



# **Pflegedienst in der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie**

## **Fortbildung**

### **Leitgedanken für die Pflege von Menschen im Wachkoma.**

Sibylle Böthin & Olaf Keiper

Pflegeexperten für Menschen im Wachkoma  
(Bildungsakademie für Wissenschaft im Gesundheitswesen, BaWiG Essen)

## Aufbau der Fortbildung

- **Teil 1: „bewerten“**  
**Begegnung mit Menschen im Wachkoma (O.Keiper)**  
Definition. Welche Haltung bestimmt mein Handeln?
- **Teil 2: „begegnen“**  
**Angebote zu den Sinnen (Sibylle Böthin)**  
Förderkonzept der Basalen Stimulation
- **Teil 3: „begleiten“**  
**Begegnung mit den Angehörigen (O.Keiper)**  
Phänomene, Axiom der Angehörigkeit, Freispruch

## Teil 1 „bewerten“

- **Ziele:**

**Verständnis für Wachkoma und die traumatische Lebenssituation.**

**Sprach- und Handlungsfähigkeit für die Pflegenden.**  
Wahrnehmungs- und Entwicklungsmöglichkeiten,  
Beziehungsaufbau.

## Welches Bild habe ich von Menschen im Wachkoma?

- extreme Lebensform
- Schwebezustand zwischen Leben und Tod
- hoch vulnerabel (wehr- und hilflos)
- „...der bekommt eh nichts mit!“
- Wert des Lebens?
- Lebensqualität?
- fremdartig
- bedrohlich, lösen Ängste aus
- Ohnmacht
- schlimmer Albtraum

# Was bestimmt die Haltung gegenüber Menschen im Wachkoma?

## Studie Böttger-Kessler und Beine 2002

n=8921 Fachpersonal aus Wachkomaeinrichtungen  
Ärzte, Kranken- und Altenpflege und Auszubildende

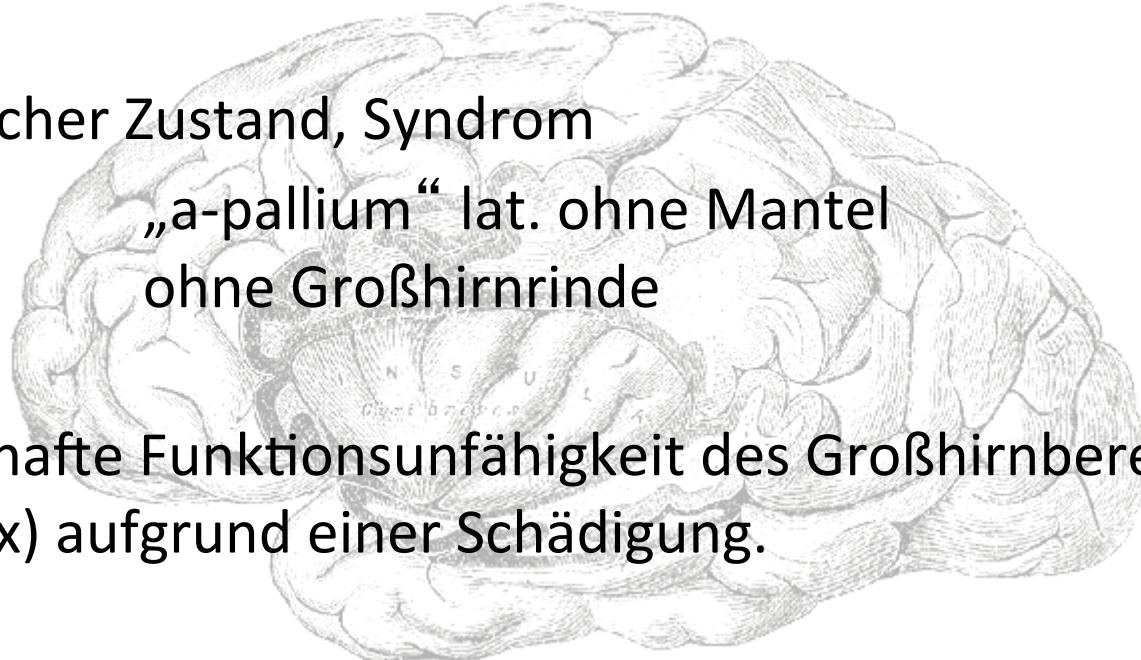
- 64,79% für aktive Sterbehilfe,
- 51,53 % der befragten Ärzte,
- 70,38 % der Pflegenden.

Zustimmung eher bei Pflegenden, Konfessionslosen, Jüngerer, Ostdeutschen und Berufsunzufriedenen.

**Fazit:** Wachkoma löst bei uns **Angst** aus und zeigt uns unsere eigene **Begrenztheit** und **Ohnmacht**.  
Wachkomapatienten wirken auf uns **bedrohlich** und **fremdartig**.

## Begrifflichkeit Wachkoma

- apallischer Zustand, Syndrom  
„a-pallium“ lat. ohne Mantel  
ohne Großhirnrinde



Dauerhafte Funktionsunfähigkeit des Großhirnbereichs (Cortex) aufgrund einer Schädigung.

- Coma vigil, frz. Sprachraum, wg. geöffneter Augen

# Tabelle: Ursachen für Wachkoma (Geremek 2009)

## Primäre Ursachen

- Schädel-Hirn-Traumata
- Hirntumore, andere cerebrale Raumforderungen,
- Hirninsulte, Ischämien,
- Subarachnoidalblutungen, entzündliche Prozesse wie Meningitis, Enzephalitis, Hirnabszess,
- akute Liquorabflussbehinderungen.

## Sekundäre Ursachen

- Kardiale Ursachen mit daraus resultierendem Blutdruckabfall, Kreislaufstillstand,
- Respiratorische Funktionsausfälle mit Störungen des Gasaustausches,
- Intoxikationen,
- Metabolische Störungen, wie Coma hepaticum, Coma diabeticum, Hypoxidosen,
- Degenerative Erkrankungen wie M. Parkinson, M. Alzheimer, M. Huntington, Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung.

