

# Chiemgauer Pfllegetag

„Begegnung gestalten,  
Beziehung aufnehmen“



**Menschliche Wärme,**  
die durch die Haut geht, schützt mitunter besser als jede Medizin!

Chiemgauer Pfllegetag  
„Begegnung gestalten, Beziehung aufnehmen“  
13.10.06  
Klinikum Traustein  
Abstract

# „Wachsen in der pflegerischen Begegnung“

## Referent:

Stefan Stanglmayr

Fachkrankenschwester für Intensivpflege und Anästhesie

Praxisbegleiter für Basale Stimulation® in der Pflege

stefan.stanglmayr@vr-web.de



In unserer täglichen Arbeit sind wir immer wieder gezwungen uns mit Leid auseinanderzusetzen. Im Vortrag wird die Frage gestellt:

- Welche Strategien hat die Pflege im Umgang mit Leid/Krisen?

Während meiner Arbeit als Pfleger auf einer operativen Intensivstation, versuche ich Wege zu finden sich dieser Auseinandersetzung zu stellen, ohne mich dabei zu verbrauchen.

In dem Vortrag möchte ich eigene Haltungen vorstellen und davon eine herausheben, die uns und dem Patienten helfen kann, aneinander zu wachsen.

Es gilt eine Haltung zu entwickeln in der professionellen Beziehung zu Menschen mit schwerer Krankheit:

<b>Orientierung</b>	<b>Haltung</b>
➔ „Was kann ein Mensch nicht?“ <b>Defizitorientierung</b>	Erziehen
➔ „Was kann ein Mensch?“ <b>Entwicklungsorientierung</b>	Fördern
➔ „Was möchte ein Mensch?“ <b>Bedürfnisorientierung</b>	Assistieren
➔ „Was braucht ein Mensch?“ <b>Wachstumsorientierung</b>	Begleiten

# Der „geplante Mensch“ in Medizin und Pflege

H.-J. Hannich, Greifswald

Aufgabe von Behandlungsplanung in Medizin und Pflege ist die Erstellung eines Tätigkeitsablaufs mit dem Ziel, dem Kranken bestmögliche Hilfe zukommen zu lassen. Zu diesem Zwecke sollen theoretische Vorkenntnisse in praktische Handlungsabläufe einmünden.

Diese Aufgabenstellung setzt ein besonderes Theorie-Praxis-Verhältnis voraus, welches weitreichende Konsequenzen für das Selbstverständnis von Pflege und Medizin hat. Z.B. ergibt sich daraus, dass die sich entwickelnden Pflegewissenschaften ebenso wie die etablierte Medizin keine Wissenschaften im herkömmlichen Sinne sind. Anders als etwa die Naturwissenschaften streben sie nicht primär nach Erkenntnis, sondern sind der Hilfeleistung durch Anwendung eben dieser wissenschaftlichen Erkenntnis im konkreten Einzelfall verpflichtet. Die Handlungsintention des Helfen-Wollens und –Könnens als moralische Kategorie tritt als moralische Kategorie hinzu.

Weiterhin konfrontiert die Handlungsverpflichtung Pflege und Medizin mit der Kluft zwischen Wissen und Handeln. Handeln ist dem Einzelfall verpflichtet und damit prinzipiell unwägbar. Die Gründe dafür werden aufgeführt. Ebenso werden Lösungsmöglichkeiten, die die Handlungsunsicherheit im Einzelfall beheben sollen, kritisch diskutiert.

## ***Klänge der Seele / Der Mensch im Wachkoma als Partner***

### ***Begegnung mit dem Bewusst-Sein von Menschen im Wachkoma***

Abstract zu Vortrag und Workshop beim Chiemgauer Pfllegetag  
*Begegnung gestalten – Beziehung aufnehmen*

Klinikum Traunstein am 13.10.2006

Durch die Diskussionen um eine gesetzliche Regelung von Patientenverfügungen und um die Gerichtsentscheidungen zum Sterben der amerikanischen Patientin Terri Schiavo war der Begriff *Wachkoma* in den letzten Monaten in aller Munde und wurde von Medizinern und Politikern wie selbstverständlich eingesetzt. Vergleicht man die verschiedenen Aussagen, zeigt sich deutlich, dass die Kenntnisse sowohl über das zugrundeliegende Krankheitsbild, als auch über dessen Verlauf und Prognose bei weitem nicht so einheitlich sind, wie die Diskussion und der in letzter Zeit einhellige Gebrauch des Terminus *Wachkoma* zu suggerieren vermag.

