine enorme Anpassungsleistung zeigen, Rollen umschichten und sich ungewohnter Aufgaben annehmen, gleichzeitig aber auch zu Überforderung neigen, insbesondere in späten Krankheitsstadien, wenn die erkrankte Person pflegebedürftig wird (vgl. Schaeffer & Haslbeck 2016: 245).

Familien und Angehörige „stellen weite Teile der Versorgung sicher, werden aber im Gesundheitssystem oft weniger als Ressource, sondern eher als Störfaktor wahrgenommen“ (Schaeffer & Haslbeck 2016: 246).

„Betrachtet man die Strategien im Zeitverlauf [sic!, JG] wird sichtbar, dass sie nicht gleichförmig sind, sondern sich im Verlauf des Krankheitsgeschehens verändern. (...) Faktisch kann das Leben mit chronischer Krankheit daher als ein den Erkrankten abgetrotzter Lernprozess konzeptualisiert werden, im Zuge dessen auch die Bewältigungsbemühungen angepasst und modifiziert werden müssen.“ (Schaeffer & Moers 2008: 13)

An dieser Stelle sei die Rolle der Familie als wichtige Versorger betont, was bspw. insbesondere in Mehrgenerationenzusammenhängen gewahrt wird und im Aspekt der Zeit als Veränderung dieser Zusammenhänge, weg von der Institution Familie hin zu staatlichen Versorgern, bspw. Pflegeeinrichtungen. Die Zeitdimension ließe sich auch im qualitativen



Unterschied zwischen ambulanten Versorgenden und Familie erkunden. Während die ambulante Versorgung durch institutionelle Strukturen klaren Zeitvorgaben folgt, sind für den familiären Kontext, die Pflege durch Angehörige, keine eindeutigen Trennlinien zwischen Zeiten innerhalb und außerhalb des Versorgungsgeschehens zu vermuten. Insofern könnte Bedeutung von Zeitgrenzen bzw. der Definition und Wahrnehmung von Zeiträumen (bspw. der Pausenbegriff) einen Einfluss darauf haben, wie Versorgungsprozesse erlebt werden, bspw. ob Begegnungszeiten zwischen Versorger:innen und Patient:innen als vereinzelt oder zusammenhängend, sporadisch oder dicht aufeinanderfolgend, lang oder kurz, etc. erlebt werden. Eine weitere Frage bei chronischer Erkrankung ist bspw. auch, über welchen Zeitraum hinweg ohne oder aber mit der Form der ambulanten Hilfe die Lebensführung begleitet werden kann und soll.

Es lässt sich festhalten, dass chronische Krankheiten mit einer Verlaufskurve einhergehen, die bei den Erkrankten eine andere Handlungslogik hervorbringen kann als bei den Nicht-Erkrankten. Im Zuge des langfristigen, regressiven Krankheitsverlaufs wird der Einbezug der Angehörigen in die Versorgung der erkrankten Personen zunehmen erforderlich, was die Komplexität von Abstimmungsprozessen erhöht.

Während in Kapitel 1 das Phänomen Zeit allgemeiner und theoretisch fundiert betrachtet wurde, erfolgte in Kapitel 2 eine Einbettung dieser Thematik in den Kontext der medizinischen Versorgung und es wurden bedeutsame Aspekte der Zeit im Umgang mit Krankheit sowie die Zeitlichkeit von Krankheit herausgestellt. Im Zuge der thematischen Eingrenzung des Forschungsfeldes auf die hausärztliche Versorgung von Menschen mit Demenz, wird nun in Kapitel 3 das Krankheitsbild hinsichtlich seiner zeitlichen Aspekte genauer erkundet und anschließend in Kapitel 4 zentrale Aspekte der hausärztlichen Versorgung von Menschen mit Demenz beschrieben.

### 3 Zeit im Kontext der Demenz

---

„Demenz führt zu einer Schwächung der Ressourcen durch Vergessen; gleichzeitig aber können neue Ressourcen aus alten Quellen entstehen.“  
(Stoffers & Fooker 2016: 37).

---

In diesem Kapitel soll es darum gehen, die Symptomatik des Vergessens, die im Zuge der Demenzerkrankung auftritt, als einen spezifischen Zeitaspekt dieser chronischen Krankheit zu erkunden. Begonnen wird mit einem Überblick über verschiedene Demenzkonzepte und damit verbundene defizit- und ressourcenorientierte Perspektiven auf die Krankheit und das Vergessen. Weiterhin wird die Zeitkompetenz von Menschen mit Demenz genauer beleuchtet, um anschließend zu erläutern, welche Konsequenzen diese veränderte Zeitkompetenz auf Abstimmungsprozesse bei und mit Menschen mit Demenz hat. Abschließend ist ein Kapitel der Frage nach der „zeitgerechten“ Diagnose gewidmet, da die Diagnose einer Demenz, je nachdem, wann sie gestellt wird, mit Belastung oder mit Erleichterung der Patient:innen und deren Angehörigen einhergehen kann.

#### 3.1 Demenzkonzepte

---

„Wenn der Mensch sich aber vor allem über rationales und logisches Denken definiert, hat dies gravierende Folgen für die, die zu analytischem, schlussfolgerndem und logische Operationen vollziehendem Denken nicht fähig sind, z.B. demenzkranke und auch geistig behinderte Menschen. Ihnen nimmt die Demenz dann alles, was sie als Mensch ausmacht.“  
(Stoffers & Fooker 2016: 29)

---

Eine umfassende Schilderung kulturabhängiger Konzepte über die Demenz finden sich in Doris Nepperts Dissertationsschrift „MigrantInnen und Demenz-Ressourcen, Belastungen und Krankheitskonzepte“ (2010). Darin erläutert die Autorin unter anderem verschiedene

Erklärungsmuster in Bezug auf Demenz und die daraus hervorgehenden Vorstellungen über die Beeinflussbarkeit der Demenz und der Umgang mit ihr (vgl. Neppert 2010).

In westlichen Industrieländern herrscht das Konzept der Demenz als Krankheit vor, das die Ursachen aus biomedizinischen (neurologische Degeneration, Erblichkeit), psychosozialen (Stress, Traumata) oder verhaltensbezogenen (Ernährung, Alkohol) Ansätzen herleitet (vgl. Neppert 2010: 57 ff., 68). Die Vorstellung über die Beeinflussbarkeit der Erkrankung ist an medizinische Zusammenhänge geknüpft und zielt ab auf die Vermeidung von Faktoren, die die Krankheit hervorrufen, begünstigen oder beschleunigen, was wiederum die Inanspruchnahme professioneller Hilfe zu Folge hat (vgl. Neppert 2010: 68).

Demenz wird oft tabuisiert, Hilfestellungen und Unterstützung werden von den Betroffenen aufgrund von Schamgefühlen und Vertuschungsintention nur selten in Anspruch genommen, was unabhängig davon zu sein scheint, ob die Krankheit in psychosozialen bzw. verhaltensbezogenen Ursachen begründet verstanden wird oder einem biomedizinischen Erklärungsmodell gefolgt wird (vgl. Neppert 2010: 68). Im Kontext des Alterungsprozesses wird Demenz auch als Teil des normalen Alterns beschrieben und erhält die Charakterisierung als „zweite Kindheit“ (vgl. Neppert 2010: 68). Aufgrund eingeschränkter Handlungsvermögen, der Abhängigkeit von anderen und aufgrund auftretender Unvernunft wird „das Verhalten der Betroffenen mit dem Verhalten und den Entwicklungsprozessen in der Kindheit gleichgesetzt – nur in umgekehrter Richtung.“ (Neppert 2010: 60) Der fehlenden Beeinflussbarkeit dieses Prozesses wird vonseiten der Betroffenen mit Akzeptanz begegnet, und es erfolgt nur wenig Inanspruchnahme von Hilfe (vgl. Neppert 2010: 68).

Weiterhin beschreibt Neppert das Konzept eines Sinns hinter der Demenz, ein Konzept, dass das Phänomen Demenz als Gottes Wille, als Vorbereitung auf den Tod oder als Abgrenzung bzw. Rückzug der Älteren erklärt und dessen Beeinflussbarkeit sich auf den subjektiven Lebensweg ausrichtet, sodass die Akzeptanz der Betroffenen in den Vordergrund rückt und eine Inanspruchnahme von Hilfe nur wenig erfolgt (vgl. Neppert 2010: 68). Auch der deutsche Theologe und Soziologe Reimer Gronemeyer unterstreicht diesen Ansatz in seinem sozial- und gesellschaftskritischen Buch „Das 4. Lebensalter: Demenz ist keine Krankheit“, in welchem er Menschen mit Demenz als Flüchtlinge aus unserer Gesellschaft bezeichnet und auf die Erfordernis neuer Wege im Umgang mit Betroffenen hinweist (vgl. Gronemeyer 2013).

Eine philosophisch umfassende Perspektive auf Demenz im Kontext der Medizin erhält man in Günter Meyers Dissertation über „Das Krankheitskonzept Demenz in der Medizin der deutschen Romantik“ (2014). Die Romantik identifiziert der Autor als eine Epoche, die die Geburtsstunde der Psychiatrie darstellt (vgl. Meyer 2014). Interessant ist Meyers Blick auf das Vergessen in der Literatur, verstanden als Kernsymptomatik der dementiellen Veränderungen (vgl. Meyer 2014: 248ff.). Meyer verdeutlicht, dass Erinnerung und Vergessen nicht selbstverständlich als Widerspruch vorauszusetzen sind und verweist auf die Verknüpfung des Vergessens „(...) in der romantischen Vorstellung (...) mit dem Wunsch (...), an eine andere, schönere Erinnerung zu gelangen“ (Meyer 2014: 248).

„Durch diese Sinnggebung wird impliziert, das Vergessen sei ein bewusster Akt des Gedächtnisses. Eine Haltung, die sich bis in die heutige Demenzdiskussion beobachten lässt, wenn man sich beispielsweise die Äußerungen von Tilman Jens vergegenwärtigt, die Demenz seines Vaters sei wie eine Metapher für eine gezielte Verdrängung der nationalsozialistischen Vergangenheit anzusehen [...] als Ausdruck für ungeklärte biografische Aufgaben“ (Meyer 2014: 253 f.)

Der historische Überblick verdeutlicht, „(...) dass die Geschichte der Demenz lange vor ihrer lateinischen begrifflichen Überlieferung beginnt“ (Meyer 2014: 39). Die Konzepte von der Demenz als Krankheit, als Sinn, als natürlicher Teil des Alterns sowie als psychische Krankheit (vgl. Neppert 2010) finden Ausdruck in folgenden historisch gewachsenen Perspektiven auf die Erkrankung: Demenz als Säfte-Ungleichgewicht (Platon, Aristoteles), als Strafe für Sünde (mittelalterliches Christentum), als Alterssenilität (Renaissance) und als Paralyse des Geistes (17. Jahrhundert) (vgl. Meyer 2014: 38 ff.). „Mit Alois Alzheimer erfolgte dann eine Wende in der Erforschung der Demenz. [...] Seit 1980 fungiert der Begriff Alzheimer-Demenz für die primär degenerative Demenz und ist entsprechend im ICD-10 klassifiziert.“ (Meyer 2014: 46 f.) Demenz wird als ein „Zuschreibungsprozess“ (Trescher & Hauck 2016: 303) deutlich, der eine Auseinandersetzung mit derselben erfordert (vgl. Trescher & Hauck 2016: 311).<sup>4</sup>

„Im gegenwärtigen (auch sozialwissenschaftlichen) Diskurs gilt ‚Demenz‘ vor allem als medizinisches Phänomen, welches aufgrund von hirnorganischen Abnormitäten zutage tritt

---

<sup>4</sup> Die Diagnose als eine Zuschreibung setzt voraus, dass die unterschiedlichen Konzeptionen im Laufe der Geschichte auf das gleiche Phänomen verweisen. Zudem wäre auch vorstellbar, dass sich im Laufe der Entwicklung der Gesellschaft die Krankheitserscheinung selbst gewandelt hat.

(vgl. Kitwood 2008: 41).“ (Trescher 2015: 217) Das Wort Demenz (de = ohne, mens=Denkvermögen) rückt den Aspekt der mangelnden kognitiven Leistungsfähigkeit als wesentliches Merkmal der Erkrankung in den Vordergrund (vgl. Stoffers & Fooker 2016: 9) und lässt sich als eine Projektionsfläche für die jeweils vorherrschenden Versagens- und Verlustängste einer Gesellschaft deuten (vgl. Müller-Hergl 2014: 26). Die Versorgungsstrukturen, die für den defizitären Blick auf die Demenz geschaffen wurden, tragen auch dazu bei, dass diese defizitäre Perspektive reproduziert wird (vgl. Trescher 2015: 218) und es kann geschlussfolgert werden,

„(...) dass es, entgegen vorherrschender Betrachtungsweisen, keine ausschließlich von der Natur erzeugte bzw. von der Natur abhängige Demenz gibt, sondern diese selbst sowie auch der jeweilige Entwicklungsverlauf in enger Wechselwirkung mit den je konkreten Lebensbedingungen zu betrachten sind.“ (Trescher 2015: 222 f.)

„So wurde bereits durch die vielzitierte „Nonnenstudie“ aus den 1980er Jahren (vgl. Snowden 2002) nachgewiesen, dass Merkmale einer ‚Demenzerkrankung‘ auch unabhängig von medizinisch nachweisbaren Beschädigungen der Gehirnstruktur vorliegen können, während stark veränderte Gehirnbefunde umgekehrt auch (posthum) bei Probandinnen der Studie festgestellt wurden, die zuvor keinerlei ‚Demenzsymptome‘ zeigten.“ (Trescher 2015: 223)

Die Vielfalt, die Kontextgebundenheit und Wandelbarkeit der Demenzkonzepte verdeutlicht zwei wesentliche Aspekte: 1) Das Gefühl, die Krankheit beeinflussen zu können ist abhängig von der individuellen Haltung der betroffenen Person, der Haltung des Primärsystems und der Grundhaltung der Gesellschaft gegenüber der Demenz. 2) Folglich erscheinen die Chancen und Grenzen des Gesundheitshandelns – welches Gesundheits- als auch Krankheitsverhalten umfasst (vgl. Faltermaier 2020) <sup>5</sup>– in der Auseinandersetzung mit Konzepten von und Vorstellungen über die Demenz aktiv gestaltbar.

---

<sup>5</sup> Mit Gesundheitshandeln sind Verhaltensweisen zur Risikominimierung für Erkrankungen und zur Chancenerhöhung für Gesundheit gemeint, während Krankheitshandeln die Maßnahmen bezeichnet, die Personen ergreifen, welche Erkrankungssymptome entwickelt haben (vgl. Faltermaier 2020).

### 3.2 Zeitkompetenz bei Menschen mit Demenz

---

„Ich bin mein früheres Selbst in Zeitlupe – nicht in physischer, aber in geistiger Hinsicht. [...] An manchen Tagen kann ich mich an den Morgen erinnern, an anderen nicht – ein Zugriff auf vergangenes Leben mit wechselndem Erfolg. Das Gedächtnis ist unberechenbar. Manchmal hat man das Gefühl, als ob ein schwarzer Vorhang sich vor die Vergangenheit schiebt. Man lebt ständig in der Gegenwart. Auf der anderen Seite des Vorhangs aber gibt es eine lebendige Vergangenheit, die vor einigen Jahren Realität war. Gestern oder heute, letzte Woche oder die Woche davor sind ausgelöscht.“

(Innensicht einer Betroffenen, Stoffers & Fooker 2016: 170)

---

Die Krankheit Demenz wird im medizinischen Kontext als Syndrom verstanden. Der Begriff steht für die Kombination verschiedener Symptome wie bspw. Gedächtnisverlust und Verhaltensveränderungen, welche ein ganz individuelles Erscheinungsbild mit sich bringen (vgl. Stoffers & Fooker 2016: 7).

„Beeinträchtigt sind das Denken und Rechnen, die zeitliche und räumliche Orientierung, die Sprache, die Auffassungs- und Lernfähigkeit sowie das Urteilsvermögen. Das Denkvermögen, die Fähigkeit zum vernünftigen Entscheiden und Urteilen, die Aufnahme, das Speichern und Wiedergeben von Informationen, Gelerntem und Vertrautem gehen verloren. Persönlichkeitsveränderungen, Enthemmung, Affektlabilität und Kontrollverlust über die Körperausscheidung im fortgeschrittenen Krankheitsstadium zählen zu den weiteren Merkmalen der Krankheit. (Dilling et al. 1993: 60).“ (Radvanszky 2010: 125 f.)

Dadurch wird es zunehmend schwieriger, „Informationen vom Kurz- ins Langzeitgedächtnis zu transportieren“ (Alzheimer Forschung Initiative e.V. 2012: 11). Diese Strukturlosigkeit scheint auch eine Veränderung des Zeitbewusstseins und -erlebens mit sich zu bringen. Eine an Demenz erkrankte Person beschreibt ihre Innensicht wie folgt:

„Es ist enorm kräftezehrend, sich zwischen mehreren unterschiedlichen Bewusstseinshorizonten zu bewegen. Manchmal befindet man sich mehr in der Gegenwart, manchmal mehr in der Vergangenheit, manchmal vermischt sich das auch in einem schwer zu entwirrenden Amalgam von Bezügen.“ (Müller-Hergl 2014: 26)

Der Alzheimer Forschung e.V. beschreibt die Symptomatik als Orientierungsstörungen. „Diese betreffen vor allem Ort (wo bin ich?), die Zeit (welcher Tag ist heute?) und Personen

(wer sind Sie denn?)." (Alzheimer Forschung Initiative e.V. 2012: 12) Menschen mit Demenz lassen sich aus dieser Perspektive als „zeit-verrückt" (Brandt 2016: 23) beschreiben. Im Zuge des krankheitsbedingt veränderten Zeiterlebens und der kognitiven Einschränkungen verändert sich auch die versprachlichte Zeit. Beobachtbar wird dieser Umstand am Durcheinanderbringen von Zeitworten, dem veränderten Lesen bzw. Interpretieren der Uhr (vgl. Busch 2012) oder anhand der Schwierigkeit, den Kalender mitsamt Terminen zu verwalten. Es entstehen zeitliche Unschärfen, „die Spanne, in der zeitliche Kontinuität erlebt wird, [wird zunehmend] kürzer (...)", zeitlich länger Zurückliegendes kann von Aktuellem schwer unterschieden werden, Inhalte, die für aktuelle Situationen nicht bedeutsam sind, können schwer unterdrückt werden, die Zeitdauer ist für an Demenz erkrankte Personen schwer einzuschätzen (vgl. Jost 2003: 163).

Fuchs beschreibt das Vergessen als einen Verlust der „Einheit des Selbsterlebens, die nur als geschichtliche denkbar ist" (Fuchs 1995: 38). Im fortschreitenden Lebensalter werden Erinnerungen in ihrer sozialen Dimension zusammen mit Angehörigen und Freunden als „Erinnerungsgemeinschaft" (Fuchs 1995: 39) zunehmend bedeutsam (vgl. Fuchs 1995: 39) und im Verlauf der Demenzerkrankung können Erinnerungen des Langzeitgedächtnisses „Inseln im Meer des Vergessens" (Fuchs 1995: 39) bilden, die ein Gefühl von Heimat und Vertrautheit erzeugen und im Zuge eines „dementiellen Anachronismus" (Fuchs 1995: 41), der Störung des „Zeitsinns" (Fuchs 1995: 40), selbst zu Gegenwart werden, sodass frühere Lebenswelten reaktiviert werden und Erkrankte plötzlich glauben, „sich in einer früheren Lebenssituation, oder Rolle zu befinden" (Fuchs 1995: 39). Diese Veränderungen äußern sich folglich auch im Verhalten und in den Emotionen der an Demenz erkrankten Personen, nicht zuletzt dann, wenn auch die erkrankte Person ihr normabweichendes Verhalten erkennt (vgl. Alzheimer Forschung Initiative e.V. 2012: 7).

### 3.3 Abstimmungsprozesse bei und mit Menschen mit Demenz

---

„Ich bin völlig anders als Sie. Anders auf eine Art und Weise, die ich nicht beschreiben und Sie nicht völlig erfassen oder verstehen können. Unsere Gehirne unterscheiden sich.“

(Innensicht eines Betroffenen; Stoffers & Fooker 2016: 160)

---

Abstimmungsprozesse und damit die Synchronisation unterschiedlicher zeitlicher Strukturen werden im Verlauf der Demenzerkrankung zunehmend schwieriger bis unmöglich, da es, so beschreibt es der Alzheimer Forschung e.V., der erkrankten Person schwerfällt, Gesprächen zu folgen, sie häufig dieselben Fragen wiederholt und Absprachen nicht einhalten kann (vgl. Alzheimer Forschung Initiative e.V. 2012: 12).

Wenn die zeitliche und rhythmische Anpassung einer Person aufgrund von Störungen nicht mehr gelingt, ist die Anpassungsfähigkeit des Gegenübers gefordert. Die Qualität der Begegnung hängt dann von der Aufmerksamkeit, Empathie und von der Fähigkeit dieses Gegenübers ab, sich auf den Rhythmus der an Demenz erkrankten Person einzulassen (vgl. Luplow et al. 2010: 1). Dies gilt im Prinzip für Interaktionen jedweder Art. Der Diagnose Demenz selbst wohnt bereits schon die Vorannahmen des Gegenübers über diese Asymmetrie der kognitiven Fähigkeiten der Interagierenden inne.

„Ich merke inzwischen sehr genau, dass es ein bestimmtes Reaktionsmuster gibt, in das manche Leute verfallen, wenn sie von meiner Erkrankung erfahren. Sie wenden den Blick von mir ab und richten ihn und ihre Aufmerksamkeit auf die zufällig neben mir stehende Person. Es ist, als würde mich das Wissen um mein Leiden plötzlich unsichtbar machen. [...] Im Gespräch werde ich [zur begleitenden Person]. Ich bin verschwunden!“ (Innensicht eines Erkrankten; Stoffers & Fooker 2016: 158)

Der Ansatz gängiger Interventionsmethoden der Versorgung bezieht sich darauf, die an Demenz erkrankte Person soweit wie möglich in die, für die Nicht-Erkrankten, bestehende Zeitstruktur einzubeziehen. Die Alzheimer Forschung Initiative e.V. (2012) beschreibt die Realitäts-Orientierungs-Übung (R.O.T.), welche im Umgang mit Menschen mit Demenz im Frühstadium der Schaffung einer gemeinsamen Gegenwart dient, indem gegenüber der an Demenz erkrankten Person kontinuierlich wiederholt wird, was ringsherum geschieht (Tag,



Datum, Jahreszeit, Name Patient:in) (vgl. Alzheimer Forschung Initiative e.V. 2012: 51 ff.). Patient:innen werden dadurch in das Hier und Jetzt involviert.

Weitere, stärker am Subjekt orientierte, Anwendungen finden sich im Bereich der wahrnehmungsfokussierten Pflege. Dabei handelt es sich bspw. um die Validation (Erkennen von Gefühlen) das Sensitiv-Training (Sinnesschärfung) und die Reminiszenz (Biografie bezogene Aktivitäten), die sich auf die Feinfühligkeit der Patient:innen beziehen mit dem Ziel einer gemeinsamen Abstimmung. Bei der Reminiszenz stehen insbesondere Themen der eigenen Vergangenheit im Fokus, mit denen sich die Patient:innen identifizieren können (vgl. Alzheimer Forschung Initiative e.V. 2012: 51 ff.). Die Autor:innen dieser Ratgeberliteratur für den Umgang mit an Demenz Erkrankten betonen explizit, sich dem Tempo der Patient:innen anzupassen, um sich derer Wahrnehmung und Möglichkeiten anzunähern (vgl. Alzheimer Forschung Initiative e.V. 2012: 48 ff.).

„Die Kompetenzen, die ein demenzkranker Mensch hat, kommen erst bei genauem Zuhören, bei längerem Verweilen in den Blick, vor allem außerhalb funktionaler Anliegen. (...) Langsamkeit, entspannte Haltung und eine genaue Wahrnehmung erleichtern die erwünschte Parallelisierung und Synchronisierung, besonders im körpersprachlichen Bereich (...).“ (Müller-Hergl 2014: 28)

In einem sozialpädagogischen Ansatz zu dem Umgang mit Menschen mit Demenz betonen die Autor:innen unter anderem die Notwendigkeit, ein anderes Verständnis von Demenz zu entwickeln, dabei das Subjekt wieder in den Vordergrund der Betrachtungen zu rücken und das eigene Handeln zu reflektieren (vgl. Trescher & Hauck 2016). Fuchs beschreibt das Potenzial subjektbezogener Umgangsformen, deren Ziel es ist, „im Kranken nicht das Erleben der Inkongruenz zu seiner Umgebung noch zu verstärken, sondern das der Kongruenz (...)“ (Fuchs 1995: 41). Die kann bspw. erzielt werden mittels „Erinnerungstherapie“ (Fuchs 1995: 40), die ein Sprechen über Erinnerung in Gruppen beinhaltet, oder „Selbsterhaltungstherapie“ (Fuchs 1995: 40), die eine gezielte Reaktivierung biografischer Erinnerungen, ggf. durch bestimmte Sinnesreize bedeutet und eine Methode darstellt, die sich auch in den alltäglichen Umgang integrieren lässt (vgl. Fuchs 1995: 40 f.). Jost (2009) thematisiert die Bedeutung von Abstimmungsprozessen im Rahmen der Pflege von Menschen mit Demenz. Die Autorin verdeutlicht die Herausforderung der helfenden Personen, einerseits eine führende Rolle einnehmen zu müssen, und andererseits den Patient:innen mit ihren vorhandenen Ressourcen wertzuschätzen und ihren Handlungen

nicht übergriffig einzuschränken. Das Potenzial zum Gelingen sieht sie in der zeitlich gut abgestimmten, gezielt angebrachten Hilfestellung (vgl. Jost 2009: 3 f.). „Es gilt Behandlungsmethoden zu entwickeln, die größten Wert auf Synchronisation legen.“ (Jost 2003: 159) Jost hebt für den Umgang mit Menschen mit Demenz hervor, dass es wichtig sei, a) stark beschleunigte Umgebungen als nicht förderlich zu identifizieren, b) Zeitkompetenzen der Versorgenden zu fördern, c) therapeutische Interventionen zu wählen, die zur zeitlichen Restrukturierung beitragen, d) angemessen zwischen Anregung und Entspannung zu wechseln, um Lernerfahrung bestmöglich zu unterstützen, e) Handlungen in immer kleinere Sequenzen zu unterteilen (da die Gegenwartszeitspanne der Erkrankten abnimmt), f) Biografiebezüge herzustellen, g) zeitlich gleichbleibende Rituale zu nutzen und g) Visualisierungen und Kommunikation gut aufeinander abzustimmen (vgl. Jost 2003: 164 ff.). Für die Forschung und Praxis ergibt sich daraus gleichermaßen, „dass eine zeitliche Analyse der Interaktion mit dementen Menschen nicht nur einen neuen Argumentationszusammenhang bietet, sondern auch dazu beitragen kann, Beobachtungen zu verfeinern und neue Fragestellungen zu entwickeln“ (Jost 2003: 164).

Die Krisen im Alltag, so Radvansky (2010), fordern den Angehörigen Geduld ab. „[Äußerungen über die] (...) radikale Veränderung von Zeitbezügen (...) [wie] ‚ich denke nicht an morgen‘ oder ‚ich kann nichts planen‘ verweisen auf [den Umgang mit dem progressiven Krankheitsverlauf].“ (Radvanszky 2010: 132) Das Leben reduziert sich auf den gegenwärtigen Moment und das örtliche Hier sowie die idealisierte Bilanzierung der biografischen Vergangenheit (eine „gute“ Zeit gehabt zu haben) kann einem drohenden Abbruch der Interaktionsbeziehung entgegengesetzt werden (bspw. diese „gute“ Zeit mit dem Ehepartner „einfrieren“ zu wollen) (vgl. Radvanszky 2010: 132). „[Den Angehörigen] kommt nun immer mehr die Aufgabe zu, die Gemeinsamkeit der Vergangenheit stellvertretend für den Kranken zu bewahren, dem sie nach und nach verlorengeht.“ (Fuchs 1995: 41) Dies erzeugt eine Ambivalenz zur Gegenwart, die den Angehörigen eine Gestaltung der neuen Beziehungsform abfordert (vgl. Fuchs 1995: 42). „Die veränderte Stellung der Partner zueinander berührt Fragen der Gleichberechtigung, der Alltagsorganisation und der Macht.“ (Stoffers & Fooker 2016: 59) Letztlich ist der gesunde Partner zunehmend allein gefordert, wichtige Entscheidungen zu treffen (vgl. Stoffers & Fooker 2016: 58). Ambivalente Verhaltensmuster der Angehörigen erklären Stoffer und Fooker durch ein Hin und Her Schwanken in der Deutung des eigenen Verhaltens, entweder

als Ehepartner oder als pflegende Person. So kann bspw. die Übernahme der sonst vom erkrankten Partner geführten Haushaltsfinanzen zwar eine Entlastung im Kontext der Krankheit sein, auf Ebene der Paarbeziehung jedoch als unbefugter Eingriff empfunden werden und zu Schuldgefühlen des gesunden Partners führen (vgl. Stoffers & Fooker 2016: 61 f.). Die gemeinsame Paargeschichte mitsamt der dazugehörigen Beziehungssymbolik schwindet Stück für Stück und damit auch die bisherige Form der Partnerschaft, was sich in Entfremdungsgefühlen oder auch einem gesteigerten Nähebedürfnis von einem oder beiden Eheleuten äußern kann (vgl. Stoffers & Fooker 2016: 58). Bei (Enkel)Kindern kann die Pflege der an Demenz erkrankten (Groß)Eltern je nach der vormals erlebten Beziehungsgestaltung zu „unstimmig-paradoxen Beziehungsmustern“ [oder auch] zu einem radikalen Bruch in ihrer eigenen Lebensgeschichte“ (Stoffers & Fooker 2016: 68) führen. Dies kann auch durch Unerledigtes oder Unbewältigtes in der gemeinsamen Erinnerung als Konflikt, der nicht mehr ausgetragen werden kann, in Schuldgefühlen und Vorwürfen münden (vgl. Fuchs 1995: 42).

Angehörige entwickeln verschiedene Strategien, um den Alltagsablauf zu renormalisieren (vgl. Newerla 2012: 24) und als Stellvertretende der an Demenz erkrankten Person stets deren verbleibende Anteile des Selbst aufrechtzuerhalten (vgl. Fontana & Smith 1989: 45).

„[Die Angehörigen] sind diejenigen, die versuchen, ihren eigenen Alltag an die veränderte Situation anzupassen. Neue Routinen, Rituale und Rollen müssen gefunden werden, die die Brüche in den Handlungsroutinen des von einer Demenz betroffenen Menschen kompensieren können. Die Wiederherstellung der Alltagsroutine ist deshalb so wichtig, weil sie den Betroffenen wieder Sicherheit und Vertrauen – und somit Stabilität – im Handeln geben können. Hierin zeichnet sich ab, dass die durch eine Demenz bedrohte Stabilität des Alltags durch neue Formen der Routine ausgeglichen werden müssen. Die Angehörigen von Menschen mit Demenz versuchen, genau diese neue Alltagsroutine tagtäglich aufrechtzuerhalten, um das eigene Sicherheitsgefühl sowie des Angehörigen mit Demenz zu erhalten. Durch den gleich ablaufenden Alltag wird es für die Angehörigen wieder möglich, bestimmte Verhaltensweisen wieder vorherzusehen, wodurch die Handlungssicherheit – zumindest in einem begrenzten Rahmen – wiederhergestellt werden kann. Für Menschen mit Demenz sind Routinen deshalb so wichtig, weil sie die eigene Identität aufrechterhalten können. Denn Brüche der Alltagsroutine können auch Selbstzweifel nach sich ziehen, beispielsweise wenn in einer Paarbeziehung die eigene Identität durch entstandene Konflikte infrage gestellt wird.“ (Newerla 2012: 24)

Demenz lässt sich daher als Familienkrankheit verstehen, denn sie wirkt sich, so Radvansky, enorm belastend auf die betreuenden und pflegenden Angehörigen aus und gleichzeitig wird

auch das Krankheitsgeschehen von den vorhandenen Beziehungsmustern und -strukturen beeinflusst (vgl. Radvanszky 2010: 127). Diese Herausforderung geht auch zugleich mit einer Chance einher, ein neues Beziehungsgleichgewicht entwickeln zu können (vgl. Becker et al. 2018: 123). Dies kann für die Partnerschaft gelten: „Der Befund Alzheimer brachte wieder Frieden in die Beziehung. (...) Als sie 2004 erfuhr, er leide unter Alzheimer, zog es ihr den Boden unter den Füßen weg – doch gleichzeitig kam wieder etwas ins Gleichgewicht. Sie fand ihre Liebe wieder.“ (Sicht einer Ehefrau) (Bode 2014: 77). Und es kann auch für die Eltern-Kind-Beziehung Bestand haben: „Ich sage Mutter immer wieder, wie sehr ich sie liebe. Ich habe gelernt, sie so anzunehmen, wie sie ist, und längst meinen Frieden mit ihr gemacht. Die früheren Differenzen, Konflikte und Verletzungen sind dem Gefühl großer Liebe gewichen.“ (Sicht einer Tochter) (Stoffers & Fooker 2016: 169)

### 3.4 „Zeitgerechte“ medizinische Diagnose

---

Oft ist „[d]ie Diagnose „Demenz“ (...) keine Bring-, sondern eine Holdiagnose. Nur selten berichten Patienten von sich aus über Gedächtnisstörungen oder damit assoziierte Probleme der Alltagsbewältigung. Vielmehr sind es Angehörige, die über Gedächtnisstörungen oder Verhaltensstörungen der Patienten berichten – manchmal gegen den Willen des Betroffenen.“  
(Mann 2010: 421)

„Der Schock trifft! Manch einer hat es wohl schon geahnt und erwartet. Den anderen trifft es ganz unvorbereitet – so, wie mich damals. Wie auch immer, nun steht es scheinbar schwarz auf weiß im Raum: Alzheimer.“  
(Zimmermann 2017: 26)

---

Medizinische Diagnosen sind bedeutsam, denn sie können Erkrankte zu offenkundig Anderen werden lassen, was sich auch auf die Beziehung zu den Angehörigen auswirkt (vgl. Radvanszky 2010: 132). „Der Begriff ‚Andersartigkeit‘ soll verdeutlichen, dass die Betrachtung des Themas Demenz immer auch eine Betrachtung der eigenen Gesellschaft und ihrer modernen Subjekte darstellt.“ (Newerla 2012: 19) Vor dem Hintergrund der Ausgrenzung der erkrankten Person als „andere“, kann eine Diagnose stigmatisieren und emotional belasten, denn „kognitive Fähigkeiten gehören zu den Kernwerten moderner Gesellschaften“ (Newerla 2012: 19). Sie kann aber auch zu einer Entlastung, Normalisierung und vermeintlichen Lösung eines „Rätsels“ führen, handlungsleitend wirken und Evidenz schaffen trotz verbleibender Uneindeutigkeit aufgrund des als diffus wahrgenommenen Krankheitsbildes (vgl. Radvanszky 2010: 135 f.). Sie kann daher „die historische Schnittstelle und der Knotenpunkt in der Frage nach der Verantwortung“ (Radvanszky 2010: 136) darstellen. In modernen Gesellschaften führt die, durch eine Diagnose explizite, Zuschreibung „krank“ zu veränderten gesellschaftliche Rollenerwartungen. Parsons (1964) beschreibt diese als Entbindung der erkrankten Person von der Verantwortung für ihre jeweilige Unfähigkeit und die Legitimierung sowie Erwartung der Inanspruchnahme von Hilfe zur Überwindung der Krankheit (sofern möglich). Zudem ist sie, so Parsons, eine Befreiung der erkrankten Person von ihren üblichen Rollenverpflichtungen und Aufgaben, je nach Art, Dauer und Schwere der Krankheit. Weiterhin wirkt sie als eine Legitimation des

Krankseins, jedoch auch mit der Erwartung um Genesungsbemühungen, sowie die Verantwortung der erkrankten Person, im Falle nicht erwartbarer Besserung, sich entsprechende Hilfe bei den zuständigen medizinischen Instanzen zu holen (vgl. Parsons 1964: 345). Dies erscheint im Kontext von Akuterkrankungen plausibel. Doch wie verhält es sich bei einer chronischen Erkrankung wie der Demenz? Das medizinische Konzept über die Alzheimer-Demenz als ein biologisch-objektives Faktum zieht eine

„(...) Objektivierung der Defizite des Patienten (...) [nach sich], [löst] die Frage nach der Verantwortung [auf] und [bricht] die persönliche Biographiearbeit [sic!, JG] des Erkrankten [ab].[...] Eng damit verwoben ist der gemeinhin akzeptierte und als zwingend erachtete theoretische und empirische Schluss einer Asymmetrie der Beziehung zwischen ‚dem Gesunden‘ und ‚dem Kranken‘ – im vorliegenden Fall zwischen ‚dem Bewussten‘ und ‚dem des Bewusstseins verlustig Gegangenen‘. Es ginge darum, diesen Sachverhalt zu problematisieren und in das begriffliche Verständnis von ‚care‘ einzubeziehen, da andernfalls die komplexen Austauschprozesse der Handelnden, die Wirklichkeitskonstruktionen und Interpretationsvorgänge aus dem Blickfeld geraten. (Radvanszky 2010: 127 f.)“

In der Interaktion mit an Demenz erkrankten Personen besteht die Annahme,

„(...) dass beim Erkrankten ein ‚Subjektzerfall‘ stattfindet und der lebenslange Identitätsbildungsprozess abgebrochen wird, beziehungsweise gemessen an gängigen Alltagskriterien eine radikale regressive Richtung nimmt. Die Beschreibungen der Angehörigen ‚wie früher mit Kindern‘ und das ‚Denken für zwei‘ mögen dem Ausdruck verleihen. Die Beziehungs- oder (eheliche) Partnerschaftsstruktur erfährt eine tiefgreifende Störung. Handlungskompetenz und Handlungskapazität des Erkrankten fallen (allmählich) weg, bestimmte Aufgabengebiete, wie die finanzielle und gesellschaftliche Existenzerhaltung werden nicht mehr übernommen und der Erkrankte wird aus bestimmten Rollen herausgedrängt (Gerhardt 1986).“ (Radvanszky 2010: 129)

Verlässt man das medizinische Modell dann, so stellt Radvansky (2010) fest, lässt sich hinterfragen, ob der Rückgang kognitiver Fähigkeiten auf rein organische Ursachen zurückzuführen ist, denn während einige Identitätsmerkmale der erkrankten Person verfallen (bspw. Rollen oder Lebensalter), bleiben andere erhalten oder verfestigen sich umso mehr (bspw. sexuelle Orientierung) (vgl. Radvanszky 2010: 133). Allerdings sind auch die Interaktionsordnungen in der Versorgung von Menschen mit Demenz so angelegt, dass der erkrankten Person eine andere Rolle zugeschrieben wird (vgl. Radvanszky 2010: 133). Es lässt sich daher fragen, ob die generelle Infantilisierung der an Demenz erkrankten Personen

nicht den in der Pflege vorfindbaren Wünschen der Bemutterung entgegenkommen (vgl. Radvanszky 2010: 133).

Im Falle der mit der Diagnose Demenz einhergehenden

„(...) Entlastung von Schuld und der Exkulpierung des Erkrankten durch die Diagnosestellung handelt sich der Angehörige allerdings eine neue Schuld [oder besser: eine neue Verpflichtung; Anm. d. Verf.] ein: er erscheint von nun an als Verpflichteter, die Versorgung des durch die Diagnose Exkulpierten nach und nach in allen Belangen sicherzustellen.“ (Radvanszky 2010: 136 f.) [...] „Der Erkrankte, wie auch der Pflegende werden [durch ein unhinterfragtes Hinnehmen der medizinischen Diagnose] ihrer Biographie entledigt. Von vornherein geraten damit die komplexen Austauschprozesse der Handelnden, die Wirklichkeitskonstruktionen und Interpretationsvorgänge aus dem Blickfeld. Die Frage nach der Schuld (oder Entschuldung) [bzw. Verpflichtung und Entpflichtung, Anm. d. V.] anzugehen, hieße die biographische Perspektive einzunehmen und die Vorgeschichte mitzudenken.“ (Radvanszky 2010: 140)

Stoffers und Fooker (2016) weisen auf einen möglichen, altersbedingt unterschiedlichen, Umgang mit der Diagnose hin. Sie beschreiben die Tendenz präsenil Erkrankter, die Diagnose eher zu bagatellisieren, zu verleugnen oder zu verdrängen, während hochaltrige Patient:innen sich leichter damit abfinden, da sie ihre Verluste nicht mehr so gravierend einschätzen, was sich durch geringere Erwartungen an die noch verbleibende Lebenszeit und der Hoffnung darauf, die späteren Krankheitsstadien nicht mehr miterleben zu müssen, erklären ließe (vgl. Stoffers & Fooker 2016: 242).

Es lässt sich festhalten, dass die Diagnose zu einer Zuschreibung einer neuen Rolle der erkrankten Person mit Entbindungen von gesellschaftlichen Pflichten aber auch mit neuen Verantwortlichkeiten für das eigene Gesundheitshandeln führt. Je nach Eigendynamik der Krankheit und in Abhängigkeit vom Lebensalter bzw. von der mit dem gefühlten Lebensalter verbundenen Lebensperspektive kann sich der Umgang mit der Diagnose unterscheiden und den Bewältigungsprozess und damit verbunden auch den Versorgungsprozess beeinflussen. Daher stellt sich die Frage nach einer „zeitgerechten“ Diagnose, d.h. zu welchem Zeitpunkt diese hilfreich ist – sowohl für Patient:innen und Angehörige als auch für die Behandler:innen (vgl. Mann 2010: 422 ff.).

## 4 Hausärztliche Versorgung von Menschen mit Demenz

---

„Wie eine Demenz sich individuell entwickelt, ist nicht naturgegeben und voraussagbar, sondern wird in nicht unerheblichem Maß mitbestimmt vom sozialpsychologischen Umfeld und von der Art der Kommunikation und Interaktion“  
(Stoffers & Fooker 2016: 31)

---

In diesem Kapitel wird die zentrale Bedeutung der hausärztlichen Versorgung von Menschen mit Demenz in den Blick genommen. Dabei wird die Rolle der Hausärzt:innen im Versorgungsprozess beschrieben und das Konsultationsgespräch als grundlegender Baustein der Langzeitbehandlung in den Blick genommen.

### 4.1 Schlüsselrolle Allgemeinärzt:innen

---

Erste Ansprechperson im Falle demenzspezifischer Symptome ist meist die Hausärztin/der Hausarzt und ab dem Zeitpunkt der Diagnosestellung häuft sich der Kontakt mit ihr oder ihm.  
(vgl. Mann 2010: 420; van den Bussche et al. 2012: 57)

---

Als Schnittstelle zwischen den verschiedenen Fachgebietenärztinnen:innen und Versorger:innen kommt Fachärzt:innen für Allgemeinmedizin eine Schlüsselrolle zu (vgl. Zimmer 2005; van den Bussche et al. 2012: 57). Diese Funktion wird auch anhand der Leitlinie der „Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin“ (DEGAM) deutlich, die für die hausärztliche Demenzdiagnose und Behandlung entworfen wurden. Eine solche Leitlinie gibt Orientierungspunkte für die „medizinische und psychosoziale Versorgung und Koordination [an Demenz erkrankter Menschen] und ihrer Angehörigen“ (DEGAM 2008: 7), was verdeutlicht, dass das hausärztliche Handeln über die Diagnostik und Therapie hinaus auch die Unterstützung und Begleitung des ganzen Menschen umfasst. Ergebnisse der Initiative Demenzversorgung in der Allgemeinmedizin (IDA) (2010) unterstreichen die zentrale und wichtige Rolle der Hausärzt:innen. Im IDA-Konzept wurde Betroffenen



qualifizierte Angehörigenberatung angeboten und die Hausärzt:innen konnte als Vermittelnde die Nutzung dieser Angebote erheblich steigern. Jene Unterstützungsangebote bewirkten wiederum eine Verlängerung der Zeit, in der die Patient:innen noch in vertrauter häuslicher Umgebung leben konnten und von Angehörigen gepflegt wurden (vgl. Initiative Demenzversorgung in der Allgemeinmedizin 2010). Gleichzeitig, so van den Bussche et al, beklagen viele Hausärzt:innen ein unzureichendes Wissen über die Alzheimerkrankheit und empfinden Unsicherheiten bei der Frühdiagnose. Eine Abklärung erfolgt primär über Fachärzt:innen der Allgemeinmedizin, sekundär über Fachgebietsärzt:innen. Sie betrachteten hausärztliche Überweisungsmuster und kamen zu dem Ergebnis, dass Allgemeinärzt:innen an Neuropsychiater:innen (Neurolog:innen und Psychiater:innen) entweder überweisen, weil sie jene als Zuständige für die Diagnosestellung halten, oder weil sie die Neuropsychiater:innen als zweite Primärärzt:innen betrachten, die eine festigende oder kontrollierende Wirkung auf die Entscheidung der Allgemeinärzt:innen haben (parallele Versorgung) (vgl. van den Bussche et al. 2012: 55 ff.). Eine qualitative Studie zur demenzspezifischen Versorgungsqualität von niedergelassenen Ärzt:innen anhand von 35 Interviews zeigt auf, dass die Schwelle, diagnostische Schritte einzuleiten, generell hoch ist. Eine leitlinienorientierte<sup>6</sup> Behandlung findet selten statt und die Behandlungsversuche mit Antidementiva erfolgt bei wenigen Patient:innen (vgl. Melchinger & Machleidt 2005). In der Beziehung zu den Patient:innen spielen, laut Mann (2010) Schamgefühle aufseiten der Hausärzt:innen eine Rolle: Das Motiv, Patient:innen nicht ablehnen zu wollen und damit die Demenzerkrankung zu tabuisieren, wirkt sich auf das weitere Vorgehen aus und erschwerend kommt hinzu, dass Hausärzt:innen nur begrenzte medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, da die Wirksamkeit von Antidementiva kontrovers diskutiert wird (vgl. Mann 2010: 422 f.).

Neben der Krankheitsbekämpfung, d.h. der Heilung oder Linderung der Symptome, verfolgen Hausärzt:innen auch das Ziel der Integritätsstabilisierung der Patient:innen im Umgang mit der Demenz (vgl. Abholz & Pentzek 2007: 61). Für letzteres ist die Stützung,

---

6 Vor der 2008 erschienenen Leitlinie der DEGAM lagen zwar Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung von Demenzen der Universität Witten-Herdecke und anderen Institutionen vor, diese waren jedoch nur wenigen Ärzt:innen bekannt – ein Aspekt, den auch die Autoren als erklärend für dieses Ergebnis anführen (vgl. Melchinger & Machleidt 2005: 193 f.). Es ist zudem anzumerken, dass das Ausbleiben einer leitlinienorientierten Behandlung nicht zwangsläufig eine Minderung der Versorgungsqualität bedeutet.

Aufrechterhaltung und Wiedergewinnung der Autonomie und Integrität der Patient:innen zentral, vor dessen Hintergrund bspw. dann auch die Unterstützung verdrängender Krankheitsbewältigung zielführend sein kann (vgl. Abholz & Pentzek 2007: 62). Manchmal lassen sich beide Ziele, Krankheitsbekämpfung und Integritätsstabilisierung, miteinander vereinen, manchmal stehen sie im Widerspruch zueinander, bspw. wenn die Einnahme von Antidementiva die Patient:innen kränkt und deren Integrität als „Gesunde“ stört und dies zu Non-Compliance oder scheinbare „Unvernunft“ führt (vgl. Abholz & Pentzek 2007: 62). Insofern kann ein hartnäckiges Ablehnen der Inanspruchnahme von Hilfen darauf hinweisen, dass die Unterstützung genau das verletzt, was als Gesundheit erlebt wird (vgl. Abholz & Pentzek 2007: 62). Dies kann für Hausärzt:innen ein großes Hindernis darstellen, „[d]enn jeder unterstützende Eingriff – ob nun Medikament, Haushaltshilfe, Betreuungsgruppe – wird auch als Bedrohung des Selbstbildes erlebt und in der Regel abgewehrt.“ (Abholz & Pentzek 2007: 63) Da die Demenz im Vergleich zu somatischen Krankheiten auch die Persönlichkeit beeinflusst und verändert, beeinträchtigt die Krankheit auch das aktive Bewältigungsverhalten der Patient:innen (vgl. Abholz & Pentzek 2007: 63). Damit sind für Patient:innen weder Behandlungsziele (denn es hilft nicht wirklich etwas<sup>7</sup>) noch Bewältigungsziele (aufgrund des Rückgangs geeigneter, flexibel zur Verfügung stehender Coping-Mechanismen) tatsächlich erreichbar (vgl. Abholz & Pentzek 2007: 63).

In einer Studie über den hausärztlichen Umgang mit Demenzpatient:innen extrahierten Wangler et al. fünf Typen: die Delegierenden, die Resignativen, die Gehemmten, die kreativen Autonomen, die Integrativen, die sich voneinander hinsichtlich hausärztlicher Einstellung gegenüber der Demenz und in Bezug auf die daraus hervorgehenden Handlungsmöglichkeiten sowie bezüglich des eigenen Maßes an Initiative und Engagement unterscheiden. Die Delegierenden werden als sich nicht zuständig fühlend beschrieben, die Resignativen gehen aus geringen Erwartungen bezüglich ihres Beitrags für eine erfolgreiche Behandlung hervor, die Gehemmten beschreiben die Forscher:innen mit Blick auf den reservierten Umgang mit der Demenz, der sich durch mangelnde Anerkennung und Angst vor Verlusten (bspw. Belastung der Beziehung zur Patientin / zum Patienten) speist. Die kreativen Autonomen hingegen werden anhand positiver

---

<sup>7</sup> Abholz et al (2007) beschreiben, dass Patient:innen am Anfang ihrer Krankheit zu Gehör bekommen, dass „alles nicht hilft“ (Abholz & Pentzek 2007: 63).

Selbstwirksamkeitsüberzeugungen und hohem Engagement beschrieben, welches die Integrativen zudem mit interner und externer Vernetzung ausgestalten und die Kompetenzen des Versorgungskollektivs fördern und nutzen (vgl. Wangler et al. 2018: 13 ff.)

Hausärzt:innen sind, so der Konsens, mit vielschichtigen Herausforderungen konfrontiert, da sich Demenz facettenreich zeigt und nicht immer klar zu diagnostizieren ist (vgl. Mann 2010: 421). In einem Beitrag des Sammelbands „Hausärztliche Patientenversorgung“ (2006) weisen Bahrs, Gerlach und Sturm auf die Patient:innen als mögliche Leitlinie hin:

„Leitsymptome dürfen keinesfalls auf eine Einbahnstraße führen, sondern stets auf einen Kreisel mit vielen Abfahrten. Sobald eine Störung auf mehr als einer Ursache beruht, ist mehrspuriges Vorgehen erforderlich. Und dafür ist fast immer der Patient die letztlich ausschlaggebende Leitlinie!“ (Bahrs et al. 2005: 130)

Im Kontext der Erkrankung hängen die Behandlungsangebote, laut Bartholomeyczik, stark von der Vernetzung mit anderen Versorgenden wie Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern ab. Die Kooperation mit den Angehörigen ist ein zentraler und weitgehend unerforschter Aspekt (vgl. Bartholomeyczik et al. 2008). Hausärzt:innen sind häufig zugleich Familienärzt:innen (vgl. Sturm & Schaefer 1986: 164) und die Versorgung bei chronischer Krankheit besteht zumeist über einen längeren Zeitraum im Rahmen einer vertrauensvollen, persönlichen Beziehung zu den Patient:innen (vgl. Sturm In: Fischer et al. 2004: 409). Da die Abstimmungsprozesse mit an Demenz erkrankten Personen im Verlauf der Krankheit zunehmend schwieriger bis unmöglich werden (vgl. Jost 2010), sind für eine erfolgreiche Langzeitversorgung von Patient:innen mit Demenz rechtzeitige Abstimmungs-, Synchronisations- und Kooperationsprozesse mit den Hausärzt:innen weichenstellend. Es besteht allerdings die Gefahr, dass gerade bei Demenz die Kompetenzen der Betroffenen unterschätzt werden (vgl. Hibbeler & Klinkhammer 2008: A 1172).

Ein Umgang mit der Krankheit kann dann bedarfs- und patient:innengerecht erfolgen, wenn die Demenzerkrankung im Kontext der Familie und Biografie des Betroffenen betrachtet und behandelt wird. Somit ist auch der Einbezug der begleitenden und pflegenden Angehörigen für Hausärzt:innen sinnvoll, um die vorhandenen Ressourcen in den Abstimmungsprozess zu integrieren. Der Einbezug dieser lässt auch die Abstimmungsprozesse entsprechend komplexer werden. Konflikte können auftreten, die wiederum Entscheidungen über (Be)Handlungs- und Entwicklungsmöglichkeiten

mitgestalten (vgl. Abholz & Pentzek 2007: 64). Patient:innen, Angehörige und medizinische Agent:innen verbinden sich zu einer Einheit und definieren einen gemeinsamen Nenner (vgl. Radvanszky 2010: 136). Dabei kann es auch, insbesondere in der Übergangsphase vom frühen zum nächsten Stadium der Demenz, zu einer Koalition zwischen Behandler:in und Angehörigen kommen, die die erkrankte Person zu Unrecht aus weiteren Entscheidungsprozessen ausschließt (vgl. Faes & Diener 1999: 116). Dieser Ausschluss kann von den Beteiligten als „Verrat“ an der Unterstützung der Integrität der Patientin / des Patienten empfunden werden (vgl. Abholz & Pentzek 2007: 64). Eine Allianz zwischen Patient:innen und Ärzt:innen gegenüber Angehörigen als Kompensation einer dysfunktionalen Beziehung zwischen Patient:innen und deren Angehörigen ist ebenfalls denkbar (vgl. Hahn et al. 1988), wenngleich diese im Kontext der Demenzerkrankung in der Literatur nicht so stark thematisiert wird wie die Koalition zwischen Ärzt:in und Angehörigen der Patient:innen. Wichtig ist also, dass weder Patient:innen noch Angehörige aus den Behandlungsschritten und -strategien sowie aus den Kommunikationsprozessen ausgeschlossen werden und der Blick auf jene Faktoren gerichtet ist, die einer gelingenden und funktionierenden Interaktion, Kooperation und Abstimmung zuträglich sind.

#### 4.2 Gespräch als Abstimmungsprozess

---

„[D]er Arzt [setzt] zwei ‚Werkzeuge‘ [ein] (...): seine Hand und sein Wort. Und erst der sinnvoll abgestimmte Einsatz beider macht den ‚guten Arzt‘ aus.“  
(Geisler 2002: 77)

---

Die Auseinandersetzung mit der Interaktion zwischen Hausärzt:innen und Patient:innen verdeutlicht die Bedeutung der Kommunikation als zentralen Bestandteil jeder ärztlichen Tätigkeit in der Versorgung der Patient:innen (vgl. Mortsiefer et al. 2015; Meyer & Löwe 2010), da Kommunikation und Sprache eng mit zwischenmenschlichen Beziehungen verbunden sind (vgl. Schröder 2010: 94). Versteht man das Wort symbolisch als Werkzeug für die Kommunikation, dann ist darin auch der Akt des Zuhörens als wichtiger Bestandteil eingeschlossen.

„Dazu schreibt Eckhard Schiffer in ‚Wie Gesundheit entsteht‘ (1997): ‚(...) Denn es geht um das Verstehen der Krankengeschichte, häufig genug auch um das der Lebensgeschichte, was einen Dialog, ein Frage[sic!], JG]- und Zuhörenkönnen voraussetzt.“ (Sturm & Sturm 2005: 28)

80% der Konsultationszeit<sup>8</sup> sind allein dem Gespräch gewidmet (vgl. Litschgi et al. 2011: 1092). Eine Sprechstunde erfordert, je nach Komplexitätsgrad unterschiedliche, unvorhersehbare Konsultationslängen und auch die Inhalte folgen nicht immer chronologisch oder linear einer Abfolge, sondern können ineinander verschachtelt liegen, was unbedingt ein Defizit oder Misslingen der Gesprächssituation darstellen muss, sondern lediglich die Begegnung zweier unterschiedlicher Gesprächspartner:innen „und die gemeinsame Bearbeitung mehrerer sehr unterschiedlicher Probleme in kurzer Zeit“ widerspiegelt (vgl. Litschgi et al. 2011: 1091 f.). Zur Aushandlung der Rollen und Themen ist daher viel Wechselrede notwendig (vgl. Litschgi et al. 2011: 1093), denn „Patient und Arzt leben gerade in Bezug auf das gemeinsam anzugehende Problem in gänzlich verschiedenen Welten und müssen den gemeinsamen Boden erst sprachlich aushandeln“ (Litschgi et al. 2011: 1093). Linda Summers (2002) beschreibt im Zusammenhang mit der Kommunikation zwischen Behandler:in und Patient:in das gemeinsame Timing – „mutual timing“ (Summers 2002) – als wesentlichen Aspekt für eine nachhaltige und verbindliche Kommunikation (vgl. Summers 2002). „Mutual timing is similar to a dance, with the provider’s step coinciding with the patient’s step. Some health care providers do and say all the right things but remain out of step with their patient’s communication. Their dance appears awkward and out of rhythm.“ (Summers 2002: 19) Recherchiert man zu den Stichworten ‚synchronisierendes Verhalten‘, findet man Studien über rhythmische Interaktionsaufgaben in Experimentalumgebung, die eine Beziehung zwischen interpersonaler Synchronität und Zugehörigkeitsgefühl unterstreichen (vgl. Hove & Risen 2009; Rabinowitch & Knafo-Noam 2015). Eine Studie von Koss und Rosenthal, zur Kommunikation in Gesprächen zwischen Behandler:innen und Patient:innen, zeigte weiterhin eine Korrelation zwischen nonverbaler

---

<sup>8</sup> Die anderen 20% werden im Zitierten Beitrag nicht weiter ausdifferenziert. Es ist zu anzunehmen, dass damit Aspekte wie körperliche Untersuchungen und computerbezogene Verwaltungsarbeiten (bspw. Anamnese dokumentieren, Rezept drucken usw.) gemeint sind.

Synchronisation und wahrgenommener Positivität<sup>9</sup> der Interaktion (vgl. Koss & Rosenthal 1997). Dabei spielt auch der intuitive Informationsaustausch eine wichtige Rolle, der einen Teil von Spiegelungs- und somit Synchronisationsprozessen darstellt.

Eindrücke, die sich für den Patienten aus dem Auftreten des Arztes ergeben, können einen signifikanten (positiven oder negativen) Einfluss auf das diagnostische und therapeutische Geschehen haben. [...] Haltungen und Einstellungen des Arztes haben einerseits mit seiner eigenen Person oder Situation zu tun, andererseits sind sie immer auch Reaktionen (bzw. Spiegelungen) auf das, was der Arzt an seinem Patienten wahrnimmt. (Bauer et al. 2010: 40 f.)

In der hausärztlichen Versorgung von älteren Patient:innen mit kognitiven Einschränkungen werden auch Begleitpersonen Teil der gemeinsam vielfach verschränkten Interaktion. Dabei, so Vick et al (2018), können Begleitpersonen als Fürsprecher:innen der Patient:innen, fungieren und auf einen möglichst korrekten Informationsaustausch und Verstehensprozess achten und zum Beziehungserhalt zwischen Ärzt:in und Patient:in beitragen. Gleichzeitig bringen sie auch Herausforderungen für die gemeinsame Kommunikation mit, da zwischen Patient:in und Begleitperson widersprüchliche Auffassungen über die Rollenerwartungen, die Gesundheitsprobleme und die Konsultationsanliegen bestehen können, was sich wiederum auf das Relevanzschema im Informationsaustausch auswirkt (vgl. Vick et al. 2018). Angesichts dieser Komplexität von Abstimmungsprozessen in der Langzeitversorgung chronisch erkrankter Menschen kann die Erforschung dieser Prozesse einen Zugewinn für die Versorgungsqualität darstellen (vgl. Upshur & Tracy S. 2008).

---

<sup>9</sup> Mit Positivität ist das Empfinden zu folgenden Parametern des Interaktionsgeschehens gemeint: harmonisch, lohnenswert, positiv, freundlich, kooperativ, unbefriedigend, einbeziehend, sensibel, entspannt, gleichgültig, lustlos, seltsam, unangenehm rasant, unfokussiert, aktiv (Koss & Rosenthal 1997: 1159, Table 1).

## 5 Überblick – Betrachtungsebenen der Zeit

Tabelle: Betrachtungsebenen der Zeit

	<b>Zeit als Symbol</b>	<b>Zeit als Ordnung</b>	<b>Zeit als Potenzial</b>	
<b>Theorie über die Zeit in sozialer Interaktion</b>	<b>Ebene</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• subjekt-, kultur-, sprachgebunden</li> <li>• erlernbar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• physisch und psychisch erfahrbar</li> <li>• handlungs- und erkenntniswirksam</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• durchführ-, gestaltbar</li> </ul>
	<b>Ausdrucksform</b>	<p><b>Zeitkonzepte</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zyklisch, linear</li> <li>• reversibel, irreversibel</li> <li>• endlich, unendlich</li> <li>• mess- und sparbares Objekt</li> <li>• Wunden heilendes Subjekt</li> <li>• ablaufender Prozess</li> </ul> <p><b>Zeitbegriffe</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• konkret, abstrakt</li> </ul> <p><b>Zeitbewusstheit/-vergessenheit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Umfang in welchem das Denken und Handeln von Zeitlichkeit durchzogen ist</li> <li>• Stärke der Betonung von Zeitbegriffen</li> </ul>	<p><b>Zeiterleben/-erfahrung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tempi, Dauer</li> <li>• psychosoziale Zeiterfahrung</li> <li>• Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft</li> <li>• Innere Uhr, (biografischer) Fahrplan, "social clocks"</li> </ul> <p><b>Zeitstruktur</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorher/früher, nachher/später, jetzt</li> <li>• monochron, polychron</li> <li>• akut, chronisch</li> <li>• Zusammenhänge, Brüche</li> </ul> <p><b>Zeitperspektive/-orientierung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• in die Zukunft, in die Vergangenheit oder auf die Gegenwart</li> </ul> <p><b>Zeithorizont</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• definierte, abstrakte, konkrete Ereignissequenzen/Verläufe</li> </ul> <p><b>Rhythmen, Zyklen, Takt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• „Natürliche“, biologische, selbstgewählte, (vor)gefundene Ereignissequenzen/Verläufe</li> </ul>	<p><b>Zeitsinn/-kompetenz/-souveränität/Feingefühl im Synchronisationsprozess</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zeitgrenzen erkennen, beachten, verändern, setzen</li> <li>• der Zeit Inhalt/Bedeutung geben</li> </ul> <p><b>Zeitbestimmen/(De)Synchronisieren/Reaktion auf Signale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Temporegulation, Erinnern, Vergessen, Abstrahieren, Erwarten</li> <li>• Standardisierung des Zeitbestimmens in sozialen Gruppen</li> <li>• Sozialisation, Anpassung, Selbstregulation</li> </ul>
<b>Praxisbezug im Kontext medizinischer</b>	<b>Funktion</b>	<p><b>Rahmen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Individuelles Zeitverständnis als Interaktionsbasis</li> </ul>	<p><b>Zusammenhang</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indikator für Eigenrhythmen und Verläufe sowie die damit verwobene Eigenlogik im Denken und Handeln</li> <li>• Hinweis auf Befinden, Bedarfe, Möglichkeiten und Zwänge</li> </ul>	<p><b>Impuls</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Förderung der spontanen Eigenleistung des Gesundwerdens und -bleibens</li> <li>• Reorganisation zur Wiederherstellung von Stabilität</li> <li>• Desorganisation/Desynchronisation als ein „sich zur Wehr setzen“</li> </ul>
	<b>Nutzen des Einbezugs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konflikten vorbeugen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Handlungsmöglichkeiten und Ressourcen ausloten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entwicklungspotenzial beeinflussen</li> </ul>
<b>Demenzspezifik</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• erschwerte Kommunikation über Zeitkonzepte und -begriffe</li> <li>• alternative Kommunikationswege und -inhalte erforderlich</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zeitliche Unschärfen und Anachronismus</li> <li>• gemeinsame zeitliche Neustrukturierung/Koordination erforderlich</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konfrontation mit und Forderung der Zeitkompetenzen</li> <li>• Sensibilisierung für Zeitkompetenzen erforderlich</li> </ul>	

Quelle: eigene Darstellung

In der aufgeführten Tabelle wird die vorab geschilderte Theorie über die Zeit in sozialer Interaktion (s. Kapitel 1) zusammenfassend und anhand dreier Ebenen systematisiert dargestellt. Daraus abgeleitet sind die Erkenntnisse über die Relevanz der Zeit aus der Praxis der medizinischen Versorgung (s. Kapitel 2) aufgeführt unter Einbezug der Begegnung zwischen Allgemeinärzt:in und Patient:in (s. Kapitel 3) und der Demenzspezifik (Kapitel 4). Bei dieser Systematisierung handelt es sich, analog der Kapitelstruktur dieser Arbeit, um eine künstliche Auftrennung der sonst ineinander verschränkten Aspekte der Zeit in sozialer Interaktion. Diese tabellarische Systematisierung soll den Leser:innen ein differenziertes Begriffsverständnis ermöglichen und damit sowohl den theoretischen Rahmen darlegen als auch den praktischen Bezug nachvollziehen lassen. Die Tabelle dient als komprimierte Zusammenfassung der vorausgegangenen Ausführungen und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die Beiträge verdeutlichen die Bedeutung der Zeit in der sozialen Interaktion und die Relevanz im medizinischen Kontext sowie den Nutzen des Einbezugs in der hausärztlichen Versorgung von Menschen mit Demenz.

Zusammenfassend lässt sich formulieren:

Die **Beachtung des individuell erlernten Zeitverständnisses** bzw. die Bewusstheit über gemeinsame und unterschiedliche Zeitkonzepte und Begriffe, kann Konflikten innerhalb einer Begegnung grundlegend vorbeugen. Aufgrund der patient:innenseitig abnehmenden kognitiven Fähigkeiten im Zuge einer Demenzerkrankung wird die Kommunikation zunehmend schwieriger (bspw. erkennen Demenzerkrankte die Uhr nicht mehr oder bringen Zeitbegriffe durcheinander). Im Umgang mit Menschen mit Demenz werden daher alternative Kommunikationswege als hilfreich beschrieben, bspw. der Einbezug von Begleitpersonen/Angehörigen oder die Kommunikation über Sinneskanäle, die den verbalen Austausch ergänzen oder kompensieren können.

Die **physisch und psychisch erfahrbare Zeit kann als Indikator** für das Befinden, die Bedarfe, Möglichkeiten und Zwänge sowohl der Patient:innen als auch der Hausärzt:innen gelten. Biologische Rhythmen können von institutionellen Rhythmen abweichen, Bewältigungsverläufe der Patient:innen können von der Versorgungslogik der Hausärzt:innen abweichen, je nachdem innerhalb welcher Kontexte welche Zusammenhänge für die Interagierenden Bedeutung tragen. Durch die „Zeitverrücktheit“ der an Demenz erkrankten Personen wird, in sozialen Interaktionen wie dem Gespräch



zwischen Allgemeinärzt:in und Patient:in, für beide Seiten ein Mangel zeitlicher Koordination (zeitliche Unschärfen, Anachronismen) erlebbar, der sich als problematisch auf den Interaktionsverlauf auswirken kann und vor dem Hintergrund des progressiven Krankheitsverlaufes eine ständige gemeinsame zeitliche Neustrukturierung erfordert, sodass anschließend Handlungsmöglichkeiten und Ressourcen ausgelotet werden können.

Das **Potenzial der Zeit als Kompetenz und als Synchronisationsprozess** kann im Kontext der medizinischen Versorgung einen beeinflussenden Impuls für das Entwicklungspotenzial der Interagierenden und der mit ihnen verbundenen Verläufe und Rhythmen darstellen. So kann bspw. Langsamkeit oder die Wahl des richtigen Zeitpunkts (Kairos) in diagnostischen oder therapeutischen Entscheidungsprozessen als Bestandteil der (Be)Handlungsmöglichkeit verstanden werden. Das gilt einerseits für Hausärzt:innen, die diesen Impuls als Therapeutikum oder Intervention einsetzen können, andererseits auch für Patient:innen die bspw. durch Langsamkeit oder auch (vermeintlichen) Stillstand den Interaktionsprozess mitgestalten. Dabei ist zu bedenken, dass die gemeinsamen „Inszenierungen“ (so der Begriff aus der Psychotherapie) in der „Jetzt-Situation“ andere Situationen (vorige, oder folgende) zum Ausdruck bringen können, die für die Interagierenden Bedeutung tragen. Dies könnte sich auch in einer zeitlich (auf den ersten Blick) „unsinnigen“ Strukturierung ausdrücken. Die Synchronisierung zwischen Hausärzt:innen und Patient:innen verweist dabei auch stets auf deren Eigenrhythmik, wie bspw. Lebens-, Krankheits-, Behandlungs-, Bewältigungs- und Versorgungsverläufe. Ein Gespräch fordert beiden Seiten ihre jeweiligen Kompetenzen für eine gemeinsame zeitliche Abstimmung ab. Der für die Synchronisation notwendige Perspektivwechsel kann im Verlauf der Demenzerkrankung von der erkrankten Person allerdings nicht mehr im gleichen Umfang geleistet werden wie von der behandelnden Person.

Die Berücksichtigung zeitlicher Aspekte geht Hand in Hand mit **Gesundheitsentstehung und -förderung**. Entsprechend salutogen ist der Ansatz der **Erforschung zeitlicher Aspekte** im Kontext medizinischer Versorgung als ein bisher selten genutztes Potenzial in der Begegnung zwischen Behandler:in und Patient:in.

## 6 Forschungsperspektive

### 6.1 Zeit als Erkenntnisinstrument

In ihrem Buch „Die Zeiten der Zeit“ (1994) sprechen Boscolo und Bertrando davon, dass das Leid psychisch Erkrankter durch Koordinationsprobleme von Multizeiten entstehen, d.h. die Subjekte nicht in der Lage sind, die stets parallel existierenden Zeiten in ihrer Lebenswirklichkeit zu verstehen und miteinander in Einklang zu bringen. Diese Problematik kann sich auch in der Interaktion mit anderen abzeichnen. Dementsprechend kann eine Hilfe zur Koordination von Zeiten eine heilende Intervention darstellen (s. Kapitel 2.3).

Wie der theoretische Blick auf die Zeit darlegt, sind zeitliche Aspekte nicht nur subjektbezogen, sondern stellen einen wesentlichen Bestandteil sozialer Interaktion (s. Kapitel 1) und im Kontext der medizinischen Versorgung einen relevanten Einflussfaktor auf die Gesundheitsförderung (s. Kapitel 2) dar. Die veränderte Zeitlichkeit einer an Demenz erkrankten Person (s. Kapitel 3) führt in sozialen Interaktionen wie dem hausärztlichen Konsultationsgespräch (s. Kapitel 4) zu dem Bedarf gemeinsamer zeitlicher (Neu-)Strukturierungsprozesse. Es erscheint daher interessant, nicht nur die zeitliche Koordination der erkrankten Person in den Blick zu nehmen, sondern Bertrandos und Boscolos Perspektive einmal auf das hausärztliche Konsultationsszenario anzuwenden. Dann könnten (vermeintlich) stagnierende Genesungs-, Bewältigungs- oder Behandlungsverläufe auf ein Unvermögen zeitlicher Koordination der Beteiligten hindeuten. So würde folglich ein Erkennen verschiedener Zeiten sowie ein Verstehen der Koordination dieser eine hilfreiche Unterstützung sein. Bleiben wir in diesem Bild, dann würden sich systemische Therapeut:innen zunächst das Symptom (den (vermeintlich) stagnierenden Interaktionsverlauf) ihrer Klienten (hier Allgemeinärzt:in und Patient:in als Interagierende) genauer anschauen. Aus therapeutischer Sicht wären sowohl die Funktion und Rolle dieses Symptoms der Stagnation interessant, als auch die zeitliche Koordination der Interagierenden, folglich der Prozess der Aufrechterhaltung dieses Symptoms, von Belang. Die Wahrnehmung eines Symptoms als Symptom hängt wiederum von der Deutung der jeweiligen Interagierenden ab. Beispielsweise können Hausärzt:innen trotz völliger

Zufriedenheit aufseiten der Patient:innen den Behandlungsverlauf als stagnierend bewerten, oder umgekehrt, Patient:innen an unerfüllten Bedarfen leiden, die in der positiven Bilanz der Hausärzt:innen über den Gesundheitszustand ihrer Patient:innen nicht vorkommen. Weiterhin bedürfte eine solche Begebenheit einer Explikation.

