

<u>1. Vorbemerkung</u>	2
<u>2. Die theoretischen Ansätze</u>	2
<u>2.1. Die Begriffsklärung</u>	2
<u>2.2. Die Standardwerke in der Basalen Stimulation</u>	2
<u>2.3. Die Wahrnehmung</u>	3
<u>2.4. Die Störungen der Wahrnehmung</u>	6
<u>2.5. Be-wußt-los</u>	7
<u>3. Die praktischen Ansätze</u>	10
<u>3.1. Die somatische Stimulation</u>	10
<u>3.2. Die vestibuläre Stimulation</u>	13
<u>3.3. Die vibratorische Stimulation</u>	14
<u>3.4. Die orale Stimulation</u>	14
<u>3.5. Die auditive Stimulation</u>	15
<u>3.6. Die visuelle Stimulation</u>	16
<u>4. Nachwort</u>	16
<u>5. Literaturverzeichnis</u>	18

1. Vorbemerkung

Ich habe nun zwei Drittel meiner Fachweiterbildung absolviert, und muß feststellen, daß die Zusatzbezeichnung, die ich nach bestandener Prüfung erlangen soll, Fachkrankenpfleger für Anästhesie- und Intensivmedizin, wobei die Betonung auf Anästhesie- und Intensivmedizin, liegt, zu treffend ist. Weiterhin zeigte mir eine Unterrichtseinheit bei der Pflegedienstleitung und die Lektüre des Artikels in der Fachzeitschrift „Heilberufe“ 5/97¹, daß es im Krankenhaus keinen arztfreien Raum gibt. So stieß ich auf die Basale Stimulation^{®2+3}. Die Basale Stimulation versteht sich nicht als Behandlungskonzept, keine dritte Person bestimmt, was Du mit dem Menschen zutun oder zu lassen hast. Es ist eine Kommunikationsform, die sich zu einem pflegerischen Dialog entwickelt. Es kann sich hier bei um Aktivitäten handeln, die sich auf Mikroaktivitäten reduzieren können, die sich zwischen Pflegekraft und Mensch abspielen. Zurück zur Intensivpflege durch die Basale Stimulation!

2. Die theoretischen Ansätze

2.1. Die Begriffsklärung

Was meint „basal“ in diesem Zusammenhang? Es ist zu verstehen im Sinne von grundlegend; Erfahrungen, die das ungeborene Kind intrauterin gemacht hat, und sei es so, daß es lebend auf die Welt kommt, auch verinnerlicht hat, egal wie schwer es behindert ist.

Was meint „Stimulation“? Es ist hier als die Förderung oder auch Wiedererweckung der intrauterin erlernten Fähigkeiten zu verstehen, oder auch als Kommunikation.

2.2. Die Standardwerke in der Basalen Stimulation

Der Begriff der Basalen Stimulation existiert seit mehr als 20 Jahren. Dieses Konzept wurde entwickelt um schwerstbehinderte Kinder zu fördern. Andreas Fröhlich⁴, mittlerweile Inhaber einer Professur, schrieb in den 90er Jahren das Standardwerk

¹ Alfred Schneider, Vorbehaltene Tätigkeiten - Ansätze für die Diskussion. In: Heilberufe 5/97 Seite 48+49

² Der Begriff Basale Stimulation ist ein urheberrechtlich eingetragenes Warenzeichen von Herrn Prof. Fröhlich. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im fortlaufenden Text das Warenzeichen weggelassen.

³ Christine Senni, Die Basale Stimulation, Notwendigkeit und Problematik der Integration in die Krankenpflege. In: Pflegezeitschrift 10/94 Seite 552-556. Der erste Artikel, den ich über Basale Stimulation las.

⁴ Andreas Fröhlich, Basale Stimulation, Verlag Selbstbestimmtes Leben, Düsseldorf 1991

zu diesem Thema. Er faßte den Begriff der Schwerstbehinderung sehr weit und bezog auch Alzheimer-Kranke, komatöse Menschen und Menschen, die am apallischen Syndrom leiden mit ein. Sein Standardwerk ist aber trotzdem sehr auf die Förderung von schwerstbehinderten Kindern ausgerichtet. In Zusammenarbeit mit Fröhlich nahm Christel Bienstein⁵ dessen Konzept und übertrug es in die Pflege desorientierte, komatöser, somnolenter und beatmeter Menschen, so erschien Biensteins Standardwerk für die Krankenpflege. Ein drittes Standardwerk wurde von Nydahl/Bartoszek⁶ verfaßt. Beide stammen aus der Intensivpflege und versuchen in ihrem Buch das Konzept von Fröhlich/Bienstein auf den Intensivbereich zu übertragen.

2.3. Die Wahrnehmung

Im Allgemeinen wird nur von fünf Sinnen gesprochen, wenn es darum geht mit welchen Organen Informationen aufgenommen werden und in unserem Hirn verarbeitet wird. Die Abbildung 1 versucht zu beschreiben, in welcher komplexen Verflechtung sich die Wahrnehmung befindet. Die Wahrnehmung wird hier nur aus Gründen der Übersichtlichkeit in der Mitte dargestellt.

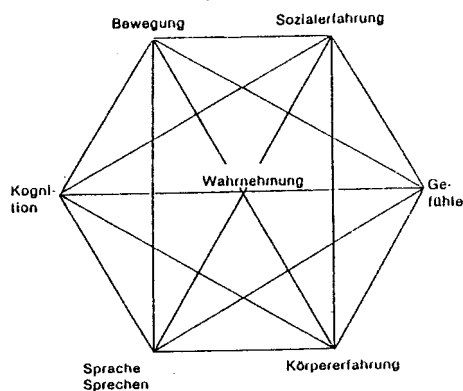


Abb. 1:
Aus Andreas Fröhlich, Wahrnehmungsstörungen und Wahrnehmungsförderung⁷

⁵ Christel Bienstein, Andreas Fröhlich, Basale Stimulation in der Pflege, Verlag Selbstbestimmtes Leben, Düsseldorf 1991

⁶ Peter Nydahl, Gabriele Bartoszek, Basale Stimulation, Neue Wege in der Intensivpflege, Ullstein Mosby, Wiesbaden 1997

⁷ Andreas D. Fröhlich, Wahrnehmungsstörungen – einführende Überlegungen. In: Andreas D. Fröhlich Hrsg, Wahrnehmungsstörungen und Wahrnehmungsförderung, 8. Auflage Seite 10, Edition Schindle Heidelberg 1994

Zur Förderung eines bewußtseinseingetrübten Menschen könnte man ein etwas einfacheres

Modell mit drei Elementen zu Rate ziehen.

