

Umsetzungskonzept Basale Stimulation® in der Pflege

Peter Nydahl

Dieser Artikel ist als 3-Teiler erschienen in: Nydahl, P.: Basale Stimulation – mit Erfolg im Team einführen. Die Schwester Der Pfleger 1.: 11 (45) 2006: 920-924, 2.: 12 (45) 2006: 1004-1008, 3.: 1 (46) 2007: 32-35. Mit freundlicher Genehmigung durch den Verlag [Bibliomed](#).

Einleitung

In diesem Artikel wird ein Konzept zur Umsetzung der *Basalen Stimulation in der Pflege* in einem Team beschrieben. Der Artikel richtet sich an alle Pflegenden, die das Konzept – oder Teile - der Basalen Stimulation in einem Team einführen möchten: Praxisbegleiter für Basale Stimulation in der Pflege, aber auch Pflegenden, die ein Basisseminar in Basaler Stimulation besucht haben oder zumindest sich intensiv damit auseinandergesetzt haben.

Die Umsetzung neuer Pflegekonzepte ist von einer Vielzahl an Variablen abhängig: der wirtschaftlichen Situation, der Krankenhauspolitik, räumlichen Strukturen, usw., die alle eine Bedeutung haben können. In diesem Artikel, verehrte Leserinnen und Leser, geht es um die Umsetzung in einem Team. Basale Stimulation ist ein pflegewissenschaftliches Konzept mittlerer Reichweite (Werner 2002), dh. es betrifft viele, aber nicht alle Patientengruppen. Es kann überall umgesetzt werden kann, wo gepflegt und gefördert wird – aber nicht immer und ständig in vollem Umfang seiner Möglichkeiten. Kontraindikationen für das Konzept der Basalen Stimulation gibt es nicht, wohl aber widrige Umstände, auf die im Schluss noch hingewiesen werden wird.

Wie lässt sich Basale Stimulation in der Pflege nun umsetzen? Die Bedingungen auf den Stationen, auf denen Basale Stimulation bislang umgesetzt wurde, sind zu unterschiedlich, um daraus ein allgemeingültiges Vorgehen ableiten zu können. Was auf der einen Station ganz gut klappte, scheiterte auf einer anderen. Daher lassen sich kaum Patentrezepte formulieren und es scheint notwendig, spezifische Vorgehensweisen für die jeweiligen Teams zu entwerfen. Wir brauchen also ein Konzept zur Entwicklung individueller Förderungsmaßnahmen – was liegt näher, an dieser Stelle mit einem erweiterten Blickwinkel das Konzept der Basalen Stimulation selbst zu betrachten? Die zentrale Frage ist hier, ob das Konzept der Basalen Stimulation auch als Konzept zu dessen Umsetzung genutzt werden kann.

Basale Stimulation meint die lebensbegleitende Förderung von Menschen in besonderen Situationen: es werden keine Ziele und Wege zur Förderung vorgegeben, sondern vielmehr der Mensch in *seinem* Leben, in *seinen* Möglichkeiten, in *seinen* Zielen gefördert. Dabei werden die Biographie des betroffenen Menschen genutzt, seine Fähigkeiten gefördert, seine Kommunikationswege genutzt. Es ist letztendlich eine sehr respektvolle Haltung, mit der wir versuchen, uns anderen Menschen zu nähern. Diese Annäherung kann innerhalb von Fragestellungen gegliedert werden:

Pädagogische Fragestellung

- Welche „Biographie“ hat der Patient?
- Welche Fähigkeiten hat er?
- Was ist ihm von Bedeutung?
- Wie kommuniziert der Patient?
- Welche Entwicklungen bevorzugt er?
- Wie lernt er?

Diese Fragestellungen können uns helfen, eine basal stimulierende Förderung und Begleitung für einen betroffenen Patienten zu entwickeln. Basale Stimulation ist ein sonderpädagogisches Konzept, d.h. es geht um die „Erziehung“ von Menschen in besonderen Situationen und damit ist es prädestiniert für Ihr Pflgeteam! Nun machen wir einen Kunstgriff und übertragen dieses Konzept mit seiner Fragestellung auf ein Team! Stellen wir uns vor, das Team wäre wie ein Patient, vielleicht ein wenig unbeweglich, was seine Flexibilität angeht, kommunikationsgestört, weil es immer wieder das Gleiche erzählt und im schlimmsten Fall „bewusstlos“ von dem Konzept der Basalen Stimulation. Wie können wir so ein Team

mit all seinen Mitgliedern fördern? Sie denken, ein hoffnungsloser Fall? Nicht aufgeben, wir nähern uns Schritt für Schritt mithilfe der genannten Fragestellungen:

- Welche „Biographie“ hat das Team?
- Wer hat welche Fähigkeiten?
- Was ist dem Team von Bedeutung?
- Wie kommuniziert das Team?
- Welche Entwicklungen bevorzugt das Team?
- Wie lernt das Team?

Das Konzept der Basalen Stimulation ist sehr umfassend und bietet viele Möglichkeiten. In Tabelle 1 finden Sie einen Überblick mit den umsetzbaren Angeboten und hier wird deutlich, dass dieses Konzept einfach dermaßen umfassend ist, dass es nicht möglich ist, alles auf einmal umzusetzen. Wir brauchen eine sinnvolle, d. h. auf das jeweilige Team zugeschnittene individuelle Auswahl an Umsetzungsmöglichkeiten.

Tab. 1: Möglichkeiten der Basalen Stimulation in der Pflege

<p>Individualität</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zentrale Ziele • Biographie • Indiv. Tagesrhythmus • Aktivitäten/Ruhezeiten • Hygieneartikel • Bettwäsche, Kleidung usw. • Umgang mit unangenehmen Erfahrungen <p>Organisation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anamnesebögen • Dokumentationsbögen • Tagesablauf • Teamzusammenarbeit <p>Angehörigenintegration</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zur Integration in die Pflege • Zur Biografiearbeit 	<p>Somatische Stimulation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berührung • Initialberührung • Ganzkörperwaschungen • Körpererfahrungen, Ausstreichungen • Lagerungen • Umlagerungen • Mobilisierungen • Rhythmische Bewegungen • Geführte, unterstützte Bewegung • Atemsynchrone Bewegungen • Atemstimulierende Einreibung <p>Vestibuläre Stimulation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zum Dialogaufbau • Bei Umlagerungen • Kornährenfeldübung® <p>Vibratorische Stimulation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mobilisierung • Unterstützung der Atmung • Kontinenztraining • Wahrnehmungsförderung 	<p>Orale Stimulation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mund erfahren • Nahrungsaufnahme • Mundpflege • Olfaktorische Angebote <p>Auditive Stimulation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Geräuschreduzierung • Stimmen und Geräusche • Musik hören • Musik machen <p>Visuelle Stimulation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aktive Umweltgestaltung • Nischen • Bilder und visuelle Objekte • Kleidung o. Schminke <p>Taktil-Haptische Stimulation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tastpfade • Körpererfahrungen • Pflegeintegrative Angebot
--	--	--

Spalte 1 umfasst allgemeine Inhalte des Konzeptes, Spalte 2 die möglichen Inhalte eines Basisseminars, Spalte 3 die möglichen Inhalte eines Aufbauseminars

Welche Biographie hat das Team?

Jedes Team hat – wie ein Patient – seine eigene Geschichte, Gewohnheiten und Rituale, Vorlieben und Abneigungen. Man kann fast von einem komplexen Charakter eines Teams sprechen.

