

Heidi Bauder Mißbach

Spielerisches Lernen von Bewegung und Beziehung

Rehabilitation nach hoher Querschnittlähmung



pflege

S
schlütersche

Kinästhetik kann den Pflegealltag verändern! Es gibt eine Vielzahl von Gelegenheiten, sich während der alltäglichen Pflege gemeinsam spielerisch zu bewegen. Welche Lernprozesse dabei ablaufen und was die Kinästhetik leistet, wird in diesem Buch beschrieben.

Heidi Bauder Mißbach informiert über die notwendige Basisarbeit und zeigt den Prozess einer Programmentwicklung am Beispiel der Tetraplegie. So entstand auch das Viv-Arte® Programm für kinästhetische Mobilisation, das in alle Fachbereiche der Pflege integriert werden kann.

Bewegungslehrer und Behinderte lernen in diesem Projekt auf der gleichen Ebene und beschreiben ihre Erfahrungen. Die direkten Erfahrungsberichte der Tetraplegiker und der Kinästhetik-Bewegungslehrer geben dem Leser einen einzigartigen Einblick in die Art und Weise der gemeinsamen Auseinandersetzung zum Thema: Bewegung – Beziehung – Funktion.

Das Buch ist leicht verständlich geschrieben, enthält Schritt-für-Schritt-Anleitungen und viele Bilddokumentationen, die dem Leser den Einstieg in die Kinästhetik erleichtern – und den pflegerischen Alltag verändern können.

Die Autorin

Heidi Bauder Mißbach ist Krankenschwester und Inhaberin der Viv-Arte® Kinästhetik Bewegungsschule. Sie lehrt seit 1990 Kinästhetik für Pflegende, Therapeuten und pflegende Angehörige in Europa und Japan in Form von Grundlagenseminaren sowie Aus- und Fortbildungen für Kinästhetik-Trainer und Kinästhetik-Bewegungslehrer.

ISBN 3-87706-677-1



9 783877 066775

Heidi Bauder Mißbach

Spielerisches Lernen von
Bewegung und Beziehung

Heidi Bauder Mißbach

Spielerisches Lernen von Bewegung und Beziehung

Rehabilitation nach hoher Querschnittlähmung

schlütersche

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISBN 3-87706-677-1

Über die Autorin:

Heidi Bauder Mißbach
Gartenweg 13
89176 Asselfingen

Heidi Bauder Mißbach ist Krankenschwester und Inhaberin der Viv-Arte® Kinästhetik Bewegungsschule. Sie lehrt seit 1990 Kinästhetik für Pflegende, Therapeuten und pflegende Angehörige in Europa und Japan in Form von Grundlagenseminaren sowie Aus- und Fortbildungen für Kinästhetik Trainer und Kinästhetik Bewegungslehrer.

Mehr wissen – besser pflegen!

pflegen-online.de

Besuchen Sie unser Pflegeportal im Internet.

© 2005 Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG,
Hans-Böckler-Allee 7, 30173 Hannover

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der gesetzlich geregelten Fälle muss vom Verlag schriftlich genehmigt werden. Die im Folgenden verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen stehen immer gleichwertig für beide Geschlechter, auch wenn sie nur in einer Form benannt sind. Ein Markenzeichen kann warenrechtlich geschützt sein, ohne dass dieses besonders gekennzeichnet wurde.

Fotografen: Manfred Schwellies, Turmstraße 43, 89231 Neu-Ulm
Titelbild, 22–39, 40–52, 58–66, 67–78, 193–327, 368–384
Johannes Huber, Weissenhorn
91–159, 168–179, 191

Satz: PER Medien+Marketing GmbH, Braunschweig
Druck und Bindung: Werbedruck Aug. Lönneker GmbH & Co. KG, Stadtoldendorf

Inhalt

1	Zu diesem Buch	11
1.1	Zu meiner Person.....	12
1.2	Kinästhetik.....	14
1.2.1	Mein Werdegang mit Kinästhetik	14
1.3	Projektübersicht	17
1.3.1	Inhalt der beiden Projektphasen	17
1.4	Ausgangserwartungen.....	18
1.4.1	Hypothese zum Projektbeginn.....	20
1.5	Finanzen	20
2	Die erste Projektphase	21
2.1	Einführung.....	21
2.1.1	Vorwort Susanne Kessler	21
2.1.2	Die Personen.....	22
2.1.3	Querschnittlähmung	23
2.1.4	Bewegung – Grundlage des Lebens	25
2.1.5	Kinästhetik – Bewegung in Harmonie	29
2.1.6	Einführung in die kinästhetischen Prinzipien	29
2.1.7	Der kinästhetische Lernprozess	35
2.1.8	Fragestellungen zur Gestaltung der Workshops	36
2.2	Theoretische Grundlagen: Interaktion	39
2.2.1	Das taktil kinästhetische Sinnsystem.....	39
2.2.2	Bewegung und Berührung	40
2.2.3	Die Bewegungskomponenten Zeit, Raum und Anstrengung.....	42
2.2.4	Das Bewegungsgefühl.....	44
2.2.5	Lernen.....	46
2.3	Theoretische Grundlagen: Funktionale Anatomie	48
2.3.1	Die Rolle des Körperbaus für die Bewegungsmöglichkeiten.....	49
2.3.2	Körperteile und große Bewegungsebenen.....	49
2.3.3	Haltungs- und Transportebenen	50
2.4	Theoretische Grundlagen: Menschliche Bewegung	51
2.4.1	Parallele und spiralförmige Bewegungsmuster	51
2.4.2	Koordination in Bewegungsmustern.....	52
2.4.3	Physiologische Bewegungsmuster.....	53
2.4.4	Bewegungsgewohnheiten.....	53
2.4.5	Krankheitsbedingtes Umlernen von Bewegungsmustern.....	55
2.4.6	Die vier grundsätzlichen Bewegungsmuster	56
2.4.7	Variationen in Bewegungsmustern.....	57
2.4.8	Haltungs- und Transportbewegung	60
2.4.9	Seine Bewegungsabläufe fein koordinieren.....	60
2.5	Theoretische Grundlagen: Menschliche Funktion	61

2.5.1	Grundfunktion	61
2.5.2	Bewegung durch die sieben Grundpositionen	62
2.5.3	Komplexe Funktion.....	65
2.5.4	Vitalfunktion.....	66
2.5.5	Funktionsförderung.....	67
2.6	Theoretische Grundlagen: Anstrengung.....	68
2.6.1	Druckkontrolle in spiraligen und parallelen Bewegungsmustern	69
2.6.2	Verstärkung der Wirkung von Zug und Druck durch Körpereinsatz.....	71
2.6.3	Die Wirkung von Zug und Druck auf Gesundheit und Koordination....	71
2.7	Theoretische Grundlagen: Gestaltung der Umgebung.....	73
2.8	Der Entwicklungsprozess.....	76
2.8.1	Entlastung der Pflegenden in der Mobilisation von Tetraplegikern.....	77
2.8.2	Spastik.....	79
2.8.3	Beobachtungen und Befragungen zur Wirkung 1996	82
2.8.4	Beobachtungen in Einzelbehandlungen bei Manfred Nolz 1997–1998...	84
2.8.5	Entwicklung der Fähigkeiten bei Helmut Schön, Tetraplegie C5	88
2.8.6	Abschluss der ersten Entwicklungsphase der Therapieeinheiten	92
2.9	Training der Eigenbewegung für Assistenten.....	93
2.10	Training der Anpassungsfähigkeit unter Fußgängern.....	111
3	Individuelle Sichtweise im Lernprozess der ersten Projektphase	115
3.1	Briefe von Heidi Bauder Mißbach an Manfred Nolz	116
3.2	Briefe von Manfred Nolz an Heidi Bauder Mißbach	130
3.3	Erfahrungen von Elisabeth Kirchner.....	147
3.4	Erfahrungen von Helmut Schön	153
3.5	Erfahrungen von Birgit Hamann.....	155
3.6	Erfahrungen von Roland Vogel	157
3.7	Heidi Bauder Mißbach: Die Trainingswochen in Spanien.....	157
4	Zweite Projektphase	161
4.1	Vorwort zur zweiten Projektphase	161
4.2	Einführung.....	162
4.2.1	Vom autodidaktischen Lernen zum problemorientierten Lernen	164
4.3	Warum eine rehabilitative Pflege.....	164
4.4	Prävention und körperliche Aktivität.....	166
4.5	Mobilisation und Rehabilitation	167
4.5.1	Die drei Phasen der Mobilisation.....	168
4.5.2	Mobilisation und Rehabilitation bei Tetraplegie	169
4.6	Das Viv-Arte-Lernmodell®	170
4.7	Das kinästhetische Lernmodell® in der Pflegepraxis.....	171
4.7.1	Situationsanalyse	172
4.7.2	Das Handlungsschema.....	173
4.7.3	Theoretischer Hintergrund: Stand und Gleichgewichtsschulung.....	174
4.7.4	Begründung des Handlungsschemas	175
4.8	Das kinästhetische Lernmodell® in der Unterrichtspraxis	175
4.8.1	Ziele und Inhaltsstruktur für die Teamschulung	176

