

Lernort Praxis: Biografiearbeit hautnah...

Anleitung für einen Biografiebericht (mit Musterbeispielen)

Methode: Erkundung

Erarbeitung: 14 Tage, Integration: je 45 Minuten

Einleitung

Zugegeben: Ein Bericht in dieser Form ist aufwändig. Diese „Strapaze“ hat aber einen großen Vorteil: Das schriftliche „Nachdenken“ erhöht die Aufmerksamkeit für das Gegenüber und für die eigene Wahrnehmung. Die bisherigen Erfahrungen mit dieser Praxisaufgabe zeigen, dass die besondere, „einmalige“ schriftliche Auseinandersetzung mit einem Menschen ein- und nachdrücklich für Pflege und Begleitung sensibilisiert – auch wenn die Dokumentation im sonstigen pflegerischen Alltag knapp sein muss. Ein Biografiebericht ist natürlich auch möglich bei Menschen, die sich nicht mehr direkt äußern können. Hier müssen Sie verstärkt weitere Quellen nutzen: gut belegte Beobachtungen, Aussagen von nahe stehenden Menschen, Deutungen nonverbaler Kommunikation.

Vorschläge für die Erarbeitung

- Schule: Bearbeiten Sie die Musterberichte: Was würde Sie noch interessieren? Was könnte für die Sterbegleitung wichtig werden?
- Fassen Sie den Bericht zusammen (z. B. Dokumentationsblatt¹)!
- Praxis: Klären Sie die Aufgabe der Erkundung vor Ort ab. Fragen Sie, ob die Person/der gesetzliche Betreuer einverstanden ist, dass Sie über den Betreffenden in anonymisierter Form einen Bericht zu Ausbildungszwecken schreiben.
- Schreiben Sie anschaulich und konkret und belegen Sie Ihre Aussagen mit Beispielen und Zitaten („Schlüsselsätze“). Geben Sie die Quellen an, woher Sie Ihre Information haben (z. B. Tochter des Patienten oder „eigene Aussage des Patienten“). Geben Sie auch an, wie jemand erzählt hat (z. B. „von sich aus“ oder „stockend“ usw.) oder in welchem Zusammenhang Sie eine Beobachtung gewonnen haben.
- Achten Sie darauf, dass keine eigenen Bewertungen einfließen (z. B. „Patient ist anspruchsvoll!“).
- Sie können Ihre Informationen mit Hilfe der Gliederungspunkte der Musterbeispiele ordnen und abfassen (übernommen vom Dokumentationssystem Optiplan) oder Rubriken des Dokumentationssystems Ihres Ausbildungsortes verwenden. Arbeiten Sie unbedingt die Bedeutung für die Pflege und Begleitung heraus.

Vorschläge für die Integration

- Ihr Bericht kann innerhalb der Praxisanleitung besprochen werden (z.B. pflegerische Konsequenzen) und/oder im schulischen Rahmen. Er kann auch zur Leistungsbewertung herangezogen werden. Wenn mehrere Berichte wie folgt ausgewertet werden, empfiehlt es sich, diese biografischen „Fallstudien“ wegen des höheren zeitlichen Bedarfs über einen längeren Zeitraum zu verteilen.
- Lesen Sie Ihren Bericht vor.

¹Optiplan ges. gesch. System OP 8927 – 03.95

- Was hat sich durch diese Aufgabe in Ihrer Einstellung und Beziehung zu der Person verändert? (Vorher-Nachher-Vergleich). Wo hat sich die Pflege durch die biografische Auseinandersetzung faktisch verbessert oder was sollte Ihrer Meinung nach geändert werden?
- Frage an die anderen Teilnehmer: Wie finden Sie den Bericht in Bezug auf Anschaulichkeit, Folgerungen für die Pflege, Vermeidung von Bewertungen und sprachliche Verständlichkeit? Was möchten Sie noch wissen zur Person? Was scheint Ihnen noch bedeutsam für die Pflege und Betreuung der Person zu sein?
- Weiterführung: Entwickeln Sie eine Pflegeplanung oder bauen Sie die gewonnenen Informationen in diese ein.
- Weiterführung: Welche der Informationen scheint Ihnen für eine Sterbebegleitung im engeren Sinne besonders bedeutsam zu sein?

