

## Basale Stimulation in der Intensivpflege Pflege als Basis zur Kommunikation

Von Peter Nydahl

Erschienen in: "Pflegerische Zeitschrift" 4/99, Kohlhammerverlag, Stuttgart 1999

---

Eine ältere Dame, Ende sechzig, Meningoencephalitis, zwei Wochen lang komatös, in der Aufwach- und Regenerationsphase auf einer neurologischen Intensivstation. Sie öffnete die Augen, konnte sich sonst kaum und nur in Ansätzen bewegen, runzelte häufig die Stirn, schien pflegerische Tätigkeiten nicht zu verstehen und hatte allgemein eine eher schlechte Akzeptanz dafür. Verbalen Aufforderungen (machen Sie mal den Mund auf) kam sie nicht nach.

Zur besseren Orientierung und zur Aktivierung mobilisierte ich die Patientin zum ersten Mal unter kinästhetischen Prinzipien in einen Lehnstuhl. In dieser Position könnte auch eine Mundpflege (bei dieser Patientin schwierig) gut möglich sein. Ich führte einen Becher mit Kamillentee an ihre Lippen, forderte sie auf, den Mund zu öffnen und sich den Mund auszuspülen. Sie kooperierte nicht, schloß die Lippen nur noch fester, als ich sie dort berührte. Sie schien nicht zu verstehen, warum ich diese Handlung an ihr durchführen wollte, schien den Sinn und Zweck nicht zu begreifen.

Was ging in ihr vor? Wie erlebte sie diese Situation? Warum konnte sie nicht 'mitmachen' und wie konnte ich mit diesem Menschen kommunizieren?

Um diese Situation verstehen und mögliche therapeutische Ansätze entwickeln zu können, betrachten wir an dieser Stelle das Konzept der Basalen Stimulation.

Wir holen ein bisschen aus ...

Basale Stimulation ist ein Konzept zur Förderung, Pflege und Begleitung schwerstbeeinträchtigter Menschen. Es wurde in den 70er Jahren von dem Professor für Sonderpädagogik Andreas Fröhlich in Zusammenarbeit mit schwerst geistig und körperlich mehrfach behinderten Kindern entwickelt und 10 Jahre später zusammen mit der Krankenschwester und Diplompädagogin Christel Bienstein in die Erwachsenenpflege übertragen (Bienstein, Fröhlich 1997).

Fröhlich hat nach neuen Kommunikations- und Förderungsmöglichkeiten für schwerstbeeinträchtigte Menschen gesucht. Er ging dabei von einem für die damalige Zeit radikalen Ansatz aus. Er hat versucht für schwerstbehinderte Kinder, die als nicht mehr entwicklungsfähig und förderungswürdig galten, eine *positive* Definition zu formulieren. Selbst stark wahrnehmungsgestörte Kinder zeigen prinzipiell viele verborgene Fähigkeiten, fanden bislang aber nur wenig Beachtung: sie sind in der Lage, elementare Prozesse aufrecht zu erhalten (Kreislauf, Verdauung u.s.w.); in neuen Situationen unter extrem schlechten Bedingungen zu überleben (z.B. nach Verlegung); sich aktiv vor Dysregulation zu schützen (durch selbstgesuchte Techniken wie z.B. psychomotorischer Rückzug, Stereotypien dies ist eine *aktive* Leistung!); körpernahe Wahrnehmungen aufzunehmen und zu vermitteln (z.B. spezifische Berührungen); mit dem Körper zu kommunizieren (Atmung, Pulsfrequenz, Muskulatur); glücklich oder zufrieden zu sein oder auch zu leiden. Fröhlich hat erfolgreich entdeckt, dass diese Kinder durchaus kommunikationsfähig sind, nur muss diese neue Form der Kommunikation die soziale Kompetenz der Kinder ernstnehmen, *ihre* Fähigkeiten zur Kommunikation nutzen und die Kommunikation selbst muss bekannte Informationen beinhalten. So hat er zum Beispiel einem tetraspastischen Kind die Körpergrenzen mit einer Stoffwindel erfahrbar gemacht. Dies geschah behutsam und in Interaktion mit dem Kind, sodass das Kind nicht überfordert wurde, sondern in einer Art und Weise, die lockend-spielerisch und doch im wahrsten Sinne des Wortes sensationell geschah. Für dieses Kind war dies eine ausgesprochen angenehme Erfahrung, es erkannte die Information der körperlichen Beschaffenheit wieder, fühlte sich trotz schwerer Einschränkung ernstgenommen und akzeptiert und reagierte innerhalb *seiner* Möglichkeiten mit Aufmerksamkeit, durch ein Nachlassen der Spastik, eine vertiefte Atmung, ein Seufzen - wie sonst kann so ein Kind diese kommunikative Erfahrung beantworten? (Fröhlich 1998)