4.8.2	Modul 1: Schonungsvolle Mobilisation	177
4.8.3	Modul 2: Anpassung der Mobilisation	178
4.8.4	Modul 3: Förderung in Einzelbereichen.....	181
4.8.5	Auswertung der Schulung.....	187
4.9	Einzeltherapie: Stabilisierung des Behandlungsverfahrens.....	190
4.9.1	Einzeltherapie, Beispiel 1.....	191
4.9.2	Einzeltherapie, Beispiel 2.....	206
4.10	Die Planung regelmäßiger Interventionen im Alltag zu Hause	214
4.10.1	Situationsanalyse	214
4.10.2	Allgemeine Überlegungen.....	215
4.10.3	Wissen erfahren	215
4.10.4	Analyse der Problematik.....	216
4.10.5	Der individuelle Mobilisationsplan.....	217
4.10.6	Begründung des Mobilisationsplanes.....	220
4.10.7	Individuelle Beobachtungskriterien für den Verlauf	220
4.10.8	Förderung der Rumpfbeweglichkeit	221
4.10.9	Ideen für präventive Bewegungsmaßnahmen und Massnahmen zur Erleichterung der Mobilisation	225
4.11	Lösung schwieriger Transfersituationen.....	225
4.12	Autotransfers.....	229
4.12.1	Rutschbretttransfer.....	229
4.12.2	Transfer aus dem E-Rolli ins Auto.....	230
5	Rückblick auf den Lernprozess im Bereich des motorischen Lernens	235
5.1	Bewegungskoordination	235
5.2	Koordinative Fähigkeiten.....	238
5.3	Die fünf koordinativen Fähigkeiten nach Schnabel (1974).....	238
5.3.1	Räumliche Orientierungsfähigkeit.....	238
5.3.2	Kinästhetisch-propriozeptive Differenzierungsfähigkeit.....	239
5.3.3	Reaktionsfähigkeit.....	240
5.3.4	Rythmisierungsfähigkeit	240
5.3.5	Gleichgewichtsfähigkeit	241
5.4	Das Zentralnervensystem (ZNS).....	242
5.5	Die Phasen des Lernverlaufs	242
5.5.1	Grobkoordination	242
5.5.2	Feinkoordination.....	244
5.5.3	Stabilisierung der Feinkoordination bzw. variable Verfügbarkeit.....	245
5.5.4	Beurteilungskriterien für die Lernphasen	246
6	Kinästhetik in der individuellen Selbstpflege	249
6.1	Einleitung	249
6.2	Erfahrungen mit dem Gesundheitswesen in Costa Rica und USA	249
6.3	Erfahrungen der weiteren Versorgung in Deutschland – Gesundheitswesen.....	250
6.4	Rehabilitationsmaßnahmen und Erfahrungen.....	253

6.5	Soziales System – Gesetzliche Grundlagen, Sozialarbeit – Beratung	254
6.6	Hilfsmittelversorgung	255
6.7	Pflegerische Versorgung – Beratung, Begleitung, Betreuung	255
6.8	Pflegerischer Aufwand	256
6.9	Wichtigste Funktionsunterstützungen	256
6.10	Selbstpflege	256
6.11	Coping-Strategien, um mit der ganzen Situation zurechtzukommen	257
6.12	Mein Lernweg mit Kinästhetik	257
7	Schlussfolgerungen und Rückblick.....	261
7.1	Elisabeth Kirchner	261
7.2	Roland Vogel November 2003	266
7.3	Manfred Nolz.....	268
7.4	Helmut Schön.....	269
7.5	Werner Axmann.....	269
7.6	Heidi Bauder Mißbach	270
8	Nachwort von Elisabeth Kirchner.....	275
Literatur	277
Register		280

Ich danke allen Mitwirkenden
und Frau Claudia Flöer von der Schlüterschen Verlagsgesellschaft,
die es uns ermöglichten,
den Lernprozess, die Erfahrungen
und die Neuorientierung zu veröffentlichen.

Widmung

Dieses Buch widme ich meinem Ehemann Rainer Mißbach.
Seit 1999 unterstützt er mich intensiv im Aufbau meiner Firma
und sorgt für eine wunderbare Umgebung im familiären Rahmen.
Ohne ihn hätte ich das alles nicht geschafft!



Zuerst wollte ich als Kind Tänzerin werden und später Krankenschwester. Ich habe einen Weg gefunden, die Freude am Bewegen mit der Freude am Pflegen zu verbinden und gehöre zu den glücklichen Menschen, die ihren Beruf leben können. Ich hoffe, dass die in diesem Buch aufgezeichneten Erfahrungen Sie anregen, prozesshaft und kreativ zu lernen.

1 Zu diesem Buch

Dieses Buch beschreibt einen problemorientierten Lernprozess im Bereich der Kinästhetik in Verbindung mit der Assistenz für **schwerstkörperbehinderte Menschen** (Tetraplegie). Es informiert über die Basisarbeit zu den bereits erschienenen Büchern »Kinästhetik in der Intensivpflege« (Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover 2000), »Kinästhetische Mobilisation« (Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover 2003) und den geplanten Büchern »Kinästhetik in der Rehabilitation« und »Kinästhetische Bewegungslehre«. Es zeigt den Prozess einer Programmentwicklung am Beispiel der Tetraplegie auf, wie ich ihn auch im Bereich der Intensivpflege bereits durchgeführt habe und im Bereich der psychiatrischen Pflege zurzeit durchführe. Aus den Erfahrungen aus dem vorliegenden Lernprozess ist das Viv-Arte Programm für kinästhetische Mobilisation, das in alle Fachbereiche der Pflege integriert wird, entstanden.

Schulungsprogramme im Bereich der Kinästhetik entwickle ich, Heidi Bauder Mißbach, aus der Praxis heraus für die Praxis. Meine Ideen für Programmentwicklungen entstehen mit dem Interesse, das in der eigenen **praktischen Tätigkeit** mit einer Patientengruppe hinsichtlich fachspezifischer Problematiken geweckt wird. Weitere Überlegungen werfen viele Fragen auf, die Antworten brauchen. Mittels bisherigem Wissen, einer neuen vielfältigen Erfahrungssammlung in Einzel- und Gruppenprozessen, Beobachtungen, Rückmeldungen von Betroffenen und dem Studium von Literatur werden die wichtigsten Fragen beantwortet. Das zu Beginn relativ planlos erscheinende Vorgehen erhält zum Ende eine feste Struktur, die intuitiven Handlungen können erfasst und beschrieben werden, sodass sie einfach nachvollziehbar sind. Der Prozess von Chaos zu Ordnung verläuft dabei nicht linear. Es ist ein ständiger Wechsel zwischen Verwirrung und Ordnung, der viel Durchhaltevermögen, Kreativität, Struktur, Nerven und Zeit braucht. Die Wechselbäder zwischen Enthusiasmus und Niedergeschlagenheit müssen neben dem Alltagsgeschäft durchlebt und verarbeitet werden und nur wenn das Interesse groß genug ist, ist auch der Durchhaltewille vorhanden.

Problemorientiertes Lernen ist im Pflegebereich wenig verbreitet. In meinem beruflichen und privaten Leben hatte ich schon öfter erfahren, dass in Gruppen mit **großen Unterschieden** der Lernprozess für die Beteiligten sehr effektiv ist, Spaß macht und hilft Grenzen aufzuzeigen. Im therapeutischen Bereich der Rehabilitation hat diese Lernform einen eher geringen Stellenwert. Wegen der hohen Effektivität, die alle Beteiligten in diesem Projekt erfahren haben, wäre es wünschenswert, dies zu verändern.