Dieses Szenario bleibt in dieser Forschungsarbeit hypothetisch. Stattdessen widmet sich das Forschungsinteresse, ohne vorausgehende Deutung des Interaktionsverlaufs als bspw. „stagnierend“, dem Gespräch zwischen Allgemeinärzt:in und Patient:in. Dabei liegt der Fokus auf Prozessen zeitlicher Koordination im Gespräch – und das sowohl anhand der Gesprächsgestaltung als auch in Bezug auf die Gesprächsinhalte.

## 6.2 Forschungsfrage

Die leitende Forschungsfrage dieser Arbeit lautet: **Welche Erkenntnisse ermöglicht die Betrachtung von Prozessen zeitlicher Koordination in hausärztlichen Konsultationsgesprächen im Rahmen der Versorgung von Menschen mit Demenz?**

Im Folgenden sollen die miteinander verschränkten Teilfragen an das Material zu einer differenzierten Beantwortung der oben genannten Forschungsfrage beitragen. Die Formulierung dieser Teilfragen ist bereits unter jenen Arbeitsschritten gegliedert, die zu deren Beantwortung durchgeführt wurden:

### Einzelfallanalyse

1. Welche für die Prozesse zeitlicher Koordination relevanten Aspekte lassen sich unter Einbezug expliziter und impliziter sprachlicher Zeitbezüge rekonstruieren? Die dazu in dieser Arbeit verwendeten Elias'schen Begrifflichkeiten werden in folgendem Sinne verstanden:
  - Wandlungsreihe: Welche Veränderungen werden relevant, die eine Handlung/Reaktion bzw. einen Geschehensablauf erfordern?

- Kontext: Worauf beziehen sich diese relevanten Veränderungen; bzw. vor welchem Hintergrund sind diese Veränderungen für die Personen wahrnehmbar/objektiv überprüfbar?
- Anliegen: Welche Veränderung oder welcher Erhaltungswunsch wird angestrebt?
- Ereignissequenz: Welche Handlung bzw. welcher Geschehensablauf wird zur Erreichung der gewünschten Veränderung in Betracht gezogen bzw. umgesetzt?
- Orientierungsereignis: An welchem Ereignis richten die Subjekte ihre Handlungen bzw. ihren Geschehensablauf zur Erreichung der Veränderung aus?
- Resultat: Worin mündet die gemeinsame zeitliche Koordination?

2. Welche Fallspezifika lässt sich aus den Prozessen zeitlicher Koordination ableiten?

#### Fallvergleich

3. Welche Erkenntnisse ergeben sich aus dem Rückbezug der Ergebnisse auf die Betrachtungsebenen der Zeit als Symbol, als Ordnung und als Potenzial?

Frage 2 ist im Laufe des Forschungsprozesses entstanden und soll der Abstrahierung der Auswertungsergebnisse mit Rückbezug auf die theoretische Annäherung an den Zeitbegriff dienen.

#### Diskussion und Ausblick

4. Die gesamte Fallanalyse dieser Arbeit ist in praktischer Absicht erfolgt und zielt auf die Beantwortung der Frage: Welche Erkenntnisse aus der Analyse der Prozesse zeitlicher Koordination ergeben sich für die Forschung und die Versorgungspraxis?

### 6.3 Demenzspezifik

Es ist wichtig mitzudenken, dass die Demenzerkrankung im Vergleich zu anderen Krankheiten die Zeit als ein zentrales Thema in die Begegnung zwischen Allgemeinärzt:in und Patient:in mitbringt. Die Beschreibung einer zunehmend verkürzten Spanne zeitlicher Kontinuität (s. Kapitel 3.2) bei an Demenz erkrankten Personen kann auf deren erschwerte Dechiffrierung alltäglicher zeitlicher Mehrdeutigkeiten hinweisen. Patient:innen und deren Angehörige sind im alltäglichen Umgang mit der Krankheit stets mit zeitlicher Abstimmung konfrontiert (s. Kapitel 3.3) und spätestens dann, wenn Hausärzt:innen und Patient:innen über die Symptome, das Befinden der Patient:innen und deren Umgang mit der Krankheit sprechen, wird die Zeitlichkeit explizit und eine gemeinsame zeitliche (Neu)Strukturierung erforderlich.

Das Wissen um die veränderte Zeitkompetenz und die Erfahrung (mit) der an Demenz erkrankten Person kann sowohl seitens der Hausärzt:innen als auch seitens der Patient:innen zu Vorannahmen über das Gegenüber führen, die den Interaktionsverlauf beeinflussen (s. Kapitel 3.3). Zudem können sich auch Erwartungen zwischen der an Demenz erkrankten Person und dessen Umfeld im Verlauf zunehmend unterscheiden. Zeit und Wandel werden so im Zusammenhang mit Erwartungshaltung aller Interagierenden bedeutsam (vgl. Boscolo & Bertrando 1994). Auch das Timing über Entscheidungen und nächste Schritte werden besonders relevant. Das beginnt bereits bei der Frage nach der zeitgerechten Diagnose (s. Kapitel 3.4) und setzt sich in der Abstimmung über passende Hilfsangebote fort (s. Kapitel 2.3, 2.4, 3.3). Ebenfalls wichtig wird die Frage, inwieweit das Symptom des Vergessens überhaupt explizit besprochen werden darf (Tabuisierungstendenz) und kann (das Vergessen vergessen). Zudem gewinnt die Berücksichtigung der Tempi der Interagierenden an Bedeutung (s. Kapitel 3.3.).

## II Empirie

## 7 Annäherung an das Forschungsfeld – Exkurs

---

„Das Zulassen von durch Forschungssituationen und -beziehungen ausgelösten Befremdlichkeiten, Irritationen und ‚Störungen‘ kann als Erkenntnisdatum benutzt werden, als Aussage über die Forschungssituation.“  
(Heizmann 2020: 7)

---

In diesem Kapitel geht es um die Reflexion durch die Forscherin selbst (vgl. Langer 2013: 114) in dem Sinne von Devereux (1976), der in seinem verhaltenswissenschaftlichen Buch „Angst und Methode“ (vgl. Devereux 1976) erklärt, dass die Analyse der Übertragung und Gegenübertragung, eine psychoanalytisch konzipierte Form der Selbstreflexion des Beobachters, einen wertvollen Analysezugang zum Untersuchungsgegenstand bietet (vgl. Langer 2013: 118). Daher soll vor dem Einstieg in die Methodik der Arbeit eine kleine „Zeitreise“ erfolgen, die zurück zu jenem Zeitpunkt geht, an dem ich mich dem Forschungsfeld aktiv näherte. Das Forschungsfeld war mir bis dahin fremd. Mein Anliegen war es, meine theoretischen und bis dato noch sehr allgemeinen Kenntnisse über die Demenz um eine eigene konkrete Erfahrung im Kontakt mit Menschen mit Demenz zu erweitern und einen Eindruck über die mit der Erkrankung einhergehenden Herausforderungen zu gewinnen. Mein Ziel war es, mein Forschungsthema weiter einzugrenzen und sinnvolle empirische Schritte abzuleiten (Erhebungs- und Datenauswertungsmethode). Mit dem initialen Anliegen, das Thema Zeit genauer in den Blick zu nehmen, bestand bereits zu diesem Zeitpunkt die Idee, dafür die hausärztliche Versorgung von Menschen mit Demenz als Forschungsfeld zu wählen. Ich entschied mich in diesem Zuge zunächst für ein leitfadengestütztes Interview mit einer an Demenz erkrankten Person. Leitfadengestützt deshalb, um meine Fragen bereits mit Bezug auf das Thema Zeit und auf die Erfahrungen dieser Person mit ihrer Hausärztin / ihrem Hausarzt stellen zu können.

Ich traf dazu die 86-jährige, an Demenz erkrankte, Frau Telbert<sup>10</sup>. Der Kontakt zu ihr wurde über eine Allgemeinärztin einer Universitätsklinik hergestellt, an welche ich mein Anliegen herangetragen hatte. Im Rahmen der, dem persönlichen Treffen vorausgehenden, Absprache übermittelte mir Frau Telberts Schwiegertochter per E-Mail erste Informationen über die Krankheitsgeschichte und die familiären Gepflogenheiten im Umgang mit ihrer Schwiegermutter. Zum Zeitpunkt des Interviews lebte Frau Telbert erst seit einigen Monaten bei der Familie Ihres Pflegesohnes. Pflegesohn und Schwiegertochter waren während des Interviews anwesend. Leitfadengestützt stellte ich Frau Telbert Fragen zu ihren Erfahrungen als Patientin in der hausärztlichen Versorgung, erkundigte mich nach Ressourcen im Umfeld, ihrem Verständnis von Lebensqualität und, gemäß meinem Forschungsanliegen, ihrer persönlichen Verortung in der Zeit anhand von Fragen nach Wünschen und Zielen, Erinnerungen, Ritualen und Alltagsroutinen sowie erlebten Veränderungen. Im Folgenden soll es nicht um eine inhaltliche Auswertung dieses Interviews gehen, sondern um eine Reflexion meiner Erfahrungen und Empfindungen während der Annäherung als Forscherin an das Forschungsfeld. Daher wird auf eine detailliertere inhaltliche Darstellung des Interviewleitfadens verzichtet.

Der Interviewverlauf lässt sich in zwei Abschnitte unterteilen: 1) das Interview mit Frau Telbert – bei der die erhofften längeren Narrationen allerdings ausblieben – und 2) dem daran anschließenden Gespräch mit den Angehörigen, welches aktiv vom Pflegesohn mit dem Anliegen, mich über die „richtige“ Geschichte aufzuklären, angekündigt wurde. Es gab dabei für mich mehrere Herausforderungen gleichzeitig zu bewältigen:

a) In Bezug auf das Demenzthema als Laiin anwesend, war ich gleichzeitig bemüht, in der Rolle der Interviewerin (d.h. als Gesprächsinitiierende und -leitende), sowie als Wissenschaftlerin im Forschungsfeld, dem Vertrauensvorschuss der Familie (mir, als Fremde, einen solchen Einblick in ihre Lebenswelt zu geben) gerecht zu werden und das Gespräch im Hinblick auf mein wissenschaftliches Erkenntnisinteresse entsprechend professionell zu moderieren.<sup>11</sup>

---

<sup>10</sup> Dieser Name, wie auch nachfolgende Namen, wurden zu Anonymisierungszwecken geändert.

<sup>11</sup> Denkbar ist hier, dass auch die Beteiligten mich in einer Doppelrolle verorteten: Als Wissenschaftlerin, der man Lernprozesse ermöglichen wollte und gleichzeitig jene Person, die der Institution angesiedelt ist, die den Kontakt vermittelt hatte. Letzteres könnte bedeuten, dass mir Kompetenzen zugeschrieben wurden, denen



b) Spürbar war der hohe Rede- und Aufklärungsimpuls der Angehörigen, die das Gespräch deutlich mitgestalteten. Besonders präsent waren Koalitionsangebote der Angehörigen an mich, die in einem „Über-die-Erkrankte-Sprechen“ mündeten. Da mir daran gelegen war, Frau Telbert als Subjekt zu behandeln und Narrationen zu ermöglichen, versuchte ich ein Sprechen mit den Angehörigen *über* Frau Telbert zu vermeiden. Meine Sorge, Koalitionsangeboten zu „verfallen“, Frau Telbert damit auszugrenzen und letztlich auch „zu wenige“ Informationen von meiner Interviewpartnerin zu erhalten, erzeugte bei mir ein Unbehagen, der Rolle als professionelle Interviewerin nicht gerecht werden zu können. Aus dieser Sorge heraus formte sich zwischenzeitlich auch Ärger, der auf die Angehörigen bezogen war. Der Ärger bezog sich schon auf kleinere Redebeiträgen der Angehörigen, denn dies fühlte sich für mich als eine potenzielle „Störung“ des Interviews an. Parallel dazu entstand auch ein Gefühl der Empörung über mich selbst über genau diesen Umstand; aufgezeigt wurde dadurch, dass die erlebte Unsicherheit im Außen bei mir zu einer gesteigerten Selbstregulation führte.

c) Mehrfach erzählte Frau Telbert von ihrer Sehnsucht nach der Zeit, in der ihr Mann noch lebte und verwies dabei mal implizit und mal explizit auf ihren aktuellen Sterbewunsch. Meine Unsicherheit darüber, wie Frau Telbert selbst und wie ihre Familie ihren Sterbewunsch empfinden, veranlasste mich dazu, in ganz besonderem Maße ressourcenorientiert zu reagieren und den Blick auf (aus meiner Sicht) Positives zu richten. Insbesondere den Hinweis des Pflegesohnes „Du freust dich, wenn du Papa wieder siehst, ne?“ griff ich auf, mit meiner (rückblickend eher seltsam wirkenden) Rückfrage an Frau Telbert „Schon bisschen Vorfreude da mit dabei(?)“. Auch hier beeinflusste mein Wunsch, allen Anwesenden „gerecht“ zu werden, ohne genau zu wissen, auf welcher Ebene und wodurch das erreicht sein könnte, das Gespräch und erschwerte mir, mich vor allem auf mein unmittelbares Gegenüber einzulassen. Meinem Verhalten und Erleben waren meine Antizipation über die beobachtenden Anwesenden immanent.

d) Im Kontext des Zeitthemas wiederum war ich als Expertin anwesend, wobei dieser akademisch-theoretische Aspekt ein Teil meiner den Teilnehmenden gegenüber

---

ich nicht entsprechen konnte. Zudem sind unterschiedliche Erwartungen der Beteiligten mitzudenken, insofern, als dass es ihnen weniger um Erkenntnisgewinn als bspw. mehr um Anerkennung gegangen sein könnte.

verborgenen Absicht blieb, da dieses Thema als im Hinterkopf mitgebrachtes theoretisches Verständnis weder leicht zugänglich noch dem Gesprächsrahmen passend vermittelbar gewesen wäre. Zudem war es mein Wunsch, dieses Thema aus dem Feld heraus sprechen zu lassen, um es danach mit den theoretischen Vorüberlegungen zu diskutieren. Daher war mein Anliegen, Antworten auf meine Interviewfragen zu bekommen, so hoch, dass ich mich auf das Angebot des Pflegesohnes, die „richtige“ Geschichte zu erfahren und damit auf das „Über-die Erkrankte-Sprechen“ einließ, indem ich die schon beendete Tonaufzeichnung ein zweites Mal startete. Dies könnte einer demenztypischen Situation entsprechen, dass die Kommunikation der Angehörigen (der versorgenden Personen) als Stellvertretende mit Deutungshoheit geführt wird. Die Entscheidung mir gegenüber, die Verhältnisse „richtig“ zu stellen, lässt sich daher als Geste des Vertrauens und zugleich als möglicher Wunsch nach Bestätigung deuten.

All diese Faktoren erzeugten eine herausfordernde Dynamik, die es mir erschwerte, Frau Telberts rare Gesprächsangebote im Sinne meiner Anliegen entsprechend adäquat aufzugreifen. Dies führte zu einem Gespräch mit wenig Narration und auch zu einer ungünstigen Differenz zwischen meinem Fragetempo und der benötigten Antwortzeit meiner Interviewpartnerin. Darüber hinaus bezeichnete sie sich auch als „Typ, der wenig spricht“. So erhielt ich eine wichtige Rückmeldung über die Tauglichkeit der Erhebungsmethode und meiner gestellten Fragen, wobei ich mich aber auch dabei ertappte, Frau Telperts Demenzdiagnose als Erklärung dafür heranzuziehen, warum sie meine Fragen nicht verstehen und folglich nicht beantworten konnte.

Folgende Erkenntnisse lassen sich aus dieser Pilotierung ableiten:

Der Gesprächsverlauf kann von mehreren Anliegen und Ambivalenzen geprägt sein. Es können sich Koalitionsangebote vonseiten der Angehörigen ergeben, was sich als eine Dynamik darstellt, der sich die interviewende Person nur schwer entziehen kann, wenn sie implizit bleibt und/oder wenn sie zur Erfüllung des eigenen Anliegens beiträgt. Generell kann das Wissen über die Demenzerkrankung sowohl Handlungsmöglichkeiten schaffen und zu einem flexibleren Umgang führen, als auch wiederum einschränkende Vorannahmen fördern. Weiterhin zeigte sich die Regulation des Gesprächstempos als wichtiger Faktor bei der Gestaltung der Gesprächschancen für die an Demenz erkrankte Person. Um ein Gelingen

einer Interaktion beschreiben zu können, müssen Erfüllungskriterien definiert sein. Antizipierte und implizite Erwartungen können zu Irritationen führen.

Die Herausforderungen, mit denen ich im Zuge dieses ersten Interviews konfrontiert war, brachten mich, parallel zur weiteren theoretischen Themenauseinandersetzung und -eingrenzung, zu der Perspektive, Interaktionsprozesse als jene Daten zu verstehen, die es zu erheben gilt, um die Zeit in sozialer Interaktion zu untersuchen. Da ich diesem Erkenntnisinteresse im Kontext hausärztlicher Versorgung von Menschen mit Demenz nachgehen wollte, entschied ich mich Gespräche zwischen Hausärzt:innen und Menschen mit Demenz als Datengrundlage zu erheben. Über die Wahrscheinlichkeit der Anwesenheit von Angehörigen in den Gesprächen hatte ich bis dato noch nicht nachgedacht. In meiner idealisierten Vorstellung über das Datenmaterial sollte es sich um Gespräche zwischen Hausärzt:innen und Patient:innen handeln, vielleicht sogar mit meinem unbewussten Wunsch, dass in diesen Gesprächen die Interaktion mit den Patient:innen im Mittelpunkt stehen würde und dort keine Angehörigen diesen Prozess mitgestalten oder gar stören könnten. Dieser Trugschluss wendete sich im Fortgang der Untersuchung jedoch in ein positives Moment.

Aus meiner ersten Interviewerfahrung ergab sich, neben dem gesteigerten empathischen Blick auf alle Beteiligten, insbesondere ein besonderer Zugang zu den Herausforderungen der das Gespräch initiiierenden Person, die sich in meiner Auswertung der Daten als Tendenz zur Einnahme der hausärztlichen Perspektive niederschlug. Diese Entwicklung ist insofern interessant, als dass ich meine Forschungsarbeit initial aus der Patient:innenperspektive heraus begonnen hatte. Der erlebte Perspektivwechsel, der durch das Interview möglich wurde, scheint somit meinen empathischen Horizont nicht nur erweitert, sondern auch verändert zu haben.

## 8 Methodik

Die vorliegende Arbeit nimmt die soziale Wirklichkeit „Konsultationsgespräch in der hausärztlichen Versorgung von Menschen mit Demenz“ als Untersuchungseinheit in den Blick.

Der methodischen Auseinandersetzung dieser Forschungsarbeit mit dem Phänomen „Zeit in sozialer Interaktion“ liegt die Grundhaltung<sup>12</sup> der „Grounded Theory“ Methodologie (vgl. Glaser & Strauss 1998) zugrunde, die im **explorativen** Sinne Erkenntnisgenese anstrebt und dabei zirkulär vorgeht, d.h. zwischen Datenerhebung, -auswertung und Niederschreiben der Ergebnisse hin und her wechselt (vgl. Erhard & Sammet 2018: 16). Der Ansatz der qualitativen Sozialforschung (vgl. Przyborski & Wohlrab-Sahr 2009; vgl. Flick et al. 1995) versteht die soziale Wirklichkeit als gemeinsame Herstellung und Zuschreibung von Bedeutungen, was methodisch die **Rekonstruktion** subjektiver Sichtweisen und Deutungen erfordert (vgl. Kleinig 1995: 20; vgl. Hildenbrand 2005). Da die handelnden Subjekte in Lebenswelten eingebunden sind, verhelfen hermeneutische Interpretationen (vgl. Oevermann et al. 1979) das handlungswirksame und alltagsweltliche individuelle sowie kollektive Vorverständnis der Akteure sichtbar zu machen (vgl. Berger & Luckmann 1980). Soziale Wirklichkeit ist prozessual und reflexiv und wird daher über die Analyse von Kommunikations- und Interaktionssequenzen zugänglich (vgl. Schütz 1971). Als Konsequenz der Wahl der Untersuchungseinheit, „Konsultationsgespräch“ wird im Rahmen **der Hermeneutik** die Methode der **Sequenzanalyse** (vgl. Reichertz 2011; vgl. Erhard & Sammet 2018) verwendet. Die vorliegende Forschungsarbeit basiert auf der Betrachtung von **Einzelfällen** (vgl. Reicherts & Genoud 2015), was eine „möglichst vollständige Erfassung verschiedener Aspekte eines Falles“ (Reicherts & Genoud 2015: 20) erlaubt. Im Folgenden sind die Methoden Datenerhebung und die Methoden der Datenauswertung genauer beschrieben.

---

<sup>12</sup> Gemeint ist nicht die konkrete Methode der Grounded Theory, die in Form eines speziellen Codierverfahrens umgesetzt wird (vgl. Anselm L. Strauss 2007), sondern das grundlegende „Prinzip der Offenheit“ (Erhard & Sammet 2018: 16).

## 8.1 Datenerhebung

Die Entscheidung, hausärztliche Konsultationsgespräche in der hausärztlichen Versorgung von Menschen mit Demenz als Untersuchungseinheit zu wählen, klärt die Frage nach dem Untersuchungsgegenstand, woran sich wiederum die Frage des Forschungsdesigns, die Art der Datenerhebung orientierte (vgl. Kraimer 2004). Für die Erhebung solcher Gespräche wählte ich daher den Zugang zu dem Untersuchungsfeld über die Kontaktaufnahme zu Hausärzt:innen.

### 8.1.1 Zugang zum Feld

Um Hausärzt:innen für die Teilnahme an meiner Studie zu gewinnen, erhielten diese als Vorabinformation eine Projektskizze, die in Form einer kurzen schriftlichen Darstellung des Forschungsvorhabens über den E-Mail-Praxisverteiler (s. Anhang: Anfrage Studienteilnahme) der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) sowie per E-Mail seitens der Universitätsmedizin Göttingen (UMG) und der Universität Düsseldorf versendet wurde. Parallel dazu kontaktierte ich die Deutsche Alzheimer Gesellschaft, die Ärztekammer Niedersachsen, die Geriatrie Hannover und die Caritas und sendete die Informationen außerdem an Fachthemenforen sozialer Netzwerke mit dem Anliegen, die Projektskizze an Versorger:innen und Patient:innen weiterzuleiten. Dieser Weg sollte dabei helfen, Kontakte innerhalb der Versorgungsstruktur von Menschen mit Demenz herstellen zu können, um darüber Zugang in das Feld der hausärztlichen Versorgung zu gewinnen.<sup>13</sup> In Hannover und Göttingen stieß das Forschungsvorhaben auf Interesse bei Allgemein- und Fachgebietsärzt:innen, die die Projektskizze jeweils an interessierte Kolleg:innen in Qualitätszirkeln herantrugen. Meine Anfrage an die Hausärzt:innen enthielt das Anliegen, jeweils ein Konsultationsgespräch mit Patient:innen mit Verdacht auf oder mit diagnostizierter Demenz per Videokamera aufzuzeichnen. Weitere Eingrenzungen oder

---

<sup>13</sup> Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft bedauerte, über keine bundesweite Ärzt:innen-Liste zu verfügen und damit nicht weiterhelfen zu können. Von der Ärztekammer Niedersachsen und der Geriatrie Hannover erhielt ich keine Antwort. Die Caritas bedauerte, mir nicht weiterhelfen zu können, und verwies mich an die Medizinische Hochschule Hannover. Die Anfrage über Fachthemenforen lief ins Leere.

Parameter wurden von meiner Seite nicht vorgenommen oder als Anforderung an die Hausärzt:innen gestellt. Die Hausärzt:innen sollten selbst über die Gesprächslänge und die Auswahl dafür geeigneter Patient:innen entscheiden.

Die Akquise der gesprächs- und teilnahmebereiten Hausärzt:innen erstreckte sich über insgesamt drei Jahre. Der erste Kontakt zu einem Allgemeinarzt entstand über eine Kooperation mit der Abteilung Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie der Georg-August-Universität Göttingen. Ein Jahr später erfuhr eine Allgemeinärztin über den Praxisverteiler der MHH von der Studie und kommunizierte ihr Teilnahmeinteresse. Über ihre eigene Teilnahme hinaus vermittelte sie zwei ihrer Kollegen weiter, wovon dann ein weiterer Hausarzt im selben Jahr an der Untersuchung teilnahm. Der andere Hausarzt vermeldete, dass er trotz zweier Anläufe keine teilnahmebereiten Patient:innen finden konnte. Insgesamt kam es also zu Gesprächsaufzeichnungen von drei Hausärzt:innen und einem nicht erfolgreich zu Ende geführten Teilnahmeversuch.

„Während vielfach angenommen wird, der Zugang zum Feld würde dadurch erleichtert, daß [sic!, JG] man möglichst das Bekannte untersucht (und entsprechend die Fälle im Bekanntenkreis ausfindig macht), ist genau das umgekehrte Verfahren richtig: Je fremder das Feld, desto eher können die Sozialforscher als Fremde auftreten, denen die Forschungssubjekte etwas zu erzählen haben, das für die Forscher neu ist, und desto fragwürdiger wird für die Forscher die Alltäglichkeit des Lebenszusammenhangs der Forschungssubjekte, die für diese selbst weitgehend fraglos ist (Cicourel, 1964). Je fremder jedoch die Forschungssubjekte für die Forscher sind, desto schwieriger kann es sein, sie dazu zu bewegen, sich für eine Fallstudie zur Verfügung zu stellen.“ (Hildenbrand 1995: 258)

Auf diese Hürde deuteten meine insgesamt geringe Fallzahl und die eher zäh verlaufende Erhebungsphase hin. Über die persönliche Weiterempfehlung einer Hausärztin stieg die Bereitschaft ihrer Kollegen zur Teilnahme. Die Kommunikation zwischen den Hausärzt:innen und mir erfolgte sowohl via E-Mail und Telefon als auch über persönliche Treffen zur Vor- und Nachbereitung der Datenerhebung. Als Benefit für die Hausärztin und die Hausärzte bot ich eine gemeinsame Nachbesprechung der Auswertungsergebnisse des aufgezeichneten Gespräches an. In diesem Rahmen meldeten sie mir wiederum ergänzende Informationen über ihre eigene Wahrnehmung und Haltung bezüglich des aufgezeichneten Gespräches zurück. Die Nachgespräche erfolgten nicht mit allen Hausärzt:innen. Eines fand bei einem Hausarzt zu Hause statt und wurde tondokumentiert. Eines erfolgte mit der Hausärztin in einem Café ohne Tonaufzeichnung, wurde aber um nachträgliche Notizen

ergänzt. Das dritte Nachgespräch fand nicht statt, da der Hausarzt nicht auf das im Nachgang mehrfach formulierte Angebot reagierte.

### 8.1.2 Datenmaterial

#### Videoaufzeichnung

Die Datenerhebung erfolgte im Zeitraum zwischen 2014 und 2016. Es wurden hausärztliche Konsultationsgespräche mit Patient:innen mit der Diagnose oder dem Verdacht auf Demenz erhoben. Eine Kamera wurde von den Hausärzt:innen kurz vor Gesprächsbeginn selbst aufgestellt. Während der Aufzeichnung der Konsultationsgespräche waren, außer der Kamera, keine beobachtenden Personen anwesend oder andere, ungewöhnliche Gegenstände Teil des Settings. Diese Art der Erhebung war gut integrierbar in den Praxisalltag und ermöglichte aufgrund dieses minimalen forschert:innenseitigen Eingriffs eine Annäherung an „natürliche“<sup>14</sup> Daten (vgl. Flick 1995: 156), Es gilt das Credo: Je weniger sich die Beteiligten der Aufzeichnungssituation gewahr sind, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie das mitlaufende Gerät vergessen, auch an heiklen Punkten (vgl. Flick 1995: 161), was insbesondere bei sensiblen Themen einen Unterschied dahingehend macht, ob die Befragten sich äußern möchten oder nicht. Die Teilnahmebereitschaft und das Einverständnis zu der Aufzeichnung des Gesprächs mittels Videokamera holten die jeweiligen Hausärzt:innen mittels Einwilligungsfomular (s. Anhang 2: Einverständniserklärung) von den jeweiligen Patient:innen schriftlich ein. Dieses Formular<sup>15</sup> wurde sowohl von den Patient:innen als auch von den Hausärzt:innen unterschrieben. Als Materialkorpus dieser Arbeit liegen insgesamt drei audiovisuell aufgezeichnete Gespräche vor: Dabei handelt es sich um Gesprächslängen von 18, 28 und 10 Minuten. Zwei der Gespräche wurden als übliche Konsultationen geführt, ein weiteres wurde in Form eines

---

<sup>14</sup> Daten oder Interaktionssituationen, die sich aus dem Alltag ohne weitere forschert:innenseitige Eingriffe ergeben. Vergleiche dazu Ausführungen in Flick (1995).

<sup>15</sup> Verwendet wurde ein Formular zur Einverständniserklärung aus einem vorausgegangenem Projekt, im Rahmen dessen vier Gespräche erhoben wurden und auch eine Nachbefragung der Patient:innen stattfand. Dementsprechend sind auch Vermerke zu diesen Aspekten im Formular zu finden, welche jedoch für den Verlauf der vorliegenden Studie keine weitere Relevanz hatten.

Bilanzierungsgespräch – im ursprünglichen Duktus Bilanzierungsdialog genannt – geführt. Bei dem Bilanzierungsdialog handelt es sich um ein Gesprächsformat in dem, analog zu einem Erstgespräch, gezielt die Routinesituation verlassen wird, um Chancen zur Neuorientierung zu suchen (vgl. Bahrs 2011: 10). Dies soll dadurch geschehen, dass eine Bestandsaufnahme über den bisherigen Behandlungsverlauf vorgenommen wird und der Hausarzt bzw. die Hausärztin sich ein Gesamtbild über seinen Patienten bzw. ihre Patientin (Lebenswelt des Patienten bzw. der Patientin, Bedeutung der Krankheit für den/die Patient:in, Risiken und Ressourcen) verschafft, wobei die Vertiefung der Beziehung zwischen Hausarzt:in und Patient:in das übergreifende Ziel sein soll (vgl. Bahrs 2011: 10 ff.). Der Bilanzierungsdialog bietet die Chance, dass Ziele, Anliegen, Verantwortlichkeiten und Absprachen und die daraus resultierenden Schritte (neu) formuliert werden können (vgl. Bahrs 2011: 10 ff.). Dieses Format kannte der Hausarzt aus dem Inhalt eines vorausgegangenen Projektes namens BILANZ (vgl. Bahrs 2015).

## Transkripte

Vor dem Hintergrund der Verstehbarkeit der sozialen Welt als Text (vgl. Garz & Kraimer 1994) und einhergehend mit der Methodenwahl der Datenauswertung (s. Kapitel 8.2) wurden die videodokumentierten Gespräche transkribiert und alle Namen und Hinweise auf die Identität der Personen entsprechend der Anonymisierungsanforderungen verändert. Informationen zum Bildmaterial blieben stellenweise integriert, um auf das „unermessliche soziologische Wissen unseres Auges“ (Goffman 1981: 108) zurückzugreifen. Allerdings war im Rahmen der Fallrekonstruktion die Wiedergabe des bewegten Bildes (bspw. im Anhang als Videodokument), also dessen „(...) was wir sonst nicht zu erforschen versuchen, weil es einzig über verbale Spekulationen zugänglich wäre“ (Goffman 1981: 108) aufgrund der Anonymisierungspflichten gegenüber den teilnehmenden Personen von vornherein ausgeschlossen. Die Wahl fiel daher auf die bedarfsweise Verschriftlichung des Bildes und damit auf die verbale Spekulation über das bewegte Bild, da letztlich „jede Äußerung in letzter Instanz in Sprache übersetzt werden muß [sic!, JG], um intersubjektiv verstanden werden zu können, weil einzig die Sprache zugleich eine Meta-Sprache ist“ (Bahrs 1999: 46). Beschreibungen im Transkript zum Bild erfolgten dann, wenn besonders auffällige Handlungen vollzogen wurden, welche entweder laute oder störende Geräusche erzeugten



(z.B. Rufe aus dem Vorzimmer), stille Bezugnahmen auf das Gesprochene darstellten (bspw. Kontaktaufnahme mit der Hand) oder das Setting veränderten (bspw. Aufstehen oder Weggehen). Weiterhin erfolgte anhand des Standbildes zum Zeitpunkt des Einschaltens der Kamera und somit kurz vor Gesprächsbeginn eine Beschreibung des Settings, die der Analyse des Rahmungsprozesses diene.

Für die Verschriftlichung wurden folgende Transkriptionsregeln angewandt (Hildenbrand 2005: 31 f.):

[	Überlappen von Redebeiträgen / Unterbrechung durch Redebeitrag
(.)	Pause unter einer Sekunde / kurzes Absetzen
(1), (2), (3)	längere Pause, Dauer in Sekunden
=	schneller Anschluss an einen vorausgegangenen Redebeitrag
((lacht)) ((laut))	Kommentar der transkribierenden Person
(-)	Stimme in der Schwebe
(?)	Frageintonation
(!)	Heben der Stimme, akzentuiert / betont
.	Senken der Stimme
(unverst)	unverständlicher Redebeitrag
(das ist)	nicht eindeutig verständlicher Redebeitrag
>>Name<<	Namen
g e d e h n t e	Sprechweise
viellei/	Wortabbruch

Zugunsten der Lesbarkeit sind die Textausschnitte im Ergebniskapitel vereinfacht dargestellt und auf nur wenige Sonderzeichen reduziert. Rechtschreibung und Grammatik wurden nicht berücksichtigt, um sich so bestmöglich der Lautschrift anzunähern (Ausnahme: Unterscheidung zwischen „dass“ und „das“, ungeachtet der Kommata-Regeln; persönliche Ansprache wie bspw. „Sie“ und „Ihre“; Beginn der Redebeiträge mit Großbuchstaben nach Absenken oder Heben der Stimme, sowie nach Frageintonation). Auf die Verwendung von Apostrophen zur Darstellung „verschluckter“ Vokale, Wörter oder Wortendungen wurde verzichtet (bspw. „ich habs“ als Sprechweise von „ich habe es“; „wird nich“ als Sprechweise von „wird nicht“ oder „nbisschen“ als Sprechweise von „ein bisschen“).

## Memos, Webseiten, Beobachtungsprotokolle

Infos aus den persönlichen Treffen, Telefonaten oder E-Mail-Kontakten mit der Hausärztin und den Hausärzten sind in Memos und tondokumentierten Kommentaren zu meinen Beobachtungen und Eindrücken festgehalten. Informationen zur fachlichen Spezifikation der Teilnehmenden und zur Lage und Art derer Praxen entspringen den Webseiten der Praxen, sofern vorhanden gewesen, und haben daher unterschiedlichen Umfang. Im Sinne der Feldforschung ermöglichten diese Beobachtungen annähernd „natürlicher“ Bedingungen einen Einstieg in und ein Kontextverständnis für das Forschungsfeld (vgl. Legewie 1995: 189 ff.).

„In der Fallhebung geht es um die Erfassung von Abläufen, Situationen, Vorgängen und Begebenheiten, die den Fall determinieren. Objektive Daten – ein Lebenslauf, sozialstrukturelle Daten, lokale, institutionelle und organisatorische Gegebenheiten – werden chronologisch erfasst, mündliche Äußerungen sind schriftlich zu fixieren und werden in eine Falldarstellung überführt.“ (Kraimer 2009)

## Datenauswahl

Die Auswahl der Gespräche für die Datenauswertung erfolgte aufgrund der geringen Anzahl pragmatisch nach dem Kriterium der Teilnahmebereitschaft. Folglich wurden alle drei der erhobenen Gespräche analysiert und miteinander verglichen. In der Ergebnisdarstellung dient das Bilanzierungsgespräch der detaillierten Darstellung der Fallrekonstruktion, da es sich aufgrund der Gesprächsart als besonders anschaulich für den Nachvollzug der Zeitthematik erwies. Die zwei weiteren Fälle wurden gleichermaßen umfangreich analysiert. Nur die Darstellung dieser beiden erfolgte komprimiert zusammengefasst als Fallportraits, die die Leser:innen im Anschluss an die erste ausführlichere Darstellungsvariante finden.

## Fallverständnis

Alle drei Gespräche fanden jeweils zu dritt, also dialogisch, statt, d.h. zwischen Hausärzt:in, Patient:in und einer Begleitperson. Diese Beschaffenheit sagt allerdings noch nichts über die tatsächlichen Fallgrenzen aus.

„Unter einem Fall wird eine soziale Einheit verstanden, die eine Strukturiertheit ausgebildet hat. Was der Fall ist und welche Grenzen er hat, kann daher vorab nur vermutet werden und ergibt sich schließlich aus der Auseinandersetzung mit der Eigenheit des Falles im Forschungsprozess selbst.“ (Hildenbrand 1995: 258)

Zunächst ist also ganz weit gefasst davon auszugehen, dass der Fall im Medium Gespräch sowohl inhaltlich als auch gesprächsstrukturell Ausdruck findet, denn der Fall ist die Strukturierungsgesetzlichkeit einer sozialen Praxis (vgl. Oevermann et al. 1976). Damit gemeint sein kann bspw. der/die Patient:in, der/die Ärzt:in, der/die Angehörige, das Gespräch, die Beziehung oder die Interaktion zwischen Ärzt:in und Patient:in (und angehöriger Person) bzw. zwischen den jeweiligen Dyaden, die Krankheit oder der Umgang mit dieser. Wenn in der Medizin von „Fall“ die Rede ist, kann damit der Beratungsanlass (bspw. Vergesslichkeit), die Diagnose (bspw. Demenz), die Person (bspw. Mann mit Gehstock), der Verlauf (bspw. schwierig), oder der Gesprächstyp (bspw. Erstgespräch) etc. gemeint sein. Aus soziologischer Sicht können wiederum andere Kategorisierungsmöglichkeiten entstehen. Im Rahmen dieser Forschungsarbeit liegt der Fokus auf der zeitlichen Dimension.

## Nachgespräche

Die Nachgespräche mit den Hausärzt:innen erweiterten das Fallverstehen, sowohl forschers:innenseitig als auch aus Sicht der Hausärzt:innen. Allerdings wurde in den Nachgesprächen die Zeit in sozialer Interaktion nicht Thema – in welchen sich sonst Hypothesen aus der Fallrekonstruktion dazu hätten kommunikativ validieren lassen. Das lag daran, dass zum Zeitpunkt der Nachgespräche noch keine solchen Zeithypothesen ausgereift formulierbar waren. Zudem orientierte sich das Procedere an dem Erkenntnisinteresse der Hausärzt:innen, welches stärker im Thema Kommunikation zu finden war. Aufgrund der Eigendynamik des Zustandekommens der Nachgespräche, sowie dem Umstand, dass diese nicht als Datenerhebung vorab geplant waren, wurden sie als Datenkorpus aus der Datenauswertung ausgeschlossen. Um aber die darin enthaltenen Perspektivenerweiterungen nicht gänzlich auszugrenzen, wurden Informationen daraus stellenweise in der Ergebnisdarstellung ergänzend – und anhand Kursivschrift erkenntlich – hinzugezogen.

## 8.2 Datenauswertung

Für das Erkennen der Zeit im Material standen mir Begrifflichkeiten und Deutungen über Zeit als Wissensbestand zur Verfügung, von dem anzunehmen ist, dass derselbe gesellschaftlich und kulturell dem der beforschten Subjekte ähnelte. Für eine wissenschaftliche und bestenfalls anschauliche Nachvollziehbarkeit dieses Wissensvorrates über Zeit, erfolgte in dieser Arbeit die theoretische Betrachtung des Zeitbegriffes (s. Kapitel 1), die Recherche zu Zeit im Kontext medizinischer Versorgung (s. Kapitel 2) und der Demenzerkrankung (s. Kapitel 3) und ihrer Relevanz für Abstimmungsprozesse im Gespräch zwischen Hausärzt:innen und Patient:innen (s. Kapitel 4) sowie eine aus all diesen Punkten abgeleitete systematisierte Übersicht (s. Kapitel 5). Die forschers:innenseitige Vorstellung darüber, wie sich Zeit im Material ausdrücken könnte, basiert somit auf einem (theoriegeleiteten) Wissensvorrat, das als „sensibilisierendes Konzept“ (Flick 1995: 172) für die Erkenntnisreise zur Verfügung steht.

Da Interaktion eine wechselseitige und mehrdeutig interpretierbare Abfolge von Handlungsakten darstellt, bietet die objektive Hermeneutik nach Oevermann mittels Rekonstruktion der Bedeutungsinhalte einen Zugang zu den Interaktionsstrukturen (vgl. Oevermann et al. 1979; vgl. Bahrs 1999: 46) und den damit verbundenen Zeitstrukturen und -strukturierungen. Die objektive Hermeneutik geht davon aus, dass soziale Wirklichkeit sinnhaft ist. Sie „(...) ist ein Verfahren, diese objektiv geltenden Sinnstrukturen intersubjektiv überprüfbar je konkret an der lesbaren Ausdrucksgestalt zu entziffern“ (Oevermann 2002: 2). Im hermeneutischen Ansatz ist das analytische Vorgehen in Sequenzen, die Sequenzanalyse (vgl. Oevermann 2002), immer zentral, d.h. die Daten werden nacheinander analysiert um ein mögliches Vorwissen über den Untersuchungsgegenstand „künstlich“ auszuschließen (vgl. Oevermann 2010: 41). „(...) [Z]ur Interpretation einer Textstelle [werden] keine retrospektiven Vorgriffe herangezogen (...).“ (Flick 1995: 164) Jeder Text wird für sich genommen betrachtet und innerhalb dessen werden wiederum einzelne Abschnitte nacheinander angeschaut. Entweder ein Wort, eine Wortgruppe oder ein Satz werden als Sinneinheit betrachtet und analysiert. So lassen sich weitestgehend alle Selbstverständlichkeiten der interpretierenden Person gegenüber dem

Untersuchungsgegenstand systematisch aufbrechen und Schritt für Schritt Aussagen über die fallspezifische Sinnlogik verdichten (vgl. Reichertz 2011: 3).

„Das vorrangige Ziel der Sequenzanalyse ist (a) die Rekonstruktion der handlungsgenerierenden Regeln – objektive Hermeneutik oder (b) die (Re)Konstruktion der sozialen Bedeutung sozialen Handelns, also der Bedeutung des Handelns, die den Handelnden meist selbst verborgen und nur begrenzt zugänglich ist, die aber dennoch wesentlich für das Verstehen der Handlung ist (Hermeneutische Wissenssoziologie, Rekonstruktive Sozialforschung). Wegen dieser ‚Tiefendimension‘ ist die Sequenzanalyse immer dann gefordert, wenn es um das ‚tiefere‘ Verstehen und Erklärendes Handeln von menschlichen Akteuren geht, also in der Regel [sic!, JG] wenn es um Prozesse geht, die jenseits der gewussten Selbstdeutung vermutet werden.“ (Reichertz 2011: 2 f.)

Diese fallrekonstruktive, hermeneutische Datenauswertung erfolgt am Textmaterial. Informationen zur Körpersprache anhand des Videomaterials wurden nur dann einbezogen, wenn etwas besonders Auffälliges passiert, oder wenn der Gesprächsverlauf ohne die Betrachtung des Bildmaterials sonst nicht nachvollziehbar gewesen wäre. So ließen sich für die Fallrekonstruktion Informationen ergänzen. Die Schritte der Datenauswertung erfolgten sowohl in eigener Einzelarbeit als auch teilweise in Kolloquien und Forschungswerkstätten zusammen mit anderen Forscher:innen, um die Hypothesen kritisch zu reflektieren und einer zu frühen Festlegung auf dieselben vorzubeugen.

### *8.2.1 Sichtende grobe Datenauswertung*

Eine erste Orientierung über die Gesprächsstruktur gab ein chronologisches Themeninventar – das ist ein Verzeichnis, das nach Gesprächsstationen (bspw.: Anfang, Hauptteil, Ende) hinsichtlich der jeweiligen Inhalte sowie Dauer und Zeitpunkte (bei Themenwiederholung) gegliedert ist. Deutlich wurden dabei der Gesprächsumfang, der Zeitaufwand insgesamt und je Thema, die Themenvariation, sowie Themenreihenfolgen und damit Priorisierungstendenzen und Schwerpunkte der Interagierenden. Ersichtlich wurden überdies thematische Übergänge und damit einhergehende Auffälligkeiten wie Themenbrüche und -sprünge.

Aufbauend auf diesem Themeninventar ließen sich die jeweiligen Sprech- und Handlungsakte zeitstrukturell einer Richtung auf der Zeitachse zuordnen, sowie die

Wiedergabe einer als Vergangenheit, Gegenwart oder Zukunft markierten Erfahrung ableiten. Dies gab einen Eindruck über die zeitliche Verortung der Themen im Gespräch. Auch die Beschreibung von Themenlängen (bspw. etwas, das als noch „kurz“ zu besprechen anmoderiert wurde) wurde mit der tatsächlichen Dauer im chronologischen Themeninventar verglichen. Der Vergleich der Zeitstruktur des chronologischen Themeninventars mit der kommunizierten Zeitstruktur ermöglicht ein Entdecken etwaiger Ambivalenzen, ein Aspekt der in der entsprechenden Falldarstellung wieder aufgegriffen wird.

### 8.2.2 *Fein- und Sequenzanalyse*

Bei der Auswertung von Details der Interaktionsverläufe in den Gesprächen spielt Kontextualität eine wesentliche Rolle, denn die Interpretation von Handlungsakten geht in der Detailauswertung auch mit der Rekonstruktion von Handlungsräumen einher (vgl. Bahrs 1999: 48). Die Feinanalyse begann daher mit der Betrachtung der kontextgebenden Informationen zu den jeweiligen Fällen. Dazu zählen objektive Daten wie bspw. die fachliche Spezifikation der Hausärzt:innen, die Lage und Art derer Praxisräume (basierend auf den auf den Webseiten kommunizierten Informationen). Darüber hinaus zählen zu diesem Informationsportfolio der Feldzugang, d.h. die Kontaktaufnahme zwischen mir und den Hausärzt:innen, und der Verlauf des Forschungsprozesses. Anhand dieser Informationen konnten erste Fallstrukturhypothesen gebildet werden. Der erste sequenzanalytische Schritt erfolgte dann anhand der Eingangssequenz, die den Rahmen der jeweiligen Gespräche wiedergibt. Der Rahmen besitzt einen generativen „Meta-Charakter (bzw. Regelcharakter)“ (Hildenbrand 1999: 129). Rahmungsprozesse (Rahmung und Ent-Rahmung) verweisen auf den handlungswirksamen Kontext und „geben Antwort auf die Frage ‚Was geht hier vor?‘“ (Hildenbrand 1999: 125).

„Eine Sonderrolle kommt dem Gesprächsbeginn zu, weil der Initiator – im Falle von Arzt-Patienten-Konsultationen – sich noch nicht auf konkrete Äußerungen seines Gegenübers beziehen kann. Da aber das ärztliche Gespräch als soziale Situation wohl definiert ist und der Handlungsraum durch den *äußeren Kontext* [Herv. i. O.] -raumzeitliche Bedingungen, Qualifikation, Alter, Geschlecht, Bildungsstand usw. – begrenzt wird, ist der Initiator in der Definition der Situation nicht ‚frei‘ und greift bei der Eröffnung unter den ihm zur Verfügung stehenden Routineäußerungen auf diejenigen zurück, die seinen Möglichkeiten im Hinblick auf sein *Bild vom Patienten* [Herv. i. O.] entsprechen.“ (Bahrs 1999: 50)

Die Betrachtung dieser Rahmen gebenden Gesprächseröffnung erfolgte unter Einbezug des Standbildes zum Zeitpunkt des Aufnahmestarts, um Settingaufbau und Platzierung der Anwesenden, verstanden als physisches Abbild von Möglichkeiten und Potenzialen, genauer betrachten zu können.

Die Fallstrukturhypothesen, die sich im Verlauf der Feinanalyse des Kontextes und der Rahmungsprozesse aufstellen ließen, wurden mittels Sequenzanalyse an ausgewählten Gesprächsstellen überprüft. Die Wahl solcher Sequenzen richtete sich auf Gesprächsinhalte in denen explizit Abstimmungsanliegen als zu klärende Themen kenntlich gemacht wurden. Diese Entscheidung basiert auf der theoretischen Vorüberlegung, dass sich in kommunikativer Abstimmung auch Prozesse zeitlicher Koordination finden und beschreiben lassen. Diese Sequenzen unterscheiden sich je Gespräch in ihrer Länge und Struktur, denn „[d]ie Sequenzialität ist insofern variabel, als dass die Größe der zu wählenden Sequenz von Autor zu Autor variiert und mitunter auch vom Stand der bereits im Rahmen der Datenauswertung gebildeten Fallstrukturhypothese abhängt“ (Trescher 2016b: 189). Offene Fragen und Irritationen konnten zu jedem Zeitpunkt der Datenauswertung zu einer erneuten Sequenzanalyse an beliebiger Stelle im Gespräch führen. Das forschers:innenseitige „Zeitobjektiv“ der Feinanalyse wurde in Bezug auf die Gesprächsstruktur als auch auf den Inhalt angelegt. Inhaltlich erwies sich die Rekonstruktion von Sinnzusammenhängen unter Einbezug der Elias’schen Begrifflichkeiten als hilfreich. Das bedeutet, dass sich subjektspezifische Deutungen über bspw. Wandlungsreihen, Kontexte, Ereignissequenzen und Orientierungsereignisse rekonstruieren lassen, die sich wiederum zueinander in Bezug setzen lassen. Dieses Vorgehen ermöglicht eine Prozessperspektive mit den darin befindlichen Zeitaspekten. Wichtig für diese Prozessperspektive sind zudem, wenn vorhanden, biografische Narrationen, denn „[e]rzählte Lebensgeschichten verweisen (...) sowohl auf das heutige Leben mit der Vergangenheit wie auch auf das damalige Erleben dieser vergangenen Ereignisse“ (Rosenthal 1994: 135 f.). Biografische Narrationen geben Informationen über den individuellen, handlungswirksamen Kontext des handelnden Subjektes preis (vgl. Radenbach & Rosenthal 2012).

„Das Auftreten der Vergangenheit ist nicht ohne das emergierende Ereignis, gleichsam in einem reinen Ablauf gegeben; sie ist an die Emergenz des Neuen in einer Gegenwart gebunden. Die Vergangenheit existiert demzufolge nicht an sich, d.h. unabhängig von der Gegenwart“ (Wagner 1999: 18),

eine Differenzierung die Elias durch den erfahrungsbezogenen Begriff „Vergangenheit“ in Abgrenzung zum strukturbezogenen Begriff „früher“ (vgl. Elias 1984: 45 f.) trifft. Komplexe, langfristige Verläufe, wie Biografien es sind, treten in ärztlichen Konsultationsgesprächen nur bruchstückhaft zutage, werden in ihrem zeitlichen Ablauf gestückelt und nur das gerade Relevante wird thematisiert (vgl. Flick 1995: 157). Auf der Zeitachse weiter entfernte Ereignisse können für das Subjekt eine davon abweichende Nähe oder Ferne zur Gegenwart haben. Für die Betrachtung gemeinsamer zeitlicher Abstimmung ist der Einbezug dieser inneren, individuellen zeitlichen Landkarte unerlässlich. Wichtig anzumerken ist, dass in dieser Arbeit keine Biografieanalyse (vgl. Rosenthal 2001, 2002) erfolgt. Da biografische Inhalte im Verlauf der Demenzerkrankung aber zunehmend relevant werden, erscheint ein solcher Forschungsschwerpunkt mit Blick auf zeitliche Aspekte sinnvoll und könnte eine bereichernde Anschlussforschung darstellen. Die Feinanalyse unter Einbezug der Elias'schen Zeitbegriffe erlaubt es, gemäß Forschungsteilfragen 1 und 2, sowohl die Prozesse zeitlicher Koordination der jeweils einzelnen Subjekte – im Kontext ihrer Lebensgeschichte – als auch deren Zusammenspiel im Gespräch mit Bezug auf den größeren, gesamten Interaktionsverlauf zu erfassen und zu beschreiben. Parallel dazu diente eine Liste mit Zeitbegriffen, -konzepten und -phänomenen während der Durchsicht der Transkripte dem Beibehalten einer breiten Perspektive auf mögliche Facetten der Zeit im Material. Diese Liste entwickelte sich im Laufe des gesamten Forschungsprozesses. Ein angedeutetes Beispiel zur Anwendung dieser Liste: Ein Kriterium namens „Beobachtungsgrößen“, das Aspekte wie Pausen, Länge der Redebeiträge, Sprechertempo oder Unterbrechungen etc. meint, sensibilisierte für den Blick auf gesprächsstrukturelle Auffälligkeiten. Fanden sich solche auffällige Sequenzen, erinnerte ein weiterer Punkt namens „Umgang mit Geschwindigkeit“ daran, genauer zu deuten, um welche Art des Anpassungsverhaltens bzw. des (De)Synchronisationsverhaltens es sich dabei handeln könnte (bspw. Drängen, Bremsen, Beschleunigen, Verlangsamen).

Die Datenauswertung und die theoretische Auseinandersetzung mit dem Thema Zeit in sozialer Interaktion sowie das Niederschreiben der Ergebnisse verliefen im Sinne der Grounded Theory zirkulär (vgl. Erhard & Sammet 2018: 16) nicht chronologisch nacheinander. Funde im Material führten zu weiteren Recherchen. Die Lektüre weiterführender Literatur wiederum schärfte den Blick auf das Datenmaterial. Im Verlauf der theoretischen Auseinandersetzung entwickelte sich ein Verständnis von



Betrachtungsebenen der Zeit als Symbol, als Ordnung und als Potenzial (s. Überblick in Kapitel 5) und warf die Forschungsteilfrage 3 auf, welche Erkenntnisse ein Rückbezug der Ergebnisse im Datenmaterial auf diese Betrachtungsebenen hervorbringt. Dieser Gedankengang führte dazu, die Betrachtungsebenen für den Schritt Fallvergleich als Instrument heranzuziehen und die Betrachtungsebenen als Vergleichskriterien zu nutzen. Dieser Schritt ermöglichte sowohl fallspezifische als auch fallübergreifende Erkenntnisse über die Ausdrucksformen der Zeit in den Gesprächen und bot dabei einen höheren Abstraktionsgrad in der Beschreibung der Ergebnisse. Diese wurden dann im Anschluss gemäß Forschungsteilfrage 4 hinsichtlich ihrer Chancen und Grenzen für die Interagierenden und dem Mehrwert des „Zeitobjektivs“ für Forschung und Praxis diskutiert.

## 9 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Fallrekonstruktionen der drei hausärztlichen Konsultationsgespräche dargelegt. Das Gesprächsformat der *Bilanzierung* eignete sich im Besonderen für den Prozess des Nachvollziehens zeitlicher Aspekte im Material. Das Gespräch beinhaltet Vereinbarungen und Reflektionen über bereits erreichte Ziele – der Fokus liegt auf dem Behandlungsprozess, wodurch der zeitliche Fokus bereits im Gesprächsformat angelegt ist. Daher wird für dieses Gespräch im Folgenden der gesamte detaillierte Feinanalyseverlauf chronologisch mit Bezug auf den Gesprächsverlauf präsentiert, um den Prozess der gemeinsamen zeitlichen Abstimmung zu veranschaulichen. Im Anschluss erfolgt die Darstellung der anderen beiden hausärztlichen Konsultationen in komprimierterer Form und aufbereitet als Fallportrait, sodass die Leser:innen die Ergebnisse der umfangreichen Datenauswertung dargeboten bekommen und nicht alle Zwischenschritte erneut nachvollziehen müssen. Stattdessen sind in den Fallportraits zu jeder Interpretation die entsprechenden Verweise auf die Stellen im anhängenden Transkript vermerkt.

Abschließend werden alle drei Fälle hinsichtlich der gefundenen zeitlichen Aspekte miteinander verglichen. Alle verwendeten Namen wurden für die Falldarstellung anonymisiert.

Die via Kamera konservierten Gespräche werden in der Ergebnisdarstellung in der Gegenwartsform wiedergegeben, um der lesenden Person eine Art teilnehmenden Einblick zu ermöglichen. Die Informationen aus den gemeinsamen Nachgesprächen werden abgrenzend dazu im Präteritum beschrieben, obwohl sie zeitlich nach der Gesprächsaufzeichnung stattfanden. Sie fließen ergänzend in die Ergebnisdarstellung ein und sind mittels Kursivschrift kenntlich gemacht.

## 9.1 Fallrekonstruktion 1: Der Aufschub

### 9.1.1 *Forschungsprozess – Partizipation*

Der Kontakt zu dem Hausarzt Dr. Druwe wurde über einen Fachkollegen vermittelt. Beide kennen sich aus einem Hausärzteforum zum Thema Versorgung von Menschen mit chronischer Krankheit. Dr. Druwes Interesse an kommunikativen Aspekten in Gesprächen zwischen Ärzt:innen und Patient:innen und seine Offenheit gegenüber Neuem führten zur Teilnahme an diesem Projekt.

Meine erste Kontaktaufnahme zu Dr. Druwe erfolgte telefonisch. Wir besprachen den Ablauf der Datenerhebung, klärten offene Fragen über die Art und den Umfang der Datenerhebung. Im Zuge dessen wurde deutlich, dass er sich aufgrund zeitlich begrenzter Ressourcen auf eine Gesprächsaufzeichnung begrenzen möchte. Da Dr. Druwe im Besitz einer dafür erforderlichen Kamera war und bereits Erfahrung mit Gesprächsaufzeichnungen hatte, benötigten wir dazu kein vorbereitendes Treffen.

Für das ein Jahr spätere von mir angebotene Nachgespräch über die Forschungsergebnisse nahm sich Dr. Druwe umfassend Zeit, was mich angesichts der anfänglichen Rückmeldung über knappe Ressourcen überraschte und ich entsprechend dankend annahm. Das Gespräch fand bei ihm zu Hause zusammen mit unserem gemeinsamen Kontakt statt. Dr. Druwe war daran interessiert, sein eigenes Gesprächsverhalten zu reflektieren. Dies geschah in einem entsprechenden gemeinsamen Nachgespräch über die Ergebnisse der Datenauswertung. Dazu wurden Teile der Sequenzanalyse aufbereitet und mit Fokus auf kommunikative Aspekte zusammen mit dem Hausarzt diskutiert (vgl. Gärtner et al. 2019: 502). Dieser partizipative Abschnitt des Forschungsprozesses mündete wiederum in einem späteren gemeinsamen Kongressbeitrag, in Form eines Erfahrungsberichtes über den Erkenntnisgewinn unseres Nachgespräches.

Die bemerkenswerte Investition des Hausarztes in den Forschungsprozess trotz der bereits zu Beginn als limitiert kommunizierten Zeitkapazität verdeutlicht ein Spannungsfeld zwischen einem „Sich-Zeit-nehmen-Wollen“ und potenziell rahmender Zeitknappheit. Die Partizipation ermöglichte ihm, dass er diesen Zeitaufwand für sich nutzbar integrieren

konnte, über Teilergebnisse früh informiert war und die Erkenntnisse daraus zeitnah mit Fachkollegen teilen konnte.

### *9.1.2 Hausarzt – „Early Adopter“*

#### *Profil: Vorausschau*

Dr. Druwe ist erfahrener Rettungs- und Notfallarzt und langjährig als Facharzt für Allgemeinmedizin tätig. Als Lehrarzt richtet er sein Fachwissen an Studierende. Zudem sind Ärzt:innen in Weiterbildung sind in seiner Praxis tätig. Dr. Druwe ist Mitglied der Ärztekammer sowie ärztlicher Fachgesellschaften, nimmt an Qualitätszirkeln teil und pflegt ein internes Qualitätsmanagement.

Seine Fachkunde im Bereich der Rettungs- und Notfallmedizin lässt eine vornehmliche Orientierung an Krisen und Notfällen vermuten. Allerdings, während im Kontext der Notfallmedizin die Versorgung von Akutfällen relevant ist, ist folglich im Kontext der Hausarztstätigkeit eine eher präventive Vorgehensweise zu erwarten – im Sinne der Vermeidung von Notfällen.

#### *Arztpraxis: Antizipation*

Dr. Druwe ist niedergelassener Hausarzt in einer Gemeinschaftspraxis zusammen mit einem Kollegen gleichen Fachbereichs. Beim Betreten der Praxis fiel mir auf, dass der Warteraum mit zahlreichen Medien wie Flyern, Tafelbeschriftungen und Postern bestückt war, die die Patient:innen sowohl über die Praxisorganisation (bspw. Öffnungszeiten und Urlaubsplanung) als auch über Praxisleistungen (bspw. Angebote und neue Produkte) informierten.

Der Umfang und die Vielfalt dieser Aufklärungsmedien verweisen auf Dr. Druwes Antizipationsvermögen im Hinblick auf verschiedene Patient:innenbedarfe. Durch diese mittelbare Kommunikation transformiert er die Wartezeit in eine beziehungsgestaltende Zeit. Derartige Angebote sind für Wartebereiche nicht unüblich und könnten sowohl eine beziehungserweiternde Funktion (Patient:innen wird die Hemmschwelle für das Ansprechen

bestimmter Themen genommen), als auch eine beziehungsbegrenzende Funktion (Themen werden auf vorweggenommen, um sie gar nicht erst zum Gespräch werden zu lassen) besitzen.

### *Gesprächsformat: Neuland*

Als Gesprächsformat wählte Dr. Druwe den Bilanzierungsdialog. Dieses Gesprächsformat war ihm bekannt durch das Forschungsprojekt BILANZ (vgl. Bahrs 2015), im Rahmen dessen das Gesprächsformat vorgestellt und evaluiert wurde. Das Konzept „Bilanzierungsdialog“ wurde im Vorläuferprojekt „Gesundheitsfördernde Praxen“ (vgl. Bahrs & Matthiessen 2007; vgl. Bahrs 2011) entwickelt. Unter dem Bilanzierungsdialog ist eine systematische und ressourcenorientierte Problemaushandlung und Verständigung zwischen Patient:innen und Behandler:innen zu verstehen, die ein Umdenken in der zeitlichen Strukturierung des Gespräches bedeuten, da sie durchschnittlich wesentlich mehr Zeit beanspruchen als übliche Konsultationen. Anhand von Zielvereinbarungen und Reflektionen über bereits erreichte Ziele wird der Fokus auf den Behandlungsprozess gelegt (vgl. Bahrs 2011, 2015). Allerdings hatte Dr. Druwe selbst nicht an BILANZ-projektinternen interaktiven Weiterbildungen zur Durchführung dieses Gesprächsformats teilgenommen. Da bei seiner Durchführung Abweichungen vom Originalformat festzustellen waren, soll im Folgenden nicht die Bezeichnung Bilanzierungsdialog, sondern Bilanzierungsgespräch verwendet werden.

*Aufgrund von Dr. Druwes rein theoretischem Vorwissen zur Durchführung des neuen Gesprächsformats bezeichnete er sich im gemeinsamen Nachgespräch<sup>16</sup> als „early adopter“<sup>17</sup>. Das Bilanzierungsgespräch hatte er extra für die Datenerhebung realisiert. Diese besondere Situation beschrieb Dr. Druwe als „künstlich“, denn nicht sein Patient hatte mit einem Anliegen*

---

16 Alle aus den Nachgesprächen hervorgehenden Inhalte sind in Kursivschrift dargestellt. Zitate aus den Nachgesprächen sind mit Anführungszeichen kenntlich gemacht.

17 Dabei handelt es sich um einen Begriff aus dem Change-Management, der einen Gruppentyp aus fünf Gruppen (innovators, early adopters, early majority late majority, laggards) beschreibt, die an der Entwicklung von Neuem beteiligt waren. „Early adopter“ werden als jene beschrieben, die Veränderungen sehr früh aufgreifen, ohne selbst an der Entwicklung des Neuen beteiligt gewesen zu sein. Verglichen mit den anderen Gruppen wird ihnen unter anderem eine höhere Empathie zugesprochen, weniger Dogmatismus, eine höhere Abstraktionsfähigkeit und Intelligenz, eine stärker bevorzugende Haltung gegenüber Veränderungen und Wissenschaft, eine bessere Fähigkeit mit Unsicherheit umzugehen sowie weniger Fatalismus (vgl. Rogers 1995: 279).

*das Gespräch gesucht, sondern Dr. Druwe hatte zum Gespräch eingeladen, was eine „verdrehte“ Ausgangslage für den Hausarzt darstellte.<sup>18</sup>*

Aufgrund der für Dr. Druwe ungewohnten Situation ist ihm im Gespräch ein Rückgriff auf gewohnte Gesprächsmuster aus üblichen Konsultationsformaten nur begrenzt möglich. Sofern also die Idee des Bilanzierungsdialogs nicht vorab gegenüber allen Beteiligten kommuniziert wurde, forderte diese Situation ihnen eine besondere Strukturierungsleistung ab.<sup>19</sup> Im Zuge der vertauschten Anliegenstruktur ist für die vorliegende Analyse mit entsprechend anderen Erwartungshaltungen und Verhaltensmustern der Beteiligten im Gesprächsverlauf zu rechnen als in üblichen Konsultationen. Das Format des Bilanzierungsgespräches bot allen Beteiligten Raum für die Klärung von Zielen und entsprechenden Verantwortlichkeiten.

### *9.1.3 Patient – Kennt den Hausarzt schon länger*

Dr. Druwe vereinbarte einen Termin außerhalb der üblichen Gesprächszeiten mit seinem Patienten Herrn Redel und dessen Ehefrau – einem Ehepaar, dass er zu diesem Zeitpunkt schon länger kannte und (mit) denen er (sich) ein solches Gespräch zutraute.

### *9.1.4 Setting –Vorgreifen*

#### *Aufbau: Ungleiches Veränderungspotenzial*

Die Kamera wurde vor Gesprächsbeginn positioniert und bildet mit Aufnahmestart eine Perspektive auf einen nierenförmigen Schreibtisch im Seitenprofil ab.

Das Bild zu Beginn der Aufzeichnung zeigt, dass sich Dr. Druwe noch nicht an seinem Platz

---

<sup>18</sup> Dazu ist anzumerken, dass auch in anderen Gesprächsformaten wie bspw. Disease-Management-Programm-Gespräche (DMP-Gespräche) der Hausarzt seine Patienten einlädt. Die Besonderheit des Bilanzierungsdialogs ist aber, dass ein Anliegen gemeinsam erarbeitet werden soll.

<sup>19</sup> Es ist die Idee des Bilanzierungsdialogs, dass künstlich eine Situation hergestellt wird, die dem eines Erstgespräches ähnelt. Sofern dies vorab auch gegenüber den Patient:innen kommuniziert wird, kann allen Beteiligten dieser Umstand und die zu erwartende Gesprächsstruktur gewahr sein.

befindet, welchen man an der eingewölbten linken Schreibtischseite und an dem nach links ausgerichteten Computermonitor sowie dem dort befindlichen Bürostuhl erkennt. Der Schreibtisch rahmt Dr. Druwes Sitzplatz ein und zieht nicht nur frontal, sondern, durch eine angedeutete Biegung, auch eine leicht seitliche Grenze zu den Gesprächspartner:innen.

An der gegenüberliegenden, ausgewölbten Schreibtischseite, rechts im Bild, sitzt der Patient Herr Redel etwas näher zur Kamera. Aus Patientensicht rechterhand, aber aus Kameransicht wiederum weiter entfernt hinten, sitzt dessen Ehefrau. Diese Stühle stehen eng beieinander, sodass beide Ehepartner als Einheit erscheinen. Veränderung eines Ehepartners in diesem Setting würde vom zweiten nicht unbemerkt bleiben. Der Drehsessel hingegen erlaubt dem Hausarzt mehr Bewegungsspielraum und damit Gestaltungsmöglichkeit der eigenen Position innerhalb des Settings.<sup>20</sup>

Die gegenüberstellende Sitzordnung gestattet ein gegenseitiges Anschauen im Kontext zweier gegensätzlicher Blickrichtungen. Es wird eine Zusammenkunft denkbar, die die Frage zulässt, was gleich auf den, sowohl verbindenden, als auch voneinander trennenden, Tisch gebracht wird.

Das Zimmer wirkt sehr hell und der Schreibtisch wirkt durch seine Ordnung übersichtlich. Auf dem Tisch befinden sich Computer, Drucker und Telefon – Handlungsoptionen, auf die der Hausarzt zugreifen kann (u.a. zu Recherchezwecken, Kommunikation mit Externen, zum Drucken von Rezepten usw.). Medizinsymbolische Instrumente wie Stethoskop und Blutdruckmessgerät, sowie ein Modell eines Organs liegen gut sichtbar und einsatzbereit auf dem Tisch – diese Utensilien unterstreichen die professionelle Rolle des Hausarztes und tragen zur medizinischen Raumatmosphäre bei.

### *Platzierung: Voraus vs. Hinterher*

Im Standbild des Aufzeichnungsbeginns blickt Herr Redel bereits zur Kamera, respektive zu dem dahinterstehenden Arzt, während Frau Redels Körperhaltung und Blick nach unten in

---

<sup>20</sup> Beispielsweise wäre dem Arzt ein Abwenden von den Gesprächspartnern durch eine Drehung ohne Aufstehen wesentlich rascher möglich, als dem Patienten und dessen Ehefrau. Diese müssten sich zunächst vom Sitzplatz und damit aus der Konstellation lösen. Der Arzt hingegen kann die Position verändern ohne das Setting zu unterbrechen oder aufzulösen. Der Hausarzt kann auch die Position der Eheleute nicht verändern, ohne dazu ein neues Setting zu initiieren (Aufstehen, Stühle verrücken, um Sitzplatzwechsel bitten).

sich gekehrt und wartend wirkt. Die Vervollständigung des Settings durch das Platznehmen von Dr. Druwe, als Gastgeber, Initiator und Professioneller, lässt den Gesprächsbeginn erwarten.

Der hinter der Kamera befindliche und damit die Interaktion initiierende Hausarzt verweist durch seine Position auf den vorangegangenen Akt des Planens und Arrangierens eines solchen Settings. Dies bedeutet, dass der Hausarzt inhaltlich, verglichen mit sonst üblichen alltäglichen Konsultationsformaten, gegenüber dem Ehepaar einen Schritt voraus ist.<sup>21</sup> Gleichzeitig erfordert diese Position ein physisches Ankommen im selbst geplanten, bereits bestehenden Setting, wodurch der Hausarzt wiederum „aufholen“ – in diesem Fall Platz nehmen – muss.<sup>22</sup>

Interessanterweise zeichnet sich die zeitliche Ambivalenz auch im Verhalten des Patienten ab. Dessen Versuch der Blickkontaktaufnahme zu dem hinter der Kamera befindlichen Hausarzt wohnt eine sowohl Nähe herstellende – den Interaktionsbeginn erwartende (und damit vorausschauende) –, als auch eine dem – noch nicht am Platz befindlichen – Hausarzt gegenüber abwartende, und damit zurückhaltende Haltung inne. Dies ließe sich durch die Kamerasituation erklären und wäre dann auch in den Gesprächsaufzeichnungen der anderen Hausärzte sichtbar. Andernfalls könnte es auch auf das hier besondere Gesprächsformat zurückzuführen sein.

