

Bewegungskompetenz schafft Lebensqualität

Von Stefan Knobel

Das Gesundheitswesen in Westeuropa ist sehr stark geprägt von einem Behandlungsparadigma, das auf einer pathophysiologischen Sichtweise gründet, die „Bekämpfung“ von Krankheiten und deren Ursachen zum Ziel hat. Diese Sichtweise hat sehr viel Positives bewirkt: Die Lebenserwartung ist gestiegen, viele Krankheiten, die noch vor 50 Jahren lebensbedrohlich waren, sind heute routinemässig mit einer hohen Erfolgsquote behandelbar. Die höhere Lebenserwartung und die gesellschaftlichen Entwicklungen in Europa führen heute aber zu Problemen und Herausforderungen, die auf der Grundlage eines Behandlungsparadigmas nicht gelöst werden können. Der Versuch, die Qualität in der Gesundheitsversorgung durch Qualitätssicherungsmethoden zu garantieren oder gar zu verbessern, führt in der Regel zu eindrücklichen Leitbildern, Behandlungsstandards, Pflegedokumentationen, aber sehr viel weniger zu einer echten Verbesserung der Situation und Lebensqualität der pflegebedürftigen und pflegenden Menschen.

Es sind neue Ideen und Herangehensweisen gefragt. Der Autor schlägt vor, auf der Grundlage eines Bildungsparadigmas die Bewegungskompetenz der unmittelbar betroffenen Menschen in den Mittelpunkt zu stellen. Bewegungskompetenz ist ein sehr grundlegender und allgemeiner Faktor, der die Lebensqualität eines Menschen beeinflusst.

Die Grundproblematik

Die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in ganz Europa und insbesondere die Altenhilfe stehen in den nächsten Jahrzehnten vor grossen Herausforderungen. Die Gründe dafür sind vielfältig und allgemein bekannt: Die höhere Lebenserwartung und die Zunahme von Demenzerkrankungen u.a.m., die verstärkte Migration und Emigration, die stets steigenden Kosten des Gesundheitswesens, der zunehmende Mangel an geeigneten Fachkräften etc.

Es ist unbestritten, dass es auf dem Hintergrund dieser Entwicklungen sehr schwierig ist, die Qualität des Gesundheitswesens zu halten oder gar zu erhöhen.

Über die Frage, wie Einrichtungen, deren Träger oder das gesamte gesellschaftliche Unterstützungssystem auf diese Herausforderungen reagieren sollen, wird viel diskutiert. In vielen Staaten folgt eine strukturelle Gesundheitsreform auf die andere. Selten aber werden konkrete Massnahmen ergriffen, die unmittelbar den betroffenen Menschen zugute kommen. Dies gilt für die Altersversorgung und die häusliche Pflege sowohl in West- und vermutlich auch in Osteuropa.

Für die Zukunft sind nicht nur Reformen und Umstrukturierungen gefragt, sondern auch innovative Wege, die eine direkte Auswirkung auf die Gesundheit und Lebensqualität pflegender und pflegebedürftiger Menschen haben.

Die Qualitäts-Falle

In Westeuropa wurde in den letzten 20 Jahren das Sozial- und Gesundheitswesen durch Management-Systeme und Führungsinstrumente, die in der industriellen Produktion entwickelt worden waren, ganz und gar umgekrempelt. Es wurden Qualitätssicherungssysteme, Standards, zielorientierte Führungssysteme etc. eingeführt. Dabei war das erklärte Ziel, die Qualität der Dienstleistungen zu verbessern.

Die Einführung dieser Führungsinstrumente nimmt enorm viel Zeit in Anspruch und ist teuer. Selbstverständlich geht man davon aus, dass sich die erwartete Wirkung auch wirklich zeigt. Viele Führungskräfte glauben, dass die Einführung eines Qualitätssicherungs- oder Qualitätsentwicklungssystems die Qualität in einem Betrieb vollumfänglich sichern und erhöhen kann.

