

**Gesundheitsförderung durch Kinästhetik  
im Kontext des Pflegemodells  
nach Monika Krohwinkel**

Masterarbeit  
zur Erlangung des akademischen Grades  
**Master of Science**  
in Pflegepädagogik

Universitätslehrgang  
für Lehrerinnen und Lehrer der Gesundheits- und Krankenpflege  
an der Karl-Franzens-Universität, Graz

Betreuung der Arbeit:  
Mag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> phil. Irma M. Hinghofer-Szalkay

Vorgelegt von:  
Sandra Gütl

Graz, am 1.12.2011

## **Ehrenwörtliche Erklärung**

Hiermit erkläre ich, dass ich diese Abschlussarbeit selbständig und nur unter Verwendung der angegebenen Hilfsmittel verfasst habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken oder Formulierungen sind als solche kenntlich gemacht.

Graz, am 1.12.2011

---

Sandra Gütl

## **Danksagung**

Ein besonderer Dank gilt meiner Betreuerin Mag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> phil. Irma M. Hinghofer-Szalkay. Sie hat mich mit wertvollen Hinweisen beim Verfassen meiner Masterarbeit begleitet.

## **Abstract**

This thesis explains the concept of kinaesthesia by means of integrating the care model of Monika Krohwinkel as a guideline. The resulting consequences and effects of this concept in regards to the health development of clients and patients as well as caregivers are presented and outlined by studies.

Health promotion and prevention have gained more significance in public health (health care) due to the health definition of the World Health Organization (WHO). Health promotion is based on the model of salutogenesis from Aaron Antonovsky: "What keeps the human body healthy?" Dr. Frank Hatch and Dr. Lenny Maietta developed the concept of kinaesthesia. If kinaesthesia is implemented correctly resource-orientated skills will be reached in professional health care and nursing so that care and nursing practice will be facilitated.

The concept of kinaesthesia explains the interaction between caregiver and client. It is defined as the science of subjacent human movement patterns. The sensomotoric competence and skills of the caregivers are trained in order to instruct clients who suffer from limited movement. Resources of both parties are to be recognized, activated and implemented.

### **Keywords:**

health appreciation, health promotion, prevention, salutogenesis, concept of kinaesthesia, health model of Monika Krohwinkel, resources.

## **Abstrakt**

Das Konzept der Kinästhetik wird in der vorliegenden Arbeit im Kontext des Pflegemodells nach Monika Krohwinkel als Handlungsanleitung integriert. Weiters werden die daraus resultierenden Folgen und Auswirkungen auf die Gesundheitsentwicklung der Betreuten und der zu Pflegenden sowie der Betreuungs- und Pflegepersonen anhand von Studienergebnissen vorgestellt.

Durch die Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) haben die Begriffe „Gesundheitsförderung“ und „Prävention“ einen höheren Stellenwert im Gesundheitswesen erhalten. Die Gesundheitsförderung basiert wesentlich auf dem Modell der Salutogenese von Aaron Antonovsky: „Was hält den Menschen gesund?“ Dr. Frank Hatch und Dr. Lenny Maietta entwickelten das Konzept der Kinästhetik. Kinästhetik, richtig eingesetzt, liefert der professionellen Betreuung und Pflege ressourcenorientierte Fähigkeiten und erleichtert somit die Betreuungs- und Pflegepraxis. Das Konzept der Kinästhetik beschreibt eine Interaktion zwischen Pflegeperson und pflegebedürftigen Menschen. Es ist eine Lehre der tieferliegenden menschlichen Bewegungsmuster. Die sensomotorische Kompetenz der Pflegeperson wird dahingehend geschult, dass sie bewegungsbeeinträchtigte Menschen speziell anleiten kann, sodass eigene Ressourcen von beiden Seiten wahrgenommen, aktiviert und eingesetzt werden können.

### **Schlüsselwörter:**

Gesundheitsverständnis, Gesundheitsförderung, Prävention, Salutogenese, Konzept der Kinästhetik, Pflegemodell nach Monika Krohwinkel, Ressourcen.

## Inhaltsangabe

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 1     | Einleitung.....                                  | 5  |
| 2     | Verständnis von Gesundheit und Krankheit .....   | 7  |
| 2.1   | Pathogenese .....                                | 7  |
| 2.2   | Stress-Coping-Modell .....                       | 8  |
| 2.3   | Gesundheit.....                                  | 9  |
| 2.4   | Salutogenese.....                                | 10 |
| 3     | Gesundheitsförderung und Prävention .....        | 12 |
| 3.1   | Gesundheitsförderung .....                       | 12 |
| 3.1.1 | Ottawa-Charta .....                              | 13 |
| 3.1.2 | Wirksamkeit der Gesundheitsförderung .....       | 13 |
| 3.1.3 | Empowerment .....                                | 14 |
| 3.1.4 | Gesundheitsförderung im beruflichen Alltag ..... | 14 |
| 3.1.5 | Gesundheitsförderung in der Pflege .....         | 15 |
| 3.1.6 | Beratung .....                                   | 16 |
| 3.2   | Prävention .....                                 | 17 |
| 3.2.1 | Primärprävention .....                           | 17 |
| 3.2.2 | Sekundärprävention .....                         | 19 |
| 3.2.3 | Tertiärprävention .....                          | 19 |
| 3.2.4 | Prävention in der Pflege.....                    | 19 |
| 4     | Kinästhetik.....                                 | 21 |
| 4.1   | Ursprung der Kinästhetik .....                   | 21 |
| 4.2   | Wissenschaftliche Grundlagen des Konzeptes.....  | 22 |
| 4.2.1 | Verhaltenskybernetik .....                       | 22 |

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 4.2.2 | Humanistische Psychologie .....                                       | 23 |
| 4.2.3 | Weitere Ansätze der Kinästhetik .....                                 | 24 |
| 4.3   | Ziele der Kinästhetik.....  | 25 |
| 5     | Die Konzepte der Kinästhetik.....                                     | 27 |
| 5.1   | Das Konzept der Interaktion .....                                     | 27 |
| 5.2   | Das Konzept der funktionalen Anatomie.....                            | 30 |
| 5.3   | Das Konzept der menschlichen Bewegung.....                            | 31 |
| 5.4   | Das Konzept der Anstrengung .....                                     | 33 |
| 5.5   | Das Konzept der menschlichen Funktion .....                           | 34 |
| 5.6   | Das Konzept der Umgebungsgestaltung .....                             | 36 |
| 6     | Das Pflegemodell nach Monika Krohwinkel.....                          | 37 |
| 6.1   | Konzepte, Theorien und Modelle in der Pflege.....                     | 37 |
| 6.2   | Biografie von Monika Krohwinkel.....                                  | 38 |
| 6.3   | Rehabilitierende Prozesspflege am Beispiel von Apoplexiekranken ..... | 39 |
| 6.3.1 | Theoretische Grundlagen der Fördernden Prozesspflege .....            | 40 |
| 6.3.2 | Methodischer Vorgang des Forschungsprojektes.....                     | 41 |
| 6.3.3 | Kernaussage der Fördernden Prozesspflege.....                         | 42 |
| 6.3.4 | Fünf Kategorien der Fördernden Prozesspflege .....                    | 42 |
| 6.3.5 | Zielsetzung der Fördernden Prozesspflege .....                        | 43 |
| 6.3.6 | Praxisfelder der Fördernden Prozesspflege.....                        | 44 |
| 7     | Das Rahmenkonzept zur ganzheitlich-fördernden Prozesspflege .....     | 45 |
| 7.1   | Die vier Schlüsselkonzepte .....                                      | 45 |
| 7.1.1 | Person.....   | 45 |
| 7.1.2 | Umgebung .....  | 46 |
| 7.1.3 | Gesundheit/Wohlbefinden .....   | 46 |
| 7.1.4 | Pflegerischer Handlungsprozess.....                                   | 46 |

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 7.2   | Die Fördernde Prozesspflege als System .....                         | 47 |
| 7.2.1 | Das Rahmenmodell.....  | 49 |
| 7.2.2 | Das Pflegeprozessmodell .....  | 51 |
| 7.2.3 | Das ABEDL-Strukturierungsmodell .....                                | 53 |
| 7.2.4 | Das Managementmodell .....   | 56 |
| 7.2.5 | Das Qualitätsentwicklungsmodell .....                                | 57 |
| 7.3   | Kritische Auseinandersetzung .....                                   | 57 |
| 8     | Kinästhetik im Kontext des Pflegemodells nach Monika Krohwinkel..... | 61 |
| 8.1   | Kommunizieren können.....  | 62 |
| 8.2   | Sich bewegen können .....  | 64 |
| 8.2.1 | Einfache Funktion: Position halten.....                              | 64 |
| 8.2.2 | Komplexe Funktionen: Fortbewegung .....                              | 66 |
| 8.3   | Vitale Funktionen des Lebens aufrecht erhalten können .....          | 68 |
| 8.3.1 | Zirkulation.....   | 68 |
| 8.3.2 | Atmung .....   | 69 |
| 8.4   | Sich pflegen können.....   | 70 |
| 8.5   | Sich kleiden können.....   | 71 |
| 8.6   | Ausscheiden können .....   | 72 |
| 8.6.1 | Stuhlgang .....  | 72 |
| 8.6.2 | Urinausscheidung .....   | 73 |
| 8.6.3 | Erbrechen .....  | 74 |
| 8.6.4 | Husten, Niesen, Naseputzen, Spucken und Aufstoßen.....               | 74 |
| 8.7   | Essen und trinken können .....                                       | 75 |
| 8.8   | Ruhen, schlafen und entspannen können .....                          | 76 |
| 8.9   | Die eigene Sexualität leben können.....                              | 77 |
| 8.10  | Für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen können .....          | 78 |

|      |  |    |
|------|--|----|
| 8.11 | Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen können ..... | 78 |
| 9    | Gesundheitsentwicklung durch Kinästhetik .....                 | 80 |
| 9.1  | Effektivität des Konzeptes .....                               | 80 |
| 9.2  | Bildungssystem.....  | 85 |
| 10   | Zusammenfassung und Ausblick .....                             | 89 |
| 11   | Literatur- und Quellenverzeichnis .....                        | 91 |
| 12   | Abbildungsverzeichnis .....                                    | 96 |



# 1 Einleitung

Bewegung. Ohne Bewegung wäre kein Leben möglich. Alles im Leben bewegt sich – alles in uns bewegt sich. Wir bewegen uns ständig. Jeder Schritt - jede Bewegung hat Einfluss auf unsere Gesundheit. Doch wie sollen wir uns bewegen, um Gesundheit zu entwickeln? Den Fokus möchte die Autorin auf die Gesundheits- und Krankenpflege richten. Pflegepersonen bewegen die Patientinnen und Patienten, die Bewohnerinnen und Bewohner sowie die Klientinnen und Klienten. Doch wie bewegen Pflegepersonen die pflegebedürftigen Menschen? Die Autorin ist als diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester im Bereich der Langzeitpflege tätig. Die Problematik der zunehmenden Rückenerkrankungen des Pflegepersonals gaben dabei den Ansporn, das Thema aufzugreifen. Die Autorin geht dabei von der Annahme aus, dass Pflegepersonen in ihrem Tätigkeitsfeld durch Einsatz des kinästhetischen Konzeptes entscheidend zur Gesundheitsentwicklung der pflegebedürftigen Personen und zur Entwicklung der eigenen Gesundheit beitragen.

Im Jahr 2010 wurden in Österreich 8.387.742 Einwohnerinnen und Einwohner gezählt, und 2.672.253 Personen waren in Österreich 2009 in stationärer Versorgung in Akut-Krankenanstalten (vgl. Statistik Austria 2010, o. S.).

Alle Patientinnen und Patienten in den Akut-Krankenanstalten, pflegebedürftige Personen in Langzeitpflegeeinrichtungen und im familiären Umfeld haben das Recht, nach besten, wissenschaftlich medizinischen und pflegerischen Erkenntnissen versorgt zu werden (vgl. Steinwider 2008, S. 10).

Eine Literaturrecherche wurde durchgeführt, um sich einen Einblick in diese Thematik zu verschaffen und der Frage nachzugehen, inwieweit das Konzept der Kinästhetik die Gesundheitsentwicklung für pflegebedürftige Personen sowie für Pflegepersonen im Kontext des Pflegemodells nach Krohwinkel ermöglicht.

Elisabeth Kirchner, selbst Krankenschwester und Kinästhetiktrainerin, verfasste 1997 mit Klaus Rettenberger, einem stellvertretenden Pflegedienstleiter, einen Beitrag über die Situation im Gesundheitswesen. Schon damals hieß es, dass die

strengen Sparmaßnahmen, um die Kostenexplosion zu stoppen, neue Ideen für die Pflegepraxis fordern. Pflegewissenschaftlich erfasste und erprobte Maßnahmen sind für die praktische Arbeit notwendig. Pflegemodelle, Pflegestandards, Handlungskonzepte sind gute Ansätze, eine kritische Überprüfung ist unabdingbar (vgl. Kirchner/Rettenberger 1997, o. S.).

Das Pflegemodell nach Monika Krohwinkel findet häufig im Bereich der Langzeitpflege Anwendung. Dieses Pflegemodell bietet in dieser Arbeit einen Rahmen für die Umsetzung des Konzeptes der Kinästhetik. Zunächst wird im folgenden Kapitel die Entwicklung der Pathogenese hin zur Salutogenese beschrieben. Das Gesundheits- und Krankheitsverständnis im Laufe der Geschichte und die daraus folgenden Auswirkungen auf den Bereich der Pflege werden dabei aufgezeigt. Im Anschluss werden die wissenschaftlichen Grundlagen des Konzeptes der Kinästhetik und dessen Zielsetzungen erläutert. Im nächsten Kapitel wird das Konzept der Kinästhetik von Frank Hatch und Lenny Maietta vorgestellt. Es ist der Grundstock des Konzeptes, um die Kinästhetik besser zu verstehen. Danach geht die Autorin auf das Pflegemodell von Monika Krohwinkel näher ein. Begrifflichkeiten werden geklärt, und die Grundlagen des Modells werden erläutert. Das Konzept der Kinästhetik wird im Anschluss im Kontext des Pflegemodells nach Monika Krohwinkel integriert. Die Umsetzung des Konzeptes der Kinästhetik in den stationären Alltag der Aktivitäten, Beziehungen und Existentiellen Erfahrungen des Lebens (ABEDLs) von Monika Krohwinkel wird dadurch erleichtert. Im letzten Kapitel dieser Arbeit wird die Effektivität des Konzeptes der Kinästhetik dargestellt und Bezug zum Bildungssystem genommen.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, das Konzept der Kinästhetik im Kontext des Pflegemodells nach Krohwinkel vorzustellen und damit einen wesentlichen Beitrag zur Gesundheitsförderung zu leisten.

*„Das Leben des Menschen kann als ein Fluss voll von Gefahren gedacht werden. Aus einer pathogenetischen Perspektive betrachtet, würde dabei ein Außenstehender den ertrinkenden Menschen aus dem Fluss ziehen. Aus salutogenetischer Sicht hingegen müsste man sich die Frage stellen: Wie kann ich es anstellen, aus diesem Menschen einen guten Schwimmer zu machen?“ (Aaron Antonovsky zit. n. Resch-Kröll/Maietta 2009, S. 5).*

## **2 Verständnis von Gesundheit und Krankheit**

Das Verständnis von Gesundheit und Krankheit wirkt sich auf Art und Einsatz der pflegerischen Aktivitäten aus, vor allem wenn es um folgende Fragen geht: „Wie haben pflegerische Dienstleistungen auszusehen?“ und „Wann ist Pflege überhaupt notwendig?“ Demnach beeinflusst das Gesundheits- und Krankheitsverständnis maßgeblich das Pflegeverständnis. Im Laufe der Geschichte hat sich jedoch die Sichtweise von Gesundheit und Krankheit stark verändert. Doch die Betrachtungsweise wird nicht nur von geschichtlichen, sondern auch von kulturellen, wissenschaftstheoretischen und individuellen Einflüssen geprägt (vgl. Lauber 2001, S. 14f.).

Der Weg von der Pathogenese hin zur Salutogenese wird in den folgenden Abschnitten erläutert, um einen neuen Zugang zum Gesundheits- und Krankheitsverständnis zu vermitteln.

### **2.1 Pathogenese**

Galt Krankheit im Mittelalter noch als Strafe für Sünden und Gesundheit als Belohnung für Gottgefälligkeit, so musste im 17. Jahrhundert Krankheit immer weniger mit dem Einwirken Gottes erklärt werden. Die Erfolge der Medizin durch die Entdeckung von krankheitsverursachenden Mikroorganismen führten zum Umdenken. Die naturwissenschaftlich-mechanistische Sichtweise bezeichnete Krankheit nun als Abweichung von der anatomisch-physiologischen Norm und Gesundheit als „Freisein“, also die Abwesenheit von Krankheit bzw. „das noch nicht Kranksein“. Diese Betrachtungsweise war einseitig krankheitsorientiert und auf körperliche Störungen bezogen (vgl. Lauber 2001, S. 15f.).

Fachgebiete wie Bakteriologie, Anästhesie oder Chirurgie haben der Medizin unerwartete Möglichkeiten geöffnet. Doch der Kranke als „Subjekt“ trat in den Hintergrund - der Kranke als „Objekt“ in den Vordergrund (vgl. Hinghofer-Szalkay 1995, S. 224).

„Positivismus heißt faktisches Phänomen, heißt Kausalität statt Sinn, heißt technische Reparatur statt menschlichen Beistand“ (Engelhardt 1989, S. 87 zit. n. Hinghofer-Szalkay 1995, S. 224).

Die naturwissenschaftlich-mechanistische Sichtweise entspricht demnach dem pathogenetischen Ansatz.

Die Pathogenese setzt sich mit der Entstehung und Entwicklung von Krankheiten auseinander. Als pathos (griechisch) wird der Schmerz, das Leiden, die Krankheit bezeichnet. Genese (griechisch) bedeutet Ursprung, Entstehung, Beginn (vgl. Steinbach 2007, S. 15).

Die krankheitsbezogene Sichtweise beeinflusste auch die Aufgaben und Tätigkeiten in der Pflege: Die Ausübung der Krankenpflege, Kinderkrankenpflege und Krankenpflegehilfe war beruflich in erster Linie auf die kranken Anteile der pflegebedürftigen Menschen gerichtet. Pflegerische Tätigkeit kam erst dann zum Einsatz, wenn ein Mensch krank wurde, und hatte vor allem die Pflege des kranken Körpers zum Gegenstand (vgl. Lauber 2001, S. 16).

## **2.2 Stress-Coping-Modell**

Durch psychosomatische Erklärungsmodelle erweiterte sich die krankheitsbezogene Sichtweise. Das sogenannte „Stress-Coping-Modell“, auch Belastungs-Bewältigungsmodell genannt, ist eines dieser Modelle. Es besagt, dass nicht nur körperliche Ursachen an der Entstehung von Krankheit beteiligt sind, sondern auch psychische und soziale Faktoren. Nach diesem Modell wirken kritische Lebensereignisse (Stressoren) auf den Menschen ein. Abhängig von den jeweiligen Bewältigungsstrategien (Coping-Strategien) entscheidet sich, ob gesundheitliche Konsequenzen für den Menschen entstehen. Das heißt, Krankheit entsteht durch ein Ungleichgewicht zwischen den einwirkenden Stressoren und den Bewältigungsstrategien des Menschen (vgl. Lauber 2001, S. 16f.).

## 2.3 Gesundheit

Die naturwissenschaftliche und somit krankheitsbezogene Betrachtungsweise der Begriffe „Gesundheit“ und „Krankheit“ beschäftigte auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO), welche Gesundheit folgendermaßen definierte (vgl. Lauber 2001, S. 17):

„Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen“ (WHO 1948 zit. n. Steinbach 2007, S. 27).

Doch gesundheitsförderndes Verhalten kann zumindest kurzfristig auch mit fehlendem Wohlbefinden verknüpft sein. Hingegen kann aktuelles Wohlbefinden sich über Sekunden bis Stunden ausdehnen und sich durch Freude, Kompetenzgefühl, Glücksgefühl, Wohlbehagen, Entspannung, Gelassenheit, Begeisterung, Flow, positive Erregung, Glücklichkeit, angenehme Müdigkeit, Vitalität, Lustempfindungen, Frische und Sich-fit-Fühlen ausdrücken (vgl. Abele 1991; Anderson 1987; Anderson 1988; Becker 1991; Lazarus 1980 zit. n. Hinghofer-Szalkay 1995, S. 224).

Zwischen einem empirischen und idealen, einem objektiven und subjektiven Pol spannen sich nun der Gesundheitsbegriff und auch der Glücksbegriff. Jedoch ist Gesundheit nicht die einzige Anforderung für Glück. Verschiedene Werthaltungen und Vorstellungen, die von den unterschiedlichen Weltbildern abgeleitet sind, beeinflussen ebenso das Denken und Handeln. Somit spiegelt der aktuelle Gesundheits- und Glücksbegriff immer auch das Selbst- und Weltverständnis des Menschen wider (vgl. Hinghofer-Szalkay 2000, S. 154).

Gesundheit kann auch als Wertbegriff über die Lebensqualität bezeichnet werden (vgl. Sassen 1987 zit. n. Hinghofer-Szalkay 2000, S. 155). Mit Hilfe von sozialen Indikatoren wie Lebensstandard, Gesundheit, soziale Anerkennung, politische Freiheit, Freizeit oder Umwelt und mit Hilfe von subjektiven Indikatoren wie Grad der Lebenserfüllung, (Un-)Zufriedenheit und Erfüllung von Lebenswünschen kann Lebensqualität gemessen werden (vgl. Schwarzer und Leppin 1991 zit. n. Hinghofer-Szalkay 2000, S. 155).

Die Lebenszufriedenheit wiederum kann philosophisch gesehen als eine mögliche Glücksdefinition betrachtet werden, nämlich als Maß der Zufriedenheit mit dem Leben (vgl. Hinghofer-Szalkay 2000, S. 155).

Gesundheit und Glück beschreiben etwas Positives und Wertvolles (vgl. Hinghofer-Szalkay 2000, S. 157) - „im modernen Verständnis ist nicht nur der Mensch glücklich, der die höchsten Güter besitzt, sondern auch derjenige, der in seinem Leben entschiedenes Übergewicht des Guten über das Böse hatte, jene Güter besaß, die er brauchte und an denen er sich erfreuen konnte, oder, um es anders auszudrücken, derjenige, der über eine positive Lebensbilanz verfügte“ (Tatarkiewicz 1984 zit. n. Hinghofer-Szalkay 2000, S. 157).

Die Gesundheitsdefinition der WHO führte nun zu einer verstärkten Ausrichtung auf den Begriff „Gesundheit“, wodurch Gesundheitsförderung und Prävention einen höheren Stellenwert im Gesundheitswesen erhielten. Diese Ausrichtung wurde auch 1973 im Berufskodex des International Council of Nurses (ICN) bemerkbar (vgl. Lauber 2001, S. 17f.): „Die Krankenschwester hat vier grundlegende Aufgaben: Gesundheit zu fördern, Krankheit zu verhüten, Gesundheit wiederherzustellen, Leiden zu lindern“ (Arndt 1996, S. 141 zit. n. Lauber 2001, S. 17).

## **2.4 Salutogenese**

1987 machte auch Aaron Antonovsky deutlich, dass es ihm bei seinem Modell der Salutogenese um die Erklärung der Entstehung von Gesundheit geht (vgl. Lauber 2001, S. 18). Die „Entstehung von Gesundheit“ wird als Salutogenese bezeichnet. Salus (lateinisch) bedeutet heil, gesund, und genese (griechisch) bedeutet Ursprung, Entstehung, Beginn (vgl. Steinbach 2007, S. 15).

Antonovsky beschäftigte sich vor allem mit der Kernfrage, was den Menschen trotz aller Risiken und Belastungen gesund hält, und nicht, was ihn krank macht. Er geht davon aus, dass der Mensch ständig seine Position auf einem Kontinuum zwischen den Polen Gesundheit und Krankheit wechselt (vgl. Fischer 2007, S. 5f.).

Abhängig von den Risikofaktoren und den individuellen Schutzfaktoren verändert sich die Position des Menschen, die sich einmal stärker in Richtung Gesundheit, einmal mehr in Richtung Krankheit bewegt. Demnach betrachtet Aaron Antonovsky die Gesundheit als das Ergebnis des Gleichgewichts zwischen Risikofaktoren und Gesundheitsfaktoren (vgl. Fischer 2007, S. 5f.).

Über Jahrzehnte wird vorwiegend der pathogenetische Ansatz praktiziert. Die Pathogenese beschäftigt sich – wie schon erwähnt – mit der Entstehung und Entwicklung von Krankheiten. Gesundheitsförderung beschäftigt sich allerdings mit dem salutogenetischen Ansatz, also mit der Entstehung beziehungsweise der Erhaltung von Gesundheit. Es geht nicht mehr nur darum, Krankheiten zu heilen, sondern auch vorzubeugen und die Gesundheit zu unterstützen (vgl. Steinbach 2007, S. 15ff.).

## **3 Gesundheitsförderung und Prävention**

Häufig werden die Begriffe „Gesundheitsförderung“ und „Prävention“ synonym verwendet. Beide Begriffe sind zwei sich ergänzende Versorgungselemente und haben das Ziel, einen Gesundheitsgewinn zu erzielen. Doch in ihrem Wirkungsprinzip und der Interventionsform weisen sie Unterschiede auf (vgl. Fischer 2007, S. 5).

Die Autorin möchte in diesem Kapitel näher auf die Gesundheitsförderung sowie die Präventionsformen eingehen.

### **3.1 Gesundheitsförderung**

Das Ziel der Gesundheitsförderung ist es, Schutzfaktoren bzw. Ressourcen eines Menschen bezüglich gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen und Verhaltensweisen zu unterstützen. Dabei gilt das Modell der Salutogenese als Basis der Gesundheitsförderung. Die zu unterstützenden Schutzfaktoren können sein:

- wirtschaftliche und soziale Faktoren (beispielsweise die Verbesserung der Arbeitsbedingungen),
- Umweltbedingungen (beispielsweise die Verbesserung von Luft- und Wasserqualität),
- Lebensstil (beispielsweise die Förderung von Bewegung und gesunder Ernährung),
- psychologische Faktoren (beispielsweise die Stärkung der Eigenverantwortung),
- Zugang zu gesundheitsförderlichen Einrichtungen und Leistungen wie Gesundheitsberatung, Krankheitsversorgung, Rehabilitation und Pflege (vgl. Fischer 2007, S. 5).