## Amerikanische Neurologische Gesellschaft 1993: Wachkoma

- erhalten Spontanatmung.
- Schlaf- und Wachrhythmus.
- geöffnete Augen.
- kein Fixieren der Augen.
- keine sinnvolle Reaktion auf Ansprache oder Berührung.
- keine eigene Kontaktaufnahme zur Umwelt.



# Verkrüppelte Körperlichkeit & vegetative Stürme

(Prof. Zieger 2003)

- 
- spinalspastische Haltung (Dekortikalhaltung).
  - zurückgebeugter, übertreckter Kopf.
  - geöffnete Augen.
  - Starre, indifferente Mimik.
  - Ulnardeviation und Faustschluss der Hände.
  - Beugestreck – oder Beuge-Beuge-Spastik der Extremitäten.
  - Spitzfußbildung.
  - zentrale Dysregulation des Kreislaufes.
  - Unruhe.
  - Schreckhaftigkeit.
  - Erröten.
  - Schwitzen.
  - Tachypnoe.
  - Hypertonie.
  - Tachycardie.

# Wachkomaremissionsphasen nach Prof. Gerstenbrand 1967 modifiziert nach Zieger 2007. (Geremek 2009)

**Tabelle: Phasen der Wachkomaremission nach Gerstenbrand**

1967, modifiziert nach Zieger 2007 (Geremek 2009, S. 85)

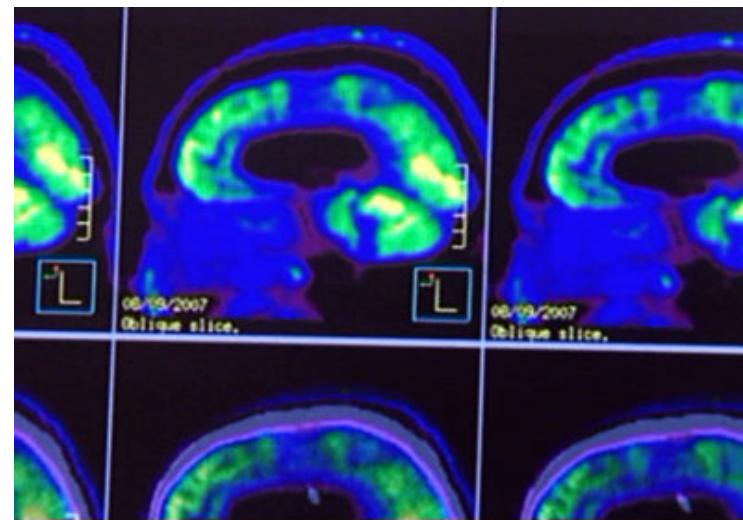
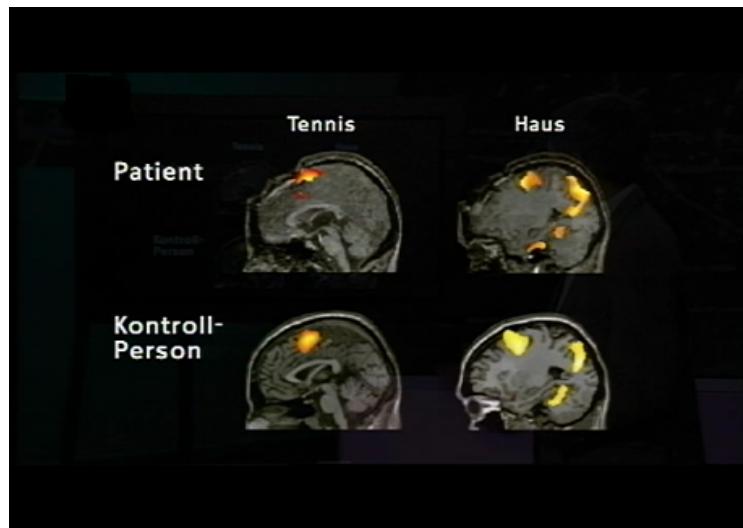
|           |  |  |
|-----------|--|--|
| Phase I   | Vollbild des Wachkomas                           | Erstes Augenöffnen mit inkonstantem ermüdungsbedingten Schlaf-Wach-Perioden, fehlende affektive Reaktionen mit Amimie, schablonen- und reflexhaften Bewegungsmustern sowie Massenbewegungen  |
| Phase II  | Stadium der Primitivmotorik                      | Beginn optischen Fixierens als erstes Zeichen kognitiven Erwachens, Umstellung der Schlaf-Wach-Periodik, angstbetontes affektives Reaktionsmuster, Differenzierung der motorischen Abwehrbewegungen  |
| Phase III | Stadium des Nachgreifens                         | Blickfolge- und Kopfwende-Bewegungen mit Erkennen von Details, erste Anzeichen bewussten Verstehens mit Entwicklung erster Verständigungsmuster/Codes mit der Umwelt, beginnende Differenzierung des emotionalen Reaktionsmusters, Motorik von gezieltem, aber wahllosem Nachgreifen sowie ersten willkürlichen Bewegungen geprägt |
| Phase IV  | Klüver-Bucy-Stadium                              | Motorik geprägt von wahllosem Ergreifen von Gegenständen, die in den Mund geführt und gebissen, besaugt und bekaut werden. Weiter kennzeichnend sind Hypersexualität, Verlust von Scham und Angst und ein euphorisch impulsives bis aggressives Verhalten. Beginnende Lautäußerungen.  |
| Phase V   | Korsakow-Phase<br>im Rahmen eines Psychosyndroms | Antriebsminderung, gestörte Orientierung und Merkfähigkeit sowie emotionelle Labilität; Motorik mit willkürlichen Bewegungen; Sprachäußerungen deutlicher und intentioniert  |
| Phase VI  | Integrations- bzw. Defekt-stadium                | Remission mit partieller oder vollständiger Reintegration in das soziale und berufliche Leben  |

## **Wachkomaremissionsphasen nach Prof. Gerstenbrand 1967 modifiziert nach Zieger 2007. (Geremek 2009)**

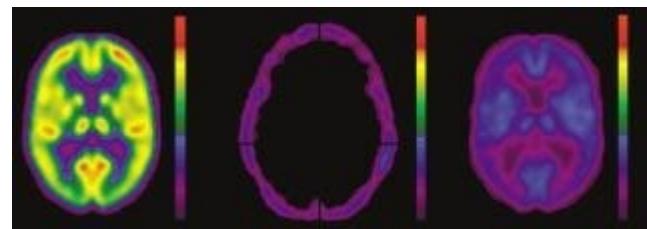
- Tabelle beschreibt die Phasen der Remission nach Gerstenbrand ab dem „Zustand Wachkoma“.  
Wachkoma kann wenige Wochen bis Jahrzehnte andauern.
- Es fehlt die Phase „Koma“, die von Gerstenbrand ursprünglich als erste Phase beschrieben wurde.
- Gerstenbrand beschreibt die neuen, zurückkehrenden Kompetenzen, nicht die Defizite!  
Er öffnet den Blick auf eine mögliche Rückbildung.  
Schwerstbehinderung bleibt wahrscheinlich.

# Paradigmenwechsel vom „apallischen Syndrom“ zu „Inseln der Wahrnehmung“.

inselförmige kortikale Aktivitäten  
die entsprechend der Ansprache oder der an den Wachkomapatienten  
gestellten Aufgabe zu erwarten waren.  
(Zieger 2003, Laureys 2006)

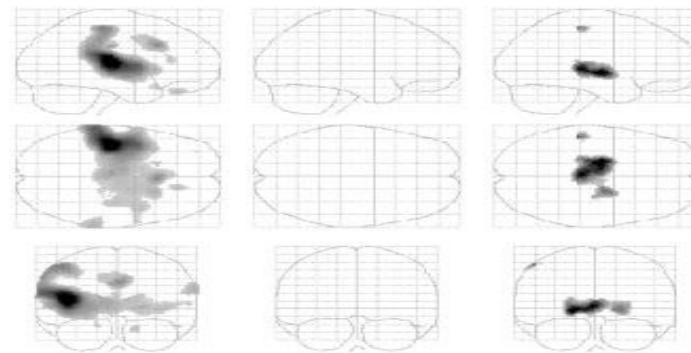


## Abbildung: Aktivität des Ruhestoffwechsels (Laureys 2006)



Bei hirntoten Patienten erscheint der Schädel durch das völlige Fehlen eines cerebralen Stoffwechsels wie leer, was einer »funktionellen Enthauptung« gleichkommt. Ganz anders bei Wachkomapatienten: Ihr Hirnstoffwechsel ist zwar massiv global um 50 Prozent reduziert, aber nicht erloschen. Die Farbskala zeigt die Menge an Glucose, die von 100 Gramm Hirngewebe pro Minute verstoffwechselt wird.

# Abbildung: Aktivität des Cortex nach Schmerzreiz. (Laureys 2006)



(a) (b) (c)

- (a) Netzwerk aktiverter Neuronen bei Schmerzreizen bei gesundem Mensch.
- (b) Bei Hirntoten ist keinerlei cerebrale Aktivität erkennbar.
- (c) Bei Menschen im Wachkoma zeigen sich gewisse Aktivitäten in tieferen Regionen (oberer Hirnstamm und Thalamus) und in der Hirnrinde (primärer somatosensorischer Cortex; roter Kreis).



**Erleben im Wachkoma**  
**Film von**  
**SCHÄDEL-HIRNPATIENTEN IN NOT e.V.**



## **Wahrnehmungsphänomene von Wachkomapatienten**

**(Zieger 2003)**

- bizarre Körperselbstwahrnehmungen.
- ozeanisches Erleben.
- Gefühl des ‚Eingeschlossenseins‘.
- Tunnelphänomene
- ‚Außer dem Körper sein‘.
- Nahtoderfahrungen.

## Was bestimmt die Haltung gegenüber Menschen im Wachkoma? (Zieger 2003)

- Ein **Mensch** wird durch seinen **freien Willen**, seines sich **selbst bewusst sein** und durch seine **Ausdrucksfähigkeit** als **Persönlichkeit** anerkannt mit **Schutzrechten, Interessen u. Menschenwürde**.  
Die Persönlichkeit zeigt sich im **Austausch mit anderen Menschen**.
- Die Haltung gegenüber Wachkoma ist geprägt durch das historisch vererbte Bild von **Wahrnehmungslosigkeit, Interaktionsunfähigkeit, Lernunfähigkeit, Chronizität und Hoffnungslosigkeit**.

## Definition und Haltung (Tolle 2000)

- „**apallisches Syndrom**“, Deutschland,  
Ausfall des Cortex → hoffnungsloses Bild.
- „**Persistent Vegetative State**“, angloamerikanisch,  
irreversibler Prozess, frei von Empfindungen,  
nicht zum Guten wendbar.
- „**prolonged postcomatose unawareness**“, international,  
gescheitert,  
prinzipielle Möglichkeit der Rehabilitation.
- „**Patient im Wachkoma**“, moderne Pflegewissenschaft,  
Durchgangssyndrom, Zeitraum nicht vorhersehbar.

## Beziehungsaufbau in der Pflege

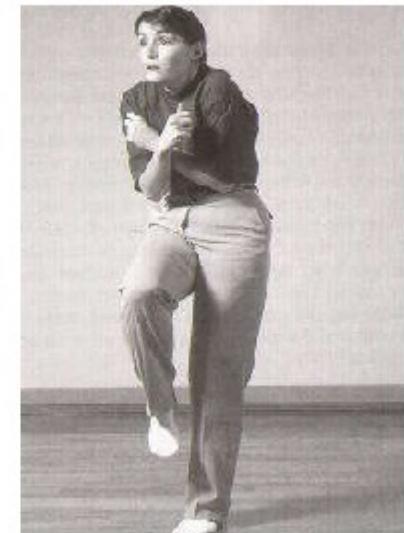
- verbale Kommunikation nicht möglich,  
Ausfall der bekannten Handlungsmuster (Miske 2010)
- neue Formen der Kommunikation: (Zieger 2003)

Verhalten, Aktionen und Reaktionen beobachten,  
mit biografischen Hintergrund interpretieren,  
dialogisch Kontakt aufnehmen,  
Körpersprache lesen mittels Intuition,  
(zurückziehen - öffnen, abwehren – wohlwollend)  
ein Verhalten „scheint durch“.

## Primitive Schutzhaltung (Prof. Zieger 2003)

wirken

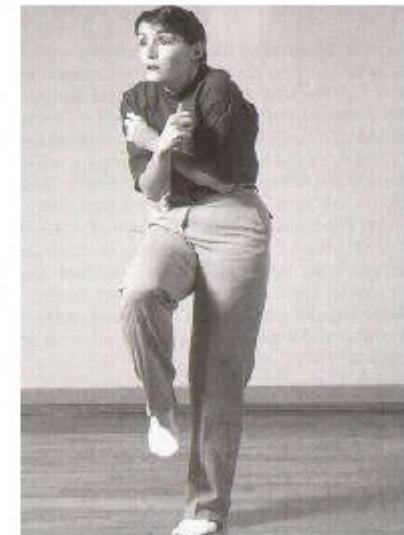
- verängstigt,
- gestresst,
- panisch,
- abwesend,
- teilnahmslos,
- schauen durch einen durch.
- Embryohaltung.



## **Primitive Schutzhaltung** **(Prof. Zieger 2003)**

psychologisches Trauma

- durch physikalisches Trauma  
„Impakt“ (Aufschlag, Einschlag)
- durch Erfahrungen in den  
Einrichtungen zum  
Heilen,  
Pflegen,  
und Rehabilitieren.



# Erste Rückbildungzeichen und biosemiologische Übersetzung (Zieger 2003)

| Pathosymptomatologie  | Biosemiologische Übersetzung (als Zeichen für „basale“ neuropsychologische Funktionen:) |
|---|---|
| • Kurzes Fixieren, Blickkontakt   | Anschauen, Orientierung, Aufmerksamkeit, Kontaktaufnahme                                |
| • Blick- und Kopfwendung auf Ansprache / Reizquelle / Objekt            | Orientierung, Aufmerksamkeit, Gerichtetetheit, Intention                                |
| • Blickfolgen, Nachschauen von Objekten                                 | Kontakt, Exploration, Interesse   |
| • Mimische Veränderungen: Angst, Missfallen, Ablehnung, Staunen, Freude | Emotionen, Gedächtnis, Erleben, Selbstaktualisierung                                    |
| • Zuwendung, Lächeln  | „Auftauen“, „Fühler ausstrecken“, sozialer Kontaktaufbau                                |
| • Angst- und Abwehrreaktion   | Selbstschutz, Abgrenzung, „Aggression“  |

## Prätherapeutische Zugänge

- Vermeidung des Rückzuges wegen Ausbleiben von Sinnesindrücken (Miske 2010).
- Die Selbstheilungskräfte mobilisieren,
- an Randzonen abholen, aktivieren, locken durch Nähe, positive Sinnesindrücke; Sinneskanäle (Zieger 2003).

### Modelle:

- Affolter, gespürte Interaktion (Psychiatrie),
- Basale Stimulation (Behindertenpädagogik),
- Therapie des Facio-Oralen Trakts nach Coombes (F.O.T.T®) (Logopädie).
- Kinaesthetics®
- Bobath (Physiotherapie)

## **Haltung bei der therapeutischen Kontaktaufnahme**

- Pflege von Menschen im Wachkoma ist Rehabilitation .
- Pflegende strukturieren die unmittelbaren Randzonen der Patienten.
- Haltung soll von Wertschätzung, einfühlendem Verstehen, Echtheit und Eindeutigkeit geprägt sein.



## **Beispiel Musiktherapie**

Musiktherapie im Haus Königsborn in Unna

**Dr. rer. medic. Ansgar Herkenrath,**  
Dipl. Musiktherapeut, Krankenpfleger

## Teil 2 „begegnen“

### **Ziele:**

- Dem Patienten helfen,  
seinen eigenen Körper, sein Körpergefühl,  
seine Körpergrenzen zu spüren,  
wieder wahrzunehmen.  
Aufbau eigener Ich-Identität.  
Kommunikation ermöglichen.
- Integration fördernder Maßnahmen in den Pflegealltag.

## Basale Stimulation

- Das Konzept der **Basalen Stimulation** geht zurück auf Prof. Dr. Andreas Fröhlich und Prof. Christel Bienstein.
- Es bedeutet, Sinnesanregungen/Wahrnehmungsangebote einfachster Art zu machen, die an der Basis die Sinne anregen, die schon pränatal bekannt sind und keine Vorkenntnisse erfordern.
- Der Patient wird angeregt und *kann* dann Re-Aktionen zeigen.
- Es richtet sich an alle Menschen mit
  - starker Wahrnehmungsbeeinträchtigung
  - Störungen der Konzentration
  - Störungen der Aktivität



**„Stimulation ist Anregung durch ein ständig verändertes Informationsangebot. Es wird ein Arrangement der Umgebung geschaffen, durch welches das Individuum selbst Lust bekommt, wieder anzufangen, sich selbst zu entdecken.“**

(C.Bienstein, A.Fröhlich, Basale Stimulation in der Pflege 1991)

Es macht Angebote zu Wahrnehmung, Bewegung und Kommunikation und nutzt die vorhandenen **Sinneskanäle**.



## Wahrnehmungsveränderungen im Wachkoma

- neurologische Schädigungen:  
Sehstörungen,  
Schluckstörungen,  
Störungen der Zungenmotorik
- verzerrtes Körperbild durch Hemiplegie
- Reizverarmung  
Reizmonotonie  
Fehlwahrnehmungen durch Immobilität

## Folgen der Wahrnehmungsveränderungen

- Fehlinterpretationen des Wahrgenommenen
- Missverständnisse
- extreme motorische und vegetative Unruhe
- Stresszustände
- extremer innerer Rückzug
- Verlust von Orientierung und Sicherheit
- schwindendes Körpergefühl / Ich-Gefühl
- Verlust der Abgrenzung zur Umwelt

# Ausdrucksmöglichkeiten des Patienten im Wachkoma

- vegetative Symptome wie:
  - Herzfrequenz
  - Atemfrequenz
  - Temperatur
  - Blutdruck
  - Schleimproduktion
  - Schweißproduktion
  - Erbrechen
- Muskeltonus wie
  - Spastiken/ Hypertonus
  - Parese/ Plegie/ Hypotonus
- Bewegungen von Extremitäten, Kopf, Augen, Mund
- Mimik
- Augenkontakt
- Lautäußerungen

