

# **Fachbereichsarbeit**

**Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege  
Ausbildungszentrum am Landesklinikum  
Donauregion Tulln**

## **Basale Stimulation<sup>®</sup> in der Altenpflege**

**Ein Einblick in die Welt der „verlorenen“ Sinne  
am Beispiel des Geschmack- und Geruchsinns**

Beurteilerin:

Brigitte Rest

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe und dass ich diese Arbeit bisher weder im In- noch im Ausland einer/m Beurteiler/in zur Begutachtung in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

Vorgelegt von

Verena Kostera, Jahrgang 2006/2009

Tulln, 16.April 2009

## Exposé

Im Rahmen meiner Ausbildung zur diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeschwester habe ich beobachten können, dass die zum Alterungsprozess gehörenden Erscheinungen, wie Veränderungen des Aussehens, der Flexibilität, des Gedächtnisses und der Sinnesorgane etwas damit zu tun haben, wie mit diesen Menschen umgegangen bzw. wie mit ihnen kommuniziert wird. Tritt dann zusätzlich noch eine pathologische Veränderung, wie etwa Verwirrtheit hinzu, wird die entsprechende Kommunikation nicht mehr ernstgenommen. Die Alten werden mit Vornamen angesprochen, es kommt zu Verkindlichungen und sie werden mit Kosenamen „geschmückt“. Auch die körperliche Wahrnehmung des desorientierten Menschen wird nicht mehr gefördert und die Sinnesorgane verkümmern.

Da ich in meiner Familie eine Angehörige habe die Alzheimer hat und diese auch der Beweggrund für meine Arbeit ist, ist mir bewusst geworden, wie wichtig es ist, diesen Menschen zu fördern. Das heißt, seine verlorenen Sinne wieder aufzufangen und mit ihm gemeinsam seine Außenwelt „neu“ zu entdecken.

In den Pflegeheimen wird dies zum Teil schon durchgeführt, doch überall hat es noch keinen fruchtbaren Boden gefunden. Die desorientierten Bewohner liegen den ganzen Tag im Bett und starren die kahle, weiße Decke an.

Genau an diesem Punkt könnte man eingreifen und das Konzept der Basalen Stimulation<sup>®</sup> anwenden, das heißt, dem Menschen die Möglichkeit geben, seine Körpergrenzen und seine Umwelt wieder wahrzunehmen.

Zu Beginn meiner Arbeit möchte ich die Basis der Basalen Stimulation<sup>®</sup> erklären und welche zentralen Ziele verfolgt werden. Weiters möchte ich dann über die Berührung – als nonverbale Kommunikation – berichten, welche im Pflegeberuf von großer Bedeutung ist und täglich erfolgt.

Da der Schwerpunkt in meiner Arbeit desorientierte, alte Menschen betrifft, werde ich an erster Stelle über die physiologischen Veränderungen im Alterungsprozess schreiben. An zweiter Stelle nehme ich die pathologische Veränderung – die Desorientierung - hinzu und erkläre, was „Desorientiertheit“ genau bedeutet und wie sie entsteht. Weiters will ich erläutern, wie der demente Mensch mit seiner Umwelt umgeht, sie erlebt und wie das im täglichen Leben aussieht.

Anschließend werde ich die Sinnesorgane in den Vordergrund stellen. Ich werde über die veränderten Sinnesorgane berichten und pflegerische Angebote zur Förderung und Unterstützung dieser, schriftlich und bildlich festhalten.

Mit dieser Arbeit möchte ich erzielen, dass das Pflegepersonal den desorientierten, alten Mensch besser kennen und verstehen lernt und dass Altersbeeinträchtigungen kein Grund sind, dem Menschen Interaktionen und eine entsprechende Kommunikation vorzuenthalten.



„Älter werden heißt: selbst ein neues Geschäft antreten; alle Verhältnisse verändern sich, und man muss entweder zu handeln ganz aufhören oder mit Willen und Bewusstsein das neue Rollenfach übernehmen“  
(Wolfgang Goethe)

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b> .....	<b>7</b>
<b>2. Basale Stimulation®</b> .....	<b>7</b>
2.1. Definition .....	7
2.2. Das Konzept.....	7
2.3. Zentrale Ziele .....	9
2.4. Nonverbale Kommunikation – die Berührung.....	10
2.4.1. Basales Berühren.....	11
<b>3. Der alte Mensch</b> .....	<b>11</b>
3.1. Physiologische Veränderungen der Organsysteme .....	12
<b>4. Pathologische Veränderungen</b> .....	<b>15</b>
4.1. Verwirrtheit .....	15
4.2. Demenz.....	16
4.3. Alzheimer´sche Krankheit.....	17
<b>5. Pflegerische Angebote zur Förderung der „verlorenen“ Sinne</b> .....	<b>18</b>
5.1. Die Außenwelt mit dem Mund ertasten.....	18
5.2. Tasterfahrungen mit dem Mund .....	20
5.3. Nahrungsaufnahme.....	20
5.4. Veränderungen im Mundbereich und Geschmack .....	22
<b>6. Begleitende Bewegungen</b> .....	<b>23</b>
<b>7. Die Umwelt erriechen</b> .....	<b>24</b>
7.1. Geruchsempfinden im Alter .....	27
<b>8. Praktische Umsetzung anhand eines Fallbeispiels</b> .....	<b>28</b>

<b>9. Zusammenfassung.....</b>	<b>33</b>
<b>Quellenverzeichnis.....</b>	<b>35</b>
<b>Glossar .....</b>	<b>36</b>
<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>37</b>
<b>Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>38</b>

## **1. Einleitung**

Bei jedem Menschen beginnt sich im fortschreitenden Alter der Körper zu verändern. Das heißt, es kommt zu Veränderungen des Aussehens, die Flexibilität nimmt ab, das Gedächtnis lässt nach, aber auch die Sinnesorgane „verkümmern“ mit der Zeit. Diese physiologischen Veränderungen können in manchen Menschen Angst auslösen. Angst davor, mit diesen Einschränkungen zurecht zu kommen und einen Teil von ihnen abgeben zu müssen. Bei einer zusätzlichen pathologischen Veränderung wie etwa Desorientiertheit, werden die Grenzen zum eigenen Körper nicht mehr wahrgenommen, die Menschen können ihre Umwelt nicht mehr realisieren.

Mit Hilfe der Basalen Stimulation® sollen diese verloren gegangenen Sinne und Einschränkungen unterstützt werden, um dem alten Menschen damit das Gefühl zu geben, dass er noch etwas leisten kann. Der Verwirrte soll mit der Unterstützung einer Pflegeperson seine Außenwelt wieder wahrnehmen und entdecken lernen.

## **2. Basale Stimulation®**

### **2.1. Definition**

Eine konkrete Definition für den Begriff Basale Stimulation® gibt es nicht, eine Möglichkeit könnte sein:

Basale Stimulation® ist ein Angebot der Begegnung an den Menschen, mit dem Ziel, dass der Angesprochene sich selber spürt und seine Grenzen wahrnimmt.

Menschen mit Aktivitäts- und Wahrnehmungsstörungen werden mit dieser pflegerischen Möglichkeit Angebote für ihre persönliche Wahrnehmungs- und Entwicklungsfähigkeit gemacht. Die Hauptschwerpunkte liegen in der Bedeutung von Wahrnehmung, Bewegung und Kommunikation.

### **2.2. Das Konzept**

Andreas Fröhlich entwickelte 1975 an einem Zentrum für körper- und mehrfachbehinderte Kinder und Jugendliche das Konzept der Basalen

Stimulation<sup>®</sup>. Ziel war die Förderung geistig und körperlich behinderter Kinder. Das Konzept beruht darauf, dass auch wahrnehmungsgestörte Kinder ihre Umwelt wahrnehmen können, auch wenn es Außenstehende nicht feststellen können, weil die sichtbaren Reaktionen fehlen.

