

Anna Gogl (Hrsg.)
**Selbstvernachlässigung
bei alten Menschen**

Verlag Hans Huber
Programmbereich Pflege

Beirat
Angelika Abt-Zegelin, Dortmund
Jürgen Osterbrink, Salzburg
Doris Schaeffer, Bielefeld
Christine Sowinski, Köln
Franz Wagner, Berlin



Anna Gogl
(Herausgeberin)

Selbstvernachlässigung bei alten Menschen

Von den Phänomenen zum Pflegehandeln

Unter Mitarbeit von

Andrea Abraham	Ueli Mäder
Ruth Baumann-Hölzle	Elisabeth Sittner
Jürgen Georg	Franz Sitzmann
Elisabeth Hofmann	Barbara Steiner
Susanne Lauri	Edith Weber-Halter

Verlag Hans Huber

Anna Gogl (Hrsg.) Diplomierte Pflegefachfrau, diplomierte Pflegelehrerin und Pflegeexpertin
Krachenrain 54, CH-4059 Basel
E-Mail: gogl@balcab.ch

Lektorat: Jürgen Georg, Michael Herrmann
Bearbeitung: Michael Herrmann
Herstellung: Daniel Berger
Titelillustration: pinx. Winterwerb und Partner, Design-Büro, Wiesbaden
Umschlaggestaltung: Claude Borer, Basel
Satz: Claudia Wild, Konstanz
Druck und buchbinderische Verarbeitung: AZ Druck und Datentechnik GmbH, Kempten
Printed in Germany

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Angaben sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.



Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Verfasser haben größte Mühe darauf verwandt, dass die therapeutischen Angaben insbesondere von Medikamenten, ihre Dosierungen und Applikationen dem jeweiligen Wissensstand bei der Fertigstellung des Werkes entsprechen. Da jedoch die Pflege und Medizin als Wissenschaft ständig im Fluss sind, da menschliche Irrtümer und Druckfehler nie völlig auszuschließen sind, übernimmt der Verlag für derartige Angaben keine Gewähr. Jeder Anwender ist daher dringend aufgefordert, alle Angaben in eigener Verantwortung auf ihre Richtigkeit zu überprüfen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen oder Warenbezeichnungen in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen-Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Verlag Hans Huber
Lektorat: Pflege
Länggass-Strasse 76
CH-3000 Bern 9
Tel: 0041 (0)31 300 45 00
Fax: 0041 (0)31 300 45 93
verlag@hanshuber.com
www.verlag-hanshuber.com

1. Auflage 2014
© 2014 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern
(E-Book-ISBN_PDF 978-3-456-95308-3)
(E-Book-ISBN_EPUB 978-3-456-75308-9)
ISBN 978-3-456-85308-6

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	15
Praxis vor Theorie	15
Zu Teil 1 des Buches	15
Zu Teil 2 des Buches	16
Zu Teil 3 des Buches	16
Zu Teil 4 des Buches	16
Gewollt und ungewollt Fehlendes in diesem Buch	17
Gewollt Fehlendes	17
Ungewollt Fehlendes	18
Schlussgedanke	18
1. Die Fallbeispiele – ein Werkstattbericht	
<i>Anna Gogl</i>	19
1.1 Zum Begriff	19
1.2 Der «Fall» in der Praxis	19
1.2.1 Die Funktion des Fallbeispiels im Pflegebereich	19
1.2.2 Zum Ursprung der Fallbeispiele im Buch	20
1.3 Eigenes und Fremdes fließen zusammen	20
1.4 Ethische Bedenken	21
1.5 Von der Praxis für die Praxis	21
1.6 Kriterien für die Auswahl der Fallbeispiele	22
1.6.1 Bedürfnisse der Praxis	22
1.6.2 Nachvollziehbarkeit des Pflegeprozesses	22
1.6.3 Genauigkeit und Systematik	23
1.6.4 Aktualität der Daten	23
1.7 Grenzen und Gültigkeit der Falldarstellungen	23
2. Selbstvernachlässigung – Verortung der Autorin	
<i>Anna Gogl</i>	25
2.1 Persönliche und berufliche Erfahrungen	25
2.2 Vom Hinausschieben	26

Teil 1 – Falldarstellungen	29
3. Pflegeprozesse bei sich vernachlässigenden Menschen mit Demenz	
<i>Anna Gogl</i>	31
3.1 Erste Beispielgeschichte	
«Auch wenn man nicht mehr so kann wie früher ... man ist immer noch jemand.» ...	32
3.1.1 Ausgangssituation	32
3.1.2 Anpassung der Pflegemethoden und -instrumente	35
3.1.3 Verlauf und Abschluss des Pflegeprozesses	41
3.2 Zweite Beispielgeschichte	
«Die Nachbarin geht mir in die Wohnung und bestiehlt mich.»	41
3.2.1 Der erste Pflegekontakt	41
3.2.2 Die verstehende Auswertung	45
3.2.3 Der Verlauf des Pflegeprozesses	46
3.2.4 Weiterer Verlauf und Abschluss des Pflegeprozesses	49
3.3 Eckpfeiler der Pflege	50
4. Der Pflegeprozess bei einer depressiven, sich vernachlässigenden Frau	
«Wenn Sie annehmen, Sie können mir helfen, so täuschen Sie sich ... Mir kann niemand helfen.»	
<i>Anna Gogl</i>	53
4.1 Ausgangssituation	53
4.2 Der erste Pflegekontakt	54
4.3 Auswirkungen depressiver Störungen auf den Alltag – Pflegediagnosen	56
4.3.1 Pflegediagnose <i>Suizidgefahr</i>	56
4.3.2 Pflegediagnose <i>Schwere Machtlosigkeit</i>	56
4.3.3 Pflegediagnose <i>Gestörte Denkprozesse</i>	56
4.3.4 Pflegediagnosen <i>Selbstvernachlässigung</i> und <i>Beeinträchtigte Haushaltsführung</i> ...	57
4.3.5 Pflegediagnose <i>Beeinträchtigte soziale Interaktion</i>	57
4.3.6 Pflegediagnose <i>Noncompliance</i>	57
4.3.7 Pflegediagnose <i>Chronisch geringes Selbstwertgefühl</i>	58
4.4 Probleme und Ressourcen gewichten	58
4.5 Stellvertretend Ziele festlegen	59
4.6 Interventionen zur Pflegediagnose <i>Suizidalität</i>	59
4.6.1 Grundsätzliche Gedanken	59
4.6.2 Pflegekommunikation und Leidenslinderung als Suizidprophylaxe	59
4.7 Weitere Interventionen	60
4.8 Das Pflegehandeln differenzieren	62
4.9 Weitere Stationen des Pflegeverlaufs	62
4.9.1 Kleine Erfolge bemerken	63
4.9.2 Die Haushaltsvernachlässigung angehen	63
4.9.3 Wenn Abfallbeseitigung «das Herz aus dem Leibe reißt»	64
4.9.4 Die Aufhellung der depressiven Stimmung	65
4.9.5 Biografische Verweigerung	66
4.10 Auswertung und Abschluss des Pflegeprozesses	66
4.11 Epilog	68
4.12 Eckpfeiler der Pflege	68

