

Randgebiete des Sozialen

Lakshmi Kotsch | Ronald Hitzler

Selbstbestimmung trotz Demenz?

Ein Gebot und seine
praktische Relevanz
im Pflegealltag

BELTZ JUVENTA

Leseprobe aus: Kotsch/Hitzler, Selbstbestimmung trotz Demenz?, ISBN 978-3-7799-2907-9

© 2013 Beltz Juventa Verlag, Weinheim Basel

<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-7799-2907-9>

Einleitung

Anne Honer hat in ihrem Text „Zeit-Konfusionen“ (in Honer 2011, S. 131–139) drei durchaus *typische* Situationen mit *typischen* Demenzkranken geschildert. In diesen Schilderungen (und ihren jeweiligen Ausdeutungen) wird wohl *das* charakteristische Merkmal einer Demenzerkrankung überhaupt veranschaulicht; das Vergessen – und dabei insbesondere das Vergessen zeitlicher Strukturen. Auch wenn dies nicht auf alle Demenzkranken in dieser Allgemeinheit zutrifft¹; der *typische* demente Menschen glaubt sich oft in einer subjektiv anderen Zeit als der der intersubjektiv geteilten Alltagswelt – und zwar in einer vergangenen Zeit, die längst durchlebt worden ist. Das heißt, er ist zwar *zeitlich* „ver-rückt“, aber nicht in seiner Persönlichkeit, wie es vielleicht bei manchen Formen der sogenannten „Dissoziativen Identitätsstörung“ der Fall ist. (Viele) Demenzkranke halten sich immer noch und im wahrsten Sinne des Wortes für die Person, die sie *einmal waren*, vor dreißig, fünfzig oder auch siebzig Jahren beispielsweise, und handeln dieser von ihnen so als aktuell erlebten Realität entsprechend. Auch interpretieren sie die Geschehnisse um sie herum derart, dass sie sich in ‚ihre‘ Wirklichkeit eingliedern lassen. Aber sie halten sich nicht für jemand völlig anderen, z.B. für Spiderman oder Mutter Teresa – wohingegen es durchaus häufig vorkommt, dass sie *andere* Menschen für jemand völlig anderen (oder gar anderes) halten, als wir das in der intersubjektiv geteilten Alltagswelt tun.

Auch benannt hat Anne Honer im erwähnten Text die sozial problematischen Konsequenzen, die sich hieraus ergeben; näm-

1 Demenz ist streng genommen keine Krankheit, sondern ein Symptomkomplex, dem verschiedene Grunderkrankungen zugrunde liegen können – wobei die sogenannte Alzheimer-Erkrankung die mit Abstand häufigste Ursache darstellt. Gleichwohl werden wir hier die Begriffe „Demenzkranker“, „demenzkranker Menschen“, „Demente“ und „demente Menschen“ willkürlich synonym verwenden.

lich eine mitunter lediglich schwache oder nicht mehr erkennbare Korrelation der Relevanzen von Demenzkranken mit denen in der intersubjektiv geteilten Alltagswelt. So stellen sich für demente Menschen in ihrer jeweiligen Realität manchmal Dringlichkeiten, die für ihre Mitmenschen als schwer nachvollziehbar erscheinen, sich zumindest aber nicht mit deren Dringlichkeiten decken. Allerdings sind nicht allein die schwachen oder nicht existierenden *Korrelationen* zwischen den Relevanzen von demenzkranken Menschen und denen ihrer Mitwelt sozial problematisch. Schwierig wird es besonders dann, wenn diese voneinander abweichenden Relevanzen – was durchaus häufig der Fall ist und in den Fallbeispielen des Textes auch beschrieben ist – miteinander *kollidieren*. Also dann zum Beispiel, wenn eine demenzkranke Pflegeheimbewohnerin etwas zu tun beabsichtigt, das zu ‚erlauben‘ das Pflegepersonal in zumindest *moralische* Schwierigkeiten stürzen könnte, weil es die körperliche Integrität dieser Bewohnerin gefährden würde. Die Mitwelt, die (noch) über Zugang zur intersubjektiv geteilten Alltagswelt verfügt, ist in dieser Hinsicht meist, wenn auch nicht immer, durchsetzungsmächtiger, weil sie über gewisse Tricks und Raffinessen im Umgang mit Demenzkranken verfügt; z.B. über Möglichkeiten der Fixierung verschiedener Art – mechanischer oder medikamentöser (vgl. Honer 2011, S. 121–130).