Lernziele

- Die Teilnehmer sammeln und analysieren biografische Informationen und leiten daraus Konsequenzen für Pflege und Begleitung ab.
- Die Teilnehmer berücksichtigen aus innerer Überzeugung in der Pflege die gewonnenen biografischen Zusammenhänge.
- Die Teilnehmer weisen nach, dass sie in Ihrem Tätigkeitsfeld biografieorientiert pflegen.

Musterbericht 1

Der Musterbericht entstand in der Pflege und Begleitung von Frau K., einer Bewohnerin eines Alten- und Pflegeheims, die an einer fortgeschrittenen MS-Erkrankung leidet. Frau K. konnte sich selbst mitteilen. Bei diesem Bericht wurden auf allgemeine Rahmendaten und Lebenslauf verzichtet, sofern dieses nicht pflegerisch bedeutsam war.

Autor: Martin Alsheimer

Frau R.

1. Prägende, pflegerelevante Lebensereignisse

Die Person spricht häufig über ...

Auffällige Verhaltensweisen und mögliche biografische Hintergründe

Lebensereignis Kriegs- und Nachkriegszeit: Frau R., Jahrgang 1926, gehört zur Kriegs- und Aufbaugeneration. Die Jugendzeit von Frau R. war vom 2. Weltkrieg überschattet. Sie hat ihn zunächst als Schülerin, dann als zwangsverpflichtete Hilfskraft in einem Rüstungsbetrieb in München erlebt. Sie erzählt auf Nachfrage bereitwillig von dieser Zeit. Ihre Familie ist von Verlusten verschont geblieben. In den Gesprächen über diese Zeit sind bis jetzt keine Themen aufgetaucht, die sie dabei nachhaltig zu belasten scheinen. Sie berichtet, was sie alles improvisieren und erfinden mussten, um den Alltag zu meistern, und was es zu essen gab. Sie glorifiziert diese Zeit nicht, sondern erklärt dazu: „Es hat mich einfach nüchtern gemacht, auch auf die kleinen Dinge zu achten und zum Beispiel ein Stück Brot zu schätzen. Es tut mir weh, dass heutzutage soviel Brot weggeworfen wird ...“

Bedeutung für die Pflege und Begleitung: Was Frau R. nicht mag, ist Verschwendung. Sie ist sparsam und möchte einen pfleglichen Umgang mit ihren Dingen. Sie denkt aber auch „praktisch“, wie sie es selbst bezeichnet. Oft überlegt sie sich neue Möglichkeiten, Gebrauchtes wiederzuverwerten. Beispiele: Sie will, dass Plastiktüten ausgewaschen und nur leicht beschmutzte Einlagen zerschnitten werden. Hier kommt es immer wieder zu Konflikten, da die Pflegekräfte das für störenden „Kleinkram“ halten, der sie unnötig aufhält.

Lebensereignis Krankheit (Multiple Sklerose): Die MS-Erkrankung ist fortgeschritten. Frau R. ist weitgehend gelähmt; sie kann lediglich ihren Kopf bewegen. Was Frau R. in ihrer Krankheit sehr zu beschäftigen scheint, ist ihr Aussehen. Frau R. erzählt mir mit Wehmut von ihrem Aussehen vor der Erkrankung. Früher sei sie immer „attraktiv“ gekleidet gewesen, heute sei ihr Körper „aufgeschwemmt“ (eigene Bezeichnung) durch die Cortisonbehandlung. Sie belegt das auch gerne mit Bildern aus ihrem Fotoalbum. Sorgfältige Kleidung gibt ihr, wie sie sagt, einen „Rest von Würde“. Die Kleidung ist anscheinend sehr wichtig, um ihre Erkrankung zu ertragen. Sie besteht z. B. auch darauf, dass ihr täglich ihre hohen Stiefel angezogen werden, obwohl diese ja äußerlich gesehen ohne Funktion sind. Diese tägliche Prozedur ist für die Pflegekräfte und auch für sie mühsam. Sie wehrt sich aber gegen „bequemes Schuhwerk“ (z. B. Hausschuhe mit Klettverschluss), zu dem sie die Pflegekräfte überreden wollten. (Ich deute die Stiefel eher symbolisch: Sie erinnern an das frühere Leben ohne Behinderung.) Bei der Kleidung erzählt sie wiederholt über ihre Mutter. Diese hätte auch in schweren Zeiten immer darauf geachtet, dass ihre Töchter sauber angezogen waren. „Sie war eine Zauberin darin, aus irgendwelchen Stoffen neue Kleider zu schneiden ...“

Bedeutung für die Pflege und Begleitung: Sie schätzt gepflegtes Aussehen. Sie duldet z. B. keine Flecken auf ihrem Pullover, mag sorgfältig manikürte Fingernägel und einen Tropfen Parfum und wählt jeden Tag einen frisch gewaschenen Pullover oder eine neue Bluse zum Anziehen.