5. Der Pflegeprozess bei wahnhafter Störung und Selbstvernachlässigung

«Ich muss mich schützen und verteidigen und habe keine Zeit für anderes.»

<i>Anna Gogl</i>	71
5.1 Ausgangssituation	71
5.2 Der erste Pflegekontakt	72
5.3 Auswirkungen einer Psychose auf den Alltag – Pflegediagnosen	74
5.3.1 Pflegediagnosen <i>Wahrnehmungsstörung</i> und <i>Gestörte Denkprozesse</i>	74
5.3.2 Pflegediagnose <i>Soziale Isolation</i>	75
5.3.3 Pflegediagnose <i>Unwirksames Coping</i>	75
5.3.4 Pflegediagnosen <i>Selbstvernachlässigung</i> und <i>Beeinträchtigte Haushaltsführung</i>	76
5.3.5 Pflegediagnose <i>Aktivitätsintoleranz</i>	76
5.3.6 Pflegediagnose <i>Beeinträchtigte Urinausscheidung</i>	76
5.3.7 Pflegediagnose <i>Noncompliance</i>	76
5.4 Gefährdungen und Ressourcen gewichten	76
5.5 Interventionen	78
5.5.1 Besonderheiten der Beziehungsgestaltung	78
5.5.2 Pflegerische Beobachtung	79
5.5.3 Sicherheit gewährleisten	80
5.5.4 Betroffene einbeziehen, statt zu entmachten	82
5.5.5 Biografische Splitter	83
5.5.6 Bei Nachbarn die Interessen der Patientin vertreten	84
5.5.7 Wirkungen der Interventionen	85
5.6 Weiterer Verlauf und Abschluss des Pflegeprozesses	86
5.7 Eckpfeiler der Pflege	87

6. Selbstvernachlässigung und Alkoholabhängigkeit alternder Menschen

<i>Anna Gogl</i>	89
6.1 Ein Facharbeiter «Es wurde leichter, wenn ich ein Glas intus hatte», sagte Herr R. und meinte damit das ungewohnte Alleinsein nach dem Tod seiner Frau.	91
6.1.1 Ausgangssituation	91
6.1.2 Der Pflegeprozess	92
6.1.3 Planung und Verlauf des Gesprächs	93
6.1.4 Verlauf und Abschluss des Pflegeprozesses	94
6.1.5 Kritik der Pflege	94
6.2 Eine ehemalige Dame der Gesellschaft Die ehemalige Dame der Gesellschaft bestand darauf: «Ich trinke nicht.»	95
6.2.1 Ausgangssituation	95
6.2.2 Die Pflegeberatung	96
6.3 Ein bürgerliches Ehepaar «Nichts Ernstes», meinte die Ehefrau.	96
6.3.1 Ein missglückter Hausbesuch	96
6.3.2 Weiterer Verlauf und Abschluss	97
6.4 Eckpfeiler der Pflege	97
6.4.1 Therapeutische Grundhaltung	97
6.4.2 Störungsspezifisches Pflegeverhalten bei Abhängigen	98

7. Pflegeprozesse bei älteren Menschen, die sich und ihre Haustiere vernachlässigen

<i>Anna Gogl</i>	99
7.1 Pflegeprozess – Eine vergesslich gewordene Hundehalterin «Mein Hund und ich, wir tun doch niemandem was.»	101
7.1.1 Ausgangssituation	101
7.1.2 Der erste Pflegekontakt	102
7.1.3 Praxis sucht Theorie	102
7.1.4 Die Ergebnisse der Informationssammlung	104
7.1.5 Synthese der Informationssammlungen	107
7.1.6 Interventionen zum Beziehungsprozess	108
7.1.7 Aspekte pflegerischen Interaktionsverhaltens bei Frau H.	109
7.1.8 Interventionen	111
7.1.9 Auswertung des Pflegeprozesses	114
7.1.10 Weiterer Verlauf und Abschluss des Pflegeprozesses	114
7.1.11 Kritik des theoretischen Rahmens	115
7.2 Die verwirrte Frau K. und ihre Langhaarkatzen «Ich liebe meine Katzen.»	115
7.2.1 Ausgangssituation	115
7.2.2 Der erste Pflegekontakt	116
7.2.3 Der Pflegeprozess	116
7.2.4 Weiterer Verlauf und Abschluss des Pflegeprozesses	118
7.3 Frau V. und ihre gefiederten Lieblinge «Warum müssen meine Vögel und ich für solche Gemeinheiten herhalten?»	118
7.3.1 Ausgangssituation	118
7.3.2 Der erste Pflegekontakt	119
7.3.3 Die Familiensituation	120
7.3.4 Kontakt und Beziehung	120
7.3.5 Prozessdimension Individuation	121
7.3.6 Beispiel einer kreativen Bewältigungsstrategie	121
7.3.7 Prozessdimension Systemerhaltung	121
7.3.8 Prozessdimension Systemänderung	122
7.3.9 Prozessdimension Kohärenz	123
7.3.10 Weiterer Verlauf des Pflegeprozesses	124
7.3.11 Das Pflegemodell der familien- und umweltbezogenen Pflege am Beispiel der Frau V.	125

8. Selbstvernachlässigung am Lebensende

«Es wird mir zu viel, ich kann nicht mehr», schreibt Herr M. auf seinen Notizblock.

Er ist nicht mehr imstande, zu sprechen.

