

Haltung, Kompetenz, Technik

von Andreas Fröhlich, Peter Nydahl

Im Konzept der Basalen Stimulation, insbesondere im Bereich Basale Stimulation in der Pflege, tauchen immer wieder unterschiedliche Ansichten über Schwerpunktsetzung, Hauptcharakteristika und mögliche Fehlentwicklungen auf. Dabei stehen sich häufig zwei "Lager" gegenüber, die einen, für die Basale Stimulation im Wesentlichen eine Frage des Menschenbildes, der Überzeugungen und persönlichen positiven Einstellungen sind. Die andere Gruppe, für die Basale Stimulation neues Handwerkzeug bedeutet, pocht auf den konkreten Alltagsnutzen.

Gerade Anfänger des Konzeptes haben Schwierigkeiten, das Konzept umzusetzen, weil sie die Regeln vermissen. Experten und vor allem Weiterbildungsleiter legen mehr Wert auf die Haltung und Werte des Konzeptes und dessen intuitive Umsetzung. Die Konflikte in der Vermittlung sind damit vorprogrammiert.

Sind dies unversöhnliche Positionen? Wir denken, sie sind es nicht.

Schon allein die "basale Grundannahme", dass Menschen sich immer komplex verhalten, dass Menschen in der Existenzform ihres individuellen Körpers auf dieser Welt leben, bringt uns dazu, zu sehen, dass Überzeugungen, dass Einstellungen, dass Denken, Wünschen und Hoffen immer in konkretem Handeln Ausdruck finden. Und eben dieses konkrete Handeln ist nicht sinn- oder planlos, es ist immer auch getragen von Gefühlen, Motiven, und Überzeugungen.

Zum vorliegenden Positionspapier

Für eine Fortbildungsveranstaltung der Wittener Weiterbildungsgruppe habe ich, Andreas Fröhlich versucht, zu beschreiben, welche Komponenten das Konzept wesentlich tragen. Peter Nydahl, Mitglied dieser Gruppe, hat aus pflegerischer Sicht an diesem Vorschlag weitergearbeitet, pädagogische Überlegungen habe ich wiederum hinzugefügt.

Diese Arbeit wurde 2008 getan, danach warteten wir auf eine Publikationsmöglichkeit, die sich nun mit der neuen web-site ergibt. Das Ganze ist als eine fundierte Denkanregung zu verstehen, durchaus zur Weiterentwicklung empfohlen.

Basale Stimulation

Was ist Basale Stimulation? Wie kann sie definiert werden oder viel besser noch: Wie definiert sie sich selbst?

Wenn man die Vokabel "definieren" in ihrer eigentlichen Bedeutung nimmt, so heißt dies ja, wie grenzt sie sich ab. Wo endet Basale Stimulation, wo beginnt sie, was gehört dazu und was eben nicht - wichtige Fragen für das Konzept.

Basale Stimulation

ist ein Konzept zur Förderung von Menschen in krisenhaften Lebenssituationen, in denen ihre Austausch- und Regulationskompetenzen deutlich vermindert, eingeschränkt oder dauerhaft behindert sind.

Dabei stehen Fähigkeiten zur Wahrnehmung, Kommunikation sowie zur Bewegung im Zentrum des Konzeptes.

Durch einfache und grundlegende Austauschangebote und –hilfen sollen Kompetenzen erhalten, gesichert und aufgebaut werden.

Basale Stimulation ist eine Form ganzheitlicher, körperbezogener Kommunikation für Menschen mit wesentlichen Einschränkungen.

Basale Stimulation versteht sich

als Angebot körperbezogenen und ganzheitlichen Lernens

als umfassende Entwicklungsanregung in sehr frühen Lebensphasen

als Orientierung in unklaren Wahrnehmungs-, Kommunikations- und Bewegungssituationen

als Stressreduzierung für Menschen in belastenden Grenzsituationen, z.B. in schweren gesundheitlichen Krisen

als Begleitung von Menschen in ihrem Sterben

als psychotherapeutisch orientierte Begleitung in schwierigen Wahrnehmungs- und Kommunikationsphasen

Haltung, Kompetenz und Technik sind wesentliche Bestandteile des Konzeptes Basale Stimulation wie auch Basale Stimulation in der Pflege.

Die Sicht vom Menschen sowie eigene, berufliche, ausdifferenzierte Fähigkeiten und bestimmte Vorgehensweisen in der konkreten Anwendung bestimmen das Konzept.

„Technik“ galt lange Zeit in dem Konzept als Unwort, ähnlich wie der Begriff „Maßnahme“. Wir haben vielmehr von „Angeboten“ gesprochen, da es nicht um ein mechanisches Verrichten von Tätigkeiten an einem anderen Menschen ging, sondern um die Kommunikation *mit* einem Menschen.

Technik, als Wort, stammt aus dem Griechischen und bedeutet so etwas wie Kunst, Kunstfertigkeit. Technik muss also nicht etwas dem Menschen Entgegengesetztes sein, sondern ist eine Art und Weise, mit gutem Werkzeug Probleme anzugehen und möglichst zu lösen. Kreativität ist dabei nicht ausgeschlossen, ja sogar erforderlich, die schablonenhafte Anwendung von Lösungswegen ist ebenso untauglich wie der schematische Gebrauch einzelner Werkzeuge.