Fröhlich hat zusammen mit seiner Kollegin Ursula Haupt ein Modell zur ganzheitlichen Kommunikation entwickelt, das folgende Aspekte berücksichtigt (Fröhlich 1998): Wahrnehmung, Sozialerfahrung, Kognition, Gefühle, Bewegung und Körpererfahrung.

Diese Aspekte der Kommunikation stehen in wechselseitiger, sich beeinflussender Beziehung und Entwicklung.

## Kommunikation



Das Bild der Großmutter und ihrem Enkel verdeutlicht dies: der Kleine wird ohne Frage mit seiner Großmutter kommunizieren können, beide verwenden bekannte Informationen, nehmen sich ernst und akzeptieren sich als Kommunikationspartner, nutzen gemeinsame Kommunikationswege. Der Enkel wird dabei deutlich wahrnehmen, wie seine Oma mit ihm spricht und spielt; er sieht, hört, riecht und spürt sie, kann sich gleichzeitig wahrnehmen und kommunizieren. Er macht eine grundlegende Sozialerfahrung, erfährt ein Gegenüber und dadurch kann er seine eigene Identität entdecken. Er erweitert seine Kognition, lernt dazu, macht Erfahrungen, lernt, was er darf, was er nicht darf. Er fühlt sich sicher, akzeptiert, geliebt und ist deshalb in der Lage, sich zu bewegen, mit Mimik und Gestik zu spielen, auszuprobieren und setzt dazu seinen Körper ein, ja erfährt eine differenzierte Körpererfahrung, wenn er auf dem Schoß seiner Oma sitzt und nahen Kontakt hat.

Der Enkel wird diese Aspekte in den folgenden Jahren bis ins hohe Alter immer weiter ausdifferenzieren, genauso wie es seine Großmutter getan hat und immer noch tut, wie es jede/r von uns bis zum Lebensende tut.

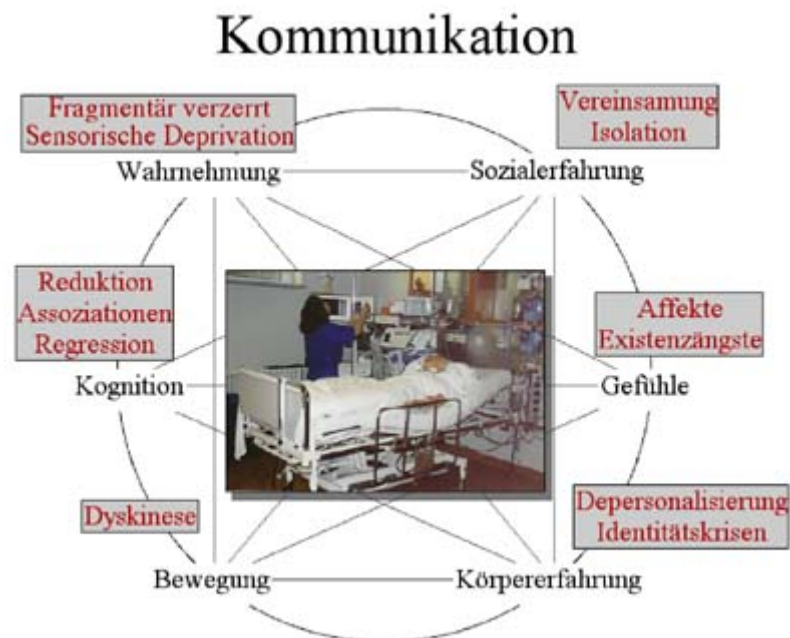
Was aber geschieht, wenn ein Mensch eine schwere Erkrankung, ein Trauma erleidet, dem persönlichen und sozialen Umfeld entrissen ist und auf der Intensivstation liegt? Es kann hier durch die Erkrankung und durch den Krankenhausaufenthalt selbst (!) zu schweren Kommunikationsstörungen kommen, die eine Kommunikation mit dem betroffenen Menschen und schließlich auch die Interaktion schwierig bis unmöglich machen (Fröhlich 1995). Die Erkrankung, der plötzliche Unfall, das lebensbedrohliche Trauma können die einzelnen Aspekte der Kommunikation nachhaltig beeinträchtigen, wie zum Beispiel die Körpererfahrung durch verschiedenste Katheter, die Gefühle durch das Erleben einer lebensbedrohlichen Situation u.s.w. Es entstehen vermeintliche Desorientierungen und Verwirrheitszustände, die den weiteren Genesungsprozeß verlängern und eine Rehabilitation unmöglich erscheinen lassen (Buchholz, Gebel-Schürenberg, Nydahl, Schürenberg 1998).