2. Lebenseinstellung (prägende, pflegerelevante Lebensereignisse):

Was schafft für die Person Zuversicht, Vertrauen, Wohlbefinden? Wo leidet sie unter Ängsten, Sorgen, Misstrauen?

Zuversicht: Trotz ihrer schweren und zum Tode führenden Krankheit, die sie schubweise gelähmt hat, bleibt Frau R. im Wesentlichen zuversichtlich. Sie hat von sich aus einmal das Thema „Selbsttötung“ angeschnitten. Sie hätte nur einmal daran gedacht („Ich wollte von hinten unter ein Lastauto fahren ...“), aber nur im Frühstadium der Krankheit. „Was mir meine Krankheit nicht nehmen kann, ist meine Fantasie. Und die kann überall hinfliegen ..“

Wohlbefinden: Was sie sehr schätzt, ist maßvolles Essen, das schön angerichtet worden ist („Dieser Genuss ist mir geblieben ... Das Auge isst vor allem bei mir mit ...“). Sie bevorzugt würzigen Käse, Rotwein (Bodeaux Primeur) oder Bier. Wichtig für ihr Wohlbefinden sind die Zuverlässigkeit und auch die Pünktlichkeit, mit der man zu ihr kommt. Da sie bewegungslos im Rollstuhl sitzen muss, passiert es leicht, dass schmerzende Druckstellen entstehen. Sie kann nicht klingeln, um Hilfe zu holen. Was sie mag, ist Ordnung in ihrem Zimmer („Ich war schon immer ordentlich.“). Alles hat seinen Platz. Verstärkt wird das durch ihre Hilflosigkeit. Es beunruhigt sie, keine Kontrolle über ihre Dinge zu haben.

Angst: Was sie plagt, ist die Angst, nach Ausscheidungen zu riechen. (Beleg: Sie fragt mehrfach am Tag, ob sie „irgendwie rieche“.)

Sorge: Sie befürchtet, aus ihrer vertrauten Wohnung im Altenheim in eine andere Einrichtung oder in den Pflegebereich (Doppelzimmer) verlegt zu werden (eigene Aussage). Die Möglichkeit einer solchen Verlegung empfindet sie als Bedrohung. Die Pflegekräfte merken gelegentlich an, sie gehöre mit ihrem Krankheitsbild nicht mehr in den Altenheimbereich. Es sei nur ein gewisses Zugeständnis ranghoher Fürsprecher, die sie beim Träger habe. Sie war als Referatsleiterin für den Kindergartenbereich eine langjährige Mitarbeiterin der Trägerorganisation.

Misstrauen: Neuen Regelungen im Pflegealltag begegnet sie mit einem gewissen Misstrauen. Sie achtet z.B. darauf, dass das Zeitbudget, das auf sie verwendet wird, nicht durch organisatorische Änderungen beschnitten wird. Worunter sie nach eigenen Angaben sehr gelitten hat, war die Weigerung des Personals, ihr weiterhin die Blase mechanisch zu entleeren. („Die hatten keine Zeit mehr dafür. Ich habe ja gesehen, dass es sehr anstrengend war. Die eine Schwester hat mir ihre wund geriebenen Fingerknöchel gezeigt. Aber vielleicht hat sie ja nur falsch gedrückt ...“). Ihr musste deshalb ein Katheter durch die Bauchdecke gelegt werden.

3. Weltanschauung, Glaube, religiöse Bedürfnisse

Was sind zentrale Werte für die Person? Worauf ist sie stolz? Was gibt ihr Halt? Welche religiöse Praxis pflegt die Person?

