



Ann Louise Barrick
Joanne Rader
Beverly Hoeffler
Philip D. Sloane
Stacey Biddle
(Hrsg.)

Deutschsprachige Ausgabe
herausgegeben von

Peter Offermanns
Jürgen Georg
Christoph Müller

Körperpflege ohne Kampf

Herausforderndes Verhalten in der
Körperpflege erkennen, verstehen,
meistern

2., ergänzte Auflage

 **hogrefe**

Körperpflege ohne Kampf

Körperpflege ohne Kampf

Ann Louise Barrick, Joanne Rader, Beverly Hoeffler,
Philip D. Sloan, Stacey Biddle (Hrsg.)

Wissenschaftlicher Beirat Programmbereich Pflege:

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

**Ann Louise Barrick, Joanne Rader,
Beverly Hoeffler, Philip D. Sloan, Stacey Biddle**
(Hrsg.)

Körperpflege ohne Kampf

Herausforderndes Verhalten in der Körperpflege
erkennen, verstehen und meistern

2., ergänzte Auflage

Aus dem Amerikanischen von Elisabeth Brock

Deutschsprachige Ausgabe herausgegeben von
Peter Offermanns, Jürgen Georg und Christoph Müller



Ann Louise Barrick, PhD, Professorin an der University of North Carolina, Chapel Hill, Departement of Psychology, John Umstead Hospital, Butner, North Carolina, USA

Joanne Rader, RN, MN, Autorin von Individualized Dementia Care. Creative, Compassionate Approaches (vom American Journal of Nursing als Buch des Jahres ausgezeichnet), freiberufliche Beraterin, zuvor über 30 Jahre in der Langzeitpflege tätig. USA.

Beverly Hoeffler, DNSc, RN, FAAN, Professorin an der School of Nursing, Oregon Health and Science University in Portland, Oregon, USA.

Philip D. Sloane, MD, MPH, Professor des Elizabeth and Oscar Goodwin Lehrstuhls für Familienmedizin an der University of North Carolina, Chapel Hill, USA.

Stacey Biddle, COTA/L, Ergo- und Kunsttherapeutin in den Bereichen der ambulanten Pflege, des Betreuten Wohnens, der Hauskrankenpflege und der kommunalen mobilen Gesundheitsbetreuung, USA.

Peter Offermanns (dt.Hrsg.), Gesundheits- und Krankenpfleger, Dipl. Pflegewirt (FH), Dozent, Berlin, E-Mail: offermannsp@t-online.de.

Jürgen Georg (dt. Hrsg.), Pflegefachmann, -lehrer, Pflegewissenschaftler (MScN), Programmleiter Pflege des Hogrefe Verlages E-Mail: jurgen.georg@hogrefe.ch

Christoph Müller (dt Hrsg.), psychiatrisch Pflegenden, Fachautor, Redakteur der Fachzeitschrift «Psychiatrische Pflege», Dozent in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Pflegenden. E-Mail: arscurae@web.de

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne 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.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Hogrefe AG
Lektorat Pflege
z. Hd. Jürgen Georg
Länggass-Strasse 76
3012 Bern
Schweiz
Tel. +41 31 300 45 00
info@hogrefe.ch
www.hogrefe.ch

Lektorat: Jürgen Georg, Julien Lehmann
Herstellung: Daniel Berger
Druckvorstufe: Claudia Wild, Konstanz
Umschlagabbildung: FredFroese, Getty Images
Umschlag: Claude Borer, Riehen
Satz: Claudia Wild, Konstanz
Druck und buchbinderische Verarbeitung: AZ Druck und Datentechnik GmbH, Kempten
Printed in Germany

Das vorliegende Buch ist eine Übersetzung aus dem Amerikanischen.

Der Originaltitel lautet «Bathing as a Battle» von Ann Louise Barrick, Joanne Rader, Beverly Hoeffler, Philip D. Sloan, Stacey Biddle.

© 2018. Springer Publ. Company, LLC, New York

2., ergänzte Auflage 2021

© 2021 Hogrefe Verlag, Bern

© 2011 Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern

(E-Book-ISBN_PDF 978-3-456-96033-3)

ISBN 978-3-456-86033-6

<http://doi.org/10.1024/86033-000>

Nutzungsbedingungen

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audio-dateien.

Anmerkung

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Inhaltsverzeichnis

Widmung	11
Danksagung	12
Vorwort	13
Teil I: Die Grundlagen	17
1. Den Kampf verstehen	19
<i>Beverly Hoegger, Joanne Rader, Ann Louise Barrick</i>	
1.1 Verhaltensveränderungen bei Demenz	20
1.2 Prävalenz von Verhaltenssymptomen während der Körperpflege ..	22
1.3 Wann beginnt der Kampf?	24
1.4 Mythen rund um die Körperpflege	28
1.5 Was der Kampf bewirkt	30
1.6 Fazit	31
2. Die Zeiten ändern sich – Körperpflege früher und heute	33
<i>Mary Lavelle</i>	
2.1 Einführung	33
2.1.1 Badegewohnheiten früher – der Dampf wird entdeckt	34
2.1.2 Baden in alten Zivilisationen	34
2.1.3 Der Niedergang der Badekultur und der Niedergang Roms	35
2.1.4 Brot, Bäder und lockere Sitten	36
2.1.5 Gut gegen Fieber	36
2.1.6 Baden in Flüssen und im Meer: echte und improvisierte Freuden	37
2.1.7 Kaltes Wasser und die Renaissance des Badens	37
2.1.8 Reinlichkeit wird populär	38
2.2 Zusammenfassung	39

3.	Menschen mit Demenz bei der Körperpflege unterstützen – allgemeine Richtlinien	43
	<i>Ann Louise Barrick, Joanne Rader</i>	
3.1	Den Kampf beenden – allgemeine Strategien	45
3.1.1	Die persönlichen Bedürfnisse befriedigen	46
3.1.2	Den Beziehungsansatz adaptieren	47
3.1.3	Die Umgebung anpassen	48
3.1.4	Die Organisation verändern	49
3.1.5	Den Vorgang abbrechen	50
4.	Das Verhalten einschätzen	53
	<i>Ann Louise Barrick, Joanne Rader, Madeline Mitchell</i>	
4.1	Einführung	53
4.1.1	Die Person verstehen	54
4.1.2	Das Verhalten beschreiben	55
4.1.3	Die Ursachen und Auslöser identifizieren	57
4.1.4	Die persönlichen Bedürfnisse und das Leistungsvermögen der Person ermitteln	58
4.1.5	Zwischenmenschliche Faktoren berücksichtigen	63
4.1.6	Stressfaktoren in der Umgebung ermitteln	66
4.1.7	Die organisatorischen Bedingungen einschätzen	68
4.2	Zusammenfassung	69
5.	Mit erprobten, personenorientierten Lösungen arbeiten	75
	<i>Ann Louise Barrick, Joanne Rader, Madeline Mitchell</i>	
5.1	Einführung	75
5.1.1	Realistisch sein	75
5.1.2	Ziele für die Körperpflege festlegen	76
5.1.3	Den Grad der Unabhängigkeit ermitteln	77
5.1.4	Den richtigen Grad der Kommunikation ermitteln	78
5.1.5	Für spezifische Bedürfnisse Lösungen finden	79
5.1.6	Ist eine Ganzkörperwaschung im Bett angezeigt?	103
5.1.7	«Ich habe wirklich alles probiert!»	105
5.1.8	Kreative Haarwaschtechniken	107
5.1.9	Wenn alle Stricke reißen	110
5.1.10	Die Lösungen testen	111
5.2	Zusammenfassung	113

