

Pflege von Menschen im Wachkoma

Von Peter Nydahl



Was ist eine gute Pflege mit Menschen im Wachkoma? Kein Decubitus? Ausreichende Ernährung? Sicherlich wären dies keine befriedigenden Antworten. Es gibt kein pflegerisches Modell oder auch Theorie, die eine Beschreibung oder Erklärung für das Phänomen Wachkoma enthalten. Damit haben wir auch keine pflegerische Theorie zur Planung, Vorhersage, Evaluation oder zum Verschreiben spezifischer Maßnahmen, was denn tatsächlich eine „gute Pflege“ bei Menschen im Wachkoma wäre. Es gibt durchaus unterschiedliche Erklärungsansätze, was ein Wachkoma überhaupt ist und woraus entsprechende pflegerische Maßnahmen abgeleitet werden könnten. Spielen wir das einmal durch.

Verschiedene Perspektiven

Mediziner wie Gerstenbrand oder Geremek erklären ein Wachkoma als eine Störung des kortikalen Netzwerkes. Also helfen alle Maßnahmen zur Regeneration des Netzwerkes im Sinne der Plastizität. Demnach wäre es eine gute Pflege, wenn diese Menschen stimuliert und therapiert würden, am besten rund um die Uhr und möglichst intensiv. Viele verwenden hier den Begriff „stimulieren“ und verstehen es im Sinne von „bereizen“ (Geremek, 2009).

Einige Psychologen wie Hannich definieren ein Wachkoma hingegen als einen psychosozialen Rückzug und als Antwort auf ein fundamentales Trauma. Dann helfen Schutz und Sicherheit. Man müsste also nicht stimulieren, sondern den Menschen in Ruhe lassen und darf sich vorsichtig annähern (Hannich, Dierkes, 1996).

Beziehungsmediziner wie Zieger (2002) erklären ein Wachkoma als eine krankhaft isolierte Seinsform. Das Gehirn ist hierbei ein soziales Organ, es ist auf Kommunikation ausgelegt. Wenn es nicht mehr wie sonst kommunizieren kann, müssen wir mit ihm auf seinem Niveau kommunizieren, also soziale Kommunikationsangebote schaffen. Pflege ist dann gut, wenn sie kommunikativ, z.B. im Atemrhythmus, gestaltet wird.+

Ciaretino definiert ein Wachkoma nicht als einen statischen Zustand, sondern als eine dynamische Existenzform eines Menschen, als einen Entwicklungsprozess. Gute Pflege wäre dann, wenn diese Entwicklungen individuell gefördert werden können.

Bienstein und Hannich entwickeln zwar keinen expliziten Erklärungsansatz, definieren aber Kriterien für die Be-



urteilung zur Pflege: „erleben die Betroffenen möglichst viele liebevolle und angenehme zwischenmenschliche Begegnungen und strukturierte Erfahrungen unter sicheren Bedingungen in der Gegenwart, so kann es zu einer positiven Entwicklung beitragen. Dabei ist nicht unbedingt Erwachen und Besserung, sondern das Erreichen von Zufriedenheit und Wohlergehen das Ziel.“ Wenn der Patient sich wohl fühlt, ist es gute Pflege? (Bienstein, Hannich, 2001).

Es lassen sich auch religiöse Erklärungen finden, wie beispielsweise im Buddhismus (vgl. Keown 2005). Hier wird ein Wachkoma als ein Illusionszustand wie jeden anderen Bewusstseinszustand auch erklärt. Im Vordergrund einer Therapie steht nicht die Pflege, sondern die Medizin-Buddha-Meditation. Wachkoma sind aber auch Mitmenschen, also sollten wir ihnen mit Mitgefühl begegnen.

Perspektivenwechsel?!

Was tatsächlich gute Pflege mit Menschen im Wachkoma ist, kann (noch) nicht geklärt werden. In der Praxis sind diese unterschiedlichen Ansätze überall zu finden und letztendlich hängt es auch hier von der Haltung der betreuenden Personen ab, wie das Phänomen eingeschätzt

wird und welche Ansätze dabei zu verfolgen sind. Innerhalb des Konzeptes Basale Stimulation vertreten wir die Haltung, dass jeder Mensch zeit seines oder ihres Lebens wahrnehmungs-, kommunikations- und entwicklungsfähig ist. Diese Menschen haben ein Recht auf ein würdevolles Leben. Dennoch finden sich unterschiedliche Ansätze, die zu Konflikten führen können, sie ermöglichen aber auch eine umfassendere Kooperation und Koordination. Die Logopädin kümmert sich um die Trachealkanüle, die Physiotherapeutin um die Kontrakturen, die Pflege um die Haut. Besser ist es, wenn alle an einem Strang ziehen, interdisziplinäre Ziele festlegen und entsprechend handeln. Sehr empfehlenswert ist hierbei die selbstkritische Reflexion im Team, um gemeinsame Ziele abzusprechen. Aus pflegerischer Sicht kommt auch hier die Aufgliederung des Konzeptes nach Haltung, Kompetenz und Technik zum Tragen (Fröhlich, Nydahl, 2010). Erst durch die gelungene Synthese aller drei Bereiche kann die Pflege basal stimulierend gestaltet werden.

