

## **Handout zum Tutorial V:**

# **Basale Stimulation und körpernaher Dialogaufbau bei Patienten im apallischen Syndrom**

**Donnerstag, 20. Januar 2005  
(1) 14:00-15:30 Uhr und (2) 16:00-17:30 Uhr**

**Hörsaal 9**

**Leitung                    Frieder Lückhoff, Weimar  
                                 PD Dr. Andreas Zieger, Oldenburg**

---

### **Ablauf**

- 1. Begrüßung und Vorstellung**
- 2. Programmübersicht und Ziele des Tutorials**
- 3. Leitsätze und praktische Übungen**
- 4. Abschlussreflexion**

---

### **Kontakt**

Frieder Lückhoff  
Leiter des Lückhoff-Institutes Weimar,  
Krankenpfleger, Lehrer für Berufe im  
Gesundheitswesen, Kursleiter Basale  
Stimulation®, cand. BScN  
Marienstraße 8  
D-99423 Weimar  
Tel. +49/ 3643 499067  
Fax: +49/3643 493687  
[kontakt@lueckhoff-institut.de](mailto:kontakt@lueckhoff-institut.de)  
[www.lueckhoff-institut.de](http://www.lueckhoff-institut.de)

Privat-Dozent Dr. med. Andreas Zieger  
Arzt für Neurochirurgie, Rehabilitationswesen  
Ltd. OA der Abt. für Schwerstschädel-Hirngeschädigte  
(Früh- und weiterführende Rehabilitation)  
Evangelisches Krankenhaus Oldenburg  
Steinweg 13-17  
D-26122 Oldenburg  
Tel. und Fax: +49/441 236-402  
[Dr.andreas.zieger@evangelischeskrankenhaus.de](mailto:Dr.andreas.zieger@evangelischeskrankenhaus.de)  
[www.neurozentrum.de](http://www.neurozentrum.de)  
Hochschuldozent für Klinische Neurorehabilitation  
Carl von Ossietzky Universität  
Fakultät IV Human- und Gesellschaftswissenschaften  
Institut für Psychologie  
Abt. Gesundheits- und Klinische Psychologie  
Postfach 2503  
D-26111 Oldenburg  
[www.a-zieger.de](http://www.a-zieger.de)

# Leitsätze zur Seinsweise von Menschen im apallischen Syndrom

## aus Sicht der Philosophie und Praxis eines körpernahen Dialogaufbaus

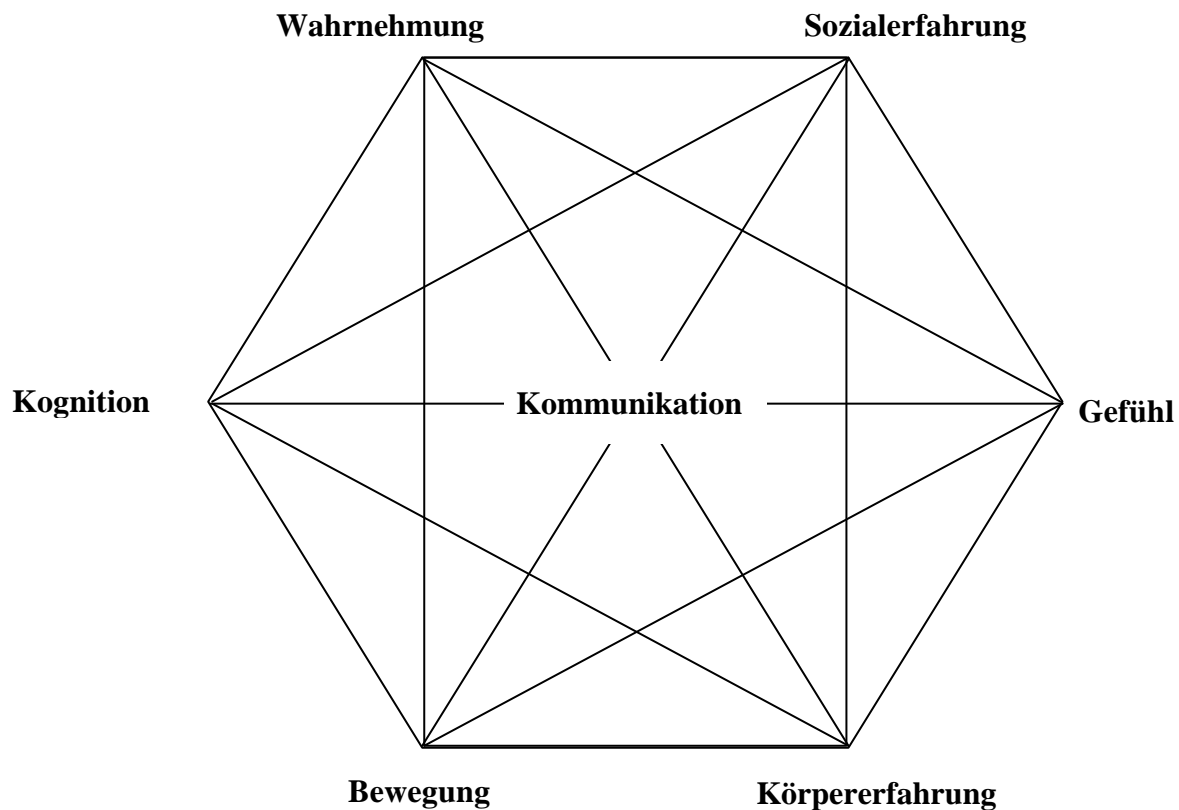
1. Der Mensch wird am Du zum Ich (Buber).
2. Solange ein Mensch lebt, ist er mit (unbewussten) Wahrnehmungen, (unbewussten) Befinden (z.B. Schmerzempfindung, Erleben) und (unbewussten, minimalen, tonischen) Bewegungen mit der Umwelt verbunden.
3. Menschen im apallischen Durchgangssyndrom („Wachkoma“) sind weder „hirntot“ noch „sterbend“. Sie haben sich aus einem akuten Komastatus (nach ca. 3-4 Wochen) in die erste Remissionsstufe „Wachkoma“ entwickelt.
4. Das Vollbild weist folgende Symptome (Zeichen) auf:
  - Atmung spontan
  - Augen minuten- oder stundenweise geöffnet
  - Schlaf-/Wachrhythmus erschöpfungszeitlich strukturiert
  - Keine *absichtsvollen* Reaktionen auf verbale, auditive, taktile und Schmerzreize
  - keine *willkürlichen* Eigenaktivitäten oder Kontaktaufnahme.
5. Menschen im apallischen Syndrom („Wachkoma“) sind schwerst-hirngeschädigt und schwerst-traumatisiert, deren Symptomatik (Zeichen) und „Körpersemantik“ (Körpersprache) von einer persönlichen Biographie, den Folgen der erlittenen Hirnschädigung und der aktuellen Situation (Wahrnehmung, Befinden, Zustand) geprägt.
6. Menschen im apallischen Syndrom („Wachkoma“) verfügen in der frühen Remission über Eigenkompetenzen und Fähigkeiten zur Selbstaktualisierung in der Umwelt:
  - Stadium I: kurzes Fixieren (beginnende Aufmerksamkeit und Re-Orientierung)
  - Stadium II: Blickfolgen
  - Stadium III: Zuwendung und emotionale Reaktion, Greifen i. S. e. Klüver-Bucy-Syndroms, später eines Korsakow-Syndroms
  - Stadium IV: Hirnorganisches Psychosyndrom (Stadien der Remission nach Gerstenbrand 1967)

7. Menschen im apallischen Durchgangssyndrom („Wachkoma“) sind prinzipiell entwicklungs- und „rehabilitationsfähig“ (Gerstenbrand). Entwicklung und Förderung beginnen auf der Intensivstation
8. Sie benötigen Sicherheit, klare Strukturen und Orientierungen in der Situation und intensive Wahrnehmungsangebote, um die Wirkungen ihrer selbst auf die Umwelt und andere Menschen (körperlich, leiblich) mit allen Sinnen spüren zu können.
9. Durch Kontaktaufnahme („Initialberührung“), frühe Wahrnehmungs- und Bewegungsangebote (Bewegungserfahrung, Positionsveränderungen), durch die Übersetzung der analogen Körpersprache in digitale Ja/Nein-Antwortcodes und durch weitergehende Kommunikations- und Interaktionsangebote kann die Autonomie-Entwicklung wirksam gefördert, eine „spastische Haltung“ vermindert und ein neues Gesamtverhalten des schwerstbeeinträchtigten Patienten aufgebaut werden.
11. Entscheidend und handlungsleitend ist das minimale Antwortverhalten in der Körpersprache („Körpersemantik“), nicht ein (nur abstrakt definierbares) Vorhandensein von „Bewusstsein“ oder nicht. Das Antwortverhalten (ob nun unwillkürliche Reflexe und Automatismen oder schon willkürlich initiierte Reaktionen) entsprechen den jeweiligen, individuellen Rehapotenzialen. Diese können semiquantitativ erfasst und evaluiert werden, z.B. mit der Skala Expressive Kommunikation und Selbstaktualisierung (SEKS; vgl. Zieger 2002) (siehe Anlage).
12. Letztlich geht es darum, für diese Menschen, die zu 80% kognitiv erwachen und ein Antwortverhalten zeigen (z.B. Ja/Nein-Codes), jedoch körperlich schwerstpflegeabhängig bleiben, trotz schlechter medizinischer Prognose eine zufriedenstellende soziale Perspektive zu erreichen. Dabei hat die ambulante, häuslich-familiäre Langzeitversorgung Vorrang der stationären Langzeitversorgung im Pflegeheim.

# Ganzheitliches Entwicklungsmodell nach Fröhlich/Haupt (Förderdiagnostik mit schwerbehinderten Kindern, 1993)

oder

## Umfassende Sicht menschlicher Entwicklung aus der Sicht des Konzeptes Basale Stimulation



Alle im Modell genannten Elemente sind in einer Wahrnehmungssituation immer **gleichzeitig** vorhanden. Sie sind für den Betroffenen immer **gleichgewichtig** von der Bedeutung her und sie sind immer **gleich wirklich**.

## **Basale Stimulation - Zentrale Ziele**

Aus den Grundüberlegungen des Konzeptes Basale Stimulation® wurden zentrale Ziele entwickelt, die die Person des kranken Menschen ganz in den Mittelpunkt stellen. Der Mensch wird als eigenaktives Subjekt verstanden, das zeitlich begrenzt Unterstützung benötigt. Es findet dem entsprechend ein Perspektivenwechsel statt. Nicht die pflegerische, therapeutische oder pädagogische Handlung sondern die lebensweltnahe Aktivität des Betroffenen ist Thema der Begegnung.

Leitfrage:

Was soll der Betroffene erleben können?

*Leben erhalten und Entwicklung erfahren*

*Das eigene Leben spüren*

*Sicherheit erleben und Vertrauen aufbauen*

*Den eigenen Rhythmus entwickeln*

*Außenwelt erfahren*

*Beziehung aufnehmen und Begegnung gestalten*

*Sinn und Bedeutung geben*

*Sein Leben gestalten*

*Autonomie und Verantwortung*

# Übungen zur Selbsterfahrung

- 1.) Auf die Hände setzen (Lückhoff)
- 2.) Handauflegen auf die Schultern eines/r anderen (Zieger)
- 3.) Selbsterfahrung mit beugespastischer Haltung (Zieger)
- 4.) Wahrnehmungs- und Bewegungsangebote bei beugespastischer Haltung (Lückhoff)
- 5.) Einfluss der Kopfhaltung auf Lagerung und Dialog (Zieger/Lückhoff)

# Literaturhinweise

## Basale Stimulation

- Bienstein, Ch./Fröhlich, A.                      Bewusstlos  
Verlag Selbstbestimmtes Leben 2000
- Bienstein, Ch./Fröhlich, A.                      Basale Stimulation  
Kallmeyer 2004
- Fröhlich, A.    Basale Stimulation – Das Konzept  
Verlag Selbstbestimmtes Leben 2000
- Fröhlich, A. et al                                      Fördern-Pflegen-Begleiten  
Verlag Selbstbestimmtes Leben 1997
- Nydahl, P./Bartoszek, G.                          Basale Stimulation in der Intensivpflege  
Fischer 2004

## Körpernaher Dialogaufbau

- Gerstenbrand, F.: Das traumatische apallische Syndrom. Springer 1967
- Hannich, H.-J.: Bewußtlosigkeit und Körpersprache. Überlegungen zu einem Handlungsdialog in der Therapie komatöser Patienten. Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik, 1993; 38(4): 219-226
- Hannich H.-J., B. Dierkes: Ist Erleben im Koma möglich? Intensiv, 1996; 4: 4-7
- Zieger, A.: Dialogaufbau in der Frührehabilitation mit Komapatienten auf der Intensivstation. In: Neander/Friesacher/Meier (Hrsg.): Handbuch der Intensivpflege. Ecomed-Verlag 1993/2001, Kapitel IV 2.4, S. 1-24
- Zieger, A., & H. Hildebrandt: Neuropsychologische Frührehabilitation während der intensivmedizinischen Versorgung. In: Gauggel S. & H. Kerkhoff (Hrsg.): Fallbuch klinische Neuropsychologie. Hogrefe 1997, S. 267-289
- Zieger, A.: Der schwerstgeschädigte neurologische Patient im Spannungsfeld von Bio- und Beziehungsmedizin. Intensiv, 2002; 10(6): 261-274
- Zieger, A.: Verlauf und Prognose des sog. Apallischen Syndroms („Wachkoma“) im Erwachsenenalter. In: Zieger, A. & P. Schönle (Hrsg.): Neurorehabilitation bei diffuser Hirnschädigung. Hippocampus-Verlag 2004, S. 147-194

<b>Name:</b>	<b>wöchentlich</b>	
	<b>täglich</b>	

## Skala Expressive Kommunikation und Selbstaktualisierung (SEKS)

(vgl. Zieger 1997; revidiert 1999, 2002; validiert von C. Engel, Uni Greifswald 2002)

<b>Handzeichen</b>						
<b>Datum</b>						
<b>Punktwert</b> 0 = Merkmal nicht vorhanden 1 = Merkmal vorhanden (Mehrfachnennungen möglich)						
<b>Vegetative Körpersignale</b>						
AF: Innehalten, Beschleunigung, Verlangsamung						
HF: Beschleunigung, Verlangsamung						
Schwitzen						
Erröten, Erblassen						
Tränenfluß						
(min 0; max. 5)						
<b>Tonische Körpersignale</b>						
Gesamten Körper anspannen/entspannen						
Arm/Bein anspannen/entspannen						
Kopf anspannen/entspannen						
Gesicht angespannt/entspannt						
(min. 0; max. 4)						
<b>Augen</b>						
matter Blick						
starrer Blick						
glänzender Blick						
Fixieren						
Blickwendung						
Blickfolgen, Nachschauen						
Blinzelcode reproduzierbares Blinzeln oder tiefes Augenschließen als Zeichen für JA						
(min. 0; max .7)						
<b>Mimik</b>						
apathisch, erschöpft, müde						
Indifferent						
Schmerz						
Lächeln, Staunen						
Freude, Unmut Furcht/Angst, Wut/Zorn Weinen, Trauer Ekel						
Augengruß mehrfaches Anheben der Augenbrauen/Stirnmuskeln						
(min.0; max. 6)						

<b>Datum</b>						
<b>Eigenbewegungen</b>						
<b>Selbststimulationen</b> Schaukelbewegungen, Stereotypien, Daumenlutschen						
<b>Diffuse Suchaktivität</b> Herumdrehen, Strampeln, Herumnesteln						
<b>Zielgerichtete Bewegungen</b> Kopfwendung, Arm austrecken, Zugreifen, Zutreten						
<b>Kopfcode: Ja/Nein</b> Kopfnicken bzw. Kopfschütteln						
<b>Handcode: Ja/Nein</b> Händedruck und Loslassen Handheben bzw. Handsenken						
<b>Beincode: Ja/Nein</b> Bein in Knie anheben / beugen = Ja, bzw. senken / strecken = Nein						
<b>Buzzer-Code</b> Summer 1 x drücken = Ja 2 x drücken = Nein						
<b>(min. 0; max. 7)</b>						
<b>Gesten und Gebärden</b>						
<b>Stimmungen und Bedürfnisse</b> z.B. Nähe, Zärtlichkeit, Schmuse Verlegenheit, Langeweile Niedergeschlagenheit Verzweifeln, Drohen, Wut, Zorn						
<b>Ja/Nein-Geste</b> auch „Weiß nicht“ (Schulterzucken)						
<b>Zeigen</b> , auf einen Gegenstand/eine Person deuten						
<b>Wünsche und Absichten</b> <b>ausdrücken</b> z.B. Geste für Rauchen, Trinken, Schlafen, Zeitunglesen, Telefonieren, Nichthören						
<b>(min. 0; max. 4)</b>						
<b>Stimme und Sprache</b>						
<b>Affektive nichtartikulierte</b> <b>Äußerungen</b> z.B. Seufzen, Stöhnen, Wimmern, Weinen, Schreien Summen, Brummen,						
<b>Stimmlose</b> <b>Mundbewegungen und</b> <b>Artikulationen</b> z.B. Flüstern, Koartikulieren, Mitbewegungen						
<b>Stimmhafte Lautäußerungen</b> <b>und Artikulationen</b> z.B. Brabbeln, Murmeln						
<b>Affektive</b> <b>Lautäußerungen</b> z.B. Schmerz : „Au“ Begrüßung: „Hallo“ Leises/Lautes Lachen						
<b>Verständliche einzelne</b> <b>Wörter und Antworten</b> z.B. „Ja“, „Nein“, „Mama“, „Papa“, „Hunger“, „Durst“, „Komm“, „Geh weg“, „Gut“, „Schlecht“, „Richard“ usw.						
<b>(min. 0; max. 5)</b>						
<b>Summe (min. 0; max. 38)</b>						

## **Eigene Notizen:**