Teil II: Spezielle Themen	115
6. Personenorientiert pflegen – durch angemessene Unterstützung Interaktionen erhalten	117
<i>Carla Gene Rapp</i>	
6.1 Die Aktivitäten des täglichen Lebens ermöglichen – den Unter- stützungsbedarf ermitteln	117
6.1.1 Den Grad des Unterstützungsbedarfs ermitteln	121
6.2 Die Aktivitäten des täglichen Lebens ermöglichen – Strategien	124
6.2.1 Spezifische Unterstützungsstrategien	124
6.2.2 Standardstrategien	124
6.3 Fazit	129
6.4 Anhang	129
7. Schmerzmanagement	135
<i>Karen Amann Talerico, Lois L. Miller</i>	
7.1 Ein auf Menschen mit Demenz zugeschnittenes Schmerz- assessment	137
7.1.1 Sich über schmerzhafte körperliche Erkrankungen informieren	137
7.1.2 Direkte Befragung	138
7.1.3 Aktueller Schmerzlevel	140
7.1.4 Schmerzbeschreibungen	141
7.1.5 Nonverbale Schmerzsignale	141
7.1.6 Individuelle Schmerzáußerungen	142
7.2 Verhaltenssymptome	144
7.3 Kulturelle und ethnische Faktoren beim Schmerzassessment	146
7.4 Schmerzminimierende Interaktionen bei der Körperpflege	147
7.4.1 Nicht-medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten	147
7.4.2 Medikamentenmanagement	149
7.5 Zusammenarbeiten	153
7.6 Fazit	154
8. Hautpflege	157
<i>Johannah Uriri Glover, Kimberley Horton Hoffman, LouAnn Rondorf-Klym</i>	
8.1 Merkmale der Haut	157
8.2 Assessment der Haut	158
8.3 Hygienemaßnahmen und Infektionsprophylaxe	162
8.4 Angemessene Hautpflege zur Verhinderung von Hautproblemen ..	164
8.4.1 Pflege von dunkler Haut und dunklen Haaren	165
8.5 Fazit	166

9. Transfertechniken	169
<i>Adele Mattinat Spegman, Theresa H. Raudsepp, Jennifer R. Wood</i>	
9.1 Transfertechniken – ihre Vorteile und Nachteile	169
9.2 Die Grundlagen sicherer Transfers	171
9.3 Die Grundlagen der Bewegungstechnik	171
9.3.1 Rückenschonend pflegen	172
9.3.2 Allgemeine Sicherheitsregeln	173
9.3.3 Allgemeine Kommunikationsregeln: den Ablauf erklären	175
9.3.4 Eine angemessene Transfermethode auswählen	176
9.3.5 Die Person auf den Transfer vorbereiten	178
9.3.6 Spezifische Transfermethoden	179
9.3.7 Therapeutische Transfers zur Gewohnheit machen	186
9.4 Fazit	189
10. Die räumliche Umgebung gestalten	191
<i>Margaret P. Calkins</i>	
10.1 Die optische Umgebung	192
10.2 Die akustische Umgebung	195
10.3 Die olfaktorische Umgebung	197
10.4 Die taktile Umgebung	198
10.4.1 Fußboden und Wände	198
10.4.2 Haltegriffe	199
10.4.3 Raumtemperatur	199
10.4.4 Raumgröße	200
10.5 Fazit	201
11. Pflegeprodukte und Utensilien	203
<i>Stacey Biddle, Philip D. Sloane</i>	
11.1 Allgemeine Körperpflegeprodukte	204
11.2 Duschen	204
11.3 Badewannen	209
11.4 Ganzkörperwaschung im Bett	215
11.5 Zusammenfassung	216

Teil III: Unterstützende Pflegeaktivitäten	219
12. Körperpflege als Weg zu einer anderen Pflegekultur	221
<i>Joanne Rader, Ann Louise Barrick, Darlene McKenzie, Beverly Hoeffler</i>	
12.1 Einführung	221
12.2 Wertebasierte Praktiken in Pflege- und Altenheimen fördern	222
12.2.1 Das Pioneer Network	224
12.2.2 Die Eden Alternative und das Green House Betreuungsmodell	225
12.2.3 Das Live Oak Institut	227
12.2.4 Das Household Model	227
12.3 Körperpflege verändern: die Schlüsselkonzepte	229
12.3.1 Entscheidungen vor Ort treffen	229
12.3.2 Die entscheidende Rolle der Betroffenen	230
12.3.3 Die entscheidende Rolle der Pflegenden	230
12.3.4 Die wichtige und sich verändernde Rolle leitender Pflegepersonen	231
12.3.5 Ressourcen für eine Rollenveränderung	234
12.4 Körperpflege verändern: Kontinuität sicherstellen	234
12.4.1 Bezugspflege vs. Funktionspflege	234
12.4.2 Körperpflege als Spezialgebiet	238
12.4.3 Körperpflege verändern: Flexibilität ermöglichen	238
12.5 Die Pflegekultur einer Einrichtung verändern	240
12.5.1 Veränderungsbereitschaft wecken	240
12.5.2 Die Pflegepraxis verändern: Ideen in die Tat umsetzen ...	241
12.6 Körperpflege zu Hause	245
12.6.1 Kreativ sein	246
12.6.2 Alternativen in Erwägung ziehen	246
12.6.3 Sich Hilfe von außen holen	247
12.7 Fazit	247
12.8 Anhang	250
13. Mit interaktiven Methoden personenorientierte Körperpflege lehren ...	255
<i>Joyce H. Rasin, Joanne Rader, Ann Louise Barrick</i>	
13.1 Eine unterstützende Lernatmosphäre schaffen	255
13.1.1 Für Wohlbefinden sorgen	256
13.1.2 Respekt vermitteln	256
13.1.3 Erwachsene zum Lernen motivieren	256
13.2 Die beiden Komponenten des klinischen Unterrichts	258
13.2.1 Informationen liefern	259
13.2.2 Supervisierte Praxis	261
13.3 Zusammenfassung	262
13.4 Anhang	263