Diese Kinder brauchen Anregungen und Informationen über sich und ihre Umwelt (Stimulation). Sie benötigen eine Kommunikationsform, mit der sie umgehen und eventuell antworten können. Die Stimulation sollte an die ersten Erfahrungen im Mutterleib erinnern und somit nicht beunruhigend oder bedrohlich wirken.

Die Krankenschwester und Diplompädagogin Christel Bienstein knüpfte in den 80er-Jahren mit Professor Fröhlich Kontakt und gemeinsam brachten sie dieses Konzept in die Krankenpflege ein. Die Beiden stellten fest, dass dieses nicht nur bei behinderten Kindern hilft, sondern ebenso bei wahrnehmungsgestörten Erwachsenen von Wirkung ist. Die ersten Erfolge wurden bei komatösen und apallischen Patienten erzielt. Später wurde das Konzept in alle Bereiche der Pflege eingebracht.

Basale Stimulation<sup>®</sup> spricht somit alle Patienten, die in ihrer Aktivität und Kommunikation gestört sind, an, das heißt Bewusstseinsbeeinträchtigte, Desorientierte, Sterbende, Beatmete, Patienten mit Hirnschäden, hemiplegischem und apallischem Syndrom. Der Mensch wird als Ganzes angesehen, mit seiner individuellen Lebensgeschichte und seinen Bedürfnissen. Es wird nicht verlangt, den Patienten zu heilen oder dass er ein definiertes Ziel erreichen soll, Basale Stimulation<sup>®</sup> soll ihn in seiner Entwicklung unterstützen. Die Basis der Pflege ist die Kommunikation. Diese Form der Kommunikation kann der Patient wahrnehmen und verarbeiten. Sie entwickelt sich durch die Beantwortung der Signale des Patienten während des gemeinsamen Tuns. Diese Beachtung der Signale ist sehr wichtig für den schwerstbeeinträchtigten Patienten, er fühlt sich wahrgenommen und ein Gefühl des Vertrauens wird vermittelt. Somit entsteht eine gute Basis der Beziehung des Patienten zur Pflegeperson.

Erst jetzt ist es dem Betroffenen möglich, seine eigenen Potenziale und seine geistige und körperliche Identität zu erfahren. In der Basalen Stimulation<sup>®</sup> wird auf verbliebene Erinnerungen und frühere Gewohnheiten zurückgegriffen. Etwas Bekanntes in einer ungewohnten Umgebung vermittelt dem Patienten Sicherheit



und Orientierung. Diese Sicherheit hilft dem Betroffenen, seinen Körper wieder wahrzunehmen und mit ihm und durch ihn zu kommunizieren. Basal stimulierende Angebote können eine stimulierende Ganzkörperwäsche, bekannte Gerüche, Berührungen, vibratorische Erfahrungen oder eine entfaltende Massage sein.

Der Patient nimmt seine Umwelt wieder wahr und spürt sein Leben. Er merkt seine eigene Entwicklung. Er wird gefördert in dem was er kann und wie er es kann.

Basale Stimulation<sup>®</sup> ist ein Beziehungsaufbau zwischen zwei Menschen. Die Pflegenden können ihre Kreativität und ihre Fähigkeiten verwirklichen. Es ist aber wichtig, seine persönlichen Grenzen zu erkennen und zu akzeptieren. Diese besondere Art der Beziehung und Nähe in der Basalen Stimulation<sup>®</sup> ist nicht mit anderen austauschbar und auch nicht unterbrechbar. Sie ist jeden Tag anders und individuell angepasst.

(vgl. Nydahl/Bartoszek, 2003, 2-5)

### **2.3. Zentrale Ziele**

Aus den Grundüberlegungen des Konzeptes der Basalen Stimulation<sup>®</sup> haben sich zentrale Ziele entwickelt, die die Person des kranken Menschen ganz in den Mittelpunkt stellen. Dabei ist es wichtig, dass Patienten nicht als Objekte der Pflege gesehen werden, sondern als eigenaktive Objekte, die derzeit der Pflege bedürfen.

Aus diesem Grund beschreiben die zentralen Ziele Aktivitäten aus dem Leben der Patienten, nicht pflegerische Aktivitäten aus dem Berufsleben der Pflegenden.

Es wird versucht, sich immer mehr in den Patienten hineinzusetzen und seine persönliche Situation zu verstehen.

(vgl. Nydahl/Bartoszek, 2003, 52-53)

#### **Die zentralen Ziele:**

- 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

Wir können die Signale eines anderen Menschen immer nur interpretieren und versuchen, sich den zentralen Zielen eines anderen Menschen anzunähern, aber definieren können wir sie nicht. Der Prozess der Annäherung kann bei schwerstbeeinträchtigten Menschen einige Zeit dauern um zu wissen, welche Ziele sich entwickeln, bei wachernen, sprechenden Patienten kann dies durchaus schneller gehen, weil wir diese fragen können. Es können Prioritäten des pflegerischen Handelns aus den zentralen Zielen, die die Aktivitäten des gemeinten Menschen beschreiben, abgeleitet werden.

Die zentralen Ziele verfolgen eine gewisse Reihenfolge, an erster Stelle steht Leben erhalten und Entwicklung erfahren. Nicht bei jedem Menschen muss diese Reihenfolge gelten, Ziele können sich überschneiden, können sich aber auch im Verlauf verändern und es können auch mehrere Ziele einem Menschen gleich wichtig sein.

(vgl. Nydahl/Bartoszek, 2003, 52-53)

## **2.4. Nonverbale Kommunikation – die Berührung**

### Die Bedeutung von Berührung für unsere Haut und unser Empfinden:

Die Pflegenden berühren Menschen täglich unzählige Male, vor allem in der Pflege, Betreuung und bei Therapien. Sie berühren mit Händen, Handschuhen, mit Pinzetten, Wasser und Salben.

Es wird ohne Vorwarnung, spontan, gewollt und unbeabsichtigt berührt. Berührungen gehören zum Alltag und sind häufig Routine geworden. Deshalb wird wenig über die Wirkung der Berührung nachgedacht. Berührungen können im Menschen unterschiedliche Gefühle auslösen, wie etwa das Gefühl der Entspannung oder aber auch Verwirrtheit.

„Basale Stimulation<sup>®</sup> will Be-rührungen ermöglichen – mit oder ohne Hände. Basale Stimulation<sup>®</sup> will den pflegebedürftigen Menschen Be-rührungen mit sich, den Pflegenden und anderen sie umgebenden Personen ermöglichen.

Mit und ohne Hände sollen sie ihr eigenes Leben, sowie die aktuelle, sie umgebende belebte und unbelebte Umwelt „be-greifen“ können.“

(Buchholz/Schürenberg, 2005, 55)

#### **2.4.1. Basales Berühren**

Unter dem Begriff Basales Berühren versteht man den absichtvollen Kontakt mit den Händen bzw. dem Körper. Die Grundlage dafür ist eine respektvolle, akzeptierende und voraussetzungslose Beziehung. Der Austausch bezieht sich auf beide Personen, wobei die Pflegeperson den größeren Part übernimmt. Diese Art von Berührung gibt dem alten Menschen das Angebot, sich als Person zu erfahren und die Pflegekraft „hört“, ob dieser den Austausch aufnimmt.

Ein Begrüßungs- und Verabschiedungsritual sollte bei allen Pflegehandlungen eingebracht werden. Alle Handlungen können dadurch als solche erst erkennbar gemacht werden. Christel Bienstein hat den Begriff „Initialberührung“ dafür geschaffen. Diese Initialberührung sollte wie Händeschütteln bei der Begrüßung sein. Die Stelle, an der die Berührung erfolgen sollte, hängt von der Art und Intensität der Beziehung ab. An welcher Körperstelle berührt wird, sollte im Pflegeteam abgesprochen werden, denn jede Pflegeperson sollte den Patienten an der gleichen Stelle berühren.