Allerdings hat sich in den zurückliegenden Jahren bzw. Jahrzehnten unsere Sensibilität für das, was wir an einem derartigen Umgang mit Hilfebedürftigen als menschenwürdig oder menschenunwürdig ansehen, deutlich erhöht, so dass z.B. mechanische Fixierungen oder medikamentöse „Ruhigstellungen“ immer auch problematisch erscheinen und jedenfalls nicht *ohne weiteres* vorgenommen werden können. Was bleibt dann aber zu tun, wenn Demenzkranke etwas tun wollen, das ‚wir‘ nicht zulassen mögen, weil es beispielsweise sie oder andere gefährdet, oder – um mildere Alternativen zu nennen – einschränkt oder belästigt? Sozial problematisch am Umgang mit Demenzkranken – deren Relevanzen mit den unseren mitunter nur schwach korrelieren oder sogar kollidieren – ist, dass die Möglichkeit einer hinreichenden Verständigung brüchig bzw. fragil geworden ist. Weder können wir auf sinnvolle Verfahren der Interessenvermittlung zurückgreifen, noch beispielsweise auf – nach dem Schuldprinzip

nicht zu rechtfertigende – Möglichkeiten der Bestrafung (die aber auch bereits aufgrund der Vergesslichkeit von Demenzkranken wirkungslos wären). Wir verfügen kaum über geeignete *und* zugleich ethisch vertretbar erscheinende Mittel eines *Auswegs*.

Zwar ist in gewisser Weise jede Form des menschlichen Miteinanders „fragil“, insofern jeglicher zwischenmenschlichen Kommunikation ein nicht auszuräumendes Moment der Mehrdeutigkeit oder Unberechenbarkeit innewohnt (vgl. dazu auch die Beiträge von Honer et al. 2010). „Verständigung“ ist also immer nur näherungsweise erreichbar. Vollständige, absolut *eindeutige* Verständigung ist eine Fiktion. Dennoch ist es möglich, dass wir – im Allgemeinen – auf Basis dieser „unvollständigen Verständigung“ miteinander hinlänglich verlässlich kommunizieren können, so dass man am Ende zumindest den *Eindruck* gewinnt, man habe von ungefähr derselben Sache gesprochen. Das ist zwar durchaus nicht *immer* der Fall, insoweit regelmäßig Situationen vorkommen, in denen sich dieser Eindruck keineswegs aufrecht erhalten lässt; aber doch wiederum erstaunlich *häufig*, wenn man bedenkt, wie wenig gewiss wir uns, genauer betrachtet, je darüber sein können, dass der Andere auch wirklich das Gleiche meint wie ich, wenn wir über etwas sprechen. Hier kommt also das Problem der Intersubjektivität ins Spiel. Alfred Schütz (2010) spricht von der Generalthese der Reziprozität der Perspektiven, die auf zwei Idealisierungen beruht: Auf der Idealisierung der Übereinstimmung der Relevanzsysteme und auf der Idealisierung der Austauschbarkeit der Standpunkte. Die Idealisierung der Übereinstimmung der Relevanzsysteme besagt, dass ich zwar bedingt durch meine biographische Situation anderen Dingen Relevanz beimesse als mein Gesprächspartner, dass diese Unterschiede der Relevanzsysteme beim Versuch einer Verständigung in aller Regel aber unbeachtet bleiben können. Mit der Idealisierung der Austauschbarkeit der Standpunkte verbindet sich die Gewissheit, dass mein Gegenüber das Gleiche wahrnehmen würde wie ich, wenn es an meiner Stelle wäre, und dass es die Dinge dann auch in gleicher Perspektive, Distanz und Reichweite erfahren würde wie ich. Vollziehen wir wechselseitig diese Idealisierungen, so ist zwar keine vollständige, aber doch eine für unsere alltäglichen Zwecke normalerweise hinreichende „Verständigung“ möglich.