Es ist zwar unumstritten, dass die Qualitäts- und Führungssysteme Einfluss auf die Qualität der Dienstleistungen einer Organisation haben. Allerdings zeigen Untersuchungen, dass diese

Maßnahmen im Sozial- und Gesundheitswesen höchstens 30 - 50% des Qualitätsgeschehens direkt oder indirekt beeinflussen können. 50 - 70% der Qualität der Arbeit mit anderen Menschen unterliegen der Kompetenz und der Selbstverantwortung der jeweiligen MitarbeiterIn.

Mit anderen Worten: Der blinde Glaube an Management- und Führungsinstrumente birgt grosse Gefahren. Wird ein gewisses Mass überschritten, führen Qualitätsmassnahmen wie die immer genauere Erfassung von Daten, die ständig verfeinerte Standardisierung von Arbeitsabläufen und die Pflicht zu einer immer detaillierteren Dokumentation sogar zum Gegenteil – die Qualität nimmt ab:

- Der Dokumentationsaufwand ist so groß, dass die MitarbeiterInnen so viel Zeit mit Schreiben verbringen, dass die eigentliche Kernaufgabe, die Arbeit am und mit dem Klienten, darunter leidet.
- Die qualifiziertesten MitarbeiterInnen – die Stationsleitung und die bestausgebildeten Fachkräfte – verbringen zum Zweck der Qualitätssicherung und –dokumentation die hauptsächliche Arbeitszeit hinter dem Computer. Die eigentliche Arbeit am und mit dem Klienten wird an weniger gut ausgebildete MitarbeiterInnen delegiert.
- Standards und Vorschriften können dazu führen, dass die Eigenverantwortung der MitarbeiterInnen ausgeschaltet wird. Sie folgen den Vorschriften und nicht den Anforderungen einer aktuellen Situation, die sich nicht an den Standard hält.

Es kann sein, dass Sie in Osteuropa dieser Qualitätsfalle noch nicht begegnet sind. In Westeuropa begegnet man den Auswüchsen des Qualität-Wahnsinns sehr häufig. Hier ein Beispiel:

- In der Schweiz überprüfen die zuständigen Aufsichtsbehörden sporadisch die Arbeit von Pflegeheimen. Das geschieht meistens so, dass ein Auditor den Betrieb besucht. Und was macht er? Er lässt sich die Pflegedokumentationen, Standards und Richtlinien des Betriebes vorlegen. Er studiert diese Papiere eingehend und schreibt anschliessend einen Bericht über die Qualität der Arbeit dieser Institution.
Die Idee, dass all diese Papiere Aussagen über die tatsächliche Pflege- oder Betreuungsqualität des Betriebes erlauben, ist einigermassen naiv. Ein Schreiner, der einer Bauherrin beweisen möchte, dass er qualitativ tolle Küchen bauen kann, wird ihr nicht Pläne, Fotos und Beschreibungen vorlegen. Keine Bauherrin würde allein diesen Unterlagen trauen. Sie möchte eine fertige Küche des Handwerkers sehen, anfassen und überprüfen, wie sich Schubladen und Schranktüren schließen und öffnen lassen.
Pflegedokumente geben vor allem Auskunft darüber, wie gut die Pflegenden über ihre Arbeit schreiben können. Standards und Qualitätshandbücher zeigen die Absichten eines Betriebes auf. Die tatsächliche Wirkung der Arbeit im Sinne von subjektiv erlebter Lebensqualität lässt sich aus ihnen nicht ableiten.

Meiner Meinung nach ist es äusserst gefährlich und unverantwortlich, wenn die Pflegekräfte unverhältnismässig viel Zeit für eine Pflegedokumentation verwenden, deren Hauptzweck es ist, die Geldgeber und Aufsichtsbehörden zufriedenzustellen. Dokumentationen sollten primär einem Zweck dienen: der Verbesserung der Lebensqualität der betreuten und gepflegten Menschen. Alles Andere ist aus ethischen und volkswirtschaftlichen Gründen nicht vertretbar.