Weltanschauung: Frau R. bezeichnet sich als „konservativ und sozial“ eingestellt. Diese soziale Haltung ist auch sichtbar: Sie interessiert sich für das Schicksal von Mitbewohnern, ist aufmerksam (z. B. lässt Geburtstagswünsche an sie schreiben) oder macht Druck, dass Bewohner wieder aus der Psychiatrie zurück ins Heim kommen. Als Vorsitzende des Heimbeirats beschwert sie sich z. B. beim Bäckerbetrieb, wenn die gelieferten Brötchen zu hart sind. Gleichzeitig wahrt sie eine gewisse Distanz. Sie beklagt z. B. den „ordinären Ton“ mancher Mitbewohner und will auch nicht einfach zu einer Tischgruppe in den Aufenthaltsraum geschoben werden.

Glaube: Frau R. ist gläubig (römisch-katholisch). Sie ist praktizierende Christin, aber nicht „autoritätsgläubig“. Beleg: Sie kritisiert den Pfarrer, wenn er in „schnellen Stippvisiten“ durchs Heim eilt, oder sie lobt auch die Predigt, wenn sie ihr gefällt.

Religiöse Bedürfnisse: Frau R. möchte jeden Tag zum morgendlichen Hausgottesdienst gebracht werden. Das gehört fest zu ihrem Tagesablauf. Sie bleibt auch gerne noch nach dem Gottesdienst in ihrem Rollstuhl in der Heimkapelle sitzen. Sie liest eine katholische Wochenzeitung mit überwiegend theologischen Beiträgen. Die Lektüre gehört fest zu ihrem Wochenrhythmus. Vor dem Essen, das ihr ja eingegeben werden muss, wünscht sie sich eine kurze Pause für ihr stilles Gebet. Auf ihrem Schreibtisch liegt ein Rosenkranz. Sie erzählt, sie bete ihn gelegentlich „mit den Augen“ Perle für Perle durch. Zur täglichen Besinnung hat sie ebenfalls auf dem Schreibtisch ein Foto des Familiengrabs (Herkunftsfamilie) aufstellen lassen. Dieses ist auch ihr zukünftiges Grab. Vor dem Tod hätte sie keine Angst, erzählt sie, als ich sie auf dieses Foto anspreche. Sie fühle sich „aufgehoben in Gottes Hand“ (eigene Aussage). Aber die Ungewissheit, wie lange der Sterbeprozess dauert und ob sie ihre Stimme durch die Krankheit verlieren wird, das mache ihr zu schaffen. Vor einiger Zeit hat sie das Formular der christlichen Patientenverfügung notariell beglaubigt ausfüllen lassen und dort u. a. bekräftigt, dass sie keine künstliche Ernährung mehr wolle, falls sie wahrscheinlich unumkehrbar in einen „Dämmerzustand“ falle, wie sie es bezeichnet.

4. Einstellung zur Pflege und medizinischen Therapie

Wie beteiligt sich die Person an der Pflege? Welche Einstellung hat sie zur ärztlichen Therapie?

Frau R. beteiligt sich sehr an ihrer Pflege. Sie leitet neue Pflegekräfte selbst an. Außerdem macht sie Vorschläge für prophylaktische Maßnahmen. Beispiele: Sie ersinnt neue Möglichkeiten, die oft spastisch gekrümmten Finger mit Schaumstoff oder Verbandstoff zu schützen. Oder: Sie denkt über Möglichkeiten nach, wie ihr Körper gelagert werden könnte, um das Risiko spastischer Krämpfe zu mindern, unter denen sie sehr leidet. Sie übernimmt die Verantwortung für die Einnahme der verschiedenen Tabletten und erinnert gegebenenfalls daran.

Vorbehalte hat sie gegenüber pflegerischen Neuerungen, die sie zwar unabhängiger machen, aber auch eventuell den sozialen Kontakt verringern würden. Beispiel: Sie lehnt den Vorschlag ab, bei ihrer Lektüre selbst die Buchseiten mit einem Mundstab umzublätern. Lieber wartet sie, bis jemand kommt. Ich vermute, dass sie diese Stippvisiten auch als Kontrollbesuche braucht, falls ihr das Sitzen im Rollstuhl Schmerzen bereitet.

Im Hinblick auf medizinische Therapieerfolge bei ihrer Erkrankung hat sie allerdings resigniert. So klagt sie einmal beim Durchsehen der Kontoauszüge über die Beiträge für die Multiple-Sklerose-Gesellschaft. Die Forschung würde nach ihrer Ansicht schon seit Jahren nichts Neues bringen.