<i>Barbara Steiner</i>	127
8.1 Einführung	127
8.2 Ausgangssituation	128
8.3 Der erste Hausbesuch	128
8.4 Erste Einschätzungen	129
8.5 Weitere Eindrücke	129
8.6 Einschätzung der Situation	131

8.7	Pflegeziele für Herrn M. und Ziele für Frau F.	131
8.8	Pflegemaßnahmen	133
8.9	Der weitere Verlauf des Pflegeprozesses	134
8.9.1	Beziehungsarbeit	134
8.9.2	Regelmäßige Rückschau auf die Pflegesituationen	134
8.9.3	Hinschauen-Müssen und Wegschauen-Wollen	134
8.9.4	Das Pflegeteam	135
8.9.5	Die Haltung in der Palliative Care	135
8.9.6	Die Perspektive der Betroffenen ernst nehmen	135
8.10	Professionelle Kompetenzen zur Betreuung bei Selbstvernachlässigung am Lebensende	136
8.10.1	Verstehende (hermeneutische) Kompetenz	136
8.10.2	Kommunikative Kompetenz	136
8.10.3	Diagnostische Kompetenz	136
8.10.4	Schmerzmanagement	137
8.10.5	Edukative Kompetenz	137
8.11	Der Abschluss des Pflegeprozesses	137
8.11.1	Herr M. und Frau F.	137
8.11.2	Das Pflegeteam	138

Teil 2 – Einzelthemen zur Selbstvernachlässigung 141

9. Von Verwahrlosung zur Selbstvernachlässigung – Versuch einer Begriffsklärung

<i>Anna Gogl</i>	143	
9.1	Das unordentliche Theoriegebäude	143
9.2	Zum Begriff der Verwahrlosung	144
9.2.1	Pflege und Sprache	144
9.2.2	Selbstvernachlässigung als Gesundheitsproblem	144
9.3	Formen der Selbstvernachlässigung	145
9.3.1	Krisenbedingt temporäre Selbstvernachlässigung	145
9.3.2	Das Diogenessyndrom	145
9.3.3	Das Vermüllungssyndrom	146
9.3.4	Das Messiephänomen	146
9.3.5	Selbstvernachlässigung älterer Personen	147
9.4	Selbstvernachlässigung, ein ungeliebtes Kind der Pflege	149

10. Kontakt und Beziehung zu sich vernachlässigenden älteren Menschen

<i>Anna Gogl</i>	151	
10.1	Praktische Ausgangssituationen	151
10.2	Der erste Pflegekontakt	152
10.3	Gesprächsarten	153
10.3.1	Das Alltagsgespräch	154
10.3.2	Das Informationsgespräch	154
10.3.3	Das pflegerisch-therapeutische Gespräch	154
10.3.4	Klientenzentrierte Gesprächsmethode in der Pflege	155

10.4	Personenzentrierte Interaktion in der Pflege	156
10.4.1	Wertschätzung	156
10.4.2	Einfühlung	157
10.4.3	Echtheit	157
10.4.4	Akzeptanz	157
10.5	Verbindung herstellen trotz geschlossener Wohnungstür	158
10.6	Von der Kontaktaufnahme zur Beziehung	158
10.7	Defizite nicht zum Beziehungsmittelpunkt machen	158
10.8	Formen von Beziehungen	159
10.9	Präventive Aspekte pflegerischer Kommunikation und Beziehung	160
10.9.1	Primärprävention	160
10.9.2	Sekundärprävention	160
10.9.3	Tertiärprävention	160
10.10	Zur Bedeutung von Kontakt und Beziehung	161

11. Gewohnte Umgebung und Langzeitgedächtnis als Stütze im Alltag

<i>Anna Gogl</i>		163
11.1	An Frau Achter denkend	163
11.1.1	Sie sollte nicht verhungern müssen	164
11.1.2	Wie sie lebte und lebte	165
11.1.3	Wie sie ihre gewohnte Umgebung verlor	165
11.2	Wohnen als menschliches Bedürfnis	166
11.2.1	Liebe zu den eigenen vier Wänden	166
11.2.2	Emotionale Bedeutung der Wohnung im höheren Alter	167
11.3	Wenn ältere Menschen ihre Wohnung aufgeben müssen	167
11.4	Trotz Gedächtnisstörungen in gewohnter Umgebung weiterleben	168
11.5	Gedächtnisfunktionen	168
11.6	Das Langzeitgedächtnis im Blick der Pflege	168
11.7	Auswirkungen unbekannter und wechselnder Umgebungen	169

12. Selbstvernachlässigung und Körperbildstörungen

<i>Anna Gogl</i>		171
12.1	Unansehnlich werden	171
12.2	Sich schämen	172
12.3	Fremd werden und sich verloren vorkommen	172
12.4	Das ramponierte Körperbild verbessern	173

13. Hygienische und menschliche Aspekte der Selbstvernachlässigung im Alter

«Wie hält ein Mensch so etwas aus? Wie kann ich so jemanden trösten?»

<i>Franz Sitzmann</i>		175
13.1	Zwischen Verstehen und Zwang	
	«Was Du nicht willst, dass man Dir tut, das füg' auch keinem anderen zu.»	175
13.2	Notwendige Hilfen	176
13.2.1	Wandel der Wahrnehmung im Alter	176
13.2.2	Das Chaos beginnt oft ab 60	177

13.3	Anwendung von Assessment-Instrumenten	177
13.3.1	Viel mehr Sinne	177
13.3.2	Hygienebezogene funktionelle Gesundheitsverhaltensmuster	179
13.4	Hygienische Unterstützung bei Selbstvernachlässigung	179
13.4.1	Fördern des Lebens- oder Vitalsinns	179
13.4.2	Fördern des Tastsinns	182
13.4.3	Fördern des Sehsinns	186
13.4.4	Sinnesbereich Geschmackssinn	187
13.4.5	Sinnesbereich Geruchssinn	188
13.4.6	Sinnesbereich Wärmesinn	195
13.5	Patientenzentrierte und verhaltensorientierte Beratung	195

14. Verwahrlosung in literarischen Texten

Zum Jungesellendasein verurteilt.

Meistens Dosenfutter, am Rand der Verwahrlosung.