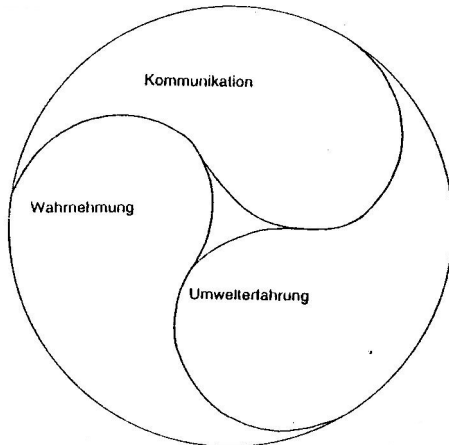


Abb. 2:

Ohne Kommunikation keine Wahrnehmung und keine Umwelterfahrung. Ohne Umwelterfahrung keine Wahrnehmung und keine Kommunikation, etc. frei nach A. Fröhlich

In früheren Zeiten ging man davon aus, daß das Neugeborene ein „Reflexwesen“⁸ sei und nur passiv Reflexhaft auf die Umwelt reagieren könne. Mittlerweile weiß man, daß selbst das Ungeborene sehr wohl seine Umwelt wahrnimmt und schon ganz gezielt reagieren kann. So haben Ultraschallaufnahmen gezeigt, wie das Kind Lageveränderung der Mutter durch aktive Bewegungen seines eigenen Körpers wieder in eine stabile Lage bringt.

Durch die Sauerstoffaufnahme der Mutter steht das Ungeborene mit der Umwelt in Verbindung. Schwingungen, die von außen durch die Bauchdecke, Uterus und Fruchtwasser dringen, werden von dem Trommelfell des Ungeborenen in Berührungsschwingungen umgewandelt.

Der Herzschlag der Mutter und die Magen-Darm-Geräusche werden auf dem selben Wege wahrgenommen. Etwa im vierten bis fünften Schwangerschaftsmonat orientiert sich der größer werdende Embryo räumlich mittels seiner Körperoberfläche. Der Raum in dem es sich bewegt wird immer enger. Er kann so auch Druck, Berührung,

und Bewegung von außen wahrnehmen. Zusammenfassend betrachtet hat das noch Ungeborene bereits ein gut ausgebildetes Wahrnehmungssystem im vestibulären, vibratorischen und somatischen Bereich und damit ist für seine Welt hervorragend ausgestattet und bringt die besten Voraussetzungen für die neue Welt mit.

Die Fähigkeit dieser Form der Wahrnehmung geht als Erwachsener nicht verloren, vielmehr wird es durch das Sehen und Hören nur überlagert. Betrachtet man sich hierzu einmal als Beispiel, zwei Erwachsene die sich trösten⁹; da wird sich in die Arme genommen, Bauch- und Brustberührungen werden zu gelassen, die Köpfe aneinander gelegt, man streichelt sich, senkt die Stimme und macht wiegende Bewegungen. Also greift das „Trösten“ auf die drei grundlegenden Wahrnehmungsbereiche zurück.

Die Basale Stimulation beruft sich hierauf. Sie geht davon aus, daß diese drei Wahrnehmungsbereiche, egal in welcher Bewußtseinslage sich der Mensch befindet, stimuliert werden können. Desweiteren orientiert sich die Basale Stimulation an der Reihenfolge, wie sich die weitere Wahrnehmung beim Kind entwickelt. So macht das Ungeborene schon erste orale Erfahrungen, wie zum Beispiel Nuckeln und Verschlucken von Fruchtwasser. Wenige Stunden nach der Geburt stellt sich das Gehör auf Schallwellenwahrnehmung um. Kontraste werden nach wenigen Tagen erkannt, bewußtes Greifen findet nach zwei bis drei Monaten statt.

Hingegen werden Formen erst nach zwei Jahren realisiert und das Farbsehen noch wesentlich später. Angebote der Stimulation halten sich an diese Reihenfolge, so wird vibratorisch immer stimuliert und mit bunten Bildern wird erst ganz zum Schluß gearbeitet.

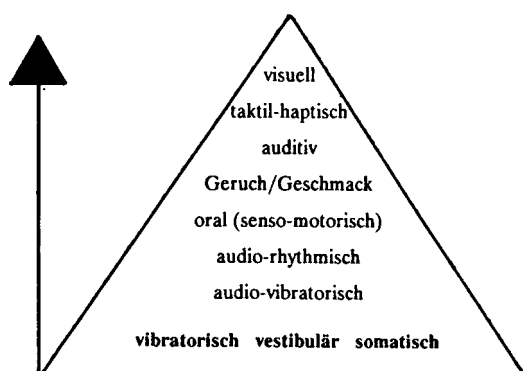


Abb. 3:

⁸ Andreas Fröhlich, Behinderte Wahrnehmung. In: Andreas D. Fröhlich Hrsg, Wahrnehmungsstörungen und Wahrnehmungsförderung..... a.a.O. Seite 30

Aus Chr. Bienstein,
Basale Stimulation
in der Pflege

2.4. Die Störungen der Wahrnehmung

Nach Fröhlich ist die Wahrnehmung ein zentral venöser Vorgang, dessen Intaktheit auch an die Intaktheit der Hirnrinde gebunden ist¹⁰. Demnach sind Wahrnehmungsstörungen als eine Fehlfunktion von Zellverbänden in der Hirnrinde zu verstehen. Eine Dysfunktion der Hirnrinde, in Form einer optischen Wahrnehmungsstörung, kann hervorgerufen werden durch motorische Behinderungen. Ebenso kann Nichtinanspruchnahme von Wahrnehmungsanlagen zu Fehlentwicklungen führen. Als Beispiel sei der immobile Mensch erwähnt, der nur in sehr langen Zeitabständen gedreht wird und für eine lange Zeit immer dasselbe Bild vor sich hat. Schon nach wenigen Minuten erfährt der Mensch kein Impuls, kein Reiz mehr durch die neue Blickrichtung, die Wahrnehmung wird diffus.

