

**Demenzkranken Menschen pflegen
Grundlagen, Strategien, Konzepte**

Sven Lind, Huber-Verlag, Bern, 2003
232 Seiten, ISBN 3-456-84001-2, Euro 26,95

Rezension von:

Prof. Dr. phil. Martin W. Schnell
Institut für Pflegewissenschaft
Universität Witten/Herdecke
Stockumer Str. 12, D-58453 Witten
(schnell@uni-wh.de)

Demenz ist ein großes Problem zukünftiger gesellschaftlicher Verantwortung: Wie sollen wir den sog. hochaltrigen Menschen, die ihr Leben nicht mehr im klassischen Sinne autonom gestalten können, helfen, damit sie ein gutes, normales und menschenwürdiges Leben leben können? Auch Sven Lind befaßt sich mit diesem Problem, allerdings nicht ohne polemisch zu werden.

Lind sieht es als einen Skandal an, daß über 40 diverse Konzepte in der Altenpflege bei Demenz eingesetzt werden, obwohl sie wirkungslos und/oder unseriös seien, mindestens aber einseitig verfahren würden, wie der personenzentrierte Ansatz Tom Kitwoods. Es ist daher Zeit für einen neuen Weg und Lind möchte ihn gerne beschreiten.

Der neue Leitstern unter den Wissenschaften ist heutzutage die Hirnforschung. Auch Lind folgt ihm. Der Mittelpunkt seiner Neuausrichtung der Pflege bei Demenz ist der Kausalzusammenhang von Hirn und Verhalten. Linds Hauptthese besagt, daß jedes demenzspezifische Verhalten eine Ursache in einem krankhaften Hirnbereich hat und dessen Wirkung ist. Diese Kausalität gilt es zu erkennen, aufzuweisen und Pflege ihr gemäß zu gestalten. In der Demenzpflege sollen endlich Zustände wie in der Physik herrschen: Allgemeingültigkeit und Effektivität. Früher hätte man gesagt: Sauberkeit und Ordnung!

Seit der Aufklärung verzeichnet die Wissenschaftsgeschichte periodisch den Auftritt des Retters, dem es die Geisteswissenschaften zu bunt treiben und der den drohenden Untergang durch eine Neuausrichtung des Lebens und Forschens an den Naturwissenschaften abwenden will. Heutzutage wird der Hirnforschung die Rettung des Industriestandortes zugetraut. Man denke nur an die Debatte in der Pädagogik: Kann die Neurodidaktik zu einer 2 in Latein führen? Es stellt sich natürlich die Frage, ob es, neurobiologisch gesehen, überhaupt einen Unterschied zwischen den Lernvorgängen im Hirn eines guten Schülers und denen im Hirn eines raffinierten Verbrechers gibt, der sich ständig neue Tricks ausdenkt. Das Bild der klaren, eindeutigen und im Dienst des Menschheit stehenden Naturwissenschaft hat sich bislang fast immer als Fälschung erwiesen!

Das neue Paradigma, das Lind vorschlägt, hat mindestens drei Probleme zu klären oder zu vermeiden. Hirn und Pflege sind insofern zwei Bereiche, da sie ganz verschiedenen Zugänglichkeiten unterliegen. Pflege wird erlebt und ausgeübt von jemandem an die Adresse eines anderen. Prozesse im Gehirn werden

hingegen nicht erlebt (Gerhard Roth), sondern höchstens beobachtet. An dieser Stelle meldet sich das *Übersetzungsproblem*: Wie können Beobachtung und Erlebnis ineinander übersetzt werden? Ein Kurzschluß funktioniert hier genau so wenig wie der Sprung von der Neurodidaktik zum Schulerfolg.

Als nächstes tritt das *Kausalitätsproblem* auf. Zwischen Hirn und Verhalten besteht Kausalität (eine Ursache/Wirkung-Verhältnis). Wissenschaftstheoretisch heißt das noch gar nichts, denn was bedeutet Kausalität eigentlich genau? Wenn bei einer Person das Zentrum für die Farbwahrnehmung verletzt ist, sieht diese Person dann auch schlechter? Und wenn, dann sofort oder erst später? Gibt es etwa eine Differenz zwischen objektivem Körper und erlebendem Leib (Kurt Goldstein)? Ist Kausalität ohne Brechungseffekt möglich? Bliebe schließlich das *Ethikproblem*. Schützt der Ansatz Linds davor, daß Menschen, die mit einer Demenz leben, gesellschaftlich diskriminiert werden? Das bleibende Verdienst Kitwoods liegt darin, den Personbegriff Bubers und das kantische Verständnis von Menschenwürde zusammenzudenken und zwar zugunsten von Menschen mit Demenz. Kitwoods Konzept ist eine reflektierte und auch listige Kritik an den Vertretern der Bioethik, die jene Menschen ob ihrer Demenz aus dem Schutzbereich des Ethischen ausschließen wollen. Altenpflege muß auch auf die aktuellen gesellschaftlichen Ethikfragen reagieren! Hinter diesen von Kitwood formulierten Anspruch kann und darf die Debatte um Demenz nicht mehr zurückfallen! Nicht jede Demenz ist auch eine Krankheit, manche oder gar viele sind es allerdings. Lind interessiert sich nur für die Demenz als Krankheit. Seiner These nach bedingt ein krankes Hirn krankhaftes Verhalten. Das pathologische Amyloid-Beta-A4-Protein verursacht Wahnvorstellungen, Fehlwahrnehmungen, Depressionen, Angst, Unruhe usw. Insofern kann man nur darauf hinarbeiten, daß bald eine Impfung gegen Alzheimer auf dem Markt ist, die die zerstörerischen Ablagerungen im Hirn bekämpft. Da Prozesse der Biochemie nicht hinreichen, das pflegerische Bemühen um das Verstehen der Individualität pflegebedürftiger Menschen erklären und begründen zu können, schwenkt der Verf. auf die biographische Zugangsweise um. Sie soll die persönlichen, individuellen und emotionalen Aspekte erschließen, vor denen die Biochemie versagt. Es bleibt allerdings auch hier ungeklärt, was genau Proteine mit der Individualität einer Person zu tun haben.

Die Ausführungen Linds folgen dem Muster, daß zunächst gesagt wird, welche Schwierigkeiten es mit der Pflege demenzkranker Menschen gibt. Daraufhin folgt stets die Darstellung pflegerischer Interventionen, durch die die Schwierigkeiten überwunden werden sollen. Inhaltlich präsentiert der Verf. sehr viele bekannte Dinge. Aber darum geht es eigentlich nicht, denn es ist primär die neue Begründung, auf die er die Demenzpflege zu stellen können glaubt. Soll ich mit einem Menschen, in dem ein krankhaftes Protein steckt, singen oder lachen oder beides, wenn ich ihn beruhigen möchte?

Der Hinweis, daß man diese merkwürdige Frage nicht einfach beantworten kann, da die besonderen Um-

stände und die Individualität der Person beachtet werden müssten, läßt das von der Hirnforschung her gedachte Kausalitätsmodell hinfällig werden oder zumindest nebensächlich. Lind weiß letztlich doch nicht mehr zu sagen, als daß der Zusammenhang zwischen Neuropathologie und Demenzpflege *verschiedene Ebenen* umfaßt und daher höchst *komplex* und *vielschichtig* ist. Auch Lind kann den erzpositivistischen Nachweis nicht erbringen, daß ein Senkfuß unbedingt einen Schuh der Marke *Romika* tragen müsse. Von der Ideologie befreit, liest sich das Schlußkapitel über *Demenzspezifische Normalität* recht entspannt, teilweise sogar ganz vernünftig. Demenzspezifisch ist eine Normalität, die von einer Lebenswelt ausgeht und die den Lebensaspekten des Demenzkranken gerecht wird. Die Kernelemente dieser Normalität sind der Milieuaufbau, Wiederholung, Flexibilität und die Biographieorientierung. Am Ende ist von der Hirnforschung fast gar nicht mehr die Rede. Lind beschreibt vielmehr, daß die Pflegekräfte als Lotsen für ihre Schutzbefohlenen agieren würden. Dieses Bild reicht an die Komplexität der Ethik Kitwoods zwar nicht heran, die gute Absicht mag aber zählen. Das vorliegende Buch zettelt einen Krieg gegen den etablierten Diskurs über Demenz und Pflege an, den es verlieren muß, weil es wissenschaftstheoretisch nicht gerüstet ist und inhaltlich zu wenig revolutionäre Forschungsergebnisse bieten kann. Daß man einfühlsam mit alten Menschen umgehen soll, wußte man schließlich vorher schon.

Buchbesprechung von

Angelika Zegelin-Abt, M.A.
Institut für Pflegewissenschaft
Universität Witten/Herdecke
Stockumerstr. 12
58453 Witten
Zegelin-Abt@uni-wh.de

Nur selten kommt ein Rezensent wahrscheinlich zu folgendem Schluss: eine Verbreitung des Buches ist nicht zu empfehlen!

Lind hat ein widersprüchliches, ja, fürchterliches Machwerk vorgelegt. Er begründet Pflege auf „aktuelle neurowissenschaftliche Erkenntnisse“, fordert „zurück zum Kausalzusammenhang von Hirn und Verhalten“ und negiert damit sowohl den Beziehungscharakter von Pflege als auch den Einfluss der Umgebung auf das Wohlergehen von (dementen) Menschen.

Lind redet über Pflege wie der Schuster vom Backen, er hat nichts begriffen. Er weiß nichts über Individualität, stellvertretendes Handeln, über dialogische Grundlagen und Achtung der Würde – in diesem Sinne missachtet er wesentliche Grundzüge einer am Menschen orientierten Pflege. Offensichtlich weiß er auch nicht, dass es keine „falsche“ Wahrnehmung gibt.

Skurril und gleichzeitig armselig ist seine Forderung, dass in der Demenzpflege allgemeingültige Gesetze, wie in der Physik, herrschen sollten. Als Grundlagen seiner Vorschläge sieht er Effektivität (für wen?, was heißt das?), Effizienz und Praktikabilität (?) vor.

Genauso wie auf Erkenntnisse der Hirnforschung ließe sich Pflege auf den ökonomischen Ansatz von Keynes oder auf geophysikalischen Grundlagen der Wettervorhersage gründen.

Er begreift sein Werk vor allem als „Gegenposition zu den personenzentrierten Ansätzen“, weniger als grundsätzlichen und überzeugenden Beitrag.

So ist der gesamte Text von Widersprüchen durchsetzt. Er fordert eine „wissenschaftlich begründete Pflege“ (von welcher Wissenschaft bleibt fraglich, vermutlich die Neurobiologie), stellt in seinem Buch aber überwiegend Praxiserfahrungen vor. Dabei entlehnt er zahlreiche Ansätze aus der von ihm vehement abgelehnten personenzentrierten Pflege – bis auf eine Ausnahme: das „Nicht-Ernstnehmen“ der Klienten! Es wird von ihm mit „Trost und Ablenkung“ begründet, zahlreiche Beispiele zeigen, dass damit etwas „durchgesetzt“ werden soll. Zum Beispiel handelt es sich um das „Waschen“, eine Handlung die zunehmend als routinemäßige Tätigkeit hinterfragt wird. Sein Postulat von „Verhaltenssicherheit“ verstellt deutlich eine menschliche Begegnung – eine offene, fragende und sich für den anderen interessierende Begegnung.

Nicht nachvollziehbar ist seine Forderung, die Pflege Demenzkranker auf eine Linie (nämlich seine) einzuschwören – dies negiert die Vielfalt menschlichen Daseins. Sinnliche Erfahrungen zu machen, Musik zu hören, Berührt-zu-werden, zu kommunizieren sind keine „esoterischen“ Ansätze, sie gehören zum Leben jedes Menschen. Deswegen sind die vielen Wege in der Pflege dementer Menschen kein „Durcheinander“, sondern sie sind wichtig, um einen Ausschnitt unserer Welt zu repräsentieren.

Leserbrief von:

Christian Müller-Hergl
(HerglBoecklin27@aol.com)

Was Herr Dr. Lind unter Einfühlen versteht, wird erst in seinen Beispielen in alle seiner furchtbaren Vereinfachung offenbar: Es geht darum, den Klienten schnell und effektiv zu täuschen, damit er/sie wieder ruhig ist und nicht stört. Diese Verwechslung von Empathie mit Kollusion ignoriert international gesicherte professionelle Überzeugungen im Umgang mit „delusional beliefs“ (zur Terminologie und Hintergrund vgl. „Psychosis in dementia“ in: Ballard, C.G., O'Brian, J., James, I., Swann, A. „Dementia: Management of behavioural and psychological symptoms“, Oxford University Press 2001).

1. Menschen mit Demenz haben nicht selten luzide Momente, in denen sie den Betrug bemerken. Anekdoten zu diesem Vorgang sind in der Pflege zuhauf bekannt. Betrügen oder Täuschen wird durchaus von Menschen mit Demenz emotional verstanden bzw. durchschaut: der andere merkt, dass ich es nicht ernst mit ihm/ihr meine. Nicht selten werden durch Kollusionen die Schwierigkeiten nur verstärkt oder verlagert. Hiermit zerstört die Pflegeperson die Grundlage der Beziehung, die sie doch so bitter benötigt, um einen vertrauensvollen Kontakt herzustellen. (vgl. Morris, C.

„How denial can lead to anger and aggression“, in: *The Journal of Dementia Care* 7 (1999) 5 pp25-27)

2. Lerntheoretisch verstärkte man den Wahn und trägt damit zur Verwirrtheit langfristig eher bei. Dabei werden die der Äußerungen zugrunde liegenden Empfindungen und Gefühle nicht erkundet, sondern auf billige Weise befriedigt durch plattes, unreflektiertes Mitmachen in der Eigenwelt des Menschen mit Demenz. (ein ähnliches Missverständnis liegt vor wenn Imitation mit Parallelität verwechselt wird, die den Sinn hat, in gleichzeitig-gemeinsame Interaktion mit dem anderen zu kommen) – Es gilt, die Wahrheit des anderen anzunehmen als für ihn gültig, diese Wahrheit aber nicht für mich anzunehmen, sondern den dahinter liegenden emotionalen Inhalt einzufühlen, zu spielen und wertzuschätzen. In den Worten von Morris (s.o.): „Talk in terms of how you would feel if you were in their shoes, rather than talking as if it were the truth.“ (vgl auch: Grond, E. „Pflege Demenzkranker“, Brigitte Kunz Verlag 1998 S. 129)
3. Einfühlen in den Bezugsrahmen des anderen, Wertschätzen und Echtheit werden nicht umsonst als Einheit verstanden: Ohne Echtheit ist Wertschätzung Betrug und Empathie eine Farce, bei der ich dem andere eine nicht gefüllte Nähe vortäusche, mich selbst zum Affen mache und den anderen zum Objekt der beliebigen Manipulation. Wie Norberg dies ausdrückte: „if caregivers see patients as objects, they can become objectified themselves.“ Sich an routinemäßiges Täuschen zu gewöhnen bedeutet, den anderen nicht mehr als Person, sondern als manipulierbares Objekt zu betrachten – mit verheerenden Auswirkungen auf das pflegerische Ethos. So kommt Graham Stokes in seiner Studie zu dem Urteil: „The relationship is founded on deceit and deception. ...this is a malignant interpersonal response.“ (Stokes, *Challenging Behaviour in Dementia*, Speechmark Publishing/Winslow editions, 2000, p.225) Nur für den Extremfall lässt Stokes Kollusion als allerletztes Hilfsmittel zu, aber mit der deutlichen Warnung, dass derartige „böartige Übereinstimmungen [malign agreement] nicht für die Demenzpflege charakteristisch werden dürfen, da die Motivation für böartige Übereinstimmungen nur in unserem Bedürfnis nach Ruhe auf Kosten der sozialen Erfahrung von Betrug und Täuschung seitens des Demenzkranken beruht.“ (p.225)(vgl auch Ballard s.o. p.131)

Dies passt freilich in das enge medizinische Verständnis von Demenz, für das Herr Dr. Lind bekannt ist: mit Medikamenten und manipulativen Verhaltensstrategien wird das Erscheinungsbild des Menschen mit Demenz auf sozial erwünschte Weise korrigiert, präsentabel, besonders aber „ruhig“ gemacht. (ein Wort, dass ihm sehr wichtig ist) Vom Zulassen der Demenz kann hier nicht die Rede sein (obwohl es oberflächlich den Anschein hat) noch von regressionsfreundlichen Umgebungen und tröstenden, bergenden

Haltungen in der Pflege, noch von gemeinsamer Trauer (z.B. über die nicht anwesende Mutter). Anstelle des gemeinsamen Aushaltens und Begleitens auch des Unerträglichen und manchmal auch des Unlösbaren wird einer billigen, menschenverachtenden Beruhigung das Wort geredet. Pflegende sind keine Götter und haben nicht die Aufgabe, Demenz symbolisch „ungeschehen, weg zu machen“ (Abwehr) und sich und andere im Kontakt billig zu instrumentalisieren. (der Zweck heiligt die Mittel) Gefühle zu erkunden, nicht korrigierend, sondern verstehend in die Lebens- und Verstehenswelt des Menschen mit Demenz einzugreifen und Kontaktpunkte zu suchen und zu erproben sind nicht immer erfolgreich und müssen es auch nicht sein – Verstehen und Begleiten haben ihre Grenze, die nicht durch billiges Täuschen und Manipulieren verwischt, sondern supervisorisch reflektiert werden sollte.