<i>Susanne Lauri</i>	197	
14.1	Der «überflüssige Mensch»	197
14.2	Seelische Verwahrlosung	199
14.3	Die Sinnlosigkeit des Daseins	200
14.4	Anders-Sein	202
14.5	Versuch eines Fazits	204

Teil 3 – Ethische und moralische Aspekte 205

15. Verwahrlosung im Alter, ethisch reflektiert: Gratwanderung zwischen Fürsorge und Abwehrrecht

<i>Ruth Baumann-Hölzle, Elisabeth Hofmann und Andrea Abraham</i>	207	
15.1	Zwei hausärztliche Fallbeispiele	207
15.1.1	Frau M.	207
15.1.2	Frau F.	208
15.2	Definition der Verwahrlosung	210
15.2.1	Zur normativen Rahmung von Verwahrlosung	210
15.2.2	Gratwanderung zwischen Fürsorgepflicht und Abwehrrecht	211
15.3	Autonomiefähigkeiten und Selbstbestimmung	212
15.4	Abschließende Bemerkungen	214

16. Patientenautonomie und pflegerischer Auftrag – (k)ein Widerspruch?

Rechtliche Grundlagen und ethische Überlegungen zur Autonomie alternder,

sich vernachlässigender Menschen

Die Würde des Menschen besteht in der Wahl

<i>Elisabeth Sittner</i>	217	
16.1	Einführung	217
16.2	Patientenrechte unter besonderer Berücksichtigung der Autonomie	218

16.3	Ethische Überlegungen zum Autonomiebegriff	221
16.4	Conclusio und Implikationen für die Pflegepraxis	223

17. Alt und verwahrlost: Wer vernachlässigt wen? Sozialphilosophische Gedanken

<i>Ueli Mäder</i>		227
17.1	Einführung	227
17.2	Wie ein Stadtindianer	227
17.3	Gesundheitliche Probleme	228
17.4	Wie normal ist die Normalität?	229
17.5	Mangel verstellt den Blick	230
17.6	Kleine Schritte und Freiheit	230
17.7	Gepflegte Pflastersteine	231

Teil 4 – Organisatorische und strukturelle Aspekte

18. Case Management bei sich selbst vernachlässigenden Menschen

<i>Edith Weber-Halter</i>		237
18.1	Einführung	237
18.1.1	Was Case Management leistet	237
18.1.2	Was Case Management nicht leistet	237
18.1.3	Zum Stand der Professionalisierung	238
18.2	Praxisbeispiel Familie Hauser	238
18.2.1	Ausgangssituation	238
18.2.2	Gesundheitliche Situation	238
18.2.3	Soziale Situation	238
18.2.4	Problematik und anstehende Aufgaben	238
18.2.5	Problemzuspitzung und Lösungsansatz	238
18.2.6	Das Vorgehen der Case Managerin	239
18.2.7	Auswirkungen des Case Managements	240
18.2.8	Case Management, Zugang und Kosten	241
18.3	Theorie zum vorgestellten Case Management	242
18.3.1	Das Menschenbild und die drei Ebenen	242
18.3.2	Wesensmerkmal und Leitgedanke	242
18.3.3	Die Stationen aus dem Regelkreismodell	243
18.4	Fazit und Ausblick	244

19. Förderliche Organisationsstrukturen für die Pflege sich vernachlässigender älterer Menschen im ambulanten Bereich

<i>Anna Gogl</i>		247
19.1	Keine Pflegesituation wie eine andere	247
19.2	Wie erleben Pflegende Selbst- und Haushaltsvernachlässigung?	248
19.3	Ungeeignete Problemlösungsmethode	248
19.4	Förderliche Organisationsstrukturen	250
19.5	Beratung in Anspruch nehmen	250

19.6	Richtlinien als Mindeststandards	251
19.7	Die persönliche Entwicklung im Visier behalten	251
19.8	Schlussgedanke	251

20. Pflege gegen den Willen des Patienten – Vorbetrachtung

<i>Anna Gogl</i>		253
20.1	Sprache schafft Wirklichkeit	253
20.2	Pflege wider den Willen des Patienten	254

21. Rucksack- oder Barfußpflege – Modell einer spitalexternen Pflege wider Willen des Patienten

<i>Anna Gogl</i>		255
21.1	Einführung	255
21.2	Problemfeld, Leitgedanken und Strukturen	256
21.2.1	Warum die Benennung in Rucksack- und Barfußpflege?	256
21.2.2	Ziele und Absichten der Rucksack- und Barfußpflege	256
21.2.3	Organisatorische und finanzielle Aspekte	256
21.2.4	Zahlen und Fakten für den Zeitraum von 1988 bis 1996	257
21.2.5	Zur Lebenssituation der alten Personen	257
21.3	Theoretische Ansätze, Methoden und Instrumente	258
21.3.1	Pflegediagnosen versus medizinische Diagnosen	258
21.3.2	Defizit- oder Ressourcenorientierung?	259
21.3.3	Die Erzeugung positiver Gefühle	259
21.3.4	Das Verstehen der momentanen Lebenssituationen	259
21.3.5	Die Erhaltung der Lebenswelt	259
21.4	Das Stufenmodell	260
21.4.1	Stufe 1: Caring	260
21.4.2	Stufe 2: Setting	260
21.4.3	Stufe 3: Balancing	260
21.4.4	Modell der Pflege wider Willen des Patienten	262
21.4.5	Der Pflegezeitaufwand während der drei Stufen	262
21.4.6	Kriterien erfolgreicher Pflegeprozesse	262
21.5	Zur Dialektik von Theorie und Praxis	263

22. Selbstvernachlässigung – Pflegeklassifikation, Pflegeprozess und Pflegediagnose

<i>Jürgen Georg</i>		265
22.1	Klassifikatorische Zuordnung	265
22.2	Pflegemodelle und Selbstvernachlässigung	267
22.2.1	Selbstvernachlässigung und ABEDL	267
22.2.2	Selbstvernachlässigung und funktionelle Gesundheitsverhaltensmuster	269
22.2.3	Selbstvernachlässigung, Selbstpflege und «Self-Care»	270
22.2.4	Selbstvernachlässigung und Frailty	273
22.3	Selbstvernachlässigung im Pflegeprozess	273
22.3.1	Selbstvernachlässigung und Pflegeassessment	275

22.3.2	Selbstvernachlässigung, Pflegediagnose und -diagnostik	279
22.3.3	Pflegeentscheidungen – Pflegeziele und -ergebnisse	287
22.3.4	Pflegeinterventionen	289
22.4	Ausblick	293
	Verzeichnis der Autorinnen und Autoren	297
	Sachwortverzeichnis	300

Vorwort

Praxis vor Theorie

Das Herzstück dieses Buches ist die Pflegepraxis, und zwar die erfahrungsbasierte Pflege älterer Menschen, die sich und ihren Haushalt vernachlässigen. Dieser betont erfahrungsbasierte Ansatz mag im Zeitalter evidenzbasierter Pflege erstaunen. Dahinter steht vor allem die Absicht, Praktikerinnen und Praktiker anzusprechen und mit vertrautem Praxisgeschehen zum Lesen zu verführen.