# Gefahr der Reizüberflutung

Patienten im Wachkoma

- können nicht alle Eindrücke verstehen und verarbeiten
- sind schnell müde, erschöpft und überfordert

Reize:

- Pflege, Physiotherapie, Visite, Diagnostik, Besuche von Angehörigen
- laute, hektische Umgebung

Folge:

- Stressphasen
- Rückzug



## Wahrnehmungsförderung

- Erfahrung des eigenen Körpers
- Erfahrung der Körperfertigkeiten
- Aufbau der eigenen Ich-Identität
- durch bewusste Pflege  
Positionierung  
Bewegung

## Kontaktaufnahme

mit einem in der Wahrnehmung stark beeinträchtigten Patienten:

- über das **Hören** (Fernsinn):  
Der Patient wird mit seinem Namen angesprochen.
- über das **Sehen**:  
Wir treten in das Gesichtsfeld des Patienten und suchen den Blickkontakt.

## Initialberührung

- **Begrüßungsritual** wie das Händeschütteln im Alltag.  
Zu Beginn und Ende der Pflegemaßnahme.  
Botschaft: „Du bist jetzt gemeint!“
- **Berührung:** zentrale Körperstelle,  
z.B. Schulter, Brustkorb, rumpfnah,  
an der nicht paretischen Seite.  
Bei unruhigen Kopfbewegungen: Stirn oder Kopf.
- Es bleibt für jeden Kontakt die **gleiche Stelle** für den einen Patienten.
- Angehörige haben ggf. eigene Rituale.
- Infoblatt am Bett: Stelle der Intitialberührung.
- **Ziele:** sich angesprochen fühlen, bessere Orientierung,  
Sicherheit und Vertrauen.

## Qualität der Berührung

Gute Qualität bedeutet:

- eine flächige Berührung mit der ganzen Hand,
- anhaltend, mit mittelstarkem Druck,
- mit ruhiger, langsam-fließender Bewegung,
- klar und eindeutig,
- deutlich beginnend und endend.
- Berührungen lösen immer Gefühle aus, die ganz subjektiv bewertet werden.

# Therapeutische Möglichkeiten in der Pflege

- Pflege ist Rehabilitation.
- Rahmenbedingungen bieten nur begrenzte zeitliche Ressourcen.
- Möglichkeit:  
Integration der rehabilitativen Maßnahme in die Grundpflege;  
bewußte und gezielte Durchführung.

## Mögliche zeitliche Aufteilung

im Frühdienst:

- Mundpflege
- Gesichtsstimulationen
- ggf. Tracheostomapflege nach Standard
- ggf. orale Angebote, Essversuche

im Spätdienst:

- Mundpflege
- Kornährenfeld-Übung®
- ggf. Musikangebote  
(falls kein Besuch anwesend ist)
- Ausstreichungen von Armen und Beinen.

im Nachtdienst:

- Ganzkörperwäsche,  
beruhigend mit vibrotorischem Schaukeln  
der Arme und Beine.

## **Beispiel: Beruhigende Waschung zur Nacht**

### **Ziel**

- Entspannung des Patienten
- Reduzierung von Unruhe
- Wiederherstellung von Körperbewusstsein/- form
- Sich – Wohlfühlen

### **Durchführung**

- körperwarmes Wasser
- in Haarwuchsrichtung waschen
- erst Stamm, dann Arme und Beine  
vom Körperstamm zu den Händen und Füßen
- in möglichst ruhiger Umgebung

## **somatisch:**

Die Förderung des Körperbildes findet statt durch

- modellieren der Körperform
- das betonte Ausstreichen der Finger- und Zehenspitzen
- das Betonen der Gelenke mit stärkerem Druck
- das Umfassen der Extremitäten, um das Runde zu betonen; dazu kann man mit 2 Waschlappen oder 1 Handtuch waschen und mit beiden Enden des Handtuchs gleichzeitig in fließender Bewegung trocknen
- das Verwenden etwas rauerer Materialien; z.B. Frottee zur kräftigeren Stimulation; man kann eventuell auch mit einem Socken des Patienten waschen

## **vestibulär:**

Die Körperlage des Patienten im Raum, der Gleichgewichtssinn werden stimuliert:

- Lage- und Positionsveränderungen können angebahnt werden durch leichte, passive Kopfbewegungen, wie z.B. die Kornährenfeld-Übung®.
- Aktivierung des Patienten kann stattfinden durch Aufrichten des Oberkörpers, damit er das Geschehen überblicken kann. Das Sitzen beim Waschen kommt der normalen Position des Stehens beim Waschen oder Duschen näher.
- Drehungen beim Waschen oder Betten können angebahnt werden, indem zuerst der Kopf, anschließend der Körper spiraling gedreht wird. Leichte Schaukelbewegungen des Rumpfes oder Beckens können eingeflochten werden.

# Kornährenfeld - Übung KÄF-Ü®



- **Entwicklung :**  
DGKP Johann Rannegger 1997  
Kursleiter: „Basale Stimulation® in der Pflege“  
Der Name Kornährenfeld-Übung® entstand durch die Ähnlichkeit einer Kornähre, die sich im Winde bewegt.
- **Beschreibung der Kornährenfeld-Übung®**
- Das Gleichgewichtssystem ist für den Menschen von größter Bedeutung, da es durch Einschränkung in diesem System zu schwerwiegenden Folgen kommen kann.
- Bei einer Erkrankung des Systems, oder nach längerer Bettlägerigkeit, kann es zu einem Zusammenbruch kommen. Bettschwäche/ Bettensyndrom sind die Folge.
- Es bedarf für den Menschen, größte Anstrengung und einen hohen Zeitaufwand, um die Gleichgewichtserhaltung wieder herzustellen.

# Kornährenfeld – Übung®

## **Indikation:**

- nach längerer Bettlägerigkeit (um den 5. Tag)
- bei Bewegungseinschränkung - nach Erkrankung; z.B. Insult, Mobilisierung nach Operationen
- Erkrankungen, die das Gleichgewichtssystem betreffen
- S-H-T Patienten, bei der Mobilisierung um eine Stabilisierung der Haltemotorik des Körpers zu erreichen

## **Ziel:**

- Durch eine gezielte Bewegung des Körpers, Informationen zu den Hirnnervenkernen zu leiten, um die drei Systeme, die das Gleichgewicht gewährleisten (vestibuläre, visuelle, propriozeptive), aufeinander abzustimmen.

## **Zeitaufwand:**

- 2-5 Minuten (als Therapie bis zu 10 Minuten)

## **Anzahl der Pflegekräfte:**

- 1-2 Pflegekräfte

# Kornährenfeld – Übung®

## **Besonderheiten:**

- Je länger der betroffene Mensch bettlägerig ist und je älter er ist, um so langsamer muss die Übung ausgeführt werden.
- Eine Rotationsbewegung sollte ca. 8-12 Sekunden dauern.

## **Wirkungsweise:**

- Durch die Rotationsbewegungen des Rumpfes auf die eine und andere Seite, kommt es zu einem Zusammenspiel vom vestibulären, visuelle und propriozeptiven System über die zuständigen Bahnen und Hirnnervenkerne. (z.B. M. Bechterew)

## **Übung**

- kann in Rückenlage und im Sitzen ausgeführt werden

## **vibratorisch:**

Der Körper erhält Informationen über seine Tiefensensibilität und seine Körperfülle.

- Arme und Beine können komplett in ein großes Handtuch gewickelt, angehoben und sanft geschaukelt werden. Der Patient spürt die Schwere seiner Extremitäten, das Schaukeln erzeugt Schwingungen und Vibrationen.
- Rasierer und elektrische Zahnbürste geben vibratorische Reize.

## **auditiv:**

- Beschreibung der Maßnahmen,  
aber Patient kann ggf. nicht verstehen
- Die Stimme selbst ist Klang, Tonfall, Lautstärke, Melodie
- Reizüberflutung vermeiden
- zusätzliche beruhigende Musikangebote  
nur bei starker Unruhe

*„Das Ohr kann nicht verschlossen werden!“*



## **olfaktorisch:**

Die Einbeziehung des Geruchssinns

vertraute Düfte und Gerüche anbieten: z.B.

- eigenen Pflegeartikel, Seifen, Cremes
- eigene Kleidung

„Heimatgeruch“



## **taktil-haptisch:**

- Greifen und Tasten anregen  
Waschlappen, Handtuch, Zahnbürste, Bürste, Seife, Creme  
in die Hände geben
- Zu Beginn der Ganzkörperwäsche können wir die Hände des  
Patienten in die Waschschüssel tunken,  
damit er das Wasser spüren kann.



## visuell:

Das Sehen des Patienten können wir einbeziehen:

- Patienten aufrichten, damit er sich räumlich orientieren kann
- aufrichten, damit er dem Geschehen zusehen und folgen kann
- ihm die Gegenstände in sein Blickfeld bringen
- ihm eine geführte oder unterstützende Waschung anbieten, wenn er dazu in der Lage ist.

## **Vorgehen bei der Ganzkörperwäsche**

- Beobachtung des Patienten - Wie ist er? - Was drückt er aus?
- Waschung weitestgehend allein durchführen, damit der Patient sich besser konzentrieren kann.
- Ruhige, möglichst ungestörte Bedingungen schaffen, ohne Störungen und Reizüberflutungen
- Kontaktaufnahme/ Initialberührung
- Arbeiten in angemessen langsamem Tempo, in Augenhöhe des Patienten.
- Patienten aufsetzen zur Orientierung und normalen Waschposition, ggf. Bewegungen anbahnen.
- Hände in die Wachschüssel tunken und Pflegeartikel spüren lassen, um einen Sinnzusammenhang herzustellen.

## **Vorgehen bei der Ganzkörperwäsche**

- Ganzkörperwäsche durchführen.
- Körperkontakt halten, evtl. auditiv über die Stimme
- ggf. Ausstreichungen mit Creme integrieren
- Patienten möglichst mit eigener Kleidung kleiden
- 2. Pflegeperson bei Rückenwaschen und Betten, um Sicherheit zu geben und Schmerzen zu vermeiden
- Patienten neu positionieren
- Ganzkörperwäsche mit der Initialberührung beenden
- Während der Durchführung den Patienten gut beobachten und auf ihn reagieren;  
ggf. die Waschung abwandeln oder abbrechen in Stresssituationen.

## Intimbereichpflege

- Wenn der Patient dabei mit Abwehrspannung reagiert, ist es sinnvoll die Intimpflege auszusparen und separat durchzuführen, z.B. wenn eine Reinigung nötig ist (nach Stuhlgang), damit Entspannung und Wohlfühlen nicht verloren gehen.

## oral: Mundpflege

- Im Mund treffen Sensorik und Motorik aufeinander.  
Zunge ist hochsensibel, zu fein differenzierter Motorik fähig
  - sensorische, motorisch-taktile Stimulation  
olfaktorische Stimulation (Zahnpasta)
  - Innenraum, intim, besetzt mit neg. Erfahrungen (Zahnarzt)
  - behutsame Anbahnung der Stimulation
  - Besonders wichtig bei PEG, MS oder TK
- 
- **Kein gewaltsames Öffnen des Mundinnenraumes!**

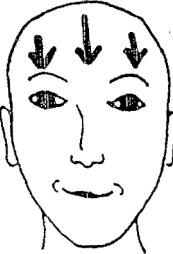
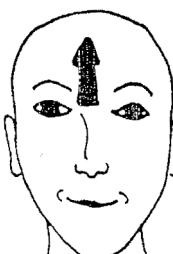
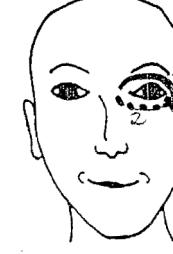
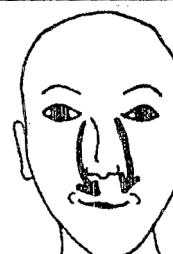
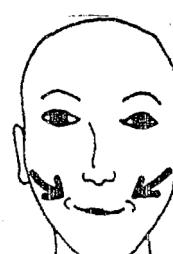
## Durchführung Mundpflege