### **3.1.1 Ottawa-Charta**

Als Wendepunkt beim Ausbau eines öffentlichen Gesundheitssystems wird die „Ottawa-Charta“ gesehen. Die „Ottawa-Charta“ wurde 1986 auf der ersten internationalen Konferenz der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Gesundheitsförderung im kanadischen Ottawa verabschiedet (vgl. Fischer 2007, S. 5f.).

„Gesundheitsförderung – so führt die Charta aus – ist ein Prozess, in dessen Zentrum Menschen stehen, die in hohem Maße selbstbestimmt über ihre Gesundheit verfügen. Um aber diese Selbstbestimmung leben zu können, müssen sie zuallererst ein Verständnis für Gesundheit entwickeln. Sowohl der Einzelne wie auch Gruppen und Gesellschaften müssen lernen, ihre Gesundheit – und dazu gehören auch ihre Wünsche und Hoffnungen – wahrzunehmen, um ein eigenes, persönliches Gesundheitsverständnis zu entwickeln. Auf diese Weise soll Gesundheit zu einem Teil des täglichen Lebens werden“ (Steinbach 2007, S. 51).

Die Ottawa-Charta dient auch heute noch mit ihren Thesen als Leitlinie für Gesundheitsförderungsmaßnahmen weltweit (vgl. Fischer 2007, S. 7).

### **3.1.2 Wirksamkeit der Gesundheitsförderung**

Gesundheit ist ein grundlegendes Menschenrecht. Die Wirksamkeit der Gesundheitsförderung wurde durch Forschungsergebnisse und Fallstudien weltweit bestätigt. Gesundheitsförderliche Strategien können bei der Entwicklung gesunder Lebensweisen helfen und auf Faktoren, welche die Gesundheit beeinflussen, einwirken. Für den Erfolg der Gesundheitsförderung sind die fünf Strategien der Ottawa-Charta entscheidend:

- Entwicklung einer Gesamtpolitik zur Gesundheitsförderung
- Schaffung einer gesundheitsunterstützenden Umwelt
- Stärkung von gesundheitsbezogenen Gemeinschaftsaktionen
- Entwicklung persönlicher Kompetenzen im Umgang mit Gesundheit
- Neuorientierung der Gesundheitsberufe

(vgl. Weltgesundheitsstag 2002, o. S.).

### **3.1.3 Empowerment**

„Empowerment“ ist ein wichtiges Ziel der Gesundheitsförderung. Dabei geht es darum, den Menschen in die Lage zu versetzen, die Belange seiner Gesundheit selbstverantwortlich zu vertreten und sich für gesundheitsfördernde Lebensbedingungen einzusetzen. Gesundheitsförderung bedeutet demnach auch, dem Menschen Wissen und soziale Unterstützung zukommen zu lassen, um ihm die Verantwortung für die eigene Gesundheit übertragen zu können (vgl. Fischer 2007, S. 5f.).

### **3.1.4 Gesundheitsförderung im beruflichen Alltag**

Um Gesundheitsförderung im jeweiligen Arbeitsumfeld zu integrieren, sind zwei Aspekte zu berücksichtigen. In erster Linie geht es darum, dass die dafür notwendigen Arbeitsbedingungen durch die arbeitgebende Person gestaltet werden müssen. In zweiter Linie betrifft es den Erwerb von Fähigkeiten und Wissen zur Gesundheitsförderung durch die arbeitnehmende Person (vgl. Fischer 2007, S. 7).

#### **Arbeitsbedingungen gestalten**

Die Arbeitsbedingungen müssen zum Schutz der Gesundheit von berufstätigen Personen gestaltet werden. Die arbeitgebende Person muss dafür eine Vielzahl von Vorschriften erfüllen, die von Gewerbeaufsicht und Unfallversicherungsträgern kontrolliert werden. Eine gezielte Teamentwicklung und eine funktionierende Kooperation im Betrieb tragen ebenfalls zur Gesundheitsförderung von arbeitnehmenden Personen bei. Diese Maßnahmen sind dann erfolgreich, wenn sie auf Dauer im Unternehmensleitbild verankert sind und sich durch alle betrieblichen Strukturen hindurch ziehen (vgl. Fischer 2007, S. 7).

## **Fähigkeiten und Wissen erwerben**

Gesundheitsförderung bedeutet auch, dass sich berufstätige Personen selbst Wissen und Fähigkeiten aneignen, um die Anforderungen im Alltag bewältigen zu können (vgl. Fischer 2007, S. 7).

### **3.1.5 Gesundheitsförderung in der Pflege**

„Pflegerinnen helfen Menschen, all jene Aktivitäten auszuführen, die sie aufgrund von Krankheit, Verletzung oder Behinderung nicht alleine bewältigen können“ (Hatch/Maietta 2003, S. 1). Sie unterstützen die pflegebedürftigen Personen beim Essen und Trinken, beim An- und Auskleiden, bei der Körperpflege und so weiter. Pflegepersonen sind keine „Wochenend-Therapeutinnen und Wochenend-Therapeuten“ oder unzureichend ausgebildete Ärztinnen und Ärzte. Sie unterstützen deren Behandlungen. Doch eine einzigartige Rollenfunktion übernehmen Pflegepersonen bei ihrer Hilfe für pflegebedürftige Menschen, ihre täglichen menschlichen Aktivitäten auszuführen. In diesem Bereich sind sie die Expertinnen und Experten und übernehmen Eigenverantwortung für diesen Prozess (vgl. Hatch/Maietta 2003, S. 1f.). Die Gesundheitspflege ist dabei ein neues, spannendes Aktionsfeld in der Pflege geworden. Die Krankenpflege war bisher die einzig anerkannte pflegerische Tätigkeit. Nun müssen die Förderung bzw. die Pflege der Gesundheit und die Krankenpflege gleichwertig angesehen werden (vgl. Steinbach 2007, S. 14).

Im Konzept der Kinästhetik wird die Gesundheitspflege folgendermaßen beschrieben: „Bestimme die gesunden Ressourcen und organisiere sie in stets effektivere Verhaltensstrukturen!“ (Hatch/Maietta 2003, S. 12)

Pflegepersonen sollen demnach pflegebedürftigen Personen helfen, ihre Aufmerksamkeit auf gesunde Ressourcen zu richten, die trotz Krankheit oder nach Unfällen vorhanden sind. Diese Ressourcen sollen aktiviert werden. Die Defizite, Krankheiten und sonstigen Gebrechen werden dadurch weniger bedeutungsvoll. Durch dieses Handeln übernehmen Pflegepersonen eine bedeutende Funktion in der Gesundheitsentwicklung für den pflegebedürftigen Menschen (vgl. Hatch/Maietta 2003, S. 4f.).

Grundvoraussetzung ist allerdings, dass die Pflegeperson auch die Ressourcen kennt, die die menschlichen Aktivitäten bereitstellen. Die Kinästhetik beschreibt diese Ressourcen. Sie sind ein grundlegendes Thema der Interaktions- und Bewegungskonzepte. Ziel ist es, die Bewegung zu erleichtern, Ressourcen zu erkennen, die Gesundheit zu fördern und dadurch die Selbständigkeit der pflegebedürftigen Personen zu unterstützen (vgl. Hatch/Maietta 2003, S. 4f.).

In Krankenhäusern wie auch in Pflegeheimen sollte die Gesundheitsförderung zu den wichtigsten Aufgaben gehören. Diese Institutionen sollten eine gesundheitsfördernde Lebens- und Arbeitswelt für pflegebedürftige Personen wie auch für Pflegepersonen darstellen, aber auch als Einrichtung gelten, um Präventionsmaßnahmen für die Bevölkerung initiieren zu können (vgl. Fischer 2007, S. 7).

### **3.1.6 Beratung**

Auch Pflegepersonen werden sich mit zunehmender Professionalisierung des Berufes immer mehr der Bedeutung ihrer Beratungsaufgabe zu gesundheitsförderndem Verhalten im Alltag bewusst. Dieser gesundheitsorientierte Ansatz zeigt sich auch in den aktuellen Berufsbezeichnungen, die das neue Gesetz vorsieht: Gesundheits- und Krankenpflegeperson beziehungsweise Gesundheits- und Kinderkrankenpflegeperson (vgl. Follmann 2007, S. 17).

Die Pflege und Beratung von pflegebedürftigen Personen setzt einen Beziehungsaufbau voraus. Neben der Fachkompetenz fließt in diesem Beziehungsprozess auch das Selbstideal der Pflegeperson mit ein. Das heißt, je bewusster die Pflegepersonen ihre eigene Gesundheit fördern und erhalten, desto überzeugender übernehmen sie die Beratung für pflegebedürftige Menschen. Pflegepersonen, die sich frühzeitig mit gesundheitsfördernden Maßnahmen auseinandersetzen, sind auch den Belastungen des Pflegealltags besser gewachsen. Daher ist es wichtig, dass Pflegepersonen für dieses Thema schon während der Ausbildung sensibilisiert werden (vgl. Follmann 2007, S. 17f.).

## **3.2 Prävention**

Unter Prävention werden alle Maßnahmen bezeichnet, die darauf ausgerichtet sind, Gesundheit zu fördern, Unfälle und Krankheiten zu verhüten und das Fortschreiten von Krankheiten zu verhindern oder zu verlangsamen. Krankheitsrisiken sollen dabei abgewendet und ausgeschaltet werden. Dabei sind Kenntnisse zur Entwicklung und zum Verlauf von Krankheiten notwendig. Prävention baut also auf Kenntnissen der Pathogenese auf (vgl. Fischer 2007, S. 5ff.).

### **3.2.1 Primärprävention**

Die Primärprävention möchte beim gesunden Menschen durch die Beseitigung von krankheitsverursachenden Faktoren die Entstehung von Krankheiten verhindern. Gesunde Menschen sollen gesund bleiben. Um jedoch Ursachen von Krankheiten vermeiden zu können, müssen sie bekannt sein. In diesem Zusammenhang sind die Risikofaktoren zu beachten. Unter Risikofaktoren werden Einflussgrößen verstanden, die möglicherweise auf eine erhöhte Gesundheitsgefährdung hinweisen können (vgl. Fischer 2007, S. 8).

Vielfach klagen Pflegepersonen über Rückenschmerzen und leiden überdurchschnittlich häufig an Erkrankungen der Wirbelsäule (vgl. Eißing 2007, S. 10). In den letzten Jahrzehnten nahmen die Rückenbeschwerden sogar ständig zu, bereits junge Menschen leiden daran. Experten sprechen mittlerweile von einer Epidemie (vgl. Soyka 2000, S. 13). Für Dienstleistungsberufe wurde das relative Risiko für Bandscheibenvorfälle mit 2,2 errechnet. Zu diesem Ergebnis ist eine finnische Studie gekommen, die über die unterschiedlichen Risikofaktoren von Rückenerkrankungen Auskunft gibt. 57.000 Menschen wurden dafür elf Jahre lang beobachtet (vgl. Heliövaara et al. 1987 zit. n. Soyka 2000, S. 14). Eine französische Untersuchung, bei der ebenfalls über zehn Jahre lang 469 zufällig ausgewählte Krankenschwestern aus zehn Krankenhäusern beobachtet wurden, kam zum Ergebnis, dass sich neben anderen Faktoren wie Nikotinkonsum und psychischen Auffälligkeiten eine hohe mechanische Arbeitsbelastung als Risikofaktor für Rückenschmerzen erwies (vgl. Niehammer et al. 1994 zit. n. Soyka 2000, S. 14).

Eine schwedische Studie stellte sogar bei Pflegepersonen ein gegenüber der Normbevölkerung sechsfach erhöhtes relatives Risiko für Rückenbeschwerden fest, die im Kontext zur Arbeit stehen. Rückenschmerzen traten zu 84 % beim Heben auf (vgl. Engkvist et al. 1992 zit. n. Soyka 2000, S. 15).

Ein Ergebnis diesbezüglich präsentierte auch eine deutsche Fallkontrollstudie, die aufzeigte, dass Bandscheibenvorfälle bei Pflegepersonen im Vergleich zur Normalbevölkerung viermal so häufig auftraten (vgl. Hofmann et al. 1995 zit. n. Soyka 2000, S. 15).

Aufgrund der oftmals unvermeidbaren manuellen Unterstützung durch Heben, Stützen und Bewegen pflegebedürftiger Menschen sind Pflegepersonen stark belastet. Sie stellen damit eine Risikogruppe dar. Als Primärprävention bietet sich daher eine rückschonende Arbeitsweise an. Sie verringert die Gefahr von Bandscheibenveränderungen, beugt körperlichen Ermüdungserscheinungen vor, verhindert unnötigen Kräfteverbrauch und reduziert Sicherheitsrisiken des pflegebedürftigen Menschen und der Pflegeperson gleichermaßen (vgl. Eißing 2007, S. 10).

Das Präventionsprogramm „Rückengerechter Patiententransfer in der Kranken- und Altenpflege“ ist ein wissenschaftlich systematisch evaluiertes und langfristig beobachtetes Programm in Deutschland. Es kann dabei festgehalten werden, dass im „echten“ Kontrollgruppendesign, also im Vergleich mit Personen ohne Ausbildung in rückschonenden Arbeitsweisen, klare Präventionseffekte auf Lendenwirbelsäulen-Beschwerderaten zu erkennen sind. Die Ergebnisse führen zu der Schlussfolgerung, dass

- bei guten organisatorischen Rahmenbedingungen,
  - bei einer Integration des Programms in den betrieblichen Zielsetzungen zur Entwicklung der Organisation und des Qualitätsmanagements sowie
  - bei der Realisierung von Komponenten zur Sicherung der Nachhaltigkeit
- die Prävention von Rückenerkrankungen durch Einsatz von rückengerechtem Patiententransfer maximiert werden kann. Auffrischungseinheiten, Praxisbegleitung usw. unterstützen dieses Konzept (vgl. Michaelis/Hermann 2010, S. 105).

Das Konzept der Kinästhetik steht nicht im Widerspruch zur Rückenschule. Auch wenn die Pflegeperson ihren Rücken beugt, sie soll das Gewicht niemals tragen, sondern nur verschieben. Somit ist Kinästhetik ein sehr physiologisches Konzept, kräfteschonend und beugt Rückenproblemen vor (vgl. Menche/Bazlen/Kommerell 2001, S. 222).

### **3.2.2 Sekundärprävention**

Diese Prävention ist darauf ausgerichtet, bereits vorhandene Krankheiten in einem Stadium zu erkennen, in dem noch Aussicht auf Heilung besteht. Das Fortschreiten der Krankheit kann dadurch verhindert oder ein günstiger Verlauf der Krankheit herbeigeführt werden. Diese Maßnahmen umfassen alle Früherkennungsuntersuchungen (Vorsorgeuntersuchungen) (vgl. Fischer 2007, S. 21).

### **3.2.3 Tertiärprävention**

Die Tertiärprävention kommt zum Einsatz, wenn sich eine Krankheit bereits im klinischen Stadium befindet. Sie zielt darauf ab, den Krankheitsverlauf positiv zu beeinflussen und Rezidive (Rückfälle) zu verhindern (vgl. Fischer 2007, S. 32).

### **3.2.4 Prävention in der Pflege**

In der Pflege gibt es verschiedene Möglichkeiten, präventive Aufgaben wahrzunehmen, beispielsweise das Durchführen von pflegerischen Prophylaxen und die Pflegeprävention (vgl. Fischer 2007, S. 35).

Unter pflegerischen Prophylaxen werden Maßnahmen bezeichnet, die dazu dienen, Folgeschäden vorzubeugen, wenn bereits Risiken vorliegen (vgl. Fischer 2007, S. 35).

Von Strobel und Weidner wurde der Begriff „Pflegeprävention“ geschaffen. Es soll durch pflegerisches Handeln der Pflegebedürftigkeit vorgebeugt bzw. entgegengewirkt werden (vgl. Fischer 2007, S. 35).

Zum Erhalt von Selbständigkeit und Gesundheit der pflegebedürftigen Personen bedarf es dafür eines gesundheitsförderlichen, präventiven und rehabilitativen Pflegehandelns. Ein umfassendes Pflegeverständnis wird vorausgesetzt. Schulung, Anleitung und Beratung zur Selbstpflege werden dabei als Aufgabe der Pflege verstanden (vgl. Fischer 2007, S. 35).



## 4 Kinästhetik

*„Bewegung ist Leben und die Qualität der Bewegung eines Menschen zeigt auch die Qualität seines Lebens“ (Moshe Feldenkrais zit. n. Brüggemann o. J., o. S.).*

Die Grundlagen der Kinästhetik und die in der Pflege verfolgten Ziele werden hier von der Autorin deklariert.

### 4.1 Ursprung der Kinästhetik

Bereits im Jahre 1741 beginnt mit dem Entdecken der Muskelspindel, die 1835 von Pacini genauer beschrieben wurde, die Geschichte der Kinästhesie. Allerdings führte erst die Entdeckung der Rezeptoren in den Sehnen des menschlichen Bewegungsapparates zum Begriff „Kinästhesie“. Diese Rezeptoren wurden 1880 von Golgi analysiert und beschrieben. Zahlreiche Untersuchungen über die Kinästhesie fanden statt. Daraus erfolgte die Erkenntnis, dass jede Körperwahrnehmung die sensomotorische Verarbeitung der inneren und äußeren Sensationen voraussetzt (vgl. Citron 2011, S. 4).

Der Ursprung des Wortes Kinästhesie geht auf die griechischen Wörter kinesis (Bewegung) und aisthesis (Empfindung) zurück. Kinästhetik leidet sich vom Wort Kinästhesie ab und steht im deutschsprachigen Raum für die „Lehre von der Bewegungsempfindung“. Die Bezeichnung „Kinästhetik“ entspricht der deutschen Form des amerikanischen „Kinaesthetics“ (vgl. Hatch/Maietta/Schmidt 2005, S. 19).

Anfang der 1980er Jahre wurde das Konzept der Kinästhetik von den Amerikanern Dr. Frank Hatch (1940) und Dr. Lenny Maietta (1950) entwickelt (vgl. Asmussen 2010, S. 5). Frank Hatch ist Experte im Bereich der Kybernetik und ausgebildeter Tänzer, und Lenny Maietta ist Psychologin. Sie befassten sich viele Jahre mit Steuerungsvorgängen im menschlichen Körper. Das daraus entstandene Konzept versteht sich als Beitrag zur Gesundheitsentwicklung von pflegebedürftigen Personen und von Pflegenden (vgl. Herrgesell 2006, S. 363).

Das Programm „Kinästhetik in der Pflege“ entstand durch die Zusammenarbeit von Christel Bienstein und Suzanne Schmidt mit Hatch und Maietta (vgl. Herrgessell 2006, S. 363).

Kinästhetik ist also eine Lehre der menschlichen Bewegung. Die Aspekte der Bewegung werden als grundlegende Voraussetzung für jede menschliche Funktion beschrieben, analysiert und vermittelt. Aspekte der Bewegung in der Entwicklung und Lernfähigkeit werden ebenso untersucht und ermittelt. Die Rolle der Bewegung und der Bewegungsempfindung wird in Wahrnehmung, Interaktion und Kognition demonstriert. Kinästhetik vermittelt zudem die Fähigkeit, Bewegung und Bewegungsempfindung als Mittel der Arbeit mit Menschen einzusetzen. Dabei werden systematische Programme zum Erwerb dieser Fähigkeiten für verschiedene Berufsgruppen angeboten (vgl. Hatch/Maietta/Schmidt 2005, S. 19).

## **4.2 Wissenschaftliche Grundlagen des Konzeptes**

Hatch und Maietta integrierten Erfahrungen und Wissen aus dem Studium der Verhaltenskybernetik, der humanistischen Psychologie und verschiedener bewegungs- und tanzpädagogischer und körpertherapeutischer Ansätze in das eigenständige Konzept der Kinästhetik (vgl. Citron 2011, S. 5).

### **4.2.1 Verhaltenskybernetik**

Das Konzept der Kinästhetik basiert auf kybernetischen Forschungsergebnissen, vor allem auf den Erkenntnissen der Forschungsarbeiten von K. U. Smith. Die Verhaltenskybernetik ist ein von K. U. Smith definierter Teilbereich der Kybernetik (Behavioral Kybernetics). Dabei werden Bedingungen des menschlichen Lernens, insbesondere sensomotorische Grundlagen und das soziale Lernen in Familien (Social Tracking) untersucht. „Social Tracking“ beschreibt eine über alle Sinneskanäle vermittelte, gegenseitige Anpassung von Bewegungsverhalten in sozialen Beziehungen (vgl. Citron 2011, S. 8ff.).

Die zentrale Rolle von Bewegung in Wahrnehmung, Lernen und Interaktion spielt eine große Rolle. Das Forschungsgebiet der Verhaltenskybernetik ist in den 1940er Jahren in den USA entstanden und liefert dem Konzept der Kinästhetik die Systematisierung von Erfahrung und Wissen (vgl. Hatch/Maietta/Schmidt 2005, S. 21).

Die Grundsätze der Kinästhetik, die sich auf Selbstkontrolle, sensorische Differenzierung und Integration von menschlicher Funktion beziehen, leiten sich von den Erkenntnissen dieses Forschungsgebietes ab. Ebenfalls basieren die Grundannahmen der Gesundheitsentwicklung auf diesen Forschungsergebnissen. Daraus wird auch die Erkenntnis, dass Gesundheit ein lebenslanger Lernprozess ist, geschlossen (vgl. Hatch/Maietta/Schmidt 2005, S. 21).

#### **4.2.2 Humanistische Psychologie**

Als die Hauptgründer gelten Abraham Maslow, Rogers, Charlotte Bühler, Fritz Pearls, J. L. Moreno, P. Goodmann und K. Lewin. „Den Menschen als Ganzes zu erforschen und zu verstehen“ – so lautet der zentrale Gedanke in der humanistischen Psychologie (vgl. Citron 2011, S. 19).

Kinästhetik ist ein Konzept, das sich als human und ganzheitlich bezeichnet. Das Individuum wird in seinem Umfeld, mit seinen persönlichen Lebens- und Bewegungserfahrungen betrachtet. Damit wird die Förderung der individuellen Funktionsfähigkeit beabsichtigt (vgl. Citron 2011, S. 18f.).

Die Beachtung der Fähigkeit des Individuums zur Selbstbestimmung ist ein zentraler Punkt im Konzept der Kinästhetik. Es schließt aus, dass Menschen nur als Objekte behandelt werden (vgl. Hatch/Maietta/Schmidt 2005, S. 21).

### 4.2.3 Weitere Ansätze der Kinästhetik

*„Nur wenn Du weißt, was Du tust, kannst Du tun, was Du willst“*

*(Moshe Feldenkrais zit. n. Citron 2011, S. 14).*

Moshe Feldenkrais (1904-1984) war Physiker und Bewegungspädagoge. Als Begründer der Feldenkrais-Methode hat er zur Entwicklung des Konzeptes der Kinästhetik erheblich beigetragen und die Funktionsweise der menschlichen Bewegung erfahrungsbezogen und wissenschaftlich belegt. Mit seinem methodischen Ansatz verbessert sich die Kontrolle über den eigenen Körper, fehlerhafte Bewegungsmuster werden korrigiert, Spannungen reduziert und Bewegungsfreude geweckt (vgl. Citron 2011, S. 14).

Als Grundlagen der Kinästhetik gelten die Annahmen der Feldenkrais-Arbeit über

- die Funktion und Struktur der menschlichen Bewegung,
- die Möglichkeit zu einem lebenslangen sensomotorischen Lernen,
- die Lerneigenschaften von Bewegung, die durch Berührungen geführt werden,
- die Erkenntnisse über Prozesse der Wahrnehmung und Bewegung als untrennbares Phänomen,
- das kybernetische Modell der menschlichen Bewegung

(vgl. Citron 2011, S. 14).

Ein weiterer Einfluss auf das Konzept der Kinästhetik kommt vom tanzpädagogischen Ansatz. Martha Graham, eine Tänzerin aus einer amerikanischen Schule, war wie auch Rudolf von Laban davon überzeugt, dass der Tanz auf Erfahrungen des Tänzers aufbauen müsste. Dabei sollten Körper, Intellekt und Emotionen völlig in die Bewegung integriert sein. Die Atmung spielt eine wichtige Rolle beim Tanz und wurde auf das Anspannen und Entspannen des Körpers bezogen. Betont wurden auch die Schwerkraft und das Fallenlassen des Körpers. Ebenso sind die spiralförmigen Drehungen des Körpers typisch für den Tanz. Aus dem Verhältnis von Schwerkraft und Gleichgewichtslage des Körpers entsteht also die Dynamik des Tanzes. Der Ausgangspunkt liegt in der Pendelbewegung zwischen kontrollierter Balance und Bewegung (vgl. Citron 2011, S. 17).

### 4.3 Ziele der Kinästhetik

Das Konzept der Kinästhetik ist keine Bewegungstechnik, sondern beschreibt eine Interaktion zwischen Pflegeperson und pflegebedürftigem Menschen. Ein häufiger Fehler ist es, dass Pflegepersonen sich nicht nach den Bewegungsmöglichkeiten des pflegebedürftigen Menschen richten, sondern ihren eigenen Vorstellungen folgen (vgl. Kirschnick 2010, S. 166). Das Entdecken der geeignetsten Mobilisationsarten in einem gemeinsamen Lernprozess gilt als Grundidee der Kinästhetik (vgl. Ammann 2010, S. 58).

Die Entwicklung der sensomotorischen Kompetenz ist dabei die Basis, um die pflegende, therapeutische oder pädagogische Arbeit mit anderen Menschen als einen kommunikativen Prozess gestalten zu können (vgl. Citron 2011, S. 11).

„Das sensomotorische System ist ein Mechanismus, der allem Erleben und Verhalten zugrunde liegt“ (Thomas Hanna zit. n. Citron 2011, S. 17).

Diese sensomotorische Fähigkeit soll gefördert werden, um ein „Wiedererlernen“ eines organischen Bewegungsverhaltens zu ermöglichen. Ein organisches Bewegungsverhalten entspricht der Struktur und Funktion des menschlichen Organismus (vgl. Citron 2011, S. 11).

Das wichtigste Lernmittel dafür ist die körperliche Selbsterfahrung der eigenen Bewegungen und die Kommunikation durch taktil-kinästhetische Mittel mit anderen Personen. Pflegepersonen spüren, was sie tun. Sie bekommen eine kinästhetische Rückmeldung im eigenen Körper über die Wirkung ihrer Bewegungsinformation von dem unmittelbar betroffenen Interaktionspartner. Sie lernen, die Antwort des Interaktionspartners über die im eigenen Körper wahrnehmbaren Sensationen zu beachten und zu interpretieren (vgl. Citron 2011, S. 11).

Die Gesundheitsentwicklung der Kinästhetik erfolgt also für die Pflegeperson und den pflegebedürftigen Menschen durch die Erweiterung der sensomotorischen Kompetenz der Pflegeperson. Belastende Bewegungen in der Arbeitswelt und auch im alltäglichen Leben werden von der Pflegeperson modifiziert und körperliche Belastungen reduziert. Vorhandene Bewegungspotenziale der pflegebedürftigen Person werden dadurch mit einbezogen. Die Eigenbeteiligung der pflegebedürftigen Person wird ermöglicht (vgl. Citron 2011, S. 14).

Die sensomotorische Kompetenz wird dadurch wiederum gestärkt, erweitert und/oder erhalten. Hohe Stressbelastungen, die sich auf den Körper auswirken, werden reduziert. Eine präventive und rehabilitative Wirkung für pflegebedürftige Menschen und für Pflegepersonen tritt somit ein (vgl. Citron 2011, S. 14).

Zusammenfassend kann also gesagt werden, dass durch das Konzept der Kinästhetik Handlungs- und Bewegungsfähigkeiten der Pflegeperson geschult werden, sodass sie bewegungsbeeinträchtigte Personen anleiten kann, eigene Ressourcen wahrzunehmen und zielgerecht einzusetzen (vgl. Menche 2007, S. 496). Dabei soll die Pflegeperson die Bewegung gemeinsam mit dem pflegebedürftigen Menschen durchführen. Die Bewegung des pflegebedürftigen Menschen soll angst- und stressfrei erfolgen. Die Abläufe der Bewegung sollen dabei physiologisch und kräfteschonend sein, denn das Konzept soll eine Gesundheitsprophylaxe für Pflegepersonen darstellen. Heben und Tragen sollen vermieden werden. Zugleich ist das Ziel dieses Konzeptes, dass die Gesundheit der pflegebedürftigen Personen gefördert wird. Der pflegebedürftige Mensch soll ein möglichst selbstbestimmtes Leben führen können. Durch das Bewegungs- und Berührungskonzept der Kinästhetik kommen sich die Interaktionspartner näher. Eine Beziehung zwischen der Pflegeperson und dem pflegebedürftigen Menschen wird dadurch aufgebaut. Wichtig ist es herauszufinden, wie viel Nähe oder Distanz erwünscht ist. Wird diese Nähe von einer Seite nicht ausgehalten, ist das zu respektieren (vgl. Menche/Bazlen/Kommerell 2001, S. 218).

## **5 Die Konzepte der Kinästhetik**

Die Autorin beschreibt in diesem Kapitel die sechs Konzepte der Kinästhetik von Frank Hatch und Lenny Maietta.

Diese sechs Konzepte bilden die Basis der Kinästhetik, um die menschliche Bewegung und Interaktion zu erklären:

- das Konzept der Interaktion
- das Konzept der funktionalen Anatomie
- das Konzept der menschlichen Bewegung
- das Konzept der Anstrengung
- das Konzept der menschlichen Funktion
- das Konzept der Umgebungsgestaltung  
(vgl. Menche 2007, S. 497).

### **5.1 Das Konzept der Interaktion**

Wie schon erwähnt, wird eine Beziehung zwischen der Pflegeperson und dem pflegebedürftigen Menschen aufgebaut. Ziel ist es, diese Wechselbeziehung, auch Interaktion genannt, bewusst zu gestalten. Dadurch kann die Pflegeperson die Ressourcen des pflegebedürftigen Menschen besser erkennen und bei der Bewegungsanleitung einsetzen. „Interaktion“ beschreibt das Finden eines gemeinsamen Weges für eine Bewegungsform. Die Pflegeperson bezieht immer Ideen und Aktivitäten des pflegebedürftigen Menschen in die jeweilige Methode ein. Für das Konzept der Interaktion sind die Sinne, Bewegungselemente und Interaktionsformen wichtig (vgl. Menche 2007, S. 497).

#### **Sinne**

Die Berührung ermöglicht den direkten Kontakt zwischen der Pflegeperson und dem pflegebedürftigen Menschen. Sie soll Sicherheit vermitteln und eindeutig sein (vgl. Menche/Bazlen/Kommerell 2001, S. 219).

Deshalb ist es wichtig, dass die Pflegeperson den pflegebedürftigen Menschen mit der ganzen Hand berührt und nicht nur mit den Fingern. Um Eigenaktivität der pflegebedürftigen Person zu ermöglichen, soll die Berührung ruhig und abwartend erfolgen. Durch den Sehsinn wird das Erfassen einer Bewegung ermöglicht. Die pflegebedürftige Person kann eine Bewegungsform von der Pflegeperson beobachten und daraus lernen. Für die Interaktion ist auch das Ohr von großer Bedeutung. Dadurch wird die Aufnahme akustischer Informationen ermöglicht (vgl. Menche/Bazlen/Kommerell 2001, S. 219).

### **Bewegungselemente**

Die Bewegungselemente Zeit, Raum und Kraftaufwand spielen bei jeder Interaktion eine wichtige Rolle. Eine Pflegeperson soll mit dem pflegebedürftigen Menschen die passende Geschwindigkeit, den entsprechenden Bewegungsraum und den richtigen Kraftaufwand beim Ausführen einer Bewegung finden (vgl. Menche/Bazlen/Kommerell 2001, S. 219).

#### Zeit:

Beim Bewegungselement „Zeit“ gilt es, die Geschwindigkeit der Bewegung (langsam oder schnell), die Dauer der Bewegung und die Folge der Bewegung (gleichzeitig, nacheinander) richtig einzuschätzen (vgl. Menche/Bazlen/Kommerell 2001, S. 219).

#### Raum:

Die Pflegeperson soll sich auch vor der Bewegung gewisse Gedanken über den Raum machen. Entscheidend sind der Ort der Bewegung, die Richtung der Bewegung (vorwärts, rückwärts, rechts, links usw.), die Stellung im Raum (sitzend, liegend, stehend), die Entfernung der Bewegung und die Eigenschaften der Umgebung (beispielsweise: Ist die Umgebung rutschig?) (vgl. Menche/Bazlen/Kommerell 2001, S. 219).



### Kraftaufwand:

Das Bewegungselement „Kraftaufwand“ beschreibt die Qualität und die Quantität der Kraft, den Ort und die Richtung, auf die sich der Kraftaufwand bezieht. Mit der Qualität der Kraft ist gemeint, wie effektiv und kräfteschonend sie eingesetzt werden kann. Die Quantität beschreibt, ob viel oder wenig Kraft ausgeübt werden muss (vgl. Menche/Bazlen/Kommerell 2001, S. 219).

### **Interaktionsformen**

Drei Interaktionsformen werden unterschieden: die einseitige Interaktion, die schrittweise Interaktion und die gleichzeitig-gemeinsame Interaktionsform.

#### Einseitige Interaktion:

Die einseitige Interaktion wird angewendet, wenn ein pflegebedürftiger Mensch relativ selbständig ist. Diese Person benötigt eine einmalige Information, um die Bewegung durchführen zu können. Unter einer einseitigen Interaktion versteht man ebenfalls, wenn die Pflegeperson bei einem beispielsweise bewusstlosen Menschen eine einseitige Bewegung durchführen muss (vgl. Menche 2007, S. 497).

#### Schrittweise Interaktion:

Wenn viele Handlungsanweisungen notwendig sind, spricht man von einer schrittweisen Interaktion (vgl. Menche 2007, S. 497).

#### Gleichzeitig-gemeinsame Interaktion:

Auch eine gleichzeitig-gemeinsame Interaktion kann stattfinden, wenn der pflegebedürftige Mensch diese benötigt. Dabei wird der taktile Informationsaustausch zwischen pflegebedürftigem Menschen und Pflegeperson nicht unterbrochen (vgl. Menche 2007, S. 497).

## 5.2 Das Konzept der funktionalen Anatomie

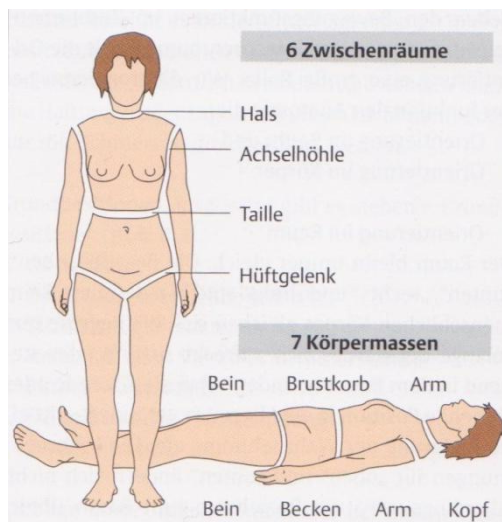
Dieses Konzept beschreibt Knochen/Muskeln, Massen/Zwischenräume und das Geben der notwendigen Orientierung.

### Knochen und Muskeln

Um eine Bewegung kraftschonend durchzuführen, ist das Wissen anatomischer Grundlagen Voraussetzung. Dabei gilt es, die Aufgaben der Knochen und Muskeln zu verstehen. Knochen stützen passiv das Körpergewicht und haben eine stabilisierende, feste Struktur. Muskeln bringen die Knochen in eine bestimmte Position und sind in ihrer Struktur weich und flexibel. Das kinästhetische Prinzip nützt die Funktionen des Körpers. Demnach soll das Körpergewicht über knöchernen Strukturen geführt und nicht getragen werden (vgl. Menche 2007, S. 497f.).

### Massen und Zwischenräume

Abbildung 1: Massen und Zwischenräume



(Quelle: Eißing 2007, S. 73)

Viele Pflegepersonen möchten den Körper der pflegebedürftigen Person als Ganzes bewegen. Doch ein schrittweises Bewegen „Masse für Masse“ ermöglicht, dass pflegebedürftige Menschen ihre Ressourcen besser mit einbeziehen können. Die Kinästhetik teilt deshalb den Körper in Massen und Zwischenräume ein (Abbildung 1) (vgl. Menche 2007, S. 498).

Die Massen sind fest, stabil und besitzen viele knöcherne Strukturen. Zu ihnen gehören Kopf, Brustkorb, Becken, Arme und Beine. Die Zwischenräume hingegen sind instabil, beweglich und besitzen viele muskuläre Strukturen. Dazu zählen Hals, Taille, Schultergelenke, Hüftgelenke. Sie liegen zwischen den Massen. In der Kinästhetik gilt es, die Massen zu fassen und die Zwischenräume baumeln zu lassen. Denn der Kontakt mit den Zwischenräumen würde die Bewegung bzw. die Eigenaktivität der pflegebedürftigen Person hemmen (vgl. Menche 2007, S. 498).

### **Orientierung**

Um ein gemeinsames Ziel beim Durchführen einer Bewegung zu erreichen, muss die Orientierung bei der Pflegeperson und beim pflegebedürftigen Menschen gleich sein. Eine eindeutige Berührung der Massen und Anleitung muss seitens der Pflegeperson erfolgen (vgl. Menche/Bazlen/Kommerell 2001, S. 219f.).

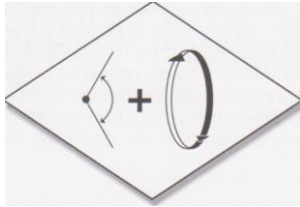
## **5.3 Das Konzept der menschlichen Bewegung**

Jede menschliche Aktivität besteht aus dem Zusammenspiel von Haltungs- und Transportbewegungen (vgl. Hatch/Maietta 2003, S.49).

Bei jeder Aktivität entstehen durch die Kombination von Haltungs- und Transportbewegungen verschiedene Bewegungsmuster. Diese können dem parallelen oder dem spiraligen Bewegungsmuster entsprechen (vgl. Hatch/Maietta 2007, S. 28).

## Haltungs- und Transportbewegungen

Abbildung 2: Haltungs- und Transportbewegungen



(Quelle: Hatch/Maietta 2007, S. 26)

Entscheidend für Bewegungsabläufe sind Haltungs- und Transportbewegungen (Abbildung 2). Die Haltungsbewegung beschreibt Bewegungen nur in eine Richtung, zum Beispiel Beugen und Strecken. Bei der Transportbewegung sind mehrere Richtungen möglich, zum Beispiel das Drehen (vgl. Menche/Bazlen/Kommerell 2001, S. 220f.).

## Parallel- und Spiralbewegungen

Abbildung 3: Parallele und spiralförmige Bewegungsmuster

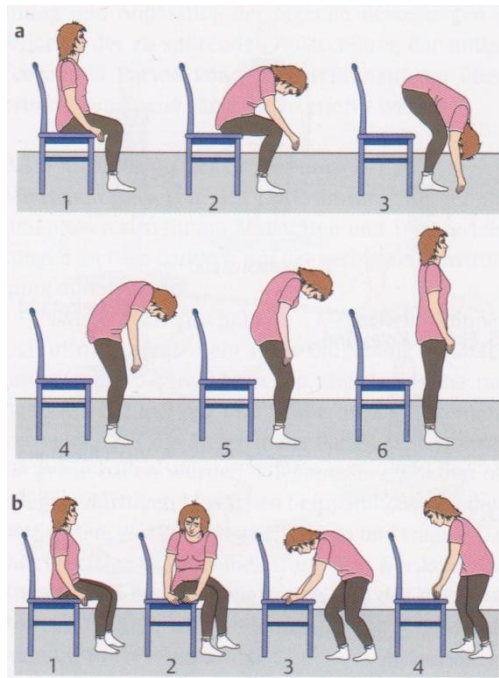


(Quelle: Hatch/Maietta 2007, S. 26)

Bei Parallelbewegungen handelt es sich um Beuge- und Streckbewegungen. Sie haben nur eine Bewegungsachse (Abbildung 4, a) (vgl. Menche/Bazlen/Kommerell 2001, S. 220f.).

Um eine Bewegung mit einem geringen Kraftaufwand durchzuführen, sind Spiralbewegungen geeignet (Abbildung 4, b). Sie sind Drehbewegungen um zwei Bewegungsachsen (vgl. Menche/Bazlen/Kommerell 2001, S. 220f.).

Abbildung 4: Parallelbewegung und Spiralbewegung

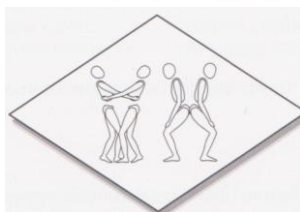


(Quelle: Eißing 2007, S. 75)

## 5.4 Das Konzept der Anstrengung

Dieses Konzept hat das Ziel, die Anstrengung zu reduzieren. Zwei Formen der Anstrengung werden beschrieben: Zug und Druck (vgl. Menche/Bazlen/Kommerell 2001, S. 221).

Abbildung 5: Zug und Druck



(Quelle: Hatch/Maietta 2007, S. 29)

## **Zug**

Ein Zug entsteht, wenn das Gewicht der Pflegeperson vom Kontaktpunkt weggeht (vgl. Menche/Bazlen/Kommerell 2001, S. 221).

## **Druck**

Ein Druck entsteht, wenn das Gewicht der Pflegeperson auf den Kontaktpunkt zugeht. Ein gezielter Einsatz von Zug und Druck verringert die Anstrengung bei Bewegungsaktionen (vgl. Menche/Bazlen/Kommerell 2001, S. 221).

## **5.5 Das Konzept der menschlichen Funktion**

Einfache und komplexe Funktionen werden hier näher beschrieben.

### **Einfache Funktionen**

Als einfache Funktionen werden Positionen und Grundpositionen bezeichnet. Hier geht es um die Fähigkeit, eine Position einzunehmen und diese zu halten (vgl. Hatch/Maietta 2003, S. 58).

Die Kinästhetik beschreibt sieben Grundpositionen (Abbildung 6). Diese sind: Rückenlage, Ellenbogen-Bauch-Lage, Sitzen, Vierfüßlerstand, Einbein-Kniestand, auf einen Bein Stehen und auf zwei Beinen Stehen. Kleinkinder lernen mit Hilfe dieser Grundpositionen aufzustehen. Wenn pflegebedürftige Personen das Aufstehen wieder erlernen müssen, helfen die Grundpositionen ebenfalls (vgl. Menche/Bazlen/Kommerell 2001, S. 221).

Abbildung 6: Grundpositionen



(Quelle: Eißing 2007, S. 76)

### **Komplexe Funktionen**

Als komplexe Funktionen werden Fortbewegungen und Bewegungen am Ort bezeichnet.

#### Fortbewegung:

Eine Fortbewegung wird ausgeführt, wenn sich das Gewicht der Massen an einen neuen Ort verlagert, zum Beispiel beim Gehen. Viele Bewegungsabläufe sind für eine gehende Fortbewegung notwendig. Es ist wichtig, diese Bewegungsabläufe Schritt für Schritt durchzuführen. Schwierigkeiten entstehen, wenn pflegebedürftige Personen zu schnell große Schritte versuchen. Sowohl für den pflegebedürftigen Menschen als auch für die Pflegeperson bedeutet das mehr Anstrengung (vgl. Hatch/Maietta 2003, S. 63).

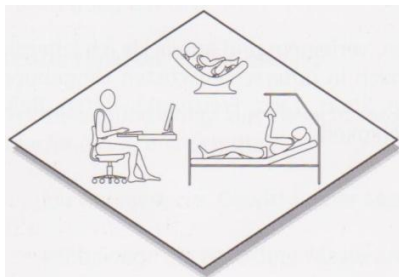
### Aktivitäten am Ort:

Als Aktivitäten der „Bewegung am Ort“ werden z.B. Essen, Trinken, Ankleiden usw. bezeichnet. Eine professionelle Herausforderung der Pflegepersonen liegt darin, dem pflegebedürftigen Menschen eine individuelle Hilfestellung zu gewährleisten (vgl. Hatch/Maietta 2003, S. 62).

## **5.6 Das Konzept der Umgebungsgestaltung**

Die Umgebung ist sicher und einfach zu gestalten. Ressourcen des pflegebedürftigen Person sollen mit einbezogen werden, und adäquater Einsatz von Hilfsmitteln ist wünschenswert (vgl. Menche/Bazlen/Kommerell 2001, S. 222).

Abbildung 7: Umgebung



(Quelle: Hatch/Maietta 2007, S. 36)



## **6 Das Pflegemodell nach Monika Krohwinkel**

In der vorliegenden Arbeit stellt dieses Pflegemodell den Rahmen für das Konzept der Kinästhetik dar. Die Autorin klärt zunächst Begrifflichkeiten und beschreibt in diesem Kapitel die Entstehung bzw. den Hintergrund des Pflegemodells.

### **6.1 Konzepte, Theorien und Modelle in der Pflege**

Theorien und Modelle haben eine wichtige Funktion, die zur Professionalisierung der Pflegeberufe erheblich beiträgt. Sie bilden eine wissenschaftlich fundierte Basis, an der sich die Pflegepraxis orientieren kann. Viele Dokumentationsformulare in der Pflegepraxis haben ihren Ursprung in den Pflege-theorien. Auch die Ausbildung zu Pflegeberufen orientiert sich an Pflege-theorien, z.B. nach den Lebensaktivitäten von Roper/Logan und Tierney. Doch nicht jede Theorie ist in der Praxis umsetzbar. Viele Faktoren sind vor der Anwendung einer Theorie zu berücksichtigen. Pflege-theorien sind Ausdruck des vorhandenen Wissens in der Pflege, geben allerdings auch den Anstoß zu neuen Forschungen. Somit tragen die Pflegeforschung wie auch die Entwicklung der Pflege-theorien zur Verbesserung der Pflegepraxis bei, wodurch die Qualität der Pflege gesteigert wird (vgl. Lauber 2001, S. 103f.).

#### **Konzepte**

Ein Konzept ist der kleinste Bestandteil einer Theorie. Im Englischen wird „concept“ als Begriff bezeichnet. Im deutschsprachigen Raum verstehen wir unter „Konzept“ eine Idee - einen Plan. Ein Konzept ist das Ergebnis beträchtlicher Gedankenarbeit und wird als Überbegriff für ein oder mehrere ähnliche Phänomene, mit denen wir in der täglichen Praxis konfrontiert sind, bezeichnet (vgl. Neumann-Ponesch 2011, S. 57f.).

## **Theorien**

Ideen, Thesen oder Konzepte entwickeln sich zu Theorien, wenn sie eine Struktur aufweisen, um einzelne Phänomene systematisch zu betrachten. Theorien werden entwickelt, um einen bestimmten Zweck zu erfüllen. Sie helfen, Phänomene besser zu verstehen (vgl. Lauber 2001, S. 105f.).

## **Modelle**

Modelle stellen die Wirklichkeit in einer verkleinerten und vereinfachten Form dar. Durch diese Darstellung soll der Gegenstand oder der Sachinhalt verständlicher werden. Ein Modell wird als „konzeptionelles Modell“ beschrieben, wenn die Theorie dahinter eine große Reichweite aufweist. Die beschriebene Wirklichkeit ist weiter entfernt – die Theorien sind abstrakter (vgl. Lauber 2001, S. 106).

## **6.2 Biografie von Monika Krohwinkel**

Abbildung 8: Monika Krohwinkel



(Quelle: Krohwinkel 2008, S. 11)

Monika Krohwinkel (Abbildung 8) wurde 1941 in Hamburg geboren. Sie absolvierte eine Hebammen- und Krankenpflegeausbildung in Deutschland und in England. Im Anschluss trat sie das Studium für Pflegewissenschaft und Erziehungswissenschaft in Manchester an (vgl. Rossa 2000, o. S.).

Monika Krohwinkel war als Hebamme und Krankenschwester im In- und Ausland sowie als Lehrerin für Pflegepraxis, Pflegepädagogik, Pflegeforschung und Pflegewissenschaft in pflegerischen Aus- und Weiterbildungsinstituten tätig. An der Agnes-Karll-Krankenpflegehochschule war sie stellvertretende Direktorin, und 1988–1991 übernahm sie das Forschungsprojekt „Der ganzheitliche Pflegeprozess am Beispiel von Apoplexiekranken“. Als Instituts- und Forschungsleiterin war sie 1988 am Aufbau des Agnes-Karll-Instituts für Pflegeforschung beteiligt. Monika Krohwinkel wurde 1993 zur Gründungsprofessorin für Pflegewissenschaften ernannt und übernahm Beratungstätigkeiten zur Entwicklung einer professionellen Pflegepraxis. Im selben Jahr veröffentlichte sie die 13 AEDL (Aktivitäten und Existenziellen Erfahrungen des Lebens) (vgl. Rossa 2000, o. S.).

### **6.3 Rehabilitierende Prozesspflege am Beispiel von Apoplexiekranken**

Die Pflege alter, kranker oder behinderter Menschen darf nicht nur auf Tradition und Intuition beruhen, sondern muss sich auf wissenschaftliche Erkenntnisse stützen. Deshalb ist die Förderung der Pflegeforschung von großer Bedeutung. Das hat auch das deutsche Bundesministerium für Gesundheit erkannt und das Forschungsprojekt von Monika Krohwinkel gefördert (vgl. Krohwinkel 2008, S. 9ff.). Im Jahr 1989 hat sie im Auftrag des Bundesministeriums die Studie „Der Pflegeprozess am Beispiel von Patientinnen und Patienten mit der Diagnose „Schlaganfall“ – Eine Studie zur Erfassung ganzheitlich-rehabilitierender Prozesspflege in Akutkrankenhäusern“ durchgeführt (vgl. Lauber 2001, S. 142). Diese Studie von Monika Krohwinkel ist das erste pflegespezifische Forschungsprojekt in der Bundesrepublik Deutschland. Allerdings erforderte es einige Überredungskünste von Monika Krohwinkel, das Ministerium zu überzeugen, dass eine angemessen akademisch qualifizierte Krankenschwester keinen Arzt als Leiter des Projekts benötigt. Das damalige Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit hat dieses Projekt drei Jahre lang gefördert. Das neue Krankenpflegegesetz von 1985 war Anlass für diese Förderung (vgl. Krohwinkel 2008, S. 9ff.).

Als primäres Ausbildungsziel wird im Krankenpflegegesetz die sach- und fachkundige, umfassende, geplante Pflege von Patientinnen und Patienten beschrieben. Das weitere Ausbildungsziel betrifft die Gesundheitsberatung. Aufgrund dieser Ausbildungsziele muss das Pflegepersonal eine entsprechende Qualifikation aufweisen. Rahmenbedingungen müssen geschaffen werden, um die Umsetzung der Ziele zu ermöglichen. Als Grundvoraussetzung für eine zielorientierte Aus-, Fort- und Weiterbildung des Pflegepersonals gelten die Erkenntnisse aus dem Forschungsprojekt nach Monika Krohwinkel. Diese Erkenntnisse betreffen die Umsetzung des Pflegeprozesses wie auch die Gesundheitsentwicklung pflegeabhängiger Menschen am Beispiel von Apoplexiekranken (vgl. Krohwinkel 2008, S. 9ff.).

### **6.3.1 Theoretische Grundlagen der Fördernden Prozesspflege**

Christlich-humanistische Überzeugungen, langjährige praktische Erfahrungen in Pflegezusammenhängen sowie das Wissen aus der humanistischen Psychologie, der Phänomenologie und den Systemtheorien als dritte theoretische Grundlage beeinflussten Monika Krohwinkel bei der Entwicklung der Fördernden Prozesspflege (vgl. Krohwinkel 2008, S. 207f.).

Als Voraussetzung der Fördernden Prozesspflege gelten in der humanistischen Psychologie vor allem die Veröffentlichungen von Maslow und Carl Rogers (1967, 1969), welche die Entwicklung von Personen, die Bedeutung von Wertschätzung und Respekt vor dem Menschen als Person beschreiben. Die Erkenntnisse aus der humanistischen Psychologie bedeuten für die Fördernde Prozesspflege, dass es oft erforderlich ist, einzelne Teile analytisch zu betrachten, aber immer wieder als Ganzes zu sehen. Die Teile sollen also in ihren Zusammenhängen und Wechselwirkungen betrachtet werden (vgl. Krohwinkel 2008, S. 207f.).

Die Erkenntnisse der Phänomenologie bilden die zweite theoretische Grundlage der Fördernden Prozesspflege. Sie besagt, dass erst durch Zuweisen der Bedeutung die Realität einen Sinn bekommt (vgl. Krohwinkel 2008, S. 207f.).

Für die Fördernde Prozesspflege wiederum ist dieses Phänomen folgendermaßen zu verstehen: Die Bedeutung, die eine Person ihrer Situation, ihrer Fähigkeit, ihrem Bedürfnis, ihrem Problem oder ihrem Ziel gibt, die einzige Realität ist, über die diese Person verfügt. Die Grundlage der Systemtheorien (von Bertalanffy 1949) hebt nochmals deutlich die Wichtigkeit hervor, Systeme oder Subsysteme nicht nur in Einzelteilen zu betrachten, sondern als dynamisches Ganzes zu erfassen (vgl. Krohwinkel 2008, S. 207f.).

Weiters wurde das Werk von Monika Krohwinkel von den Pflege-theoretikern Martha Rogers (1970), Hildegard Peplau (1952), Joyce Travelbee (1971), Virginia Henderson (1960, 1966) sowie Dorothea Orem (1971) und Roper et al. (1980) maßgeblich beeinflusst. Zum Beispiel ist die Sichtweise von Rogers zur Person, zur Umgebung und deren Wechselwirkungen für die Fördernde Prozesspflege wichtig geworden. Auch die Erkenntnisse zur interpersonalen Beziehung von Peplau und Travelbee haben das Pflegemodell nach Krohwinkel geprägt. Vor allem im Managementmodell nach Krohwinkel spiegeln sich Erkenntnisse von Henderson wieder, die die Hauptverantwortung und Hauptaufgaben der professionellen Pflege umfassen. Auch bei der Strukturierung und Erforschung des Pflegeprozesses lehnt sich Krohwinkel an die Begrifflichkeiten der Lebensaktivitäten von Roper et al. (vgl. Krohwinkel 2008, S. 208).

### **6.3.2 Methodischer Vorgang des Forschungsprojektes**

Krohwinkel benutzte vor allem die Methodologien und Methoden von Glaser und Strauss (1967, 1969, 1978) sowie von Strauss und Corbin (1990). Als Forschungsmethoden kamen teilnehmende Beobachtung, Tiefeninterviews und Methoden qualitativer Dokumentationsanalysen zum Einsatz. Krohwinkel verbindet und ergänzt quantitative Methoden, wo diese die Validität und Reliabilität stützen, mit qualitativen Verfahren. In ihrer Arbeit werden deduktive und induktive Prozesse verknüpft. Aus den theoretischen und den empirischen Erkenntnissen hat sich nun das System der fördernden Prozesspflege gebildet. Krohwinkel betont, dass diese Entwicklung nicht als abgeschlossen betrachtet werden soll (vgl. Krohwinkel 2008, S. 210).

### 6.3.3 Kernaussage der Fördernden Prozesspflege

Aus den Untersuchungen von Monika Krohwinkel resultieren die Erkenntnisse, dass die Unabhängigkeit, das Wohlbefinden und das Leben selbst beeinflusst werden von den Fähigkeiten und von den Ressourcen der Umgebung des pflegebedürftigen Menschen (Abbildung 9) (vgl. Krohwinkel 2008, S. 219f.).

Abbildung 9: Kernaussage

**Kernaussage**

Lebens- und Entwicklungsprozesse, Krankheits- und Gesundheitsprozesse, unter Umständen das Leben selbst, hängen ab von den Fähigkeiten und Ressourcen des Menschen, die es ihm ermöglichen:

- ▶ Lebensaktivität zu realisieren
- ▶ soziale Beziehungen und Bereiche zu sichern und zu gestalten
- ▶ mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen und sich dabei entwickeln zu können.

© Krohwinkel | 1997

(Quelle: Krohwinkel 2008, S. 220)

### 6.3.4 Fünf Kategorien der Fördernden Prozesspflege

Abbildung 10: Kategorien defizitär-versorgender Pflege

**Fördernde Prozesspflege als System**

**Kategorien defizitär-versorgender Pflege**

**Unsichtbarkeit**  
Pflegeprobleme/Bedürfnisse in Lebensaktivitäten und Beziehungen werden nicht oder eher vage erkannt. Die für den pflegebedürftigen Menschen und/oder seinen persönlichen Bezugspersonen wesentlichen existenziellen Erfahrungen werden nicht oder nur oberflächlich erkannt und berücksichtigt. Auswirkungen von Pflegehandlungen werden nicht erkannt.

**Fragmentierung und Linearität**  
Zusammenhänge und Wechselwirkungen zwischen den einzelnen ABEDLs werden nicht erkannt. Pflege wird in Einzelteile zerlegt und/oder nicht zusammenhängend durchgeführt.

**Inkongruenz**  
Es besteht keine Übereinstimmung zwischen der physisch-funktionalen und der willentlich-emotionalen Verhaltens-ebene innerhalb einer beobachtbaren bzw. von der pflegebedürftigen Person erfahrbaren Pflegehandlung.

**Diskontinuität**  
Pflegeabläufe werden häufig unterbrochen oder Menschen erhalten bei Wechsel von Pflegepersonal unterschiedliche Pflege.

**Abhängigkeit**  
Pflege ist an Problemen und Defiziten orientiert und wird überwiegend versorgend durchgeführt. Unsichtbarkeit, Fragmentierung und Linearität sowie Inkongruenz und Diskontinuität verstärken Abhängigkeiten pflegebedürftiger Personen und ihrer persönlichen Bezugspersonen bei der Realisierung ihrer Lebensaktivitäten, der Sicherung und Gestaltung der für sie wichtigen sozialen Kontakte und Beziehungen und im Umgang mit ihren existenziellen Erfahrungen.

nach: © Krohwinkel 1984, 1992, 1. f. Fassung 1997

(Quelle: Krohwinkel 2008, S. 255)

Aus der Untersuchung von Monika Krohwinkel haben sich Kategorien defizitärer Praxis in der Pflege herauskristallisiert: Unsichtbarkeit, Fragmentierung, Linearität, Inkongruenz, Diskontinuität und Abhängigkeit (Abbildung 10). Die fördernde Prozesspflege beschreibt Krohwinkel jedoch mit diesen fünf Kategorien: Sichtbarkeit, Ganzheitlichkeit, Kongruenz und Kontinuität sowie Unabhängigkeit und Wohlbefinden der betroffenen Person (Abbildung 11) (vgl. Krohwinkel 2008, S. 82, S. 253ff.).

Abbildung 11: Kategorien fördernder Prozesspflege

| Fördernde Prozesspflege als System         |  |
|--|--|
| <b>Kategorien fördernder Prozesspflege</b> |  |
| <b>Sichtbarkeit</b>                        | Fähigkeiten, Bedürfnisse und Probleme von pflegebedürftigen Personen und ihren persönlichen Bezugspersonen werden bewusst gemacht, gezielt berücksichtigt und dargestellt. Auswirkungen von Pflegehandlungen werden sichtbar gemacht.  |
| <b>Ganzheitlichkeit</b>                    | Fähigkeiten, Bedürfnisse, Probleme und Maßnahmen in relevanten ABEDLs werden in ihren prioritären Bedeutungen sowie in ihren Zusammenhängen und Wechselwirkungen erkannt. Ergebnisse werden prioritätsorientiert und unter Einbeziehung der Gesamtsituation systematisch ausgewertet.  |
| <b>Kongruenz</b>                           | Es besteht eine fördernde Übereinstimmung in den physisch-funktionalen und den willentlich-emotionalen Verhaltensdimensionen innerhalb einer beobachtbaren bzw. von der betroffenen Person erfahrbaren Pflegehandlung.   |
| <b>Kontinuität</b>                         | Der fördernde Beziehungs-/Problembearbeitungs- und Entwicklungsprozess wird kontinuierlich realisiert. Die pflegerischen Abläufe werden personen- und situationsbezogen von pflegerischen Bezugspersonen gewährleistet.  |
| <b>Unabhängigkeit und Wohlbefinden</b>     | Pflege ist ausgerichtet auf die Förderung der pflegebedürftigen Person und ihrer persönlichen Bezugsperson in den für diese wesentlichen und möglichen Anteilen von Unabhängigkeit und Wohlbefinden in ihren ABEDLs. Das Ausmaß von Sichtbarkeit, Ganzheitlichkeit, Kongruenz und Kontinuität beeinflussen das Ausmaß solcher Förderung. |

nach: Krohwinkel 1999

(Quelle: Krohwinkel 2008, S. 256)

### 6.3.5 Zielsetzung der Fördernden Prozesspflege

„Die übergeordnete Zielsetzung der Fördernden Prozesspflege, das heißt der pflegerische Beitrag zur Gesundheit in unterschiedlichen Phasen des Lebensprozesses, ist es, betroffene Menschen zu unterstützen und zu fördern beim Erhalten, Erlangen und Wiedererlangen der Anteile von Unabhängigkeit und Wohlbefinden in den ABEDLs, welche für diese Menschen bedeutend und möglich sind“ (Krohwinkel 2008, S. 253).

Die Untersuchungsergebnisse der Studie weisen daraufhin, dass das Ausmaß von Sichtbarkeit, Ganzheitlichkeit, Kongruenz und Kontinuität das Ausmaß der Förderung von Unabhängigkeit und Wohlbefinden der betroffenen Person beeinflusst (vgl. Krohwinkel 2008, S. 253).

### **6.3.6 Praxisfelder der Fördernden Prozesspflege**

Krohwinkel betont, dass die Fördernde Prozesspflege in der Intensivpflege, der Onkologie, der Neurologie, der Psychiatrie, der Pädiatrie und in der Behindertenpflege Anwendung findet. Doch vor allem in der stationären Altenpflege und in der ambulanten Pflege wird dieses Pflegemodell in die Praxis umgesetzt (vgl. Krohwinkel 2008, S. 205f.).

Die Autorin möchte aufgrund ihrer beruflichen Laufbahn (2009) hinweisen, dass das Pflegemodell nach Monika Krohwinkel in der „Rehabilitation Bad Radkersburg - Klinik Maria Theresia“ als Grundlage der rehabilitierenden Pflege ebenso angewendet wird. Aus Erfahrungswerten kann die Autorin berichten, dass das Pflegemodell von den pflegebedürftigen Personen gut angenommen wird. Vor allem das System der Bezugspersonenpflege, die im Modell integriert ist, wird sehr positiv erlebt.

Monika Krohwinkel stellt selbst die Personen mit längerem Pflegebedarf und deren Bezugspersonen in stationären wie in häuslichen Lebens- und Pflegesituationen in den Mittelpunkt ihrer Untersuchungen sowie ihrer Schulungen. Doch ihr Augenmerk richtet sie auch auf Personen, die pflegebedürftige Menschen im Rahmen ihres Berufes pflegen und betreuen (vgl. Krohwinkel 2008, S. 206).



## **7 Das Rahmenkonzept zur ganzheitlich-fördernden Prozesspflege**

Die Autorin stellt in diesem Abschnitt das tatsächliche Pflegemodell anhand dieses theoretischen Konzeptes nach Monika Krohwinkel vor. Die fördernde Prozesspflege wird dabei als System beschrieben. Im Anschluss wird dieses Modell aus kritischer Sicht betrachtet.

Zum theoretischen Rahmenkonzept zählt Krohwinkel die pflegeparadigmatischen Schlüsselkonzepte sowie ein Rahmenmodell mit integrierten Modellen und Konzepten, die die Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens und ihre Auswirkungen auf Unabhängigkeit, Wohlbefinden und Lebensqualität von Menschen sowie den Pflegeprozess in der direkten Pflege, die Pflegedokumentation und eine Arbeitsorganisation umfassen (vgl. Krohwinkel 2008, S. 28).

### **7.1 Die vier Schlüsselkonzepte**

Monika Krohwinkel beschreibt zunächst die vier Schlüsselkonzepte des pflegerischen Paradigmas: Person, Umgebung, Gesundheit/Wohlbefinden, pflegerischer Handlungsprozess (vgl. Krohwinkel 2008, S. 29).

#### **7.1.1 Person**

Die Person steht im Mittelpunkt der Pflege. Krohwinkel meint damit den pflegebedürftigen Menschen, schließt aber die pflegende Person nicht aus (vgl. Krohwinkel 2008, S. 29). Die Person ist definiert als „einheitliches integrales Ganzes, das mehr und anders ist als die Summe seiner Teile, mit einer eigenen Identität und Integrität“ (Rogers 1970 zit. n. Krohwinkel 2008, S. 29).

### **7.1.2 Umgebung**

Der Mensch und seine Umgebung stehen in einem ständigen Austausch miteinander. Andere Menschen, Lebewesen wie auch ökologische, physikalische, materielle, gesellschaftliche Faktoren, aber auch die Arbeitsumgebung beeinflussen das Leben, die Gesundheit und die Lebensqualität eines Menschen. Die Auswirkungen dieser Faktoren sind in der Pflege zu berücksichtigen (vgl. Lauber 2001, S. 142f.).

### **7.1.3 Gesundheit/Wohlbefinden**

Monika Krohwinkel bezeichnet Gesundheit und Krankheit nicht als Zustände, sondern als dynamische Prozesse, wodurch sich die Sichtweise erheblich ändert. Bislang war die Konzentration auf die Defizite eines Menschen gelenkt. Doch nun werden Ressourcen und Fähigkeiten eines Menschen berücksichtigt und integriert (vgl. Lauber 2001, S. 143). Unter Gesundheit ist jener Teil gemeint, der vom betroffenen Menschen selbst als Wohlbefinden und Unabhängigkeit erfahren wird (vgl. Krohwinkel 2008, S. 30)

### **7.1.4 Pflegerischer Handlungsprozess**

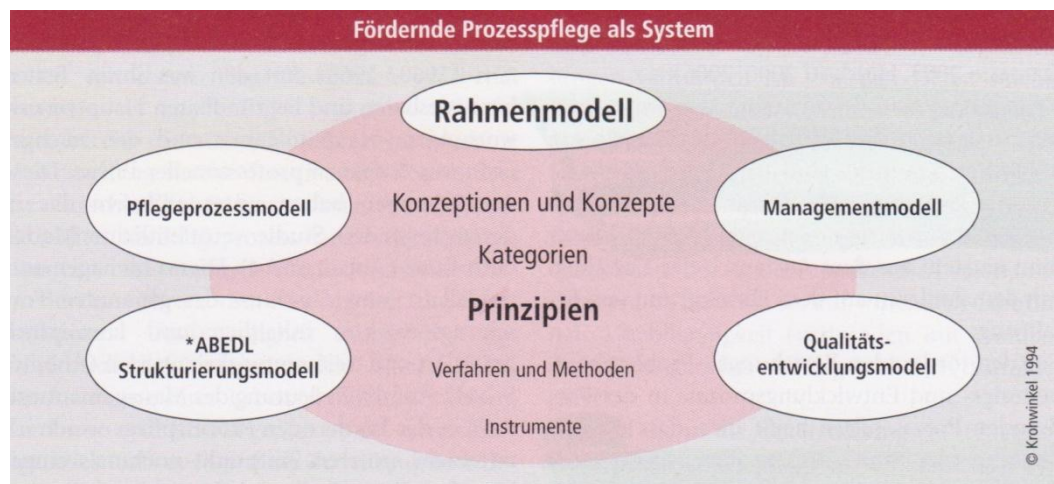
Bedürfnisse und Fähigkeiten eines Menschen werden im pflegerischen Handlungsprozess mit einbezogen. Krohwinkel entwickelte vier Kategorien, um diese Bedürfnisse und Fähigkeiten einzuordnen: physisch-funktional, willentlich-rational, emotional und kulturell-sozial. Die Kategorisierung erfüllt den Zweck, die Bedürfnisse genauer zu betrachten. Krohwinkel betont jedoch die ganzheitliche Sichtweise der Bedürfnisse und Fähigkeiten. Demzufolge sollen die Bedürfnisse nicht isoliert voneinander betrachtet werden. Vor allem die Auswirkungen der Bedürfnisse und Fähigkeiten eines Menschen auf seine Gesundheit und seiner Unabhängigkeit stellen den zentralen Punkt pflegerischen Handelns dar (vgl. Lauber 2001, S. 143).

Diese Auswirkungen sind in der Pflege zu berücksichtigen, um den Menschen in seinen Selbstpflegeaktivitäten optimal unterstützen zu können (vgl. Lauber 2001, S. 143).

## 7.2 Die Fördernde Prozesspflege als System

Zum System der Fördernden Prozesspflege gehören das Rahmenmodell, das Pflegeprozessmodell, das ABEDL-Strukturierungsmodell, das Managementmodell sowie das Qualitätsentwicklungsmodell (Abbildung 12). Diese Modelle sind in der Studie von Monika Krohwinkel erprobt und evaluiert worden (vgl. Krohwinkel 2008, S. 210).

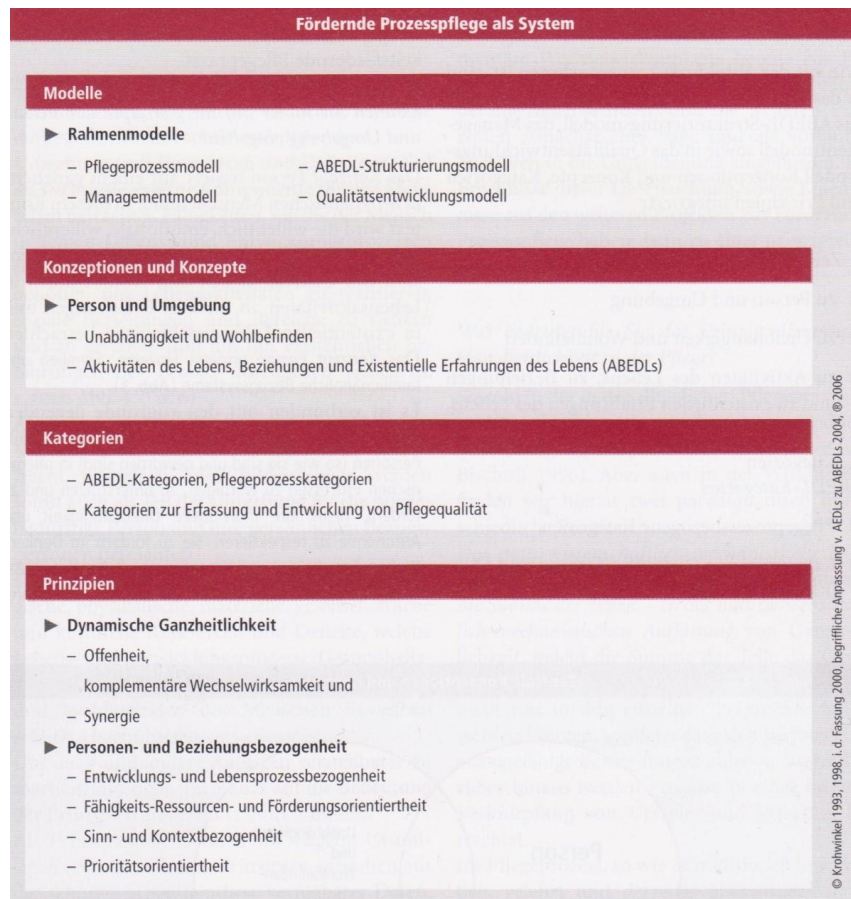
Abbildung 12: Fördernde Prozesspflege als System



(Quelle: Krohwinkel 2008, S. 207)

In den fünf Modellen sind weitere Konzeptionen und Konzepte, Kategorien und Prinzipien integriert (Abbildung 13) (vgl. Krohwinkel 2008, S. 211ff.).

Abbildung 13: Fördernde Prozesspflege



(Quelle: Krohwinkel 2008, S. 211)

Unter dem Konzept „Person“ ist ein ganzheitlich-dynamisches Menschenbild zu verstehen. Beim Konzept „Umgebung“ sind Ressourcen und Defizite mit eingeschlossen. Krohwinkel beschreibt die Umgebung als wichtigste externe Komponente für den betroffenen Menschen. Als Teile der Umgebung können andere Menschen wie auch andere Lebewesen verstanden werden. Die Kategorien zur Erfassung und Entwicklung von Pflegequalität stehen in Verbindung mit defizitärer Pflegepraxis und fördernder Pflegepraxis. Krohwinkel nennt auch Prinzipien, diese sollen die übergeordnete Bedeutung des Systems ausdrücken (vgl. Krohwinkel 2008, S. 211ff.).

### **7.2.1 Das Rahmenmodell**

Krohwinkel beschreibt das Rahmenmodell als übergeordnetes Modell fördernder Prozesspflege, da die inhaltlichen Aussagen dieses Modells in allen anderen Modellen wiederzufinden sind. Das Rahmenmodell beschreibt das primäre pflegerische Interesse, die primäre pflegerische Zielsetzung und die primäre pflegerische Handlung (vgl. Krohwinkel 2008, S. 215).

#### **Das primäre pflegerische Interesse**

Die pflegebedürftige Person und die wichtigsten Bezugspersonen stehen im Mittelpunkt. Auch deren Fähigkeiten und persönliche Ressourcen, die helfen können, Probleme zu vermeiden, sind zu berücksichtigen, damit auf die Bedürfnisse der Person nach Unabhängigkeit und Wohlbefinden in ihren Lebensaktivitäten, der Sicherung und Gestaltung sozialer Kontakte und Beziehungen sowie im Umgang mit den existentiellen Erfahrungen des Lebens optimal eingegangen werden kann (vgl. Krohwinkel 2008, S. 215ff.).

Häufig kommen die Begriffe „Fähigkeiten“ und „Ressourcen“ vor. Krohwinkel ordnet diese Begriffe folgendermaßen zu: Fähigkeiten sind dem Konzept Person zugeordnet und Ressourcen dem Konzept Umgebung (vgl. Krohwinkel 2008, S. 215ff.).

Das primäre pflegerische Interesse richtet sich auf alle Faktoren, die die Unabhängigkeit und das Wohlbefinden der Personen beeinflussen. Diese Faktoren sind:

- Lebens- und Entwicklungsprozesse,
  - Lebens- und Pflegesituationen in Gesundheits- und Krankheitsprozessen,
  - zusammenhängende Ressourcen und Defizite der Umgebung
- (vgl. Krohwinkel 2008, S. 215ff.).

### **Die primäre pflegerische Zielsetzung**

Die pflegerische Zielsetzung umfasst die Erhaltung, die Erlangung und die Wiedererlangung von Unabhängigkeit und Wohlbefinden in den Aktivitäten des Lebens und bezieht den Umgang mit existenziellen Erfahrungen des Lebens mit ein. Die vorhandenen Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person und der Bezugspersonen sind ebenso mit einzubeziehen (vgl. Krohwinkel 2008, S. 33).

Die Ziele berücksichtigen den Zustand der Gesundheit, der Krankheit und den Sterbeprozess. Krohwinkel beschreibt Sterben als einen Teil des Lebensprozesses. Gerade in dieser Phase der Begleitung haben Bezugspersonen eine große Bedeutung für den Betroffenen. Deshalb sind die Bezugspersonen ständig mit einzubeziehen. Bedeutend sind für den betroffenen Menschen vor allem die Anteile der Gesundheit, die für die Unabhängigkeit und das Wohlbefinden in den ABEDL, die vom Menschen erfahren werden, entscheidend sind (vgl. Krohwinkel 2008, S. 217f.).

### **Die primäre pflegerische Handlung**

„Primäre pflegerische Handlungen“ beziehen sich auf die Kommunikation: Mit den Personen fördernd kommunizieren, sie unterstützen, sie anleiten, sie beaufsichtigen, sie informieren und beraten, sie begleiten, in ihrem Sinne handeln. Das kommunikativ-fördernde Verhalten ist allen Handlungen übergeordnet. Voraussetzungen dafür sind bestimmte Werthaltungen. Dazu gehören: Authentizität der helfenden Person, Wertschätzung, Achtung und Respekt für die pflegebedürftige Person und ihre Bezugspersonen. Krohwinkel betont in diesem Zusammenhang auch die Fähigkeit der Empathie – also sich „einfühlen“ können, dem Menschen auf emotionaler Ebene nahe zu sein (vgl. Krohwinkel 2008, S. 215ff.).

## 7.2.2 Das Pflegeprozessmodell

Monika Krohwinkel beschreibt den Pflegeprozess mit vier Phasen:

- Phase: Erhebung
- Phase: Planung
- Phase: Durchführung
- Phase: Auswertung

Der Prozess erfolgt zyklisch, die Phasen beeinflussen sich gegenseitig und die Schritte – so zeigt die Praxis – verlaufen oft nebeneinander. Für den Pflegeprozess sind Informationen wie die pflegerische Lebenssituation der Patientinnen und Patienten (deren Bezugspersonen mit eingeschlossen) vor der stationären Aufnahme wie auch die Pflegesituation nach der Entlassung entscheidend (vgl. Krohwinkel 2008, S. 35f.).

### **Erhebung**

In der ersten Phase beschäftigt sich die Pflegeperson mit der Pflegeanamnese und mit den Pflegediagnosen. Das Erkennen und Beschreiben von pflegerelevanten Problemen, Bedürfnissen und Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person anhand der Aktivitäten, Beziehungen und existentiellen Erfahrungen des Lebens stehen in dieser Phase im Vordergrund. Wichtig ist es dabei, jene Probleme und Fähigkeiten zu definieren, die Auswirkungen auf den Gesundheits- und Lebensprozess des pflegebedürftigen Menschen haben. Anamnesen, Diagnosen, Behandlungen anderer Berufsgruppen, die ebenso die Unabhängigkeit und das Wohlbefinden der pflegebedürftigen Person beeinflussen, sollen in dieser Phase der Erhebung berücksichtigt werden (vgl. Krohwinkel 2008, S. 36, S. 239).

### **Planung**

Diese Phase ist gekennzeichnet von der Pflegeplanung. Die Pflegeperson ist nun aufgefordert, Pflegeziele und Maßnahmen entsprechend den Problemen und Fähigkeiten des pflegebedürftigen Menschen zu planen. Hier ist ein hohes Maß an Kompetenz gefordert (vgl. Krohwinkel 2008, S. 36).

Die Pflegeperson muss für den pflegebedürftigen Menschen geeignete Methoden auswählen. Empirisch, wissenschaftlich überprüfte Methoden zur Förderung von Unabhängigkeit und Wohlbefinden seitens des pflegebedürftigen Menschen und Methoden zur Anleitung der Bezugspersonen sind gefordert (vgl. Krohwinkel 2008, S. 36).

### **Durchführung**

Für den rehabilitierenden Prozess sind Auswahl wie auch Anwendung der Pflegemethoden entscheidend. Eine zielgerichtete, individuelle und flexible Anwendung der ausgewählten Methoden ist nötig. Diese Phase beschreibt also die kreative Umsetzung der Pflegeplanung (vgl. Krohwinkel 2008, S. 36).

### **Auswertung**

In dieser Phase ist es wichtig, dass die Pflegeperson den pflegebedürftigen Menschen so gut wie möglich aktiv in den Evaluierungsprozess mit einbezieht. Die Auswertung mit Hilfe einer Ist-Soll-Analyse gibt das Feedback über die Effektivität des Prozesses (vgl. Krohwinkel 2008, S. 36f.).

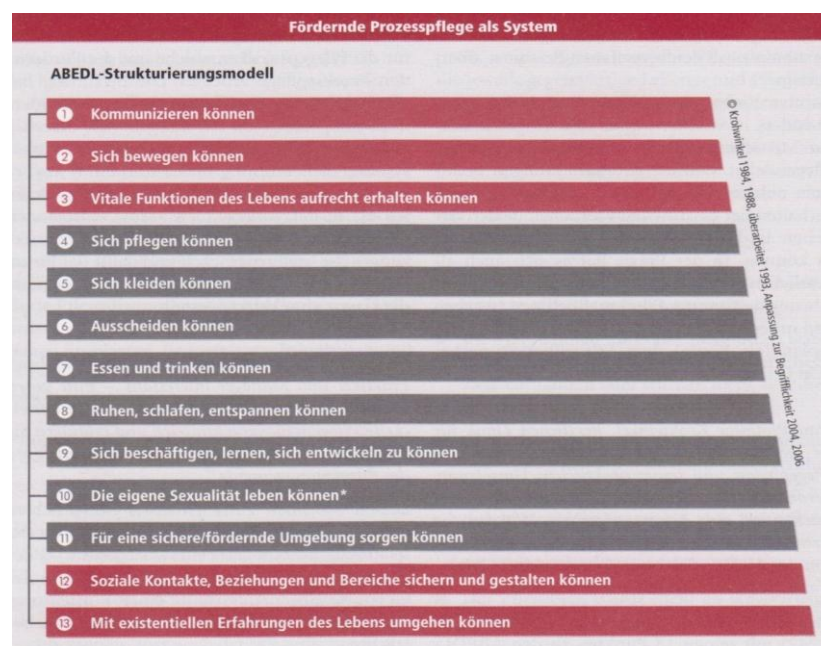
In allen vier Phasen (Pflegediagnostik, Pflegeplanung, direkten Pflege, Pflegeevaluation) werden von den Pflegepersonen Verantwortungs- und Entscheidungskompetenz, die Fähigkeit zur systematisch-ganzheitlichen Beobachtung sowie die Fähigkeit, eine auf den pflegebedürftigen Menschen abgestimmte Kommunikation zu führen, verlangt. Auch die Pflegeprozessdokumentation wird in allen vier Phasen als wichtiger Bestandteil der ganzheitlich-fördernden Prozesspflege verstanden (vgl. Krohwinkel 2008, S. 36f.).



### 7.2.3 Das ABEDL-Strukturierungsmodell

Monika Krohwinkel beschreibt das Strukturierungsmodell mit Aktivitäten, Beziehungen und Existentiellen Erfahrungen des Lebens. Sie verwendet dafür 13 Bereiche, die untereinander in Beziehung stehen (Abbildung 14) (vgl. Krohwinkel 2008, S. 31, S. 241). Die Bezeichnung „ABEDL-Strukturierungsmodell“ wird seit 1999 verwendet. Untersuchungen von Monika Krohwinkel zur häuslichen Lebens- und Pflegesituation pflegebedürftiger Personen (1995 bis 1999) haben dazu geführt, dass sie zu den Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens (AEDL) den Begriff „Beziehungen“ hinzufügte. Die Untersuchungen ergaben, dass soziale Beziehungen einen enormen Stellenwert in Lebens- und Pflegesituationen von pflegebedürftigen Menschen einnehmen. Seit der Veröffentlichung dieser Erkenntnis auf dem Internationalen Theorienkongress in Nürnberg (1999), spricht man von den **A**ktivitäten, **B**eziehungen und **E**xistentiellen Erfahrungen **d**es Lebens (ABEDLs) (vgl. Krohwinkel 2008, S. 206). Krohwinkel hat die ABEDL<sup>®</sup> markenrechtlich schützen lassen. Die AEDL<sup>©</sup> hat sie lediglich durch ein Copyright geschützt (vgl. Löser 2008; Hieber 2006 zit. n. Mack 2009, S.34).

Abbildung 14: ABEDL-Strukturierungsmodell



(Quelle: Krohwinkel 2008, S. 242)

Die Nummerierung der 13 ABEDL stellt keine Hierarchie dar. Die ersten 11 ABEDL weisen auf die Lebensaktivitäten von Roper hin (vgl. Krohwinkel 2008, S. 31, S. 241f.), wobei die Lebensaktivitäten „Atmen“ und „die Körpertemperatur regulieren“ bei Krohwinkel als 3. Punkt „Vitale Funktionen des Lebens aufrecht erhalten“ zusammengefasst sind (vgl. Lauber 2001, S. 144). Der 12. Punkt nennt sich „Soziale Kontakte, Beziehungen und Bereiche sichern und gestalten können“. Der 13. Punkt beschreibt „Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen können“. Der 12. und 13. Punkt wurden von Monika Krohwinkel entwickelt. Krohwinkel sieht das ABEDL-Strukturierungsmodell als ein Instrument an, um den Pflegeprozess zu strukturieren. Als weitere Diagnoseinstrumente dienen die von Krohwinkel entwickelten Subkategorien. Diese betreffen die Bereiche „Kommunizieren“, „Sich bewegen“, „Vitale Funktionen“, „Soziale Beziehungen“ und den Bereich der „existentiellen Erfahrungen“ (vgl. Krohwinkel 2008, S. 31, S. 241f.).

### **Soziale Kontakte, Beziehungen und Bereiche sichern und gestalten können**

Der 12. Punkt „Soziale Kontakte, Beziehungen und Bereiche sichern und gestalten können“ umfasst vor allem die Vorbereitung auf die Situation nach der Entlassung aus dem stationären Aufenthalt. Dabei ist die Anleitung und Beratung der persönlichen Bezugspersonen des pflegebedürftigen Menschen unabdingbar (vgl. Krohwinkel 2008, S. 31, S. 242). Dieser Punkt hat gerade für die Geriatrie eine große Bedeutung, da mit einer Umsiedelung in ein Altenpflegeheim die sozialen Beziehungen gefährdet werden können. (vgl. Löser 2008 zit. n. Mack 2009, S. 35).

### **Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen können**

Im Punkt 13 beschreibt Krohwinkel die „existentiellen Erfahrungen des Lebens“ (Abbildung 15). Krohwinkel betont in diesem Bereich die Notwendigkeit, die lebensgeschichtlichen Erfahrungen mit einzubeziehen (vgl. Krohwinkel 2008, S. 233ff.).

Diese umfassen unter anderem kulturelle Erfahrungen wie Weltanschauung, Glaube und Religionsausübung, welche sich ebenfalls auf die Gegenwart und den Erwartungen des pflegebedürftigen Menschen auswirken. Diese Erfahrungen können die Existenz des pflegebedürftigen Menschen fördern oder gefährden. Sie sind zu berücksichtigen (vgl. Krohwinkel 2008, S. 233ff.).

Abbildung 15: Existentielle Erfahrungen

**Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen können (III) (Beispiele)**

Hierzu benötigt der Mensch Fähigkeiten und Ressourcen, um ...

|   |             |  |
|---|-------------|--|
| <b>► Fördernde Erfahrungen machen zu können</b> |             |  |
| <b>Unabhängig sein</b>                          | ... und ... | <b>sich wohl befinden</b>                |
| – im Denken                                     |             | Wertschätzung, Achtung, Respekt erfahren |
| – im Wollen                                     |             | sicher sein                              |
|   |             | vertrauen                                |
| – im Entscheiden                                |             | Zuwendung/Liebe erfahren                 |
| – im Verantworten                               |             | sich zugehörig fühlen                    |
|   |             | Geborgenheit erfahren                    |
| – in der Emotionalität und                      |             | für Andere da sein/Gutes tun             |
| – im Ausdruck von Gefühlen                      |             | sich freuen                              |
|   |             | hoffen                                   |
|   |             | glauben                                  |
| – im Handeln                                    |             | Zuversicht erfahren                      |

**Sinn finden**

|   |             |  |
|---|-------------|--|
| <b>► Mit belastenden und gefährdenden Erfahrungen umgehen zu können</b> |             |  |
| <b>unter Abhängigkeit leiden</b>  | ... und ... | <b>sich hilflos fühlen</b>             |
| – im Denken   |             | Nichtachtung, Geringschätzung erleben  |
| – im Wollen   |             | unter Ungewissheit leiden              |
|   |             | Angst haben/in Angst sein              |
|   |             | sich sorgen                            |
|   |             | unter Unruhe leiden                    |
| – im Entscheiden  |             | isoliert sein, einsam sein             |
| – im Verantworten   |             | kraftlos sein                          |
| – in der Emotionalität und  |             | sich ekeln                             |
| – im Ausdruck von Gefühlen  |             | sich schämen                           |
|   |             | unter Langeweile leiden                |
|   |             | Schmerzen haben/unter Schmerzen leiden |
| – im Handeln  |             | Trennung/Verlust erfahren              |
|   |             | Hoffnung verlieren                     |

**► Erfahrungen, die die Existenz fördern oder gefährden unterscheiden zu können**

hierzu gehören auch kulturgebundene Erfahrungen, wie Weltanschauung, Werte, Glaube und Religionsausübung

**► Lebensgeschichtliche Erfahrungen einbeziehen können**

- fördernde Erfahrungen
- belastende/gefährdende Erfahrungen
- Erfahrungen im Zusammenhang mit sozialen Kontakten und Beziehungen
- Erfahrungen im Zusammenhang mit Lebensaktivitäten

Beispiele: © Krohwinkel 1984, 1993, 1997, 2002, Fassung 2006

(Quelle: Krohwinkel 2008, S. 233)

#### 7.2.4 Das Managementmodell

Das Managementmodell wurde von Monika Krohwinkel in ihrer Forschungsarbeit entwickelt und überprüft. In diesem Modell ist klar definiert, welche Aufgaben- und Verantwortungsbereiche professionelle Pflegepersonen übernehmen. Die Hauptaufgaben der Pflegepersonen betreffen die direkte Pflege, die Pflegedokumentation und die pflegerische Arbeitsorganisation. In diesen Bereichen hat die Pflegeperson die Entscheidungs-, Durchführungs- und Evaluationsverantwortung zu tragen. Anders in der medizinischen Diagnostik und Therapie. Hier liegt die Entscheidungs-, Delegations- und Evaluationsverantwortung beim ärztlichen Personal. Die Pflegeperson übernimmt lediglich die Durchführungsverantwortung. Bei der Mitarbeit an Hauptaufgaben und Verantwortungsbereichen von anderen Berufsgruppen wird der Pflegeperson eine sogenannte „Mitverantwortung“ übertragen. Darüber hinaus übernimmt die Pflegeperson die Verantwortung in der Kooperation mit allen beteiligten Personen und Gruppen (vgl. Krohwinkel 2008, S. 37 ff., S. 242 ff.).

Alle Maßnahmen, die zur Quantität, Qualität und Kontinuität von Pflegeleistungen führen, betreffen das Pflegemanagement und die Pflegeorganisation. Dazu ist es erforderlich, dass strukturelle, personelle, zeitliche und materielle Ressourcen gezielt eingesetzt werden. Auch das System der Bezugspersonenpflege ist im Aufgabenbereich des Pflegemanagements verankert. In der Bezugspersonenpflege werden Pflegepersonen den pflegebedürftigen Menschen zugeordnet. Im Gegensatz zur Funktionspflege werden Pflegepersonen den Tätigkeiten zugeordnet. Der Vorteil ist, dass durch das System der Bezugspersonenpflege ein kontinuierlicher Pflegeprozess am ehesten umgesetzt werden kann, da die Bezugsperson 24 Stunden für diesen pflegebedürftigen Menschen zuständig ist. In ihrer Abwesenheit übernimmt eine Vertretung die Verantwortung für den pflegebedürftigen Menschen (vgl. Krohwinkel 2008, S. 39, S. 243ff.).

Krohwinkel betont ebenso, dass vor allem in längerfristigen Pflegeprozessen ein hohes Maß an Normalität gefordert ist. Sie meint damit, dass Arbeitsabläufe seitens der Pflegeperson dem Tagesrhythmus des pflegebedürftigen Menschen angepasst werden müssen (vgl. Krohwinkel 2008, S. 244).

### **7.2.5 Das Qualitätsentwicklungsmodell**

Prozesse zu Veränderungen sind von Monika Krohwinkel ebenfalls umgesetzt und überprüft worden. Solch einen Prozess hält Krohwinkel im Qualitätsentwicklungsmodell, auch Modell zum reflektierenden Erfahrungslernen, fest (vgl. Krohwinkel 2008, S. 252f.).

Die Qualitätsentwicklung wird im Modell in zyklischen, miteinander verbundenen Prozessen beschrieben. Um Veränderungen nun in Gang zu setzen, ist es zunächst wichtig, die konkrete Ausgangssituation „vor Ort“ zu erfassen. Dieser Prozess ähnelt dem Pflegeprozess. Die Durchführung einer sorgfältigen Anamnese sowie die Festlegung der Diagnosen unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen, der Ressourcen (personelle, zeitliche, materielle und strukturelle Ressourcen) und der Defizite des jeweiligen Praxisfeldes sind in der Anfangsphase erforderlich. Nach der Phase des Erfassens schließen nun die Schritte der Planung, der Durchführung und der Evaluierung an. Im Vorfeld sind auch Ressourcen für die Nachhaltigkeit der Veränderung mit einzuplanen. Nach der Evaluierung kommt also die Stabilisierung der erreichten Veränderung. Bedeutsam ist es, dass diese Schritte zielgerichtet ablaufen und sich an Personen, Fähigkeiten und Ressourcen orientieren. Somit sind praktische Erfahrungen der beteiligten Personen, theoretische Reflexionen und Reflexionen aus den Erkenntnissen der Erprobung in Praxissituationen mit einzubeziehen. Theoretische Erkenntnisse verbinden sich hier mit praktischen Erfahrungen. Dadurch findet ein Zuwachs an Qualität und Weiterentwicklung statt (vgl. Krohwinkel 2008, S. 252ff.).

### **7.3 Kritische Auseinandersetzung**

Adelheid von Stösser wurde im Jahr 1953 geboren und ist eine bekannte Autorin auf diesem Sektor. Ihre berufliche Laufbahn begann mit der Ausbildung zur Krankenschwester 1970. Nach Praxiserfahrungen mit Schwerpunkt auf innerer Medizin erwarb sie 1978 die Qualifikation zur Lehrerin für Pflegeberufe an der Gesundheitsakademie in Köln-Hohenlind. Adelheid von Stösser ist seit 1986 freiberuflich tätig (vgl. Stösser o. J., o. S.).

Über mehrere Jahre übernahm sie als Leiterin Projekte zur Umstrukturierung der Arbeitsabläufe und Dokumentationsverfahren an den Unikliniken in Tübingen, Heidelberg und Ulm. Später war sie als Beraterin zahlreicher Pflegeheime und ambulanter Dienste tätig. Sie ist bekannt durch ihre Veröffentlichungen der Bundbänder unter dem Begriff „Stösser-Standard“. Nun legt sie ihren Fokus auf die Situation in der Altenpflege. Ihre Kritik richtet sie gegen eine Praxis, die in dem Pflegebedürftigen einen Versorgungsfall sieht, den es zu managen und anzupassen gilt. Sie setzt sich für ein person- und ergebnisorientiertes Gesundheitssystem ein (vgl. Stösser o. J., o. S.).

Ihre Maxime lautet: „Wenn ich will, dass sich eine Situation bessert, muss ich das mir mögliche dazu beitragen“ (Stösser o. J., o. S.).

In dem Artikel „ATL: Die Pflege eines pflegebedürftigen Pflegemodells“ veranschaulicht sie die Probleme des Pflegemodells „Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) nach der Theorie von Nancy Roper et. al.. In der deutschen Krankenpflege hat weder eine Reflexion der bisherigen Erfahrungen stattgefunden, noch wurden Vergleiche mit bereits vorhandenen Pflegemodellen angestrebt. Dieses Modell bietet eine Checkliste an, die eine lückenlose Ganzheitlichkeit verspricht. Folglich wurde die Problematik bei der Umsetzung jedoch nicht beim Modell selbst gesucht, sondern bei der Praxis. Adelheid von Stösser kritisiert vor allem die schwierige Zuordnung von Problemen der pflegebedürftigen Personen zu einer bestimmten ATL. Sie weist darauf hin, dass es viel einfacher, klarer und durchaus im ganzheitlichen Sinne möglich wäre, wenn jedes Pflegeproblem einfach so benannt wird, wie es normalerweise festgestellt wird: Angst vor ..., Schmerzen im ..., offene Wunde am ... und so weiter. Durch die zwanghaften Bemühungen um eine ATL-gemäße, vollständige Problemzuordnung wirken Pflegepersonen demgegenüber sehr verkrampft. Adelheid von Stösser deutet auf die Gefahr hin, dass möglicherweise Probleme nicht berücksichtigt werden, die aus diesem Zwölf-Punkte-Raster fallen. Auch die inhaltliche Zuordnung im Curriculum kann je nach Betrachtungsweise und Argumentation sowohl begründet als auch in Frage gestellt werden (vgl. Stösser 1992, S. 1ff.).

Aus heutiger Sicht, so meint Adelheid von Stösser, muss ein Mittelweg gefunden werden zwischen den einerseits zu starren Abläufen und den andererseits zu individuellen Vorstellungen der einzelnen Pflegepersonen. Die Orientierung bei der Pflegeplanung nach den Aktivitäten des täglichen Lebens verkompliziert ihrer Meinung nach die Pflegearbeit zusätzlich, ohne dass erkennbare Vorteile im weitesten Sinne sichtbar werden. Aufgrund der fehlenden Wirksamkeit dieses Modells geht die zeitliche Zuwendung, die das Modell bereits für sich benötigt, letztendlich dem pflegebedürftigen Menschen verloren. Verunsicherung, Überlastung, verzweifelte Anstrengung und mittlerweile kritische Berichterstattungen der Medien kennzeichnen die heutige Situation in der Krankenpflege. Die Pflege braucht eine Orientierung. Sinnfällige, moderne Arbeitsmethoden, die leicht erlernbar sind, dem Beruf ein neues Ansehen geben und einen Anreiz schaffen, den Beruf weiterhin auszuüben, müssen geschaffen werden. Die Pflege soll dabei konkret definiert werden. Denn so vielfältig, wie der Beruf ist, kann auch das Berufsbild sein. Dabei können durchaus mehrere Theorien und Modelle in die Pflege einfließen, sofern sie miteinander harmonisieren. Doch das entstandene Bild soll für alle Beteiligten gleichermaßen sichtbar sein und sich je nach Bedarf verändern lassen (vgl. Stösser 1992, S. 1ff.).

Die kritischen Gesichtspunkte der ATL-Orientierung von Adelheid von Stösser aufzuzeigen, war für die Autorin insbesondere wichtig, da sich auch Monika Krohwinkel bei ihrem Pflegemodell an diese Orientierung lehnt. Ein weiterer Kritikpunkt am Pflegemodell kommt von Markus Hieber.

Markus Hieber ist der Autor von „AEDL-Strukturmodell von Monika Krohwinkel“. Er veröffentlichte sein Werk am Institut für berufliche Bildung im Gesundheitswesen (IbBG) im Jahr 2006. Markus Hieber meint zum Pflegemodell nach Monika Krohwinkel, dass Vergleichsstudien fehlen, bei denen man die Wirksamkeit anderer Pflegemodelle hätte testen können. Er berichtet auch über das Problem Zeitfaktor und weist darauf hin, dass es in der Pflege zu viel „Papierkram“ gibt. Viel ökonomischere, kürzere Pflegeplanungen, in denen nur die ganz wesentlichen Probleme aufgezeigt werden und man nur auf Standards verweist, wären seiner Ansicht nach wünschenswert (vgl. Hieber 2006, S. 11f.).

Die Autorin dieser Arbeit möchte durch Aufzeigen dieser Kritikpunkte nochmals hervorheben, dass Pflegemodelle, die in der Praxis Anwendung finden, unbedingt auf ihre Tauglichkeit bzw. Wirksamkeit überprüft werden und immer wieder an die Praxis angepasst werden sollen. Dazu können auch –wie auch Adelheid von Stösser beschreibt – mehrere Theorien und Modelle angewandt werden, wenn sie für das dementsprechende Praxisfeld tauglich sind. Bei jedem Pflegemodell dürfen die tatsächlichen Bedürfnisse der pflegebedürftigen Personen nicht untergehen. Ganz im Gegenteil soll die ganzheitliche Erfassung der Bedürfnisse, Fähigkeiten und Probleme der pflegebedürftigen Person im Vordergrund stehen. Das Pflegemodell nach Monika Krohwinkel ist um diese ganzheitliche Erfassung sehr bemüht und bringt gute Ansätze mit sich, die vor allem für die Langzeitpflege gut geeignet sind. Trotz allem ist die Autorin der Ansicht, dass der Zeitfaktor auch in Langzeitpflegeeinrichtungen - wie es auch Markus Hieber beschreibt - zu berücksichtigen ist. Deshalb ist die Autorin seiner Meinung, wenn er behauptet, es gäbe zu viel „Papierkram“. Das Wohlbefinden pflegebedürftiger Personen darf auf keinen Fall unter diesem Papierkram leiden. Deshalb sollen Pflegeplanungen kürzer und übersichtlicher sein. Sie sollen vor allem erfassen, welche Probleme, Bedürfnisse und Fähigkeiten für die pflegebedürftige Person in der jeweiligen Situation und im jeweiligen Praxisfeld im Vordergrund stehen. Die Ganzheitlichkeit soll gegeben sein, und Verweise auf Standards oder sonstiges sollen die Pflegeplanung vereinfachen.



## **8 Kinästhetik im Kontext des Pflegemodells nach Monika Krohwinkel**

An die Pflege werden Herausforderungen gestellt. Strenge Sparmaßnahmen, um die Kostenexplosion im Gesundheitswesen zu stoppen, werden durchgeführt. Diese Maßnahmen haben Auswirkungen auf alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen. Doch die Berufsgruppe „Pflege“ kann diese schwierige Situation als Chance nutzen, um Konzepte für die Zukunft zu gestalten. Diese Konzepte sollen mit anderen Berufsgruppen Genesungsprozesse unterstützen und Gesundheit fördern. Die komplexe Situation erfordert ein Handeln. Das Pflegeleitbild in einer Einrichtung orientiert sich am Unternehmensleitbild. Auf Basis des Pflegeleitbildes wird das entsprechende Pflegemodell gewählt. Das Pflegemodell muss wiederum mit dem Pflegeleitbild inhaltlich übereinstimmen. Die Pflege orientiert sich an Pflegemodellen, die uns den Weg weisen. Dieser Weg kann für die tägliche Arbeit mit einem Handlungskonzept erweitert werden. Kinästhetik ist ein Handlungskonzept, kein Pflegemodell. Es unterstützt die Krankenpflege in der Praxis mit dem Ziel, pflegebedürftige Menschen zu bewegen und sie zu befähigen, Bewegungsfunktionen selbstständig durchzuführen bzw. mit Bewegungseinschränkungen umgehen zu lernen. Dabei gilt es, die Bewegungsressourcen von pflegebedürftigen Menschen zu erkennen und zu fördern. Ein weiteres Ziel der Kinästhetik ist die Erleichterung des Bewegens von Pflegepersonen – ohne Heben und Tragen. Der Schwerpunkt liegt in der menschlichen Bewegung und Beziehung. Die Bewegung wiederum ist die Grundlage aller menschlichen Funktion. Kinästhetik ist kein Pflegemodell, sondern ein praktisches Modell. In seinen Konzepten kann es in die Praxis als Handlungshilfe integriert werden (vgl. Kirchner/Rettenberger 1997, o. S.).

In diesem Kapitel wird nun fortlaufend das Konzept der Kinästhetik nach einigen Aktivitäten, Beziehungen und Existentiellen Erfahrungen des Lebens (ABEDLs) von Monika Krohwinkel mit den daraus folgenden Auswirkungen auf die Gesundheit beschrieben.

## 8.1 Kommunizieren können

Die Kommunikation zwischen lebenden Systemen beruht nicht nur auf Worten. Wir kommunizieren ständig, durch Worte, Mimik, Körpersprache, durch Aktivitäten unseres Körpers, durch Berührung oder durch die Organisation unserer Umgebung. Die Sprache ist ein Teil der Kommunikation. Sie ist das Produkt von organisierten Gedanken (vgl. Hatch/Maietta 2003, S. 80ff.).

K. U. Smith meint sogar, dass der rein abstrakte Vorgang des Denkens die „physiologische“ Effizienz beeinflusst, demnach können Abweichungen zu organischen Störungen führen (vgl. Wiley, 1988 zit. n. Hatch/Maietta 2003, S. 80).

Um Irrtümer jedoch zu vermeiden, ist es erforderlich herauszufinden, was pflegebedürftige Menschen tatsächlich brauchen. Denn eine erfolgreiche Kommunikation mit Patientinnen und Patienten trägt wesentlich zu deren Gesundheitsentwicklung bei. Deshalb ist es wichtig herauszufinden, welches sensorische System die pflegebedürftige Person für die Kommunikation benützt - also welche Sinne bevorzugt werden. Die Pflegeperson kann dies, indem sie aufmerksam beobachtet, wie die pflegebedürftige Person auf diverse empfangene Informationen reagiert und ob ihre Worte den visuellen oder auditiven Eindrücken, Gefühlen oder Bewegungen entsprechen. Der Austausch soll in weiterer Folge mit den bevorzugten Sinnen der pflegebedürftigen Person und unterstützend durch berührungsgelenkte Bewegungsvermittlungen stattfinden (vgl. Hatch/Maietta 2003, S. 80ff.).

Wenn pflegebedürftige Menschen an einer Aktivität mitwirken sollen, müssen sie zuerst verstehen, worum es geht – was mit ihnen geschieht. Nicht immer reichen Worte für das Verständnis aus. Desorientierung, sensorische Störungen, Schmerzen, unterschiedliche Sprachen und Dialekte können Ursachen für eine erschwerte verbale Kommunikation sein. Berührung über Bewegung ist dabei die wirkungsvollere Methode der Kommunikation. Fehler bei der Durchführung und beim Verständnis werden seitens der pflegebedürftigen Person wie auch von der Pflegeperson rasch korrigiert. Denn ein taktile Austausch erzeugt ein sensorisch-motorisches Feedback. Dieses Feedback wird von allen beteiligten Personen fast unmittelbar und gleichzeitig verstanden. So können Pflegepersonen unabhängig von Worten kommunizieren (vgl. Hatch/Maietta 2003, S. 80ff.).

Die erste Kontaktaufnahme durch sensorische Systeme erfolgt mit einer druckorientierten Anstrengung. Danach sollen sich Zug und Druck in der Bewegung abwechseln, damit die Aufmerksamkeit der pflegebedürftigen Person erhalten bleibt. Um die Kommunikation zu fördern, soll darauf geachtet werden, dass die Kopfmasse der pflegebedürftigen Person in einer ausbalancierten Beziehung zu den anderen Massen steht. So sind die Sinne frei, um Informationen zu empfangen. Von Vorteil ist es ebenfalls, die Massen und nicht die Zwischenräume zu berühren. Durch die Berührung der Zwischenräume werden nämlich das Zuhören und die Reaktion der pflegebedürftigen Person erschwert. Zu berücksichtigen gilt es auch, dass die pflegebedürftige Person eine Position einnimmt, die die Sprache nicht erschwert. Fallen Kopf oder Brustkorb nach vorne oder zur Seite, sind Muskeln mit der Haltung dieser Position beschäftigt. Jedoch würde die pflegebedürftige Person diese Muskeln zum Sprechen brauchen. Die Muskeln der Vorderseite sollen frei sein. Deshalb soll die Pflegeperson das Gewicht der Massen auf der Rückseite des Körpers unterstützen. Bei der Kommunikation durch Unterstützung berührungsgelenkter Bewegungen ist es auch wichtig, dass die Bewegungselemente (Zeit, Raum, Anstrengung) an die Ressourcen der pflegebedürftigen Person angepasst sind. Um die Selbstkontrolle der pflegebedürftigen Person zu verbessern, bedarf es der Wahl der passenden Interaktionsform. Zum Einen können einseitige taktile Interaktionen dem bewusstlosen oder stark verwirrten Menschen helfen, seinen Körper wahrzunehmen, zum anderen ist es wichtig den Gesundheitszustand der pflegebedürftigen Person durch schrittweise oder gleichzeitig-gemeinsame Interaktionen zu aktivieren bzw. zu fördern. Die Kommunikation findet in einer Umgebung statt. Die Umgebung soll deshalb so gestaltet sein, dass sie die Kommunikation mit der pflegebedürftigen Person fördert. Die Patientinnen und Patienten sollen sich wohlfühlen. Wenn die pflegebedürftige Person nun versteht, was passieren soll, kann sie sich sicher fühlen, ist motiviert und entwickelt neue Bewegungsfähigkeiten, um Funktionen auszuführen, die für sie von Bedeutung sind (vgl. Hatch/Maietta 2003, S. 80ff.).

## **8.2 Sich bewegen können**

Unter diesem Aspekt möchte die Autorin anhand des Konzeptes der Kinästhetik einfache und komplexe Funktionen beschreiben.

### **8.2.1 Einfache Funktion: Position halten**

Unter einer menschlichen Aktivität versteht man auch, eine Position zu halten. Dabei muss das Gewicht der Massen in einer gewissen Form auf einer Unterstützungsfläche liegen. Mit den sieben Massen können Menschen zahlreiche Positionen einnehmen. Hatch und Maietta beschreiben in ihrem Konzept sieben Positionen (vgl. Hatch/Maietta 2003, S. 92ff.).

Diese sieben Grundpositionen - wie anfangs schon beschrieben - sind:

- Rückenlage
- Bauchlage mit Ellbogenstütze
- Sitzen
- Vierfüßlerstand
- Einbein-Kniestand
- Einbeinstand mit Unterstützung des anderen Beines
- Zweibeinstand

Diese kinästhetischen Grundpositionen ergeben die stabilste Kombination zur Organisation mit den Körpermassen in verschiedenen Haltungen. Jede Position zeigt eine andere Gewichtsverteilung. Beispielsweise kann in der Position der Rückenlage jede Masse ihr Gewicht direkt an die Unterstützungsfläche ableiten. In den übrigen Grundpositionen geben einige Massen ihr Gewicht indirekt über die benachbarten Massen ab. Eine Pflegeperson soll die Gewichtsverteilung und die Mechanismen der Grundpositionen verstehen, um den pflegebedürftigen Menschen bei Einnahme dieser Positionen unterstützen zu können (vgl. Hatch/Maietta 2003, S. 92ff.).

Um eine Position zu halten, müssen wir uns in dieser Position bewegen können. Eine angemessene Gewichtsverteilung hilft uns dabei, uns in einer Position zu bewegen. Kontinuierlich nehmen wir kleine Positionsanpassungen vor, um die Bequemlichkeit dieser Position zu erhöhen. Pflegebedürftige Personen benötigen oft Hilfe, um solche Positionsanpassungen vornehmen zu können. Oftmals sind jedoch die Betten zu weich und geben kaum Widerstand zur Unterstützung von Bewegungen. Wir sinken darin ein, verlieren unser kinästhetisches Gefühl und nehmen unseren Körper nicht mehr wahr. Eine feste Unterlage zwischen den Massen und der Unterstützungsfläche ist dabei vorteilhaft, wenn Bewegungen stattfinden sollen. Kissen zwischen den Beinen oder unter den Knien, Waden oder Fersen zu stopfen sieht bequem aus. Jedoch schränkt dies auf längerer Sicht die Bewegung der pflegebedürftigen Person ein, und das Gewicht wird von den Beinen zum Becken verlagert. Mit der Zeit kann diese Stelle am Becken sogar wund werden. Die Unterstützung soll der spiraligen Muskelorganisation der Rückseite der Beine folgen. Das Gewicht wird dadurch eher über die gesamte Rückseite des Beines auf das Bett verteilt. Beispielsweise ermöglichen zusammengerollte Handtücher eine möglichst gleichmäßige Gewichtsverteilung. Dadurch wird die Beweglichkeit unterstützt. Die Bewegungskontrolle seitens der pflegebedürftigen Person beim Halten einer Position wird verbessert, und das Dekubitusrisiko wird verringert (vgl. Hatch/Maietta 2003, S. 92ff.).

Durch die Organisation der Massen in Relation zueinander werden also die unterschiedlichen Positionen definiert. Wenn pflegebedürftige Personen beispielsweise auf den Rücken liegen, kann jeder Körperteil sein Gewicht direkt an die Unterfläche abgeben. Damit dies der Fall ist, muss ein Zustand der neutralen Spannung zwischen den Massen erreicht werden. Von einer neutralen Spannung spricht man, wenn jede Körpermasse leicht alleine oder auch im Zusammenspiel mit den anderen Massen bewegt werden kann. Für den pflegebedürftigen Menschen müssen also Bedingungen geschaffen werden, damit er die Möglichkeit hat, sein Gewicht an das Bett abgeben und Anpassungsbewegungen vornehmen zu können. In allen Positionen sollen die Körperteile eben so organisiert werden, dass zwischen ihnen eine neutrale Spannung herrscht, um die Position halten und Anpassungen vornehmen zu können (vgl. Hatch/Maietta 2003, S. 92ff.).

Für die Anpassungen müssen die Zwischenräume frei sein. Minimale Anstrengungen sowohl von ziehenden als auch von drückenden Bewegungen sollen zur Anpassung der Positionen genutzt werden. Damit der pflegebedürftige Mensch die für ihn am besten geeignete Position findet, kann eine schrittweise oder gleichzeitig-gemeinsame Interaktionsform helfen (vgl. Hatch/Maietta 2003, S. 92ff.).

Um eine Tätigkeit sicher ausführen zu können, muss die Position dementsprechend gestaltet werden. Zum Agieren soll die Vorderseite frei bleiben und das Gewicht über die Rückseite des Körpers organisiert werden. Auch die Umgebung soll der Aktivität optimal angepasst sein. Beispielsweise muss das Gewicht beim Sitzen von Kopf und Brustkorb über den Sitzknochen ausbalanciert sein, damit die pflegebedürftige Person nicht umkippt. Dabei benötigt der pflegebedürftige Mensch möglicherweise eine Unterstützung in Form einer festen Unterlage, um darauf zu sitzen, eine Stütze auf dem Boden unter den Füßen oder eine Armlehne. In Positionen, in denen das Gewicht auf beiden Seiten des Körpers ruht, werden parallele Bewegungsmuster unterstützt. Wenn das Gewicht mehr auf eine Seite verlagert wird, werden spiralförmige Bewegungen gefördert. Dabei erfolgt der Wechsel von einer Position in eine andere am einfachsten durch spiralförmige Bewegungen. Auch die sieben Grundpositionen können beim Versuch eines Positionswechsels, zum Beispiel vom Liegen zum Sitzen, unterstützen. Die Grundpositionen können als Zickzack-Muster angesehen werden. Der Vorteil dabei ist, dass das Gewicht immer nur auf einer Körperseite ruht und auf die Massen verteilt ist. Dadurch ist ein Anhalten in einer Position zum Ausruhen oder zu einem Richtungswechsel möglich (vgl. Hatch/Maietta 2003, S. 92ff.).

### **8.2.2 Komplexe Funktionen: Fortbewegung**

Die Fortbewegung ist ein Bewegungsprozess von einem Ort zu einem anderen Ort durch die Veränderung einer Position. Unterschiedliche Körpermassen geben dabei ihr Gewicht abwechselnd an eine Unterstützungsfläche ab. Wenn Pflegepersonen pflegebedürftige Menschen heben, erfolgt der Gewichtstransfer in der Luft (vgl. Hatch/Maietta 2003, S. 119ff.).

Diese Form der Anstrengung kann zu Verletzungen von pflegebedürftigen Personen und Pflegepersonen führen. Dadurch wird auch verhindert, dass pflegebedürftige Personen die Gewichtsverlagerung spüren und Ressourcen einsetzen können, die jene internen Funktionen aktivieren, die zur Genesung und Gesundheit beitragen. Pflegepersonen sollen also den Prozess der „gehenden“ Fortbewegung verstehen und einsetzen können, um Schädigungen ihres Körpers durch unnötiges Heben und Tragen zu vermeiden. Durch diesen Prozess lernen auch die pflegebedürftigen Personen, ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden wieder neu zu entwickeln (vgl. Hatch/Maietta 2003, S. 119ff.).

Die „gehende Fortbewegung“ verläuft in drei Phasen. In der ersten Phase wird das Gewicht auf eine oder mehrere Massen übertragen. Beispielsweise verlagert sich zunächst das Gewicht auf ein Bein. Die nun frei gewordene Masse bewegt sich in der zweiten Phase auf einen neuen Platz. Abschließend wird das Gewicht auf die neu positionierte Masse verlagert. Die Körpermassen befinden sich nun wieder im Gleichgewicht (vgl. Hatch/Maietta 2003, S. 119ff.).

Häufig werden pflegebedürftige Personen beim Bewegen im Bett, zwischen Bett und Stuhl oder in und aus einer Badewanne unterstützt. Wird diese Bewegung als „gehende Aktivität“ ausgeführt, bei der der Gewichtstransfer unter ständigem Körperkontakt zum Boden erfolgt, müssen Pflegepersonen keine pflegebedürftigen Menschen mehr heben oder tragen. Auch Kleinkinder erlernen die Fähigkeit der Fortbewegung in verschiedenen Positionen. Mit ähnlichen Lernsituationen sind auch pflegebedürftige Menschen konfrontiert. Wenn sie die „gehende“ Fortbewegung im Bett bereits lernen, dann ist das „Aus-dem-Bett-Gehen“ nur ein kleiner Schritt im Genesungsprozess. Die Bewegung soll allerdings bezüglich Raum, Zeit und Anstrengung auf den pflegebedürftigen Menschen abgestimmt sein. Auch die geeignete Interaktionsform muss erkundet werden. Zu Beginn ist es wichtig festzustellen, welche Massen für die Gewichtsverlagerung zur Verfügung stehen bzw. auch welche Bewegungsform eingeschränkt ist. Hier gilt es dann, diese Bewegung zu unterstützen, eventuell die Funktion der Bewegung zu übernehmen. Drehende Transportbewegungen sollen im Vorgang des Gehens integriert werden (vgl. Hatch/Maietta 2003, S. 119ff.).

Der Einsatz von Stöcken, Krücken und anderen Gehhilfen ist dabei auf Zug und Druck bei der Ausführung der Fortbewegung zu beurteilen. Zu berücksichtigen sind auch die Umgebungsfaktoren, die eine Fortbewegung unterstützen, wie Gegenstände zum Abstützen oder glatte Böden, oder eventuell behindern könnten, wie unebene Böden (vgl. Hatch/Maietta 2003, S. 119ff.).

### **8.3 Vitale Funktionen des Lebens aufrecht erhalten können**

In diesem Zusammenhang werden folglich die Zirkulation und die Atmung näher beschrieben.

#### **8.3.1 Zirkulation**

Zirkulation beschreibt den Vorgang der Bewegung von Substanzen in unserem Körper. Diese Bewegung ist eine Aktivität, basierend auf der Kontraktion der Muskeln im gesamten Körper. Die Muskelkontraktionen veranlassen eine einfache mechanische Wirkung auf die Bewegung von Flüssigkeiten. In den Flüssigkeiten befinden sich wiederum chemische Mitteilungen, die die Kontraktion der Muskeln aktivieren. Wenn wir unseren Körper zur Ausübung der Funktionen des täglichen Lebens ausreichend bewegen, entwickeln und verbessern wir diesen komplexen bioenergetischen Feedback-Prozess. Die Aktivität dieser Muskeln hält also den gesamten Kreislauf bei der Bewegung in Gang. Der wichtigste Beitrag zur Erhaltung und Entwicklung einer gesunden Zirkulation ist demnach die eigene aktive Bewegung. Im zirkulierenden Netzwerk stellt vor allem auch das Lymphsystem einen wichtigen Teil dar. Wir werden träge und müde, wenn wir beispielsweise lange sitzen. Wenn wir eine Aktivität ausführen, bringt dies die Lymphe wieder in Bewegung. Dadurch wird der Körper sozusagen von innen gereinigt. Jede Interaktion, die Pflegepersonen mit pflegebedürftigen Menschen ausführen, wird einen Einfluss auf deren Zirkulation haben. Das übliche Heben und Tragen hat eine negative Wirkung auf diese vitale Funktion (vgl. Hatch/Maietta 2003, S. 170ff.).



Können pflegebedürftige Personen keine Anstrengung mehr ausüben, bringen ihre Muskeln den Prozess der Zirkulation nicht mehr in Bewegung, womöglich wird die Tätigkeit ganz eingestellt. Die Gefahren eines Druckgeschwürs und anderer Folgen der Inaktivität wie Pneumonien oder Kontrakturen steigen. Die Zirkulation beschreibt eine Aktivität der Bewegung am Ort. Sie findet also statt, unabhängig davon, ob wir uns bewegen oder nicht. Jedoch wird die Zirkulation besonders durch den Vorgang des Positionswechsels stimuliert. Das Gewicht der Massen soll demnach in jeder Position verteilt werden, um den Fluss der Zirkulation zu unterstützen. Doch durch die Fortbewegung wird eine schnelle Zirkulation am meisten angeregt. Die pflegebedürftige Person soll aufgefordert werden, mit eigener Anstrengung - und sei sie noch so gering - an allen Bewegungsvorgängen aktiv teilzunehmen, um die Zirkulationsfunktion zu verbessern. Dieser Vorgang kann als aktive Gesundheitsentwicklung betrachtet werden. Selbst bewusste Menschen können davon profitieren, wenn man sie so bewegt, dass ihre Muskeln aktiviert werden und der Kreislauf angeregt wird (vgl. Hatch/Maietta 2003, S. 170ff.).

### **8.3.2 Atmung**

Durch aktive Muskelkontraktionen wird der Atemprozess in unserem Körper angetrieben. Wir nehmen Sauerstoff auf und scheiden Kohlendioxyd (CO<sub>2</sub>) und andere Abfallprodukte aus. Die Atmung ermöglicht diesen Vorgang. Der Thorax ist der ausführende „Apparat“. Pflegepersonen sollen verstehen, welche Rolle der Thorax für die Atmung wie auch für andere Aktivitäten einnimmt. Der Thorax liegt in der Mitte des Körpers. Dadurch bestimmt er in jeder Position die Verteilung der anderen Massen und nimmt so Einfluss auf unsere Fortbewegung und Atmung. Die Ein- und Ausatmung ist das Ergebnis der Muskelaktivität. Muskeln jedoch, die mit der Haltung einer Position oder mit der Fortbewegung beschäftigt sind, können nicht zur Atmung eingesetzt werden. Das heißt, dass jede Aktivität und jede Position andere spezifische Atemmuster erfordert. Demnach werden ununterbrochen neue Konstellationen muskulärer Tätigkeiten aktiviert (vgl. Hatch/Maietta 2003, S. 175ff.).

Um zu erfahren, wie der Atemprozess am besten unterstützt werden kann, ist es wichtig, bei Einnahme der unterschiedlichen Grundpositionen auf die Auswirkungen der Atmung zu achten, ebenso bei der Unterstützung der Körperteile mit Kissen. Die Pflegeperson kann gemeinsam mit dem pflegebedürftigen Menschen Aktivitäten, bei denen ein bewusstes, gleichzeitig-gemeinsames Atmen stattfindet oder ein Atmen nacheinander erfolgt, durchführen. Die Atemfunktion erfolgt teilweise willkürlich, meistens jedoch unwillkürlich. Deshalb bietet sich auch die Möglichkeit, die Atembewegungen mit Phantasievorstellungen zu verknüpfen, statt nur die körperliche Anstrengung zu mobilisieren (vgl. Hatch/Maietta 2003, S. 175ff.).

#### **8.4 Sich pflegen können**

Die Körperpflege ist eine der intimsten Aktivitäten des Lebens. Die gesamte Oberfläche des Körpers wird dabei berührt. Wir waschen uns, um uns sauber zu fühlen, zu entspannen oder um wach zu werden. Die Qualität der Berührung ist dabei abhängig von dem, was wir mit dem Waschvorgang erreichen wollen und wie wir uns fühlen. Das körperliche Befinden wird dadurch beeinflusst. Um beispielsweise den Körper in einen schläfrigen Zustand zu versetzen, sollen die Waschbewegungen über die Vorderseite jeder Körpermasse nach unten und entlang der Rückseite nach oben verlaufen. Im jeweiligen Körperteil wird ein Zustand der Wachsamkeit bei Waschbewegungen in der entgegengesetzten Richtung erzeugt, also wenn die Bewegungen über die Rückseite der Körpermassen nach unten und über die Vorderseite jeder Masse nach oben verlaufen. So werden beispielsweise die Beine angeregt, zu stehen und Gewicht zu tragen (vgl. Hatch/Maietta 2003, S. 128ff.). Auch bei der Kontrakturenprophylaxe wird diese Waschbewegung angewendet. Hierbei ist allerdings zu beachten, dass bei Beugekontrakturen nur auf der Körperrückseite und bei Streckkontrakturen nur auf der Körpervorderseite Druck ausgeübt wird. Über die positiven Auswirkungen der Kinästhetik hat auch Irmengard Ott in ihrer Arbeit „Kinästhetische Streichungen in der Orthopädie“ berichtet (vgl. Ott 1994, o. S. zit. n. Thomas 2001, S. 15).

Kinästhetische Streichungen lindern muskulär bedingte Schmerzen und verbessern die Beweglichkeit der Gelenke, so die Resultate aus der Untersuchung von Irmengard Ott (vgl. Ott 1994, o. S. zit. n. Thomas 2001, S. 15). Diese Bewegungen betreffen aber nicht nur das Waschen, sondern auch das Abtrocknen und das Massieren der Haut mit Öl oder Cremes. Die Bewegungen stimulieren die Zirkulation an der Körperoberfläche, wirken auf sämtliche physiologische Funktionsebenen und führen zu einem Zustand des Wohlbefindens (vgl. Hatch/Maietta 2003, S. 128ff.).

## **8.5 Sich kleiden können**

Eltern kleiden ihr Kind mit liebender Fürsorge. Sie sorgen dafür, dass die Kleidung den Temperaturen der jeweiligen Jahreszeit angepasst, sauber, trocken und hübsch ist. Durch das ständige An- und Auskleiden lernt das Kind, sich selbst aktiv zu bewegen und an Interaktionen teilzunehmen. Das Kind erwirbt dadurch funktionale Fähigkeiten, die den Gesundheitszustand bis in die molekulare und zelluläre Ebene hinein beeinflussen. Das gleiche gilt für Patientinnen und Patienten. Diese Interaktion stellt eine Gesundheitsentwicklung dar. Die Patientinnen und Patienten wie auch die Pflegepersonen erlernen Fähigkeiten im Body-Tracking und im Social-Tracking, also Fähigkeiten, die die physiologische und soziale Ebene des Seins beeinflussen (vgl. Hatch/Maietta 2003, S. 137ff.).

Um nun die Selbständigkeit der pflegebedürftigen Person zu fördern, soll die Pflegeperson eine Masse nach der anderen unterstützend kleiden. Dabei sind viele kleine Schritte notwendig, die viele Handlungsanweisungen mit sich bringen. Deshalb ist hier eine schrittweise Interaktion am geeignetsten, wobei die Ideen und Ressourcen der pflegebedürftigen Person berücksichtigt werden sollen. Wichtig ist es, der pflegebedürftigen Person für diese Schritte Zeit zu lassen. Weite Kleidung erleichtert das An- und Auskleiden. Eine Hilfe bietet auch das Prinzip der „gehenden Fortbewegung“. Dabei wird beispielsweise beim An- und Auskleiden im Bett das Körpergewicht von der einen auf die andere Seite verlagert (vgl. Hatch/Maietta 2003, S. 137ff.).

So wird es auch sehr schwachen pflegebedürftigen Personen ermöglicht, sich an der Aktivität zu beteiligen, wodurch wiederum ihre Gesundheit gefördert wird. Hilfreich sind auch ziehende Bewegungen beim An- und Auskleiden. Drücken ist ineffektiv. Wird die Funktion des An- und Auskleidens durch eine begrenzte Bewegungsfreiheit in einem Bereich eingeschränkt, sollen die Ressourcen der anderen Bereiche mobilisiert werden. Um auch das Wohlbefinden von pflegebedürftigen Personen zu fördern, sollen sie ihre Kleidung selbst auswählen. Die Kleidung soll behaglich und leicht an- und ausziehbar sein sowie ihrem Nutzen dienen. Entsprechende Tages- und Nachtkleidung fördert die Orientierung der pflegebedürftigen Personen. Durch die Kleidung wird auch die Umgebung angenehmer gestaltet. Kleidung beeinflusst ebenfalls das Selbstwertgefühl. Deshalb sollen pflegebedürftige Personen ermutigt werden, sich in ausdrucksvollem Stil und lebhaften Farben zu kleiden (vgl. Hatch/Maietta 2003, S. 137ff.).

## **8.6 Ausscheiden können**

Die Ausscheidung gilt als privater und persönlicher Vorgang. Bei diesem Prozess werden Abfallprodukte aus dem Körper entfernt - über den Stuhl, den Urin, durch die Nase und durch den Mund. Pflegebedürftige Personen leiden häufig an Ausscheidungsproblemen. Eine häufige Reaktion darauf ist die Verabreichung von Medikamenten oder anderer Behandlungen wie z.B. die Katheterisierung. Bevor man jedoch zu solchen Mitteln greift, sollte man die verschiedenen Arten der Ausscheidung als Funktionen verstehen, die durch Bewegungen ausgeführt werden und durch funktionale Hilfsmittel unterstützt werden können (vgl. Hatch/Maietta 2003, S. 157ff.).

### **8.6.1 Stuhlgang**

Zum Schluss wird der Stuhl durch den Beckenboden bewegt. Lastet jedoch das Körpergewicht auf dem Becken, kann kein Stuhl hindurch befördert werden. Der Beckenboden ist physikalisch blockiert (vgl. Hatch/Maietta 2003, S. 158ff.).

Die Funktion des Haltens einer Position muss also von der Funktion der Bewegung des Stuhlganges getrennt werden. Beim Sitzen auf der Toilette müssen nun die Beinmassen das Körpergewicht tragen. Die Beine müssen auf den Boden drücken, um ihr Gewicht dort abgeben zu können. Somit ist der Beckenboden frei. Die Muskeln im Becken können ohne Probleme die Anstrengung meistern und den Stuhl bewegen. Unterstützend kann es auch sein, mit den Armen an einer entsprechenden Vorrichtung zu ziehen. Wenn die pflegebedürftige Person bei der Aktivität des Stuhlganges im Bett bleiben muss, hilft es ihr, wenn sie die Füße kräftig ans Bettende drückt und mit den Armen an eine Vorrichtung zieht. Dadurch wird der Beckenboden ebenfalls entlastet. Die erforderliche Privatsphäre ist bei dem Vorgang zu ermöglichen (vgl. Hatch/Maietta 2003, S. 158ff.).

### **8.6.2 Urinausscheidung**

Wenn das Urinieren schwierig oder unkontrolliert ist, wie bei einer Inkontinenz, kann durch Einsatz funktionaler Lösungen die Kontrollfähigkeit des Urinierens verbessert werden. Bei der Urinausscheidung sind vor allem die Bedürfnisse und Gewohnheiten der pflegebedürftigen Person wahrzunehmen. Meist haben sie das Bedürfnis nach Privatsphäre und nach der erforderlichen Zeit, die sie für den Vorgang benötigen. Zeitdruck ist hier zu vermeiden. Um die Urinausscheidung zu fördern, kann der pflegebedürftige Mensch lauwarmes Wasser über die Haut seiner Genitalien laufen lassen. Auch das Hören des Geräusches von plätscherndem Wasser kann hilfreich sein. Der pflegebedürftige Mensch soll beim Einnehmen seiner gewohnten Position unterstützt werden. Die Richtung des Urinflusses wird dabei am besten durch parallele Bewegungen kontrolliert. Die Bewegung am Ort ist hier zu unterstützen. Während der Ausübung der Funktion der Urinausscheidung ist eine Fortbewegung zu vermeiden. Vorhandene Ressourcen der pflegebedürftigen Person sind mit einzubeziehen, und die Umgebung ist dem Vorgang entsprechend förderlich zu gestalten. Beispielsweise ist es wichtig, dass die Füße den Boden berühren. Sind die Beine zu kurz, kann eine Unterstützung unter den Füßen helfen, damit sie den Boden erreichen können (vgl. Hatch/Maietta 2003, S. 162ff.).

### **8.6.3 Erbrechen**

Gewaltige Kontraktionen des Abdomens, des Diaphragmas und der anderen Muskeln im Bereich von Brustkorb und Kehle führen zum Erbrechen. Gerüche und Geschmacksempfindungen, die Unbehagen auslösen, sind zu meiden. Am besten schließt die pflegebedürftige Person ihre Augen, um einer Verschlimmerung des Zustandes durch visuelle Bewegungen auszuweichen. Eine vorteilhafte Position ist der Vierfüßlerstand. Die Extremitäten sollen dabei auf die Unterstützungsfläche drücken. Die zentralen Massen sind somit frei. Dabei wird die Bewältigung der krampfartigen Anstrengung am besten unterstützt. Rückenlage ist unbedingt zu vermeiden, da die Gefahr einer Aspiration des Erbrochenen besteht. Dem pflegebedürftigen Menschen ist bei der Einnahme einer geeigneten Position durch parallele Bewegungen Hilfestellung zu leisten. Raum für Bewegungsfreiheit soll dabei geschaffen werden. Die Pflegeperson soll ebenso für einen geeigneten Behälter sorgen, um das Erbrochene aufzufangen, damit sich die pflegebedürftige Person auf die Anstrengung des Erbrechens konzentrieren kann (vgl. Hatch/Maietta 2003, S. 165f.).

### **8.6.4 Husten, Niesen, Naseputzen, Spucken und Aufstoßen**

Die Reinigung der Luftwege erfolgt durch das Husten und Niesen. Die Nasennebenhöhlen, der Mund und der Hals werden durch bewusstes Naseputzen und Spucken gereinigt. Beim Aufstoßen werden meist unfreiwillig Luft oder Magengase ausgestoßen. Die genannten Aktivitäten sind in der Rückenlage ineffektiv. Um für die Aktivitäten die erforderlichen Bewegungen ausführen zu können, sollen die Massen von Brustkorb und Kopf in einer vertikalen Position frei sein. Parallele Bewegungen sind dafür am besten geeignet. Für das Husten, Niesen und Aufstoßen ist die Position „Sitzen“ am wirkungsvollsten. Das Putzen der Nase und das Spucken erfolgt am leichtesten im Stehen. Um die Körperflüssigkeiten leichter ausscheiden zu können, sollen sie vorher in Bewegung gebracht werden. Dies geschieht durch den Einsatz von Fortbewegungen (vgl. Hatch/Maietta 2003, S. 167ff.).

Eine Unterstützung durch Anwendung einer schrittweisen Interaktion ist vorteilhaft. Die Umgebung ist förderlich zu gestalten, z.B. durch Bereitstellen von Papiertüchern, die beim Reinigen der Nase behilflich sind (vgl. Hatch/Maietta 2003, S. 167ff.).

## **8.7 Essen und trinken können**

Was wir essen und trinken und die Art und Weise, wie wir es tun, wirkt sich auf unsere Gesundheit aus. Bei der menschlichen Aktivität des Essens und Trinkens sind unterschiedliche Bewegungen erforderlich. Pflegepersonen müssen also verstehen, in welcher Form Transport- und Haltungsbewegungen für die Funktion der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme kombiniert werden müssen, damit sie geschwächte Patientinnen und Patienten anleiten und unterstützen können, um deren Einschränkungen durch andere Bewegungen zu kompensieren. Wenn der Essvorgang im Zusammenhang mit den Massen und Zwischenräumen betrachtet wird, gelangt das Essen von der Masse „Kopf“ durch den Zwischenraum des Halses in die Verdauungsorgane „innerhalb“ des Brustkorbs und zum Zwischenraum im Bereich der Taille. Werden Spiralbewegungen im Bett, aus dem Bett oder beim Aufstehen von einem Stuhl durchgeführt, drehen sich die Massen des Körpers nacheinander. Diese Bewegungen bieten sich als effektive Behandlungsmethode an, um Verdauungsprobleme, wie Verstopfungen oder Blähungen entgegenzuwirken. Spiralbewegungen sind für die Beförderung der Speisen durch den Verdauungstrakt erforderlich und helfen, Gase und Abfallprodukte aus dem Körper auszuschcheiden. Die Mahlzeiten können die zeitliche Orientierung der pflegebedürftigen Menschen fördern, und das Interesse am Essen kann durch einen angenehmen Geruch und Geschmack gesteigert werden. Das Essen und Trinken in Zwischenpositionen ist zu meiden. Zum Ausruhen, Essen oder Trinken ist das Sitzen eine optimale Position. Das Gewicht soll dabei über die Rückseite des Körpers über den Sitzknochen organisiert werden, damit die Extremitäten und Muskeln auf der Vorderseite für den Essvorgang frei sind. Die Schulterblätter müssen ebenfalls frei beweglich sein (vgl. Hatch/Maietta 2003, S. 148ff.).

Drückende und ziehende Anstrengungen der Arme sind notwendig, um das Essen mit einer Gabel oder einem Löffel zu zerteilen, aufzunehmen und zum Mund zu führen. Die Umgebung ist zudem unterstützend zu gestalten. Dem pflegebedürftigen Menschen ist das Sitzen mit der geringsten Anstrengung zu ermöglichen, und vorhandene Utensilien sind als Hilfestellung beim Essvorgang zu verwenden. Dabei sind individuelle Ressourcen und Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person zu berücksichtigen und an die Faktoren Zeit, Raum und Anstrengung anzupassen. Für viele Menschen ist das Essen auch ein soziales Ereignis. Es ist eine wichtige Zeit für den zwischenmenschlichen Austausch. In Krankenhäusern findet oft ein isoliertes Essen statt. Die Gesundheitsentwicklung auf sozialer Ebene wird dadurch eingeschränkt. Deshalb ist es wichtig, diese Situation so angenehm wie möglich zu gestalten und den sozialen Aspekt zu berücksichtigen. Durch den Einsatz kinästhetischer Konzepte können Ressourcen der pflegebedürftigen Person entdeckt und mit einbezogen werden. Dadurch kann die Person den Essvorgang selber durchführen oder zumindest daran teilnehmen. Der Prozess des Essens und Verdauens wird so zu Gunsten der Gesundheit normalisiert (vgl. Hatch/Maietta 2003, S. 148ff.).

## **8.8    Ruhen, schlafen und entspannen können**

Im Schlaf entspannt sich die Skelettmuskulatur, die Atemfrequenz wird regelmäßig und verlangsamt, der Puls nimmt ab. Dieser Prozess läuft beim Aufwachen umgekehrt ab. Wenn pflegebedürftige Personen nicht einschlafen können, gibt es zunächst andere Methoden als gleich zur Schlaftablette zu greifen. Zuhören bei den Ängsten und Problemen der pflegebedürftigen Person, Phantasiereisen, kurze Spaziergänge vor dem Schlafengehen oder Bewegungsübungen im Krankenbett sind Maßnahmen, die den Körper entspannen lassen und das Einschlafen fördern. Die Umgebung ist dementsprechend anzupassen. Das Licht und die Geräusche sind zu reduzieren. Eine sichere, warme und trockene Umgebung begünstigt einen gesundheitsfördernden Schlaf. Um auch die Orientierung zu fördern, soll das Bett in eine Position gebracht werden, die für den pflegebedürftigen Menschen vertraut ist (vgl. Hatch/Maietta 2003, S. 184ff.).



Das Bett soll ebenfalls der körperlichen Spannung der pflegebedürftigen Person entsprechen. Kissen und zusammengerollte Decken sollen dabei unterstützen, die Spannung zwischen den Massen auszugleichen. Die pflegebedürftige Person soll die bevorzugte Schlafposition zeigen. Kissen verschiedener Festigkeit sind nun erforderlich, um die richtige Unterstützung bei den Schlafpositionen zu bieten. Körperteile, die beim Schlafen nicht bewegt werden sollen, können durch weiche Kissen stabilisiert werden. Dadurch wird die Bewegung eingeschränkt. Doch Vorsicht ist geboten! Drückt man zu weiche Kissen seitlich gegen das Gesicht, kann die Sauerstoffaufnahme beeinträchtigt werden. Massen, die beweglich bleiben sollen, bedürfen einer härteren Unterlage. Doch zu harte Kissen können dazu führen, dass die Massen instabil oder unbequem liegen. Einschlaffördernd kann auch das sanfte Massieren der Zwischenräume großer Körpermassen sein, was zur Entspannung von Muskelgruppen führt. Das Streichen an den Vorderseiten der Massen nach unten und an den Rückseiten nach oben kann zu einem schläfrigen Zustand führen. Umgekehrt ausgeführt, kann dieser Vorgang beim Aufwachen hilfreich sein. Die pflegebedürftige Person soll auf keinen Fall aus dem Schlaf gerissen werden. Die erste Kontaktaufnahme bei schlafenden Personen, um sie zu wecken, soll über die Arm- und Beinmassen erfolgen und nicht über das Gesicht. Licht, Geräusche und frische Luft unterstützen auch den pflegebedürftigen Menschen beim Aufwachen (vgl. Hatch/Maietta 2003, S. 184ff.).

## **8.9 Die eigene Sexualität leben können**

Durch eine Berührung vermitteln wir einem Menschen eine Mitteilung. Dieser Mensch interpretiert die Mitteilung und sendet sie wieder zurück. Dadurch haben wir die Möglichkeit, bei einem Missverständnis die Originalnachricht zu korrigieren. Wenn die Berührung, die die Pflegeperson für pflegerische Aktivitäten ausführt, für den pflegebedürftigen Menschen sexuell stimulierend ist, entsteht ein Problem. Verbale und visuelle Signale sollen zu den taktilen Mitteilungen unterstützend eingesetzt werden, um solche Missverständnisse zu vermeiden (vgl. Hatch/Maietta 2003, S. 144ff.).

Umgebungsbedingungen sollen geschaffen werden, dass die pflegebedürftige Person bei ihren Bewegungskontrollen so wenig wie möglich von der Pflegeperson abhängig ist. Positionen des pflegebedürftigen Menschen, die eine stärkere sexuelle Wirkung haben, sind zu ändern. Weniger bedenkliche Positionen sind zu bevorzugen, beispielsweise vom Liegen ins Sitzen. Um Irrtümer diesbezüglich zu vermeiden, soll die Pflegeperson den Fokus auf die aktuell gegebene Aufgabe richten (vgl. Hatch/Maietta 2003, S. 144ff.).

### **8.10 Für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen können**

Alles, was wir tun, geschieht in einem bestimmten Umfeld. Dieses Umfeld beeinflusst unser Tun. Doch das wiederum beeinflusst die Umgebung. Wenn Pflegepersonen also die Umgebung den Bedingungen und Fähigkeiten der pflegebedürftigen Menschen anpassen, können sie dadurch deren gesunde Entwicklung und Selbständigkeit unterstützen. Beispielsweise sollen Betten, Räume, Stühle so organisiert sein, dass die Aktivitäten so einfach wie möglich auszuführen sind. Für die Gesundheitsentwicklung der Pflegepersonen gilt das ebenfalls. Sie sollen die Umgebung ihren Bedürfnissen und Fähigkeiten anpassen (vgl. Hatch/Maietta 2003, S. 65ff.).

### **8.11 Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen können**

Als existentielle Erfahrung des Lebens möchte die Autorin hier den Sterbeprozess näher erläutern.

Der Tod als natürliche Vollendung des Lebens ist die letzte Aktivität eines lebenden Systems. Sterbende Menschen benötigen eine umfassende Betreuung mit Fürsorge und größtem Respekt (vgl. Hatch/Maietta 2003, S. 191ff.).

Der Sterbeprozess ist oft mit Schmerzen verbunden. Die Haut der sterbenden Personen ist sehr empfindlich. Um die Qualität des Sterbeprozesses zu fördern, ist es nötig, den pflegebedürftigen Menschen nicht mehr zu stören als erforderlich. Externe Reize sind zu verringern, und mit der Haut ist behutsam umzugehen. Bei einem sterbenden Menschen werden die Lebensprozesse langsamer, bis sie ganz aufhören. Auch die Teilnahme an Bewegungsaktivitäten nimmt ab. Spiralige Bewegungen sind für den sterbenden Menschen einfacher auszuführen. Das Gewicht wird dadurch auf mehrere Körperbereiche verteilt. Durch die Kombination von ziehenden und drückenden Bewegungen wird Problemen wie Schmerzen und Kraftlosigkeit der betroffenen Person ausgewichen. Um auch Belastungen der Skelettmuskeln und der Haut zu reduzieren, soll das Gewicht der betroffenen Person über möglichst viele Massen verteilt werden. Durch „gehende“ Bewegungen soll dem betroffenen Menschen beim Wechseln einer Position geholfen werden. Heben und Rutschen würden den Körper belasten. Die Umgebung ist so zu gestalten, dass sie der Körperspannung und den Schmerzen der betroffenen Person angepasst ist. Damit die Muskeln frei sind, soll die betroffene Person das Gewicht an das Bett abgeben können. Dadurch wird es der Person ermöglicht, Funktionen auszuführen. Entsprechend den Bewegungsressourcen der sterbenden Person sind die Interaktionsformen zu wählen. Zu Beginn wird die pflegebedürftige Person vielleicht noch alle Funktionen alleine ausführen. Man spricht von einer einseitigen Interaktion. Wenn Unterstützung erforderlich ist, wird eine schrittweise oder gleichzeitig-gemeinsame Interaktion benötigt. Am Ende, wenn Bewegungen zu einem Großteil von der Pflegeperson übernommen werden, ist wiederum eine einseitige Interaktion nötig. Dadurch erhält der sterbende Mensch die Bewegung, die es ihm ermöglicht seinen Körper bis zum Ende des Lebens zu spüren. Durch diese Selbstwahrnehmung über die kinästhetischen Sinne wird es der betroffenen Person ermöglicht, aktiv am Sterbeprozess teilzunehmen. Die Person kann sich mit Würde und ein wenig Selbstkontrolle der Sterbefunktion stellen (vgl. Hatch/Maietta 2003, S. 191ff.).

## 9 Gesundheitsentwicklung durch Kinästhetik

Die Autorin möchte hier nun nochmals konkret auf die Gesundheitsentwicklung durch das Konzept der Kinästhetik eingehen. Studienergebnisse werden zu diesem Zweck verglichen. Fort- und Weiterbildungen im Bereich der Kinästhetik werden in diesem Zusammenhang erläutert, und das Bildungssystem wird kurz vorgestellt.

### 9.1 Effektivität des Konzeptes

Gabriela Steinwider, eine diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester und Studentin der Gesundheits- und Pflegewissenschaft in Graz, beschäftigte sich im Jahr 2008 mit der Frage, ob das Kinästhetik-Konzept, bei dem die zu betreuenden Personen bei der Durchführung ihrer Bewegungen unterstützt werden, wissenschaftlich fundiert ist. Um dieser Frage nachzugehen, führte sie eine Literaturrecherche durch (vgl. Steinwider 2008, S. 10).

Die Ergebnisse der Literaturrecherche von Gabriela Steinwider sind in den folgenden Abbildungen ersichtlich.

Abbildung 16: Schmerzreduktion

| Autor/ Jahr                   | Titel  | Forschungsfrage   | Stichprobe/Setting  | Ergebnis  |
|-------------------------------|--|---|---|---|
| Eisenschink et al, 2003       | Auswirkungen der kinästhetischen Mobilisation im Vergleich zur Standardmobilisation auf die Atemfunktion bei Patienten nach aorto-coronarer Bypass-Operation | Wie können PatientInnen durch das kinästhetische Konzept in Bezug auf die Atemfunktion und Pneumonieprophylaxe von außen unterstützt werden, um ihre Atmung mit Hilfe körpereigener Reize selbst zu regulieren und diese Funktion trotz aktueller Einschränkungen und Störungen verbessern? | 104 PatientInnen nach einer aorto-coronarer Bypass-Operation, Universitätsklinikum Ulm.   | Die Überlegenheit des kinästhetischen Konzeptes konnte nicht eindeutig nachgewiesen werden. Jedoch, der Anteil der PatientInnen mit Reduktion des Schmerzmittelverbrauches von Vor- zu Nach-Erstmobilisation war in der Kinästhetikgruppe höher als in der Standardgruppe.              |
| Lenker, 2007                  | Weniger Schmerzen beim Bewegen Schwerverkrankter   | Beeinflusst die Erstmobilisation nach kinästhetischen Konzept bei Patienten nach einer Bauch-Operation das Schmerzempfinden, den Schmerzmittelbedarf und die klinischen Parameter Blutdruck, Herzfrequenz, Sauerstoffsättigung und Atemfrequenz?  | 74 PatientInnen nach einer Bauchoperation, Kliniken Ludwigsburg-Biedenheim GmbH.  | Die Erhebung zeigte, dass der Schmerzanstieg in der Gruppe, welche mit Kinästhetik mobilisiert wurde, geringer war und sogar stärker wieder nach fünf Minuten abnahm. Die PatientInnen mit der herkömmlichen Bewegung benötigten erheblich mehr Schmerzmittel als die Vergleichsgruppe. |
| Achinger & Steenebrügge, 2002 | Projekt präoperative Anleitung, Kinästhetik in der Pflege  | Eine Forschungsfrage ist im Text nicht enthalten. Das Ziel war und ist es den Patienten/ die Patientin auf die Operation und postoperative Mobilisation aktiv vorzubereiten und die Eigenaktivität während der Mobilisation zu fördern.   | Alle PatientInnen die seit 2002 in den Krankenhäusern im Bauchraum operiert wurden, Katharinen-Hospital in Unna und St. Elisabeth-Stiftung in Bochum. | Das pflegerische Angebot fand erhöhte Anerkennung bei PatientInnen, die kinästhetische Anleitung und Beratung erfolgte in verständlicher Form, es ermöglichte schmerzarme, kontrollierte Bewegung und die PatientInnen empfanden ein erhöhtes Wohlbefinden durch die Rundumversorgung.  |

(Quelle: Steinwider 2008, S. 11)

Die Studie am Universitätsklinikum Ulm (Abbildung 16) zur Frage, wie Pflegepersonen die Genesung unterstützen können, hat gezeigt, dass es einer ausgeprägten interaktiven Kompetenz bedarf, um die Mobilisation an funktionelle und motivations- und gewohnheitsbedingte Erfordernisse der pflegebedürftigen Person anpassen zu können. Die pflegerische Methodenkompetenz wurde am Universitätsklinikum Ulm in der Praxis durch kinästhetisches Handeln erweitert und hat sich durchgesetzt (vgl. Eisenschink/Bauder Missbacher/Kirchner 2003, S. 131). Jedoch konnte nicht eindeutig nachgewiesen werden, ob die Betreuung nach kinästhetischen Prinzipien die Atemfunktion und Pneumonieprophylaxe soweit unterstützen kann, dass diese Funktion trotz Einschränkungen und Störungen verbessert wird. Allerdings konnte nachgewiesen werden, dass der Schmerzmittelverbrauch bei den pflegebedürftigen Menschen, die nach kinästhetischen Prinzipien betreut wurden, geringer war als in der Kontrollgruppe (vgl. Steinwider 2009, S. 11).

Abbildung 17: Auswirkungen des Kinästhetik-Konzeptes

| Autor/Jahr                                 | Titel  | Forschungsfrage  | Stichprobe/Setting  | Ergebnis  |
|--|--|--|---|---|
| Hantikainen et al, 2006                    | Bewegungsunterstützung nach Kinästhetik die Körperwahrnehmung, Bewegungsfähigkeit und funktionelle Unabhängigkeit bei alten Menschen | Fördert die Bewegungsunterstützung nach Kinästhetik die Körperwahrnehmung, Bewegungsfähigkeiten und funktionelle Unabhängigkeit der alten Menschen mit Bewegungseinschränkungen? | 2 Bewohner nach einem Schlaganfall in einem Altersheim in der Schweiz.                        | Die Bewegungsunterstützung nach dem Kinästhetik-Konzept konnte, wenn konsequent, kontinuierlich und auf die Situation der Betroffenen angepasst, die Körperwahrnehmung, die Bewegungsfähigkeit und die funktionelle Unabhängigkeit von PatientInnen im hohen Alter fördern.   |
| Projekt im Krankenhaus Hietzing o.V., 2007 | Effizienz- und Gesundheitsentwicklung in der Pflege mit Kinästhetik  | Wie erleben und schätzen die Probanden das Konzept „Kinästhetik in der Pflege“ im Zusammenhang mit der Erlangung oder Verbesserung ihrer Selbständigkeit in der ATL-Bewegung?    | 12 PatientInnen im Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel der Stadt Wien. | Mit dieser Studie konnte nicht nachgewiesen werden ob das Konzept der Kinästhetik in der Pflege an sich oder die vermehrte Zuwendung und Anleitung der Pflegepersonen zu einem hohen Gefühl an Sicherheit und einer verbesserten Selbstständigkeit bei den PatientInnen führten. Bei gezielter Anwendung schien es aber in der Lage zu sein den PatientInnen individuelle Bewegungsunterstützung zu bieten. |
| Frey, 2003                                 | Auswirkungen kinästhetischer Unterweisungen auf die Körpererfahrung querschnittgelähmter Menschen                                    | Welche Auswirkungen haben Unterweisungen nach dem kinästhetischen Konzept auf die Körpererfahrung querschnittgelähmter Menschen?   | Neun Betroffene und ein Fachmann wurden interviewt, am Ort ihrer Wahl in Deutschland.         | Die Körper- und Umweltwahrnehmung wurde differenziert vor allem durch ihre Seherlebnisse, es kam zur Verringerung der Spastik, auch behindernde Faktoren wurden gefunden wie Angst, Zeitmangel und mangelnde Absprache unter den Pflegepersonen.  |

(Quelle: Steinwider 2008, S. 12)

Das Projekt am Krankenhaus Hietzing (Abbildung 17) verfolgte auch das Ziel, einen Nutzen für die Pflegepersonen hinsichtlich der Mobilisation mit geringem personellen Aufwand zu erreichen. Dieser Nutzen konnte mit dieser Studie nicht erhoben werden (vgl. Burns 2007, S. 75).

Steinwider schließt aus den Ergebnissen ihrer Literaturrecherche, dass mit der Mobilisation nach dem Kinästhetik-Konzept Schmerzen, an denen der Betroffene litt, reduziert werden konnten. Diese Personen haben eigene Ressourcen neu entdeckt bzw. wieder erlangt. Dadurch konnten sie selbständiger und selbstbestimmter leben. Die Lebensqualität dieser Menschen und die der Angehörigen wurde in diesem Zusammenhang gesteigert. Jedoch wurde im Projekt „Hietzing“ darauf hingewiesen, dass nicht klar hervorgeht, ob diese Erfolge direkt vom Konzept der Kinästhetik abzuleiten sind. Es können auch andere Faktoren, beispielsweise eine vermehrte Zuwendung, dafür verantwortlich sein. Die erfolgreichen Ergebnisse wurden allerdings bei Intensivpatientinnen und Intensivpatienten, bei älteren Betroffenen und bei querschnittsgelähmten Personen berichtet. Die Studien beschreiben zudem auch die Auswirkungen des Konzeptes bei Pflegepersonen. Die Ergebnisse zeigen bei der Mobilisationsunterstützung eine geringere physische Belastung vor allem der Wirbelsäule. In weiterer Folge wurden eine Steigerung der psychischen Belastbarkeit und der beruflichen Zufriedenheit, die Gewinnung von Zeit-Ressourcen, eine erhöhte Anerkennung des pflegerischen Angebotes durch die pflegebedürftigen Personen, aber auch das Problem der körperlichen Nähe aufgezeigt (vgl. Steinwider 2008, S. 13).

Erst seit den 1980er Jahren wird das Konzept der Kinästhetik angewendet. Steinwider erwähnt, dass es zu diesem Thema nur wenige europäische Studien gibt. Sie weist darauf hin, dass die Erhebungen bezüglich der Größe der Stichprobe, des Patientenguts, der Interventionen, der Art der Studien und der Erhebungsinstrumente unterschiedlich sind und teilweise widersprüchliche Ergebnisse beinhalten. Eine Vergleichbarkeit ist deshalb nicht gegeben. Trotz allem wurde eine gemeinsame Erkenntnis, nämlich die Schmerzreduktion, in mehreren Studien erwähnt. Doch Steinwider weist darauf hin, dass keine eindeutige Empfehlung an die Praxis gegeben werden kann. Deshalb besteht ein dringender Bedarf, das Konzept der Kinästhetik wissenschaftlich zu untersuchen (vgl. Steinwider 2008, S. 13f.).

Im LKH Hörgas in der Steiermark wurde ebenfalls ein Projekt (2009) durchgeführt. Das Ziel war zu evaluieren, ob durch die Integration von MH-Kinaesthetics die Vorgaben an gesundheitsfördernden Maßnahmen, wie sie in der Ottawa-Charta beschrieben wurden, tatsächlich nachhaltig realisierbar sind. MH-Kinaesthetics steht für Maietta-Hatch Kinaesthetics. Es ist das Original. Da es unterschiedliche Anbieter gibt, wurde dieser Produktname gewählt. Als Auftraggeber dieser Untersuchung ist die Abteilung Pflege der steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft mbH (KAGes) zu nennen (vgl. Resch-Kröll/Maietta 2009, S. 1ff.).

Im LKH Hörgas wurden alle Berufsgruppen in diese Untersuchung mit einbezogen. Jedoch werden hier nur die Ergebnisse bezüglich des Pflegepersonals aufgezeigt. 138 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wurden zu Beginn der Untersuchung gezählt. 131 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben letztendlich die ausgefüllten Fragebögen zurückgesandt. Die Rücklaufquote entspricht demnach einem Anteil von 94,9 Prozent. Den zahlenmäßig größten Anteil an teilnehmenden Personen machte das Pflegepersonal mit 66,6 Prozent aus. Die Ergebnisse der Untersuchung machten deutlich, dass es nach einer Implementierungsphase von MH-Kinaesthetics (Dauer von knapp zwei Jahren) zu offensichtlichen Veränderungen bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Pflege gekommen ist. Beispielsweise zeigte die Untersuchung, dass der Transfer des pflegebedürftigen Menschen vom Bett in einen Sessel durch das Pflegepersonal unter Integration von MH-Kinaesthetics mit durchschnittlich 30 Prozent weniger Personal durchgeführt werden konnte. Allerdings wird dafür im Durchschnitt um 14,6 Prozent mehr Zeit benötigt. Bei den Pflegepersonen zählen Rückenschmerzen und Erkrankungen des Bewegungsapparates zu den Hauptursachen für Krankenstände. 45 Prozent des Pflegepersonals sind jedoch der Auffassung, dass durch die Integration von MH-Kinaesthetics Tätigkeiten am pflegebedürftigen Menschen wesentlich leichter durchführbar sind. 90 Prozent des befragten Pflegepersonals sind auch der Meinung, dass durch die Integration von MH-Kinaesthetics eine wesentliche Erleichterung bei der Durchführung alltäglicher Pflegesituationen gemeinsam mit dem pflegebedürftigen Menschen erfahren werden konnte (vgl. Resch-Kröll/Maietta 2009, S. 1ff.).

