

„KINAESTHETICS“

Perspektiven zur Bewegungskompetenz für Pflegende

Kinaesthetics ist ein bewegungsorientiertes Denk- und Lernmodell. So hat es Frank Hatch, der Begründer des Konzepts, benannt. Inhalt eines Kinaesthetics-Kurses ist die Schulung oder die Auseinandersetzung mit der eigenen Körperwahrnehmungsfähigkeit. Das Angebot ist universell und wendet sich an Menschen in jeder privaten oder beruflichen Situation. In diesem Artikel wird der Schwerpunkt auf die Bedeutung des Konzepts für die gesundheits- und krankenpflegerische Arbeit gelegt.

Beim Lesen eines Artikels wird zwar gedacht und gelernt, in der Regel findet jedoch nur wenig und recht statische Bewegung statt. Um an einigen Stellen eine Verknüpfung mit den Möglichkeiten von Kinaesthetics zu erreichen, werde ich den LeserInnen Bewegungsaufforderungen anbieten, anhand derer sie ausprobieren können, welches körperliche Verständnis hinter einigen Thesen oder Begriffen liegt. Diese Absätze sind kursiv gedruckt.

Bewegungskompetenz

Der Begriff Bewegungskompetenz wird von Autoren unterschiedlicher fachlicher Sichtweisen verwendet. In der Berufsbildung unterscheidet Riedl (2007) Bewegung bei der Arbeit und Bewegung des Sports. Bewegungen bei der Arbeit seien vorwiegend am Produktionsprozess orientiert und somit in ihren Ausprägungen eingeschränkt – durch Gebrauch von Werkzeugen werden dieser Gebundenheit weitere Grenzen gesetzt. Sportbewegungen seien vielfältiger, hätten sich aus Arbeitsbewegungen entwickelt und seien nicht nur instrumentell, sondern auch personal, sozial und für

die Wahrnehmungserfahrung bedeutsam. Das erste Merkmal von Bewegungskompetenz sei die körperliche Leistungsfähigkeit. Die Kinaesthetics-Sichtweise auf Bewegung steht diesem Verständnis konträr gegenüber. Weder ist die sportpädagogische Leistungsfähigkeit eines Körpers angesprochen, noch treffen die verwendeten Begrifflichkeiten das pflegeberufliche Selbstverständnis – im Gegenteil: es geht darum, wie sich Alte, Kranke oder Schwache auch ohne Leistungsfähigkeit selbständig bewegen können. Die pflegerische, auf Ziele ausgerichtete „Produktion“ des Pflegeprozesses, berücksichtigt den zwischenmenschlichen Austausch (Interaktionen) und bezieht sich auf ein dialogisches Verständnis zur Beziehungsgestaltung vor dem Hintergrund einer durch Theorien (z.B. der von Orem) ausgerichteten Vorgabe des pflegerischen Auftrags.

Pflegerisch diskutiert wird Kinaesthetics als eine systemisch-konstruktivistische Bewegungssicht (Darmann, 2002), bei der Bewegungswahrnehmung als subjektive Konstruktion von Wirklichkeit verstanden wird. Dabei verarbeiten Menschen Bewegungsreize individuell und biografisch geprägt. Reaktionen auf Reize sind daher nicht vorhersagbar und von außen steuerbar (ebd.).

Die erlebte Reaktion auf Bewegungsreize wird gedeutet und der weitere Bewegungsverlauf wird im gemeinsamen Bewegungsablauf (interaktiv) ausgehandelt.

Diese Beschreibung entspricht der Definition des Kinaesthetics-Netzwerks, einem Zusammenschluss von Kinaesthetics-TrainerInnen, die Bewegungskompetenz als die Fähigkeit verstehen, die eigene Bewegung zu nutzen, um Herausforderungen.



ZUR PERSON

Edeltraut Döbler

Diakonieschwester

- geb. 1953 in Itzehoe
- 1973 Krankenpflegeexamen in Düsseldorf
- Berufliche Praxis: Anästhesie, Intensivpflege, OP
- 1985-1989 Vollzeitlehrgang zur Pflegedienstleitung im ÖTV-Institut Duisburg (in Kooperation mit der Universität Duisburg)
- Praktische Tätigkeit in der PDL und Gründung eines Weiterbildungsverbands Düsseldorfer Kliniken
- Weiterbildungsleitung der Fachweiterbildung für OP
- 2004 berufsbegleitendes Studium der Berufspädagogik
- Bildung und Beratung Bethel in Kooperation mit der Fachhochschule Bielefeld; zeitgleich Einsatz als Kinaesthetics-Trainerin für die Stiftung Evangelisches Krankenhaus Düsseldorf
- Meine Qualifizierungen in Kinaesthetics finden sich bei den Angaben über die Trainer unter www.kinaesthetics-net.de.