Ebenso gefährlich ist der unreflektierte Glaube, dass Standardisierung per se die Qualität der Arbeit mit Menschen verbessert. „Mach es so einfach wie möglich – aber bitte nicht einfacher!“ Ein Ausspruch Albert Einsteins, der auch die grösste Herausforderung der Pflege- und Betreuungsarbeit umreisst. Die direkte Interaktionsarbeit mit Menschen zu standardisieren ist in den meisten Fällen eine gefährliche Simplifizierung der Situation und deshalb kontraproduktiv. Menschen verhalten sich nicht wie triviale Maschinen, die auf einen bestimmten Input eine voraussehbare Reaktion zeigen. Das Gegenteil ist der Fall: Die Reaktion von Menschen ist grundsätzlich nicht voraussehbar. Deshalb ist es der falsche Weg, den pflegenden Menschen ein allgemeingültiges Rezept zur Verfügung zu stellen.

Vom Behandlungs- zum Bildungsparadigma

Nach so viel Kritik stellt sich nun die Frage nach einem alternativen Lösungsansatz.

Wenn wir davon ausgehen, dass mit gängigen Qualitäts- und Führungsinstrumenten nur 30 – 50% des Qualitätsgeschehens beeinflusst werden kann, stellt sich die Frage, wie die Qualität der restlichen 50 – 70% beeinflusst werden kann.

Vom Behandlungsparadigma ...

Das Sozial- und Gesundheitswesen ist nach wie vor von einem Behandlungsparadigma geprägt. Das Behandlungsparadigma zeigt sich darin, dass pflegende Angehörige und professionelle Helfer bei Bewegungseinschränkungen oder auch zeitweiligen Defiziten von alten oder behinderten Menschen oft die Lösung in technischen Hilfsmitteln (Rollstuhl, Hebekran etc.) sehen oder mit «stellvertretender Übernahme» der Aktivität reagieren. Diese Art der Unterstützung zeigt Wirkung: Auf der Seite der pflegebedürftigen Menschen sind eine vergrößerte Unselbständigkeit, Abhängigkeit und letztlich Entmündigung die fatale Folge. Auf der Seite der pflegenden Angehörigen führt sie in vielen Fällen zu körperlicher und psychischer Überlastung. So können paradoxerweise gut gemeinte Hilfestellungen zu einer Steigerung der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit der gepflegten Menschen und zu gesundheitlichen Problemen bei den Pflegenden führen.

Die Auswirkungen auf der Seite der Pflegenden sind bekannt. Einschlägige Studien zeigen auf, dass ca. 70% der pflegenden Angehörigen körperlich überlastet sind (vor allem Kreuz- und Schulterschmerzen), ca. 80% in psychischer Hinsicht.

Man könnte auch sagen: Solange die Gefahr besteht, dass die helfenden und betreuenden Menschen sich bei ihrer Aufgabe die eigene Gesundheit ruinieren und die pflegebedürftigen Menschen keine Fortschritte oder sogar Rückschritte machen, weil sie wie eine Sache manipuliert werden, stimmt etwas nicht.

...zum Bildungsparadigma

Das Entwicklungs-, Lern- oder Bildungsparadigma, wie es von Kinaesthetics vertreten wird, steht im Einklang mit dem neuesten Wissen über lebenslange Lernprozesse und Gesundheitsentwicklung. Eine zentrale Rolle spielt dabei die ganz konkrete Förderung der Bewegungskompetenz aller Beteiligten.

Was ist damit gemeint? Ich möchte Ihnen das anhand eines Bewegungsbeispiels aufzeigen:

Aufstehen vom Stuhl.

- Helfen Sie einer KollegIn vom Stuhl aufzustehen, indem Sie sie hochheben, d.h. wie einen unbelebten Gegenstand in diese Position zu bringen versuchen.
- Helfen Sie einer KollegIn vom Stuhl aufzustehen, indem Sie sie in ihrer eigenen Bewegung zu unterstützen versuchen, d.h. bei jeder kleinen Hilfestellung auf deren Reaktion warten und den Weg zum Aufstehen daran anpassen.