Dies war es auch, was Christel Bienstein und mich veranlasst hat, die bekannten zentralen Ziele zu formulieren. In der damaligen Zeit waren nämlich sehr viele Pflegende so von den "Werkzeugen" der Basalen Stimulation begeistert, dass nun jeder Patient vestibulär, vibratorisch oder anderweitig stimuliert wurde, weil man nun einmal neue Möglichkeiten hatte, die wollte man auch anwenden. Ob die Ausgangssituation der Patientin oder des Patienten dies erforderlich machte, war häufig gar nicht mehr die Frage.

Haltung

In den Rahmenrichtlinien der Förderschule mit dem Schwerpunkt ganzheitliche Entwicklung des Landes Rheinland-Pfalz finden sich die fast gleichen Aussagen zum Menschen, zum Menschenbild und zur Haltung gegenüber Kindern und Jugendlichen mit schweren kognitiven Einschränkungen wie in unserem Buch Bienstein und Fröhlich "Basale Stimulation in der Pflege". Ich (A. F.) habe als Mitautor der Rahmenrichtlinien großen Wert darauf gelegt, diese Formulierungen einzubringen, damit auch in zwei nicht zueinander gehörigen Publikationen deutlich wird, wie sehr die Lebenswirklichkeit schwerbehinderter Menschen und akut erkrankter oder Langzeit erkrankter Patienten strukturelle Gemeinsamkeiten aufweisen.

Insofern können wir sagen, dass das Menschenbild in der Pädagogik und in der Pflege in seinen Grundlagen identisch ist, dies macht ja auch die Stärke der Basalen Stimulation aus. Wir müssen allerdings auch sehen, Behinderung ist nicht gleich Krankheit, Behinderung ist eine Lebensform, die einen Menschen in der Regel sein ganzes Leben lang begleitet. Viele sehr schwer behinderte Kinder, Jugendliche und Erwachsene kennen nur dieses Leben mit Behinderung, manche haben allerdings auch Erinnerungen an ein Leben vor einer einschneidenden Krankheit, einem schweren Unfall oder dergleichen.

Die größere Zahl jedoch ist von Anfang an mit dieser Behinderung groß geworden, hat sich in dieser Behinderung entwickelt. Insofern kommt es auch zu bestimmten Zielverschiebungen, die Beseitigung der Behinderung steht nicht nur nicht im Vordergrund, sie ist in ganz vielen Fällen ein unsinniges Ziel. Es geht darum, das Leben in der Behinderung auszudifferenzieren, Möglichkeiten zu erschließen, Kompetenzen zu entwickeln und zusätzliche Beeinträchtigungen zu vermeiden. Für viele sehr schwer behinderte Menschen erschließt Basale Stimulation Kommunikations- und Kontaktmöglichkeiten, bringt Basale Stimulation einen Zugang zur belebten und unbelebten Welt, reichert den Alltag an, ermöglicht Aktivitäten und Selbstentwicklung.

Dies alles fließt in unser Bild vom Menschen ein, bestimmt unsere Haltung gegenüber einem sehr schwer behinderten Menschen.

Pflegende erleben im Alltag oftmals Konflikte. Die Haltung von jedem einzelnen Pflegenden beruht auf dem persönlichen Menschenbild und den damit verbundenen Werten. Problematisch ist im Alltag oft, dass wir im Kollegenkreis nur selten über diese Werte sprechen. Diese Werte bestimmen aber unser Handeln und lassen uns die eigene oder auch fremde Pflege beurteilen: wenn davon ausgegangen wird, dass ein Patient wahrnehmen kann, wird er anders angesprochen, berührt, bewegt werden als wenn man nicht davon ausgehen würde. Gerade TeilnehmerInnen der Weiterbildung oder auch von Seminaren sind davon betroffen. Sie reflektieren und verändern ihre Werte. Sie kehren mit einer veränderten Haltung auf ihre Stationen zurück und werden nunmehr zu Außenseitern, weil sie die frühere „normale“ Pflege und damit ihre KollegInnen anders beurteilen.

Obwohl viele Krankenhäuser wie auch Berufsverbände ihre ethische Grundhaltung in Pflegeleitbildern oder Ethikkodices darstellen, herrscht in den einzelnen Teams selten ein Konsens. Um sowohl die Diskussion im Team zu erleichtern wie auch die Werte des Konzeptes darzustellen, müssen diese Werte transparent gemacht werden. Erst dann können konsequente Entscheidungen und Handlungen verstanden und vermittelt werden.

Die Werte, auf denen die Haltung des Konzeptes basiert, lassen sich sehr gut aus dem Text von Fröhlich und Bienstein herauslesen (Basale Stimulation in der Pflege – die Grundlagen: *Unser Bild vom Menschen*, S. 9-12 und *Einleitende Gedanken*, S. 13-18), hier gegliedert nach der Reihenfolge des Auftretens:

Jeder Mensch ist Subjekt seiner Entwicklung
Krankheit wirkt systematisch auf alle Interaktionspartner ein (Aspekt der Ganzheitlichkeit)
Jede Entwicklung hat Autonomie zum Ziel
Autonomie beinhaltet auch Wertschätzung und Respekt
Kerngedanke ist gemeinsames Handeln
Patienten sind individuell und haben eine einzigartige Biographie
Respekt ist verbunden mit dem Grundgesetz
Menschliche Typisierung begründet das Menschsein nicht
Kritischste Aufmerksamkeit ist gefordert, wenn über den Einzelnen zu Gunsten der Gruppe verfügt wird
Sterben ist ein individueller, würdevoller Prozess
Krankheit nicht definiert, aber das Erleben von Krankheit: es ist ein Entwicklungsprozess
Pfleger haben die Aufgabe, sich mit dem ganzen Menschen auseinander zu setzen, dazu gehören auch deren Angehörige
Krankheit bewirkt Entfremdung vom Körper-Ich als primäres Selbst
Ganzheitlichkeit wird definiert als Einheit von Körper, Geist und Seele
Gesundheit ist ein aktiver Prozess des ganzen Menschen
Aufgabe der Pflege: Atmosphäre und Umgebung zur eigenen Regeneration zu schaffen
Patienten sind nicht Objekte der Pflege, sondern Subjekte ihrer Pflege: „Pflege macht nicht gesund, Pflege hilft beim Gesund werden“
„Basal“: einfachste, elementare Möglichkeiten, ohne Forderung, voraussetzungslose Angebote
Physische Anwesenheit heißt in der Welt zu sein, kommunikationsfähig zu sein
Komatöse scheinen mehr wahrzunehmen
Menschen stehen (auch im Sterben) in elementarer Verbindung zu dieser Welt, zu der auch Pfleger gehören
Eine Stimulation ist immer ein Angebot (Kritik am Leistungsdruck durch Pfleger)
Pfleger und Sonderpädagogen können viel von einander lernen

Ohne allgemeine Wertfragen zu diskutieren sei festgestellt, dass es hier eine unhinterfragbare Grundannahme gibt, die etwa lautet: Jeder Mensch ist in seiner individuellen Lebenssituation ein Teil der Menschheit und damit ein Teil menschlicher Normalität. Jeder Mensch hat das prinzipielle Recht, in seiner individuellen Situation akzeptiert zu werden, hat aber ebenso die prinzipielle "Pflicht", sich der Dynamik einer Lebensentwicklung auszusetzen. Menschliches Leben ist dadurch gekennzeichnet, dass "fördern und fordern" in einem für alle Beteiligten befriedigenden Wechselverhältnis stehen.

Für pädagogisches Handeln überhaupt ist es charakteristisch, dass einerseits ein Kind, ein Jugendlicher in seinem jetzigen, aktuellen Sosein akzeptiert wird. Andererseits soll der junge Mensch sich weiterentwickeln, soll Wissen erwerben, soll Fähigkeiten aufbauen, soll lernen, er wird als noch nicht fertig betrachtet. Pädagogik lebt immer in diesem Spannungsfeld, ein ausschließliches Akzeptieren kann nicht genügen, ebenso wenig wie ausschließliches Fordern. Die zunehmende Autonomie des Kindes/Jugendlichen/jungen Erwachsenen bedingt ein gewisses Zurücktreten der pädagogischen Institutionen. Ohne diese pädagogischen Institutionen (Eltern, Erzieher, Lehrer etc.) kann das Kind sich jedoch nicht in seine individuelle Autonomie hinein entwickeln.

Bei Kindern und Jugendlichen mit schwerster Behinderung steht Pädagogik jedoch immer noch mit einer gewissen Ratlosigkeit vor ungelösten Problemen. Wir haben noch keine wirklich tragfähigen Vorstellungen davon, was es heißt, ein schwerst behindertes Kind zu erziehen. Wie können wir moralische Vorstellungen an solche Kinder herantragen, was können wir wirklich von ihnen verlangen, wie können wir diese Forderungen überhaupt formulieren? Wir wissen auch nicht, wenn wir uns dies offen eingestehen, welche Kompetenzen das jetzige Kind für sein späteres Leben als Erwachsener tatsächlich brauchen wird. Diese Kinder werden einmal nicht, wie ich dies früher formuliert habe, "die nächste Generation" sein. Sie werden keinen Beruf im allgemeinen Sinne erlernen, sie werden nicht arbeiten, wie wir das tun, sie werden keine Familie gründen. Leben sie deswegen ihr Leben für sich? Welche soziale Verantwortung haben sie, welche Verantwortung haben wir? Es sind sehr viele offene Fragen, die endlich einmal mutig angegangen werden sollten, da sie pädagogisches Handeln unmittelbar und mittelbar bestimmen.

Hier kann Pflege sehr viel von ihrer Schwester Pädagogik lernen. In wie weit beinhaltet Pflege auch pädagogische oder therapeutische Aspekte? Die Grenzen sind hier nicht klar definiert und in den letzten Jahren wurden die Gemeinsamkeiten immer deutlicher. Basal stimulierende Pflege ist auch Bildung, sie leitet an, begleitet und unterstützt Menschen in ihrer eigenen Entwicklung. Doch sind Pflegende in der Lage, ihre pädagogischen Werte und Potentiale zu definieren?

Wir fassen zusammen: Das Menschenbild, wie es für die Basale Stimulation durch die Basale Stimulation entwickelt worden ist, passt sehr gut in den Bereichen Pflege, Pädagogik und Therapie zusammen, es kommt zu keinen logischen Widersprüchen.

