

## **Basale Stimulation in der Pflege**

*aus: Bienstein C. / Fröhlich A.: Basale Stimulation in der Pflege .Verlag Selbstbestimmtes Leben, Düsseldorf, 1991.*

### **Grundlagen der basalen Stimulation**

Grundlage der basalen Stimulation ist die Fähigkeit des Pflegenden und des zu Pflegenden, sich auf eine gemeinsame **Beziehung einlassen** zu können.

Dies bedeutet, daß der Pflegende bereit ist, **wahrzunehmen**, was ihm vom Patienten entgegenkommt, was mit ihm als Pflegender geschieht, wenn er eine so bedeutsame pflegerische Interaktion eingeht.

Es bedeutet weiterhin, den Patienten nicht als eine Summe von Defiziten und Störungen zu definieren, sondern ein besonderes Interesse daran zu entwickeln, was dem Patienten möglich ist.

Basale Stimulation erfordert von beiden Seiten ein hohes Maß an Toleranz, damit Ablehnung von Stimulationsformen ernst genommen werden kann. Weiterhin bedarf sie einer Kontinuität und Geduld, um Prozesse abwarten zu können, und einer qualifizierten Ausbildung.

Für Pflegende muß es möglich sein, die Familienangehörigen - oder Freunde des Patienten - in das Pflegegeschehen einzubeziehen, da es oftmals wesentlich effektiver ist, wenn Angehörige des Patienten die basale Stimulation übernehmen. Unsere Aufgabe liegt dann mehr im Bereich der Beratung, Steuerung, Verstärkung und des Mutmachens.

Sie werden beim Lesen der Ausführungen feststellen, daß es z. B. sehr sinnvoll sein kann, zu dem Patienten einen dichten Körperkontakt aufzunehmen. Es ist aber nicht immer sinnvoll, daß dieses durch die Pflegenden geschieht. Wesentlich bessere Erfahrungen habe ich gerade im Bereich der somatischen Stimulation mit den Angehörigen gesammelt.

In Japan z. B. gibt es Betten, die eine Ausziehvorrichtung am Kopfende des Bettes haben. Dieser hinzugewonnene Teil wird von den Pflegenden genutzt, sie "klettern zu den Patienten ins Bett". Viele der von mir vorgestellten pflegerischen Möglichkeiten der basalen Stimulation bedürfen auch eines dichten Körperkontaktes von Patient und Pflegenden. Dies ist für uns überhaupt nicht einfach, da wir eine "Hygienegeneration" sind und gelernt haben, möglichst kontaminationsarm zu arbeiten, d. h., wir wurden oftmals primär berührungsfeindlich erzogen. Körperliche Berührung wird und wurde zumeist unter dem Aspekt - es muß nur das Notwendigste sein - betrachtet. Wie es dem Patienten oder uns dabei ging, wurde fast nie Gegenstand einer intensiven Auseinandersetzung.

Pflegende wurden über Jahre dazu angehalten, nur soviel Berührung wie dringend erforderlich zu geben bzw. zuzulassen. Gerade aber die Zunahme von Berührungsverlusten fördert Desorientierung und den Verlust der Eigenwahrnehmung (z. B. Patienten im Einzelzimmer = > wenig Besuch = > nur der geringstnotwendige Kontakt von Pflegenden findet statt = > dies fördert Desorientierung).

Besonders interessant ist es, unter diesem berührungs-/körperfeindlichen Ansatz unsere Dienstkleidung zu betrachten.

Ich wage die Behauptung, daß **Pflegekleider** Pflege verhindern sollen. Sie machen deutlich, daß der Mensch als Körper-Geist-Einheit nicht angenommen wird, sondern fördern in unserem pflegerischen Tun die Distanz zum Patienten.

Unsere jetzigen Kleider ermöglichen keine zwanglose Bewegung, sondern sie erfordern ein sich ständiges Selbstüberwachen auf korrekten Sitz.