Selbsterfahrungsübung: *Laßt Euch mal in ein Krankenhausbett lagern, in einer typischen Krankenhausumgebung und versucht einmal Euch für zwanzig Minuten nicht zu bewegen. Beobachtet nun mal wie sich die Gegenstände, die in Eurer Blickrichtung stehen verändern. Wie verändert sich das Körpergefühl, merkt Ihr noch Eure Extremitäten, spürt Ihr noch Euer Gesäß, was ist mit den Geräuschen um Euch herum?*

Ein Mensch in dieser Situation mit dieser diffusen Wahrnehmung versucht mit dem ihm noch verbleibenden Mitteln Stimulation zu erlangen. Dies können sein, Nesteln an Bettdecken und Nachthemden, Manipulation an Sonden und Kathedern, heftige Körperkontakte mit Bettgittern oder auch Zähneknirschen kann dazu gehören. Wenn der Pflegende Situationen dieser Art beobachtet, kann er als guter Beobachter vieles

⁹ Andreas Fröhlich, Behinderte Wahrnehmung. In: Andreas D. Fröhlich Hrsg, Wahrnehmungsstörungen und Wahrnehmungsförderung..... a.a.O. Seite 33

¹⁰ Andreas Fröhlich, Behinderte Wahrnehmung. In: Andreas D. Fröhlich Hrsg, Wahrnehmungsstörungen und Wahrnehmungsförderung.... a.a.O. Seite 43

ablesen¹¹, was dem Menschen an Stimulation fehlt. Beispiel: Schlagen der Extremitäten gegen Bettende oder Bettgittern; der Mensch will seine Körpergrenzen spüren, er will merken, wo er aufhört, wo er anfängt.

Wahrnehmungsstörungen können auch altersbedingt sein¹². So nimmt die Berührungsempfindlichkeit ab, der Vibrationssinn läßt nach, das Gehör wird schlechter und es treten Geschmacksverluste auf. Ebenso zeigen Medikamente Einfluß auf die Wahrnehmung. So kann Atropin Gedächtnisschwäche und Verwirrtheit bewirken, Nifedipin kann Schwindel und einen feinschlägigen Tremor auslösen und Diazepam die Körperkoordination verändern.

2.5. Be-wußt-los¹³

Bei einer Untersuchung eines bewußtlosen Menschen wird versucht die Tiefe der Bewußtseinsstörung und die Ausdehnung der Hirnläsion fest zu stellen¹⁴. Hierbei werden untersucht die Bewußtseinslage, die unterteilt wird in Benommenheit, Sopor und Koma. Der weitere Untersuchungsgang befaßt sich mit der Skelettmotorik, Atmung, Augenmotorik und der Pupillenmotorik. Jennet und Teasdale entwickelten zur Quantifizierung der Bewußtseinseintrübung in Glasgow¹⁵ die allenthalben bekannte Koma-Skala.

Augenöffnen	Pkt.	Beste verbale Antwort	Pkt.	Beste motorische Antwort	Pkt.
spontan	4	vollorientiert	5	gezielt auf Aufforderung	6
auf Aufforderung	3	teilorientiert	4	gezielt auf Schmerzreiz	5
auf Schmerzreiz	2	inadäquat	3	ungezielt auf Schmerzreiz	4
kein Augenöffnen	1	unverständlich	2	Beugemechanismen	3
		keine	1	Streckmechanismen	2
				keine	1

Tab. : 1

Glasgow Koma-Skala. Auswertung: < 8 Punkte = schwere Hirnfunktionsstörungen, aus Nydahl/Bartoszek, Basale Stimulation, Neue Wege in der Intensivpflege

¹¹ Christel Bienstein, Andreas Fröhlich, Basale Stimulation in.... a.a.O. Seite 34

¹² Peter Nydahl, Gabriele Bartoszek, Basale Stimulation, Neue Wege.... a.a.O. Seite 14

¹³ Christel Bienstein, Be-wußt-los. In: Christel Bienstein, Andreas Fröhlich Hrsg, Bewußtlos, Eine Herausforderung für Angehörige, Pflegende und Ärzte, Verlag Selbstbestimmtes Leben, Düsseldorf 1994

¹⁴ F. Regli und K. Förster, Der neurologische Untersuchungsgang beim bewußtlosen Patienten. In: F. W. Ahnefeld Hrsg und andere, Der bewußtlose Patient, Springer Verlag Berlin, Heidelberg 1979

¹⁵ Wolfgang J. Bock, Bewußtsein-bewußtlos. In: Christel Bienstein, Andreas Fröhlich Hrsg, Bewußtlos, Eine Herausforderung für.... a.a.O. Seite 19

Diese Skala ist eine der seriösesten, die es in der Medizin gibt¹⁶, sie läßt aber wie alle anderen Skalen keine individuelle Therapie zu. Es besteht die Möglichkeit einen Trend abzulesen und eine „gewisse“ prognostische Aussage zu treffen.

Als apparative Untersuchungsmethoden¹⁷ bei Bewußtlosen stehen zur Verfügung, die Röntgenaufnahme des Schädels, die Angiographie und die Computertomographie. Andere neurophysiologische Untersuchungen wären die Elektroenzephalographie und die Ultradopplersonographie.

Linstedt¹⁸ beschreibt in seinem Artikel über Wahrnehmungsfähigkeiten Experimente, die zeigen, daß Menschen, die bewußtseinsdämpfende oder –ausschaltende Medikamente erhalten haben, durchaus in der Lage sind Informationen aufzunehmen, die unter Umständen auch postoperativ Neurosen oder Psychosen verursachen können.