Die beschriebene Pflegepraxis wurde bewusst vor den Theorieteil gesetzt, und zwar aus der Überzeugung heraus, dass sie auf jeden Fall existiert und stattfindet und ihre Berechtigung nicht erst über die Theorie erhält oder nur gut genug ist, um die Theorie zu stützen und zu illustrieren. Zwar kann gute Theorie der Praxis durchaus unter die Arme greifen, jedoch lässt sich Theorie ohne Praxis mit einem König ohne Land und Leute vergleichen, dessen Existenz als absurd empfunden werden kann.

In der Pflege steht der Mensch am Anfang des Pflegeprozesses, daher werden die Pflegekapitel dieses Buches mit den individuellen Lebenssituationen der sich selbst vernachlässigenden Menschen eröffnet. Bei allen dargestellten Pflegeprozessen bestimmen ausdrücklich die Praxisprobleme alle verwendete Theorie. Die klinischen Beispiele dienen also nicht der Veranschaulichung und Vertiefung von Theorien, sondern sind Ausgangspunkt theoretischer Anlehnungen. Theorien und Forschungsergebnisse werden nur herangezogen, wo sie die beschriebene Pflegepraxis erhellen können.

Zu Teil 1 des Buches

Die neun Falldarstellungen beginnen bei den Phänomenen der Selbstvernachlässigung und führen bis zum Pflegehandeln. Ausgangspunkt ist das, was vorgefunden wird: Die Erscheinung der Vernachlässigung, also das Bild, die Gerüche, die Geräusche, die Atmosphäre dieses Zustands. Sie werden ausgeleuchtet aus der Perspektive des Patienten, der Umgebung und der Pflegeperson. Anschließend wird dieses Unwechselbare des Einzelfalls, das Individuelle und Besondere hingeführt zum Allgemeinen: Theorie und Forschungsergebnisse dienen dazu, das Phänomen zu vergleichen, zu erklären und so verstehbarer zu machen.

Die wichtigste Frage in Zusammenhang mit Leiden und Krankheit lautet aber auch bei den sich selbst vernachlässigenden Personen: Was braucht das Individuum in seiner Situation und was muss die Pflege daher in die Wege leiten? Diese für die Betroffenen entscheidende Frage nach dem Pflegebedarf wird vor dem Hintergrund ihrer persönlichen Geschichte, Ressourcen und Lebensziele geklärt. Handlungen zur Behebung der Selbstvernachlässigung erfolgen unter besonderer Beachtung der pflegerischen Interaktion sowie der Kooperation mit dem Klienten und der Umgebung. Die Auswertung der geleisteten Pflege orientiert sich am Befinden des Klienten. Was ist aus dem Betroffenen geworden und welcher Anteil daran ist der Pflege zuzuschreiben? Zu jedem Fallbeispiel gehört überdies eine persönliche Reflexion darüber, was die Probleme, Erfolge und Misserfolge mit der Person der Pflegenden gemacht haben.

Selbstvernachlässigung als unbedingtes Pflegeproblem

Selbstvernachlässigung ist kein Lieblingsproblem der Pflegepraxis und nicht selten leugnet die Pflege ihre Zuständigkeit, vor allem, wenn die Selbstvernachlässigung mit ablehnenden und anderen herausfordernden Verhaltensweisen der Betroffenen einhergeht.

Daher soll dieses Buch dazu beitragen, dass die Selbstvernachlässigung älterer Menschen infolge von Gesundheitsproblemen und Lebensprozessen vorbehaltlos als Pflegeproblem anerkannt wird. Die Selbstvernachlässigung als Folge von Krankheit oder Behinderung verfügt über alle Merkmale einer Pflegediagnose par excellence und fällt damit unbedingt in die Zuständigkeit der Pflege. Sehr problematisch sind indessen die vielen weißen Flecken auf der Landkarte wirkungsvoller Interventionen. Eine treffsichere Diagnose ist zwar eine Basis, aber entscheidend für die Betroffenen ist, in den Genuss wirkungsvoller Interventionen zu kommen. Daher wird die direkte Pflege ausführlich beschrieben. Es werden verschiedene Wege gezeigt, welche die Pflegenden, die sich selbst vernachlässigenden Patienten und ihre Angehörigen gemeinsam nehmen können.

Zu Teil 2 des Buches

In Teil 2 werden Konzepte, die in den Fallbeispielen eine große Rolle spielen, wieder aufgegriffen und vertieft dargestellt. Von Fallvignetten ausgehend werden die Themen Kontakt und Beziehung, Körperbild und gewohnte Umgebung sowie Hygiene genauer betrachtet. Gerade Hygieneprobleme komplizieren ja die Vernachlässigung der eigenen Person und des Haushalts und nehmen dem Chaos, dem Schmutz und der Verleugnung die Unschuld. Mit einem unkonventionellen, aber aussagekräftigen Hygienekapitel wird versucht, hygienische und menschliche Aspekte der Vernachlässigung der eigenen Person und des Haushalts miteinander zu verbinden.

Zu Teil 3 des Buches

Der Mensch bleibt immer Mensch, auch wenn er in Schmutz, Gestank und Abfall lebt. Während des Pflegeprozesses in solchen Situationen gilt es, sich diese Erkenntnis und die damit verbundenen Rechte der Betroffenen immer wieder vor Augen zu halten. Denn bei dieser Gruppe zugleich widerständiger und hilfloser Personen besteht Gefahr, dass das verständliche Anliegen der Umgebung, den Schmutz, die Unordnung und den Gestank möglichst schnell zu beseitigen, so übermächtig wird, dass die Betroffenen in ihrer Würde und Verletzlichkeit nicht mehr ausreichend wahrgenommen werden.