(vgl. Buchholz/Schürenberg, 57-59)

### **3. Der alte Mensch**

Das Altern beginnt nicht erst im höheren Lebensalter, sondern ist ein Vorgang, der schon von Geburt an fortschreitet. Alterungsprozesse führen zu:

- Veränderungen vieler organischer Funktionen.
- Physischen Veränderungen.
- Das Altern wird von der Familie, Gesellschaft und Gemeinde geprägt, diese entscheiden, wie der alte Mensch sein Älterwerden erlebt und gestaltet.

Die WHO unterscheidet zwischen „junge Alte“ (ab dem 60. Lebensjahr) und „alte Alte“ (ab dem 80. Lebensjahr). Altern ist ein biologischer, psychischer und sozialer Prozess.

Der Alterungsprozess lässt sich in vier Kriterien eingliedern:

- Alterungsvorgänge sind für alle höheren Lebewesen gültig, das heißt, sie sind universal.
- Sie sind irreversibel.
- Der betroffene Mensch hat eine verminderte Anpassungsfähigkeit.
- Sie sind nicht zu verhindern, denn sie sind biologisch-genetisch vorbestimmt.

Der Zeitpunkt des Beginns des Älterwerdens ist nicht nur genetisch vorbestimmt, sondern vom Lebensstil des Einzelnen mitbestimmt. Viele Alterungsvorgänge werden durch zusätzliche Schäden beschleunigt oder verstärkt. Einige Funktionen lassen sich bis ins hohe Alter trainieren und auch steigern (zum Beispiel Gehirnleistungen). Sogar das Neuerlernen einer Fremdsprache ist möglich.

(vgl. Menche, 379-380)

### **3.1. Physiologische Veränderungen der Organsysteme**

#### **Das Herz-Kreislauf-System**

Der Aufbau der Gefäßwände verändert sich im Alter, die Elastizität nimmt ab und es kommt zu arteriosklerotischen Veränderungen. Die Folge ist, dass der Blutdruck steigt. Die Kreislaufreflexe sind verlangsamt durch die unelastischen Gefäße.

Die Reaktionen des vegetativen Nervensystems sind verzögert, es kommt zu Blutdruckabfall beim Aufrichten oder längerem Stehen. Das Herz nimmt an Leistungsfähigkeit ab.

(vgl. Menche, 383-384)

### **Die Atmungsorgane**

Mit zunehmendem Alter nimmt die Elastizität der Lunge ab und die Lungenfunktion verschlechtert sich. Die Brustkorbbewegung ist eingeschränkt und das Flimmerepithel vermindert sich. Ältere Menschen mit Lungenschäden (zum Beispiel durch Rauchen) fühlen sich im Alltag eingeschränkt.

(vgl. Menche, 384)

### **Der Bewegungsapparat**

Die Knochen werden instabiler und poröser durch den Mineralstoffverlust. Frauen sind stärker von Osteoporose betroffen als Männer, Grund dafür ist die Abnahme der Geschlechtshormone nach den Wechseljahren. Bewegungsmangel und zu wenig Kalziumzufuhr verstärken den Knochenabbau.

Viele ältere Menschen leiden unter Arthrose, denn die Knorpelschicht der Gelenke wird dünner und weniger elastisch.

Die Muskulatur verliert an Kraft, was sich aber besonders im Bereich der Fußheber-Muskeln zeigt. Die Folge ist das Stolpern über die Fußspitze.

(vgl. Menche, 384)

### **Das Verdauungssystem und die Leber**

Durch den paradontologischen Zahnverlust kommt es zu Einschränkungen der Kaufunktion. Um die Funktion zu ersetzen, werden Teil- oder Vollprothesen eingesetzt. Durch die Entfernung der eigenen Zähne kommt es dazu, dass sich das Kiefer zurückbildet und somit müssen die Prothesen nach einiger Zeit erneuert werden. Die Veränderung der Leistungsfähigkeit von Leber und Bauchspeicheldrüse führt dazu, dass es zu einem verzögerten Abbau von in der Leber verstoffwechselbaren Substanzen kommt und der Blutzucker steigen kann. Ein Grund für Verstopfungsneigung im Alter ist die Veränderung der Darmflora.

Beim älteren Menschen lässt das Durstempfinden nach. Das heißt, er muss darauf achten, ausreichend Flüssigkeit zu sich zu nehmen. Die tägliche Trinkmenge sollte 1,2 – 2 Liter betragen.

(vgl. Menche, 384)

### **Die Niere und ableitenden Harnwege**

Die Leistung der Niere nimmt ebenfalls ab. Der Tonus der Harnblase nimmt zu und das Fassungsvermögen ab, dies macht sich vor allem nachts bemerkbar.

(vgl. Menche, 385)

### **Das Immunsystem**

Die Immunität lässt beim älteren Menschen nach. Es kommt zu erhöhter Infektanfälligkeit.

(vgl. Menche, 386)

### **Die Sinnesorgane**

Die Elastizität der Augenlinse nimmt ab, es kommt zur Altersweitsichtigkeit (Presbyopie). Die Betroffenen brauchen im Nahbereich eine Lesebrille. Auch die Reaktion der Pupillen lässt nach, bei einem Wechsel der Lichtverhältnisse können sie sich nicht mehr weit genug öffnen. Das Sehen im Dunkel ist auch erschwert. Eine unvermeidliche Konsequenz des Alterns ist der Verlust der Hörfähigkeit.

Anfangs überhören die Älteren das Klingeln des Telefons, später kommt es zur Störung des Sprachverständnisses bei Nebengeräuschen.

Etwa zwei Drittel der Geschmacksknospen nehmen ab, sowie der Geruchssinn. Alte Menschen klagen über den faden Geschmack ihres Essens.

#### **Weitere Sinneseinbußen:**

- Abnahme der Durstwahrnehmung.
- Abnahme der Temperaturwahrnehmung.
- Abnahme der Schmerzempfindung.
- Abnahme der Empfindung im Bewegungsapparat, die Balancefähigkeit lässt nach. (vgl. Menche, 386)

### **Die Haut und die Haare**

Der Farbverlust der Haare ist sehr früh sichtbar. Durch die Abnahme des Wassergehaltes und den Verlust der Elastizität der Haut entstehen die typischen Falten. Durch das Nachlassen der Talgdrüsen und das Schwinden des

Unterhautfettgewebes kommt es zur trockenen Haut, auch Sebostase genannt. Es wird auch über das größere Verletzungsrisiko der Haut und die verlangsamte Wundheilung berichtet. Typische Erscheinungen sind auch die bräunlichen „Altersflecken“ an Händen, Unterarmen und Unterschenkeln.

(vgl. Menche, 386)

### **Veränderungen des Gehirns**

Während des ganzen Lebens nimmt die Zahl der Nervenzellen im Gehirn ab. Dadurch sind die Gedächtnisleistungen, die Konzentrationsfähigkeit und die Schreibgeschwindigkeit sowie andere Gehirnleistungen betroffen.

(vgl. Menche, 387)

### **Veränderungen im Schlafverhalten**

- Die Schlafdauer nimmt ab.
- Die Schlafqualität nimmt stark ab, kurze Aufwachperioden nehmen zu und der Schlaf ist leichter zu stören.
- Tagsüber kommt es zu kurzen Einschlafphasen.

(vgl. Menche, 388)

## **4. Pathologische Veränderungen**

Es gibt einige gesundheitliche Probleme älterer Menschen wie etwa Immobilität, Stürze und Schwindel. Ich möchte aber den großen Bereich der Verwirrtheit als pathologische Erkrankung näher beschreiben und die Begriffe Demenz und Alzheimer definieren.

### **4.1. Verwirrtheit**

Verwirrtheit ist eine Bewusstseinsstörung, die mit Desorientierung, Denkstörung und Gedächtnisstörung einhergeht. Man unterscheidet zwischen der akuten Verwirrtheit und der chronischen Verwirrtheit.