Die grundsätzliche, für uns irgendwie gewohnte, Unbestimmtheit in der Verständigung, die wir im Alltag normalerweise übergehen, tritt im Umgang mit Demenzkranken nun jedoch viel stärker und folglich kaum ignorierbar hervor. Sie ist nicht mehr ein zu vernachlässigendes Element zwischenmenschlicher Kommunikation, sondern ganz zentrales Kennzeichen der Interaktion mit Dementen schlechthin. Dies kann zum einen bedingt sein durch die oben angesprochene zeitliche „Ver-rücktheit“ mancher dementer Menschen: Denn selbst wenn *wir* uns *unter Umständen* – d.h. mit dem entsprechenden Hintergrundwissen – und zumindest eingeschränkt auf *ihre* jeweilige Situation einzustellen vermögen, ist dies umgekehrt für *sie* deutlich schwieriger, da sie den Wechsel in unsere Welt nicht mehr nachvollziehen können. Dies bedeutet nicht, dass ihnen beispielsweise das Gespür für soziale Umgangsformen abhandengekommen sein muss (siehe unten). Allem Anschein nach aber erkennen die in dieser Weise erkrankten Dementen nicht, dass ihre subjektive Alltagswelt weitgehend nicht mehr mit unserer intersubjektiv geteilten Alltagswelt übereinstimmt, in der wir nicht selten *andere* Rollen einnehmen, als in der ihren. Dass das jede gegenseitige Verständigung signifikant erschwert, liegt auf der Hand. Die ausgeprägtere Unbestimmtheit in der Interaktion mit demenzkranken Menschen kann aber auch durch andere Symptome bedingt sein, die mit einer Demenz einhergehen können, wie z.B. mit Beeinträchtigungen des sprachlichen Ausdrucksvermögens und des Sprachverständnisses². Manche demente Menschen können sich nicht mehr in der ehemals gewohnten Weise verständigen, weil ihnen im wahrsten Sinne des Wortes „die Worte fehlen“ und sie beispielsweise Begriffe nicht mehr erinnern, Worte verwechseln oder Syntaxregeln nicht mehr beherrschen – unter Umständen bis hin

2 Zu dem fortschreitenden Verlust kognitiver Funktionen, einhergehend auch mit Orientierungsschwierigkeiten, treten zudem körperliche und psychische Symptome wie Störungen bei der Blasen- und Darmentleerung, motorische Unruhe, Angst, Halluzinationen, Aggressionen, Unsicherheit und Veränderungen der Persönlichkeit. (vgl. BMFSFJ 2002; zur Symptomatik der Demenz vgl. auch z.B. Boetsch et al. 2003; Kurz 2002; zu definitorischen Unterschieden verschiedener Diagnosemanuale vgl. Wetzstein 2005).

zu einem vollständigen Verlust des Sprachvermögens. Die normalerweise für ein Gespräch geltende Annahme der Reziprozität der Perspektiven kann damit nicht mehr ohne weiteres vorausgesetzt werden. D.h., die üblichen Regeln einer Konversation erweisen sich möglicherweise als wirkungslos, weil entweder aneinander vorbei geredet wird oder aufgrund von Sprachschwierigkeiten eine Verständigung erschwert ist, sodass eine ‚Passung‘ zwischen den Interaktionspartnern schwer herzustellen ist. Normalerweise gültige Regeln der Interaktion werden im Umgang mit Demenzkranken also gewissermaßen chaotisiert bzw. unterminiert.

Die Chance einer einigermaßen eindeutigen, hinlänglich verlässlichen Verständigung zwischen dementen und nicht-dementen Menschen ist – abhängig natürlich auch vom Grad der Erkrankung – zwar nicht zwangsläufig unmöglich. Aber sie ist doch weniger wahrscheinlich und geschieht augenscheinlich auch (signifikant) seltener, als wir es aus der Interaktion mit „gesunden“ oder wenigstens: nicht kognitiv eingeschränkten, also hellwachen, normalen erwachsenen Menschen gewohnt sind. Trotz der beschriebenen Verständigungsschwierigkeiten ist jedoch davon auszugehen, dass demenzkranke Menschen nach wie vor über so etwas wie ein „Selbst“ verfügen und dass ihr Handeln prinzipiell zielgerichtet und insofern sinnhaft ist – auch, wenn ‚wir‘ diesen Sinn nicht immer nachzuvollziehen in der Lage sind. Auch an Alzheimer erkrankte Personen sind laut Sabat/Harré (1994) „semiotische Subjekte“. D.h., ihre Handlungen *sind* bedeutungsvoll und können durchaus situationsangemessen sein. Beispielsweise hat sich gezeigt, dass Alzheimer-Patienten ein Gefühl für soziale ‚Etikette‘ (Kontos 2004) besitzen und prinzipiell in der Lage sind, Höflichkeitsstrategien den jeweiligen Gesprächspartnern und der jeweiligen Situation entsprechend anzuwenden und zu variieren. Temple et al. (1999) zufolge könnte dies darauf hinweisen, dass bei ihnen bis in die Spätstadien der Krankheit hinein das Gefühl und das Verständnis für Dimensionen sozialer Macht, sozialer Distanz und für die Auswirkungen des eigenen kommunikativen Stils auf andere erhalten bleiben. Zumindest scheinen sie ein Verständnis für soziale Geltungsmuster zu bewahren (ebd.). Bis in die Spätstadien der Krankheit hinein bringen Alzheimer-Patienten zudem verschiedene Gefühls-

facetten zum Ausdruck³, und sie sind – trotz schwerer Sprach- und Sprechstörungen – fähig, sich zu verständigen, indem sie auf nonverbale Ausdrucksformen wie z.B. Gestik, Mimik, Haltung oder Stimmhöhe zurückgreifen (Sabat/Cagigas 1997).

Wenn es nun darum geht, ‚Sinn‘ in den Äußerungen eines alzheimerkranken Menschen zu erschließen, ist die Haltung des gesunden Interaktionspartners diesem gegenüber von besonderer Bedeutung.⁴ Auch wenn neuropathologische Schäden eine Reihe von Verhaltensproblemen nach sich ziehen, haben gerade interpersonale, soziale Aspekte einen starken Einfluss auf das Verhalten der alzheimerkranken Person (Sabat 1994; vgl. auch Grond 2003). Manche Verhaltensweisen von dementen Menschen sind eher als Reaktion auf bestimmte ungünstige soziale „Umweltbedingungen“ zurückzuführen, als auf ihre Krankheit selber (vgl. James/Sabin 2002)⁵. Insofern muss der sozialen Dynamik zwischen Pflegekraft und dementem Menschen besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden (Kitwood 1990, 1993; Sabat/Harré 1994; Sabat 1994, 1998, 2002a, 2002b). Beispielsweise hat Bohling (1991) festgestellt, dass dieselbe an Alzheimer erkrankte Person mit der einen Pflegekraft ‚effektiv‘ kommunizieren konnte, wohingegen ihr dies mit einer anderen Pflegeperson augenscheinlich nicht möglich war. Es stellte sich heraus, dass diejenigen Pflegekräfte, die den „conversational cues“, die ihnen die Alzheimer-Patienten anboten, folgten (z.B. indem sie nicht das

3 Z.B. Interesse, Glücklichkeit, Traurigkeit, Furcht oder Angst (Magai et al. 1996; vgl. auch Bär et al. 2003; Magai et al. 2002), aber auch Scham, Sympathie, Dankbarkeit und Abneigung (Kontos 2004). Nur eine Emotion ist offenbar im Endstadium der Krankheit weniger ausgeprägt: Freude (Magai et al. 1996).

4 Hierauf wird insbesondere in sozialkonstruktivistisch-psychologischen Publikationen wiederholt hingewiesen (Sabat/Cagigas 1997; Sabat/Harré 1994; Sabat 1994, 1998, 2002a, 2002b; vgl. hierzu auch Downs 2000; Kitwood 1990, 1993; Lyman 1989).

5 Auch die Entscheidung für die Einweisung in ein Heim scheint nicht allein vom Schweregrad der Krankheit abhängig zu sein, sondern der Schweregrad fungiert vielmehr, „vor dem Hintergrund einer krisenhaften Zuspitzung der Pflegesituation“ als „anerkannter Indikator“ dafür, die Heimeinweisung zu legitimieren – so jedenfalls die Überlegungen von von Wedel-Parlow et al. (2004, S. 137). Zur „sozialen Konstruiertheit“ von Alzheimer als Krankheit vgl. auch Gubrium (1986).

Gesprächsthema wechselten oder nicht schwiegen, sobald sich ihnen die Bedeutung eines Gespräches nicht sofort offenbarte), mehr ‚sinnvollen‘ kommunikativen Austausch mit ihnen hatten. Auch wenn es uns bestenfalls dann, wenn wir selbst von der Krankheit betroffen sind, gelingen kann, die Innenperspektive demenzkranker Menschen erlebend nachzuvollziehen, müssen wir demzufolge davon ausgehen, dass selbstverständlich auch *sie* sich vor das oben beschriebene Verständigungsproblem gestellt sehen – zumindest dann, wenn sie noch nicht völlig in einer anderen Welt als der des „normalen, hellwachen Erwachsenen“ (Schütz 2010) leben. Und wir können davon ausgehen, dass auch *sie* sich bemühen, sich *trotz* dieser Schwierigkeiten mit uns zu verständigen.

