

## Modul 8

### Kinästhetisch pflegen, gemeinsam in Bewegung bleiben

#### Ziele

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer:

- erfahren die präventive bzw. kurative Bedeutung von Bewegung.
- lernen krankheitsbedingte Veränderungen der Bewegungskompetenz kennen.
- setzen sich mit eigenen körperlichen Belastungen auseinander, die durch die Unterstützung bei der Mobilisation verursacht werden.
- erfahren im Rahmen eines Kinästhetik-Lernzyklus zentrale Unterschiede bei der Unterstützung der Mobilisation zwischen der bisher praktizierten Mobilisationstechnik und dem kinästhetischen Ansatz.
- Machen erste Transfererfahrungen, die Erleichterung bei der täglichen Unterstützung der Mobilisation ermöglichen.

#### Umfang

1 Stunde; es empfiehlt sich für dieses Modul, dass ein Kinaesthetics Trainer/eine Kinaesthetics Trainerin den Teilnehmenden die Inhalte vermittelt

Die Autorin dieses Moduls Damaris Wilke ist Kinaesthetics Trainerin.

## Themen/Bausteine

**Kinästhetisch pflegen, gemeinsam in Bewegung bleiben**

**Bedeutung von Bewegung in unserem Leben**

**Veränderung von Bewegung bei Menschen mit Demenz**

**Kinästhetik zur Unterstützung der Lebensqualität**

## Inhalt

1 Die Bedeutung von Bewegung in unserem Leben.....	4
2 Veränderungen von Bewegungsmustern im Rahmen einer Demenz .....	5
3 Kinästhetik als Möglichkeit zur Unterstützung der Lebensqualität .....	7
3.1 Was ist Kinaesthetics bzw. Kinästhetik.....	7
3.2 Die sechs Kinaesthetics- Konzepte als Analyseperspektive.....	8
4 Kinästhetik - das Bildungsverständnis und der Lernzyklus.....	11
5 Methodisch- didaktische Verlaufsbeschreibung zum Modul.....	15



**Hinweis für die Kursleitung:** Die vorliegenden Ausarbeitungen entsprechen dem Kinästhetik- Verständnis von *Kinaesthetics Deutschland*. Es ist unbedingt zu empfehlen, dass die ausführende Kursleitung ein vertieftes Verständnis von Kinästhetik aufweist. Als Mindestqualifikation wird die Stufe des *Peer-Tutors* empfohlen. Außerdem sollte ein sicheres Verständnis zum Teilkonzeptthema Knochen und Zwischenräume gegeben sein. Erfahrungsgemäß werden einige Angehörige weiterführenden Anleitungsbedarf zum Thema Kinästhetik deutlich machen. Empfehlenswert ist eine Weitervermittlung in Angehörigen-Grundkurse, die deutschlandweit angeboten werden und von der Barmer- Pflegekasse in Kooperation mit *Kinaesthetics- Deutschland* organisiert werden.

Weiter Informationen gibt es hierzu bei:

Kinaesthetics- Deutschland  
 Berliner Platz 1  
 24937 Flensburg  
 0461/31802700  
[www.kinaesthetics.de](http://www.kinaesthetics.de)

## 1 Die Bedeutung von Bewegung in unserem Leben

„Zu unserer Natur gehört die Bewegung, die vollkommene Ruhe ist der Tod“

*B. Pascal, Mathematiker*

(zitiert aus: Kastner & Löbach, 2007, S. 102)

„Nur in der Bewegung, so schmerzlich sie sei, ist Leben.“

*J. Burckhardt, Philosoph*

(zitiert aus: Kastner & Löbach, 2007, S. 102)

Die vorangestellten Zitate drücken die zentrale Bedeutung von Bewegung für unser gesamtes Leben aus. Bewegung und Wohlbefinden bedingen sich gegenseitig. Durch einen Spaziergang z. B. lassen sich Stress und Anspannung abbauen, das Wohlbefinden kann gesteigert werden. Beim Tanz hingegen, können eigene Gefühle

ausgedrückt werden, die Gefühlslage kann hiermit reguliert werden. Darüber hinaus ist die Fähigkeit sich zu bewegen, die Grundvoraussetzung, um die übrigen Aktivitäten des täglichen Lebens eigenständig auszuführen. Die Bewegung stellt somit einen Schlüssel zu Selbstständigkeit und Selbstbestimmung dar, welche wiederum direkten Einfluss auf die Lebensqualität von gesunden bzw. kranken Menschen hat. Auch in der medizinischen Wissenschaft gewinnt Bewegung zunehmend an Bedeutung. Blech belegt wissenschaftlich in seinem Buch „Bewegung – Die Kraft, die Krankheit besiegt und das Leben verlängert“ die vorbeugende und auch heilende Wirkung von Bewegung. Blech kann u. a. auf Grund seiner weitreichenden Recherche darstellen, dass Bewegung auch auf das Gedächtnis positiven Einfluss nimmt. Außerdem können Krankheitsverläufe verschiedenster Krankheiten (u. a. auch Demenz) durch ausreichend Bewegung gemildert werden.



**Hinweis für die Kursleitung:** Probieren Sie Folgendes einmal für sich selbst aus.

Frieren Sie Ihre aktuelle Körperposition ein und versuchen Sie sich 3 min nicht zu bewegen. Sie können sich auf ein Bein stellen und versuchen sich nicht zu bewegen. Gleichen Sie Ihre Erfahrungen mit der folgenden Behauptung ab.

**„Man kann sich nicht nicht bewegen“  
(Behauptung aus dem Konzept der Kinästhetik)**

## 2 Veränderungen von Bewegungsmustern im Rahmen einer Demenz

Menschen mit Demenz können häufig auch im weiter fortgeschrittenen Krankheitsverlauf noch schwierige motorische Aufgaben ausführen, wenn jeder einzelne Schritt besprochen, genaue Anweisungen gegeben werden, ausreichend Zeit eingeräumt und auf Verständnisprobleme Rücksicht genommen wird. Bei den meisten Erkrankten kommt es im fortgeschrittenen Verlauf zu Einschränkungen bzgl.

der Mobilität. Aus therapeutischer Sicht kann man, anders als bei Menschen mit Parkinson, nur geringe Verbesserungen erreichen. Der Schwerpunkt liegt hierbei auf der Erhaltung der Bewegungskompetenz. Die typische Symptomatik beginnt vorwiegend mit einer Einschränkung des Gangbildes mit breitbasigem oder schlurfendem Gehen, Koordinationsstörungen beim Drehen oder beim Überwinden von Hindernissen. Die Erkrankten zeigen oft einen vornüber- geneigten, kleinschrittigen Gang. Die Gangstörungen können später in Gangunfähigkeit oder wiederholte Stürzen münden. Zeitgleich haben Menschen mit Demenz oft einen erhöhten Bewegungsdrang.

Im weiter fortgeschrittenen Krankheitsstadium kann das freie Sitzen zunehmend erschwert werden und es kommt zu einer Rumpfinstabilität zur Seite oder zum Abkippen nach vorne (Kastner & Löbach, 2007, S. 20 –21). Die Betroffenen verlassen ihren „Stammplatz“ nur noch selten oder gar nicht mehr selbständig und benötigen Unterstützung. Mit zunehmender Verunsicherung des Betroffenen erhöht sich der Muskeltonus (Spannungszustand der Muskulatur). Im Rahmen der Bewegungsanalyse des kinästhetischen Konzeptes kann beobachtet werden, dass der erhöhte Muskeltonus bei Demenzerkrankten zu einem parallelem (versus spiraligem – bspw. ist das gleichzeitige Aufstehen und in eine seitliche Richtung drehen dadurch negativ beeinflusst) Bewegungsmuster führt. Damit geht auch einher, dass die Haltungsbewegung die Transportbewegung dominiert.

Die häufig im späten Krankheitsverlauf einer Demenz auftretende Bettlägerigkeit stellt einen bedeutenden Risikofaktor hinsichtlich der Entwicklung von Sekundärerkrankungen beispielsweise Thrombose, Pneumonie, Kontrakturen oder Obstipation dar (Grunst & Sure, 2006, S. 441). Bewegungsmangel kann bei dem Betroffenen zu einer allgemeinen Verschlechterung des Gesundheitszustandes führen. Körperliche Betätigungen können dem Erkrankten helfen, selbständig zu bleiben und die eigenen körperlichen Ressourcen aufrecht zu erhalten. Zudem fördert Bewegung die Möglichkeit des Abbaus von überschüssigen Energien, fördert den Schlaf und kann unter anderem auch beruhigend wirken (Alzheimer Europe, 2005, S. 27).

Manteuffel (2006) weist auf wissenschaftlich Studien hin, die belegen, dass sich körperliche Aktivität bei Demenzkranken mildernd auf herausfordernden Verhalten

auswirkt. Darüber hinaus stabilisiert kontinuierliche Bewegungsaktivität die kognitive Leistung von Menschen mit Demenz (Nieder und Brinkmann- Hurtig, 2007).

## **3 Kinästhetik als Möglichkeit zur Unterstützung der Lebensqualität**

### **3.1 Was ist Kinaesthetics bzw. Kinästhetik**

Der Begriff Kinästhetik wurde von den Begründern dieses Konzeptes, Dr. Lenny Maietta und Dr. Frank Hatsch, geprägt. Kinästhetik setzt sich aus den beiden griechischen Worten kinesis = Bewegung und aisthesis = Empfindung zusammen und stellt ein Kunstwort dar: Bewegungsempfindung. Frei übersetzt kann man sagen, dass sich Kinästhetik mit der Ästhetik bzw. mit der Schönheit von Bewegung beschäftigt, es wird ein Bewegungskonzept mit dem Fokus "Bewegung in Harmonie" beschrieben (Bauder-Mißbach, 2000, S. 18).

Der Name Kinaesthetics ist die amerikanische Form von dem in Deutschland häufig verwendeten Begriff Kinästhetik.

Die Begründer von Kinaesthetics haben von ihren Professionen keinen Bezug zur Pflege. Dr. Hatsch ist Philosoph (deutlicher Bezug zur Kybernetik) und Tänzer. Darüber ist er Studienkollege von Mosche Feldenkrais. Dr. Lenny Maietta ist ebenfalls Philosophin und Psychologin (Körpertherapie). Ausgewiesene Grundlagen des Bewegungskonzept Kinaesthetics bilden die Verhaltenskybernetik, die humanistische Psychologie, Erkenntnisse aus der Feldenkraismethode sowie Aspekte aus dem modernen Tanz. Zusammen mit Suzanne Schmidt, eine Krankenschwester aus der Schweiz, wurde Kinaesthetics in den 80iger Jahren im deutschsprachigen Raum für die Pflege zugänglich gemacht (Schäffler, Menche, Bazlen & Kommerell, 1998).

Das Konzept Kinaesthetics verfolgt das Ziel, die Interaktion zwischen Pflegepersonen und Pflegebedürftigen mit Bewegung und Berührung bewusst zu gestalten. Dabei ist die Gesundheit auf beiden Seiten zu fördern, der

Pflegebedürftige wird maximal aktiviert, Bewegungsabläufe sind unter geringem Kraftaufwand und unter Berücksichtigung physiologischer Funktionen gemeinsam zu gestalten. Es erfordert einen ausgeprägten kinästhetischen Sinn (Körperbewusstsein) harmonische Bewegungsmuster mit Pflegebedürftigen zu entwickeln. Für Pflegende ist es wichtig, ihre Bewegungskompetenz heraus zu bilden, damit sie Bewegungsabläufe anderer Menschen folgen können, so dass eine ausbalancierte, dynamische, fließende Bewegung entsteht (Bauder-Mißbach, 2000, S. 19). Werden Bewegungsabläufe erfolgreich nach kinästhetischen Gesichtspunkten umgesetzt, können Analogien zu tänzerischen Bewegungsmustern erkannt werden.

### **3.2 Die sechs Kinaesthetics- Konzepte als Analyseperspektive**

In jahrelanger Zusammenarbeit mit Kursteilnehmerinnen und Kursteilnehmern und Kinaesthetics- Trainerinnen und -Trainern haben Dr. Frank Hatch und Dr. Lenny Maietta unterschiedliche Betrachtungsperspektiven der menschlichen Bewegung herausgearbeitet und spezifiziert. Diese Perspektiven wurden in sechs Konzepte gegliedert und dienen Pflegenden als Analyseraster zur Entwicklung und Reflektion von menschlichen Bewegungen (Assmussen, 2006, S. 19-18). Da sich mittlerweile verschiedene Kinaesthetics Anbieter auf dem Pflegemarkt als Mitbewerber bewegen, haben sich, je nach Organisation und Abspaltungszeitpunkt von der Ursprungsorganisation, diese Konzepte unterschiedlich entwickelt. In diesem Zusammenhang hat sich auch die entsprechende Kinaesthetics- Fachsprache mit den entsprechenden Symbolen unterschiedlich ausgeprägt. An dieser Stelle sei betont, dass die weiteren Ausführungen sich auf die ursprüngliche Organisation: EKA (European Kinaesthetics Association) beziehen.

Die bereits erwähnten sechs Konzepte der Kinaesthetics bieten Pflegenden eine Struktur zur bewussten Erfassung von Bewegungsaktivitäten. Hiermit kann die jeweilige Transferaktivität gezielt unter verschiedenen Gesichtspunkten reflektiert werden. Weiterführend können hieraus Pflegende schrittweise lernen, ihre Bewegungs- sowie Interaktionskompetenz an die gegebenen Bedingungen

anzupassen. Wenn das gelingt, wird für den zu Betreuenden ein passendes Unterstützungsangebot für unterschiedliche Bewegungsaktivitäten realisiert.

### **I Im Konzept der *Interaktion***

geht es um die Qualität des Austauschs zwischen zwei Menschen, damit die Ideen und Ressourcen der zu Pflegenden in den Bewegungsablauf einfließen und die Interaktionspartner durch gemeinsame Bewegung ihre Kompetenzen entwickeln können. Weiterführend werden in diesem Konzept die Bedeutung der Sinne, die Bewegungselemente (Kraft, Raum, Zeit) sowie die Interaktionsformen (einseitige, schrittweise, gemeinsame Interaktion) bearbeitet. Dem kinästhetischen Sinnessystem wird in diesem Zusammenhang eine besondere Rolle zugewiesen. Auf der einen Seite sind sich die meisten Menschen (leider auch sehr viele Pflegekräfte) über das Vorhandensein und der Bedeutung des kinästhetischen Sinnessystems nicht bewusst, auf der anderen Seite ist gerade die Funktionsfähigkeit des kinästhetischen Sinnessystems elementare Basis bzgl. der Entwicklung der eigenen Bewegungskompetenz. Das kinästhetische Sinnessystem wird aus dem Zusammenspiel verschiedener sensorischer Informationen im Körper repräsentiert: Bewegungsempfindung über Muskelspannung, Tiefensensibilität, Gleichgewicht und Lagesinn.

### **II Im Konzept *Funktionale Anatomie***

werden anatomische Grundlagen für die Bewegung (Massen und Zwischenräume, Knochen & Muskeln) und den Gewichtsverlauf in der Schwerkraft (Orientierung, Vorder- und Rückseiten des Menschen) bearbeitet. Ziel ist es hierbei, dass Menschen sich bei der Bewegung an ihren anatomischen Strukturen orientieren können.

### **III Das Konzept *Menschliche Bewegung***

betrachtet die Bewegungsbausteine Haltungs- und Transportbewegung. Aus beiden Komponenten ergeben sich individuelle Bewegungsmuster, die in Spiral- und

Parallelbewegung unterschieden werden. Höchste Priorität hat in diesem Zusammenhang die Realisierung von physiologischen Bewegungsabfolgen.

#### **IV Im Konzept *Anstrengung***

geht es um ein effektives Gestalten von Ziehen und Drücken im Körper eines Menschen. Das hierdurch aufgebaute Spannungsnetz ermöglicht Menschen, ihre Eigenaktivität gezielt einzusetzen und ihre Anstrengung zu reduzieren. Durch gezieltes Ziehen und Drücken bewegt der Mensch aktiv das Gewicht seiner Massen in der Schwerkraft, individuelle Bewegungsmuster werden im Laufe einer Lebensbiographie ausgebildet und den jeweiligen Erfordernissen angepasst.

#### **V Das Konzept *Menschliche Funktion***

befasst sich zum einen mit dem Thema Fortbewegung (Hüpfen und Gehen) und zum anderen mit Positionen (im Besonderen 7 Grundpositionen), die von Menschen eingenommen werden. Darüber hinaus werden die jeweiligen Aktivitäten (z. B. Nahrungsaufnahme) vor dem Hintergrund der Balancetätigkeit eines Menschen in der Schwerkraft betrachtet.

#### **VI Das Konzept *Umgebung***

fokussiert die äußeren Faktoren, die Bewegung fördert oder verhindert. Zwei unterschiedliche Handlungsstrategien stehen zur Verfügung. Einerseits können sich Menschen in ihren Bewegungen der Umwelt anpassen, andererseits ist es möglich, die Umweltfaktoren an den jeweiligen Menschen anzupassen. Die Reflektion beider Rahmenbedingungen können zur Maximierung von Eigenaktivität und Selbstkontrolle genutzt werden.

Die sehr verkürzt dargestellten Konzepte sind zwar linear von I bis VI nummeriert, werden jedoch als „Analysewerkzeuge“ zirkulär verwendet. Das heißt, die jeweilige Transfersituation wird betrachtet, die Kinaesthetics- Anwender entscheiden situativ, welches dieser sechs Konzepte zu einer geeigneten Bewegungsmodifikation angewendet wird. Nach Bedarf können auch alle sechs Konzepte zur Entwicklung der jeweiligen Bewegungskompetenz heran gezogen werden.

Für diese Schulungsreihe wird dieser theoretische Überbau reduziert, nämlich auf das Unterthema: Massen und Zwischenräume aus dem Konzept *Funktionale Anatomie*. Massen und Zwischenräume sind schnell zu vermitteln und die Praxisrelevanz ist breit angelegt.

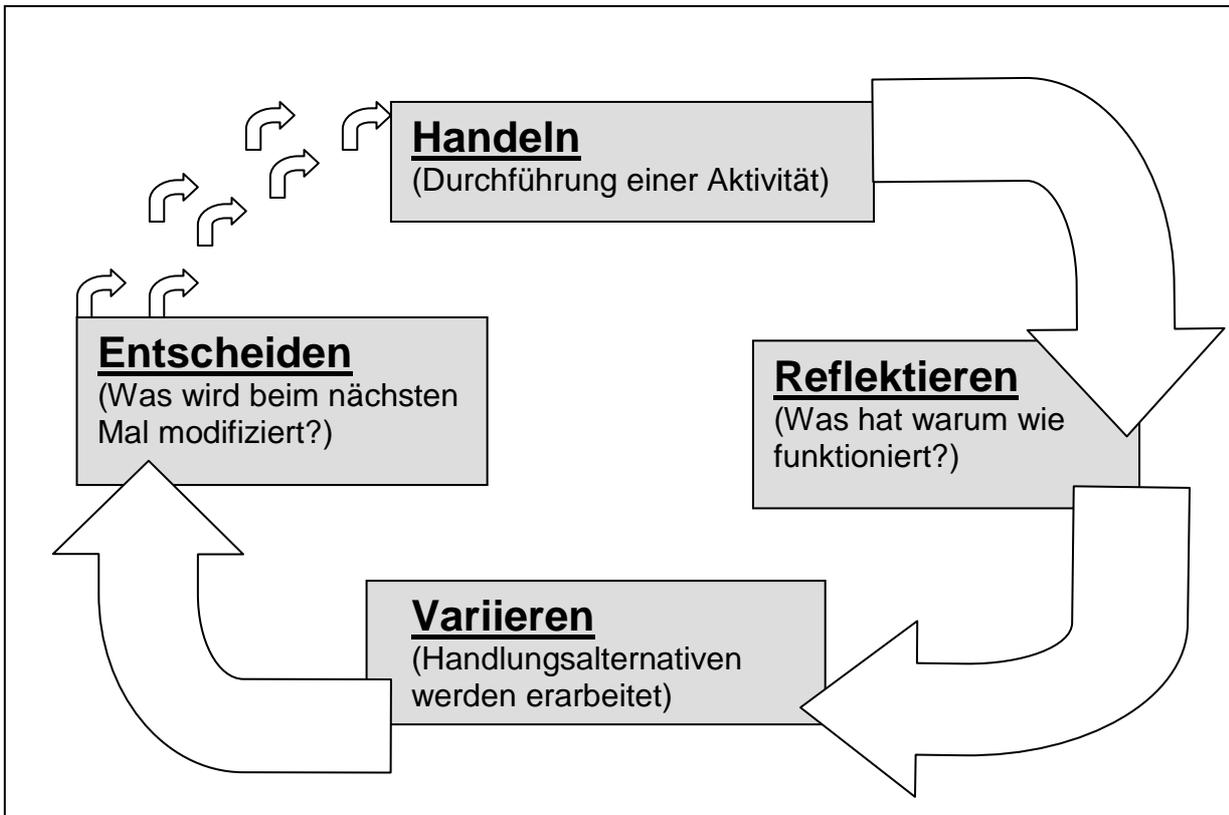
#### **4 Kinästhetik - das Bildungsverständnis und der Lernzyklus**

Aus der Perspektive von Kinästhetik stehen die Bewegungsfähigkeit sowie die Bewegungskompetenz im Mittelpunkt. Kinästhetik ermöglicht Menschen in allen Lebensphasen unabhängig von ihrem körperlichen Zustand die eigene Bewegungskompetenz zu erweitern und den äußeren Anforderungen anzupassen.

Der Bildungsbegriff wird nicht direkt definiert, möglicherweise liegt das daran, dass dieses Konzept durch ihre Begründer amerikanische Wurzeln hat. Jedoch analog hierzu wird ein „Mission Statement“ formuliert. In diesem Zusammenhang wird die zentrale Bedeutung bzgl. der Befähigung von Menschen, ihre Kompetenz zu entwickeln, die Unterstützung von Menschen, die Wirksamkeit ihres eigenen Tuns zu erfahren und die Gestaltung der Lernumgebung herausgestellt.

Das kinästhetische Lernverständnis wird aus dem Konstruktivismus abgeleitet. Es geht davon aus, dass Menschen nur dann effektiv lernen können, wenn sie auf den vorhandenen eigenen Kompetenzen bzw. auf dem eigenen Vorwissen aufbauen können. Lernen wird vor dem Hintergrund des kybernetischen Verständnisses betrachtet in der Auseinandersetzung mit dem Lerninhalt „Wie funktioniert der Mensch?“ bzw. „Wie funktioniere ich als Mensch?“.

Die Auseinandersetzung mit zirkulären Prozessen ist die Grundlage für das Verständnis aller Steuerungsprozesse und letztendlich für das Verhalten von Menschen. Konkret heißt das, dass der Fokus darauf liegt, die Achtung auf das zu lenken, was der Lernende wirklich tut, wie er das tut und wie das sein Tun mit anderen Menschen beeinflusst. Daraus resultiert, dass der Lernende erfährt, dass Bewegungsabläufe in mehreren Formen gestaltet werden können. Der Lernende lernt zu variieren und diese Variationen kompetent zu bewerten.

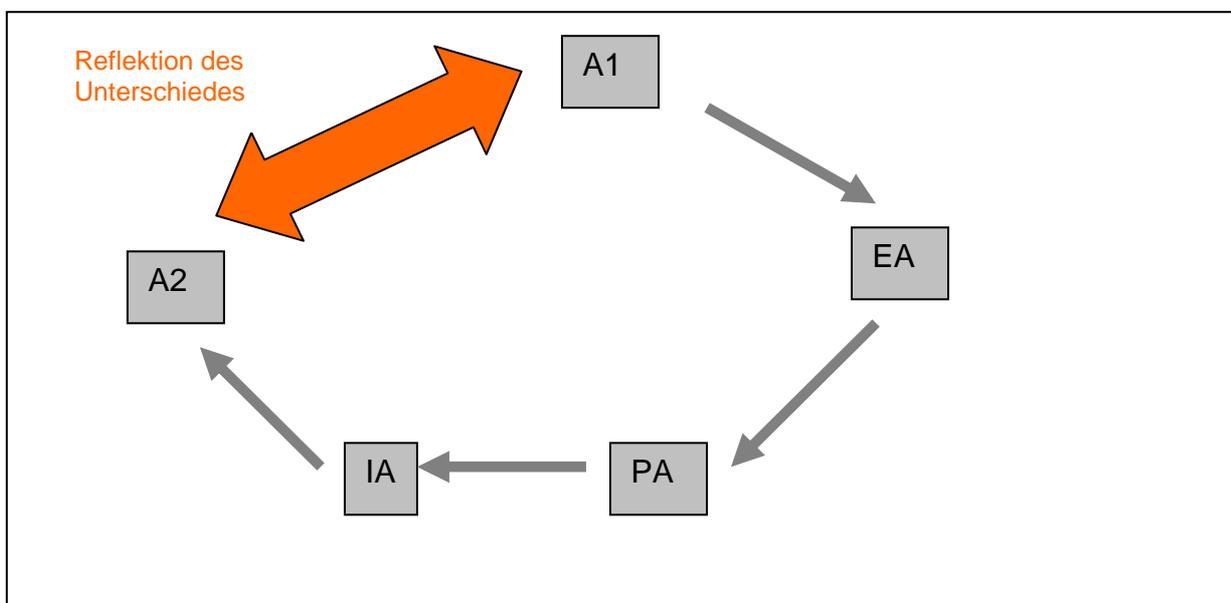


**Abb.: Zirkuläres Lernverständnis**

Vor diesem Hintergrund wurde die methodische Struktur des Lernzyklus entwickelt, die die Anpassung an verschiedene Lernsituationen sowie das selbstverantwortliche Lernen erlaubt. Der Lernzyklus wird im Rahmen von Praxisanleitung oder auch für Lernprozesse in Gruppen angewendet. Zur Standortbestimmung wird eine Ausgangsaktivität (A1) – auch Referenzaktivität genannt – durchgeführt, die der Lernende mit der jeweils aktuellen Kompetenz ausführt. Die Ausführung wird kurz dokumentiert. Anschließend moderiert die Kursleitung eine Bewegungserfahrung, die die Lernenden bewusst in die Selbstexploration führt, hier steht die Auseinandersetzung mit der eigenen Bewegungserfahrung im Vordergrund (Einzelaktivität, EA) . Wieder werden Eindrücke von der Kursleitung dokumentiert. Daran schließt sich nun eine Partneraktivität (PA) an. Bewegung in Interaktion kann nur mit einem Partner erfahrbar gemacht werden. Wieder erfolgt eine kurze Dokumentation. Der dritte Schritt stellt eine Integrationsaktivität (IA) dar, die durch eine praxisnahe Situation charakterisiert ist. Es bietet sich an, die Integrationsaktivität

aus dem Erfahrungshorizont des Lernenden zu generieren. Auch nach diesem Schritt erfolgt eine kurze Dokumentation von besonderen Wahrnehmungen. Des Weiteren wird die Ausgangsaktivität (nun wird diese mit A2 bezeichnet) wiederholt, der Lernende dokumentiert nun erneut seine besonderen Erfahrungen. Abschließend erfolgt eine übergeordnete Reflektion bzgl. des Unterschiedes zwischen A1 und A2. Diese Reflektion kann auf der individuellen Ebene geleistet werden, weiterführend können die verschiedenen Unterschiede zwischen A1 (Ausgangsaktivität 1) und A2 (Ausgangsaktivität 2) bei mehreren Lernenden verglichen werden. Für wesentlich wird erachtet, dass die erfahrenen Unterschiede durch die Dokumentation bewusst gemacht werden.

Die Struktur des Lernzyklus kann an die jeweilige Situation angepasst werden und wird entsprechend der Lerngruppe und Prioritätensetzung des Lehrenden modifiziert. So kann z. B. deutlich werden, dass eine besondere Integrationsaktivität für die Lerngruppe wichtig ist, in diesem Fall können zu dem aktuellen Thema mehrere Integrationsaktivitäten angeboten werden.



**Abb.: Der Lernzyklus**

## Literatur

- Alzheimer Europe (Hrsg.). (2005). *Handbuch der Betreuung und Pflege von Alzheimer-Patienten*. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Bauer-Missbach, H. B. (2005). *Spielerrisch Lernen von Bewegung und Beziehung, Rehabilitation nach hoher Querschnittslähmung*. Hannover: Schlütersche.
- Blech, J. (2007). *Bewegung. Die Kraft, die Krankheiten besiegt und das Leben verlängert*. Frankfurt a. Main: Fischer Verlag.
- Ceballos-Baumann, A. O. & Kurz, A. (2005). Parkinson-Syndrom mit Demenz. In Ceballos-Baumann, A. O. & Conrad, B. (Hrsg.) (2005). *Bewegungsstörungen*. Stuttgart: Thieme.
- Grunst, S. & Schramm, A. (2003). *Neurologie, Psychiatrie*. München: Urban & Fischer.
- Grunst, S. & Sure, U. (Hrsg.) (2006). *Neurologie Psychiatrie*. München: Elsevier GmbH.
- Kastner, U. & Löbach, R. (2007). *Handbuch Demenz*. München: Urban & Fischer.
- Manteuffel, L. (2006). Was tun bei herausforderndem Verhalten. *Die Schwester Der Pfleger* 45, 8/2008 S. 600 – 602.
- Nieder, U. & Brinkmann-Hurtig, J. (2007). Muskelkraft fördern und Alltagskompetenz erhalten. *Pflege Zeitschrift* 60, 4.2007. S. 188-191.
- Schäffler, A.; Menche, N. ; Bazlen, U. & Kommerell, T. (Hrg.) (1998). *Pflege Heute*. München: Urban & Fischer.
- Praxishandbuch zum Thema Kinaesthetics mit konkreten Fallbeispielen von pflegenden Angehörigen: Asmussen, M. (2006). *Praxisbuch Kinaesthetics. Erfahrungen zur individuellen Bewegungsunterstützung auf Basis der Kinästhetik*. München/Jena: Urban & Fischer.
- <http://www.kinaesthetics.de>

## 5 Methodisch- didaktische Verlaufsbeschreibung zum Modul

Wie bereits im vorangehenden Kapitel dargelegt wurde, sollen die theoretischen Aspekte auf das zweite Konzept funktionale Anatomie reduziert werden. Eine weitere Reduzierung wird aufgrund der knappen zeitlichen Ressourcen vorgenommen. Aus dem Konzept funktionale Anatomie wird nur das Thema Massen und Zwischenräume vorgestellt, da die vorhandene Zeit vorwiegend für eigene Bewegungserfahrungen genutzt werden soll.

Nach einem Eingangsblitzlicht bzw. einer orientierenden Inforunde werden die Angehörigen mit folgender Frage konfrontiert: „Bei welchen Bewegungsabläufen/Mobilisationen müssen Sie Ihren demenzerkrankten Angehörigen unterstützen“. Die Antworten schreiben die Angehörigen auf Metaplankarten. Die jeweiligen Antworten werden folgenden Kategorien auf einer Metaplanwand zugeordnet:



Abb.: Struktur der Eingangsbefragung

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben die Möglichkeit, eigene Belastungserfahrungen sichtbar zu machen und sich gegenseitig ihre Tätigkeiten anzuerkennen. Darüber hinaus bietet das Ergebnis für die Kursleitung die Möglichkeit, auf Mobilisationsarten der Teilnehmer direkt einzugehen. Zu empfehlen ist, dass die Integrationsaktivität aus den Vorschlägen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer generiert wird. In diesem Zusammenhang sollten besonders diejenigen Mobilisationsarten berücksichtigt werden, die entweder häufig genannt werden oder die als starke Belastung bzw. als nicht zu bewältigende Belastung wahrgenommen werden.

Vor dem später folgenden Lernzyklus sollte eine kleine Einführung zum Thema Kinaesthetics geben werden. Der Begriff, die Entwicklungsgeschichte und die Bedeutung für die Pflege werden kurz umrissen.

Die nun folgenden Bewegungserfahrungen beziehen sich auf einen Lernzyklus mit den Aktivitäten um die **Stuhl – Stand – Stuhl – Mobilisation**.

*Ausgangsaktivität (A1):* Stuhl-Stuhl-Mobilisation, ggf. dürfen Defizite des Hilfebedürftigen selber ausgesucht werden (z.B. steifes Bein),

*Einzelaktivität (E):* Stuhl – Stand-Mobilisation, mit Vermittlung der Bedeutung des Teilkonzeptes Massen und Zwischenräume.

Die Eigenschaften von Massen und Zwischenräume werden anhand der Stuhl-Stand-Mobilisation herausgearbeitet und mit der Eigenerfahrung verknüpft. Darüber hinaus werden Handlungsempfehlungen gemeinsam formuliert.

*Partneraktivität (PA):* Die aus der Einzelerfahrung gewonnenen Erkenntnisse werden in der Partneraktivität aufgegriffen, Variationen werden unterstützt. Die Angehörigen dokumentieren für sich wesentliche Erkenntnisse.

*Integrationsaktivität (IA):* Die Integrationsaktivität wird wie oben beschrieben aus der Metaplanabfrage aufgegriffen, günstig wäre eine Erweiterung mit dem Bett oder einem Rollstuhl. In diesem Zusammenhang steht die Praxisrelevanz im Vordergrund. Der theoretische Hintergrund von Massen und Zwischenräume kann mit den jeweiligen Aktivitäten verknüpft werden. Wichtig ist auch, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer Variationen entwickeln und bewerten können. Es sollte genügend Zeit zum Ausprobieren eingeplant werden.

*Ausgangsaktivität (A2):* Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer führen die Ausgangsaktivität nochmals durch und sollen in Kleingruppen die Unterschiede zwischen A1 und A2 reflektieren.



**Hinweis für die Kursleitung:** Die vorgeschlagene zentrale Stuhl-Stuhl-Mobilisation wird deswegen empfohlen, weil diese Aktivität bei Menschen mit Demenz bereits im frühen Krankheitsverlauf auftreten kann. Somit ist mit einer hohen Alltagsrelevanz bei mehreren Teilnehmerinnen und Teilnehmern zu rechnen. Außerdem erfordert die Stuhl-Stuhl-Mobilisation nicht zwingend hohe körperliche Nähe sowie ausdifferenzierte Bewegungskompetenz. Eine Überforderung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer wird somit verhindert. Außerdem kann sich die Kursleitung von der Handlungskompetenz der einzelnen Teilnehmerinnen und Teilnehmer ein Bild machen und den weiteren Verlauf des Seminars darauf abstimmen.

Der Abschluss dieses Abends sollte mit einer Plenumsreflektion abgerundet werden. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer stellen in diesem Zusammenhang die herausgearbeiteten Unterschiede zwischen A1 und A2 vor. Empfehlenswert ist auch, dass jeder Teilnehmer bzw. jede Teilnehmerin darstellt, welche Aspekte im Alltag zu Hause ausprobiert werden. Darüber hinaus sollten offene Fragen zum Thema beantwortet und weitere Fortbildungsmöglichkeiten für Angehörige aufgezeigt werden. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer werden mit dem eigenen Lernprozess konfrontiert und werden motiviert, sich für den häuslichen Rahmen Lernziele zu stecken. Außerdem haben interessierte Angehörige die Möglichkeit ihre Kompetenzen weiter zu vertiefen.