### **Akute Verwirrtheit**

Von einer akuten Verwirrtheit spricht man dann, wenn die Verwirrung plötzlich eintritt. Meist dauert diese nur Stunden oder Tage und wird durch diese Faktoren hervorgerufen:

- Medizinische Ursachen: Hormonstörungen, innere Austrocknung durch zu wenig Trinken, niedriger Blutdruck oder Infektionen.
- Schmerzen.
- Medikamentennebenwirkungen.
- Soziale Ursachen: Stress, ein Umzug oder der Tod des Partners.

Meist lassen sich die Ursachen im Krankenhaus nachweisen. Lassen sich diese beseitigen, verschwinden die Störungen. (vgl. Menche, 389-390)

### **Chronische Verwirrtheit**

Bei einer chronischen Verwirrtheit halten die Symptome Monate und über Jahre an. Abgesehen von den anderen Symptomen haben die Patienten zusätzlich eine Demenz (Erklärung siehe unten). Sie leiden unter Wahrnehmungsstörungen, Gedächtnisstörungen, Denkstörungen, Desorientierung, Persönlichkeitsveränderungen und in der Folge unter körperlichem Abbau.

(vgl. Menche, 390)

#### **4.2. Demenz**

Der Begriff Demenz wird als ein Überbegriff einer Reihe von Symptomen verwendet. Es wird eine chronische und fortschreitende Verschlechterung der kognitiven Fähigkeiten beschrieben. Dazu gehören: Gedächtnis, Denken, Orientierung, Begriffsvermögen, Rechenfähigkeit, Lernfähigkeit, Sprechfertigkeit und Urteilsvermögen. Zusätzlich kann es noch zu Verlust der Gefühlkontrolle, des sozialen Verhaltens und Persönlichkeitsveränderungen kommen.

Eine Reihe von Krankheiten oder medizinischen Zuständen kann die Ursache von Demenz sein. Wie zum Beispiel:

- Gefäßverschlüsse
- Infarkte
- Parkinson



- HIV/Aids
- Drogenmissbrauch uvm.

(vgl. Feil/Klerk-Rubin, 2005, 41-43)

### **4.3. Alzheimer`sche Krankheit**

Je nach Plaquebildung im Gehirn unterscheidet man zwischen früh einsetzender und spät einsetzender Demenz. Beide werden als Alzheimer Krankheit bezeichnet. Früh einsetzende Alzheimer schreitet schnell fort und hat viele Symptome, die schon im frühen Krankheitsstadium auftreten. Langsamer schreitet die spät auftretende Alzheimer fort und zeigt sich in einem extremen Gedächtnisverlust.

(vgl. Feil/Klerk-Rubin, 2005, 43-44)

Die Erkrankung beginnt meist mit leichten Erinnerungsstörungen zum Beispiel:

- Vergessen von Namen
- Verlegen von Gegenständen

Die Patienten machen sich Notizen, um nichts zu vergessen. Später kommt es zu komplexen Störungen: es können keine Mahlzeiten gekocht werden, es gibt Schwierigkeiten Rechenaufgaben zu lösen. Im weiteren Verlauf treten neuropsychologische Störungen auf:

- Sprachstörungen
- Auffassungsstörungen
- Störungen komplexer Abläufe wie Ankleiden und Körperpflege

Die Erinnerungstörung betrifft das Kurzzeitgedächtnis. Die Patienten wissen nicht, was sie am Vortag gegessen haben. Das Langzeitgedächtnis bleibt für weit zurückgelegene Ereignisse erhalten. Dazu treten noch Störungen der Orientierung in Zeit und Raum auf. Innerhalb von 3-5 Jahren ist das Vollbild der senilen Demenz erreicht. (vgl. Haupt et al, 2002, 132-133)

## **5. Pflegerische Angebote zur Förderung der „verlorenen Sinne“**

In den folgenden Kapiteln möchte ich zeigen, wie wichtig der Mund und der Mundbereich für den Menschen ist und wie man die Sinne unterstützen kann. Da bei älteren Menschen der Appetit abnimmt, ist es auch wichtig, dass die Nahrung geschmackvoll angeboten wird. Der Geschmack- und der Geruchsinn hängen eng zusammen, darum werde ich anschließend Angebote zur Unterstützung des Geruches erklären. Und den Pflegepersonen erklären wie sie, dem Betroffenen seine Umwelt wieder erleben lassen können.

### **5.1. Die Außenwelt mit dem Mund ertasten**

Mit dem Mund erleben wir die eindrucksvollste Außenwelterfahrung. Sie dringt über den Mund in unser Inneres vor. Der Mund ist nicht allein wegen der Ernährung vorhanden, er ist als erstes Organ in der Lage, Informationen der Umgebung aufzunehmen und zu verarbeiten. Säuglinge nehmen dies schon sehr früh wahr. Der Kontakt mit dem Mund zur stillenden „Außenwelt“ der Mutter.

„Durch den Kontakt mit dem Mund korrigiert und entwickelt der Säugling die motorischen Fähigkeiten der Hände. Er macht geschmackliche Erfahrungen mit dem eigenen Körper, durch Lutschen am Daumen oder großen Zeh. Ebenso werden verschiedene Qualitäten wie hart, weich, warm, kalt, wohlschmeckend und unangenehm von den umgebenden Dingen der Außenwelt entdeckt.“  
(Buchholz/Schürenberg, 2005, 174)

Der Mund ist ein Ausdrucks- und Kommunikationsorgan. Laute, Sprache und Mimik ermöglichen viele Äußerungen und Mitteilungen. Nur einen Bruchteil der Wahrnehmung im Mundbereich macht der Geschmack aus. Zur Wahrnehmung gehört nicht nur der Geschmack auf der Zunge, sondern auch die Temperatur, die Konsistenz, der Duft und die Berührung der Lippe mit zum Beispiel dem Prozellan. Der Mensch entwickelte im Laufe des Lebens unterschiedliche Intimbereiche, die sich zum Teil verändern können. Dabei ist der Mund von hoher Bedeutung im Unterschied zu anderen Intimbereichen.

In der Praxis wird dies bei der Mundpflege oft nicht beachtet. Es wird immer das Argument, dass Mundpflege aus hygienischen Gründen gemacht wird, in den Vordergrund gestellt. Es ist aber darauf hinzuweisen, dass die Mundpflege von oralen Angeboten zu unterscheiden ist. (vgl. Buchholz/Schürenberg, 2005, 173-174)

### **Richtiges Vorgehen bei der Mundpflege:**

Um den pflegebedürftigen Menschen die Gelegenheit zu geben, sich auf die Erfahrung in der Mundhöhle einzustellen, sollte sich die Pflegeperson herantasten. Nachdem sich der alte Mensch einstellen kann, was auf ihn zu kommt, kann man mit den Fingern von außerhalb des Mundes bis zur Lippe durch sternförmiges Ausstreichen seine Aufmerksamkeit auf den Mund richten.

Dies sollte mit den Fingern des Betroffenen in Begleitung der Pflegeperson erfolgen. Als nächsten Schritt können die Lippen betont werden, indem sie kreisend umfahren werden.

Durch ein Vor- und Zurückdrehen des Fingers gelangt man in den Vorraum des Mundes. Meist kommt es zum Öffnen des Mundes durch das Ausstreichen der Wangentaschen und der äußeren Zahnreihen. Bietet der Finger ab dem Streichen der Lippe einen angenehmen Geschmack, kommt einem die Zunge meist schon nach dem Ausstreichen der Wange entgegen. Anfangs sollte sich die Pflegeperson jedoch eher im vorderen Bereich des Mundraumes aufhalten. Durch Nichtgebrauch des Mundes und Wahrnehmungsveränderungen kann es zur Verschiebung der Würgereizschwelle kommen. Es sollte einiges an Zeit einkalkuliert werden, bis wir im Mundraum Geschmacks- und Konsistenzangebote machen können. Durch Negativerfahrungen zum Beispiel durch ärztliche, pflegerische Vergangenheit im Mund, kann es Tage bis Wochen dauern, bis ein Patient den Mund öffnet. Es kann somit manchmal nötig sein, in dieser Zeit auf die Mundpflege zu verzichten. Dieser Mensch kann seinen letzten intimen Bereich wieder respektieren und erleben und die anschließende entsprechende Mundpflege ist noch effektiver. Durch die Eigenaktivität von Mund und Zunge wird die körpereigene Mundpflege aktiviert. Die Speichelzusammensetzung und -produktion werden verbessert und durch feste Konsistenzen (Würfelsucker, Fleisch,...) können sich Beläge abschleifen.