So gibt es die Geschichte von einem Mann¹⁹, der von einem wirren Traum erzählt, in dem er das Gefühl hat, daß sein Brustkorb aufgerissen wird und Schrauben und Schläuche zwischen seine Rippen geschoben werden, er Geräusche wie auf einem Bahnhof wahrnimmt und klassische Musik hört. Die Realität war, daß der Mann mittels Herz-Lungen-Maschine an den Herzkranzgefäßen operiert wurde. Während der Operation lief die Lieblingsmusik des Operateurs.

Anderes Beispiel²⁰: Ein Mann hat lange nach einer Nasenbeinoperation beim Einatmen stechende Schmerzen. Unter Hypnose stellt sich heraus, daß er Mann während der Operation mitbekommen hatte, wie der Operateur sagte, daß der Patient noch ein paar Tage nach der Operation Schmerzen bei der Einatmung haben werde.

Auch erzählen Menschen häufig, die mit Ketamin sediert waren, über Halluzinationen und Alpträume, und Benzodiazepame und Opiate unterdrücken in der Regel die Wahrnehmung nie vollständig.

Mittels EEG kann man bei Bewußtlosigkeit eine mögliche Wahrnehmung erkennen. Es werden über Kopfhörer Töne appliziert und als Reizantwort über die EEG-

¹⁶ Rolf Tessman, aus Unterrichtseinheit am 07.10.97, in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Frankfurt/Main

¹⁷ F. Regli und K. Förster, Der neurologische... a.a.O. Seite 116

¹⁸ Ulf Lindstedt, Wahrnehmungsfähigkeit unter Narkose und bei Langzeitsedierung. In: Nydahl/Bartoszek, Basale Stimulation, Neue Wege..... a.a.O. Seite 20

¹⁹ Fred Salomon, Bewußtsein und Bewußtlosigkeit aus anästhesiologischer und intensivmedizinischer Sicht. In: Christel Bienstein, Andreas Fröhlich Hrsg, Bewußtlos, Eine Herausforderung für..... a.a.O. Seite 26

Elektroden gemessen. Was dort gemessen wird sind akustisch evozierte Potentiale²¹, die in frühe AEP's, mittellatente AEP's und späte AEP's eingeteilt werden. So haben Experimente²² gezeigt, daß bei sedierten Menschen, bei denen noch mittellatente AEP's ableitbar waren, diese durchaus noch in der Lage waren etwas wahrzunehmen, wohin gegen, wenn nur noch frühe AEP's ableitbar waren, die Wahrnehmungsfähigkeit ausgeschlossen war.

All die beschriebenen Untersuchungsmethoden gehen davon aus, daß das Bewußtsein und Wahrnehmung ausschließlich im Gehirn im Kopf stattfindet. Ist aber das Gehirn alles was unsere Seele oder Geist ausmacht? Wie fühlt sich ein Mensch, der ein Herz transplantiert bekommen hat? Zitiert sei hier der Neurophysiologe und Nobelpreisträger J. Eccles :“...*daß die wichtigste Realität meines erfahrenden Selbst nicht (...) identifiziert werden kann mit Gehirn und Neuronen und Nervenimpulsen. Ich glaube, daß in meiner Existenz ein fundamentales Geheimnis liegt, das jede biologische Erklärung übertrifft.*“²³

Dies sollte uns unseren Umgang mit bewußtlosen und analgosedierten Menschen noch mal überdenken lassen. Bienstein meint, daß wir unsere Grundannahmen dahin gehend ändern müssen, daß²⁴

- ❖ ein Mensch sich seiner nie ständig in allen Bezügen bewußt sein kann;
- ❖ Bewußtlosigkeit immer ein inkomplettes Geschehen ist;
- ❖ Bewußtlosigkeit nicht Wahrnehmungslosigkeit bedeutet;
- ❖ wir die Ebene finden müssen, auf der der Patient reagieren kann;
- ❖ wir zuerst aktiv werden müssen, damit er Reaktionen zeigen kann;
- ❖ wir die Verantwortung mittragen für einen gezielten Vertrauensaufbau zwischen dem Patienten, seinen Angehörigen und dem therapeutischen Team;
- ❖ Wahrnehmungsverlust durch pflegerische Intervention vermieden oder reduziert werden kann;

²⁰ Fred Salomon, Bewußtsein und Bewußtlosigkeit. In: Christel Bienstein, Andreas Fröhlich Hrsg, Bewußtlos, Eine Herausforderung für..... a.a.O. Seite 28

²¹ Akustisch evozierte Potentiale wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit im weiteren Text mit AEP abgekürzt.

²² Ulf Linstedt, Wahrnehmungsfähigkeit unter Narkose. In: Peter Nydahl, Gabriele Bartoszek, Basale Stimulation, Neue Wege..... a.a.O. Seite 21

²³ J. Eccles, Interaktion von Gehirn und Geist. In: J. Eccles, H. Zeier Hrsg.: Gehirn und Geist – Biologische Erkenntnisse über Vorgeschichte, Wesen und Zukunft des Menschen, Frankfurt 1987

²⁴ Christel Bienstein, Be-wußt-los. In: Christel Bienstein, Andreas Fröhlich Hrsg, Bewußtlos, Eine Herausforderung für..... a.a.O. Seite 47

- ❖ Bewußtseinsfokussierung nicht nur im somatischen, sondern auch im psychischen oder sozialen Bereich erfolgen kann.

3. Die praktischen Ansätze

Bevor ich nun dazu übergehe handfeste Beispiele zu geben, wo in der Intensivpflege die Basale Stimulation eingesetzt werden kann, muß ich noch einiges Grundsätzliches erwähnen. Wer sich als Pflegender auf die Basale Stimulation einläßt,²⁵⁺²⁶

- ❖ muß bereit sein eine „Beziehung“ einzugehen
- ❖ muß die Menschen und seine Äußerungen sehr ernst nehmen
- ❖ muß bereit sein allein zu arbeiten
- ❖ muß um seine persönlichen Fähigkeiten und Grenzen wissen,
- ❖ muß etwas in den Händen spüren
- ❖ muß professionelle Nähe zulassen

Wer Stimulation anbietet sollte wissen, daß ein Reiz nur gut ist, wenn er für kurze Zeit, 10 bis 20 Minuten, angeboten wird, daß nie mehrere Reize gleichzeitig angeboten werden dürfen, und daß zwischen zwei unterschiedlichen Reizangeboten eine Ruhepause eingelegt werden muß²⁷. Jedes Angebot muß mit einer Initialberührung begonnen und abgeschlossen werden, damit der Mensch Bescheid weiß, jetzt wird mit mir etwas gemacht und jetzt ist es vorbei, ich habe meine Ruhe. Solche Berührungen können sein an der Schulter, am Thorax, am Oberarm oder an der Hand. Ist diese Begrüßung und Verabschiedung einmal festgelegt, so ist sie für alle Pflegende gleich.