Der Begriff *Wachkoma* beschreibt ein komplexes Krankheitsbild, das nicht durch die Schädigung eines bestimmten einzelnen Hirnareals entsteht und für das sich in der medizinischen Nomenklatur eine ganze Reihe von Namen (Apallisches Syndrom / coma vigile / (persistent) vegetative state) etabliert haben. Es wird erstmalig 1940 von Kretschmer beschrieben. Ihm folgen die grundlegenden Arbeiten 1967 von Gerstenbrand und 1971 von Jennett und Plum, die seit ihrem Erscheinen die Basis für die medizinischen Lehrmeinungen zu Verlauf und Prognose bilden. Bis heute gibt es weltweit keine einzige medizinisch wissenschaftliche Studie zur Langzeitphase dieses Krankheitsbildes, das im deutschsprachigen Bereich durch seine Bezeichnung *Wachkoma* die Diskrepanz zwischen gesichertem medizinischem Wissen und diesem widersprechenden Beobachtungen in besonderer Weise aufzeigt.

Beobachtet man einen Menschen im Wachkoma steht der Körper mit seinen erkennbaren, schweren Einschränkungen und den scheinbar fehlenden, „sinnvollen“ Reaktionen im Mittelpunkt. Die Beobachtungen verunsichern Angehörige, Pflegekräfte und Ärzte gleichermaßen. Unwillkürlich werden ethische Fragestellungen aufgeworfen, und nur mühsam kann der Beobachtende versuchen, seine Gedanken auf den möglichen Geist, das Wesen und das Sein dieses Menschen zu lenken. Noch schwerer vorstellbar wird es, diesem begegnen zu wollen oder in diesem Menschen einen Partner zu sehen.

Sollten aber die körperlichen Regungen eines Menschen im Wachkoma nicht nur als Primitivreflexe, sondern auch als Reaktionen auf einen Reiz zu verstehen sein, sind diese Reaktionen als Antwort auf eine Aktion auch essentieller Bestandteil von Begegnung. Aus einer Folge von Reaktionen und Gegenreaktionen entsteht Kommunikation und Dialog. Der Mensch im Wachkoma wird zum Partner in einem Begegnungsprozess. Kommunikation stellt ein zwischenmenschliches Phänomen dar. Folglich ist neben einer entsprechenden Fach- und Handlungskompetenz eine personale Kompetenz des Begegnenden (Pfleger, Arzt, Therapeut, Angehöriger) im Sinne einer Einbeziehung seiner Persönlichkeit in die Begegnungssituation mit dem Menschen im Wachkoma unabdingbare Voraussetzung. Nicht sein rational geprägter Umgang mit diesen Menschen sondern seine Bereitschaft, eine



Beziehung zu dem Menschen im Wachkoma aufzunehmen bildet die Grundlage jeder Begegnung, auf der er sich selbst als Gegenüber, als Du anbieten muss: als ein Ich, das dem Betroffenen als Du in seinem eigenen Sein und in seiner eigenen personalen Identität gegenübertritt, im Sinne Bubers: „Das Du begegnet mir. Aber ich trete in die unmittelbare Beziehung zu ihm. So ist die Beziehung Erwähltwerden und Erwählen, Passion und Aktion in einem ... Aber in der vollkommenen Beziehung umfasst mein Du mein Selbst, ohne es zu sein; mein eingeschränktes Erkennen geht in einem schrankenlosen Erkenntwerden auf“.