Bewegungslehrer und Behinderte lernen im Projekt »Spielerisches Lernen von Bewegung und Beziehung« auf der **gleichen Ebene** und beschreiben ihre Erfahrungen, Gefühle und

Emotionen. Ich habe mir vorgenommen, den Inhalt auch für Laien leicht verständlich zu schreiben.

Im Februar 1998 erschien eine Dokumentation zur ersten Projektphase in Form eines Videos und einer Broschüre. Wir entwickelten damals Visionen für die Zukunft und für unsere weitere Zusammenarbeit, die zum Teil bis heute andauert. Das vorliegende Buch schließt zusätzlich zum damaligen Projektbericht spätere Erfahrungen in Urlaubs-Workshops für Körperbehinderte mit ein sowie den Bericht über die Einarbeitung dieser Erfahrungen in Unterrichtsinhalte und Bewegungspraxis.

Sie finden in dieser Ausgabe auch einige kurze Anleitungen für **einen Teil** der im Projekt entstandenen Bewegungsübungen mit körperbehinderten Menschen und Übungen für die Gesunderhaltung des Bewegungsapparates der Assistenten. Zum Nachahmen sind sie für Laien nur bedingt geeignet. Leichte Bewegung mit schwerst körperbehinderten Menschen erlernen Sie als Anfänger besser gemeinsam mit einem kompetenten Bewegungslehrer. Die direkten Erfahrungsberichte der Tetraplegiker und der Kinästhetik-Bewegungslehrer geben Ihnen einen Einblick in die Art und Weise der gemeinsamen Auseinandersetzung zum Thema: **Bewegung – Beziehung – Funktion.**

Die Aufmerksamkeit des Lesers wird vor allem auf die Darstellung des Weges im gemeinsamen Lernprozess gelenkt, der in alle Bereiche von problemorientiertem Lernen übertragen werden kann.

1.1 Zu meiner Person

Ich, **Heidi Bauder Mißbach**, bin Krankenschwester, seit 1990 Kinästhetik-Trainerin und seit 1994 Kinästhetik-Ausbilderin. Von 1992 bis 1998 war ich, zusätzlich zu meiner selbstständigen Unterrichtstätigkeit in Kinästhetik, Geschäftsführerin des Instituts für Kinästhetik (IfK).

Das Label Viv-Arte für meine eigene Firma entstand 1996 für die Durchführung dieses Projektes. Viv-Arte (Lebenskunst) in Verbindung mit dem Panther steht für leichte, geschmeidige, zielorientierte Bewegung zur Steigerung der Lebensfreude und der Lebensqualität.



Abbildung 1: Das Logo von Viv Arte.

Meine Entwicklung mit Kinästhetik führte mich über das bewusste Erleben von Anatomie und Bewegung zum Erkennen von Zusammenhängen zwischen der Bewegung der Skelettmuskulatur und deren Auswirkung auf die Vitalfunktionen bis hin zur Bedeutung von Bewegung und Funktionsintegration für die Psyche und den Aufbau von Beziehungen. Den Zugang zur Beziehungsebene habe ich in diesem Projekt gefunden.

Am meisten Spaß in meiner Arbeit empfinde ich in den vielen gemeinsamen Bewegungen mit gesunden, kranken und behinderten Menschen. In der gemeinsamen Bewegung mit körperbehinderten Menschen lerne ich meinen eigenen Körper kennen. Ich versuche, sein Leben zu leben, Gefühle auszudrücken, neue Eindrücke in mich aufzunehmen oder einfach nur zu genießen. Ich erlebe und erforsche dabei meinen Körper und mein Selbst in dem Maße, wie ich ihn in der Bewegung mit den anderen forme. Ich betrachte ihn als eine provisorische und veränderbare Skizze meines Seins.

Dieses Projekt beeinflusste meine Bewegungsarbeit so sehr, dass ich mich 1998 nach Beendigung der ersten Projektphase vom Institut für Kinästhetik trennte und die Viv-Arte Bewegungsschule mit neuen kinästhetischen Lerninhalten gründete. Ich entwickelte das Viv-Arte Kinästhetik Lernmodell®, beschrieb erstmalig die kinästhetische Mobilisation in drei Phasen®, erarbeitete ein neues modulares Schulungssystem für Kinästhetik-Projektarbeit und die Weiterbildungslehrgänge für Pflegende und Physiotherapeuten zum Kinästhetik-Mentor und Kinästhetik-Bewegungslehrer.

Die Hauptunterstützung in diesem Projekt bei der Durchführung der Workshops und beim Erstellen der neuen Konzeption erhielt ich von Elisabeth Kirchner (Elli). Sie ist Krankenschwester und seit 1993 Kinästhetik-Trainerin und Projektleiterin für Kinästhetik am Universitätsklinikum in Ulm.

Unsere enge Zusammenarbeit begründet sich auf der Entwicklung eines Programms für Kinästhetik in der Intensivpflege (1994–1996) am Universitätsklinikum in Ulm. Sie beschreibt ihre Erfahrungen in der ersten Projektphase wie folgt:

»Die Gestaltung des Alltags mit Helmut, Manfred und Roland haben in meinem persönlichen und beruflichen Leben zu mehr Flexibilität und Anpassungsfähigkeit geführt. Meine neuen Bewegungsfähigkeiten und die Freundschaft haben mir einen erweiterten Blickwinkel auf meine Persönlichkeit und meine Bewegungsfähigkeiten ermöglicht.«



Abbildung 2: Elisabeth Kirchner

Ihr und allen anderen, in den beiden Projektphasen beteiligten Personen möchte ich an dieser Stelle ganz herzlich Danke sagen für das begeisterte Mitmachen und die wertvolle Unterstützung im ganzen Prozess.

1.2 Kinästhetik

Kinästhetik ist ein handlungsorientiertes Bewegungskonzept, das Menschen jeden Alters in ihrer Entwicklung, im Lernen, in ihrer Gesundheit, im Altern und im Sterbeprozess unterstützt. Die Entwicklung der Kinästhetik-Programme begann in den 80er Jahren und wurde von Dr. *Frank Hatch* und Dr. *Lenny Maietta*, Santa Fe, New Mexico, USA, eingeleitet.

Kinästhetik basiert auf Forschungsergebnissen der Verhaltenskybernetik und ist mit beeinflusst von der Humanpsychologie, der Feldenkraismethode wie auch von verschiedenen Richtungen des modernen Tanzes.

Kinästhetik vermittelt Fähigkeiten, die eigenen Bewegungsgrundlagen für normale menschliche Funktionen zu entdecken und zu entwickeln. Diese Bewegungsgrundlagen bilden die Bausteine für die Aktivitäten des täglichen Lebens. Sie unterstützen die Menschen in allen Lebenslagen besser zu agieren, zu reagieren und zu lernen.

1.2.1 Mein Werdegang mit Kinästhetik

Ich wurde von Dr. *Frank Hatch* und Dr. *Lenny Maietta* von 1987 bis 1993 ausgebildet. Bei ihnen bedanke ich mich für die neue Sichtweise auf Bewegung. Die von *Hatch* und *Maietta* gelehrt Vereinfachung der Betrachtung eines so komplexen Vorgangs wie der menschlichen Bewegung mittels der sechs kinästhetischen Prinzipien Interaktion, Funktionale Anatomie, Menschliche Bewegung, Menschliche Funktion, Anstrengung und Umgebung hat mich von Beginn an fasziniert. Meine ersten kinästhetischen Erfolgserlebnisse hatte ich nicht in pflegerischen Interventionen, sondern vielmehr in meinem Hobby, der Kontaktimprovisation. Die Auseinandersetzung mit Bewegung hatte mich kreativer in Bewegung und Ausdruck gemacht.

Die vielen gemeinsamen Bewegungserfahrungen, vor allem mit *Frank Hatch*, haben mir Spaß, Mut und Durchhaltevermögen am eigenständigen Lernen vermittelt und mich in



Abbildung 3–5: Bewegungstraining im Workshop »Kreatives Lernen« in Apricale, Italien 1994.

meinem Körperbewusstsein, in der Lust am Bewegen und Entdecken neuer Bewegungen gefördert.

In den ersten Grundkursen in Kinästhetik, zu Beginn meiner Unterrichtstätigkeit 1990, wurden die Bewegungserfahrungen während des Vermittelns der wichtigsten Inhalte der kinästhetischen Prinzipien von den Seminarteilnehmern als wohltuend empfunden. Die Teilnehmer äußerten aber durchweg Schwierigkeiten mit der einerseits fremden Bewegungssprache wie auch mit der praktischen Umsetzung in den Pflegealltag. Es erging ihnen nicht anders wie mir in meiner Ausbildung.