3.1. Die somatische Stimulation

Wir als Pflegende berühren unzählige Male im Laufe des Tages den zu pflegenden Menschen. Sind wir uns dessen bewußt, wie wir ihn anfassen, ist es oftmals nicht nur ein Festhalten mit spitzen Fingern oder ein Abklatschen mit fahrigten Bewegungen, sind wir uns unserer Berührungsqualität immer bewußt?

²⁵ Ingrid Galley, Basale Stimulation, Eine Zusammenstellung wesentlicher Inhalte meines Vortrages am 18. Juni 1996 auf den 11. Elzacher Pflgetagen

²⁶ Peter Nydahl Gabriele Bartoszek, Basale Stimulation, Neue Wege..... a.a.O. Seite 47

Sicherlich gibt es auch Distanzen, die von uns bewußt eingehalten werden. Nicht jeder läßt sich von jedem berühren, jeder hat seine Körperbereiche, die als intim gelten und die nur vom engsten Partner oder von sich selbst berührt werden dürfen²⁸. Es ist eine genaue Beobachtung des Menschen erforderlich, um ihn richtig zu berühren. Eine „professionelle Berührung“²⁹ sollte druckvoll, in eine Richtung gehend, flächig, rhythmisch und von richtiger Dauer sein. Die Ganzkörperwaschung³⁰ bietet die Möglichkeit zur somatischen Stimulation, zur Wahrnehmung des eigenen Körpers über die Haut. Bienstein³¹ entwickelte zehn verschiedene Arten der GWK entsprechend den Bedürfnissen des Menschen. Eingehen möchte ich hier nur auf die belebende und die beruhigende GWK. Bei diesen stimulierenden Waschungen steht der reinigende Aspekt nicht im Vordergrund. Der Intimbereich wird bei der GWK in der Basalen Stimulation ausgespart. Was nicht heißt, daß der Intimbereich nie gewaschen wird, es wird nur zu einem anderen Zeitpunkt gemacht. Merkt man, daß der Mensch beim Waschen von Thorax, Armen und Beinen droht überstimuliert zu werden, kann man Rücken und Hintern zu einem späteren Zeitpunkt waschen, zum Beispiel beim Lagern in die Seitenlage.

Die belebende GWK kann angewandt werden bei bewußtlosen, somnolenten, komatösen, depressiven, diabetischen Menschen und bei Menschen mit AVK. Das Waschwasser sollte nicht über Körpertemperatur liegen, von Waschzusätzen sollte beim ersten Mal abgesehen werden, da die Möglichkeit der Reizüberflutung besteht, später eventuell mit eigener Seife oder mit Rosmarin-Bademilch versuchen. Die Waschhandschuhe und Handtücher sollten ruhig etwas härter sein. Gewaschen wird sehr naß und entgegen der Haarwuchsrichtung, beginnend am Körperstamm, erst dann die Extremitäten beginnend mit Hände oder Füße, hierbei die Körperformen versuchen mit den eigenen Händen nach zu modellieren. Am Besten wäscht man mit zwei Waschhandschuhen gleichzeitig. Wichtig ist vor Beginn der GWK die Initialberührung, und daß man den Körperkontakt zum Menschen während der Waschung nicht verliert. Muß man doch mal beide Hände vom Menschen nehmen, könnte man, sofern es die Hygiene zuläßt, sein Bein ins Bett legen und so den

²⁷ Ingrid Galley, Basale Stimulation..... a.a.O.

²⁸ Marion-Michèle Büschel, Pflegenden müssen ihre Hände mögen. In: Pflegezeitschrift 6/94 Seite 366-369

²⁹ Ingrid Galley, Basale Stimulation..... a.a.O.

³⁰ Ganzkörperwaschung wird im fortlaufenden Text mit GWK abgekürzt.

³¹ Christel Bienstein, Andreas Fröhlich, Basale Stimulation in der Pflege..... a.a.O. Seite 52

Kontakt aufrechterhalten. Nach Beendigung der Waschung darf man die verabschiedende Berührung nicht vergessen.

Das gleiche Procedere gilt für *die beruhigende GWK*. Diese ist geeignet für Überaktive, für Alzheimer Erkrankte und für Menschen, die unter Einschlafstörungen leiden. Das Waschwasser sollte über der Körpertemperatur liegen, die Waschutensilien sollten weich und anschmiegsam sein, und als Waschzusatz könnte Lavendel benutzt werden. Begonnen wird wieder im Thoraxbereich ausstreichend in Haarwuchsrichtung zu den Extremitäten. Auch hier wieder versuchen die Körperformen nach zu modellieren.

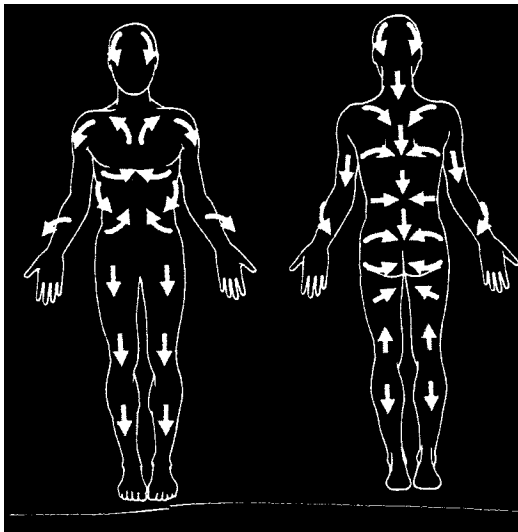


Abb. 4:
Allgemeine Haarwuchsrichtung

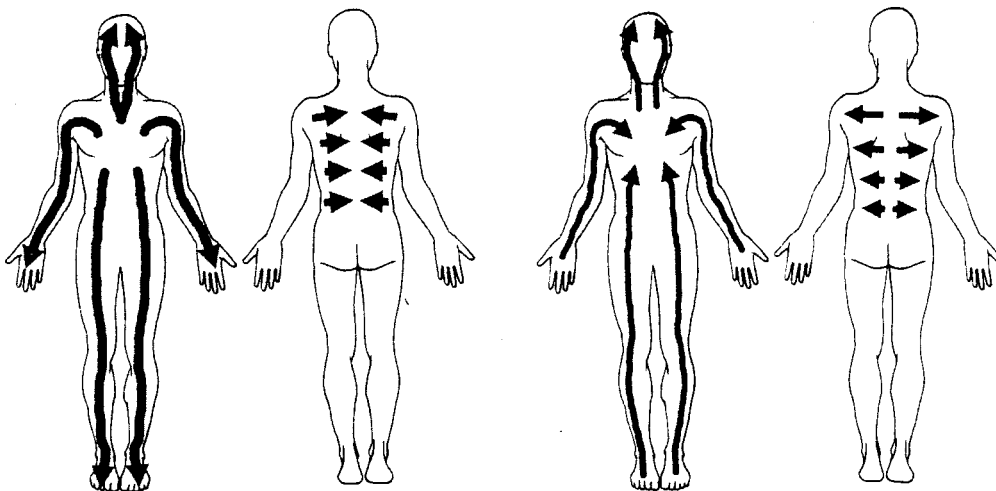


Abb. 5:
Die beruhigende Ganzkörperwaschung

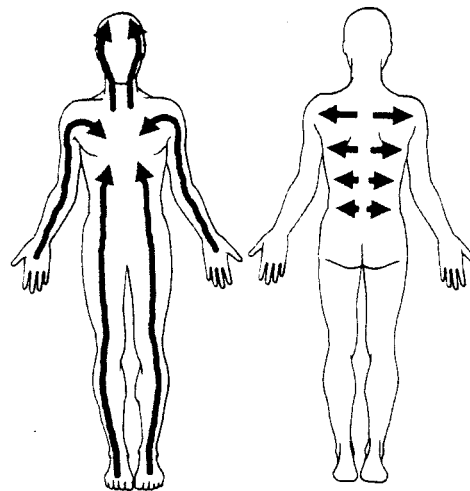


Abb. 6:
Die belebende Ganzkörperwaschung

Straub³² zeigte in seiner Arbeit eine tendenzielle Wirksamkeit der beschriebenen GWK, gesteht aber auch zu, daß seine Arbeit keiner statistischen Prüfung standhalten würde.

Eine weitere Form der somatischen Stimulation stellt die Lagerung dar, die ohne große Hilfsmittel durchgeführt werden kann. Ein zusammengerolltes Handtuch in die Kniekehle, ein hartes Handtuch als Kopfaufgabe, die eigene Hand unter den Körper schieben, die Beine übereinanderschlagen nicht länger als zehn Minuten. Eine andere Form der Lagerung, um den Menschen seine äußeren Grenzen bewußt zu machen, ist die umgrenzende Lagerung³³. Zwei zusammengerollte Bettdecken werden seitlich an den Menschen gelegt, oder ist die Lieblingsstellung bekannt, wird er in diese gelegt und mit Kissen, Decken etc. „ummauert“. Um den Menschen das Gefühl für die Schwere seiner Extremitäten wiederzugeben, kann man diese in ein großes Handtuch legen und anheben³⁴.

Knobel³⁵ hat in seiner Studie gezeigt, daß die Lagerung auf Superweichmatratzen die Körperorientierung und die Wahrnehmungsfähigkeit beeinträchtigt. Neander³⁶ in einer anderen Studie zeigte, daß Menschen die härter gelagert wurden besser zu mobilisieren sind.

3.2. Die vestibuläre Stimulation

Durch vestibuläre Angebote soll das Gleichgewicht und die Orientierung im Raum geschult werden. Will man einen Menschen an die Bettkante mobilisieren, so beginnt man mit leichten Bewegungen des Kopfes und bereitet so den Nervus vestibularis auf eine Lageveränderung vor. In spiralförmigen Bewegungen wird der Körper dann aufgerichtet.

Auch kann man durch atemsynchrones Bewegen des Kopfes, einen Atemzyklus eine Seite, die Aufmerksamkeit, die Konzentration und die Entspannung des Menschen verbessern³⁷. Ebenso beruhigend wirkt sanftes Hin- und Herschaukeln in Seitenlage. Eine Kombination von somatischer, vestibulärer und vibratorischer Stimulation wäre,

³² Marco Straub, Basale Stimulation als Möglichkeit zur Förderung der Wahrnehmung bei neurologischen Intensivpatienten. In: Intensiv 4/96 Seite 160-169

³³ Peter Nydahl, Gabriele Bartoszek, Basale Stimulation, Neue Wege..... a.a.O. Seite 60

³⁴ Peter Nydahl, Gabriele Bartoszek, Basale Stimulation, Neue Wege..... a.a.O. Seite 65

³⁵ Stefan Knobel, Wie man sich bettet, so bewegt man. In Pflege 9/96 Heft 2 Seite 134-139

³⁶ Klaus-Dieter Neander und andere, Der Einfluß von Weichlagerung auf die Körperwahrnehmung und -haltung. In: Pflege 9/96 Heft 4 Seite 293-299

wenn der Mensch auf der Bettkante säße, der Pflegende dahinter, dessen Oberschenkel umfassen die des Anderen, Oberkörper an Oberkörper, leichte Umarmung von hinten, leicht schaukelnde Bewegungen mit einem tiefen Summton.