14. Für sich selbst sorgen: Strategien für Pflegende	287
<i>Joyce H. Rasin</i>	
14.1 Pflegespezifische Belastungen	287
14.1.1 Individuelle Stressreaktionen	288
14.1.2 Burn-out	289
14.1.3 Selbstpflegestrategien	290
14.1.4 Strategien für alle Pflegenden	291
14.1.5 Spezifische Strategien für professionell Pflegende	295
14.1.6 Spezifische Strategien für pflegende Angehörige	296
14.2 Zusammenfassung	297
Anhang	301
Anhang A	
Erfolgsmessung: Programm zur Verbesserung der Pflegequalität durch personenorientierte Körperpflege	303
Anhang B	
Checkliste zur Beurteilung des Verhaltens	309
Anhang C	
Checkliste zur Beurteilung des Verhaltens der Pflegeperson	313
Anhang D	
1. Die Pflege traumatisierter Menschen am Beispiel von Shoah-Überlebenden (<i>Peter Offermanns</i>)	315
2. Geschichtlicher Hintergrund	318
3. Begriffserläuterung: Trauma/Traumatisierung	323
4. Die Spätfolgen bei traumatisierten Shoah-Überlebenden	336
5. Dunkle Schatten der Vergangenheit (<i>Jürgen Georg</i>)	341
6. Ausblick	343
Anhang E	
Landaus Leibchen (<i>Peter Offermanns</i>)	349
Anhang F	
Körperpflege als herausforderndes Verhalten eines psychisch Erkrankten (<i>Christoph Müller</i>)	355
Anhang G	
Stress provozierende und reduzierte Körperpflege (<i>Jürgen Georg</i>)	365
Literaturverzeichnisse	
Autor*innen-/Herausgeber-/Mitarbeiterverzeichnis	391
Sachwortverzeichnis	397

Widmung

Dieses Buch ist allen Pflegenden gewidmet, die ihre Arbeit als Herzensangelegenheit betrachten und sich täglich einfühlsam um eine kunstfertige, individualisierte Betreuung bemühen.

Danksagung

Die Autorinnen möchten all den vielen Menschen danken, die zu diesem Buch beigetragen haben. Das Forschungsprojekt «Clinical Trial of Two Bathing Interventions in Dementia», auf dem dieses Buch beruht, wurde vom National Institute of Nursing Research finanziert. Wir sind dem NINR dankbar, dass es die Wichtigkeit dieser Arbeit erkannt hat. Die Autorinnen danken dem interdisziplinären Bathing Project Research Team in Oregon und North Carolina, nämlich: Darlene A. McKenzie und Joyce H. Rasin (Forschungsmitarbeiterinnen), Barbara Stewart (Psychometrikerin) und Gary Koch (Biostatistiker), Madeline C. Mitchell, LouAnn M. Rondorf-Klym und Adele Mattinat Spegman (Projektleiterinnen), Charlene Riedel-Leo, Wilainpun Somboontanont, Karen Amann Talerico, Johannah Uriri und Virapun Wirojratana (Teammitglieder und wissenschaftliche Mitarbeiterinnen). Wir danken ferner unseren Beraterinnen: Cornelia Beck, Joyce Colling, Maggie Donius, J. P. Kilborn und Lynne Morrison. Wir bedanken uns auch bei der School of Nursing, Oregon Health Sciences University (einschließlich Diane Berks, Verwaltungsfachkraft), beim Sheps Center for Health Services Research, University of North Carolina, Chapel Hill, sowie beim John Umstead Hospital, die das Projekt mit ihren Ressourcen unterstützt haben.

Viele der in diesem Buch enthaltenden Ideen sind von praktisch Pflegenden entwickelt und an uns weitergegeben worden. Folgende Personen haben uns ihre Zeit großzügig zur Verfügung gestellt und mit großem Engagement mitgemacht: Sandra Boedigheimer, Ruth Burt, Laurie Christopherson, Deb Corwin, Edith S. Durham, Kim Francia, Katrina Hardison, José Hernandez, Kathy House, Brenda Jantz, Mineko Leavenworth, Debbie Medina, Angell R. Neal, Beth Parker, Lona Pavao, Rosa Stephens, Rhonda C. Walton und Janice White. Ein besonderer Dank geht an alle Einrichtungen, Familien, Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner und alle Pflegepersonen, die das Projekt unterstützt haben. Ohne ihre Kooperation und Unterstützung wäre die Arbeit überhaupt nicht möglich gewesen.

Vorwort

Einführung

Ziel dieses Buchs ist es, die heute üblichen Praktiken der Körperpflege – sofern sie Menschen mit Demenz unnötig belasten und ihnen unangenehm sind – zu verändern. Vielen Demenzkranken ist das Waschen, Baden und Duschen nach wie vor eine angenehme Sache. In manchen Fällen jedoch artet Körperpflege zum Kampf aus, und es kommt zu Reibereien zwischen gepflegter und pflegender Person. Im Laufe des vergangenen Jahrzehnts haben wir viel über verbesserte Betreuungsformen demenzkranker Menschen gelernt. Wir haben so manche altergebrachte Praktik abgelegt und unsere Ansichten darüber, was eine gute Pflege ausmacht, verändert. Doch viele unserer Standards hinsichtlich der Körperpflege gebrechlicher alter Menschen, insbesondere solcher, die an einer Demenz leiden, sind unhinterfragt geblieben. Indem wir unsere in jahrelanger praktischer klinischer Arbeit erworbenen Erfahrungen und das in neun Jahren spezifischer Forschung auf diesem Gebiet erlangte Wissen weitergeben, möchten wir erreichen, dass Sie einige Vorstellungen revidieren, die Sie über die Unterstützung Demenzkranker bei der Körperpflege hegen.

Wie unser Ansatz entstand

Den hier vorgestellten Ansatz zum Verständnis und zur Reduzierung von Stress und Belastung demenzkranker Menschen im Bereich der Körperpflege haben zwei multidisziplinäre Pflege- und Forschungsteams entwickelt: Das eine war an der Oregon Health Sciences University (OHSU) angesiedelt, das zweite an der University of North Carolina-Chapel Hill (UNC-CH) und am John Umstead Hospital (JUH), Butner, North Carolina. Im Lauf unserer Studien haben wir über 1000 Personen gebadet, gewaschen oder geduscht und mit mehr als 50 PflegeassistentInnen gearbeitet.

Wir haben unsere Arbeit im Jahr 1992 an der UNC-CH und JUH mit einem Stipendium begonnen, das vom National Institute of Aging (NIA) als Teil einer gemeinsam mit dem National Institute of Nursing Research (NINR) finanzierten Initiative ausgereicht wurde. Dabei stellten wir fest, dass es manchen PflegeassistentInnen gelang, Patientinnen und Patienten, die sonst meist aggressiv

waren, zur Kooperation zu bewegen. Wir beobachteten sie bei der Arbeit und sprachen mit ihnen über ihren Pflegeansatz.

Diese Episoden waren überaus lehrreich: Wir haben viel darüber erfahren, was tatsächlich hilfreich ist, und wodurch Körperpflege zu einem eher unangenehmen Erlebnis wird. Wir hatten gehofft, Anweisungen für den Umgang mit Verhaltenssymptomen wie Schreien und Schlagen entwickeln zu können, stellten dann aber fest, dass ein personenorientierter, psychosozialer, problemlösungsorientierter Ansatz benötigt wird, der uns erlaubt, jede Körperpflegemaßnahme individuell zu gestalten. Wir haben diesen Ansatz in zwei Pflegeheimen ausprobiert und bemerkt, dass er die meisten Körperpflegesituationen entspannter und erfreulicher gemacht hat. Ferner stellte sich heraus, dass schwerst beeinträchtigten Menschen eine Ganzkörperwäsche im Bett offenbar angenehmer war als eine Dusche oder ein Wannenbad. Es kam vor allen Dingen auf Flexibilität an, auf die Möglichkeit, verschiedene Methoden der Körperpflege praktizieren zu können. Dennoch war uns klar, dass wir unsere Vorstellungen einer strengeren Überprüfung unterziehen mussten, wenn es uns gelingen sollte, auch andere davon zu überzeugen, dass es außer einer Dusche oder einem Wannenbad noch weitere Möglichkeiten gibt, den Körper eines Menschen zu waschen.