Dieses Beispiel lässt mich erfahren, dass ich einem Menschen auf zwei verschiedenen Arten helfen kann aufzustehen:

- Ich kann ihn wie eine Sache aufstellen. Wenn er sich diesem Vorgehen unterwirft, steht er am Schluss tatsächlich da – kann aber den Weg des Aufstehens nicht nachvollziehen: Er hat nichts darüber gelernt, wie er möglichst selbständig in eine aufrechte Position kommt. (Behandlungsparadigma)
- Ich kann ihn so unterstützen und anleiten, dass er in seinem Körper nachvollziehen kann, was passiert, welche seine Bewegungsmöglichkeiten sind, wo es Bewegungsspielraum gibt. Wenn ich in der Lage bin, eine Unterstützung so zu gestalten, wird aus jeder kleinen Hilfestellung ein Bildungsprozess.

Der Blickwinkel des Bildungsparadigmas zeigt sich darin, dass

- die Pflegeperson versucht, jede einzelne Pflegehandlung so zu gestalten, dass der andere Mensch die betreffende Aktivität in seinem eigenen Körper nachvollziehen kann.

- die Pflegepersonen in der Lage sind, Hilfeleistung immer an die aktuellen Möglichkeiten des pflegebedürftigen Menschen anzupassen.
- anstelle von Behandlungsrichtlinien („so ist es zu tun“) Lern- und Entwicklungsziele formuliert sind.
- die Hilfeleistungen dazu führen, dass mehr und nicht weniger Handlungsalternativen für alle Beteiligten entstehen.

Und damit sind wir bei den 50 – 70% der Qualität der Arbeit mit anderen Menschen angelangt, die von der Kompetenz und Selbstverantwortung der einzelnen Pflegeperson abhängig sind. Nur wenn die Pflegenden und Betreuenden (auch pflegende Angehörige) in der Lage sind, dem pflegebedürftigen Menschen so zu helfen, dass er sich dabei als selbstwirksam erfährt, kann er seine Bewegungskompetenz verbessern. Dazu müssen die Pflegenden oder Betreuenden in der Lage sein, viabel zu handeln. Das heisst: Im richtigen Moment das Richtige zu tun. Kein Standard, keine Vorschrift, keine Pflegeplanung kann die Selbstverantwortung – was ja eigentlich bedeutet: Ich suche selbst nach den Antworten und Fragen, die sich in einer Interaktion stellen – ersetzen.

Wenn sich die Betreuungs- und Pflegearbeit in Zukunft an einem Bildungsparadigma orientiert, wird sie nicht mehr als «aufopfernde Hilfeleistung», sondern vor allem als «Lehr- und Lernleistung» verstanden. Die Einrichtungen des Gesundheitswesens und die ambulanten Organisationen werden zu Entwicklungs- oder Bildungsinstitutionen für die pflegebedürftigen älteren, behinderten oder kranken Menschen, aber auch für die pflegenden Angehörigen und für die Fach- und Führungskräfte selbst.

Bewegungskompetenz als Schlüsselfaktor

Seit 20 Jahren findet im deutschsprachigen Europa im Rahmen von Kinaesthetics ein Feldforschungsprozess statt, in welchem die Frage nach der Bedeutung der Bewegungskompetenz für die Gesundheitsentwicklung und das lebenslange Lernen des Menschen bearbeitet wird. Im Zentrum steht dabei die Frage, wie bestimmte Erkenntnisse der Verhaltenskybernetik¹ und der (Neuro-) -Biologie² in alltäglichen Aktivitäten und Bewegungen subjektiv erfahrbar sind und wie diese Erfahrungen systematisch beschrieben werden können.