### 9.1.5 Gesprächsbeginn – „Un jetzt läuft“

DR. DRUWE: UN JETZT LÄUFTS. ((ARZT HINTER DER KAMERA BEFINDLICH))  
H. REDEL: JETZT LÄUFT(!) ES.  
DR. DRUWE: ((LÄUFT ZU SEINEM PLATZ UND SETZT SICH)) JETZT LÄUFTS(!) UND DANN MÜSSEN WIR UNS  
H. REDEL: [JETZT WERD ICH AUFGENOMM.  
DR. DRUWE: SIE(!) UND ICH(!)

---

<sup>21</sup> Ein solches Voraussein kann beispielweise auch in der Form von einem Schauen in die Akten oder auf den Computerbildschirm Form annehmen.

<sup>22</sup> Ähnliches lässt sich interessanterweise auch für die Tätigkeit als Lehrarzt formulieren. Die Vermittlung eines Lehrinhaltes bedeutet eine Konzeption der Inhalte orientiert an einem antizipierten Informationsbedarf der Rezipienten. Erst der Akt des physischen Aufholens (bspw. der Lehrvortrag) ermöglicht die Umsetzung und so ein Adaptieren an potenzielle Veränderungen, (bspw. unerwartete nicht eingeplante Fragen).



H. REDEL: [A(!)  
DR. DRUWE: UND IHRE FRAU DIE VERSTECKT SICH HINTER IHNEN. ((LÄCHELT))  
H. REDEL: ((LACHT)) SO. SCHIEßEN SE MAL LOS HERR DOKTOR.

(T1:Z1–8)

### Vorgreifen: „Und dann müssen wir uns“

Das Einschalten der Kamera wird als Gesprächsbeginn explizit thematisiert. Bemerkenswert ist Dr. Druwes direkte Überleitung „UND DANN MÜSSEN WIR“ (T1:Z3), welche signalisiert, dass er einen Verpflichtungskontext wahrnimmt, der über die Gesprächssituation und -konstellation hinausgeht und damit sowohl ihn selbst als auch weitere für das Gespräch relevante Personen betrifft. Unklar bleibt, wen er mit „WIR“ konkret meint. Vor dem Hintergrund der vorher thematisierten Kamera kann hier die erfolgreiche Durchführung des Gespräches – und bspw. die Erfüllung der vermuteten Erwartungen der Forscherin – gemeint sein. Dr. Druwe positioniert sich an dieser Stelle als Bindeglied zwischen Patienten- und Forscherinnenperspektive und nimmt so eine Schnittstellenfunktion ein, die zunächst der Rolle als Hausarzt im Allgemeinen innewohnt und in der Funktion als Vermittler, Übermittler oder Stellvertreter hier Ausdruck finden kann, und hier im Besonderen auch zum Forschungsgegenstand wird. Entsprechend seiner Rolle als Lehrarzt und als zwischen Forschung und Praxis vermittelnde Person, könnte sich dies auch als Tendenz, den Forschungsergebnissen vorzugreifen, äußern.

Anhand von Dr. Druwes explizitem Vorgriff zeigt sich ein zeitliches Koordinierungshandeln, in dem implizit die Partizipation der Nicht-Anwesenden mitschwingt. Dr. Druwes implizite Doppelfunktion zum einen als Lehrarzt gegenüber den Nicht-Anwesenden (gegenüber dem imaginären Publikum) und zum anderen als Hausarzt gegenüber dem Ehepaar, verweist gleichsam auf eine Gleichzeitigkeit zweier Gesprächsarten. Diese Gesprächsarten vergegenwärtigen sich in der Form eines Lehrgesprächs und in der eines therapeutischen Gesprächs – damit werden zwei Ebenen expliziert, auf die sich die gemeinsamen Abstimmungsprozesse beziehen können. Die Sequenzen im Gespräch lassen sich somit in zwei Arten ausdifferenzieren: a) in solche Sequenzen, die an das System der Wissenschaftsdisziplin Medizin (oder allgemeiner an eine externe Zuhörerschaft) adressiert

sind und b) aus Arztsicht aufzeichnungsrelevante Themen, die an das Patient:innensystem gerichtet sind und Veränderungsimpulse durch den Arzt enthalten.

Dr. Druwe vollendet den Satz zum Verpflichtungskontext – „MÜSSEN WIR“ (T1:Z3) – nicht, da er sich von Herrn Redel unterbrechen lässt<sup>23</sup>. Herr Redel holt dadurch inhaltlich auf, indem er die Ausführungen seines Hausarztes über den Gesprächsfortgang antizipiert. Einerseits offenbart er so eine mögliche Selbstetikettierung als Patient. Andererseits stellt er genau diese Verortung zur Überprüfung in den Raum, was auch darauf hinweisen könnte, dass die Selbstetikettierung über die Patientenrolle hinaus reicht und ihn in seiner gesamten Person (und deren Lebenswelt) meint. Beide Lesarten werden durch diesen Akt in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit gerückt. Dies markiert einen wichtigen Moment, in dem verhandelt wird, ob Herr Redel der initiale Bezugspunkt im Gesprächsverlauf sein wird.

Anliegen: „(...) Ihre Frau die versteckt sich hinter Ihnen“

Dr. Druwe halbiert diese Gewichtung zunächst, indem er sich selbst einbezieht. Anschließend drittelt er sie durch die Nennung Frau Redels als ebenfalls Anwesende. Diese Kundgabe seines erweiterten Fallverständnisses stellt die Selbstetikettierung seines Patienten als alleiniger Patient und Bezugspunkt potenziell in Frage. Die wechselseitige Bezogenheit der Akteure wird hier aus Arztperspektive offenbar, sowohl zwischen dem Patient und dem Arzt: „**SIE(!)** UND **ICH(!)**“; zwischen der Arzt-Patient-Dyade und der begleitenden Ehefrau: „**SIE(!)** UND **ICH(!)** UND **IHRE FRAU**“; zwischen Arzt und Ehepaar-Dyade: „**ICH(!)** UND **IHRE FRAU**“; zwischen Arzt und Frau Redel: „**ICH(!)** UND **IHRE FRAU**“ und zwischen den Eheleuten zueinander im Rahmen der Triade: „UND **IHRE FRAU** DIE VERSTECKT SICH HINTER IHNEN“ (T1:Z5–7).

Der Patientenfall wird erweitert zu einem Dialogfall unter Beobachtung Dritter (nicht-anwesender Personen *hinter* der Kamera). Dies wird auch gesprächsstrukturell sichtbar, da Dr. Druwe alle ins Gespräch einbezieht: und zwar bei Herrn Redel direkt und bei Frau Redel

---

<sup>23</sup> Sein Unterbrechen würde als Regelverstoß gelten, sofern ein Regelwissen über das Ausredenlassen vorausgesetzt wird. Das Ausbleiben einer Verwunderung und einer differenzierten Nachfrage durch Herrn Redel lässt den Rückschluss zu, dass im Vorlauf eine Absprache über das Aufzeichnungsvorhaben stattfand.

indirekt. Weiterhin vollzieht Dr. Druwe hier einen Perspektivwechsel, der sich weg vom Verpflichtungskontext und hin zur persönlichen Wahrnehmung der Gesprächskonstellation bewegt. Er beschreibt die räumliche Verortung des Ehepaares zueinander. Im „versteckt sich“ schwingt eine Konnotation mit wertendem Inhalt mit. Der Hausarzt hat dieses Setting zwar selbst gestaltet, doch Frau Redel könnte sich auf demselben Platz auch anders positionieren. Insofern nimmt sich Frau Redel der ihr hier zugeschriebenen Rolle an. Herr Redel erscheint aus Dr. Druwes Sicht in vordergründiger Position und erhält so die Bestätigung einer initialen Rolle.

Frau Redel wird als eine sich hinter ihrem Mann versteckende Person betitelt. Damit ermöglicht Dr. Druwe ihr, bei Bedarf im Gesprächsverlauf verborgen und passiv – und somit im Hintergrund – bleiben zu können. Gleichzeitig macht er die Option des Verborgenseins durch deren Benennung wiederum sichtbar. Es handelt sich um ein Paradoxon, in Folge dessen er Frau Redel im Sinne einer Chance auf Partizipation trotz ihres Verstecktheits in das Gespräch integriert. Mit anderen Worten: Dr. Druwe markiert Frau Redels Veränderungspotenzial.

### *Erkenntnisprozess als Lehrbotschaft*

In seiner Formulierung spart Dr. Druwe zudem eine denkbare Veränderbarkeit und Legitimationsbedürftigkeit seiner eigenen Position bisher aus, wodurch er sich als Experte qua seiner Profession mit ungleicher Machtkomponente etikettiert. Interessant ist auch, dass die Verstecktheit nur aus Kameraperspektive Sinn ergibt, was darauf hinweist, dass der Hausarzt hier unter Einbezug der imaginären Rezipierenden auf etwas hinauswill.

Dr. Druwes Zuschreibung, gemäß derer Frau Redel als „Versteckte“ erscheint, lässt sich als eine Folge eines „Zu-sehr-sichtbar-Seins“ begreifen, denn ein Verstecken erscheint nur dann notwendig, wenn ein „Sichtbar-Werden“ gefürchtet wird. Bemerkenswerterweise handelt es sich bei seiner Beschreibung um die Sitzordnung aus Kameraperspektive, aus derer sich Frau Redel hinter ihrem Mann befindet. Dr. Druwes Beschreibung kann somit auch als stellvertretende Deutung der Zuschauenden begriffen werden, deren Erkenntnismoment hier von Dr. Druwe eingeleitet wird. Interessant ist auch, dass Dr. Druwe hier etwas aufdeckt, dessen Ausgangslage durch die Wahl der Sitzplatzgestaltung erzeugt wird. Insofern

überrascht es nicht, dass die Formulierung des Arztes ebenfalls in Bezug zum ungleichen Veränderungspotenzial aller Beteiligten gesetzt werden kann, auf welches bereits die Sitzplatzordnung zu Beginn verwiesen hat.

Zentral ist, dass Dr. Druwe sich mit dieser Feststellung selbst als Beobachter positioniert und damit den Prozess des Versteckens mitgestaltet. Zudem wird die vom Arzt zugeschriebene Hintergründigkeit der Frau Redel nur durch die Vordergründigkeit von Herr Redel möglich. Diese Konstellation scheint für Dr. Druwe relevant zu sein: sie wird von ihm aufgezeigt und weder von Frau Redel noch von Herrn Redel dementiert, obwohl ihm beide Gesprächsparteien gleichermaßen sichtbar und zugewandt sind.

### *Korrekturwunsch als Therapeutikum*

Das Sich-Verstecken beinhaltet zudem eine Ambivalenz hinsichtlich aktiven und passiven Handelns, denn beim Verstecken wird etwas verborgen gehalten, das sonst im Schutze der Beobachtungsabstinenz stattgefunden hätte. Es lässt sich damit ableiten, dass Dr. Druwe einen Handlungskonflikt bei Frau Redel verortet, welchen er selbst an dieser Stelle aufzudecken wünscht. Damit lässt sich festhalten, dass er Frau Redel ein insgesamt größeres Potenzial zur Veränderung zuschreibt als ihrem Ehemann.

Herr Redels Lachen über diese Zuschreibung weist auf deren Anschlussfähigkeit hin und birgt mehrere Interpretationsmöglichkeiten: Entweder verhält sich diese Zuschreibung aus Herrn Redels Perspektive analog zu der Deutung seines Hausarztes, oder in umgekehrter Weise als Lachen in Folge einer Ironiedeutung darüber, dass Frau Redel die stärker Sichtbare in der Ehepaardyade ist. Weiterhin kann das als ein Lachen Ausdruck von Verlegenheit zu einer dieser Deutungen ausgedeutet werden. In allen genannten Deutungsvarianten bliebe die Relevanz der Aussage über die Sichtbarkeit bestehen. Frau Redels fortwährende Inaktivität bestätigt die Zuschreibung als „Versteckte“. Dr. Druwes Aufzeigen dieser selbst mitgestalteten Verstecktheit kann als ein Akt verstanden werden, der dem Veränderungswunsch des Hausarztes Rechnung trägt, Frau Redels Selbstverortung ändern zu wollen. Dieses Interesse macht er gegenüber dem Ehepaar allerdings nicht explizit kenntlich. Des Weiteren könnte dieses Arrangement Ausdruck der vom Hausarzt angedachten Gesprächsstrukturierung sein, in der zuerst der Patient und danach dessen

Ehefrau im Mittelpunkt stünden. In dieser Lesart wäre die Deutung der Platzierung seitens des Hausarztes bereits ein Vorgriff auf die eigens angedachte Strukturierung.

Dem Vorgreifen vorgreifen: „So, schießen Sie mal los Herr Doktor.“

In diesem Kontext als interessant zu bewerten ist die Reaktion des Patienten auf dieses Vorgreifen seines Hausarztes. Die Wortwahl „SCHIEßEN“ (T1:Z8) unterstreicht den beschleunigenden Charakter und fordert einen Gesprächsstart ein.

Der Beschleunigungswunsch lässt sich auf erwartbar Unangenehmes zurückführen – z.B., dass der Arzt gemäß seiner Proaktivität etwas „abzuschießen“ hat. Das würde den Patienten dazu veranlassen, das Gespräch rasch hinter sich bringen zu wollen und deswegen den „Startschuss“ einzufordern. Diese Formulierung lässt sich als eine Erlaubnis begreifen, denn interessanterweise kehrt Herr Redel an dieser Stelle die sonst vom Arzt üblicherweise ausgehende Gesprächsaufforderung um. Diese aktive Gesprächsstrukturierung und Machtumkehr durch Verstoß gegen ungeschriebene Konventionen, kann als Ablehnung des vorgreifenden Korrekturwunsches an die Ehepaardynamik verstanden werden. Dies vollzieht Herr Redel unter Rückverweis des Arztes auf seine Zuständigkeit für den medizinischen Bereich bei gleichzeitiger Anerkennung seines Status' – „HERR DOKTOR“ (T1:Z8). Somit schließt der Patient das vorher Gesagte, entwertet als eine Banalität, aus dem Geschehen des noch folgenden „eigentlichen“ Gespräches aus, was ein Hinweis darauf sein könnte, dass er an einer Veränderung der Rollen wenig interessiert ist.

In dem Wunsch zur Beschleunigung findet sich zudem ein zu überwindender erlebter Zeitüberschuss, d.h. der als „zu lang“ erlebte Moment wird zu überwinden versucht, was als eine patientenseitige Antwort auf das hausärztliche Spannungsfeld zwischen Zeitinvest und Zeitmangel gedeutet werden kann. Der Patient scheint sich der begrenzten Zeitressourcen seines Hausarztes gewahr zu sein und „ermöglicht“ es seinem Hausarzt das Gespräch „endlich“ beginnen zu können. So gesehen reißt Herr Redel die Koordinationshoheit nicht an sich, sondern schreibt diese weiterhin seinem Hausarzt zu, indem er diesen quasi assistierend im Zeitmanagement unterstützt und somit als Patient auch nicht Gefahr läuft, eine Art „Zeitraub“ zu begehen bzw. Die vom Arzt investierte Zeit nicht über Gebühr zu strapazieren.

Weiterhin wird eine Aufforderung zum kommunikativen „Aufholen“ deutlich, welches die reziproke zeitliche Verortung zwischen Hausarzt und Ehepaar aufhebt. Durch das physische Aufholen seitens des Hausarztes, d.h. durch das Beginnen des Sprechaktes, verringert Herr Redel sein Unwissen über das zu Erwartende, das ihn bisher inhaltlich hat nachstehen lassen. Frau Redels Passivität lässt sich als Ausführung der ihr zugeschriebenen Rolle als Versteckte und als Bestätigung des vom Arzt verorteten Handlungskonfliktes lesen. Diese Entsprechung der Zuschreibung ist zugleich ein Mitgehen in der Interaktion, wodurch sie auch mit dem Vorgehen ihres Ehemannes konformgeht.

#### *9.1.6 Fallhypothesen über die Zeit*

Partizipation: Ein dem medizinischen Kontext bekanntes Thema ist das Spannungsfeld zwischen knappen Zeitressourcen und dem in der Begegnung zwischen Hausärzt:innen und Patient:innen erforderlichen Zeitinvestment. Dr. Druwe scheint dieser Herausforderung mit Koppelung und Gleichzeitigkeit verschiedener Zeiten, Abläufe und Prozesse zu begegnen – sichtbar wird dies anhand der im Wartezimmer durch Informationsmedien aufgegriffenen Arzt-Patient:innen-Zeit sowie der Partizipation am Forschungsprozess.

Early Adopter: Dr. Druwes Handeln ist geprägt durch seine notfallmedizinische Fachspezifik und seine Tätigkeit als Lehrarzt. Letzteres verweist auf Konzeptionsvermögen und Tendenz zur Vorausschau – erwartbar bspw. als ein „Auf-etwas-hinaus-Wollen“. Ersteres verweist im hausärztlichen Kontext auf mögliches Präventionshandeln im Sinne der Abwendung eines gefährlichen Verlaufes (auf Ebene des therapeutischen Gespräches) und im Forschungsverlauf auf ein „Vorausgehen“ als Explorierender eines neuen Gesprächsformates.

Asynchronität: Im Setting bildet sich eine triadische Konstellation ab, in der die Veränderungen der jeweiligen Ehepartner nur in sehr enger Bezugnahme aufeinander möglich sind. Während der Hausarzt einer Zweieinheit gegenübersteht, mit deren Einzelnen er jeweils eine individuelle Beziehung gestalten kann, ist für das Ehepaar im Gespräch der Abstimmungsprozess erschwert und bedarf der Vermittlung durch den Hausarzt. Weiterhin erscheint in diesem Setting besonders dann eine gemeinsame Gestaltungschance zu

bestehen, wenn etwas explizit thematisiert bzw. zur Sprache gebracht wird („auf den Tisch“ kommt) oder aber sich der Kontext grundlegend erneuert respektive verändert. Dem Gesprächsformat und der Rahmung durch das Setting wohnt eine durch Dr. Druwe gestaltete Asynchronität inne, die durch Herrn Redel gespiegelt und damit reziprok bestätigt wird.

Temporegulation: Der Beschleunigungsversuch des Patienten zu Gesprächsbeginn, welcher dem Vorgeifen des Hausarztes vorgeift, lässt sich als Synchronisationsangebot unter Wahrung des rollenimmanenten Machtgefälles verstehen (und wird indirekt auch der knappen hausärztlichen Zeitressource gerecht). Frau Redel wiederum entspricht ihrer Rollenzuschreibung als Passive und gibt somit dem Vorgriff des Vorgriffes Raum.

Falldynamik: Für den weiteren Verlauf ist zu erwarten, dass das Vorgeifen des Hausarztes sein anschließendes Abwarten der Reaktion seiner Interaktionspartner:innen erfordert und dies auf Seite der Interaktionspartner:innen wiederum Aufhol- und/oder Entschleunigungsversuche bedingt.

Fallerweiterung: Der aktive und legitimierende Einbezug von Frau Redel in das Gespräch zwischen Hausarzt und Patient verdeutlicht einen erweiterten Blick auf das Lebensumfeld seines Patienten und die Involvierung dessen in die gemeinsame Begegnung.

Für die weitere Fallbetrachtung lässt sich vorausschicken, dass sich die steigende Komplexität der gemeinsamen Abstimmung in der Mehrteiligkeit des Gespräches widerspiegelt. In einem ersten Abschnitt spricht Dr. Druwe mit seinem Patienten über die Demenzerkrankung und die damit gegenwärtig einhergehenden Herausforderungen (Teil 1). Anschließend adressiert er ein Hilfsangebot an die Ehefrau Redel. Thema ist die Antragsstellung einer zukünftigen Pflegestufe für Herrn Redel (Teil 2). In dieser Reihenfolge und Aufteilung bestätigt sich Dr. Druwes Themensetzung, auf die er zu Gesprächsbeginn bereits vorzugreifen schien, als er die Platzierung des Ehepaares kommentierte. Das Gespräch mündet anschließend in bilanzierenden Erzählungen aller Beteiligten mit verschiedenen Blickrichtungen auf der Zeitachse (Teil 3).

### 9.1.7 Teil 1 – Klärung: „Oberthema Demenz Erkrankung“

Dr. Druwe folgt der Gesprächsaufforderung seines Patienten – „UND DIE FRAGE GEHT DAHIN (?) OBERTHEMA DEMENZ ERKRANKUNG“ (T1:Z9) – und benennt sein Anliegen, was darin besteht, über die Demenzerkrankung zu sprechen und dabei mehr über den Umgang seines Patienten mit der Krankheit sowie dessen Befinden erfahren zu wollen. Thematisiert wird dabei auch die gemeinsam erlebte Diagnosestellung und die mit der Demenz einhergehenden Herausforderungen.

Dieser Abschnitt beinhaltet die Besprechung der Antizipation der demenzbedingten Veränderungen im Leben des Patienten, wodurch sich eine gemeinsame Klärung darüber ergibt, ob aktuell eine (Be)Handlung durch den Hausarzt notwendig ist.

Gegenwart: „wie komm Sie damit klar(!) (?)“

Auf Dr. Druwes Frage „UND MEINE(!) FRAGE GEHT DAHIN(?) WIE KOMM SIE DAMIT KLAR(!) (?)“ (T1:Z9–12) verweist Herr Redel auf seine demenzbedingte Vergesslichkeit, die er vor allem durch seine Frau überhaupt erst wahrnehmen kann, mit den Worten „IM AUGENBLICK GEHTS(!) NOCH EINIGERMAßEN. MEINE FRAU DIE (-) MERKT DAS JA IMMER WENN ICH WAS VERGESSEN HABE NECH (?) [...] ICH SELBER MERK(!) DAS JA NICH.(...) IS NUN MAL SO“ (T1:Z13–16).

Das Krankheitserleben scheint für ihn unmittelbar mit dem Beziehungserleben und mit den dort stattfindenden Veränderungen und Abstimmungserfordernissen verbunden. Zudem signalisiert Herr Redel sein Wissen um den progressiven Verlauf seiner Demenzerkrankung.

Vergangenheit: „Ich weiß nich ob sie das noch wissen.“

Die Formulierung – „ICH ERINNER MICH NOCH ALS WIR IN DIESEM KLEINEN(!) RAUM MAL WARN. [...] ICH WEIß NICH OB SIE DAS NOCH WISSEN“ (T1:Z19–22) – scheint den Diagnosezeitpunkt<sup>24</sup> und damit

---

<sup>24</sup> Im Nachgespräch erfuhr ich, dass Herr Redel die Diagnose Demenz auf der Grundlage eines Tests erhielt, welcher in Dr. Druwes Praxis durchgeführt wurde. Laut Hausarzt litt Herr Redel vor der Diagnose ca. zwei bis drei Jahre lang an eher latent auftretenden Demenzsymptomen.



einen Wendepunkt für den Hausarzt darzustellen, an dem er sich orientiert, um sich über etwas abzustimmen, was möglicherweise in seinem Korrekturwunsch an die Ehepaardyade begründet liegen könnte, der bisher nicht explizit wurde. In seiner Art der Formulierung wird die handlungswirksame Hypothese über ein ungleiches Erinnerungsvermögen, wie es in der Interaktion mit an Demenz Erkrankten zu vermuten ist, sichtbar. Dies impliziert einen Wissensvorsprung des Hausarztes über die Vergangenheit und damit verbunden die Hypothese, dass es (die) *eine* objektive bzw. intersubjektiv gültige Vergangenheit geben kann, die der Hausarzt hier zu thematisieren versucht.

*„(...)und dann warn Se ziemlich angefasst“*

Dr. Druwe rekonstruiert daraufhin seine eigene Erinnerung an das emotionale Erleben seines Patienten während der Diagnosestellung – „DA DA HATTEN DIE MÄDELS(!) VORNE(.) HATTEN DEN TEST(!) MIT DEN GEDÄCHTNISTEST [...] UND DANN WARN SE ZIEMLICH ANGEFASST“ (T:Z22–25).

*„Also so ja äh da(!)ran erinnere ich mich = dass Sie nich ganz zufrieden(!) warn.“*

Die eigene Emotion an diesem Tag erinnert sich Herr Redel hingegen anders – „JA ((LACHT)) [...] EIGENTLICH WAR ICH (NÜCHTERN)“ (T1:Z28). Er gibt wieder, welche Reaktion er bei seinem Arzt wahrgenommen hatte – „ALSO SO JA ÄH DA(!)RAN ERINNERE ICH MICH = DASS SIE NICH GANZ ZUFRIEDEN(!) WARN.“ (T1:Z36) – und bezieht sich wiederum anhand der Emotion des Hausarztes auf seine Beziehung zu ihm und die Befürchtung, den Erwartungen seines Hausarztes an seinen Gesundheitszustand nicht genügt bzw. denselben nicht zufriedengestellt zu haben. Diese nachträglich implizite Rückversicherung zeigt den patientenseitigen Wunsch nach Beziehungserhalt bzw. die subjektive Angst vor mangelnder Akzeptanz aufgrund nachlassenden Leistungsvermögens.

*„Nee(!) aber man ist ja gekränkt(!)[...] Das das war(!) glaub ich so [...] Erinnern sich selber da noch dran? “*

Dr. Druwe hingegen deutet die Wahrnehmung seines Patienten um und rekonstruiert das Ereignis als einen emotionalen Wendepunkt – „NEE(!) ABER MAN IST JA GEKRÄNK(!)“ (...) DAS (MAG) MAN JA NICH (HABEN)“ (T1:Z29–31). Für den Hausarzt scheint es wichtig, diese Deutung über das Patientenbefinden als gültig anzuerkennen – „NICH(?) DAS DAS WAR(!) GLAUB ICH SO = (E = ER) (...) = ERINNERN SICH SELBER DA NOCH DRAN?“ (T1:Z33–35), welchem Herr Redel parallel zustimmt – „SO IST ES“ (T1:Z34). Dieser Akt kann auch als stellvertretende Deutung (vgl. Oevermann 1990) verstanden werden, durch die der Hausarzt eine Ausdrucksgestalt anbietet, die Herrn Redel gegenüber Empathie signalisiert und ihn dabei unterstützt, etwas zu verbalisieren, was für den Patienten selbst aktiv nicht aussprechbar zu sein scheint. Herr Redels Zustimmung würde in dieser Lesart ein Gelingen dieser stellvertretenden Deutung markieren.

Kontext: „je älter man wird“

Dr. Druwe relativiert die Deutung der Unzufriedenheit und somit das Orientierungsereignis seines Patienten – „JOA ZUFRIEDEN IST NICH DIE FRA(!)GE“ (T1:Z38) – und relativiert somit auch die Deutung der „Demenz als Leistungsverlust“, jene Wandlungsreihe, die Herr Redel anhand der Reaktionen seiner Mitmenschen wahrnimmt. Der Hausarzt greift die Deutung seines Patienten zwar auf, führt diese aber letztlich mit seinem hausärztlichen Erfahrungswissen zusammen, um auf die Demenz als eine emotionale Belastung hinzuweisen – „FÜRS AL(!)TER (.) DAS LÄSST NATÜRLICH SOWIESO(!) (.) IM(!)MER MEHR NACH JE ÄLTER MAN WIRD = ABER DAS IST SOZUSAGEN IN EINEM BESTIMMTEN (.) M = MAßE ((HEBT KURZ STIMME)) NORMAL(!) UND ES KANN (.) ÜBERS NORMALE MAß HINAUS GEHEN. (2) UND DAS MACHT(!) NATÜRLICH AUCH WAS MIT EINEM SEL(!)BER“ (T1:Z47–50). Hier verdeutlicht Dr. Druwe einen durch die Demenz beschleunigten Verfall im Kontext des Alterungsprozesses.

Es ist markant wie der Hausarzt in seiner, auch als Lehrbotschaft verstehbaren, Aussage beide Deutungen – über Leistungsverlust und emotionalen Wendepunkt – in einen kausalen Zusammenhang bringt und auf diesem Wege unter Aufgreifen der Patientenperspektive

dennoch eine Korrektur vornimmt, die zu genau jenem Kontext hinleitet, den der Hausarzt herzustellen versucht. Auf therapeutischer Ebene bringt Dr. Druwe somit aktiv eigene Deutungen als Korrekturvorschläge gegenüber der Patientenperspektive ein. Dies arrangiert sich im Sinne einer paternalistischen Haltung bzw. Auffassung dazu, was gut bzw. richtig für seinen Patienten ist. Einerseits geht er mit seiner stellvertretenden Deutung, als Kern professionalisierten Handelns (vgl. Oevermann 1990), über ein bloßes Angebot hinaus, gleichzeitig besteht für den Patienten weiterhin die Möglichkeit, diese Deutung abzulehnen, sodass dies nicht als klassischer Paternalismus (vgl. Klemperer 2005: 72 f.) sondern als benevolenter Paternalismus im Sinne des Patienten zu verstehen ist <sup>25</sup>.

*Im Nachgespräch erklärte Dr. Druwe, dass er die emotionale Ebene bei Demenzpatienten generell als besonders anschlussfähig erlebte und im beschriebenen Verlauf wollte er dem Patienten das Ansprechen potenziell verdrängter oder tabuisierter Emotionen ermöglichen.*

Gleichzeitig berührt diese Korrektur auch eine Grenze: Es handelt um die Grenzziehung des emotionalen Innenlebens des Patienten, deren Überschreitung nicht hinreichend durch die von Allen anerkannte Asymmetrie im Erinnerungsvermögen legitimiert werden kann. In einer anderen Weise ausgedrückt kann konstatiert werden: Der Hausarzt kann zwar sein eigenes Erleben der Patientenemotion erinnern, nicht aber die emotionale Patientenwirklichkeit. Diese korrektive Rekonstruktion auf der Zeitachse zeigt den Hausarzt als Vorgreifenden – an dieser Stelle in Richtung Vergangenheit – im Zuge der Klärung des emotionalen Patientenbefindens.

Gegenwart: „Was macht es mit Ihnen(?)“

Anknüpfend an diese, als Konsens postulierte, Wandlungsreihe der Demenz als emotionale Belastung, erkundigt sich Dr. Druwe erneut nach dem Patientenbefinden. Im Vergleich zur Eingangsfrage nach dem Verhalten des Patienten – „WIE KOMMEN SIE DAMIT KLAR?“ (T1:Z12) –, die eher den Umgang mit der Krankheit erfragt, legt die nun zweite, ähnliche Formulierung

---

<sup>25</sup> Zwar war die Zeit als Beziehungsform auf Basis der Theorie bereits vor der Analyse erwartbar. Aber der spezifische Zusammenhang der Zeitlichkeit mit Aspekten, die sich anhand von Konzepten der Professionalisierungstheorie beschreiben lassen, wird erst durch diese Interaktionsanalyse sichtbar.

– „WAS MACHT ES MIT IHNEN(?)“ (T1:Z53) – den Fokus stärker auf den Patienten als Passiven (mit dem etwas geschieht) und Fühlenden.

*„Ich will das auch ähm manchmal gar nicht wahr(!)haben“*

Daraufhin erfährt Dr. Druwe etwas über die patientenseitige Verleugnungstendenz – „ICH FREU MICH NATÜRLICH NICH(!) [...] WILL DAS AUCH ÄHM MANCHMAL GAR NICH WAHR(!)HABEN“ (T1:Z54–57) – (seine Ereignissequenz) und über den Umgang der Ehefrau mit der Demenz ihres Mannes– „ABER MEINE FRAU PASST JA AUF WIE NSCHUSTER(!)“ (T1:Z57–58) – (ihre Ereignissequenz), an derer Reaktion Herr Redel seinen „kognitiven Leistungsverlust“ (Wandlungsreihe) wahrnimmt (sein Orientierungsereignis). Das „Verleugnen“ der Symptome, was sich auch als Vermeidungsstrategie gegenüber ungewünschten Empfindungen lesen lässt, funktioniert aber genau dann nicht, wenn die Ehefrau die Vergesslichkeit wahrnimmt, was wiederum Konfliktpotenzial impliziert.

*„Nö da sprechen(!) wir da drüber (...) aber ich will ihn ja nicht berichtigen.“*

Dr. Druwes humoristisch verschärfendes Deutungsangebot – „DIE HAUT IHN AUF DIE FINGER NE(?)“ (T1:Z60) – provoziert eine prompte Reaktion der Ehefrau – „NÖ DA SPRECHEN(!) WIR DADRÜBER (...) ABER ICH (WILL IHN) JA NICHT BERICHTIGEN“ (T1:Z61) –, möglicherweise, weil sie aufgrund der Demenz immer häufiger in diese Rolle der Korrigierenden zu fallen droht und dies deutlich die Beziehungsdynamik des Paares verändert. Dies unterstreicht die Hypothese aus der Analyse des Gesprächsbeginns zum Rollenkonflikt von Frau Redel. Die Vergesslichkeit ihres Ehemannes erfordert von ihr eine Reaktion; im Zuge dessen ist sie jedoch darauf bedacht, vermeintlich unerwünscht und dadurch konfliktfördernd auf ihren Ehemann einzuwirken. Während der Patient also die Wandlungsreihe kognitiver Leistungsverlust „NICHT WAHRHABEN“ (T1:Z57) will, widerspricht Frau Redel wiederum der vom Hausarzt wahrgenommenen anderen Wandlungsreihe, nämlich der Veränderung in der Ehedynamik. Auch das Verhalten der Ehefrau lässt sich analog der Verleugnungstendenz des Patienten als ein Umgang mit der Demenzerkrankung des Ehemannes verstehen. Das Verhalten ist dem Ziel unterworfen, Konflikte zwischen den Eheleuten zu vermeiden.

### *„Es betrifft ein ja“*

Dr. Druwe greift die Betroffenheit beider auf und bezeichnet die Demenz als „ANGELEGENHEIT DER FAMILIE“ (T1:Z68–70). Er unterstreicht zudem, dass die Anwesenheit von Frau Redel seinerseits und auch seitens der Forscher:innenperspektive in diesem besonderen Setting mehr als legitim ist – „ES IS AUCH VON DIESEN GÖTTINGER LEUTEN JETZT VÖLLICH IN ORDNUNG WENN DAS JETZT NICH NUR IHR MANN UND ICH SIND SONDERN WENN SIE DABEI SIND“ (T1:Z74–76).<sup>26</sup>

Dr. Druwe antizipiert erneut Veränderungen in der Ehedynamik als „emotionale Belastung“ – „ES (...) JA KANN JA AUCH FÜR NE BEZIEH(!)UNG FÜR NE EHE(!) BELASTEND SEIN. WENN EINER SOZUSAGEN SICH (.) GEGÄNG(!)ELT FÜHLT UND KONTROLLIERT FÜHLT UND DER ANDRE DAS GEFÜHL HAT ICH MUSS STÄNDIG FÜR ZWEI LEUTE DIE GEISTICH ARBEITEN“ (T1:Z87–91). Sein Patient widerspricht nochmals – „ABER ICH FÜHLE(!) MICH NICH GEGÄNGELT. ICH BIN JA FROH WENN MEINE FRAU MICH UNTERSTÜTZ(!)“ (T1:Z93–95).<sup>27</sup> Obwohl sich hier die Bezeichnung der Ehefrau als Unterstützerin auf den kognitiven Leistungsverlust bezieht, den Herr Redel wiederum „MANCHMAL GAR NICHT WAHRHABEN“ (T1:Z57) möchte, erkennt er diese Rollenzuschreibung wertschätzend an. Diese widersprüchlich erscheinende Haltung kann darauf hinweisen, dass der Ehefrau auch über die Demenzthematik hinaus diese Rolle zukommt.<sup>28</sup>

### Perspektivwechsel: „is das aus Ihrer(!) Sicht prima(!)“

Dr. Druwe hingegen grenzt sich daraufhin von der Perspektive seines Patienten ab. Sein Fazit

---

<sup>26</sup> Dass Dr. Druwe die Forscherperspektive ins Gespräch bringt, ist ein weiteres Indiz dafür, dass ihm die Erwartungshaltung der Forscherin hier präsent ist. Durch die ausgesprochene Erlaubnis zur Anwesenheit Frau Redels legitimiert der Hausarzt letztlich auch sich selbst die vorliegende Konstellation. Somit beschreibt er eine Ausgangslage, aufgrund derer er ein für die Forscherin brauch- bzw. nutzbares Gespräch abliefern kann. Gleichzeitig wird dabei erneut Frau Redels Rollenkonflikt, durch den Hausarzt antizipiert, sichtbar. Zudem legitimiert der Hausarzt indirekt auch den Rollenkonflikt als unausweichlich, was im Gegenzug eine dauerhafte Leugnung ausschließt.

<sup>27</sup> Interessant ist, dass Herr Redel das „Sich-gegängelt-Fühlen“ in nur einer Wirkrichtung innerhalb der Paardynamik versteht. Einen umgekehrten Effekt, dass Frau Redel sich durch die dementiellen Symptome ihres Mannes gegängelt - im Sinne von eingeschränkt - fühlen könnte, greift er in seiner Reaktion nicht mit auf. In diesem Aspekt scheinen die Arzt- und Patientenperspektiven übereinstimmend zu sein.

<sup>28</sup> Hier kann auch der Versuch des Patienten mitschwingen das Bild seiner Frau als „Aufpasserin“ nicht weiter vor dem Hausarzt zu festigen, um so ihrem Selbstbild nicht zu widersprechen, nachdem sie selbst ihren eigenen Rollenkonflikt mit dieser Situation offenbart hat. Dieser Akt des Schützens, auch lesbar als Versuch des Ausgleichs, stärkt zugleich die Hypothese über die Machtungleichheit. Ebenfalls zu vermuten wäre hier, dass sich eine bereits ältere Beziehungsstruktur hier re-etabliert und bestätigt.

– „GENAU, WENN SIE DAS (.) WENN SIE(!) DAS SO ANNEHM KÖNN [...] IS DAS AUS IHRER(!) SICHT PRIMA(!)“ (T1:Z96–97) – deutet darauf hin, dass sich der Hausarzt unterschiedlicher Perspektiven der Beteiligten auf dieses Thema gewahr ist und diese nebeneinander bestehen lassen möchte. Dieser Moment führt zu einem Perspektivwechsel des Hausarztes in der gemeinsamen Klärung über das Patientenbefinden. Im nachfolgenden Abschnitt kommt es zu einem Aufgreifen und Fortführen der bisher in Herrn Redels Widerspruch angedeuteten Patientenwirklichkeit.

Neue Gegenwart: „sie wirken nich(!) so. Ne(?)“

Dieser Perspektivwechsel geschieht über Dr. Druwes erneuten Versuch, beide Wandlungsreihen, „emotionale Belastung“ und „kognitiver Leistungsverlust“, in einen Sinnzusammenhang zu bringen – „UND ÄHM MANCHE LEUTE WERDEN AUCH RICHTIG DEPRIMIERT WENN SIE SELBER MERKEN DAS IS JA EGAL(!) WELCHES ORGAN NICHT MEHR SO HUNDERTPROZENT FUNKTIONIERT OB DAS (.) DIE BEINE(!) SIND ODER DAS HERZ(!) ODER DER KOPF(!)“ (T1:Z106–110)<sup>29</sup>. Dieser Übergang führt Dr. Druwe letztlich zu einem Loslassen seiner Deutung über das Patientenbefinden, indem er von der generalisierenden auf die individuelle Ebene wechselt – „SIE SIND = SIE WIRKEN NICH(!) SO ALS“ (T1:Z119). Er entkoppelt zudem die genannten Ebenen voneinander, gelangt von der Allgemeinregel zum Einzelfall, indem er seinen Patienten als „AUSNAHME“ (T1:Z147) bezeichnet im Vergleich zu jenen Patienten, die gegen die Demenz „ANKÄMPFEN(.) SAUER WERDEN ENTTÄUSCHT WERDEN VERZWEIFELT WERDEN (-)“ (T1:Z150–152).

*„Ich nehms so hin wies is. Watt solls.“*

Herr Redel bringt seine Wirklichkeit mit den Worten „ICH NEHMS SO HIN WIES IS. WATT SOLLs.“ (T1:Z120) auf den Punkt und erklärt, dass er sich über die Unabänderlichkeit seines Zustands bewusst ist und sein vollstes Vertrauen in die Möglichkeiten seines Arztes, trotz begrenzter

---

<sup>29</sup> Der Hausarzt versucht zu verdeutlichen, dass Demenz, wie jede andere Krankheit, egal ob sie psychischer oder physischer Natur ist auch einen Wendepunkt im persönlichen Lebensverlauf darstellt und den Patienten vor eine große, insbesondere emotionale Anpassungsleistung stellt. Hier wird ein Bezug zum krankheits- und problemübergreifenden Konzept der Bewältigung hergestellt.

Handlungsmöglichkeiten, legt – „ICH KANN MEIN ARZT SA(!)GEN DER WIRD MIR HELFEN SOWEIT ES MÖGLICH IST“ [...] MEIN EINDRUCK IS DAS SIE MIR SCHON HELFEN (WERDEN(!))“ (T1:Z142).

*Im Nachgespräch stellte der Hausarzt fest, dass Herr Redel dahingehend „keine Ausnahme“ ist. Dr. Druwes Erfahrungen zeigten, dass die Angehörigen stärker Probleme mit der Situation hätten und die Erkrankten es gelassener sähen. Aus einer gemeinsamen, weiterführenden Reflektion über diese Widersprüchlichkeit ging hervor, dass Dr. Druwe hier vor allem eine Botschaft an den Zuschauer:innen wichtig gewesen ist: Es war ihm wichtig, herauszuarbeiten, dass sein Patient über starke Ressourcen verfügt, die ihm bei dem Umgang mit der Erkrankung helfen (Dr. Druwe bezeichnete ihn als „Selbstläufer“) – Dr. Druwe resümierte: Je mehr Ressourcen der Patient zur Verfügung hat, desto weniger Probleme hat er als Hausarzt. Dies ist eine Deutung, die auf den ersten Blick im Gegensatz zu der Deutung einer patientenseitigen Abwehr bzw. Leugnung der Krankheit steht. Allerdings muss dieser Umstand nicht zwangsläufig einen Widerspruch darstellen, wenn man die konstruktive und adaptive Seite von Leugnung im Kontext von Krankheitsbewältigung mit einbezieht (vgl. Druss & Douglas 1988).*

*„Es is ein Geschenk(!). Dann könn Sie wahrscheinlich auch(!) nix für“*

Dr. Druwe vollzieht diese Hervorhebung der Patientenressourcen interessanterweise über ein Absprechen des Eigenverdienstes – „DAS IS DAS IS NE KUNST[...]: BEZIEHUNGSWEISE EIN EINE GABE. [...] = ES IS EIN GESCHENK(!). DANN KÖNN SIE WAHRSCHEINLICH AUCH(!) NIX FÜR (.) (...) DAS IS IHN EINFACH WAHRSCHEINLICH IN DIE WIEGE(!) (.) [...] IN DIE WIEGE GELECHT WORDEN [ ... ] DAS ÄH (.) DAS ÄH (.) IHN DIE NATUR ODER WER(!) AUCH IMMER(-) DAS GESCHENKT HAT, DASS SIE (.) ÄHM (.) IHRE UN(!)BEKÜMMERT SEIN KÖNN“ (T1:Z123–135).

Das ist insofern eine interessante Formulierung, als dass sie auf einen Ausgleich anspielt. *Im Nachgespräch erwähnte Dr. Druwe seinen Glaubenssatz, dass man nur begrenzt aus seiner eigenen Haut könne und persönliche Eigenschaften, egal ob konstruktiv oder destruktiv, kein eigener Verdienst seien. Dr. Druwe wollte, so seine Aussage, seinen Patienten an dieser Stelle nicht „über den Klee loben“ und einen Ausgleich zur vorigen ausgiebigen Wertschätzung herstellen.*

Die Relativierung der Gelassenheit seines Patienten als „nicht-selbstverantwortet“, könnte auch als Entlastungsangebot des Hausarztes an sich selbst fungieren, insofern, als dass es die Auflösung der ursprünglichen Uneinigkeit unterstützt. Mit anderen Worten: Es hilft dem Hausarzt, seine eigene Deutung „Patient ist emotional belastet“ von der Patientendeutung „Ich nehme es so hin wie es ist“ abzulösen. Da dieser Akt dem Hausarzt ein Ablegen seiner eigenen Deutung abfordert, erklärt es auch den verbatimen Entschuldungscharakter (i.S. eines: es sei meinem Patienten verziehen, dass er mir sichtbar macht, dass meine Deutung über das Patientenleid nicht anschlussfähig war, denn er kann ja nichts dafür, dass er so gelassen ist) und Dr. Druwes Erläuterung *im Nachgespräch, seinen Patienten „nicht über den Klee loben“ zu wollen*, wird plausibel.

Patient und Hausarzt einigen sich dahingehend, dass Widerstand gegenüber der Demenzerkrankung die Situation des Patienten nicht verbessern würde – „WIRDS DESHALB DESWEGEN BESSER(?) = NÖ“ (T1:Z154). Herr Redels Umgang mit der Krankheit lässt sich somit als seine persönliche Ereignissequenz in Form einer Abstimmung auf die Chronizität und Progressivität der Demenz verstehen.

Neuer Kontext: „wo diese (.) Fähigkeit her kommt ... (?)“

Dr. Druwe hypothetisiert in einer als Frage gekleideten Herleitung, dass das Verhalten seines Patienten aus dessen Geschichte herrührt und verweist so auf sein Verständnis der Patientenbiografie als relevant und wichtig – „KÖNN SIE DENN SAGEN WO DAS HER(!)KOMMT(?) WAS WO DIESE (.) FÄHICHKEIT HER KOMMT DIE SIE SO (.) WAS HAT (.) DAS KOMMT JA OFT (.) AUS DEM AUS DER EIGENEN GESCHICHTE NE(?)“ (T1:Z157–159), was Herrn Redel zunächst nicht bewusst präsent zu sein scheint – „JA (.) DA MUSS ICH ERST MAL ÜBERLE(!)GEN DAS WEIß ICH SO GENAU AUCH(!) GAR NICH“ (T1:Z160). Zwar widerspricht Dr. Druwes Frage der vorherigen Konzeptualisierung des Bewältigungspotenzials als „Gabe“, passt aber wiederum zu dem Konzept der Salutogenese, in dem die Auseinandersetzung mit der äußeren und inneren Welt zur Ausbildung eines lebensgeschichtlichen Kohärenzgefühls führt.



*„Seine Mutter is auch so gewesen“ und „die Oma“*

Frau Redel deutet daraufhin das Verhalten ihres Mannes als Gelassenheit, was im Folgenden von dem Patienten und seinem Hausarzt unhinterfragt übernommen wird. Deutlich wird, dass diese Haltung des Patienten Redel als tief verankert gedeutet wird – „ER IS GELASSEN. ER IST ÜBERALL GELASSEN“ (T1:Z162) „SEINE MUTTER IS AUCH SO GEWESEN“ (T1:Z168) und die „OMA“ (T1:Z170–171). Diese Formulierung lässt sich als Hinweis auf sozialisierte oder auch biologische Prägung deuten. Inwiefern diese Gelassenheit auch im Sinne einer Verdrängung oder Vermeidung fungieren könnte, bleibt unbesprochen.

*„Ich glaube nur an die Natur [...] die regelt das schon alles“*

Dr. Druwes Vermutung, dass der Gelassenheit seines Patienten auch eine „FORM VON GLAUBEN“ (T1:Z174) zugrunde liegen könnte, weist Herr Redel entschieden zurück. Er „(...)GLAUBE NICHT AN GOTT(!) (...)“ (T1:Z179), sondern „(...)NUR AN DIE NATUR“ (T1:Z184), „DIE REGELT DAS SCHON ALLES“ (T1:Z186), woraufhin Frau Redel ergänzt, dass sie selbst „SCHON FÜR ABWECHSLUNG“ (T1:Z188) bei ihrem Mann Sorge. Frau Redels Aussage ließe sich einmal als Hinweis verstehen, dass sie denkt, ihren Mann im Alltag zu überfordern. Es könnte sich darüber hinaus auch um eine Rezitierung ihres Mannes handeln, d.h. eine Botschaft, die Herr Redel im Alltag an seine Frau rückmeldet. Des Weiteren kann Frau Redels Hinweis auf ihr „Sorgen für Abwechslung“ auch einen Aspekt der Förderung meinen – im Sinne einer aktiven Alltagsgestaltung im Kontrast zur „Hingabe an den Lauf der Dinge (der Natur)“. *Im Nachgespräch mit Dr. Druwe kam die Hypothese auf, dass Frau Redel an dieser Stelle darauf anspielt, ihrem Mann alltäglich neue Herausforderungen zu bescheren.* Das könnte ein impliziter Hinweis entweder auf die von ihr wahrgenommene Veränderung der Ehedynamik (Wandlungsreihe) sein, oder aber auf ein Bedürfnis ihres Mannes anspielen, dem gerecht zu werden sie bemüht ist.

Herr Redels als Gelassenheit gedeutete Haltung gegenüber der „alles regelnden Natur“ wird plausibel im Verständnis des Verfalls und des Todes als wesentlicher Bestandteil der Natur und des Lebens. In dieser Lesart wäre der Glaube an die Natur als Realismus verstehbar. In dem Vertrauen des Patienten in die naturgegebene Selbstregulation schwingt auch sein Gewahrsein über die Grenzen der eigenen Beeinflussbarkeit mit. Hier formuliert der Patient

seine Krankheitsbewältigung vor dem Hintergrund des Verständnisses über die Eigenrhythmen und -zyklen der Natur.

*„Sie sind doch eigentlich n Roter(!)“*

Das Gespräch über den Glauben mündet daraufhin in einer Sequenz über politische Standpunkte. Dr. Druwe erkundigt sich bei Herrn Redel, ob dieser ein „ROTTER“ (T1:Z191) sei. Dies ist eine Information, die er von Frau Redel in einem der vorigen Gespräche erhalten hat. Dr. Druwe macht an dieser Stelle gegenüber seinem Patienten transparent, dass er mit Frau Redel über Herrn Redel spricht. *Im Nachgespräch merkte der Hausarzt an, dass der Patient zu jeder Sprechstunde zusammen mit seiner Ehefrau erscheinen würde. Umgekehrt sei das allerdings nicht immer die Regel, sodass sich hin und wieder Vieraugengespräche zwischen Dr. Druwe und Frau Redel ergaben, da auch Frau Redel bei Dr. Druwe als Patientin in Behandlung ist.*

Lachend beschreibt Herr Redel sich daraufhin als „TIEFROT“ (T1:Z194), was eine starke Verbundenheit zum Kommunismus vermuten lässt, von der nicht bekannt ist, wie ausgeprägt diese politische Einstellung gelebt wird. Über die mögliche kontroverse Betrachtung seiner politischen Verortung scheint sich Herr Redel bewusst zu sein und er antizipiert diese in der Hoffnung, dass sein Arzt ihm das „NICHT ÜBEL“ (T1:Z196) nehme. Dies verweist erneut auf Herr Redels Orientierung an den Reaktionen seiner Mitmenschen und verdeutlicht, wie relevant und präsent für Herrn Redel die Beziehungsebene in dieser Konstellation ist. Hier könnte das implizite Anliegen des Patienten liegen, eine gute Beziehung und eine uneingeschränkte Vertrauensebene zu seinem Hausarzt erhalten zu wollen. Ihm scheint daran gelegen zu sein, den Arzt nicht zu verstimmen. Weiterhin scheint auch die Sorge des Patienten präsent, dass in der Beziehungsgestaltung etwas Vergangenes eine negative Auswirkung auf die Gegenwart haben könnte.

Dr. Druwe reagiert amüsiert und beruhigt Herrn Redel, dass er selbst „DOCH AUCH NICHT (VIEL ANDERS)“ sei, allerdings noch ein bisschen „GRÜN“ mit dabei habe, was Herr Redel positiv

auffasst.<sup>30</sup>

Der Hausarzt verweist hier auf eine gemeinsame politische Haltung und beschreibt diese als eine Art „ORIENTIERUNG“ (T1:Z217) im Leben, als einen „EIGENE[N] MAßSTAB“ (T1:Z220), das Wissen darum, was „RICHTIG UND FALSCH“ (T1:Z218) ist, wodurch sich die Dinge gelassener betrachten lassen (T1:Z217–221). Der Hausarzt beschreibt damit einen neuen und gemeinsamen Kontext, auf den er sich beziehen kann, um die Gelassenheit seines Patienten gegenüber der Krankheit nachvollziehen und von seiner eigenen ursprünglichen Deutung, dass der Patient leide, loslassen zu können.

*Im Nachgespräch bestätigte Dr. Druwe, dass er neugierig auf die politische Vergangenheit seines Patienten als Mitglied der „linken [...] verbotenen KPD“ gewesen war. Für Dr. Druwe stellten derartige persönliche Informationen das „Salz in der Suppe“ eines Gespräches dar und würden ihm dabei helfen, den Patienten besser verstehen und einschätzen zu lernen.*

Handlungsoption: „Es gibt ja Medikamente die man ... einsetzen kann(!)“

Nachdem es bisher um den patientenseitigen Umgang mit der Demenz ging, erscheint es gesprächsstrukturell konsistent und nachvollziehbar, dass Dr. Druwe nun auch aus hausärztlicher Perspektive eine Handlungsmöglichkeit, die Medikation, zu erörtern beginnt. Er erklärt dem Ehepaar, dass er kaum Vorteile in der Gabe von Medikamenten bei Demenz sieht. Letztlich sei aber der Leidensdruck des Patienten sein entscheidendes Kriterium bei der Abwägung – „DIE SETZE ICH ABER WEIL DIE NEBENWIRKUNGEN HABEN EIGENTLICH NUR DANN(!) EIN WENN DIE BETROFFENEN WIRKLICH DRUNTER LEIDEN(!) [...] WEIL ÄHM ÄHM DIE DIE ÄNDERN(!) AN DER SACHE(!) NICH WIRKLICH(!) WAS SONDERN KÖNN NBISSCHEN KLEIN AUFSCHUB GEBEN“ (T1:Z228–235). In der Formulierung „Aufschub“ wird wieder der Bezug zur Chronizität und Progressivität der Krankheit deutlich, die den hausärztlichen Handlungsspielraum als begrenzt aufzeigt. Angesichts der mittlerweile verworfenen Deutung über das Patientenbefinden als ein mit Leid besetztes (Wandlungsreihe), erscheint die Ereignissequenz der Medikation, die aus Dr.

---

<sup>30</sup> In den Anfängen der Partei Bündnis 90/Die Grünen als Bürgerinitiative, mit der Gründung der „Bunten Liste“ (Fogt 1983: 500) in Hamburg, gehörten unter anderem auch Mitglieder der KPD zum organisatorischen Kern, wobei die Grünen heute mit ihrer basisdemokratischen Orientierung nicht (mehr) im Verdacht der Staatsfeindlichkeit stehen und sich so von der mittlerweile verbotenen KPD abgrenzen (vgl. Fogt 1983: 500).

Druwes Sicht dem Zwecke der Reduktion des Patientenleids dienen soll, nicht mehr angezeigt.

Herr Redel betont, selbst unter keinem Leidensdruck zu stehen – „ICH LEIDE NICHT DADRUNTER“ (T1:Z230) – und ist sich somit mit seinem Hausarzt einig, dass eine Medikation nicht nötig ist – „UND DESWEGEN WÜRD E ICH ES AUCH BEI IHNEN NICHT TUN WOLLN“ (T1:Z232).

### Zusammenfassung: Entwerfen und Verwerfen

Dr. Duwe stellt in dieser Interaktion Demenz im Kontext eines „normalen Alterungsprozesses“ als beschleunigenden Verfall dar und antizipiert daraus eine „emotionale Belastung“ (Wandlungsreihe) für seinen Patienten, die er im Zuge der „Diagnosestellung“ (Orientierungsereignis) als eine Kränkung des Patienten beobachtet hat.

Herr Redel hingegen kommuniziert sein Erleben der Demenzerkrankung als „kognitiven Leistungsverlust“ (Wandlungsreihe) anhand der „Reaktion seiner Mitmenschen“ (Orientierungsereignis). Seine „Verleugnungstendenz“ (Ereignissequenz), die im Widerspruch zu den seine Krankheit wahrnehmbar werden lassenden Reaktionen seiner Mitmenschen steht, weicht seinem „Hinnehmen“ (Ereignissequenz) der Demenzerkrankung vor dem Hintergrund einer „alles regelnden Natur“ (Kontext).

Dr. Druwes hypothetischer Verweis auf eine potenzielle Niedergeschlagenheit, die er als Hausarzt bei an Demenz Erkrankten erlebt, kontrastiert er mit der Deutung des Verhaltens seines Patienten als Gelassenheit (Ereignissequenz) und charakterisiert ihn damit als positiven Fall. Dieser Perspektivwechsel weg vom allgemeinen Erfahrungswissen hin zum speziellen Patientenfall wird durch Bezugnahme auf einen erklärenden Rahmen, die familiäre Prägung, plausibel und von beiden Seiten akzeptiert.

Diese Klärung darüber, dass „kein Patientenleid“ vorliegt (Orientierungsereignis), erbringt die Erklärung, warum das Thema „Medikation“ (potenzielle Ereignissequenz) nur rein hypothetisch besprochen und als nicht notwendig verworfen wurde. Folglich scheint ein „Aufschub von Leid“ durch Medikation, verstanden als Synchronisation mit dem Demenzverlauf, nicht passend.

### 9.1.8 Teil 2 – Abstimmung: „Pfleger(?)Antrach(?)“

Nachdem Dr. Druwe im ersten Gesprächsteil hauptsächlich mit seinem Patienten im Dialog war, wendet er sich nun konkret an Frau Redel. Dieser Wechsel der Gesprächspartei erklärt, warum der Hausarzt im Folgenden einen neuen Themenabschnitt ankündigt, gleichwohl es sich um ein Fortführen des Themas (Be)Handlungsmöglichkeiten handelt.

DR. DRUWE: GANZ ANDERES THEMA NOCH (?) PFLEGER(?)ANTRACH(?)  
FR. REDEL: JA DAS HATTE MIR IHRE  
DR. DRUWE: HATTE >>NAME DER PRAXISMITARBEITERIN<<(!)  
FR. REDEL: [(HAT)  
DR. DRUWE: DIE IDEE GEHABT.  
FR. REDEL: JA.  
DR. DRUWE: HM  
FR. REDEL: UND DA HATTE ICH AN(!)GERUFEN GEHABT BEI DER >>NAME DER KRANKENKASSE<< UND DA  
HAM SE MIR SO UNTERLAGEN GESCHICKT.  
DR. DRUWE: JA(?)  
FR. REDEL: WEIß ICH NICH.  
DR. DRUWE: WISSEN SIE NICH.  
FR. REDEL: SOLL ICH DAS MACHEN(?)  
DR. DRUWE: ((HOLT LUFT)) DIE FRAGE IS JA ICH HABS JA BEWUSST(!) AUCH VON MIR MIT  
H. REDEL: [((LEISE)) HM  
DR. DRUWE: HERBEI GEFÜHRT MIT ZWEI LEUTEN<sup>31</sup>  
H. REDEL: [HM  
DR. DRUWE: JETZT HIER ZU TUN. UND NACH MEINER ERFAHRUNG IS ES HÄU(!)FIGER SO, DASS DIE  
MENSCHEN, DIE AN(!)GEHÖRIGE SIND VON PERSONEN MIT DEMENZ(!) ÄHM DAS MEI(!)STENS EHER DIE  
ANGEHÖRIGEN IN DIE KNIE GEHN.  
H. REDEL: JA  
DR. DRUWE: UND DIE FRAGE IST, OB ES MÖGLICH IST FÜR SIE VORÜBERGEHND MAL NE KLEINE  
AUS(!)ZEIT EINZUBAUN.  
FR. REDEL: ((LEISE)) DAS GEHT JA NICH FÜR UNS.

---

<sup>31</sup> Im Nachgespräch erläuterte Dr. Druwe, dass dieser Hinweis sich vor allem auf das Vorhaben der Gesprächsaufzeichnung bezog, für welches er Herrn Redel als Hauptperson definierte und daher dann die Anwesenheit der Ehefrau als „zwei Leute“ betitelt. Die sonst üblichen Konsultationen finden, so seine Aussage, eigentlich immer zu Dritt statt. Insofern bezieht sich diese „Ausnahme“ vor allem auf das unübliche Gesprächsformat, anhand dessen auch die gewohnte Konstellation als legitim deklariert werden musste.

DR. DRUWE: WENN ES ZUM BEISPIEL EINE PFLEGERISCHE VERSOR(!)GUNG GEBEN KANN. GEHT NICH.  
MANGELS AKZEPTANZ.  
FR. REDEL: NÖ ((STOCKEND)) EH ((AUSATMET))  
H. REDEL: [DAS HALT ICH NICHT FÜR ERFORDERLICH  
FR. REDEL: (UNVERST) HM(?)  
H. REDEL: DAS HALTE ICH NICHT FÜR ERFORDERLICH.

(T1:Z241–270)

Anliegen: Hatte >>Name der Praxismitarbeiterin<<(!) ... die Idee gehabt.

Dr. Druwes recht kurze Einleitung und der Verweis darauf, dass seine Praxismitarbeiterin die Idee zur Pflegeantragsstellung (T1:Z243-245)<sup>32</sup> hatte, zeigen, dass es sich hier um ein Wiederaufgreifen eines bereits bekannten Themas handelt, zu welchem zuvor Absprachen getroffen wurden, sodass Frau Redel schon über die notwendigen Antragsunterlagen ihrer Krankenkasse verfügt (T1:Z242-249).

*So schilderte Dr. Druwe im Nachgespräch, dass seinerseits eine „echte Unsicherheit“ im Hinblick auf die Notwendigkeit des Pflegeantrags bestand, da der Impuls zu dieser Idee nicht von ihm selbst stammte. Eine Mitarbeiterin der Praxis, die sich jüngst zum Thema Sozialrecht fortgebildet hatte, brachte gegenüber dem Ehepaar zuletzt sehr engagiert die Idee zur Pflegeantragsstellung an, um Entlastungsmöglichkeit für Frau Redel vor dem Hintergrund der Demenzerkrankung ihres Mannes zu schaffen.*

Dr. Druwe bringt befürwortende Argumente an, die die Notwendigkeit des Pflegeantrages sowohl gegenüber Frau Redel als auch sich selbst legitimieren. Dass Dr. Druwe Frau Redel die Entscheidung nicht abnimmt, lässt sich als „shared-decision-making“ (vgl. Klemperer 2005: 75 ff.) verstehen und berücksichtigt die Prioritäten des Ehepaares. Ein weiterer Aspekt, der Dr. Druwes Zurückhaltung gegenüber der Nachfrage von Frau Redel „SOLL ICH DAS MACHEN(?)“ (T1:Z253) speist, kann darin liegen, dass die Idee zum Pflegeantrag initial von der Praxismitarbeiterin stammte und nicht von Dr. Druwe selbst.

---

<sup>32</sup> Gemeint ist damit die Beantragung von Leistungen aus der Pflegekasse und die damit verbundene Festlegung der Pflegestufe.

Orientierungsereignis: „...dass mei(!)stens die Angehörigen in die Knie gehen.“

Als handlungsrelevant betrachtet er ein potenzielles „In-die-Knie-Gehen“ (Orientierungsereignis) von Frau Redel. Dies ist eine Befürchtung, die sich aus seinen Erfahrungen mit Demenzverläufen und dem Belastungserleben der Angehörigen speist. Dies meint vor allem, dass Frau Redel den Belastungen, die mit der Demenzerkrankung ihres Mannes in Verbindung stehen, irgendwann nicht mehr gewachsen sein wird: „NACH MEINER ERFAHRUNG IST ES HÄU(!)FIGER SO ..., DASS MEI(!)STENS DIE ANGEHÖRIGEN IN DIE KNIE GEHEN“ (T1:Z258–260).

Ereignissequenz: „...vorübergehend mal ne kleine Aus(!)zeit einzubaun“

In diesem Gesprächsteil wird die Wahl des Mittels, nämlich das Angebot zu „Auszeit“, für den im Gesprächsbeginn impliziten Korrekturwunsch des Hausarztes an die Ehepaardyade sehr konkret. Dr. Druwe wählt dazu die Beschreibung „VORÜBERGEHENDE (..) KLEINE AUSZEIT“ (T1:Z263–264). Die zeitliche Begrenzung „vorübergehend“ und die durch den Zusatz „kleine“ minimalisierende Art der Formulierung kann eine Antwort auf einen antizipierten Widerspruch sein, da weder der Krankheitsverlauf als vorübergehend noch die damit verbundene Pflegebedürftigkeit als klein – im Sinne von kurz oder unerheblich – prognostizier- und charakterisierbar sind.

Interessant ist hier auch die Verwendung des Wortes „Auszeit“, die eine Pause impliziert, die auf Distanzierung verweist, auf Abstand von der Situation als pflegende Angehörige, auf eine Chance für Frau Redel, sich Zeit für sich selbst zu nehmen und Selbstfürsorge zu betreiben. Gleichzeitig kann eine Bedeutung sein, Abstand von ihrem Ehemann zu nehmen und damit eine Veränderung in der Ehepaarbeziehung herbeizuführen. Durch diese Formulierung nimmt Dr. Druwe eine Position ein, aus derer heraus er für die Bedürfnisse seiner Patientin Frau Redel eintritt und diese Bedürfnisse auch gegenüber dem Ehemann Redel deutlich macht. Das Wort „Auszeit“ stellt zudem einen Übersetzungsakt des eher sachbezogen formulierten Versorgungsangebotes „Pflegeantrag“ in eine erlebbare Zeitdimension dar und es fällt auf, dass erst *nach* diesem Übersetzungsakt des Hausarztes eine ehepaarseitige Ablehnung formuliert wird. Diese Übersetzung vollzieht sich einmal auf der Zeitachse, denn es wird der Begriff eines Beginns der Unterstützungsmaßnahme

(Pflegeantrag) in eine Beschreibung einer Konsequenz dessen (Auszeit) übersetzt. Dadurch geschieht zudem eine Übersetzung auf der Ebene der Erlebbarkeit, denn während der Begriff Pflegeantrag einen Sachbezug hat, beschreibt der Begriff Auszeit etwas Erlebbares. Es erscheint daher nachvollziehbar, dass das Ehepaar auf die übersetzte Variante reagiert und sich dazu positioniert.

### *„Das geht ja nich für uns“*

Nachdem Frau Redel sich zu Beginn dieser Sequenz eher unsicher gab und grundsätzlich Offenheit gegenüber der Idee zum Pflegeantrag zeigte, scheint sie nach der Formulierung „Auszeit“ zu dem Fazit zu kommen, dass dies nicht umsetzbar ist (T1:Z265), wobei aber unklar bleibt, woher dieser Sinneswandel herrührt. Die Ablehnung ist an den Kontext „für uns“ gebunden, nicht an sie als Einzelperson. Ihre Wortwahl zeigt, dass sie ihre Rolle innerhalb der Ehepaardynamik als nicht verhandelbar betrachtet.

### *„ich halte das nicht für erforderlich“*

Die darauffolgende ausdifferenzierte Beschreibung der „Auszeit“ als eine pflegerische Unterstützung ruft dann auch patientenseitig deutlichen Widerstand hervor. Herr Redel betrachtet den Pflegeantrag als „NICHT ERFORDERLICH“ (T1:Z270).

Eine Erklärung kann sein, dass er die Gesamtsituation als nicht hinreichend relevant für diese Maßnahme beurteilt. Damit würde er den Leidensdruck seiner Frau aktiv entwerten. Eine Pflegestufe stellt eine offizielle und damit direkte Konfrontation mit der Demenzerkrankung dar und würde auch dem patientenseitigen Nicht-Wahrhaben-Wollen entgegenstehen. Damit verbunden wäre der Umstand, dass Externe/Fremde in das vertraute Setting eindringen würden. Zudem steigt damit die Abhängigkeit von Fremdbestimmung, was dem Patienten wiederum Anpassungsleistung an neue Abläufe und Strukturen abfordern würde und Veränderung innerhalb der Ehepaarbeziehung bedeutet.



Resultat: „...so lange brauchen wir den erstmal nicht“

Dr. Druwe erkundigt sich daraufhin nach der aktuellen Orientierungsfähigkeit seines Patienten – „DEN WECH FINDEN(!) SIE. FRAGE ICH. WENN SIE (.) JETZT IRGENDWO HIN(!) GEHN UND DIE WEGE(!) FINDEN SIE“ (T1:Z273–274).

Frau Redel antwortet mit einer Geschichte (T1:Z280–302) über das, wenige Zeit zurückliegende, Verlaufen ihres Mannes auf dem Rückweg von einem Arztbesuch. Ihre darauffolgende gemeinsame Suche zusammen mit ihrem Sohn endete erst, als sie ihren Ehemann wohlbehalten zu Hause vorfanden. Den Weg nach Hause hatte dieser zwar verspätet und mit Umwegen, aber letztlich selbständig gefunden.

Während Herr Redel sehr betont ergänzt, dass dies bisher nur einmal passiert sei (T1:Z303), führt seine Frau weiter aus, dass sie ihm Sachverhalte wie bspw. Wegstrecken mittlerweile mehrfach erklären müsse und ihm heimlich nachgehe, um zu kontrollieren, ob er den Weg auch tatsächlich finden würde (T1:Z304–307). Auf Dr. Druwes Frage nach dem Ausmaß der alltäglichen Einschränkungen (T1:Z308–309), resümiert Frau Redel, dass sie ihren Mann bisher noch ohne Probleme zu Hause lassen und allein ihren persönlichen Aktivitäten nachgehen kann (T1:Z311–315). Dr. Druwe entscheidet daraufhin, den Pflegeantrag auf einen späteren Zeitpunkt zu vertagen. Als Orientierung dient der Aspekt, inwieweit Frau Redel eigenen, außerhäuslichen Aktivitäten nachgehen kann und in welchem Maße sie durch die Pflegetätigkeit vereinnahmt ist. Er reformuliert dieses neue Orientierungsereignis so, als sei dies auch von Beginn an so intendiert gewesen:

DR. DRUWE: GUT. (1) ICH DENKE SO LANGE BRAUCHEN WIR DIESEN ANTRAG NICH  
= ICH LECH DEN IN DIE KARTEIKARTE

FR. REDEL: [NA DAS IS GUT.

DR. DRUWE: REIN(!) DANN HAM WIR DAS DA(!) (-) ÄHM ES GING HIER JA NUR DARUM WENN ES  
WIRKLICH SO WÄRE(!), DASS (.) SIE ÜBERHAUPT NICH RAUS KÖNN (.)

FR. REDEL: HM.

DR. DRUWE: DANN BRÄUCHTEN WIR DAS. NE(?)

HR. REDEL: HM.

(T1:Z316–323)

In diesem Abschnitt geschieht eine bemerkenswerte Wendung im Abstimmungsprozess über die Pflegeantragsstellung. Dr. Druwe sorgt mit einem Themenwechsel für eine Neuformulierung eines gemeinsamen Orientierungsereignisses. Die Notwendigkeit des Pflegeantrages leitet er hier nicht mehr aus seiner Befürchtung der Überbelastung von Frau Redel ab. Stattdessen verschiebt er den Fokus auf die Orientierungsfähigkeit seines Patienten und die davon abhängige Mobilität der Ehefrau. Aus der vormals diffusen Formulierung „In-die-Knie-Gehen“ wird ein konkretes „Unvermögen, das Haus zu verlassen“ und der Einschränkung der Selbständigkeit von Frau Redel.