Der Aspekt der Wahrnehmung kann nicht nur durch die Erkrankung, sondern auch durch den Aufenthalt im Krankenhaus mit seiner reizarmen oder oft auch überfordernden und stressigen Atmosphäre gestört werden. Informationen werden nur teilweise, bruchstückhaft, undeutlich oder auch verzerrt wahrgenommen. Aus der Stimme einer Schwester wird die Stimme einer Bekannten, die Schwester wird in ihrer Person verwechselt. Die Umgebung, die intensivmedizinischen Geräte können nicht

verstanden und eingeordnet werden, mitunter wird ihnen eine andere Bedeutung beigemessen: das Sauggeräusch der Hämofiltration wird zur Melkmaschine aus dem häuslichen Kuhstall, das Gluckern der Beatmung zu einem fließenden Bach, das Liegen auf einer Weichlagerungsmatratze zu einer Schiffsreise; in den anderen Sinnesbereichen kann es zu ähnlichen Fehlinterpretationen kommen. Die zusätzliche reizarme Umgebung kann schließlich in eine sensorische Deprivation führen, einem Zustand, in dem Patienten immer undifferenzierter wahrnehmen können (Bienstein, Fröhlich 1997).

Die Sozialerfahrung verändert sich. Die oft funktionalen Handlungsaufforderungen bedeuten keine echte Anteilnahme oder orientierende Kommunikation, sondern fördern nur die Missverständnisse. Die vertrauten Bezugspersonen sind fort, und viele Patienten reagieren (als Selbstschutz) darauf mit einer aktiv gewählten Isolation, sie kapseln sich ab, um diesen Zustand aushalten und überstehen zu können (Zieger 1996).

Die sensorische Deprivation und die Isolation führen häufig zu einer reduzierten kognitiven Leistungsfähigkeit, die Patienten beginnen, assoziativ und für Außenstehende sprunghaft zu denken. Sie können zusätzlich in frühere Entwicklungsstadien regredieren und entsprechende Denk- und Verhaltensmuster zeigen. Dies kann so weit gehen, dass früher Erlebtes wieder als Wirkliches erfahren wird und die Patienten nun auch zeitlich desorientiert werden (Nydahl, Bartoszek 1998).



Die Gefühle sind affekthaft und werden unmittelbar erlebt. Ebenso wie im sprunghaften Denken können die Patienten ein Wechselbad der Gefühle erleben. Allerdings sind die von Patienten im Nachhinein berichteten Gefühle all zu oft von einer bedrohlichen bis lebensbedrohlichen Qualität (Hannich 1994; Hannich, Dierkes 1996).

Diese Faktoren führen oftmals zu Koordinationsstörungen (Neander et. al. 1996), zur Dyskinese. Bewegungsmuster, die früher einmal automatisch abliefen, zeigen plötzlich nicht mehr den gewünschten Erfolg: eine Geste wird missverstanden, ein Drehen auf die Seite führt zu einem aus dem Bett fallen. Fremdheit im eigenen Körper entsteht. Die Körpererfahrung kann durch die undifferenzierte Wahrnehmung habituiert werden, es entstehen Mißempfindungen, der Körper kann verzerrt wahrgenommen werden. Sogar körperfremde Objekte wie die Matratze oder Zu- und Ableitungen können mitunter in das eigene Körperbild integriert werden, so dass die wohlbekannte, fundamentale Sicherheit des eigenen Körpers schließlich auch verloren gehen kann. Eine elementare Identitätskrise kann die Folge dieser Kommunikationsstörungen sein. Eine Rehabilitation verzögert sich, es kann zu weiteren Komplikationen mit einem prolongierten Aufenthalt kommen.