Dr. Lind legitimiert übelste Pflegepraxis, die weniger einer richtiger Intuition, sondern Ohnmacht, Hilflosigkeit und Erlösungssehnsucht der Pflegenden entspringt. Freilich passt dies in die Landschaft einer zunehmend instrumentell verstandenen Pflege: Da Begleiten und Verstehen nicht mehr abrechnungsrelevant ist, muss der Mensch schnell ruhig gestellt werden, - durch passende Medikamente oder billiges Täuschen - um sich den Manipulationen anderer willig zu ergeben, das rechnet sich dann auch. Erschreckend an diesem Vorgang, dass renommierte Verlage (Hans Huber, Vincentz, R.S. Schulz) hergeben, Derartiges kommentarlos ohne Gegendarstellung zu veröffentlichen.

Anmerkungen einer ehemaligen pflegenden Angehörigen:

Renate Demski

1. Vors. *ALzheimer-ETHik e.V.*
Alzeth@aol.com)

Der Autor hat eine Fülle von Literatur gesichtet, bearbeitet, zitiert.

Es finden sich wichtige Sichtweisen, Anregungen, Forderungen, die jeder pflegende Angehörige unterstreichen könnte, so z.B. S. 78: „Die Aneignung des speziellen Wissens über die Krankheit ist eine Voraussetzung für die Pflege und Betreuung (von Menschen mit Demenz, R.D.), doch von weit größerer Bedeutung ist das interaktive Vermögen, die Sensibilität und das Einfühlungsvermögen.“ Angehörige, die zufällig nicht zugleich professionelle Pflegekräfte sind und trotzdem selbst den Eindruck haben und das Spiegelbild durch Menschen ihrer Umgebung erhalten, dass sie gut mit ihrem Kranken umgehen, können sich hier wiederfinden. Nicht das Detailwissen um die Erkrankung mit teils unaussprechlichen Wörtern ist notwendig, sondern Beziehungsqualitäten. Sicherlich finden sich in dieser Aussage auch Mitarbeiter in Altenheimen wieder, die überrascht sind, dass jemand ohne Ausbildung, eine Hilfskraft, mehr Zugang zu Menschen mit Demenz haben kann, als solche mit gerontopsychiatrischer Ausbildung.

Doch andererseits finden sich Aussagen, die diesem widersprechen. Unbedingt notwendig sei die Kenntnis hirnpfysiologischer Vorgänge (so bereits schon im Vorwort, S. 12), die Pflege habe diese vernachlässigt (S. 18).

Zudem finden sich Aussagen, die auf zu schmaler Basis gründen und die jeden Einsatz für Menschen mit Demenz überflüssig machen wollen (?): „(Es) kann durch ein Mehr an Leistungen und Zuwendungen über das Erforderliche hinaus kein positiver Effekt im Sinne einer Verlangsamung oder Verzögerung des Krankheitsprozesses erreicht werden.“ (S. 84) Desgleichen weiß der Autor, dass „psychotherapeutische Gespräche sinnlos sind.“ (S. 168) Seiten zuvor wusste der Autor jedoch um die – bislang selten herausgestellten – Kenntnisse über das „soziale Gehirn“ (S. 125).

Die Basis wissenschaftlicher Untersuchungen für solche Behauptungen ist schmal, teils gar nicht vorhanden. Leider. Zu den Gründen gehört sicherlich die Macht der Herstellerfirmen von Medikamenten, die Mittel haben, um „ihre“ Medikamententests durchzuführen und damit suggerieren, nur in „der bislang vorhandenen Pille oder in der noch zu findenden“ läge die Lösung aller Probleme.

„Andere“ wissenschaftliche Ergebnisse haben dagegen Mühe, im Schatten dieser „Medikamentenübermacht“ überhaupt sichtbar zu werden.

Mehrfach wie auch in den vorangehenden Überlegungen zu den möglichen Konsequenzen der Kenntnisse über ein soziales Gehirn zeigt sich eine grundsätzliche Schwäche des Buches – entgegen der mehrfach formulierten Intention, von der Praxis aus Empfehlungen zu formulieren:

Der Autor entscheidet, was gut und richtig ist.