Zeitgleich wurde dem OHSU-Team vom NIA, als Teil der gleichen Gemeinschaftsinitiative mit dem NINR, die finanziellen Mittel zur Durchführung einer klinischen Pilot- und Machbarkeitsstudie zur Verfügung gestellt, die untersuchen sollte, wie das Personal von Pflegeheimen bewegt werden kann, die Körperpflege von Menschen mit Demenz anders anzugehen. Unser erstes Ziel war, das Problemausmaß aggressiven Verhaltens demenzkranker Bewohnerinnen und Bewohnern bei der Körperpflege genauer zu ermitteln (z. B. welche Verhaltenssymptome auftreten und wie häufig). Das zweite Ziel bestand darin, ein Konsultationsmodell zwischen einer direkt am Krankenbett tätigen Pflegeperson und einer klinischen Pflegeexpertin oder einem klinischen Pflegeexperten, dessen Fokus auf Problemlösung und individualisierter Versorgung lag, auf seine Effektivität hin zu testen. Wir, aber auch das UNC-Team stellten fest, dass wir durch Individualisierung der Körperpflegemaßnahme und des Pflegeplans aggressive Verhaltensweisen drastisch reduzieren konnten.

Wichtig war zudem die Erkenntnis, dass es vor allem auf die zwischenmenschliche Beziehung zwischen gepflegter und pflegender Person ankommt. Pflegenden, denen der Wechsel von einer aufgabenzentrierten hin zu einer personenorientierten Haltung gelang, waren erfolgreicher, wenn es darum ging, neue Ansätze auszuprobieren. Ferner konnten wir feststellen, dass PflegeassistentInnen neue Ideen umsetzen wollen und sich dafür Hilfestellung und Beratung von Seiten ihrer vorgesetzten Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten wünschen. Sie gaben an, in diesem Bereich von Kolleginnen und Kollegen oder Führungspersonen nicht ausreichend unterstützt zu werden. Dazu kam die «Entdeckung», dass Menschen, für die selbst ein individuell gestalteter Dusch- oder Badevorgang zu belastend ist, eine Ganzkörperwaschung im Bett als angenehm und beruhigend empfinden.

Diese Methode war auch geeignet, aggressive Reaktionen und Stressverhalten zu reduzieren. Sie hat die Körperpflege von Menschen mit Demenz auch für das Pflegepersonal zu einer positiveren Sache gemacht.

Unsere beiden Teams haben sich aufgrund der gemeinsamen Interessenlage kennengelernt und im Jahr 1995 zur Zusammenarbeit entschlossen. Wir gingen davon aus, dass die Perspektiven unserer verschiedenen Disziplinen (z. B. der Pflege, Medizin, Psychologie) zusammengenommen, sowie die in unseren ersten Studien entwickelten Forschungsmethoden einer umfassenderen Studie in mehreren unterschiedlichen Settings förderlich sein könnte. Das National Institute of Nursing Research finanzierte die Untersuchung zweier Körperpflegemethoden in 15 Pflegeheimen in Oregon und North Carolina, nämlich das Duschen und das Waschen im eigenen Zimmer. Zwei der Autorinnen (Joanne Rader, Ann Louise Barrick) arbeiteten Seite an Seite mit den PflegeassistentInnen, um herauszufinden, wie sich die Körperpflege für alle an der Studie beteiligten Bewohnerinnen und Bewohner erfreulicher gestalten lässt und was ihre Belastung zu reduzieren vermag.

Auch nach Abschluss unseres Forschungsprojekts haben wir uns weiter intensiv mit demenzkranken Menschen und ihren Betreuungspersonen beschäftigt, um unser Wissen zu vermehren und den Körperpflegevorgang zu verbessern. Wir haben festgestellt, dass das Wort «personenorientiert» unseren Ansatz besser beschreibt. Es betont die Entscheidungsfreiheit und setzt die Pflegeempfängerin oder den Pflegeempfänger an oberste Stelle. Zudem bestärkt dieser Begriff Pflegende darin, ihr Pflegehandeln an den Präferenzen ihres Schützlings zu orientieren.

Über dieses Buch

Den hier vorgestellten Ansatz zur Körperpflege von Menschen mit Demenz haben wir aus diesen Erfahrungen heraus entwickelt.

Der erste Teil vermittelt einen Überblick über das Thema Körperpflege. Das grundlegende Modell unserer Arbeit wird im Kapitel 1 beschrieben. Kapitel 2 beschäftigt sich mit der Geschichte der Körperpflege und illustriert, dass sich die Wasch- und Badepraktiken im Laufe der Jahre verändert haben, und dass es mehr als nur eine Möglichkeit gibt, sich und andere Menschen zu waschen. Kapitel 3 enthält allgemeine Techniken, die die Körperpflege für die meisten Menschen angenehmer machen. Kapitel 4 und 5 befassen sich mit Assessment und Interventionen, die helfen, Körperpflegepläne zu individualisieren und personenorientiert zu gestalten. Beide Kapitel enthalten zahlreiche Tipps und Anregungen, die wir bei der Zusammenarbeit mit äußerst kreativen und einfühlsamen PflegeassistentInnen gesammelt haben. Der zweite, aktualisierte Teil des Buchs widmet sich speziellen Themen der Körperpflege, wie Schmerzen, Hautpflege, Bestimmung des Unterstützungsbedarfs, Transfer und Umgebung. Der dritte Teil beschäftigt sich

mit der Unterstützung Pflegender sowie mit der Frage, wie sich durch besseres Verständnis der individuellen Bedürfnisse und größeres Wissen über Interventionsmöglichkeiten die Betreuungsqualität und das Wohlbefinden ihrer Schützlinge verbessern lässt. Dabei wird betont, dass personenorientierte Betreuung eine angemessene Selbstpflege, aber auch Veränderungen auf Systemebene erfordert. Mehrere Kapitel enthalten spezifische Erkenntnisse und Ratschläge erfahrener Pflegefachpersonen.

Wir selbst haben zwar in Einrichtungen des Gesundheitswesens gearbeitet, doch viele Anregungen sind auch auf Menschen übertragbar, die zu Hause oder in anderen Settings, etwa in Tagespflegestätten, betreut werden. Gleiches gilt für unseren Fokus, der sich zwar auf Menschen mit einer Demenz richtet, für die Betreuung anderer gebrechlicher, betagter Menschen jedoch genauso hilfreich ist. Schließlich sind wir davon überzeugt, dass unser personenorientierter, problem-lösungsorientierter Ansatz und die entsprechenden Techniken auch anderen Interventionen zugute kommen können, etwa der Unterstützung bei der Morgen- und Abendtoilette.