Unsere Pflegekleider machen demonstrativ deutlich, daß wir eher wie gute Hostessen aussehen, denn wie Pflegende, die pflegen wollen.

Gerade schwersterkrankte Patienten machen es unumgänglich, daß eine optimale Bewegungsfreiheit durch unsere Dienstkleidung erforderlich ist.

Ich halte es für dringend notwendig, auf diesem Hintergrund unsere eigene Dienstkleidung auf ihre "Aussage" hin zu überprüfen (in einer speziellen Untersuchung wird im Bildungszentrum der Frage nachgegangen werden, ob es z. B. auf internen, chirurgischen etc. Stationen dringend erforderlich ist, bequeme Hosenanzüge tragen zu müssen, z. B. eine Art Jogginganzüge).

Nicht nur die - aber besonders die basale Stimulation macht es erforderlich, daß wir uns gut bewegen können.

### Die Bedeutung der Hände

Darüber hinaus ist es von hoher Bedeutung, die Wahrnehmungsfähigkeit der Hände der Pflegenden zu fördern, um gezielt zu erfassen, welche Resonanz der zu pflegende Mensch auf die körperliche Berührung zeigt.

Hand anlegen zu können ist eine der schwierigsten Pflegefähigkeiten. Neben der Möglichkeit, die Berührung eines Patienten konkret und fördernd durchführen zu können, müssen Pflegende über eine Art "**sprechende Hände**" verfügen, die sowohl Ruhe und Entspannung als auch Wachheit und Lebendigkeit vermitteln können. Es muß vor allem eine **Eindeutigkeit** der Information durch die Hände vorliegen.

### Übung

*Legen Sie Ihre Hände auf den Rücken. Beschreiben Sie Ihre Hände. Wie sehen sie aus? (Größe, Form, Farbe etc.) Nun nehmen Sie die Hände vor und vergleichen Sie Ihre Aussagen mit Ihren Händen. Sehen Sie sich Ihre Hände genau an.*

- Was empfinden Sie dabei?
- Finden Sie Ihre Hände schön?
- Würden Sie gerne andere Hände haben wollen?
- Können Sie Ihre Hände lange betrachten?

*Fühlen Sie Ihre Hände, nun genau mit geschlossenen Augen. Vergleichen Sie in einem weiteren Schritt ihre Hände mit den Händen einer anderen Person.*

- Wo sind Unterschiede?
- Wie fühlen sich Ihre Hände, wie die Hände des anderen an?

Mir erscheint es von hoher Bedeutung, daß Pflegende ihre eigenen Hände sehr schätzen und mögen. Eine Pflegende, die ihre Hand nicht mag, wird wenig Bewußtsein in dieser haben. Das heißt, sie wird wenig mit ihren Händen wahrnehmen können, da sie vermeidet, ihr Bewußtsein in ihre Hände zu legen. Sie wird eher geneigt sein, einen Patienten härter oder zu flüchtig zu berühren.

Pflegende mit einem Muskeltonus eines Bodybuilders in der Hand (Sie alle kennen solche Menschen, man gibt ihnen nicht gerne die eigene Hand, da man befürchtet, sie evtl. nicht heil zurückzuerhalten), verfügen über einen so hohen Muskeltonus, daß sie z. B. ein Muskelzittern des Patienten mit ihrem Tonus überdecken oder anatomische Gegebenheiten des Patienten "wegdrücken".

Im Vergleich dazu gibt es Menschen mit einem völlig flachen Muskeltonus. Sie kennen sicherlich ebenfalls solche Menschen, die einem wie ein "Waschlappen" die Hand geben. In diesem Fall ist es ebenfalls sehr schwierig, die Befindlichkeit des Patienten mit einer solchen Hand zu erfassen. Der Pflegende mit einem reduzierten Handtonus hängt eher an dem Patienten oder neigt zu nur flüchtigen und punktuellen Kontakten. Diese Hand hinterläßt keinen Eindruck.