Haltung

Wir betreuen Menschen im Wachkoma mit der Haltung, dass ein Mensch im Wachkoma prinzipiell wahrnehmungs- und entwicklungsfähig ist, auch wenn dies für

Außenstehende nicht immer leicht zu erkennen ist (Biestein, Fröhlich, 2010). Diese Menschen haben ein Recht auf ein würdevolles Leben und können durchaus ihren Lebenswillen zeigen. Gleichzeitig zeigen viele Menschen im Wachkoma viele Potentiale und dadurch auch ihren Lebenswillen. Sie können atmen, körpernahe Informationen verarbeiten (Berührungen, Schmerz, Bewegung, Lageveränderungen im Raum), eingeschränkt sehen und hören und Schmecken, evtl. Riechen. Der Positivansatz von Fröhlich, der sich ursprünglich auf Menschen mit Behinderungen bezog, kann bei Menschen im Wachkoma genauso Anwendung finden. Auch sie zeigen Entwicklungspotentiale, Interessen und geben uns Hinweise auf ihre zentralen Ziele.

Kompetenz

Um diese Entwicklungspotentiale erkennen zu können, bedarf es verschiedener Kompetenzen. Die Beurteilung des Bewusstseins und die Fähigkeit zur Tages- und Lebensgestaltung sind hier besonders hervorzuheben. Das alleinige Nutzen eines spezifischen Scores kann nicht alle Bewusstseinszustände Wachkomatöser differenziert erfassen, daher empfiehlt sich heute die Kombination verschiedener Scores (Stefan, Binder, Haidinger, 2005). Die Skala expressive Kommunikation nach Zieger, der EVA-Score oder die Coma Recovery Scale sind Beispiele dafür. Aber auch hier müssen wir bewusst sein, dass wir Menschen zwar vergleichbar eingruppiert werden können, ihrer Individualität und ihren Potentialen aber nicht immer gerecht werden können. Gerade diese Menschen zeigen nur langsame Entwicklungen, die mit diesen Skalen nicht erfasst werden können. Die Informationsaufnahme und deren Weitergabe sind im Rahmen einer Bezugspflege sehr wichtig. Es kann hierbei auch vorkommen, dass Menschen im Wachkoma bei unterschiedlichen Menschen unterschiedlich reagieren. Ein empathisches Erfassen der Ganzheitlichkeit sollte immer zusätzlich zu den genannten Scores erfolgen. Bezogen auf die Tages- und Lebensgestaltung muss aus pflegerischer Sicht ggf. weiter gedacht werden. Es geht hierbei nicht nur um die pflegerische Grundversorgung, sondern darum, die Betroffenen im Rahmen einer rehabilitativen Pflege möglichst „normal“ zu begleiten. Normal meint hier die Normalität des Betroffenen. Wenn es also mit der Familie und den häuslichen Umständen vereinbar ist, besteht eine optimale Versorgung und Förderung

im häuslichen, bekannten Umfeld. Dort riecht es vertraut, auch die Umgebung regt eventuelle Erinnerungen an, die Personen sind vertraut. Hier kann im Wohnzimmer auf dem Sofa wie vorher auch „gesnoezelt“ werden oder es kann auch im Rollstuhl der Kuhstall besucht werden. Wir haben zwar nur Hinweise darauf, aber die Kommunikation mit vertrauten Personen sowie die Mobilisierung im häuslichen Umfeld können als effektivste Rehabilitationsformen betrachtet werden. Dies stellt die Betroffenen natürlich vor erhebliche Herausforderungen. Es kann nicht genug betont werden, dass die Familie des wachkomatösen Menschen auch der Anleitung, Betreuung und Begleitung bedarf. Pflegende müssen hier „umdenken“ (Kean 2010, Horn 2007).

Technik?!