Die vermittelten Lerninhalte in meiner Trainerausbildung in Kinästhetik waren für mich nicht ausreichend. Über Bewegung an sich hatte ich viel dazu gelernt, vor allem **das Betrachten von Bewegung aus verschiedenen Blickwinkeln**, um Bewegungshandlungen zu reflektieren. Für das Unterstützen von behinderten und kranken Menschen erhielt ich wenig umsetzbare Anleitungen. So war ich zum Ende der Ausbildung mit den Ausbildnern nicht ganz zufrieden und sie nicht mit mir, weil ich viele der vermittelten praktischen Inhalte in Frage stellte und bei den Übungen der Patientenanwendung am Gesunden immer häufiger weg blieb.

Nach langjähriger Berufspraxis als Krankenschwester erkannte ich den großen Handlungsbedarf der Pflege für Mobilisationsmethodik. So entschloss ich mich nach der Ausbildung zur Trainerin Kinästhetik für die Pflege zu unterrichten. Von meinen Ausbildnern wurde mir nach dem Abschluss auferlegt, dass ich noch drei Assistenzen bei *Frank Hatch* durchführen müsse. 1990 begann meine Unterrichtstätigkeit als Kinästhetik-Trainerin und aus den drei Assistenzen bei *Frank* entwickelte sich ein häufiges gemeinsames Unterrichten in Kinästhetik-Grund- und Aufbaukursen bis 1994, wie auch in Ausbildungen und Kreativitätskursen. Die intensive Zusammenarbeit in der Programmentwicklung mit *Hatch* und *Maietta* dauerte von 1992 bis 1998. *Hatch* und *Maietta* hatten dabei das Ziel, ihre Idee weltweit zu verbreiten und zu verkaufen, um Pflegende vor Verletzungen zu schützen. Ich hatte das Ziel, die Idee so weiterzuentwickeln, dass sie Patienten bei länger dauernden Erkrankungen oder bleibenden Einschränkungen hilft, ihren Bewegungsapparat und die inneren Funktionen zu erhalten.

Während der gemeinsamen Unterrichtstätigkeit verbesserte *Frank* den Unterricht der einzelnen Konzepte der Kinästhetik und ich begann die Anwendungen zu verändern, dass sie für die Pflegenden praktikabler wurden. Reines **Massen stapeln** zum Hinsetzen und Aufstehen, gleichzeitiges **Hängen und Verstreben** mit dem Patienten für einen Transfer oder noch schlimmer: Eine Transferunterstützung mittels ausschließlichen Weghängens vom Patienten wurden damals noch unterrichtet. Nicht verwunderlich, dass die Patienten von der kinästhetischen Mobilisationen nicht sehr begeistert waren, da sie zu wenig Kontrolle erfuhren. Patientenarbeit war übrigens damals in den Kinästhetik-Kursen nicht enthalten. Ab und zu fanden vereinzelte Demonstrationen durch die Trainer am Patienten statt. 1994, in meinem ersten Kinästhetikprojekt in Gerresheim (Schulung aller Mitarbeiter der Pflege in Kinästhetik), das ich im Auftrag des Instituts für Kinästhetik plante und größtenteils selbst durchführte, führte ich die Praxisbegleitung für die Pflegenden im Anschluss der Kurse als festen Bestandteil ein. Mein Wissen und meine Erfahrungen gab ich anschließend an die bislang ausgebildeten Trainer im Rahmen der Trainerfortbildungen weiter.

Aus den Erfahrungen mit Tetraplegikern zu Beginn des Projektes »Spielerisches Lernen von Bewegung und Beziehung« schöpfte ich erste Ideen, wie viel eigentlich mit inhaltlichen Veränderungen im Unterrichtssystem aus dem ganzen Programm herauszuholen wäre. Die Erfahrung meiner häufigen Inkompetenz beim Bewegen stark eingeschränkter Patienten bestärkte mich im Wunsch, das vorliegende Projekt durchzuführen. Was ich selber in Mobilisationssituationen mit Patienten intuitiv mit meiner eigenen Bewegung und mit meinem Körperbewusstsein regulierte, konnte ich zu Beginn meiner Unterrichtstätigkeit den Pflegenden nicht gut genug erklären. Das Abschauen allein und die Weitergabe von Ideen zu selbst kontrolliertem Lernen führten in der **kurzen**, mir für die Schulung zur Verfügung stehenden, **Zeit** nicht zum gewünschten Ergebnis.

Im eigenen Lernprozess habe ich viele Jahre investiert, um meine intuitiven Bewegungsabläufe bewusst zu erfassen, in einzelne Bestandteile zu gliedern und diese mit Worten zu beschreiben. Dies war nötig, um sie für meine Arbeit mit kranken und behinderten Menschen und für meine Unterrichtstätigkeit im Pflegebereich zu korrigieren, zu optimieren und variabel verfügbar zu machen.

Vor allem die Arbeit mit sedierten und beatmeten Patienten auf Intensivstationen und die Arbeit mit den Querschnittsgelähmten innerhalb des Projektes »Spielerisches Lernen von Bewegung und Beziehung« haben mich gezwungen, meine Arbeitsweise zu überdenken und meine Handlungen so zu beschreiben, dass sie von Pflegenden verstanden und auf andere Situationen übertragen werden können. Ich überprüfte immer wieder die Wirkung meiner Mobilisationsmethodik auf meinen eigenen Körper und setzte mich dabei extremen Belastungen aus. Damit wollte ich sicher gehen, dass mein eigener Körper durch die vorgeschlagene Handlungsweise keinen Schaden nimmt und Patienten in ihrer Gesundheitsentwicklung real davon profitieren können. Erst dann wollte ich meine Erkenntnisse an Pflegende weitergeben.

Oft frustrierte mich im Rahmen meiner normalen Unterrichtstätigkeit, dass die Pflegenden mehr an der eigenen Gesundheit interessiert waren, als an derjenigen der Patienten. Alles was den Pflegenden dazu verhalf, **weniger Kraft** beim Mobilisieren zu benötigen und nicht zu viel Zeit erforderte, stieß auf Begeisterung. Was komplizierter war und die Patienten in ihrer Gesundheitsentwicklung unterstützt, wurde aus **Zeitgründen** oder **Nähe-Distanz-Problemen** eher abgelehnt.

Von den Trainerkollegen und den Trainees wurden in den Fortbildungen anspruchsvollere Bewegungssequenzen gern angenommen, da sie bemerkten, dass mit zusätzlichem Wissen vieles effektiver wurde. Vor allem, wenn sie erlebten, wie leicht ich Behinderte bewegen konnte, begeisterte sie dies. Ich glaube, weil es für viele zu viel Zeit und Energie erfordert hätte, **nochmals umzulernen**, ließen sich die Kollegen zwar im Unterricht auf neue Erkenntnisse ein, gingen aber oft schnell wieder in die einfacheren »alten« Methoden zurück, sodass die Kunden vor Ort, die Patienten und die Pflegenden im Krankenhaus, wenig davon profitieren konnten.

Meine Lehrer und Inhaber des Instituts für Kinästhetik gewährten mir viel Freiheit im eigenen Handeln, in der inhaltlichen Gestaltung des Grundlagenunterrichts, der Trainerfortbildungen und der Ausbildungen. Meine Vorschläge zur Veränderung der Gesamtkon-

zeption stießen bei *Hatch* und *Maietta* auf Widerstand. Aus ihrer Sicht bestand kein Bedarf. Sie hatten wenig Interesse daran, die Patientenanwendungen verfeinert zu unterrichten und ihre Methode mit Erkenntnissen aus anderen Bereichen zu ergänzen. Ihr Produkt war gut, verkaufte sich gut und die schnelle Verbreitung war wichtiger als die inhaltliche Überarbeitung. Dass die Umsetzung in die Pflegepraxis nicht so richtig gelang, störte sie wenig. Sie sahen ihr »Produkt« als ein System zum **selber Lernen**.