Jede Pflegeperson, die sich selbst vernachlässigende Menschen pflegt, spürt die gegensätzlichen Bestrebungen in solchen Situationen, die ein Spannungsfeld bilden. Dabei komplizieren die bestehenden Gesetze, Bestimmungen und berufsspezifischen Codizes in ihrer Vielfalt und Abstraktion erst einmal jede Entscheidung und es bedarf gründlicher Analyse und sorgfältigen Abwägens, um richtig zu entscheiden. In zwei Kapiteln aus Österreich und der Schweiz werden die bestehenden Gesetze und Bestimmungen dargestellt und trotz unterschiedlicher Perspektiven ergeben sich ganz ähnliche Folgerungen für das Pflegehandeln: Die Pflege sich selbst vernachlässigender älterer Personen ist auf eine verständnisvolle Begegnung angewiesen.

«Wer vernachlässigt wen?», hinterfragt ein sozialphilosophischer Beitrag, der den Mut hat, die übliche Sicht auf den Kopf zu stellen.

Zu Teil 4 des Buches

Selbstvernachlässigung und Haushaltsvernachlässigung bei älteren Menschen sind im spitalexternen Raum in unterschiedlichsten Schattierungen und Zusammenhängen allgegenwärtig. Diesen Phänomenen ist innewohnend, dass sie Pflegesituationen produzieren, deren Komplexität sich nicht einfach reduzieren lässt. Sie erfordern anspruchsvolle Pflegeinterventionen wie «Zeit geben», «Aktiv Zuhören», einfühlsam

mes Aushalten (vom schwierigen Verhaltensweisen), aber auch herausfordernde handwerkliche Tätigkeiten, wie etwa eine Ratte aus der verstopften Toilette herauszuholen, um eine Überschwemmung zu verhindern, wie im Kapitel über die Selbstvernachlässigung am Lebensende dargestellt. Von den Institutionen wird daher verlangt, solchen Gegebenheiten mit entsprechenden organisatorischen Bedingungen Rechnung zu tragen.

Im ersten Kapitel werden Praxis und Theorie des Case Managements ohne Triage beschrieben. Am Beispiel eines alten Ehepaars, das infolge mehrerer gesundheitlicher Probleme seine Wohnung vernachlässigt, werden praktisches Vorgehen und zugrunde liegende Theorien aufgezeigt.

Das zweite Kapitel befasst sich mit den Strukturen, auf die die Pflegenden angewiesen sind, um die Betroffenen professionell und menschlich pflegen zu können, ohne an dieser Herausforderung persönlich Schaden zu nehmen.

Das dritte Kapitel ist ein Nachdruck des Artikels «Die Rucksack- oder Barfußpflege: Das Modell einer spitalexternen Pflege wider Willen des Patienten/der Patientin». Dieser Artikel erschien 1998 in dem Buch «Spitex im Trend – Trends in der Spitex», das leider vergriffen ist. Weil er aber immer wieder verlangt wird, wurde er in dieses Buch aufgenommen.

Der vierte und abschließende Beitrag verortet die Pflegediagnose «Selbstvernachlässigung» in der NANDA-Taxonomie 2, ordnet sie den Pflegemodellen von ABEDL von Krohwinkel und den funktionellen Gesundheitsverhaltensmustern von Gordon zu. Der Beitrag definiert Selbstvernachlässigung (SVN) aus pflegediagnostischer Sicht, differenziert die Formen der absichtlichen und unabsichtlichen SVN und stellt ausführlich die beeinflussenden Faktoren sowie die Merkmale/Symptome einer Selbstvernachlässigung vor. Mögliche Pflegeziele und -interventionen werden beschrieben und Möglichkeiten der Verknüpfung mit den Klassifikationen für Pflegeinterventionen (NIC) und Pflegeergebnisse (NOC) werden aufgezeigt. Der Beitrag visualisiert die Stellung des Pflegephä-

nomens Selbstvernachlässigung im Rahmen taxonomischer Modelle und eines Concep-Web.

Gewollt und ungewollt Fehlendes in diesem Buch

Gewollt Fehlendes

Auf die Kosten und Finanzierung der beschriebenen Pflege wird nicht näher eingegangen. In einer Zeit, in der das Monetäre sich zum absoluten Herrscher der Welt aufschwingen konnte, weigert sich diese Publikation, dem Ökonomismus seine Reverenz zu erweisen. Einige Erfahrungen und Gedanken zu diesem Thema seien jedoch hier angeführt. Es klingt zynisch: Sich selbst vernachlässigende, ältere Personen kosten der Gesellschaft am wenigsten, solange sie jede Hilfeleistung zurückweisen. Mit Beginn der Pflege und Behandlung, die sich – wie bei vielen anderen Störungen und Krankheiten auch – vor allem zu Anfang personalintensiv gestalten, entstehen hohe Kosten. Dabei ist jedoch zu bedenken: Bei allen gesundheitlichen Störungen oder Krankheiten, die mit einem Mangel an Krankheitseinsicht und mit Verleugnung einhergehen, ist der Beginn von Behandlung und Pflege immer sehr aufwändig, und zwar nicht nur im ambulanten, sondern auch stationären Bereich. Sowohl für Betroffene als auch für HelferInnen ist der Mangel an Krankheitseinsicht nun einmal ein qualifiziertes und sehr mühevolleres Krankheitssymptom. Im ambulanten Arbeitsfeld kann jedoch der einzigartige therapeutische Vorteil genutzt werden, alle Interventionen auf den Ressourcen der Betroffenen, das heißt auf dem aufzubauen, was gesund und trotz aller Vernachlässigung und Zurückweisung intakt sein kann. Dazu gehören beispielsweise das Altgedächtnis, gewohnte Abläufe, die Bindung an die Wohnung und das Stadtviertel.

Die Legimitation für die in diesem Buch beschriebene Art und Weise der Pflege sich selbst vernachlässigender älterer Menschen besteht darin, dass sie die verbliebene und darum beson-

ders kostbare Autonomie und Würde der Betroffenen schützt und verteidigt und Pflegepersonen eine hoch professionelle Tätigkeit bietet.

Ungewollt Fehlendes

Professionalität verlangt stets, beruflich über den eigenen Tellerrand hinaus zu blicken und Bezugswissenschaften zu Wort kommen zu lassen. Dies gelang in diesem Buch nur ansatzweise.