Dies zeigt exemplarisch die Szene, die im Kontext einer teilnehmenden Beobachtung im Wohnbereich eines Seniorenpflegeheims dokumentiert wurde: „Ich darf Frau Wagner, eine Bewohnerin mit der Diagnose Demenz Typ Alzheimer, beobachten. Frau Wagner⁶ spricht normalerweise wenig und singt viel. In der letzten Zeit jedoch spricht sie häufiger, als man es von ihr gewohnt ist. Vieles davon bleibt allerdings unverständlich, weil sie ‚Phantasiewörter‘ verwendet, während die Sprachmelodie an ein ganz ‚normales‘ Gespräch erinnert. Manchmal jedoch ist das, was sie sagt, auch für mich verständlich. Frau Wagner kann im Prinzip gehen, ist jedoch sturzgefährdet und deshalb im Rollstuhl mit einem Magnetgurt fixiert. Nach dem Frühstück bleibt die eigentlich bewegungsfreudige Frau häufig am Tisch sitzen, oder besser gesagt: wird dort sitzen gelassen, da sie sich, bei festgestellter Bremse an den Küchentisch geschoben, selbst nicht bewegen kann. Solcherart fixiert, suchen ihre Hände dann häufig auf dem Küchentisch nach irgendetwas Ertastbarem, das sich anfassen, wieder hinlegen, wiederanfassen lässt usw. Auch heute bleibt Frau Wagner nach dem Frühstück am Küchentisch sitzen. Ich setze mich zu ihr. In der Hoffnung, dass es für sie ein wenig interessant sein könnte, zeige ich ihr mein Mobiltelefon und erkläre ihr, was man damit alles so machen kann. Was sie antwortet, bleibt für mich größtenteils unverständlich. Sie nickt jedoch

6 Die Namen aller in diesem Bericht genannten Personen – der gepflegten ebenso wie der pflegenden – sind Pseudonyme.

oft und zieht dabei die Augenbrauen hoch, als würde sie verstehen, wovon ich spreche. Außerdem lacht sie häufig. Dann erkläre ich ihr, dass ich heute noch nicht gefrühstückt habe, weil ich etwas spät aufgestanden und deshalb nicht mehr dazu gekommen sei. Sie nickt wieder und zieht die Augenbrauen hoch. Plötzlich zeigt sie auf das Platzset vor mir. Dabei spricht sie anscheinend aufgeregt und laut hintereinander die Worte: ‚Alles, alles‘ und ‚hier, hier‘. Ich bin zuerst irritiert über diese Aussage. Dann, nach einem Blick auf das Platzset, erstaunt: Darauf ist nämlich ein ‚Frühstückszenario‘ abgebildet – ein Toaster samt Toast, Kaffeekanne, Zeitung. Die diensthabende Pflegerin bittet mich dann, ein Toastbrot für eine andere Bewohnerin zu schmieren. Ich stehe deshalb auf und sage zu Frau Wagner, dass ich ein Brot schmieren muss. Sie nickt und sagt ‚Tschüss‘.“

Möglicherweise lässt sich diese kurze Sequenz so interpretieren, dass die demente Frau Wagner, die nur noch manchmal aktiv auf ihren ehemaligen Wortschatz zurückgreifen kann, das Platzset zuhelfe genommen hat, um mit der Beobachterin zu kommunizieren. Hat sie ihr sagen wollen, dass es hier, also im Pflegeheim, Frühstück gegeben hat? Oder dass es vor Ort alles gibt, was man zum Frühstück braucht; vielleicht ein Angebot an sie, hier zu frühstücken? *Ob* es so war, lässt sich nicht verifizieren. Allem Anschein nach hat aber zumindest ein Verständigungs*versuch* vorgelegen; *irgendetwas* schien Frau Wagner ihr mitteilen zu *wollen*.

Die Notwendigkeit, die Äußerungen demenzkranker Menschen zu verstehen bzw. ihnen einen nachvollziehbaren Sinn abzugewinnen, wird besonders virulent vor dem Hintergrund des auch im Bereich der Pflege zunehmend nachdrücklich proklamierten Selbstbestimmungsgebotes. Dieses Gebot dringt beispielsweise in Form von Normen oder Leitlinien verstärkt in solche Lebensbereiche ein, die von „defizitärer Autonomie“ (Damm 2010, S. 460) geprägt sind, wie es eben auch im Falle von Pflegebedürftigkeit geschieht. Hiervon betroffen ist auch das Selbstbestimmungsrecht von Personen, deren Autonomie zum Teil massiv eingeschränkt ist. So kann beispielsweise der Einschätzung des Bundesgerichtshofes (BGH) zufolge das Selbstbestimmungsrecht von dementen Heimbewohnern durchaus Vorrang

vor anderen, eigentlich gleichwertigen Gütern, wie Schutz von Leib und Leben, erlangen⁷.