Aus eigener Erfahrung kann ich bestätigen, dass das autodidaktische Lernen mit kinästhetischen Prinzipien sehr gut funktionieren kann. Nur hat ein normal Pflegender nicht den Freiraum und die Zeit, alles selber zu entdecken. Kein Arbeitgeber ist bereit, Mitarbeiter dazu so häufig freizustellen. Und das wichtigste: Ein Patient im Krankenhaus hat Anspruch auf **professionelle Bewegungsunterstützung**. Aus meiner Sicht hat der Patient als Kunde in dem Moment, in dem ein »Produkt« besteht, Anspruch auf den vollen Nutzen, der dem momentanen Entwicklungsstand entspricht.

1.3.1.1 Erste Projektphase: Inhaltsentwicklung und Testphase mit Tetraplegikern

Ich entschloss mich wegen des mangelnden Interesses meiner Vorgesetzten, das Projekt »Spielerisches Lernen von Bewegung und Beziehung« unter dem Label Viv-Arte® privat durchzuführen. Während dieses Projektes bewegte ich mich immer weiter weg von der ursprünglichen Kinästhetik. Weil ich damals so mit inhaltlichen Dingen beschäftigt war bemerkte ich nicht, dass ich mich immer weiter von meinen Lehrern distanzierte. Ich arbeitete mit vollem Elan auf eine unvermeidbare Trennung hin, ohne diese zu beabsichtigen.

Ohne die Offenheit der Rehabilitationsklinik in Ulm und der damaligen Mitarbeiterin und Kinästhetik-Trainerin, Birgit Hamann, der stetig antreibenden und unterstützenden Elli Kirchner sowie den Tetraplegikern, die sich mit viel Elan auf den wilden Prozess einließen wäre das ganze nicht realisierbar gewesen.

An dieser Stelle allen nochmals ganz herzlichen Dank!

1.3 Projektübersicht

Das Pilotprojekt »Kinästhetik Spielerisches Lernen von Bewegung und Beziehung« dauerte vom Herbst 1996 bis zum Herbst 2003 und lief in zwei Phasen ab.

1.3.1 Inhalt der beiden Projektphasen

1.3.1.1 Erste Projektphase: Inhaltsentwicklung und Testphase mit Tetraplegikern

Ich plante die **erste Projektphase** (1996–2000) mit der Absicht, eine Lernumgebung zu schaffen, in der gesunde behinderte Menschen und Kinästhetik-Trainerinnen gemeinsam ihre Bewegungsfähigkeiten weiter entwickeln können. Als gemeinsame Aktivitäten von Tetraplegikern und Trainerinnen waren Kinästhetik-Workshops, Einzeltherapien für Tetraplegiker und Beratungen von Pflegepersonen auf der Querschnittstation der Rehabilitationsklinik in Ulm (RKU) vorgesehen.

Als erstes erfasste ich die **Bedürfnisse und Probleme** der Betroffenen. Danach folgte die **Entwicklungsphase der neuen Methode** in Anlehnung an die herkömmliche Kinästhetik und deren Erprobungs- und Korrekturphase in der eigenen praktischen Anwendung. Im Anschluss führte ich **Kontakt-Bewegungs-Trainings** in Form von Workshops für alle Teilnehmer der ersten Urlaubswochen in Italien in nicht behindertengerechter Umgebung durch. Vordergründige Thematik war die Befähigung der Teilnehmer, alle Transfers mit Tetraplegikern in variablen Bedingungen ausführen zu können. Zweiter Schwerpunkt war die Entwicklung des nötigen Selbstvertrauens der Teilnehmer für selbst kontrolliertes Lernen.

Die Erprobung der **Alltagstauglichkeit der Methode mit Tetraplegikern** bestand aus dem ersten Urlaub in nicht behindertengerechter Umgebung in Italien. 1997/1998 entstand parallel dazu die Idee der gemeinsamen Unterrichtstätigkeit mit den Tetraplegikern, die sehr intensiv war und zum Teil bis heute andauert. Die Trainingswochen in nicht behindertengerechter Umgebung wurden jährlich bis 2000 in Spanien weitergeführt.

1.3.1.2 Zweite Projektphase:

Entwicklung des Viv-Arte Programms für kinästhetische Mobilisation

Die **zweite Projektphase** dauerte von 2000 bis 2004. Die Erkenntnisse aus der ersten Phase wurden geordnet und ins eigene Leben und in die Unterrichtstätigkeit übertragen. Daraus entstand das **Viv-Arte Lernmodell®** mit dem Programm für kinästhetische Mobilisation.

Die Arbeit mit Tetraplegikern wurde weitergeführt. Auf einer Querschnittstation einer berufsgenossenschaftlichen Klinik wurden erstmals Pflegende und Physiotherapeuten mit dem neuen modularen Schulungssystem von Viv-Arte® in vier Modulen von 1998 bis 2000 geschult. Für den inhaltlichen Aufbau der Seminare passte ich die Erkenntnisse aus diesem Projekt an die Situation der Tetraplegiker in der Erstrehabilitation und an die institutionellen Bedingungen an.

Im Anschluss daran begannen Elisabeth Kirchner und ich, dreimal jährlich Seminare unter dem Namen »Pflege zu Hause« für Tetraplegiker und ihre Assistenten in Bad Kreuznach anzubieten. Die Inhalte und die Methodik der Einzeltherapien und Workshops wurden im Verlauf der vielen Lerneinheiten nochmals überarbeitet. Die Kriterien für die Strukturierung von präventiv und/oder rehabilitiv ausgerichteten Mobilisationsprozessen wurden festgelegt. Als Abschluss der zweiten Projektphase entsteht das Leitbild der Firma Viv-Arte®.

1.4 Ausgangserwartungen

In einem *autodidaktischen* Lernprozess während meiner Lehrtätigkeit als Kinästhetik-Trainee im Bereich der Intensivpflege und der Rehabilitation erarbeitete ich mir in der Pflegepraxis von 1993 bis 1996 Fähigkeiten für gemeinsame Bewegung mit schwerstkranken und körperbehinderten Menschen. Die Grundlagen in der Form und Ausführung der wichtigsten Transfers (Stehtransfer Bett-Stuhl und Knietransfer vom Boden zurück in den Rollstuhl, vgl. Abbildung 14–19 und 50–52) entstanden 1996. Ich erhielt damals vom Schweizerischen Paraplegikerzentrum (SPZ) in Nottwil den Auftrag, ein Kinästhetik Aufbau-seminar durchzuführen. Dort wurde ich zum ersten Mal mit den Problematiken der

Mobilisation von Tetraplegikern konfrontiert, wie auch wenig später im Rehabilitationskrankenhaus in Ulm. Dass die Tetraplegiker an meiner Bewegungsarbeit Gefallen fanden und sich im Anschluss besser fühlten (obwohl ich meine Fähigkeiten als sehr unzureichend empfand), war der Auslöser des Projektes.

Tetraplegiker werden meist von heute auf morgen mit der Tatsache konfrontiert, dass ein großer Teil ihrer früheren Funktionsmöglichkeiten verloren gegangen sind. Alles muss nochmals auf eine andere Art und Weise **neu** erlernt werden. Oft bleibt zumindest eine teilweise Abhängigkeit für Hilfestellungen im Alltag bestehen. Mit meinem Angebot wollte ich Tetraplegiker neben den üblichen rehabilitativen Maßnahmen unterstützen, schneller in ein möglichst unabhängiges normales Leben zurückzukehren.

Für die Tetraplegiker erwartete ich von dem neuen Programm:

- Spaß am gemeinsamen Bewegungslernen,
- eine Verbesserung der Koordination in Alltagshandlungen,
- einen Zugewinn an Selbstvertrauen,
- eine Unterstützung im Verarbeitungsprozess der noch frischen Behinderung und in der Ermöglichung eines gesunden normalen Lebens unter Berücksichtigung der notwendigen präventiven Maßnahmen bezüglich Fehlhaltungen, Kontrakturen und Dekubitus.

Behinderung macht Angst. Zu Beginn der neuen Aufgabe stellen sich Angehörige und Assistenten von Behinderten häufig die Frage: *Wie kann ich helfen, ohne die Kontrolle in physischer und psychischer Hinsicht zu verlieren? Wie kann ich mit einem behinderten Menschen zusammen »normal« leben ohne meine persönlichen Interessen zu vernachlässigen?*

Während der Assistenz bei der Pflege und bei anderen Alltagshandlungen ergeben sich wenige Gelegenheiten, sich mit der gemeinsamen Bewegung bewusst auseinander zu setzen. Die Bewältigung des Alltags steht im Vordergrund. Die Hilfestellungen im Alltag sind oft mit großer körperlicher Beanspruchung der Hilfspersonen verbunden.