Übung

Setzen Sie sich zu viert in einen Kreis und vergleichen durch das genaue Abfühlen die Hände untereinander, bis Sie den Eindruck haben, Sie würden die Hände auseinanderhalten können. Lassen Sie sich von jedem Gruppenmitglied die Hand geben. Nun schließt ein Gruppenmitglied die Augen. Geben Sie diesem immer eine andere Hand. Lassen Sie ihm herausfinden, welche Hand er gerade in den Händen hält. Jedes Gruppenmitglied sollte diese Übung wiederholen.

Der Händedruck ist oftmals biographisch "erarbeitet". Es lohnt sich hier für jeden einzelnen nochmals nachzuvollziehen, ob die **Stärke des Händedrucks ihm eine Information auch darüber gibt, wie er sein Leben "anfaßt"**.

Innerhalb der Ausführungen werden immer wieder Bezüge zu diesen Anforderungen hergestellt und Beispiele gegeben.

**Analyse der Ausgangssituation**

In einem ersten Schritt muß geklärt werden, welche Wahrnehmungsfähigkeiten dem Patienten möglich sind und wie er auf die Stimulation reagiert.

Dazu bedarf es einer gezielten Analyse. Neben dem Erfassen möglichst umfassender biographischer Hintergründe muß auch der aktuelle Zustand des Patienten besprochen werden. Eine große Hilfe sind hierbei die Angehörigen, die uns Pflegende über Vorlieben und Abneigungen des Patienten informieren können. Um eine klare Ausgangsbestimmung vornehmen zu können, empfiehlt es sich, gezielte Stimulationen mit dem Patienten durchzuführen, wobei eine Pflegeperson den aktiven Teil übernimmt und eine weitere (noch günstiger ein Familienangehöriger oder Freund des Patienten) beobachtet, ob der Patient Reaktionen zeigt.

Da nicht klar ist, wie und wo sich eine Antwort auf die Stimulation zeigen wird, bedarf es einer konzentrierten Beobachtung. Manchmal ist eine Reaktion im Gesicht zu sehen, z. B. das Verziehen des Mundwinkels oder ein Augenlidzucken, aber es kann auch sein, daß der Patient mit einer Zunahme des Muskeltonus reagiert. Gerade bei den ersten gemeinsamen Aktivitäten hilft die Unterstützung durch einen Beobachter. Ich habe bisher die besten Beobachter in den Angehörigen gehabt. Sie stellten wesentlich differenzierter Reaktionen fest. Sicherlich hängt dies auch mit dem Interesse des Angehörigen am eigenen Angehörigen zusammen.

Bei den Reaktionen können wir globale und differenzierte erkennen.

Globale Reaktionen äußern sich nicht lokalisierbar auf den Reiz, z. B. wird der Patient von Ihnen am Arm berührt, und er reagiert mit einer kompletten Erhöhung des Muskeltonus am gesamten Körper oder mit Zunahme der Herzfrequenz etc.

Eine **differenzierte Reaktion** läßt den Zusammenhang zwischen dem Reiz und der Reaktion deutlich werden, z. B. der Patient wird am Arm berührt, und er versucht seinen Arm zu bewegen, oder bei dem Patienten sollen die Zähne geputzt werden, und er verschließt den Mund und reagiert nicht mit einem kompletten Tonusanstieg des gesamten Körpers.

**Integration Angehöriger in die Pflege**

Die Krankheit, und besonders die plötzlich auftretende Erkrankung, versetzt häufig die Familie in einen Schockzustand. Das frühe, konkrete, aktive Einbeziehen der Familienmitglieder in die Förderung des geliebten Angehörigen oder Freundes verhilft ihnen zur Wiedergewinnung ihrer Reaktionsfähigkeit und Verarbeitung des Ereignisses.