Es gibt eine Vielzahl von Techniken, die sich allgemein bei Wachkomatösen anbieten lassen. Initialberührung, somatische Erfahrungen wie basal stimulierende Körpererfahrungen, wechselnde Positionierung, Mobilisierung bis hin zum Hinstellen sowie analog zur Nordoff-Robbins-Musiktherapie Angebote, die im Atemrhythmus oder zu anderen Bewegungsrhythmen angeboten werden. Diese Auswahl muss natürlich stets auf den einzelnen Menschen angepasst, beobachtet und im Verlauf verändert werden. Das Wesentliche dabei ist das gemeinsame Handeln. Hierzu scheint die pädagogische Technik der Entwicklung eines gemeinsamen Rhythmus' eine besondere Bedeutung zu bekommen (Tolle, 2005). Erst die Berührung, die Bewegung im Rhythmus des Betroffenen macht die Pflege zu einer gemeinsamen, kommunikativen Handlung. Hierdurch werden Entwicklungspotentiale bestätigt und gefördert. Dies setzt voraus, dass wir die entsprechenden Kompetenzen haben, um den anderen zu beobachten und auf ihn eingehen zu können wie eben auch die vorsichtige Haltung, die fördert ohne zu überfordern.

Entwicklung durch Interaktion

Allen Förderkonzepten gemeinsam sind die Grundlagen der Neuroplastizität, des aktiven Interesses des Betroffenen und die vertrauenswürdige Beziehungsarbeit. Rehabilitation orientiert sich am individuellen Menschen und wird durch Biographiearbeit in der Pflege möglich. Pflege, auch basal stimulierende Pflege, kann hierbei nicht heilen, sondern allenfalls Bedingungen schaffen, unter denen

ein Mensch sich regenerieren kann. Dazu braucht er durchaus andere Menschen, den Prozess an sich kann er aber nur alleine gestalten. In der Auseinandersetzung mit anderen Menschen können Lernprozesse entwickelt, erprobt und schließlich verankert werden. Dazu braucht es Menschen, die auf die Interessen und die Lernbedingungen des Wachkomatösen eingehen können. Das Hirn ist lt. Zieger ein soziales Organ und kann sich eben nur in Interaktion mit der Umwelt und anderen Menschen regenerieren.

Erst mit einer spezifischen Haltung, Kompetenz und Technik wird es gelingen, diesen Menschen zu begegnen und sie auf ihrem schwierigen Weg zu schützen und zu begleiten.

Internetlinks:

www.a-zieger.de
www.schaedel-hirnpatienten.de
www.wachkoma.at
www.ebissociety.org
www.wbic.cam.ac.uk/%7Emrc30/
www.coma.ulg.ac.be/index.html



Peter Nydahl ist Krankenpfleger, Kurs- und Weiterbildungsleiter für Basale Stimulation in der Pflege, Pflegeexperte für Menschen im Wachkoma, Praxisanleiter. Seit 1990 in der Intensivpflege tätig, Klinik für Neurologie am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel.
www.nydahl.de

Literatur

- Bienstein, C. ; Fröhlich, A.:*
 Basale Stimulation in der Pflege. Die Grundlagen.
 Hans Huber, Bern 2010
- Bienstein C., Hannich H.-J.:*
 Forschungsprojekt zur Entwicklung, Implementation und Evaluation von Förderungs- und Lebensgestaltungskonzepten für Wachkoma- und Langzeitpatienten im stationären und ambulanten Bereich, anhand von zu entwickelnder Qualitätskriterien
 Wulfen, 2001
- Fröhlich, A; Nydahl, P (2010):*
 Haltung, Kompetenz, Technik.
www.basale-stimulation.de/allgemeines/basale-stimulation/einfuehrung.html, 15.1.2010
- Geremek, A. (2009):*
 Wachkoma: medizinische, rechtliche und ethische Aspekte.
 Deutscher Ärzte Verlag
- Horn A.:*
 Pflegenden Angehörige wachkomatöser Menschen
 Kean S. The experience of ambiguous loss in families of brain injured ICU patients.
 Nursing in Critical Care 2010; 15, 2: 66-75
- Keown D.:*
 End of life: the buddhist view. Lancet 2005; 366: 952-55
 Hannich HJ & Dierkes B. Ist Erleben im Koma möglich?
 Intensiv 1996; 4: 4-7
- Stefan C, Binder H, Haidinger G.:*
 Die Problematik der klinischen Verlaufsbeurteilung von Patienten mit Apallischem Syndrom (AS) anhand von Rehabilitationsskalen - ein Überblick.
 Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie 2004; 5 (3), 14-22
- Tolle, P.:*
 Erwachsen im Wachkoma. Peter Lang Verlag 2005
 Zieger A. Der neurologisch schwerstgeschädigte Patient im Spannungsfeld zwischen Bio- und Beziehungsmedizin. Intensiv 2002, 10: 261-274