Kompetenzen in der Basalen Stimulation

Da sich die Kompetenzen auf den Berufsalltag beziehen, wird sehr schnell deutlich werden, dass in vielen Bereichen zwischen dem pflegerischen Alltag und dem pädagogischen sowie therapeutischen Alltag deutliche Unterschiede bestehen. Die Struktur der Institutionen ist bereits eine völlig andere, die zeitlichen Dimensionen des Kontaktes der Beschäftigung sind sehr verschieden, so dass von den Mitarbeitern der jeweiligen Institution sehr Unterschiedliches erwartet wird.

Wenn wir nun versuchen, spezifische Kompetenzen zu beschreiben, so ist ganz sicherlich die begleitende differenzierte Beobachtung ein wesentliches Kompetenzmerkmal. Schwerst behinderte Kinder müssen von ihren Betreuern, Erziehern, Lehrern, Therapeuten etc. individuell und mit sehr viel Hintergrundwissen betrachtet werden, um ihre Bedürfnisse, ihre Möglichkeiten und Kompetenzen möglichst wirklichkeitsnah einschätzen zu können. Dazu wurden Instrumente entwickelt (Fröhlich/Haupt: Entwicklungsbogen), dazu wurden Einschätzungsbeispiele publiziert (Fröhlich/Heidingsfelder).

Zu den wichtigsten Kompetenzen pädagogischer Fachleute gehört auf der Basis der Beobachtung die Planung von Angeboten. Die schon zitierten Rahmenrichtlinien und der Lehrplan des Landes Rheinland-Pfalz für die Förderschulen mit dem Schwerpunkt ganzheitliche Entwicklung bringen eine Vielzahl solcher Beispiele auch für sehr schwer und mehrfach behinderte Kinder. Ohne das dort speziell von Basaler Stimulation die Rede ist, zeigen die dort formulierten Vorschläge und Vorgehensweisen, wie sehr das Konzept bereits in den Förderalltag eingedrungen ist. Individuelle Förderung und unterrichtliche Förderung ergänzen einander, integrative Elemente lassen auch sehr schwer behinderte Kinder und Jugendliche den Alltag nicht behinderter Altersgenossen in Ansätzen erleben.

Für Pädagogen ist in diesem Zusammenhang die "didaktische Analyse" ein wesentliches Kompetenzmerkmal. Sie müssen komplexe Zusammenhänge nicht nur in der bewährten Art in ihre Elemente zerlegen können, sondern sie müssen auch basale Erfahrungen herausdestillieren, die schwerst mehrfach behinderten, schwerst geistig behinderten Menschen die Partizipation am kulturellen Erbe ermöglichen. Selbst dann, wenn komplexe Zusammenhänge nicht vermittelbar sind, ist ein gewisser Anteil an einem Kulturprodukt, sei es eine Oper, sei es ein Gedicht oder ein Nachtmahl, zu vermitteln. Dies ist gewissermaßen die "hohe Kunst" und damit die höchste Kompetenz einer Pädagogin, eines Pädagogen, der mit schwerst behinderten Kindern und Jugendlichen arbeitet.

Kompetenzen der Pflegenden

Welche Kompetenzen müssen Pflegenden entwickeln, um basal stimulierende Pflege anbieten zu können? Neben dem Fachwissen betonen Bienstein und Fröhlich hierzu folgende Kompetenzen:

Kompetenzen:

Fähigkeit zur Informationssammlung mithilfe der biographischen Anamnese
Fähigkeit zur differenzierten Beobachtung
Fähigkeit zur Einschätzung des Pflegebedarfs
Fähigkeit, das Bewusstsein des Patienten einschätzen zu können
Fähigkeit zur Tages- und Lebensgestaltung
Fähigkeit zur Umweltgestaltung
Fähigkeit, die zentralen Ziele mit pflegerischem Handeln verknüpfen

Die Fähigkeit zur Informationssammlung mithilfe der biographischen Anamnese. Welche Geschichte hat dieser Mensch, welche Lebenserfahrung? Wir gehen davon aus und *wissen* es mittlerweile auch, dass diese Informationen sehr hilfreich sein können, um Angebote zu entwickeln, die für den einzelnen Menschen eine besondere Bedeutung haben. Angebote, die an die individuelle Lebenserfahrung eines Menschen anknüpfen, vermitteln oftmals ein Wiedererkennen, Selbst-Sicherheit und ermöglichen Aktivität. Hier sind wir in den letzten Jahren weiter gekommen: die Lebenserfahrung von Voraufenthalten in anderen Einrichtungen und Krankenhäusern wird zunehmend berücksichtigt wie auch die kontextspezifische Berücksichtigung biographischer Angebote (Niemand nimmt seine Lieblingsessspeise 24 Stunden am Tag zu sich, sondern immer in besonderen Situationen – Gleiches gilt für andere bevorzugte Sinneserfahrungen). Eine Herausforderung ist hier immer noch die Form der Informationsweitergabe und wir wissen, dass entsprechende Dokumentationsbögen nicht alleiniger Zweck sind, sondern eine sinnvolle Grundlage für Gespräche mit dem Patienten oder den Angehörigen. Bienstein und Fröhlich empfehlen hierzu die sog. Biographische Anamnese und Dementia care mapping.

Eine andere Kompetenz besteht in der **Fähigkeit zur differenzierten Beobachtung** und jemanden „lesen“ zu lernen. Hierzu kann es sinnvoll sein, Modelle zur Strukturierung der Beobachtung zu nutzen. Die Differenzierung anhand der Sinnesbereiche oder auch dem Modell ganzheitlicher Entwicklung nach Fröhlich und Haupt bieten sich hierzu an. Eine einfach strukturierte Beobachtung erfolgt anhand der Fähigkeiten des Patienten zur Wahrnehmung, Bewegung und Kommunikation.