Diese Wertung begann leider schon bei seiner Sprachbeobachtung zu der Bezeichnung „Menschen mit Demenz“ (S. 11). Diese Bezeichnung gestaltet sich in Anlehnung an die Bezeichnung „Menschen mit Behinderung“. Der Altersdiabetiker, dem ein Bein amputiert werden muss und der sich künftig nur im Rollstuhl fortbewegt, wird zum „Menschen mit Behinderung“. Der Mensch mit Demenz bleibt für Lind „ein Kranker“. Ein intellektuelles Defizit ist im Gegensatz zu körperlichen Defiziten „nur“ eine Krankheit? Die gesamte Diskussion und Tragweite dieser Diskussion – mit größter Tragweite auch für den Alltag pflegender Angehöriger – scheint an dem Autor vorbei gegangen zu sein.

Doch noch relevanter ist die Abriegelung der Praxis, z.B. „Ablenkung“ (S. 123), durch die „Demenzkranken (...) zu beeinflussen sind“, gegen Wahrnehmungen, auf denen Strategien im Umgang mit Menschen mit Demenz basieren.

Nur „Ablenkung“, jedoch nicht die Dimension der Ablenkung wird wahrgenommen, die Angehörigen und empathischem Pflegepersonal selbstverständlich ist. Wenn diese Worte, diese Erinnerungen, diese Situation dem Menschen mit Demenz Schwierigkeiten bereiten, so ist es nur konsequent, dem Menschen Erinnerungen an einen anderen s e i n e r Lebensbereiche

anzubieten. Ablenkung ist die oberflächlichste und letzte Bezeichnung für diese Lebensrettungsanker, die mir eingefallen wäre, wenn es galt, meine Mutter aus der sie (und uns) belastenden Verwirrtheit zu befreien.

Wenn ich mir jetzt vorstelle, ich hätte dieses Anbieten anderer, zu meiner Mutter zugehörigen Lebensbereiche als „Ablenkung“ verstanden und praktiziert, so graut mir. Ich hätte meine Mutter dirigistisch in eine Richtung gelenkt, die mir das konkrete Tun mit ihr und für sie erleichtert hätte – wie gleichfalls andere Menschen mit Demenz, die ich später kennen lernte...

Nicht der Mensch mit Demenz steht im Mittelpunkt, sondern nur das von mir beabsichtigte Tun. Nicht seine anderen Möglichkeiten des Lebens werden gesehen, sondern das, was i c h mir einfallen lasse. Das pflegende Ich setzt die Maßstäbe für den Hilfebedürftigen. Dies setzt die Kommunikation mit dem Kranken auf ein Niveau des „wie händle ich den Anderen am besten, damit er das tut, was ich will?“ Das ist ein Niveau und eine Umgangsform, die kein Gesunder für sich akzeptieren könnte. Und erst recht keinem Menschen mit Demenz zugemutet werden darf.

Dem Autor und dem von ihm befragten Pflegepersonal mag dies als Wortklauberei und Wortspielereien erscheinen?

Und doch trifft diese Abgrenzung Zentrales. Sie hat Auswirkungen auf das Menschenbild und damit auf jede kleine Aktion im Alltag. Mache ich den anderen zu einer „Puppe, die ich je nach Situation ‚tanzen‘ lasse, weil ich weiß, an welchem Faden ich ziehen muss“ und mich damit zu einem „allmächtigen Puppenspieler“ oder bin ich dem anderen einfühlsame Stütze für s e i n Leben, dass er in verschiedensten Dimensionen leben können soll – wie ich das meine.

Schade, dass der Autor, der Zeit und Elan hat, viel Literatur (7 Seiten Literaturangaben eng bedruckt) zu sichten, diese so oberflächlich wahrnimmt und widersprüchlich verarbeitet.

Noch bedauerlicher, dass er mit der Berufung auf Pflegekräfte etwas niederschreibt, was sich weder quantitativ noch qualitativ fassen lässt. Haben Pflegekräfte tatsächlich nur das gemeint, was der Autor schreibt? Dies ist nicht vorstellbar, wenn sie um der Menschen willen diesen anspruchsvollen Beruf (nicht Job) ergriffen haben.

Sehr schade, dass dem Lektor eines bekannten Verlags diese Mängel nicht aufgefallen sind und somit der Verlag für die weitere Verbreitung dieser Sicht sorgen muss.