Frau Redel bestätigt in diesem Abschnitt damit, dass die eingangs vom Arzt beschriebenen demenzbedingten Veränderungen für sie im Alltag eine deutliche Relevanz haben. Herr Redel hingegen betont den Ausnahmecharakter dieser Problematik und streitet damit indirekt auch den Handlungsbedarf ab. Hier wird ein Konfliktpotenzial auf Paarebene sichtbar, dessen Aktualisierung Dr. Druwe durch das Verschieben des Pflegeantrages vorbeugt.

Diese Verschiebung der Antragsstellung erzeugt eine Einigung, bei der alle Parteien zunächst keinen Verlust erfahren. Das Ehepaar ist nicht mit einer unmittelbaren Veränderung konfrontiert und der Hausarzt kann das Fürsorgeangebot im Kontext seiner Betreuungsstrategie des Patienten weiter bereithalten. Er konserviert so seine Handlungsmöglichkeit und damit wiederum auch eine entlastende Aussicht für Frau Redel. Dies beschreibt das Vorgehen und den „Wert des abwartenden Offenlassens“ (Bohn 2012), bei dem auf noch nicht erforderlichen Interventionen verzichtet wird, der Prozess aber in weiterer Absprache miteinander beobachtet wird, um im Falle einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes durch den Patienten selbstverursachte Gefahrenpotenziale abzuwenden (vgl. Bohn 2012).

Wandlungsreihe: „Abgesehn davon, dass ich sie sowieso für überlastet halte.“

Mit einem daraufhin erneuten Aufgreifen des Überlastungsthemas – „ABGESEHN DAVON, DASS ICH SIE SOWIESO FÜR ÜBERLASTET HALTE. ABER DAS STEHT AUF NEM ANDERN BLATT“ (T1:Z324–325) – verdeutlicht Dr. Druwe unabhängig von der Frage der Antragstellung, dass er das Befinden

von Frau Redel für (be)handlungsrelevant erachtet. Dies ist nicht nur in einem präventiven Sinne eines zukünftigen „In-die-Knie-Gehens“ gemeint, sondern stellt sich in einer akuten Situation dar. So wird sie in diesem Gesprächsteil nun in der Rolle der Patientin adressiert.

*Im Nachgespräch erklärte Dr. Druwe, dass Frau Redel vor einigen Jahren eine Hirnblutung erlitten und seither mit Schwindelanfällen zu kämpfen hat.*

„Ich bin immer so überlastet gewesen mein Leben lang.“

Aufgrund des Gesamtkontextes ist leicht nachzuvollziehen, dass Dr. Druwe Frau Redels Antwort – „ICH BIN IMMER SO ÜBERLASTET GEWESEN“ (T1:Z326) – keinen Glauben schenkt – „ICH GLAUBE DAS NICHT (...) ICH GLAUBE, DASS SIE VIEL GEMACHT(!) HABEN, ABER DASS SIE IMMER ÜBER(!)LASTET WARN(?)“ (T1:Z327–331). Während also Dr. Druwe die aktuelle und akute Überlastung von Frau Redel als Zuspitzung ihrer ohnehin schon beachtlichen Lebensleistung betrachtet (T1:Z334), beschreibt sie hingegen ihr gesamtes Leben als eine einzige Grenzerfahrung (T1:Z326) bzw., dass sie es gewohnt ist mit derartigen erheblichen Belastungen umzugehen. Dadurch entzieht sie sich der Darstellung des Hausarztes und negiert dessen Annahme, dass hier eine Veränderung vorliegt, auf die reagiert werden müsste. Dies gleicht einer Art Konservierung der Kontrolle über den eigenen Zustand.

„Das musste alles sein“

Frau Redels Reaktion mit dem Glaubenssatz – „DAS MUSSTE ALLES SEIN“ (T1:Z337) – verweist auf ihr Pflichtbewusstsein, welches Dr. Druwe daraufhin mit einem regionaltypischen Spruch<sup>33</sup>, in welchem auf tautologische Art und Weise über die Unvermeidbarkeit von Pflichterfüllung gesprochen wird, in anerkennender Weise aufgreift (T1:Z339).

Dieser Spruch mündet in Dr. Druwes Frage nach der Herkunft seines Patienten – „SIND SIE EIGENTLICHE EIN >>ORTSNAME<<ER(?)“ (T1:Z343). Auf dessen Bejahung (T1:Z340) lässt Dr. Druwe einen weiteren regionaltypischen Begriff über Einheimische folgen, den in der Regel nur jene

---

<sup>33</sup> Dieser Spruch wird aus Gründen der Anonymisierung an dieser Stelle nicht ausformuliert.

kennen, die schon über mehrere Generationen vor Ort leben (T1:Z343-361). Als Herr Redel daran zunächst keinen Anschluss findet und erst nach genauer Erläuterung des Hausarztes, was dieser meint, reagiert (T1:Z347,357) ergänzt seine Ehefrau (interessanterweise korrigierend – in genau jener Rolle, die sie vermeiden möchte und wodurch das Problem zunehmend inszeniert wird), dass die Großeltern ihres Mannes zugewandert und im Umland ansässig waren (T1:Z362,365). Für Herrn Redels Zugehörigkeitsempfinden als Städter stellt dies aber keinen Unterschied dar – „FÜR MICH GEHÖRT DAS MIT DAZU“ (T1:Z369).

In diesem Abschnitt bezieht der Hausarzt seinen Patienten wieder in das Gespräch ein. Zunächst wirkt dies wie ein grundlegender Themensprung, allerdings knüpft das Thema an den vorigen Abschnitt mit der Frage nach persönlicher Prägung an. Zudem unterstreicht Dr. Druwe in diesem Abschnitt gegenüber dem Ehepaar einen Wissensvorsprung in Bezug auf regionaltypische Sprache, der sich, entsprechend seiner Rolle als Lehrarzt, als ein Impuls, Wissen zu vermitteln sowie aus der Gewohnheit in diesem Setting die Deutungshoheit zu haben und die Gespräche zu strukturieren deuten lässt. Die Adressierung einer Lehrbotschaft an das Ehepaar könnte dabei eine kompensatorische Funktion haben gegenüber dem Verschieben der Intervention (Pflegeantrag), im Sinne eines (trotzdem) „Etwas-mitgeben-Wollens“ und damit einer Fürsorgehandlung.

#### Zusammenfassung: Vorgreifen und Aufschieben

In diesem zweiten Gesprächsteil wird das Anliegen des Hausarztes, das zu Gesprächsbeginn als ein impliziter Korrekturwunsch an die Ehepaardyade aufkam, explizit und konkret. Zugrunde liegt diesem die Sorge des Hausarztes um Frau Redels Befinden. Dr. Druwe orientiert sich an ihrem potenziellen „In-die-Knie-Gehen“, welches er zu vermeiden versucht. Daher bringt er den Vorschlag der Pflegeantragstellung, als mögliche (Be)Handlung (Ereignissequenz) in das Gespräch ein. Die Unterstützung Frau Redels und die Stabilisierung ihres Gesundheitszustandes scheint ein Kernanliegen des Hausarztes zu sein. Allerdings wird der Vorschlag zur Pflegeantragstellung vom Ehepaar abgelehnt. Während Herr Redel auf die nicht vorhandene Erforderlichkeit verweist, begründet Frau Redel die Ablehnung mit der Unmöglichkeit der Umsetzung. Dr. Druwe formuliert daraufhin ein neues, konkreteres

Orientierungsereignis, das nicht mehr explizit<sup>34</sup> an Frau Redels Befinden geknüpft ist, sondern sich auf eine zukünftige, vollständige Mobilitätseinschränkung durch den voraussichtlichen Autonomieverlust ihres Mannes bezieht und folglich die Erforderlichkeit stärker betont. Dieses Vertagen der Pflegeantragstellung auf einen späteren, noch auszuhandelnden Zeitpunkt führt zu einem Erhalt eben dieser Handlungsmöglichkeit sowie dem Erhalt der Beziehung zwischen Hausarzt und Ehepaar Redel und der bisherigen Ehepaardynamik im Sinne eines reduzierten Konfliktpotenzials.

### 9.1.9 Teil 3 – Bilanzierung: „Aus meiner Sicht läuft(!) das“

Dr. Druwes erste, einen Gesprächsabschluss ankündigende, Bilanz bezieht sich auf die Alltagsbewältigung des Ehepaares, die er als gelungen bewertet – „JA GUT. AUS MEINER SICHT LÄUFT DAS“ (T1:Z374) – und auf das Stattfinden des gemeinsamen Gespräches, welches er als sehr sinnvoll erachtet – „ICH FINDE DAS GANZ GUT(!) SICH ZWISCHENDURCH MAL DARÜ ZU ZU VERSTÄN(!)DIGEN“ (T1:Z274-375). In diesem Zusammenhang betont er, dass niemand etwas für Krankheit kann, woraufhin das Ehepaar synchron zustimmt (T1:Z379-380). Dr. Druwe führt weiter aus, dass Erkrankung eine Sache von Glück und Pech ist und nicht in der Macht des Einzelnen steht (T1:Z381), was er zudem als Ungerechtigkeit bewertet – „SO IST DAS. DAS IS NICH IMMER GERECHT(!)“ (T1:Z383). Diese Formulierung ähnelt der Deutung aus dem ersten Gesprächsteil, dass der Patient nichts für seine Gelassenheit kann. Beide lassen sich als Entlastungs- bzw. Entschuldungsbotschaften lesen (Ereignissequenz) – und das sowohl in Bezug auf die Krankheitsursache als auch in Bezug auf Herrn Redels Umgang mit der Demenz. An dieser Stelle greift der Hausarzt einem potenziellen, unausgesprochenen Schuldthema vor, dass sich in der nachfolgenden Reaktion der Ehefrau zu bestätigen scheint.

---

<sup>34</sup> Es handelt sich hier um eine sprachliche „Neuverpackung“ der Belastungssituation Frau Redels, denn auch in der Orientierung an zukünftigen Mobilitätseinschränkungen kann Frau Redels Befinden mitgedacht werden. Durch die Umformulierung geht hier die Betonung weg von einer weniger erträglichen Selbstdeutung Frau Redels als „nicht mehr zur Hilfeleistung fähig“. Das Kriterium, Unterstützung zu benötigen, wird dadurch stärker objektivierbar und kann ihre Akzeptanz steigern.

Vergangenheit: „Ich hab mit ihm ja auch(!) schon so einiges durchgemacht“

Frau Redel nämlich sieht in Dr. Druwes Äußerung über Gerechtigkeit einen Anlass, über die Herausforderungen mit ihrem Ehemann während seiner damaligen Tuberkuloseerkrankung zu erzählen – „ICH HAB JA MIT IHM JA AUCH(!) SCHON EINIGES DURCHGEMACHT GEHABT. = ICH HAB IHN JA KENNGELERNT D (.) DA WAR ER GRADE VON DER SCHÜBBE GESPRUNG. (.) TB(!)“ (T1:Z384–385). Ihre Betonung des „AUCH(!)“ impliziert, dass sie die erlebten Hürden in der gesundheitlichen Versorgung ihres Mannes auch im hausärztlichen Setting wiedererkennt.

Die Vergangenheit scheint für Frau Redel von emotionaler Aktualität zu sein und auch die ärztliche Anerkennung ihrer Leistung als pflegende Angehörige scheint für sie ein relevanter Aspekt – „WAR ICH JA AUCH VON SEINER ÄRZTIN DER LUNGFACHÄRZTIN DA AUS (1) >>ORTSNAME<< (.) BIN ICH AUCH GELOBT(!) WORDEN, DASS ICH IHM SO WIEDER GUT HINGEKRIECHT HABE“ (T1:390–392).

Herr Redel bewertet sein damaliges Handeln als unvernünftig – „ICH WEIß ICH BIN JA DIESER (2) TB HINTERHER GERANNT [...] DAS WAR JA MEINE UN(!)VERNUNFT NECH(?)“ (T1:Z396–409) – und räumt seine Verantwortung in Bezug auf den eigenen Krankheitsverlauf, und damit implizit ein Schuldempfinden, ein. Dem darin liegenden Konfliktpotenzial für das Ehepaar greift Dr. Druwe wiederum mit einer Relativierung vor – „JEDER HAT SEINE BUNTE GESCHICHTE“ (T1:Z428).

*In unserem Nachgespräch erklärte Dr. Druwe, dass er oftmals die Schuldfrage als ein zentrales Thema bei Demenz wahrnimmt und er diesem hier versucht hat, „von vornherein“ ohne nachzufragen, einen „Entlastungsimpuls“ zu setzen. Er bezeichnete es als seine „Vorwegnahme“ der eigentlichen Frage an den Patienten: „Gibt es etwas, das Ihnen Sorgen macht?“, als eine „Abkürzung“ im Sinne eines: „Sie brauchen sich keine Sorgen machen“. vorzugreifen.*

*„Naja. Die(!) Zeiten sind vorbei(!)“*

Als Frau Redel darüber hinaus auf den früheren Lebensstil ihres Mannes anspielt – „DIE WEIBER AUFGERISSEN [...] UND NICH RICHTICH GEGESSEN(!), NICHT GESCHLAFEN(!)“ (T1:Z388–389,411–427) – betont dieser „DIE(!) ZEITEN SIND VORBEI“ (T1:Z432). Für Herrn Redel existiert scheinbar ein Wendepunkt, der diese Zeiten als abgeschlossen definiert, wobei offenbleibt, welches Ereignis er damit verknüpft. Frau Redel, die die Aussage ihres Mannes anzuzweifeln

scheint – „EH(?)“ (T1:Z433) – verweist damit einmal mehr auf eine präsente Schuldzuschreibung, die über den Krankheitskontext hinauszureichen und im Zuge der Krankheitsbewältigung handlungsrelevant zu sein scheint.

Dr. Druwes daraufhin scherzhaft ausgelegte Interpretation des Wortwechsels als gegenseitiges Necken und als Indiz für eine positive Beziehungsdynamik – „WENN SIE BEIDEN SICH NICH FOPPEN KÖNN DANN IS [...] AUCH WAS IS AUCH WAS FAUL [...] NE(?) DANN SIND SIE KRANK GLAUB ICH.“ (T1:Z441–445) kann als erneuter vorgreifender Akt der Konfliktentschärfung gedeutet werden, und wurde mit einem Lachen aller Beteiligten entsprechend anerkannt. Dieser Kommentar ist vor dem Hintergrund ernsthafter Erkrankung ein starker salutogener Impuls, der auf das Gesundsein statt auf das Kranksein verweist.

#### *Zukunft: „Bei Ihnen hab ich immer ein bisschen Sorge“*

Dr. Druwes Bilanz über die Zufriedenheit mit der Alltagsbewältigung des Ehepaars differenziert er weiterhin mit einem Vergleich der Eheleute aus – „JA SIE MACHEN DAS GUT ALLE BEIDE(!). ALSO SIE ((AUF HERRN REDEL ZEIGEND)) MACHENS FAST BESSER BEI IHN ((AUF FRAU REDEL ZEIGEND)) HAB ICH IMMER NBISSCHEN SORGE“ (T1:450–452).

An dieser Stelle wird erneut die Sorge des Hausarztes um Frau Redels Befinden präsent, was bereits in der Abstimmung über den Pflegeantrag mit Präventionsabsicht und anschließend „auf einem anderen Blatt“ stehend aus akuter Sicht thematisiert wurde. Dass dieser Korrekturwunsch des Hausarztes schon länger besteht, wird anhand von Dr. Druwes Anmerkung deutlich, dass Frau Redel bereits darum wisse, ein Hinweis u.a. auf Gespräche über die demenzbedingte Überlastung zwischen ihr und dem Hausarzt unter Ausschluss ihres Ehemannes.

#### *„Hm Darf ich das nicht wissen(?)“*

Herr Redel äußert die Spürbarkeit dieses Ausschlussprozesses durch seine Nachfrage – „HM. DARF ICH DAS NICHT WISSEN(?)“ (T1:Z458). Diese bewirkt wiederum, dass der Hausarzt das Befinden von Frau Redel gegenüber ihrem Ehemann verdeutlicht – „DOCH(!) NE, DASS SIE

EINFACH ((STOCKEND)) IHRE FRAU (.) DIE REIßT MEHR ALS SE EIGENTLICH KANN. [...] JA(?) UND (.) ÜBERFORDERT SICH EIGENTLICH“ (T1:Z459-460).

Herr Redels uneingeschränkte Zustimmung „ACHSO(?) JA(.)JA. [...] JAJA!“ (T1:Z461) lässt vermuten, dass die Ablehnung des Pflegeantrags nicht auf einem Abstreiten der Überlastung beruht, sondern andere Gründe hat, deren Erkundung möglicherweise in einem besser anschlussfähigen Interventionsangebot oder Zeitpunkt münden könnte. Der in diesem Gespräch auftretende Widerspruch bleibt jedoch unbesprochen.

*„Ich hab's nie anders kennengelernt“*

Frau Redel erwähnt daraufhin erneut, dass sie über keinen alternativen Lebensentwurf verfügt als den bisherigen – „ABER ICH HABS NIE ANDERS KENNENGELERNT“ (T1:Z465) und die Aufgabe der Pflege tief in ihr verwurzelt ist, da sie bereits ihre an einer Lungenentzündung erkrankte Mutter hat pflegen müssen – „(...) UND DANN HAB ICH IMMER SO DEN HAUSHALT GESCHMISSEN(!) EN ALTEN VATER(!), NOCH NBRUDER(!) ZU HAUSE, ARBEITEN GEGANG“ (T1:Z472–473). Frau Redel betont so ihre identitätsstiftende Rolle als Fürsorgende und verbindet damit einen Normal- und keinen Ausnahmezustand, was schlussfolgern lässt, dass eine Veränderung, wie sie etwa eine „Auszeit“ mit sich bringen würde, einen Bruch im Selbstbild erzeugen könnte. Die Vergangenheit scheint für Frau Redel maßgeblich für die Gegenwart und lässt ein Denken eines abweichenden Zukunftsszenarios in den Hintergrund treten.

Dr. Druwe kommt daraufhin Frau Redels implizitem Wunsch nach Anerkennung ihrer Leistung nach, indem er ihr Lob für ihre Karriere ausspricht.<sup>35</sup> Es überrascht nicht, dass der Hausarzt seiner Patientin gegenüber ihre Rolle als Pflegenden nicht weiterführend thematisiert, da eine Wertschätzung und Betonung dieser von Frau Redel als Motivation zur Fortführung derselben verstanden werden könnte, was im Widerspruch zur vom Hausarzt angeratenen „Auszeit“ für seine Patientin stünde.

---

<sup>35</sup> Dr. Druwe spricht Frau Redels beruflich bemerkenswerte Karriere an, woraufhin sie berichtet, dass sie dadurch ihrem Mann eine Umschulung ermöglichen konnte. Außerdem sei sie stolz darauf, dass sie genau so viel Gehalt bekommen hat wie ihre männlichen Kollegen, da dies zur damaligen Zeit nicht selbstverständlich war. Der Einbezug dieses Emanzipationsthema steigert die Wertschätzung ihres Karriereweges (T1:Z474–522).



Gegenwart: „Er ist doch noch gut drauf(!) ...besser kanns gar nicht sein“

Dr. Druwes Überleitung zum Gesprächsende – „DAS WARS AUS MEINER(!) SICHT“ – und sein Verweis auf die nicht anwesende Zuschauerschaft – „DIE GÖTTINGER“ bzw. „DIE VON DER UNI“ (T1:Z523–525) – mit der indirekten Frage, was diese zum Gespräch sagen werden, führt zu einer resümierenden Bilanz von Frau Redel über das Befinden ihres Ehemannes – „ER IST DOCH NOCH GUT TRAUFG(!)“ (T1:Z529).

An dieser Stelle geschieht eine interessante Neurahmung des Patientenbefindens. Dr. Druwe verweist zunächst auf die Möglichkeit, den Krankheitsbegriff losgelöst vom Aspekt des Leides zu hinterfragen – „IS NE KRANKHEIT UNTER DER MAN SELBER WENICH LEIDET (.) IS DAS ÜBERHAUPT NE KRANKHEIT(?)“ (T1:Z535-536). Diese Perspektive scheint bei Frau Redel Anschluss zu finden, da sie daraufhin das Wohlbefinden Ihres Mannes vor dem Hintergrund materieller Errungenschaften und familiärer Ressourcen reflektiert – „ES GEHT(!) IHM (!) AUCH (!) GUT(!) WIR HABEN UNS WIRKLICH NACH OBEN(!) GEARBEITET (...) ER KRICHT NE GUTE RENTE(!) ICH JA AUCH(!) ((HOLT TIEF LUFT)) UND DIE SÖHNE SIND ALLE GUT EINGESCHLAGEN (1) UND DIE UNTERSTÜTZ(!)EN UNS (...) NECH(?) DIE REDEN MIT IHM(!) UND SO WEITER UND ERWÄHN(!) DAS GAR NICH ALSO DIE GEHN Ü(!)BER DEM LEVEL“ (T1:Z541–548). Dr. Druwes bestätigender und wertschätzender Verbleib – „DAS [IST] VIEL(!)“, „ALLES KLAR. (...) DANN VERBLEIB ICH SO.“ (T1:Z546,555) –, lässt Frau Redel ergänzen, dass es ihnen, im Vergleich zu einem benachbarten und ebenfalls von Demenz betroffenen Ehepaar, nicht besser gehen könne (T1:Z556–557). Dr. Druwe nimmt dies zwar bestätigend zur Kenntnis, markiert aber Frau Redels Vergleich mit anderen Krankheitsverläufen als ungültig, indem er mit Rückbezug auf einen regionalspezifischen Spruch<sup>36</sup> die Eigenheit eines jeden Einzelnen wertschätzt und so die Subjektivität und Individualität der Demenzverläufe erneut betont (T1:Z558-561).

### Zusammenfassung: Schuld, Sorge, Neurahmung

In der Bilanz, die Dr. Druwe über seine Sorge um Frau Redel zieht, richtet der Hausarzt seinen Blick erneut auf die Frage des zukünftigen Umgangs mit der Demenzerkrankung, die er in

---

<sup>36</sup> Der Spruch wurde aus Gründen der Anonymisierung hier nicht aufgeführt.

der Abstimmung über den Pflegeantrag bereits zu klären versuchte. Die exklusive Adressierung an Frau Redel und damit der Ausschluss des Patienten, bleibt auch von dem Patienten selbst nicht unbemerkt. Herr Redels Reintegrationsversuch in das Gespräch macht seinen Gestaltungswillen sowie seinen Wunsch nach Partizipation und Beziehungserhalt zu seinem Hausarzt sichtbar.

Anhand der biografischen Erzählungen von Frau Redel wird ein implizites Schuldthema deutlich, das sich auf den hedonistischen Lebensstil ihres Mannes in jüngeren Jahren bezieht, welcher, entgegen dessen eigenen Sicht, für sie noch nicht abgeschlossen scheint. Interessant ist, dass Dr. Druwe bereits im ersten Teil des Gespräches zum „Oberthema Demenzerkrankung“ zahlreiche Entlastungsbotschaften an seinen Patienten adressierte, welche auch im dritten Gesprächsteil einmal mehr als ein Vorgehen dieses antizipierten Schuldthemas plausibel werden. Außerdem zeigt sich Frau Redels Wunsch nach Anerkennung für ihre Versorgerrolle und die Verankerung dieser Rolle in ihrer Biografie. Ein alternativer Zukunftsentwurf scheint für sie nicht vorstellbar. Die gegenwärtige Ablehnung des Pflegeantrags – und damit die Vermeidung eines Bruchs in ihrem Selbstbild – erscheint daher sinnlogisch.

Aus Frau Redels Perspektive über die Unveränderbarkeit der aktuellen Situation bilanziert sie das Befinden ihres Mannes als gut. Dies gelingt ihr über eine Neurahmung des gegenwärtigen Befindens ihres Mannes (Ereignissequenz) anhand der Betrachtung der finanziellen und familiären Ressourcen und eines Vergleiches mit einem anderen betroffenen Ehepaar, dem es aus ihrer Sicht schlechter geht. Somit reformuliert sie das Fazit ihres Mannes aus dem ersten Gesprächsteil, dass dieser nicht leide, in seinem Sinne und unterstreicht damit indirekt seine Schlussfolgerung, dass ein Pflegeantrag nicht erforderlich sei.

### 9.1.10 Abschluss – Verbleib: „Ich geb mir Mühe“

Ersatz-Handlung: „dann machen wirs lieber den weichen Wech“

*Im Nachgespräch erklärte Dr. Druwe, dass Herr Redels Verhalten in letzter Zeit für Irritationen in der Praxis sorgte, da er seinem Hausarzt des Öfteren im Anschluss an die Konsultation einen nicht unerheblichen Geldbetrag an der Anmeldung hinterlassen hat.*

Anknüpfend an Dr. Druwes Spruch über die Individualität eines Jeden erwähnt Dr. Druwe gegen Ende des Bilanzierungsgespräches den großzügigen Umgang seines Patienten mit Geld (T1:Z565–566). Er vereinbart mit Frau Redel, dass seine Praxismitarbeiter beim nächsten Vorfall das Geld annehmen und es im Nachgang an Frau Redel zurückzahlen werden (T1:Z566-574) – „EH ES DANN STREIT GIBT DANN MACHEN WIRS LIEBER DEN WEICHEN WECH“ (T1:Z574). Frau Redel stimmt dieser Vereinbarung zu (T1:Z578). Diese Absprache zwischen Dr. Druwe und Frau Redel zeigt eine Koalition, die Herr Redels Sorge über Ausschluss ursächlich bestätigt.

Besonders paradox ist, dass in dieser Sequenz ganz offen eine Täuschung zugunsten der Konfliktvermeidung geplant wird, obwohl der zu Täuschende der Planung hier beiwohnt. Hier handelt es sich um eine mögliche Reinszenierung jener Problematik, die dem Paar im Alltag oft begegnet. Es wird an dieser Stelle im Gespräch erstmals die Aushandlung einer alltagspraktischen gemeinsamen, zukünftigen Bewältigungsstrategie sichtbar, die – im Dienst einer Konfliktvermeidung gewählt und als im Sinne von Frau Redel formuliert wird.<sup>37</sup>

Interessant ist, dass in diesem Vorhaben die Themen der drei Gesprächsteile zusammenfließen. Der „Verschuldung“ eines unerwünschten Geldausgebens wird mit einer „gerechten“ Lösung, der nachträglichen Rückzahlung, begegnet. Dies erinnert an die Anerkennung der Versorgerrolle Frau Redels, die der Hausarzt als Reaktion auf Frau Redels Ausführungen über die „Altlasten“ ihres Mannes aussprach. Diesen Ausführungen wiederum ging Dr. Druwes Fazit voraus, dass Krankheit nicht immer gerecht ist. Die Vereinbarung über

---

<sup>37</sup> Herrn Redel wird dabei weiter die Möglichkeit eingeräumt, seine Anerkennung gegenüber dem Arzt monetär auszudrücken, ohne dass dies auf Kosten von Frau Redel oder der Hausarzt-Patienten-Beziehung geht, obwohl dieser Dank dadurch letztlich nicht wirklich anerkannt wird.

die nachträgliche Geldrückzahlung erfolgt in „Koalition“ zwischen Hausarzt und Frau Redel unter Ausschluss des Patienten. Dies erinnert wiederum an die Aushandlung der Frage über den Pflegeantrag, die der Hausarzt vor dem Hintergrund der Überlastung Frau Redels explizit an sie adressierte und im Zuge dessen den Ausschluss des Patienten re-inszenierte („SIE WISSEN SCHON WARUM“, T1:Z455)). Das geplant angelegte (vorläufige) Annehmen des Geldes durch die Praxismitarbeiter:innen entspricht wiederum einer Neurahmung der Situation: weg von einer konflikterzeugenden Konfrontation hin zu einer Inszenierung der Normalität (als ob alles in Ordnung wäre), ähnlich der Neurahmung des Patientenbefindens durch Frau Redel („ER IST DOCH NOCH GUT TRAU(!)“, T1:Z529).

Diese Vereinbarung über den Umgang mit dem Geld stellt die hausärztliche, komprimierte „Fürsorgehandlung“ des Gesamtgespräches dar, in welcher der Hausarzt signalisiert zu wissen, was gut für seinen Patienten ist. Dr. Druwe greift hier indirekt nochmal die Wandlungsreihe „Demenz als kognitiver Leistungsverlust“ auf. Er orientiert sich dabei an einem erlebten Orientierungsereignis „Herr Redel hinterlässt Geld“, welches der Hausarzt wiederum für die Zukunft antizipiert und sich damit zu synchronisieren versucht, indem er mit Frau Redel eine Normalität inszeniert (Ereignissequenz), welche in der Vermeidung eines Konfliktes resultiert, was wiederum auch als Fürsorge gegenüber Frau Redel gedeutet werden kann.

*Anliegerückgabe: „Er soll gesund bleiben“ (...) „Nicht(!) so viel arbeiten.“*

Im Zuge der anschließenden Verabschiedung kommt es zu einem interessanten Rollentausch, in dem das Ehepaar ihrem Hausarzt die fürsorglichen Anliegen „zurückgibt“.

((VERABSCHIEDUNGSSITUATION STEHEND; DR. DRUWE REICHT HERRN REDEL DIE HAND))

DR. DRUWE: IHR MANN MACHT DAS GUT ((H. REDEL KLOPFT DR. DRUWE ANERKENNEND AUF DEN UNTERARM WÄHREN DES HÄNDESCHÜTTELNS; DR. DRUWE KLOPF HERRN REDEL AUF DIE SCHULTER))

FR. REDEL: [(UNVERST) FÜR IHRE MÜHE(!) DASS SIE SICH ÜBERHAUPT

H. REDEL: [BIS ZUM NÄCHSTEN MAL

DR. DRUWE: [(UNVERST)

FR. REDEL: [DAMIT BESCHÄFTIGEN(-)

((DR. DRUWE REICHT FR. REDEL DIE HAND))

DR. DRUWE: (UNVERST)

H. REDEL: [BLEIBEN SIE GESUND NECH(?)

FR. REDEL: HM(?)  
 DR. DRUWE: ICH GEB MIR MÜHE.  
 ((WÄHREND DES VERLASSENS DES SPRECHZIMMERS:))  
 H. REDEL: ER SOLL GESUND BLEIBEN.  
 FR. REDEL: JOA. NICH(!) SO VIEL ARBEITEN.  
 DR. DRUWE: ((LACHT))  
 FR. REDEL: JA IN DER U UNIVERSITÄT ODER(?) IN DER UNIVERSITÄT NICH(?)  
 DR. DRUWE: [JAJA ICH MACH (UNVERST) ((LACHT LAUT))  
 FR. REDEL: WIR HAM SIE JA SCHON GESEHN(!)  
 HA: [NE(?)  
 FR. REDEL: IM FERNSEHN.  
 DR. DRUWE: TSCHÜHÜS.  
 FR. REDEL: TSCHÜHÜ.

(T1:Z583-605)

Dr. Druwes erneute vorgetragene Bilanz, dass Herr Redel seine Sache gut macht, adressiert er an Frau Redel, wodurch er unterstreicht, dass sein Fürsorgeanliegen an Frau Redel nicht im Befinden ihres Patienten begründet liegt. Frau Redels Dankbarkeit darüber, dass sich der Hausarzt mit den beiden „ÜBERHAUPT [...] BESCHÄFTIG“ (T1:Z585, 588) hat, erinnert an das Spannungsfeld zwischen Zeitknappheit und Wunsch nach Zeitinvest, in dem sich der Hausarzt bewegt und dessen Frau Redel sich bewusst zu sein scheint und das sie nicht als selbstverständlich voraussetzt. Zudem betont sie damit die Besonderheit, umsorgt worden zu sein. Herr Redel hingegen setzt in seiner Verabschiedung bereits ein nächstes Mal voraus und unterstreicht dadurch sein (weiter-)bestehendes Vertrauen in die Beziehung zu seinem Hausarzt. Interessanterweise spiegelt das Ehepaar, im Zuge dieser Ent-Rollung und Rückkehr in ihren Alltag, die im Gespräch präsenten Anliegen des Hausarztes an genau diesen zurück (Gesundheit: „ER SOLL GESUND BLEIBEN“ T1:Z595, Überlastung: „NICH(!) SO VIEL ARBEITEN“ T1:Z596). Herr Redels Anmerkung, dass sein Hausarzt gesund bleiben soll, kann im Sinne eines Erhaltungswunsches gegenüber der Beziehung zu seinem Hausarzt gedeutet werden und schließt die Figur, die in der Eingangssequenz zu finden war, in der der Patient gegenüber Dr. Druwe Nähe herstellt. Dr. Druwes Antwort wiederum, sich dabei „MÜHE [zu] GEB[en]“ (T1:Z593), beschreibt ein aktives Verständnis von Gesundheitsgestaltung welches als Vorbildfunktion das Fürsorgeanliegen des Hausarztes an das Ehepaar hier implizit und abschließend aufgreift.

Der Verweis auf Dr. Druwes Wirken in der Öffentlichkeit („IM FERNSEHN“ T1:Z602) lässt sich als Wertschätzung seiner Botschaftertätigkeit lesen und kann auch als ein Rückverweis auf die Kamerasituation der Ent-Rollung des Ehepaares weiter dienlich sein, indem sich diese nun aus dem Setting der Beobachtung und Botschaftsvermittlung zurückziehen und sich gleichzeitig als potenzielle Ko-Produzenten einer Lehrsituation markieren. Gleichzeitig wird auch hier ein Rückbezug hergestellt zu der Gespräch-beginnenden Figur des „Einen-Schritt-voraus-Seins“ des Hausarztes, welches nun vom Ehepaar als ein „Bereits-Wissen“ worum es geht („WIR HAM SIE JA SCHON GESEHN(!)“ T1:Z600) zurückgespiegelt wird.

#### *9.1.11 Fazit: Abwartendes Offenlassen*

Dr. Druwe stimmt sich explizit mit dem Ehepaar Redel über die Frage der Pflegeantragsstellung für den mit Demenz diagnostizierten Herrn Redel ab, wobei beide Ehepartner Patientin und Patient des Hausarztes sind. Dr. Druwe formuliert das Anliegen als eine Möglichkeit zur „AUSZEIT“ für Frau Redel, die als Versorgerin ihres Ehemannes und aufgrund eigener körperlicher Leiden aus Dr. Druwes Sicht „IN DIE KNIEN“ zu gehen droht. Obwohl Frau Redel mit ihrem Mann bereits viel durchgestanden hat und Unterstützungsbedarf aufzeigt und obwohl Herr Redel seine Gelassenheit in Bezug auf die Demenz attestiert, d.h. obwohl die besprochene Ausgangslage nicht gegen ein Unterstützungsangebot spräche, resoniert die Idee zur Pflegeantragstellung bei beiden Eheleuten nicht. Herr Redel hält den Pflegeantrag für „nicht erforderlich“, seine Ehefrau hält den Pflegeantrag und die daraus resultierenden Maßnahmen für „nicht umsetzbar“. Bemerkenswert ist, dass diese Aussagen über Erforderlichkeit und Möglichkeit nicht weiter thematisiert wurden. Dr. Druwe reagiert mit einem Verschieben des Pflegeantrages auf einen zukünftigen Zeitpunkt, der dadurch charakterisiert ist, dass Frau Redel voraussichtlich „nicht mehr eigenständig das Haus verlassen“ kann.

Dieser Aufschub lässt sich – im Sinne einer Aushandlung eines „richtigen“ bzw. akzeptierten Zeitpunktes – als Temporegulation verstehen. Diese kommt, vor dem Hintergrund implizit gebliebener Themen, die den gegenwärtigen Zustand des Ehepaares einzufrieren scheinen, der Funktion einer behutsamen Beziehungsgestaltung nach. Auf der Ebene der Zeit als

Potenzial kann der Akt des Aufschiebens seitens des Hausarztes, als beziehungsregulierende Intervention an die Triade verstanden werden.

Das hier fallspezifische Bemühen um Beziehungserhalt kann als Antwort auf eine vom Ehepaar mitgebrachte Paardynamik gelesen werden, die im Gespräch latent und handlungswirksam vorliegt. Mit anderen Worten: ein Pflegeantrag würde zu einer Veränderung in der Paarbeziehung führen und wird hier vom Ehepaar und letztlich auch vom Hausarzt vermieden. Gleichzeitig ermöglicht das abwartende Offenlassen, in Form des Aufschubs des Pflegeantrags den Erhalt eines potenziellen Entlastungsangebotes und somit auch eine hausärztliche Handlungsmöglichkeit und damit Ressource.

Dem Hausarzt scheint in dieser Triade das Prozesshafte, der unaufhaltsame Krankheitsverlauf der chronischen und progressiven Demenz und die damit verbundenen begrenzt beeinflussbaren Verläufe, sehr präsent – „JETZT LÄUFTS“ (T1:Z1), AUS MEINER SICHT LÄUFT DAS“ (T1:Z374), Bezeichnung des Patienten als „*Selbstläufer*“ (welche auch die Dimension des Bewältigungsverlaufes anspricht). Gleichzeitig schwingen in Dr. Druwes Gesprächsrahmung auch sein Erfüllungswunsch („UND DANN MÜSSEN WIR“ T1:Z3)) und Gestaltungswunsch („ICH GEB MIR MÜHE“ T1:Z593) mit. Diese Aspekte und die präventive Ausrichtung des Hausarztes, die auch in seinem Fürsorgeanliegen über den Pflegeantrag konkret wird, plausibilisieren sein stetes Vorgeifen, dass den gesamten Gesprächsverlauf durchzieht. Es erscheint nachvollziehbar, dass ein präventiver Gestaltungswunsch im Rahmen eines unaufhaltsamen Prozesses ein gewisses Zuvorkommen begründet. Vor diesem Hintergrund ist der Aufschub des Pflegeantrages auch wiederum eine fortgesetzte Antizipation des progressiven Krankheitsverlaufes und damit auch ein fortgesetztes Vorgeifen. Das Nachschieben der Fürsorgehandlung zu Gesprächsende ermöglicht dem Hausarzt einen Ausgleich zum Aufschub des Pflegeantrages und einen Transfer des Fürsorgeanliegens auf Ebene des Praxisteam in ein eigenes Fürsorgehandeln.

Die Zukunftsgestaltung im Behandlungskontext weicht der Gegenwartsgestaltung im Beziehungskontext, die wiederum auch als Basis für eine Gestaltung des Behandlungsverlaufes stimmen muss. Allerdings bleibt die Beziehungsebene implizit besprochen und es kann so zu keinem nächsten Schritt in die Behandlungsgestaltung kommen, da diese weiter einander entgegensetzen scheinen. Der Behandlungsverlauf

erscheint einerseits in dieser Momentaufnahme zu stagnieren, weil es zu keiner unmittelbaren Entlastung der Angehörigen im Alltag durch den Pflegeantrag kommt, andererseits bleibt sie für die Zukunft auch flexibel, da die Möglichkeiten für Veränderungen weiter offenbleiben.

Dr. Druwe ermöglicht durch das abwartende Offenlassen einerseits eine partizipative Entscheidungsfindung. Andererseits gestaltet er das Gespräch auch in paternalistischer Fürsorgehaltung, indem er implizit geliebten Themen empathisch vorgreift. Die humorvolle und vertrauensvolle Gesprächsatmosphäre unterstreicht die positive Wirkung dieser behutsam vorausschauenden Fürsorge. Durch diese Vorgriffe bleiben allerdings Ziele und Vorstellungen der Ehepartner unbesprochen und damit die Chance ungenutzt, mehr über alternative Deutungen und damit über weitere Interaktionsmöglichkeiten im Gespräch zu erfahren.



## 9.2 Fallportrait 2: Der Plan

### 9.2.1 Forschungsprozess – Vermittelnd

Der Kontakt zu der Hausärztin Frau Birk entstand über meinen schriftlichen Aufruf zur Teilnahme über verschiedene universitäre E-Mail-Verteiler. Frau Birk bekundete bei ihrer Rückmeldung großes Interesse an dem Forschungsvorhaben. Zunächst war sie in dem Glauben, dass es sich um ein Interview mit ihr handeln sollte. Nachdem sie konkretere Informationen über meinen Wunsch einer Konsultationsaufzeichnung per Videokamera erfuhr, wünschte Sie sich ein Telefonat zur Klärung von Umfang, Ziel und Zeitplan des Forschungsprojektes. Sie bezeichnete sich als „Fan“ des gesprochenen Wortes und fragte interessiert und detailliert nach Vorgaben, welche ich zu Gunsten der Erhebung möglichst natürlicher Daten bewusst weiter offenhielt.

Auf das telefonische Erstgespräch folgte die Übergabe der Kamera an Frau Birk. Frau Birk besaß keine Kamera vor Ort und ich traf mich mit ihr zu einer Übergabe des technischen Equipments. Während der gemeinsamen Positionierung der Kamera im Sprechzimmer zeigte sich Frau Birk sehr gewissenhaft und plante vorausschauend die Sitzplatzordnung und Raumakustik ein. Nach einem weiteren Telefonat nach Aufzeichnung der Konsultation trafen wir uns erneut zur Abholung der Aufzeichnung.

Im persönlichen Kontakt interessierte sich Frau Birk für meinen beruflichen Kontext, den Stand meines Projekts. Um mich bei der Datenerhebung zu unterstützen, kontaktierte Frau Birk drei weitere potenziell teilnahmebereite Hausärzte. Auf meine Frage an die Hausärztin, warum ihrer Einschätzung nach der Zugang zum Feld schwierig sei, nannte sie den hausärztlichen Zeitmangel und den mit einer Videoaufzeichnung verbundenen Mehraufwand als mögliche Erklärung. Diese Anmerkung nährte meine bereits vorhandene Sorge, dass der Aufwand den Hausärzt:innen zu viel werden könnte, wenn ich sie im Verlauf noch nach weiteren Gesprächsaufzeichnung fragen würde, weshalb diese Überlegung zu einer weitergehenden Datenerhebung verworfen wurde.

Frau Birk nahm ungefähr ein Jahr nach der Gesprächsaufzeichnung das gemeinsame Nachgespräch mit mir wahr. Da wir uns dazu in einem Café trafen, hatte es einerseits stärker

informellen Charakter, gleichzeitig begrenzte die fehlende Privatsphäre das Ansprechen sensibler Themen. Frau Birks Interesse im Nachgespräch lag auf dem Vergleich ihres Gespräches mit den Ergebnissen der Auswertungen der anderen Gespräche.

### 9.2.2 Hausärztin – Nimmt sich Zeit

Profil: Ganzheitlich und zugewandt

*Im telefonischen Erstkontakt stellte Frau Birk sich mir als eine erfahrene, seit über 30 Jahren auf dem Land niedergelassene Hausärztin, mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie und Palliativmedizin, vor. Ihre Patient:innen sieht sie als Menschen und nicht nur als Symptomträger:innen. Die persönliche Zuwendung zu ihnen ist ihr wichtig. In unserem persönlichen Kontakt war ihr wichtig zu erwähnen, dass sie sich Zeit für ihre Patient:innen nimmt. Neben der hausärztlichen Versorgung und Akupunktur kümmert Frau Birk sich auch um (geschlechterspezifische) Themen wie häusliche Gewalt, indem sie bspw. Krisengespräche anbietet.*

In der palliativen Versorgung sind Hausärzt:innen mit dem Unvermeidbaren konfrontiert: dem Sterben. Dabei tritt die hausärztliche Rolle als Begleiter:in stärker in den Vordergrund, denn Heilung ist nicht mehr möglich. Das Begleiten statt Heilen fordert Hausärzt:innen ein Aushaltenkönnen ab, eine Kompetenz, die für Frau Birk durchaus auch in Krisengesprächen mit Frauen häuslicher Gewalterfahrung relevant ist, wenn sie mit hochemotionalen Themen konfrontiert wird, wobei diesen dann bestenfalls mit einer Krisenintervention begegnet wird. Für den hier aufgezeichneten Gesprächsverlauf könnte, aus der palliativen Haltung hervorgehend, eine Tendenz des Hausarztes zum Verzicht auf Steuerung zu erwarten sein, nicht unbedingt generalisiert, sondern insbesondere bezogen auf die emotionale Bewältigung ihrer Patient:innen. Auch vor dem psychotherapeutischen Weiterbildungshintergrund betrachtet, könnte Frau Birk dazu neigen, emotionalen Dynamiken und Verläufen mit Blick auf deren Funktionalität zu begegnen und diese nicht, zumindest nicht aus eigenem Anliegen heraus, verändern zu wollen.

Während einer unserer persönlichen Treffen aus der Vorbereitung der Gesprächsaufzeichnung betonte Frau Birk ihren Abgrenzungswunsch vom „Hamsterrad des Geldverdienenmüssens“, in dem ihrer Meinung nach die meisten Ärzt:innen gefangen zu sein scheinen<sup>38</sup>. Den Grund für eine geringe Teilnahmebereitschaft seitens der Ärzt:innen vermutete Frau Birk in dem stark angestiegenen Verwaltungsaufwand, der das Vermeidungsverhalten der Ärzt:innen gegenüber anderen Dingen fördere.

#### Arztpraxis: Persönlich und traditionell

Frau Birks hausärztliche Gemeinschaftspraxis besteht seit 1985 mit zwei Fachärztinnen für Allgemeinmedizin und einem Facharzt für Innere Medizin. Die Hausarztgemeinschaft beschreibt sich als akademische Lehrpraxis und steht in Kontakt mit zwei umliegenden, großstädtischen Universitäten. *Das Praxisteam arbeitet in nahezu unveränderter Zusammensetzung seit Praxisgründung, so Frau Birk.* Die Praxisräume sind offen und hell gestaltet. Verschiedene Sprechzimmer und auch der Warteraum gehen von dem zentralen, rund geschnittenen Empfangsraum ab. *Während unseres persönlichen Treffens erwähnte Frau Birk, dass ihre Patient:innen zu schätzen wissen, dass ihr Sprechzimmer weniger medizinisch wirkt.*

Die individuelle und nahbare Präsentation der Teammitglieder auf der Internetseite der Gemeinschaftspraxis lässt eine familiäre Arbeitsatmosphäre vermuten. Die Gemeinschaftspraxis legt Wert auf das persönliche, ausführliche Gespräch mit ihren Patient:innen. Auf kostenintensive Technik wird nur, wenn unbedingt nötig, zurückgegriffen. Im Fokus steht die traditionelle körperliche Untersuchung. So soll der Versorgungszersplitterung durch (zu) viele Fachärzt:innen vorgebeugt werden, so die Botschaft der Selbstpräsentation im Internet. Im Hinblick auf gesunde Lebensgestaltung und -führung betrachtet die Hausarztgemeinschaft das persönliche Gespräch als Schlüssel zur Früherkennung und Vorsorge. Die Ärzt:innen arbeiten mit Terminvergabe, um lange Wartezeiten zu vermeiden. Aber auch ohne Voranmeldungen steht die Praxis den

---

<sup>38</sup> Sie sagte: Für sie ginge es nicht vordergründig um Finanzielles. Statussymbole bedeuten ihr ebenso wenig, erklärte sie, und ergänzte, dass sie in ihrem Kollegenkreis als einzige „so eine Gurke“ als Auto fahre.

Patient:innen für Rezepte und Überweisungen zur Verfügung. In der Region besteht ein Engagement für zahlreiche Gesundheitsprojekte. Die kommunale Gesundheits-, Alters-, und Pflegekonferenz übernimmt dabei die zentrale Aufgabe, alle Akteur:innen miteinander zu vernetzen. Ihre Aufgabe besteht darin, die Gesundheit aller Altersgruppen zu steigern und die Risikofaktoren zu vermindern. Ihr Motto lautet: Vorbeugen ist besser als Heilen. Ein für diesen Fall besonders relevantes Projekt der Region ist das Demenznetz als mögliche Anlaufstelle für Betroffene. Das Angebot ist kostenlos und reicht von psychosozialer Beratung über Informationsveranstaltungen bis hin zu Schulungen. Das Demenznetz stellt eine wichtige Ressource für die Ärzte der Region dar, und *Frau Birk bezeichnete sich in einem unserer persönlichen Treffen als eine Hausärztin, die ihre Patient:innen bei Bedarf aktiv auf diese Unterstützung hinweist.*

Gesprächsformat: Längere Konsultation

*In unserem Telefonat nach der Gesprächsaufzeichnung erklärte Frau Birk, dass ihre erste teilnahmebereite Patientin durch einen Krankenhausaufenthalt am Konsultationsgespräch gehindert wurde und an deren Stelle „spontan“ die Patientin Frau Winterberg trat. Mit dieser und ihrem begleitenden Ehemann führte Frau Birk ein reguläres Konsultationsgespräch, zu welchem sie sich, anlässlich der Videoaufzeichnung – mit einer Dauer von 28 Minuten – mehr Zeit, als sonst für sie üblich, nahm.*

### 9.2.3 Patientin – Erscheint selten

*Die Patientin Frau Winterberg war, laut Telefonat mit Frau Birk, zum Zeitpunkt der Erhebung 79 Jahre alt. Die Patientin wechselte „vor einigen Jahren“ von ihrem angestammten Hausarzt aufgrund dessen Praxisschließung aus dem Nachbarort zu Frau Birk. Vier Jahre vor der vorliegenden Gesprächsaufzeichnung wurde Frau Winterberg erstmals bei dem Neurologen Dr. Nolte vorstellig, da sich, nach Aussage von Frau Birk, schon „einige Jahre“ vorab eine dementielle Entwicklung abzeichnete. Ihre Patientin wird seither von beiden parallel versorgt. Frau Winterberg hat, nach Auffassung von Frau Birk, ein stark eingeschränktes Kurzzeitgedächtnis. Frau Birk erklärte, dass der Neurologe Dr. Nolte bei Frau Winterberg eine*

beginnende Demenz diagnostiziert, diese medikamentös eingestellt und ihr jüngst das Autofahren verboten hat. Veränderungen des Tag-Nacht-Rhythmus' der Patientin sind bisher nicht festgestellt worden. Bei zufälligen Begegnungen, bspw. bei Spaziergängen, erkennt die Patientin ihre Hausärztin manchmal nicht. Frau Birk schickte in unserem Erstgespräch vorweg, dass die Angehörigen oft stärker leiden als die an Demenz erkrankten Personen selbst. Sie führt weiterhin aus, dass der Neurologe Dr. Nolte die Patientin auf das Hilfsangebot Demenznetz verwies, woraufhin sie und ihr Ehemann Besuch von einer persönlichen Beraterin bekamen.

Der Patientin wurden vor neun Jahren erstmals Darmpolypen entfernt und ca. drei, vier Jahre nach diesem Eingriff erfolgte eine Kontrolluntersuchung, so Frau Birk. Die Hausärztin beschreibt zudem, dass Frau Winterberg an chronischen Hüftbeschwerden und Schmerzen beim Gehen leidet, weshalb sie eine auffällige Gangart zeigt und einen Gehstock benutzt. Zudem hat die Patientin ein künstliches Knie. Ihre Hüftbeschwerden lassen sich auf einen schweren Verkehrsunfall im Jahre 1960 zurückführen, den Frau Winterberg mit ihrem Roller erlitt. Sie kollidierte mit einem anderen Verkehrsteilnehmer auf einer Kreuzung. Der Unfall verursachte einen Hüftbruch und zog einen längeren Krankenhausaufenthalt sowie mehrfache Operationen nach sich.

Die Diagnose Demenz, so sagte Frau Birk, spricht sie in Konsultationen mit Frau Winterberg offen an. In den letzten Monaten kam es, so ihr Resümee, zu einer Verschlechterung der Symptome. Frau Winterberg kommt selten (wobei Frau Birk die genaue Konsultationsfrequenz nicht benannte) in die Praxis – was die Hausärztin bei Menschen mit Demenz nicht selten erlebt. Frau Winterberg kommt immer in Begleitung ihrer Schwiegertochter. Die Gespräche mit Frau Winterberg dauern meist länger<sup>39</sup>. Frau Birk beschrieb das in unserem persönlichen Treffen als „einfach nötig, um wieder auf dem Laufenden zu sein“, häufig zum „Ärgernis der Praxiskollegen“.

Frau Birks Hinweis auf die seltenen Besuche ihrer Patientin können darauf deuten, dass die Patientin entweder keine Anliegen hat oder zunehmend weniger Anliegen formulieren kann, woraufhin eine Hilfe vor Ort (Hausbesuch) angezeigt wäre, um sich ein Bild zu machen. Eine weitere Deutungsmöglichkeit ist, dass die Patientin den Besuch bei ihrer Hausärztin scheut.

---

<sup>39</sup> Eine Referenzgröße wurde nicht genannt.

Dies ließe sich mit Angst vor Stigmatisierung oder auch mit einer nicht ausreichend gewachsenen (vertrauensvollen bzw. nahen) Beziehung zu ihrer Hausärztin erklären. Weiterhin könnte die Patientin zunehmend auf die Hilfe ihrer Angehörigen angewiesen sein, welche sich dann in der hausärztlichen Versorgung auf das Nötigste beschränken, da es mit einem Rückstellen eigener Bedürfnisse verbunden ist.

Im aufgezeichneten Konsultationsgespräch äußert sich das Ehepaar Winterberg über ihre familiäre Situation wie folgt: Seit 52 Jahren ist Frau Winterberg mit ihrem Ehemann verheiratet (T2:Z366). Sie ist zweifache Mutter (T2:Z368), sowie mehrfache Großmutter (T2:Z309). Ihr Sohn hat „IM GARTEN GEBAUT“ (T2:Z369). Ihre Schwiegertochter, beruflich im Gesundheitsbereich tätig (T2:Z84–124), wohnt mit ihrem Mann in einem benachbarten Dorf (T2:Z375). Der Sohn mit Familie steht durch seine unmittelbare Wohnnähe bei alltäglichen Belangen zur Verfügung (T2:Z307–312). Die Schwiegertochter unterstützt das Ehepaar Winterberg bei Arztbesuchen sowie der Rezeptverwaltung (T2:Z61,65,516,518,646,649,688,810,817), und ist dadurch in der Hausarztpraxis ein bekanntes Gesicht. Zum Zeitpunkt der Gesprächsaufzeichnung wurde die Patientin von ihrem Ehemann begleitet, was eine Ausnahme darstellt. Dadurch lernte Herr Winterberg zum ersten Mal die Hausärztin seiner Frau kennen.

#### 9.2.4 Rahmung – Inszenieren

##### Setting – Geplant

Die Kamera blickt aus der Eckperspektive von rechts längs in den Raum auf einen ovalen Schreibtisch, der mit seiner kurzen Seite vor einer Schrankwand positioniert ist. Das Bild zeigt an der rechten Längsseite des Tisches, etwas abgerückt, Frau Birks rollbaren Bürostuhl, sodass nur ein Teil der Sitzfläche überhaupt im Bild erscheint. Im Fokus des Kameraausschnittes stehen zwei Korbstühle, einer direkt und einer linksdiagonal gegenüber Frau Birks Platz positioniert. *Diese Korbstühle positionierte Frau Birk während unserer gemeinsamen persönlichen Vorbereitung vor Ort für die Aufzeichnung, anders als dies normalerweise üblich ist. Während sie die Stühle rückte, sagte sie laut denkend beiläufig „hier sitzt die Schwiegertochter der Patientin, aber die ist nicht so wichtig“.* Zu diesem Zeitpunkt

schien Frau Birk noch mit der Schwiegertochter als Begleitperson geplant zu haben. Die Art der Anmerkung der Hausärztin ist insofern bemerkenswert, als dass sie für den Kontext der Aufzeichnung die Patientin als Mittelpunkt und die Begleitperson als weniger relevant definiert. Diese Bewertung der Begleitperson als Nebenrolle ist vor dem Hintergrund der Demenzversorgung und auch aus psychotherapeutischer Sicht klärungsbedürftig. Mit Blick auf den Forschungsauftrag erscheint die Fokussierung auf die Patientin plausibel.

Korbstühle, ein Wandbild mit Blumenmotiv, sowie eine Pendelleuchte über und ein Blumenstrauß auf dem Schreibtisch sorgen für eine gemütliche Atmosphäre. Medizinische Elemente, wie bspw. Schaustücke von Gelenkmodellen, befinden sich eher im Hintergrund, vereinzelt neben weiteren Dekorationen, in der Schrankwand.

#### Platzierung – „Sie setzen sich hier hin“

Das Gespräch beginnt (T2:Z1–6) an der Zimmertür mit dem Empfang des Ehepaares durch die Hausärztin. Frau Birk weist den Ehepartnern einzeln und namentlich den Platz zu – „HERR WINTERBERG. MÖGEN SIE DA(!) PLATZ NEHM (?) (...) UND FRAU WINTERBERG SIE SETZEN SICH HIER(!)HIN“ (T2:Z1–4). Ihre Idee zur Sitzplatzordnung überrascht zunächst, da sich der Platz für die Patientin etwas abgerückt vom Tisch befindet, der Platz des Ehemannes hingegen direkt gegenüber der Hausärztin vorgesehen ist. Schlüssig erscheint diese Anordnung wiederum, wenn man sich die Sitzplätze unter dem Aspekt der Entfernung anschaut, die Frau Birk im „HIER“ und „DA“ beschreibt und die sowohl räumlich als auch emotional verstanden werden kann. Herr Winterberg befindet sich im „DA“ weiter entfernt von der Hausärztin und zudem durch einen Tisch getrennt. Frau Winterberg hingegen sitzt im „HIER“ näher an Frau Birk und frei von physischen Barrieren. Diese Nähe kann sowohl die Rolle als Patientin in Beziehung zur Ärztin beschreiben als auch ihre Rolle als Indexperson im Zuge der Videoaufzeichnung, was an dieser Stelle auf einen Perspektivwechsel der Hausärztin in die Forscher:innensicht anzeigen würde und damit die Hypothese unterstreicht, dass die Hausärztin hier den Forschungsauftrag zu erfüllen bemüht ist.

Interessant sind Reihenfolge und die jeweils unterschiedlichen Formulierungen der Sitzplatzangebote. Während Herr Winterberg, mit einer hypothetischen Wahlfreiheit, von Frau Birk aufgefordert wird, wird Frau Winterberg angewiesen, den Sitzplatz einzunehmen,

wodurch die Hausärztin eine ungleiche Entscheidungsfreiheit der Eheleute impliziert. Gleichzeitig bietet die Thematisierung eines ohnehin übriggebliebenen Sitzplatzes, nachdem der Ehemann seinen Platz eingenommen hatte, auch eine wertschätzende Lesart an, die Frau Winterberg in den Prozess des Platznehmens einbindet und sie eben nicht als „Übriggebliebene“ sich selbst überlässt und erwartet, dass sich Frau Winterberg selbstständig den Platz auswählt.

### *Eingangs- und Schlussequenz – dass das (.) aus(!)(.)gewertet werden kann=unser Gespräch*

Ein daraufhin rahmender Dialog (T2:Z7–21, Z782–799) über die Situation der Videoaufzeichnung zwischen Herrn Winterberg – „ACH WERDEN WIR FOTOGRAFIERT AUCH(?)“ und Frau Birk – „JA DAS WIRD AUF(!)GENOMM“ führt zu seiner Äußerung eines Schmerzvermeidungswunsches – „ABER TUT ABER NICHT WEH (.) NE(?)“ – auf dessen Erfüllung die Hausärztin am Ende des Gespräches wieder rückverweist – „HAT NICHT WEHGETAN NE(?)“. Zu Beginn ergänzt die Hausärztin auch, dass das Gespräch keiner Öffentlichkeit gezeigt wird, was als ergänzende Deutung des „tut nicht weh“ durch die Vermeidung einer potenziellen Verletzung der Privatsphäre verstanden werden kann. Zudem hebt Frau Birk hervor, dass der Sinn der Gesprächsaufzeichnung in der anschließenden Auswertung liegt – „DAS IS DIE ((LÄUFT JETZT ZU IHREM SITZPLATZ)) (.) IDEE(!) DABEI DASS DAS (.) AUS(!)(.)GEWERTET WERDEN KANN=UNSER GESPRÄCH“ – und greift am Gesprächsende die Intention der Verbesserung von Gesprächen zwischen Hausärzt:innen und Patient:innen durch die Forschung wieder auf – „DAS IS NE (.) JUNGE FRAU(!) AUS >>STADTNAME<< (.) (...)DA(RAN) LECHT SE WERT DRAUF DA MIT ZU KUCKEN (...) WAS MAN DA VIELLEICHT NOCH VERBES(!)SERN KANN“. Erneut lässt sich ableiten, dass Frau Birk bemüht ist, einen dafür hilfreichen Beitrag zu leisten. Zudem bedankt sich Frau Birk bei dem Ehepaar Winterberg für dessen Bereitschaft dazu, dass „DAS DING ((AUF DIE KAMERA ZEIGT)) MAL MIT(!)LAUFEN DARF (-)“, wobei ihre dabei degradierende Bezeichnung der Kamera als ein Ding<sup>40</sup> der anschließenden Beruhigung gegenüber Herrn Winterberg, dass es auch nicht weh getan hat, als Verharmlosung zuträglich scheint.

---

<sup>40</sup> Der Begriff verweist auch auf eine mögliche Technikaversion, die ihrem Vorbehalt gegenüber einer technischen Medizin entsprechen würde.



### 9.2.5 Gespräch – „das ist die Empfehlung gewesen“

Bemerkenswert ist, dass Frau Birk erst vor einigen Jahren Frau Winterbergs Hausärztin geworden ist, da ihr Vorgänger aus dem Nachbarort die Praxis geschlossen hatte, so die Information aus der Einleitung des aufgezeichneten Gesprächs, in der über die Patient:innengeschichte gesprochen wird (T2:Z23–56). Es handelt sich daher nicht um eine länger gewachsene Beziehung, sondern Frau Birk ist aus strukturellen Gründen in diese Situation hineingeraten und gefordert, an die ihr vorausgegangene Patientinnen- und Behandlungsgeschichte anzuknüpfen. Da dies gleich zu Beginn von Frau Birk thematisiert wird, scheint dieser Umstand für die Hausärztin wichtig.<sup>41</sup>

Eine weitere Besonderheit des Falles ist, dass die Schwiegertochter, die sonst alles (d.h. Rezepte, Medikamente, Überweisung, Arzttermine) für Frau Winterberg „MANAGED“, in diesem Gespräch außerregulär nicht anwesend ist, was dazu führt, dass Frau Birk sie immer wieder thematisch in das Gespräch hinein Holt, indem sie auf sie zu sprechen kommt, wenn es um die Abstimmung organisatorischer Belange geht (T2:Z103,294,516,646,649,688,810,817). Damit stellt die Hausärztin eine ihr bekannte Situation und damit auch Kontinuität her, was ihr Sicherheit bieten könnte. Zu Gesprächsbeginn wird auch die zentrale Rolle der Schwiegertochter im Informationsfluss zwischen Frau Birk und ihrer Patientin deutlich (T2:Z57–60). Die Rolle der Schwiegertochter wird im Gesprächsverlauf als Co-Behandlerin bzw. mindestens als Mittlerin zwischen Familiensystem und Arztsystem beschrieben. Da der Ehemann weder als Co-Behandler noch als Patient anwesend ist, erscheint es sehr relevant, die Rolle des Ehemannes in der Interaktion zu klären. Hier könnte es sich auch um eine Re-Inszenierung der Familiensituation handeln.

Die Hausärztin erwähnt, dass Frau Winterberg nur selten in die Praxis kommt und auch keine großen Beschwerden hat, wie sie von der Schwiegertochter „MITBEKOMMEN“ habe. Für das Fallverständnis lässt sich festhalten, dass sowohl der (nicht mehr praktizierende)

---

<sup>41</sup> Darmkrebs könnte beschwerdefrei schnell übersehen werden. Dies könnte eine Motivation der Hausärztin sein, an diesem Thema dran zu bleiben, gerade weil die Patientin selten zu Gast ist und, laut Hausärztin, nie Beschwerden hat.

Hausarztvorgänger als auch die (gegenwärtig nicht anwesende) Schwiegertochter für die Abstimmungsprozesse mit Frau Winterberg als relevant gelten.

Das Konsultationsgespräch zeigt eine hohe Themendichte, was aufgrund der seltenen Besuche der Patientin nicht überrascht, da viel nachgeholt und auf den neuesten Stand gebracht wird. Es zeigen sich dabei zwei aufeinanderfolgende Themenschwerpunkte: zum einen das Befinden der Patientin im Zuge des Umgangs mit der Demenzerkrankung (T2:Z57–395) und zum anderen ihre körperliche Verfassung (T2:Z396–742). Letzteres wird von einer körperlichen Untersuchung der Vitalwerte der Patientin begleitet (T2:Z545–563). Abgeschlossen wird das Gespräch mit einer kurzen Bilanz über den Umgang des Ehepaares mit der Demenzerkrankung von Frau Winterberg und mit der Organisation weiterer Schritte zur Körpergesundheit.

In der Unterhaltung über ihr Befinden im Umgang mit der Demenz bestätigt Frau Winterberg, dass ihr manche Dinge „SCHWERER FALLEN“ (T2:Z139) als früher (sie schreibt sich Termine auf und ihr Mann macht den Haushalt). Herr Winterberg betont wiederholt das Ausmaß der „VERGESSLICHKEIT“ (T2:Z142,169,205,210,242) seiner Frau, woraufhin die Hausärztin, einhergehend mit ihrer Hypothese über die Beschwerdefreiheit ihrer Patientin (T2:Z52), auch bezogen auf die Demenz, kein Leid bei Frau Winterberg vermutet – „SIE LEIDET DA ABER NICHT SO DRUNTER (.) ODER WIE SEHEN SIE DAS“ –, was Herr Winterberg wiederum bestätigt (T2:Z218–219).

Die Patientin hingegen differenziert aus, dass sie durchaus bemerkt, dass ihr Dinge „SCHWERER FALLEN“ (T2:Z139), und dass sie das daran bemerkt, dass sie sich Termine aufschreiben muss. Allerdings erklärt sie auch, dass sie daraus „KEIN DRAMA“ macht, wenngleich es sie „SCHON INTERESSIERT“ (T2:Z223–224). Damit signalisiert sie, dass sie die Krankheit nicht leugnet, aber eine emotionale Zuspitzung vermeidet. Das ist insofern interessant, als dass es einen Ausgleich zur ohnehin nahenden Zuspitzung des progressiven Demenzverlaufes darstellt. Als die Hausärztin sie nach ihren Hobbies fragt, erwähnt die Patientin ihre tägliche Routine, die Todesanzeigen in der Tageszeitung zu lesen (T2:180–181). Dies weist auf ihre Auseinandersetzung mit dem Thema „Endlichkeit“ hin und rekurriert auf einen Kontext, der über das Krankheitsthema Demenz hinausreicht und die Interaktion an dieser Stelle auch in den Kontext der Palliativversorgung setzt.

Frau Winterberg scheint zudem die Stigmatisierung durch ihren Ehemann diskret auszubremsen – was ihrem Anliegen, kein Drama daraus zu machen, nachkommt –, denn sie tritt ihm, während dieser betont über ihre Vergesslichkeit spricht, sanft aber mit Nachdruck unter dem Tisch auf den Fuß, was Frau Birks Blicken verborgen bleibt (T2:Z211).

Herr Winterbergs leidet unter der Vergesslichkeit seiner Frau – „WIR SCHLAGEN UNS MOMENTAN SO DURCHS LEBEN NE“ (T2:Z293) – dieser Umstand wird besonders anhand provokativer Anmerkungen mit schwarzem Humor deutlich. So fügt er bspw. ergänzend zu Frau Winterbergs Interesse an den Todesanzeigen hinzu, dass er selbst immer gleich schaut, ob er da „DRIN STEHE“ (T2:Z185). Die damit verbundene und empfundene Tragik, die auch seinen Eingangswunsch nach Schmerzvermeidung (deutbar als Vermeidung eines eigenen Schmerzes) erklärt (T2:Z15), äußert sich im beschriebenen Kampfszenario „Durchschlagen“ (Ereignissequenz) (T2:Z293) und Erlösungswunsch durch Ausstieg „Tod“ (T2:Z185). Gleichwohl kann Letzteres auch stellvertretend den Wunsch nach Beendigung der aktuellen Situation darstellen oder als Rückversicherung über die eigene Existenz fungieren (im Sinne eines „Mich gibt es noch“), was den Krisencharakter der aktuellen Situation deutlich unterstreicht. Die Patientin bleibt dabei ungehört. Ein Erklärungsansatz kann hier sein, dass Frau Birk die Patientin noch nicht so lange kennt, zudem die Konstellation zusammen mit dem Ehemann eher neu und ungewohnt ist und sie die Dynamiken noch nicht einzuschätzen weiß. Im Kontext ihrer psychotherapeutischen Gesprächskennntnisse, könnte hier ein abwartendes Beobachten und ein weiteres Kennenlernen der Interaktionsstrukturen Chancen bergen. *Interessant ist, dass Frau Birk im Nachgespräch ihren Eindruck resümiert, dass der Ehemann die Demenz seiner Frau gutmütig hinnehme.* Diese Wahrnehmung erscheint mit Blick auf den Gesprächsverlauf erklärungsbedürftig.

Frau Birk erklärt, dass die Medikamente, die Frau Winterberg bereits verschrieben werden, die Vergesslichkeit stoppen können, woraufhin Herr Winterberg diese Aussage relativiert. Er bezieht sich dabei auf den Parallelbehandler, der erklärt hat, dass die Medikamente nur Aufschub geben können. Frau Birk reagiert darauf mit der Aussage, dass gegen die Demenz noch kein „WIRKLICHES KRAUT“ (...) GEWACHSEN IST(!)“ (T2:Z255), aber „INTENSIV DRAN GEFORSCHT(!)“ (T2:Z260) wird. Frau Birks Hinweis auf diese noch nicht bestehende Heilungsmöglichkeit der Demenz verdeutlicht – als naturheilkundliche Formulierung („KRAUT GEWACHSEN“) – eine Perspektive auf Krankheit als etwas potenziell Heilbares und

damit Überwindbares, vor dessen Hintergrund die Chronizität und Progressivität der Demenz ein Spannungsfeld begründet.

Im Gespräch wird weiterhin explizit, dass eine vom Hausarztvorgänger angebotene externe Demenzberatung aus dem regionalen Demenznetz vom Ehepaar Winterberg über ein Erstgespräch hinaus nicht weiter wahrgenommen wurde, da Frau Winterberg, nach Aussage ihres Ehemannes, nicht wollte und er selbst „AUCH NICHT SO ZUGENEIGT“ war aus Unsicherheit, ob es etwas „BRINGT“ (T2:Z274–292). Dies lässt vermuten, dass Krankheitsbewältigung für ihn eine Aussicht auf Besserung erfordert, vor dessen Hintergrund die „VON TACH ZU TACH NICHT BESSER“ (T2:Z244) werdende Vergesslichkeit seiner Ehefrau ein entsprechend unlösbares Drama darstellt.

Das vergangene, nicht anschlussfähige Hilfsangebot zur Demenzberatung und das nur potenzielle zukünftige „KRAUT“ dagegen, könnten erklären, dass die Hausärztin ihren Fokus auf gegenwärtige Ressourcen des Ehepaares richtet, indem sie nach der Verfügbarkeit der in der Nähe wohnenden Familienmitglieder des Ehepaares fragt. Die Ärztin nimmt die Familienmitglieder als unterstützende Ressource wahr: für den Fall, dass mal ein „PROBLEM“ vorliegen sollte (T2:Z305–306). *Frau Birk äußerte im Nachgespräch zudem, dass sie selbst manchmal Zweifel gegenüber der Wirksamkeit des Demenznetzes hegt*<sup>42</sup>. Dies plausibilisiert, warum ihrerseits die Umsetzbarkeit dieses Hilfsangebotes nicht weiter im Gespräch erörtert wird.