In meinem musiktherapeutischen Ansatz gehe ich von einem Menschenbild aus, das in Anlehnung an die humanistische Psychologie jedem Menschen, also auch einem Menschen mit schweren Schädel-Hirnbeeinträchtigungen, wie dem Menschen im Wachkoma, das Potential eines Bewusstseins zuerkennt und ihn als ein Wesen betrachtet, das jederzeit, auch im Zustand schwerer Bewusstseinsbeschränkung, die Möglichkeit zur Entwicklung besitzt. „Ich bin Leben, das Leben will, inmitten von Leben, das leben will.“ (Albert Schweitzer)



Trotz einer vielfältigen Diskussion um den Bewusstseinsbegriff scheint allgemeine, unstrittige Ansicht der Medizin zu sein, dass die Funktionalität des Gehirns ausschlaggebend für das Bewusstsein des Menschen ist. Dabei kann die Neurophysiologie eine Beziehung zwischen dem Bewusstsein und neuronalen Vorgängen im Gehirn zwar aufzeigen, das Bewusstsein können aber weder sie, noch andere Neurowissenschaften umfassend erklären oder gar lokalisieren. Das Problem erweist sich als vielschichtiger. Der Geist, das Sein des Menschen,

sein Ich ist mehr als eine neuronale Aktivität und das Bewusstsein des Menschen ist vielfältiger, als dass es auf die Funktionalität von Hirnnerven reduziert werden kann. Sein Wesen ist mehr als die Summe seiner Defizite oder seiner Pathologien.

Das Wachkoma ist eine Lebensart, die sich in ihrer Form zunächst meinem Zugang verschließt. Aus einem fehlenden Zugang ist aber nicht a priori die Nichtexistenz des Bewusstseins abzuleiten. Vielmehr gilt es neue Zugangswege zu suchen und anzubieten. In den im Workshop vorgestellten Videobeispielen aus der Musiktherapie wird anhand der Reaktionen deutlich, dass Menschen im Wachkoma Situationen, zeitliche Strukturen bzw. den Rhythmus ihrer Bewegung erkennen und sich dazu durch das eigene Handeln in Beziehung setzen können. Musiktherapie kann daher entscheidend zur Evaluation dieser Potentiale beitragen und darüber hinaus einen wesentlichen Beitrag zu einer Erneuerung des Verständnisses dieses Krankheitsbildes in Medizin und Gesellschaft leisten.

Die Gesellschaft ist in ihrer Meinung über Menschen im Wachkoma gespalten. Die Kenntnisse der Medizin über die Langzeitphase des Wachkomas sind lückenhaft und viele der dort getroffenen Aussagen zur Prognose falsch. Offen wird über den Wert des Lebens der Betroffenen und ihr Recht auf Leben, sowie auf eine Versorgung durch die Solidargemeinschaft diskutiert. Dabei kann durchaus aufgezeigt werden, dass der Mensch im Wachkoma nicht nur ein Mensch mit hochgradiger Hirnschädigung, sondern ein Mensch mit Bewusst-Sein ist, der in seiner Lebensform begegnen und dem begegnet werden kann. Somit besitzt er auch die Grundrechte jedes Menschen, das Recht auf Schutz seines Lebens, körperliche Unversehrtheit sowie medizinische und pflegerische Versorgung.

Menschen im Wachkoma sind lebende Menschen. Auch für sie gilt:

Jede Lebensform in ihrer entsprechenden Lebensart ist lebenswert.