Es gibt junge Teams, die vielleicht noch dabei sind, ihre Arbeitsabläufe zu entwickeln und genauso erfahrene Teams mit vielen „alten Hasen“, die sehr auf ihre Gewohnheiten und Strukturen angewiesen sind. Jedes Team braucht ein gewisses Maß an Gewohnheit, die Sicherheit vermittelt. Wie flexibel ist

das Team? Gerade der Ausspruch „das haben wir schon immer so gemacht!“ kann ein Hinweis auf so ein Gewohnheitsbedürfnis sein. Es kann weiter auch ein Ausdruck dafür sein, sichere Wege nicht verlassen zu wollen. Hier ist eine gewisse Ängstlichkeit oder Zurückhaltung verständlich, wenn es darum geht, etwas Neues auszuprobieren und dafür Verantwortung tragen zu müssen. Was ist, wenn da etwas passiert? Respektieren Sie dieses Sicherheitsbedürfnis – Sie haben sowieso keine andere Chance – und weisen Sie auf mögliche Konsequenzen und Gefahren der basal stimulierenden Pflege hin, z.B. dem möglichen Blutdruckanstieg bei der belebenden Ganzkörperwaschung o. a.. Besprechen und verteilen Sie in diesem Fall Verantwortlichkeiten, indem Sie die umzusetzenden Inhalte von teameigenen Autoritäten „absegnen“ lassen.

Welche Vorerfahrungen mit anderen Projekten gibt es? Wenn vor einem Jahr die Einführung eines neuen, anderen Konzeptes völlig in die Hose gegangen ist und Sie jetzt mit Basaler Stimulation vor das Team treten, werden Sie nur ein müdes „nicht schon wieder“ als Antwort erhalten, was Sie als Aufforderung verstehen können, das Projekt ganz anders vorzustellen. Wenn es hingegen erfolgreiche Projekte gab, dann knüpfen Sie natürlich daran an.

Welche Vorlieben und Abneigungen hat das Team? Gibt es bestimmte pflegerische Tätigkeiten oder Strukturen, die bevorzugt werden? Wenn zum Beispiel Mundpflege im Team einen hohen Stellenwert hat, kann es relativ einfach sein, ihren Kollegen „noch mehr Tricks“ zu zeigen und ihnen ein Vorgehen zu vermitteln, die sie in ihrer Kompetenz noch mehr stärken wird. Oder wenn das Weaning, das Abtrainieren von der maschinellen Beatmung, von Pflegenden durchgeführt wird und im Team als wichtig angesehen wird, kann die Einführung der Atemstimulierenden Einreibung oder atemsynchronen Bewegungen viel eher als andere Inhalte akzeptiert werden.

In Indien gibt es heilige Kühe – sie sind unantastbar, eben heilig und dies wird allgemein, wenn auch mitunter verwundert, akzeptiert. Ein Äquivalent dieser heiligen Kühe kann es auch in einem Team geben. Vor einigen Jahren war es in vielen Teams üblich, jeden Patienten bis 8:00 Uhr morgens gewaschen zu haben und dies wurde auch von allen angestrebt. Wenn in so einem Team über individuelle Tagesstrukturierung nachgedacht wird – was ist, wenn wir später waschen? – dann wird dies erhebliche Widerstände auslösen – die Kuh darf nicht berührt werden. Dennoch kann dieses Gebot respektiert werden und dann innerhalb der Struktur weiter nachgedacht werden: wir waschen jetzt basal stimulierend und sind bis 8:00 damit fertig. Okay, ist nicht so ganz im Sinne der Basalen Stimulation, aber besser als gar nichts. Der sinngemäße Versuch, eine solche heilige Kuh gar zu *schlachten*, ist einem sozialen Selbstmordversuch gleichzusetzen – respektieren Sie die Regeln des Teams, so verwunderlich die auf Sie auch wirken mögen. Nutzen Sie die Biographie eines Teams: auch, wenn es auf den ersten Blick eher hinderliche Gewohnheiten und vielleicht sogar schrullige Eigenarten geben kann, so hat jedes Team doch auch liebenswerte oder zumindest sympathische Eigenschaften, die wir nutzen können. Mehr zu den heiligen Kühen gibt es übrigens unter www.pflegefotostory.de/storys.htm und zu dem Pflegekunststückchen, einen Patienten begründet nicht zu waschen auch ein Video (siehe ebenda unter Videos: „Pflegekunst“).

Der erste Schritt in der Entwicklung eines Umsetzungskonzeptes besteht also darin, eine Teambiographie mit Vorerfahrungen, Regeln und Vor- und Abneigungen zu erstellen.

Wer hat welche Fähigkeiten?

„Das wäre ja alles gar nicht so schwer mit der Umsetzung der Basalen Stimulation, wenn nur die KollegInnen mitmachen würden!“ höre ich immer wieder. Einzelkämpfer haben es schwer und auf Dauer bringt das auch keinen Spaß und laugt irgendwann aus. Um Basale Stimulation umsetzen zu können, müssen nicht alle im Team mitmachen. Eine gewisser Expertenkreis ist sicherlich notwendig, wichtiger ist hier aber die allgemeine, gegenseitige Wertschätzung. Es können beispielsweise einige KollegInnen gut in das Konzept der Basalen Stimulation eingearbeitet sein und um eine kontinuierliche Pflege der Patienten zumindest halbwegs zu gewährleisten, kann ein Mimimalkonsens entwickelt werden, der von allen akzeptiert und umgesetzt wird, auch von den vermeintlichen Kritikern. Einen Entwurf hierfür von H. Vollmer finden Sie unter www.basale-stimulation.de -> Allgemein -> Umsetzung.

Betrachten wir einmal die Kritiker und Bremser genauer: wie in der Pflege der Patienten legen wir unser Augenmerk üblicherweise auf das, was die Patienten *nicht* können und versuchen dann, diese Defizite zu beheben. In der Basalen Stimulation werden hingegen die Fähigkeiten der Patienten gefördert – um die Defizite kümmern wir uns später. Welche Fähigkeiten also haben Ihre Kritiker?

Sie haben einen faulen Kollegen, der ständig rumsitzt und in Ihren Augen nichts tut? Versuchen Sie einmal bei aller berechtigter Kritik an dem Kollegen, ihn oder sie aus einem anderen Blickwinkel zu betrachten. Auch dieser Kollege hat Fähigkeiten, die sie brauchen, denn so ein Kollege hat eben keine

große Lust zu arbeiten und er wird sicherlich eine hohe Kompetenz dafür entwickelt haben, Arbeitsabläufe zu strukturieren und zu optimieren, die Arbeit eben schnell zu bewältigen, um dann wieder faul rumsitzen zu können. Diese seine Fähigkeit brauchen Sie spätestens dann, wenn Sie selbst anfangen, über Tagesstrukturierung und Arbeitsorganisation nachzudenken und ich bin sicher, dass der vermeintlich „Faule“ Ihnen viele Tipps dazu geben können wird. Wenn dieser Kollege sich auch noch in seiner Kompetenz angesprochen und geehrt fühlt, wird er sicherlich auch noch motivierter werden. In diesem Sinne haben viele Ihrer vordergründig hemmenden KollegInnen schlummernde Fähigkeiten, die es zu entdecken gilt:

- Der „Faule“ kann gut seine Arbeit strukturieren und Arbeitsabläufe optimieren
- Der „Computerfreak“ kann gut Tabellen für Tagesabläufe und Zettel für Initialberührung u.a. erstellen
- Die „Konservative“ kann gut Zuständigkeiten verteilen und auf Sicherheit und Vertrauen achten
- Die „Bocklose“ kann gut Wohlbefinden beurteilen und Nischen zum Rückzug für Patienten entwickeln
- Der „Erbsenzähler“ kann gut Literaturrecherche oder Evaluation machen
- Die „Nörglerin“ kann gut realistische Ziele formulieren usw.

Achten Sie also nicht auf die „Defizite“, die ein Team in Bezug auf die Umsetzung der Basalen Stimulation hat, achten Sie vielmehr auf die Fähigkeiten. Oder kurz: nicht nörgeln, sondern loben - auch, wenn es anfangs schwer fällt.

Der zweite Schritt in der Konzeptentwicklung bezieht mit einer positiven, entwicklungsfördernden Haltung die Fähigkeiten von Ihnen und Ihren Kollegen mit ein.

Was ist dem Team von Bedeutung?

Jedes Team hat so seine Eigenarten und damit auch Schwerpunkte in der Pflege. Was ist im Team den Pflegenden hier von Bedeutung? Was ist wichtig, wenn gepflegt wird? Wir können uns dieser Fragestellung nähern, indem wir einen Blick auf vier Faktoren werfen, die D. Arnold bei der Umsetzung der Kinästhetik herausgefunden hat (Arnold 2000):

- Patientenzufriedenheit
- Bewältigung der Arbeitsabläufe
- Persönliches Wohlbefinden,
- Pflegekompetenz

In manchen Teams hat die Patientenzufriedenheit eine hohe Bedeutung. Dort ist gute Pflege, wenn so gepflegt wurde, dass die Patienten zufrieden sind und sich wohl fühlen. Konflikte entstehen, wenn das nicht möglich ist. In anderen Teams kann die Bewältigung der Arbeitsabläufe Vorrang haben: es wurde gut gepflegt, wenn die Arbeit geschafft wurde und nichts liegen geblieben ist. Wieder andere Schwerpunkte können das eigene Wohlbefinden – wenn man so pflegen kann, wie man sich gerade fühlt - oder kompetente Pflege – nach neuestem Wissensstand - sein.

Natürlich ist dies nur ein grobes Raster und innerhalb eines Teams wird es immer Überschneidungen geben. Basale Stimulation ist ein dennoch sehr komplexes Konzept und wir können durchaus spezifische Inhalte zur Umsetzung auswählen. Wenn in einem Team die Patientenzufriedenheit Vorrang hat, so bieten sich Inhalte der Basalen Stimulation an, die vor allem dies vermitteln: die zentralen Ziele, die beruhigende Ganzkörperwaschung, die umgrenzenden Lagerungen. Wenn die Arbeitsbewältigung Priorität hat, so können Inhalte gewählt werden, die eher Zeit ersparend wirken: individuelle Tagesstrukturen, die klassische Ganzkörperwaschung mit ihren großen, umschliessenden Bewegungen, geführt-unterstützende Bewegungen. Biographische Angebote, Nischen und Bezugspflege können vor allem von denen umgesetzt werden, denen das persönliche Wohlbefinden am Wichtigsten ist und Pflegenden, denen die Kompetenz wichtig ist, haben eher ein Interesse, gesicherte, in der Fachliteratur beschriebene Angebote umzusetzen: Initialberührung, ASE usw.

Um es deutlich zu sagen: wenn Sie in einem Team anfangen, Nischen für Patienten zu bauen und täglich an Variationen eines Baldachins basteln, während Ihre Kollegen hetzen, um die Arbeit zu schaffen, wird Ihnen nur wenig Verständnis entgegen gebracht werden. In so einem Team darf Basale Stimulation keine Extratätigkeit sein, sondern muss in die normale Pflege integriert werden können. Hier bietet Basale Stimulation einige Inhalte an, die sich problemlos integrieren lassen, andere Inhalte – wie der Nischenbau – sind eher den Extratätigkeiten zuzuordnen. Überlegen Sie also, welche Angebote der Basalen Stimulation Ihrem Team nahe kommen, damit Ihre Kollegen den Eindruck gewinnen: ja, das unterstützt mich in meiner Arbeit!

Dies führt uns auch dazu, darüber nachzudenken, was die KollegInnen unter dem Begriff Basale Stimulation verstehen. Das Konzept wurde mit Absicht kaum definiert, um es nicht zu begrenzen. Dies macht es leicht, immer wieder neue Aspekte in dem Konzept zu finden und es weiter zu entwickeln, gleichzeitig ist es aber auch schwierig, anderen zu erklären, was Basale Stimulation eigentlich ist. Wir können diese Offenheit nutzen, wenn wir Einzelnen im Team erklären wollen, worum es uns geht. Hier ist eine Liste von Erklärungsversuchen, die das Konzept aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet:

- für die nüchternen, wissenschaftlichen KollegInnen: Basale Stimulation fördert neuronale Netzwerke und die Rehabilitation
- für die Dynamischen: Basale Stimulation ist ein Konzept zur Förderung und Rehabilitation
- für die Emotionalen, die Gutes tun wollen: Basale Stimulation fördert das Wohlbefinden der Patienten, tut gut
- für die, die genervt von den „Verwirrten“ sind: Basale Stimulation hilft Patienten, sich zu orientieren
- für die 200%igen: Basale Stimulation macht Pflege professioneller
- für die Individualisten: Basale Stimulation ist individuelle Pflege
- für die Psychologisierenden: Basale Stimulation unterstützt die Entwicklung der Identität
- für die Gestressten: Basale Stimulation hilft den Alltag von Patienten und Pflegenden besser zu bewältigen

Sie überlegen gerade, was Ihr persönlicher Ansatz ist? Genau darum geht es. Basale Stimulation wird im Allgemeinen sehr individuell und aus einem persönlichen Blickwinkel verstanden und der erste Schritt zu einem tieferen Verständnis besteht darin, sich des eigenen Ansatzes bewusst zu werden. Dann kann ich mich und meine Schwerpunkte – letzt endlich: meine Erklärungsmuster – auch erkennen, reflektieren und anfangen, mit ihnen zu spielen, was spätestens dann geschehen muss, wenn ich jemanden vor mir habe, der die Welt ganz anders als ich versteht - und davon gibt es viele. Es geht hierbei nicht darum, dass Sie den anderen von Ihrer Meinung überzeugen, sondern vielmehr sich so ausdrücken können, dass der andere Sie versteht und sich eine eigene Meinung bilden kann.

Der dritte Schritt: Beginnen Sie mit basal stimulierenden Angeboten, die eine Bedeutung für Ihr Team haben, sodass das Team sich unterstützt fühlt. Formulieren Sie es so, dass es jeder verstehen kann.

Wie kommuniziert das Team?

Zwölf Uhr mittags, Sie haben Ihren Patienten gerade umgrenzend gelagert und wollen ihm eine Ruhephase anbieten, da kommt der Arzt rein und will ein EKG schreiben – Sie haben sich richtig Mühe gegeben, den Patienten gefördert, er erholt sich gerade, und jetzt wird alles zunichte gemacht? Ein Team besteht ja selten nur aus Pflegekräften, sondern ist ein Gemisch aus den unterschiedlichsten Berufsgruppen, die alle ihre eigenen Prioritäten haben. Hier sind Konflikte und kommunikative Missverständnisse vorprogrammiert. Reflektieren und akzeptieren Sie die für die jeweiligen Berufsgruppen gültigen Ziele und Wertvorstellungen, um dann darüber diskutieren zu können (Jess, Nydahl 2004). Diese Prioritäten sind:

- | | |
|------------------|---|
| • Pflege | Wohlbefinden des Patienten, Bewältigung der Arbeitsabläufe |
| • Ärzte | Diagnostik und Therapie |
| • Logopädie | Sicherung Nahrungsaufnahme, Optimierung der Kommunikation |
| • Physiotherapie | Unterstützung ärztl. Therapie, Förderung der Ressourcen |
| • Reinigung | Hygiene: alles gereinigt, Kontinuität der Tätigkeit, gutes Team |
| • Angehörige | Information, das Beste für den Patienten |

Wenn Sie dem herein kommenden Arzt erklären, Sie hätten den Patienten gerade so schön und kuschelig gelagert, dann wird dies dem Arzt so ziemlich egal sein, wenn noch ein EKG gemacht werden muss. „Schön und kuschelig“ hat aus Sicht eines Arztes weder einen diagnostischen noch therapeutischen Wert und ist daher völlig nebensächlich oder zumindest nebensächlicher als eben das EKG. Wenn Sie hingegen versuchen, sich in den Wertvorstellungen des Arztes bewegen und erklären, nach der therapeutischen Mobilisierung würde der Patient eine Ruhephase erhalten, um in dem anschließenden REM-Schlaf seine neu erlernten motorischen Fähigkeiten in seinem sensomotorischen Kortex neu verschalten und konsolidieren zu können, die medikamentöse Therapie somit in einer soliden rehabilitativen Perspektive münden kann und es ganz toll wäre, würde er, der Arzt, dies nachher einmal durch eine neurologische Kurzdiagnostik überprüfen würde, dann wird der Arzt wahrscheinlich eher einfach nur nicken, den Patienten in Ruhe lassen und mit seinem EKG-Gerät wieder rausgehen. In der Pflege und gerade in

der Basalen Stimulation wollen wir Pflegende dem Patienten vermitteln, dass wir ihn verstehen und er uns vertrauen kann. Mit der gleichen Haltung können wir auch Ärzten und anderen Berufsgruppen entgegen treten – man muss hier aber auch festhalten, dass dies nicht allen Beteiligten abhängig von der jeweiligen Tagesform immer gelingt. Und ganz klar: manchmal ist ein EKG objektiv einfach wichtiger als eine Erholungsphase.

Wie sind die Kommunikationswege im Team? Werden regelmäßige Besprechungen durchgeführt, durch die wirklich alle Beteiligten informiert werden oder gibt es eine gewisse Zettelkultur, ein großes, oftmals überladenes Pinnbrett, an dem neue Informationen stehen oder vielmehr eine Mund-zu-Mund-Propaganda? Nutzen Sie diese offiziellen Wege, um das Team zu informieren. Viel wichtiger können aber die inoffiziellen Plaudertaschen sein: es gibt KollegInnen, bei denen Sie ganz genau wissen, dass Sie eigentlich nur dieser Kollegin etwas erzählen müssen und es morgen dann das gesamte Team weiß. Natürlich müssen Sie die offiziellen Informationshierarchien berücksichtigen, wenn Sie aber das Team informieren wollen, dann brauchen Sie einfach diese sozial sehr fähigen Plaudertaschen. Berücksichtigen Sie dabei auch Ihren Stellenwert im Team. Wenn Sie von sowieso schon die Rolle eines „Exoten“ haben und jetzt auch vermehrt Basale Stimulation einführen wollen, dann können Sie evtl. Schwierigkeiten bekommen. Genauso habe ich in einem Team beobachten können, dass eine allgemein beliebte Schwester begann, Basale Stimulation umzusetzen und alle KollegInnen mitgemacht haben – nicht weil sie Basale Stimulation gut fanden, sondern weil sie die Kollegin so mochten. Ideal sind zur Umsetzung also Personen, die eine allgemein akzeptierte Rolle im Team haben. Ich schreibe es nicht gerne, aber konsequent gedacht bedeutet dies, dass Sie sich auch selbst fragen müssen, ob Sie oder nicht vielleicht eine andere Person geeigneter ist, das Projekt in Ihrem Team umzusetzen. Und weiterhin gilt auch hier, dass es sinnvoller ist, die Einführung mit einer kleinen, vielleicht schichtübergreifenden Expertengruppe umzusetzen als alleiniger Motivator zu sein – denn sobald dieser wegfällt, lässt auch die Motivation nach. Wenn Sie also verschiedene Mitglieder des Teams von vorn herein in die Umsetzung integrieren, wird Ihnen die Umsetzung auch besser gelingen – und wenn Sie auch noch eine der so genannten Plaudertaschen mit in der Gruppe haben, brauchen Sie sich um die Kommunikation mit dem Team eigentlich keine Sorgen mehr zu machen.

Der vierte Schritt ist also: Reflektieren Sie die Kommunikationsstrukturen und nutzen Sie diese.

Welche Entwicklungen bevorzugt das Team?

Nun kann es durchaus möglich sein, dass Sie sich ganz bestimmte Inhalte der Basalen Stimulation für ein Team passend überlegt haben, z. B. alle sollen die Atemstimulierende Einreibung lernen und umsetzen. Aber trifft das wirklich das Lerninteresse des Teams? Es ist ähnlich wie bei einem Patienten, bei dem wir uns überlegen, was gut für ihn wäre, nachher aber merken müssen, dass der Patient ganz andere Ziele und Entwicklungen bevorzugt. In der Begleitung eines Teams, das mit Menschen im Wachkoma zusammen arbeitet, dachte ich mir, dass es einfach wäre für die KollegInnen, körpernahe Angebote wie basal stimulierende Ganzkörperwaschung umzusetzen. Wollten die KollegInnen nicht. Ihr Interesse war es, die Umwelt zu gestalten, Bilder für Zimmertüren zu erstellen, die Fenster mit Window-Color-Bildern zu bekleben und Fliegennetze mit visuellen Objekten über die Betten zu hängen. Scheinbar wollten die KollegInnen gar nicht so körpernah arbeiten und erstmal ihren Erfolg *sehen*. In einem anderen Team innerhalb der Altenpflege wurde nach einem Seminar deutlich, dass die Kollegen eigentlich nichts über ihre Bewohner wussten. Also begannen sie nicht, wie ich mir es dachte: mit Tagesstrukturen und Ritualen, sondern damit, einen Biographiebogen zu entwickeln. Fragen Sie also das Team, welches Interesse es hat, was es lernen und umsetzen möchte (vgl. Tab. 1). Neben der direkten Frage und eigenen Entscheidung gibt es noch weitere Möglichkeiten.

Beobachten Sie, welche Entwicklungen das Team bisher gut umgesetzt wurden und welche immer wieder angesprochen werden mussten? Wir sprechen hier gar nicht so sehr von den großen Umwälzungen, sondern viel mehr von den kleinen, inoffiziellen und von niemandem angeordneten Veränderungen.

Bei uns auf Station wurden die Essensformulare üblicherweise nachts für den nächsten Tag ausgefüllt. Eines Tages, als eine Nachtwache sich krank meldete, hatte eine Schwester diese Zettel bereits im Spätdienst ausgefüllt. Dies wurde vom reduzierten Nachtdienst natürlich honoriert: danke, sehr fleissig, sehr nett! Einige Tage später und ohne, dass sich jemand krank meldete, füllte die besagte Kollegin wieder die Formulare aus und wurde auch wieder belobigt. Das ließen die anderen KollegInnen nicht auf

sich sitzen und füllten ihrerseits die Zettel im Spätdienst aus. Nach drei Wochen war es gang und gäbe, die Essensformulare im Spätdienst auszufüllen. Die initiiierende Schwester ging also einen Schritt weiter und begann die Formulare im Frühdienst auszufüllen und es dauerte nicht lange, bis alle dies taten. Heute werden die Essenszettel im Frühdienst ausgefüllt. Niemand hat diese Entwicklung offiziell veranlasst und wir können uns fragen, welche Motivation dahinter stehen könnte, bei dieser Entwicklung mitzumachen.

Was ist die hinter den Entwicklungen stehende Motivation?

- Gut sein wollen
- Sympathie für Kollegen
- Machtkämpfe im Team, Antipathie
- Sozialer Druck
- Angst vor Repressalien
- Spaß
- Einsicht in Notwendigkeiten

Nutzen Sie also die hinter den Entwicklungen stehende Motivation, um Ihre Kollegen zu bewegen – natürlich sind Motivationen wie „sozialer Druck“ hierbei zu hinterfragen. Und Sie müssen auch berücksichtigen, wie Sie selbst als Motivator wirken: wenn Sie mehrfach zwei Stunden nach dem Frühdienst im Dienstzimmer sitzen, um Ihr Projekt vorzubereiten und dies die Kollegen sehen, diese zudem auch noch einen zehnteiligen Fragebogen im Rahmen einer Untersuchung ausfüllen müssen, dann lernen die nur, dass Basale Stimulation anstrengend ist und werden nicht sehr motiviert sein, Sie bei der Umsetzung zu unterstützen.

Mitunter kann es geschehen, dass Sie entdecken, dass ein Team die Basale Stimulation gar nicht will. Vielleicht ist das Interesse des Teams ein anderes und die Bedürfnisse verlagert: eventuell müssen zunächst erstmal grundlegendere pflegerische Themen wie Reanimation, Beatmung oder anderes vermittelt werden, bevor die Kollegen für weitere Konzepte Sinn haben. Bei Konflikten kann es ebenso langfristig erfolgreicher sein, erst einmal zwei Jahre begleitende Supervision durchzuführen, bevor mit Basaler Stimulation begonnen wird.

Im fünften Schritt unterscheiden Sie zwischen Ihren – noch so hehren – Umsetzungswünschen, und dem, was das Team an Entwicklungen braucht.

Wie lernt das Team?

Wie kann das Team in den Inhalten nun angeleitet werden? Welche guten und welche hinderlichen Erfahrungen gibt es bisher? In manchen Teams ist die wöchentliche Fortbildung eine etablierte und anerkannte Methoden, in anderen Teams schlafen gerade dabei alle ein. Es gibt viele Möglichkeiten!

- Seminar (Basisseminar in allen Variationen für Interessierte, 1 Tagesveranstaltung oder spezifizierte Vorträge für den Rest).
- Vortrag während Übergabe
- Informationsblätter (allgemein, kopierte Seiten an Pinnwand, Hinweise am Bett, im Patientenzimmer)
- Bücher, Videos, CD, DVD
- Veränderung und Anpassung der Dokumentation
- Bed-side-teaching
- Videoanalysen / Selbstreflexion
- Beobachtungen zur Reflexion
- Fallbeispiele (Videos, Interviews, Zeitungsartikel u.a.)
- Arbeitsgruppen, evtl. zeitlich begrenzt
- Interne / externe Anleiter
- Gespräche in kleinen Gruppen
- Selbsterfahrung zur Teambesprechung:
 - Berührung: punktuell / großflächig
 - Waschen: rubbeln / nachmodellierendes
 - Auf Händen sitzen (Habituation)
 - Arme lagern: schnell / mit Ausstreichen
- Selbsterfahrung im Bett

- Einfaches liegen (zeitintensiv!)
- Nischen (Baldachin, Himmelbett, Umgrenzende Lagerung) ausprobieren
- Umbetten und Lagern
- „Waschen“ zu zweit, schnelle Aktivitäten

Beobachten Sie auch hier das Team dahingehend, wie es lernt, welche Methoden es bevorzugt und vermitteln Sie entsprechend die Inhalte. Ich selbst habe noch von keinem Team gehört, in dem *alle* Personen täglich basal stimulierend pflegen. Die Frage ist hier auch, ob dies das Ziel sein muss. Vielmehr hat sich zur Implementierung bewährt, dass zwar alle informiert sein müssen und ein Konsens darüber besteht, was denn alle „minimal“ machen müssen, darüber hinaus aber ein Kreis von Interessierten besteht, die das Konzept voran treiben und täglich umsetzen. Für den Rest bieten sich kürzere Informationsveranstaltungen an sowie für andere Berufsgruppen eher Vorträge, die zielgruppenorientiert vermittelt werden.

Wie kann die *Haltung* der Basalen Stimulation vermittelt werden? Hier lauern viele Fettnäpfchen, wenn man mit nahezu religiösen Eifer versucht, die anderen Pflegenden von der eigenen Haltung zu bekehren – ich habe diesen Fehler vor allem zu Beginn oft gemacht. Eine innere Haltung wird als „Einstellungen, Empfindungen, Prinzipien eines Menschen“ (Lexikon Pflege 2004) definiert und entspringt dem persönlichen Menschenbild und der Weltanschauung. In eine Haltung fließen also ethische, religiöse oder politische Meinungen mit ein, sie ist Teil der Persönlichkeit des anderen. Darf ich die Haltung von Pflegenden aber überhaupt verändern? Habe ich ein Recht dazu, den anderen zu sagen, wie sie die Welt zu sehen haben? Wäre es nicht ein Widerspruch in sich, wenn ich gleichzeitig eine respektvolle Haltung vermitteln möchte, aber keinen Respekt vor der Haltung des anderen zeige, weil er diese eben verändern soll? „Du, ich finde es ganz toll, wenn Du so engagiert bist, aber ich mache hier einfach nur meinen Job!“ ist eine Haltung, die die Unterschiede zeigt und man kann da nur noch – aus Respekt vor dem anderen – ein wenig hilflos nicken. Ein Gespräch über die unterschiedlichen Haltungen und Wertvorstellungen ist aber spätestens dann notwendig, wenn die Zusammenarbeit an solche Grenzen stößt und Missverständnisse gehäuft auftreten. Ziel kann hierbei nur sein, sich der eigenen Haltung bewusst zu werden, um sie reflektieren und dann evtl. auch weiter entwickeln zu können. Gleichzeitig muss aber auch beachtet werden, dass auch Experten für Basale Stimulation nicht mit so einer Haltung geboren worden sind, sondern diese entwickelt haben und entscheidender Faktor hierfür war die Selbstreflexion: was mache ich hier eigentlich? Welche Werte leiten mein Handeln? Durch welche Vorstellungen wird meine Wahrnehmung beeinflusst? Ist ein Patient für mich Objekt oder Subjekt meiner Pflege? Durch solche und ähnliche Fragestellungen können wir uns mit den Kollegen austauschen und mehr Verständnis für unsere Fähigkeiten, Grenzen und Entwicklungsmöglichkeiten entwickeln. Gerade Klinikseelsorger können so ein Gespräch gut moderieren, weil sie ein Gespür für ethische Fragestellungen haben.

Letzt endlich gilt also auch hier, dass ich den anderen Pflegenden immer wieder nur anbieten kann, dass sie die Chance haben müssen, eine eigene Haltung zu reflektieren und diese dann eventuell weiter entwickeln. Maßgeblich für die Entwicklung der basalen Haltung können für Interessierte folgende Angebote sein:

- Selbsterfahrungen (s. u.)
- Beobachtungsphasen von wahrnehmungsgestörten Patienten über zwei oder mehr Stunden mit dem Ziel, deren Wahrnehmungs- und Kommunikationspotentiale herauszufinden
- das Lesen von Erlebnisberichten von Menschen, die wir als Patienten betreuen, bzw. deren wissenschaftlichen Auswertungen
- Gespräche mit Patienten
- Eigenerfahrung als Patient: wenn man selbst als Patient im Krankenhaus gelegen hat

Ein wesentlicher Faktor in der Vermittlung der Basalen Stimulation und ihrer Haltung sind die Selbsterfahrungen, die die Wirkung des Konzeptes spürbar machen lassen. Unter „Umsetzung“ finden Sie auf www.basale-stimulation.de eine Anleitung, welche Selbsterfahrungen sich wie und wozu eignen; dort sind ebenso ein Entwurf für einen Minimalkonsens wie Vorlagen für Initialberührungszettel usw. zu finden. Nebenbei: wenn Mitarbeiter in einem Basisseminar körperliche Erfahrungen sammeln konnten, dann in das Team zurückkehren und die Inhalte weitergeben möchten, aber nicht verstanden werden, weil die körperliche Erfahrung nicht immer mit passenden Worten vermittelt werden kann, so kann dies zu einem Missverständnis und Konflikt führen. So eine Diskussion wird dann auf zwei verschiedenen

Ebenen geführt, die zu Missverständnissen führen muss. Berücksichtigen Sie also den Faktor Selbsterfahrung.

Dies führt uns auch dazu, darüber nachzudenken, wer im Team denn lehren darf. Ist es im Team üblich, als Gleicher unter Gleichen einander auf bestimmte Umstände hinzuweisen oder kommt dies einer Beleidigung nahe? Und wenn ja: wer darf dies tun? Mitunter gibt es Personen, deren Wort Gesetz ist – ohne, dass dies immer die Teamleitung sein muss, aber die Person wird als dermaßen kompetent angesehen, dass ihr Wort nicht in Frage gestellt wird. Nutzen Sie für Ihr Projekt also solche akzeptierten Kollegen. Weiter muss berücksichtigt werden, dass eine Person, wenn sie bislang normales Teammitglied war und nun lehrt, eine Sonderrolle einnimmt: sie ist damit nicht mehr Teil des Teams wie bisher und dies kann zu Gruppenkonflikten führen. Viele Praxisbegleiter für Basale Stimulation in der Pflege, die durch ihre Weiterbildung „anders“ wurden, haben damit Probleme, weil sie durch ihre Zwitterrolle Kollege-Lehrer nicht mehr zum Team gehören. In diesem Sinne kann es durchaus sinnvoll sein, für Fortbildungen einen externen Lehrer zu holen.

Noch ein weiterer Ansatz: nach dem Kompetenzmodell von P. Benner (Benner 1994) brauchen Pflegende mit unterschiedlicher Erfahrung unterschiedliche Anleitungsmöglichkeiten.

Neulinge haben noch keine Erfahrungen und brauchen klare Regeln, an denen sie ihr Verhalten ausrichten können.

Fortgeschrittene Anfänger haben erste Erfahrungen sammeln können und können bereits verschiedene Aspekte in Situationen erkennen – sie brauchen Richtlinien, die die Aspekte in einen Kontext setzen und vergleichbar machen.

Kompetente Pflegende können Situationen analysieren, unterschiedlich betrachten und ihr Handeln an langfristigen Zielen ausrichten: sie brauchen konstruierte Beispiele, an denen sie die Reflexion und Entscheidungen üben können.

Erfahrene Pflegende leiten ihr Handeln von Grundsätzen ab und erkennen schnell ein Problem: für sie ist die Diskussion von Fallbeispielen mit Erfolg und Nichterfolg ratsam.

Pflegexperten erfassen Situationen intuitiv, ohne über ihr Wissen und ihre Erfahrungen nachdenken zu müssen. Sie handeln unmittelbar angemessen, können dies aber oftmals nur schwer ausdrücken – die Beschreibung von Situationen und Entscheidungsfindungen fordert sie heraus.

Das bedeutet, dass ein Team, das einem „Neuling“ entspricht, kleinschrittige Anleitung und klare Regeln braucht: morgens um acht wird beruhigend, basal stimulierend gewaschen, und zwar in der und der Reihenfolge. Auch die Nutzung von basal stimulierenden Standards kann hier für eine Zeit eine sinnvolle Hilfe sein. Standards und Basale Stimulation sind an sich ein gewisser Widerspruch, solange der Standard keine individuelle Interaktion zulässt, aber mit einem leisen Zähneknirschen kann ich also formulieren, dass ein Standard für Neulinge ein zeitlich begrenzter Schritt in die richtige Richtung sein kann. Eventuell braucht ein neues Team aber auch grundlegendere Fortbildungen, z.B. zu einem Pflegebild – ein anschauliches Video finden Sie unter www.pflegefotostory.de/videos.htm: „MottoLotto“). Fortgeschrittene Anfänger in der Basalen Stimulation können schon eher Transferarbeit leisten und die Regeln in einen Kontext setzen und dies kann dann geübt werden. Bei kompetenten und erfahrenen Pflegenden diskutieren Sie eher konkrete, vergleichende Fallbeispiele.

Wenn wir dieses Modell nach Benner zugrunde legen, so gibt es uns eine Hilfe, das Team und auch einzelne Mitarbeiter in der Anleitung der Basalen Stimulation zu begleiten. Benner gibt die Entwicklungsschritte in Jahren an, ich habe die Erfahrung gemacht, dass Pflegende in der Umsetzung der Basalen Stimulation sehr viel schneller sind und man in Wochen beobachten kann, wie Mitarbeiter die nächste Stufe erreichen, dann aber eben auch eine andere Form des Lernens brauchen. Das Einfachste, um dies heraus zu finden ist, das Team und den einzelnen Mitarbeiter einfach zu fragen: was willst Du lernen? Wie willst Du lernen?

Der sechste Schritt besteht darin, eine geeignete Methodik für Ihr Team zu entwickeln.

Kleingedrucktes

Bevor Sie mit der Umsetzung der Integration beginnen, müssen wir noch über die Rahmenbedingungen und den Zeitrahmen nachdenken. Soll die Umsetzung der Basalen Stimulation bei allen Patienten stattfinden oder nur bei einem oder bei einer bestimmten Gruppe von Patienten? Möglich ist auch, einzelne Räume zu „basalen Zimmern“ zu erklären, um dort gezielt arbeiten zu können. Wird Basale Stimulation von allen Teammitgliedern oder nur von wenigen umgesetzt? Können Angehörige integriert werden?

Was geschieht bei Personalausfall durch Krankheit oder Urlaub? Hier ist es sinnvoll, bereits im Vorfeld einen Plan B auszuarbeiten und dem Team vorzustellen, damit die Umsetzung stressfrei für alle Beteiligten von statten gehen kann.

Welche Möglichkeiten des Erfahrungsaustausches und der Informationsweitergabe bieten Sie während der Implementierung an? Möglich sind unter anderem die Schichtübergabe, die schriftliche Dokumentation oder die Treffen der AG. Wer ist für was zuständig und kann jederzeit gefragt werden? Wer hat welches Mitspracherecht? Klären Sie auch hier im Vorfeld die Zuständigkeiten.

Soll Basale Stimulation nun für immer und ewig umgesetzt werden oder ist das Projekt in mehrere Phasen gegliedert, die zeitlich überschaubar sind? Gerade der Ansatz, erstmal für vier, sechs oder acht Wochen „ausprobieren“ zu dürfen, hat eine hohe Akzeptanz und macht neugieriger, als wenn etwas unwiderruflich zum Gesetz erklärt wird.

Und klären Sie auch im Vorfeld ab, ob die Planungszeit gleich Arbeitszeit ist, wie es mit eventuell anfallenden Kosten aussehen wird und ob es Versicherungsschutz auch dann gibt, wenn sie das Projekt abends in der Kneipe mit ihren Kollegen vorbereiten. Auch hier gilt: geben Sie nichts vor, sondern entwickeln Sie mit Ihrem Team gemeinsam die Rahmenbedingungen – oder überlegen Sie zumindest, welche Bedingungen dem Team am ehesten entsprechen können.

Evaluation der Umsetzung

Woran messen Sie, ob und wie erfolgreich Sie sind? Straub zum Beispiel hat die Umsetzung der beruhigenden und belebenden Ganzkörperwaschung anhand von Vitalparametern gemessen (Straub 1996). Lauthermann hat die Qualität der basal stimulierenden Pflege bei verwirrten, postoperativen Patienten anhand der Verweildauer und damit verbundenen Kosten gemessen – „Kosten“ sind heute ein sehr schlagkräftiges Argument (Lauthermann 2004)! Schürenberg hat den Einfluss der Atemstimulierenden Einreibung auf das Einschlaf- und Durchschlafverhalten sowie den Medikamentenverbrauch untersucht (Schürenberg 1993). Haut hat die *Pflegenden* frei strukturiert zu ihren Eindrücken interviewt (Haut 2005). Messbar sind aber genauso – bisher noch nicht innerhalb der Basalen Stimulation geschehen – eine Verbesserung der Qualität der Dokumentation, die Zufriedenheit der Angehörigen oder die Reduzierung von Pneumonien.

Quantitative Auswertungen anhand von Fragebögen erfordern ein wissenschaftliches Vorgehen und zumeist große Zahlenbestände, um aussagekräftig zu sein. Qualitative Interviews bieten sich vielleicht eher an, sind auf wissenschaftlicher Ebene aber genauso herausfordernd. Eine gute Möglichkeit zur Evaluation ist hierbei ein Kontakt zu einer pflegewissenschaftlichen Universität, die Ihnen bei der Evaluation helfen, bzw. sie für Sie durch führen kann. Bitten Sie auch Ihre Vorgesetzten oder auch andere Berufsgruppen wie Ärzte um Hilfe: mit den Schlagworten *Kundenorientierung* und *Qualitätssicherung* haben Sie gute Argumente, um sich Gehör zu verschaffen. Aber ganz ehrlich: eine wissenschaftliche Evaluation ist sehr zeitaufwendig und ein Projekt für sich – die Frage ist auch, ob dies in diesem Umfang sein muss.

Konzeptentwicklung

Der bisherige, zugegebenermaßen recht ausführliche Text beschreibt einen Ansatz, ein Team in seiner Entwicklung zu fördern. Wie in der Basalen Stimulation geht es hierbei nicht darum, von außen definierte Ziele und Vorgehensweisen umzusetzen, sondern ein individuelles Konzept für ein Team zu entwickeln. Die Berücksichtigung einer Teambiographie mit Vorerfahrungen und eigenen Regeln, die Förderung der Fähigkeiten einzelner Mitarbeiter oder des gesamten Teams, die Auswahl bedeutungsvoller Inhalte, die Nutzung der teameigenen Kommunikationsstrukturen und die Förderung der Teamentwicklung mithilfe einer maßgeschneiderten Methodik kann das Team in seiner Entwicklung fördern.

Seien Sie sich hierbei Ihrer eigenen Wert- und Zielvorstellungen bewusst und trennen Sie diese von denen des Teams, sofern sie formuliert wurden. Vielmehr ist das Ziel, sich in die „Persönlichkeit“ eines Teams hinein zu denken und zu fühlen, auch wenn diese sehr komplex sein kann. Fördern Sie das Team in seiner Entwicklung. Somit wurde bewusst auf die Formulierung von Nah- und Fernzielen verzichtet, da die Entwicklung eines Teams – wie in der basal stimulierenden Pflege von Patienten – selbstbestimmt und nicht fremd gesteuert erlebt werden soll und vielleicht entwickelt sich ein Team nach den ersten Erfahrungen in eine andere als die geplante Richtung. Deshalb müssen wir aufmerksam beobachten und nach einem ersten Schritt die folgenden unterstützen.

Ein Projekt zur Umsetzung kann also nach folgendem Schema – auch mit dem Team zusammen - strukturiert werden:

Ziel: Förderung der Entwicklung im Team

- Persönliche Ansprüche und Ziele formulieren
- Teambiographie: Vorerfahrungen, Schwerpunkte, Regeln erkennen
- Kompetenzen entdecken
- Entwicklungsmuster und Hintergründe erkennen
- Ziele für das Team formulieren
- Für das Team bedeutungsvolle Inhalte wählen
- Konkretes Konzept: beteiligte Personen, Inhalte der Basalen Stimulation, Zeitrahmen, Lernmöglichkeiten und Rahmenbedingungen formulieren

Welche Probleme können auftreten?

Natürlich treten bei der Umsetzung auch Probleme und Fragen auf. Mittlerweile gibt es hierzu wenige wissenschaftliche Untersuchungen. A. Haut www.basale-stimulation.de entdeckte, dass Pflegende in der Umsetzung der Basalen Stimulation vor allem an ihre Grenzen kommen:

- Persönliche Grenzen: persönliche Emotionen und Kommunikationsfähigkeiten
- Soziale Grenzen: Unverständnis der Kollegen und anderer Berufsgruppen
- Strukturelle Grenzen: hinderliche Arbeits- Lehr- und Lernbedingungen
- Inhaltliche Grenzen: unklare Intention und Indikation für Basale Stimulation
- System-Grenzen: anders zu pflegen in dem System Krankenhaus wird nicht gefordert

Diese Grenzen müssen frühzeitig thematisiert und diskutiert werden, um aus der Umsetzung nicht eine nur frustrierende Erfahrung werden zu lassen. „So können Grenzen einen Sinn haben, weil sie Klarheit und gleichzeitig Spannungsfelder bieten sowie zur Auseinandersetzung und zum Überschreiten auffordern.“ (Mindell nach Haut). Zentral sind nach Aussagen der interviewten Pflegekräfte die Arbeits-, Lehr- und Lernbedingungen.

D. Arnold (Arnold 1900) berichtet innerhalb der Umsetzung der Kinästhetik von vergleichbaren Erfahrungen und kristallisiert fünf Problembereiche heraus:

- Beherrschung des neu erworbenen Wissens
- Unterstützung im Team in Bezug auf die Anwendung.
- eigene Motivation und das Interesse
- Zeit- und Arbeitsbedingungen
- Sicherheit bei der Anwendung und Routine

Wenn also solche Probleme deutlich werden, so kann darauf entsprechend reagiert werden.

- Beherrschung des neu erworbenen Wissens: Mehr Informationen, Regeln, Reflexionen, positiv verstärken
- Unterstützung im Team in Bezug auf die Anwendung: Kompetenzen klären, Konflikte ansprechen
- eigene Motivation und das Interesse: eigene Ziele und Erwartungen reflektieren
- Zeit- und Arbeitsbedingungen: Tagesablauf hinterfragen, Zeitfenster schaffen, Verschiebeliste klären
- Sicherheit bei der Anwendung und Routine: Videoanalysen, Bed-side-teaching, Beobachtungen, Entwicklungen beobachten

Ein oft genanntes Problem scheint für Pflegende die „mangelnde Zeit“ zu sein. In einer schriftlichen Auswertung von 186 TeilnehmerInnen nach Basisseminaren nannten die Befragten von sich aus folgende Probleme in der Umsetzung siehe im Internet: „Der Brief an sich selbst“ in www.basale-stimulation.de -> Allgemein -> Umsetzung:

- Zu wenig Zeit (n=46; 25%)
- Widerstände im Team, mangelnde Unterstützung (n= 45; 24%)
- Umstellungsschwierigkeiten durch Routine: innere Ruhe fehlt, Anpassung an vorhandene Strukturen (n=32; 17%)

Gefolgt von „Handling“ (19 = 10%), Mangelnde Routine (18 = 10%) sowie 16 weiteren Schwierigkeiten. Ob das wirkliche Problem die *Zeit* ist oder vielmehr die Schwierigkeit, etwas neu Erlerntes unmittelbar

und ohne Lernprozess in einer bestimmten Zeit umsetzen zu können, ist zu hinterfragen. Etwas Neues zu tun, braucht Zeit, bis man die Handlungstechniken beherrscht, doch niemand würde auf die Idee kommen, ein neues Beatmungsgerät abzulehnen, weil man in den ersten Tagen mehr Zeit bräuchte, um es zu bedienen. Ich denke, dass hier zu hohe Erwartungen an sich selbst gestellt werden und klar formuliert werden muss, dass die Umsetzung der Basalen Stimulation – gerade, wenn es um neue „Techniken“ wie eine beruhigende Ganzkörperwaschung geht – *zunächst und kurzfristig* mehr Zeit braucht. Eine Kollegin hat dies so ausgedrückt: „ich musste drei, viermal so waschen, um mich daran zu gewöhnen, dann hatte ich es drauf. Und dann war ich sogar schneller als sonst, ohne es zu wollen.“ Also: geben Sie sich und Ihren Kollegen Zeit zum Lernen!