Musterbericht 2

Der Musterbericht entstand in der Pflege und Begleitung von Frau B., einer Bewohnerin eines Alten- und Pflegeheims, die zeitweise desorientiert ist. Frau B. konnte sich selbst mitteilen. Einige Informationen wurden durch Beobachtung erschlossen. In diesem Muster werden die pflegerelevanten Lebensereignisse eher chronologisch geordnet.

Autorin: Monika Plank (in Ausbildung für die Altenpflege)

Frau B.

1. Prägende, pflegerelevante Lebensereignisse

Die Person spricht häufig über ...

Auffällige Verhaltensweisen und mögliche biografische Hintergründe

Frau B. wurde am 19.07.1917 in Unterbürg, einem sehr kleinen Dorf, geboren. Sie ist das jüngste von neun Geschwistern, vier Schwestern und vier Brüdern. Bei ihren Erzählungen erwähnt sie immer wieder die Namen ihrer Schwestern, die bis auf eine bereits alle verstorben sind. Sie zählt dabei ihre Namen einzeln auf: „... Katharina, Resi, Elisabeth und Maria ...“ Auf meine Frage, ob ihre Schwestern ihr viel bedeuten, gibt sie zur Antwort: „Ja, wir Frauen haben zusammengehalten. Wir hatten uns gern. Nach dem Tod des Vaters haben wir Frauen den Hof geführt. ‚Weiberwirtschaft‘ sagten die anderen im Dorf ...“

Bedeutung für die Pflege und Begleitung: In Momenten und Tagen, in denen sich Frau B. im Stadium der Zeitverwirrtheit befindet, haben diese Schwestern und dieser Zusammenhalt für sie eine große Bedeutung. Sie sucht dann im ganzen Heim nach ihnen, möchte z. B. der einen Schwester die Hausschuhe bringen, weil sie diese selbst nicht braucht, oder sie umsorgt ihre Zimmernachbarin in der Annahme, es sei ihre kranke Schwester, die da im Bett liegt. In solchen Situationen ist es wichtig, ihre persönliche Fürsorglichkeit zu erkennen und auf diese Haltung einzugehen und anzuerkennen: „Sie möchten, dass es Ihrer Schwester wieder gut geht ...“ oder „Schön, wie Sie sich um andere sorgen ...“ Es bringt in diesen Momenten nichts, sie mit Tatsachen zu konfrontieren und ihr zu erklären, dass ihre Schwestern tot sind. Sie wird diese sonst nur weiter aufgeregt suchen. Nur durch eine wertschätzende Akzeptanz ist es möglich, mit ihr in Beziehung zu bleiben.

Bis zu ihrem Eintritt ins Altersheim im Jahre 1991 hat Frau B. in der Landwirtschaft gearbeitet, zunächst in der ihrer Eltern, später ihrer eigenen. Da der Bauernhof sehr klein war, musste sie nebenbei noch etwas verdienen. So war sie einige Jahre im kleinen Krankenhaus in D. beschäftigt, wo sie sich um die anfallenden hauswirtschaftlichen Aufgaben kümmerte. Später war sie noch einige Jahre bei der Firma Sch., ebenfalls in D., beschäftigt, die elektronische Kleinteile herstellt. Die Wegstrecke zur Arbeit legte sie stets mit dem Rad zurück. Doch, sagt sie, alles was sie dort verdient hätte, habe sie stets zu Hause abgegeben, um den Lebensunterhalt aller Familienmitglieder zu sichern.

Bedeutung für die Pflege und Begleitung: Frau B.'s Leben war geprägt von Arbeit, früh morgens bis spät abends. „Wer nichts arbeitet, ist nichts wert!“, hat sie einmal zu mir gesagt. Eine Einstellung, die einen Teil ihrer Identität, ihres Selbstwertgefühls ausmacht. Nun im Altenheim hat die körperlich noch mobile Frau keine Arbeit mehr. Wo doch gerade jetzt unter dem Eindruck der veränderten Lebensumstände diese Werte so wichtig sind. Sie geben ihr Sicherheit. Geeignete Beschäftigung zu finden, ist deshalb sehr wichtig. Zum Teil geschieht dies bereits. So kann sie öfter in der hauseigenen Wäscherei mithelfen. Dies sollte aber noch öfter

und regelmäßig geschehen, um ihr ein gewisses Arbeitsgerüst zu geben. Vor allem sollte das Pflegepersonal sie loben für ihr Tun und hervorheben, wie gut es sei, dass sie mithilfe, wenn ihr auch manches wegen ihrer zeitweisen Verwirrtheit misslingt.