3.3. Die vibratorische Stimulation

Vibratorische Stimulation hat zu Aufgabe den wahrnehmungsgestörten Menschen seine Empfindungen für die Körpertiefe und –fülle wiederzugeben. Als technische Hilfsmittel ist alles erlaubt was Vibrationen erzeugt und dem technischen Sicherheitsstandard entspricht. Als da wären Rasierapparat, elektrische Zahnbürste und der Vibrax auf niedrigster Stufe. Sollten die Vibrationen als zu stark empfunden werden, können diese durch ein Waschhandschuh gedämpft werden.

Nydahl/Bartoszek zeigen einige Einsatzgebiete von Vibratorischer Stimulation³⁸. Einem schlecht zu mobilisierender Menschen legte man den Vibrax auf die Matratze, er hob spontan seine Beine. Beim nächsten Mal stimulierte man mit einem Batterievibrator die Beine direkt, er ließ sich nahezu mühelos mobilisieren.

Ein Unterschenkelamputierter spürte ab dem Bauchnabel nichts mehr, auch seine volle Blase nicht. Durch Vibrationen ließ man ihn sein Bauchraum und Becken spüren und somit auch seine volle Blase.

Das letzte Beispiel, ein CPAP beatmeter Mensch sollte entwöhnt werden, hyperventilierte hierbei übermäßig. Bei Gesprächen stellte sich heraus, daß der Mensch meinte, daß er in einer solchen hohen Frequenz beatmet werden würde. Mit Vibrationen im Atemrhythmus über den Thorax, machte man ihm seine Atmung bewußt, er konnte bald vom Beatmungsgerät entwöhnt werden.

3.4. Die orale Stimulation

Bei dieser Art der Stimulation ist es wichtig sich daran zu erinnern wie sensibel der Mund-, Rachen- und Zungenbereich ist. Durch wieviel Hirnnerven dieser Bereich ernerviert wird. Die orale Stimulation gestaltet sich schwierig bei nasal liegenden Sonden, da diese einen so genannten „Totstellreflex“ erzeugen, um nicht ständig eine Brechreiz zu stimulieren. Würden wir jetzt versuchen die Wahrnehmung im

³⁷ Peter Nydahl, Gabriele Bartoszek, Basale Stimulation, Neue Wege..... a.a.O. Seite 68

³⁸ Peter Nydahl, Gabriele Bartoszek, Basale Stimulation, Neue Wege..... a.a.O. Seite 69-72

Mund- Rachenraum zu steigern, dann produzierten wir eine Pflegeschizophrenie³⁹. Eine PEG würde hier Abhilfe schaffen. Wir alle wissen, daß wir sehr wenig schmecken, wenn unsere Nase zu ist. Andererseits können bekannte Gerüche Erinnerungen wachrufen; „das Wasser läuft einem im Mund zusammen“. Zuerst muß dem Menschen den Mundbereich bewußt gemacht werden, dies geschieht in dem wir immer wieder mit den Händen von den Wangen zum Mund hin streichen. Mit bekannten Gerüchen und Geschmäckern wird versucht den Menschen zum Öffnen des Mundes oder zu schmatzenden Bewegungen zu veranlassen. Geeignet sind alle Geschmacksrichtungen, die dem Menschen bekannt sind und die er am liebsten hat. Das kann Gurkensaft, Bier oder Nutella® sein. Einbringen in den Mund könnte man diese Dinge, in dem man sich eine kleine Kompresse um den kleinen Finger wickelt, befeuchtet und anfängt, die Wangentaschen damit auszustreichen. Möglich wäre es auch Obst klein zu schneiden, in einen tg®-Schlauch verpacken, zu knoten und ebenfalls in die Wangentasche legen. Entweder man bleibt dabei stehen und hält ein Ende fest oder klebt es an der Wange fest. Auf keinen Fall irgendwelche harten Gegenstände, wie Klemmen oder Stieltupfer zur Mundpflege benutzen.

3.5. Die auditive Stimulation

Durch die auditive Stimulation soll mittels bekannter Geräusche und Musik das Gehör wieder seine Differenzierbarkeit wiedererlangen und zum Kontaktaufbau mit der Außenwelt beitragen. So hat Hofer⁴⁰ in einer Studie festgestellt, daß Musik sehr wohl Einfluß auf körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden hat, und damit indirekt einen positiven Effekt auf den Heilungsprozeß hat. Bei der Arbeit mit auditiven Reizen muß sehr eindeutig gearbeitet werden; klare Begrüßung und Verabschiedung, deutlich und in normaler Tonlage reden. Keine Verniedlichungen benutzen, nicht mit mehreren Personen gleichzeitig reden, alle Nebengeräusche ausschalten.

Neben Vorspielen der Lieblingsmusik kann man es auch mit Vorlesen aus dem Lieblingsbuch oder mit Gedichten versuchen. Beim Vorspielen von Musik sollte diese aber nicht ununterbrochen laufen und auch nicht mit dem Kopfhörer, weil ein Mensch in dieser Lage diesem Reiz nicht aufweichen kann. Auch sollte man den Menschen genau beobachten, ob es überhaupt Musik ist, die er mag, auf die er positiv reagiert.

³⁹ Christel Bienstein, Andreas Fröhlich, Basale Stimulation in der Pflege..... a.a.O. Seite 87

⁴⁰ Susanne Hofer, Kann Musik das Wohlbefinden der Patienten verbessern? In: Pflege 3/90 Heft 2 Seite 131-141

So erzählt Bienstein⁴¹ von einer jungen Frau, Schädel-Hirn-Trauma, beatmet, nach einem Verkehrsunfall, bei dem auch der Freund starb, von denen man wußte, daß sie „Heavy-Metall“ Fans waren. Ihr wurde „Heavy-Metall“ Musik vorgespielt. Sie reagierte mit Spastik und Atemdekomensation. Man interpretierte es so, daß diese Musik diffuse Erinnerung an das Unfallgeschehen auslösen würde, und die Frau nicht in der Lage war Trauerarbeit zu leisten.

Eines der effektivsten Methoden ist für Nydahl/Bartoszek⁴² das Singen im Atemrhythmus. So soll pro Atemzyklus laut und vernehmlich gesummt werden und dabei die Hand des Menschen fest auf die eigene Brust gedrückt werden. Während der Atempause hält man mit dem Summen inne. Hierzu sei auch Gustorff⁴³ erwähnt.