### Literaturhinweise:

- Baumann, Gessner (Hrsg.) (2004). *ZwischenWelten: Musiktherapie bei Patienten mit erworbenen Hirnschädigungen*. zeitpunkt musik. Wiesbaden, Reichert Verlag. ISBN 3-89500-371-9
- Gustorff, D. und Hannich, H.-J. (2000). *Jenseits des Wortes. Musiktherapie mit komatösen Patienten auf der Intensivstation*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, Hans Huber. ISBN 3-456-82956-6
- Herkenrath, A. (1999). Musiktherapie und Wahrnehmung: Ein Beitrag der Musiktherapie zur Evaluierung der Wahrnehmungsfähigkeit bei Patienten mit schweren Hirnverletzungen. In: Aldridge, D. und Dembski, M. (Hrsg.) (2002). *Music Therapy World. Musiktherapie, Diagnostik und Wahrnehmung*. Witten/Herdecke, Private Universität.
- Herkenrath, A. (2000). Phase F – Endstation Hoffnung? Beobachtungen zu Langzeittherapie und Entwicklung bei Patienten im Wachkoma am Beispiel der Musiktherapie. In: *NOT. Unabhängige Fachzeitschrift der Schädel-Hirnverletzten*. 3/2000, S. 32-34. Leimersheim, Fachverlag hw-studio weber.
- Herkenrath, A. (2005a). Encounter with the conscious being of patients in persistent vegetative state. In: Aldridge, D. (Hrsg.) (2005). *Music Therapy and Neurological Rehabilitation: Performing Health*. London, J. Kingsley Publishers. ISBN 1-84310-302-8.
- Herkenrath, A. (2005b). Von der Klangwerdung des Seins. Musiktherapie mit Menschen im Wachkoma – Ein musiktherapeutischer Ansatz. In: *Musiktherapeutische Umschau* 26/4, S. 347-358. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht. ISSN 0172-5505.
- Herkenrath, A. (2006). Musiktherapie mit Menschen in der Langzeitphase des Wachkomas – Aspekte zur Evaluation von Wahrnehmung und Bewusstsein. In: *Neurologie & Rehabilitation*. 2006, 12 (1), Bad Honnef, Hippocampus Verlag. ISSN 0947-2177.

# Einklang von Körper und Seele

Workshop1:

## Beziehung aufnehmen und Begegnung gestalten mit Klängen:

*„Das Auge führt die Menschen in die Welt,  
das Ohr führt die Welt in die Menschen.“*

*Joachim Ernst Berendt*

Klänge sind für uns hörbare Schwingungen, die von unserem Körper wahrgenommen werden.

Der Einsatz von Klangschalen in der Pflege von Menschen, die in ihrer Wahrnehmung eingeschränkt sind, fördert die

- somatische Wahrnehmung durch das Auflegen der Klangschalen auf den Körper
- vestibuläre Wahrnehmung durch die sanften Schwingungen
- vibratorische Wahrnehmung durch die sanften Vibrationen
- auditiv Wahrnehmung durch die sanften Töne
- taktil-haptische Wahrnehmung durch das Berühren und Tasten der Klangschalen und
- auch die visuelle Wahrnehmung durch das Anschauen der Klangschalen

Je nachdem wie diese Begegnung gestaltet wird, kann eine gegenseitige Beziehung aufgebaut werden.

Der Mensch kann sich in seinem Körper wieder spüren, Vertrauen aufbauen und Sicherheit erleben, seinen eigenen Rhythmus entwickeln, die Außenwelt erfahren und auch Autonomie leben.

## Wie wirken die Klänge?

**... für den Körper  
ist es eine ...**

**... für den Geist  
ist es eine ...**

**... für die Seele  
ist es ein ...**

### **Klang - Massage**

Die Klangschalen mit ihren unterschiedlichen Klangvolumen bewegen das Wasser im Körper.

Alle Zellen beginnen zu schwingen.

Ein ganzheitlicher Energiefluss harmonisiert den Körper.

### **Klang - Erfahrung**

In der Tiefenentspannung bietet sich die Möglichkeit, Ängste zu erkennen und loszulassen.

Vergangenes kann nun verarbeitet werden.

Durch den so geschaffenen Zugang zu sich selbst tun sich neue Wege auf.

### **Klang - Erlebnis**

Der Klang berührt die Seele und lässt sie im Innersten tiefen Frieden leben.

Die Alltagsorgen treten in den Hintergrund, die Seele kommt zur Ruhe.

In dieser Stille schöpft sie neue Kraft.

Die Vibration der Klangschalen geht über die Haut in den Körper. Die wohltuende oder sphärischen Klänge der Klangschalen dringen tief in uns ein. Eingetaucht im Klang fällt es uns leichter, loszulassen und zu entspannen. Misstöne und Blockaden können durch harmonische Klänge aufgelöst und beseitigt werden. Wohlgefühl und tiefe Entspannung entstehen. Im Loslassen und Geschehen lassen, entstehen Neuordnung, Entspannung und Harmonie. Die Klänge massieren sanft, wie von innen heraus, alle Muskeln – das lockert, bringt Wohlgefühl, Entspannung, macht schön.