Ein interessanter Umstand ist der, dass Frau Birk gleich zu Beginn des Gespräches die Vergesslichkeit ihrer Patientin überprüft und dazu Erinnerungsfragen stellt – „ICH WEIß GAR NICHT OB SIE SICH ERINNERN DASS SIE SCHON MAL HIER WAREN (?)“ (T2:Z23–24) – und weiterhin einen Datumstest durchführt – „WAS HAM WER FÜRN DA(!)TUM(?)“ (T2:Z153–168). Dabei schwingt die Vorannahme über die eingeschränkte Erinnerungsfähigkeit der Patientin in den Fragen der Hausärztin mit. Im gleichen Zuge deutet Frau Birk eine „potenziell falsche Beantwortung“ von vorherein als nicht problematisch um – „HAT MAN JA NICHT IMMER DRAUF ABER (...) ICH WEIß DAS AUCH NUR WENN ICH HIER IMMER DIE DATEN EINGEBEN MUSS“ (T2:Z158,163). Dies könnte eine indirekte Antwort auf den Entdramatisierungswunsch ihrer Patientin sein.

---

<sup>42</sup> Diese Zweifel führte sie nicht weiter aus.

Bemerkenswert ist, dass Frau Winterberg alle ihr gestellten Fragen im gesamten Gesprächsverlauf fokussiert und korrekt zu beantworten scheint. Herr Winterberg wiederum bringt ungefragt kontinuierlich ergänzende Wissensbeiträge über vergangene Verläufe in das Gespräch ein, in denen er sein Erinnerungsvermögen gegenüber der Hausärztin aktiv präsentiert (T2:Z40,42,46,104-106,339-343,355-366,404-446,654-662). *Während einer gemeinsamen Gesprächsanalyse im Kolloquium, ohne vorherige Einführung der Kolleg:innen in das Kontextwissen, kam die Annahme auf, dass es sich in dieser Konstellation um einen Patienten handeln müsse, der von seiner Ehefrau begleitet wird.* Diese Rollenverdrehung wird im Gesprächsverlauf auch anhand der aktiv eingebrachten Anliegen des begleitenden Ehemannes deutlich, die ihn als Hilfesuchenden und damit als möglichen Patienten erscheinen lassen. Dieses Ringen des Ehemannes um Redebeiträge, welches die Ehefrau geduldig geschehen zu lassen scheint, könnte Potenziale der Patientin untergraben, die dann folglich ungenutzt bleiben.

Die Hausärztin greift das vorgetragene Leid des Ehemannes und die damit verbundenen Anliegen im Gesprächsverlauf nicht weiter auf. Dies könnte darauf hinweisen, dass Frau Birk von dieser Situation überrascht ist und folglich unvorbereitet war. Zudem ist es denkbar, dass sie die Patientenrolle des Ehemannes möglicherweise bereits durch ein:e Kolleg:in versorgt weiß und daher nicht in die eigene Interaktion einbezieht. Dies wäre dann als begrenzte Verantwortungsübernahme Frau Birks verstehbar.

Im zweiten Gesprächsteil werden körperliche Vorsorgebelange abgestimmt.

Frau Birk spricht ihre Patientin auf ihr Hüftleiden an, das sie an der aktuell auffälligen Gangart ihrer Patientin zu Gesprächsbeginn beobachtete (T2:Z396-399), und erkundigt sich nach ihrer bestehenden Mobilität zu Fuß (T2:Z448,454). In diesem Zuge setzt Herr Winterberg zu einer längeren ergänzenden Erzählung über den Verkehrsunfall seiner Ehefrau an und scheint aber zu spüren, dass der Fokus der Hausärztin nicht bei ihm liegt „ODER WOLLN SE DAS NICH WISSEN(?)“ (T2:Z406-407). Frau Birk demonstriert daraufhin ihre Selbstetikettierung als eine Hausärztin, die sich Zeit nimmt, indem sie genau darauf verweist – „JOA JETZT ((KOPFSCHÜTTELND UND DANN NICKEND)) ICH HAB EXTRA ((LAUTER WERDEND)) BISSL MEHR ZEIT GENOMM (...) ERZÄHLN SIE GERNE“ (T2:Z408-409).

Herr Winterberg erwähnt zudem, dass die Bilanz des behandelnden Arztes zu dem Hüftleiden seiner Frau lautete „ALSO MIT DIESEN SCHMERZEN DIE SIE HABEN (.) DAS IS NORMAL DA

MÜSSEN SE MIT LEBEN(!)" (T2:Z444-445). Interessant ist, dass er seine Frau im Zusammenhang mit ihrem Hüftleiden als ungeduldig bezeichnet – „BISSCHEN UNGEDULDIG ISSE AU(!)CH" (T2:Z447) – und er selbst aber, vor allem im ersten Gesprächsteil über die Demenzerkrankung, das Gespräch als unterbrechender und einhakender Begleiter mitgestaltet, was auf eine Notwendigkeit zur Geduld als handlungswirksames Problem in der Ehepaardynamik verweist, die sich in grenzüberschreitenden (schwarzer Humor) und grenzziehenden Verhaltensweise (Fußtritt) in der Ehepaardyade ausdrückt. Während der Ehemann die Ungeduld inszeniert, gibt es über die Ungeduld der Patientin nur den Bericht des Ehemannes, der auch eine Projektion seiner eigenen Ungeduld darstellen könnte. Das Thema Hüftschmerz mündet in keiner (Be)Handlungskonsequenz und die Bilanz des vom Ehemann zitierten ehemaligen Arztes wird damit scheinbar fortgesetzt. Das Nicht-Aufgreifen dieser Verweise seitens der Hausärztin ließe sich wiederum als eine Demonstration des sich Geduldens, des Sich-zurück-Haltens und damit als Frau Birks Antwort auf die Ehepaardynamik lesen.

Im Zuge der anstehenden Neuausstellung eines Rezeptes zur Blutdruckmedikation misst die Hausärztin die Vitalwerte ihrer Patientin. Während dessen fragt Herr Winterberg seine Frau beiläufig „(...) HAST DU ÜBERHAUPT EIN HERZ (?) (UNVERST) ((LACHEND)) MITUNTER NICH" (T2:Z548). Herr Winterbergs Anspielung auf die „Herzlosigkeit" seiner Ehefrau beschreibt sein emotionales Leid, welches möglicherweise über seine Belastung durch die Vergesslichkeit seiner Frau hinausreicht. Gleichzeitig demonstriert er damit den eigenen Schmerz durch ein grenzüberschreitendes und verletzendes Verhalten gegenüber seiner Ehefrau. Diesem, als Witz gekleideten, Kommentar über die „Herzlosigkeit" seiner Ehefrau, den Herr Winterberg hier anbringt, begegnet die Hausärztin mit Feingefühl gegenüber ihrer Patientin – „DAS HAT IHNEN JETZT NICH SO GUT GEFALLN NE(?)" (T2:Z550). Durch diese Verbalisierung der möglichen Gefühle ihrer Patientin greift die Hausärztin in die übergriffige und abwertende Äußerung des Ehemannes ein und kommt im Sinne eines psychotherapeutischen Vorgehens einer advokatorischen Funktion nach, ohne dabei den Ehemann zu maßregeln. Bei dieser Sequenz handelt es sich nicht um die erste Grenzüberschreitung des Ehemannes gegenüber seiner Ehefrau im Verlauf des Gespräches. Allerdings unterscheidet sich diese durch eine direkte Adressierung der Patientin von den anderen übergriffigen Momenten des Ehemannes, wie bspw. den Unterbrechungen, dem Reden über seine Ehefrau und dem korrigieren ihrer Redebeiträge. Durch diese direkte Adressierung wird ein Dialog zwischen den Eheleuten

eröffnet und ein Thema auf Ehepaarebene angesprochen, was eine mögliche Komplizenschaft zwischen dem Angehörigen und der Hausärztin ausschließt. Daher erscheint es plausibel, dass die Hausärztin, um sich wieder in das Gespräch zu integrieren, auf das Gesagte eingeht. Ihre Erfahrungen im Umgang mit Frauen aus häuslicher Gewalt könnten dabei ihre intervenierende Reaktion begünstigt haben. Frau Winterberg reagiert an dieser Stelle mit einer relativierenden, weil abwinkenden, Geste – „ICH KENNE DEN JA“ (T2:Z555) – und spielt somit das Geschehene herunter, woraufhin Herr Winterberg sich selbst als „SPABMACHER“ (T2:Z563) etikettiert und so das Gesagte zu entschärfen versucht.

Alle von Herrn Winterberg im Gespräch vorgetragene Anliegen beziehen sich auf seine Ehefrau. Das ist unter anderem sichtbar an einer weiteren Sequenz auf Frau Birks offene Frage nach weiteren Anliegen ihrer Patientin, die in einer ausgiebigen Schilderung des Ehemannes über den Husten seiner Frau mündet, woraufhin die Hausärztin ihn in der Idee, auf Hausmittel zurückzugreifen, bestätigt (T2:Z616–617).

Anschließend folgt das Anliegen der Hausärztin zur Abstimmung über Frau Winterbergs Krebsvorsorge, ein Thema, das sie zwar als ein kurzes Thema ankündigt, das dann aber insgesamt den längsten Anteil im Gespräch einnimmt. Diese verbale Minimierung vorab, kann ein Hinweis darauf sein, dass Frau Birk das Thema als ein (zu) großes (im Sinne von bspw. umfangreich und/oder unangenehm) für ihre Patientin oder möglicherweise auch für sich selbst einschätzt und versucht, dies auszugleichen (im Sinne von „handhabbar“ machen). Die Vorsorgeuntersuchung an sich stellt die Hausärztin, trotz ihr bekannter früherer patientinnenseitiger Vetogründe aus dem letzten Gesundheitscheck – „DA WAREN SIE ZIEMLICH ABLEHNEND“ (T2:Z649–450) – nicht weiter zur Debatte. Auch das würde der Deutung des Anliegens als „unangenehme Sache“ entsprechen. Stattdessen schenkt Frau Birk der Frage nach Überweisungs- und Terminierungsabläufen insgesamt viel Raum und bringt bei der Frage der Organisation die Schwiegertochter wieder mit in das Gespräch.

Den Gründen für die damalige patient:innenseitige Ablehnung des Angebotes zur Demenzberatung geht Frau Birk nicht weiter nach, sondern bietet im Zuge ihrer Bilanzierung – „ICH GLAUBE SIE SIND EIN GUTES TEAM(!) SIE BEIDE“ (T2:Z743–751) – abschließend erneut an, im Falle zukünftigen Interesses an Demenzberatung und -unterstützung als Ansprechpartnerin zur Verfügung zu stehen (T2:Z752–771). Im Vergleich zum festgelegten Krebsvorsorgeplan bleibt dieses Angebot als optional bestehen.

Die Ausstellung eines Blutdruckmittelrezeptes und einer Überweisung– „WAS (.) ICH JETZT (.) GERN MÖCHTE (.) WAS GEMACHT WIRD (.) KOLOSKOPIE(!)“ (T2:Z722–751) – mündet in der Abstimmung über die Terminorganisation. Während des Gesprächsendes werden die unmittelbar anschließende Blutabnahme und eine Gripeschutzimpfung, für die es „JETZT WIEDER ZEIT“ ist, „GLEICH MIT“ erledigt (T2:Z621–626, 772–781, 800–865). Als Herr Winterberg versteht, dass seine Frau dazu noch in ein Zimmer nebenan geführt wird – „FRAU WINTERBERG, SIE GEHEN NOCH EINMAL JETZT ZUM BLUTABNEHMEN INS ZIMMER.“ – (T2:Z832-833), vermutet er sprechdenkend, dass er im Sprechzimmer seiner Hausärztin warten könnte – „DANN KÖNNT ICH HIER SO LANGE BLEIBEN“ (T2:Z837) – was diese allerdings mit dem Hinweis darauf, noch andere Patient:innen empfangen zu wollen, verneint und ihn rausschickt.

#### 9.2.6 *Fazit: (Ein)Takten*

Das Ehepaar Winterberg schildert im Gespräch ihre Erfahrungen mit Frau Winterbergs Demenzerkrankung (Wandlungsreihe) in ihrem Alltag (Kontext). Die Patientin veranschaulicht die Veränderungen damit, dass ihr die Dinge schwerer fallen als früher und sie sich Termine aufschreiben muss. Ihr Ehemann beschreibt die damit aus seiner Sicht einhergehende Rollenveränderung, die er darauf vergegenwärtigt, dass er mittlerweile den Haushalt übernehmen muss. Seinen Schilderungen über die Vergesslichkeit seiner Frau (Orientierungsereignis) und seinen als Witz gekleideten Äußerungen scheint ein eigener emotionaler Schmerz bezogen auf die Ehepaarbeziehung implizit. Frau Winterbergs Umgang mit der Erkrankung, indem sie kein Drama daraus machen möchte (Ereignissequenz), weist darauf hin, dass sie mit der Demenz einhergehende dramatische Situationen (Orientierungsereignis) zu erleben scheint und zu vermeiden versucht. Aus Herrn Winterbergs Äußerungen lässt sich das Anliegen eines Erlösungswunsches (Anliegen) aus dieser belastenden Situation ableiten. Sein grenzüberschreitendes Verhalten, das sich in Gesprächsstrukturierung und -inhalten (Ereignissequenz) widerfindet, ließe sich als Ausdruck des eigenen Schmerzes deuten. Diesem begegnet seine Frau wiederum mit geduldigem Aushalten, Relativierungen und diskretem Einhaltgeboten (Ereignissequenz), was einem Entdramatisierungsversuch gleichzukommen scheint.



Zwar nähert sich die Hausärztin der Frage nach demenzbedingten Veränderungen (Wandlungsreihe), indem sie Frau Winterbergs Erinnerungsvermögen testet (Orientierungsereignis) und sie nach ihrem Leid fragt (Orientierungsereignis), jedoch zeichnet sich in der Art der Gesprächsführung der Hausärztin bereits die erlebte Anamnese (Kontext) ab, dass Frau Winterberg keine großen Beschwerden hat.

Zudem, anhand der angesprochenen „noch nicht möglichen Heilung“ und der „nicht anschlussfähigen vergangenen Demenzberatung“, wird der eingeschränkte Handlungsspielraum (Kontext) zum Thema gemacht. Diesem wird zum einen mit einem Signal der Hoffnung („ES WIRD DA INTENSIV DRAN GEFORSCHT(!)“) begegnet (Ereignissequenz). Zum anderen fügt die Hausärztin eine dritte, auf gegenwärtige Ressourcen ausgerichtete Perspektive hinzu, nämlich auf „die räumliche Verfügbarkeit der Familie“ des Ehepaares Winterberg. Verstanden als Ressourcenorientierung wird hier auf die potenzielle Familien-Selbsthilfe verwiesen, wobei offenbleibt, ob diese entsprechend funktioniert. Da die Schwiegertochter ohnehin bereits kontinuierlich involviert ist, wirkt Frau Birks Hinweis auf die Lebenssituation des Ehepaares eher wie eine Legitimierung oder gar Selbstberuhigung, die Verantwortung zur Hilfeleistung an die Familie zurückzugeben (Ereignissequenz).

In der gemeinsamen Abstimmung fällt der Heilung suchende Ehemann im Gespräch über die Demenzerkrankung aus dem Fokus der Hausärztin heraus. Die Absicht des Sich-Zeit-Nehmens, die Frau Birk in die Interaktion mitbringt, kann ihr Potenzial nur begrenzt entfalten, da die Zeit, die der Angehörige hier einfordert, von ihr mehr als Unterbrechung ihres eigentlich veranlagten Fokus' auf die Patientin gehandhabt wird. Dies könnte darauf hinweisen, dass Frau Birk nicht auf ein Paargespräch eingestellt war und hier an Grenzen ihrer Gesprächsgestaltung gerät. Weiterhin scheint darin auch ein von der Hausärztin empfundener Konflikt mit ihrer Auffassung vom Forschungs- und Aufzeichnungsanliegen deutlich zu werden, welches sie möglicherweise als Auftrag, ein Gespräch mit der Patientin zu führen (nicht mit dem Ehemann), verstanden haben könnte. Insgesamt wird auch deutlich, dass die Schwiegertochter von der Hausärztin weniger als Familienangehörige denn als Co-Behandlerin gesehen wird. Im Vergleich zu Dr. Druwes Gespräch wird hier die Demenz weniger als Familienkrankheit behandelt.

Sowohl gegenüber dem Demenz-Beratungsangebot als auch gegenüber der Darmspiegelung werden patientinnenseitige Vorbehalte expliziert, wobei das

Beratungsangebot weiter als optional besteht, jedoch die Darmspiegelung als am bereits vorliegenden Behandlungsplan (Orientierungsereignis) ausgerichtete Kontrolle mit Bezug auf die Krebsvorsorge (Kontext) obligatorisch wird, da „es an der Zeit dafür ist“ (Wandlungsreihe). Frau Birks Orientierung am Krebsvorsorgeplan lässt sich als eine mit äußeren Taktgebern begründbare Distanzierung – im Sinne eines „Der Plan sieht es vor“ bzw. „Der Plan ist einzuhalten“ (Anliegen) – verstehen, was Frau Birks eingeschränktem Handlungsspielraum gegenüber der Demenz (somit ihrer eigenen Ohnmacht und der der Patientin) um eine konkrete Handlungsmöglichkeit in Richtung Organversorgung (Ereignissequenz) erweitert und der implizit mit Ungeduld aufgeladenen Ehepaardynamik eine Struktur gegenüberstellt, die durch die Demenz bedroht ist. Somit wird die Hausärztin sowohl dem Entdramatisierungsanliegen der Patientin als auch dem Wunsch des Ehemannes nach Vermeidung des eigenen Schmerzes gerecht. Gleichzeitig scheint diese Delegation der Hausärztin (an den Facharzt und an die Schwiegertochter) auch der eigenen Abgrenzung zu dienen.<sup>43</sup> Allerdings wird der Versorgungsrhythmus nicht mit dem Eigenrhythmus der Patientin abgestimmt. Dies zeigt sich in der Festlegung der Hausärztin über die Darmspiegelung trotz ihres Wissens darüber, dass ihre Patientin diese Untersuchung zu einem früheren Zeitpunkt bereits einmal ablehnte. Die Frage nach möglichen Gründen der Ablehnung bleibt unbesprochen. Dass diese invasive Untersuchung trotz dessen stattfinden soll, könnte auf eine hausärztliche Ausdrucksgestalt der Ehepaardynamik hinweisen, die von Diskrepanzen im Taktgefühl der Ehepartner geprägt ist. Dies hat zur Folge, dass sich die von der Hausärztin avisierte Patient:innen-zentrierung im Gesprächsverlauf nur eingeschränkt entfaltet.

---

<sup>43</sup> Dies wirft die Frage auf, warum die Hausärztin nichts an den Ehemann delegiert. Es kann ein Zusammenhang dahingehend bestehen, dass sie ihn noch nicht lange kennt und ihn dementsprechend nicht einzuschätzen weiß. Es könnte auch sein, dass sie ihm die Aufgaben, die die Schwiegertochter derzeit übernimmt, nicht zutraut. Dies wiederum könnte auch gleichzeitig bedeuten, dass die Hausärztin darauf vertraut, dass die Familie die bestmögliche Lösung gefunden hat.

## 9.3 Fallportrait 3: Erste Schritte

### 9.3.1 *Forschungsprozess – Ausschnitt*

Über die Hausärztin Frau Birk entstand der Kontakt zum Allgemeinarzt Herrn Voigt, auf dessen E-Mail ich mich telefonisch für ein Erstgespräch zurückmeldete. Er äußerte sein Interesse an der Teilnahme und erklärte, dass er sehr gespannt auf das Vorhaben der Gesprächsaufzeichnung sei. Wir vereinbarten ein persönliches Treffen in seiner Praxis, zu welchem er seine Fragen zur Durchführung und meiner Erwartungshaltung von mir beantwortet bekam. Ich erklärte, in Analogie zu den anderen Fällen, dass ich so erwartungsoffen wie möglich und hinsichtlich des Procederes ohne Einschränkungen vorgehen möchte. Die von mir zur Verfügung gestellte Kamera, so die Vereinbarung, würde Frau Birk an ihn weiterreichen. An dem von mir angebotenen Nachgespräch zeigte er großes Interesse und gab mir prompt seine Kontaktdaten, reagierte allerdings im Nachgang auf meine doppelte Nachfrage per E-Mail nicht mehr, sodass das Nachgespräch nicht zustande kam. Dieser Abbruch kürzte den Forschungskontakt auf den Abschnitt der Gesprächsaufzeichnung ein.

### 9.3.2 *Hausarzt – Begleiter*

#### Profil: Palliativ

Herr Voigt ist niedergelassener Allgemeinarzt mit Weiterbildung zur Palliativmedizin, er ist im Palliativnetz der Region engagiert und als kooperierender Arzt im Demenznetz gelistet. Einem Online-Artikel zufolge wird Herr Voigt als „moderner Landarzt“ beschrieben. In diesem Artikel berichtet Herr Voigt über seine Entscheidung im Palliativbereich tätig zu sein und führt aus, dass für ihn ein einfühlsames Eingehen auf die Nöte seiner sterbenden Patient:innen wichtig sei und er ihnen ein Ende in Würde und Freiheit von Qualen ermöglichen wolle. Herr Voigt bringt sich, einem weiteren Online-Bericht zufolge, mit Praxisbeispielen in Podiumsdiskussionen zu hospizrelevanten Themen zusammen mit

Kolleg:innen ein, um Aufklärung und Entscheidungshilfen anzubieten. Die palliative Prägung des Hausarztes lässt vermuten, dass dieser gegenüber der Demenzerkrankung das Unvermeidbare annimmt und versucht, das Beste aus den verbleibenden Handlungsmöglichkeiten zu machen, ohne dabei „um jeden Preis“<sup>44</sup> zu behandeln.

#### Arztpraxis: Offline

Herr Voigts Hausarztpraxis ist eine ländlich gelegene Einzelpraxis. Die Praxis verfügt über keine eigene Internetseite, die Erreichbarkeit ist jedoch durch Listung in zahlreichen Online-Plattformen und im regional angebotenen Demenznetz gewährleistet.

*Während meines Besuches vor Ort werde ich sehr freundlich an der Rezeption empfangen. Das Wartezimmer wirkt warm und gemütlich, und es liegen dort Infobroschüren aus. An der Wand hängt ein Bild mit einem bekannten Motiv aus deutscher Kultur<sup>45</sup>. An der Eingangstür befindet sich ein Spiegel. Herr Voigts Sprechzimmer wirkt funktional. Sein PC befindet sich auf einem Standtisch. Daneben sitzen wir an einem Tisch üblicher Höhe einander gegenüber. Das Arrangement gleicht insgesamt einem Anmeldepuft.*

#### Gesprächsformat: Konsultation mit Aufzeichnungsabbruch

Herr Voigt führte mit seinem Patienten Herrn Klemp und dessen begleitenden Sohn ein knapp 10-minütiges, reguläres Konsultationsgespräch, dessen Aufzeichnung er im Verlauf plötzlich abbrach, sodass der vorliegenden Analyse folglich ein Gesprächsausschnitt zu Verfügung steht.

---

<sup>44</sup> Gemeint ist hier, dass die lange gültige Einstellung der Naturwissenschaft und Medizin, den Tod eines Patienten bzw. einer Patientin nicht hinzunehmen (vgl. Kübler-Ross 1974: 41) im Kontext der Palliativmedizin mittlerweile überwunden wurde und auch „der aus-therapierte Mensch (...) Gegenstand ärztlicher Bemühungen“ (Auffarth 2012: 209) ist.

<sup>45</sup> Die Beschreibung des Motives wurde aus Gründen der Anonymisierung, damit der Wartebereich dieser Praxis nicht wiedererkannt werden kann, nicht ausgeführt.

### 9.3.3 Patient – Vater eines Freundes

Der Patient wird parallel von einer weiteren Ärztin behandelt, von der nicht bekannt ist, welchem Fachbereich sie angehört. Zum Gespräch erscheint Herr Klemp in Begleitung seines Sohnes, mit welchem der Hausarzt das Du in der Ansprache pflegt und persönlich bekannt zu sein scheint.

### 9.3.4 Rahmung - Spannung

#### Setting und Platzierung – Abwarten

Die Videoaufnahme zeigt den Patienten etwas über Eck des Tisches gegenüber dem Hausarzt platziert. Seine Arme sind verschränkt und er wirkt verschlossen. Der Platz des Hausarztes ist zu diesem Zeitpunkt noch frei, da Herr Voigt sich im Moment des Einschaltens der Kamera hinter derselben befindet. Herr Klemps Sohn befindet sich aus Kameraperspektive rechts daneben (also hinter der linken Schulter des Patienten) und sitzt etwas weiter entfernt vom Hausarztplatz. Er lehnt mit eher offener Körperhaltung, abwartend, vielleicht auch etwas ungeduldig, auf dem Schreibtisch. Während der Patient mit verschränkten Armen nicht teilnehmend scheint, gar ablehnend wirkt, stellt der Sohn durch die teilweise Vereinnahmung des Schreibtisches (Unterarme auf den Tisch gelehnt) bereits eine nonverbale Kommunikation mit dem Hausarzt her. Er scheint mehr als nur ein Begleiter zu sein und ein eigenes Anliegen mitzubringen, dass er loswerden will. Da der Patient zwischen den Positionen des Hausarztes und seines Sohnes wie eingeklemt wirkt, gleich die Situation einem Verhörszenario. Die Körperhaltung von Vater und Sohn strahlen Anspannung aus. Die Stimmung wirkt so, als ginge die Hoffnung auf den Hausarzt über, der die gespannte Situation auflösen können soll. Das Gespräch beginnt mit dem Platznehmen des Hausarztes.

## Eingangs- und Schlussequenz – „Jupp (soll es mal)“

Dem Gesprächseinstieg geht ein kurzes „JUPP (SOLL ES MAL)“ (T<sub>3</sub>: Z<sub>1</sub>) seitens des Hausarztes voraus, während Herr Voigt Papiere (vermutlich die Patientenakte) mit Schwung auf den Tisch legt und sich auf seinen Platz setzt. In dieser Aussage schwingt eine Botschaft des Vertrauens und der Beruhigung mit, eine Aussage, die sich sowohl auf den Aufzeichnungsprozess beziehen, als auch auf den Kontext der unaufhaltsamen Demenz übertragen lässt. Dies könnte die palliative Haltung des Hausarztes widerspiegeln, der das Unvermeidbare annehmen kann. Gleichzeitig markiert diese Aussage den Aufzeichnungsverlauf als eigenständigen, vom Gesprächsverlauf unabhängigen Prozess. Herr Klemp löst daraufhin seine verschränkten Arme und dreht sich weg von der Kamera Richtung Hausarzt. Das Gespräch beginnt ebenso plötzlich wie die Aufzeichnung am Ende abrupt abgebrochen wird. Dadurch bestätigt sich der Gesprächsverlauf als ein vom Aufzeichnungsprozess unabhängiger. Damit ist gemeint, dass der Gesprächsverlauf weiterreicht, als der Aufzeichnungsrahmen. Die Vermutung liegt nahe, dass der von der Aufzeichnung ausgegrenzte Inhalt mit dem dokumentierten zu tun hat und auch Thema geworden wäre, wenn es die Aufzeichnung nicht gegeben hätte. Der kurze Einstieg („JUPP“), in welchem der Hausarzt auf etwas Vorheriges, aus der Aufzeichnung ausgeschlossenes, Bezug nimmt sowie der letztliche Abbruch der Aufzeichnung, begrenzen den tatsächlichen Videomitschnitt auf einen Ausschnitt, dessen Rahmung sich für die Forscherin von jener für die Gesprächsbeteiligten unterscheidet.

### 9.3.5 Gespräch – „lassen wirs erstmal dabei“

Das Gespräch thematisiert insgesamt das Patientenbefinden und die Frage nach Ursachen und daraus ableitbaren Behandlungsmöglichkeiten, wobei das vom begleitenden Sohn mitgebrachte Anliegen vom Hausarzt zum Ausschalten der Kamera führt.

Herr Voigt erkundigt sich gleich zu Beginn des Gespräches nach dem aktuellen Befinden seines Patienten und seiner Erfahrung mit dem Gedächtnistest bei einer Arztkollegin (T<sub>3</sub>:Z<sub>2</sub>–19). Dabei fragt er seinen Patienten nach Zeitangaben zu seinem Arztbesuch und den Beginn seiner Vergesslichkeit, welche scheinbar schon ein ihm bekanntes Symptom zu sein scheint

– „HABEN SIE SELBST GEMERKT, DASS SIE VERGESSLICH WERDEN ODER (.)“ (T3:Z20–24). Herr Klemp hat Schwierigkeiten genaue Angaben zu machen, auch mit der Einschätzung darüber, ob die Vergesslichkeit schlimmer geworden ist, da er allein lebt (T3:Z25–26,92), und sein Sohn ihn bei der Beantwortung der Fragen unterstützt (T3:Z27–44,50–76,98–105,117,138,175). Allerdings stimmt Herr Klemp nicht allem zu, was sein Sohn über ihn berichtet, sondern widerspricht, als dieser den kürzlich durcheinandergebrachten Geburtstag einer Freundin als Beispiel für die Vergesslichkeit anbringt – „JA WIE DA WIE DAS DAS HAT JA ((LACHEND)) DA(!)MIT NICHTS ZU TUN“ (T3:Z53–60). Herr Klemp erwähnt seine Sorge in sozialen Interaktionen als „PLEMM PLEMM“ abgestempelt zu werden (T3:Z95) und führt aus, dass er mittlerweile den sozialen Rückzug bevorzugt (T3:Z128–129). Sein Sohn thematisiert die Wut (T3:Z39,71–73), die er bei seinem Vater bemerkt und das Bemühen, seinen Vater vor Überforderung schützen zu wollen, in dem er bspw. das Abstellen des Telefonanschlusses veranlasste (T3:Z101–105). Der Sohn vermutet einen hohen Leidensdruck seines Vaters durch dessen andauerndes Bedürfnis nach Autonomie „ER IS JA IMMER JEMAND GEWESEN DER (.) AUCH SELBER HEUTE NOCH VIELE SACHEN SELBER MACHT(!)“ – und der nun eintretenden kognitiven Einschränkungen – „NUR WENN MAN DENN NICH MEHR SO KANN(!)“ (T2:Z63–69). Herr Voigts Schlussfolgerung über das Befinden seines Patienten – „ÄRGERN SE SICH DANN ÜBER SICH SELBER“ (T2:Z74) wird von diesem bestätigt.

Die kognitive Einschränkung des Patienten wird an der sprachlichen Diffusität in der Schilderung seiner Alltagsbeispiele sichtbar, der er gleichzeitig mit hoher Informationsdichte und Detailausschmückung begegnet, was auf seinen Wunsch, verstanden werden zu wollen, hinweist. Herr Klemp liest zwar noch gern, aber das Fernsehen beschränkt sich auf akustisch reizarme Inhalte wie Nachrichten (T3:Z130–178), aufgrund seiner Schwerhörigkeit – „DENN KOMMT EH MUSIK DAZWISCHEN (-) NICH(?) = DIE DIE TÖNE ((KOPFSCHÜTTELN MIT "ICH ERGEBE MICH" – GESTE MIT ERHOBENEN HÄNDEN)) KANN ICH NICH MEHR VERSTEH(!)EN NICH(?)“ (T3:Z168–170).

Den vorgetragenen zugespitzten Problemlagen lässt Herr Voigt jeweils nächste Schritte folgen. Das explizite Anliegen des Hausarztes ist dabei die Klärung der Schwerhörigkeit seines Patienten, der „AUCH NOCHMAL“ nachgegangen werden „MUSS“ (T3:Z179) und welche der Sohn ebenfalls als Problem markiert (T3:Z175).

In diesem Zusammenhang bringt der Sohn die Empfehlung der parallel behandelnden Arztkollegin, das Hörgerät neu einzustellen (T3:Z180–182), ins Gespräch und der Hausarzt

ergänzt, dass auch er über den Plan der Kollegin, ein CT zur Ursachenforschung anzuberaumen, im Bilde ist (T3:Z183–186), um, basierend auf dem angestrebten Befund, mögliche Medikationsoptionen abzuleiten – „DASS MAN EINMAL KUCKT WAS MAN EVENTUELL FÜR MEDIKAMENTE GIBT “ (T3:Z190–208).

Weiterhin schlägt Herr Voigt vor, seinen Patienten in das Demenznetz einzuschreiben – „ICH WÜRDIE SIE GERNE INS DEMENZNETZ EINSCHREIBEN. DAS HEIßT (.) DA KOMMT JEMAND RAUS = BERÄT(!) SIE WAS MAN MACHEN KANN FÜR HILFSMITTEL UND SO WEITER UND SO FORT“ (T3:Z208–240). Dies wertet der Hausarzt als Möglichkeit zur Aufklärung über Unterstützungsmöglichkeiten, wofür er dem Sohn eine Broschüre mitgibt. Die Diagnose scheint, auch aufgrund des Tests bei der Arztkollegin, bereits implizit. Der Sohn des Patienten reagiert mit dem Satz „DEMENZ ALSO DIE GANZE GESCHICHTE“, was darauf verweist, dass der Sohn eine Idee, eine Geschichte, zu dieser Krankheit zu haben scheint. Der Hausarzt erwähnt weiterhin die Notwendigkeit der Beobachtung der weiteren Entwicklung, um eine Pflegeeinstufung abzuschätzen (T3:Z215).

Der Hausarzt möchte es zunächst bei den vorgeschlagenen Schritten belassen, und dann weiterschauen – „JA(?) WEIL (.) WIR MÜSSEN KUCKEN (.) WIE SICH DAS ENTWICKELT (-) UND DAS WÄRE JETZT ERST MAL EIN ERSTER SCHRITT“ (T3:Z215–216); „LASSEN WIRS JETZT ERST MAL DABEI (-) (2) WIR SEHN UNS WIEDER WENN (.) WENN DIE UNTERSUCHUNG WAR (-) UND DANN KÖNN WER MAL KUCKN“ (T3:Z252–253).

Kurz bevor das Gespräch zu enden scheint, da eine Einigung zu den nächsten Schritten besteht, fallen sowohl dem Hausarzt als auch dem Sohn jeweils Anliegen ein. Herr Voigt spricht sein „WICHTIGES“ Anliegen der Dosierungsreduzierung der Schlafmedikation seines Patienten an und klärt die Details mit ihm (T3:Z255–279). Der Sohn formuliert im Anschluss, akustisch unverständlich, ein Anliegen, das sich auf eine nicht anwesende Person bezieht – „HAT DIE FRAU >>NACHNAME<< SIE SCHON MAL WEGEN DEM >>PERSONENNAME<< ANGESPROCHEN“ (T3:Z280). Herr Voigt bezeichnet dies als „PROBLEM“ und der begleitende Sohn betont es als „RICHTIGES PROBLEM“, woraufhin der Hausarzt entscheidet, die Kamera auszuschalten (T3:Z285–289). Hier bestätigt sich die Eingangshypothese darüber, dass dem begleitenden Sohn schon vor Gesprächsbeginn etwas „unter den Nägeln brannte“, was er an dieser Stelle loswird. Zudem wird die Verbindung zwischen ihm und dem Hausarzt deutlich, die von einer größeren Nähe zeugt als der, die zwischen Hausarzt und Patient besteht.



### 9.3.6 Fazit: Portionieren

Sowohl der Hausarzt als auch der Patient und dessen Sohn verständigen sich in diesem Gesprächsausschnitt über die „abnehmenden kognitiven Fähigkeiten“ des Patienten (Wandlungsreihe). Da der Patient das Anliegen hat verstanden zu werden, was man an seinen bemühten Sprechakten beobachten kann und anhand der Befürchtung, aufgrund seiner, ihn überfordernden, Vergesslichkeit von seinen Mitmenschen „verurteilt zu werden“ (Orientierungsereignis), was er zu vermeiden versucht, „zieht er sich sozial zurück“ (Ereignissequenz). Die „Wut seines Vaters“ (Orientierungsereignis) auf die eigene „Vergesslichkeit“ (Wandlungsreihe) plausibilisiert die „vor Überforderung schützenden Maßnahmen“ (Ereignissequenzen) des Sohnes, wie die Abmeldung des Telefonanschlusses und seine Rolle als Kooperationspartner mit und Kommunikationsschnittstelle zwischen den behandelnden Ärzten. Im Kontext dieser Parallelversorgungssituation und im Zusammenhang mit der auch im Gespräch verbal erlebbaren Überforderung seines Patienten, erscheint es nachvollziehbar, dass Herr Voigt kleinschrittige und damit möglichst anschlussfähige Lösungsansätze sucht. Dabei orientiert er sich an den „bisherigen Untersuchungsergebnissen“, den „aktuellen Symptomen“ und den „noch fehlenden Informationen“ (Orientierungsereignisse). Letztere plant er durch „diagnostische Schritte“ einzuholen, um dann entsprechende „Medikation“ (Ereignissequenzen) ableiten zu können. Zudem entscheidet er sofort über die Einschreibung des Patienten in das Demenznetz (Ereignissequenz), da die Diagnose bereits implizit bestätigt scheint. Der Versuch das subjektive Befinden durch Befunde ersetzen zu wollen, ist ein Phänomen, das sich auch aus dem zunehmenden Verwaltungscharakter medizinischer Versorgungssysteme herleiten lässt, auf bevormundende Strukturen verweist und nicht unbedingt demenzspezifisch oder ausschließlich an den Kompetenzen des Patienten orientiert sein muss.

Diese zahlreichen (Be)Handlungsangebote des Hausarztes, auf dessen Umsetzung sich alle Beteiligten einigen, weisen auf einen gemeinsamen Perspektivenkonsens hin, der darin besteht, eine Ursache und eine Lösung für die vorgetragenen Beschwerden finden zu wollen.

Das portionierende Vorgehen des Hausarztes zeigt sich zum einen gegenüber dem Patienten als Begrenzung auf „erste nächste Schritte“ und zum anderen gegenüber den Forscher:innen als „Begrenzung der Aufzeichnung“. Die Fokussierung auf das Gegenwärtige und Gegebene

kann im Zuge der Überforderung seines Patienten einer Schutzfunktion nachkommen, die auf die akuten Anliegen antwortet und auf der gemeinsamen diagnostischen Suche bereits (Be)Handlungsmöglichkeiten anbietet.

## Der Versuch einer weiteren Fallerhebung

Über Frau Birk entstand weiterhin der Kontakt zu Dr. Lenk – er ist Allgemein- und Palliativarzt mit chiropraktischer Weiterbildung, dessen Einzelpraxis ebenfalls ländlich liegt und mit dem regionalen Hilfsangebot Demenznetz kooperiert.

Telefonisch erkundigte sich Dr. Lenk nach meiner „*Regieanweisung*“, wie lang das Gespräch dauern und welches Krankheitsstadium bei der Patientin bzw. bei dem Patienten „*vorliegen soll*“, ob der Diagnosezeitpunkt erhoben wird, ob eine Konsultation im Altenheim möglich wäre und ob eine Arzthelferin im Gespräch dabei sein und das Gespräch aufnehmen darf. Ich erklärte, dass er diese Entscheidungen frei treffen könne. Er verkündete, dass er eine Person wählen würde, mit der noch ein Gespräch möglich ist. Er wollte sich dann eine Liste mit möglichen Fragen hinzunehmen, zu denen er entscheiden würde, welche er (noch) stellen könne. Herr Lenk konnte zuerst allerdings keinen seiner Patient:innen „*motivieren*“, teilzunehmen. Ein dann letztlich doch noch entstandener Termin mit seiner Patientin mit begleitendem Ehemann ist dann leider kurzfristig aus gesundheitlichen Gründen der Patientin „*geplatzt*“, sodass keine Aufnahme zustande kam.

## 9.4 Fallvergleich

In diesem Kapitel werden die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der drei aufgezeichneten Gespräche in Bezug auf die Betrachtungsebenen der Zeit als Symbol, als Ordnung und als Potenzial herausgearbeitet. Es sei an dieser Stelle noch einmal betont, dass alle hier besprochenen Betrachtungsebenen der Zeit miteinander verwoben sind. Im Vergleich dieser Gespräche werden die Hausärzt:innen, Patient:innen und Angehörigen nicht mehr mit Namen beschrieben, sondern gemäß der jeweils den Gesprächen zugeordneten Nummern betitelt. Dies soll die Leser:innen bei dem gedanklichen Heraustreten aus den Einzelfällen unterstützen und eine Perspektivenerweiterung hin zum Überblick über alle Fälle fördern.

### 9.4.1 Fallebenen

Der Fallvergleich kann auf verschiedenen Ebenen stattfinden, die im Folgenden zu einem besseren Fallverständnis beitragen sollen:

Aus der Perspektive der „Fallebene der Patient:in“ werden unterschiedliche Adressat:innen für die Hausärzt:innen im Gespräch deutlich. Hausarzt 1 widmet sich den beiden Eheleuten gleichermaßen, da beide Personen dieser Konstellation von dem Hausarzt medizinisch begleitet werden. Zudem betitelt der Hausarzt 1 die Demenzerkrankung als „*Familienkrankheit*“, was den Einbezug der Angehörigen zusätzlich plausibilisiert. In Gespräch 2 wiederum ist der Angehörige kein Patient der Hausärztin, was erklären würde, dass sich die Hausärztin ihm gegenüber nicht derartig verpflichtet fühlt und möglicherweise wegen des Bestehens einer anderen Hausärzt:in-Patienten-Beziehung sowohl keinen Anlass als auch keine Legitimierung dafür sieht.

Vergleicht man die „Fallebene der Beziehung zwischen Hausärzt:in und Patient:in bzw. den Angehörigen“, zeigt sich, dass die Hausärzte aus Gespräch 1 und 3 ihre Patienten bereits länger kennen, was sich wiederum auch in der latenten Komplizenschaft mit deren Angehörigen äußert. Wobei Hausarzt 3 wiederum insgesamt noch vertrauter mit dem Angehörigen zu sein scheint, als mit seinem Patienten. Es bleibt offen, ob der Hausarzt und der Angehörige aus Fall 3 mehr Lebens- und Alltagszusammenhänge und/oder ein ähnliches

Lebensalter teilen, Aspekte die diese Vertrautheit erklären würden. Die Hausärztin 2 hingegen konnte eine Langzeitperspektive, die die hausärztliche Versorgung chronisch erkrankter Menschen erfordert, im vorliegenden Fall nicht leisten, da sie mit ihrer Patientin erst nach einem Hausarztwechsel bekannt wurde und zudem auch der Ehemann zum ersten Mal mit anwesend war, dessen begleitende Rolle sonst üblicherweise die Schwiegertochter übernimmt. Anmerkung: In den Falldarstellungen der hier vorliegenden Arbeit werden für die Patientin aus Fall 2 deutlich mehr Informationen vorab angegeben als für die Patienten aus Fall 1 und Fall 3. Das erklärt sich aus zwei Aspekten: Zum einen erfolgte die erste Falldarstellung exemplarisch analog des Analysevorgehens detailliert und sequenzweise, sodass die lebensweltlichen Kontextinformationen zum Patienten und seiner Ehefrau im Verlauf der dargestellten Gesprächsanalyse offenbar werden. Die wiederum sehr ausführlichen Vorab-Informationen zur Patientin aus Fall 2 dienen dementsprechend der Kompensation der stärker kompakten portraitartigen Gesprächsdarstellung. Zum anderen lagen für den Patienten aus Fall 3 nicht so viele Informationen vor, wie für die Patientin aus Fall 2, sodass die Patientenbeschreibung in Fall 3 kürzer ausfällt.

*Sowohl Hausarzt 1 als auch Hausärztin 2 erwähnten mir gegenüber, dass sie die Angehörigen einer an Demenz erkrankten Person als oft stärker belastet erleben.* Im Gegensatz zu Hausärztin 2 adressiert Hausarzt 1 im Gespräch dementsprechend seine Fürsorge an die begleitende Angehörige, die ihr Belastungserleben allerdings relativiert. Obwohl wiederum der Angehörige in Gespräch 2 sein Leid explizit formuliert, *bilanziert die Hausärztin nach der Gesprächsaufzeichnung mir gegenüber, dass der begleitende Ehemann die Erkrankung seiner Frau recht gutmütig hinnehme.* Diese Deutung ist aus der Außenperspektive nicht direkt nachvollziehbar, ließe sich aber als eine Art Legitimierung, nicht auf den Ehemann eingehen zu müssen, verstehen und entspricht somit dem abgrenzenden Verhalten der Hausärztin 2. Weiterhin fällt auf, dass Hausarzt 1 und Hausärztin 2 schildern, wie sie die ihnen jeweils gegenüberbefindlichen Dyade wahrnehmen – „JA SIE MACHEN DAS GUT = ALLE BEIDE(!)“, „SIE SIND EIN GUTES TEAM SIE MACHEN DAS GUT ALLE BEIDE“. Allerdings bleibt unbenannt, in welchen Aspekten die Ehepaare als gutes Team funktionieren und diese Beschreibungen wirken mehr wie Wünsche der Hausärzt:innen. Derartige Bewertungen sind in Gespräch 3, bei dem keine Eheleute, sondern Vater und Sohn, anwesend sind, nicht zu finden. Das kann darin begründet liegen, dass diese beiden keinen eheähnlichen Alltag führen und es für den Sohn daher andere Rückzugs- und Kompensationsmöglichkeiten gibt, die eher zu einer Entlastung

beitragen, als dies für die Eheleute realisiert werden kann. Dennoch könnte eine derartig stützende Formulierung sinnvoll sein. Es ist daher auch denkbar, dass vergleichbare Äußerungen während des nicht aufgezeichneten Gesprächsteils fielen. Damit bleibt ungeklärt, ob die Art der Dyade (ob Ehepaar-Beziehung oder Eltern-Kind-Beziehung) für die hausärztliche Wahrnehmung des jeweiligen Falles sowie für die hausärztliche Beziehung zur Dyade relevant ist.

Auf der „Fallebene der Interaktion“ lassen sich in den gemeinsamen Synchronisationsprozessen weitere relevante, aber nicht physisch anwesende, Akteur:innen identifizieren. In Gespräch 1 wurde die Praxismitarbeiterin thematisiert, die die Idee zum Pflegeantrag hatte und somit, da nicht anwesend, indirekt Beteiligte der gemeinsamen Aushandlung war, was den partizipativen Ansatz des Hausarztes, der sich im Forschungsprozess abzeichnete, hier auch auf Ebene des Praxisteam verdeutlicht. In Gespräch 2 thematisierte die Hausärztin häufig die Schwiegertochter des Ehepaares, die im Umgang mit der Demenz ihrer Schwiegermutter eine zentrale, vor allem organisierende Rolle einnimmt. Der wiederholte Einbezug der nicht anwesenden Schwiegertochter in das Gespräch verdeutlicht die Abgrenzungs- und Delegationstendenz der Hausärztin. Für das Konsultationsgespräch in Fall 3 schien noch eine weitere behandelnde Person im Versorgungssetting des Patienten wichtig (deren Name allerdings unverständlich blieb), sowie eine weitere Person, die am Gesprächsende vom begleitenden Sohn in Verbindung mit einem „richtigen Problem“ erwähnt wurde. Das triadische Fallverständnis erweitert sich aus dieser Perspektive um weitere nicht anwesende (Parallel-)Versorger:innen, als gemeinsames relevantes Thema.

Mit dem Blick auf Demenz als gesprächsstrukturell gestaltbares Thema wird auch die „Erkrankung als Fallebene“ vergleichbar. In Fall 1 sind die Demenz und der Krankheitsverlauf das gesprächsprägende Thema („OBERTHEMA“), was im Einklang steht mit der Akzeptanz der Erkrankung seitens des Patienten, bei dem seit einigen Jahren Symptome bekannt sind. Zudem hat der Hausarzt die Diagnose selbst gestellt und somit von Beginn an in die hausärztliche Versorgung integriert. Bei Patientin 2 sind die Symptome ebenfalls seit mehreren Jahren bekannt. Die Beziehung zu ihrer Hausärztin ist allerdings eine Fortsetzung einer anderen hausärztlichen Versorgung. Dieser Umstand wird gleich zu Beginn des Gespräches zum Thema und verweist auf eine Art Fragilität der Beziehung zwischen

Hausärztin 2 und Patientin 2. Die Diagnose der Demenzerkrankung wurde durch den parallel versorgenden Neurologen gestellt. In Fall 2 äußert sich diese Versorgungssplitterung dadurch, dass der Begriff Demenz von der Hausärztin 2 nur beiläufig erwähnt wird und das Thema Demenz gegenüber dem der Krebsvorsorge gesprächsstrukturell in den Hintergrund rückt. Bei Patient 3 sind die Symptome erst seit ein paar Monaten bekannt, sodass das Thema Demenz ein relativ neues bzw. aktuelles ist und die entsprechende Diagnose, über deren Möglichkeit sich der Patient und dessen Sohn bewusst zu sein scheinen, noch aussteht. Das Thema Demenz wird indirekt über die Aushändigung der Broschüre zur Demenzberatung durch den Hausarzt 3 vermittelt und nimmt somit einen Platz als eine von mehreren Erklärungsmöglichkeiten auf der anvisierten diagnostischen Entdeckungsreise ein, die wiederum aus dem Gesprächsfokus auf das Patientenbefinden hervorgeht.

Diese genannten Fallebenen – Patient:in, Beziehung zwischen Hausärzt:in und Patient:in, Interaktion und Demenzerkrankung – bilden den Kontext für den nachfolgenden Fallvergleich anhand der Betrachtungsebenen der Zeit aus Forscherperspektive, nämlich auf die Art und Weise, wie Prozesse zeitlicher Koordination in den Gesprächen Ausdruck finden.

#### 9.4.2 *Zeit als Symbol*

Im Folgenden werden die Ausdrucksformen der Zeit in den Gesprächen unter dem Aspekt der sprachlich sichtbaren Zeit und ihrem Symbolgehalt beschrieben. Das bedeutet, dass jene Verweise auf Zeit beleuchtet werden, die die Zeitbewusstheit und das Zeitverständnis der Interagierenden verdeutlichen.

##### Fall 1: Zeit läuft

In Gespräch 1 wird ein Verständnis von „Zeit läuft“ seitens des Hausarztes deutlich. Begrifflich äußert sich dies in der wiederholten Verwendung und Betonung des Wortes „Laufen“ („JETZT LÄUFTS“, „AUS MEINER SICHT LÄUFT(!) DAS“<sup>46</sup>), im Sinne des Funktionierens, und

---

<sup>46</sup> Ergänzend, aus dem Nachgespräch: Der Hausarzt betitelt seinen Patienten als „Selbstläufer“.

gleichzeitig verstehbar als die Beschreibung eines fortlaufenden Prozesses. Diese Antizipation der Zeit als Prozess zeigt sich ebenfalls zu Beginn des Gespräches in der beschriebenen Zwangsläufigkeit („UND DANN MÜSSEN WIR UNS“), die sich auch auf den chronischen, regressiven Demenzverlauf übertragen lässt. Dies ist eine Lesart, die der Hausarzt zudem mit der Formulierung des Angebotes einer „AUSZEIT“ unterstreicht, da dieser Begriff das Unterstützungsangebot als erlebbare Zeitdimension, nämlich als Unterbrechung eines fortschreitenden Prozesses reformuliert.

### Fall 2: Zeit für

In Gespräch 2 wird seitens der Hausärztin ein Zeitverständnis deutlich, das sich als „Zeit für“ beschreiben lässt. In der Gesprächsrahmung wird auf zwei Komponenten verwiesen: 1) die Idee der Zeit als Objekt, als Ressource, die man managen kann („DAS WIRD AUFGENOMMEN“ i. S. einer Konservierung), und damit verbunden 2) ein Konzeptverständnis („DAS IST DIE IDEE DABEI, DASS DAS AUSGEWERTET WERDEN KANN“). Beide Ausdeutungen manifestieren sich im Interaktionsverlauf als Fokussierung auf einen (Be)Handlungsplan („ZEIT FÜR GRIPPESCHUTZIMPfung“, „JETZT WÄRE WIEDER EINE KONTROLLE DRAN“). Dem Handeln liegt eine Vorstellung einer gerichteten Entwicklung zugrunde, die dem Fall „übergestülpt“ wird und statt der Frage, ob etwas auftritt, steht die Frage, wann etwas auftritt im Vordergrund.

### Fall 3: Zeit entsteht

Das Zeitverständnis des Hausarztes in Gespräch 3 lässt sich als „Zeit entsteht“ betiteln, was durch seine rahmende Beschreibung eines entkoppelten und eigenständigen Prozesses („SOLL ES MAL“) eingeleitet wird und sich in der auf den Krankheitsverlauf bezogene Ergebnisoffenheit („KUCKEN WIE SICH DAS ENTWICKELT“) im Gesprächsverlauf wiederfindet. Gemeint ist, dass von Prozess statt von Zustand gesprochen wird und der Fokus dabei auf Entwicklung bzw. Entstehung statt auf Vergehen liegt.



## Fallübergreifend: Zeitbewusstheit und Zeitbegriffe

Allen drei Gesprächen ist ein Zeitbewusstheit der Hausärzt:innen gemein. Dieses drückt sich in Gespräch 1 in der Formulierung und Betonung des Zeitbegriffes „AUSZEIT“ aus. In Gespräch 2 ist die Präsenz der kalkulierbaren Zeit („ZEIT FÜR“) rekonstruierbar. In Gespräch 3 verweist das Eingrenzen auf den gegenwärtigen Moment (ein Belassen bei ersten Schritten) durch den Hausarzt ein Gewährsein einer über das Jetzt hinausgehenden Zeitachse. Für Gespräch 3 lassen sich im videodokumentierten Ausschnitt allerdings keine Formulierungen finden, in denen das Wort Zeit repräsentiert ist, was deren tatsächliches Vorkommen in jenem Gesprächsteil nicht ausschließt, der vom Hausarzt aus der Videoaufzeichnung ausgeschlossen wurde. Weitere Formulierungen, die auf ein Gewährsein über eine linear ablaufende Zeit hinweisen, lassen sich seitens der Angehörigen und Patient:innen als Verweise auf das Vorhandensein und das Wahrnehmen der Endlichkeit finden (Angehörige 1: „VON DER SCHÜBBE GESPRUNG“, Angehöriger 2: „TODESANZEIGEN“, PATIENT 1: „DIE NATUR (...) DIE REGELT DAS SCHON ALLES“). Der vergleichende Blick auf die Formulierungen der Zeitverweise verdeutlicht die Angehörigen und Patient:innen im Vergleich zu den Hausärzt:innen als passiver.

### 9.4.3 *Zeit als Ordnung*

Im Folgenden werden die Zeitverweise in den Gesprächen hinsichtlich ihrer erfahrbaren sowie handlungs- und erkenntniswirksamen Ausdrucksform beschrieben.

#### Fall 1: Blickrichtung auf der Zeitachse und Bilanzen

In Gespräch 1 sind subjektiv verschiedene „Blickrichtungen auf der Zeitachse“, und die daraus hervorgehenden unterschiedlichen „Bilanzen über Interventionsbedarfe“ als für die Interaktion maßgebliche Zeitaspekte erkennbar. Der Hausarzt antizipiert eine zukünftige Notsituation („DASS (...) DIE ANGEHÖRIGEN IN DIE KNIE GEHEN“, „DASS ICH SIE SOWIESO FÜR ÜBERLASTET HALTE“), während die Ehefrau des Patienten eine eingefrorene Vergangenheit („ICH HABS NIE ANDERS KENNENGELERNT“, „ICH BIN IMMER SO ÜBERLASTET GEWESEN MEIN LEBEN LANG“) und damit verbunden ihre Rolle als fürsorgende Ehefrau darlegt, die sie auch im

Zusammenhang mit dem ausschweifenden Lebensstil ihres Ehemannes in Verbindung bringt – „ICH HAB JA MIT IHM JA AUCH(!) SCHON EINIGES DURCHGEMACHT GEHABT“ (implizites Schuldthema aus der Vergangenheit). Der Patient wiederum grenzt sich von dieser Vergangenheit, die er selbst als unvernünftig betitelt, ab („DIE ZEITEN SIND VORBEI“). Er gibt aber auch die Zukunftsgestaltung seiner Demenzerkrankung vertrauensvoll aus seinen Händen („DIE NATUR“(...) „DIE REGELT DAS SCHON ALLES“, „MEIN ARZT( ...) WIRD MIR SCHON HELFEN SOWEIT ES MÖGLICH IST“). Der Patient bilanziert für die Gegenwart keinen Bedarf zur Intervention („DAS HALTE ICH NICHT FÜR ERFORDERLICH“) Die Angehörige hingegen negiert die Möglichkeit der Intervention („DAS GEHT JA NICHT FÜR UNS“). Die patientenseitige Erwartungshaltung mit einem „Schuss“ (bspw. Beschuss oder Startschuss) konfrontiert zu werden („SCHIEßEN SIE MAL LOS“) rahmt bei Gesprächsbeginn das dato noch implizite Interventionsanliegen (Korrekturwunsch an die Ehepaardyade) des Hausarztes, mit einer Art Befürchtung.

## Fall 2: Szenarien und Aussichten

Charakteristisch für Gespräch 2 ist die Ausmalung von „Szenarien“ in Abhängigkeit vom Grad der Konkretheit einer (Be)Handlungs-„Aussicht“. So dominiert in dieser Konsultation die Körpergesundheit der Patientin als ein konkretes, hausärztlicherseits bereits angedachtes Präventions-Szenario („DA IST DIE EMPFEH(!)LUNG GEWESEN DASS DAS AUCH NOCH MAL KONTROLLIE(!)RT WERDEN SOLL(!)“). Denn das Demenzthema geht gegenwärtig mit noch ungeklärter (Be)Handlungsmöglichkeit einher („KEIN KRAUT GEWACHSEN“), weshalb dieser wiederum eine hoffnungsspendende Aussicht gegenüber gestellt wird („ES WIRD DA INTENSIV DRAN GEFORSCHT“). Im Kontext der Demenzerkrankung, begründet der Angehörige das bislang nicht weiter wahrgenommene Beratungs- und Unterstützungsangebot (Demenznetz), das bereits einige Zeit zurückliegt, mit der persönlichen Unklarheit über die Aussicht auf Nutzen („MÖCHTE JA WAS BRINGEN, ICH WEIß ES NICHT“). Die angehörigenseitig gesprächsrahmende Befürchtungsäußerung („TUT ABER NICHT WEH NE(?)“) mit implizitem Gesuch einer beruhigenden Aussicht (im Sinne einer Perspektive), unterstreicht die vom ihm empfundene Dramatik der Demenzerkrankung („WIR SCHLAGEN UNS MOMENTAN SO DURCHS LEBEN NE“) und findet im Gesprächsverlauf Ausdruck in seiner scherzhaft konnotierten

Schilderung eines Auswegsszenarios (das Nachschauen in der Zeitung, ob er selbst in der Todesanzeige stehe).

### Fall 3: Fragmente und Zusammenhang

In Gespräch 3 charakterisieren „Fragmente und Zusammenhänge“ die Interaktion. Patientenseitig wird eine mit der Demenzsymptomatik einhergehende innere Fragmentierung anhand von Erinnerungslücken („DANN ISSES WECH“) und eine soziale Fragmentierung anhand des Rückzugs („LOOF ICH LIEBER AN DER >>FLUSSNAME<< LANG“) deutlich. Begründet wird dies vom Patienten durch eine Narration, im Sinne eines Sinnzusammenhangs, über sein empfundenes Schamgefühl (Befürchtung „DER IS PLEMMPLEMM“). Der Angehörige wiederum stellt sowohl die eigene diagnostische Hypothese („DAS IS NATÜRLICH AUCH SO NE PSYCHISCHE SACHE (...) WENN MAN DENN NICH MEHR SO KANN“), als auch die der Parallelversorgerin („VOM GEHIRN (.) WENN DAS DORT NICH RICHTICH DURCHBLUTET WIRD“) zur Überprüfung in den Raum. Im Gespräch wird eine Suche nach Zusammenhängen als Antwort auf die erlebte Fragmentierung deutlich, was im Beobachtungshandeln („Gucken“) des Hausarztes Ausdruck findet: Dies wird gleichzeitig auf erste Schritte begrenzt und damit wiederum zeitlich fragmentiert. Das gesamte Gespräch selbst stellt letztlich durch den Aufzeichnungsabbruch („ICH MACH DAS ERSTMAL AUS“) ein Fragment dar. Der Patient reinszeniert die Dynamik zwischen Fragmenten und Zusammenhängen anhand seines hohen Mitteilungsbedarfes über sein Erleben des Vergessens, welches er allerdings aufgrund seiner eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten sprachlich nur lückenhaft schildern kann. Es wird eine für alle Anwesenden beobachtbare Überforderungssituation des Patienten im Herstellen eines gemeinsamen Verstehensprozesses deutlich.

### Fallübergreifend: Zeitstruktur und Zeiterleben

Sowohl der Patient aus Fall 1, als auch die Patientin aus Fall 2 zeigen seit einigen Jahren dementielle Symptome und erhielten bereits die Diagnose Demenz: Erstere durch den Hausarzt selbst, Letztere durch einen Neurologen. Bei dem Patienten aus Fall 3 handelt es sich hingegen um eine recht neue Symptomatik, die seit ein paar Monaten auftritt. Zwar wurde ein Test durch eine andere Ärztin durchgeführt, jedoch wurde die Diagnose noch nicht

gestellt. Während sich daher die hausärztliche Interaktion in Gespräch 1 und Gespräch 2 im Kontext des Umgangs mit der chronischen Krankheit Demenz abspielt, basiert das Gespräch 3 auf der Bewegung hin zu einer Diagnostizierung. Während die hausärztliche Erzählstruktur in Gespräch 1 und 2 ein Vorher und ein Nachher in Bezug auf die Diagnosestellung unterscheidet, steht diese in Gespräch 3 noch aus. Die Erzählstruktur der Angehörigen wiederum, formuliert in der Form eines „Früher“ und „Heute“, orientiert sich in allen drei Gesprächen am Beginn der Demenzsymptomatik der Patient:innen und kann verstanden werden als Wendepunkt im Kontext der Alltagsbewältigung. Dementsprechend zeigen sich die angehörigerseits auf der Zeitachse weiter entfernten Themen, die chronologisch vor Beginn der Symptomatik liegen, als emotional nah und aktuell. Die Angehörigen aus Gespräch 1 und Gespräch 2 greifen in ihren biografischen Erzählungen die Krankheitsgeschichte ihrer Ehepartner auf (Tuberkulose, Verkehrsunfall), wobei die Angehörige in Gespräch 1 die Kontinuität ihrer Rolle als Für- und Versorgende unterstreicht. Der Angehörige in Gespräch 2 hingegen betont den von ihm erlebten Kontrast und damit den Bruch zur aktuellen Alltagsbewältigung, was auf ein traditionelles Geschlechterrollenmuster hinweisen könnte. Der Angehörige in dem 3. Gespräch wiederum bezieht sich auf die selbstständige Lebensweise seines Vaters, die er trotz Einschränkungen als noch nicht passé wahrnimmt.

Neben den Zeitverweisen über die Erzählstruktur finden sich auch solche Zeitverweise, die die Handlungsstruktur erklären. Gemeint sind zukünftige Wendepunkte, die von den Hausärzt:innen als Orientierungsereignisse herangezogen werden. Hausarzt 1 verweist auf ein erwartetes Kraftloswerden und Ausgebranntsein der Angehörigen, dem er präventiv zuvorkommen möchte. Die Hausärztin 2 thematisiert eine potenzielle Demenzheilung in der Zukunft, die sie als Hoffnung in den Raum stellt. Der Hausarzt 3 erwartet diagnostische Informationen (Rückmeldung CT) anhand derer er das weitere Vorgehen ausrichten will.

Obwohl in der Erzählstruktur der Interagierenden Wendepunkte zu finden sind, die in ein Vorher und Nachher (früher und heute, jetzt und später usw.) unterscheiden, fallen dennoch in keinem der Gespräche die Worte Vergangenheit, Gegenwart oder Zukunft. Allerdings ist das Wort „Geschichte“ zu finden, welches auf einen Subjektnarrativ verweist und einmal durch Hausarzt 1 in Bezug auf die Patientenvergangenheit als Legitimierung für Verantwortungslosigkeit („JEDER HAT SEINE BUNTE GESCHICHTE“) verwendet und einmal durch

den Angehörigen 3 in Bezug auf die Idee der Demenzdiagnose („DIE GANZE GESCHICHTE“) angeführt wird. In der Art der Verwendung des Wortes Geschichte werden Verallgemeinerungstendenzen deutlich.

Der Fallvergleich zeigt zudem, dass die Angehörigen auf solche Themen verweisen, wie etwa Schuldgefühl, seelischer Schmerz und Schamgefühl, die für sie im gegenwärtigen Moment emotional relevant zu sein scheinen, auch wenn deren Ursprung an anderer Stelle auf der Zeitachse zu vermuten ist. Die emotionale Aktualität dieser Themen lässt sich daraus ableiten, dass die Angehörigen diese thematisieren. In Gespräch 1 ist das ein implizites Schuldthema in der Ehepaarbeziehung, das die Angehörige anbringt, als sie (scherzhaft) anzweifelt, dass sich ihr Ehemann nicht mehr ungesund und untreu verhält: Dabei handelt es sich um eine ausschweifende Lebensweise, die der Ehemann in einer früheren Lebensphase zu führen pflegte. In Gespräch 2 ist es die Anspielung auf eine scheinbar erlebte Gefühlskälte seiner Frau die der Angehörige ebenfalls als Witz gekleidet anbringt und so auf einen für ihn präsenten Schmerz in der Ehepaarbeziehung verweist. In Gespräch 3 benennt der Sohn die Wut, die er bei seinem Vater in Bezug auf die Vergesslichkeit wahrnimmt. Seine Anmerkung, dafür Verständnis zu haben, kann ein indirekter Verweis darauf sein, dass sonst Unverständnis im Außen als Normalität erlebt wird, die wiederum Schamgefühle erzeugt. Es fällt auf, dass die Ausdruckformen dieser emotional präsenten Themen von den Ehepartner:innen eher indirekt und in Humor<sup>47</sup> gerahmt sind, während der Sohn die Emotion dazu direkt benennt. Dies lässt vermuten, dass die Art der Dyadenbeziehung (Ehepaarbeziehung, Eltern-Kind-Beziehung) einen Einfluss auf die Art der Aussprechbarkeit von Emotionen für die Angehörigen haben könnte. Allerdings wird das eigentliche Thema (Schuldgefühl, seelische Schmerzen, Schamgefühl), in allen drei Fällen im Rahmen der Dyadendynamik re-inszeniert, statt explizit benannt. Dabei unterscheiden sich die Fälle in der Art der Reinszenierung. Während die Ehepartner:innen in der Reinszenierung das Problem aufzuzeigen versuchen, wirkt der Sohn im Aufzeigen bereits dem Problem

---

<sup>47</sup> In Gespräch 2 haben die Äußerungen des Ehepartners einen zynischen Charakter. Da Zynismus in spöttischer Absicht als Variante schwarzen Humors verstanden werden kann, wird es an dieser Stelle zusammenfassend dem Humorbegriff zugeordnet. Wenngleich sich die Stilmittel zwischen Gespräch 1 und 2 unterscheiden, soll hier vor allem die Abgrenzung dieser zu Gespräch 3 sichtbar werden, in welchem kein derartiges Stilmittel zu finden ist.

entgegen: Durch das Äußern von Verständnis gegenüber der Wut seines Vaters mildert er gleichzeitig potenzielle Schamgefühle seines Vaters ab.

Weiterhin ist festzustellen, dass alle begleitenden Angehörigen eine eigene Deutung über das Befinden ihres an Demenz erkrankten Familienmitglieds in Bezug auf die Erkrankung äußern, diese Zuschreibung aber gleichzeitig im eigenen Handeln inszenieren<sup>48</sup>. Die Angehörige in Gespräch 1 spricht über die Gelassenheit ihres Ehemannes und nimmt selbst eine sehr passive Rolle in der Triade ein (will ihn nicht „BERICHTIGEN“). Der Angehörige in Gespräch 2 bezeichnet seine Frau als ungeduldig, unterbricht selbst allerdings kontinuierlich die Unterhaltung zwischen der Hausärztin und seiner Ehefrau („EINHAKEN“). Der Angehörige in Gespräch 3 erwähnt die Wut seines Vaters über dessen eigene Vergesslichkeit, ergänzt die Ausführungen seines Vaters („EINKLINKEN“) und trägt wiederum im Gesprächsverlauf selbst ein Anliegen, dessen Problemcharakter er als gesteigert betitelt („RICHTIGES PROBLEM“), was einen (Nach)druck verleiht und damit auch Dringlichkeit vermittelt, an den Hausarzt heran. Daraus lässt sich die Hypothese ableiten, dass das von den Angehörigen am Beispiel der Ehepartner:in/des Elternteils gedeutete Gefühl auch eine Abhandlung eigener Probleme im Zeiterleben darstellt (Gelassenheit, Ungeduld, Dringlichkeit).

#### 9.4.4 *Zeit als Potenzial*

##### Fall 1: Synchronisation der Akzeptanz

In Fall 1 ist die Demenzerkrankung das „OBERTHEMA“. Mit Bezug auf den ohnehin steten Prozess der Krankheit („Zeit läuft“) bezieht der Hausarzt die Perspektiven des Patienten, dessen Ehefrau und derer Ehepaardynamik (Zeitorientierung und Bilanzen) – die sich als Widerspruch gegenüber dem Angebot zum Pflegeantrag ausdrücken („MANGELS AKZEPTANZ“) – in die eigenen Abwägungen mit ein. Dadurch kommt es zu einer „Synchronisation von Akzeptanz“, die sich zum einen gegenüber der Krankheit (Schuldfrage:

---

<sup>48</sup> Aktive Deutungskorrekturen der Angehörigen finden sich vor allem in Fall 2 und 3. Die Angehörige aus Fall 1 ist bemüht diese übergreifende Rolle zu vermeiden, was die Deutung dieser Beobachtung als eine handlungswirksame Dynamik unterstreicht.

„DER EINE HAT GLÜCK UND DER ANDERE NICHT“) und ihrer Bewältigung (Umgang mit Geld: „EH ES DANN STREIT GIBT DANN MACHEN WIRS LIEBER DEN WEICHEN WECH.“) und zum anderen gegenüber dem (Be)Handlungsangebot (Aufschub Pflegeantrag: „ICH LECH DEN IN DIE KARTEIKARTE“) darstellt. Dieses „antizipierende Vorgreifen“ und das „abwartende Offenlassen“ des Hausarztes können als Zeitkompetenz verstanden werden, die sowohl gestaltend als auch begleitend der Behandlungsebene (Erhalt des (Be)Handlungspotenzials) und der Beziehungsebene (Akzeptanz des Widerspruchs) gerecht zu werden versucht. Dies erinnert an Kairos – das Anstreben des richtigen Zeitpunktes.

## Fall 2: Synchronisation der (Be)Handlungsmöglichkeiten

Der Fall 2 wird durch den Umstand gerahmt, dass die Hausärztin aufgrund der Praxisschließung ihres Vorgängers in die Versorgungssituation mit dieser Patientin „hineingeraten“ ist. Zudem nimmt die Patientin die Praxisbesuche und damit das Gespräch mit ihrer Hausärztin nur selten wahr, was von der Hausärztin akzeptiert zu werden scheint. Weiterhin geht aus der re-inszenierten Ehepaardynamik eine Dramatik des Krankheitserlebens hervor. Diese äußert sich bei beim Angehörigen als Erlösungswunsch und damit als implizites Hilfesuch, welches wiederum auf den begrenzten (Be)Handlungsspielraum im Kontext der Demenz trifft. Dieses Spannungsfeld beantwortet die Hausärztin mit dem Fokus auf die „Synchronisation von (Be)Handlungsmöglichkeiten“. Im Zuge dessen begegnet sie den „unkonkreten demenzbezogenen (Be)Handlungsaussichten“ mit „konkreten Szenarien zur präventiven Körpergesundheit“ (Gripeschutzimpfung, Darmkrebsvorsorge). Dabei gerät die Abstimmung mit der Patientin in den Hintergrund und es stellt sich die Frage, wem die Hausärztin damit hilft, bspw. ob es über das eigene Gefühl hinaus, etwas für ihre Patientin getan zu haben, auch eine Beruhigung des Angehörigen sein kann, sich „wenigstens“ einem (anderen) Problem zu widmen. Die Fokussierung der Hausärztin auf den Taktgeber Behandlungsplan („Zeit für“) lässt sich als eigene Abgrenzung von der Ehepaardynamik lesen. Denn die vom Ehepaar re-inszenierte Dramatik der Demenzerkrankung zeigt sich als eine Dynamik zwischen Taktlosigkeit des Ehemannes (Einhaken/Unterbrechen, emotional übergriffige Scherze, Chaotisierung des Gesprächsverlaufes) und Taktgefühl der Patientin (Fußtritt unter dem Tisch als diskretes Eindämmen, kein „Drama“ machen wollen, die emotionalen Übergriffe

des Ehemannes relativieren). Zu Beginn wie auch zum Schluss der Konsultation greift die Hausärztin das „Schmerzthema“ der Ehepaardyade auf, indem sie Hoffnung in die Forschung legt, die eine Heilung der Demenzerkrankung verfolgt und indem die Hausärztin den Unterstützungsbedarf des Ehepaares anerkennt, wenngleich sie denselben in der Zukunft verortet und sich damit selbst im gegenwärtigen Moment davon abgrenzt. So wird auch dieses Gespräch vom Demenzkontext gerahmt, obwohl der Schwerpunkt gesprächsstrukturell auf der Körpergesundheit liegt. Die behandlungsgestaltende „(Ein)Taktung“ in den präventiven Versorgungsrhythmus seitens der Hausärztin stellt auch auf Beziehungsebene eine Strukturierung zur Verfügung, die durch die Demenz verlustig gegangen zu sein scheint. Es bleibt offen, für wen diese Strukturvorgabe als Hilfe fungiert.

### Fall 3: Synchronisation der Dosierung

Fall 3 gestaltet sich im Rahmen des hausärztlichen Zeitverständnisses „Zeit entsteht“ und symbolisiert einen gemeinsamen Entwicklungsprozess, in dem ein Zusammenspiel von erlebter „Fragmentierung“ im Kontext des Krankheitsverlaufes und Herstellung von diagnostischen und therapeutischen „Zusammenhängen“ stattfindet. Dabei trägt der Hausarzt mittels „Portionierung“, was als Antwort auf die Überforderung seines Patienten verstanden werden kann, der „Synchronisation der Dosierung“ nächster (Be)Handlungsschritte bei.

Die dabei seitens des Hausarztes formulierte Fragmentierung („ERST MAL EIN ERSTER SCHRITT“, „LASSEN WIRS JETZT ERSTMAL DABEI“) fungiert als eine dem Patienten hilfreiche Einkürzung der Gegenwartsspanne, was als eine Reduktion der Zeitkomplexität und potenzieller Überforderung gedeutet werden kann. Zudem steht es als ergebnisoffene Erkundung („KUCKEN WIE SICH DAS ENTWICKELT“) der bereits im Angehörigen angelegten und gedanklichen Narration („DAS IS NATÜRLICH AUCH SO NE PSYCHISCHE SACHE“, „DEMENTZ ALSO DIE GANZE GESCHICHTE“<sup>49</sup>, „WENN DAS DORT NICH RICHTICH DURCHBLUTET WIRD“) gegenüber. Das zeitlich fragmentierende und damit portionierende Vorgehen des Hausarztes mündet im Akt des

---

<sup>49</sup> Diese Äußerung verweist zudem auf eine „zu Ende gedachte“, weil „ganze Geschichte“ und unterstreicht die (diagnostische) Suche des Angehörigen nach Sinnzusammenhängen, die Erklärungsmodelle und somit die Orientierung für passende (Bewältigungs-)Handlungen bieten.



Aufzeichnungsabbruchs und damit dem Abbruch der Forscher:innenperspektive – dabei versinnbildlicht sich auch in der Besprechung der Dosierung des konsumierten Schlafmedikaments („ABSETZEN“) eine weitere Intervention. In diesem Gespräch wird die hausärztliche Zeitkompetenz der Portionierung diagnostisch als ein „Keine-voreiligen-Schlüsse-Ziehen“ und therapeutisch als schützende Antwort auf die vom Patienten vorgetragene und re-inszenierte Überforderung durch die Demenzsymptomatik deutlich. Auffällig ist, es lässt sich in genau diesem Gespräch keine solche patientenseitige Befürchtungsäußerung, wie sie in Gespräch 1 und 2 getätigt wurden, finden.

### Fallübergreifend: Zeitsinn, Zeitkompetenz und (De)Synchronisation

Die Beteiligungsintensität der Patient:innen unterscheidet sich zwischen den drei Gesprächen. Das ließe sich sowohl mit dem Krankheitsstadium als auch der Interaktionsdynamik erklären. In Gespräch 1 bringt sich der Patient immer wieder ein, wenn er etwas nicht versteht und er den Verdacht hegt, ausgegrenzt zu werden. Die Angehörige korrigiert ihn kaum, da sie diese Rolle ablehnt. Die Patientin in Gespräch 2 hingegen wird kontinuierlich von ihrem Ehemann unterbrochen und korrigiert, obwohl sie sich insgesamt korrekt und konkreter als er zu all den ihr gestellten Fragen äußert. Der Ehemann ist zwar bemüht zu demonstrieren, dass er sich gut erinnern kann, bringt aber manche Inhalte dann doch durcheinander, wodurch er Irritationen im Gesprächsverlauf provoziert. Dieser Umstand kann die Konsequenz haben, dass die Patientin möglicherweise hinter ihrem Potenzial der selbständigen Gesprächsführung bleibt. Der Patient in Gespräch 3 wird in seinen Ausführungen von seinem Sohn zwar ergänzt und korrigiert, der Sohn lässt ihm aber auch Raum für seine Äußerungen und Erklärungen. Der Patient zeigt einen hohen Mitteilungsbedarf, welcher jedoch durch seine nachlassende Sprachkompetenz stark eingeschränkt wird, sodass sich der Hausarzt letztlich überwiegend mit dem Angehörigen unterhält. Die Beziehungen, die die Hausärzt:innen mit den Angehörigen bereits vor den Gesprächssituationen etabliert haben, bilden wiederum den jeweiligen Kontext für die Art und Weise wie die Hausärzt:innen die Angehörigen in das Gespräch und den Behandlungsprozess einbeziehen (Gespräch 1: Angehörige ist Patientin bei diesem Hausarzt; Gespräch 2: Erstes Kennenlernen des Angehörigen; Gespräch 3: Vertrautere Beziehung zum Angehörigen als zum Patienten).

Allen drei Gesprächen gemein ist der Einstieg seitens der Hausärzt:innen in Form von Erinnerungsfragen, die an die Patient:innen gestellt werden und die medizinische Feststellung der kognitiven Leistungsverluste. Es wirkt zunächst gesprächsstrukturell paradox mit Personen, deren Krankheitssymptomatik durch Erinnerungsverlust geprägt ist, das Gespräch mit Erinnerungsfragen einzuleiten. Vor dem Hintergrund, dass die Hausärzt:innen dabei ihre eigenen Vorannahmen über die Erinnerungsfähigkeit und damit die Zeitkompetenz ihrer Patient:innen überprüfen, erscheint es hingegen plausibel. Allerdings zeigen sich die Fragen nicht alle gleichermaßen als geeignet für dieses Anliegen, da neben überprüfbaren Aspekten (bspw. Datum, Ereignisse) auch die subjektive Erlebnisdimension einbezogen wird. In Fall 1 wird konkret über den Diagnosezeitpunkt gesprochen, in Gespräch 2 und Gespräch 3 wird die Überprüfung des Krankheitsverdachts durch einen anderen Arzt rekapituliert. Im Gegensatz zu Hausarzt 3 äußern Hausarzt 1 und Hausärztin 2 dabei die eigenen Unklarheiten über das Erinnerungsvermögen ihrer Gegenüber („ICH WEIß NICHT, OB SIE DAS NOCH WISSEN“, „ICH WEIß GAR NICHT OB SIE SICH ERINNERN“), die als eine Informationsgenese bzw. als Gesprächsaufforderung und gleichzeitig als Legitimierung der Erinnerungslücken ihrer Patient:innen verstanden werden können. Dabei tendieren Hausarzt 1 und Hausärztin 2 zu Informationsergänzungen und Deutungskorrekturen der Vergangenheit, denen sie Vorrang gegenüber den Deutungen ihrer Patient:innen geben. Dadurch werden die Patient:innen wiederum aktiv in den Kontext der Vergesslichkeit gesetzt.

In allen drei Gesprächen wird die Medikation als (Be)Handlungsoption thematisiert, findet aber fallspezifisch unterschiedlichen Ausdruck. In Gespräch 1 betrachtet der Hausarzt die Medikation als Aufschub des Patientenleids und aufgrund der Nebenwirkungen als nur begrenzt vorteilhaft. Mit dem Verwerfen dieser möglichen therapeutischen Intervention erkennt er die Deutung des Patienten als nicht unter der Erkrankung leidende Person an. In Gespräch 2 wird seitens der Hausärztin die Medikation als Heilmittel, das die Vergesslichkeit stoppen kann, thematisiert, was der Angehörige anhand der rezitierten Aussage des Parallelversorgers relativiert (nämlich, dass die Medikation nur Aufschub geben kann). Die Hausärztin verlagert daraufhin das Heilsversprechen in eine hypothetische Zukunft. Ihr Verweis auf die intensive Forschung an einem Heilmittel fungiert somit als hoffnungsspendendes Moment. Das ist auffällig, da gerade in diesem Gespräch die Synchronisation von (Be)Handlungsmöglichkeiten zentral erscheint und eine mögliche

Option im Umgang mit der Demenz in einen noch unerreichten Kontext („NOCH KEIN KRAUT GEWACHSEN“) ausgelagert wird, um dann als emotionale Intervention der Hoffnung<sup>50</sup> wieder in den Bereich der (Be)Handlungsoption zurückzukehren. Da in Gespräch 3 das Patientenleid explizit wird, erscheint es konsistent, dass die Medikation als eine mögliche Intervention („EVENTUELL“) in Betracht gezogen wird. Es fällt auf, dass der Umgang mit der Medikation in den Gesprächen, wie im Sinne eines Symbolträgers, auch die fallspezifischen Synchronisationsprozesse widerspiegelt, nämlich das Ablassen von der Intervention in Fall 1 (aufgrund des Perspektivwechsel), das Kompensieren des begrenzten (Be)Handlungsspielraumes durch ein „Trotzdem-etwas-in-Aussicht-Stellen“ in Fall 2 und der Einbezug einer von mehreren möglichen Optionen in Fall 3.

In allen drei Gesprächen werden vor allem die hausärztlichen (Be)Handlungsziele explizit und als Anliegen thematisiert. Die Ziele und Erwartungen der Patient:innen und Angehörigen hingegen bleiben unbesprochen. Obwohl das Bilanzierungsgespräch einen stärkeren Fokus auf Prozesshaftigkeit bietet und ein Schwerpunkt dieses Gesprächsformats auch die Zielbesprechung darstellt, werden patient:innen- und angehörigenseitige Ziele weder expliziert noch (neu) verhandelt. Dies bedeutet wiederum, dass für die gemeinsame Synchronisation relevante Orientierungsereignisse außen vor bleiben.

Weiterhin fällt auf, dass alle drei Hausärzt:innen ihre Unterstützungsangebote in den Kontext des Krankheitsverlaufes einbetten. Hausarzt 1 und Hausärztin 2 stellt es sich als ein Abwarten der Regression und dem damit verbundenen steigenden Unterstützungsbedarf der Patient:innen und Angehörigen dar. Hausarzt 3 formuliert diesen Kontext eher neutral als Entwicklungsverlauf der Krankheit und damit als erwartbare Veränderung. Darüber hinaus wird in Fall 2 auch der Einbezug langsamerer Prozesse selbst zum Unterstützungsangebot, indem die Hausärztin die Hoffnung in die langfristige Forschung zur Demenzheilung ausspricht.

Vergleicht man die Fälle hinsichtlich der Beantwortungsprozesse dann finden sich bei Ehepaar 1 und Ehepaar 2 gegenüber den jeweiligen hausärztlichen, demenzbezogenen Unterstützungsangeboten die Antworten „Widerspruch gegenüber Pflegeantrag“ und

---

<sup>50</sup> Offen bleibt, wem die Hausärztin Hoffnung macht.

„Ablehnung der Beratung seitens Demenznetz“. Während der Hausarzt 1 dies explizit macht und Vermutungen über Gründe des Ehepaares andeutet („MANGELS AKZEPTANZ“), lässt die Hausärztin 2 die Ablehnung unkommentiert stehen<sup>51</sup>. Darüber hinaus lassen sich patient:innenseitige Antworten auf den Umgang mit der Demenz vergleichen. Patient 1 spricht zudem über eine Verleugnungstendenz, Patientin 2 darüber, kein Drama machen zu wollen, und Patient 3 über seinen sozialen Rückzug aufgrund seiner Angst vor Stigmatisierung. Auf diese Verweise gehen die Hausärzt:innen nicht weiterführend ein. Wobei in Fall 1 die Verleugnung als Gelassenheit umgedeutet und dann weiter reflektiert wird. Weiterhin werden in Gespräch 1 und Gespräch 2 irritierende Dialoge zwischen den Ehepartnern sichtbar, die zudem alle mit Humor verknüpft werden. Einmal entsteht eine solche Situation, als es um die Aussage des Patienten 1 geht, dass die „alten Zeiten“ seines ausschweifenden Lebensstils vorbei seien und die Ehefrau dies anzweifelt. Der Hausarzt 1 deutet diesen Moment als gegenseitiges „FOPPEN“ und als Indikator für eine intakte Beziehung und als Indiz für eine gute Gesundheit („WENN SIE BEIDEN SICH NICHT FOPPEN KÖNNEN DANN IST [...] AUCH WAS IST AUCH WAS FAUL [...] DANN SIND SIE KRANK GLAUB ICH. ((LACHT LAUT)))“). Ein weiteres Mal kommt es zu einer solchen Begebenheit in Gespräch 2, in welchem der Angehörige 2 seine Ehefrau fragt „HAST DU ÜBERHAUPT EIN HERZ (?)“ und dies selbst als Scherz etikettiert (seine Frau wisse, dass er ein „SPAßMACHER“ sei). Als der Angehörige 3 ein Alltagsbeispiel über ein durcheinandergebrachtes Geburtsdatum anbringt, um die Vergesslichkeit seines Vaters zu beschreiben, widerspricht dieser lachend („JA WIE DA WIE DAS DAS HAT JA ((LACHEND)) DA(!) MIT NICHTS ZU TUN“), was vom Hausarzt unkommentiert bleibt. Der vergleichende Blick auf Prozesse des Beantwortetwerdens und Nicht-Beantwortetwerdens zeigt vor allem Irritationen in Ereignissequenzen. Zum einen ergeben sich diese Sequenzen zwischen den Hausärzt:innen und der Ehepaaradyade (Widerspruch bzw. Ablehnung des Unterstützungsangebotes) und zum anderen in Bezug auf Alltagssituationen der Patient:innen im Umgang mit der Demenz (Verleugnung, kein Drama draus machen,

---

<sup>51</sup> Die Hausärztin fokussiert sich stattdessen auf die räumliche Verfügbarkeit der Familie des Ehepaares, die sie als eine Ressource deutet. Ob das Ehepaar das genauso sieht, ist nicht klar.

sozialer Rückzug) und als humoristische gerahmte Reinszenierung der Dyadendynamik (Necken, „Spaß“<sup>52</sup>, Lachen).

Beantwortungsprozesse lassen sich auch in den hausärztlichen Reaktionen auf die Dyadenthemen (Schuldgefühl, seelischer Schmerz, Schamgefühl) finden. Hausarzt 1 rechtfertigt zudem die Unvernunft und damit die Schuld, die die Angehörige ihrem Ehemann hinsichtlich der damaligen Tuberkuloseerkrankung zuschreibt. Er rechtfertigt das als Unvernunft gedeutete Handeln mit der Relativierung „JEDER HAT SEINE BUNTE GESCHICHTE“ und drückt somit auch Entschuldung aus. Die Hausärztin 2 reagiert auf die emotionale Grenzüberschreitung des Angehörigen gegenüber seiner Ehefrau in vermittelnder Absicht. Sie verbalisiert in dieser Situation, dass sie eine Verletzung bzw. einen Schmerz bei der Patientin darüber wahrnimmt – „DAS HAT IHN JETZT NICH SO GUT GEFALLN NE(?)“. Hausarzt 3 wiederum rückversichert sich bei seinem Patienten mit der indirekten Frage – „ÄRGERN SE SICH DANN ÜBER SICH SELBER“, ob die Äußerung des Sohns, ein Ärger-Gefühl über die Vergesslichkeit bei dem Vater wahrzunehmen, auch zutrifft. Dadurch symbolisiert der Hausarzt, keine voreiligen Schlüsse auf der Basis von Deutungen Dritter zu ziehen, was dem patientenseitigen Schamgefühl in Bezug auf Stigmatisierung entgegenwirkt. In allen drei Fällen wird durch die Reaktionen der Hausärzt:innen ein stellvertretendes Antworten der Patient:innen ermöglicht.

Der Blick auf Beantwortungsprozesse führt zu den einhakenden und unterbrechenden Momenten durch die Angehörigen den Patient:innen gegenüber. Die in darin transportierten Inhalte scheinen im Dienst eines beschleunigten Informationsaustauschs mit dem Hausarzt zu stehen, führen jedoch gleichzeitig zu Störungen bzw. Desynchronisationsmomenten zwischen Hausärzt:innen und Patient:innen. In dieser gesprächsstrukturellen Besonderheit scheinen Interessenkonflikte Ausdruck zu finden.

Aus dem Vergleich der Äußerungen der Patient:innen über den eigenen Umgang mit der Demenz lassen sich Hinweise auf die erlebte Beeinflussbarkeit ableiten. Patient 1 sieht den Krankheitsverlauf als etwas Unbeeinflussbares bzw. verortet das Potenzial der

---

<sup>52</sup> „Spaß“ mit Anführungszeichen geschrieben (hervorgehend aus der Selbstdeutung des Angehörigen als „SPAßMACHER“ in Fall 2 soll hier als weitgefasster Begriff verstanden werden und auch den Zynismus einbeziehen).

Beeinflussung in den Kräften und Gesetzen der „Natur, die alles regelt“. Patientin 2 erklärt, dass sie daraus „kein Drama“ machen will und verweist somit auf Selbstwirksamkeit (sie schildert einen bewussten Einfluss durch Konfliktvermeidungsverhalten), die sich mildernd auf das Krankheitserleben auswirken kann. Patient 3 wiederum schildert seinen aktiven initiierten sozialen Rückzug als Vermeidungsstrategie gegenüber potenzieller Stigmatisierung und verweist so ebenfalls auf Selbstwirksamkeit, allerdings mit Folge der Problemverschiebung. Denn das Erleben von Einsamkeit und sozialer Isolation kann mit anderen Belastungserscheinungen einhergehen.

Die Ergebnisse zeigen, dass das für das medizinische Feld typische Spannungsfeld zwischen Zeitmangel und Wunsch nach Zeitinvestition insbesondere für die Patient:innenseite erlebbar und offenkundig wird. Insbesondere in Fall 2, als die Hausärztin dem Angehörigen rückversichert, sich extra Zeit genommen zu haben, als dieser mutmaßt, dass sie kein Interesse an seinen Ausführungen haben könnte (T2:Z406 -408). Dabei handelt es sich vonseiten des Angehörigen um einen Wunsch nach Interesse, der vonseiten der Hausärztin in einen Wunsch nach Zeitkapazität übersetzt wird. Dies markiert eine Perspektivenverschiedenheit. Weitere Hinweise auf den Umgang mit der Zeit fanden sich in den Angehörigenäußerungen jeweils gegen Ende der Gespräche, als Dankesäußerung für die investierte Zeit des Hausarztes (Fall 1: „FÜR IHRE MÜHE(!) DASS SIE SICH ÜBERHAUPT (...) DAMIT BESCHÄFTIGEN“) und als die Annahme des Angehörigen, im Sprechzimmer sitzen bleiben und warten zu können, bis die Patientin im Nebenzimmer fertig behandelt wurde (FALL2: „DANN KÖNNT ICH HIER SO LANGE BLEIBEN“). Eine Möglichkeit wäre, diese Ergebnisse als Ausdruck regional unterschiedlicher Zeitwerte zu deuten (Fall 1: Praxis am Stadtrand, Fall 2: Praxis auf dem Land). Es ist aber auch denkbar, dass es sich in Fall 2 ebenfalls um einen Ausdruck von Zeit als knappe Ressource handelt. Da die Hausärztin in Fall2 nicht beabsichtigte, ihre Patientin in das andere Nachbarzimmer zum Blutabnehmen zu begleiten, lässt sich die Idee des Angehörigen, im Sprechzimmer der Hausärztin auf seine Frau warten zu können auch als weiterer Versuch deuten, diese Zeit mit der Hausärztin für seine Anliegen zu nutzen. Dass die Gestaltung der gemeinsamen Gesprächszeit in den vorliegenden Ergebnissen nicht von und mit den Patient:innen sondern zwischen Hausärzt:innen und Angehörigen thematisiert wurde, geht Hand in Hand mit dem Ergebnis, dass auch die organisatorischen Absprachen in den Gesprächen vor allem zwischen den Hausärzt:innen und den Angehörigen getroffen wurden.

Bei der Betrachtung des Forschungsprozesses fällt auf, dass sich die Erhebungsverläufe entsprechend der Vorerfahrungen der Hausärzt:innen mit Forschungsprozessen und in der Art und Weise, wie der Kontakt zustande kam, unterscheiden. Während Hausarzt 1 bereits Vorerfahrungen mit der Teilnahme an Forschungsprojekten mitbrachte, war eine solche Gesprächsaufzeichnung für Hausärztin 2, Hausarzt 3 und Hausarzt 4 neu. Die unterschiedlichen Ausprägung des Involviertheitseins der Hausärztin und der Hausärzte gegenüber diesem Forschungsvorhaben, auch gemessen an der von ihnen investierten Zeit, werden sowohl im Umfang der Nachgespräche<sup>53</sup> als auch in der Länge der aufgezeichneten Gespräche sichtbar. Bei Hausarzt 1 wurde der partizipative Ansatz deutlich, der sich, sowohl in der Interaktion zwischen Hausarzt und Patient, als auch zwischen Hausarzt und Forscherin im gemeinsamen Austausch über das aufgezeichnete Gespräch zeigte. Mit der Hausärztin 2 kam es zwar ebenfalls zu einem Nachgespräch, dieses hatte allerdings eher den Charakter einer forscher:innenseitigen Berichterstattung an die Hausärztin. Diese Art der Kommunikation wurde auch im Konsultationsgespräch sichtbar, in welchem zwar alle Parteien ihre Perspektive berichteten, eine Aushandlung über eine gemeinsame Perspektive jedoch ausblieb. Die von Hausarzt 3 abgebrochene Gesprächsaufzeichnung wiederholte sich im Forschungsprozess als Kontaktabbruch bzw. als ein Nichtreagieren auf das Angebot zum Nachgespräch.

Der Vergleich der aufgezeichneten Konsultationsgespräche zeigt allerdings auch, dass eine längere Gesprächszeit für die gemeinsame Synchronisation allein noch nicht genügt. Insgesamt bestanden unterschiedliche Ausgangslagen der Fälle, die die Gespräche mitstrukturierten: In Fall 1 hat der Hausarzt explizit zu diesem Gespräch eingeladen und konnte dementsprechend das Setting und sich selbst vorbereiten, sodass beide Gesprächspartner:innen zu ihrem Recht kamen und der Hausarzt seinen Blick auf die Demenz als Familienkrankheit richtete. In Fall 2 wiederum musste die Hausärztin mit der für sie ungewohnten Situation umgehen, dass ihre Patientin vom Ehemann statt von der Schwiegertochter begleitet wurde. So konnte die Hausärztin nicht auf ihre Routinen zurückgreifen und die Konsultation glich einem Erstgespräch. Allerdings war dieses in Bezug auf die Demenzerkrankung weniger auf Synchronisation ausgerichtet und zielte – für eine

---

<sup>53</sup> Am Ort des Nachgespräche, welche bei Hausarzt 1 zu Hause, und mit Hausärztin 2 im Café stattfanden, werden die unterschiedlichen Grade der Vertrauensbasis deutlich.

psychotherapeutisch ausgerichtete Hausärztin – überraschend wenig auf ein Verstehen. In Fall 3 spielte noch eine dritte, nicht anwesende Person eine Rolle, die scheinbar auch nicht zur Familie gehörte und aus der Gesprächsaufzeichnung ausgegrenzt wurde.



### III Diskussion

Die Diskussion der Ergebnisse (s. Forschungsteilfrage 4) erfolgt als Fazit und Reflexion des methodischen Zugangs sowie der Prozesse zeitlicher Koordination in der hausärztlichen Versorgung von Menschen mit Demenz mit anschließendem Ausblick auf die Forschung und die Versorgungspraxis.

## 10 Methodischer Zugang

„[Z]eitanalytische Fragen [sind] nicht nur in einer eigenen Bindestrich-Wissenschaft, sondern in diversen Themenfeldern erkenntnisfördernd [...] [und] mit den jeweils gewählten Methoden [werden] Zugänge zu verschiedenen Zeitkonzeptionen möglich.“ (Schilling & König 2020: 1) Dabei sind vier Aspekte zentral: Die Methode der Datenerhebung, das Themenfeld, der Theoriebezug und materialisierte Spuren der Zeit (vgl. Schilling & König 2020: 1).

### 10.1 Methode – Datenerhebung in der Zeit

---

„Selbst den Methoden ist Zeitlichkeit immanent. „Datenerhebung findet in der Zeit statt, und es wird je nach methodischem Zugang eine andere Zeit fassbar.“  
(Schilling & König 2020: 4)

---

Da Kommunikation und Sprache eng mit Beziehung verbunden sind (vgl. Jost 2009: 20), bildeten die erhobenen Konsultationsgespräche zwischen Hausärzt:innen und Patient:innen, als zentraler Teil derer Beziehung (vgl. Schröder 2010: 95), eine geeignete Datengrundlage zur Erforschung der „Zeit als Beziehungsform“ (Elias 1984: 9). Solche Gespräche können aber, wie sich in der Lesart von Witte ausführen lässt, lediglich einen zeitlich begrenzten Interaktionsausschnitt darstellen und ihrer Auffassung nach sollten bei der Betrachtung von Interaktionsverläufen „vollständige“ Sequenzen untersucht werden (vgl. Witte 2010: 35). Konsultationen stehen nicht für sich allein, sondern beeinflussen einander gegenseitig (vgl. Kalitzkus & Volck 2012) (s. Kapitel 2.2), was eine Einflussgröße auf

der Fallebene Arzt/Ärztin bzw. Arztpraxis beschreibt. Gleiches gilt für die von der ärztlichen Interaktion unabhängigen Fallebenen, wie bspw. der biografische Hintergrund, sowohl der Ärzt:innen als auch der Patient:innen. Verlaufsanalysen erscheinen daher sinnvoll. Jedoch sind vollständige Sequenzen immer nur für abgrenzbare Aspekte und damit ansatzweise erforschbar. In der vorliegenden Arbeit wäre eine vollständige Sequenz eine vollständige Konsultation, die bestenfalls mit einem von allen am Gespräch Beteiligten geteilten klaren Anfang und klaren Ende ausgezeichnet wären.

In der vorliegenden Arbeit hing bereits die Auswahl der Patient:innen, welchen die Hausärzt:innen ein solches Vorhaben zutrauten, vom Krankheitsstadium, der Bereitschaft der Patient:innen und von der Einschätzung der Ärzt:innen ab. Wie sich Prozesse zeitlicher Koordination in hausärztlichen Konsultationsgesprächen mit Patient:innen in fortgeschrittenen Krankheitsstadien gestalten, bleibt somit offen. Das spiegelte sich auch in dieser Forschungsarbeit in dem gescheiterten Erhebungsversuch (Fall 4) wider. Um größere Zusammenhänge erschließen zu können, ließe sich im Zuge von Untersuchungen zu Prozessen zeitlicher Koordination im Kontext eines konkreten Behandlungsverlaufes in einer Panelstudie (bspw. anhand mehrerer Konsultationen) betrachten oder im Zusammenhang mit weiteren Versorgern (bspw. Prävention, Nachsorge, Parallelversorgung) und zudem im Kontext der Biografie der Patient:innen (bspw. Lebensabschnitte, Krankheitsphasen usw.) beleuchten. Daher kann es auch methodisch sinnvoll sein, den Beginn und (wenn möglich) das Ende eines Interaktionsverlaufes je nach Forschungsinteresse vorab zu definieren. Definitionen von Sequenzgrenzen können sich je nach Forscher:innen-, Versorger:innen- und Patient:innen-Perspektive unterscheiden und würden für eine Prozessbetrachtung entsprechend unterschiedliche Bezugsgrößen darstellen.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit gingen aus der Analyse der Textform der Konsultationsgespräche mit stellenweiser Berücksichtigung nonverbaler Informationen aus dem Bildmaterial der Videoaufzeichnungen hervor. Für diese Entscheidung konnten vorab keine spezifischen Kriterien definiert werden, da sich die Beschaffenheit einer Irritation erst aus dem Material ergab und dementsprechend nicht voraussehbar war. Der selektive Einbezug nonverbaler Informationen unterlag somit der forschers:innenseitigen Interpretation als „wichtig für das Verständnis der Interaktion“. Insofern bleibt offen, welche nicht berücksichtigten nonverbalen Informationen außerhalb irritierender Sequenzen

hätten ebenfalls relevant sein können. Der Umstand, dass es Gesprächsstellen gab, in denen das Heranziehen nonverbaler Informationen wichtig für das Verständnis der verbalen Inhalte wurde, verdeutlicht, dass nonverbale Kommunikation der verbalen Kommunikation Kontext gibt und sich dies auch in die umgekehrte Richtung vergegenwärtigt. Dies wirft weiterhin die Frage nach möglichen (a)synchronen bzw. (de)synchronisierenden Momenten zwischen verbalen und nonverbalen Informationen auf – und das sowohl auf individueller Ebene für jedes Subjekt als auch für eine intersubjektive Perspektive. Ergebnisse für diese Prozessebene bleiben in dieser Arbeit offen.

Die Datenerhebung und die induktiv-deduktive Datenanalyse dieser Arbeit waren keine voneinander getrennten Prozesse (vgl. Hildenbrand 1995: 259). Der Analyseprozess begann bereits mit Beginn der Annäherung an das Forschungsfeld durch das Pilotinterview und setzte sich parallel zu jedem weiteren Datenerhebungsschritt fort. Die ebenfalls parallel verlaufene Theoriearbeit schärfte sukzessive den Analyseblick auf die nacheinander erhobenen Daten. Alle Phasen verliefen zirkulär. Die Erkenntnisse aus später erhobenen Gesprächen flossen wieder in Analyseschritte für vorige Fälle ein. Zudem, aufgrund der Eigendynamik der Erhebung (direkte Weiterempfehlung der Hausärzt:innen an deren Kolleg:innen), erfolgten die anschließenden Erhebungen nicht abgeleitet aus den Ergebnissen der Auswertung voriger Fälle, sondern unabhängig davon.

Weiterhin wurde das in der Gesundheitsversorgung erlebbare Spannungsfeld zwischen bestehendem Zeitmangel und Wunsch nach Zeitqualität (s. Kapitel 2.1, 2.2) auch für mich als Forscherin spürbar und konkretisierte sich als eigene Sorge möglicherweise „zu viel“ von den Hausärzt:innen zu verlangen. Als Strategie, um die Teilnahme der Ärzt:innen an der Untersuchung nicht zu gefährden, wurde die Erhebung auf nur eine Gesprächsaufzeichnung je Hausärzt:in begrenzt. Neben dem Zeitmangel spielten weitere Faktoren eine Rolle, die den Zugang des qualitativen Forschungsvorhabens zum Untersuchungsfeld erschwerten (lange Datenerhebungsphase für eine nur kleine Anzahl an Fällen) und somit Geduld und Ausdauer erforderten (vgl. Trescher 2016a: 39). Scham ist ein wirkmächtiges Gefühl, das bspw. die Akquise beeinflussen kann (vgl. Trescher & Fischer 2013). Dabei müssen Schamgefühle nicht nur bei Patient:innen aufkommen, sondern können im Falle der Demenzerkrankung auch die allgemeine, von Unsicherheiten und begrenzten (Be)Handlungsmöglichkeiten durchzogene Situation der Hausärzt:innen betreffen (vgl.

Mann 2010: 422 ff.). Zudem stand ich als Nicht-Ärztin vor der Herausforderung, überhaupt erst einmal Zugang zu dieser Berufsgruppe herzustellen. Die Ansprache über Institutionen lag nahe, um eine möglichst hohe Reichweite zu erzeugen. Diese Strategie zeigte sich allerdings im Vergleich als weniger hilfreich als die persönliche Direktempfehlung. Eine Erklärung dafür kann sein, dass Institutionen „eine Art Gatekeeper-Funktion einnehmen“ (Trescher 2016a: 31), die einen Zugang sogar erschweren können. Dass sich die Datengenerierung ohne eine Beteiligung von Institutionen sogar einfacher gestalten kann (vgl. Trescher 2016a: 39f.), war zumindest im hier vorliegenden Forschungsverlauf, im Zuge dessen die persönliche Direktempfehlung der Hausärzt:innen gut funktionierte, erlebbar. Dies legt nahe, dass das Vertrauen der Hausärzt:innen in die Forschungsziele und die Umsetzung der Datenerhebung, das vor allem in einer persönlichen Interaktion entstehen kann, ein entscheidender Faktor war, der einen solchen Einblick in dieses Setting erlaubte, aber die Erhebung zugleich regional einschränkte. Inwiefern ein persönlicher Bezug zu den Institutionen, bspw. eine vermittelnde Person, den Zugang positiv verändert hätte, bleibt offen. Es lässt sich festhalten, dass nicht die Ressourcen bestanden, das Potenzial dieses Akquiseweges optimal auszuschöpfen.

## 10.2 Themenfeld – Zeit als soziales Phänomen

---

„In Themenfeldern ist die „Zeit (...) ein integraler (und zentraler) Bestandteil sozialen Geschehens bzw. subjektiver Sinnkonstruktionen.“  
(Schilling & König 2020: 4)

---

Das Forschungsfeld dieser Arbeit ist die hausärztliche Versorgung von Menschen mit Demenz, wobei das Konsultationsgespräch als zentrale Untersuchungseinheit festgelegt wurde. Diese Perspektive ermöglicht die Analyse inhaltlicher und gesprächsstruktureller Prozesse zeitlicher Koordination der Interagierenden und umfasst den Einbezug sowohl der Angehörigen als auch weiterer Parallelversorgender. Der Kontext der Demenzerkrankung und die sowohl forschers:innenseitige als auch hausärzt:innenseitige Vorannahme über deutlich abweichende Zeitkompetenzen der Patient:innen rückt die Zeitwirklichkeit als

etwas, das ausgehandelt werden kann und muss, in den Vordergrund der Untersuchungseinheit Gespräch.

Im Fokus steht dabei die Betrachtung von Prozessen zeitlicher Koordination als zentraler Aspekt von Abstimmungsprozessen und damit von Versorgungszusammenhängen. Da die vorliegende Arbeit die Zielsetzung verfolgt, die Forschungserkenntnisse in die Alltagspraxis der professionell Handelnden zurück zu spiegeln und dort nutzbar werden zulassen, rückt insbesondere das hausärztliche Verhalten in den Fokus der Auswertung. Diese Tendenz zeichnete sich bereits in der Phase der Datenerhebung ab, die mehr Kontextinformationen zu den Hausärzt:innen umfasst. Die Informationen über die Patient:innen basieren auf Dokumenten oder konstituieren sich aus der Perspektive und den Einschätzungen der Hausärzt:innen. Die Annäherung an das Feld durch das Pilotinterview mit einer an Demenz erkrankten Dame, in welchem ich in gesprächsgestaltender Rolle agierte, ermöglichte mir einen sowohl empathischen als auch besonders kritischen Blick auf die Rolle der professionellen Versorger:innen im medizinischen Feld in vergleichbaren Gesprächssituationen. Empathisch, weil für mich ein Perspektivwechsel erlebbar, im Sinne von nachfühlbar, wurde; kritisch im Sinne dessen, dass mir dadurch auch differenzierter die Herausforderungen gewahr wurden, die mit der Rolle des/ der Professionellen einhergehen. Die Wahl des Themenfeldes dieser Arbeit erlaubt die Untersuchung der Zeit als soziales Phänomen. Die verschiedenen Gesprächsformate bieten unterschiedliche Ausgangslagen und Rahmen für Ausdrucksformen der Zeit als soziales Phänomen. Der Blick über die Gespräche hinaus auf den Forschungsverlauf, der, genau wie die Konsultationen selbst, ebenfalls eine Interaktionssituation darstellt, in der hausärztliches Verhalten zu finden ist, ergänzte die Ergebnisse zu hausärztlichen Prozessen zeitlicher Koordination. Denn in der Art und Weise der Forschungsverläufe zeigten sich Parallelen zu den Ergebnissen in den Gesprächsdaten.

### 10.3 Theorie – „Zeitobjektiv“

---

„Mit jedem Theoriebezug wird ein spezifischer Blick auf die Zeit geworfen. Mehr noch: Theorien sind unterschiedlich zeitsensibel.“  
(Schilling & König 2020: 4)

---

Das Verstehen der Zeit wurde durch das gewählte „Zeitobjektiv“ (Boscolo & Bertrando 1994: 11), basierend auf dem Elias’schen Zeitverständnis, zu einem Instrument des Verstehens sozialer Interaktion. Die fallspezifischen Interpretationen der Interaktionsstrukturen, die aus dem Material mittels hermeneutischer Analyse hervorgingen (vgl. Oevermann et al. 1979), wurden in Bezug gesetzt zu theoriegeleiteten Kategorien (vgl. Flick 1995: 165) aus der Elias’schen Theorie über die Zeit, wodurch eine Rekonstruktion der Zeitprozesse im Interaktionsverlauf möglich wurde. Aus Elias Theorie über die Zeit und dem Forschungsstand über die Zeit ging im Zuge der Arbeit zudem eine systematisierende Betrachtung dreier Ebenen der Zeit hervor, die im Forschungsverlauf als Kriterien für den Fallvergleich herangezogen wurden: Zeit als Symbol, Zeit als Ordnung, Zeit als Potenzial. Dadurch lassen sich über die fallspezifischen Prozesse zeitlicher Koordination hinaus auch fallübergreifende Zusammenhänge erkennen und die Ergebnisse können weitergehend abstrahiert werden. Die Systematisierung der Zeitbetrachtung und die Motivation, diese Arbeit in praktischer Absicht anzulegen, entspringt meiner persönlichen Motivation, Zeit im Sinne eines Selbstwirksamkeitswunsches in Bezug auf Abstimmungsprozesse zwischen Versorger:innen und Patient:innen gewissermaßen nutzbar zu machen. Die forschers:innenseitige Zeitsensibilität hat durch die eigene Zeitlichkeit als forschende Person ihre Grenzen. Beispielsweise kann mein Altersabstand zu den Hausärzt:innen und/oder Patient:innen für altersspezifische Perspektiven unsensibel oder gar blind gemacht haben. Wiederum haben Ähnlichkeiten in der Zeitsozialisation – hier im Kontext der westlich modernen Gesellschaft – eine erleichterte Dechiffrierung von Zeitbezügen ermöglicht. Wenngleich es auch wiederum unterschiedliche Zeitkonzepte innerhalb einer Gesellschaft geben kann, so ist das Wissen um und Wissen über diese Bandbreite und Unterschiede einer in dieser Gesellschaft sozialisierten Person besser zugänglich und dechiffrierbar als einer in einer anderen Gesellschaft sozialisierten Person.

Da es sich bei Elias' Umdenken der Zeit als „Ding [...] [in eine] Tätigkeit (...) [des] „In-Beziehung-Setzen[s]“ (Elias 1984: 11) um keine gängige im Alltag geteilte Perspektive handelt, ist ein Anknüpfen an diese in der Praxis nicht selbstverständlich.

#### 10.4 Dinge – Materialisierte Zeit

---

„Es ist zu berücksichtigen, dass nicht nur menschliches Handeln, sondern auch Dinge zeitgebunden sind.“  
(Schilling & König 2020: 4)

---

Die Gespräche fanden in Umgebungen statt, die mit Gegenständen ausgestattet waren (Drucker, PC, Möbel, Dekoration usw.), deren Zeitlichkeit zu untersuchen einen interessanten Kontext für die Datenauswertung hätte bieten können. Insbesondere die genutzte Technik in der Umgebung, die die Interaktionsprozesse unterstützt, „ist alles andere als subsidiär (...) [und schafft] eine Umgebung auch von und für menschliche Beziehungen“ (Kuckartz 2009: 2). Dies führt zu Fragen nach Prozessgeschwindigkeit (bspw. digitale Kommunikation) oder gesellschaftlichem Wandel (Wandel von Arbeitsprozessen), Kontexte, die sich in Technik und Medien materialisieren, die wiederum, situationsspezifisch, unterschiedliche Abhängigkeiten und Nutzungsverhalten hervorbringen.

Das Wissen um diesen Aspekt und die Zeitsensibilität für diese Zeitlichkeit der Dinge waren zum Zeitpunkt der Datenauswertung nicht präsent. Wobei sich in den Fallrekonstruktionen bereits Ansätze dieser Perspektive finden lassen. Beispielsweise wird der Akt der Videoaufzeichnung in Fall 2 explizit und die durch die Kamera symbolisierte Konservierung der Gegenwart in der Fallanalyse thematisiert. In Fall 1 wiederum symbolisierte die Karteikarte (in die der Hausarzt den Pflegeantrag zurücklegt) die zeitliche Konservierung von (Be)handlungsmöglichkeiten. Schilling und König erwähnen zu diesem Thema auch den „Zeitplan, (...) als ‚frozen time‘“ (Schilling & König 2020: 6), welche sich im retrospektiven Blick auf das Datenmaterial auch im Darmkrebsvorsorgeplan in Fall 2 erkennen lässt. Auch



wenn das Augenmerk zum Zeitpunkt der Datenauswertung nicht auf diesen Aspekten lag, zeichnete sich bereits die Zeitlichkeit der Dinge in den Interaktionen ab.

## 11 Zeit in sozialer Interaktion in der hausärztlichen Versorgung von Menschen mit Demenz

Für die Diskussion der Ergebnisse seien die Leser:innen an dieser Stelle noch einmal an die Forschungsperspektive erinnert (s. Kapitel 6.1). Es ist die Frage zentral, welche Prozesse zeitlicher Koordination im Konsultationsgespräch Ausdruck finden, um die daraus hervorgehenden Erkenntnisse hinsichtlich Chancen und Grenzen der Interagierenden für deren Abstimmungsprozesse zusammenzufassen und zu diskutieren.

### 11.1 Präsenz der Zeit in sozialer Interaktion

#### *11.1.1 Implizite Zeit und Zeitbewusstheit*

Basierend auf dem Elias'schen Zeitverständnis gelingt durch eine Rekonstruktion relevanter Zeitaspekte (Wandlungsreihe, Kontext, Anliegen, Ereignissequenz und Orientierungsereignis) in sozialer Interaktion eine Prozessbetrachtung von Synchronisationsprozessen im Kontext der hausärztlichen Versorgung von Menschen mit Demenz (s. Forschungsteilfrage 1). Auf verbal-sprachlicher Ebene zeigt sich, dass in allen drei hausärztlichen Konsultationsgesprächen die Verweise auf Zeitaspekte stärker implizit als explizit auftreten, sodass sich nicht nur anhand von Zeitbegriffen, sondern vielmehr über die Analyse von weiter gefasster Sinnstrukturen die oben genannten Sequenzen rekonstruieren lassen. Gleichzeitig wohnt diesen impliziten Sprachverweisen eine Zeitbewusstheit inne, die auf jenes lineare Zeitverständnis verweist, mit denen die Mitglieder einer modernen westlichen Gesellschaft sozialisiert wurden (s. Kapitel 1). Dass also anhand der Interaktionsfälle eine Zeitbewusstheit zu beobachten war, die sprachlich überwiegend implizit bleibt, verdeutlicht die, wie Elias es beschreibt, Zeit als einen selbstverständlichen und unhinterfragten aber gleichzeitig handlungs- und erkenntniswirksamen Aspekt (vgl. Elias 1984). Gleichzeitig scheint es auch Faktoren zu geben, die den expliziten Einbezug einer erlebbaren Zeitdimension in der hausärztlichen Konsultation (Beispiel Übersetzung der Formulierung Pflegeantrag in „Auszeit“) in die Interaktion erschweren bzw. verhindern.

Worin dieses Ergebnis begründet liegt, ob es bspw. auch ein Spezifikum der Demenzerkrankung anzeigt, bleibt offen und bedarf zukünftiger Vergleiche. Deutlich wird, dass Momente, in denen Geschehensabläufe begrifflich in eine erlebbare Zeitdimension übersetzt werden, für den Synchronisationsprozess bedeutsam sind.

### *11.1.2 Komplexität*

Die Einzelfallanalyse verdeutlichte auch die Komplexität und Verwobenheit der Elias'schen Zeitaspekte miteinander. Nicht jede Sequenz (Wandlungsreihe, Bezugskontext, Ereignissequenz und Orientierungsereignis) zeigt sich für jedes Individuum gleichbedeutend. Was sich als Wandlungsreihe des einen darstellt, kann bspw. das Orientierungsereignis des anderen sein. Insofern kommt der Klärung solcher Zeitaspekte und der subjektiven Perspektive auf dieselben eine hohe Bedeutung zu. Ohne expliziten Bezug auf Zeit beschreiben Uexküll und Wesiack diesen Prozess als Herstellen einer gemeinsamen Wirklichkeit (vgl. Wesiack 1990/91; vgl. Uexküll & Wesiack 1988), eine Grundsituation im hausärztlichen Gespräch, die Bahrs und Köhle am Beispiel des Erstgespräches betrachten (vgl. Bahrs & Köhle 1990). Das Herstellen einer gemeinsamen Zeitwirklichkeit wird in der hier vorliegenden Forschungsarbeit insbesondere in Fall 1 deutlich, in welchem die Klärung der subjektiven Wandlungsreihe dem Hausarzt einen Perspektivwechsel ermöglicht, der für den Aufbau einer gemeinsamen Zeitperspektive unabdingbar ist (vgl. Neckel 1988: 468). Zudem muss grundlegend auch ein Konsens darüber bestehen oder entstehen, ob überhaupt eine Problemstellung identifiziert wird, die eine Abstimmung aufeinander erforderlich macht (vgl. Elias 1984: 99). In der bewussten Klärung und Abstimmung über Wandlungsreihen, Orientierungsereignisse, Kontexte, sowie Ereignissequenzen lässt sich somit bisher ungenutztes Synchronisationspotenzial vermuten.

### *11.1.3 Gesprächsrahmen*

Dass insbesondere im Bilanzierungsgespräch ein Abstimmungsprozess über derartige Zeitaspekte entstanden ist, lässt sich durch das Gesprächsformat erklären, welchem die

Prozesshaftigkeit und damit die Zeitlichkeit bereits gesprächsstrukturell innewohnt und so Potenzial für den Einbezug der Zeit in die Interaktion bietet. Nicht nur für die Interagierenden, sondern auch für die forschers:innenseitige Betrachtung der Zeit in sozialer Interaktion zeigte sich das Bilanzierungsgespräch daher als besonders geeignetes Format. Dass im Bilanzierungsgespräch dennoch keine Ziele besprochen wurden, obwohl diese Dimension charakteristisch für dieses Format ist (vgl. Bahrs 2011), zeigt weitere mögliche Einflussfaktoren auf die Potenzialentfaltung eines solchen Gesprächsformates, die Zeitdimension in die Interaktion einzubeziehen. Das Gesprächsformat ist der Rahmen, der einen Kontext gibt. Die Umsetzung wird wiederum von Akteuren realisiert, die in anderen Kontexten stehen. Die Relevanz dieser Kontexte, wie bspw. Biografie oder Krankheitsverlauf, wird in den nachfolgenden Diskussionsabschnitten mit aufgegriffen.

## 11.2 Prozesse zeitlicher Koordination

### 11.2.1 *Behandlungs- und beziehungsgestaltend*

Aus den unterschiedlichen Gesprächsverläufen gehen fallspezifische Prozesse zeitlicher Koordination seitens der Hausärzt:innen hervor. Diese verdeutlichen die Zeit als (be)handlungs- und beziehungsgestaltend (s. Forschungsteilfrage 2).

Diese beiden Ebenen, zum einen die (Be)Handlungs- und zum anderen die Beziehungsebene, lassen sich vor dem Hintergrund zweier latent handlungswirksamer hausärztlicher Ziele, die Abholz und Pentzek (2007) im Kontext der Versorgung chronischer Krankheit beschreiben, diskutieren. Es handelt sich dabei um Krankheitsbehandlung und -bekämpfung und Integritätsstabilisierung der Patient:innen – zwei Ziele, die insbesondere in der Versorgung von Menschen mit Demenz im Widerspruch zueinander stehen (vgl. Abholz & Pentzek 2007) – s. Kapitel 4.1.<sup>54</sup>

---

<sup>54</sup> Die gezielte Literaturrecherche zu („typischen“) Zielen von Patient:innen in der hausärztlichen Versorgung von Menschen mit Demenz ergab keine konkreten Ergebnisse. Stattdessen fanden sich Ausführungen zu Patient:innenzielen gehäuft im Bereich der Psychotherapie (vgl. Michalak et al. 2007; vgl. Klappheck & Michalak 2009; vgl. Klappheck et al. 2012). Während die Relevanz des Einbezugs von Patient:innenbedarfen in

Betrachtet man die Behandlungsebene in dieser Arbeit als einen Bezug auf das Ziel Krankheitsbekämpfung und die Beziehungsebene als eine Bezugnahme auf das Ziel der Integritätsstabilisierung, dann fällt auf, dass die rekonstruierbaren Prozesse zeitlicher Koordination den Widerspruch der hausärztlichen Ziele aufzulösen versuchen. Zudem verweisen die Verwirklichungen der jeweiligen Ziele gegenseitig aufeinander.

Der Wert des „abwartenden Offenlassens“ (Bohn 2012) des Hausarztes (Fall1) zeigt sich einmal darin, dass die Integrität des Patienten stabilisiert wird, weil es seinen Widerspruch akzeptiert, oder, schärfer formuliert, die Verleugnungstendenz<sup>55</sup> unterstützt. Zum anderen bleibt aber auch das Potenzial für sein Behandlungsziel Pflegeantrag – auf der Zeitachse in die Zukunft verschoben – weiter aufrechterhalten. Das „(Ein)takten“ (Fall2) in den (Be)Handlungsplan zur Krebsprävention ermöglicht die Erfüllung eines Behandlungsziels, welches bei der Demenz nur begrenzt (vgl. Mann 2010: 422 ff.) möglich ist. Gleichzeitig bietet dieses Präventionshandeln eine Versorgungsstruktur, die im Kontext der Demenz zunehmend verloren geht. Da sich diese Maßnahme auf den Körper bezieht, bleibt die Integrität der Patientin in Bezug auf die Demenzbewältigung weiter erhalten. Obwohl die Vorsorgeuntersuchung auch die körperliche Integrität der Patientin sichern soll, greift dieser invasive Eingriff aber – auch mit Blick auf das ausbleibende Einverständnis der Patientin – ihre körperliche Integrität an. Das „Portionieren“ des Hausarztes (Fall 3) zeichnet sich behandlungsgestaltend als eine Eingrenzung auf „erste Schritte“ und beziehungsgestaltend einer schützenden Funktion gegenüber dem Überforderung signalisierenden Patienten ab. Diese zwei Ebenen scheinen noch in keinem Widerspruch zu einander zu stehen, der überbrückt werden müsste, da die Diagnose noch aussteht und die Interaktion noch nicht in den Kontext der Versorgung der chronischen Krankheit Demenz gesetzt ist.

Und obwohl sich anhand der hausärztlichen Prozesse zeitlicher Koordination Abläufe rekonstruieren lassen, die die Widersprüchlichkeit der hausärztlichen Ziele aufzulösen versuchen, scheinen dabei neue, bzw. auf einen anderen Bereich verschobene, Widersprüchlichkeiten aufzutreten. Aus den begrenzten (Be)Handlungsmöglichkeiten

---

der ärztlichen Versorgung deutlich im Ansatz der partizipativen Entscheidungsfindung vertreten zu finden ist (vgl. Klemperer 2005) scheint das Thema Patient:innenziele sowohl in Praxis als auch in Forschung verhältnismäßig unterrepräsentiert.

<sup>55</sup> Im Laufe dieses Kapitels im Abschnitt „Desynchronisation als Chance“ wird unter anderem die Qualität, die aus Verleugnung hervorgehen kann, beschrieben.

(bspw. wie in Fall 2 die unheilbare Demenz) und/oder der Eigenlogik der Patient:innen (bspw. wie in Fall 1: mangelnde Akzeptanz gegenüber Pflegeantrag) kann ein hausärztliches Empfinden entstehen über die „eigene Unwirksamkeit als Arzt [...] [die] unbefriedigend [sein und] sich dann als eine Art Wut auf die Betroffenen oder in einer Abwendung von diesen äußern [kann]“ (Abholz & Pentzek 2007: 64) – in Fall 1 der wiederholte Versuch des Hausarztes, die Angehörige als überlastet zu beschreiben, obwohl ihr Selbstbild ein anderes ist, was sich als Akt des Bruchs ihrer Integrität ausdrücken ließe (vgl. Abholz & Pentzek 2007: 61).<sup>56</sup> In Fall 2 wird dies deutlich durch das „Überstülpen“ des Versorgungsrhythmus<sup>57</sup> über die Eigenzeit der Patientin inklusive der Anordnung eines invasiven Eingriffs, wodurch die Patientin aus dem Blick geraten kann und es so zu einer Kränkung – im Sinne eines Übergehens – kommen kann (vgl. Ciompi 2012: 19). Diese Beispiele zeigen, wie sich die Verletzung der Integrität auf eine andere Person (bspw. Angehörige) oder einen anderen Kontext (Körpergesundheit) verschieben kann. Neben dem *Verschieben* der Integritätsverletzung, kann es auch zu einem Verschieben der Intervention kommen. In Fall 1 lässt sich das an einem Nachholen der aufgeschobenen Fürsorgehandlung (Pflegeantrag) in Bezug auf den patientenseitigen Umgang mit Geld rekonstruieren. Diese Vereinbarung zwischen Hausarzt und Angehöriger über das „Mitspielen“ der Patientenrealität kann einen „anderen (...) ‚besten Weg‘ zur Gewinnung von Gesundheit [bedeuten], die eben auch Integrität / Autonomie als Dimension beinhaltet (...)“ (Abholz & Pentzek 2007: 62) wobei, und das ist ebenfalls wichtig zu benennen, das Besprechen dieser Alternative unter Anwesenheit des Patienten, selbst eine Kränkung und damit Verletzung der Patientenintegrität darstellen kann.

Es lässt sich also festhalten, dass den hausärztlichen Prozessen zeitlicher Koordination sowohl der Auflösungsversuch von Widersprüchlichkeiten als auch ein Verschieben derselben innewohnt. Die Ergebnisse unterstreichen, dass nicht nur die hausärztlichen Ziele, sondern auch deren Widersprüchlichkeit einen zentralen Bestandteil der

---

<sup>56</sup> Auch wenn in Fall 1 nicht unbedingt eine Wut wahrnehmbar war, ist ein Frust des Hausarztes über die eingeschränkte Selbstwirksamkeit (bspw. angesichts der mangelnden Akzeptanz des Ehepaares gegenüber dem Pflegeantrag) nicht auszuschließen.

<sup>57</sup> Diesem „(Ein)Takten“ der Patientin in den Versorgungsrhythmus der Prävention in Fall 2 wohnt ein Delegationsanteil inne, der die Tendenz zu einer Versorgungssplitterung birgt, welche bemerkenswerterweise in der Tradition der betreffenden Gemeinschaftspraxis zu vermeiden versucht wird.

Synchronisationsprozesse ausmachen. Abholz und Pentzek haben bereits angemerkt, dass es Hausärzt:innen schwerfällt, diesen Umstand zu benennen, oder gar zu reflektieren (vgl. Abholz & Pentzek 2007: 64). Die Ergebnisse der hier vorliegenden Arbeit zeigen, dass der Blick auf die Zeit in sozialer Interaktion einen passenden Zugang zu dieser Problematik darstellen kann, da auch der Prozesscharakter der von Abholz und Pentzek beschriebenen Widersprüchlichkeit in den hausärztlichen Zielen skizzierbar wird.

Die Fallspezifität der Prozesse zeitlicher Koordination des Hausarztes in Fall 3 gilt es im Kontext der Demenzdiagnostik zu reflektieren, statt wie Fall 1 und 2 dieselben im Kontext der Krankheitsbewältigung auszudeuten. Vor dem Hintergrund der hausärztlichen Unsicherheit in der Demenzdiagnostik (vgl. Melchinger & Machleidt 2005; vgl. van den Bussche et al. 2012) lässt sich die zeitliche Begrenzung auf „erste Schritte“ in Fall 3 auch als eine diagnostische Portionierung des Hausarztes sich selbst gegenüber interpretieren, die als Vermeidung voreiliger Schlüsse fungieren kann. Die durch die Portionierung ebenfalls erreichte Einkürzung der Gegenwartsspanne kann zudem das Selbsterleben des Patienten unterstützen, dessen erlebte Kontinuität, so Jost, im Krankheitsverlauf zunehmend kürzer wird (vgl. Jost 2003: 163; Radvanszky 2010: 132), s. Kapitel 3.2.

Beleuchtet man die Prozesse zeitlicher Koordination der Hausärzt:innen mit Rückbezug auf gängige Interventionsmethoden in der Versorgung von Menschen mit Demenz (s. Kapitel 3.3), dann zeigen sich das „Abwartende Offenlassen“ und das „Portionieren“ als subjektbezogene Handlungen, die sich am Tempo und Zeiterleben der Patient:innen orientieren. Das „(Ein)Takten“ wiederum tendiert stärker zu einem Subsumieren der erkrankten Person unter die bereits bestehenden Zeitstrukturen. Diese Perspektiven werden noch einmal mehr plausibel, wenn man die Fallspezifika im Kontext der von Girke 2018 beschriebenen Zeitdimensionen reflektiert (s. Kapitel 2.3). Während in Fall 1 durch Perspektivwechsel die Synchronisation von Deutungszusammenhängen und damit die Dimension *der* „biografische Zeitgestalt des Lebens“ (Girke 2018: 285) im Vordergrund zu stehen scheint, laufen die Prozesse zeitlicher Koordination in Fall 2 stärker auf der Ebene der „äußerlich ablaufende[n]“ (Girke 2018: 285), linearen, kalendarischen Zeit ab. In Fall 3 wiederum scheint die „seelisch erlebte Zeit“ (Girke 2018: 285), die je nach Belastungserleben ein unterschiedliches Empfinden von Dauer umfasst, zentral zu sein. Die vierte Zeitdimension, die „in unterschiedlichem Maße geistig „erfüllte“ Zeit“, die die Qualität einer

Erfahrung und deren Bedeutsamkeit für das Subjekt umfasst, tritt in keinem der Fallbeispiele als Hauptbezug auf. Dieses Ergebnis ist bemerkenswert, da alle drei Fälle zusammen bereits drei der vier Dimensionen abzubilden vermögen. Zugleich ergeben sich daraus wichtige Fragen. Da es laut Girke 2018 „in der Medizin (...) nicht nur um eine ausreichende Zeitdimension für das Gespräch (...) [geht]“, sondern „[d]ie eingesetzte Zeit (...) darüber hinaus zu einer ‚erfüllten‘ Zeit werden und die ‚Geburt‘ neuer Gedanken und Perspektiven ermöglichen [muss]“ (Girke 2018: 294), gilt es die Ergebnisse auf das scheinbare Fehlen dieser Dimension hin zu diskutieren. Es bleibt unklar, ob die „erfüllte Zeit“ überhaupt eine Dimension darstellt, die gesprächsstrukturell rekonstruierbar ist, oder ob es zur Erfassung dieser Informationen eine Erhebung der Subjektperspektiven im Nachgang bedürfte, mit der Frage, was aus den Gesprächen jeweils mitgenommen wurde. Daher bleibt an dieser Stelle offen, ob bzw. wie und in welchem Umfang diese Dimension in allen Fällen ebenfalls vorhanden ist. Wiederum: Jene drei Zeitdimensionen, auf die sich die hier vorliegenden Fallspezifika beziehen lassen, werfen die Frage auf, welche Kriterien deren Vorkommen beeinflussen. Handelt es sich um einen Zufall, dass sich vor allem die Fallspezifika im Kontext des Bilanzierungsgesprächs auf die „biografische Zeit“ beziehen lässt, oder, dass die Fallspezifika des Gesprächs vor der Diagnostizierung, in der die Deutungszusammenhänge noch unklar sind, gerade die „seelisch erlebte Zeit“ und damit das Belastungserleben in das Zentrum rücken lässt? Inwiefern Gesprächsformat und Gesprächszeitpunkt einen Einfluss auf die Ausprägung der Zeitdimensionen im Gespräch haben, gilt es zu prüfen. Die Kontextabhängigkeit stellt sich dementsprechend auch für den größeren Versorgungszusammenhang dar. Mit anderen Worten: Es erscheint interessant zu erkunden, in welchem Versorgungssetting welche Zeitdimensionen in den Vordergrund treten und welche Vor- und Nachteile sich daraus ergeben.

Da den Hausärzt:innen rollenbedingt eine höhere Wahrscheinlichkeit der Strukturierungshoheit des Gesprächs zukommt, ist anzunehmen, dass sich diese auch auf die Prozesse zeitlicher Koordination übertragen lässt – dies erscheint plausibel anhand der Machtungleichheit in den Rollen (Experte vs. Laie) und der Freiheitsasymmetrie (helfende Person, die nicht von Krankheit betroffene ist vs. erkrankte, Hilfe suchende Person), die sich in der Asymmetrie der (Be)Handlungsmöglichkeiten niederschlägt (vgl. Begenau et al. 2010: 7ff.). Anhand der Fallrekonstruktionen wurde allerdings auch deutlich, dass die Prozesse zeitlicher Koordination der Hausärzt:innen in Wechselwirkung mit den Patient:innen und



Angehörigen stehen, bzw. als Reaktion auf deren Eigenlogik Ausdruck finden („Spiegelungen“ (Bauer et al. 2010: 41)) und somit die „Zeit [als] eine Beziehungsform“ (Elias 1984: 9) innerhalb der Triade erkennbar werden lassen.

Jene Bestandteile dieser Wechselwirkungsprozesse innerhalb der Triade wurden anhand des Fallvergleichs mit Rückbezug auf die Betrachtungsebenen der Zeit fallspezifisch und fallübergreifend deutlich und im Folgenden zusammengefasst reflektiert und diskutiert.

### *11.2.2 Ausdrucksformen der Zeit*

Die beschriebenen fallspezifischen Prozesse zeitlicher Koordination der Hausärzt:innen wurden anhand der Betrachtungsebene der Zeit als Symbol, als Ordnung und als Potenzial miteinander vergleichbar (s. Forschungsteilfrage 3). Die erkennbaren Unterschiede und Gemeinsamkeiten ermöglichen sowohl einen differenzierten Blick auf die Fallspezifika, als auch eine fallübergreifende Perspektive auf die Ausdrucksformen der Zeit in sozialer Interaktion.

#### *Orientierung an Wendepunkten*

In allen Fällen fanden sich je nach Hausärzt:innen-, Patient:innen- und Angehörigenperspektive Unterschiede in der Bedeutung von Wendepunkten, welche die Erzählstruktur in ein Vorher und Nachher gliedern – sprachlich erkennbar sind dieselben an strukturbezogenen Zeitbegriffen wie bspw. früher, später, damals. (vgl. Elias 1984: 45 f.).

Der Vergleich der Erzählstrukturen in den Gesprächen zeigt, dass von den Ehepartner:innen der Patient:innen der Wendepunkt „Erkrankung an Demenz“ durch Beginn erster Symptome als Bruch oder auch als Fortsetzung der Alltagsbewältigung erlebt werden kann, was auch mit einer Spezifik der Geschlechterrollen assoziierbar ist (bspw. die Übernahme der Aufgaben im Haushalt stellt für die Person mit traditioneller Hausfrauenrolle weniger einen Bruch dar als für den sonst berufstätigen gewesenen Mann). Dass für die Hausärzt:innen wiederum der Diagnosezeitpunkt ein Zeitstrukturelement darstellt, welches die Versorgung in ein Vorher und ein Nachher gliedert, erscheint das Setting betreffend konsistent und

plausibel. Weiterhin wird ein von der Begleitperson als Bruch erlebbarer potenzieller Wendepunkt in Bezug auf die demenzbedingt abnehmende Patient:innenautonomie rekonstruierbar. Einmal wird dies durch den Hausarzt (in Fall 1 als Befürchtung, dass die Angehörige dann nicht mehr aus dem Haus kann) und einmal durch den Angehörigen selbst (Fall 3: Thematisierung der noch bestehenden Selbstständigkeit des erkrankten Vaters) thematisiert. Je mehr sich die verschiedenen Kontexte der Akteure überschneiden, bspw. der Hausarzt oder die Hausärztin im Rahmen der Langzeitversorgung auch mehr vom Alltagsleben ihrer Patient:innen wissen, desto eher können den Hausärzt:innen auch Wendepunkte wie der Beginn erster Symptome auffallen und relevant werden.

Potenzielle Wendepunkte wurden auch als Orientierungsereignisse rekonstruierbar (bspw. Fall 1: Patientenautonomie, Fall 2: Heilung der Demenz), die sich als (zu vermeidende oder angestrebte) Meilensteine interpretieren lassen. Mit Rückbezug auf das Konzept „social clocks“ (Bozarro & Schweda 2015: 367) aus dem biografischen Kontext (s. Kapitel 1.2.2) lässt sich im übertragenen Sinne die Frage nach Konzepten zu versorgungsspezifischen Entwicklungsaufgaben (bspw. symbolisiert durch Leitlinien) und der Ausrichtung der Subjekte an diesen aufwerfen.

Die Relevanz des Timings und der Frage nach dem richtigen Zeitpunkt (vgl. Summers 2002; vgl. Hove & Risen 2009; vgl. Singh-Manoux et al. 2012; vgl. Borst & Hildenbrand 2012; vgl. Berger 2018), wäre dann nicht nur unter Berücksichtigung individueller Rhythmen und Eigenzeiten (vgl. Matthiessen 2018a), s. Kapitel 2.3, zu beleuchten. Es würde dann auch der Einbezug sozialisierter bzw. habitualisierter Konzepte relevant werden, die dazu führen, dass bestimmte Versorgungs- oder Krankheits- bzw. Genesungsverläufe erwartet oder angestrebt werden. So wurde bspw. im vorliegenden Datenmaterial die abnehmende Patientenautonomie (Krankheitsverlauf) am Ereignis des „Nicht-mehr-aus-dem-Haus-Könnens“ als Orientierungsereignis und damit als negativ konnotierter Meilenstein benannt, der als Grund für den nächsten Unterstützungsschritt herangezogen wurde. Mit Rückbezug auf das Verständnis einer Krise als wichtiger therapeutischer Zeitpunkt (vgl. Ciompi 2012; vgl. Hildenbrand 2011), ließe sich auch fragen, wie solche für die Zukunft antizipierten Meilensteine ihr therapeutisches Veränderungspotenzial bereits in der Gegenwart entfalten könnten, bzw. inwieweit der Einbezug antizipierter Wendepunkte die gegenwärtige Bewältigung begünstigt (bspw. vorausschauend, planend, zielführend) oder belastet (bspw.

beängstigend, besorgniserregend). Wobei beide Varianten (letzteres im Wunsch nach Vermeidung) das Gesundheitsverhalten – im Sinne von Risikosenkung für Erkrankung bzw. Chancenerhöhung für Gesundheit (vgl. Faltermaier 2020) – fördern können.

Die Berücksichtigung verschiedener Kontexte in der Koordination zeitlicher Prozesse wirft die Frage nach der Vereinbarkeit von Entwicklungslogiken auf. Wenn bspw. die Eigenlogik der Krankheit, der Biografie und der Paargeschichte etc. voneinander abweichen, dürfte ein Koordinationsproblem vorliegen, welches eine Synchronisation erforderlich macht. In ärztlichen Gesprächen wird die biografische Dimension eher zufällig thematisiert und oft nicht systematisch berücksichtigt (der Hausarzt in Fall 1 stellt hier eine Ausnahme dar). Der Versuch, die Erhebung und Berücksichtigung biografischer Daten in die Leitlinie zum Erstgespräch zu integrieren, stieß im Rahmen eines Workshops der DEGAM bei den Hausärzt:innen überwiegend auf Widerstand: Ein Hauptargument war, dass die Zeit dafür fehle, ein Nebenargument war, dass die biografischen Informationen in der Langzeitversorgung sowieso bekannt würden (vgl. Bahrs et al. 2015a; vgl. Bahrs et al. 2015b). Fall 1 der hier vorliegenden Arbeit zeigte, dass, obwohl der Hausarzt bereits über eine gute Informationsgrundlage verfügte, weitere Erzählungen hinzukamen.

Die Ergebnisse aus Fall 1 zeigen auch, dass die Transparenz des Hausarztes in Bezug auf den Kontext (in diesem Fall der erwartete Krankheitsverlauf; sei es, dass diese Erwartungen aus hausärztlich erlebter Anamnese oder theoretischen Konzepten hervorgehen) einen Dialog über voneinander abweichende Perspektiven ermöglichte und so zu einer neuen Ausgangslage für gemeinsame Entscheidungsfindung führte.

## Geschichten

Die Rekonstruktion von Wendepunkten wurde vor allem über die strukturbezogenen Zeitbegriffe in der Erzählstruktur möglich. Die erfahrungsbezogenen Zeitbegriffe Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft, die den synthesebildenden Menschen, d.h. dessen Verknüpfungsprozess von Ereignissen, mit in ihre Bedeutung einbeziehen (vgl. Elias 1984: 46) blieben in den Gesprächen jedoch aus, was Hand in Hand geht mit dem Ergebnis, dass Zeit insgesamt implizit blieb. Da die Synthesefähigkeit der an Demenz erkrankten Menschen als defizitär an- und wahrgenommen wird (s. Kapitel 3.2) könnte ein Ausbleiben der

Verwendung solcher Begrifflichkeiten in den vorliegenden Gesprächen als demenzspezifisch gedeutet werden, bzw. wird so die Frage relevant, wie erfahrungsbezogene Zeitbegriffe in anderen Settings Ausdruck finden.

Obwohl die Begriffe Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft nicht explizit wurden, fiel der Begriff „Geschichte“ im Gesprächsverlauf. Dieser wurde einmal als Beschreibung des Gesundheitsverhaltens des Patienten („JEDER HAT SEINE BUNTE GESCHICHTE“) und einmal als Reformulierung der Diagnose („DEMENZ ALSO DIE GANZE GESCHICHTE“) verwendet. Der Terminus „Geschichte“ wird von Elias zwar nicht als konkretes Sprachbeispiel für erfahrungsbezogene Zeitbegriffe angeführt, weswegen an dieser Stelle die Typuszuordnung offenbleiben soll, dennoch soll der Begriff hier in Bezug auf seinen Erkenntnisgewinn über das synthesebildende Subjekt betrachtet werden. Bemerkenswert daran ist, dass die Verwendung des Wortes Geschichte im Zusammenhang mit den jeweiligen impliziten Dyadenthemen (Schuldgefühl, Schamgefühl) auftrat und sich daraus Qualitäten wie Legitimierung und Enttabuisierung ableiten ließen. Die Deutungsmöglichkeiten des Begriffes, die bspw. „Geschichte“ als etwas Erzählbares, Sinnhaftes, Veränderbares, Unveränderbares, Anerkanntes, Distanziertes, usw. konnotieren, enthalten sowohl Informationen über die Verwendungsgestalt des synthesebildenden Subjektes als auch über die Personen, an die der Begriff adressiert ist.