Sie sind nicht zu einem erzwungenen "Nicht-helfen-Können" verurteilt, sondern haben die Möglichkeit, sich dem Angehörigen erfahrbar zu machen und ihm konkret zu helfen. Damit ist jedoch nicht ein blinder Aktionismus gemeint, sondern eine behutsame Hilfe bei der Unterstützung der Bewältigung des Verlustprozesses.

Pflegende müssen gerade bei der Einbeziehung von Angehörigen in den Förderungsprozeß diese mit in ihre pflegerische Beobachtung einbeziehen. Besonders Frauen neigen wohl eher dazu, sich in der Begleitung des Angehörigen zu verausgaben. Ich selbst mußte auch schon Angehörige zur Reduzierung ihrer Aktivitäten bitten und sie in "Urlaub" schicken, bevor sie sich völlig verausgaben!

### Pflege durch eine Pflegeperson

Bei der Durchführung der Pflege schwerstkranker Menschen wird es mir immer mehr deutlich, wie notwendig es ist, daß die Pflege von einer Person und nicht von zwei Pflegenden durchgeführt wird.

Der Patient muß sich auf eine Stimme, auf einen Körper und ein Paar Hände einstellen können. Wird er, so wahrnehmungsbeeinträchtigt wie er ist, von mehreren Menschen gleichzeitig angefaßt, steigert dies nur die Störungen bzw. fördert es Desorientierung, Irritation und ein Rückzugsverhalten.

Häufig neigen wir dazu, die Pflege eines schwerkranken Menschen zu zweit durchzuführen. Dieses Verhalten wurde über Jahre bewußt forciert unter dem Gesichtspunkt "rückenschonende Arbeitsweise". Dabei geriet es völlig außer Betracht, daß es inzwischen genügend Erkenntnisse gibt, wie rückenschonend (siehe auch: Kinästhetik - Bewegen durch Berühren, F. Hatch, et al., 1991) und bewußtseinsfördernd man gleichzeitig arbeiten kann. Besonders problematisch wurde es dann, wenn z. B. ein Patient von zwei Pflegenden gleichzeitig gewaschen wurde (der eine wäscht, der andere trocknet ab - fast wie beim Geschirrspülen). Dabei geht weder die Rechnung auf, daß es schneller, ökonomischer sei, noch ist die Arbeit qualitativer. Sie müssen es unbedingt an sich spüren, wie es ist, wenn zwei Menschen gleichzeitig an Ihnen arbeiten. Beide haben eine andere Art, sie zu berühren und zu halten. Es ist jedoch auch nicht mehr möglich, sich bei der gleichzeitigen Aktivität auf eine Wahrnehmung einzulassen.

### Übung

*Schließen Sie Ihre Augen und lassen Sie Ihre Hände und Arme gleichzeitig von zwei verschiedenen Personen "trocken" waschen (einer links, einer rechts). Versuchen Sie, sich auf Ihr Gefühl zu konzentrieren. Gibt es Unterschiede? Ist das gleichzeitige "Waschen" beider Arme angenehm?*

Bei der basalen Stimulation ist es deshalb erforderlich, daß Sie möglichst konzentriert **allein** mit dem Patienten arbeiten. Eine zweite Pflegende oder ein Angehöriger kann sicherlich still dabei sein und kann nur bei den notwendigen Handgriffen mithelfen.

### Zeit - die ständige Frage

Wieviel Zeit wird benötigt? Da wir gerade jetzt über wenig Zeit verfügen, ist es notwendig, die aufgewandte Pflegezeit sinnvoll einzubringen.

Für uns erschien es daher am sinnvollsten, die basale Stimulation in die Pflegehandlungen zu integrieren (z. B. in die Ganzkörperwäsche oder Mundpflege).