Unsere Arbeit ist nicht beendet. Wir laden Sie ein, das Modell in Ihrem Arbeitsbereich einzusetzen und unsere Lösungsvorschläge zu übernehmen. Bieten Sie Ihre ganze Kreativität auf, um für jede Person in Ihrer Obhut den optimalen Weg zu finden. Es gibt keine ideale, einzig richtige Methode der Körperpflege, allerdings viele bessere als die derzeit üblichen Methoden. Körperpflege kann ohne Kampf stattfinden. Wir hoffen, dass Sie uns bepflichten.

Wir wünschen uns, dass Pflegeheime eines Tages therapeutische Wasserbehandlungen in entspannungsförderlicher Umgebung anbieten. Vielleicht werden dann einige sogar in Wellnesshotelführern, etwa in *Fodor's Health Escapes* genannt. Ein absurder Gedanke? Hoffentlich nicht.

Teil 1

Die Grundlagen

1 Den Kampf verstehen

Beverly Hofer, Joanne Rader, Ann Louise Barrick

Versetzen Sie sich bitte in die Lage eines älteren Menschen, der in einer Pflegeeinrichtung oder zu Hause lebt und von einer professionellen Pflegeperson oder seinen Angehörigen betreut wird. Sie sind aufgewachsen in einer Zeit, als persönliche Hygiene eine intime Angelegenheit war, über die selten gesprochen wurde. Früher, in gesunden Tagen, haben Sie gerne in einer Wanne gebadet, in einem kleinen, warmen Badezimmer, das vor vielen Jahren nach Ihrem Geschmack eingerichtet wurde. Inzwischen fällt es Ihnen allerdings zunehmend schwerer, sich zu Hause selbst zu versorgen, weil Ihnen Gedächtnisprobleme, Arthritis und Gleichgewichtsstörungen zu schaffen machen. Vielleicht sind Sie aber auch gestürzt, haben sich dabei verletzt und sind nach einem kurzen Krankenhausaufenthalt in ein Pflegeheim eingewiesen worden. Heute sind Sie verwirrt, Sie ahnen nur vage, wo Sie sind, und können Menschen, die in Ihr Zimmer kommen, nicht erkennen. Sie haben Arthrose in den Gelenken und deshalb Schmerzen, wenn Sie Arme oder Beine bewegen. Sie liegen im Bett, ganz in Erinnerungen versunken, und plötzlich taucht jemand auf und sagt, es sei Zeit zum Duschen. Sie können sich nicht daran erinnern, wer diese Person ist. Doch ehe Sie darüber nachdenken können, schweben Sie schon mit einer Hebevorrichtung durch die Luft und landen dann auf einen kalten Stuhl, der aussieht wie eine Toilette auf Rollen. Sie schreien auf vor Schmerzen, aber die fremde Frau scheint nichts zu hören. «Es geht ganz schnell», das ist alles, was sie sagt. Dann zieht sie Ihnen das Nachthemd aus, legt Ihnen eine Decke um die Schultern und schiebt Sie auf dem Stuhl sitzend den Flur entlang. Sie spüren die kalte Luft an Ihrem Unterleib, und fühlen sich der Lächerlichkeit preisgegeben. Sie fürchten sich und sind der Situation völlig wehrlos ausgeliefert. Ihr Blick verrät, wie verängstigt Sie sind. Sie rufen um Hilfe, immer wieder, immer lauter: «Hilfe! Hilfe!». Die Fremde reagiert mit den Worten: «Ich bringe Sie nur in die Dusche. Ich tu' Ihnen doch nicht weh.» Ihr Eindruck ist aber ein ganz anderer. Sie befinden Sie sich in einem kleinen Raum auf dem Toilettenstuhl, wiederum splitternackt. Die Fremde bespritzt Sie mit Wasser, fragt: «Ist es zu heiß?» ... und Sie schreien: «Zu heiß, zu heiß!» Dann wieder: «Oh, mir ist schrecklich kalt». Doch anstatt auf Ihre Rufe einzugehen, hebt die Fremde Ihren Arm hoch. Das tut weh, Sie schreien: «Nein, nein, nein, nein, nein!» und versuchen, diese Person

wegzustoßen. Ich spüle nur die Seifenreste ab, bemerkt die Frau. Doch Sie fühlen sich angegriffen und missachtet. Sie wollen nicht duschen. Sie wollen nicht angefasst werden. Sie — wollen — nur — sofort — raus — aus — diesem — Raum, weg von dem spritzenden Wasser!

Versetzen Sie sich nun in die Lage der Pflegenden, die dieser Person beim Duschen helfen möchte. Sie sind für deren Körperpflege zuständig und wollen Ihre Sache gut machen. Sie kümmern sich gerne um alte Menschen, Sie wollen Ihrem Schützling auf keinen Fall nicht weh tun und ihn auch nicht belasten. Doch was immer Sie sagen oder tun, nichts scheint zu helfen. Sie wappnen sich gegen die Schmerzenschreie und Klagen und versuchen sie zu ignorieren. Hinterher ärgern Sie sich über die Person, weil sie Ihnen das starke Gefühl von Inkompetenz vermittelt hat. Sie freuen sich nicht mehr auf deren Betreuung, weil sie so sehr einem Kampf ähnelt. Sie bitten darum, diese Bewohnerin oder dieser Bewohner möge einer anderen Pflegeperson zugeteilt werden.

1.1

Verhaltensveränderungen bei Demenz

Das hier geschilderte Szenarium entspricht einer nur allzu häufigen Erfahrung alter Menschen mit Demenz sowie der Erfahrung von Pflegenden, die ihnen bei der Körperpflege zur Seite stehen. Mit einigen Abwandlungen könnte das Szenarium auch die Erfahrung einer pflegenden Tochter oder eines pflegenden Ehemannes sein, die oder der vom demenzkranken Schützling nicht mehr erkannt wird, was in fortgeschrittenen Krankheitsstadien durchaus vorkommen kann.

Demenz ist keine Krankheit per se, vielmehr der Oberbegriff für Störungen, bei denen geschädigte Gehirnzellen einen irreversiblen kognitiven Niedergang auslösen. Von Demenz spricht man, wenn eine Störung folgende Merkmale aufweist:

- Verluste in mindestens zwei von vier wesentlichen Bereichen der Kognition (Gedächtnis, kohärentes Sprechen, schriftliche oder mündliche Äußerungen verstehen, Planungsfähigkeit und Urteilsvermögen, visuelle Informationen verarbeiten und interpretieren)
- eingeschränkte Alltagskompetenz, d. h. Schwierigkeiten bei den Aktivitäten des täglichen Lebens, etwa einkaufen und persönliche Hygiene.

Die verschiedenen Demenzformen gehen mit spezifischen Veränderungen im Gehirn einher. So gelten beispielsweise Proteinablagerungen, sogenannte Plaques, und Neurofibrillenbündel als Kennzeichen der Alzheimer-Krankheit, der häufigsten demenziellen Erkrankung. Am zweithäufigsten kommen vaskuläre Demenzen vor. Sie werden durch einen Schlaganfall ausgelöst und entstehen durch Blockaden der kleinen Arterien und eine reduzierte Blutversorgung des Gehirns. Die

Veränderungen im zentralen Nervensystem sind äußerlich nicht wahrnehmbar und werden nur durch Autopsie und bildgebende Verfahren wie Magnetresonanztomographie oder axiale Computertomographie sichtbar (Alzheimer's Association, 2007).

Was wir als Pflegende und Betreuende beobachten – insbesondere bei fortschreitender Erkrankung – sind Veränderungen des Verhaltens und der Kommunikation aufgrund pathologischer Vorgänge im Gehirn. Aus unserer Perspektive gelten Verhaltenssymptome – wie körperliche oder verbale Aggressivität oder ruheloses Umhergehen – meist als «abweichendes Verhalten», «problematisches oder herausforderndes Verhalten» oder als «auffallendes oder störendes Verhalten». Oft impliziert diese Perspektive, dass die Person mit Demenz das Problem ist oder ein Problem hat, das man bearbeiten muss. Wenn wir jedoch den Standpunkt verändern und die Verhaltenssymptome mit den Augen der Pflegeempfängerin oder des Pflegeempfängers betrachten, ergibt sich ein völlig anderes Bild. Verhaltenssymptome werden zu Wegen, psychische oder physische Zustände zu kommunizieren, etwa:

- Angst, Schmerz oder Kummer
- unbefriedigte oder nicht erkannte Bedürfnisse
- das Gefühl, sich gegen das Eindringen in die Privatsphäre oder einen Angriff wehren zu müssen.

Für Demenzkranke, die ihre Gefühle, Bedürfnisse oder Wünsche nicht mehr verbal ausdrücken oder zwischenmenschliche Probleme nicht mehr mithilfe der Sprache lösen können, wird das Verhalten schließlich zum primären Kommunikationsmittel (Algase et al., 1996; Kovach/Noonan/Schlidt/Wells, 2005).

Mit zunehmender Lebenserwartung der Bevölkerung wird Demenz zu einem immer drängenderen Gesundheitsproblem, das vermutlich jeden von uns in irgendeiner Weise berührt. In den Vereinigten Staaten sind mehr als 5 Millionen Menschen von der Alzheimer-Krankheit betroffen, 96 % sind 65 Jahre alt oder älter (Alzheimer's Association, 2007). Die Prävalenz dieser Erkrankung steigt mit dem Alter und verdoppelt sich bei den über 65-Jährigen alle fünf Jahre (National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2007). Derzeit leiden 13 % aller 65-jährigen und älteren Personen und fast die Hälfte aller 85-jährigen und älteren Personen an der Alzheimer-Krankheit (Alzheimer's Association, 2007).

Die Mehrzahl der Betroffenen wird zu Hause versorgt, wobei viele Familien auf Pflegeeinrichtungen zurückgreifen, wenn in späteren Stadien dieser progressiven Erkrankung eine 24-Stunden-Betreuung erforderlich ist. Etwa 70 % aller Bewohnerinnen und Bewohner von Alten- und Pflegeheimen und mehr als 50 % aller Menschen in betreuten Wohnformen haben nachgewiesene kognitive Einbußen oder eine diagnostizierte Demenz (Alzheimer's Association, 2007). Die abnehmende Fähigkeit zur Bewältigung der Selbstversorgungsaktivitäten (ADLs) sowie

die Zunahme von Verhaltenssymptomen während körperpflegeunterstützender Maßnahmen sind oft Faktoren, die schließlich zu einer Heimaufnahme führen.

1.2 Prävalenz von Verhaltenssymptomen während der Körperpflege

Wir wissen, dass demenzbedingte Verhaltenssymptome, die während der Körperpflege auftreten, für Pflegende am stärksten belastend sind und ihnen am meisten Sorgen machen. In einer Studie über pflegende Angehörige wurde festgestellt, dass sich 65 % der zu Hause betreuten Personen mit Demenz in Pflegesituationen aggressiv verhalten haben (Ryden, 1988). Eine andere Angehörigenstudie belegt, dass die Zahl der verhaltensauffälligen Personen, in dem Maße zunimmt, wie sich ihre kognitiven Fähigkeiten verschlechtern (Teri/Larson/Reifler, 1988). Die Familienangehörigen haben ferner darauf hingewiesen, dass Unterstützung bei der persönlichen Hygiene die problematischsten Verhaltensweisen auslöst. In Pflegeheimen reicht laut mehrerer Studien die Prävalenz von 43 % (Beck/Rosby/Baldwin, 1991; Beck et al., 1998) bis zu 86 % der Demenzkranken (Ryden/Bossenmaier/McLachlan, 1991). Die letztgenannte Studie belegt, dass bei den 124 untersuchten Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern fast drei Viertel (72,3 %) aller Aggressionen bei Pflegeaktivitäten auftraten, die mit Berührung oder dem Eindringen in die Privatsphäre verbunden waren.

Werden Pflegende gefragt, welche Verhaltenssymptome während der Körperpflege auftreten, etwa beim Waschen, Duschen, Baden, nennen sie Verhaltensweisen, die sich in drei Oberkategorien einteilen lassen:

- Widerstand leisten (z. B. sich abwenden, um das Gewaschenwerden zu vermeiden, Versuche, das Badezimmer zu verlassen)
- vokale Agitation oder Lautäußerungen (z. B. weinen, schreien)
- verbale und physische Aggression (z. B. fluchen, drohen, schlagen, beißen, festhalten, stoßen).

In Oregon und North Carolina haben Studienteams zwei Erhebungen durchgeführt, um die während der Körperpflege auftretenden Verhaltenssymptome präziser zu beschreiben und besser erfassen zu können, wie schwierig die Körperpflege von Menschen mit Demenz in einer Pflegeeinrichtung tatsächlich ist. Das Team in Oregon sammelte über sechs Wochen hinweg die genauen Daten aller Bewohnerinnen und Bewohner eines Pflegeheims (Hoefler/Rader/McKenzie/Lavelle/Stewart, 1997). In dieser Einrichtung wurden fast alle Bewohner einmal pro Woche gebadet. Zu Beginn der Untersuchung benötigten 93 der 102 Langzeit-

bewohnerinnen und -bewohner (91 %) dabei Hilfestellung. Von dieser Personen-Gruppe lebten 86 die ganzen sechs Wochen über in der Einrichtung und wurden in die Studie aufgenommen. Die PflegeassistentInnen, die den Bewohnern bei der Körperpflege behilflich waren, hielten physische, verbal und sexuell aggressive Verhaltensweisen in einer Checkliste fest. Das Team analysierte die Daten aus den ersten vier Badeepisoden einer jeden Person. Fast die Hälfte (41 %) war während mindestens einer der vier Episoden aggressiv, eine hohe Anzahl (16 %) war fast jedes Mal aggressiv (z. B. in drei von vier Badeepisoden). Die Mehrzahl der Bewohnerinnen und Bewohner (60 %), die im Verlauf einer Badeepisode aggressiv waren, hatten eine Demenzdiagnose, und ein noch höherer Anteil (72 %) derer, die sich im Verlauf fast jeder Badeepisode aggressiv verhielten. Die meisten (63 %) waren dabei physisch und verbal, sehr wenige sexuell aggressiv. Bei weitem am häufigsten berichteten die Pflegenden über folgende aggressive Verhaltensweisen (hier in absteigender Folge ihrer Frequenz aufgeführt):

- schlagen oder stoßen
- kneifen oder zwicken
- wegschieben oder wegschubsen.