(vgl. Buchholz/Schürenberg, 2005, 176-178)

„Die Vorbereitung der Mundpflege kann zu Anfang mit ungewöhnlichen Pflegemitteln wie Bier oder Gurkensaft - je nach Vorlieben des Bewohner - vorgenommen werden, sollte sich aber schon bald von dem Angebot, das Richtung Essen und Trinken zielt, inhaltlich und zeitlich absetzen.“

(Buchholz/Schürenberg, 2005, 178)

## **5.2. Tasterfahrungen mit dem Mund**

Wir machen im Alltag ähnlich wie die Hände, mit dem Mund eine Unmenge, meist angenehmer Erfahrungen. Er dient als Erkundungsorgan. Meist ist es uns gar nicht bewusst, wie häufig wir Gegenstände in den Mund nehmen. Im Zusammenhang mit dem Mund stehen auch viele Ticks (Nagel- oder Bleistiftkauen, Rauchen,...). Vielleicht machen die kontrastreichen Möglichkeiten auf kleinstem Raum den Mund so interessant. Die Konsistenzen wechseln innerhalb weniger Millimeter einander ab, weiche sensible Lippen, mit den kraftvollen spürenden Zähnen und der flexibel weichen bis harten Zunge. Mit der Zunge können wir feinste Krümel ertasten. Ohne Zähne können wir den Mund nicht als Greifwerkzeug nutzen und ohne Lippen- und Zungenbewegung fällt uns das Sprechen schwer. Werden diese Fähigkeiten nicht genutzt, schlafen sie ein. Bei oralen Angeboten können verschiedenste Dinge einschließlich der eigenen Hände des Patienten erfahrbar gemacht werden. Es soll aber ein deutlicher Bezug zum Mund bestehen (Mundpflegeutensilien, Pfeife,...).

Der Gegenstand sollte vor dem Mundkontakt mit den Händen erfahrbar sein, um die Informationen deutlicher zu gestalten. Dies bereitet den Menschen vor und hilft, die Informationen über mehrere Kanäle aufzunehmen und diese zu einem bekannten Bild zu verknüpfen. (vgl. Buchholz/Schürenberg, 2005, 178-179)

## **5.3. Nahrungsaufnahme**

Viele Patienten erhalten aufgrund einer Schwäche oder Schluckstörung passierte Kost. Diese ist in den meisten Einrichtungen aufgrund ihrer optischen Gestaltung und Abwechslung sehr fade. (vgl. Buchholz/Schürenberg, 2005, 180)

Damit diese Menschen noch einen Genuss am Essen erleben können, lässt zum Beispiel ein Sträußchen Petersilie alles freundlicher erscheinen und es regt den Appetit an. Zwei weitere Sinne, das Sehen und das Riechen sollten bewusst eingesetzt werden, um den Menschen verständlich zu machen, dass es sich hier um ein Mittagessen handelt. (vgl. Haupt et al, 2002, 149)

**Fallbeispiel:** Herrn K's Lieblings Speise war immer ein Leberwurstbrot. Seit einigen Wochen kann er nicht mehr richtig abbeißen, deshalb schneiden ihm die Pflegepersonen die Brotscheiben in Würfel. Herr K. sieht das Brot auf seinem Teller, beginnt aber nicht zu essen. Die Brotwürfel haben nichts mehr mit seinem Lieblingsessen gemeinsam. Jegliche Unterstützung der Pflegepersonen lehnt er ab und presst die Lippen zusammen. Die Pflegenden setzen auf den Sinn des Sehens an. Sie bestreichen das Brot vor seinen Augen und zerteilen es in kleine Würfel. Diese werden noch mit frischem Schnittlauch bestreut. Herr K. kann an dem Brot riechen und seine Erinnerungen werden geweckt. Er erkennt wieder sein Leberwurstbrot und kann es genießen. (vgl. Haupt et al, 2002, 149)

Häufig wird die Diagnose Schluckstörung festgestellt, ohne dass eine Logopädin eingeschaltet wird. Diese genannte Schluckstörung kann aber in vielen Fällen die Folge einer Wahrnehmungsstörung sein. Es ist auch zu beachten, ob sich durch Sonden ein Taubheitsgefühl im Rachen eingestellt hat. Dieses kann über Wochen anhalten. Kann keine Logopädin die Einschätzung vornehmen, sollte eine Fachkraft Trinkversuche durchführen, wenn der Betroffene ansprechbar ist.

Zur Vorbereitung zählt, dass die Person in sitzende Position gebracht wird. Der Kopf sollte so gebeugt sein, dass die Flüssigkeit, wenn sie nicht in Richtung Kehle befördert wird, aus dem Mund rinnt. Der Mund wird ebenfalls vorbereitet, um die Aufmerksamkeit zu steigern (siehe Seite 19). Als Flüssigkeit bietet sich eine bekannte mit angemessener Temperatur und ansprechendem Geschmack an. Fruchtsäure sollte am Anfang gemieden werden, da diese, wenn sie aspiriert wird, die Lungenschleimhäute angreifen könnte. Das gut gefüllte Trinkgefäß, möglichst ein vertrautes Material (Glas), kann dem Betroffenen in die Hand gegeben werden. In den vorderen Mundbereich wird ein kleiner Schluck eingebracht, sodass dieser weiter befördert werden muss. Handelt es sich um eine Veränderung der Wahrnehmung, wird der Betroffene den weiteren Schluckvorgang vornehmen. Erfolgt dieses nicht, kann die Pflegenden weitere Versuche starten und eine Logopädin hinzuziehen. Werden die Getränke angedickt, wird die Flüssigkeit langsamer und kann besser wahrgenommen werden.

Es muss nicht immer Pudding oder Kartoffelpüree sein. Mit einem Getränkemixer lässt sich fast alles passieren. Bei Suppen mit festen Einlagen fließt das Düninflüssige zu schnell und die beiden Konsistenzen stellen eine Überforderung dar. Um Zungen- und Kaubewegungen zu fördern, auch wenn Schlucken nicht möglich ist, können Weingummi, Fleischstücke und Bonbons in eine auseinandergefaltete angefeuchtete Mullkomresse oder einen Fingerschlauchverband gelegt werden. Es geht neben der Eindeutigkeit (flüssig oder fest) also um ein schrittweises Heranführen an diese komplexe Situation, um den zuvor viele tausendmal durchgeführten Vorgang wachzurufen. Es können motorische Restfunktionen auf Dauer verstärkt werden, sodass der wahrnehmungsgestärkte Mensch den Mund und seine Möglichkeiten wieder begreifen kann. (vgl. Buchholz/Schürenberg, 2005, 180-181)

#### 5.4. Veränderungen im Mundbereich und Geschmack

Veränderung	Auswirkung	Pflegerisches Angebot
<b>Geschmacksknospen gehen durch Abnutzung verloren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Undeutliches Schmecken</li> <li>• Empfindung für Süßes und im späteren Verlauf für Salziges ist herabgesetzt</li> <li>• Bitteres wird am längsten deutlich geschmeckt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stärker würzen</li> <li>• Süßigkeiten verbessern das Erinnerungsvermögen und senken die Schmerzempfindlichkeit</li> </ul>
<b>Speichelfluss deutlich herabgesetzt</b>	Essen schmeckt häufig nach Sand	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wasser im Mund zusammen laufen lassen durch visuelle und geruchliche Vorbereitung – mitkochen lassen, Tischdecken</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Speichelfluss durch Zitronengeruch fördern</li> </ul>
<b>Verlust des Hungergefühls</b>	Nahrungsaufnahme nach OP, Krankheiten,... meist unzureichend und lustlos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Besonders intensive Angebote machen, um Lust aufs Essen zu machen</li> </ul>
<b>Durstdefizit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trotz erheblichen Flüssigkeitsmangels klagen alte Menschen kaum oder gar nicht über Durst</li> <li>• Alte Menschen trinken zu wenig</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Große, nicht zu schwere, gewohnte Trinkgefäße nutzen</li> <li>• Trinkrituale nutzen bzw. einführen (Kaffee ans Bett,...)</li> <li>• Koffein- und Teeinmenge reduzieren, besser Säfte und Mineralwasser, Milch</li> <li>• Kaffee nur mit einem zusätzlichen Glas Wasser anbieten</li> </ul>