Wichtige Aspekte der Selbstvernachlässigung mussten vernachlässigt werden, weil trotz größter Bemühungen keine entsprechenden FachautorInnen zu finden waren. «Gender» ist zwar allorts präsent, möglicherweise mussten auch deshalb alle zehn angefragten AutorInnen darauf verzichten, ein Kapitel zu verfassen. Das ist sehr bedauerlich, denn Selbstvernachlässigung ist weiblich: Zwei Drittel der sich selbst Vernachlässigenden sind Frauen und ebenfalls weiblich ist die Mehrzahl der Pflegenden. Gerne hätte ich die Auswirkungen dieser Geschlechterverhältnisse auf die Pflegepraxis erhellt gesehen.

Die Selbstvernachlässigung eines Familienmitglieds strapaziert Familienstrukturen besonders stark. Familien sind deshalb auf Verständ-

nis und Unterstützung durch die Pflegenden angewiesen. Auch der aus diesem Grund geplante familientherapeutische Beitrag fiel dem «Mangel an Kapazitäten» aller Angefragten zum Opfer. Ebenso kam der kulturanthropologische bzw. kulturgeschichtliche Blick auf das Phänomen der Selbstvernachlässigung nicht zustande. Dafür macht ein Kapitel mit literarischen Texten, in denen Verwahrlosung eine Rolle spielt, manches wieder gut.

Schlussgedanke

Sich selbst vernachlässigende ältere Frauen und Männer haben oft keine Angehörigen und niemals eine Lobby. Daher steht und fällt vieles, wenn nicht alles mit den Pflegenden, ihrer Professionalität und ihrer Menschlichkeit. Ich hoffe, dass die Gesellschaft und vor allem ihre politischen Vertreter und Vertreterinnen die Pflegenden bei ihren Bemühungen um diese Mitbürgerinnen und Mitbürger nicht im Regen stehen lassen.

Basel, im Sommer 2013

Anna Gogl

1. Die Fallbeispiele – ein Werkstattbericht

Anna Gogl

Zusammenfassung

Fallbeispiele und Fallarbeit haben einen zunehmend festen Platz in der Pflegepraxis, -ausbildung, -beratung und -forschung. Das Kapitel gibt einen Einblick, wie und warum Materialien einer Pflegedokumentation zu Fallbeispielen zusammengefügt wurden und welche Kriterien die Auswahl bestimmt haben. Auf ethische Fragen in Zusammenhang mit dem Einsatz von Pflegegeschichten für dieses Buch wird besonders eingegangen.

1.1 Zum Begriff

Der Begriff «Fall» stammt aus dem Mittelhochdeutschen und bedeutet «Geschehnis», wird aber beeinflusst von dem gleichbedeutenden lateinischen «casus» und dem französischen «cas». Für die Jurisprudenz, die Medizin und die Pädagogik ist das Arbeiten mit Fallbeispielen selbstverständlich und gilt als unverzichtbare Quelle zur Gewinnung von Erkenntnis oder als Material, um Erfahrungen zu vertiefen und zu reflektieren. Der Begriff «Fall» hat aber auch eine negative Ausstrahlung: Für viele Menschen hat die Vorstellung, «ein Fall zu werden», «nur ein Fall zu sein» oder «als Fall behandelt zu werden», eine erschreckende Perspektive und löst Ängste aus, dass die eigene Person missachtet und ausgebeutet wird. Es kommt auch hier darauf an, auf welcher Seite man sich befindet.

1.2 Der «Fall» in der Praxis

«Der Fallbegriff verweist schon immer auf eine außerwissenschaftliche Realität; auf einen handlungsbedürftigen oder behandlungswürdi-

gen lebenspraktischen Sachverhalt. [...] Ursprünglich ist deshalb die Frage «Was ist der Fall?» unlösbar mit der Frage verbunden «Was ist zu tun?»», so Wernet (2006: 112).

Im Praxisjargon wird von einem «Fall» gesprochen, wenn die Bezugnahmen auf die üblichen Vorgehensweisen und Interventionen nicht mehr ausreichen. Dieses Ungenügen dient zum Anlass, mittels Fallbesprechungen nach neuen Möglichkeiten zu suchen. Dabei wird ausgehend von der Fallbeobachtung über die Falldarstellung eine Analyse vorgenommen, um neue Lösungen zu generieren.

1.2.1 Die Funktion des Fallbeispiels im Pflegebereich

Fallbeispiele haben einen zunehmend festen Platz in Praxis, Ausbildung, Beratung und Forschung der Pflege. Sie werden eingesetzt, um:

- therapeutisch angepasste Interventionen zu entwickeln
- Pflege und Behandlung aufeinander abzustimmen

- die Zusammenarbeit mit allen am «Fall» beteiligten Berufsgruppen zu optimieren
- die Pflegepraxis zu reflektieren und damit die berufliche und persönliche Entwicklung zu fördern
- am Beispiel zu lehren und zu lernen.

1.2.2 Zum Ursprung der Fallbeispiele im Buch

Die Fallbeispiele in diesem Buch sind «Praxis pur». Es handelt sich um eine Sammlung von Fallgeschichten, die sowohl die Situation des Patienten als auch das pflegerische Handeln beschreiben, daher werden vollständige Pflegeprozesse einschließlich einer Lösung präsentiert.

Die Fallgeschichten stammen aus meiner 10-jährigen Tätigkeit im ambulanten Pflegebereich, wo ich für alte Personen und ihre Familien zuständig war, die als schwer hilfsbedürftig auffielen, aber erst einmal jede Hilfe zurückgewiesen haben. Die meisten dieser älteren Klienten hatten infolge des Zusammenspiels von oft mehreren Krankheiten, von Gebrechlichkeit und sozialen Problemen unterschiedlichster Art Probleme mit Ordnung und Sauberkeit.

Von Anfang an habe ich die Pflege nach Umfang und Inhalt dokumentiert. Anhand quantitativer Daten wurde das Ausmaß der geleisteten Pflege festgehalten, während die Art und Weise der praktizierten Pflege, also die inhaltlichen Aspekte, beschreibend festgehalten wurden. Gewöhnlich dienten mir die Fahrtzeiten in

den öffentlichen Verkehrsmitteln von einem zum anderen Hausbesuch dazu, die Pflege vor- und nachzubereiten. Die Pflegedokumentation führte ich nach professionellen und praktikablen Gesichtspunkten. Dazu entwickelte ich eine Dokumentationsmethode, die den Kriterien «aussagekräftig» und «geringer Aufwand» entsprach, indem ich die Inhalte, speziell von Gesprächen mit Klienten und Angehörigen, nicht als Text zusammenfasste, sondern anhand von Zitaten aus dem Munde der Gesprächspartner protokollierte. Dabei konzentrierte ich mich auf Aussagen, die dem «Kern» eines Sachverhalts am nächsten kamen (s. Beispiel).