Der Autor schätzt, dass diese Kommunikationsstörungen bei 30% der Intensivpatienten (nach einer relevanten Studie an chirurgischen Intensivpatienten) ansatzweise auftreten (Nydahl, Bartoszek 1998), dass das Vollbild hingegen nur bei schwersten Beeinträchtigungen wie dem apallischen Syndrom oder den verschiedenen Formen des Komas - hier dann bei ca. 50% (Hannich, Dierkes 1996) - auftritt.

Wir kehren zu der alten Dame zurück, die die Mundpflege ablehnte. Wir nehmen an, dass die beschriebenen Kommunikationsstörungen auch bei ihr zutrafen.

Zusammenfassend lässt sich formulieren: der alten Dame, die immer noch im Lehnstuhl sitzt, geht es nicht besonders gut.

Wichtig hierbei ist, dass die mißlungene Mundpflege nicht auf ihre "Bockigkeit" oder Verwirrtheit zurückzuführen ist, sondern vielmehr auf das missverständliche Vorgehen meinerseits, denn die alte Dame hat in ihrem Trauma gar keine andere Möglichkeit, als sich so zu verhalten.

Was können wir nun tun ? Wie kann diese Form der Kommunikationsstörung berücksichtigt und therapeutisch damit umgegangen werden ?



Bislang wurden diese Patienten abhängig von ihrer zusätzlichen Grunderkrankung vor allem *defizitorientiert* beschrieben. Versuchen wir es - genauso wie Fröhlich - mit einer *positiven* Definition schwerst beeinträchtigter Patienten:

Schwerstbeeinträchtigte Menschen sind in der Lage,

- zu fühlen und zu erleben
- körperliche Empfindungen wahrzunehmen
- mit dem Körper zu kommunizieren
- ihre Umgebung und andere Personen wahrzunehmen
- auf die Umgebung und Personen spezifisch zu reagieren
- kommunikative Potentiale zu entwickeln
- eine soziale Kompetenz zu entwickeln
- dem eigenen Leben Ausdruck zu verleihen
- Bedürfnisse zu entwickeln
- sich neuen Situationen anzupassen
- zu lernen und sich zu entwickeln

All dies trifft auch auf die alte Dame zu. Sie ist zwar nicht kommunikationsfähig, wie wir es häufig von den Patienten fordern, wenn wir sie als 'adäquat' bezeichnen, aber sie hat eine klar vorhandene kommunikative und soziale Kompetenz. Doch wie kann ein Beziehungsaufbau, eine Kommunikation und schließlich auch Pflege mit ihr strukturiert werden ?

Wir kommen hier noch mal auf Fröhlich zurück: eine Kommunikation - und damit auch Förderung - kann nur sinnvoll sein, wenn bekannte Informationen, die soziale Kompetenz und die verbliebenen Kommunikationswege der Patienten genutzt werden

(Fröhlich 1998). Bekannte Informationen können für die alte Dame auf elementarer Ebene die Grenzen des eigenen Körpers sein, die Lage im Raum, das Spüren von vertrauten Bewegungen, aber natürlich auch eine vertraute Position im Bett oder Stuhl, ein bekannter Geruch, ein bekannter Gegenstand wie zum Beispiel ein Toilettenartikel. Die soziale Kompetenz kann erfüllt werden, wenn auf das Erleben und die Wahrnehmungsfähigkeit der Patientin Rücksicht genommen wird, wenn in *ihrem* Tempo gearbeitet wird und ihr Gelegenheit gegeben wird, die Kommunikation auch zu verstehen und darauf zu antworten. Wir verstehen deshalb basal stimulierende Handlungen nicht so sehr als Maßnahmen, sondern als Angebote, denn auch dies bedeutet soziale Kompetenz: das Recht, eine Kommunikation auch ablehnen zu können.

Es müssen allerdings noch mehr Bedingungen erfüllt werden, um so eine Kommunikation zu einer Begleitung, Förderung und basal stimulierenden Pflege für die alte Dame werden zu lassen:

- Struktur
- Körper- und Umwelterfahrung
- Sinnzusammenhang
- Individuelle Normalität
- In Beziehung treten
- Begleitung und Förderung