Tabelle 1 – Veränderungen im Mundbereich und Geschmack  
(vgl. Buchholz/Schürenberg, 2005, 239)

## 6. Begleitende Bewegungen

Für bestimmte Bewegungsvorgänge wie Lageveränderungen, Ankleiden, Mundpflege oder Essen eignen sich die begleitenden Bewegungen. Um Bewegungen zu initiieren, gibt es verschiedene Arten. Wir können diese passiv oder aktiv ausführen, jeweils aus der Sicht des Patienten.

Passiv: Die Pflegeperson macht mit einem Körperteil eine Bewegung zum Beispiel, wenn sie jemanden vom Sitzen zum Stehen unterstützt.

Aktiv: Die Pflegeperson gibt die Bewegung vor, und der Patient muss diesem Impuls passiv folgen. Zum Beispiel wird die Hand eines Schlaganfallpatienten zum Gesicht des Patienten geführt.

Die Bewegung in Begleitung: Die Pflegekraft nimmt die Bewegung des Betroffenen auf und stärkt diese, geht ihr nach und unterstützt. Beide Personen können abwechselnd den Ton angeben. Bei der begleitenden Bewegung ist es wichtig, dass beide weiterhin selbstbestimmt sind und sich jeder einbringt.

Im Vordergrund steht nicht das Ziel, da dieses verschieden sein kann, sondern der gemeinsame Weg und der Austausch. So ist es möglich, dass die Pflegeperson die Richtung und das Tempo vorgibt, also den Betroffenen führt. Dies ist aber nur mit Verständigung zwischen den beiden möglich. Durch diesen Austausch werden die Fähigkeiten von der Pflegekraft über großflächige Berührungskontakte wahrgenommen und spürbar für den Patienten gemacht. Dieser nimmt sie auf und führt sie weiter. Diese Bewegungserfahrung aktiviert die Sinneswahrnehmung und der Betroffene erkennt wieder bestimmte Bewegungen (zum Beispiel die Handhabung der Gabel beim Essen). Um den Austausch möglichst groß zu machen, ist für eine geeignete Kommunikationsfläche zu sorgen. Deshalb sollten also viele synchrone Bewegungen in direktem Kontakt spürbar sein. Hand an Hand und Unterarm an Unterarm. Das Gefühl der Selbstbestimmtheit wirkt motivierend und wirkt bei manchen Patienten so, dass sie sich zum Beispiel die Mundpflege durchführen lassen. Das heißt nicht, irgendwas dringt in den Mund ein, sondern eine Hand mit einer Zahnbürste, die die Zähne putzt. Eine Variante der begleitenden Bewegung kann die Körpererfahrung beim Umlagern sein, das Bein wird in seiner Form und Stabilität unterstützt. Die Unterstützungsfläche, die so groß wie möglich sein sollte, gibt die Information der Schwerkraft und der Seite. (vgl. Buchholz/Schürenberg, 2005, 242-245)

## **7. Die Umwelt erriechen**

Gerüche vermitteln Informationen der Außenwelt und können deshalb zur Orientierung dienen. Auch im Bezug auf Räume (Küche, Schlafzimmer,...), Speisen und nicht nur auf Personen. Der Geruch spielt eine bedeutende Rolle,



wenn es im Alter zur Verminderung der Geruchsdifferenzierung kommt und eventuell Vorlieben verändert werden. Vertraute Gerüche, wie der des Partners oder der Wohnung geben dem Menschen Sicherheit. Manch einer wird unruhig oder kann besser einschlafen, wenn er den Geruch des Partners am Kissen wahrnimmt. Andere werden von Düften, die sie mit ihrem Hobby verbinden, angeregt und aufgemuntert (z.B.: frische Erde, Holz, Ölgeruch, Klebstoff,...). In Krankenhäusern und Heimen ist aber eher ein typischer Einheitsgeruch vorhanden. Dabei geben Gerüche einen bedeutenden Einfluss auf unser Gefühlsleben.

In der Basalen Stimulation<sup>®</sup> geht es aber nicht um die gezielte „Aromaintervention“. Es geht darum, Gerüche wieder in ihrem vertrauten Sinneszusammenhang zu erleben, um die Wahrnehmung in anderen Bereichen zu unterstützen und Orientierung zu geben, vielleicht Kommunikation zu verstärken. Auch Körpergerüche wie Angstschweiß (Sorgen, Stress,...) aber auch Ausdünstungen bei Freude und anderes werden teilbewusst wahrgenommen und wirken auf den anderen ein.

Der Mensch verfügt über ein erstaunliches Geruchsgedächtnis, das ganze Situationen einschließlich der Gemütslage wieder wachrufen kann.

Diese Gedächtnisspuren sind mit vielen anderen Erfahrungen verkoppelt, das heißt, aus den Bereichen des Visuellen, Emotionalen, Akustischen usw. dadurch kann der Mensch Lücken in diesen Bildern wieder schließen und mit Hilfe diese reaktivieren. Wir sind auch in der Lage, in einem begrenzten Rahmen trotz Intubation zu riechen, da bestimmte Aromen wie Salmiak oder Schweiß über das vomeronasale Organ aufgenommen werden.

In der gesamten Nasen- und Mundschleimhaut sind Geruchspapillen zu finden, die Gerüche aufnehmen. Bei zum Beispiel einem wach-komatösen Zustand kann es zu starken Verschiebungen der Wahrnehmung kommen, dadurch ist auch eine stärkere Aromawahrnehmung möglich. Die Geruchskomponente sollte nicht ausgeklammert werden. Wenn Angehörige oder auch Pflegepersonen Zuversichtlichkeit vorspielen, aber der „Angstgeruch“ in der Luft liegt, macht dies wenig Sinn. Auf der anderen Seite kann dem Patienten etwas Vertrautes, das er gerne riecht, dagelassen werden (T-Shirt, Kopfkissenbezug,...).

Bei der Körperpflege ist zu beachten, dass die jahrelang verwendeten Düfte angewandt werden. Mit unterschiedlichen Gerüchen kann somit auch der Unterschied zwischen Wochen- und Feiertag vermittelt werden (z.B.: nur sonntags gibt es die teure Rosenseife). Eine regelmäßige Lüftung ist wichtig, damit man den Kaffeeduft und das Mittagessen deutlicher riechen kann und unangenehme Gerüche schneller schwinden. Die Geruchswahrnehmung adaptiert sehr schnell. Der Umgang mit Patienten, die ihren eigenen Uringeruch nicht wahrnehmen, kann sich sehr belastend auswirken. In diesem Fall können geruchsbindende Waschzusätze wie Apfelessig ausprobiert werden.

(vgl. Buchholz/Schürenberg, 2005, 186-188)

Der Demenzkranke nimmt Gerüche wahr, auch wenn er darüber nicht sprechen kann und den Geruch mit dem dazugehörigen Begriff nicht mehr verbinden kann. Die Pflegepersonen sollten überdenken, mit welchem Geruch sie in den Raum oder an das Patientenbett gehen. Zigarettengeruch wird von dem Betroffenen nicht als angenehm empfunden.

Ein schwerkranker oder sterbender Mensch hat nur mehr selten die Gelegenheit, an angenehme, wohltuende Gerüche zu gelangen bzw. diese wahrzunehmen. Seine Umgebung riecht dauerhaft nach Medikamenten, warmer, abgestandener Zimmerluft und Ausdünstungen anderer Mitbewohner.