Für die Angehörigen und Assistenten von Behinderten erwartete ich die Entwicklung eines Programms zum Lernen von Bewegung und Beziehung und für spielerische Auseinandersetzung mit Körperbehinderung, mit dem Ziel verbunden:

- Mut zu machen, ungewohnte Situationen leicht zu meistern.
- Normalität im Alltag zu fördern.
- Entlastung zu schaffen.

Die Pflegenden wurden bislang in Kinästhetik-Seminaren zu wenig befähigt, die Inhalte direkt am Patienten fachkompetent anzuwenden. Für mich und die anderen beteiligten Kinästhetik-Trainerinnen wünschte ich mir eine bessere Fach- und Methodenkompetenz für:

- die Arbeit mit kranken und behinderten Menschen,
- das Analysieren und Beschreiben von Bewegung und Funktion und
- die Unterrichtstätigkeit in Kinästhetik-Seminaren und Ausbildungen.

1.4.1 Hypothese zum Projektbeginn

Ich formulierte als **Hypothese** folgende Fragestellungen für die Überprüfung der Zielerreichung in diesem Projekt des gemeinsamen Lehrens und Lernens:

1. Können wir Geschicklichkeit im Umgang mit hoher Lähmung in spielerischen, nicht zielorientierten Bewegungsaktivitäten erwerben?
2. Verhilft diese Art des Bewegungslernens Verletzungen langfristig zu vermeiden und den Alltag in lockerer Atmosphäre zu meistern?
3. Wie können wir gemeinsam unsere Bewegung trainieren?
4. Welches Wissen und Können brauchen wir Trainerinnen, um unsere »gesunde« Bewegung mit der tetraplegischen Bewegung in Alltagshandlungen in Übereinstimmung zu bringen?
5. Wie viel Training benötigen Assistenten, um zu lernen, in ungewohnter Umgebung ohne Hilfsmittel zurechtzukommen?
6. Wie können wir unsere Erfahrungen gemeinsam an Pflegende im Unterricht weitergeben?
7. Welchen Einfluss nimmt das Projekt auf unser persönliches Leben?

1.5 Finanzen

Meine finanzielle Belastung war immens hoch, aber sie ermöglichte mir dafür eine relativ freie und kreative Gestaltung des Projektes.

Alle beteiligten Assistenten und ich selber arbeiteten ohne Bezahlung und in Sonderurlaub oder Freizeit.

Die hohen Kosten wurden verursacht durch:

- die Projektplanung, Organisation und Beschreibung,
- die erforderliche Unterrichtstätigkeit und die Praxisbegleitungen im Projekt,
- die Produktion des Videos und der Dokumentation,
- die Reise- und Unterbringungskosten der Tetraplegiker bei der gemeinsamen Unterrichtstätigkeit.

Die erste Projektphase wurde finanziell in geringem Rahmen durch Spenden unterstützt. Diese wurden für die Teilfinanzierung der Reise der Tetraplegiker nach Italien benutzt.

2 Die erste Projektphase

Die erste Projektphase beinhaltete:

- Das Erkennen, Erfahren und Festlegen der Bedürfnisse und Probleme der Betroffenen.
- Die Entwicklungsphase der neuen Methode.
- Die Workshops (Kontakt-Bewegungs-Trainings mit Tetraplegikern und Fußgängern).
- Das Training in nicht behindertengerechter Umgebung in Italien und Spanien.
- Die gemeinsame Unterrichtstätigkeit mit Tetraplegikern.

2.1 Einführung

Die Entwicklung des neuen Programms im Bereich des motorischen Lernens unter Berücksichtigung kinästhetischer Grundlagen begann 1996. Tetraplegiker, Angehörige, Assistenten und Bewegungslehrer sollten gleichermaßen von den Inhalten profitieren können.

2.1.1 Vorwort von Susanne Kessler

Kinästhetik ist ein Bewegungsprogramm, das bewegungsbeeinträchtigte Menschen und deren Helfer unterstützt, den Alltag mit geringer Belastung ohne Anstrengung und Schmerz zu bewältigen.

Im Pilotprojekt Kinästhetik »Spielerisches Lernen von Bewegung und Beziehung« lernen erstmals stark bewegungseingeschränkte Menschen, Tetraplegiker, selber das Konzept Kinästhetik in der Pflege lehrend zu vermitteln, um von ihren Helfern im Alltag die nötige Bewegungsunterstützung zu bekommen. Das Ziel ist das Erlangen und Bewahren eines Höchstmaßes an Autonomie in ihrem Lebensalltag. Ebenso wichtig ist die Erhaltung der vorhandenen Bewegungsressourcen, das heißt Osteoporose vorzubeugen und Muskeln, Bänder und Sehnen in den gelähmten Körperteilen zu erhalten. Ein gut erhaltener Bewegungsapparat bedeutet für die Tetraplegiker Gesundheit, Flexibilität und Ausdauer.

Im September 1997 reisten vier Tetra- und eine Paraplegikerin mit Kinästhetik-Trainerinnen nach Italien, um dort 14 Tage Urlaub zu erleben. Die durch Verkehrsunfälle und Infektionskrankheit gelähmten Reisenden hatten zuvor die Kinästhetik im Rehabilitationskrankenhaus RKU in Ulm in verschiedenen Arbeitsgruppen kennen gelernt. Das Ziel der Reise war Diano Marina, ein kleiner Badeort an der ligurischen Küste. Die ausgewählte Wohnanlage verfügte über keinerlei Einrichtungen für schwerbehinderte, rollstuhlabhängige Menschen. Mit Flexibilität, Improvisationsbereitschaft und vor allem einem hohen Maß an Bewegungsverständnis gelang es, die oft widrigen Umstände zu überwinden. So erlebten die Rollstuhlfahrer einen Urlaub, der frei von institutionellen Zwängen war und ihrer Urlaubsgestaltung aus gesunden Tagen nahe kam.

Baden im Mittelmeer, Sonnen am Strand, Ausflüge in Bergdörfer, Bummel durch Städte und über Märkte, Restaurantbesuche, Mondfinsternis am Strand, alles Erlebnisse, die die



Abbildung 6: Drehpause am Palazzo Maggiore/Italien.



Abbildung 7: Strandparty an der Costa Blanca/Spanien.

Betroffenen nicht mehr für möglich gehalten hätten. Die Erinnerung an diese Zeit wurde für zwei der Tetraplegiker der Motor, sich mit dem Konzept der Kinästhetik nun auch als Lehrer auseinander zu setzen.

Alle im Projekt beteiligten Personen wollten sich weiterhin für die Weiterentwicklung des Programms Kinästhetik für Tetra- und Paraplegiker und deren Helfer einsetzen.

Susanne Kessler, 1997, Krankenschwester und Kinästhetik-Trainerin Stufe 3

2.1.2 Die Personen

Die Auswahl der Tetraplegiker ergab sich mehr oder weniger zufällig. Die hauptsächlich beteiligten Tetraplegiker **der ersten Projektphase, Manfred Nolz, Helmut Schön und Roland Vogl** hatten sich während der Rehabilitation auf der Querschnittstation im Rehabilitationskrankenhaus in Ulm kennen gelernt. Bei Projektbeginn waren alle drei Tetraplegiker seit ungefähr einem Jahr, infolge eines Unfalls oder einer Krankheit, gelähmt.

Während ihrer Erstrehabilitation nahmen sie regelmäßig an Kinästhetik-Workshops teil und erhielten sporadisch Einzelbehandlungen. Die Trainings wurden von mir initiiert und von den beiden Kinästhetik-Trainerinnen und Krankenschwestern, *Elisabeth Kirchner* und *Birgit Hamann*, begleitet.

Birgit Hamann, Krankenschwester und Kinästhetik-Trainerin, war zur Zeit der ersten Projektphase im Rehabilitationskrankenhaus in Ulm (RKU) auf der Querschnittstation tätig. Unsere Zusammenarbeit begründete sich auf meiner Unterstützung von *Birgit Hamann* bei der Schulung der Pflegenden der Querschnittstation im RKU. Die Workshops der ersten Projektphase waren für die Pflegenden und Therapeuten des RKU offen. Sie profitierten häufig von diesem Angebot. Als Gegenleistung konnte ich für meine Workshops die Räumlichkeiten der Klinik kostenlos nutzen.