Ihren Vater beschrieb Frau B. als jähzornig. Aber sie hätte als Kind „etwas bei ihm gegolten“. „Ich durfte immer bei ihm auf dem Schoß sitzen, da ich die Kleinste war“. Über das Erzählen vom Vater kommt sie auf die Männer allgemein zu sprechen. Nach ihrer Meinung taugen alle nichts. Man könne ihnen nicht trauen. Sie sei froh, keinen Mann gehabt zu haben. Ich fragte sie, ob sie verheiratet gewesen sei, und bemerkte eine plötzliche Veränderung in ihrem Verhalten. Sie wurde unruhig, begann mit den Fingern zu spielen und an ihrem Rock zu zupfen. Sie antwortete zögernd, dass sie nicht wisse, ob man darüber sprechen solle. Sie sei verheiratet gewesen, aber nicht „richtig“. Das betonte sie besonders. Ihre Mutter und die Leute hätten sie nach dem Tod des Vaters dazu gedrängt. „Der Hof braucht einen Mann!“ Sie erzählte weiter, dass sie dem „Kerl“ aus dem Weg gegangen sei und kein Wort mit ihm gesprochen habe, so dass er nach drei Wochen wieder zu seiner Mutter zurück gegangen und die Ehe mit viel Aufwand später von der Kirche annulliert worden sei.

Bedeutung für die Pflege und Begleitung: Frau B. geht auch heute noch auf Distanz, was das männliche Geschlecht betrifft. Bei den Mahlzeiten z. B. achtet sie genau auf Abstand zu männlichen Nachbarn. Auch leidet sie nachts öfter unter Angstanfällen. Sie sieht und hört Männer, die zu ihr ins Zimmer kommen und ihr „etwas antun wollen“. Sie ist erleichtert, wenn eine Schwester zu ihr ins Zimmer kommt.

2. Lebenseinstellung (prägende, pflegerelevante Lebensereignisse):

Was schafft für die Person Zuversicht, Vertrauen, Wohlbefinden? Wo leidet sie unter Ängsten, Sorgen, Misstrauen?

Wohlbefinden: Frau B. mag es gerne warm. Öfter habe ich bemerkt, wie sie im Badezimmer auf dem Hocker neben der Heizung saß und sich wärmte. Sie sitzt auch gerne während ihrer Mittagsruhe in ihrem Sessel im Zimmer, besonders wenn die Sonne herein scheint und sie wärmt. Sie plaudert auch sehr gerne, „Dischkrieren“ (Diskutieren) sagt sie dazu. Morgens zum Frühstück isst sie gerne eine Marmeladensemmel, die sie in Kaffee eintaucht. Ansonsten hat sie keine besonderen Wünsche, was das Essen betrifft. „Ich esse alles gerne; wir konnten früher nicht wählerisch sein. Wir waren froh, etwas zum Essen zu haben ...“

Vertrauen: „Vertrauen hatte ich früher nur zu meinen Schwestern. Heute, da keine mehr bei mir sind, habe ich nur noch Vertrauen zu Gott.“

Ängste: Frau B. hat große Angst vor dem Wasser. Anfangs, als sie noch völlig eigenständig ihren Tagesablauf im Heim gestaltete, hat sie nur selten gebadet. Das Pflegepersonal muss ihr immer versichern aufzupassen; sie ist immer erleichtert, wenn die Prozedur vorbei ist. Hier wäre es wichtig, Alternativen zum Baden auszuprobieren, um ihr diese Qual zu ersparen.

3. Weltanschauung, Glaube, religiöse Bedürfnisse

Was sind zentrale Werte für die Person? Worauf ist sie stolz? Was gibt ihr Halt? Welche religiöse Praxis pflegt die Person?