Pflegepersonen haben die Möglichkeit, eine nachfüllbare Sprühflasche mit dem persönlichen Duft (bei Männern könnten sie deren Rasierwasser wählen) des Betroffenen mitzunehmen.

Zarter Duft nach frischem Heu, nach grünem Tee, nach Leder oder Mandarinen verkörpern ein Stück aktives Leben. Sprüht sich die Pflegeperson, bevor sie das Patientenzimmer betritt, einen Duft auf ihr Handgelenk, gibt sie dem Betroffenen bei jedem Handgriff einen angenehmen Sinnesreiz.

(vgl. Haupt et al., 2002, 148-149)

Viele Patienten haben nicht die Möglichkeit zu „schnüffeln“. Deshalb ist es wichtig, dass die Gerüche leichter aufgenommen werden können. Hält man einem bewusstlosen Patienten ein Aromafäschchen vor die Nase, hat dies wenig Sinn, denn dieser kann nicht einatmen. Besser wäre es, wenn die Pflegeperson das Fläschchen unter der Nase des Betroffenen hin und her wedelt, damit sich die

Moleküle verteilen und somit besser gerochen werden können. (vgl. Pflege Heute, 2004, 316)

Für die Patienten, die mit Magensonde ernährt werden, ist die Vermittlung von Nahrungsgerüchen besonders wichtig, weil das Essen nicht nur der Nahrungsaufnahme, sondern auch dem Schmecken und dem Genuss dient. Daher ist es auch wichtig, dass die Pflegepersonen die Sondenkost mit einer geruchlichen Anregung vorbereiten. Dies können appetitliche Düfte z.B. von Gewürzen wie Zimt, Anis oder Thymian sein. Manchmal sind bei Patienten auch Schmatzbewegungen zu beobachten, die einen Hinweis darauf geben, dass das Anbieten von Gerüchen eine angenehme Assoziation auslöst.

Gerüche sollten nicht überdosiert werden. Auch ein angenehmer Duft kann zu intensiv sein und dann als störend oder sogar Ekel erregend empfunden werden.

(vgl. Pflege Heute, 2004, 316)

**Fallbeispiel:** Frau H. ist erst seit kurzer Zeit in ein Pflegeheim gekommen. Da sie durch den Umzug und die neue Umgebung verwirrt ist, möchte sie nur noch in ihr altes Zuhause. In der Nacht verschwindet sie aus ihrem Zimmer und möchte das Pflegeheim verlassen. Dabei ist es schon öfter zu Stürzen gekommen, da Frau H. ohne Unterstützung sehr schwach beim Gehen ist.

Um diese „Unfälle“ zu verhindern und damit Frau H. wieder zu ihrer Ruhe kommt, haben die Pflegepersonen Kontakt zu den Angehörigen aufgenommen. Sie besorgten Frau H's persönlichen Kopfpolster und wechselten ihn aus.

Die Pflegekräfte erfuhren noch, dass Frau H. immer ein Lavendelkissen auf ihren Polster legt. Diese Hinweise wurden berücksichtigt und Frau H. kann wieder durchschlafen.

### **7.1. Geruchsempfinden im Alter:**

<b>Veränderung</b>	<b>Auswirkung</b>	<b>Pflegerische Angebote</b>
Verminderte Anzahl olfaktorischer Nervenfasern	Herabgesetzte Geruchsempfindung	Klare, interessante oder orientierende Gerüche anbieten

Tabelle 2 - Geruchsempfinden im Alter (vgl. Buchholz/Schürenberg, 2005, 238)

## **8. Praktische Umsetzung anhand eines Fallbeispielen**

Wie ich schon am Beginn meiner Arbeit erwähnt habe, leidet meine Großmutter an Alzheimer. Anfangs zeigte sich die Krankheit durch das Vergessen von Namen und das Verlegen von Gegenständen. Diese Symptome wurden nicht gleich ernst genommen. Da meine Oma im 88. Lebensjahr ist, schoben es alle auf ihr Alter.

Als die Alzheimer'sche Krankheit fortschritt, kam es so weit, dass sie in der Nacht aufstand, in den Keller ging, sich Kartoffeln holte und diese am Herd kochen wollte. Von einer Sekunde auf die Andere vergaß sie aber, was sie machen wollte und legte sich wieder ins Bett. Zum Glück lebt meine Großmutter nicht alleine, sonst wären schon schlimme Dinge passiert. Die Störungen wurden immer komplexer. Es gibt Tage, da weiß sie nicht, in welchem Raum sie sich befindet und wie sie zum Beispiel in die Küche kommt. Oder sie vergisst auch manchmal den Ablauf des Gehens. Sie steht und weiß nicht, wie sie den Fuß bewegen muss, um weiter zu kommen.

Da meine Tante, die mit meiner Oma in einem Haushalt lebt, Vollzeit arbeiten geht, hat sie sich Hilfe geholt. Eine 24-Stunden Pflegerin ist nun bei ihr zu Hause und kümmert sich um meine Großmutter.

Weil noch zusätzlich zu dem Alzheimer die physiologischen Veränderungen des Körpers im Alter kommen, trinkt sie nicht sehr viel und das Essen schmeckt ihr nicht mehr. Dazu kommt noch, dass sie öfter den Ablauf des Essens vergisst.

Um ihr das Essen wieder schmackhaft zu machen, habe ich ihr im Rahmen der Basalen Stimulation® orale Angebote gemacht. Ich fragte sie nach ihrem Lieblingsgeschmack und bereitete meine Utensilien für die orale Stimulation vor.

Zu Beginn massierte ich ihr Gesicht. Ich begann bei der Stirn und ging weiter zu den Wangen. Durch sternförmiges Ausstreichen zu den Lippen wurde sie darauf vorbereitet, was weiter geschieht. Dann umkreiste ich ihre Lippen und strich über diese. Dies machte ich mit dem Finger meiner Großmutter und ich begleitete sie.



Abbildung 1 - Massieren der Stirn



Abbildung 2 - Sternförmiges Ausstreichen zu den Lippen



Abbildung 3 - Umkreisen der Lippen



Abbildung 4 - Streichen der Lippen

Da sie gerne Orangen isst, nahm ich eine und presste sie aus. Im Saft tränkte ich eine Gazetupfer und wickelte diese um meinen Finger. Durch das Vor- und Zurückdrehen des Fingers öffnete sie den Mund und ich konnte ihre Wangentaschen austreichen. Anschließend strich ich ihr noch über die Zunge. Durch die Säure der Orange wurde noch zusätzlich der Speichelfluss angeregt, der sehr wichtig ist, damit der Mundraum nicht austrocknet.



Abbildung 5 - Mit Gaze umwickelter Finger,  
Vor- und Zurückdrehen des Fingers

Nach Beendigung der Stimulation äußerte sie ein großes Durstgefühl und trank ein volles Glas Wasser aus.

Um sie beim Essen zu unterstützen, da sie oft vergisst, wie man das Besteck verwendet, eignen sich die begleitenden Bewegungen sehr gut. Ich stellte mich seitlich hinter meine Oma, nahm ihre Hand und führte sie mit der Gabel zum Mund. Dies habe ich ein paar Mal wiederholt. Dann ließ ich es ihr selber versuchen. Sie konnte sich wieder an den Handlungsablauf erinnern und führte es ohne Probleme durch.



Abbildung 6 - Unterstützung beim Essen

Als nächstes Problem nahm ich das unregelmäßige Schlafverhalten meiner Großmutter in „Angriff.“ Vorerst erkundigte ich mich in einer Apotheke über bestimmte Gerüche, die das Einschlafen verbessern können. Die nette Dame stellte mir einige Düfte vor, die beruhigend wirken, wobei ich mich für Lavendel entschied. Ich kaufte die getrockneten Lavendelblüten und füllte diese in ein kleines Stoffsäckchen. Dieses legte ich meiner Oma auf das Kopfkissen, so dass sie es gut riechen konnte. Ihre Betreuerin erzählte mir, dass sie sofort einschlief und nicht so unruhig war, wie in den vorherigen Nächten.



