

BACHELORARBEIT

Basale Stimulation in der Sterbebegleitung

Medizinische Universität Graz

Palliativpflege und Hospiz

Begutachter: Mag. Dr. med. univ. Erwin Horst Pilgram

Albert-Schweitzer-Gasse 36

8020 Graz

Iris Egarter

0833127

10.07.2012

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Weiters erkläre ich, dass ich diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe

Graz, am 10.07.2012

Unterschrift: 

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	5
2	Klärung von wesentlichen Begriffen.....	6
2.1	Palliativ - Kurativ	6
2.2	Wann ist ein Mensch ein Sterbender? (ein soziologischer Ansatz).....	6
2.3	Basale Stimulation.....	7
3	Begleitung Sterbender	8
3.1	Hospiz.....	9
3.2	Bedürfnisse Sterbender.....	10
3.3	Umgang mit den Gefühlen und Bedürfnissen Sterbender	11
3.4	Stationen des Sterbens – der Sterbeprozess.....	12
4	Voraussetzungen für eine Sterbebegleitung.....	15
5	Basale Stimulation.....	17
5.1	Wahrnehmung	17
5.2	Ich Bild und Körpergefühl.....	20
5.3	Wahrnehmungsveränderungen, Wahrnehmungsstörungen bei Sterbenden	21
5.4	Beeinträchtigung durch Schmerzen.....	23
5.5	Verbale und Nonverbale Kommunikation.....	24
6	Basale Stimulation in der Begleitung Sterbender	25
6.1	Entstehung	25
6.2	Konzept.....	25
6.3	Anwendungsbereiche der Basalen Stimulation in der Sterbebegleitung.....	26
6.3.1	Somatische Stimulation.....	27
6.3.2	Taktil – haptische Stimulation.....	28
6.3.3	Vestibuläre Stimulation.....	29
6.3.4	Vibratorische Stimulation	29
6.3.5	Orale Stimulation	30

Einleitung

6.3.6	Auditive Stimulation	31
6.3.7	Visuelle Stimulation	31
7	Diskussion	33
8	Literaturverzeichnis	34
8.1	Bücher	34
8.2	Internetquellen	34
8.3	Broschüre	35
8.4	Abbildungen	35

1 Einleitung

„Du bist wichtig, weil du du bist und wir werden alles für dich tun, damit du nicht nur in Frieden sterben, sondern leben kannst bis zuletzt“. (Cicely Saunders)¹

Diese Aussage von Cicely Saunders beschreibt die leitenden Gedanken der Palliativpflege. Dem Menschen sollen würdevolle Umstände zum Sterben geschaffen werden. Der Weg dorthin soll von Angehörigen, oder professionell Pflegenden unter Berücksichtigung der Wünsche und Bedürfnisse des Sterbenden, begleitet werden.

Stimulation Sterbender? Im ersten Moment hört sich dies widersprüchlich an, da Sterben loslassen und in sich kehren bedeutet. Wir wünschen uns Ruhe und Frieden und fragen uns in diesem Zusammenhang, ob eine Stimulation bei Sterbenden nicht das Gegenteil, nämlich Erregung und ein Festklammern an der Welt bewirken würde?²

Bei Basaler Stimulation Sterbender steht jedoch die Begleitung im Vordergrund. Sterbende Menschen brauchen Nähe von anderen Menschen und wollen nicht alleine gelassen werden. Wenn Worte fehlen, oder nicht mehr ausgesprochen werden können, bietet Basale Stimulation eine Form der Kommunikation. Durch Berührungen sollen Sicherheit und Nähe vermittelt werden. Hände und Sinne werden zum Medium für Kommunikation.³

In dieser Arbeit geht es hauptsächlich um Patienten⁴, die durch eine schwere Erkrankung eher plötzlich mit dem Prozess des Sterbens konfrontiert wurden. Die Phasen des Sterbens werden beschrieben und auf die Bedürfnisse und Rechte Sterbender wird eingegangen. Diese Arbeit setzt sich auch mit einigen Ratschlägen zur Sterbebegleitung, für Angehörige und professionell Pflegende auseinander. Da die Wahrnehmung bei schwerkranken Menschen, aus unterschiedlichen Ursachen häufig beeinträchtigt ist und dies Auswirkungen auf Kommunikation, Körpergefühl und Wohlbefinden hat, ist es notwendig die Bereiche der Wahrnehmung und Wahrnehmungsstörungen zu beschreiben. Um Basale Stimulation in die Pflege umzusetzen, sind Kenntnisse über die Bereiche der Wahrnehmung von großer Bedeutung.⁵

¹ (http://www.hospiz.at/index.html?http://www.hospiz.at/dach/tod_cicely_saunders.htm) Aufruf am 25.06.2012)

² (Kostrzewa & Kutzner, 2009, p. 9)

³ (Kostrzewa & Kutzner, 2009, p. 9)

⁴ (Es wurde zumeist die männliche Form gewählt, gemeint sind jedoch ebenso Frauen und Mädchen)

⁵ (Kostrzewa & Kutzner, 2009, p. 15)

2 Klärung von wesentlichen Begriffen

2.1 Palliativ - Kurativ

Das Wort „palliativ“ (lat. *palliare* mit einem Mantel bedecken) bedeutet die Beschwerden einer Krankheit lindernd. Beispiele für den Ausdruck „palliativ“ sind: schmerzlindernd und Wärme vermittelnd.⁶

Im Gegensatz dazu steht das Wort „kurativ“ (lat. *curare* heilen). Hierbei steht die Heilung der Krankheit im Mittelpunkt.⁷

2.2 Wann ist ein Mensch ein Sterbender? (ein soziologischer Ansatz)

Es ist sehr schwierig eine genaue Definition zu geben, wann für den Menschen das Sterben beginnt. Der Soziologe Schmied unterschied in Anlehnung an Kastenbaum vier verschiedene Definitionen, wann ein Mensch als Sterbender zu betrachten ist.⁸

In der ersten Definition geht es rein darum, dass der Arzt die aussichtslose Situation erkennt und den Kranken als Sterbenden definiert, wobei der Betroffene es selbst oft noch gar nicht weiß.

In der zweiten Definition ist der Mensch ein Sterbender, wenn die Angehörigen über die tödliche Erkrankung informiert werden. Das Wissen über den bevorstehenden Tod des nahestehenden Menschen bewirkt eine Verhaltensänderung bei den Angehörigen. Die soziale Komponente ist bei dieser Definition stark ausgeprägt.

Die dritte Definition besagt, das Sterben beginnt, wenn der Patient weiß, oder ihm bewusst wird, dass er sterben wird.

In der vierten Definition wird der Zeitpunkt des Sterbens dort festgelegt, wo aus medizinischer Sicht nichts mehr für den Patienten getan werden kann um das Leben zu erhalten.⁹

⁶ (<http://www.palliativ.or.at/>) Aufruf am 21.6.2012

⁷ (<http://www.pflegewiki.de/wiki/Kurativ>) Aufruf am 21.6.2012

⁸ (Kostrzewa & Kutzner, 2009, p. 14)

⁹ (Kostrzewa & Kutzner, 2009, pp. 14-15)

2.3 Basale Stimulation

Basale Stimulation (lat. *basal* - grundlegend und voraussetzungslos, *stimulatio* – Anreiz, Anregung) ¹⁰

Es handelt sich laut Prof. Dr. Andreas Fröhlich um ein Konzept zur Förderung von Menschen in krisenhaften Lebenssituationen, in denen ihre Austausch- und Regulationskompetenzen deutlich vermindert, eingeschränkt oder dauerhaft behindert sind. Basale Stimulation ist ein bio- psycho- soziales Konzept, das eingeschränkten Menschen in unklaren Kommunikations- Wahrnehmungs- und Bewegungssituationen zur Seite stehen soll. Basale Stimulation kann als Entwicklungsanregung in den ersten Lebensphasen, sowie als Stressreduzierung für Menschen in schweren gesundheitlichen Krisen eingesetzt werden. Für diese Arbeit von besonderer Bedeutung ist die Basale Stimulation in der Begleitung Sterbender. Da die Wahrnehmung und Kommunikation am Ende unseres Lebens, aus unterschiedlichen Gründen, häufig beeinträchtigt ist, dient die Basale Stimulation als besondere Form der Sterbebegleitung und versucht auf grundlegende, einfache, primäre Bedürfnisse des Sterbenden einzugehen.¹¹

¹⁰ http://de.wikipedia.org/wiki/Basale_Stimulation, Aufruf am 04.06.2012

¹¹ Basale Stimulation: (vgl. <http://goo.gl/1ot6s>)

3 Begleitung Sterbender

Die Vorstellung der Menschen ist es, an einem vertrauten Ort der Geborgenheit und Sicherheit vermittelt sterben zu können. Sie wünschen sich mit ihren Ängsten, Sorgen und Sehnsüchten aufgenommen zu werden und nicht alleine zu sein, wenn das Gespenst „Angst“ sie in der Nacht heimsucht und die Fieberträume schreckliche Gesichter an die Wand malen. Sterbende brauchen einen Menschen, der sich um sie kümmert, der behutsam den Schweiß von der Stirn wischt, oder sanft das Kissen zurechtrückt. Sie wollen mit Respekt berührt werden und benötigen dringend eine Person die mithilft ihr Leid zu tragen, die das Schluchzen und Weinen aushält und die zuschauen kann, wie der Kampf um das Leben verloren geht, ohne daran zu zerbrechen.¹²