Das verbal aggressive Verhalten verteilte sich ziemlich gleichmäßig auf:

- feindselige Äußerungen
- Beschimpfungen
- Fluchen oder obszönes Sprechen

Das aggressive Verhalten trat am häufigsten während des Badevorgangs selbst auf, aber auch beim Auskleiden und während des Transports zum Sanitärbereich. Die Pflegenden berichteten auch von weiteren, nicht in der Checkliste genannten Verhaltensweisen, die sie als belastend empfanden. Dazu zählten akustische Agitationen wie:

- weinen
- lautes Rufen
- schreien, brüllen.

Das in North Carolina tätige Studententeam wählte einen anderen Ansatz, um mehr über das Ausmaß des mit der Körperpflege verbundenen Problems zu erfahren. Das Team untersuchte 60 Pflegeheime in North Carolina, die es nach dem Zufallsprinzip aus einer Liste der dort lizenzierten Einrichtungen auswählte, und 54 Einrichtungen einer landesweit operierenden Unternehmensgruppe

(Sloane et al., 1995). Die Pflegedienstleitungen oder hauptverantwortlichen Pflegepersonen, die mit den Hygienegewohnheiten vertraute waren, bekamen einen Fragebogen zugeschickt. 71 Einrichtungen (61 %) füllten ihn aus und schickten ihn zurück. Die Hälfte dieser Häuser verfügte über eigene Stationen für alzheimerkranke Menschen.

Mehr als drei Viertel der Bewohnerinnen und Bewohner wurde geduscht, fast durchwegs im allgemeinen Stationsbad. Sehr wenige wurden im eigenen Zimmer im Bett liegend gewaschen. Lediglich die Hälfte der Pflegefachpersonen war mit den Körperpflegemaßnahmen in ihren Einrichtungen zufrieden. Sie gaben an, dass sich 20 % ihrer Schützlinge nur unter Schwierigkeiten waschen, baden oder duschen lässt. Von dieser Personengruppe litten 81 % an einer Demenz. Die Verhaltensweisen der Menschen mit Demenz, die bei der Körperpflege schwierig waren, unterschieden sich nicht von denen, die das Team in Oregon erfasst hatte. In wenigstens der Hälfte aller Fälle handelte es sich um physisch und verbal aggressives Verhalten, Widerstände und akustische Agitation.

Über die Prävalenz von Verhaltenssymptomen demenzkranker Personen, die von ihren Angehörigen bei der Körperpflege unterstützt werden, wissen wir wenig. In einer landesweiten Telefonbefragung berichteten 35 % aller pflegenden Angehörigen, dass sie ihrem demenzkranken Schützling beim Baden oder Duschen behilflich sind (Alzheimer's Association und National Alliance for Caregiving, 2004). Eine Studie hat ermittelt, dass von den 64 teilnehmenden pflegenden Angehörigen 41 % der demenzkranken Person bei der Körperpflege zur Hand gehen. Etwa die Hälfte davon bezeichnete dies als «ziemlich schwierig» oder «etwas schwierig» (Archbold et al., 1997).

1.3 Wann beginnt der Kampf?

Wenn wir an Körperpflege denken, kommt uns oft nur die Zeit in den Sinn, die jemand im Bad oder in der Dusche verbringt. Die Aufforderung, sich zu waschen, zu baden oder zu duschen ist der Schlüsselmoment, der darüber entscheidet, ob der Kampf beginnt oder unterbleibt. Folgende Aktivitäten können den weiteren Verlauf der Körperpflegeaktivitäten bestimmen:

- An- und Auskleiden
- Transfer zwischen Bett oder Badewanne und einem Stuhl
- Transport zum Badezimmer oder zum Duschaum
- Bade- oder Duschkvorgänge, Waschen
- Abtrocknen
- Haare waschen oder rasieren.

Nicht die Aktivität selbst verursacht Verhaltenssymptome, entscheidend für den Gesamtverlauf der Körperpflege ist vielmehr, wie die Person die Situation erlebt, und zwar vom Anfang bis zum Ende. In der Literatur werden folgende Vorboten oder Auslöser für Verhaltenssymptome während der Körperpflegeaktivitäten genannt:

- berühren oder überschreiten der persönlichen Grenze
- gefühlter Verlust der Kontrolle oder der Wahlmöglichkeit
- Schmerzerwartung oder Schmerzempfinden
- das Gefühl, dass die eigenen Bedürfnisse oder Wünsche ignoriert werden
- Frustration über nachlassende Selbstversorgungsfähigkeiten
- beeinträchtigte Fähigkeit, Bedürfnisse oder Empfindungen zu äußern oder zu kommunizieren
- beeinträchtigte Fähigkeit, die Handlungen der Betreuungsperson als hilfreich zu erkennen
- eine gereizt wirkende Pflegeperson, desinteressierte Kommunikation oder rein aufgabenorientiertes, unpersönliches Verhalten.

Weil demenzkranke Menschen möglicherweise nicht mehr erkennen, dass die Handlungen ihrer Betreuungskraft hilfreich sind, fühlen sie sich bei der Ankündigung, ein Bad zu nehmen oder zu duschen, bedroht. Sie erleben den ganzen Vorgang als Übergriff. Deshalb kann widerständiges und aggressives Verhalten auch als defensive Reaktion auf eine vermutete Gefahr (Bridges-Parlet, Knopman/Thompson, 1994) oder als Schutzhandlung (Talerico/Evans, 2000) betrachtet werden. Die Betroffenen versuchen, sich zu wehren und einen möglichen schmerzhaften Zwischenfall bei der Körperpflege zu verhindern.

Ein hilfreicher Ansatz besteht darin, den Kampf als einen Konflikt zwischen den Prioritäten der Pflegeperson und den Prioritäten der Person mit Demenz zu betrachten. In einer Beobachtungsstudie haben Kovach und Meyer-Arnold (1996, 1997) festgestellt, dass 92 % der 33 beobachteten Personen unruhig oder widerpenstig wurden sobald sie hörten, es sei Zeit sich zu waschen, zu baden oder zu duschen. Die hohe Prävalenz von Verhaltenssymptomen zum Zeitpunkt der Ankündigung lässt auf *bereits von Anfang an* widerstreitende Prioritäten schließen. Die Pflegenden glauben, ihren Schützling waschen oder baden zu müssen, die Person mit Demenz, die das nicht möchte, glaubt, der Situation ausgeliefert zu sein. Beide bewältigen ihre widersprüchlichen Zielvorstellungen durch verbale und non-verbale Strategien, die im Kontext der Körperpflegesituation alle eine Bedeutung haben. Demenzkranke reagieren auf Kontrollverlust durch Verhaltensweisen, die vermutlich Versuche darstellen, die äußere und/oder innere Kontrolle ganz oder

teilweise wiederzuerlangen. Verhaltenssymptome (Widerstand, vokale Unruhe, physische und verbale Aggression) treten am häufigsten auf, wenn die Person versucht, die innere Kontrolle zu erlangen oder wiederzuerlangen.