Abbildung 7 - Lavendelkissen als "Einschlafhilfe"

In der unten angeführten Tabelle habe ich noch einige Düfte und deren Wirkung beschrieben. Die Informationen dafür, erhielt ich von der Apothekerin.

### Beruhigende Düfte

Name	Duft	Wirkung
<b>Anis</b>	warm, süß, würzig, weich, intensiv	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entspannung</li> <li>• wirkt gegen Alpträume</li> <li>• lässt in den Schlaf sinken</li> </ul>
<b>Benzoe</b>	balsamisch, süß, pudrig	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Streichelt die Seele</li> <li>• wirkt wie ein Trostpflaster, das wärmt und beruhigt</li> </ul>
<b>Lavendel</b>	blumig, frisch, klar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hilft Dinge und Situationen zu klären und zu reinigen</li> <li>• beruhigt und bringt einen wohltuenden Schlaf</li> </ul>



<b>Name</b>	<b>Duft</b>	<b>Wirkung</b>
<b>Zimt</b>	warm, süß, intensiv, würzig	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gefühl von Wärme und Behaglichkeit</li> <li>• regt Fantasie an</li> </ul>
<b>Vanille</b>	freundlich, süß, balsamisch, warm	<ul style="list-style-type: none"> <li>• streichelt Körper und Seele</li> <li>• Entspannung</li> <li>• Ärger, Reizbarkeit und Missmut fallen ab</li> </ul>

Tabelle 3 – Beruhigende Düfte

## 8. Zusammenfassung

Zum Abschluss möchte ich noch den Pflegenden mitteilen, welche Voraussetzungen nötig sind, um Basale Stimulation® in den Pflegealltag zu integrieren. Basale Stimulation® ist ein Fortbildungskurs, der aus einem Grundkurs besteht. Dieser dauert 3 Tage, je 8 Stunden. Dieser Kurs wird an der NÖ Landesakademie - Abteilung Höhere Fortbildung in der Pflege – in Mödling angeboten.

Alle, die sich dafür interessieren, finden nähere Informationen unter der Internetadresse: <http://www.pflege.noelak.at/>

Da ich mich mit diesem Thema näher auseinandersetzen durfte, habe ich einen Einblick bekommen, was Pflege mit alten Menschen bedeutet. Damit meine ich nicht nur die Körperpflege, sondern auch das Eingehen auf ein Individuum, seine Bedürfnisse erkennen und die „schwach“ gewordenen Sinne zu unterstützen. Dem Betroffenen werden dadurch neue Welten gezeigt und er hat Anreize in dem ewigen Alltagstrott. Der alte, verwirrte Mensch muss respektiert werden und es muss entsprechend seinem Alter mit ihm kommuniziert werden. Denn Kommunikation ist wichtig, bei jeder Pflegehandlung. Da der Betroffene nicht

überfordert werden soll, müssen sich die Pflegepersonen für ihn Zeit nehmen und dieses auch in den Pflegeprozess einplanen.

Ich würde mich freuen, wenn Pflegepersonen meine Arbeit lesen und einige Angebote zur Basalen Stimulation® in der Pflege mitnehmen und diese umsetzen, auch wenn sie keine Fortbildung besucht haben.

Mir hat es sehr viel Freude gemacht diese Arbeit zu verfassen und ich möchte mich bei meiner Großmutter bedanken, die mir für meine Fotos „Modell“ gestanden ist, sowie bei meiner Betreuungslehrerin, die mir wertvolle Tipps gab und mich unterstützte.

## Quellenverzeichnis

Buchholz/Schürenberg, (2005): Lebensbegleitung alter Menschen, Basale Stimulation® in der Pflege alter Menschen, 2., vollständige überarbeitete und erweiterte Auflage, Hans Huber, Bern

Feil/Klerk-Rubin, (2005): Validation, ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen, 8., überarbeitete und erweiterte Auflage, Ernst Reinhardt, München

Fröhlich et al., (1997): Fördern-Pflegen-Begleiten, Beiträge zur Pflege- und Entwicklungsförderung schwerst beeinträchtigter Menschen, Verlag selbstbestimmtes Leben, Düsseldorf

Haupt et al., (2002): Neurologie und Psychiatrie für Pflegeberufe, 9., völlig überarbeitete Auflage, Thieme, Stuttgart, New York

Menche, (2003): Biologie, Anatomie, Physiologie, 5. Auflage, Urban & Fischer, München

Nydahl/Bartoszek, (2003): Basale Stimulation®, neue Wege in der Pflege Schwerstkranker, 4.Auflage, Urban & Fischer, München

Pflege Heute, (2004): Lehrbuch für Pflegeberufe, 3., vollständige überarbeitete Auflage, Urban & Fischer, München

Pschyrembel, (2004): Klinisches Wörterbuch, 260. Auflage, Walter de Gruyter, Berlin, New York

## Glossar

**Osteoporose** = Skeletterkrankung mit Verminderung der Knochenmasse und erhöhter Frakturanfälligkeit (vgl. Pschyrembel, 2004, 1334)

**Arthrose** = degenerative Gelenkerkrankung, die vorwiegend bei einem Missverhältnis zwischen Beanspruchung und Belastbarkeit der einzelnen Gelenkanteile und –gewebe entsteht (vgl. Pschyrembel, 2004, 142)

**Tonus** = Grad der Anspannung eines Organs oder Organteils, z.B. von Muskeln, Gelenken oder Nerven (vgl. Pschyrembel, 2004, 1823)

**Presbyopie** = Alterssichtigkeit, Erschwerung des Nahsehens durch Elastizitätsverlust der Linse (vgl. Pschyrembel, 2004, 1475)

**Sebostase** = verminderte Talgproduktion mit trockener Haut und glanzlosen Haaren (vgl. Pschyrembel, 2004, 1661)

**Vomeronasales Organ** = auch Jacobson-Organ genannt.

Die Sinneszellen des Jacobson-Organs sind auf die olfaktorische Wahrnehmung bestimmter Stoffe spezialisiert. Vomeronasales Organ ist röhrenförmig, von ungefähr 1mm Länge, und im Innern der Nase platziert, unmittelbar oberhalb des Knorpels, der die 2 Nasenlöcher teilt. (vgl. <http://de.wikipedia.org/wiki/Jacobson-Organ>)

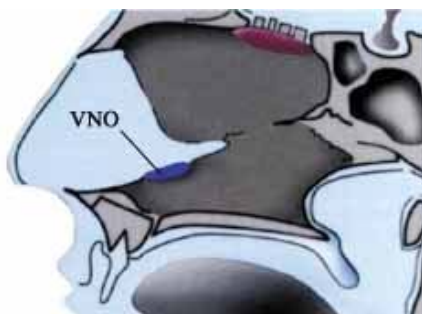


Abbildung 8 - Der Ort des vomeronasalen Organs in der Nase

## **Abbildungsverzeichnis**

**Abbildung 1** – Massieren der Stirn

**Abbildung 2** – Sternförmiges Ausstreichen zu den Lippen

**Abbildung 3** – Umkreisen der Lippen

**Abbildung 4** – Streichen der Lippen

**Abbildung 5** – Mit Gaze umwickelter Finger, Vor- und Zurückschieben des  
Fingers

**Abbildung 6** – Unterstützung beim Essen

**Abbildung 7** – Lavendelkissen als „Einschlafhilfe“

**Abbildung 8** – Der Ort des vomeronasalen Organs in der Nase

## **Tabellenverzeichnis**

**Tabelle 1** – Veränderungen im Mundbereich und Geschmack

(vgl. Buchholz/Schürenberg, 2005, 239)

**Tabelle 2** – Geruchsempfinden im Alter (vgl. Buchholz/Schürenberg, 2005, 238)

**Tabelle 3** – Beruhigende Düfte