Beruflich Pflegende sind gehalten, dieses Gebot zu beachten. Sie sollen die Betroffenen neben anderem darin unterstützen, ein trotz des eingetretenen Autonomieverlustes *möglichst* selbstbestimmtes Leben führen zu können. Gerade sie sind aber ständig mit der beschriebenen Unbestimmtheit in der Verständigung mit demenzkranken Menschen, mit der mangelnden Reziprozität der Perspektiven, zugleich konfrontiert – wie umgekehrt auch demenzkranke Menschen selbst die Grenzen ihrer Verständigungsmöglichkeiten regelmäßig zu spüren bekommen dürften. Wenigstens eine basale Verständigung scheint aber eine grundlegende Voraussetzung dafür zu sein, die Selbstbestimmung demenzkranker Bewohner, die durch die eingetretene Hilfebedürftigkeit zu einer wesentlich interaktiven Angelegenheit wird, zu ermöglichen. Aus diesem Grund tauchen bestimmte Probleme im Zusammenhang mit einem deklarierten Anspruch auf Selbstbestimmung schließlich überhaupt auf: Z.B. wenn es um die Ermittlung des mutmaßlichen Willens von Personen geht, deren Willen in der jeweils aktuellen Situation nicht mehr ohne weiteres (v)ermittelbar ist; oder – wie erwähnt – um andere Pflichten professionell Hilfeleistender, die mit dem Recht auf Selbstbestimmung kollidieren usw.

Was Selbstbestimmung aber genau genommen bedeutet, bleibt trotz der steigenden Bedeutung, die dem Begriff auch im Bereich der Pflege zukommt, unklar. Insbesondere bleibt unklar, was der Anspruch auf Selbstbestimmung für die – ganz alltägli-

7 „Zweitens ist bemerkenswert, dass das Gericht [gemeint ist der BGH, Anm. d. Verf.] auch bei offenbar drastischen Bewegungs-, Orientierungs- und Geistes Einschränkungen von Pflegebedürftigen und trotz der Pflichtbegrenzung auf das ‚Erforderliche‘ und ‚Zumutbare‘ als Ergebnis seiner Abwägung zu einer Höherbewertung des Bewegungs- und Freiheitsaspektes gelangt. Insofern ist der besondere Stellenwert des Hinweises auf die Schutzwürdigkeit von Selbstbestimmung auch bei Einschränkungen im geistig-seelischen Bereich noch einmal zu unterstreichen“ (Damm 2010, S. 460). (BGH, NJW 2005, 2613, 2614: „[A]uch bei Einschränkungen im geistig-seelischen Bereich“ müsse „abgewogen werden, ob einem Wunsch des Heimbewohners, bestimmte Verrichtungen selbständig auszuführen, nicht weitgehend Rechnung zu tragen ist“).

chen – Situationen, in denen er umgesetzt werden soll, bedeuten kann. Zwar wird der Begriff im Allgemeinen selbstverständlich und häufig verwendet. Allerdings bleibt er dabei unspezifisch bzw. definitorisch unterbestimmt. Wir gehen deshalb davon aus, dass es sich beim Topos Selbstbestimmung um eine Konsensfiktion handelt – also um eine zunächst einmal „fiktive“ Übereinstimmung“ (Eckert et al. 1989, S. 53; vgl. auch Hahn 1983) hinsichtlich der Frage, worum es dabei ‚tatsächlich‘ geht. Die Implikationen dieser Konsensfiktion wollten wir im Rahmen der vorliegenden Studie und in Anknüpfung an ein von uns bereits erfolgreich durchgeführtes Projekt⁸ rekonstruieren: Was *bedeutet* Selbstbestimmung, in *interaktiven* Vollzügen gedacht, in jeweils unterschiedlichen Hilfekontexten? Wie bildet sich das Wissen hierum heraus und welches (wenn auch mehr oder weniger unspezifische) Selbstbestimmungsverständnis liegt dem jeweils zugrunde?

8 DFG gefördertes Projekt „Die Ordnung der assistierenden Interaktion. Videographische Analyse von Pflegesituationen“ (GZ HI 690/12-1).