Die Anstrengung beim Transfer des pflegebedürftigen Menschen konnte um bis zu 53 Prozent reduziert werden. Eine Implementierung von MH-Kinaesthetics in den Arbeitsalltag führte also wesentlich zu einer Erleichterung der geforderten Tätigkeiten. Diese Ergebnisse sind nicht isoliert zu betrachten. Mehrere Studien aus unterschiedlichen Zentren bestätigen diese Ergebnisse. Für die tägliche Praxis lässt sich hier aus den Ergebnissen dieser Untersuchung schlussfolgern, dass die Integration von MH-Kinaesthetics in den beruflichen Alltag als gesundheitsfördernde Maßnahme zu verstehen ist. Das Wissen der Kinästhetik hilft dem pflegebedürftigen Menschen wie auch dem Pflegepersonal, zu erkennen und zu verstehen, wie sie sich bei den Bewegungen am besten organisieren können. Im LKH Hörgas wurde durch dieses Projekt eine Veränderung in Gang gesetzt, eine neue Bewegungskultur ist entstanden. Der Kreis hin zur Gesundheitsförderung, wie sie auch der Medizinsoziologe Aaron Antonovsky in seinem Konzept der Salutogenese versteht, schließt sich damit (vgl. Resch-Kröll/Maietta 2009, S. 1ff.).

Eine andere Studie zu diesem Thema wurde im Jahr 2010 am Gemeinschaftskrankenhaus in Bonn durchgeführt: „Kinästhetik in der Gesundheits- und Krankenpflege“. Ob die Hypothese, dass Kinästhetik ein wichtiger Bestandteil professioneller Pflege ist, da optimal auf die jeweiligen Bedürfnisse des Pflegepersonals und der pflegebedürftigen Menschen eingegangen werden kann und dadurch deren Zufriedenheit deutlich gesteigert wird, zutrifft, soll mit der Studie geklärt werden. Zu diesem Zweck wurde eine qualitative Studie durchgeführt. Eine Probandengruppe von vier pflegebedürftigen Personen wurde ausgewählt. Dabei wurde mit der Durchführung der Mobilisation nach nicht kinästhetischen Prinzipien begonnen. Nach vier Tagen wurde seitens der pflegebedürftigen Personen und seitens der Pflegepersonen eine subjektive Beurteilung abgegeben. Anschließend wurde vier Tage lang die Mobilisation nach kinästhetischen Prinzipien durchgeführt. Danach kam es wieder zu einer subjektiven Einschätzung durch die pflegebedürftigen Personen und die Pflegepersonen. Eine Analyse der Daten und Interpretation folgte im Anschluss (vgl. Luppus/Harmond 2010, S. 2f.).



Die Untersuchung führte zu folgenden Ergebnissen: Die aufgestellte Hypothese wird zum größten Teil als bestätigt angesehen. Die Zufriedenheit der pflegebedürftigen Personen und des Pflegepersonals konnte durch die Anwendung von Kinästhetik deutlich gesteigert werden. Ein Bedarf zur Beherrschung der Maßnahmen seitens der Pflegepersonen wird jedoch festgestellt. Die Umsetzung der Kinästhetik wird auf vielen Stationen aufgrund der Unsicherheit in der Durchführung nicht in den Alltag integriert. Diese Aussage ist eine subjektive Einschätzung seitens der Autoren dieser Studie und müsste durch eine andere Studie belegt bzw. widerlegt werden. Rahmenbedingungen wie ausreichende Räumlichkeiten, Zeit und Qualifikation der Pflegepersonen als Voraussetzung für eine Umsetzung des Konzeptes müssen geschaffen werden. Die Autoren dieser Studie weisen darauf hin, dass eine größere Probandenzahl erforderlich ist, um ein konkretes Ergebnis zu erlangen. Diese Studie soll jedoch den Anstoß für weitere Studien auf diesem Sektor sein. Abschließend ist zu sagen, dass mehr Offenheit und Motivation für neue Pflegekonzepte seitens der Pflegepersonen wünschenswert ist. Regelmäßige Fort- und Weiterbildungsangebote zu nützen, erscheint hier als sinnvoll (vgl. Luppus/Harmond 2010, S. 26f.).

## **9.2 Bildungssystem**

Eine zielgerichtete Umsetzung des Konzeptes in der Pflege - im Pflegeprozess integriert - ermöglicht es, die Effektivität und Effizienz der Pflegequalität nachhaltig zu steigern. Um dies zu erreichen, ist eine Inputphase erforderlich. Alle Mitarbeiter(innen) einer Einrichtung müssen geschult und begleitet werden, bis die selbständige Umsetzung des Konzeptes durchführbar ist (vgl. Alexander 2001, S. 10).

Der zentrale Punkt des Bildungssystems Kinästhetik beruht dabei auf Bewegung. Die Annahme geht davon aus, dass alles, was Menschen im Leben tun, durch Bewegung gestaltet ist. Demnach gestaltet Bewegung das „Sein“ eines Menschen (vgl. Hatch/Maietta 2005, S. 6).

Das Konzept der Kinästhetik wird im Rahmen von Fort- und Weiterbildungsangeboten und in den Ausbildungsstätten gelehrt.

Eine Befragung im Juli 2007 zeigte, dass in allen sechs Gesundheits- und Krankenpflegesschulen in der Steiermark Basiskurse für das Konzept der Kinästhetik angeboten werden. Für Pflegepersonen gibt es zahlreiche Kinästhetikkurse in der Steiermark wie auch österreichweit (vgl. Steinwider 2008, S. 10).

Durch die unterschiedlichen Anforderungen der beruflichen Arbeit spezifizierten sich dementsprechende Lerninhalte. Kinästhetik findet Anwendung in der Kranken- und Altenpflege, in der Kinderkrankenpflege, in der Behindertenarbeit und in der Frühförderung behinderter Kinder, in der Physio- und Ergotherapie, in der Heilpädagogik, in der Sonder- und Heilpädagogik, in der Integrationspädagogik, in der Kleinkindpädagogik und in der Spiel- und Theaterpädagogik sowie auch in der Bewegungs- und Tanzpädagogik. Der spezifische Lerninhalt in der Kranken- und Altenpflege umfasst die Gestaltung nichtsprachlicher Kommunikationsprozesse, Förderpflege von Menschen mit schwersten Einschränkungen, Gesundheitsförderung von Pflegenden und pflegebedürftigen Menschen sowie die Anleitung von pflegenden Angehörigen (vgl. Citron 2011, S. 12f.).

Durch systematische Lernprogramme wird dieses Konzept den Pflegepersonen angeboten und zeigt folgende Eigenschaften: Brauchbarkeit, Effektivität, Unkompliziertheit und Schnelligkeit (vgl. Citron 2011, S. 6).

Das körperliche Lernen des Konzeptes erfolgt in Schritten. Meistens steht im ersten Schritt das Bewusstwerden der eigenen Bewegungsmöglichkeiten im Vordergrund. Als nächstes wird die Bewegungswahrnehmung gefördert und das individuelle Bewegungsverhalten erweitert. Das geschieht durch die Gestaltung von leichten Bewegungsinteraktionen mit dem Ziel, die Bewegungssignale des anderen gegenseitig zu beachten und zu beantworten. Im dritten Schritt werden Bewegungsinteraktionen, die an der jeweiligen beruflichen Anforderung orientiert sind, bewusst gestaltet. Fertigkeiten zur bewussten sensomotorischen Kommunikation über kinästhetische Mittel werden durch das Erlernen der Schritte vermittelt (vgl. Citron 2011, S. 12).

Diese Form des Lernens durch körperliche Selbsterfahrung in Einzel-, Partner- und Gruppenaktivitäten ist für sehr viele Erwachsene ungewohnt und fremd. Es ist aber sicherlich die effektivste Lernmethodik, wenn es um Inhalte geht, die, ergänzend zum kognitiven Wissenserwerb, vor allem die Erweiterung des Kommunikations- und Handlungsvermögens beabsichtigen (vgl. Citron 2011, S. 12).

Die Aufgaben einer Fachperson bezüglich „Kinästhetik in der Pflege“ sind folgende:

- Die Pflegeperson hat eine hohe Empfindung für ihre eigene Bewegung und für die Bewegung der pflegebedürftigen Person. Sie begleitet die pflegebedürftige Person respektvoll in ihren alltäglichen Aktivitäten.
- Die Wirkung der Bewegung auf Gesundheit und Lernen ist der Pflegeperson bewusst.
- Sie unterstützt pflegebedürftige Personen, sich in unterschiedlichen Positionen zu bewegen.
- Auch bei Fortbewegungsaktivitäten von pflegebedürftigen Personen wirkt sie unterstützend mit, ohne sich selbst zu gefährden – ohne Heben und Tragen.
- Die Pflegeperson unterstützt den pflegebedürftigen Menschen seine Eigenaktivität (Atmung, Kreislauf, Verdauung und Lymphtransport) positiv zu steuern.
- Viele Fortbewegungsprozesse kann die Pflegeperson auch alleine statt zu zweit mit dem pflegebedürftigen Menschen durchführen (vgl. Hatch/Maietta 2007, S. 7).

Ina Citron ist Diplomierte Sozialpädagogin und Sportpädagogin. Seit 1990 lehrt sie das Konzept der Kinästhetik in Fort- und Weiterbildungen für Fachpersonen aus dem Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen. Sie bildet seit 1995 Kinästhetik-Trainerinnen und Kinästhetik-Trainer aus (vgl. Citron 2011, o. S.).

Praxiserfahrungen von Ina Citron haben gezeigt, dass das Konzept der Kinästhetik die schnelle Machbarkeit eines strukturierten Lernprogramms, das in wenigen Stunden erarbeitet werden kann und die Möglichkeit zu einer befähigenden Prozessarbeit gewährt, bietet (vgl. Ciron 2011, S. 6).

Ob die Teilnahme an einem kurzen Lernprogramm im Rahmen von Fort- und Weiterbildungen allerdings schon die Handlungskompetenz in der beruflichen Arbeit grundlegend verändert und gleichzeitig auch die Gesundheit der beteiligten Personen fördert, ist vom Interesse und der Bereitschaft zum Weiterlernen der Einzelnen abhängig (vgl. Ciron 2011, S. 6).

## 10 Zusammenfassung und Ausblick

Alle pflegebedürftigen Menschen, ob im Krankenhaus, in Langzeitpflegeeinrichtungen oder im extramuralen Bereich, haben das Recht, nach besten wissenschaftlichen Erkenntnissen gepflegt zu werden. Die Gesundheitspflege nimmt dabei an Bedeutung zu und ist bereits mit der Krankenpflege gleichwertig anzusehen. Das Verständnis von Gesundheit und Krankheit, das von geschichtlichen, kulturellen, wissenschaftstheoretischen und individuellen Einflüssen geprägt ist, spielt dabei eine wesentliche Rolle. Es nimmt Einfluss auf das Pflegeverständnis. Durch die Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation nehmen die Begriffe „Gesundheitsförderung“ und „Prävention“ einen hohen Stellenwert im Gesundheitswesen ein. Dabei geht es nicht nur mehr darum, die Krankheit zu heilen, sondern auch die Gesundheit zu unterstützen. Die Gesundheitsförderung - auf Basis der Salutogenese von Aaron Antonovsky - möchte Ressourcen des Menschen bezogen auf Lebensbedingungen und Verhaltensweisen unterstützen. Dafür soll den Menschen notwendiges Wissen und soziale Unterstützung zur Verfügung stehen, um ihnen Verantwortung für die eigene Gesundheit übertragen zu können. Die Beratungsaufgabe zu gesundheitsförderndem Verhalten wird mit zunehmender Professionalisierung auch den Pflegepersonen bewusst. Das Selbstideal der Pflegeperson fließt dabei in das Beratungsgespräch sowie in den dazu notwendigen Beziehungsprozess mit ein. Wenn Pflegepersonen sich auch mit gesundheitsfördernden Maßnahmen auseinandersetzen, dann können sie die beruflichen Belastungen besser meistern.

Kinästhetik bedeutet Bewegungsempfindung. Es ist eine Lehre der menschlichen Bewegung und unterstützt die Gesundheitsentwicklung der pflegebedürftigen Menschen wie auch der Pflegepersonen. Das von Dr. Frank Hatch und Dr. Lenny Maietta in den 1980er Jahren entwickelte Konzept der Kinästhetik beschreibt eine Interaktion zwischen Pflegeperson und pflegebedürftigem Menschen. Dabei soll die sensomotorische Kompetenz der Pflegeperson erweitert werden, damit sie bewegungs- und wahrnehmungsbeeinträchtigte Menschen anleiten kann, die eigenen Ressourcen wahrzunehmen und einzusetzen. Die Sichtweise der Gesundheitspflege richtet sich also darauf, was der pflegebedürftige Mensch noch kann -

also auf seine Ressourcen. Das Ziel ist es, diese Ressourcen zu nützen, die Selbstständigkeit, die Mobilität und das Selbstvertrauen zu fördern und somit die Lebensqualität der pflegebedürftigen Personen zu optimieren.

Pflegetheorien und -modelle bilden eine wissenschaftlich fundierte Basis. Ein Pflegemodell orientiert sich an dem Pflegeleitbild einer Betreuungs- bzw. einer Pflegeeinrichtung. Das Forschungsprojekt von Monika Krohwinkel „Der Pflegeprozess am Beispiel von Patientinnen und Patienten mit der Diagnose „Schlaganfall“ – eine Studie zu Erfassung ganzheitlich-rehabilitierender Prozesspflege in Akutkrankenhäusern“ liefert Erkenntnisse über die Umsetzung des Pflegeprozesses wie auch über die Gesundheitsentwicklung pflegebedürftiger Personen am Beispiel von Apoplexikern.

Das Konzept der Kinästhetik wird bei der vorliegenden Arbeit im Kontext des Pflegemodells nach Monika Krohwinkel als Handlungsanleitung integriert. Anhand der Aktivitäten, Beziehungen und Existentiellen Erfahrungen des Lebens (ABEDLs) nach Monika Krohwinkel werden die jeweiligen Pflegehandlungen und die Auswirkungen auf die Gesundheit dargestellt. Das Konzept Kinästhetik liefert dem pflegebedürftigen Menschen wie auch dem Pflegepersonal wichtige Fähigkeiten für eine fachgerechte Mobilisation.

Mehrere Studien zeigen, dass eine Implementierung des Konzeptes der Kinästhetik in der Betreuung und Pflege zu einer Erleichterung der geforderten Tätigkeiten und zu einer erhöhten Lebensqualität führt. Doch geschultes Personal und entsprechende Rahmenbedingungen gelten als Voraussetzung für die Umsetzung dieses Anspruches. Das Konzept der Kinästhetik bedarf noch weiterer wissenschaftlicher Untersuchungen, um spezifische und wissenschaftlich fundierte Aussagen treffen zu können. Konzepte, Modelle und Theorien in der Pflege finden immer mehr Eingang in den Pflegealltag und müssen durch Fort- und Weiterbildungen am Leben erhalten und auf den aktuellen Stand gebracht werden – *Evidence-based Nursing*.

## 11 Literatur- und Quellenverzeichnis

Ammann, Angelika (2010): Rückengerechtes Arbeiten in der Pflege. Leitfaden für gesundheitsfördernde Transfertechniken. Hannover: Schlütersche Verlag.

Asmussen, Maren (2010): Praxisbuch Kinaesthetics. Erfahrungen zur individuellen Bewegungsunterstützung auf Basis der Kinästhetik. 2. Auflage, München: Urban & Fischer Verlag.

Citron, Ina (2011): Kinästhetik – Kommunikatives Bewegungslernen. 3. Auflage, Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Eisenschink, Anna Maria / Bauder Missbach, Heidi / Kirchner Elisabeth (2003): Kinästhetische Mobilisation. Wie Pflegekräfte die Genesung unterstützen können – eine Studie am Universitätsklinikum Ulm. Hannover: Schlütersche Verlag.

Eißing, Eva (2007): Rückenschonende Arbeitsweise – Primärprävention für Pflegepersonen. In: Lauber, Annette / Schmalstieg, Petra (Hrsg.): Prävention und Rehabilitation. Verstehen und pflegen 4. 2. Auflage, Stuttgart: Georg Thieme Verlag, S. 10.

Fischer, Renate (2007): Prävention und Rehabilitation. In: Lauber, Annette / Schmalstieg, Petra (Hrsg.): Prävention und Rehabilitation. Verstehen und pflegen 4. 2. Auflage, Stuttgart: Georg Thieme Verlag, S. 4-9, S. 21-35.

Follmann, Uta (2007): Psychohygiene. In: Lauber, Annette / Schmalstieg, Petra (Hrsg.): Prävention und Rehabilitation. Verstehen und pflegen 4. 2. Auflage, Stuttgart: Georg Thieme Verlag, S. 16-18.

Hatch, Frank / Maietta, Lenny (2003): Kinästhetik. Gesundheitsentwicklung und menschliche Aktivitäten. 2. Auflage, München: Urban & Fischer Verlag.

- Hatch, Frank / Maietta, Lenny (2005): Kinaesthetics in der Pflege. Arbeitsbuch-Grundkurs. Teilweise überarbeitete Auflage, European Institute for Human Development (IHD).
- Hatch, Frank / Maietta, Lenny (2007): Maietta-Hatch Kinaesthetics in der Pflege. Grundkurs-Protokollheft. 1. überarbeitete Auflage, Verlag Maietta-Hatch Inc. Santa Fe USA.
- Hatch, Frank / Maietta, Lenny (2007): Maietta-Hatch Kinaesthetics. Bildungssystem. Teil 1: Konzeptsystem. 1. überarbeitete Auflage, Bern: Verlag Kinaesthetics Bildungsinstitut.
- Hatch, Frank / Maietta, Lenny / Schmidt, Suzanne (2005): Kinästhetik. Interaktion durch Berührung und Bewegung in der Pflege. 5. unveränderte Auflage, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe.
- Herrgesell, Sandra (2006): Das Kinästhetik-Programm in der Pflege. In: Menker, Kerstin / Waterboer, Christina (Hrsg.): Pflgeetheorie und -praxis. 2. Auflage, München: Urban & Fischer Verlag.
- Hinghofer-Szalkay, Irma M. (1995): Das Gesundheitsverständnis im Spiegel der Zeit. In: Pflege, Band 8, Heft 3, S. 221-228.
- Hinghofer-Szalkay, Irma M. (2000): Pflegephilosophie: Gesundheit und Glück. Pflegepädagogik – Pflegemanagement – Pflegeinformatik. In: PR-INTERNET 7/00 für die Pflege, S. 154-157.
- Kirschnick, Olaf (2010): Pflgetechniken von A-Z. 4. Auflage, Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Krohwinkel, Monika (2008): Rehabilitierende Prozesspflege am Beispiel von Apoplexiekranke – Fördernde Prozesspflege als System. 3. Auflage, Bern: Hans Huber Verlag.



- Lauber, Annette (2001): Leitbild und Pflege. In: Lauber, Annette (Hrsg.): Grundlagen beruflicher Pflege. Stuttgart: Thieme Verlag KG, S. 14-18.
- Lauber, Annette (2001): Pflgetheorien. In: Lauber, Annette (Hrsg.): Grundlagen beruflicher Pflege. Stuttgart: Thieme Verlag KG, S. 102-145.
- Mack, Stefan (2009): Das Pflegemodell nach Monika Krohwinkel unter Berücksichtigung der pflegerischen Aspekte des Langenloiser Modells – Angewandte Gerontopsychologie im Rahmen des Lehrgangs für Führungsaufgaben in Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens nach §72 GuKG: Graz.
- Menche, Nicole (Hrsg.) (2007): Pflege Heute. 4. vollständig überarbeitete Auflage, München: Urban & Fischer Verlag.
- Menche, Nicole / Bazlen, Ulrike / Kommerell, Tilman (Hrsg.) (2001): Pflege Heute. 2. Auflage, München: Urban & Fischer Verlag.
- Neumann-Ponesch, Silvia (2011): Modelle und Theorien in der Pflege. 2. Auflage, Wien: Facultas Universitätsverlag.
- Soyka, Matthias (2000): Rückengerechter Patiententransfer in der Kranken- und Altenpflege. Ein ergonomisches Training. Bern: Hans Huber Verlag.
- Steinbach, Herlinde (2007): Gesundheitsförderung: Ein Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe. 2. aktualisierte Auflage, Wien: Facultas Verlag.
- Thomas, Alexander (2001): Die Theorie der Kinästhetik im Kontext des Pflegemodells nach Krohwinkel. Studienarbeit. 1. Auflage, München/Ravensburg: GRIN Verlag für akademische Texte.
- Thomas, Alexander (2001): Umsetzung der Kinästhetik in den Stationsalltag. Studienarbeit. 1. Auflage, München: GRIN – Verlag für akademische Texte.

## **Internetquellen:**

- Brüggemann, Edith (o. J.): „Feldenkrais“ Bewußtheit durch Bewegung. In:  
<http://www.eb-physio-blance.de/downloads/Fleyer-ATM.pdf> [06.11.2011].
- Burns, Evelin (2007): Effizienz- und Gesundheitsentwicklung in der Pflege mit Kinästhetik. Projekt am Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum. In: [http://www.fgoe.org/projektfoerderung/gefoerderte-projekte/FgoeProject\\_153508/719353](http://www.fgoe.org/projektfoerderung/gefoerderte-projekte/FgoeProject_153508/719353) [18.08.2011].
- Hieber, Markus (2006): AEDL-Strukturmodell von Monika Krohwinkel. Aufgaben und Konzepte der Altenpflege. In:  
<http://www.hausarbeiten.de/faecher/vorschau/110279.html> [26.10.2011].
- Kirchner, Elisabeth / Rettenberger, Klaus (1997): Pflegemodelle und Kinästhetik. In: <http://www.uniklinik-ulm.de/struktur/zentrale-einrichtungen/pflegedienst/home/kinaesthetik/entwicklungen/pfl-modell-und-kin.html> [28.10.2011].
- Luppus, Daniel / Hartmond, Marco (2010): Studie: Kinästhetik in der Gesundheits- und Krankenpflege. In: [http://www.gk-bonn.de/bb\\_bonn/Studie-Kinaesthetik-in-der-Gesundheits--und-Krankenpflege.pdf?WSESSIONID=1e814c1a2c46a786ad01ff3752b9e573](http://www.gk-bonn.de/bb_bonn/Studie-Kinaesthetik-in-der-Gesundheits--und-Krankenpflege.pdf?WSESSIONID=1e814c1a2c46a786ad01ff3752b9e573) [18.08.2011].
- Michaelis, Martina / Hermann Stella (2010): Forschung Projekt F 2196. Evaluation des Pflegekonzeptes Rückengerechter Patiententransfer in der Kranken- und Altenpflege. Langzeit-Follow-up zur Ermittlung der Nachhaltigkeit präventiver Effekte. In:  
<http://www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/F2196.pdf;jsessionid=E1592A97DFA50750110C9E4EB131E5E4?blob=publicationFile&v=3> [19.03.2011].

Resch-Kröll, Ulrike / Maietta, Lenny (2009): Studie. MH-Kinaesthetics fördert Gesundheit der Mitarbeiter. In: [http://www.wolfgang-goetzfried.de/fileadmin/user\\_pdf/Resch\\_Kroell\\_Kinasthetics\\_neu2.pdf](http://www.wolfgang-goetzfried.de/fileadmin/user_pdf/Resch_Kroell_Kinasthetics_neu2.pdf) [18.08.2011].

Rossa, Steffen (2000): Qualität in der Altenpflege. Biografie von Monika Krohwinkel. Stationen ihres Lebens. In: <http://www.vision-altenpflege.de/3a.html> [08.08.2011].

Statistik Austria (2010): Bevölkerung. In: [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bevoelkerung/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/index.html) [30.10.2011].

Statistik Austria (2010): Gesundheit. In: [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/gesundheit/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/index.html) [30.10.2011].

Steinwider, Gabriela (2008): die bewegungsunterstützung nach kinästhetik. In: [http://www.oegkv.at/fileadmin/docs/OEPZ\\_2008/mai08/steinwider\\_lohrmann.pdf](http://www.oegkv.at/fileadmin/docs/OEPZ_2008/mai08/steinwider_lohrmann.pdf) [18.08.2011].

Stösser, Adelheid (1992): ATL: Die Pflege eines pflegebedürftigen Pflegemodells. In: <http://www.pflegekonzepte.de/uploads/ATL.pdf> [26.10.2011].

Stösser, Adelheid (o. J.): Biografie. Adelheid von Stösser. In: <http://www.pflegekonzepte.de/index.php?page=hintergrund> [26.10.2011].

Weltgesundheitsstag (2002): Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. In: [http://www.who-tag.de/2002themen\\_jakarta.htm](http://www.who-tag.de/2002themen_jakarta.htm) [30.10.2011].

## 12 Abbildungsverzeichnis

|  |    |
|--|----|
| Abbildung 1: Massen und Zwischenräume .....                    | 30 |
| Abbildung 2: Haltungs- und Transportbewegungen.....            | 32 |
| Abbildung 3: Parallele und spiralförmige Bewegungsmuster ..... | 32 |
| Abbildung 4: Parallelbewegung und Spiralförmige Bewegung.....  | 33 |
| Abbildung 5: Zug und Druck .....                               | 33 |
| Abbildung 6: Grundpositionen .....                             | 35 |
| Abbildung 7: Umgebung.....                                     | 36 |
| Abbildung 8: Monika Krohwinkel.....                            | 38 |
| Abbildung 9: Kernaussage .....                                 | 42 |
| Abbildung 10: Kategorien defizitär-versorgender Pflege .....   | 42 |
| Abbildung 11: Kategorien fördernder Prozesspflege .....        | 43 |
| Abbildung 12: Fördernde Prozesspflege als System .....         | 47 |
| Abbildung 13: Fördernde Prozesspflege .....                    | 48 |
| Abbildung 14: ABEDL-Strukturierungsmodell .....                | 53 |
| Abbildung 15: Existenzielle Erfahrungen.....                   | 55 |
| Abbildung 16: Schmerzreduktion.....                            | 80 |
| Abbildung 17: Auswirkungen des Kinästhetik-Konzeptes .....     | 81 |