Die Diskussion der Zeitbegriffe mit Rückbezug auf deren Deutung als strukturbezogene und erfahrungsbezogene ist in dieser Arbeit limitiert. Denn um die Begriffstypen identifizieren und voneinander unterscheiden zu können, braucht es vorab einen umfassenden sprachlichen Wissensvorrat, der über Elias' begriffliche Veranschaulichung hinausgeht und es braucht die entsprechende Sensibilisierung der forschenden Person für diese Zeitbegriffe. Dies konnte im Rahmen dieser Arbeit nicht umgesetzt werden, da sich die Achtsamkeit für diese Begriffstypen erst im Verlauf der Datenauswertung entwickelte und dieser Analysepfad so umfangreich erscheint, dass ihm besser durch eine separate Forschungsarbeit gerecht würde. Die genannten Diskussionsansätze verdeutlichen zunächst die Relevanz einer vertiefenden Auseinandersetzung mit diesen Begriffstypen und die Erforschung der Verwendungsmuster derselben.

Was sich an dieser Stelle außerdem festhalten lässt, ist, dass die Verwendung des Begriffs Geschichte darauf hinweist, dass die Subjekte Geschichten generieren und verstehen

(wollen). Im Kontext von Prozessen zeitlicher Koordination könnte also, so der Gedankengang, die Entstehung einer gemeinsamen Geschichte – einer gemeinsamen Wirklichkeit (vgl. Wesiack 1990/91; vgl. Uexküll & Wesiack 1988) – ein Kriterium für eine gelungene Synchronisation darstellen. Dementsprechend hoch wäre die Relevanz der Klärung, was für welche Person „die Geschichte“ ist, um so zu möglichen Schnittmengen zu gelangen.

### Abhandlung eigenen Zeiterlebens am Gegenüber – Zeit als Indikator für Subjektbefinden

Die Ergebnisse der Datenauswertung zeigen die Deutungen aufseiten der Angehörigen über das Gefühl der Patient:innen. Diese Deutungen zeichnen sich gesprächsstrukturell als eine Abhandlung eigenen Zeiterlebens ab. Aus einer anderen Blickrichtung betrachtet lässt sich resümieren, dass sich zeitstrukturelle Auffälligkeiten in der Gesprächsgestaltung seitens der Angehörigen als Hinweisgeber für jeweils eigene Probleme deuten lassen, wenn sie von den Angehörigen als Deutung über das Patientenerleben quasi ausgelagert und so gleichzeitig auf jene Person projiziert werden, die als Symptomträger:in gilt und somit ein „Problem“ markiert (Fall 1: Die Angehörige hält sich im Gespräch zurück und deutet den Patienten als gelassen; Fall 2: Der Angehörige unterbricht häufig und bezeichnet die Patientin als ungeduldig; Fall 3: Der Angehörige markiert im Gespräch die Dringlichkeit von Problematiken und deutet das Erleben des Patienten als Wut über die Einschränkungen, die mit seiner Vergesslichkeit einhergehen). Oevermann (2009) beschreibt dieses Phänomen als Übertragung und Gegenübertragung, welches sich insbesondere im psychotherapeutischen Bereich studieren lässt und sich zwischen Patient:innen und Therapeut:innen aufzeigen lässt (vgl. Oevermann 2009: 113ff.). Das hier vorliegende Ergebnis macht deutlich, dass bei Anwesenheit weiterer Personen solche Prozesse auch im Außen für die behandelnde Person beobachtbar werden können. Hier zeigt sich das Potenzial des Zeiterlebens und -strukturierens in der Funktion als Indikator für das Subjektbefinden (vgl. Borst & Hildenbrand 2012), allerdings verschoben als Projektion auf das Gegenüber. Diese Auffälligkeit erlaubt die Frage, welche weiteren Ausdruckformen der Zeit sich als Indikator für das Subjektbefinden noch finden lassen und wie diese mit den jeweiligen Rollen der Interagierenden zusammenhängen.

## Zeitlichkeit der Emotionen im Kontext Gesundheitshandeln

Wenn Akteur:innen etwas „inszenieren“, d.h. in der gegenwärtigen Situation etwas zum Ausdruck bringen, was in einer anderen Situation und damit in einer anderen Zeit für sie von Bedeutung und angemessen war (oder sein wird), dann lässt sich schlussfolgern, dass z.B. Behandler:innen und Patient:innen in unterschiedlichen Zeiten agieren. Das erscheint dann zunächst vielleicht „unsinnig“, könnte aber sehr wohl aus Sicht der inszenierenden Personen Bedeutung tragen. Dieses Phänomen zeigte sich in den Fällen anhand der impliziten Themen Schuldgefühl, seelischer Schmerz und Schamgefühl, die von den Angehörigen in Beziehung mit den Patient:innen re-inszeniert wurden. Mit Rückbezug auf die Theorie über die Zeit, in der der gegenwärtige Moment auf drei Ebenen stattfindend beschrieben wird, der „physischen“, der „psychisch/emotionalen“ und der „geistig/mental“ Ebene (Klein 2010: 44), lässt sich in den besagten Themen der vorliegenden Fälle eine Verschiedenheit zwischen psychisch-emotionaler und physischer Ebene im gegenwärtigen Moment beschreiben (vgl. Klein 2010: 44). Während die Patient:innen und Angehörigen sich physisch im gegenwärtigen Moment des Konsultationsgesprächs befinden, zeichnen sich auf psychisch/emotionaler Ebene Bezugnahmen auf erlebte Vergangenheit und erwartete bzw. befürchtete Zukunft ab. Ausgehend von der mit diesen Ebenen verknüpften theoretischen Annahme, dass die Kraft der Gegenwart in der Verbindung der drei Ebenen entsteht (vgl. Klein 2010: 44), stellt sich die Frage, wie einem Zerfall der Gegenwart in diese Ebenen entgegengewirkt werden könnte. Die Reinszenierung einer emotional-psychischen Gegenwart verweist auf ein Bewältigungshandeln der Angehörigen, das entweder als „Anreicherung der Gegenwart“ oder als „Flucht aus der Gegenwart (...) in die Vergangenheit (...) [oder] in die Zukunft (Klein 2010: 45) verstanden werden kann, wodurch wiederum „Wiederherstellungs-“, „Überlebens-“ (Payer 2006: 26 ff.) oder Überwindungshandlungen (vgl. Klein 2010: 45) nachvollziehbar werden. Das Handeln der Angehörigen in Fall 1 zeigt bspw. eine Fortsetzung und damit auch die stete Wiederherstellung der (durch die Demenz bedrohten) dem Ehepaar vertrauten Paardynamik – symbolisiert durch das Schuldthema und dessen Vergangenheitsbezug. In Fall 2 symbolisiert der seelische Schmerz des Angehörigen eine als akut empfundene Gegenwart, in der einerseits versucht wird, irgendwie zurecht zu kommen und emotional die herausfordernden Zeiten durchzustehen und zu überstehen. Andererseits kann dies eine extreme Zukunftsorientierung (Bezug auf

Todesanzeigen), die die schmerzhaftige Gegenwart zu überwinden versucht (vgl. Klein 2010: 45) bedeuten, oder auch eine Abwesenheit einer lebendigen Gegenwart (sich „wie tot“ fühlen) beschreiben. Auf welchen Zeitbezug das Schamgefühl in Fall 3 hinweist, lässt sich an dieser Stelle nicht eindeutig identifizieren. Dadurch, dass der Angehörige ein potenzielles Schamgefühl des Patienten lindert, indem er Verständnis für dessen Überforderung bekundet, lässt sich ein Zukunftsbezug in Form einer Erwartung (vgl. Payer 2006: 26 ff.) vermuten. Diese manifestiert sich vonseiten des Patienten als Angst vor Stigmatisierung durch Personen im sozialen Umfeld und vonseiten des Angehörigen als Befürchtung vor „richtigen Problemen“ am Beispiel einer konkreten Person. Inwiefern letztere eine Verschiebung und Abhandlung der Stigmatisierungsangst darstellen könnte oder es um ein separates Problem geht, bleibt offen.

Der Blick auf die Forschung zu Emotionen und Zeit unterstreicht, dass Emotionen sowohl einen Einfluss auf das Zeiterleben (vgl. Tipples 2008; vgl. Droit-Volet & Gil 2009) und die Zeitstrukturierung (vgl. Schacht & Sommer 2009), als auch auf das Gesundheitshandeln (vgl. Kleinert et al. 2007) nehmen können. An dieser Stelle sei noch einmal darauf hingewiesen, dass das Gesundheitshandeln sowohl Verhaltensweisen zur Risikominimierung für Erkrankung und zur Chancenerhöhung für Gesundheit (Gesundheitshandeln) als auch Maßnahmen von und für Personen mit Erkrankungssymptomen (Krankheitsverhalten) umfasst (vgl. Faltermaier 2020). Positiv sowie negativ konnotierte Emotionen können das Gesundheitshandeln beeinflussen (vgl. Kleinert et al. 2007: 48) und sollten, so Kleinert et al., als dafür bedeutsam berücksichtigt werden (vgl. Kleinert et al. 2007: 44).<sup>58</sup> Anhand eines motivationspsychologischen Ansatzes werden drei Funktionen der Emotionen in Bezug auf

---

<sup>58</sup> „Die Begriffe Befindlichkeit, Gefühl, Stimmung, Emotion oder Affekt werden in der Literatur in unterschiedlicher Weise verwendet.“ (Kleinert et al. 2007: 45) Während „Befindlichkeit und Gefühl“ die „Erfahrungs- und Erlebnisinhalte“ (die subjektive Erlebnisqualität) beschreiben, „[werden] Emotionen und Stimmung (...) demgegenüber eher als psychologische Konstruktion verwendet“ (Kleinert et al. 2007: 45). Unkontrollierbare, heftige Emotionen werden als Affekte bezeichnet (vgl. Kleinert et al. 2007: 45). Die Autor:innen nehmen in ihrem Beitrag über Emotionen und Gesundheitshandeln eine konstruktorientierte Perspektive ein und begründen damit ihre Entscheidung, sich auf den Emotionsbegriff zu beziehen (vgl. Kleinert et al. 2007: 45). Im Sprachgebrauch scheint es jedoch geläufig zu sein, dass Schuld und Scham als Gefühle bezeichnet werden. Im Sinne des Leseflusses fiel meine Wahl daher auf diese sprachliche Darstellungsvariante. Allerdings können diese „moralischen Gefühle“ (Reisenzein 2010) auch als Emotionen verstanden werden (vgl. Streit 2019; vgl. Blumenthal 2014; vgl. Stavemann 2014: Abb. 5-2; vgl. Neckel 2009). Der seelische Schmerz wiederum ist eng verknüpft mit Emotionen (vgl. Frank 2000; vgl. Schwegler 2009). Ich beziehe mich daher in der vorliegenden Reflexion auf den Emotionsbegriff.

Gesundheitshandeln deutlich: Als Orientierung, ob die Person sich betroffen fühlt und eine Handlungsintention entwickelt (bspw. Angst vor Krankheitsrisiko), als Situationsbewertung (ist etwas umsetzbar und/oder erreichbar) und als spontanes Ingangsetzen von psychischen und physischen Prozessen (bspw. Bewegungsimpulse durch Wut) (vgl. Kleinert et al. 2007: 46f.).

Am Beispiel der Ergebnisse dieser Arbeit könnte die Thematisierung des Schuldgefühls somit auf eine rekapitulierende Situationsbewertung verweisen. Dem Schamgefühl könnte eine Orientierungsfunktion zukommen. Seelische Schmerzen könnten als relevant für die Betrachtung spontaner Prozesse innerhalb der Interaktion gelten. Die Ergebnisse der hier vorliegenden Arbeit zeigen, dass ein großes Potenzial in der Dechiffrierung der Zeitlichkeit von Emotionen für eine bewusste Gestaltung der Prozesse zeitlicher Koordination im Kontext des Gesundheitshandelns zu finden ist. Anhand der Reflexion der Ergebnisse am Beitrag von Kleinert et al. 2007 wird deutlich, dass das Gesundheitshandeln im Sinne eines erweiterten Fallverständnisses der Demenz als Familienkrankheit auch auf die Angehörigen bezogen werden kann.

## Beantwortungsprozesse als Korrektiv

### *Intuitives Verstehen – Spiegelungen*

Trotz des Implizit-Bleibens der emotionalen Themen, gehen die Hausärzt:innen auf diese ein und verhalten sich dazu (vgl. Balint 1975; vgl. Balint & Hügel 2010). Dieses beantwortende Verhalten zeichnet sich in den Schwerpunkten des Synchronisationsverhaltens ab: Die Schuldfrage in Fall 1 spricht der Hausarzt aktiv an und begegnet ihr mit seinem Fokus auf die Akzeptanz der gegenwärtigen Situation mitsamt der Eigenlogik der Krankheit und der interagierenden Personen. Auf die vom Angehörigen re-inszenierte und für die Triade erlebbare Verzweiflung aus der demenzbedingten Aussichtslosigkeit in Fall 2 folgt die Aushandlung konkreter (Be)Handlungsmöglichkeiten. Dem Schamgefühl in Fall 3 wird mit dosiertem Herantasten (dem Belassen bei „ersten Schritten“) begegnet. Dieses „intuitive Verstehen“ (Bauer et al. 2010) beschreibt einen wichtigen Informationsaustausch zwischen Behandler:in und Patient:in. „Haltungen und Einstellungen des Arztes haben einerseits mit



seiner eigenen Person oder Situation zu tun, andererseits sind sie immer auch Reaktionen (bzw. Spiegelungen) auf das, was der Arzt an seinem Patienten wahrnimmt.“ (Bauer et al. 2010: 41) Die Ergebnisse zeigen die hausärztlichen Prozesse zeitlicher Koordination als Antwort auf die von den Patient:innen-Angehörigen-Dyaden mitgebrachten Themen und es lässt sich schlussfolgern, dass Synchronisation und damit verbundene Kompetenzen auch auf intuitiver Ebene stattfinden. Allerdings unterscheiden sich die Fälle darin, dass die Hausärzte aus Fall 1 und 3 den an sie herangetragenen Übertragungswünschen Rechnung tragen, während sich in Fall 2 die eigenen Übertragungen der Hausärztin stärker abzeichnen. Um solche Situationen mittels „patientenbezogener Selbsterfahrung“ besser unterscheiden zu können, gibt es Supervisionsgruppen (vgl. Körner et al. 1990; vgl. Flatten et al. 2018).

### *Komplizenschaft*

Mit Blick auf das kompensatorische Potenzial von Komplizenschaft<sup>59</sup> (vgl. Radvanszky 2010: 136; vgl. Hahn et al. 1988), lassen sich die Koalitionen zwischen Hausärzt:innen und Angehörigen als ein Akt deuten, der die Integritätssicherung der Patient:innen fördern kann. Denn mit dem Rückhalt der Hausärzt:innen erfahren die Angehörigen in der stellvertretenden Bewahrung der Patient:innen-Vergangenheit (vgl. Radvanszky 2010: 132) eine Stärkung. Gemeint sind hier die Erinnerungsleistungen bzw. (Re)Konstruktionsprozesse vonseiten der Angehörigen in Bezug auf die Vergangenheit der Patient:innen und die gemeinsame Biografie als ein Akt der Bewahrung Identität der erkrankten Person, ein Wirken entgegen dem demenzbedingten „Mangel am Gegenüber“ (Radvanszky 2010: 132). Umgekehrt haben die Hausärzt:innen dann über die Angehörigen Zugang zu diesen biografischen Informationen. Zudem könnte der Umstand, dass die Demenzerkrankung den Angehörigen und Versorger:innen Geduld abverlangt, auch als gemeinsame Herausforderung erlebt werden, die sich unter dem Motto „Geteiltes Leid ist halbes Leid“ besser bewältigen ließe. Dies führt zu der Frage, welche unterschiedlichen

---

<sup>59</sup> Im Kontext der Triade ist hier der Zusammenschluss zweier Personen gegenüber der dritten gemeint indem zwei Personen ein gemeinsames und von der dritten Person separates oder gar widersprüchliches Kommunikations- oder Handlungsanliegen verfolgen.

Schwierigkeitsgrade oder Hürden und umgekehrt auch förderliche Aspekte es im Umsetzen bestimmter Zeitkompetenzen geben könnte.

In Bezugnahme auf das Koalitions-geschehen erscheint das unterbrechende Gesprächsverhalten der Angehörigen vielschichtig und mehrdeutig und damit sehr interessant. Vor dem Hintergrund, dass die Anpassungsleistung im Umgang mit Menschen mit Demenz im Krankheitsverlauf zunehmend auf das Gegenüber übergeht (vgl. Luplow et al. 2010: 1), kann das unterbrechende Gesprächsverhalten der Angehörigen als stellvertretende Anpassungsleistung fungieren. Diese Anpassungsleistung der Angehörigen kann das Bemühen darstellen, die als defizitär gedeutete Gesprächskompetenz der Patient:innen gegenüber dem Hausarzt auszugleichen (bspw. die Antwortzeit zu beschleunigen). Somit versuchen die Angehörigen, in der Rolle „als Fürsprecher“:innen (vgl. Vick et al. 2018) auch die (Kommunikations)Stabilität (vgl. Radvanszky 2010: 139) und damit die Integrität der Patient:innen gegenüber den Hausärzt:innen aufrechtzuerhalten (vgl. Abholz & Pentzek 2007). Damit käme eine Angehörigen-Patient:innen-Koalition zum Ausdruck. Allerdings offenbart der Akt des Unterbrechens eben genau jene als defizitär gedeutete Kommunikationskompetenz der Patient:innen (bspw. verlangsamtes Antwortverhalten), den die Angehörigen mit ihren Einschüben und Ergänzungen zu kaschieren versuchen. Das Unterbrechen könnte zusätzlich einen Versuch der Angehörigen darstellen, sich mit den Hausärzt:innen als jene zu verbünden, die über ein Mehr an Kompetenz verfügen. Aus dieser Perspektive verweist das Ergebnis auf die Möglichkeit einer Unterschätzung des Patientenpotenzials (vorzeitige Unterbrechung) und eine Neigung zu einer Defizit- statt zu einer Kompetenzorientierung. Dies kann dann auch dazu führen, dass das Verhalten, das aus einer Komplizenschaft hervorgeht, Patient:innen entmündigt statt stärkt. Insbesondere dann, wenn Angehörige ihre eigenen Interessen den Interessen der Patient:innen voranstellen, statt sich als gemeinsame Akteure zu verstehen. Diese Lesart zeigt sich auch in der Annäherung an das Forschungsfeld (s. Kapitel 7) im Zuge derer die Angehörigen mir als Forscherin die „richtige Geschichte“ erzählen wollten. Dies würde auch plausibilisieren warum in Fall 1, in dem die Angehörige die Rolle der Korrigierenden bzw. „Besserwissenden“ stärker ablehnt, auch keine Unterbrechungen ihrerseits zu finden sind. Weiterhin, mit Rückbezug auf den Aspekt „Geduld“, der im Umgang mit Menschen mit Demenz und der Krankheitsbewältigung erforderlich wird, kann das Unterbrechen ein „Sich-zur-Wehr-Setzen“ (Borst & Hildenbrand 2012) der Angehörigen bedeuten und eine

Desynchronisation darstellen, die es den Angehörigen ermöglicht, die Kommunikation entsprechend ihres eigenen Tempos zu gestalten. So käme dem Unterbrechen die Symbolfunktion einer Durchsetzung eigener Bedürfnisse zu, welches durch die Demenzdiagnose der Patient:innen zudem legitimiert wird.

Koalitionen zwischen Hausärzt:innen und Patient:innen werden sichtbar, indem die Hausärzt:innen entweder für die Patient:innen das Wort ergreifen oder deren Verhalten rechtfertigen bzw. legitimieren. Zudem finden sich Gesprächspassagen, in denen die Deutungen der Angehörigen über die Patient:innen von den Hausärzt:innen nicht einfach hingenommen werden, sondern diese dazu aktiv die Patient:innenperspektive erfragen.

Interessant ist, dass die Koalition zwischen Hausärzt:innen und Patient:innen seitens der Hausärzt:innen initiiert scheinen. Wobei in Fall 1 auch im Widersprechen des Patienten ein aktives Angebot zur Koalitionsbildung mit dem Hausarzt gedeutet werden könnte. Koalitionen zwischen Hausärzt:innen und Angehörigen werden von beiden Seiten, Koalitionen zwischen Angehörigen und Patient:innen wiederum vonseiten der Angehörigen angeregt. Letzteres zumindest auf verbaler Ebene derart beobachtbar. Allerdings wirft der in Fall 2 beobachtbare Fußtritt unter dem Tisch, der der Hausärztin verborgen blieb, die Frage auf, ob sich über die Analyse nonverbaler Kommunikation noch weitere, verdeckte Koalitionsrichtungen erschließen lassen.

### *Desynchronisation als Chance*

Weiterhin zeigten sich Irritationen auf verschiedenen Ebenen: 1) Irritationen der Patient:innen-Angehörigen-Dyaden bezogen auf das hausärztliche Unterstützungsangebot, sichtbar anhand der Non-Compliance. 2) Irritationen im Umgang mit der Krankheit, sichtbar anhand konkreter Verweise auf Zukunftsbefürchtungen. 3) Irritationen in der Patient:innen-Angehörigendyade, sichtbar anhand der Reinszenierung von Uneinigkeiten zwischen den Eheleuten. Diese Irritationen lassen sich zum Einen als Desynchronisation im Sinne eines „Sich-zur-Wehr-Setzen“ (Borst & Hildenbrand 2012) lesen – dies vergegenwärtigt sich entsprechend demenztypischer Strategien (Verleugnen, Kaschieren, Diminuieren) der Patient:innen zum Erhalt der eigenen Integrität (vgl. Abholz & Pentzek 2007: 63). Zum anderen zeigen sie sich auch in Verweisen auf Desynchronisationsprozesse im Alltag

(Verleugnung, Entdramatisierung, sozialer Rückzug), sowie gesprächsstrukturelle Irritationen („Foppen“, „Spaß“, „Lachen“).

Die Verweise auf den Umgang mit der Demenzerkrankung umfassen mehrere Dimensionen der Desynchronisation. Zum einen wird deutlich, dass die Demenzerkrankung selbst die Patient:innen vom gewohnten Alltag desynchronisiert, denn es entstehen Irritationen im Umgang mit anderen und in der Alltagsbewältigung, die wiederum kompensiert werden müssen. Die daraus hervorgehenden Reaktionen (Verleugnung, Entdramatisierung, sozialer Rückzug) versuchen diesen Umstand zu kompensieren und der ursprünglichen Ordnung anzugleichen und können als eigene Abgrenzung von der Krankheit und damit auch als Synchronisation mit sich selbst und vorhandenen Ressourcen verstanden werden. Beispielsweise lässt sich das Verleugnen einer Krankheit und das Vermeiden damit verbundener negativer Emotionen auch als ein Erhalt von Optimismus und Kraft spendender Hoffnung begreifen ("gesunde Verleugnung" vgl. Druss & Douglas 1988: 165ff.). Anhand dieser Perspektive lässt sich erkennen, dass desynchronisierende Momente im Behandlungsverlauf nicht per se ein Hindernis im Werden bedeuten müssen und somit nicht als Stagnation fehlinterpretiert werden sollten. Stattdessen könnten anhand dessen mögliche Widersprüchlichkeit zwischen Behandlungszielen und Bewältigungszielen indiziert werden (vgl. Abholz & Pentzek 2007). Gleichzeitig kann die Eigenlogik der Patient:innen in ihrem Gesundheitshandeln und Krankheitsbewältigen (s. Kapitel 2.4) wiederum auch mit Desynchronisationsprozessen (im Sinne von Konflikten) einhergehen, vor allem wenn sie deutlich vom Handeln der Personen im Lebensumfeld und der Versorger:innen abweichen. Das Nicht-Beantworten<sup>60</sup> dieser patient:innenseitigen Bemühungen der Gesunderhaltung könnte, vor dem Hintergrund des „Chronosmanagements“ (Berger 2018: 398), als hausärztliches Versäumnis der Reflexion der Phasen zwischen den Konsultationsgesprächen verstanden werden. Sowohl die Verleugnung als auch die Umdeutung dieser als Gelassenheit scheinen vor allem der patientenseitigen Integritätsstabilisierung zu dienen, da sie einen Widerspruch zur hausärztlichen Behandlungsebene aufstellen. Die Umdeutung der

---

<sup>60</sup> Mit Bezug auf die Theorie über die Unmöglichkeit, nicht zu kommunizieren (vgl. Watzlawick 2016), ist die Wortwahl „Nicht-Beantworten“ missverständlich. Gemeint ist, dass hier die Verweise inhaltlich von den Hausärzt:innen nicht weiter aufgegriffen werden. Dies kann sodann als eine Antwort gedeutet werden, die ein Übergehen dieses Thema impliziert.

Verleugnung zur Gelassenheit in Fall 1 wirft aus Sicht der Forschung die Frage auf, ob ein Reframing des patient:innenseitigen irritierenden bzw. desynchronisierenden Verhaltens (Eigenlogik der Patient:innen) hilfreich für eine wertschätzende Integration dessen in hausärztliche Versorgung sein könnte. Denn in Fall 1 scheint die Umdeutung, das „Reframing“, eine gemeinsame Reflexion des Patientenverhaltens zu ermöglichen. Mit Rückbezug auf die in der Forschung beschriebenen altersbedingten Bewältigungsformen (vgl. Stoffers & Fooker 2016: 242) könnte eine solche Umdeutung auch auf einen erlebten Übergang des Patienten zwischen zwei Bewältigungsphasen hindeuten.

Auf jene Irritationen, die im Gespräch von der Patient:innen-Angehörigen-Dyade re-inszeniert werden<sup>61</sup>, reagieren der Hausarzt 1 und die Hausärztin 2 explizit, indem sie diese Irritationen entweder als positives Zeichen (Fall 1) oder negatives Zeichen (Fall 2) für das Befinden ihrer Gegenüber deuten. Eine abzuleitende Hypothese kann daher sein, dass die unmittelbare Erlebbarkeit von Desynchronisationsmomenten einen Einfluss darauf hat, inwieweit Hausärzt:innen diese als relevant einstufen und/oder darauf reagieren. Die ausbleibende Reaktion des Hausarztes in Fall 3 auf die Irritation zwischen Vater und Sohn könnte darauf hinweisen, dass neben der Art der Beziehung zwischen Hausärzt:innen und Patient:innen sowie Hausärzt:innen und Angehörigen auch die jene zwischen Patient:innen und Angehörigen eine Rolle in derartigen Beantwortungsprozessen spielen könnte.

Wiederum unterstreicht die hausärztliche Desynchronisation in Form der Integritätsverletzung das Potenzial eines weiter gefassten Krankheits- bzw. Gesundheitsbegriff, der über den bio-medizinischen bzw. physischen Kontext hinaus auch auf psychologische, emotionale und soziale Belange bezogen ist, welche wiederum als (Risiken und) Ressourcen wichtige Aspekte in Krankheitsbewältigungs- und Genesungsprozessen darstellen. Pointiert formuliert: Auch eine emotionale Kränkung innerhalb der Beziehung zwischen Behandler:innen und Patient:innen/Angehörigen kann die vertrauensvolle Versorgungsgrundlage und damit die Patientengesundheit beeinflussen.

---

<sup>61</sup> Bemerkenswert ist auch, dass alle Re-Inszenierungen von Irritationen in der Patient:innen-Angehörigen-Dyade mit Humor (und tlw. als Spaß bezeichneter Zynismus) gerahmt werden. Dies lässt vermuten, dass auch Humor (als Ausdruck und Deutung) eine relevante Funktion in Synchronisationsprozessen zukommt.

## Vorannahmen über Zeitkompetenzen

### *Deutungshoheit Erinnerung*

Da die Zeit in den Interaktionsverläufen insgesamt überwiegend implizit bleibt, fielen vor allem jene Stellen auf, in denen die Zeit explizit Thema wurde, nämlich als gemeinsame (Re-)Konstruktion der Vergangenheit. Dieses Ergebnis bestätigt die eingangs aufgestellte Annahme, dass die Zeit in der Begegnung zwischen Hausärzt:in und Patient:in mit Diagnose Demenz sehr wahrscheinlich mit Bezug auf die Symptomatik des Vergessens zu finden sein wird.

Die in den Fällen beobachtbaren Verhandlungen über das, was „wirklich“ war, verweist auf hausärztliche Vorannahmen über die Zeitkompetenz der Patient:innen. Da das Vergessen, so Meyer (2014), nicht im Widerspruch zum Erinnern stehen muss (vgl. Meyer 2014: 248), birgt die hausärztliche Deutungshoheit über die Rekonstruktion der Vergangenheit die Gefahr, dass Informationen, die für die Patient:innen relevant sind, nicht weiter aufgegriffen werden. So wird also Potenzial im Verstehen der Patient:innenperspektive nicht genutzt. Das Ausbleiben der hausärztlichen Deutungshoheit in Bezug auf die Patientenvergangenheit in Fall 3 führt zu der Frage, welche Faktoren dieses Verhalten beeinflussen. Zu prüfen wäre die Hypothese, inwiefern das Vorhandensein einer Krankheitsdiagnose eine Art Legitimation dafür liefert, ähnlich der Legitimation den Patienten, das Gegenüber „in bester Absicht“ unterbrechen zu dürfen. Allerdings scheint der Patient:innenvergangenheit im Versorgungskontext eine andere Deutungsrelevanz zuzukommen als der biografischen Vergangenheit im Lebenslaufkontext, an welche die Hausärzt:innen kein Korrektiv anlegt. Die Gegenwart lässt sich als „Niederschlag der Vergangenheit“ (Borst & Hildenbrand 2012: 16) verstehen, d.h. „Wir sind, was wir durch die Jahrtausende geworden sind; wir sind gewissermaßen (wie im Grunde alles, was ist) ein ungeheures Konzentrat von verflossenem Geschehen, von Geschichte, von Zeit!“ (Borst & Hildenbrand 2012: 16). Im Versorgungskontext, im Rahmen dessen eine belastbare Anamnese angestrebt wird, erscheint daher die Verlässlichkeit der Wirklichkeits(re)konstruktion der Vergangenheit sehr wichtig. Der Attestierung einer solchen Verlässlichkeit scheinen die Hausärzt:innen mit Hilfe der Anwendung des eigenen Erinnerungsvermögens beizutragen. Allerdings rückt dadurch

die ebenfalls wichtige Frage, was das, was „wirklich“ war, für die Betroffenen letztlich bedeutet, in den Hintergrund.

### *Unbesprochene Ziele*

Zwar werden Unterstützungsangebote explizit besprochen, aber die dahinterliegenden hausärztlichen Ziele in der Versorgung chronisch erkrankter Menschen – Krankheitsbehandlung und Integritätsstabilisierung der Patient:innen – (vgl. Abholz & Pentzek 2007) bleiben implizit. Die Momente der Desynchronisation (des Widerspruchs) stellen wiederum die Wechselwirkung der hausärztlichen Ziele mit der Eigenlogik der Patient:innen (s. Kapitel 2.4) dar. Die mit der Eigenlogik verwobenen Patient:innenziele blieben in allen Fällen unbesprochen, wenngleich die Zielbesprechung sogar als Kerndimension des Bilanzierungsgesprächs vorgesehen war. Zu benennen ist hier auch, dass in Fall 1 mit dem „early adopter“ bereits auf eine nicht ganz vollständige Umsetzung des Konzepts des Bilanzierungsdialogs hingewiesen ist. Neben der Frage des Gesprächsformats scheinen auch die Vorannahmen der Hausärzt:innen über die Zeitkompetenz der Patient:innen in beiden Richtungen der Zeitachse eine wichtige Rolle zu spielen. In Fall 1 vermutet der Hausarzt, so die Information aus dem Nachgespräch mit ihm, dass sein Patient keine Ziele habe. Dies ließe sich auch sinngemäß als ein Ziel, dass „alles so bleiben soll, wie es ist“ umformulieren, wurde vom Hausarzt aber nicht offen thematisiert. Diese erlebte Anamnese gilt es in der Versorgung von Menschen mit Demenz generell zu prüfen und im Zuge dessen auch die Frage zu klären wäre, wann ein Ziel als solches wahrgenommen und anerkannt wird. In Bilanzierungsdialogen geht es um die Einigung auf prioritäre gesundheitsrelevante Ziele, die nicht zwangsläufig medizinisch sein müssen. So kann das Erreichen von psycho-sozialen Zielen (wie bspw. eine gewünschte Umgangsweise mit Angehörigen) oder beruflichen Zielen (wie bspw. Bewältigung von Arbeitslosigkeit) einen wichtigen Beitrag im Umgang mit anderen Beschwerden leisten.

## Langzeitperspektive und Reichweite

---

„Geduld – das hört sich schon vom Begriff her geradezu antimodern an; erdulden, ertragen, hinnehmen, das sind alles Begriffe, die mit dem modernen Verständnis des Menschen als autonomem Wesen, inkompatibel erscheinen. Aber diese Inkompatibilität ist eine Fehlannahme, denn mit Geduld ist mehr und anderes gemeint als passives Hinnehmen. [...] Geduldig kann nur der sein, der ein bestimmtes Ziel im Auge hat.“ (Maio 2018: 121f.)

---

Die hausärztliche Langzeitperspektive wird anhand der Verweise auf potenzielle Veränderungen/Entwicklung (Fall 3) oder Verschlechterungen/Regression (Fall 1 und 2) im Zuge der fortschreitenden Krankheit erkennbar. Die Formulierungen bleiben aber überwiegend diffus, worin wiederum eine Qualität der Ergebnisoffenheit gesehen werden kann. Während die vom Hausarzt erwartete allgemeine Krankheitsentwicklung an keine handelnden Subjekte adressiert zu sein scheint, wird die antizipierte demenzbedingte Regression (als steigender Unterstützungsbedarf betitelt) direkt an die Patient:innen-Angehörigen-Dyade gerichtet. Die Ergebnisse zeigen, dass die hausärztliche Langzeitperspektive entweder am Krankheitsverlauf oder damit verbunden an den handelnden Subjekten und deren Eigenlogik ausgerichtet werden kann. Es stellt sich die Frage, welche Aspekte eine Rolle spielen und auf welche dieser Geschehensabläufe die Hausärzt:innen stärker Bezug nehmen. Die Diagnostizierung der Demenz als eine chronisch regressive Krankheit erscheint in diesem Zusammenhang einmal relevant als Markierung für einen Beginn eines Bewältigungshandelns und damit für den Einbezug der handelnden Subjekte in die Langzeitperspektive. Aber auch die Beschaffenheit der Dyade könnte eine Rolle dabei spielen, inwiefern die Eigenlogik des Patientenhandelns in den Vordergrund rücken kann – mit anderen Worten, der Umgang mit Ehepaardyaden stellt für Hausärzt:innen eine besondere Herausforderung dar, Einfluss auf das Gesundheitshandeln zu nehmen. Denn im Gespräch werden jene Grenzen sichtbar, die im Lebensalltag der Ehepaardyaden bereits wirksam sind. Andererseits werden diese Grenzen noch am ehesten im hausärztlichen Setting verhandelbar, wie es in Fall 1 anhand der Aushandlung der Auszeit deutlich wurde.

Durch diesen Einbezug verlangsamter Prozesse wie den Krankheitsverlauf, zeigen sich die Hausärzt:innen in ihren Rollen als Langzeitversorgende, die mit Geduld und Langmut die



wiederum erforderliche Anpassung und Modifikation (vgl. Schaeffer & Moers 2008: 13) der Bewältigungsbemühen aller Interagierenden ermöglichen. Das Potenzial der Geduld kommt in den Fällen in unterschiedlicher Art und Weise zu seiner Wirkungsentfaltung. In Fall 1 bspw. stellt das „abwartende Offenlassen“ – bis die Angehörige „nicht mehr aus dem Haus kann“ – eine Chance für den Hausarzt dar, die Eigenlogik des Ehepaares (die „mangelnde Akzeptanz“ gegenüber dem Pflegeantrag) besser verstehen zu lernen (vgl. Ciompi 2012: 12 ff.), und wenn nötig, das Unterstützungsangebot ggf. nachzuholen. Maio (2018) beschreibt dieses Abwarten von Reifungsprozessen „als Respekt vor der Zeit“, die Demut gegenüber der Begrenztheit „als Haltung der Milde“ und die Bereitschaft zu Warten und Eigenzeiten zu berücksichtigen „als nächstiftende Kraft“ (Maio 2018: 124 ff.). In Fall 2 wird über die Langzeitperspektive auf erwartbaren Unterstützungsbedarf hinaus der Langmut auch als Hoffnung (auf Heilung durch intensive Forschung an Medikation) „als vertrauensvolles Verhältnis zur Zukunft“ (Maio 2018: 126 f.) formuliert, und damit der Einbezug langsamerer Prozess selbst zum „Kraft spendende[n] Potenzial der Zeit“ (Ciompi 2012: 11). Die „Geduld als Liebe zur Sorgfalt“, die sich in der „Art der Verrichtung von Tätigkeiten [äußert]“ (Maio 2018: 125) findet in Fall 3 als portioniertes Vorgehen Ausdruck.

Diese Überlegungen führen zu der Frage, welche Aspekte die Entfaltung der „Kraft der Geduld“ begünstigen oder hemmen könnten. In dieser Überlegung scheint der Rückbezug auf Alfred Schütz' Reichweiten menschlichen Handelns lohnend (vgl. Schütz & Luckmann 2017: 71 ff.; vgl. Neckel 1988: 469). Die Erreichbarkeit von Ereignissen bspw. durch Wiederherstellbarkeit („ich kann immer wieder“), aktuelle Verfügbarkeit (aktuelle Reichweite) und Fortsetzbarkeit („und so weiter“) von Handlungen (vgl. Neckel 1988: 469), so die Überlegung, könnten, da sie die Art und Weise des Zukunftsentwurfes beeinflussen, in der Einbindung des Langmuts eine Rolle spielen.

Es besteht ein Unterschied zwischen Geduldhaben und Ausharren, da „Geduld als innere Kraft“ wirkt, die darauf hinweist, dass es der wartenden Person nicht nur an Initiative, Mut oder Einfall mangelt, sondern dass die Person Ziele hat (vgl. Maio 2018: 122; vgl. Klasen 2004). Das bedeutet umgekehrt nicht automatisch, dass Ungeduld, die in den vorliegenden Fällen als Ersatzhandlungen Ausdruck fand, auf ein Fehlen von Zielen verweist. Stattdessen lässt sich daran die hausärztliche Unzufriedenheit über eigene Zielwidersprüchlichkeiten in der Versorgung von Menschen mit Demenz rekonstruieren.

Die Ergebnisse zeigen somit, dass hausärztliche Zielwidersprüchlichkeiten zu einem Spannungsfeld zwischen Ungeduld und Geduld führen können.<sup>62</sup> Da Geduld „den kranken Menschen eine Zusicherung gibt, nämlich die Zusicherung, sich nicht desinteressiert von ihm abzuwenden“ (Maio 2018: 130), kann die Wahrnehmung der Ungeduld von Hausärzt:innen folglich als Desinteresse oder Abwendung wahrgenommen werden. In Fall 2 wird dieser Zusammenhang sichtbar, als die Hausärztin die Unsicherheit des Angehörigen mit der Aussage, sich extra mehr Zeit genommen zu haben, zu entkräften versucht. Da es systembedingte Gründe für Zeitmangel in Heilberufen gibt, die als Hemmnis für die Entfaltung der Kraft der Geduld für Behandler:innen und Patient:innen erlebbar werden (vgl. Maio 2018: 131), scheint die Geduldbereitschaft von Hausärzt:innen nicht als Ausgangslage voraussetzbar und bedarf eines Prozesses gegenseitiger Vergewisserung, der vor allem vonseiten der Angehörigen angestoßen wird (Fall 1: Dank für das Zeitinvestment des Hausarztes; Fall 2: Rückversicherung über Interesse; Frage, ob Angehöriger im Sprechzimmer wartend verbleiben kann).

### Relative Veränderbarkeit

Aus dem Umgang der Patient:innen mit demenzbezogenen Themen sowie deren Verweise auf Beeinflussbarkeit und Selbstwirksamkeit (Fall 1: Gelassenheit – „ES IS NUN MAL SO“, „MEIN ARZT (...) DER WIRD MIR HELFEN SOWEIT ES MÖGLICH IST“; Fall 2: Fußtritt unterm Tisch – „KEIN DRAMA“ draus machen; „INTRESSIERT MICH SCHON“, Fall 3: sozialer Rückzug – überfordert, Vermeidung unangenehmer Situationen) lässt sich deren jeweiliges Krankheitsverständnis rekonstruieren. Dasselbe weist Demenz als Teil des Alterns, als (psychische) tabuisierte Krankheit (vgl. Neppert 2010: 68) sowie als Zuschreibungsprozess (vgl. Trescher & Hauck 2016: 303) aus. Folglich könnte die Auseinandersetzung mit Krankheitskonzepten zu einer Gestaltung der Ereignissequenzen und der Compliance in Bezug auf die hausärztlichen Ziele (Behandlung und Integritätsstabilisierung) beitragen.

---

<sup>62</sup> Das für diese Profession typische Problem (vgl. Abholz & Pentzek 2007) findet im Einzelfall wiederum unterschiedlich Ausdruck. Eine Auseinandersetzung damit kann daher neben der Weiterentwicklung von Leitlinien und professionellem Selbstverständnis auch in Form individueller Supervision einzelner Hausärzt:innen stattfinden.

Ein mögliches Konzept über die Demenz als eine Krankheit, deren Ursachen sich vermeiden ließe (vgl. Neppert 2010: 68) wird zwar in Fall 1 implizit im Schuldthema über die Unvernunft des Patienten von der Angehörigen herangetragen, jedoch wird dies unverzüglich durch den Hausarzt entkräftet. Es stellt sich die Frage, ob in diesem Krankheitskonzept auch ein Potenzial der Selbstwirksamkeit liegen kann, das Angehörige und/oder Patient:innen in ihrem Gesundheitshandeln unterstützen würde. Ähnliche Annahmen lassen sich für das Konzept der Demenz mit einem dahinterstehenden Sinn<sup>63</sup> (vgl. Neppert 2010: 68) anstellen.

Weiterhin wurde im Umgang mit Demenz auch eine rollenbedingte Asymmetrie zwischen Hausärzt:innen und Patient:innen/Angehörigen sichtbar (vgl. Begenau et al. 2010: 7ff.). Die Hausärzt:innen positionieren sich mit Formulierungen über Zeitgestaltung („Auszeit“, „Zeit für“) als aktiv Handelnde während die Patient:innen und Angehörigen durch ihre Verweise auf die unvermeidbare Endlichkeit eine im Vergleich passive Haltung vermitteln. Diese Asymmetrie ermöglicht einerseits, dass Behandler:innen ihrer Aufgabe als Helfende nachkommen können. Andererseits kann, wie in Fall 1 auch sichtbar wird, der Aktivitätsgrad von Hausärzt:innen auf Widerspruch stoßen, wenn Patient:innen diesem im Kontext der eigenen Einschränkungen nicht gerecht werden können. Deutlich wird, dass diese Asymmetrie einen wichtigen Aspekt in Synchronisationsprozessen zwischen Behandler:innen und Patient:innen darstellt.

### Medikation als Symbolträger

Abholz et al (2007) benennen einen für die hausärztliche Versorgung von Menschen mit Demenz zentralen „(...) Zielkonflikt zwischen den beiden hausärztlichen Therapiezielen ‚Krankheitsbekämpfung‘ und ‚Integritätserhaltung‘“ (Abholz & Pentzek 2007: 64). Da die Hausärzt:innen das Problem der Zielkonflikte nur schwer benennen können oder gar nicht reflektiert haben, kommt es häufig dazu, dass sie den Kostenaspekt bzw. die Budgetfrage als Grund für eine nur seltene Verordnung von Antidementiva voranstellen (vgl. Abholz & Pentzek 2007: 64) – „nach dem Motto: das versteht jeder, da muss ich nicht die

---

<sup>63</sup> Gemeint ist hier die Vorstellung, dass die Demenzerkrankung eine konkrete Funktion erfülle (s. Kapitel 3.1).

Schwierigkeiten, die eigentlich dahinter stecken, zugestehen und erklären“ (Abholz & Pentzek 2007: 64).

Die Ergebnisse der vorliegenden Forschungsarbeit zeigen Ausdrucksformen der Entscheidungen über eine Medikation, die analog der Synchronisationsprozesse beschreibbar werden (Fall 1: Verwerfen/Aufschub einer Medikation, Fall 2: Aussicht/Hoffnung auf heilendes Medikament, Fall 3: Medikation als Option) und denen auch Begründungen immanent sind (Fall 1: Medikament *nicht notwendig*; Fall 2: heilendes Medikament *noch nicht* existent, Fall 3: *wenn* Diagnose, *dann* Medikament), die eine Verordnung ausschließen/einschränken bzw. die Rahmenbedingungen definieren. Der Umgang mit der Medikation unterstreicht das Bestehen der hausärztlichen Zielkonflikte in der Versorgung von Patient:innen mit Demenz und lässt sich als Symbolträger gemeinsamer Synchronisationsprozesse deuten. Balint beschreibt in seinen Studien, dass der Kontakt mit dem Arzt oder der Ärztin das therapeutisch Wirksame sein kann und das bisher benötigte Medikament dadurch überflüssig wird (vgl. Balint 1975).

### 11.3 Demenzspezifische Prozesse zeitlicher Koordination

Mit Rückbezug der Ergebnisse auf die Vorüberlegungen zur Demenzspezifik der Zeit im Material lassen sich folgende Erkenntnisse formulieren:

Die Besonderheit der Zeitthematik im Kontext der Demenz hat sich bestätigt, da die Zeitkompetenz der Patient:innen tatsächlich zu einem expliziten Thema wurde. Insofern lässt sich festhalten, dass im demenzspezifischen Setting die Chance steckt, die sonst selbstverständliche Zeitdimension zu reflektieren und neu zu verhandeln.

Dass Menschen mit Demenz die alltäglichen zeitlichen Mehrdeutigkeiten erschwert dechiffrieren können, spiegelt sich im Verhalten ihrer Mitmenschen wider, anhand von Benachteiligung/Potenzialunterschätzung durch Deutungs- und Strukturierungshoheit sowohl durch gesprächsstrukturelle Momente (Unterbrechen und Fortsetzen/Ergänzen) als auch in (Re-)Konstruktionsprozessen (Erinnern, Zielbesprechung, „richtige“ Geschichte erzählen), die wiederum eine kompensatorischer Anpassungsleistungen (im triadischen Gespräch als Komplizenschaft beobachtbar) bedeuten können.

Der Einbezug der Langzeitperspektive durch die Hausärzt:innen verweist auf potenziell notwendige Veränderungen und Adaptionen im Verlauf dieser chronischen Krankheit. Demenzspezifisch ist dabei, dass mit der Langzeitperspektive auch das Wissen um erwartbare Einschränkungen in der Langzeitplanung einhergehen. Dies könnte plausibilisieren, warum Zielbesprechung ein wenig präsenteres Thema zu sein scheint. Insgesamt findet sich die Relevanz des „Timings“ bzw. des „richtigen Zeitpunktes“ in den hausärztlichen Prozessen zeitlicher Koordination wieder. Das Abwarten in Fall 1 verweist auf einen „späteren Zeitpunkt als besseren“, das (Ein)Takten in Fall 2 auf einen „vorgeschriebenen Zeitpunkt“, das Portionieren in Fall 3 auf einen „vorläufigen Zeitpunkt“. In der Behutsamkeit und Vorsicht des diagnostisch portionierenden Verhaltens des Hausarztes in Fall 3 findet zudem die Frage nach der zeitgerechten Diagnose Ausdruck.

Etwaige Gewichtungstendenzen (Tabuisierung, Priorisierung) im Besprechen der Demenzerkrankung und der Vergesslichkeit zeichneten sich gesprächsstrukturell darin ab, wie und in welchem Umfang das Thema Demenz (Perspektive der Fallebene „Krankheit als Fall“) besprochen wurde (Fall 1: Oberthema/Hauptthema, Fall 2: hintergründig/überdeckt, Fall 3: beiläufig, als eine von mehreren Ideen).

Die Ergebnisse über die triadische Gesprächskonstellation bestätigen die Relevanz des Einbezugs der Angehörigen (Demenz als „Familienkrankheit“ (Radvanszky 2010: 127)). Dementsprechend relevant auf der Ebene „Patient:in als Fall“ für die Prozesse zeitlicher Koordination sind die Art der Patient:innen-Angehörigen-Dyaden (deren Eigenlogik und Compliance), die Länge der Beziehung zwischen Hausärzt:innen und Patient:innen (deren Vertrauensbasis sowie erlebte Anamnese), die damit verbundenen Rollen der Gegenüber als Patient:in und/oder Begleitpersonen (Hausärzt:in als Familienarzt; Adressierung der Fürsorgeangebote). Darüber hinaus ist auch – aus der Notwendigkeit einer multiprofessionellen Versorgung bzw. Vernetzung mit anderen Versorgern (vgl. Bartholomeyczik et al. 2008) auf der Fallebene „Interaktion als Fall“ – der Einbezug weiterer Akteur:innen bzw. Parallelversorger:innen (im Gespräch nicht Anwesende, aber für die Versorgung wichtige Personen) erforderlich.

Die Annäherung an das Forschungsfeld (s. Kapitel 7) hat für mögliche Tendenzen der Angehörigen, die „richtige“ Geschichte vermitteln zu wollen, sensibilisiert. Es handelt sich dabei um eine Ausdrucksgestalt, die sich ebenfalls in den hausärztlichen triadischen

Konsultationsgesprächen wiederfand. So verwiesen bspw. die emotionalen Dyadenthemen und die kompensatorischen Korrekture in Beantwortungsprozessen seitens der Angehörigen auf die „Geschichten“ um die es, aus Perspektive der Angehörigen, „eigentlich geht“.

Was für die Patient:innen „anfiel“ („der Fall“ bzw. selbst von besonderem Interesse war), bleibt in dieser Datenauswertung offen. Dies ist ein bezeichnendes Ergebnis und scheint offen zu legen, dass die Patient:innenperspektiven und -belange in den Gesprächen gemäß der Unterschätzung des Patientenpotenzials im Hintergrund blieben und nicht aktiv eingefordert wurden.

Aufgrund der entstehenden Komplizenschaften zwischen zwei Personen gegenüber der Dritten sowie eines latent wirksamen Korrektivs in den Gesprächen wird die Frage wichtig, welche Anliegen in der Dreierkonstellation gut zu besprechen sind, und welche besser in Einzelgesprächen thematisiert werden sollten. Die Ergebnisse verdeutlichen die erhöhte Komplexität von Synchronisationsprozessen innerhalb der trialogischen Gespräche als soziale Einheit im Kontext der hausärztlichen Versorgung von Menschen mit Demenz. Daraus lässt sich ableiten, dass einer bewussten Gestaltung von Prozessen zeitlicher Koordination eine umso wichtigere Rolle im professionellen Handeln der Hausärzt:innen zukommt.

## 12 Ausblick: Zeitsensibilität

Im Zuge der Reflexion der Ergebnisse ließen sich bereits erste weiterführende Fragestellungen andeuten. Im Ausblick soll nun ein Schritt aus der Komplexität und Feingliedrigkeit der Ergebnisse heraus erfolgen, der sich hin zu einem allgemeineren kontextübergreifenden Überblick über Zeitthemen für Praxis und Forschung bewegt. Sinnvoll erscheint dabei die Bezugnahmen auf die interdependenten Eigenschaften der Zeit in sozialer Interaktion: Die Sichtbarkeit bzw. Wahrnehmbarkeit, der Kontext- und Subjektbezug und die Wechselwirkungsprozesse basierend auf der Sequenzialität der Zeit stellen Aspekte dar, die für die professionelle Gestaltung von Prozessen zeitlicher Koordination in der Praxis relevant erscheinen und denen man sich forschend (mithilfe der drei Betrachtungsebenen der Zeit als Symbol, als Ordnung, als Potenzial) nähern kann. Mit Blick auf einen professionellen Einbezug der Zeit in Begegnungen zwischen Behandler:innen und Patient:innen sind im Folgenden Impulse und offene Fragen für Praxis und Forschung aufgeführt.

Ein professioneller Einbezug der Zeit in Konsultationsgespräche setzt voraus, dass sich Behandler:innen der Relevanz von Zeitlichkeit in sozialen Interaktionen bewusst werden und dafür sensibilisieren. Insbesondere in Gesprächssituationen kommt der versprachlichten Zeit eine relevante Gestaltungsfunktion zu. Es erscheint sinnvoll, verbale und nonverbale Zeitverweise in Gesprächen identifizieren zu können, um diese Informationen dann in den Prozessen zeitlicher Koordination bewusst einzubeziehen. Dies erfordert ein Verstehen der versprachlichten Zeit – und das sowohl im Dialog zwischen Behandler:innen und Patient:innen als auch aus wissenschaftlich forschender Perspektive. Verständnisfragen könnten sich dabei bspw. auf die Beschaffenheit eines „Zeitsprechs“ hinsichtlich Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Behandler:innen und Patient:innen oder auch zwischen Patient:innen und Angehörigen beziehen. Eine für die Versorgungsforschung wichtige Überlegung kann sein, ob sich system- und rollentypische Verständnis- und Verständigungsprobleme („Ich verstehe das als Ärzt:in/Patient:in/Partner:in so und so“) identifizieren lassen. Mit Bezug auf die Relevanz der Emotionen im Gesundheitshandeln erscheint es auch wichtig zu erfahren, welche Zeitbegriffe positiv und welche negativ besetzt sind. In diesem Zusammenhang könnte bspw. „Auszeit“ mit Unsicherheit besetzt sein (im

Sinne einer Konfrontation mit dem Unbekanntem), denn „Auszeit“ betont vor allem das Wegbleiben/Auslassen von Geschehensabläufen ohne zu benennen, was stattdessen passiert. Gleichzeitig ermöglicht diese „Leere“ auch die Entwicklung und Durchführung neuer, alternativer Geschehensabläufe. Hierbei wird ein Aspekt deutlich, der mit Bezug auf die Relevanz der Dimension „erfüllte Zeit“ (Girke 2018: 285) wichtig erscheint. Forschungserkenntnisse über subjekt- und kontextbedingte Zeitsprache könnten in die Praxis rückfließen und dem gemeinsamen Verstehens- und damit auch Synchronisationsprozess dienen. Auch die Bedeutsamkeit eines „Zeitsprechs“ für Synchronisationsprozesse ließe sich anhand von Sprechakten untersuchen, mittels derer etwas in eine erlebbare Zeitdimension übersetzt wird (wie in den vorliegenden Ergebnissen beschrieben), oder, in denen eine erlebbare Zeitdimension in eine alternative Begrifflichkeit überführt wird. Diese Momente könnten weitere Erkenntnisse über Funktionen versprachlichter Zeit in sozialer Interaktion offenbaren. Momente sprachlicher Umdeutungen könnten auf (de-)synchronisierendes Verhalten im Sinne sozialer Erwünschtheit oder im Zuge altersbedingter Bewältigungsmuster hinweisen. Die Auseinandersetzung mit derartigen Geschehensabläufen könnte auch Erkenntnisse über Reframingsprozesse und deren Funktion hervorbringen.

Auch die weitere Erkundung nonverbaler Kommunikation in Synchronisationsprozessen erscheint wichtig, um diese als weitere relevante Sprachebene im Zusammenspiel mit verbalen Synchronisationsprozessen verstehen zu lernen und so der Komplexität der Sprache besser gerecht zu werden. Zum anderen ist sie relevant, um daraus Erkenntnisse für alternative Kommunikationswege zu erhalten und für solche Versorgungskontexte zu explorieren, in denen bspw. verbale Kommunikation nicht mehr möglich ist. Für die Gesundheitsversorgung wichtige Fragen wären, bspw. welche Vor- und Nachteile sich aus unterschiedlichen Kommunikationskanälen für die gemeinsame Abstimmung ergeben (bspw. die musikalische und biografische Arbeit mit an Demenz erkrankten Menschen in der Pflege) und welche Aspekte ggf. übertragbar auf andere Kontexte wären. An dieser Stelle sei auf eine Studie von Tschacher und Meier (2019) verwiesen, in der Synchronisationsprozesse physiologischer Vorgänge (Atmung, Herzaktivität) von Psychotherapeut:innen und Klient:innen in Gesprächssitzungen untersucht wurden (vgl. Tschacher & Meier 2019). Die Ergebnisse zeigen, dass auch physiologische Synchronisationsprozesse mit Gesprächsinhalten in Wechselwirkung stehen können.



Neben der versprachlichten Zeit ist auch die materialisierte Zeit ein relevanter Bestandteil von Synchronisationsprozessen. Zeitverweise müssen nicht immer verbal oder nonverbal Ausdruck finden, um wahrnehmbar zu sein. So kann eine Ereignissequenz (bspw. diagnostisch oder therapeutisch) durch einen Überweisungsschein symbolisiert werden, eine Wandlungsreihe kann auch über Behandlungsdokumente (bspw. die Patientenakte) beschreibbar werden. Allgemeiner, im Dienst der Gesundheitsforschung, ließen sich Kommunikationsprozesse der Gesundheitsversorgung anhand materialisierter Zeit untersuchen. Dies zielt bspw. auf Datenspeichermedien unter dem Aspekt der Verewigung von Informationen, auf Datenübermittlungsmedien unter dem Aspekt der Beschleunigung, auf die Art und Weise des Einsatzes von Uhren in Wartebereichen, auf den Umgang mit Überweisungsscheinen, etc. im Kontext von Versorgungsprozessen ab. Weitergehend betrachtet, könnten Materialien, die in der Medizin verwendet werden, hinsichtlich ihrer Zeitbedeutung untersucht werden bspw. anhand der Langlebigkeit des Materials (Metalle, Kunststoffe) oder dessen Funktion als „Verjüngungs“-Methode (Silikon, Botox o.ä.). Interessant wären hier auch die Arten der Anwendung der Materialien entweder am oder im Körper, welche mit Reversibilitätsunterschieden einhergehen.

Ein weiterer Aspekt in dem sowohl die Zeitlichkeit nonverbaler Kommunikation als auch materialisierter Dinge zusammenfließen, ist der räumliche Ausdruck der Zeit, der ein weiteres Feld zur Erkundung und dem Verstehen der Zeit in sozialer Interaktion bietet. Da mit unterschiedlicher Verortung der Zeit im Raum auch unterschiedliche Erkenntnis-, Handlungs- und Prozessverläufe verknüpft sind (vgl. Rösing 2000), erscheint es interessant und wichtig zu sein, die räumlichen Gegebenheiten in der Gesundheitsversorgung auf deren Chancen und Grenzen hinsichtlich der Prozesse zeitlicher Koordination zu betrachten. Das umfasst bspw. den Aufbau von Sitzplatzordnungen, die Verortung von Ein- und Ausgängen oder Hin- und Rückwegen in Versorgungsstrukturen, das Arrangement von Informationen an Raumstrukturen usw. Erkenntnisse dazu könnten Behandler:innen nutzen, um zeitliche Prozesse durch eine räumlich bewusste Gestaltung zu beeinflussen (Abläufe fördern oder unterbrechen/verändern).

Prozessen zeitlicher Koordination sind wechselseitige Beantwortungsprozesse der Interagierenden immanent. Die Selbstreflexion der eigenen Art und Weise, wie sie mit ihren

Patient:innen „zeiten“ (Elias 1984: 14), kann Behandler:innen dabei unterstützen, die Zeitlichkeit ihrer Gegenüber besser zu verstehen.

In der Auseinandersetzung mit dem Befinden der Patient:innen und Angehörigen kann der Einbezug deren Zeiterlebens (auch in Form von Gegenübertragungsphänomenen) unterstützend wirken. Zudem, mit Bezug auf das Gesundheitshandeln, wird die Verortung von Orientierungsereignissen und der damit verbundenen Emotionen auf der Zeitachse relevant. Um Emotionen als Indikatoren für die zeitliche Orientierung der Interagierenden zu identifizieren und Zusammenhänge mit deren Gesundheitshandeln verstehen zu lernen, erscheint Anschlussforschung nützlich.

Weiterhin, da den Eigenrhythmen der Patient:innen eine Eigenlogik innewohnt, die der Logik der Behandler:innen entgegenstehen und dennoch eine Ressource bedeuten kann, stellt sich die Frage nach einer wertschätzenden Integration desynchronisierender Momente in den Behandlungsverlauf. Dies erfordert eine Auseinandersetzung mit der Frage, wann, wie, von wem und in welchem Zusammenhang die Desynchronisation als Chance (bspw. „Sich-zur-Wehr-Setzen“) oder Grenze (bspw. Kränkung) erlebt werden kann. Forschungserkenntnisse dazu können in die Praxis zurückfließen und bspw. Behandler:innen entsprechende Indikatoren für derartige Gestaltungsmomente an die Hand geben. Für die Vereinbarkeit unterschiedlicher Eigenrhythmen erscheint, je nach Versorgungs- und Krankheitskontext, auch die professionelle Auseinandersetzung mit dem Aushandeln und Herausbilden gemeinsamer Rituale, Tempi und „richtiger“ Zeitpunkte relevant.

Prozesse zeitlicher Koordination unterliegen kontextspezifisch unterschiedlichen Möglichkeiten und Grenzen. Diese können je nach Gesellschafts-, Institutions-, Krankheits- oder Versorgungskontext variieren. Eine professionelle Gestaltung von Prozessen zeitlicher Koordination erfordert daher neben dem Erkennen zeitlicher Aspekte auch ein Bewusstsein für den Kontext- und Subjektbezug der Zeit – und das sowohl in Bezug auf die eigene Zeitlichkeit als auch auf die des Gegenübers. Um Erkenntnis- und Handlungsprozesse der Interagierenden verstehen zu lernen, ist eine Auseinandersetzung mit deren Zeitsozialisation wichtig. Eine solche Reflexion können Behandler:innen allein vornehmen (Gleiches gilt auch für Zeitforscher:innen) oder auch im Dialog mit ihren Patient:innen durchführen. Wichtig für einen bewussten Einbezug der Zeit in die soziale Interaktion ist auch die Auseinandersetzung mit Zeitkonzepten (bspw. Leitlinien, Konzepte zu Genesungs-

und Krankheitsverläufen, Krankheitskonzepten, social clocks) und mit dem individuellen Zeitverständnis (bspw. zeitbewusst, zeitvergessen, linear, zyklisch etc.) sowohl der Patient:innen und (wenn involviert) der Angehörigen, als auch der Behandler:innen. Wichtig im Umgang mit der Krankheit kann auch die Auseinandersetzung mit biografischen Informationen der Patient:innen (vgl. Pfeffer 2010) sein. Zudem kann, bei der Frage, wo sich der/die Patient:in mit welcher Blickrichtung auf der Zeitachse (auf welcher Ebene: emotional, mental, physisch) befindet, bspw. die Betrachtung einer individuellen Zeitstrukturierung helfen. Die Auseinandersetzung mit der individuellen Zeitstrukturierung kann Informationen zu chronologischer und emotionaler Nähe sowie Distanzpunkten auf der persönlichen Zeitachse der Patient:innen offenbaren. Der Einbezug solcher patient:innenseitigen Zeitlandschaften könnte Behandler:innen im Behandlungsverlauf und Patient:innen bei der Krankheitsbewältigung unterstützen. Gleiches kann für den Einbezug eigener Zeitlandschaften von Behandlern:innen gelten. In diesem Zusammenhang erscheint auch eine Reflexion eigener „blinder Flecken“ im Zeiterleben und im -verstehen angezeigt bspw. bedingt durch größere Unterschiede im Lebensalter zwischen Interagierenden. Für die Gesundheits- und Versorgungsforschung erscheint auch die Frage interessant, welche Rollen – neben dem allgemeinen Zeitverständnis (gesellschaftliche Sozialisation) der Behandler:innen als Menschen – bspw. auch die Zeitlichkeit der individuellen Aus- und Weiterbildungskontexte (berufsspezifische Sozialisation), sowie die Zeitlichkeit der gesellschaftlichen wie auch institutionellen Rahmenbedingungen (bspw. Beschleunigungsprozesse, Zeitdruck) in den Prozessen zeitlicher Koordination spielen.

Zur Erforschung der Kontextspezifität sprachlicher Zeitverweise und der Prozesse zeitlicher Koordination könnte eine größer angelegte Vergleichsstudie beitragen, die Kriterien wie Fachspezifik der Ärzt:innen, Krankheitskontext oder Setting innerhalb oder außerhalb der Gesundheitsversorgung in den Blick nimmt. Interessant wäre bspw. die Erkundung von Ausdruckformen der Zeit im Zusammenhang mit verschiedenen Krankheitsbildern. Zum einen würde das Schlussfolgerungen über die Demenzspezifik der Ergebnisse dieser Arbeit zulassen, zum anderen ließe sich das Feld um voraussichtlich weitere beobachtbare krankheitsspezifische Phänomene erweitern, aus deren Vergleich sich weitere Anhaltspunkte für Generalisierungen ableiten ließen. Ein Beispiel könnte sein, Gespräche mit Patient:innen, analog des Ansatzes zu Konversationsanalysen von Anfallskranken (vgl. Gülich et al. 2020) auf krankheitsspezifische Sprachmuster hin zu untersuchen. Wiederum der Vergleich

verschiedener Versorgungskontexte (Krankenhaus, Pflegeheim, Praxis usw.) könnte Aufschluss über Relevanz und unterschiedliche Umsetzbarkeit des Einbezugs verschiedener Zeitaspekte geben. Ein interkultureller Vergleich könnte über Analyse von Irritationen in Prozessen zeitlicher Koordination tiefer liegende unbewusste, weil angelernte, Zeitaspekte identifizieren.

Mit Blick auf eine zukünftige (konzeptionelle und professionelle) Sensibilisierung und Schulung von Behandler:innen für den Einbezug der Zeit in die Begegnung mit Patient:innen als behandlungs- und beziehungsgestaltendes Element wäre es interessant zu schauen, welche Einflussfaktoren den Einbezug der Zeit begünstigen oder erschweren. Die Ergebnisse lassen vermuten, dass das Gesprächsformat (Beschaffenheit der Prozessperspektive, Konstellation: dyadisch oder triadisch), die Zeitkompetenzen der Interagierenden (Krankheitskontext) sowie die Haltung der Behandler:innen und deren Vorannahmen über die Zeitkompetenzen der Patient:innen relevant für den Einbezug des Faktors Zeit sind. Um als Behandler:in gesprächsstrukturell die Potenzialentfaltung sowohl der Patient:innen als auch der Angehörigen bestmöglich im Blick zu haben, erscheint die Achtsamkeit gegenüber Komplizenschaften und Asymmetrien in Redebeiträgen angezeigt. Dass Behandler:innen und Angehörige Vorannahmen und Hypothesen über die Erkrankten haben, konnte das untersuchte Setting in dieser Arbeit plausibel aufzeigen. Bestehende Forschung zu diesem Phänomen konnte auch zeigen, dass sich Hausärzt:innen entsprechend ihrer Haltung gegenüber ihren Patient:innen unterschiedlich zu diesen positionieren (vgl. Kreher et al. 2009). In welchem Ausmaß die genannten Faktoren hinderlich oder förderlich für den Einbezug der Zeit in die Interaktion sind, gilt es weiter zu erkunden. Darauf aufbauend ließen sich Priorisierungsfragen über den Transfer passender Informationen und Maßnahmen in die Praxis ableiten.

Weiterhin stellt sich die Frage, welche Aspekte die Entfaltung des Potenzials einer bewussten Zeitgestaltung (bspw. die Klärung und Abstimmung von Wandlungsreihen, Orientierungsereignisse, Kontexte, sowie Ereignissequenzen) beeinflussen. Welche dieser Sequenzen ist für wen zu welchem Zeitpunkt wichtig und relevant, um geklärt bzw. synchronisiert zu werden? Lassen sich kontext- oder rollenspezifische Sequenzen identifizieren, die in Begegnungen zwischen Behandler:in und Patient:in aufeinandertreffen? Eine ebenfalls interessante Frage könnte sein, was es Behandler:innen

ermöglicht, die Hoffnung als kraftspendendes Potenzial einzusetzen? Anknüpfend an die Ausführungen von Maio 2018 zur Bedeutung der Geduld (vgl. Maio 2018) könnte eine weiterführende explorative Auseinandersetzung mit dem Zusammenspiel von Art und Beschaffenheit von Handlungsspielräumen mit Langmut und Geduld Erkenntnisse hervorbringen. Ein Artikel über die Bedeutung der Geduld in früheren Jahrhunderten zeigt bspw. anhand der Betrachtung von Hebammenverordnungen einen Wandel der Abhängigkeit der Geduld von verschiedenen Faktoren (wie Finanzen und Zeitnormen über Geburtsdauern) im Laufe der Geschichte auf (vgl. Loytved 2004).

Einhergehend mit der Frage, ob Zeitbewusstheit oder Zeitvergessenheit förderlich oder hinderlich für die Interaktion sind, kann auch die Frage relevant werden, ob überhaupt Zeitliches besprochen werden sollte. So könnte die bewusste Entscheidung gegen ein Thematisieren von Zeitaspekten oder das Auslassen der zeitlichen Klärung ein Teil einer gesundheitsfördernden Absicht werden. Dies würde sich bspw. in Kontexten, in denen Zeitbewusstheit (Stress durch Zeitdruck) Teil psychosomatischer Beschwerden ist, ergeben können. In Verbindung damit findet sich der Ansatz der Entschleunigung (vgl. Bergemann et al. 2018).

Eine Sensibilisierung für die Zeit als wesentlicher Bestandteil von Abstimmungsprozessen sowie die Ausbildung einer professionellen Zeitkompetenz können hilfreich für die aktive und bewusste Gestaltung von Abstimmungsprozessen sein. Allerdings muss das Vorhandensein einer Kompetenz (das Potenzial zu kompetentem Verhalten) nicht automatisch in jeder Situation kompetentes Verhalten nach sich ziehen (vgl. Kanning 2002: 155). Zudem kann, je nach Kontext, Verhalten unterschiedlich verstanden und entweder als kompetent oder inkompetent gedeutet werden (vgl. Kanning 2002: 155 f.). Eine wichtige Frage kann daher sein, wie professionelle Prozesse zeitlicher Koordination abhängig vom Krankheitskonzept entweder als kompetent oder inkompetent empfunden werden können. Im Demenzkontext bspw. könnte von Angehörigen das Verhalten der Behandler:innen als inkompetent empfunden werden, wenn diese sich auf die Eigenrhythmen und Tempi der Patient:innen bzw. sich nicht auf die (Re)Normalisierungsversuche der Angehörigen einließen und die Angehörigen ein Demenzverständnis haben, dass die Langsamkeit und das Vergessen als Defizit begreifen, welches kompensiert werden muss. Wohingegen jemand, der in der Demenz eine Zeitqualität sieht (bspw. Demenz als Flucht aus der beschleunigten

Gesellschaft), wiederum die Versuche, Demenzerkrankte an die „Normalität“ anzupassen, als „zeitinkompetentes“ Verhalten deuten würde. Diese Perspektiven werden vermutlich auch je nach Versorgungs- und Krankheitskontext variieren. Im Pflegealltag würde die Einbindung musikalischer Reize eher als kompetent bewertet als im hausärztlichen Setting. Die Frage danach, welche Methoden und Verhaltensweisen in welchen Versorgungskontexten nützlich erscheinen und erhöhte Legitimation erhalten könnten, erscheint als überaus relevant. Zudem kann ein Geschehensablauf, dem kurzfristig ablehnend entgegengetreten wird, langfristig nützlich sein und umgekehrt (vgl. Kanning 2002: 156) Insofern wohnt der Bewertung professioneller Prozesse zeitlicher Koordination als kompetentes oder inkompetentes Verhalten selbst wieder eine Zeitlichkeit inne, die noch einmal die Relevanz von Zielklarheit unterstreicht.