Die Zitate ergänzte ich durch Stichworte, Satzzeichen und selbst entwickelte Symbole. So verwandte ich ein gezeichnetes, stilisiertes Auge, um mich selber zu mahnen, einen bestimmten Sachverhalt nicht aus den Augen zu verlieren.

Bei der Auswahl und Interpretation des vorhandenen Datenmaterials für dieses Buch zeigte sich, dass die direkten Aussagen und Kommentare der Patienten frisch und lebendig geblieben waren und oft geradezu die Substanz eines Phänomens verkörpern.

Eine weitere Datenquelle für dieses Buch waren Unterlagen, in denen die Zusammenarbeit mit verschiedenen Mitarbeitern des Gesundheitsbetriebs dokumentiert wurde. Auch hier verwandte ich Zitate, sofern es nicht darum ging, die Ergebnisse von Sitzungen und Abmachungen zu sichern: Dann war es einfacher, Zusammenfassungen und Beschlussprotokolle anzufertigen.

Beispiel

Eine Klientin mit einer Wahnstörung erzählte: «Ich sehe die Männer im Auto sitzen und darauf warten, dass sie bei mir einbrechen können.» Dieses kurze Zitat beschreibt den Inhalt der Sinnestäuschung und das Erleben der Klientin treffend. Es ist anschaulicher und genauer als die Formulierung «fühlt sich verfolgt» oder der abstrakte Begriff «Verfolgungswahn».

1.3 Eigenes und Fremdes fließen zusammen

Lassen Sie mich auf die Bezeichnung «Praxis pur» zurückkommen. Sie bedeutet, dass das Praxisgeschehen absolut im Zentrum des Buches steht. Aber mein pflegerisches Denken, Entscheiden und Handeln wurzelt bei weitem nicht nur in der Praxis, es stützt sich sowohl auf Berufserfahrung als auch auf viele Theorien

Beispiel

Die Anliegen und Vorstellungen der Patienten waren mir immer sehr wichtig, aber erst die Auseinandersetzung mit den subjektiven Theorien verschaffte mir das theoretische Rückgrat, die Perspektive der Patienten bewusst und gezielt in den Pflegeprozess zu integrieren.

und Forschungsergebnisse, denen ich begegnet bin (s. Beispiel).

Im Nachhinein konnte ich die Ursprünge meines pflegerischen Handelns oft nicht mehr identifizieren bzw. nicht mehr auseinanderhalten, worauf sich mein Tun im Einzelnen gründete und woher es kam: Lag meinem Handeln eine ureigene Idee zugrunde, hatte mich ein Zeitschriftenartikel inspiriert oder ließ mich ein Austausch mit Berufskolleginnen in eine bestimmte Richtung pflegen? Ganz abgesehen von den wertvollen Anregungen und Empfehlungen, die ich von Patienten und Angehörigen erhalten habe. Außerdem reflektierte ich mein pflegerisches Denken und Tun regelmäßig in meiner Supervision, was meine Positionen laufend infrage stellte und veränderte. In den Fallbeispielen ist Vieles von Vielen zusammengeflossen.

1.4 Ethische Bedenken

Die in diesem Buch beschriebenen Patienten sind inzwischen alle verstorben. Beim Vorbereiten der Fallbeispiele habe ich mir jedoch oft überlegt, was wohl Herr A., Frau B. oder andere Patienten dazu sagen würden und ob die Veröffentlichung ihrer Geschichten auch posthum als Vertrauensbruch betrachtet werden kann. Bei einigen meiner ehemaligen Klienten kann ich mir vorstellen, dass sie zugestimmt hätten, speziell Herr A. und Frau K. Beide hätten Verständnis dafür gehabt, dass Pflegenden an ihrem Beispiel lernen. Bei Frau Zweier, der großen Neinsagerin und Verheimlicherin, traue ich mir

keine Mutmaßung zu. Von der absoluten Verweigerung bis hin zur Zustimmung in dem Bewusstsein, wesentliche Informationen zurückgehalten zu haben, kann ich mir bei dieser Klientin jede Entscheidung vorstellen.

Während der Niederschrift der Fallbeispiele kam es mir immer wieder einmal vor, als würden mir die Beschriebenen über die Schulter schauen. Das führte trotz aller wünschbaren Genauigkeit dazu, sehr schambesetzte Geschehnisse und Gegebenheiten unerwähnt zu lassen. Respekt und Schonung gelten in Pflegebeziehungen auch über den Tod hinaus.

Es ist mir ein außerordentliches Anliegen, alle ehemals Beteiligten – Patienten und Patientinnen, ihre Angehörigen und Nachbarn sowie Professionelle – möglichst zu schützen. Selbstverständlich sind alle Namen und Namensabkürzungen, die in den Texten aufscheinen, Pseudonyme. Alle Daten, die Rückschlüsse auf die Identität von Klienten und Pflegenden ermöglicht hätten, wurden anonymisiert.

Zwei typische Fallbeispiele, bei denen die Lebensumstände und die Gesundheitssituation der Betroffenen so einmalig und unverwechselbar waren, dass ein Wiedererkennen nicht auszuschließen war, wurden nicht ins Buch aufgenommen.

1.5 Von der Praxis für die Praxis

Natürlich hätte das Konzept der Selbstvernachlässigung älterer Menschen auch anders als durch Fallbeispiele beschrieben werden können. Mehrere pflegespezifische Überlegungen bestärkten mich jedoch darin, das Thema anhand von Fallgeschichten zu erschließen:

1. Durch Fallbeispiele lässt sich die Alltagsrealität der Pflege und der Pflegenden treffend abbilden. Ein «Fall» ist genau das, womit Pflegenden im Berufsalltag dauernd zu tun haben. Auch wenn nicht explizit davon gesprochen wird, wohnt jedem Pflegeprozess, jeder Pflegesituation stets ein «Fall» inne. Fallgeschichten erlauben, sowohl den Zustand des