3.6. Die visuelle Stimulation

Das Sehen ermöglicht uns zwischen Tag und Nacht zu unterscheiden, Gefahren rechtzeitig zu erkennen, zwischen Freund und Feind zu unterscheiden und zu kommunizieren. Viele Menschen, die lange im Bett liegen mußten, beschwerten sich über das Lange-auf-dem-Rücken-liegen und den eingeschränkten Ausblick. Durch einfache Umlagerung des Kopfes können wir dem schon Abhilfe schaffen. Seitenlage ändern, Kopfteil hoch runter, das Kissen

doppelt legen oder kleineres Kissen unter den Kopf. Persönliche Bilder sollten eine annehmbare Größe haben. Kleine Paßbilder in zwei Meter Entfernung sind kaum noch zuerkennen. Auch soll der Mensch schon gezwungen sein, sein Kopf selbst zu bewegen, also nicht alles genau im Blickfeld stellen, aber so, daß es ihm möglich ist seine persönlichen Dinge in sein Blickfeld zu bekommen.

4. Nachwort

Die Atemstimulierende Einreibung wurde bewußt von mir nicht erwähnt, da die Anwendung eine korrekte Anleitung erfordert, am ehesten durch einen Kursleiter der

⁴¹ Christel Bienstein, Andreas Fröhlich, Basale Stimulation in der Pflege..... a.a.O. Seite 97

⁴² Peter Nydahl, Gabriele Bartoszek, Basale Stimulation, Neue Wege..... a.a.O. Seite 82

⁴³ Dagmar Gustorff, Musiktherapie als Orientierungshilfe bei bewußtseinsgestörten Patienten. In: Intensiv 4/96 Seite 59-61

Basalen Stimulation, ansonsten ist die therapeutische Wirkung sehr fraglich. Als einsteigende Lektüre sei hier Schürenberg⁴⁴ erwähnt.

Diese Hausarbeit erhebt kein Anspruch auf Vollständigkeit in den theoretischen Ansätzen oder in der Erwähnung der möglichen Anwendungen der Basalen Stimulation. Ich denke die Basale Stimulation läßt sehr viel Spielraum für innovative Pflege, für die Pflegenden, die bereit sind sich, auf professionelle Ebene, auf den zu behandelnden Menschen und dessen Angehörigen einzulassen. Mir persönlich liegt sehr viel daran, daß wir alle noch mal unseren Umgang mit bewußtlosen und sedierten Menschen überdenken.

⁴⁴ Ansgar Schürenberg, Die Atemstimulierende Einreibung als einschlaufförderndes Mittel in der Klinik. In: Pflege 6/93 Heft 2 Seite 135-143

5. Literaturverzeichnis

Ahnefeld F. W. und andere, *Der bewußtlose Mensch*, Springer Verlag Berlin Heidelberg 1979

Bienstein Christel, Fröhlich Andreas, Hrsg., *Bewußtlos, Eine Herausforderung für Angehörige, Pflegende und Ärzte*, Verlag Selbstbestimmtes Leben, Düsseldorf 1994

Bienstein Christel, Andreas Fröhlich, *Basale Stimulation in der Pflege*, Verlag Selbstbestimmtes Leben, Düsseldorf 1991

Büschel, Marion-Michèl, *Pflegende müssen ihre Hände mögen*. In: Pflegezeitschrift 6/94 Seite 366-369

Eccles J., Zeier H. *Gehirn und Geist – Biologische Erkenntnisse über Vorgeschichte, Wesen und Zukunft des Menschen*, Frankfurt 1987

Fröhlich Andreas, *Basale Stimulation*, Verlag Selbstbestimmtes Leben, Düsseldorf 1991

Fröhlich Andreas, Hrsg., *Wahrnehmungsstörungen und Wahrnehmungsförderung*, 8. Auflage, Edition Schindle, Heidelberg 1994

Galley Ingrid, Pflegedienstleitung und Kursleiterin der Basalen Stimulation, *Basale Stimulation, Zusammenstellung wesentlicher Inhalte meines Vortrages am 18. Juni 1996 auf den Elzacher Pflagetagen*

Gustorff Dagmar, *Musiktherapie als Orientierungshilfe bei bewußtseinsgestörten Patienten*. In: Intensiv 4/96 Seite 59-61

Hofer Susanne, *Kann Musik das Wohlbefinden der Patienten verbessern?* In Pflege 3/90 Heft 2 Seite 131-141

Knobel Stefan, *Wie man sich bettet, so bewegt man*. In: Pflege 9/96 Heft 2 Seite 134-139

Neander Klaus und andere, *Der Einfluß von Weichlagerung auf die Körperwahrnehmung und –haltung*. In: Pflege 9/96 Heft 4 Seite 293-299

Nydahl Peter, Gabriele Bartoszek, *Basale Stimulation, Neue Wege in der Intensivpflege*, Ullstein Mosby, Wiesbaden 1997

Schneider Alfred, *Vorbehaltene Tätigkeiten - Ansätze für die Diskussion*. In: Heilberufe 5/97 Seite 48+49

Schürenberg Ansgar, *Die Atemstimulierende Einreibung als einschlaflförderndes Mittel in der Klinik*. In: Pflege 6/93 Heft 2 Seite 135-143

Senni Christine, *Die Basale Stimulation, Notwendigkeit und Problematik der Integration in die Krankenpflege*. In: Pflegezeitschrift 10/94 Seite 552-556

Straub Marco, *Basale Stimulation als Möglichkeit zur Förderung der Wahrnehmung bei neurologischen Intensivpatienten*. In: Intensiv 4/96 Seite 160-169

Tessmann Rolf, Chefarzt der Anästhesie in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik, Frankfurt/Main, Verfasser der *Skripte über Beatmung, Polytrauma und Schädel-Hirn-Trauma in der Intensivmedizin*

Hiermit erkläre ich, daß ich diese Hausarbeit eigenständig verfaßt habe und nur die im Literaturverzeichnis genannten Hilfsmittel genutzt habe.

Frankfurt/Main, 29.10.97