Kovach und Meyer-Arnold (1996, 1997) haben zudem einen Zusammenhang festgestellt zwischen dem Kommunikationsstil und den Handlungen der Pflegeperson einerseits und dem ruhigen oder beunruhigten Verhalten der gepflegten Person andererseits. Eine engagierte Kommunikation während des Körperpflegevorgangs bestand aus folgenden Elementen:

- Unterhaltung über allgemeine Themen
- Berücksichtigung individueller Bedürfnisse und Wünsche, damit sich die Person wohlfühlen kann
- beruhigender, erklärender, freundlicher Zuspruch
- Ablenkung
- Bitte an die Person, einige Dinge selbst zu tun
- Humor und Komplimente.

Nicht-engagierte, desinteressierte Kommunikation war gekennzeichnet durch:

- Unterhaltungen mit einer anderen Pflegeperson, nicht mit der betreuten Person
- strenge Anweisungen und Überredung
- abfällige Bemerkungen über die betreute Person und Scherze auf deren Kosten
- stumm bleiben, wenn die Person offensichtlich Kommunikation wünscht oder ängstlich wirkt.

Ein personenorientierter Ansatz ist darauf ausgerichtet, dem Tempo und den Bedürfnissen des Menschen der gewaschen, gebadet oder geduscht werden soll, zu entsprechen. Im Gegensatz dazu steht ein aufgabenorientierter Ansatz, der oft Eile diktiert, um den Bedürfnissen der Pflegenden zu entsprechen. Der personenorientierte Ansatz ist der Schlüssel, damit der Kampf gar nicht erst beginnt. Er wirkt beruhigend und hilft der Person, die Situation besser zu bewältigen.

Auch die räumliche Umgebung kann dazu beitragen, dass die Person während der Körperpflege verhaltensauffällig wird. Folgende Umgebungsfaktoren verursachen Unbehagen und lösen Befürchtungen aus, was sich oft als widerspenstiges, unruhiges oder aggressives Verhalten äußert:

- das Badezimmer in einer Pflegeeinrichtung wirkt fremd und ungewohnt
- die Badevorrichtungen und Transportgeräte sind unbekannt

- die Raumtemperatur ist ungewohnt
- spritzendes oder laufendes Wasser ist unangenehm
- plötzliche Temperaturunterschiede des laufenden Wassers sind unangenehm
- laute oder ungewohnte Geräusche irritieren.

Demnach kann der Kampf auch von Umgebungsbedingungen, welche auf die Pflegeperson und die demenzkranken Person einwirken, ausgelöst werden.

Pflegende haben zudem berichtet, dass ihre Arbeitshaltung auch vom Ton abhängt, der im Hause herrscht, und davon, ob sie von einem kollegialen Team und ihren Vorgesetzten unterstützt werden. Die «Pflegeatmosphäre» wird von mehreren Faktoren bestimmt:

- der Pflegephilosophie
- den Vorschriften und Verfahrensweisen
- der Personalausstattung
- der Tagesstruktur
- den Gerätschaften und den Materialien.

Diese organisatorischen Faktoren entscheiden weitgehend, ob eine interaktive Betreuung möglich ist. Sie bestimmen, wie viel Flexibilität und pflegerische Kreativität die Organisation akzeptieren und unterstützen wird. Manchmal werden Pflegepersonen gedrängt, sich an rigide Vorschriften, bestimmte Verfahren und exakte Zeitvorgaben zu halten. In anderen Fällen geht der offene und unterstützende Ton, der in der Verwaltung herrscht, auf dem Weg zu denjenigen, die direkt mit demenzkranken Menschen arbeiten, verloren, oder wird unterwegs verfälscht.

Manche Einrichtungen sehen für jeden Waschvorgang nur ein Handtuch und einen Waschlappen vor. Damit lässt sich die unterstützungsbedürftige Person aber kaum bedecken und warm halten. In anderen Häusern müssen die Bewohner unbedingt geduscht werden, die Ganzkörperwaschung im Bett ist untersagt. Es gibt Pflegeheime mit rigiden Vorstellungen darüber, wie man jemandem bei der Körperpflege hilft. Feste Regeln bestimmen, wann eine Person gebadet oder geduscht werden darf und wann nicht. Solche Vorschriften und Überzeugungen bereiten einen Kampf vor.

Das ist der Grund, weshalb Interventionen mit dem Ziel, Körperpflege positiver und angenehmer zu gestalten, auch organisatorische und räumliche Gegebenheiten ins Kalkül ziehen müssen. Sie bestimmen darüber, in welcher psychosozialen oder zwischenmenschlichen Atmosphäre Körperpflege stattfindet.

1.4 Mythen rund um die Körperpflege

Es gibt einige fest verankerte Vorstellungen darüber, was zur persönlichen Hygiene gehört. Diese Ansichten sind zu hinterfragen. Die meisten Menschen sträuben sich gegen jede Veränderung. Es ist generell «leichter» zu tun, was man schon immer getan hat. Um einen Wandel im Bereich der Körperpflege zu bewirken, müssen diverse Mythen aufgedeckt und überwunden werden.

Hier einige Beispiele:

- **Sauber wird man nur mit sehr viel Wasser**
Viele gewissenhafte Pflegepersonen sorgen sich um den hohen Wasserverbrauch beim Waschen, Baden oder Duschen. Daheim und in anderen Settings gelingt es den Menschen, sich sauber zu halten, auch wenn so schöne Einrichtungen wie Duschen, Badewannen und Wasser aus dem Hahn fehlen. Bei der Körperpflege entscheiden eher die Details, die Wassermenge ist nicht so wichtig.
- **Pflegepersonen, die den Bade- oder Duschvorgang aufschieben, vertagen, abkürzen oder modifizieren, versuchen, sich vor der Arbeit zu drücken**
Hier geht es nicht um Faulheit. Es mag notwendig sein, einen personenzentrierten Plan zu machen, der den speziellen Bedürfnissen der Person entspricht. Die Pflegeperson ist für die persönliche Hygiene ihres Schützlings in jedem Fall verantwortlich, sie braucht jedoch eine gewisse Freiheit in der Wahl ihrer Methode. Wählt eine Pflegeperson eine andere Methode oder einen anderen Zeitpunkt, beweist sie vielmehr großes Engagement für eine gute Pflege und Gewissenhaftigkeit; sie drückt sich nicht vor der Arbeit.
- **Die Angehörigen bestehen auf einer Dusche oder einem Bad**
Wie wir alle, müssen auch Angehörige aufgeklärt werden. Wenn sie über das Problem informiert werden (dass die Person nicht duschen oder baden möchte und sich dagegen sträubt) und einen Alternativvorschlag bekommen, werden sie meist Verständnis haben und einer anderen Methode zustimmen.
- **Wenn man nicht mit viel Seife und Wasser arbeitet, treten vermehrt Infektionen und Hautprobleme auf**
In unserer Kultur, besonders im 20. Jahrhundert, wurde das Waschen, Baden und Duschen mit Krankheitsprävention gleichgesetzt. Unserer Erfahrung nach und der Datenlage zufolge treten jedoch nicht mehr Hautprobleme oder Infektionen auf, wenn man die Körperpflege modifiziert und nur ganz wenig Seife verwendet. Seifenersatzprodukte können Seifenallergien und Hautprobleme – etwa das Austrocknen – verhindern.