Klang löst also Verspannungen und Blockaden, mobilisiert dadurch die Selbstheilungskräfte und setzt schöpferische Energie frei. Die Zellen schwingen mit neuer Lebensenergie weiter und gleichzeitig steigt unser Energiehaushalt.

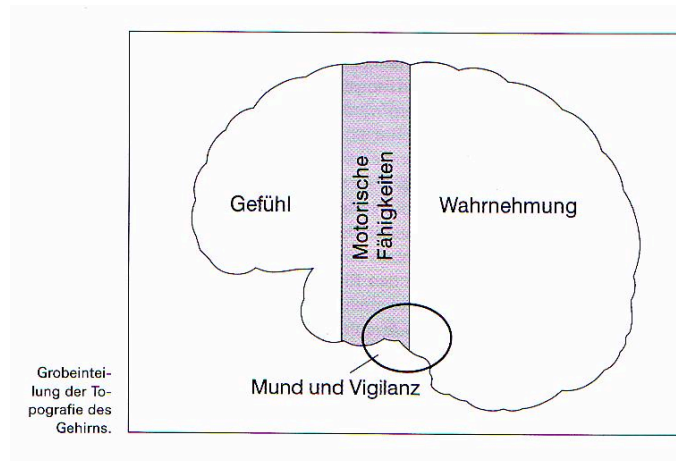
### **Brigitte Staffner**

Praxisbegleiterin für Basale Stimulation® i. d. Pflege  
Mobile Wellness- und Gesundheitspflege „Care for body & soul“  
[www.basale-wickel.at](http://www.basale-wickel.at)



# „Der Mund – das Tor zum Bewusstsein“ pflegerische Interaktion durch orale Stimulation

Der Mund ist unser wahrnehmungsstärkster Bereich. Er dient zur Kommunikation, zur Nahrungsaufnahme und ist in unserer Kultur gleichzeitig ein hocherotischer Bereich. Über den Mund können wir uns den Zugang zur Wachheit



des Betroffenen er- oder verschließen, je nachdem, ob der Patient durch unsere Aktivität positiv oder negativ angeregt wird.

Mit der oralen Stimulation wollen wir erreichen, dass sich der Patient für das Geschehen interessiert und „wach“ auf die Anregung reagiert.

„Basale Stimualtion® i. d. Pflege, die Grundlagen“

C. Bienenstein, A. Fröhlich

In dem Workshop wird ein Blick auf die Hindernisse in der Inreraktion mit Patienten geworfen und Voraussetzungen erarbeitet, um mit einem wahrnehmungsbeeinträchtigen Patienten, einen Austausch über die orale Stimulation zu gestalten!

## Stefan Stanglmayr

Fachkrankenschwester für Anästhesie und Intensivpflege  
Praxisbegleiter für Basale Stimulation® i. d. Pflege  
stefan.stanglmayr@vr-web.de

## **„Und plötzlich fehlt die Hälfte – Begegnung gestalten mit Schlaganfallbetroffenen“**

Im Workshop „Begegnung gestalten mit Schlaganfallbetroffenen“ werden Sie Herrn G. begegnen.

Anhand von kurzen Videosequenzen, Bildern und Selbsterfahrungsübungen werden wir gemeinsam Wahrnehmungsangebote für Schlaganfallbetroffene entwickeln.

Ein wichtiges Thema des Workshops wird der Umgang mit vermeintlich „aggressiven“ Schlaganfallbetroffenen sein. Wir werden die Frage erarbeiten: „Ist dieser Patient/Patientin wirklich ‚aggressiv‘?“ und die Frage: „Warum schlägt Herr G. nach den Pflegekräften“ wird uns beschäftigen.

Dass Menschen durch einen Schlaganfall meistens nicht „nur“ eine Hemiparese erleiden sondern sehr vielfältige oftmals „unsichtbare“ neurologische Einschränkungen haben, werden wir am Beispiel von Herrn G. erkennen.

**„Mut steht am Anfang des Handelns, Glück am Ende“**  
Demokrit

Ich wünsche Ihnen einen schönen, interessanten Tag mit neuen, basalen Ideen und Begegnungen

### **Bettina Kirschner**

Praxisbegleiterin für Basale® Stimulation in der Pflege  
Pflegeexpertin im Expertenrat der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe