

---

Ich spreche nicht,  
aber ich fühle noch!

## Fachbereichsarbeit

Schule für Gesundheits-  
und Krankenpflege  
des Landes Steiermark  
am LKH Leoben

Eingereicht von: Martina Krampf

Am: 03.06.2009

Betreuende LfGK: Hannelore Schlager

---

## Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung .....	3
2	Wachkoma allgemein.....	5
2.1	Definition .....	5
2.2	Symptome .....	5
2.3	Kriterien zur Diagnose.....	5
2.4	Differentialdiagnosen .....	6
2.4.1	Locked-in-Syndrom .....	6
2.4.2	Akinetischer Mutismus .....	7
2.4.3	Koma.....	7
2.5	Ursachen .....	7
2.6	Rückbildung des apallischen Syndroms .....	8
2.6.1	Remissionsstufen in Anlehnung an F. Gerstenbrand .....	8
3	Kommunikation .....	11
3.1	Definition .....	11
3.2	Arten der Kommunikation .....	12
3.2.1	Verbale Kommunikation .....	12
3.2.2	Nonverbale Kommunikation .....	13
4	Wahrnehmung.....	14
4.1	Definition .....	14
4.2	Wahrnehmungsbereiche.....	15
4.2.1	Somatische Wahrnehmung.....	15
4.2.2	Vestibuläre Wahrnehmung.....	16
4.2.3	Vibratorische Wahrnehmung .....	17
4.2.4	Orale/ Olfaktorische Wahrnehmung .....	18

---

4.2.5	Auditive Wahrnehmung .....	18
4.2.6	Visuelle Wahrnehmung .....	19
4.2.7	Taktil – Haptische Wahrnehmung.....	20
5	Bedeutung der Basalen Stimulation® bei Wachkomapatienten.....	21
5.1	Basale Stimulation® als Kommunikationsform in der Pflege .....	21
5.2	Die Initialberührung.....	22
5.3	Qualität der Berührung .....	22
5.4	Ziele der Basalen Stimulation ® .....	23
6	Persönliche Erfahrungen auf der Apallic Care Unit .....	23
6.1	Fallbeispiel 1 .....	24
6.2	Fallbeispiel 2 .....	25
6.3	Weitere Kommunikationsmöglichkeiten .....	26
7	„Jetzt, jetzt über mich!“ von Hannelore Wolfsbauer .....	27
7.1.1	Auszug aus dem Buch.....	28
7.1.2	Die Methode .....	28
7.1.3	Der E-Mail Kontakt mit einer Freundin .....	29
8	Zusammenfassung .....	31
9	Schlussfolgerung .....	32
10	Literaturverzeichnis .....	34
11	Abbildungsverzeichnis .....	35

## 1 Einleitung

Ursprünglich war es nicht dieses Thema, welches ich mir für meine Fachbereichsarbeit vorgestellt hatte. Doch im Herbst 2008 absolvierte ich ein Praktikum auf einer der wenigen Wachkomastationen Österreichs, der ACU (Apallic Care Unit) in der Albert – Schweitzer – Klinik Graz. Dort bekam ich die Möglichkeit geboten, Patienten<sup>1</sup> im Wachkoma kennenzulernen, zu betreuen und nach einiger Zeit, sie auch zu verstehen. Aufgrund der beeindruckenden Arbeitsweise und der Fürsorge des Pflegepersonals für die Patienten im Wachkoma wurde mein Interesse geweckt. Mit der richtigen Betreuung ist es möglich, die Lebensqualität von Patienten mit apallischem Syndrom maßgeblich zu verbessern.

Daher beschäftige ich mich in meiner Arbeit auch mit der Frage: „Wie kann die Kommunikation mit Wachkomapatienten gestaltet werden, und wie kann ich als Pflegeperson die Wahrnehmung von Patienten mit apallischen Syndrom fördern?“

Für mich war es faszinierend zu sehen, wie deutlich sich Patienten mit apallischem Syndrom eigentlich mitteilen können, obwohl sie der verbalen Sprache doch, durch einen schweren Schicksalsschlag, nicht mehr mächtig sind.

Natürlich war diese spezielle Art von Kommunikation für mich nicht sofort zu verstehen, doch lernt man die Menschen (und das sind sie auch in dieser Situation!!!) besser kennen, man versteht sie und ihre Bedürfnisse allmählich. Dadurch wird eine Vertrauensbasis aufgebaut, welche Voraussetzung für jegliches produktives Arbeiten mit Wachkomapatienten ist.

---

<sup>1</sup> Die Bezeichnung „Patienten“ steht sowohl für männliche als auch weibliche Patienten.

Auf der ACU konnte ich Reaktionen und Verhaltensmuster beobachten, die mich wirklich bewegten. Vor allem der Snoezelen-Raum hatte für mich eine beeindruckende Wirkung auf die Patienten. Diesen speziellen Therapieraum werde ich später noch näher beschreiben.

Diese Menschen verstehen und können viel mehr, als ich zu Beginn meines Praktikums gedacht hätte. Wichtig ist es nur, zu wissen, wie man ihre Ressourcen fördern kann. Für mich ist es ausschlaggebend, dass man auch mit diesen Menschen durchaus kommunizieren kann, denn dies macht es erst möglich auf ihre Bedürfnisse einzugehen. Und darum geht es schließlich im Beruf als Pflegeperson.

Ziel meiner Arbeit ist es nun, die Wahrnehmung und die Kommunikationsmöglichkeiten mit Patienten im Wachkoma, wie beispielsweise den Augencode, aufzuzeigen und Pflegepersonen zu ermöglichen die Bedürfnisse dieser Patienten zu erkennen. Zusätzlich möchte ich Methoden, wie zum Beispiel die Basale Stimulation, beschreiben, um die Patienten in der Wahrnehmung ihres eigenen Körpers sowie ihrer Umgebung unterstützen zu können.

Ich hoffe es gelingt mir, diese Thematik interessant zu behandeln, da es mir am Herzen liegt, dass auch Wachkomapatienten als Menschen mit Persönlichkeit und nicht bloß als „lebende Leichen“ gesehen werden.

## 2 Wachkoma allgemein

### 2.1 Definition

Wachkoma wird auch als „apallisches Syndrom“, „Coma vigile“ oder „vegetative state“ bezeichnet. Dabei handelt es sich um einen vegetativen Zustand, der durch eine Trennung der Großhirnrinde vom Stammhirn hervorgerufen wird (vgl. Menche 2007, S. 1330).

### 2.2 Symptome

Menschen mit apallischem Syndrom befinden sich in einem schlafähnlichen Zustand, haben ihre Augen jedoch geöffnet und blicken ins Leere. Ihre Vitalfunktionen sind aufgrund der Regulation des Stammhirns erhalten. Oftmals können die Patienten weder schlucken, noch sprechen oder sich bewegen. Der Mensch zeigt meist keine „sinnvollen“ Reaktionen, weder auf Ansprache, noch auf Berührung. Auch der Versuch einer bewussten Kontaktaufnahme ist von außen nicht erkennbar (vgl. Menche 2007, S. 1330).

Das Kernsymptom des Wachkomas ist das Fehlen des bewussten Wahrnehmens. Dazu zählen das Fehlen des bewussten Wahrnehmens des eigenen Körpers, der Umwelt des Patienten und auch die fehlende Wahrnehmung von äußeren Reizen bei bestehendem Schlaf-Wach-Rhythmus. Wichtig ist hierbei die deutliche Abgrenzung vom Koma, wo der Patient seine Augen konstant geschlossen hält und kein Schlaf-Wach-Rhythmus erhalten ist (vgl. Steinbach, Donis 2004, S. 7).

### 2.3 Kriterien zur Diagnose

- Fehlende Wahrnehmung des eigenen Körpers und der Außenwelt
- Spontanes oder reflektorisches Öffnen der Augen
- Fehlen der reproduzierbaren Kommunikation

- Keine Reaktion auf äußere Reize oder Ansprache
- Verbale Äußerungen aber möglich (Grunzen, Schreien...)
- Schlaf-Wach-Rhythmus erhalten
- Vorhandene Hirnstammreflexe
- Reflexe wie Saugen, Kauen, Schlucken, Greifen möglicherweise vorhanden
- Abwehr-, Halte- und Stellreflexe sind erhalten
- Blasen- und Mastdarminkontinenz
- Auf Stimulationen jeder Art treten vegetative Symptome (z.B. Speichelfluss, Schwitzen...) auf.
- Beugung der Arme mit Faustschluss als Schutzmechanismus
- Keine verbale Kommunikation (vgl. Steinbach, Donis 2004, S. 7)

## 2.4 Differentialdiagnosen

Um ein apallisches Syndrom zu diagnostizieren bedarf es konkreter Kenntnisse des Krankheitsbildes. Nicht selten werden aufgrund mangelnden Fachwissens Fehldiagnosen gestellt.

Wachkoma wird oft mit folgenden Differentialdiagnosen verwechselt:

### 2.4.1 Locked-in-Syndrom

Das Locked-in-Syndrom wird meistens durch einen Schlaganfall oder eine Blutung verursacht. Hier sind alle Bahnen vom Rückenmark und Hirnstamm zum Gehirn unterbrochen. Dadurch ist es dem Patienten auch nicht möglich zu sprechen, zu schlucken, oder irgendwelche anderen Bewegungen, außer Bewegungen der Bulbi, durchzuführen. Bei diesem Krankheitsbild ist das Bewusstsein allerdings ohne jegliche Ausfälle intakt, ebenso der Schlaf-Wach-Zyklus, wobei die Augen aber meist geschlossen gehalten werden.

Die Tatsache, dass Patienten nachdem sie aus dem Koma erwacht sind, trotz vorhandenen Bewusstseins auf keinerlei Reize reagieren können, macht die richtige Diagnose so schwierig.

#### **2.4.2 Akinetischer Mutismus**

In diesem Krankheitsbild sind die Patienten nach dem Erwachen aus dem initialen Koma aufmerksam, sind jedoch nicht in der Lage spontane Bewegungen durchzuführen oder verbale Äußerungen hervorzubringen. Auch bei dieser Diagnose besteht ein völlig intakter Schlaf-Wach-Rhythmus.

#### **2.4.3 Koma**

Das Koma wird von der anhaltenden Bewusstlosigkeit des Patienten geprägt, welche durch keinerlei Reize von außen beeinflusst werden kann. Ebenso ist kein Schlaf-Wach-Zyklus vorhanden, allerdings sind durchaus motorische Reaktionen auf schmerzhafte Reize möglich. Beim Koma gibt es verschiedene Ausgangsmöglichkeiten: Das Koma dauert meist höchstens 4 Wochen an, danach bildet sich entweder das Bewusstsein langsam zurück, oder die Patienten fallen ins Wachkoma, oder versterben. (vgl. Steinbach, Donis 2004, S18)

### **2.5 Ursachen**

Es gibt verschiedene Möglichkeiten für den Zustand im Wachkoma. Zum Beispiel:

- Traumatisch: Schwere Schädel-Hirn-Traumen (35-40%)
- Hypoxisch: Ertrinkungsfälle, suizidale Handlungen, Narkosezwischenfälle, Zustände nach Reanimation (25%)
- Vaskulär: metabolische Schädigungen des Gehirns oder entzündliche Hirnerkrankungen (35-40%)

- Toxisch: Stoffwechsellentgleisungen, zum Beispiel bei Diabetes Mellitus (vgl. Skriptum von J. Hohensinner von der ACU Graz, S.8).

## **2.6 Rückbildung des apallischen Syndroms**

### **2.6.1 Remissionsstufen in Anlehnung an F. Gerstenbrand**

Unter „Remission“ wird die Rückbildung verstanden, welche der Patient vom Koma bis zum vollen Bewusstsein durchläuft. Die Dauer, die der Patient in den einzelnen Phasen verbleibt, kann unterschiedlich lang sein. Nicht alle Patienten durchlaufen alle Stadien, manche verbleiben in einer früheren Phase. Der Übergang von einer in die nächste Phase erfolgt überlappend. In welcher Phase sich der Mensch gerade befindet wird aufgrund der vorhandenen Symptome festgestellt. Diese verdeutlichen sich in den verschiedenen Stadien immer unterschiedlich. Die Remission kann bereits nach kurzer Zeit, aber auch erst nach mehreren Monaten eintreten. (vgl. Steinbach, Donis 2004, S 20)

#### **Remissionsstadium 1:**

Hier kündigt sich nach und nach wieder ein tageszeitlich bezogener Schlaf-Wach-Rhythmus an, der auf den Beginn einer Rückbildung aus dem Koma hinweist. Es entwickeln sich erstmals wieder Greif-, Saug- und Kaureflexe. Es sind jedoch noch keine emotionalen Reaktionen erkennbar.

#### **Remissionsstadium 2:**

Die primitiven Greif-, Saug- und Kaureflexe werden weniger, ebenso wie die spastische Haltung der Extremitäten. Es sind nun jedoch optische Folgebewegungen bemerkbar und die vegetativen Funktionen beginnen sich zu stabilisieren. Auf Schmerzreize wird mit ungerichteten Massenbewegungen reagiert und die Patienten wirken oft ängstlich.

Das Vorhandensein des Bewusstseins kann ab diesem Stadium mit Sicherheit festgestellt werden.

**Remissionsstadium 3:**

Das auffälligste Symptom in dieser Phase stellt das Begreifen von Dingen mit anschließender Führung zum Mund dar. Weiters sind Reaktionen auf die äußeren Reize zu vermerken und der Muskeltonus beginnt sich zu entspannen. Der Mensch wendet sich in dieser Phase zwar zu, aber weder verbale, noch gestikulative Aufträge können ausgeführt werden.

Dieses Stadium wurde früher, zusammen mit dem Remissionsstadium 4, mit dem Namen „Klüver-Bucy-Stadium“ bezeichnet

**Remissionsstadium 4:**

Diese Phase wird auch als Vollbild des Klüver-Bucy-Syndroms bezeichnet. Die Präzision der Bewegungen nimmt gegenüber dem 3. Stadium zu, die ergriffenen Gegenstände werden jedoch noch nicht erkannt. Bei Personen zeigt sich ein anderes Verhalten: Menschen werden zunehmend erkannt und auch unterschieden. Dieses führt nicht selten zu emotionalen Reaktionen und trägt oft wesentlich zur Behandlungseffizienz bei. Sprach- und Situationsverständnis nehmen in dieser Phase zu und bewirken Lautäußerungen wie Brummen, Schreien oder lautes Stöhnen. Der Patient zeigt in diesem Stadium gesteigertes Interesse an den eigenen Genitalien und instabile Emotionalität.

**Remissionsstadium 5:**

Dieses wird auch als Übergangsstadium bezeichnet. Hier kommt es zur zunehmenden Kontaktaufnahme mit der Umwelt des Patienten. Zusätzlich zeigen sich gerichteter Bewegungen der Extremitäten. Dadurch können auch Aufträge durchgeführt werden und einmal erlernte Fähigkeiten treten ebenfalls wieder zutage. Sprachäußerungen und Emotionen werden verständlicher und nachvollziehbarer. Die Abwehrhaltung der Extremitäten

ist weitgehend verschwunden, wenn der Patient zuvor noch keine Kontrakturen davongetragen hat.

**Remissionsstadium 6:**

In diesem Stadium ist eine massive Einschränkung der Gedächtnisleistung zu vermerken. Diese treten aufgrund von kognitiven Störungen im Sinne des Korsakow-Syndroms auf. Der Mensch wird sich seiner Situation bewusst, was häufig zu depressiven Verstimmungen führt. Es entwickeln sich Eigeninitiative und deutlichere Sprache – Wünsche werden formuliert.

**Remissionsstadium 7:**

Das Kernsymptom in Stadium 7 ist das amnestisch ratlose Verhalten des Apallikers. Dazu kommen die Paresen, Koordinations-, Sprach- und Sprechstörungen. Die Situation dieser Phase fordert Angehörige und Pflegende am meisten, da der Patient oft motorisch überaktiv ist.

**Remissionsstadium 8:**

Das organische Psychosyndrom prägt diese Phase. Dabei stehen bleibende Störungen der höheren Hirnleistung wie Merkfähigkeit, Konzentrationsfähigkeit und Verhaltensauffälligkeiten im Vordergrund. Auch hier zeigen sich oft Kontrakturen, Polyneuropathien oder Druckläsionen peripherer Nerven.

Der Remissionsverlauf muss nicht immer vollständig durchlaufen werden. Es besteht ebenso die Möglichkeit, dass die Remission zum Stillstand kommt. Dies passiert meist in den ersten vier Stadien.

Diese Patienten sind es, die vorwiegend in spezialisierten Einrichtungen betreut werden, da es hier von Bedeutung ist auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten in der entsprechenden Phase einzugehen.

Menschen im sechsten, siebten oder achten Stadium können meist zu Hause oder in Tageskliniken betreut werden (vgl. Steinbach, Donis 2004, S 21/22).

## 3 Kommunikation

### 3.1 Definition

„Als Kommunikation wird der Prozess der Informations-übertragung mittels sprachlicher (verbaler) und/oder nichtsprachlicher (nonverbaler) Ausdrucksmittel bezeichnet.“ (Lauer et al., 2001, S 276)

In der Abbildung 1 wird der Aufbau einer Kommunikation nach Schulz von Thun beschrieben. Er geht davon aus, dass jede Nachricht 4 Aspekte beinhaltet, also den Sachinhalt, den Appell, die Beziehung und die Selbstoffenbarung. Ausgesprochen wird jedoch nur der Sachinhalt, die anderen Aspekte werden vom Sender codiert und müssen vom Empfänger decodiert werden, um die tatsächliche Aussage vollständig und ohne Missverständnisse zu verstehen.

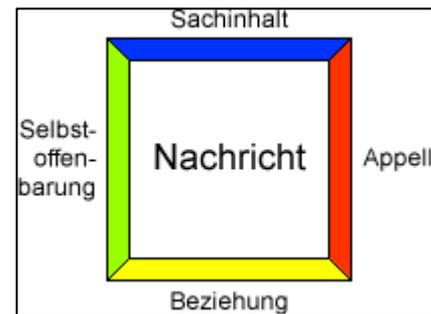


Abbildung 1 Quadrat der Kommunikation  
(www.claus-gieseke.de)

Kommunikation findet keineswegs nur zwischen Menschen statt, ebenso kommunizieren Tiere auf ihre eigene Art und auch zwischen Mensch und Maschine bedarf es einer gewissen Form von Kommunikation. In der Pflege steht aber natürlich die zwischenmenschliche Kommunikation im Mittelpunkt, die auch als interpersonale Kommunikation bezeichnet wird.

Unter Kommunikation wird die Verständigung mit Hilfe von Sprache und Zeichen verstanden. Damit werden die Informationen ausgetauscht. Dies ist vor allem im Pflegeberuf Grundvoraussetzung, um eine professionelle Beziehung zwischen Patient und Pflegeperson aufzubauen.

Kommunikation ist ein Vorgang der von jedem Menschen rund um die Uhr ausgeführt wird. So beschreibt es auch Paul Wazlawik durch den Ausspruch „man kann nicht nicht kommunizieren“. (vgl. Lauber et al., 2001, S 276)

## **3.2 Arten der Kommunikation**

Grundsätzlich werden 2 Arten von Kommunikation unterschieden. Es gibt einerseits die verbale (sprachliche) und die nonverbale (nichtsprachliche) Kommunikation.

### **3.2.1 Verbale Kommunikation**

Diese Form der Verständigung wird auch als digitale Kommunikation bezeichnet. Zur verbalen Kommunikation werden die Sprache, alles Geschriebene und auch vertonte Worte gezählt. Die Sprache und die Stimme eines Menschen stehen hier im Mittelpunkt. Zum Erlernen der Sprache benötigen Menschen ein sprachliches Umfeld, welches auch den Wortschatz der Menschen prägt. Dieser unterscheidet sich in aktiven und passiven Wortschatz, wobei beim aktiven Wortschatz Wörter in Sprache und Schrift verwendet werden. Unter passiven Wortschatz fallen lediglich die verstandenen Wörter.

Jetzt können sich schon durch „Kleinigkeiten“ wie Dialekte, Fachsprache und Sprachcode Schwierigkeiten in der Kommunikation entwickeln, oder unter Umständen eine Kommunikation gar unmöglich machen (vgl. Lauber et al., 2001, S 279).

Lenkt man nun seine Gedanken auf Patienten mit apallischem Syndrom, wird bewusst, wie enorm schwierig jede beliebige Form der Kommunikation zu gestalten ist. Da hier meist keine verbale Kommunikation vorhanden ist, und wenn doch, dann meist ohne sinnvolle Aussagen, fällt schon das wichtigste Kommunikationsmittel, also die Sprache weg. Nun gibt es, wie eben erwähnt, schon hier

Missverständnisse in der Verständigung, wie wird es erst bei der nonverbalen Kommunikation sein, wenn Bedürfnisse nicht sprachlich geäußert werden können?

### **3.2.2 Nonverbale Kommunikation**

Zur nonverbalen Kommunikation zählen Körperhaltung, Mimik und Gestik, also findet diese Form der Verständigung lediglich auf der körpersprachlichen Ebene statt.

Im weiteren Sinn bezeichnet der Begriff nonverbale Kommunikation jedes nichtsprachliche Verhalten, das über das Verhalten Auskunft über innere Zustände eines Lebewesens gibt. So liegt nonverbale Kommunikation vor, sobald eine Person aus dem Verhalten des Anderen oder auch aus Wahrnehmbarem Resultate des Anderen zieht, ohne dabei zu sprechen. Beispiele hierfür sind das Erröten als Zeichen von Verlegenheit oder schlechtem Gewissen, oder auch die Schweißbildung, welche als Signal der Angst oder Beanspruchung gedeutet werden kann. (vgl. Mahler 2001, Seite 38)

Zudem kann der Körperhaltung eines Menschen vieles an Information entnommen werden. Sie gilt auch als „Spiegel der Seele“, da von der äußeren Haltung auf die Innere geschlossen werden kann. So weist beispielsweise eine gebückte Haltung mit eingezogenem Kopf auf ein mangelndes Selbstbewusstsein hin, wobei man bei einer gestreckten Körperhaltung mit gehobenem Kopf auf einen Menschen mit hohem Selbstwertgefühl schließen würde. (vgl. Lauber et al. 2001, S 280)

Diese Art der Kommunikation ist jene, die in meiner Arbeit von Bedeutung ist. Menschen im Wachkoma können vieles Ausdrücken, wenn sie jemanden finden, der die Signale zu deuten weiß. Die Körperhaltung ist der zentrale Punkt in der Kommunikation mit Apallikern. Dazu aber später noch mehr.

## 4 Wahrnehmung

„Der erlebende Mensch ist nicht nur eine Ansammlung von Hirnaktivitäten, sondern ein verkörperter Geist in aktiver Auseinandersetzung mit einer Umgebung, eine Ökologie von Ereignissen und Ideen, die wir als Bewusstsein bezeichnen.“ (Aldridge)

### 4.1 Definition

Die Wahrnehmung ist ein Prozess, bei dem Reize von außen, die durch die Sinnesorgane (Sehsinn, Geschmackssinn, Hörsinn, Tastsinn, Geruchssinn) aufgenommen werden, verarbeitet werden. Diese Reize werden als elektrische Impulse an das Gehirn weitergeleitet und dort als Wahrnehmung registriert. Sie entstehen also nicht in den Sinnesorganen, sondern im Gehirn. (vgl. Menche, 2007, S.173)

Die menschliche Wahrnehmung beginnt nicht erst ab unserer Geburt, sondern schon in der Embryonalzeit. Hier entwickeln sich die Fähigkeiten mit dem ganzen Körper wahrzunehmen, sich zu bewegen, die Haut zum Spüren einzusetzen und mit den Händen, den Füßen und vor allem mit dem Mund primäre Erfahrungen zu sammeln. Durch den Kontakt spüren Ungeborene ihren eigenen Körper und wissen so, wie groß und wie breit sie sind, durch diese somatischen Erfahrungen fühlen sie sich geborgen und sicher. Bewegungs- und Lageveränderungen der Mutter bewirken vestibuläre Anregung, Erleben von Schwerkraft und eigener Bewegung. In der fortschreitenden Entwicklung entwickeln sich die weiteren Wahrnehmungsfähigkeiten: das Fühlen, das Schmecken, das Sehen sowie das Hören.

Aus diesem Grund unterscheiden wir sieben Wahrnehmungsbereiche. (vgl. Bienstein/ Fröhlich, Seite 40/41)

## 4.2 Wahrnehmungsbereiche

### 4.2.1 Somatische Wahrnehmung

Mit somatischer Wahrnehmung wird die Aufnahme von Reizen über die Haut mit ihren Nervenfasern verstanden. Mit ihnen ist es uns möglich, Druck- und Temperaturveränderungen, Schmerz, sowie unsere Bewegung und die Stellung der Gelenke wahrzunehmen.

Die Haut ist das größte Wahrnehmungsorgan und kann unterschiedlichste Reize aufnehmen. Sie bildet die Grenze und Kontaktstelle zur Außenwelt und lässt uns wissen, wo unser Körper beginnt und aufhört. Dadurch vermittelt uns die Haut Orientierung und Identität. Man kann diesen



Abbildung 2 *Qualität der Berührung*  
(<http://www.seminare-margarita.de>)

Wahrnehmungsbereich bei Waschungen oder Einreibungen nutzen, aber die einfachste Art, die somatische Wahrnehmung erfahrbar zu machen, ist die Berührung. Sie ist eine der größten menschlichen Begegnungen und das wertvollste Instrument in der Pflege. (vgl. Bienstein/Fröhlich, 2007, S.48)

„Berühren wir einen Menschen, so erreichen wir nicht nur die Oberfläche, sondern greifen „in ihn hinein“ (Bienstein/ Fröhlich, 2007, S.48).

Auf Grund der Beeinträchtigungen der Menschen ist es manchmal sinnvoller, die Berührungen intensiver durchzuführen und zusätzliche Materialien wie Waschlappen, Felle oder raue Tücher anzuwenden. Durch somatische Angebote für Wachkomapatienten, wie beispielsweise das Eincremen mit einer Lotion oder das Abtrocknen, soll der eigene Körper wieder spürbar gemacht werden und schlussendlich das Körperbewusstsein wieder hergestellt werden. (vgl. Bienstein/ Fröhlich, 2007, S.98)

Bei Wachkomapatienten gibt es den sog. „Sensi-Bär“ um die somatische Wahrnehmung zu fördern und den Patienten ihre Körpergrenzen erfahrbar zu machen. Der Sensi-Bär ist einem Lagerungshilfsmittel ähnlich, hat aber die Form eines Bären. Dabei wird der Kopf des „Bären“ unter den Kopf des Patienten gelegt. Die Extremitäten des Patienten werden mit den Armen und Beinen des Hilfsmittels unter leichtem Zug umwickelt.



Abbildung 3 Sensi-Bär  
(<http://www.sentitas.de>)

#### 4.2.2 Vestibuläre Wahrnehmung

Die vestibuläre Wahrnehmung dient in erster Linie der willkürlichen Steuerung unseres Gleichgewichts. Sie informiert uns über die Lage im Raum, über Beschleunigung, Drehung und macht Bewegung spürbar. Wenn Patienten lange in einer Position verbleiben, wird die Wahrnehmung immer undifferenzierter und es wird für den Betroffenen schwierig, seine Lage im Raum zu bestimmen. Daher helfen bereits leichte vestibuläre Anregungen, wie ein sanftes Schaukeln oder leichte



Abbildung 4 Kornährenfeldübung  
(<http://ggz.esystems.at>)

Kopfbewegungen, dass die Haltung des Patienten stabilisiert wird und sich der Muskeltonus normalisiert. Eine weitere alltägliche Variante um die vestibuläre Wahrnehmung zu fördern, ist die Veränderung der Position im Bett von Rückenlage in die seitliche Lage (vgl. Bienstein/ Fröhlich, S.60/61).

Ein Beispiel für den Einsatz der vestibulären Wahrnehmung bei Wachkomapatienten ist die Kornährenfeld – Übung. Dieses Angebot wird vor allem vor der Mobilisation der Patienten durchgeführt, um ihnen ihre

Position in der sie sich befinden, bewusst zu machen. Zusätzlich wird auch die visuelle Wahrnehmung gefördert.

Bei der Übung begibt sich die Pflegeperson hinter den Patienten, der bereits Querbett in Sitzposition gebracht wurde. Nun wird der Rücken des Patienten an die Brust der Pflegeperson angelehnt, eine Hand stützt den Kopf des Apallikers, die andere Hand liegt auf seiner Brust. Nun werden sehr langsam kleine kreisende Bewegungen mit dem gesamten Körper durchgeführt. Dann wird die Richtung gewechselt bis die Bewegungen zwei Mal pro Seite durchgeführt wurden. Danach wird der Patient mobilisiert. (vgl. Nydahl/ Bartoszek, 2003, S.46)

#### **4.2.3 Vibratorische Wahrnehmung**

Die Wahrnehmung von Vibrationen entwickelt sich schon in der pränatalen Phase. Das Vibrationsempfinden wird durch Schwingungen hervorgerufen, die wir als Erschütterungen der Haut wahrnehmen und wird über die Röhrenknochen weitergeleitet. Vibrationserfahrungen werden normalerweise beim Stehen, beim Gehen gemacht und gespeichert. Der gesunde Mensch hüpfte, rennt und springt und erfährt auf diese Art immer wieder den Widerstand des Bodens gegen den Körper, über Schwingung, über veränderte Belastung. Schwerste Beeinträchtigungen machen solche Erfahrungen in der Regel unmöglich, wie auch der Zustand des Wachkomas. Sinn der vibratorischen Anregung ist es, dem Patienten Informationen über die Körpertiefe des eigenen Körpers zu vermitteln und Aufmerksamkeit zu erlangen. (vgl. Bienstein/ Fröhlich, S.58)

Derzeit gibt es schon einige geeignete Hilfsmittel, um die vibratorische Wahrnehmung zu fördern. Auf der ACU wurden zum Beispiel „vibrierende Schläuche“ verwendet, um den Patienten ihren Körper bewusst zu machen. Auch mit Hilfe eines elektrischen Rasierapparates kann dem

Patienten ein bekanntes vibratorisches Gefühl vermittelt werden, falls er auch früher einen solchen verwendete.

#### **4.2.4 Orale/ Olfaktorische Wahrnehmung**

Hier ist die Wahrnehmung über den Mund und die Nase gemeint. Über die Geschmackssensoren auf der Zunge werden, in Kombination mit den Riechzellen der Nasenschleimhaut, verschiedene Geschmacksqualitäten (wie Geruch, Geschmack, Konsistenz oder Temperatur der Nahrung) erfasst. Mit der oralen/olfaktorischen Wahrnehmung stellen wir Menschen fest, was uns schmeckt oder nicht. Der Mund kann daher Lebensmittel als anregend, stimulierend oder unangenehm erleben und sich öffnen oder verschließen. Mit Hilfe der oralen Stimulation soll erreicht werden, dass der Patient sich für das Geschehen interessiert und wach auf die Anregung reagiert. Orale Stimulation kann sein: Mundpflege mit einem beliebigen Geschmack, Nahrungsaufnahme oder das Riechen an vertrauten Dingen oder Gerüchen.

(vgl. Nydahl/ Bartoszek, Seite 11/12)

Dieses Angebot wenden sowohl Schwestern, beispielsweise bei Geschmacksstimulationen mit kaffeegetränkten Polygon-Sweps, vor allem aber Ergotherapeuten an. Auf der Wachkomastation in Graz (ACU) konnte ich bei einer Ergotherapie zusehen. Die Therapeutin brachte Obst mit, schnitt dieses auf und lies die Patienten daran riechen. Es war zu sehen, dass sich die Speichelproduktion der Patienten deutlich vermehrte.

Daher weiß man, dass die orale/ olfaktorische Wahrnehmung bei Wachkomapatienten zweifellos vorhanden ist.

#### **4.2.5 Auditive Wahrnehmung**

Die auditive Wahrnehmung wird auch als akustische Wahrnehmung oder Gehörsinn bezeichnet. Sie dient der Wahrnehmung von [Schallwellen](#), insbesondere von [Geräuschen](#), [Tönen](#) und [Klängen](#). Das zuständige

Sinnesorgan ist in erster Linie das [Ohr](#). Gesundheitlich beeinträchtigten Menschen soll mit der auditiven Anregung die Möglichkeit gegeben werden, gewohnte Geräusche, wie etwa Lieblingsmusik oder bekannte Stimmen zu hören, um sich damit in der Umgebung wohl und sicher zu fühlen.

(vgl. Nydahl/ Bartoszek, Seite 13)

Auch bei Wachkomapatienten zählt das Abspielen der persönlichen Musik zur Therapie. Dieses soll die Aufmerksamkeit fördern, als auch zur Beruhigung und Anregung der geistigen Aktivität dienen. Zusätzlich gibt es Musiktherapeuten im interdisziplinären Bereich, die mit Instrumenten zu den Patienten kommen. Dieses Angebot hat dasselbe Ziel, wie die zuvor genannten vertrauten Geräusche. Zu beachten ist die Umgebung während der Therapie. Der Patient sollte keine fremden Geräusche wahrnehmen müssen, damit die Therapie die erwünschte Wirkung erzielen kann.

#### 4.2.6 Visuelle Wahrnehmung

Unter visueller Wahrnehmung wird auch der Sehsinn verstanden, also die



Abbildung 5 Snoezelenraum der ACU in Graz  
(<http://ggz.esystems.at>)

Aufnahme von Reizen über die Augen. Dazu gehören zum Beispiel das Erkennen von Farben, Kontrasten, Bewegungen, Konturen und dreidimensionalen Bildern. (Menche, 2007, S.548)

In der Einleitung erwähnte ich bereits den Snoezelenraum. An

diesem Punkt möchte ich diesen nun genauer beschreiben, da dieser unter anderem die visuelle Wahrnehmung fördert. Das Wort „Snoezelen“

kommt aus dem Niederländischen und ist eine Kombination der Worte „snuffelen“ = schnüffeln und „doezelen“ = dösen. In ruhiger und entspannter Atmosphäre werden alle Arten der Wahrnehmung stimuliert, indem verschiedene Reizquellen eingesetzt werden. Das bietet den Patienten eine neue Möglichkeit den eigenen Körper zu spüren und beruhigt sie. Allerdings genießen nicht alle Patienten den Aufenthalt im Snoezelenraum. Bei manchen Patienten kann diese Atmosphäre durchaus Unwohlsein hervorrufen, während man bei anderen vollkommene Entspannung beobachten kann. (vgl. [http://www.haus-frohsinn.at/inhalt\\_snoezelen.htm](http://www.haus-frohsinn.at/inhalt_snoezelen.htm))

Gearbeitet wird im Snoezelenraum der ACU mit Klangmobiles, meditativer Musik, Duftlampen, Tastobjekten, einem Bällchenbecken und Vibrationen, die in einem Wasserbett durch den Bass der Musik ausgelöst werden.

#### **4.2.7 Taktile – Haptische Wahrnehmung**

Der Tastsinn (=taktile – haptische Wahrnehmung) befähigt die Menschen zärtliche und schmerzhaft Berührungen zu empfinden, die sie über Millionen Tastrezeptoren am ganzen Körper wahrnehmen.

Der Greif- und Tastsinn gehört eigentlich in den somatischen Bereich, denn auch hier kann man Druck, Schmerz, Temperatur und die Stellung der Gelenke wahrnehmen. Taktile- haptische Angebote kommen in der Pflege in fast allen Lebensaktivitäten zu tragen, z.B. mit Kleidung oder durch das Angreifen verschiedenster Materialien. Ziel ist es, dem Patienten Spürinformationen mit seinem Körper und über seine Umwelt erfahrbar zu machen.

(vgl. Nydahl/ Bartoszek, Seite 145).

Bei Wachkomapatienten fördert man diese Art von Wahrnehmung vor allem mit Hilfe der Basalen Stimulation.

## **5 Bedeutung der Basalen Stimulation® bei Wachkomapatienten**

„Basale Stimulation® ist ein pädagogisch- pflegerisches Konzept zur Förderung der Körperwahrnehmung, Pflege und Begleitung. Es beruht auf der Annahme, dass jeder Mensch wahrnimmt, erlebt und sich entwickelt.“ (Menche, 2007, S.552)

Christel Bienstein, Diplompädagogin und Krankenschwester, begann in den 80er Jahren mit Professor Fröhlich Kontakte zu knüpfen und dieses Konzept auf wahrnehmungsgestörte Erwachsene zu übertragen.

Pflegende haben die Aufgabe eine Vertrauensbasis zu den Patienten aufzubauen und dadurch ihre Potentiale zu fördern. Dies geschieht durch einfache und bekannte Angebote, die die Pflegenden an die Patienten bringen um ihre Aktivität anzuregen. (vgl. Menche, 2007, S.552)

### **5.1 Basale Stimulation® als Kommunikationsform in der Pflege**

Die Basale Stimulation® stellt eine Kommunikationsform dar, die von Pflegepersonen gemeinsam mit Patienten gestaltet wird. Die Schwierigkeit bei der Kommunikation mit Wachkomapatienten besteht, wie schon erwähnt, zweifellos in der fehlenden verbalen Kommunikation. Hier ist es für die Pflegeperson von Bedeutung Signale der Patienten zu erkennen und zu deuten. Wichtig ist es hier vor allem den Patienten zu vermitteln, dass sie wahrgenommen werden. Indem man beispielsweise auf eine hektische oder auch intensive Atmung mit einer deutlichen Berührung, oder Worten reagiert, kann dem Patienten dieses Gefühl vermittelt werden. Sollte ein Patient bei der Morgenpflege beispielsweise zu husten beginnen, ist abzuwarten, bis der Patient nicht mehr hustet. Erst dann darf mit der Arbeit fortgefahren werden. Dadurch erlebt er Wirksamkeit und Selbstständigkeit in der Beziehung und zusätzlich wird das Vertrauen zwischen Patient und Pflegeperson gefördert (vgl. Menche, 2007, S.552).

## 5.2 Die Initialberührung

Wachkomapatienten sind in ihrer Wahrnehmung sehr stark eingeschränkt. Sie nehmen in erster Linie über ihren Gehörsinn wahr. Plötzliches und überraschendes Anfassen ohne vorherige Ankündigung, oder auch ein gesprochener Satz, bei dem der Patient nicht weiß, ob er ihm gilt, könnten den Patienten überfordern und Stress auslösen. Deshalb ist die Initialberührung bei Wachkomapatienten von größter Bedeutung. Allerdings müssen auch die Patienten wissen, wie sich die Berührung anfühlt und was sie bedeutet. Deshalb muss beachtet werden, dass die Ankündigung immer an derselben Körperstelle erfolgt, zum Beispiel an der rechten Schulter. Dieser Bereich ist insofern zu bevorzugen, da die Berührung an dieser Stelle weder zu intim, noch zu distanziert ist. Auch über die bevorstehende Berührung wird der Patient zuvor informiert. Erst nach der Initialberührung wird mit der Pfl egetätigkeit begonnen, denn nun weiß der Patient, dass die Pflegeperson für ihn da ist und kann sich entspannen.

Ist die Arbeit an einem Patienten abgeschlossen, führt man wieder eine Initialberührung durch, um das Beenden der Tätigkeit zu signalisieren.

Nicht nur Pflegepersonen kündigen sich mithilfe der Berührung an, sondern auch von Angehörigen und anderen Berufsgruppen im interdisziplinären Bereich sollte diese berücksichtigt werden. Um sicherzustellen, dass die Initialberührung immer an derselben Stelle durchgeführt wird, hängt meist am Kopfende des Krankenbettes ein Hinweis darauf (Steinbach, Donis, 2004, S.73).

## 5.3 Qualität der Berührung

Der Patient sollte nur von einer Person berührt, nicht von mehreren, da mehrere Hände am Körper des Betroffenen für Verwirrung bei ihm sorgen würden. Weiters sollten der Beginn und das Ende der Handlung dem Patienten unbedingt mitgeteilt werden. Die Berührung sollte konstant

gestaltet sein und wenn ein Rhythmus gefunden wurde, soll er auch beibehalten werden. Durch die wahrnehmende Berührung kann Sicherheit entwickelt werden (vgl. Steinbach, Donis, 2004, Seite 74).

#### **5.4 Ziele der Basalen Stimulation ®**

Das Ziel der Basalen Stimulation ist die Erhaltung und Förderung der Wahrnehmung, das Wecken von Neugier und Interesse und die Förderung der Aufmerksamkeit, Wachheit und Orientierung. Durch die Beantwortung einer Reaktion des Patienten wird Kontakt aufgebaut und ein Dialog beginnt. (vgl. Steinbach, Donis 2004, Seite 82)

„Menschen im Wachkoma benötigen eine elementare Kommunikationsform, die sie wahrnehmen und auf gleicher Ebene beantworten können. Das Konzept der Basalen Stimulation geht davon aus, dass auch schwerst wahrnehmungsbeeinträchtigte Menschen etwas wahrnehmen können, selbst wenn Außenstehende keine sichtbaren Reaktionen erkennen können.“ (Steinbach, Donis 2004, Seite 82)

## **6 Persönliche Erfahrungen auf der Apallic Care Unit**

Wie ich bereits in der Einleitung erwähnte war es mir im Oktober 2008 möglich ein Praktikum auf der Apallic Care Unit (ACU) in der Albert-Schweitzer-Klinik in Graz zu absolvieren. Ich denke, dass ich erst durch diese praktische Erfahrung wirklich verstand, worum es sich bei „Wachkoma“ eigentlich handelt und, dass es möglich ist, zu diesen Patienten Kontakt aufzubauen.

Als ich am ersten Tag meines Praktikums das erste Patientenzimmer betrat und den Patienten darin liegen sah, war ich natürlich betroffen. Es ist eben doch ein ganz anderes Gefühl, wenn man mit einem freundlichen „Guten Morgen“ in das Zimmer kommt und niemand antwortet. Es ist jedoch absolut nicht wahr, dass niemand antwortet, es spricht nur keiner.

Menschen wie wir, welche in der Kommunikation nicht eingeschränkt sind, denken nur nicht, dass es auch eine andere Form von Kommunikation und Reaktion auf ein „Guten Morgen“ geben kann. Zu diesem Zeitpunkt wurde mir bewusst: **Kommunikation ist auch mit Wachkomapatienten möglich!!! Wichtig ich dabei nur die Signale richtig zu deuten.**

Ich bin nun den zweiten Tag auf der ACU, gehe ins Zimmer, begrüße die Patienten darin und konzentriere mich darauf, was ich hören und beobachten kann. Ausschlaggebend sind dabei die Atmung, die Körperhaltung, die Bewegungen und gegebenenfalls auch der Blick der Patienten! Die Atmung verändert sich, wird leiser, oder intensiver, die Augen beginnen sich hin und her zu bewegen, die Anspannung der Muskeln erhöht sich u.s.w. Das ist die Bestätigung, dass ich von den Patienten wahrgenommen wurde. Ich durfte auf Station jeden Tag die 2 gleichen Patienten pflegen, auf diese beiden konnte ich mich einstellen und auf diesen beiden Personen wird mein Erfahrungsbericht basieren.

### **6.1 Fallbeispiel 1**

Die Dame, um die ich mich kümmerte, erlitt nach einem Herzstillstand mit Reanimation einen hypoxischen Schock und fiel ins Wachkoma. Zusätzlich zur Tetraplegie waren auch ihre Augenlider gelähmt. Folglich konnte sie weder mit Blicken, noch mit der Körpersprache kommunizieren. Natürlich auch nicht verbal, wie man inzwischen weiß. Bei ihr basierte die Kommunikation ausschließlich auf der Atmung. Das ist vielleicht schwer vorzustellen, aber man lernt die Intensität der Atmung zu deuten, wenn man täglich mit dieser Patientin darüber kommuniziert.

Beispiel: Ich komme zur Morgenpflege in das Zimmer, sage der Patientin Bescheid wer da ist, und informiere sie, dass ich nun mit der Morgenpflege beginne. Ich bemerke, dass die Atmung, während ich mit ihr spreche, ruhiger wird. Höre ich auf zu sprechen, wird sie umgehend

wieder intensiver. Dadurch kann ich darauf schließen, dass die Patientin wahrgenommen hat, dass ich mich mit ihr beschäftigte.

Bei dieser Patientin war es sehr auffällig, dass sie die Gesichtspflege sehr genoss, was bei Apallikern eher als unangenehm empfunden wird. Als ich mit der sogenannten „Facio-oralen Gesichtspflege“ begann, konnte man eine tiefe und entspannte Atmung der Patientin feststellen. Genauso reagierte sie, wenn man ihr bei der Haarpflege den Kopf einige Zeit massierte.

Anders war es beim Bewegen der Patientin auf den Duschlifter. Hier wurde die Atmung eher hektischer und man konnte darauf schließen, dass die Patientin um ihre Sicherheit besorgt war.

Anhand dieses Beispiels kann man sehr gut die Bedeutung der Atmung bei Patienten im Wachkoma erkennen.

## **6.2 Fallbeispiel 2**

Mein zweiter Patient, ein Herr, der ebenfalls nach Reanimation bei Herzstillstand ins Wachkoma fiel, kommunizierte eher mit der Körpersprache. Seine Körperhaltung war spastisch, also mit angezogenen Beinen und abgewinkelten Armen. Auch dieser Patient reagierte auf seine eigene Weise auf mein Eintreten in das Zimmer.

Beispiel: Wenn ich mit ihm zu sprechen begann, bewegte er seinen Körper nicht. Erst als ich aufhörte zu sprechen, begann er Arme und Beine wieder zu bewegen. Hier hatte ich wiederum mein Signal, dass ich wahrgenommen wurde.

Am deutlichsten war seine Reaktion auf die Gesichtspflege. Sobald man mit dieser begann, fing der Patient am ganzen Körper an zu krampfen. Natürlich versucht man nun die Gesichtspflege möglichst schnell, aber trotzdem sorgfältig, zu Ende zu bringen, da es dem Patienten ganz offensichtlich unangenehm ist.

Anders waren seine Reaktionen dafür beim diamitralen Ausstreichen der oberen und unteren Extremität. Dabei streicht man mit beiden Händen in entgegengesetzte Richtung über Arme und Beine um Spastiken zu lösen und Kontrakturen vorzubeugen.

Hier wurde die Muskelentspannung des Patienten in den Extremitäten spürbar. Nur mit dieser Methode war es möglich die Arme und Beine beinahe vollständig zu strecken. In dieser Situation habe ich ihm also durch meine Berührung und das Ausstreichen mitgeteilt, was ich von ihm erwarte. Nämlich, dass er seine Muskeln entspannt. Durch die Reaktion des Patienten auf meine Aufforderung konnte ich darauf schließen, dass es für ihn in Ordnung war und er bereit ist, mitzuarbeiten.

In diesem Fall wird die Kommunikation durch die Körpersprache deutlich dargestellt.

### **6.3 Weitere Kommunikationsmöglichkeiten**

Natürlich beschäftigte ich mich auf der ACU nicht nur mit den Patienten, die ich morgens pflegte, sondern auch mit allen anderen. Dadurch hatte ich auch die Möglichkeit verschiedene Kommunikationstechniken zu beobachten. Dabei sah ich zum Beispiel, wie mit Patienten mit Hilfe des Augencodes kommuniziert wurde. Die Patienten können damit natürlich nur mit „ja“ und „nein“ antworten, doch das ist bereits ein unverzichtbarer Faktor in der Kommunikation. Mit diesem Code kann zum Beispiel festgestellt werden, ob der Patient Schmerzen hat, ob er sich unwohl fühlt und anderes. Man kann den Patienten dadurch die Möglichkeit geben Entscheidungen über ihr Umfeld selbst zu treffen. Sind das für uns auch banale Dinge, bedeutet es für einen Apalliker schon ein Stück Autonomie, wenn er selbst entscheiden kann, ob das Fenster in seinem Zimmer nun geöffnet wird, oder nicht!

Solche Verständigungsmöglichkeiten können auf einige verschiedene Arten entwickelt werden. Einer der Patienten konnte zum Beispiel auf Aufforderung die Zehen bewegen. Hier hat man bereits einen wichtigen Ansatz für die Kommunikation gefunden. So heißt beispielsweise das Abwinkeln des Zehens „Ja“ und ein Belassen des Zehens in seiner Position „nein“. An diesem Beispiel sieht man, dass Patienten im Wachkoma ihre Umwelt wahrnehmen können. Weiters zeigt dieses Beispiel, dass mit einem kleinen Anhaltspunkt, wie hier mit dem bewegen der Zehe, der Grundstein für eine Kommunikation gelegt werden kann.

*„Es geht darum, jedem Menschen mit einem Wachkoma eine Chance zu geben, und sei sie noch so gering, und es geht darum, Lebensqualität für diese Menschen sicherzustellen und vermutetes Leiden so weit wie möglich zu vermindern.“ (Steinbach, Donis, 2004, S.8)*

Und genau die Lebensqualität ist der zentrale Punkt im Hinblick auf die Kommunikation. Mit Autonomie kann die Lebensqualität jedes Menschen gefördert werden, so auch speziell bei Apallikern. Auch das angesprochene Leiden in dem Zitat muss nicht vermutet werden, sondern kann dank dieser Kommunikationstechniken von den Patienten geäußert werden.

## **7 „Jetzt, jetzt über mich!“ von Hannelore Wolfsbauer**

Nun möchte ich von einer besonderen Frau berichten, welche in der Lage ist trotz apallischem Syndrom unmissverständlich zu kommunizieren. Frau Hannelore „Hanni“ Wolfsbauer ist 48 Jahre alt



Abbildung 6 Frau Wolfsbauer und ich

und liegt seit 16 Jahren im Wachkoma. Sie ist dem Augen-Code mächtig und kann ebenfalls Nicken und Kopfschütteln.

Sie arbeitet nun gemeinsam mit Herrn Peter Hosak, einem Psychotherapeuten, der im Geriatriezentrum Graz tätig ist, an einem Projekt: Frau Wolfsbauer möchte ein Buch schreiben. Titel: „Jetzt, jetzt über mich!“.

### **7.1.1 Auszug aus dem Buch**

„Wie erlebe ich mich? Ich weiß nicht wer, wie, wo, wann, was ich bin. Ich weiß nichts. Ich bin auf der Suche nach mir! Ich habe mich noch nicht gefunden, weiß nicht, ob es eine Erinnerung ist oder ob ich es erlebe – ich erlebe es als schrecklich. Vieles ist schwer auszuhalten.“

Ich möchte diesen Satz nun nicht interpretieren, sondern jedem selbst die Möglichkeit geben darüber nachzudenken.

### **7.1.2 Die Methode**

Herr Hosak und Frau Wolfsbauer entwickelten ein alternatives Alphabet, welches aber nicht in der Reihenfolge des deutschen Sprachgebrauchs verläuft. Die Grundlage des Alphabets, das die beiden für die verbale Kommunikation verwenden, bildet die Häufigkeit der Buchstaben in der deutschen Sprache. So lautet das Alphabet folglich: e-n-i-s-r-a-t-d-h-u-l-c-g-m-o-b-w-f-k-z-p-v-ß-j-y-x-q.

Herr Hosak buchstabiert nun dieses Alphabet und wartet auf den Augencode von Frau Wolfsbauer. Diese schließt die Augen bei dem gewünschten Buchstaben. So entstehen Worte, Sätze und später ihr Buch. Wichtig hierbei ist, dass die Buchstabiergeschwindigkeit an Frau Wolfsbauers Tempo angepasst wird.

Man muss sich nun darüber im Klaren sein, dass Frau Wolfsbauer bei diesem Projekt geistige Höchstleistungen vollbringt. Sie sieht zuerst den zu schreibenden Satz vor ihrem geistigen Auge und beginnt dann die

einzelnen Wörter zu buchstabieren. Sie muss sich nun merken, was sie bisher schon buchstabiert hat, wo im Wort sie sich gerade befindet und was noch geschrieben werden muss. Da dieses Projekt auch zu ihrer Therapie zählt, lässt Herr Hosak sie jedes Wort zu Ende buchstabieren, auch wenn er seine Bedeutung längst kennt.

Zusätzlich gibt es noch eine andere Methode, um mit Augen-Code und Alphabet zu kommunizieren. Dabei hält der Patient die Augen geschlossen und öffnet sie nur beim richtigen Buchstaben. Das ist für den Patienten angenehmer, da die Augen oft zu tränen beginnen, wenn man auf einen Buchstaben im hinteren Teil des Alphabets warten muss. Außerdem könnten durch etwaiges Zwischenblinzeln Missverständnisse ausgelöst werden. Frau Wolfsbauer arbeitet mit der ersten Methode.

### **7.1.3 Der E-Mail Kontakt mit einer Freundin**

Frau Wolfsbauer schreibt inzwischen nicht nur an ihrem Buch, sondern steht auch in regelmäßigem E-Mail Kontakt mit Anama. Anama kommt aus Deutschland und leidet am Locked-In-Syndrom (siehe 2.4. Differentialdiagnosen, Seite 8).

Ich hatte die Möglichkeit dabei zu sein, als sie ihr gerade ein E-Mail beantwortete. Alle Worte in diesem Mail stammen unverfälscht von Frau Wolfsbauer und wurden mit dem eigenen Alphabet erstellt. Ich hätte mir vorgestellt, dass es nur sehr langsam zustande kommt. Doch Herr Hosak buchstabierte recht zügig und es war deutlich zu merken, dass auch Frau Wolfsbauer genau wusste in welcher Reihe die Buchstaben folgten. Sofort, wenn der Buchstabe genannt wurde schloss sie die Augen.

Anama arbeitet mit einem anderen System. Ihr steht eine sogenannte „Kopfmaus“ zur Verfügung. Diese besteht aus einem kabellosen optischen Sensor. Dieses System wurde für Menschen entwickelt, die ihre Hände zur Bedienung des Computers nicht benutzen können. Die horizontalen und

vertikalen Kopfbewegungen werden verfolgt und direkt in Bewegungen des Mauszeigers auf dem Computerbildschirm umgesetzt. Dabei wird ein kleiner Zielpunkt anvisiert, der auf der Stirn des Benutzers befestigt ist. Die Kopfmaus (kleine Kamera) wird auf dem Monitor platziert; als Zielpunkt für den Sensor dient ein kleiner selbstklebender Punkt, der auf der Stirn oder an der Brille angebracht wird. Wird die Kopfmaus mit einer Bildschirmtastatur kombiniert, kann sie alle Funktionen einer konventionellen Tastatur übernehmen. Bildschirmtastaturen bilden die Tasten auf dem Computerbildschirm ab. Die gewünschte Taste wird ausgewählt, indem der Mauszeiger über der Taste platziert wird. Der Tastendruck wird ausgelöst, wenn der Mauszeiger eine einstellbare Zeitspanne lang über der Taste verweilt.

Auch im Geriatriezentrum Graz wird ein neues Hilfsmittel für die Kommunikation besorgt. Es handelt sich hierbei um einen speziellen PC, genannt „MyTobii – Augensteuerung“.

Das MyTobii System ist ein vollintegriertes, portables und berührungsloses Hilfsmittel zur unterstützten Kommunikation. Vor allem für Patienten mit stark eingeschränkter Bewegungsfähigkeit ist die Steuerung mittels ihrer Augen sehr hilfreich. Allein durch das Fixieren der Bildschirmobjekte mit dem Blick wird den Patienten die Interaktion und Kommunikation erleichtert, oder gar erst ermöglicht. Damit steht auch die Steigerung der Lebensqualität der Betroffenen in engem Zusammenhang.



Abbildung 7 My Tobii –  
Augensteuerung  
(<http://www.tfb-team.de/>).

Nicht nur symbol- und schriftbasierte Kommunikation ist mit diesem System möglich. Durch die entsprechende Verbindung mit einem geeigneten Netzwerk ist auch die Verwendung von Internet, Chats und E-Mails möglich (vgl. <http://www.tfb-team.de/>, 2008).

## 8 Zusammenfassung

Fakt ist, dass Patienten mit apallischen Syndrom auf viele Arten kommunizieren können. Sei es der Augencode, die Atmung, die Körperhaltung oder anderes. Es liegt an der Pflegeperson, diese Art von Kommunikation zu erkennen und darauf zu reagieren. Nicht nur verbal kann mit Patienten im Wachkoma kommuniziert werden. Die Basale Stimulation spielt in der Kommunikation mit Apallikern die bedeutendste Rolle. Da hier über die Haut kommuniziert wird, unser größtes Wahrnehmungsorgan, ist der Kontakt mit den Patienten sehr intensiv. Daher ist es sehr wichtig Vertrauen zum Menschen aufzubauen, welches die Voraussetzung für jede Pflgetätigkeit an den Patienten darstellt.

Genauso ist es bei den Therapien, die an den Betroffenen durchgeführt werden. Nur wenn Patienten vertrauen, kann das erwünschte Ziel erreicht werden. Man bekommt das Vertrauen, indem man die Patienten in die Pflegehandlungen einbezieht und sie ausführlich informiert. Schwerst wahrnehmungsbeeinträchtigte Menschen werden sich nicht öffnen, wenn sie sich nicht wohlfühlen. Eher bekommen sie Angst, werden unruhig und verschließen sich total.

Wachkomapatienten brauchen mehr und intensivere Unterstützung als Patienten, die in ihrer Wahrnehmung nicht eingeschränkt sind. Man darf nicht vergessen, dass sie nicht nur ihre Umgebung erschwert wahrnehmen, sondern auch ihren eigenen Körper. Ich erwähnte Methoden, um die Körpergrenzen bewusst zu machen, zum Beispiel der Sensibär. Wenn der Patient die Maßnahme akzeptiert, ist es eine gute Möglichkeit bei ihrer Körperwahrnehmung zu unterstützen.

Wenn man das Wort „Wachkoma“ hört, sollte man es nicht mit Machtlosigkeit oder „lebende Leiche“ verbinden. Fr. Wolfsbauer ist dafür das beste Beispiel. Sie hat eine Möglichkeit gefunden, sich zu äußern. Damit hilft sie nicht nur sich selbst, sondern auch Menschen, die sich die

Situation in der sie sich befindet nicht vorstellen können. Vielleicht gibt es noch weitere Fortschritte in der Technik und wir können noch einen tieferen Einblick in die Welt der Wachkomapatienten bekommen.

## 9 Schlussfolgerung

Ich bin nun am Schluss meiner Arbeit angelangt und habe das Gefühl durch meine Recherchen vieles Erfahren zu haben, das ich bisher noch nicht wusste. Bevor ich auf die Wachkomastation in der Grazer Albert-Schweitzer-Klinik kam, dachte ich, dass mit Apallikern gar nicht kommuniziert werden kann. Mit Hilfe dieser Arbeit hoffe ich, dass ich auch den Lesern einige unbekannte Fakten übermitteln konnte.

*Meine Forschungsfrage ist nun ganz klar zu beantworten:  
**Kommunikation mit Wachkomapatienten ist auf viele Arten möglich!***

Sei es nun die verbale oder nonverbale Kommunikation, die man für die Verständigung wählt, wichtig ist, dass Patient und Pflegeperson „die gleiche Sprache sprechen“. Zusätzlich sollten Pflegeperson und Patient das gleiche Ziel haben. Natürlich ist es schwierig, zu wissen, ob man auch die Erwartungen der Patienten erfüllt, wenn sie diese nicht verbal signalisieren können. Daher ist umso genauer auf Mimik, Gestik und Körperhaltung zu achten, denn darüber kann mehr vermittelt werden, als man auf den ersten Blick erkennen kann.

Vor allem das Einfühlungsvermögen einer Pflegeperson ist in der Betreuung von Wachkomapatienten von großer Bedeutung. Die Patienten können es nicht sagen, wenn sie Schmerzen haben und auch nicht, wenn sie mit einer Pfl egetätigkeit nicht einverstanden sind. Deshalb liegt es an der Schwester/dem Pfleger die Körpersprache der Patienten wahrzunehmen, um sie nach ihren Bedürfnissen zu behandeln. Wenn die Vertrauensbasis erst aufgebaut ist, wird auch die nonverbale Mitteilungsform der Patienten deutlicher verstanden und die

Pflegetätigkeiten können gezielter ausgeführt werden. Das ist nicht nur für Pflegende von Vorteil, sondern auch bedeutend entspannender für die Patienten.

*„Wir sind nicht dazu aufgerufen, zwischen prognostisch günstigem und prognostisch ungünstigem Leben zu entscheiden, sondern wir sind aufgerufen die uns anvertrauten Menschen bestmöglich zu betreuen und ihr Recht auf Leben zu schützen und ihnen eine adäquate Lebensqualität zu ermöglichen.“ (Steinbach, Donis, 2004, S.13)*

## 10 Literaturverzeichnis

Anette Lauber: Grundlagen beruflicher Pflege, Thieme Verlag, 1. Auflage 2001.

Rudolf Mahler: Auf den Punkt gebracht- Professionell kommunizieren, Georg Thieme Verlag, 2001.

Dr. med. Nicole Menche: Pflege Heute, Urban& Fischer Verlag, 4. Auflage 2007.

Bienstein Christel/ Fröhlich Andreas: Basale Stimulation in der Pflege- die Grundlagen, Kallmeyer Verlag, 4.Auflage 2007.

Nydahl Peter/ Bartoszek Gabriele: Basale Stimulation- neue Wege in der Intensivpflege, Urban& Fischer Verlag, 3.Auflage 2000.

Jörg Hohensinner: Skriptum der ACU Graz, 2008

[http://www.haus-frohsinn.at/inhalt\\_snoezelen.htm](http://www.haus-frohsinn.at/inhalt_snoezelen.htm)

<http://www.tfb-team.de>

## 11 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Quadrat der Kommunikation ( <a href="http://www.claus-gieseke.de">www.claus-gieseke.de</a> )	0
Abbildung 2 Qualität der Berührung ( <a href="http://www.seminare-margarita.de">http://www.seminare-margarita.de</a> )	0
Abbildung 3 Sensi-Bär ( <a href="http://www.sentitas.de">http://www.sentitas.de</a> )	0
Abbildung 4 Kornährenfeldübung ( <a href="http://ggz.esystems.at">http://ggz.esystems.at</a> )	0
Abbildung 5 Snoezelenraum der ACU in Graz ( <a href="http://ggz.esystems.at">http://ggz.esystems.at</a> )	0
Abbildung 6 Frau Wolfsbauer und ich	0
Abbildung 7 My Tobii – Augensteuerung	0