Begleiten kann bedeuten, dass man für gewisse Zeit einen Weg gemeinsam geht und der begleiteten Person nahe ist. Die eigenen Gefühle und Gedanken, Gesten und Worte stellen sich auf den sterbenden Menschen ein. Man lässt sich von ihm und seinem Schicksal leiten und berühren.¹³

Die Gründerin der Hospizbewegung in Österreich und ehemalige Vorsitzende von Hospiz Österreich, Hildegard Teuschl, schreibt in einer Broschüre zum Thema „begleiten bis zuletzt“ folgendes:

*„Die Begleitung eines sterbenden Menschen ist eine große Herausforderung. Die Zeit der Begleitung ist eine Zeit der Krise, der Angst und der Unsicherheit. Es gibt kein Patentrezept für die Begleitung sterbender Menschen, denn jedes Sterben ist so einzigartig wie jedes Leben.“*¹⁴

Es gibt zwar kein Patentrezept für die Begleitung, aber es besteht medizinisches und pflegerisches Wissen um die Begleitung schwerkranker Menschen zu erleichtern.¹⁵

Bei der Begleitung kommt es auf Feinfühligkeit an. Die individuellen Bedürfnisse des Patienten sollten vor der terminalen Phase besprochen werden, um eine angemessene Pflege zu ermöglichen. Sterbebegleitung kann auch ein befriedigendes und erfüllendes Gefühl auslösen, wenn man sich bewusst ist, dass man einen Menschen in einem so wichtigen Abschnitt seines Lebens begleiten durfte.¹⁶

¹² (Specht-Thomann & Tropper, 2012, p. 31)

¹³ (Specht-Thomann & Tropper, 2012, p. 33)

¹⁴ (Broschüre :Hospiz Österreich, begleiten bis zuletzt, 2007, p.2)

¹⁵ (Broschüre: Hospiz Österreich, begleiten bis zuletzt, 2007, p.2)

¹⁶ (http://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/magazin/2009_1.pdf,p.40) Aufruf, am 24.06.2012

3.1 Hospiz

Das Wort „Hospiz“ kann vom lateinischen Begriff „hospitium“ abgeleitet werden und bedeutet „Gastfreundschaft“ oder „Herberge“. Die Ableitung vom lateinischen „hospes“, was „Gast“ oder auch „Gastgeber“ bedeutet, ist ebenfalls gebräuchlich.

Bereits in der Frühzeit des Christentums bauten Mönche und später dann Bischöfe Hospize. Die Institutionen sollten Hilfesuchenden das geben was sie brauchten. Für die einen war es Erfrischung oder Stärkung, andere wiederum suchten Schutz und Geborgenheit.¹⁷

Um den schwerkranken Menschen ein würdiges Sterben zu ermöglichen, ist die Hospizbewegung, welche 1967 von der englischen Ärztin Cicely Saunders gegründet wurde, ins Leben gerufen worden. Die Hospizbewegung steht für einen selbstbestimmten Tod, was bedeutet, dass der Sterbeprozess nicht gegen den Willen des Patienten hinausgezögert werden darf. Lebenserhaltene Methoden, die nur den Eintritt des Todes hinauszögern würden, werden abgelehnt. Eine adäquate Schmerztherapie und das Behandeln von Begleitsymptomen schwerer Krankheiten, sind von großer Wichtigkeit. Wahrhaftigkeit in der Kommunikation und Respektierung religiöser und weltanschaulicher Werte sind wichtige Grundsätze, besonders in der letzten Lebensphase.¹⁸

Zum Hauptanliegen von Palliativpflege gehört: alles zu tun um die bestmögliche Lebensqualität bis zuletzt zu erhalten.¹⁹

Da jedes Sterben einzigartig ist, sollen Rahmenbedingungen für ein individuelles Sterben geschaffen werden. Ein gutes Beispiel dafür ist das Albert Schweitzer Hospiz in Graz, welches folgenden Leistungen bietet:

- Individuelle Schmerztherapie
- Linderung von quälenden Begleitsymptomen
- Ganzheitliche und individuelle Pflege
- Spirituelle und psychologische Begleitung
- Besuche rund um die Uhr
- Übernachtungsmöglichkeit für Angehörige
- Ruhe, Entspannung und Geborgenheit²⁰

¹⁷ AS Hospiz Infomappe Februar 2012: <http://www.ggz.graz.at/ggz/content/view/full/180>

¹⁸ Broschüre: Hospiz Österreich, begleiten bis zuletzt, 2007, S.2)

¹⁹ <http://www.hospiz.at/> Aufruf am 06.06. 2012

Begleitung Sterbender

Außerdem beinhaltet das Hospiz ein intensives psychosoziales, medizinisches und pflegerisches Angebot. Die Fachärztinnen und Ärzte mit Geriatrie - und Palliativdiplom stehen den Patienten rund um die Uhr zur Verfügung. Das diplomierte Pflegepersonal und PflegehelferInnen helfen den Patienten bei der Durchführung von ihren täglichen Aktivitäten, nehmen sich Zeit für Gespräche mit den Patienten und sind besonders geschult in: Basaler Stimulation, Wundversorgung, Anwendung der Aromapflege, Stomaversorgung, Verabreichung von Sauerstoff, Bedienung von Schmerzpumpen, sowie in der Anwendung und Versorgung von Butterfly und Venflon.²¹

3.2 Bedürfnisse Sterbender

Im Grunde genommen unterscheiden sich die Bedürfnisse von Sterbenden nicht von denjenigen, die sich nicht in der Sterbephase befinden. Es ist jedoch von besonderer Bedeutung, dass diese Bedürfnisse von Begleitern, egal ob es sich dabei um die Familie oder eine Pflegeperson handelt, berücksichtigt werden und dass auf sie eingegangen wird, auch oder gerade dann, wenn der Sterbende seine Bedürfnisse nicht mehr selbständig äußern kann.²²

Während zu Zeiten des Hippokrates eine Behandlung von Sterbenden verboten war, gehört dies heute zu den Rechten von Sterbenden. Sie haben das Recht über ihre Krankheit aufgeklärt zu werden, umfassende medizinische und pflegerische, psychologische und seelsorgerische Betreuung zu erhalten und auf Mitbestimmung bei medizinischen Maßnahmen, wie beispielsweise Behandlungsabbruch oder Fortsetzung der Behandlung. Außerdem dürfen sie selbst bestimmen, was mit ihrem Körper nach dem Tod passiert. Ein Sterbender darf also nie entmündigt werden, auch wenn er sich selbst verbal nicht mehr mitteilen kann.²³

Sterbende haben grundsätzlich die gleichen Bedürfnisse wie alle Menschen. Der Psychologe Maslow ordnete die Bedürfnisse von Menschen fünf hierarchischen Ebenen zu. Die Menschen streben nach Befriedigung dieser Bedürfnisse, wobei zuerst die Grundbedürfnisse zumindest teilweise erfüllt werden müssen um höhere Bedürfnisse zu erfüllen.

²⁰ <http://www.ggz.graz.at/ggz/content/view/full/180> Aufruf am 06.06.2012

²¹ AS Hospiz Infomappe Februar 2012: <http://www.ggz.graz.at/ggz/content/view/full/180>; Aufruf am 06.06.2012

²² (Kostrzewa & Kutzner, 2009, p. 48)

²³ ÖGKV: (<http://goo.gl/mVqBo>)

Begleitung Sterbender

Die folgende Abbildung zeigt die Zuordnung der Bedürfnisse Sterbender in die „Pyramide“ von Maslow. Der Begriff Transzendenz wurde zusätzlich hinzugefügt.²⁴

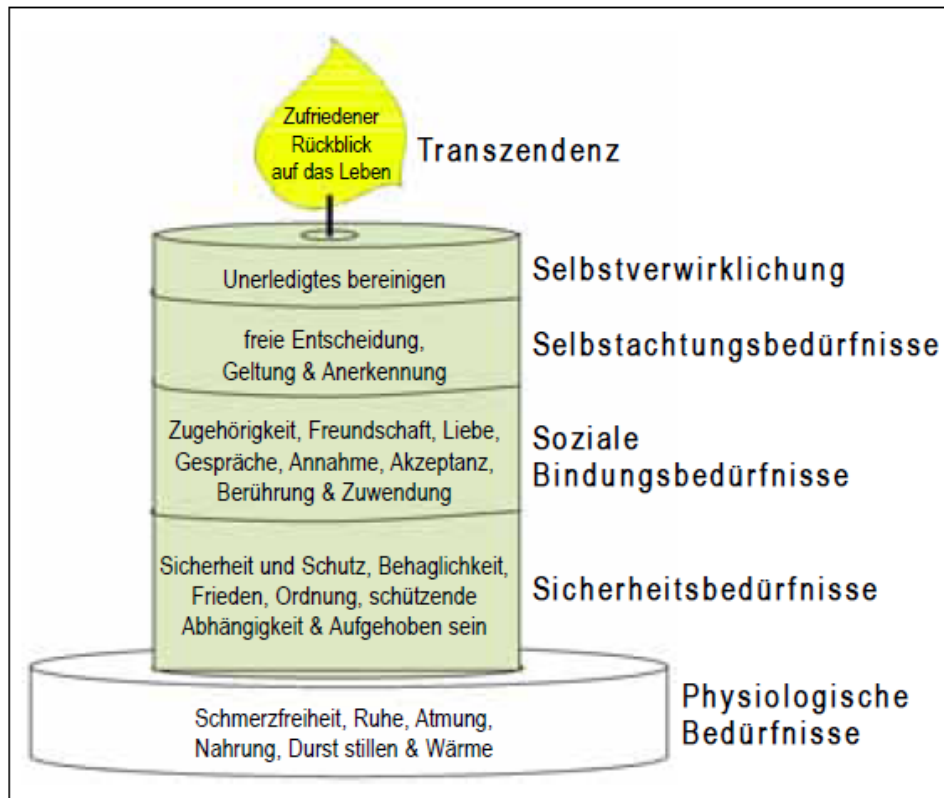


Abb. 1: Bedürfnispyramide des sterbenden Menschen²⁵

3.3 Umgang mit den Gefühlen und Bedürfnissen Sterbender

Angst

Die Angst ist ein ständiger Begleiter Sterbender. Diese betrifft einerseits die Ungewissheit wie lang die verbleibende Lebenszeit ist und andererseits die Angst vor dem Alleinsein und vor Schmerzen. In dieser Situation ist es hilfreich, wenn das Team den Patienten darüber informiert, dass nichts gegen seinen Willen getan wird und dass in der Sterbestunde ein Begleiter anwesend sein wird.

²⁴ (Kostrzewa & Kutzner, 2009, p. 49)

²⁵ (ÖGKV: (<http://goo.gl/mVqBo>, p.26)

Unglaube und Leugnen

Wenn der Patient die Frage stellt, ob er wieder gesund wird, hat er ein Recht darauf eine ehrliche Antwort zu bekommen, da er ansonsten in seinem Realitätsbewusstsein blockiert wird.

Zuhören

Selbst die Begleiter wissen nicht auf alles eine Antwort zu geben. Oft reicht jedoch ein aufmerksames Zuhören, damit der Patient seine Lebensgeschichte weitergeben kann.

Stiller Beistand

Wenn die Kraft oder der Wille zu kommunizieren nachlässt, genügt es auch nonverbal zu kommunizieren, ein Lächeln oder ein Streicheln der Hand können Sterbende noch sehr lange wahrnehmen. Die nonverbale Kommunikation spielt besonders bei der Basalen Stimulation eine Rolle, auf die ich später in meiner Arbeit noch eingehen werde.

Religiöse Bedürfnisse

Für Sterbende hat Religion oft eine große Bedeutung. In unserer Gesellschaft leben Menschen verschiedener Glaubensrichtungen. Manche sind sehr gläubig, manche weniger. Es ist die Aufgabe der Begleiter die Menschen auf ihre religiösen Bedürfnisse anzusprechen und diese so gut es geht zu erfüllen.

Berührung, Körperliche Nähe und Zuwendung

Sterbende haben wie alle anderen Menschen das Bedürfnis nach Berührung, Nähe und Zuwendung. Dieses Bedürfnis wechselt jedoch. Manchmal möchte der Sterbende eine Hand spüren, ein anderes Mal ist ihm die Berührung unangenehm und er möchte Abstand, was jedoch nicht als Mangel an Liebe verstanden werden darf. Mit diesen Bedürfnissen ist besonders behutsam umzugehen und Raum und Zeit müssen dafür geschaffen werden.²⁶

3.4 Stationen des Sterbens – der Sterbeprozess

Der Prozess des Sterbens ist mit einer Reise oder dem Betreten eines Weges vergleichbar. Die Wege können Hürden und Hindernisse beinhalten, doch am Ende gibt es ein klares Ziel: den Übergang, die Schwelle, den Tod.

²⁶ ÖGKV: (<http://goo.gl/mVqBo>, pp. 25-26) Aufruf am 31.05.2012

Begleitung Sterbender

Wenn man sich in seiner Umgebung umsieht, gibt es sehr viele Wege: steile, breite, enge, bewachsene, frisch angelegte, verwilderte und obwohl sie so verschieden aussehen, werden sie doch alle als Wege erkannt.

Im Sterbeprozess ist es genauso. Es gibt Merkmale, die bei jedem Mensch erkennbar sind und jene, die von Mensch zu Mensch verschieden sind. Wie der Mensch seinen Weg gestaltet, in welcher Geschwindigkeit er die Phasen durchschreitet ist ihm überlassen und hängt von seiner Persönlichkeit, Religion, Kultur und seiner Lebensweise ab.²⁷

So vielfältig diese Phasen oder Wege auch sein können, es gibt fünf bestimmte Stationen, die von allen Menschen passiert werden. In diesem Zusammenhang spricht man von den Sterbephasen. Das Phasenmodell stammt von der Psychiaterin Elisabeth Kübler – Ross und unterteilt sich in folgende Phasen:²⁸

1. *Nicht wahrhaben wollen, Isolierung, Verleugnung*
2. *Zorn*
3. *Verhandeln*
4. *Depression*
5. *Zustimmung*²⁹

Nicht wahrhaben wollen

Die Tatsache an einer tödlichen Erkrankung zu leiden wird verdrängt und verleugnet, was als Schutzfunktion anzusehen ist. Ein lautes, verzweifertes NEIN steht am Anfang des Sterbeweges.³⁰

Zorn

Diese Phase ist geprägt von Gefühlen wie Wut, Hass Verzweiflung und Anklage. Der Betroffene stellt sich häufig die Frage: „*Warum gerade ich?*“ Diese Zeit ist besonders schwierig für die Begleiter, jedoch sehr heilsam für den Betroffenen. Die Persönlichkeit des Betroffenen spiegelt sich in seinen Emotionen wider.³¹

²⁷ (Specht-Thomann & Tropper, 2012, p. 13)

²⁸ (Specht-Thomann & Tropper, 2012, p. 15)

²⁹ (Kostrzewa & Kutzner, 2009, p. 51)

³⁰ (Specht-Thomann & Tropper, 2012, p. 15)

³¹ (Specht-Thomann & Tropper, 2012, p. 18)

Verhandeln

Die Menschen zeigen große Bereitschaft, alles zu tun um noch ein bisschen Lebenszeit zu gewinnen. Sie versuchen durch gute Taten, oder durch erreichen wollen von Terminen – Geburt des Enkelkinds, eigener Geburtstag etc. den Tod aufzuschieben. Ein Satz in dieser Phase könnte lauten: „*Ich bin bereit alle Schmerzen auf mich zu nehmen, wenn...*“³²

Depression

Die Zeit des Verhandeln ist vorüber. Der Betroffene sieht ein, dass diese Reise seine letzte ist und entwickelt häufig Schuld- und Schamgefühle, weil er für seine Angehörigen nicht mehr da sein kann. In dieser Phase ist es wichtig letzte Dinge, wie Testament und Beziehungen zu regeln. Eine Erkenntnis in dieser Phase lautet: „*Ich weiß jetzt, dass ich sterben muss – das macht mich traurig.*“³³

Zustimmung

Die Tränen der Trauer und Verzweiflung sind geweint. Der Betroffene nimmt sein Schicksal an und kann seine Kräfte sammeln, um den Schritt über die Schwelle zu wagen. Auf dem Schild zur letzten Station könnte stehen: „*Ohne Schmerzen zu sein und mit Menschen zusammen, die ich liebe – das wünsche ich mir.*“³⁴

Dieses Phasenmodell ist vereinfacht dargestellt und läuft nicht immer linear ab. Die verschiedenen Stadien können unterschiedlich stark ausgeprägt sein. In diesem Modell werden hauptsächlich Menschen erfasst, die relativ unvorbereitet mit dem Sterben konfrontiert werden (z.B. Onkologie).³⁵

³² (Kostrzewska & Kutzner, 2009, p. 52)

³³ (Specht-Thomann & Tropper, 2012, p. 23)

³⁴ (Specht-Thomann & Tropper, 2012, p. 25)

³⁵ (Kostrzewska & Kutzner, 2009, p. 53)

4 Voraussetzungen für eine Sterbebegleitung

Vorweg ist zu sagen, dass alle Begleiter, egal ob es sich um Angehörige, freiwillige Begleiter oder professionell Pflegende handelt, die Art und Weise, die der Sterbende für sich wählt akzeptieren sollen, auch wenn dies vielleicht nicht den eigenen Vorstellungen entspricht.³⁶

Sterbebegleitung erfordert die ganze Person! Wichtig ist, dass die Würde des Sterbenden geachtet und die Persönlichkeit, seine Eigenarten und die Verletzlichkeit respektiert wird. Auf Signale des Sterbenden soll geachtet werden und neben physischer und pflegerischer Betreuung soll auch psychische Unterstützung erbracht werden. Die Sterbebegleitung fordert auch Verantwortung zu tragen. Im Zusammenhang der Begleitung eines Menschen ist es unumgänglich sich mit der eigenen Sterblichkeit auseinander zu setzen und über die Frage nach dem Sinn von Leid und Tod nachzudenken. Tränen und Trauer darf man ruhig zulassen, jedoch sollte man nicht daran zerbrechen.³⁷

Häufig stellen sich Angehörige aber auch professionell Pflegende folgende Fragen:

- *Wie mache ich es richtig?*
- *Was darf ich sagen?*
- *Wie soll ich mich verhalten?*³⁸

Die Angst etwas nicht richtig zu machen oder nicht die richtigen Worte zu finden ist verständlich, doch liegt die Gefahr eher darin, dass man sich zurückzieht. Sterbende merken sehr schnell wenn sich jemand wirklich für sie interessiert und wenn es uns gelingt eine Beziehung mit gegenseitiger Wertschätzung und Akzeptanz aufzubauen, können wir uns auch Fehler leisten. Wie Schweidtmann es formulierte:

*„Es geht nicht darum, dass wir perfekt sind, sondern darum, dass wir Mensch bleiben.“*³⁹

Die Begleiter sollen ihre Grenzen kennen, ernst nehmen und nur so viel Kraft in die Begleitung investieren, dass die individuelle Belastbarkeit nicht überschritten wird.⁴⁰

³⁶ (Broschüre: Hospiz Österreich, 2007, pp.4)

³⁷ (Kostrzewa & Kutzner, 2009, pp. 55-56)

³⁸ (Kostrzewa & Kutzner, 2009, p. 57)

³⁹ (Kostrzewa & Kutzner, 2009, p. 57)

⁴⁰ (Kostrzewa & Kutzner, 2009, p. 57)

Voraussetzungen für eine Sterbebegleitung

Folgende Punkte sind wichtig für Begleiter:

- *Abgrenzung vom Patienten und seinen Angehörigen, Distanz ist die Grundlage für Nähe*
- *Nicht in die Gefühle anderer hineinziehen lassen, sondern wahrnehmen und akzeptieren*
- *Nicht mit-sterben, sondern begleiten*
- *Fehler von Menschen als Menschsein anerkennen*
- *Bereitschaft zeigen selbst Hilfe anzunehmen, wenn nötig*
- *Eigenen Stress beachten – Alkohol- und Nikotinmissbrauch, Nervosität, Schlafstörungen, Migräne, Depressionen⁴¹*

Weitere Impulse für eine gelingende Begleitung:

- *aktiv zuhören und zuhören ohne zu werten*
- *geduldig sein*
- *Wertschätzung ausdrücken*
- *Phasen der scheinbaren Sinnlosigkeit aushalten*
- *negative Reaktionen wie Wut, Tränen und Trauer zulassen*
- *Hoffnungen und Wünsche unterstützen ohne unrealistische Hoffnungen zu wecken*
- *einfach da sein*
- *Geborgenheit durch Körperkontakt vermitteln*
- *niemals vertrösten oder ablenken*
- *letzte Wünsche festhalten und dafür sorgen, dass sie erfüllt werden*
- *Nachsorge⁴²*

⁴¹ (Kostrzewa & Kutzner, 2009, pp. 57-58)

⁴² (Specht-Thomann & Tropper, 2012, pp. 55-68)

5 Basale Stimulation

Wir sollten mehr darauf achten was ein Mensch erlebt und erleidet, als darauf was er kann oder nicht kann. (Dietrich Bonhoeffer)⁴³

Basale Stimulation ist ein Versuch, Menschen mit Wahrnehmungs- und Aktivitätsstörungen elementare Angebote für ihre persönliche Entwicklungs- und Wahrnehmungsfähigkeit zu machen.⁴⁴ Dabei stehen Fähigkeiten zur Wahrnehmung, Kommunikation sowie zur Bewegung im Zentrum des Konzeptes.⁴⁵

Basale Stimulation unterstützt Menschen, die in ihren Möglichkeiten die Umwelt und sich selber wahrzunehmen eingeschränkt sind. Es werden gezielt Wahrnehmungsmöglichkeiten angeboten, die förderlich, stabilisierend, aktivierend und vor allem beruhigend auf den Menschen wirken. Das möglicherweise krankheitsbedingt fehlende Körperbewusstsein wird wiedererlangt und der Orientierungslosigkeit wird entgegengewirkt. Ein Gefühl des Wohlbefindens und der Sicherheit soll gefördert oder erreicht werden. Nicht zu vergessen ist die nonverbale Kommunikation, die eine große Rolle im Umgang mit Sterbenden spielt.⁴⁶

5.1 Wahrnehmung

Wahrnehmung ist ein Begriff für den Vorgang der Informationsgewinnung aus der Umwelt und über den eigenen Zustand. Es handelt sich um einen Prozess, bei dem Informationen aktiv aufgenommen und verarbeitet werden. Innerhalb des Wahrnehmungsprozesses unterscheidet man zwischen zwei Haupteigenschaften:

1. Selektion

Der Mensch unterscheidet zwischen Wichtigem und Unwichtigem. Dies hat den Vorteil, dass wir uns auf eine Sache konzentrieren können und den Nachteil, dass andere wichtige Dinge übersehen werden, oder Unerwünschtes, Beängstigendes ignoriert wird.

⁴³ (<http://goo.gl/daw8U>) Aufruf am 10.07.2012

⁴⁴ (<http://goo.gl/daw8U>) Aufruf am 10.07.2012

⁴⁵ (<http://goo.gl/daw8U>) Aufruf am 10.07.2012

⁴⁶ (<http://www.integra.at/files/Zagermann.pdf>) Aufruf am 10.07.2012

2. *Strukturierung und Gestaltung*

Bereits gespeichertes Wissen und Erfahrungen werden mit dem Wahrgenommenen verglichen.⁴⁷

Um unsere Umwelt wahrzunehmen, benutzen wir unsere Sinnesorgane – Augen, Ohren, Geschmacksknospen, Riechzellen oder einfacher gebaute Rezeptoren über die wir Reize aufnehmen. Wir können uns bewegen, riechen, schmecken, sehen, hören und mit der Umwelt kommunizieren. Erst wenn Probleme bei der Wahrnehmung auftreten fangen wir an, uns Gedanken zu machen.⁴⁸

Für die Basale Stimulation ist es wichtig, dass man über die Bereiche der Wahrnehmung informiert ist. Es wird unterschieden zwischen: somatischer Wahrnehmung, taktil- haptischer Wahrnehmung, vestibulärer Wahrnehmung, vibratorischer Wahrnehmung, oraler Wahrnehmung, auditiver Wahrnehmung und visueller Wahrnehmung.⁴⁹

Die **somatische Wahrnehmung** bezeichnet die Wahrnehmungsfähigkeit der Haut, Muskeln und der Gelenke. Wir können Empfindungen von der Körperoberfläche (Oberflächensensibilität), der Haut, und vom Körperinneren (Tiefensensibilität), Muskeln und Gelenke, erleben. Die Tiefensensibilität wird als Propriozeption bezeichnet und gibt Auskunft über Stellung, Bewegung und Kraft von Muskeln und Gelenken. Die Haut definiert den Einzelnen, macht Kontaktaufnahme möglich und registriert Druck, Berührung, Vibration, Temperatur, Schmerzen und Feuchtigkeit. Die Qualität von somatischen Stimulationen beeinflusst unser Körper – und Selbstbewusstsein.⁵⁰

Der **taktil-haptische Sinn** (Tast- und Greifsinn) ermöglicht uns, unsere Umwelt nicht nur zu spüren, sondern auch zu be-greifen. Besonders viele Tastpunkte sitzen an den Fingerkuppen und auf den Lippen. In der Entwicklung des Embryos finden hier auch am meisten Bewegungen statt.⁵¹

Die **vestibuläre Wahrnehmung** betrifft in erster Linie den Gleichgewichtssinn, aber auch Informationen über die Lage in der wir uns in einem Raum befinden, oder die Geschwindigkeit mit der wir uns fortbewegen werden durch die vestibuläre Wahrnehmung

⁴⁷ (Kostrzewa & Kutzner, 2009, p. 59)

⁴⁸ (Kostrzewa & Kutzner, 2009, p. 60)

⁴⁹ (Kostrzewa & Kutzner, 2009, p. 60)

⁵⁰ (Kostrzewa & Kutzner, 2009, p. 61)

⁵¹ (Kostrzewa & Kutzner, 2009, p. 62)

Basale Stimulation

verarbeitet. Bereits im Mutterleib wird dieser Sinn ausgebildet. Das Kind reagiert bereits im vierten Schwangerschaftsmonat mit gezielten Bewegungen auf die Lageveränderung der Mutter. Bei Intensivpatienten kann dieser Sinn verarmen und es bedarf einer Stimulation.⁵²

Die **Wahrnehmung von Vibration** beginnt ebenfalls im Mutterleib. Sie wird beim Gehen oder Sprechen vom Skelettsystem weitergeleitet. Unser Körper – Ich wird durch das vibratorische Empfinden und der somatischen und vestibulären Wahrnehmung gebildet.⁵³

Zur **oralen Wahrnehmung** gehören Geschmacks- und Geruchssinn. Der Riechnerv (N. olfaktorius) zählt zu den Hirnnerven und leitet Informationen über Geschmack und Geruch in das Gehirn. Wiederum wird bereits im Mutterleib der Geschmackssinn des Fetus durch gelöste Geschmacksstoffe im Fruchtwasser angeregt. Geruch hat einen Einfluss auf unsere Befindlichkeit und kann als Warn- und Kontrollfunktion dienen.⁵⁴ Der Geruchs- und Geschmackssinn, sind bei der Geburt am besten von allen ausgebildet. Bereits nach dem ersten Tag erkennen gestillte Säuglinge ihre Mutter am Geruch. Sie können auch schon zwischen den Geschmacksrichtungen süß, sauer, salzig und bitter unterscheiden. Es gibt viele krankheitsbedingte Ursachen, die den Geschmacks- oder Geruchssinn beeinträchtigen.⁵⁵

Die **auditive Wahrnehmung** ist bereits ab der 26. Schwangerschaftswoche ausgebildet und später für den Säugling die einzige Möglichkeit Bedürfnisse auszudrücken. Beidseitiges Hören ermöglicht es uns zu bestimmen von welcher Richtung ein Geräusch kommt. Die auditive Wahrnehmung hat auch eine Warnfunktion. Sie bleibt im Schlaf aufrecht erhalten und wir reagieren unterschiedlich auf Geräusche. Diese Geräusche können angenehm oder beunruhigend sein, oder uns sogar aufwecken. Im Umgang mit bewusstseinsbeeinträchtigten oder sedierten Menschen ist zu Beachten, dass negative Äußerungen Auswirkungen auf den Patienten haben können.⁵⁶ Der N. vestibulocochlearis ist ein Hirnnerv und für Hören und Gleichgewicht zuständig. Bei einer Störung oder einem Ausfall dieses Nervs kann es zu Schwerhörigkeit, Taubheit, Störung bei der räumlichen Orientierung, der Blickstabilisierung und der Körperhaltung, Schwindel, Übelkeit und Fallneigung kommen.⁵⁷

⁵² (Kostrzewa & Kutzner, 2009, pp. 62-63)

⁵³ (Kostrzewa & Kutzner, 2009, p. 63)

⁵⁴ (Kostrzewa & Kutzner, 2009, pp. 63-64)

⁵⁵ (<http://www.neuro24.de/hirnnerven.htm#olfactorius>;) Aufruf am 10.07.2012

⁵⁶ (Kostrzewa & Kutzner, 2009, pp. 64-65)

⁵⁷ (<http://www.dr-gumpert.de/html/hirnnerven.html>) Aufruf am 10.07.2012

Die **visuelle Wahrnehmung** entwickelt sich in den ersten beiden Lebensjahren. Zu Beginn steht die Hell-Dunkelwahrnehmung. Darauf folgt die Wahrnehmung von Umrissen auf kurzer und später auf weiter Distanz, Wahrnehmung eigener Körperteile, scharfer Konturen, Unterscheiden von Gegenständen mit den Händen und dem Mund, Entwicklung von Farbstufen und Differenzierung von Größen, Formen und Personen. Laut Bienstein und Fröhlich sind diese Entwicklungsphasen bei der Betreuung von visuell wahrnehmungsbeschränkten Personen zu berücksichtigen.⁵⁸

Der Hirnnerv, der für das Sehen zuständig ist nennt sich N. opticus und liefert uns auch wichtige Informationen über die Stellung im Raum.⁵⁹

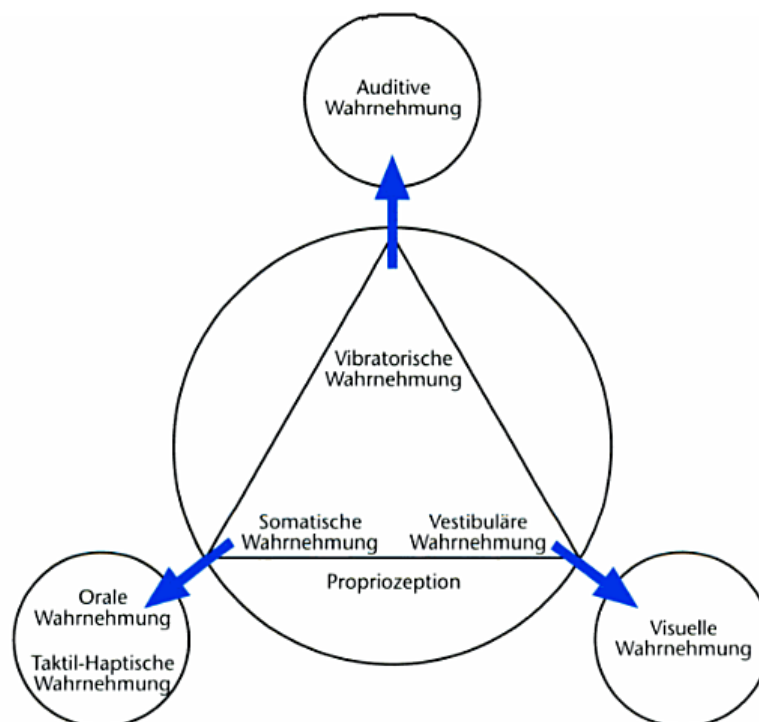


Abb.2 Entwicklung der embryonalen Wahrnehmung laut Fröhlich⁶⁰

5.2 Ich Bild und Körpergefühl

Da wir uns selbst als Mensch wahrnehmen können, entwickeln wir ein Bewusstsein für uns selbst. Dieses Körperbewusstsein wird unterteilt in: Körperschema, Körperbild und Körpergefühl.

⁵⁸ (Kostrzewa & Kutzner, 2009, p. 66)

⁵⁹ (<http://www.neuro24.de/hirnnerven.htm#opticus:%C2%A0>) Aufruf am 10.07.2012

⁶⁰ (Nydahl & Bartoszek, 2008, p. 8)

Körperschema:

Das Körperschema beschreibt kategorisierend das Aussehen des Körpers. Durch das Wissen: „Ich habe zwei Beine und gehe aufrecht - ich bin ein Mensch.“, können wir Menschen und andere Wesen unterscheiden.

Körperbild:

Das Körperbild ist das persönliche Körperschema und beinhaltet die individuelle Länge der Beine oder auch die Körperhaltung. Das Körperbild verändert sich nur langsam. Bei einer Amputation zum Beispiel benötigt der Körper einige Wochen um sein Körperbild realitätsgetreu wieder herzustellen.

Körpergefühl:

Das Körpergefühl gibt den aktuellen Zustand des Körpers an und spiegelt das Körperbild.

z.B. Meine Beine fühlen sich heute schwer an.

Wie bedeutend das Körpergefühl für unser Wohlbefinden ist, merken wir erst, wenn es zu einer Störung kommt.⁶¹

5.3 Wahrnehmungsveränderungen, Wahrnehmungsstörungen bei Sterbenden

Es ist wichtig zu wissen, dass unsere Wahrnehmung Auswirkungen auf das Denken, die Gefühle, das Verhalten, die Wirklichkeit und die Kommunikation hat. Dank Christel Bienstein wissen wir, dass Wahrnehmungsstörungen nicht nur auf Medikamente und die Grunderkrankung zurückzuführen sind, sondern auch aufgrund einer unter – oder überfordernden Umwelt oder verminderter Kommunikation entstehen können. Im Folgenden werden einige Ursachen für Wahrnehmungsstörungen aufgezeigt:⁶²

- Habituation

Durch Bewegung erhalten wir normalerweise Informationen über unsere körperliche Beschaffenheit, und wir können unseren Körper ganzheitlich wahrnehmen. In einem Zustand wo keine Bewegung mehr stattfindet, besonders bei immobilen Patienten, können Störungen des Körperbildes und Missempfindungen auftreten, die schließlich zu Orientierungslosigkeit führen. Es kann vorkommen, dass sie den Trinkbecher nicht

⁶¹ (Nydahl & Bartoszek, 2008, p. 14)

⁶² (Nydahl & Bartoszek, 2008, p. 15)

zum Mund sondern zum Hals führen, Stimmen und Geräusche fehlinterpretieren oder häufig danebengreifen. Grund dafür ist die nahezu immer gleich bleibende Reiz arme oder reizüberflutende Umwelt. Ein Problem ist zum Beispiel nicht der Lärm, sondern die ständig gleichbleibende Geräuschkulisse. Patienten die von einer Habituation betroffen sind finden sich in einer anderen Welt wieder. Sie fangen an sich und Pflegende für andere Personen zu halten, sehen Spinnen an der Zimmerdecke und reden scheinbar Unsinn. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, den Begriff Habituationsprophylaxe einzuführen. Darunter versteht man alle pflegerischen Maßnahmen und basal stimulierende Angebote, die den Patienten helfen die Wahrnehmung des eigenen Körpers aufrecht zu erhalten.⁶³



Abb.3: Zeichnung des Körpergefühls von einem Teilnehmer eines Kurses für Basale Stimulation, vor (links) und nach 30 minütigem, ruhigem Liegen auf einer weichen (Mitte) und harten (rechts) Unterlage.⁶⁴

- Autostimulation

Durch eine ständig bestehende Reizarmut versuchen sich Patienten selbst Reize zu geben, indem sie an der Bettdecke herum zupfen, Zähne knirschen oder immer wieder die gleiche Kopfbewegung durchführen. Dies nennt man Autostimulation. Der Patient äußert dadurch den Wunsch, Reize über sich und seine Umwelt zu erfahren. Diese Reize können sein: taktil- haptische Stimulation über die Hände, orale Stimulation durch Erfahrungen im Mundbereich oder Informationen über die genaue Lage im Raum (vestibuläre Informationen).⁶⁵

- Reizüberflutung und taktile Abwehr

Laut Hannich werden Intensivpatienten alle fünf Minuten von mindestens einer Person berührt. Diese Reizüberflutung löst Stress aus, da wir die Informationen nicht mehr sinngebend verarbeiten können. Entweder die Patienten schalten komplett ab oder die

⁶³ (Nydahl & Bartoszek, 2008, p. 16)

⁶⁴ (Nydahl & Bartoszek, 2008, p. 17)

⁶⁵ (Nydahl & Bartoszek, 2008, p. 18)

taktile Abwehr, welche sich in schlagenden Handbewegungen, Spasmen oder kontrakter Körperhaltung äußert, kommt zum Einsatz.⁶⁶

- Altersbedingte Wahrnehmungsstörungen

Auslöser für Wahrnehmungsstörungen können sein: Störungen der Berührungsempfindlichkeit an Handflächen, Fußsohlen, Beinen und Kreuzbeinen, Sehbehinderungen, Hörbehinderungen oder Geschmacksverlust. Ebenfalls kann es durch Störungen des Wasser- und Salzhaushaltes zu Wahrnehmungsstörungen kommen.⁶⁷

- Medikamente

Da sich die Dosierungsangaben auf einen 20- jährigen, 70 kg schweren Menschen beziehen, kann es durch einen langsameren Abbau von Medikamenten bei älteren Menschen zu Anhäufungen kommen. Ebenso treten bei vielen Medikamenten Wahrnehmungsstörungen als Nebenwirkung auf.⁶⁸

5.4 Beeinträchtigung durch Schmerzen

Die Anwesenheit von ständigen Schmerzen kann dem Patienten ebenfalls seine Wahrnehmung rauben und ihn völlig beherrschen, sodass eine Äußerung des Schmerzes nicht mehr möglich ist. Durch Methoden der Basalen Stimulation wird versucht eine Kommunikationsebene zu eröffnen, um dem Sterbenden eine Schmerztherapie zu ermöglichen. Schmerzen können auf körperlicher, sozialer, psychischer und spiritueller Ebene wahrgenommen werden. Es bestehen verschiedene Möglichkeiten Schmerzen zu therapieren. Zum einen wäre dies die Verabreichung von Analgetika oder Psychopharmaka, örtliche Betäubung oder die Durchtrennung der Nervenbahn im Rückenmark. Als additive Methoden können Entspannungsmethoden, Meditation, Hypnose, Homöopathie, Aromatherapie, Kräuter, Tees und Öle eingesetzt werden. Dem Anwender sind keine Grenzen gesetzt, sofern der Patient mit der Methode einverstanden ist. Die Basale Stimulation eignet sich besonders gut, um den Schmerz auf den verschiedenen Ebenen zu erreichen und zu lindern.

⁶⁶ (Nydahl & Bartoszek, 2008, p. 19)

⁶⁷ (Nydahl & Bartoszek, 2008, p. 19)

⁶⁸ (Nydahl & Bartoszek, 2008, p. 20)

Basale Stimulation

Vor Beginn der Basalen Stimulation sollte eine Anamnese durchgeführt werden um die Ursache der Wahrnehmungsstörung zu erkennen. Diese kann uns helfen die Ursache zu beseitigen oder zu berücksichtigen.⁶⁹

5.5 Verbale und Nonverbale Kommunikation

Das Konzept der Basalen Stimulation eignet sich auch, um mit dem Patienten verbal und nonverbal kommunizieren zu können. Durch Berührungen kann dem Sterbenden eine Gesprächsbereitschaft vermittelt werden. Schwierig wird es, wenn der Sterbende zwar gesprächsbereit ist, dies aber von der Pflegeperson nicht verstanden wird, da der Sterbende in einer Symbolsprache spricht. Ängste können durch Hinweis auf knappes Geld, dem Ruf nach der Mutter oder dem Vater ausgedrückt werden. Die Todeserwartung wird häufig durch Gespräche über Reisen, dem Wunsch nach geöffneten Fenstern oder Türen oder Kindheitserinnerungen ausgedrückt. Die Basale Stimulation kann eine Verbesserung der Beziehung zum Sterbenden herbeiführen und ihm helfen die schützende Symbolsprache zu verlassen und sich verständlich auszudrücken.⁷⁰

In der nonverbalen Kommunikation geht es um Körpersprache, welche Körperhaltung, Gestik, Mimik, räumliche Nähe und Körperkontakt beinhaltet. Der Körperkontakt ist die ursprünglichste Form der Kommunikation. Im Pflegealltag finden häufig Berührungen statt. Es gibt unterschiedliche Arten von Berührungen: unangenehme, schmerzhaft, harte, oberflächliche, streifende, behutsame, liebevolle...und sie haben auch unterschiedliche Auswirkungen auf den Patienten. Berührungen sollten daher nicht als Mittel zum Zweck, sondern als Begegnung, Kommunikation und Interaktion angesehen werden. In diesem Zusammenhang sollte sich die Pflegeperson Gedanken über ihre Berührungsqualität machen.⁷¹

⁶⁹ (Kostrzewa & Kutzner, 2009, pp. 73-75)

⁷⁰ (Kostrzewa & Kutzner, 2009, pp. 77-81)

⁷¹ (Kostrzewa & Kutzner, 2009, pp. 81-82)

6 Basale Stimulation in der Begleitung Sterbender

Basale Stimulation ist keine erlernbare Technik. Sie entsteht aus der Beziehung zwischen Pflegenden und Patienten und setzt Akzeptanz und Wertschätzung voraus. Es handelt sich um ein Angebot an Wahrnehmungsverfahren. Die Angebote werden später in meiner Arbeit beschrieben und sind nur eine Auswahl von vielen. Der Patient entscheidet letztendlich ob er sich öffnet und das Angebot annimmt, oder nicht. Er darf nicht auf einen Weg gebracht werden, den er eigentlich gar nicht gehen möchte.⁷²

6.1 Entstehung

Das Konzept der Basalen Stimulation wurde 1975 von Andreas Fröhlich, einem Sonderpädagogen entwickelt. Zu dieser Zeit arbeitete er an einem Zentrum für körperlich und mehrfach behinderte Kinder und Jugendliche. Er geht davon aus, dass auch schwerstwahrnehmungsgestörte Kinder etwas wahrnehmen können, selbst wenn Außenstehende keine Anzeichen dafür erkennen. Diese Kinder sollen durch einfache Reize Informationen über sich und ihre Umwelt erhalten. Die Stimulation muss eindeutig wahrnehmbar sein und soll an Erfahrungen anknüpfen – selbst wenn es sich um basale Erfahrungen wie die im Mutterleib handelt. In den 80er Jahren wurde das Konzept durch die Krankenschwester Christel Bienstein und dem Professor Fröhlich in die Pflege übertragen. Die ersten Erfolge gab es bei komatösen und apallischen Patienten, was die Einführung des Konzeptes in alle Bereiche der Pflege zur Folge hatte. Basale Stimulation findet Anwendung bei Menschen, die in ihrer Fähigkeit zur Aktivität und Kommunikation gestört sind: Bewusstseinsbeeinträchtigte, Beatmete, Immobile, Desorientierte, Somnolente, Sterbende etc.⁷³

6.2 Konzept

Das Konzept der Basalen Stimulation ist auf jeden Patienten individuell abgestimmt. Die Pflegenden begeben sich auf die Ebene des Patienten und versuchen eine Kommunikationsform zu finden, die wahrgenommen werden kann. Bei Schwerkranken und Sterbenden passiert dies auf einer basalen Ebene. Sie sollen sich selbst wahrnehmen, die

⁷² (Kostrzewa & Kutzner, 2009, p. 89)

⁷³ (Nydahl & Bartoszek, 2008, pp. 2-3)

Grenzen ihres Körpers spüren und eine Welt außerhalb des Körpers wahrnehmen. Die basal stimulierenden Angebote können eine körperrachformende Ganzkörperwaschung, ein bekannter Geruch, eindeutige Berührungen oder das Bewusstmachen von der Lage im Raum beinhalten.⁷⁴

Eine gute Beziehung zum Patienten ist bei diesen Tätigkeiten besonders wichtig, um sein Vertrauen zu gewinnen und ihm Sicherheit zu geben. Der Patient soll Schritt für Schritt seine körperliche und geistige Identität wiedererlangen.⁷⁵

6.3 Anwendungsbereiche der Basalen Stimulation in der Sterbebegleitung

Laut Bienstein und Fröhlich ist ein Grundsatz in der Basalen Stimulation, das zu erhalten was dem Patienten bekannt ist und von ihm geschätzt wird. Um die individuelle Geschichte des Patienten zu erfahren, müssen einige Fragen von Angehörigen oder dem Patienten selbst beantwortet werden:

- Welche Personen sind wichtig für den Patienten?
- Welche Berührungen mag er – wo mag er sie?
- Welche Berührungen mag er nicht – wo mag er sie nicht?
- Welche Vibrationen mag er, welche nicht?
- Welche Lage bevorzugt er, welche mag er nicht?
- Welche audio – rhythmischen Geräusche mag er, welche sind ihm unangenehm?
- Welche Gerüche und Geschmäcker mag er, welche lehnt er ab?
- Welche Materialien/Personen/Lebewesen fühlt er gerne, welche nicht?
- Was sieht er gerne, was nicht?
- Welche Sinne sind im besonders hilfreich?⁷⁶

Diese Aufzählung wurde von Christel Bienstein zusammengestellt und wird bei Ausbildungen für Basale Stimulation verwendet. Um die Wirkung der basal stimulierenden Angebote zu erfahren, ist es auch hilfreich als Pflegeperson die Angebote an seinem eigenen Körper auszuprobieren.⁷⁷

⁷⁴ (Nydahl & Bartoszek, 2008, p. 4)

⁷⁵ (Kostrzewa & Kutzner, 2009, p. 87)

⁷⁶ (Kostrzewa & Kutzner, 2009, p. 90)

⁷⁷ (Nydahl & Bartoszek, 2008, p. 2)

6.3.1 Somatische Stimulation

Durch unsere Haut, Muskeln und Gelenke können wir, wie bereits erwähnt, etwas wahrnehmen. Die somatische Stimulation hat also mit Berührungen zu tun. Wie am Anfang des Lebens, so auch zum Ende hin, kann Körperkontakt die einzige Form der Kommunikation sein. Dem Patienten sollen Informationen über seinen Körper gegeben werden und das Körperbewusstsein soll zurückerlangt werden. Somatische Stimulation setzt sich auch zum Ziel, die Orientierung des Menschen zurückzugewinnen und Identität erfahrbar zu machen.⁷⁸

Die meisten somatischen Stimulationen finden mit den Händen durch Berührung statt. Die Art der Berührung ist hierbei von großer Bedeutung. Die individuellen Erfahrungen der Patienten mit Berührungen sollen immer berücksichtigt werden. Um in der Pflege klare Informationen durch Berührungen zu vermitteln, sollten laut Bienstein und Fröhlich einige Aspekte berücksichtigt werden:

- Vermeidung punktueller Berührungen
- Oberflächlich streifende Berührungen
- Vermeidung von abgehakter und zerstreuten Berührungen
- Hastige Arbeitsweise vermeiden
- Ruhig und mit flächig aufgelegter Hand berühren (Finger dominieren oft zu stark)
- Vorüberziehend mit konstantem Druck arbeiten
- Eine Initialberührung bei bestimmten Patienten einführen⁷⁹

Durch Berührungen, Massagen, Ganzkörperwaschungen oder atemstimulierenden Einreibungen (ASE) kann eine Verbundenheit ohne Worte geschaffen werden. Besonders die ASE kann bewirken, dass sich verschlossene Menschen öffnen und unruhige Menschen ruhiger werden. Das gemeinsame und bewusste Atmen schafft Vertrauen. Während einer ASE entstehen oft Gespräche mit Sterbenden, in denen sie ihre Unsicherheiten und Ängste ansprechen können. Um dem sterbenden Menschen Informationen über sich selbst zu geben, sollte ein Handtuch oder ein Waschhandschuh verwendet werden, da eine gewisse Distanz

⁷⁸ (Kostrzewska & Kutzner, 2009, pp. 90-91)

⁷⁹ (Kostrzewska & Kutzner, 2009, p. 91)

zwischen Pflegeperson und Sterbendem vorhanden sein muss. Der Sterbende soll sich einzig und allein auf seinen Körper konzentrieren.⁸⁰

Ein weiteres Beispiel für somatische Stimulation ist die Lagerung des Sterbenden. Da wir bereits wissen, dass sich unser Körpergefühl innerhalb kürzester Zeit verändern kann, ist es wichtig den Patienten so oft wie möglich umzulagern. Eine große Hilfe in diesem Bereich sind die Wechseldruckmatratzen. Da eine Umlagerung für einen Sterbenden immer mit Anstrengung verbunden ist, hilft es auch, wenn man nur kleine Dinge verändert. Ein Kissen unter eine Körperstelle zu legen und es nach einiger Zeit wieder zu entfernen kann in manchen Fällen ausreichend sein. Es können auch Felle, eingerollte Handtücher und Lagerungskissen verwendet werden um die Position des Patienten zu verändern.⁸¹

6.3.2 Taktil – haptische Stimulation

Menschen, die nicht mehr in der Lage sind das Umfeld zu ertasten, spüren auch den eigenen Körper nicht mehr. In diesem Fall kann es hilfreich sein, beim Umkleiden jedes Kleidungsstück am Körper entlang zu führen um ein Ganzkörperspüren zu ermöglichen. Manchen Menschen hilft es, wenn sie Alltagsgegenstände oder Dinge, mit denen sie etwas verbindet befühlen können.⁸²

Hierzu möchte ich ein Beispiel anführen:

Bewohner, 42 Jahre, Aids im Vollbild.

Der Bewohner war sehr unruhig, atmete oberflächlich und nestelte ständig mit seinen Händen. Er hatte die Augen geschlossen und reagierte nicht auf Ansprache. Seine Mutter, die ihn täglich besuchte fand keinen Zugang zu ihm und war sehr betrübt. Es stellte sich heraus, dass seine Atmung flacher und schneller wurde, sobald die Mutter von der Katze sprach. Es wurde beschlossen, dass die Mutter am nächsten Tag die Katze mitbringen soll. Der Bewohner reagierte sofort mit einer oberflächlichen, schnellen Atmung. Als die Katze sein Gesicht berührte, öffnete er seine Augen. Die Mutter nahm seine Hand um die Katze zu streicheln. Seine Atmung wurde ruhiger und er fühlte sich sichtlich wohl. Da der Katze der Transport nicht gut tat, war es nicht mehr möglich sie ins Hospiz mitzunehmen. Dies wurde dem Bewohner erklärt, es blieb jedoch unklar, ob er es verstanden hatte. Er öffnete seine Augen nicht mehr, da ihm anscheinend nichts mehr interessant genug schien.⁸³

⁸⁰ (Kostrzewa & Kutzner, 2009, p. 92)

⁸¹ (Kostrzewa & Kutzner, 2009, p. 98)

⁸² (Kostrzewa & Kutzner, 2009, pp. 98-99)

⁸³ (Kostrzewa & Kutzner, 2009, p. 99)

6.3.3 Vestibuläre Stimulation

Schwerstkranke verbringen die meiste Zeit im Liegen. Es kommt jedoch öfter vor, dass sie sich ein wenig erholen und noch einmal aufstehen möchten. Vor dem Aufstehen ist die erste Hürde vom Bett in einen Sessel zu sitzen. Wurden vorher gezielt vestibuläre Stimulationen durchgeführt gab es weniger Kreislaufschwierigkeiten.⁸⁴

Was sind nun vestibuläre Angebote? Zum einen betreffen diese die verschiedenen Lagerungsmöglichkeiten (15 °, 30°, 60°, eventuell 135°). Eine andere Möglichkeit ist das Absenken, damit der Patient wieder Schwere in den Beinen spürt, oder die Erhöhung des Bettendes. Beim Absenken kann etwas Hartes unter die Füße gelegt werden.⁸⁵

Da die Menschen ständig in ihren Betten liegen, verlieren sie die Orientierung im Raum und zugleich reduziert sich das aktive sehen, die Aufmerksamkeit und Wachheit. Bereits kleine Schaukelbewegungen der Arme und Beine, durch ein Tuch, das wie eine Hängematte benutzt wird, helfen dem Patienten seine Gliedmaßen besser zu spüren und das vestibuläre System zu aktivieren.⁸⁶

6.3.4 Vibratorische Stimulation

Wenn Vater oder Mutter ihr weinendes Kind beruhigen, nehmen sie es in den Arm (somatische Stimulation), schaukeln es hin und her (vestibuläre Stimulation) und sprechen mit ihm (vibratorische Stimulation). Diese Kombination wirkt sehr positiv auf Menschen und das macht sich Basale Stimulation zum Nutzen. Eine vibratorische Stimulation ist auch mit einem Rasierapparat oder dem Kompressor einer Wechselluftmatratze, der an das Bettende gehängt wird möglich.⁸⁷

Durch Techniken, die viele PhysiotherapeutInnen erlernen, werden ausgehend von den äußeren Enden der Beine und Arme Vibrationen freigesetzt. Der Mensch beginnt wahrzunehmen, dass der Körper zusammenhängt und beginnt nach innen zu horchen. Es wird häufig eine tiefe Entspannung bei gleichzeitiger Wachheit und Aufmerksamkeit beobachtet.⁸⁸

⁸⁴ (Kostrzewska & Kutzner, 2009, pp. 99-100)

⁸⁵ (Kostrzewska & Kutzner, 2009, p. 100)

⁸⁶ (Bienstein & Fröhlich, 2012, p. 69)

⁸⁷ (Kostrzewska & Kutzner, 2009, pp. 101-102)

⁸⁸ (Bienstein & Fröhlich, 2012, p. 64)

6.3.5 Orale Stimulation

Das Ziel der oralen Stimulation ist nicht den sterbenden Menschen zum Essen zu überreden, vielmehr geht es darum, sein Wohlbefinden zu fördern, seine Wahrnehmung zu stärken und die Mundpflege aufrecht erhalten zu können. Essen und Trinken gehören zu den Grundbedürfnissen der Menschen. Alle Möglichkeiten eine orale Nahrungsaufnahme zu fördern sollten genutzt werden. Ist eine Nahrungsaufnahme nicht mehr möglich und der Patient wird zum Essen gezwungen, hat dies Übelkeit und Erbrechen zur Folge. Die Nahrungsverabreichung bei Sterbenden ist ein umstrittenes und schwieriges Thema, da auch rechtliche und ethische Grundsätze beachtet werden müssen.⁸⁹

Um eine orale Stimulation durchführen zu können, ist es von Vorteil, wenn der Patient, wenn möglich, keine nasal liegende Sonde hat, da es zu einem Brech- und Hustenreiz kommen kann, was im Einzelfall zu prüfen ist. Zuerst muss ermittelt werden auf welche Gerüche und Geschmäcker der Patient besonders positiv reagiert. Diese Informationen können von Angehörigen oder vom Patienten selbst eingeholt werden. Es wird nach dem Prinzip, erhalten was bekannt und geschätzt wird, gehandelt. Der Patient soll zum Beispiel sein eigenes Parfum, Deospray, seine eigene Körperlotion und sein eigenes Kopfkissen verwenden dürfen.⁹⁰

Um den Mund zu stimulieren sollten Geschmacksrichtungen verwendet werden, die dem Patienten bekannt sind und die er mag. Das fördert den Speichelfluss und hilft bei der Säuberung des Mundes. Wenn das Vertrauen des Patienten gewonnen ist, können festere Nahrungsbestandteile in kleine Mullkompressen eingewickelt werden, und in den Mund des Patienten gelegt werden. Durch die Gaze hindurch kann sich der Geschmack entfalten. Es können auch flüssige Lebensmittel zugeführt werden. Dem Geschmack des Patienten sind keine Grenzen gesetzt: Gummibärchen, Bier, Schokolade und vieles mehr kann eingesetzt werden.⁹¹ Vorsicht ist jedoch geboten, wenn es sich um somnolente, komatöse oder Patienten mit Schluckbeschwerden handelt. Bei Unaufmerksamkeiten seitens der Pflegepersonen ist die Gefahr einer Aspiration groß.

⁸⁹ (Kostrzewa & Kutzner, 2009, pp. 103-104)

⁹⁰ (Bienstein & Fröhlich, 2012, p. 207)

⁹¹ (Bienstein & Fröhlich, 2012, p. 210)

6.3.6 Auditive Stimulation

Die bedeutsamste Form des Hörens ist die Aufnahme menschlicher Sprache. Ist die Wahrnehmung eingeschränkt, kann es zu einer falschen Aufnahme von Gehörtem kommen. Menschen, die sich in einer für sie ungewohnten Umgebung befinden können Geräusche aus dem Flur nicht zuordnen. Sie vermuten z.B. eine Feier auf dem Gang, weil sie Lachen, Gläserklirren und Stimmen hören. Das auditive Gedächtnis versucht immer Zusammenhänge mit bekannten Situationen zu rekonstruieren. Für Pflegepersonen ist es wichtig, dass sie klare und eindeutige akustische Reize setzen. Es soll nicht zugleich Musik abgespielt und mit dem Patienten gesprochen werden. Das was gesagt wird, spielt auf einer elementaren Ebene eher eine geringere Rolle als Rhythmik und Akustik. Ein leises Klopfen auf die Waschschüssel, bevor das Waschen beginnt, ermöglicht dem Menschen sich auf die Waschung einzustellen. Die Umsetzung dieses Angebotes ist in Krankenhäusern schwierig, da eine ständige Geräuschkulisse besteht. Fakt ist, dass Töne, Geräusche, Stimmen und Laute, deren Quelle nicht zugeordnet oder erkannt wird auf den wahrnehmungsbeeinträchtigten Menschen verwirrend wirkt.⁹²

Bekannte Geräusche, Töne und Lieder können hingegen eine sehr positive Wirkung auf den sterbenden Menschen ausüben. Das Ansehen von Musiktherapie in der Sterbebegleitung wächst und wird mehr und mehr als geeignete Therapie anerkannt. Laut den beiden Musiktherapeuten Munro und Mount fördert Musik die Muskelentspannung und beseitigt chronische Schmerzen, da depressive Zustände aufgehoben werden können. Ebenfalls stärkt Musik die Identität und den Ich- Begriff und hilft Menschen sich an vergangene, wichtige Lebensereignisse zu erinnern. Musik wird zum Ausdruck seelischer Empfindungen und ist in der Lage Trost und Beruhigung zu spenden.⁹³

6.3.7 Visuelle Stimulation

In erster Linie sollte das Zimmer eines Patienten so gestaltet werden, dass es visuelle Anreize bietet. Dies kann durch Bilder, Farben, Kontraste und eine richtige Platzierung des Bettes erreicht werden. Betritt jemand den Raum, soll der Patient vom Bett aus sehen wer gerade hereinkommt. Der Unterschied zwischen hell und dunkel soll klar sein. Das bedeutet, dass es

⁹² (Bienstein & Fröhlich, 2012, pp. 70-73)

⁹³ (Kostrzewa & Kutzner, 2009, pp. 108-110)

nicht sinnvoll ist, bei Tag die Vorhänge zu zuziehen, da ansonsten die Orientierung des Patienten darunter leidet. Bei wahrnehmungsbeeinträchtigten Menschen ist es nicht förderlich den Fernseher einzuschalten, da oft Bilder im Fernseher mit der Realität verwechselt werden. Andere Patienten wiederum sind sehr froh über die Ablenkung und das Sehen der Nachrichten lässt sie am Weltgeschehen teilhaben.⁹⁴

Der Blickwinkel des Patienten sollte ebenfalls öfter verändert werden. Bei liegender Position starrt der Sterbende ständig an die weiße Decke. Durch Autostimulation (der Patient setzt sich selber Reize) kann es vorkommen, dass der Patient nach einiger Zeit schwarze kleine Punkte an der Decke sieht. Er fängt an Spinnen oder ähnliches zu sehen und wird von den Pflegepersonen als desorientiert eingestuft.⁹⁵

Bei der visuellen Stimulation soll Sicherheit erlebt und Vertrauen aufgebaut werden. Der Raum in dem sich der Sterbende aufhält, soll Geborgenheit und Sicherheit vermitteln. Eine Art des „sich zu Hause fühlen“ soll erreicht werden. Durch die individuelle Gestaltung des Raumes, hat jeder Gegenstand einen Sinn für den Sterbenden. Es wird eine Verbindung zu vergangenen Zeiten hergestellt und die Identität des sterbenden Menschen bleibt erhalten.⁹⁶

⁹⁴ (Bienstein & Fröhlich, 2012, p. 226)

⁹⁵ (Bienstein & Fröhlich, 2012, p. 228)

⁹⁶ (Bienstein & Fröhlich, 2012, p. 231)

7 Diskussion

Pflegepersonen setzen sich mit der Frage auseinander, wie die Ergebnisse der Anwendung von Basaler Stimulation nachgewiesen werden können. Es handelt sich weltweit um ein Problem, pflegerisches Handeln wissenschaftlich zu belegen. Die Medizin verfügt über 15-20% evidenzgesichertes Wissen, die Pflege nur über 0,5%. Im Vergleich zum Jahr 2000, wo es nur wenige Forschungsergebnisse zum Konzept der Basalen Stimulation gab, hat sich die Situation im Jahr 2012 deutlich verbessert. Dennoch befindet sich das Konzept Basale Stimulation in der Sterbebegleitung eher am Anfang seiner Entwicklung.⁹⁷

Aus der Arbeit geht hervor, dass Basale Stimulation wesentlich zur Steigerung des Wohlbefindens bei Sterbenden beiträgt. In unklaren Wahrnehmungs- und Kommunikationssituationen hilft Basale Stimulation den Sterbenden aus der Orientierungslosigkeit und stellt eine Ebene dar, auf der kommuniziert werden kann. Somit werden Ängste und Sorgen der Menschen erkannt und die Pflegeperson kann durch Gespräche, oder verschiedene Anwendungen der Basalen Stimulation auf den Sterbenden eingehen. Basale Stimulation bewirkt auch, dass Körperbild und Körpergefühl aufrecht erhalten bleiben oder wiedererlangt werden. Habituation, Autostimulation und Reizüberflutung gehören unter anderem zu den Auslösern für Wahrnehmungsveränderungen und Wahrnehmungsstörungen. An den sterbenden Menschen individuell angepasste Basale Stimulation kann dazu führen, dass der Mensch wieder klarer wird, Verwirrheitszustände verschwinden und die Realität besser wahrgenommen wird.

Basale Stimulation soll ein fixer Bestandteil in der Altenpflegeausbildung, sowie in der Krankenpflegeausbildung sein. Es sollten Kurse für Angehörige, Freiwillige und Interessierte angeboten werden, welche das Erlernen verschiedener Techniken und die Philosophie der Basalen Stimulation vermitteln. Für die Einführung des Konzepts in ein Hospiz, ist vor allem ein gemeinsames Pflegeverständnis von Bedeutung. Das Menschenbild der Basalen Stimulation und die Grundgedanken der Hospizbewegung sollen vereint werden.

Wenn die Medizin an ihre Grenzen stößt, kann aus pflegerischer Sicht noch etwas getan werden. Pflegende und Angehörige können sich aktiv an der Sterbebegleitung beteiligen und dem Sterbenden bis zuletzt Gutes tun – vorausgesetzt er will das.

⁹⁷ (Bienstein & Fröhlich, 2012, p. 233)

8 Literaturverzeichnis

8.1 Bücher

Bienstein, C. & Fröhlich, A., 2012. *Basale Stimulation in der Pflege. Die Grundlagen*. 7. korrigierte Auflage ed. Bern: Hans Huber.

Kostrzewa, S. & Kutzner, M., 2009. *Was wir noch tun können! Basale Stimulation in der Sterbebegleitung*. Bern: Hans Huber.

Nydahl, P. & Bartoszek, G., 2008. *Basale Stimulation, Neue Wege in der Pflege Schwerstkranker*. München: Urban & Fischer Verlag.

Specht-Thomann, M. & Tropper, D., 2012. *Bis zuletzt an deiner Seite*. München: mvg_Verlag.

8.2 Internetquellen

Oegkv:

http://www.oegkv.at/fileadmin/docs/OEPZ_2006/04/gruber__schmid__scherlitzko.pdf

Definition Basale Stimulation:

http://de.wikipedia.org/wiki/Basale_Stimulation

www.basale-stimulation.de

Albert Schweitzer Hospiz Infomappe Februar 2012

<http://www.ggz.graz.at/ggz/content/view/full/180>

www.hospiz.at

<http://palliativpflege.twoday.net/stories/5711600/>

Literaturverzeichnis

<http://www.neuro24.de/hirnnerven.htm#opticus:%C2%A0>)

<http://www.dr-gumpert.de/html/hirnnerven.html>

Zeitschrift der Schweiz. Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung

http://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/magazin/2009_1.pdf

<http://www.palliativ.or.at/>)

<http://www.pflegewiki.de/wiki/Kurativ>

<http://www.bildungswerk->

[irsee.de/stat/content/pdf/Gerontotagung%202011/Basale%20Stimulation%20Weiss.pdf](http://www.bildungswerk-irsee.de/stat/content/pdf/Gerontotagung%202011/Basale%20Stimulation%20Weiss.pdf)

8.3 Broschüre

Hospiz Österreich, begleiten bis zuletzt, Ratgeber für Angehörige von schwerkranken Menschen, 2007

8.4 Abbildungen

Abb.1: Bedürfnispyramide sterbender Menschen

ÖGKV: (<http://goo.gl/mVqBo>, p.26)

Abb.2: Entwicklung der embryonalen Wahrnehmung laut Fröhlich

(Nydahl & Bartoszek, 2008, p. 8)

Abb.3: Zeichnung des Körpergefühls von einem Teilnehmer eines Kurses für Basale Stimulation

(Nydahl & Bartoszek, 2008, p. 17)