Ich möchte Ihnen einige, vielleicht überraschende Blickwinkel näher bringen, die sich aus diesem Feldforschungsprozess ergeben haben:

- Wir können nicht stehen – was wir können ist: Nicht umfallen.
Zwischen dem Stehen eines Gegenstandes (z.B. einer Ständerlampe) und dem Stehen eines Menschen besteht ein grundsätzlicher Unterschied. Wir sind in jeder Sekunde unseres Lebens damit beschäftigt, unser Gewicht gegenüber der Schwerkraft zu kontrollieren. Dies geschieht in ständigen, zirkulären Fehlerkorrektur-Prozessen. Die Qualität, mit der ich dies tue, hat einen zentralen Einfluss auf alle physiologischen Prozesse.
- Alltägliche Aktivitäten sind nicht als Ganzes im Gehirn gespeichert und laufen sozusagen auf einmaligen Befehl unseres Gehirns ab – auch die alltäglichen Aktivitäten werden im Tun ständig neu gestaltet und unterliegen einem ununterbrochenen, zirkulären Fehlerkorrekturprozess. Mit anderen Worten: Die Steuerung der Aktivitäten befindet sich nicht im Kopf – die Steuerung beruht auf unzähligen zirkulären Kreisläufen zwischen den sich gegenseitig bedingenden Faktoren der Aktivität, der Wahrnehmung und der Fehlerberechnung und –korrektur durch das zentrale Nervensystem. Nur das Zusammenspiel der drei Faktoren macht die Steuerung aus.
- Die Hilfe für einen anderen Menschen führt dann zu mehr Handlungsspielraum und Kompetenz, wenn die helfende Person in der Lage ist, die eigene Bewegung im Tun an jede Situation anzupassen und sie zu variieren, wenn sie in der Lage ist, viabel zu handeln.

¹ Die Verhaltenskybernetik wurde durch den amerikanischen Psychologen K. U. Smith begründet.

² Gemeint sind die Forschungen von H. Maturana, F. Varela u.a.

Wie kann Bewegungskompetenz gefördert werden?

Es macht wenig Sinn, Bewegungskompetenz mit traditionellen Unterrichtsmethoden zu schulen oder zu unterrichten. Im Zentrum steht nicht ein kognitives Verständnis der menschlichen Bewegung, sondern die individuelle Auseinandersetzung mit der eigenen Bewegung. Die Erfahrungen der letzten 20 Jahre zeigen, dass Bewegungskompetenz mit Erfolg gefördert werden kann, dass die eigenen, subjektiven Bewegungserfahrungen analysiert und reflektiert werden. Dazu braucht es Instrumente oder Blickwinkel, die dem Menschen helfen, seine Erfahrungen zu beschreiben und einzuordnen. Das differenzierte Verständnis der eigenen Bewegung im konkreten Tun – und der Bewegung anderer Menschen – entsteht aus der Gelegenheit, Beobachter von sich selbst zu werden, einen ‚Innenblick‘ einzunehmen.

Damit Sie sich vorstellen können, was ich damit meine, gestalte ich mit Ihnen nun eine kurze Lernsequenz, wie sie in Kinaesthetics-Kursen stattfindet.

Zeit, Raum und Anstrengung

Wir nehmen wieder die Aktivität ‚vom Stuhl aufstehen‘.

- Helfen Sie ihrer KollegIn noch einmal, vom Stuhl aufzustehen.
Sie beschreiben einander die Qualität der Unterstützung, die Sie erlebt haben.
- Nun lernen wir einen Blickwinkel eines bestimmten Konzeptes über Eigenerfahrung kennen: Bewegung besteht auch aus einer Erfahrungsperspektive immer aus Zeit, Raum und Anstrengung.
Sie stehen vom Stuhl auf und beobachten die Veränderungen, wenn Sie eines dieser drei Elemente verändern.
- Nun variieren Sie Zeit, Raum und Anstrengung in der Interaktion mit Ihrer KollegIn.
Sie helfen ihr vom Stuhl aufzustehen, indem Sie Zeit, Raum und Anstrengung variieren. Dabei beobachten Sie sich selbst und ihre KollegIn beobachtet sich selbst.
Anschliessend diskutieren Sie die Wirkung der Veränderungen auf die helfende Person und auf die unterstützte Person.
- Nun variieren wir Zeit, Raum und Anstrengung spielerisch im Gehen.
Anschliessend beschreiben Sie Ihrer KollegIn, welchen interessanten Unterschieden Sie begegnet sind.
- Als letztes helfen Sie Ihrer Kolllelin noch einmal vom Stuhl auf.
Was hat sich nun verändert? Haben Sie neue Blickwinkel erhalten, um das eigene Tun und die Erfahrung ‚vom Stuhl aufstehen‘ zu beschreiben?

Bewegungskompetenz schafft Lebensqualität

Ich habe eingangs behauptet, dass die zukünftigen Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung neue Wege und innovative Ideen brauchen. Sie haben soeben einen Lösungsansatz in diese Richtung erlebt – den Ansatz ‚Bewegungskompetenz‘.

Im deutschsprachigen Raum haben sich in den letzten 15 Jahren vor allem in der Altenpflege durch diesen neuen Blickpunkt ganz neue Perspektiven eröffnet. Langsam aber sicher verändert sich das Bild der Aufgabe der Altenpflege. Pflegenden entdecken ihren Beruf neu, indem sie Menschen helfen, ihre Bewegungskompetenz zu entwickeln. Pflegen wird so immer mehr zu einem bildenden Beruf. Es kann nachgewiesen werden, dass durch die Förderung der Bewegungskompetenz des Pflege- und Betreuungspersonals und der pflegenden Angehörigen die Abhängigkeit der betreuten und gepflegten Menschen abnimmt. Natürlich bleiben bestimmte Gebrechen und Einschränkungen

aufgrund einer chronischen Krankheit oder Behinderung bestehen. Die Menschen und ihr Umfeld können aber – bildlich gesprochen – lernen, mit ihren schlechten Karten immer besser zu spielen.

Dass dieser Ansatz seine Wirkung nicht nur in Ländern mit einem hochentwickelten Gesundheitswesen zeigt, konnten wir im Projekt ‚Kinaesthetics Alba Iulia‘ bereits nach der Pilotphase beobachten. Ich bin aufgrund meiner Erfahrungen in Rumänien sogar der Meinung, dass in einem solchen Land die Entwicklung hin zu einem Bildungsparadigma in der Pflege viel schneller vorangehen kann. Der offensichtliche Mangel an materiellen Ressourcen wird durch die Offenheit der Führungskräfte und Pflegenden für innovative Ideen, die der Verbesserung der Lebensqualität aller Beteiligten dienen, bei weitem aufgewogen. An dieser Offenheit und Kreativität fehlt es in der Überfluggesellschaft im deutschsprachigen Raum leider oft.

Wir alle erleben, wie die ganze Gesellschaft durch den Einfluss der technischen Entwicklung unausweichlich verändert wird. Viele dieser Entwicklungen tragen zur Vereinfachung des Lebens bei, viele dieser Entwicklungen bergen aber auch Gefahren.

High Tech braucht einen Gegenpart – und der Gegenpart von High Tech ist High Touch - Menschen, die zum wechselseitigen Wohl mit einer hohen Bewegungskompetenz miteinander in Kontakt treten.

Zum Autor:

Stefan Knobel
Nordring 20
CH 8854 Siebnen
stefan.knobel@kinaesthetics.net

Beruflicher Werdegang:
Krankenpfleger / Pflegeexperte HöFa 2 / Kinaesthetics Ausbildner EKA / Erwachsenenbildner

Aktuelle Tätigkeiten:

Leiter Respool Curriculumsentwicklung und Wirkungsforschung European Kinaesthetics Association – www.kinaesthetics.net
Stiftungsratspräsident ‚stiftung lebensqualität‘ – www.stiftunglq.com
Projektleiter verschiedener Entwicklungsprojekte zu Themen Gesundheitsentwicklung / Lebensqualität / Bewegungskompetenz.