Hierbei gilt es, zwischen eigener Wahrnehmung und eigener Interpretation des Wahrgenommenen zu unterscheiden, um vorsichtige Hypothesen aufstellen zu können, was den anderen bewegen, wie er erleben und was sein, bzw. ihr zentrales Ziel sein könnte. Gerade schwerst bewusstseinsveränderte Menschen sind eine hervorragende Zielscheibe für eigene Projektionen und Übertragungen. Prof. Hannich empfiehlt den Menschen, die in nahen

Beziehungen wirksam werden, eine aufmerksame Reflexion der eigenen Interaktion: wann immer eine Beziehung als unangemessen nahe oder distanziert, wenn sie „klebrig“ oder auch „zäh“ wahrgenommen wird, ist der Augenblick der Reflexion gekommen (Hannich 2008). Hierbei ist auch der Austausch zwischen den Beteiligten ratsam, sei es unter verschiedenen Pflegekräften wie auch anderen Mitarbeitern oder den Angehörigen. Angehörige sind oft Experten und können viel differenzierter die Fähigkeiten und Stimmungen des Betroffenen beschreiben.

Noch völlig unklar ist die Wahrnehmung, Einschätzung und Angleichung von Zeitwahrnehmung, Geschwindigkeit und Rhythmus. Wir wissen, dass eine Interaktion immer dann besonders wirksam wird, wenn sie in einem *gemeinsamen* Rhythmus statt findet, den wir Pädagogen und Pflegenden meist „intuitiv“ erfassen. Wie wir aber dorthin kommen, kann bislang nur unzureichend beschrieben werden, geschweige denn nachvollziehbar und vermittelbar erklärt werden. Es wird eine Herausforderung der Zukunft sein, dieses „Geheimnis“ einer guten Interaktion zu lüften und lehr- und lernbar zu machen.

Die **Einschätzung des Pflegebedarfs** ist eine andere Kompetenz. Bienstein und Fröhlich empfehlen hierzu verschiedene Skalen, um den Selbstpflegebedarf beurteilen zu können. Dies sind:

Dementia Care mapping
Care Giver Compass
Versorgungskompass (Angeh.)
Instrument Häusliche Pflegeskala
Erweiterter Barthel-Index
Pflegeadaptiertes geriatrisches Basis-Assessment

Dies hilft Pflegenden in der Praxis, Pflegeprobleme zu formulieren und den in der Praxis notwendigen Kompromiss zwischen notwendiger Pflgetätigkeit wie einem Verbandswechsel oder notwendiger Positionierung wegen einer festgestellten Dekubitusgefahr und der lebensbegleitenden Förderung durch Basale Stimulation in der Pflege zu leisten. Die genannten Skalen decken vor allem den geriatrischen Bereich ab und lassen sich übrigens alle „googlen“. Es fehlen hier noch Assessmentinstrumente für andere Bereiche der Pflege.

Der Fähigkeit, das **Bewusstsein des Patienten einschätzen zu können**, kommt eine besondere Bedeutung zu. Hierzu stehen auch verschiedene Skalen zur Verfügung, die neben Fachwissen aus Studien zum Erleben von Patienten und der aktuellen Beobachtung verknüpft werden können. Dies sind vor allem:

Glasgow Coma Scale (GCS)
Skala expressive Kommunikation und Selbstaktualisierung (SEKS nach Zieger)

Die GCS kann innerhalb der Basalen Stimulation *nicht* empfohlen werden, da sie – ethisch nicht vertretbar – mit Schmerzreizen arbeitet und nur für die Akutsituation, nicht für die Langzeituntersuchung konzipiert und validiert wurde. Die Kombination verschiedener Instrumente ist empfehlenswert (vgl. Stepan et al. 2004)

Eine sehr kreative und für Pflegenden herausfordernde Kompetenz ist die zur **Tages- und Lebensgestaltung**. Pflegenden denken und handeln oft in Pflegekategorien. Der Patient ist beispielsweise abends unruhig, also wird er (beruhigend) gewaschen. Hand auf's Herz: wer von Ihnen, liebe KollegInnen, geht sich abends waschen, weil er oder sie nicht schlafen kann? Pflegenden fällt es schwer, in „normalen“ Kategorien zu denken und entsprechende Entscheidungen zu treffen. Patienten, die von einem Locked-In betroffen sind, machen ihre Lebensqualität beispielsweise an dem Maß an Kommunikation und sozialer Unterstützung fest

(Laureys et al.. 2005). Nicht an medizinischer, pflegerischer oder gar finanzieller Unterstützung, sondern an „sozialer“ Unterstützung. Sie wollen nicht ständig gewaschen, gedreht, beklebt oder desinfiziert werden, sondern einfach mit anderen leben. Es geht also darum:

Betreuungssituationen lebenswert zu gestalten

Bezugspersonen zu ermöglichen

Angebote vertrauenswürdig umzusetzen

Eine anregende Atmosphäre zu schaffen

Eine destimulierende Umwelt zu vermeiden

Mobilität zu ermöglichen

Tage, Wochenenden, Ehrentage zu erleben

Die Körperpflege nicht als „Abwaschen“, sondern als Körpererfahrung zu erfahren

Eine ebenfalls kreative Kompetenz ist die zur **Umweltgestaltung**.

Es ist eigentlich sehr erstaunlich, dass viele Pflegende ihre Arbeitsumgebung und damit die momentane Lebenswelt des Patienten für unveränderlich halten, dabei zeigen Pflegende sehr viel kreatives Potential, wenn ihnen nur die Möglichkeit dazu gegeben wird. Im Rahmen der Wirtschaftlichkeit kann die Gestaltung eines „kundenfreundlichen“ Krankenhauses vertreten werden und wenn die Kreativitätsbasis nicht nur auf der Laune der Pflegenden, sondern vielmehr auf einer Patientenbefragung steht, können Konzepte umgesetzt werden. Hierzu sind empfehlenswert:

Notwendige Konzepte für Intensivstationen

Farb- und Lichtgestaltungskonzepte

Ein bekanntes Wieder-Erkennen („Vertrauter Wohnen“)

Biographische Wohnanamnese

Eigene Gestaltungsmöglichkeiten

Mein (P. N.) Lieblingszitat nach Fröhlich in diesem Zusammenhang ist: „ Wer in einer Welt leben muss, die nur von anderen dekoriert wird, kann diese Welt nicht als seine Welt akzeptieren.“

Die letzte genannte Kompetenz besteht schließlich in der Fähigkeit, **die zentralen Ziele mit pflegerischem Handeln verknüpfen** zu können. Die Kompetenz baut zum Teil auf den vorher gehenden auf, vor allem den pädagogischen Fähigkeiten. Weitere Voraussetzungen bestehen in der Möglichkeit eines eigenverantwortlichen Handelns, um in der Pflege gewichten und verändern zu können. Wenn der Patient nur ein Objekt pflegerischen Handelns ist, lässt sich der Gedanke der zentralen Ziele nur schwer umsetzen.

Weiter scheint es hilfreich zu sein, Techniken und Standards zu kennen, sein Handwerkszeug also zu beherrschen, um dieses dann individuell nutzen und anpassen zu können.

Die größte Herausforderung besteht scheinbar in unseren eigenen Köpfen. Denn um sich der Lebenswelt eines anderen Menschen annähern zu können, ist ein Hineindenken, Hineinfühlen wichtig. Bei Schwerstbetroffenen können wir nur oftmals zaghafte Hypothesen aufstellen, was ihm oder ihr denn jetzt von Bedeutung wäre, bei anderen können wir Fähigkeiten und Entwicklungspotentiale entdecken und wieder andere können wir direkt fragen, was ihnen in gemeinsamen Pflege bedeutsam ist. Es geht nicht um die Pauschalisierung von zentralen Zielen, in dem etwa jeder bettlägerige Patient ein Interesse daran haben müsste, *das eigene Leben zu spüren*. Wir beobachten Fähigkeiten beim anderen, versuchen Entwicklungspotentiale zu entdecken, um dann in dem beschriebenen vorsichtigen Dialog für den anderen bedeutsame Angebote machen zu können.

Pädagogische Technik?

Pädagogische Technik!

Auch in der Gestaltung von Lernarrangements, in der Komposition von Entwicklungsanregungen gibt es bestimmte Techniken, die sich bewährt haben und ohne die eine systematische Förderung kaum denkbar ist. Um sehr schwer behinderte Kinder und Jugendliche nicht einem beständigen Versuchs- und Irrtumshandeln ihrer Erzieher und Lehrer auszusetzen, ist es notwendig, dass diese über bestimmte Grundtechniken verfügen.

Wie in einer pflegerischen Beziehung ist es unabdingbar, dass Pädagogen und Therapeuten ebenfalls die Grundregeln einer elementaren Kommunikation beherrschen. Annäherung und Verabschiedung, Kontakt halten und Warten müssten gekonnt werden. Exklusive Zuwendung muss man herstellen können.

Für die Vermittlung selbst ist zweifellos die Gestaltung eines stabilen Figur-Grund-Kontrastes von größter Bedeutung. Das Wichtige muss vom Unwichtigen klar getrennt sein, das Wichtige muss sich abheben vor allem anderen, das in dieser Situation von geringerer Bedeutung ist.

Dieses Figur-Grund-Prinzip wird immer wieder beschrieben (Fröhlich, A.

Wahrnehmungsstörungen und Wahrnehmungsförderung, 2005) und betrifft vor allem visuelle Gegebenheiten, aber auch auditive und taktile sowie die anderen Sinnesbereiche.

Ein Objekt, das von einem Kind oder Jugendlichen angeschaut werden soll, (das als Beispiel gilt, das erkundet werden soll) muss sich vor dem Hintergrund deutlich abheben. Aus der Position des Lernenden heraus muss dieses Objekt klar und deutlich, was Helligkeit, was Farbe, was Struktur angeht, vom Hintergrund abgehoben sein. Ein optisches Wirrwarr, eine Vielfalt von Farben und Formen, die einander überschneiden, macht es fast unmöglich, die Gestalt des Objektes zu erfassen. Dies gilt genau so für Gesichter, es gilt im übertragenen Sinn für Stimmen, für Töne, für Worte, für Namen. Die Klarheit in der Darbietung ist die zentrale technische Anforderung an die Vermittler:

Stille ist der akustisch-neutrale Hintergrund für Stimme, für Klänge, für Musik, für Geräusche, für alles, was zu hören ist. Eine monochrome Fläche als Hintergrund erlaubt das Sehen eines Objektes sehr viel leichter. Frische, neutrale Luft ermöglicht es, einen neuen Geruch zu erschnuppern, eine glatte Fläche lässt ein darauf liegendes Objekt tatsächlich als Objekt erkennen.

Ein zweiter, "technischer" Bereich, kann in der Positionierung von Kindern und Jugendlichen mit schwerster Behinderung gesehen werden. Hierzu ist allerdings interdisziplinäre Arbeit, insbesondere zusammen mit der Physiotherapie, unverzichtbar. Aber technische Elemente aus diesem Berufszweig sind auch für die pädagogische Arbeit unverzichtbar. Hier können an dieser Stelle keine Details genannt werden, da es sehr stark auf die individuellen Möglichkeiten eines Kindes/Jugendlichen ankommt. Im Kern geht es darum Ausgangspositionen zu finden, in denen das Kind, der Jugendliche für die anstehenden Aufgaben die besten Möglichkeiten nutzen kann. Dies heißt, eine Position darf nicht zu viel Kraft, Konzentration und Koordination abziehen, so dass für die eigentliche Aufgabenbewältigung, das Lernen, das Erkunden, das Spielen etc. keine Energie mehr bleibt. Eine sichere, stabile, eine Bewegung ermöglichende Ausgangsposition zu finden und sie zusammen mit dem Kind, dem Jugendlichen zu halten, gehört zu diesen pädagogischen Grundtechniken.

"An einer Kletterwand lernt man keine lateinischen Vokabeln" - wenn die derzeitige Bewegung und Unterhaltung so hohe Anforderungen an die allgemeine Konzentration, Ausdauer und Koordination stellt, bleibt keine Energie mehr für andere Aktivitäten. Das Sitzen auf einem Stuhl kann für einen sehr schwer behinderten Menschen bereits das äußerste an Koordination und Konzentration bedeuten, eine Beschäftigung mit Spiel- oder Lernmaterial, nicht einmal ein Zuhören bei einer Geschichte sind dann vielleicht noch möglich.

Weitere Techniken sollen hier nur genannt werden:

Die Organisation von Ruhe im Wechsel zur Aktivität in einem individuell passenden Zeitrhythmus;

der Wechsel von Abschirmung und Öffnung in der konkreten Situation durch konkrete Materialien wie Wandschirm, Paravent, große Kissen, Vorhänge etc.;

der Einsatz eines kleinen Raumes, eines Rückzugsbereiches, einer Nische ;

Der Umgang mit der Zeit gehört ebenfalls zu den technisch zu nennenden Fähigkeiten eines Pädagogen: mehr Zeit, ein anderer Fluss der Zeit ist in der Beziehung, in der Kommunikation und in der Arbeit mit sehr schwer behinderten Menschen erforderlich.

Es ist nicht nur das Mehr an Zeit sondern auch das sich selbst Zeit lassen, warten können, Reaktionen nicht unmittelbar, sondern eben mit zeitlicher Verzögerung zu erwarten und zu akzeptieren. Keine blitzschnelle Antwort geben, sondern eine anhaltende Antwort, die auch bei einer extrem verlangsamten Wahrnehmung aufgenommen werden kann. Dies bedeutet Arbeit an eigenen Zeittechniken unter eigener Zeitwahrnehmung.

Die Kommunikation selbst muss in vielen Bereichen durch z. T. ungewöhnliche Techniken ergänzt werden (vgl. Fröhlich/Simon). Insbesondere die Symmetrie der Kommunikation gerät zwischen einem nicht behinderten und einem sehr schwer behinderten Menschen leicht außer Balance. Es zeigt sich immer wieder, dass der nicht behinderte Mensch versucht, die Lücken im Dialog, die zeitlichen Verschiebungen durch ein Mehr an eigenen kommunikativen Signalen auszugleichen. Dadurch wird das sehr schwer behinderte Kind, der junge Mensch oder auch der Erwachsene förmlich überschüttet und hat keine Zeit, alle diese Informationen aufzunehmen, zu verarbeiten und dann auch noch zu beantworten. Daher gehört es zu den entscheidenden Kommunikationstechniken, das Innehalten in der Kommunikation, das Warten, das ausgedehnteste Zuhören (im erweiterten Sinne) zu erlernen und zu praktizieren. Die Aufmerksamkeit muss dabei gehalten werden, es geht nicht um ein Abschalten, um ein lockeres sich Zurück-lehnen und warten, bis das Gegenüber sich vielleicht einmal äußert, nein, es geht darum, die Erwartungshaltung und den Erwartungsausdruck aufrecht zu erhalten, länger als dies in einer ungestörten kommunikativen Beziehung üblich und nötig wäre.

Techniken in der Vermittlung, in der Kommunikation, aber natürlich auch in allen Verrichtungen des Alltags sind erforderlich, um auch eine gewisse sichere, Routine gestützte Basis für komplexere, aufwendigere und schwierigere gemeinsame Aktivitäten zu haben. Zu allen Aktivitäten des täglichen Lebens gibt es Techniken. Ein Pädagoge muss lernen, mit größter Selbstverständlichkeit ein bestimmtes Kind so an- und auszuführen, dass es dabei nicht völlig durcheinander kommt, sich erregt, Schmerzen erleidet etc. Das Gleiche gilt für einen Windelwechsel, gilt für das Waschen des Gesichtes, für Zähne putzen oder den Toilettengang. Das Reichen des Essens stellt eine solche, z. T. technische, Arbeit dar.

Wie wird ein Kind getragen, wie wird ein Kind in den Rollstuhl gesetzt, wie wird es heraus geholt All dies sind keine individuell beliebigen, von Meinungen abhängigen Aspekte der täglichen Arbeit, sondern sie folgen bestimmten Regeln und Grundprinzipien.

Im Gegensatz zur Pflege beharrt Pädagogik nach wie vor auf großen individuellen Freiheitsräumen. Pädagogen lassen sich nicht gerne solche technischen Aspekte ihrer Arbeit vorschreiben, sie vermeiden jede Reglementierung. Dies bedeutet aber für die betroffenen Kinder, dass sie sich bei jeder Person neu einstellen müssen, dass sie auch bei einer Person häufig wechselnde Vorgehensweisen nicht integrieren können, dass sie gewissermaßen von einer Überraschung in den nächsten Schrecken fallen. Dies ist nicht spannend, aufregend und Neugierde erweckend, sondern anstrengend, Energie raubend und verwirrend.

An der Frage der pädagogischen Techniken ist ganz sicherlich innerhalb der Pädagogik noch intensiv zu arbeiten. Regeln müssen gefunden werden und gleichzeitig müssen die notwendigen Freiheitsgrade in der individuellen Anwendung offen gehalten werden.

Als Co-Autor aus der Pflege bleibt mir (P.N.) nach dieser Beschreibung pädagogischer Techniken nur der "Kniefall" vor den Pädagogen. (Und der andere Autor meint: Ideal und Wirklichkeit ... im Formulieren sind wir Pädagogen gut) Wenn Pflegende über *Techniken* sprechen, meinen wir vor allem die Technik der Berührung, die Technik der beruhigenden oder belebenden Körpererfahrung, die Technik der ASE usw. – viele Pflegende in Seminaren sind vor allem an diesen „Tricks“ der Basalen Stimulation interessiert. Anfänger sind an Regeln interessiert, um gut lernen zu können, keine intuitiv vorgelebte Haltung und daher ist der Ruf nach Pflegestandards der Basalen Stimulation nur verständlich – und in der Kombination mit der Haltung und Kompetenz vielleicht auch realisierbar. Diese vorgestellten pädagogischen Techniken hingegen zeigen uns mögliche Wege in der Pflege auf, wie wir unsere Interaktion sehr viel differenzierter gestalten, reflektieren und vermitteln können. Wir können viel von einander lernen.

Haltung, Kompetenz, Technik

Wieder einmal haben wir es im Konzept Basale Stimulation in der Pflege und in der Pädagogik/Therapie mit "Drei Schwestern" zu tun. Die Haltung, die Kompetenz und die Technik. Erst alle drei in einer ausgewogenen Harmonie ergeben gute Voraussetzungen für ein erfolgreiches Arbeiten mit sehr schwer beeinträchtigten Menschen. Eine positive Grundhaltung, der aber die praktischen Umsetzungsmöglichkeiten fehlen, ist anerkennenswert, bringt aber dem Einzelnen nicht allzu viel. Bloß angewandte Techniken, in deren Hintergrund vielleicht eine abschätzige Grundeinstellung lauert, lässt auf Dauer keine positive Entwicklung erwarten. Umfassendere Fähigkeiten, Kompetenzen stellen gewissermaßen die Brücke zwischen Haltung und Technik dar, integrieren diese und bewältigen insbesondere auch neue Situationen, für die noch keine Technik vorhanden ist.

Im Konzept der Basalen Stimulation ist davon auszugehen, dass auch Haltung, Kompetenz und Technik nicht statisch gesehen werden kann, sondern dass je nach Situation das Gewicht eines der drei Elemente stärker oder schwächer sein kann, dass aber auch im Laufe der Zeit sich Haltungen verändern, Kompetenzen sich ausweiten und Techniken neu bewertet werden müssen. Insofern ist auch in diesem Bereich der Konzeptcharakter erhalten, die Konkretisierung auf Haltung, Kompetenz und Technik bedeutet daher keine Einschränkung, sondern eine Ausweitung des Konzeptgedankens.

Andreas Fröhlich / Peter Nydahl

Im Herbst 2008

Literatur:

Hannich, H.J. (2008): Übertragung und Gegenübertragung in der Basalen Stimulation – eine Beziehungsanalyse. In: Nydahl, P; Bartoszek, G.: Basale Stimulation – Neue Wege in der Pflege Schwerstkranker. Elsevier 2008

Stepan, C, Binder, H, Haidinger, G (2004): Die Problematik der klinischen Verlaufsbeurteilung von Patienten mit Apallischem Syndrom (AS) anhand von Rehabilitationsskalen - ein Überblick. Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie 2004; 5 (3), 14-22

Laureys S, Pellas F, Van Eeckhout P, Ghorbel S, Schnakers C, Perrin F, Berré J, Faymonville ME, Pantke KH, Damas F, Lamy M, Moonen G, Goldman S. (2005): The locked-in syndrome: what is it like to be conscious but paralyzed and voiceless? Prog Brain Res. 150:495-511.