Abbildung 8: Manfred Nolz.



Abbildung 9: Helmut Schön.



Abbildung 10: Roland Vogl.

Im gemeinsamen Lernprozess der ersten Projektphase erkannte *Birgit Hamann* die Wichtigkeit des gemeinsamen Lernens mit Patienten. Sie versuchte, ihre im Projekt gewonnenen Erkenntnisse in die Rehabilitation der Querschnittgelähmten einfließen zu lassen.

Zu Beginn des Projektes hatten sich die drei Tetraplegiker Sicherheit für alltägliche Aktivitäten in der **geschützten** Krankenhausatmosphäre erarbeitet. Voraussetzungen für ein gesundes und möglichst selbstständiges Leben in behindertengerechter häuslicher Umgebung waren bereits geschaffen. Zum Zeitpunkt unserer ersten gemeinsamen Trainingswoche in nicht behindertengerechter Umgebung im September 1997 in Italien und bei Drehbeginn des Dokumentationsfilmes über unser Projekt waren die drei Tetraplegiker aus der Rehabilitation entlassen. Die Betreuung und der Alltag waren in medizinischem Sinne geregelt und die Wohnverhältnisse wurden, wo nötig, noch angepasst und verändert. Alle drei standen am Anfang der Aufgabe, ihr Leben als »Patient« wieder in ein Leben als »gesunder Mensch« umzugestalten. Alltägliche Aktivitäten und Gesundwerden waren nicht länger die vordergründigen Lebensinhalte.

Für die Tetraplegiker begann Mitte 1997 die Phase des Lernens, in der sie ihrem *neuen Leben* Bedeutung geben, Kontakte und Beziehungen aufbauen und pflegen, sich umschulen lassen und eine sinnvolle Beschäftigung oder Arbeit finden. In dem Prozess, den Verlust vieler Bewegungsressourcen zu verarbeiten und neue Ressourcen zu entdecken und zu entwickeln, standen sie damals noch ganz am Anfang.

2.1.3 Querschnittlähmung

Ein kurzer Blick auf das Krankheitsbild der Querschnittlähmung soll den Handlungsbedarf im Bereich Bewegungs- und Mobilitätsförderung verdeutlichen: »*Unter den vielfältigen Behinderungen, die einen Menschen treffen können, stellt die Querschnittlähmung zweifellos eine der verheerendsten Beeinträchtigungen dar. Dies wird sofort deutlich, wenn man die physiologische Bedeutung des Rückenmarks für die Funktionen des täglichen Lebens realisiert. Die Beeinträchtigungen betreffen nicht nur die Funktion des Rückenmarks als Hauptverbindungsorgan für die gesamten Informationen zwischen Gehirn und allen Teilen des Körpers. Das Rückenmark stellt darüber hinaus auch selbst ein Nervenzentrum dar, das vitale Funktionen kontrolliert wie die Stand-, Blasen-, Mastdarm-, und Sexualfunktion und auch die Atmung-, Temperatur- und Kreislaufregulation*« (Dietz, Curt)!

Bis Mitte des 19. Jahrhunderts war die Prognose für Querschnittgelähmte extrem schlecht. Sie starben frühzeitig an den Folgen von Dekubitalgeschwüren mit nachfolgender Osteomyelitis und Sepsis, aufsteigenden Infektionen, Nierenversagen und anderen Komplikationen. Erst die operative Stabilisierung traumatischer Querschnittlähmungen ermöglichte eine frühzeitige Mobilisation der Patienten. Damit wurde das Risiko von Sekundärerkrankungen enorm herabgesetzt.

Die Rehabilitation einer Querschnittlähmung umfasst alle Bereiche, die eine Genesung beeinflussen sowie soziale, häusliche und berufliche Wiedereingliederung ermöglichen und Folgeerscheinungen präventiv entgegenwirken.

Tabelle 1: Rehabilitation bei Querschnittlähmung

Genesung	Häusliche, soziale, berufliche Wiedereingliederung	Prävention
Frakturstabilität	Selbständigkeitstraining	Konditions- und Krafttraining
Kreislaufstabilität	Erhaltung und Förderung der Gelenkbeweglichkeit	Erhalten der Beweglichkeit in allen Gelenken
Kontrolle der Atmung	Gleichgewichtstraining	Erhalten der Elastizität von Muskeln, Sehnen, Bändern und Haut
Kontrolle der Ausscheidung	Kreislauftraining	Belastung der Knochen als Osteoporoseprophylaxe
Erfassen der Situation	Rollstuhltraining	Verarbeiten der Situation
Konfrontation mit der Familie	Transferübungen	Fehlhaltungen vorbeugen
Konfrontation mit den Freunden	Krafttraining	Muskelaufbau
Konfrontation mit den Berufskollegen	Hilfsmittelanpassung, Umbaumassnahmen	Hilfestellung zur Spannungsregulation in allen Muskeln

Das Rückenmark verbindet die Peripherie mit den Hirnzentren. Nach einer Läsion des zentralen Nervensystems kommt es zu **keiner Neubildung** von Nervenzellen und Axonen¹. Die Basis für die Art und Weise der Gestaltung der rehabilitativen Aktivitäten bildet die Beurteilung des Ausmaßes der Rückenmarksläsion. Daraus entsteht eine Prognose über Verlaufs- und Erholungstendenz.

»Aktivierende wie auch passiv durchbewegende Behandlungsmaßnahmen sind bei den Patienten von entscheidender Bedeutung. Es soll einerseits die noch mögliche Muskelaktivierung in einem natürlichen Bewegungsablauf mobilisiert und trainiert werden, andererseits soll früh einsetzenden und später nur noch schwer zu behandelnden Kontrakturen, Hautveränderungen, Muskelrückbildungen und Osteoporose vorgebeugt werden.«

¹ Das Axon oder der Neurit ist der lange, faserartige Fortsatz einer Nervenzelle, der elektrische Nervenimpulse vom Zellkörper (Soma) weg leitet. <http://www.net-lexikon.de/Axon.html>

² Dietz: Querschnittlähmung. Kohlhammer Verlag, Stuttgart 1996, S. 205.

2.1.3.1 Repetitive Bewegungen sind wichtig für motorisches Lernen

Bei zunehmender Automatisierung neuer Bewegungen ist die kontinuierliche Abfolge somatosensorischer³ Informationen zum zentralen Nervensystem von entscheidender Bedeutung.

Patienten mit Querschnittlähmung werden häufig täglich für eine halbe Stunde auf das Laufband gestellt. Ihr Gewicht kann mit einem Fallschirmgurt je nach Bedarf entlastet werden. Oberflächenelektroden geben Aufschluss über die Muskelaktivität. Nach mehrmonatigem Training können erhöhte Muskelaktivität und koordinierte Beinbewegungen beobachtet werden. Dieser neue Versuch, die Beweglichkeit von Patienten mit Querschnittlähmung zu erhöhen, bezieht das Rückenmark unterhalb der Läsionsstelle in die koordinierte Muskelaktivierung mit ein. Diese Therapieform ist bis jetzt nur bei **inkomplett gelähmten** Patienten erfolgreich.

2.1.4 Bewegung – Grundlage des Lebens

Weshalb braucht ein Tetraplegiker lebenslang Bewegungsunterstützung und Mobilitätsförderung? Bewegung ist ein unverzichtbares Mittel zur individuellen Lebensgestaltung und Selbstbehauptung und selbst kontrollierte Bewegung ist beim Tetraplegiker nur stark begrenzt möglich.

Bewegung ist notwendig, um orientiert und in Beziehung zur Umgebung zu sein. Über Bewegung wird die Umwelt »begriffen«. Mittels Bewegung verfolgen wir die Befriedigung unserer Grundbedürfnisse, unserer Ziele und Wünsche. Über Bewegung geben wir dem Ausdruck, was wir wollen. Menschliche Bewegung geschieht immer eingebunden in eine materielle Umgebung und in eine Gesellschaft mit ihren jeweiligen Strukturen. Bewegung eröffnet ein Feld der Leistungsbewährung, dient der Persönlichkeitsentwicklung und der Selbsterkenntnis. Bewegung ist die Grundlage für innere Regulierungsprozesse in den Stoffwechselsystemen, für Alltagsbewältigung, Arbeit und soziales Verhalten.

Bewegung fördert und erhält die physischen und psychischen Voraussetzungen und ist die Basis für Funktionen und Entwicklung. In der Verhaltenskybernetik werden drei Funktionsbereiche unterschieden, die sich gegenseitig beeinflussen.