Eine Zielklarheit setzt eine Zielklärung voraus. Zielklärung kann sowohl individuell (und unausgesprochen) erfolgen als auch im gemeinsamen Gespräch konstituiert werden, wobei sich beide Ansätze gegenseitig beeinflussen können. Innere Unklarheit über eigene Ziele erschwert die gemeinsame Zielklärung mit anderen, gleichzeitig kann ein Gespräch über gemeinsame Zielfindung auch die innere Klarheit über eigene Ziele fördern. Eine Bewusstheit über diese Wechselwirkungen und die Relevanz von Zielklarheit kann Behandler:innen dabei unterstützen, solche Klärungsprozesse mit ihren Patient:innen und deren Angehörigen zu beeinflussen.

Am Beispiel des hausärztlichen Konsultationsgesprächs gibt die vorliegende Arbeit einen Einblick über vielfältige Aspekte der Zeit in sozialer Interaktion, denen wiederum jeweils einzeln eine ganz eigene komplexe Fragestellung gewidmet werden kann. Je nach Erkenntnisinteresse und Versorgungskontext erscheint es sinnvoll, neben dem Konsultationsgespräch auch weitere, andere Interaktionsausschnitte als Untersuchungseinheiten zu wählen, die als Bezugspunkte in der Prozessbetrachtung dienen, bspw. anhand der Betrachtung eines hausärztlichen Praxistages mit Blick auf die Wechselwirkung mehrerer Konsultationen untereinander (vgl. Kalitzkus & Volck 2012). Je nach Forschungsdesign kann auch die Analyse des Forschungsprozesses als eine Form der Interaktion zu Erkenntnissen über die Zeitlichkeit der gewählten Untersuchungseinheit beitragen.

## 13 Zusammenfassung und Fazit: Was zeigt die Zeit?

Die Wahl des Themenfeldes „Hausärztliche Versorgung von Menschen mit Demenz“ anhand der Untersuchungseinheit „Konsultationsgespräch“ ermöglicht die Erforschung der Zeit als soziales Phänomen. Das gewählte „Zeitobjektiv“ – basierend auf dem Elias’schen Zeitverständnis – eignet sich zur Sensibilisierung für die Zeit im Verstehen sozialer Interaktion und hilft dabei, Zeitaspekte zu identifizieren und zu strukturieren, ohne dabei an Komplexität zu verlieren. Folgende Ergebnisse lassen sich zusammenfassen:

1. Der Ansatz der vorliegenden Arbeit ermöglicht die Rekonstruktion von Ausdrucksformen der **überwiegend implizit bleibenden Präsenz der Zeit in Synchronisationsprozessen**.
2. Die **expliziten Zeitbegriffe** im Umgang mit der Krankheit bzw. im Behandlungsverlauf
  - a. verdeutlichen die **rollenbedingte Asymmetrie** zwischen Hausärzt:innen und Patient:innen in deren Aktivitätsgrad sowie die individuelle Ausgestaltung innerhalb deren Handlungsspielräume. Die Auseinandersetzung mit Krankheitskonzepten und dem damit verbundenem Verständnis von Veränderbarkeit und Selbstwirksamkeit könnte zu einer bewussten Gestaltung des Mitwirkens der Patient:innen in Bezug auf hausärztliche Ziele bzw. in der Entwicklung gemeinsamer Ziele beitragen.
  - b. können für den Synchronisationsverlauf bedeutsam werden, wenn sie **Geschehensabläufe in eine erlebbare Dimension übersetzen** (Bsp. Pflegeantrag = „Auszeit“).
3. Obwohl die Betrachtung der „Zeitlichkeit von Dingen“ (der materialisierten Zeit) nicht im Fokus der Datenauswertung stand, zeichnen sich dennoch Erkenntnisse darüber in der Analyse der Interaktion ab. Räsoniert werden kann, dass die **Zeitlichkeit der Dinge unweigerlich verwoben mit der sozialen Interaktion** zu sein scheint und daher auch über die Analyse derselben ein Zugang hergestellt werden kann.
4. Die **Wechselwirkungsprozesse zeitlicher Sequenzialität**, das heißt Aktions-Reaktions-Stränge mit etwaigem Zeitversatz, finden unterschiedlich Ausdruck:
  - a. In den Inhalten der Konsultationsgespräche lässt sich, im Blick durch das Elias’sche Zeitverständnis, das **Zusammenspiel verschiedener Geschehensabläufe und deren**

**Perspektivenkomplexität** (bspw. was für den einen ein Orientierungsereignis ist, kann für den anderen eine Wandlungsreihe sein) rekonstruieren.

- b. Im Forschungsprozess wird die **gegenseitige Beeinflussung der gleichzeitig ablaufenden theoretischen und empirischen Arbeitsphasen** (bspw. erst gegen Ende der Forschungsarbeit für materialisierte Zeit sensibilisiert) sowie der Erhebungsschritte untereinander deutlich (Forscherin antizipiert Zeitmangel, der von Hausärztin thematisiert wird, und begrenzt die Erhebung vorsorglich auf ein Gespräch pro Hausärzt:in).

5. Die **behandlungs- und beziehungsgestaltende Funktion hausärztlicher Prozesse zeitlicher Koordination** lässt sich beschreiben

- a. anhand der, in der Versorgung von Menschen mit Demenz tendenziell im Widerspruch zueinanderstehenden, hausärztlichen Ziele (Krankheitsbekämpfung und Integritätsstabilisierung der Patient:innen). In den hausärztlichen Prozessen zeitlicher Koordination zeichnet sich eine **widerspruchauflösende Funktion** ab, woraus sich ableiten lässt, dass die Zielwidersprüchlichkeit ein relevanter Bestandteil der Synchronisationsprozesse ist.
- b. als **Interventionsmethoden** in Form eines Einbezugs der Patient:innen in bestehende, für die nicht an Demenz erkrankten Personen als „normal“ empfundene Zeitstrukturen oder als Orientierung an der Zeitwirklichkeit der Patient:innen.
- c. in Wechselwirkung mit den Patient:innen und Angehörigen als **Reaktion auf deren Eigenlogik** (Zeit als Beziehungsform).

6. Deutlich wird die **gesprächs- und handlungsstrukturierende Funktion von Wendepunkten** (gliedern Erzählungen in ein Vorher und Nachher), die als Orientierungsereignisse dienend, vermieden oder angestrebt werden und

- a. denen somit ein **Navigationspotenzial (Kompass) auf der Zeitachse** innewohnt.
- b. die den **Einbezug sozialisierter und habitualisierter Konzepte** (Krankheitskonzepte, Eigenzeiten, Leitlinien) und damit verbundener (Vermeidungs- oder Erreichungs-) **Ziele** relevant werden lassen.
- c. die eine **strukturierende Basis** für den Entwurf einer individuellen oder gemeinsamen „Geschichte“ darstellt.



7. Das Potenzial der **Zeit als Indikator** wird offenbar

- a. in Bezug auf das **Subjektbefinden**, allerdings verschoben als Projektion von der Begleitperson auf die an Demenz erkrankte Person.
- b. in der **Dechiffrierung der Zeitlichkeit von Emotionen** für eine bewusste Gestaltung der Prozesse zeitlicher Koordination im Kontext des Gesundheitshandelns.

8. Der **Umgang mit der Medikation** unterstreicht das Bestehen der hausärztlichen Zielkonflikte in der Versorgung von Patient:innen mit Demenz und lässt sich als **Symbolträger** gemeinsamer Synchronisationsprozesse deuten.

9. Durch die Analyse der Zeit in sozialer Interaktion wird ein **latentes Korrektiv in Beantwortungsprozessen** rekonstruierbar

- a. **auf intuitiver** (ggf. unbewusster) **Ebene** in Form der hausärztlichen Synchronisationsschwerpunkte, die die von der Dyade mitgebrachten impliziten Themen beantworten.
- b. als **gesprächsstrukturelle Komplizenschaften** zwischen zwei Interagierenden innerhalb der triadischen Gesprächskonstellation, welche in adaptierender Absicht die Krankheitsbewältigung stabilisierend begünstigen können (Defizitausgleich), aber auch das Risiko bergen, Bewältigungspotenzial des jeweils ausgegrenzten Gegenübers zu unterschätzen und damit ungenutzt zu lassen.
- c. als **Desynchronisationsmomente der Patient:innen** im Sinne derer Integritätsstabilisierung („Sich-zur-Wehr-Setzen“) im Rahmen ihrer Krankheitsbewältigung.
- d. als **hausärztliche Desynchronisationsmomente** im Sinne der Integritätsverletzung der Patient:innen zugunsten der hausärztlichen Behandlungsziele.

10. **Vorannahmen über die Zeitkompetenzen** der Patient:innen zeigen sich

- a. seitens der Hausärzt:innen anhand deren **Deutungshoheit** über die gemeinsame Versorgungsgeschichte (erlebte Anamnese), wodurch die Erinnerungen der Patient:innen und deren Perspektive in den Hintergrund rücken.
- b. in der **ausbleibenden Zielbesprechung** – trotz geeignetem Gesprächsformat.

- c. forschers:innenseitig hervorgehend aus der Annäherung an das Forschungsfeld in Form einer **Sensibilisierung für die** (als sehr wahrscheinlich eingeschätzte) **Einflussnahme der Angehörigen auf den Gesprächsverlauf.**

11. Die **Ähnlichkeiten und Unterschiede** zwischen forschender und beforschter Person, sowie zwischen den Interagierenden hinsichtlich der jeweiligen Zeitsozialisation und eigenen Geschichtlichkeit (bspw. Gesellschaftszugehörigkeit, Lebensalter, biografischer Hintergrund) gehen mit **Erkenntnischancen und -begrenzungen im gegenseitigen Verstehen** von gelernter Zeit (Zeit als Symbol), physisch und psychisch erfahrbarer Zeit (Zeit als Ordnung) sowie anwendbarer Zeit (Zeit als Potenzial) einher.

12. Die hausärztliche **Langzeitperspektive**

- a. wird entweder **am Krankheitsverlauf ausgerichtet, oder an den handelnden Patient:innen und deren Eigenlogik.** Auf welche dieser Ebenen stärker Bezug genommen wird, kann mit dem Diagnosezeitpunkt zusammenhängen. Sobald die Diagnose steht, können die Patient:innen mit Blick auf deren Bewältigungshandeln und orientiert an deren Eigenlogik adressiert werden. Zudem kann die Beschaffenheit der Patient:innen-Angehörigendyade eine Rolle dabei spielen, ob die Eigenlogik der Patient:innen in den Vordergrund der Synchronisationsprozesse rückt.
- b. ermöglicht den **Einbezug langsamerer Prozesse** (wie dem Krankheitsverlauf). Geduld und Langmut berücksichtigen die Eigenlogik der Patient:innen, geben die Chance zum Nachholen und/oder Adaptieren von Unterstützungsangeboten und Bewältigungsverhalten, fördern das Entfalten von Erkenntnis- und (Selbst)Regulationsprozessen, und können auch als Quelle für Hoffnung Wirksamkeit erlangen.
- c. bewegt sich im **erlebbaeren Spannungsfeld des Heilberufs zwischen Zeitmangel und Wunsch nach Zeitqualität**, was durch die stete Zielwidersprüchlichkeit (zwischen Krankheitsbekämpfung und Integritätsstabilisierung) in der hausärztlichen Versorgung von Menschen mit Demenz noch verstärkt werden kann. Dies erfordert den hausärztlichen Umgang mit sowohl der eigenen Geduld und Ungeduld, als auch der Geduld und Ungeduld der Patient:innen und Angehörigen.

13. Der **Demenzkontext** plausibilisiert

- a. die Funktion der hausärztlichen Prozesse zeitlicher Koordination als Bemühen, die **Widersprüchlichkeit der hausärztlichen Ziele** (Krankheitsbekämpfung, Integritätsstabilisierung) aufzulösen.
- b. eine **Dominanz der strukturbezogenen Zeitbegriffe** gegenüber erfahrungsbezogenen Zeitbegriffen als gesprächs- und handlungsstrukturierende Elemente.
- c. den gesprächsstrukturellen Ausdruck der Involviertheit der Angehörigen und Parallelversorger:innen in Beantwortungsprozessen und die sich darin abzeichnenden **Vorannahmen über die Zeitkompetenz** der Patient:innen.
- d. die Relevanz der mit der Chronizität einhergehenden hausärztlichen **Langzeitperspektive**, die sich in den Prozessen zeitlicher Koordination wiederfindet.
- e. eine unterschiedliche gesprächsstrukturelle **Gewichtung des Demensthemas** (Umfang und Dauer des Themas in Gesprächsverlauf) auf Beziehungsebene (Tabuisierungsverhalten) und Behandlungsebene (Priorisierungsverhalten).

Das Zeitobjektiv ermöglichte Erkenntnisse über hausärztliche Prozesse zeitlicher Koordination zwischen Hausärzt:innen, Patient:innen und Angehörigen sowie über die gesprächsstrukturellen Ausdruckformen der Zeit in sozialer Interaktion. Die Fallrekonstruktion zeigt, dass sich mit dem Zeitobjektiv derart basale Zusammenhänge erschließen lassen, dass darin auch Verweise auf andere Theorien und Konzepte der Gesundheitsversorgung sichtbar werden. Man könnte also auch sagen, die Zeit findet Ausdruck in Themen und umgekehrt verhält es sich auch so. Bestimmte Themen finden Ausdruck in der beobachtbaren/rekonstruierbaren Zeit. Zeitstrukturen verweisen auf Regeln zu Verhaltensweisen im Kontext von bspw. Nähe und Distanz, Macht und Respekt, welche je nach Rahmung variieren können (vgl. Klein 2010: 164). Es erscheint daher plausibel, dass die Untersuchung der Zeit in sozialer Interaktion viele Berührungspunkte mit zahlreichen anderen Ansätzen der Gesundheitsforschung (Professionstheorie, Emotionstheorie, Gesundheitsverhalten/Krankheitsbewältigung, Kommunikationstheorie, Compliance usw.) aufweist. Die Untersuchung der Zeit in sozialer Interaktion kann daher als ein grundlegender Ansatz betrachtet werden, der Erkenntnisse für zahlreiche Forschungsgebiete verspricht.

Die „zeitliche Analyse der Interaktion mit dementen Menschen“ (Jost 2003: 164) im Rahmen dieser Arbeit leistet einen Beitrag, „Beobachtungen zu verfeinern und neue Fragestellungen

zu entwickeln“ (Jost 2003: 164), die den Nutzen eines bewussten und professionellen Einbezugs der Zeit in Synchronisationsprozesse plausibilisieren. Abseits psychologisch-therapeutischer Begegnungen scheint das Potenzial der Zeit als Beziehungsform in der medizinischen Gesundheitsversorgung bisher ungenutzt. Die aus den Beobachtungen hervorgegangenen Fragestellungen bieten der Forschung Ansätze zur Fortführung und Vertiefung. Der Rücktransfer der verfeinerten Beobachtungen der Zeit in sozialer Interaktion in die Praxis kann einer Perspektivenerweiterung medizinischer Professioneller dienen.

Zeit in sozialer Interaktion lässt sich als wichtiger Aspekt in Abstimmungsprozessen verdeutlichen. Aus den Ergebnissen lässt sich die Notwendigkeit einer Verständigung über individuelle Zeitlandschaften, in der die gelernte, die erfahrbare und die anwendbare Zeit subjektiv unterschiedlich Ausdruck finden, ableiten. Dieselben dienen als Verständigungsbasis für den Entwurf einer gemeinsamen „Geschichte“. Die behandlungs- und beziehungsgestaltende Funktion der Zeit in sozialer Interaktion zeigt die Notwendigkeit, Behandler:innen dafür zu sensibilisieren, einen professionellen Einbezug der Zeit in die Gesundheitsversorgung zu fördern und sie bei der Entwicklung der dafür notwendigen Kompetenzen zu unterstützen. Die Besprechung von Zeitaspekten kann hilfreich für die bewusste und aktive Gestaltung von Abstimmungsprozessen sein. Im medizinischen Versorgungskontext, insbesondere im Palliativkontext, könnte dabei auf der Ebene *Zeit als Symbol* (Zeitkonzepte, Zeitbegriffe) das Verständnis von Alter und Altern und von Tod und Endlichkeit mehr Aufmerksamkeit erhalten. Auf der Ebene *Zeit als Ordnung* hat die Besprechung von Zielen, vor allem, wenn es um eine gemeinsame Abstimmung geht, noch Entwicklungsspielraum. Je nach Krankheitskontext kann auch der Einbezug des Zeiterlebens, auch im Sinne eines Indikators für das Patient:innenbefinden, den Abstimmungsprozess unterstützen. Zudem erscheint der Austausch der Blickrichtungen auf der Zeitachse ein sinnvoller Ausgangspunkt, um weitere (Be)Handlungsschritte passend ableiten zu können. Zudem ließe sich die Frage stellen, welchen Zeithorizont die gemeinsame Synchronisation umfassen soll, im Sinne dessen, wie weitläufig die Zeitachse dabei ist (Einbezug der Biografie oder Konzentration auf den gegenwärtigen Moment) usw. Eine zeitbewusste räumliche (Um-)Gestaltung könnte bei der Veränderung (allzu) routinierter und manifestierter Verhaltensmuster und Geschehensabläufe unterstützen. Weiterhin ließe sich die *Zeit als Potenzial* thematisieren, wenn es bspw. um den bewussten Einsatz von Regenerationszeit, oder das Sprechen über Ungeduld (bspw. im

Heilungsprozess), oder den Austausch über Medikationsrhythmen und Eigenzeiten oder zeitliche Rahmenbedingungen (bspw. äußerer Zeitdruck, institutionell bedingt oder aufgrund des Krankheitsverlaufes) geht, um dann letztlich aus diesen Informationen eine bessere Passung herzustellen.

Die Zeit ist ein Phänomen, welches mit Hilfe von Achtsamkeit und Reflektion nicht mehr nur eine Rahmenbedingung darstellt, sondern zu einem strukturierenden und systematisierenden Interaktionswerkzeug wird und zur Qualität einer sozialen Begegnung beitragen kann. Folglich ließe sich *Zeitkompetenz* als Teil einer lehr- und erlernbaren Kernkompetenz professionell Agierender in Versorgungszusammenhängen (vgl. Hatzelmann 2018: 411 ff.) verstehen und kontext- sowie bedarfsspezifisch ausbilden, fördern und einsetzen.

## Literatur

- Abholz, H.-H. & M. Pentzek, 2007: Hausärztliche Versorgung von Patienten mit einer Demenz - Gedanken auf Basis von Alltagserfahrung und empirischen Befunden. ZFA - Zeitschrift für Allgemeinmedizin 83: 61–65.
- Adam, B., 2005: Das Diktat der Uhr. Zeitformen, Zeitkonflikte, Zeitperspektiven. Berlin: Suhrkamp.
- Alzheimer Forschung Initiative e.V., 2012: Die Alzheimer-Krankheit und andere Demenz. Ein Ratgeber für Angehörige und Betroffene. Düsseldorf: Schaab & Co.
- Anders, M.P. & R. Klein, 2016: Forschung zu chronischen Krankheiten und Patientenorientierung. [https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/files/VnF\\_Broschuere\\_barrierefrei.pdf](https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/files/VnF_Broschuere_barrierefrei.pdf) (13.4.2021).
- Aner, K. & A.S. Richter, 2017: Alter und Altern. S. 569–596 in: A. Wonneberger, K. Weidtmann & S. Stelzig-Willutzki (Hrsg.), Familienwissenschaft. Grundlagen und Überblick. Wiesbaden: Vieweg.
- Anselm L. Strauss, 2007: Grundlagen qualitativer Sozialforschung. München: Wilhelm Fink Verlag.
- Antonovsky, A., 1997: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt Verlag.
- ärzteblatt.de, 2016: Erreichbarkeit von Ärzten: Stadt-Land-Gefälle besteht weiter. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/71556/Erreichbarkeit-von-Aerzten-Stadt-Land-Gefaele-besteht-weiter> (13.2.2021).
- Auersperg, I., 2006: Zeit in der Pflege - Die Kunst der Gelassenheit. Fachbereichsarbeit. Schule für Gesundheits- und Krankenpflege Wien. Wien.
- Auffarth, C., 2012: „Fünftes Alter“ und „Schöner Sterben“: Europäische Religionsgeschichte am Ende des 20. Jahrhunderts. S. 203–223 in: P. Kielmansegg & H. Häfner (Hrsg.), Alter und Altern. Wirklichkeiten und Deutungen. Berlin: Springer.
- Bahrs, O., 1999: Methodologische Überlegungen zur Bedeutung komplementärer Verfahren in der Hausarzt-Patienten-Interaktion. S. 45–66 in: M. Konitzer (Hrsg.), Zur interaktiven Bedeutung der komplementären Verfahren in der hausärztlichen Praxis. Frankfurt am Main: Lang.
- Bahrs, O., 2003: Mein Hausarzt hat Zeit für mich - Wunsch und Wirklichkeit. GGW: 17–23.

- Bahrs, O., 2011: Bilanzierungsdialog. Eine Chance zur Förderung von Ressourcenorientierung in der Langzeitversorgung von Patienten mit chronisch Krankheiten. GGW 11: 7–15.
- Bahrs, O., 2015: Bilanzierungsdialoge in der Behandlung von Patienten mit chronischen Erkrankungen (BILANZ). Fördernde und hemmende Faktoren bei Projektdurchführung und Ergebnistransfer. [http://www.forschung-patientenorientierung.de/files/erkner\\_bilanz-bahrs\\_vorstellung\\_05-02-15\\_02\\_final.pdf](http://www.forschung-patientenorientierung.de/files/erkner_bilanz-bahrs_vorstellung_05-02-15_02_final.pdf) (13.2.2021).
- Bahrs, O. & A. Dingelstedt, 2009: Auf der Suche nach der verlorenen Zeit: Zur angemessenen Dauer des hausärztlichen Gesprächs aus Sicht der Versicherten. S. 80–102 in: J. Böcken, B. Braun & J. Landmann (Hrsg.), Gesundheitsmonitor 2009. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Bahrs, O., F.M. Gerlach & E. Sturm, 2005: Befindlichkeitsstörungen entschlüsseln, den Patienten als Leitlinie betrachten. S. 126–133 in: M. Sturm & O. Bahrs (Hrsg.), Hausärztliche Patientenversorgung. Konzepte - Methoden - Fertigkeiten. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Bahrs, O., K.-H. Henze, S. Heim & F. Deymann, 2015a: Bilanzierungsdialoge als Zugang zu familienmedizinischen Aspekten (Fallbesprechung). 3. Wissenschaftlicher Kongress "Familienmedizin in der hausärztlichen Versorgung der Zukunft". Düsseldorf.
- Bahrs, O., K.-H. Henze, S. Heim, F. Löwenstein, H.-H. Abholz, K. Ilse, G. Bureick, S. Weissbach & S. Wilm, 2015b: Jenseits der erlebten Anamnese – Der Bilanzierungsdialog als Chance zur Perspektivenerweiterung in der Langzeitversorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen. 49. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Bozen.
- Bahrs, O. & M. Köhle, 1990: Das doppelte Verstehensproblem - Arzt-Patient-Interaktion in der Hausarztpraxis. S. 103–130 in: J. Körner, H. Neubig & U. Rosin (Hrsg.), Die Balint-Gruppe in Klinik und Praxis. Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
- Bahrs, O. & P.F. Matthiessen, 2007: Gesundheitsfördernde Praxen: die Chancen einer salutogenetischen Orientierung in der hausärztlichen Praxis. Bern: Verlag Hans Huber.
- Balint, M., 1975: Das Wiederholungsrezept. Behandlung oder Diagnose? Stuttgart: Klett.
- Balint, M. & K. Hügel, 2010: Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Bär, T., 2009: Die spontane Gesprächszeit von Patienten zu Beginn des Arztgesprächs in der hausärztlichen Praxis. Dissertationsschrift. Medizinische Fakultät Charité - Universitätsmedizin Berlin. Berlin.
- Bartholomeyczik, S., M. Halek, C. Müller-Hergl, C. Riesner, D. Rüsing, H.C. Vollmar & S. Wilm, 2008: Institut für Forschung und Transfer in der Pflege und Behandlung von Menschen mit Demenz: Konzept. *Pflege&Gesellschaft*: 337–349.
- Bauer, J., K. Fritzsche & M. Wirsching, 2010: Intuitives Verstehen zwischen Arzt und Patient. Das System der Spiegelneurone als seine neurobiologische Grundlage. S. 35–43 in: Hans-Christian Deter (Hrsg.), *Die Arzt-Patienten-Beziehung in der modernen Medizin*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Beck, K., 1994: *Medien und die soziale Konstruktion von Zeit. Über die Vermittlung von gesellschaftlicher Zeitordnung und sozialem Zeitbewußtsein*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Becker, U., C. Hawellek & R. Zwicker-Pelzer, 2018: *Eindeutig uneindeutig - Demenz systemisch betrachtet*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Begenau, J., C. Schubert & W. Vogt, 2010: *Die Arzt-Patient-Beziehung*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Bengel, J., R. Strittmatter & H. Willmann, 2001: *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert; eine Expertise*. Köln: BZgA.
- Bergemann, L., C. Hack & A. Frewer (Hrsg.), 2018: *Entschleunigung als Therapie? Zeit für Achtsamkeit in der Medizin*. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Berger, B., 2018: Ein Gefühl für die rechte Zeit? - Kairos und Chronos aus der Patientenperspektive. S. 393–410 in: P.F. Matthiessen (Hrsg.), *Für eine zeitliche Kultivierung der Patient-Arzt-Begegnung*. Kulmbach: ML Verlag.
- Berger, P.L. & T. Luckmann, 1980: *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Bickel, H., 2016: Häufigkeit von Demenzerkrankungen. [https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1\\_haeufigkeit\\_demenzerkrankungen\\_dalzg.pdf](https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf) (13.2.2021).
- Blumenthal, S.-F., 2014: Schamtheorie. S. 13–36 in: S.-F. Blumenthal (Hrsg.), *Scham in der schulischen Sexualaufklärung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.



- Bode, S., 2014: Frieden schließen mit Demenz. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.
- Bohn, H., 2012: „Pileolus naturalis“ oder der Wert des abwartenden Offenlassens. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 88: 330–331.
- Borst, U. & B. Hildenbrand (Hrsg.), 2012: Zeit essen Seele auf. Der Faktor Zeit in Therapie und Beratung. Heidelberg: Carl-Auer-Verlag.
- Boscolo, L. & P. Bertrando, 1994: Die Zeiten der Zeit: Eine neue Perspektive in systemischer Therapie und Konsultation. Heidelberg: Carl-Auer-Verlag.
- Bourdieu, P., 1979: Entwurf einer Theorie der Praxis. Auf der ethnologischen Grundlage der kabyliischen Gesellschaft. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bourdieu, P., 1993: Sozialer Sinn. Kritik der theoretischen Vernunft. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bozarro, C. & M. Schweda, 2015: Das Altern und die Zeit des Menschen. S. 351–378 in: G. Maio & O. Müller (Hrsg.), Orientierung am Menschen. Anthropologische Konzeptionen und normative Perspektiven. Göttingen: Wallstein.
- Brandt, A., 2016: Demenz verstehen. <http://evars.eu/media/1078/praesentation-demenz.pdf> (25.7.2019).
- Brothers, A., M. Gabrian, H.-W. Wahl & M. Diehl, 2016: Future time perspective and awareness of age-related change: Examining their role in predicting psychological well-being. Psychology and aging 31: 605–617.
- Busch, N., 2012: Wenn die Uhr Demenz anzeigt: Der Uhrentest. Zeitschrift für Komplementärmedizin 4: 50–51.
- Ciampi, L., 2012: Zehn Thesen zum Thema Zeit in der Psychiatrie. S. 11–28 in: U. Borst & B. Hildenbrand (Hrsg.), Zeit essen Seele auf. Der Faktor Zeit in Therapie und Beratung. Heidelberg: Carl-Auer-Verlag.
- Ciampi, L. & H.-P. Dauwalder (Hrsg.), 1990: Zeit und Psychiatrie. Sozialpsychologische Aspekte. Bern: Hans Huber Verlag.
- Corbin, J. & A. Strauss, 1985: Managing chronic illness at home: Three lines of work. Qualitative Sociology 8: 224–247.
- Danner, S., 2014: Zeittheorie und pädagogische Theorie bei Georg Simmel und Jonas Cohn. Vierteljahrsschrift für wissenschaftliche Pädagogik 90: 565–590.
- DEGAM, 2008: Demenz DEGAM-Leitlinie Nr. 12. <https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien->

Inhalte/\_Alte%20Inhalte%20Archiv/Demenz/LL-12\_Langfassung\_TJ\_03\_korr\_01.pdf  
(28.10.2021).

- Devereux, G., 1976: Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften. München: Hanser.
- Droit-Volet, S. & S. Gil, 2009: The time-emotion paradox. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences* 364: 1943–1953.
- Druss, R.G. & C.J. Douglas, 1988: Adaptive responses to illness and disability. *General Hospital Psychiatry* 10: 163–168.
- Elias, N., 1984: *Über die Zeit. Arbeiten zur Wissenssoziologie II.* Frankfurt a. M.: Suhrkamp Verlag.
- Endter, C., E. Styn, M. Gunreben, M. Bolze & S. Schwabe, 2015: *Prozesse des Alterns: Konzepte - Narrative - Praktiken.* Bielefeld: transcript.
- Erhard, F. & K. Sammet, 2018: *Sequenzanalyse praktisch.* Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Faes, J. & O. Diener, 1999: *Betreuung von Demenzkranken: Familie als Eckpfeiler.* *Therapeutische Umschau* 56: 114–117.
- Faltermaier, T., 2020: *Gesundheitsverhalten, Krankheitsverhalten, Gesundheitshandeln.* <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsverhalten-krankheitsverhalten-gesundheitshandeln/> (20.2.2021).
- Fischer, G.C., 2018: *Zeit in der Sprechstunde.* S. 367–374 in: P.F. Matthiessen (Hrsg.), *Für eine zeitliche Kultivierung der Patient-Arzt-Begegnung.* Kulmbach: ML Verlag.
- Fischer, G.C., E. Hesse, A. Keseberg, T. Lichte & H.-P. Romberg (Hrsg.), 2004: *Komplikationen in der Hausarztpraxis.* Wien: Springer.
- Fischer, M. & G. Ereaut, 2012: *Report: When doctors and patients talk: making sense of the consultation. Identify Innovate Demonstrate Encourage.* London: Health Foundation.
- Flatten, G., G. Bergmann & V. Tschuschke, 2018: *Balintgruppen: Arzt-Patient-Beziehung gestalten.* *Deutsches Ärzteblatt* 115: A-2348 / B-1922 / C-1894.
- Flick, U., 1995: *Stationen des qualitativen Forschungsprozesses.* S. 148–173 in: U. Flick, Kardorff, Keupp, Heiner, L.v. Rosenstiel & S. Wolff (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung.* München: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Flick, U., Kardorff, Keupp, Heiner, L.v. Rosenstiel & S. Wolff (Hrsg.), 1995: *Handbuch Qualitative Forschung.* München: Beltz Psychologie Verlags Union.

- Fogt, H., 1983: Die Grünen in den Parlamenten der Bundesrepublik. Ein Soziogramm. Zeitschrift für Parlamentsfragen 14: 500–517.
- Fontana, A. & R.W. Smith, 1989: Alzheimer's Disease Victims: The "Unbecoming" of Self and the Normalization of Competence. Sociological Perspectives 32: 35–46.
- Frank, M., 2000: Schmerz. S. 255–258 in: C. Auffarth (Hrsg.), Metzler-Lexikon Religion. Gegenwart - Alltag - Medien. Stuttgart: Metzler.
- Friedrich, H., H. Beland & P. Denecke, 1982: Krankheitsverläufe bei Multiple-Sklerose-Kranken in Abhängigkeit von Determinanten des Krankheitsverhaltens und der psychosozialen Umwelt. Eine empirische Untersuchung. Forschungsbericht. Göttingen.
- Friedrich, H. & S. Poser, 1983: Psychiatrisch-psychotherapeutische Erfahrungen bei schweren neurologischen Erkrankungen am Beispiel der Multiplen Sklerose. S. 39–54 in: E. Bönisch & J.E. Meyer: Psychosomatik in der klinischen Medizin. Berlin, Heidelberg, Stuttgart: Springer Verlag.
- Friedrich, H., 1988 Gruppenpsychotherapie mit Multiple-Sklerose-Kranken. S. 160–173 in: H.-C. Schüffel & W. Deter (Hrsg.), Gruppen mit körperlich Kranken - eine Therapie auf verschiedenen Ebenen. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag.
- Friedrich, H., 1997: Medizin und Sprache: Die Arzt-Patient-Kommunikation als manifeste und latente wechselseitige Missionierung. in: Erzbischöfliches Generalvikariat Paderborn (Hrsg.), Ärztetagung des Erzbistums Paderborn. Von der Not der Sprachlosigkeit, Schwierigkeiten des ärztlichen Gesprächs mit dem Patienten. Paderborn.
- Fuchs, T., 1995: Auf der Suche nach der verlorenen Zeit--die Erinnerung in der Demenz. Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie 63: 38–43.
- Gärtner, J., G. Egidi & O. Bahrs, 2019: Der Bilanzierungsdialog in der hausärztlichen Versorgung von Menschen mit Demenz - ein Pilotprojekt. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 95: 501–505.
- Garz, D. & K. Kraimer (Hrsg.), 1994: Die Welt als Text. Theorie, Kritik und Praxis der objektiven Hermeneutik. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Geisler, L., 2002: Der gute Arzt. GEO WISSEN: Die neuen Wege in die Medizin: 76–81.

- Girke, M., 2018: Zur Bedeutung der Zeit in der therapeutischen Beziehung. S. 285–302 in: P.F. Matthiessen (Hrsg.), Für eine zeitliche Kultivierung der Patient-Arzt-Begegnung. Kulmbach: ML Verlag.
- Glaser, B.G. & A.L. Strauss, 1998: Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung. Bern: Huber.
- Goffman, E., 1981: Geschlecht und Werbung. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Goffman, E., 2018: Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Görig, T., K. Diehl, R.M. Herr, C. Bock, M. Mayer & S. Schneider, 2016: Stadt-Land-Unterschiede im Angebot von Lebensstilberatung zur Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen in der Hausarztpraxis. Ergebnisse einer bundesweiten Hausärztebefragung. Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)) 78: 533–538.
- Gripp-Hagelstange, H., 2000: Niklas Luhmanns Denken. Interdisziplinäre Einflüsse und Wirkungen. Konstanz: UVK, Univ.-Verl.
- Gronemeyer, R., 2013: Das 4. Lebensalter: Demenz ist keine Krankheit. München: Pattloch.
- Gülich, E., B. Frank-Job, H. Knerich & M. Schöndienst, 2020: Klinische Differenzialdiagnostik und linguistische Analyse von Gesprächen: Neue Wege in Datenerhebung, Analyse und Auswertung im interdisziplinären Forschungskontext. S. 455–486 in: E. Gülich, S. Pfänder, C.E. Scheidt & E. Schumann (Hrsg.), Mündliches Erzählen. Berlin, München, Boston: de Gruyter.
- Hahn, S.R., J.S. Feiner & E.H. Bellin, 1988: The doctor-patient-family relationship: a compensatory alliance. *Annals of internal medicine* 109: 884–889.
- Hall, E.T., 2000: Monochronic and polychronic time. *Intercultural communication: A reader* 9: 280–286.
- Haslbeck, J.W. & D. Schaeffer, 2007: Selbstmanagementförderung bei chronischer Krankheit: Geschichte, Konzept und Herausforderungen. *Pflege* 20: 82–92.
- Hatzelmann, E., 2018: Kluger Umgang mit der knappen Zeit aus Sicht des "Instituts für Zeitkompetenz". S. 411–428 in: P.F. Matthiessen (Hrsg.), Für eine zeitliche Kultivierung der Patient-Arzt-Begegnung. Kulmbach: ML Verlag.
- Hebach, M., 2006: Gestörte Kommunikation im amerikanischen Drama. Tübingen: Gunter Narr Verlag.

- Heizmann, S., 2020: "Ihretwegen bin ich invalide!" – Einige methodologische Reflexionen über die Grenzen verbaler Datengewinnung und Datenauswertung und der Versuch, aus dem Erkenntnispotential ethnopschoanalytischer Konzepte zu schöpfen. Art 13 in: Forum Qualitative Sozialforschung (Hrsg.), Subjectivity and Reflexivity in Qualitative Research II.
- Hibbeler, B. & G. Klinkhammer, 2008: Demenzerkrankungen: Für ein Altern in Würde. Deutsches Ärzteblatt 105: A-1171 / B-1019 / C-990.
- Hildenbrand, B., 1995: Fallrekonstruktive Forschung. S. 256–259 in: U. Flick, Kardorff, Keupp, Heiner, L.v. Rosenstiel & S. Wolff (Hrsg.), Handbuch Qualitative Forschung. München: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Hildenbrand, B., 1999: Auftragsklärung und/oder Rahmung? - Zur Bedeutung der Anfangssequenz in Bratung und Therapie. System Familie: 123–131.
- Hildenbrand, B., 2000: Psychiatrische Soziologie als Klinische Soziologie: ein Erfahrungsbericht. Jena: Universität Jena, Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften, Institut für Soziologie Jena.
- Hildenbrand, B., 2005: Fallrekonstruktive Familienforschung. Anleitung für die Praxis. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hildenbrand, B., 2011: Ereignis, Krise und Struktur – ein Konzept von Wandel im Lebenslauf und in Beratung und Therapie. Familiendynamik 36: 92–100.
- Hildenbrand, B., 2019: Klinische Soziologie. Ein Ansatz für absurde Helden und Helden des Absurden. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Hirschberg, R., 1999: Die Zeit gibt es nicht! Zeit als Symbol bei Elias. Psychologie und Gesellschaftskritik 23: 107–115.
- Hove, M.J. & J.L. Risen, 2009: It's all in the timing: Interpersonal synchrony increases affiliation. Social Cognition 27: 949–961.
- Hübner, D., 2009: Gibt es eine objektive Gegenwart? Zur Metaphysik der Zeit. Philosophisches Jahrbuch 116: 269–293.
- Hurrelmann, K., 2010: Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Weinheim: Juventa-Verlag.
- Imobersteg, B. & G. Mattmüller, 2009: Eine chronische Krankheit beherrscht die Zeit. [http://behindertenforum.ch/downloads/hf\\_03\\_09\\_internet.pdf](http://behindertenforum.ch/downloads/hf_03_09_internet.pdf) (20.2.2021).

- infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH, 2018: Ärztemonitor 2018. Ergebnisse für Haus- und Fachärzte.  
[https://www.kbv.de/media/sp/infas\\_TabBand\\_Aerztemonitor2018\\_Aerzte\\_20180615.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/infas_TabBand_Aerztemonitor2018_Aerzte_20180615.pdf) (13.2.2021).
- Initiative Demenzversorgung in der Allgemeinmedizin, 2010: IDA-Studie eröffnet Perspektiven für zukünftige Versorgungsforschung. Hauptergebnisse der Studie.  
<http://docplayer.org/25379012-Ida-studie-eroeffnet-perspektiven-fuer-zukuenftige-versorgungsforschung.html> (21.2.2021).
- Jahoda, M., P.F. Lazarsfeld & H. Zeisel, 2018: Die Arbeitslosen von Marienthal. Ein soziographischer Versuch über die Wirkungen langandauernder Arbeitslosigkeit: mit einem Anhang zur Geschichte der Soziographie. Frankfurt am Main, Leipzig: Suhrkamp Verlag.
- Jauss, M., G.F. Hamann, D. Claus, B. Misselwitz, C. Kugler & A. Ferbert, 2010: Abrechnung mittels Fallpauschalen beim Hirninfarkt. Führt dies zu Entlassungen in klinisch schlechterem Zustand? *Der Nervenarzt* 81: 218–225.
- Jonitz, G., 2018: Grußwort. S. 9–10 in: P.F. Matthiessen (Hrsg.), Für eine zeitliche Kultivierung der Patient-Arzt-Begegnung. Kulmbach: ML Verlag.
- Jost, A., 2003: Zeit, Psyche und Demenz. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie* 16: 159–167.
- Jost, A., 2009: Rhythmen der Kommunikation. Wie zwischenmenschliche Abstimmung gelingt. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Jost, A., 2010: Die zeitliche Abstimmung zwischen Helferinnen und Menschen mit Demenz. 10. Wissenschaftstage der Hochschule Lausitz (FH). Lausitz.
- Jurt, J., 2008: Bourdieu. Stuttgart: Reclam.
- Kalitzkus, V. & G. Volck, 2012: Passung im Minutentakt - die Komplexität einer Hausarztpraxis. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 88: 105–111.
- Kanning, U.P., 2002: Soziale Kompetenz - Definition, Strukturen und Prozesse. *Zeitschrift für Psychologie* 210: 154–163.
- Karrer, D., 2009: Der Umgang mit dementen Angehörigen. Über den Einfluss sozialer Unterschiede. Wiesbaden: Springer.
- Keil, A., 2012: Ohne eine gute Krankheit ist die beste Gesundheit nichts! 1. Symposiums des Dachverbands Salutogenese: "Chronisch krank und doch gesund". Göttingen.

- Kelle, U., 2008: Alter und Altern. S. 11–31 in: N. Baur (Hrsg.), Handbuch Soziologie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Klappheck, M.A. & J. Michalak, 2009: Patientenziele und Therapieerfolg. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 38: 24–33.
- Klappheck, M.A., T. Teismann & J. Michalak, 2012: Patientenziele und Rumination. Verhaltenstherapie 22: 86–94.
- Klasen, F., 2004: Wer Ziele hat, kann warten. Zeitempfinden und Selbstregulation in Abhängigkeit von mentalen Strategien des Zieldenkens. Diplomarbeit. Hamburg: Universität Hamburg.
- Klein, O., 2010: Zeit als Lebenskunst. Berlin: Verlag Klaus Wagenbach.
- Kleinert, J., M. Golenia & B. Lobinger, 2007: Emotionale Prozesse im Bereich der Planung und Realisierung von Gesundheitshandlungen. Zeitschrift für Sportpsychologie 14: 44–50.
- Kleining, G., 1995: Methodologie und Geschichte qualitativer Sozialforschung. S. 11–22 in: U. Flick, Kardorff, Keupp, Heiner, L.v. Rosenstiel & S. Wolff (Hrsg.), Handbuch Qualitative Forschung. München: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Klemperer, D., 2005: Shared Decision Making und Patientenzentrierung - vom Paternalismus zur Partnerschaft in der Medizin. Balint 6: 71–79.
- Kohli, M., 1990: Das Altern als Herausforderung für die Theorie sozialer Ungleichheit. S. 387–409 in: P.A. Berger (Hrsg.), Lebenslagen, Lebensläufe, Lebensstile, Sonderband Soziale Welt. Göttingen: Schwartz.
- Körner, J., H. Neubig & U. Rosin (Hrsg.), 1990: Die Balint-Gruppe in Klinik und Praxis. Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
- Koss, T. & R. Rosenthal, 1997: Interactional Synchrony, Positivity, and Patient Satisfaction in the Physician-Patient Relationship. Medical Care 35: 1158–1163.
- Kraimer, K., 2004: Von Fall zu Fall. Die Fallrekonstruktion in der sozialen Arbeit. Blätter der Wohlfahrtspflege 151: 50–52.
- Krappmann, L., 2016: Soziologische Dimensionen der Identität. Strukturelle Bedingungen für die Teilnahme an Interaktionsprozessen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kreher, S., S. Brockmann, M. Sielk, S. Wilm & A. Wollny, 2009: Hausärztliche Krankheitskonzepte. Analyse ärztlicher Vorstellungen zu Kopfschmerzen, akutem Husten, Ulcus cruris und Schizophrenie. Bern: Hogrefe.

- Kübler-Ross, E., 1974: Was können wir noch tun? Antworten auf Fragen nach Sterben und Tod. Stuttgart: Kreuz-Verlag.
- Kuckartz, U., 2009: Das Medium ist die Message. Qualitative Forschung verlässt die Gutenberg-Galaxis. Symposium "Technik mit Methode - Methode mit Technik", 5. Berliner Methodentreffen. Berlin.
- Kühn, H., 2003: Ethische Probleme der Ökonomisierung von Krankenhausarbeit. S. 77–98 in: A. Büssing (Hrsg.), Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus. Göttingen: Hogrefe.
- Kühn, R., 2005: TempusRätsel zum TempusWechsel – Moderne Zeitdiskurse und Gegenwartsliteratur zwischen Berechnung und Verrätselung der Zeit. Dissertation. Neuphilosophische Fakultät der Universität Tübingen. Freiburg.
- Langer, P.C., 2013: Chancen einer interpretativen Repräsentation von Forschung: die Fallvignette als „Reflexive Account“. S. 113–132 in: P.C. Langer, A. Kühner & P. Schweder (Hrsg.), Reflexive Wissensproduktion. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Legewie, H., 1995: Beobachtungsverfahren. S. 189–192 in: U. Flick, Kardorff, Keupp, Heiner, L.v. Rosenstiel & S. Wolff (Hrsg.), Handbuch Qualitative Forschung. München: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Levine, R., 2016: Eine Landkarte der Zeit. Wie Kulturen mit Zeit umgehen. München: Piper.
- Lippke, S. & B. Renneberg, 2006: Konzepte von Gesundheit und Krankheit. S. 7–12 in: B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), Gesundheitspsychologie. Mit 21 Tabellen. Heidelberg: Springer.
- Litschgi, L., F. Fehr & A. Zeller, 2011: Die Konsultationen beim Hausarzt: Aufbau, Themen und Redevertelung. Praxis 100: 1085–1095.
- Loytved, C., 2004: Geduld in der Geburtshilfe aus historischer Perspektive. Die Hebamme 18: 18–21.
- Luplow, W., K. Riese & H. Watschke, 2010: Die Begegnung miteinander gut gestalten - zur zeitliche Abstimmung mit Menschen mit Demenz - Ergebnisse eines Anwendungsforschungsprojekts. 10. Wissenschaftstage der Hochschule Lausitz (FH). Lausitz.
- Maio, G., 2016: Mitteilungen der DGKJ. Monatsschrift Kinderheilkunde 164: 1150–1166.



- Maio, G., 2018: Beschleunigen heißt unterbrechen. Zur Bedeutung der Geduld in der Medizin. S. 121–132 in: P.F. Matthiessen (Hrsg.), Für eine zeitliche Kultivierung der Patient-Arzt-Begegnung. Kulmbach: ML Verlag.
- Mann, E., 2010: Diagnostik der Demenz in der Hausarztmedizin: Barrieren und deren mögliche Überwindung. Zeitschrift für Allgemeinmedizin: 420–424.
- Matthiessen, P.F., 2004: Der diagnostisch-therapeutische Prozess als Problem der Einzelfallforschung. Der Merkurstab 57: 2–14.
- Matthiessen, P.F. (Hrsg.), 2018a: Für eine zeitliche Kultivierung der Patient-Arzt-Begegnung. Kulmbach: ML Verlag.
- Matthiessen, P.F., 2018b: Zur Bedeutung der Zeit in der Medizin. Für eine zeitliche Kultivierung der Patient-Arzt-Begegnung. Einführung in das Tagungsthema. S. 19–98 in: P.F. Matthiessen (Hrsg.), Für eine zeitliche Kultivierung der Patient-Arzt-Begegnung. Kulmbach: ML Verlag.
- Maul, S.M., 2012: Das Alter ehren: Vorstellungen vom Alter und Sorge um die Alten im Alten Orient. S. 23–33 in: P. Kielmansegg & H. Häfner (Hrsg.), Alter und Altern. Wirklichkeiten und Deutungen. Berlin: Springer.
- Maurer, L., 2014: Löst die Gemeinschaftspraxis die klassische Einzelpraxis ab? Schweizerische Ärztezeitung 95: 971–972.
- Mayer, C.-H., 2012: Der Einfluss von Kultur und Spiritualität auf die Gesundheit. Der Mensch 44: 15–20.
- Meier-Koll, A., 1995: Chronobiologie: Zeitstrukturen des Lebens. München: CH Beck.
- Melchinger, H. & W. Machleidt, 2005: Werden Demenzpatienten in Hausarztpraxen lege artis behandelt? Zeitschrift für Allgemeinmedizin 81: 191–196.
- Meyer, B. & B. Löwe, 2010: Dimensionen der Arzt-Patienten-Kommunikation in der modernen Medizin. S. 19–34 in: Hans-Christian Deter (Hrsg.), Die Arzt-Patienten-Beziehung in der modernen Medizin. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Meyer, G., 2014: Das Krankheitskonzept Demenz in der Medizin der deutschen Romantik. Dissertation. Philosophische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Düsseldorf.
- Michalak, J., M. Grosse Holtforth & M. Berking, 2007: Patientenziele in der Psychotherapie. Psychotherapeut 52: 6–15.

- Mortsiefer, A., E. Gummersbach, K. Ilse, V. Leve, M. Pentzek, S. Santos & S. Wilm, 2015: Kommunikation: Zentraler Bestandteil jeder ärztlichen Tätigkeit in der Patientenversorgung. S. 25–65 in: R. Henke, C. Link, A. Mortsiefer & G.B. Achenbach (Hrsg.), Kommunikation. Festschrift zum 117. Deutschen Ärztetag 2014. Düsseldorf: Ärztekammer Nordrhein.
- Müller-Hergl, C., 2014: Depression und Demenz. Kommunikation als wesentliches Element der Begleitung. Pro Alter. Selbstbestimmt älter werden. Demenz und Depression. Wie gelingt eine würdevolle Begleitung? 2: 20–31.
- Muri, G., 2004: Pause! Zeitordnung und Auszeiten aus alltagskultureller Sicht. Frankfurt: Campus-Verl.
- Neckel, S., 1988: Entzauberung der Zukunft. Zur Geschichte und Theorie sozialer Zeitperspektiven. S. 464–487 in: R. Zoll (Hrsg.), Zerstörung und Wiederaneignung von Zeit. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Neckel, S., 2009: Soziologie der Scham. S. 103–118 in: A. Schäfer & C. Thompson (Hrsg.), Scham. Paderborn: Ferdinand Schöningh.
- Neppert, D., 2010: MigrantInnen und Demenz-Ressourcen, Belastungen und Krankheitskonzepte. Eine Rekonstruktion anhand von Interviews mit VertreterInnen von MigrantInnenselbstorganisationen. Master-Thesis. Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit der Fachhochschule Kiel. Kiel.
- Newerla, A., 2012: Der Alltag des Anderen. Familiäre Lebenswelten von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen. <http://geb.uni-giessen.de/geb/volltexte/2012/9037/pdf/NewerlaAlltagAnderen.pdf> (21.2.2021).
- Niermann, I., 2017: Anschlussheilbehandlung: „Blutige Entlassung“ verlagert Kosten in die Reha. Deutsches Ärzteblatt 104: A-923/B-825/C-787.
- Nowotny, H., 1993: Eigenzeit. Entstehung und Strukturierung eines Zeitgefühls. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag.
- Odgen, J., K. Bavalia, M. Bull, Frankum S., Goldie. C., M. Gosslau, A. Jones, S. Kumar & K. Vasant, 2004: "I want more time with my doctor": a quantitative study of time and the consultation. Family Practice 21: 479–483.
- Oevermann, U., 1990: Klinische Soziologie. Konzeptualisierung, Begründung, Berufspraxis und Ausbildung. <http://userpage.fu-berlin.de/~vogd/KlinischeSoziologie.pdf> (13.2.2021).

- Oevermann, U., 2002: Klinische Soziologie auf der Basis der Methodologie der objektiven Hermeneutik - Manifest der objektiv hermeneutischen Sozialforschung.  
[https://www.ihs.de/publikationen/Ulrich\\_Oevermann-Manifest\\_der\\_objektiv\\_hermeneutischen\\_Sozialforschung.pdf](https://www.ihs.de/publikationen/Ulrich_Oevermann-Manifest_der_objektiv_hermeneutischen_Sozialforschung.pdf) (21.2.2021).
- Oevermann, U., 2009: Die Problematik der Strukturlogik des Arbeitsbündnisses und der Dynamik von Übertragung und Gegenübertragung in einer professionalisierten Praxis von Sozialarbeit. S. 113–142 in: R. Becker-Lenz, S. Busse, G. Ehlert & S. Müller (Hrsg.), Professionalität in der Sozialen Arbeit. Standpunkte, Kontroversen, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Oevermann, U., 2010: Strukturprobleme supervisorischer Praxis. Eine objektiv hermeneutische Sequenzanalyse zur Überprüfung der Professionalisierungstheorie. Frankfurt am Main: Humanities Online.
- Oevermann, U., 2012: Die Methode der Fallrekonstruktion in der Grundlagenforschung sowie der klinischen und pädagogischen Praxis. S. 58–156 in: K. Kraimer (Hrsg.), Die Fallrekonstruktion. Sinnverstehen in der sozialwissenschaftlichen Forschung. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Oevermann, U., T. Allert, H. Gripp, E. Konau, J. Krambeck, E. Schröder-Caesar & Y. Schütze, 1976: Beobachtungen zur Struktur der sozialisatorischen Interaktion. S. 274–295 in: M.R. Lepsius (Hrsg.), Zwischenbilanz der Soziologie. Verhandlungen d. 17. Dt. Soziologentages, [Kassel, 31. 10.-2. 11. 1974]. Stuttgart: Enke.
- Oevermann, U., T. Allert, E. Konau & J. Krambeck, 1979: Die Methodologie einer "objektiven Hermeneutik" und ihre allgemeine forschungslogische Bedeutung in den Sozialwissenschaften. S. 352–434 in: H.-G. Soeffner (Hrsg.), Interpretative Verfahren in den Sozial- und Textwissenschaften. Stuttgart: Metzler.
- Parsons, T., 1964: Sozialstruktur und Persönlichkeit. Frankfurt a. M.: Dietmar Klotz Verlag.
- Payer, M., 2006: Die Zeit, die ist ein sonderbares Ding. S. 14–30 in: A. Schumacher & S. Broeckmann (Hrsg.), Zeitwahrnehmung und Zeitperspektiven in der Psychoonkologie. dapo-Jahrbuch 2005. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Pfeffer, S., 2010: Krankheit und Biographie. Bewältigung von chronischer Krankheit und Lebensorientierung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Pieper, M. & J. Haji Mohammadi, 2014: Partizipation mehrfach diskriminierter Menschen am Arbeitsmarkt. S. 221–251 in: G. Wansing & M. Westphal (Hrsg.), *Behinderung und Migration. Inklusion, Diversität, Intersektionalität*. Wiesbaden: Springer VS.
- Pollock, K. & J. Grime, 2003: GPs' perspectives on managing time in consultations with patients suffering from depression: A qualitative study. *Family Practice* 20: 262–269.
- Popp, F., 2013: Über die unterschiedliche Wahrnehmung der Zeit. <http://www.popp-objekte.de/Zeitwahrnehmung.pdf#> (13.2.2021).
- Przyborski, A. & M. Wohlrab-Sahr, 2009: *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch*. München: Oldenbourg.
- Rabinowitch, T.-C. & A. Knafo-Noam, 2015: Synchronous rhythmic interaction enhances children's perceived similarity and closeness towards each other. *PloS one* 10: e0120878.
- Radenbach, N. & G. Rosenthal, 2012: Das Vergangene ist auch Gegenwart, das Gesellschaftliche ist auch individuell: Zur Notwendigkeit der Analyse biografischer und historischer 'Rahmendaten'. *Sozialer Sinn* 13: 3–38.
- Radvanszky, A., 2010: Die Alzheimer Demenz als soziologische Diagnose. *Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften* 46: 122–142.
- Raspe, H., 2011: *Chronische Erkrankungen. Definition und Verständnis*. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 54: 4–8.
- Reichert, M. & P.A. Genoud, 2015: Einzelfallanalysen - Grundlagen ihres Einsatzes in Forschung und Praxis. S. 17–40 in: M. Reichert & P.A. Genoud (Hrsg.), *Einzelfallanalysen in der psychosozialen Forschung und Praxis*. Weitraisdorf: ZKS-Verlag.
- Reichert, J., 2011: Die Sequenzanalyse in der Hermeneutik. Unkorrigiertes Manuskript für das Methodenfestival in Basel. <http://www.soziologie-ley.eu/mediapool/112/1129541/data/Sequenzanalyse.pdf> (13.2.2021).
- Reisenzein, R., 2010: Moralische Gefühle aus der Sicht der kognitiv-motivationalen Theorie der Emotion. [https://www.uni-greifswald.de/storages/uni-greifswald/fakultaet/mnf/psychologie/Allgemeine\\_II/Publikationen/Reisenzein2010\\_MoralischeGefuehle\\_EF\\_withCorrections\\_.pdf](https://www.uni-greifswald.de/storages/uni-greifswald/fakultaet/mnf/psychologie/Allgemeine_II/Publikationen/Reisenzein2010_MoralischeGefuehle_EF_withCorrections_.pdf) (15.4.2021).
- Rogers, E.M., 1995: *Diffusion of innovations*. New York, NY u. a.: Free Press.

- Roidl, M., 2013: Komplikationsbedingte Rückverlegungsraten nach abdominalchirurgischen Eingriffen vor und nach Einführung des DRG-Systems - eine statistische Untersuchung von Patientendaten des Reha-Zentrums Bayerisch Gmain der Deutschen Rentenversicherung Bund - Klinik Hochstaufen -. Dissertation. Medizinische Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München. München.
- Rosa, H., 2020: Beschleunigung. S. 61–66 in: S. Boenner, F. Hösel & S.-M. Köhler (Hrsg.), Zeit im Lebensverlauf. Ein Glossar. Bielefeld: transcript Verlag.
- Rosenthal, G., 1994: Die erzählte Lebensgeschichte als historisch-soziale Realität. Methodologische Implikation für die Analyse biographischer Texte. S. 125–138 in: Alltagskultur Subjektivität und Geschichte: zur Theorie und Praxis von Alltagsgeschichte. Münster: Westfälisches Dampfboot.
- Rosenthal, G., 2001: Biographische Methoden. S. 266–275 in: H. Keupp & K. Weber (Hrsg.), Psychologie. Ein Grundkurs. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Rosenthal, G., 2002: Biografische Forschung. S. 133–147 in: D. Schaeffer & Müller-Mundt G. (Hrsg.), Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung. Bern: Huber.
- Rösing, I., 2000: Fremde Konzepte von Zeit, fremde Konzepte von Raum. Ein Beitrag zum transkulturellen Vergleich. Beiträge zur allgemeinen wissenschaftlichen Weiterbildung. S. 51–77 in: Stadelhofer Carmen & R. Rüdell (Hrsg.), Interdisziplinäre Beiträge zu Zeit und Raum. Bielefeld: Kleine Verlag.
- Rosta, J., 2007: Arbeitszeit der Krankenhausärzte in Deutschland. Erste Ergebnisse einer bundesweiten Erhebung im Herbst 2006. Deutsches Ärzteblatt 104: 2417-2423.
- Saalmann, G., 2012: Klassiker als Pioniere. Soziologie 41: 311–316.
- Schacht, A. & W. Sommer, 2009: Time course and task dependence of emotion effects in word processing. Cognitive, affective & behavioral neuroscience 9: 28–43.
- Schaeffer, D., 2004: Optimierung der Bewältigung chronischer Krankheit. Journal of Public Health 12: 382–383.
- Schaeffer, D. & J. Haslbeck, 2016: Bewältigung chronischer Krankheit. S. 243–256 in: Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Schaeffer, D. & M. Moers, 2008: Überlebensstrategie - ein Phasenmodell zum Charakter des Bewältigungshandelns chronisch Erkrankter. Pflege & Gesellschaft 13: 6–30.

- Schilling, E. & A. König, 2020: Herausfordernde Zeiten – Methodologien und methodische Ansätze zur qualitativen Erforschung von Zeit. Art. 27 in: Forum Qualitative Sozialforschung (Hrsg.), Subjectivity and Reflexivity in Qualitative Research II.
- Schröder, H., 2010: Theoretische Aspekte der Arzt-Patienten-Interaktion. S. 93–117 in: C. Witt (Hrsg.), Der gute Arzt aus interdisziplinärer Sicht: Ergebnisse eines Expertentreffens. Essen: KVC Verlag.
- Schumacher, A. & S. Broeckmann (Hrsg.), 2006: Zeitwahrnehmung und Zeitperspektiven in der Psychoonkologie. dapo-Jahrbuch 2005. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Schütz, A., 1971: Wissenschaftliche Interpretation und Alltagsverständnis menschlichen Handelns. S. 3–38 in: A. Schütz (Hrsg.), Gesammelte Aufsätze: I Das Problem der sozialen Wirklichkeit. Den Haag: Martinus.
- Schütz, A. & T. Luckmann, 2017: Strukturen der Lebenswelt. Konstanz, München: UTB; UVK Verlagsgesellschaft mbH; UVK/Lucius.
- Schwegler, K., 2009: Schmerz und Emotion. Neurologie 3: 1–4.
- Simmel, G., 1994: Lebensanschauung. Vier metaphysische Kapitel. Berlin: Duncker und Humblot.
- Simmel, G. & J. Habermas, 1986: Philosophische Kultur. Über d. Abenteuer, d. Geschlechter u. d. Krise d. Moderne; gesammelte Essays. Berlin: Wagenbach.
- Singh-Manoux, A., M. Kivimaki, M.M. Glymour, A. Elbaz, C. Berr, K.P. Ebmeier, J.E. Ferrie & Dugravot A, 2012: Timing of onset of cognitive decline: results from Whitehall II prospective cohort study. BMJ 344: d7622-d7622.
- Sloterdijk, P., 2006: Im Weltinnenraum des Kapitals. Für eine philosophische Theorie der Globalisierung. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Spork, P., 2005: Das Uhrwerk der Natur. Chronobiologie - Leben mit der Zeit. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Springer Medizin, 2018a: Das größte Gesundheitsproblem ist die Überlastung. Heilberufe 70: 54.
- Springer Medizin, 2018b: Zu viel Arbeit — zu wenig Personal. Heilberufe 70: 64–65.
- Staudinger, U.M., 2012: Fremd- und Selbstbild im Alter. Innen- und Außensicht und einige der Konsequenzen. S. 187–202 in: P. Kielmansegg & H. Häfner (Hrsg.), Alter und Altern. Wirklichkeiten und Deutungen. Berlin: Springer.

- Stavemann, H., 2014: Integrative Kognitive Verhaltenstherapie.  
<http://dx.doi.org/10.23668/psycharchives.3880> (27.10.2021).
- Stoffers, T. & I. Fooker, 2016: Demenz erleben. Innen- und Außenansichten einer vielschichtigen Erkrankung. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Strauss, A.L. & B.G. Glaser, 1984: Chronic illness and the quality of life. St. Louis: Mosby.
- Streit, P., 2019: Coolness, Scham und Wut bei Jugendlichen. Mit Emotionen konstruktiv und positiv umgehen. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Sturm, E. & H. Schaefer, 1986: Der kranke Mensch. Gesundheitsgefährdung, Krankheitsbewältigung und Hilfe durch den Hausarzt. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Sturm, E. & M. Sturm, 2005: Den Patienten wahrnehmen, annehmen und sprechen lassen. S. 26–32 in: M. Sturm & O. Bahrs (Hrsg.), Hausärztliche Patientenversorgung. Konzepte - Methoden - Fertigkeiten. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Summers, L.C., 2002: Mutual timing: an essential component of provider/patient communication. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 14: 19–25.
- Tipples, J., 2008: Negative emotionality influences the effects of emotion on time perception. *Emotion (Washington, D.C.)* 8: 127–131.
- Trescher, H., 2015: Von der Re- zur Dekonstruktion von Demenz. S. 217–234 in: M. Fürstaller, W. Datler & M. Wininger (Hrsg.), Psychoanalytische Pädagogik: Selbstverständnis und Geschichte. Opladen, Leverkusen: Verlag Barbara Budrich.
- Trescher, H., 2016a: Feldzugang bei kognitiver Beeinträchtigung. Am Beispiel der direkten Beforschung demenziell erkrankter Personen. S. 31–44 in: D. Katzenbach (Hrsg.), Qualitative Forschungsmethoden in der Sonderpädagogik. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Trescher, H., 2016b: Grundlagen der Objektiven Hermeneutik. S. 183–193 in: D. Katzenbach (Hrsg.), Qualitative Forschungsmethoden in der Sonderpädagogik. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Trescher, H. & M. Fischer, 2013: Scham und Akquise. Strukturprobleme in der Akquisetätigkeit in hochgradig schambesetzten Feldern am Beispiel "Adipositas im Kindes- und Jugendalter". *Neue Praxis* 2: 184–195.
- Trescher, H. & T. Hauck, 2016: Demenz. Anforderungen an eine pädagogische Praxis. *Behindertenpädagogik* 55: 296–313.

- Tschacher, W. & D. Meier, 2019: Physiological synchrony in psychotherapy sessions. *Psychotherapy Research* 30: 558–573.
- Uexküll, T. von & W. Wesiack, 1988: *Theorie der Humanmedizin: Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns*. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg.
- Upshur, R.E. & Tracy S., 2008: Chronicity and complexity. Is what's good for the diseases always good for the patients? *Canadian Family Physician* 54: 1655–1658.
- van den Bussche, H., 2010: Arbeitsbelastung und Berufszufriedenheit bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten: Genug Zeit für die Patientenversorgung? S. 235–245 in: F.W. Schwartz & P. Angerer (Hrsg.), *Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten: Befunde und Interventionen; [Kommunikation, persönliche Ressourcen, Arbeitsbedingungen, ökonomische Rahmenbedingungen; ... Symposium "Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten - Befunde und Intervention" am 10. Februar 2009 in Berlin]*; mit 91 Tabellen. Köln: Dt. Ärzte-Verl.
- van den Bussche, H., B. Wiese, G. Schön, M. Eisele, D. Koller, S. Steinmann, G. Glaeske & H. Kaduszkiewicz, 2012: Die vertragsärztliche Versorgung von Patienten mit Demenz im Spiegel von Abrechnungsdaten einer GKV-Kasse. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 89: 55–60.
- Vick, J.B., H. Amjad, K.C. Smith, C.M. Boyd, L.N. Gitlin, D.L. Roth, D.L. Roter & J.L. Wolff, 2018: "Let him speak:" a descriptive qualitative study of the roles and behaviors of family companions in primary care visits among older adults with cognitive impairment. *International journal of geriatric psychiatry* 33: e103-e112.
- Wagner, H.J., 1999: *Rekonstruktive Methodologie. George Herbert Mead und die qualitative Sozialforschung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Wangler, J., A. Fellgiebel, C. Mattlinger & M. Jansky, 2018: Diagnostik und Versorgung der Demenz - eine Herausforderung für die Hausarztmedizin. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 94: 12–17.
- Watzlawick, P., 2016: *Man kann nicht nicht kommunizieren. Das Lesebuch*. Bern: Hogrefe.
- Weiss, D., V. Job, M. Mathias, S. Grah & A.M. Freund, 2016: The end is (not) near: Aging, essentialism, and future time perspective. *Developmental psychology* 52: 996–1009.
- Weizsäcker, V., 1956: *Pathosophie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.



- Wesiack, W., 1990/91: Der Stellenwert der psychosomatischen Medizin in Praxis und Klinik. S. 177–181 in: M. Stauber, F. Conrad & G. Haselbacher (Hrsg.), Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe. Berlin, Heidelberg, Heidelberg: Springer.
- Wienke, A., 2017: Die Ökonomisierung der Medizin. Orthopädie Unfallchirurgie 07: 36–38.
- Wilm, S., A. Knauf, T. Peters & O. Bahrs, 2004: Wann unterbricht der Hausarzt seine Patienten zu Beginn der Konsultation? Zeitschrift für Allgemeinmedizin 80: 53–57.
- Witte, N., 2010: Ärztliches Handeln im Praxisalltag. Eine interaktions- und biographieanalytische Studie. Frankfurt am Main: Campus Verlag GmbH.
- Wittgenstein, L., 2000: "The big typescript". Wien: Springer.
- World Health Organization (WHO), 1948: Constitution.  
[https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf) (13.4.2021).
- Ziegeler, G. & H. Friedrich, 2002: Multiple Sklerose - das einzig sichere an ihr ist ihre Unzuverlässigkeit! Eine Langzeitstudie über Formen der psychosozialen Bewältigung einer chronischen Krankheit. Frankfurt: VAS - Verlag für Akademische Schriften.
- Zimmer, B., 2005: Eine Schlüsselrolle für Hausärzte. S. 15–24 in: I. Füsgen (Hrsg.), Integrierte Versorgung - der Hausarzt als Schnittstelle Geriatrie - Demenz - Pflege. Wiesbaden: Medical Tribune.
- Zimmermann, C., 2017: Auf dem Weg mit Alzheimer. Wie sich mit einer Demenz leben lässt. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Zi-Praxis-Panel, 2018: Jahresbericht 2015. Wirtschaftliche Situation und Rahmenbedingungen in der vertragsärztlichen Versorgung der Jahre 2014 bis 2017.  
[https://www.zi-pp.de/pdf/ZiPP\\_Jahresbericht\\_2018.pdf](https://www.zi-pp.de/pdf/ZiPP_Jahresbericht_2018.pdf) (13.2.2021).

## Anhänge

Alle Anhänge stehen digital auf einem Datenträger gespeichert und der Dissertationsschrift beigelegt zur Verfügung.

Anhang 1:	Anfrage zur Studienteilnahme mit Projektskizze	– Dateiname: Anhang1.pdf
Anhang 2:	Formular Einverständniserklärung	– Dateiname: Anhang1.pdf
T1:	Transkript zu Fall 1	– Dateiname: T1.pdf
T2:	Transkript zu Fall 2	– Dateiname: T2.pdf
T3:	Transkript zu Fall 3	– Dateiname: T3.pdf

## Erklärung

1. Die Gelegenheit zum vorliegenden Promotionsvorhaben ist mir nicht kommerziell vermittelt worden. Insbesondere habe ich keine Organisation eingeschaltet, die gegen Entgelt Betreuerinnen und Betreuer für die Anfertigung von Dissertationen sucht oder die mir obliegenden Pflichten hinsichtlich der Prüfungsleistung für mich ganz oder teilweise erledigt.
2. Ich versichere, dass ich die eingereichte Dissertation „*Zeit in sozialer Interaktion im Kontext medizinischer Versorgung von Menschen mit Demenz. Eine qualitative Fallrekonstruktion von Prozessen zeitlicher Koordination in hausärztlichen Konsultationsgesprächen*“ selbstständig und ohne unerlaubte Hilfsmittel verfasst habe; fremde Hilfe habe ich dazu weder unentgeltlich noch entgeltlich entgegengenommen und werde die auch zukünftig so halten. Anderer als der von mir angegebenen Hilfsmittel und Schriften habe ich mich nicht bedient. Alle wörtlich oder sinngemäß den Schriften anderer Autoren entnommenen Stellen habe ich kenntlich gemacht,
3. Die eingereichte Dissertation habe ich nicht bereits in einem anderen Prüfungsverfahren vorgelegt.
4. Des Weiteren ist mir bekannt, dass Unwahrhaftigkeiten hinsichtlich der vorstehenden Erklärung die Zulassung zur Promotion ausschließen bzw. später zum Verfahrensabbruch oder zur Rücknahme des erlangten Titels berechtigen.

---

(Datum und Unterschrift)

Julia Gärtner