- Pflege mit Gesichts- und Mundaustreichungen beginnen erleichtert das Mundöffnen, lockt den Patienten
- mit Schwämmchen Zähne, Zahnfleisch, Wangentaschen, ggf. Zunge und Gaumen reinigen, ausstreichen, stimulieren
- Größerer Stimulus sind herkömmliche oder elektrische Zahnbürsten (vibratorische Anreize).
- Von außen erfährt der Mundbereich stimulierende Angebote durch anbahnende Ausstreichungen und Massagen oder durch Vibrationen mittels Rasierer.
- Patient aufsetzen, alternativ Seitenlage
- Kopf stützen mit der freien Hand

## Zahnfleischmassage

- mit Zahnbürste, Schwämmchen, Komprese von innen massieren
- Wangentaschen dehnen
- Wangenbereich von außen massieren
  
- regt die Speichelproduktion an
- natürliche Reinigung im ganzen Mundraum

# Gestaltung einer Gesichtsmassage (orofaziale Stimulation)

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
|    |   |    |   |
| <p><b>M. frontalis</b></p> <p>Mit der ganzen Handfläche vom Haarsatz zu den Augenbrauen streichen.</p>  | <p><b>M. corrugator supercilii</b></p> <p>Mit beiden Daumen von der Mittellinie etwas oberhalb der Augenbrauen nach außen streichen.</p>  | <p><b>M. procerus</b></p> <p>Mit einem Daumen vom Nasenrücken in Richtung Haarsatz streichen.</p>   | <p><b>M. orbicularis oculi</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Mit dem Daumen vom inneren Augenwinkel auf dem Oberlid im Bogen weit nach außen unten.</li><li>2) Entsprechend auf dem Unterlid nach außen oben.</li></ol> |
|   |    |   |    |
| <p><b>M. levator labii superioris</b></p> <p><b>M. levator labii superioris alaeque nasi</b></p> <p>Mit beiden Daumen neben der Nase nach unten zum mittleren Drittel des Oberlippенweiß streichen.</p> | <p><b>M. levator anguli oris / M. zygomaticus / M. masseter / M. temporalis</b></p> <p>Mit der ganzen Hand beidseits von unten neben dem Mund, nach oben außen bis an den Haarsatz streichen.</p> | <p><b>M. risorius</b></p> <p>Zeige - und Mittelfinger zusammenlegen. Vom Ohr in Richtung Mundwinkel schieben. <i>Selbstausreizung</i></p> | <p><b>M. orbicularis oris</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) oberes Lippenweiß mit dem Daumen von der Mitte nach außen unten streichen.</li><li>2) Unteres Lippenweiß mit dem Daumen nach außen oben.</li></ol>          |

## Mögliche zeitliche Aufteilung

im Frühdienst:

- Mundpflege
- Gesichtsstimulationen
- ggf. Tracheostomapflege nach Standard
- ggf. orale Angebote, Essversuche

im Spätdienst:

- Mundpflege
- Kornährenfeld-Übung®
- ggf. Musikangebote  
(falls kein Besuch anwesend ist)
- Ausstreichungen von Armen und Beinen.

im Nachtdienst:

- Ganzkörperwäsche,  
beruhigend mit vibrotorischem Schaukeln  
der Arme und Beine.

## oral: Nahrungsangebote

- Tupfer oder Watteträger in Saft, Kaffee oder Nutella tränken zum Lutschen oder Saugen
- feuchte Kompressen mit Nahrungsmitteln in den Mund legen (Banane, Apfel, Leberwurst, Schmierkäse)  
förderst Schmecken, Lutschen, Zungenmotorik
- bei Patienten mit TK, MS sind Geschmacks- und Geruchssinn schwach
- Vorlieben und Geschmacksneigung erfragen



oral:

**„Anhand der Aktivität des Mundes ist die Konzentration/  
Wachheit, Schläfrigkeit oder Zunahme eines Komas  
erkenntlich. Ist ein Mensch wach und ansprechbar, bleibt  
der Mund zumeist geschlossen, die Zunge bewegt sich im  
Mundinnenraum.“**

**Je müder ein Mensch wird, desto geringer werden die  
Zungenbewegungen, häufig fällt der Unterkiefer herab, der  
Speichel läuft heraus.“**

( Nydahl/ Bartoszek, 2003, S.12)

## Basale Stimulation außerhalb der Grundpflege

### **Somatisch**

- Ausstreichungen
- ASE
- Hand- oder Fußmassagen

### **Vestibulär**

- Lageveränderungen nach kinaesthetischen Gesichtspunkten
- Spiral- und Schaukelbewegungen
- Kornährenfeld-Übung®

## Basale Stimulation außerhalb der Grundpflege

### Vibratorisch

- Vibrationen mittels Rasierer oder elektrischer Zahnbürste
- Schaukeln von Armen und Beinen in Handtücher

### Olfaktorisches

- Pflegeartikel des Patienten verwenden
- eigene Kleidung anziehen oder ins Bett legen
- eigene Gegenstände ins Bett oder die Hand geben (Kissen, Stofftiere)
- Rasierwasser oder Parfüm verwenden

# Basale Stimulation außerhalb der Grundpflege

## Auditiv

- Lautstärke im Zimmer senken!!!!
- eigene CDs in Ohrnähe abspielen (nicht direkt mit Ohrstöpseln)
- vertraute Stimme der Angehörigen (erzählen, vorlesen)

## Taktil-haptisch

- Patient verschiedene Dinge aus unterschiedlichen Materialien in die Hände geben

## Visuell

- Patienten öfter Aufsetzen
- Patienten mit Blick aus dem Fenster lagern
- beim Arbeiten am Patienten in sein Blickfeld treten
- seine Umgebung mit vertrauten Photos ausstatten
- oder mit gemalten Bildern, z.B. von Kindern oder Enkeln
- Stofftiere oder Glücksbringer ins Bett, an den Kopf oder in die Hand geben