Weitere Ideen zum Zeitproblem finden Sie auf der basalen Homepage www.basale-stimulation.de unter „Allgemein“ und „Umsetzung“ („Ideensammlung: Zeit sparen“). Weiter – wenn auch noch im Aufbau – ist die Pflegezeitakademie von F. Lauxtermann: <http://www.die-zeitakademie-gesundheitsberufe.de>, der sich intensiv mit dem Zeitproblem in der Pflege auseinander setzt.

Kontraindikationen

Man muss auch einräumen, dass es gewisse Bedingungen geben kann, unter denen die Einführung neuer Pflegekonzepte sehr schwierig bis unmöglich ist. Jedes Team hat ein Bedürfnis nach Sicherheit und Gewohnheit. Wenn zur Zeit das Personal erheblich gekürzt oder eingespart werden soll, wenn Umstrukturierungen wie etwa Teamfusionen anstehen, wenn Teamkonflikte bestehen, die das normale Maß überschreiten, dann ist es wenig ratsam, ein neues Pflegekonzept einführen zu wollen – das gilt dann genauso für andere Konzepte wie Kinästhetik, Affolter oder Bobath. Das Team ist mit etwas anderem beschäftigt. Dies gilt genauso für die Situation, wenn zu viele Erneuerungen zur gleichen Zeit eingeführt werden sollen – wenn ein gewisses Level überschreitet wird, kann das Team einfach nicht mehr, auch wenn Ihre Ideen noch so gut sind.

Beispiel: In einem Team gab es für viele Jahre Extrawachen – Medizinstudenten als pflegerische Hilfskräfte – zur Entlastung des Pflegeteams. Im Rahmen der allgemeinen Sparmaßnahmen wurde die Verträge der Extrawachen nicht mehr verlängert und das Team musste plötzlich mit einer Person weniger in den Schichten auskommen. Geschrei wurde laut: „wie sollen wir das nur schaffen?“ Nun gut, die Arbeit wurde umstrukturiert und irgendwie doch bewältigt, das Geschrei blieb, *und zwar ein dreiviertel Jahr*. So lange brauchte das Team, um sich an die neuen Bedingungen zu gewöhnen und wieder eine Routine zu entwickeln. In diesem Zeitraum wäre die Einführung neuer Konzepte undenkbar gewesen.

Die genannten widrigen Umstände gelten für alle der modernen Pflegekonzepte. Kontraindikationen für das Konzept der Basalen Stimulation speziell gibt es nicht!

Ausblick

Wir kommen zum Schluss. Das hier beschriebene Konzept zur Umsetzung der Basalen Stimulation wurde von Kollegen von mir - Frank Lauxtermann und Thomas Pahl, beide Praxisbegleiter für Basale Stimulation in der Pflege - und mir mehrfach in Seminaren angeboten. Die TeilnehmerInnen hatten dadurch Gelegenheit, in einem geschützten Rahmen außerhalb ihres Teams die Situation zu reflektieren und sich eine individuelle Vorgehensweise zu überlegen. Sie wurden somit in die Lage versetzt, ihre Implementierungsprobleme aus einem anderen Blickwinkel – dem des Adressaten – zu betrachten und neue, andere Wege zu gehen. Dies gelang den meisten auch und wir konnten eine gute Erfolgsquote verzeichnen. Die zentrale Frage - lässt sich das Konzept der Basalen Stimulation auch auf dessen Umsetzung anwenden? – ist also zu bejahen. Es gab allerdings auch Teilnehmer, denen die geplante Umsetzung nicht gelang, weil sich in der Zwischenzeit einige Bedingungen änderten oder sich Interessen verlagerten und wir waren aus organisatorischen Gründen leider nicht in der Lage, dies weiter zu evaluieren. Dennoch beruhigt mich diese gewisse Fehlerquote, denn damit ist der hier beschriebene Ansatz kein allgemein wirksames Heilmittel. Es ist kein Patentrezept, kein ich-weiß-was-das-Beste-für-Dich-ist. Selbst wenn wir also ein Umsetzungskonzept für ein Team entwickeln, müssen wir den dann initiierten Prozess wach und aufmerksam begleiten und gegebenenfalls improvisieren. Wie in der basal stimulierenden Pflege müssen und wollen wir Patienten nicht heilen, dh. ein Team nicht zu seinem Besten führen. Wir können aber den Patienten – sprich: das Team – dabei unterstützen, *selbst* heil zu werden. Vertrauen Sie dem Team und lassen Sie es Subjekt seiner eigenen Entwicklung sein.

Nachtrag (nicht in der Originalveröffentlichung enthalten)

Mittlerweile gibt es im medizinischen wie auch pflegerischen Bereich einige Metaanalysen zum Theorie-Praxiskonflikt. Empfehlenswert ist hier das PARIHS-Netzwerk, sowie im medizinischen Bereich die Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group (EPOC). Demnach sind besonders wirksam in der Implementierung:

- Konzepte mit hoher Evidenz und Überzeugungskraft
- Konzepte mit deutlichem Praxisbezug (Problemorientiert)
- Aktive Mitarbeiterbeteiligung (u.a. demokratischer Führungsstil mit gemeinsamer Entscheidungsfindung), Verteilung von Verantwortlichkeiten
- Unterrichtsstile, die die Kompetenz der Mitarbeiter fördern (keine von oben verordneten Richtlinien oder Zuckerbrot und Peitsche)
- Eingängige Erinnerungshilfen
- Eine zeitnahe, positive Evaluation

Literatur

Arnold, D.: Aber in die Praxis umzusetzen ist dann halt schwierig. Pflege, Verlag H. Huber, Bern 1/2000

Benner, P. (1994): Stufen zur Pflegekompetenz. Verlag Hans Huber Bern.

Haut, A.: Basale Stimulation – An Grenzen geraten. Pflegenintensiv 2 / 2005 auf www.basale-stimulation.de (15.4.06 entnommen)

Jeß, P.; Nydahl, P.: Abenteuer interdisziplinäre Kommunikation: Nancy oder die duale Mehrwegschwester – eine Fotostory. Pflegezeitschrift 8 / 2004, Kohlhammerverlag

Lauxtermann, F.: Die wahre Geschichte von den Zeitdieben in der Pflege. In: Nydahl, P.; Bartoszek, G.: Basale Stimulation – Neue Wege in der Pflege Schwerstkranker. 4. Auflage, Elsevier München 2004

Straub, M.: Basale Stimulation als Möglichkeit zur Förderung der Wahrnehmung bei neurologischen Intensivpatienten. Intensiv 4 1996 Thiemeverlag Stuttgart

Schürenberg, A.: Die Atemstimulierende Einreibung als einschlaflförderndes Mittel in der Klinik. Pflege 6 / 1993 Verlag Hans Huber, Bern

Lexikon Pflege. 3. Auflage, Springer Berlin, Heidelberg, New York 2004

Werner, B.: Konzeptanalyse Basale Stimulation. Verlag Hans Huber, Bern