Menschen mit derartigen Kommunikationsstörungen brauchen klare Strukturen, um durch neue Handlungsabläufe, neue Personen nicht überfordert zu werden, Erst eine klare, nachvollziehbare Struktur ermöglicht es ihr, sich auf den Ablauf einer Handlung selbst zu konzentrieren. Diese Struktur macht damit Handlungs- und Verständnispotentiale frei, die ohne eine klare Struktur nicht möglich wären. Durch das strukturierte Vorgehen ist es der Patientin möglich, sich wieder auf ihren Körper zu besinnen, diesen deutlich und ebenso klar wahrzunehmen, sie hilft ihr, sich selbst wieder in sich und der Umgebung zu orientieren. Dennoch muss die Handlung nachvollziehbar sein, sie muss einen Sinn für die Patientin darstellen, gerade, wenn sie sich in einem fremden Umfeld befindet. Dazu kann am ehesten die individuelle Normalität der Patientin berücksichtigt werden, damit sie eine Handlung oder einen Gegenstand wiedererkennen kann, eine vertraute Bewegung erkennen kann. Dies geschieht in einer individuellen Interaktion, damit die Patientin nicht überfordert oder überstimuliert wird, sondern Gelegenheit erhält, die Informationen zu verarbeiten und darauf reagieren zu können. Ja, erst dann ist sie in der Lage, selbst aktiv zu werden. Das heißt, daß zunächst der Beziehungsaufbau in Form eines voraussetzungslosen Begleitens stattfinden muss, um dann in eine Form der Förderung übergehen zu können (Nydahl, Bartoszek 1998).

Unsere alte Dame sitzt nun immer noch im Stuhl, der erste - herkömmliche - Versuch einer Mundpflege war gescheitert. Ich holte mir nun einen Stuhl und setzte mich neben sie, sprach sie noch mal an (sie bewegte die geschlossenen Augen), berührte sie klar an ihrer Schulter (sie öffnete die Augen) und bewegte mich in die Mitte ihres Gesichtsfeldes (sie fixierte mich). Ich informierte sie mit klarer Aussprache über mein Angebot, ihr die Mundpflege zu ermöglichen (sie war aufmerksam) und bewegte

danach meine Hand, die immer noch auf ihrer Schulter ruhte, sanft am Hals entlang zu ihrem Kiefer, strich systematisch von den Wangen zum Mund hin, ohne den Mund oder die Lippen zu berühren (Sie bewegte den Mund, hielt die Lippen geschlossen, fixierte mich weiter mit entspanntem, aufmerksamem Gesichtsausdruck). Ich hielt weiterhin Kontakt zu ihr über die Berührung an der Schulter, holte ihren Nachtschrank heran und entdeckte dort ihre Mundpflegelösung "Nur 1 Tropfen" und zeigte ihr diese Flasche (Ihre Augenbrauen hoben sich - Erkennen ?). In ihrem Gesichtsfeld bewegte ich mich weiter, tropfte etwas von der Lösung in ein Glas Wasser (sie verfolgte die Bewegungen). Dann glitt meine sie berührende Hand von ihrer Schulter langsam, aber eindeutig zu ihrer rechten Hand (sie blickte nach 'innen', schien nachzuspüren). Ihre Hand drückte ich klar, vertiefte ihr Spüren und hob diese dann auf den Nachtschrank, ließ sie diesen spüren und plazierte das Glas in ihrer Hand. Sie war kaum in der Lage, einen Tonus aufzubauen, schien sich aber dennoch zu bemühen, das Glas zu greifen. In einer behutsamen, geführten Bewegung hob ich ihre Hand und den Arm, beobachtete genau ihre Mimik, um erkennen zu können, wann ich zu schnell oder zu langsam war oder unangenehme Bewegungen machen könnte. Ihre Hand führte ich langsam unter ihrem aufmerksamem Blick hoch zum Mund und wenige Zentimeter, bevor das Glas die Lippen erreichte, öffnete sie diese. Ich führte das Glas, das in ihrer Hand war, ganz an die Lippen, ließ sie dieses spüren und kippte leicht das Glas. Sie nahm etwas Flüssigkeit auf, und ich spürte eine leichte Gegenbewegung in ihrem Arm und setzte den Arm mit dem Glas wieder ab. Dann bemerkte ich, dass die alte Dame sehr koordinierte Bewegungen mit der Zunge vollführte, sie spülte sich selbständig den Mund aus. Eigentlich rechnete ich damit, dass sie die Flüssigkeit runterschlucken würde, sie aber hielt inne und schien zu warten. Ich legte ihre rechte Hand ab, nahm eine Nierenschale und zeigte sie ihr, hielt diese an ihren Unterkiefer. Sie spuckte die Flüssigkeit aus, ich wischte ihr behutsam den Mund ab und wir wiederholten den gesamten Vorgang noch zweimal, wobei ich beide Male eher als Frage - ihren rechten Arm leicht anhub und genau erspürte, ob sie diese Bewegung mit ihrem Tonus unterstützen würde. Wir hatten einen Weg gefunden, eindeutig miteinander zu kommunizieren. Danach deutete sie ein Nicken an, schloß kurz die Augen (Danke ?) und wirkte nunmehr erschöpft: ein klares Signal, daß sie die Handlung beenden wollte. Sie wurde wieder ins Bett gelegt.