# Literaturverzeichnis

C. Bienstein/ A. Fröhlich: Basale Stimulation in der Pflege  
Verlag selbstbestimmtes Leben - Düsseldorf, 1991

A. Fröhlich/ U. Haupt/ C. Bienstein: Fördern – Pflegen – Begleiten  
Verlag selbstbestimmtes Leben – Düsseldorf, 1997

P. Nydahl/ G. Bartoszek: Basale Stimulation  
Urban & Fischer, 4. Auflage, 2003

P. Nydahl: Wachkoma  
Urban & Fischer, 2. Auflage, 2007

G. Bartoszek: Unterrichtsscript aus der Weiterbildung „Pflegeexperten für Menschen im Wachkoma“, 2008

S. Böthin: Facharbeit zur Pflegeexpertin für Menschen im Wachkoma, 2008

J. Rannegger: KAF-Ü, <http://www.basale.at/system/anypage/index.php?opnparams=Vm5VZQZnBmQBPg>,  
zuletzt geprüft am 13.02.2012

## Teil 3: „begleiten“

- **Ziele:**  
**Sprach- und Handlungsfähigkeit für die Pflegenden und die Angehörigen.**  
Beziehungsaufbau.
- **Verständnis für die traumatische Lebenssituation der Angehörigen.**
- **Vertrauensvolle Zusammenarbeit von Pflegenden und Angehörigen ist möglich.**



## Axiom der Angehörigkeit

- „Menschen sind soziale Wesen und als solche aufeinander angewiesen.“ Mitzkat 2007
- Dem anderem im gleichen Maße Gutes zu wollen wie sich selbst.

## Wer ist ein Angehöriger?

- **Pflegende Angehörige** sind häufig Frauen als Töchter oder Partnerinnen;  
Männer eher nur als Lebenspartner.  
Pflegende Kinder. (Schnepf 2010)

Aber auch: Freunde, Nachbarn, Bekannte.

Bürgerliche Kleinfamilie - plurale, fragile Familienformen.



## Wer ist ein Angehöriger?

- letztlich immer aus der Sicht des Menschen im Wachkoma definiert,
- fernab unserer eigenen Anschauung und unserem eigenen Familienverständnis.

## Das Phänomen Störenfried

### Der Angehörige aus Sicht der professionell Pflegenden:

- „Belastung“, verursacht erhöhten Pflegeaufwand
- „störende Besucher“, nicht Angehörige
- „wollen alles wissen“
- „nerven alle“
- „stellen immer die gleichen Fragen“
- „stellen überzogene Forderungen auf“
- Abschieber, Verursacher, Schuldige und Behandlungsbedürftige

## Was passiert aus Sicht der Angehörigen?

- **Angehörige sind rat- und fassungslos beim Anblick eines Menschen im Wachkomas:**  
kein vertrauter Austausch,  
keine bekannten Handlungsmuster,  
Lebensperspektiven zerstört.
- **Angehörigen haben Hoffnung auf Heilung und Genesung.**  
Alten Zustand wieder herstellen, zumindest nicht verschlechtern.  
Ängste und Zweifel sollen verschwinden.

# **Was passiert aus Sicht der Angehörigen?**

## **Das Phänomen Medizinbetrieb**

**Angehörigen vertrauen zunächst den Akteuren im Gesundheitswesen.**

**Angehörige erlangen einen reichen Erfahrungsschatz mit den Pflegekräften:**

- Integration - Ausschluss von Pflege - strikte Besuchszeiten.
- Nutzen - Unnutzen pflegerischer Maßnahmen.  
Erfolg - Rückschritte.
- Nicht festes, wechselndes Personal.
- Nicht erreichbare oder schlecht informierte Ärzte.
- Nicht-Einbeziehung in Entscheidungen.
- Kämpfen müssen für eine bessere Versorgung.

**Vertrauen in Pflege – Abwärtsspirale – Präsenz und Kontrolle nötig.**

**Negative Erfahrung aus dem Akutkrankenhaus prägt.**

## Was passiert aus Sicht der Angehörigen?

### **Empfinden der Angehörigen:**

- Ohnmacht.
- Ratlosigkeit.
- Erschöpfung,  
können Entlastungsangebote kaum annehmen.
- Gewissensbisse. „Er/Sie braucht mich immer.“
- Schuldgefühle.

### **Wünsche der Angehörigen:**

**Qualität der pflegerischen Arbeit gilt als selbstverständlich.**

- Soziale Zuwendung.
- Individuelle Begleitung und professioneller Rat.
- Angenehme Atmosphäre.
- Eingehen auf Sorgen und Wünsche.

## Der Angehörige aus Sicht der Schwerstbetroffenen

- Anwesenheit und Begleitung durch Angehörige auf Intensivstationen wird von den Schwersterkrankten als existentiell wichtig beschrieben.  
(Schnepp 2010)
- „...hielt sie am Leben“.
- Angehörige können den Patienten eher „locken“ und Nähe geben.

## Einleitung eines Paradigmenwechsels im Umgang mit Angehörigen

- **Freispruch des Angehörigen von jeglicher Schuld.**  
(schuldgeplagt und von Schuld bestimmt)  
  
(Mitzkat 2007,  
Übertragung aus dem Umgang mit psychisch Kranken)
- Der Angehörige gehört zur Umwelt des Betroffenen,  
ist unerlässlich.
- Der Angehörige ist hilfsbedürftig und auch Ziel meiner  
beruflichen Arbeit.
- Akzeptanz der Lebensform und der Eigenarten.

# Einleitung eines Paradigmenwechsels im Umgang mit Angehörigen

- Professionelle Pflege muss sich selbst reflektieren und die Haltung zum Angehörigen stets neu ausrichten.
- Verständnis für die Situation des Angehörigen.
- Hin zum aktiven Austausch und Miteinbeziehen in die Pflege:  
förderst Vertrauen, Transparenz in die Pflege,  
neuer Zugang zum Patienten ist möglich,  
Gewinnung biografischer Informationen.
- Nicht erfüllbare Wünsche professionell, freundlich benennen.  
Ggf. andere Professionen aufzeigen.
- Akzeptanz der erworbenen, individuellen Kompetenz des Angehörigen.
- **Tragend:** Gefühl der Teilhabe am Gemeinsamen.