Primär wird davon ausgegangen, daß der Patient **2 x täglich je 20 Minuten** gezielt stimuliert werden soll. Diese 40 Minuten finden bei uns in der Pflege Eingang. Darüber hinaus ist es sinnvoll, mit den Angehörigen ein gezieltes Förderungsverhalten abzusprechen. Erfahrungsgemäß ist es besonders bei schwerkranken Menschen nicht länger als 20 bis 30 Minuten durchgängig möglich, konzentriert einer Stimulation folgen zu können.

Gerade mit Angehörigen muß in diesem Zusammenhang immer wieder gesprochen werden. Sie würden häufig gerne das Familienmitglied lange und ständig stimulieren, damit dieses "endlich" eine Reaktion zeigt. Immer wieder treffe ich dabei auch auf die Vorstellung, daß Angehörige bei Bewußtlosen darauf hoffen, daß dieser eines Tages die Augen aufschlägt und fragt: "Wo bin ich?"

Es ist für sie sehr schwer nachvollziehbar, daß das "Wachwerden" ein langsamer Prozeß ist, wo doch der Verlust häufig schlagartig aufgetreten ist.

### Der Aspekt der Regelmäßigkeit

Ein weiteres Grundprinzip bei der Anwendung der basalen Stimulation ist das **konsequente Beibehalten gleicher Stimulationsformen über längere Zeit**. Damit wird dem wahrnehmungsgestörten Menschen überhaupt erst die Möglichkeit gegeben zu reagieren. Wird ständig das Vorgehen verändert, z. B. von Tag zu Tag oder von Schicht zu Schicht, wird eine gezielt geförderte Wahrnehmungsreaktion immer unwahrscheinlicher.

Zu dieser Absprache gehören zeitliche Festlegungen im Tagesablauf genauso wie z. B. die Art und Weise der Ansprache des Patienten.

Wie bereits sicherlich im Vorhergehenden deutlich geworden ist, ist es bei der Förderung von ausschlaggebender Bedeutung, daß sich für den Patienten bestimmte Pflegenden pflegerisch verantwortlich erklären. Das heißt, basale Stimulation erfordert Bezugspflege und muß eine "Vielgesichtigkeit" ausschließen.

Dies wird nicht immer machbar sein. Wichtig erscheint es mir aber, es zumindest dann durchzuführen, wenn es machbar ist, und es dann nicht zu verschieben.

### Dokumentation

Bei der Anwendung der basalen Stimulation ist eine kontinuierliche und systematische Dokumentation von hoher Bedeutung.

Sie ermöglicht zunächst einen Überblick darüber, was alles mit dem Patienten z. B. innerhalb von 24 Stunden geschieht. Hier kann eventuell schon deutlich werden, daß er vielleicht über- oder unterfordert ist. Weiterhin muß festgehalten werden, wie die Reaktionsfähigkeit des Patienten mit Beginn der basalen Stimulation aussah und welche Veränderungen oder Stillstände sich ergaben. Auch hier wird es erst im Zusammenhang möglich, eine Pflegeeffektivitätskontrolle oder -revision vornehmen zu können.

Besonders für die Koordination der Aktivitäten mit dem Patienten ist die systematische Dokumentation hilfreich. Immer wieder geschieht es, daß direkt nach der pflegerischen Intervention die Krankengymnasten zu den Übungen erscheinen, eventuell geht dies zu einem nahtlosen Übergang zur Visite oder zum Besuch von Angehörigen über. Je besser die Koordination, umso größer ist die Chance des Patienten, mitmachen zu können. Besonders für Angehörige erscheint mir die gezielte Dokumentation eine große Hilfe. Je länger das Krankheitsgeschehen dauert, umso eher kann der Eindruck bei ihnen entstehen, es würde zu wenig mit ihrem Familienmitglied unternommen. Eine Dokumentation kann "etwas" helfen, den gesamten Umfang der Pflege und Therapie deutlich zu machen. Sie ersetzt allerdings nicht das Gespräch und das Vertrauen.