Körperliche Ebene: *Gesund bleiben trotz Behinderung*

Die körperliche Ebene beschreibt den momentanen körperlichen Gesundheitszustand. Wegen der stark reduzierten funktionellen Möglichkeiten im Bewegungsapparat und im Stoffwechsel ist der Tetraplegiker stark gefährdet, infolge Bewegungsmangel gesundheitliche Probleme zu entwickeln.

Mittels Bewusstsein über gesunde und kranke Anteile im Bewegungsapparat und in den Organen können Bewegungs- und Handlungsmuster hinsichtlich Gesundheitserhaltung und Gesundheitsentwicklung verändert werden.

³ Somatosensorisch = Wahrnehmung oberflächlich in der Haut und tief in Gelenken und Muskeln.

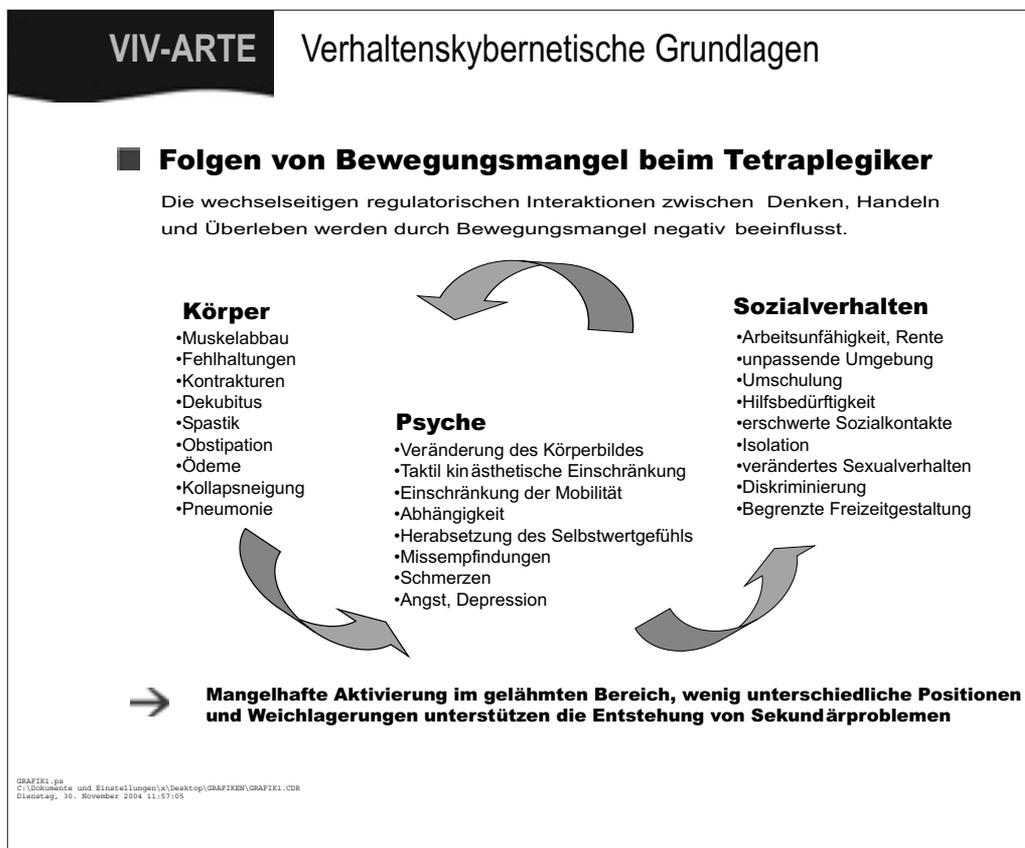
Psychische Ebene: *Sich wohl und als Mensch mit Behinderung akzeptiert fühlen*

Die psychische Ebene beschreibt die Wahrnehmung der eigenen Persönlichkeit, das eigene Befinden in Interaktion mit sich selbst und mit der Umgebung. Das Körpergefühl des Tetraplegikers als Basis für Kommunikation und Beziehung ist stark verändert und reduziert. Der Verlust an Selbstkontrolle beeinträchtigt zumindest vorübergehend das Selbstwertgefühl und damit das Verhalten in Beziehung zu sich selbst und zu Menschen in der Umgebung. Eine gewisse Abhängigkeit in grundlegenden Dingen des Lebens bleibt meist bestehen.

Über Mobilitätsförderung in reflektierten Alltagshandlungen und therapeutischen Interventionen, die dem körperlichen Zustand angepasst sind, kann das Körperbewusstsein geschult werden. Ein gut ausgebildetes Körperbewusstsein im nicht gelähmten Bereich ist die Basis für eine erfolgreiche Beziehung des Tetraplegikers zu sich selbst, zu Gegenständen und zu Lebewesen.

Sozialverhalten: *Gestaltung eines erfüllten Lebens in Familie und Gesellschaft, Teilnahme an Arbeitsprozessen und am gesellschaftlichen Leben*

Die Handlungsebene beschreibt das effektive Funktionieren im Alltag. Der Tetraplegiker muss seinen Platz in Familie, Arbeit und Gesellschaft neu definieren.



Mittels Optimierung der Bewegungskoordination, der Organfunktion und des Stoffwechsels des Tetraplegikers verbessert sich seine Handlungsfähigkeit in Familie, Beruf und im gesellschaftlichen Leben.

Grafik 1 zeigt die Zusammenhänge von Körper-Psyché und Sozialverhalten anhand einiger Beispiele auf, die im Falle einer Tetraplegie zu beobachten sind.

Der Mensch kann als Individuum nur über die Zusammenhänge biologischer, psychischer und gesellschaftlicher Aspekte verstanden werden.

Die drei Funktionsbereiche Körper, Psyche und Sozialverhalten sind bewegungsabhängig und beeinflussen sich gegenseitig. Information und Verhalten, Bewusstsein und Tätigkeit, Erleben und Handeln sind direkt mit der Motorikausführung verknüpft (vgl. *Pöhlmann* 1985; *Hirtz* 1994).

In der Verhaltenskybernetik wird die biopsychosoziale Einheit des Menschen als wichtigster Sachverhalt beschrieben, den es beim motorischen Lernen zu berücksichtigen gilt.

Im menschlichen Körper laufen ständig wechselseitige regulatorische Interaktionen zwischen Denken, Handeln und Überleben ab. Motorische, physiologische und psychologischen Funktionen können als dynamische, in sich geschlossene, selbst regulatorische und ständig einsatzfähige Interaktionen beschrieben werden. Die Muskelgruppen des Bewegungsapparates kontrollieren die Umgebung über Feedback. Gleichzeitig wirken sie auf das innere Leben durch Anpassung der Bioenergieproduktion, des Organstoffwechsels, der Organfunktion und der Gehirnfunktion. Der menschliche Körper sichert sich über ständige Rückkoppelung und Regulierung zwischen den verschiedenen Systemen sein Überleben. Regulation meint, dass die Veränderung oder Anpassung in einem System eine Wirkung auf die beiden anderen hat.

Die Aktivitäten eines Menschen sind in erster Linie darauf ausgerichtet, konstante optimale Bedingungen im inneren Milieu aufrecht zu erhalten. Ein reagierender Organismus ist so angelegt, dass er sich dynamisch verhält und neue Bedingungen integriert. Dies mit der Zielsetzung, dass die Lebensbedingungen gleich gut bleiben.

Die dynamische Regulation geschieht auf die Reizquellen bezogen, um diese zu kontrollieren. Auf einen Reiz von außen erfolgt die Aktion (Antwort) von innen. Diese stimuliert eine Anpassung welche wiederum kontrolliert und allenfalls korrigiert wird.

»Um das Überleben zu sichern, braucht der Mensch konstante innere Bedingungen (Homöostase-Homöokinése, vergleiche Feedback-Kontrollmechanismen des menschlichen Verhaltens, Thomas J. Smith und K. U. Smith). Das Hauptmittel, das verwendet wird, um die Abgleichung der inneren Bedingungen beizubehalten, ist Rückkoppelung (Ashby, 1963). Der Mensch braucht Informationen über sein Verhalten, um es zu steuern und zu verändern. Diese Informationen kommen aus einer oder mehreren Richtungen. Die einfache Fähigkeit, einen Gegenstand mit der Hand zu er-