Die Mundpflege war nun doch möglich. Das strukturierte Vorgehen, die Körpererfahrung, das Wiedererkennen der dazu verwendeten Lösung und die damit verbundene Sinnhaftigkeit und die Interaktion machten der Patientin erfahrbar, dass sie als Person und Kommunikationspartnerin ernst genommen und respektiert wurde. Sie entwickelte neue Orientierung, *Selbstsicherheit* und war dadurch in der Lage, die Kommunikation zu erwidern und selbst aktiv zu werden.

Basale Stimulation ist keine neue Technik - es ist eine neue Form des Umgangs mit bewußtseinsgestörten Menschen. Hierbei geht es nicht um eine vermeintlich *zusätzliche* Pflege, sondern vielmehr darum, die bisherige Pflege anders zu strukturieren (Fröhlich 1996). Basal stimulierende Pflege eröffnet den Patienten wie den Pflegenden neue Aspekte des Handelns, die - nach unserer Erfahrung - viel befriedigender und sinnvoller sind. Kommunikationsstörungen können ausgeglichen werden und die Patienten dadurch effizienter gefördert werden, sie sind zufriedener und haben ein besseres Outcome. Pflegenden bietet Basale Stimulation die Möglichkeit, kreativ und individuell zu arbeiten, sie können gerade im Umgang mit Verwirrten oder bewußtseinsgestörten Patienten neue Vorgehensweisen entwickeln und sind ihrer eigenen Ohnmacht und Hilflosigkeit nicht mehr so ausgeliefert. Beiden, Patienten wie Pflegenden, wird die Möglichkeit zur individuellen Entwicklung gegeben: sie erfahren wiederholt Einzigartigkeit, Respekt und Kompetenz. Ein Zustand, der wohl nach Feierabend zu Hause normal und selbstverständlich, im Krankenhaus aber nicht immer vorhanden ist.

Fröhlich sagte einmal zu dem von ihm entwickelten Konzept: Basale Stimulation ist die Strukturierung des Selbstverständlichen.

---

## Literatur

Bienstein, C.; Fröhlich, A.: Basale Stimulation in der Pflege. Verlag selbstbestimmtes Leben, Düsseldorf 1997

Fröhlich, A.: Basale Stimulation. Pflege aktuell 7/8 '95, Fachzeitschrift des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe Eschborn 1995

Fröhlich, A.: Basale Stimulation - das Konzept. Verlag selbstbestimmtes Leben, Düsseldorf 1998

Hannich, H. J.: Beziehung und Interaktion mit Bewußtlosen. In: Bienstein, C.; Fröhlich, A. (Hrsg.): Bewußtlos. Verlag Selbstbestimmtes Leben , Düsseldorf 1994

Hannich, H. J., Dierkes, B.: Ist Erleben im Koma möglich ? Intensiv 4/96: 4-7, Thieme Stuttgart 1996

Neander, K.-D. et. al.: Der Einfluß von Weichlagerung auf die Körperwahrnehmung und -haltung. Pflege 4/96, S. 293-299, Verlag Hans Huber, Bern 1996

Buchholz, T.; Gebel-Schürenberg, A.; Nydahl, P., Schürenberg, A.: Der Körper: eine unförmige Masse - Wege zur Habituationsprophylaxe. Die Schwester Der Pfleger 7/98, Bibliomed Verlagsgesellschaft, Braun Melsungen 1998

Nydahl, P.; Bartoszek, G. (Hrsg.): Basale Stimulation - Neue Wege in der Intensivpflege. Ullstein Medical, Wiesbaden, 1998

Zieger, A.: Dialogaufbau mit komatösen neurochirurgischen Patienten. In: Lipp, Schlaegel: Wege von Anfang an. Neckar Verlag 1996

**Abbildungen aus:**

Bartoszek, G., Nydahl, P.: Basale Stimulation Gedanken und Erfahrungen in der Pflege (CD-ROM). Ullstein Medical, Wiesbaden 1998

[zurück](#)