Glaube: Frau B. ist sehr gläubig. Sie besucht jeden Gottesdienst, der im Heim abgehalten wird, und geht auch zur Kommunion. Sie zeigt jedem stolz ihr großes Holzkreuz, das bei ihr im Zimmer hängt. Es gibt viele Tage, an denen sie morgens ihre Stiefel anzieht und nach Hause gehen möchte, um im Dorf die Kirchenglocken zu läuten. Das war früher ihre Aufgabe als Messnerin/Küsterin?. Anwohner und Hausmeister haben sie dann manchmal schon völlig durchnässt ins Heim zurückgebracht. Das Jahr untergliedert sie in kirchliche Feiertage. Sie weiß genau, wenn sie auch sonst immer wieder verwirrt wirkt, wann diese Feiertage abgehalten werden. Genau zu diesen Zeitpunkten wird sie besonders unruhig und verlässt das Heim. „Abends, wenn ich alleine bin, bete ich oft einen Rosenkranz, dann geht es mir besser. Gott wird mich schon hören und alles richten.“

4. Einstellung zur Pflege und medizinischen Therapie

Wie beteiligt sich die Person an der Pflege? Welche Einstellung hat sie zur ärztlichen Therapie?

Frau B. war nie ernsthaft krank. Vor drei Jahren diagnostizierte man bei ihr ein Rektumkarzinom. Die befallenen Stellen wurden sofort operativ entfernt. Diese Information entnahm ich dem Doku-System, da Frau B. auf Fragen zur Operation zur Antwort gab, dass sie von einer Operation nichts wisse. Probleme infolge dieser Krebserkrankung sind seither nicht mehr aufgetreten. Laut Aussage des Hausarztes wurden auch keine Metastasen festgestellt. Frau B. hat, was Krankheit betrifft, folgende Einstellung: „Zum Arzt geht man nur, wenn man unbedingt muss, und jammern, das tut man nicht gleich. Das habe ich nie getan.“ Sie zeigte mir dabei ihren kleinen Finger, der zur Hälfte fehlt. Sie habe ihn beim Schneiden von Strohhalmen mit der Maschine abgeschnitten, ihn eigenhändig in ein Taschentuch gepackt und dann sei sie mit dem Rad und dem kleinen Bündel zum Arzt gefahren. Sie lachte beim Erzählen: „Jetzt ist der kleine Finger eh schon so kurz gewesen und ich dumme Kuh hab’ ihn auch noch ein Stück kürzer gemacht ...“

Bedeutung für die Pflege und Begleitung: Auch jetzt habe ich Frau B. noch nie klagen oder jammern hören. Erst durch gezieltes und mehrmaliges Nachfragen erfährt man zum Beispiel von Schmerzen.

Frau B. kommt aus dem kleinbürgerlichen Milieu. Ihre Wertorientierung ist geprägt von Konvention und Autoritätsgläubigkeit. Des Öfteren sagte sie zu mir: „Das tut man nicht, nein, das macht man nicht. Was würden denn die anderen denken von mir ...“ Dem Pflegepersonal gegenüber verhält sie sich eher unterordnend. „Ja, Schwester, machen Sie nur, wie sie meinen. So wird es schon richtig sein.“ Auf die Frage, was ich in meinem pflegerischen Umgang mit ihr verändern oder besser machen könnte, bekam ich zur Antwort: „Sie wissen schon, was besser ist. Ich werde mich doch nicht einmischen in das, was die Schwestern machen ...“

Bedeutung für die Pflege und Begleitung: Frau B. nimmt kritiklos hin, was mit ihr und um sie herum passiert. Nur in ihrer Mimik, in kaum wahrnehmbaren Bewegungen und versteckten Handlungen erkennt man, was ihr missfällt. Sie schüttet sie z. B. heimlich den Tee weg, obwohl sie mir vorher versichert hat, wie gern sie ihn trinke. Durch genaues Beobachten ihrer Reaktionen auf bestimmte Vorgänge gelang es mir teilweise zu erkennen, was sie nicht mag und was sie möchte. Durch Fragen erreichte ich nichts. Ich bekam immer nur zur Antwort, dass alles gut, schön und in Ordnung sei. Dazu ein kleines Beispiel: Bei der Grundpflege im Badezimmer habe ich anfangs die Tür nicht ganz geschlossen, weil das Bad so beengend auf mich wirkt. Frau B. machte sie dann jedes Mal zu. Sie sagte jedoch nie, ich solle sie bitte schließen.