Bewegungserfahrung einer motorisch herausfordernden Situation:

Wenn Sie, liebe LeserIn, jetzt in dieser Sekunde aus dem Stand aufstehen müssten, hätten Sie ein motorisches Problem. Sie können ja Ihre Hände und Arme nicht wie sonst benutzen, weil Sie ja weiterlesen.

Probieren Sie doch einmal aus, wie sich der Beginn eines solchen Bewegungsablaufs anfühlt. Was tun Sie mit Ihrem Körper als Ganzem oder mit einzelnen Körperteilen?

Stellen Sie sich jetzt noch zusätzlich vor, Sie könnten mit Ihrem rechten Bein nicht auftreten (starke Prellungen von den Zehen bis zum Sprunggelenk nach Fahrradunfall).

Auch mit dieser Ausgangssituation versuchen Sie den Bewegungsablauf auszuführen.

Ziemlich sicher gibt es jetzt schon bei jeder von Ihnen unterschiedliche Erfahrungen. Eine ist jung, fit und muskulär stark trainiert und drückt sich auf dem linken Bein in den Stand, eine andere bekommt vielleicht gerade eben das Gesäß in die Luft, das sofort wieder abgesenkt wird.

Wenn Sie zur zweiten Gruppe gehören, können Sie jetzt natürlich alles Mögliche tun, um das Aufstehen zu erleichtern: Sie halten weiter die Zeitung in den Händen, benutzen aber Ihre Arme. Sie legen die „Diakonieschwester“ aus der Hand und versuchen, die Hände einzusetzen (vielleicht, um sich am Stuhl oder auf dem Sofa abzurücken oder irgendwo zu ziehen oder zu drücken). Sie können vielleicht Ihren Kopf auf eine vor Ihnen stehende Tischplatte legen und beim Aufstehen mit der Stirn auf die Tischplatte drücken.

Vielleicht haben Sie aber auch etwas ganz anderes gemacht? Alles, was Sie tun, um das beschriebene motorische Problem zu beeinflussen, ist Ausdruck Ihrer Bewegungskompetenz. Sie finden einen Weg, eine Veränderung einzuleiten, mit der Sie aufstehen könnten.

Beispiele kognitiver Herausforderung:

- a) Eine beliebte Patientin, die mit einem „Fixateur externe“ am rechten Unterschenkel behandelt wurde, und bei der aus verschiedenen Gründen 14 Tage lang weder eine Mobilisation auf die Bettkante noch in den Stand erfolgte, geht beim erstmaligen Mobilisieren davon aus, dass sie ja „nichts mehr kann“, weil sie „völlig schlapp sei“. Den Be-

wegungsablauf nun so durchzuführen, dass die Patientin merkt und versteht, dass er mit ihrer aktiven Beteiligung stattfindet, verändert die Bewegungskompetenz. Wenn die Patientin registriert, dass sie durch Ziehen an einer Stuhllehne oder durch Drücken in die Matratze eine Wirkung verursacht, die dazu beiträgt, in den Stuhl zu kommen, entwickelt das nicht nur ihre Bewegungskompetenz, sondern auch ihre Motivation für weitere Bewegung. Fähig zu sein steigert Selbstbewusstsein und Wohlbefinden.

- b) Ein frisch rechts beinamputierter Patient, nun beidseitig ohne Fuß, hat die Prothese links noch nicht an und möchte aber dringend auf den Nachtstuhl. Es ist nach Aussage des Patienten großer Druck vorhanden, das Anlegen der Prothese dauert zu lange. Der Patient erwartet, dass Sie ihn praktisch tragen, bzw. er hat keine eigenen Ideen oder Vorstellungen, wie er die Situation lösen könnte. Welche Bewegungsabläufe und -möglichkeiten fallen Ihnen ein, die Sie dem Patienten vorschlagen, um die bedrückende Situation schnell und sicher zu lösen?

Beispiel einer sozialen Herausforderung:

Sie sitzen in einem Konfliktgespräch. Der Gesprächspartner hört ihrer Meinung nach nicht zu, er ist nicht einsichtig u.v.m. Ihre Körperspannung steigt, Sie sitzen starr auf dem Stuhl und stehen kurz vor dem Platzen. Da fällt Ihnen ein, wie Sie die Situation für sich selbst spannungsärmer verändern können. Sie lehnen sich zurück, drücken den Oberkörper nach rechts und links, bewegen sich auch im Becken von der einen auf die andere Seite und verlieren so die Starre im Körper. Ob das dazu beiträgt, auch die Spannung im Kopf zu verändern?

Die theoretischen Grundlagen zur Entstehung, Entwicklung und zum Stellenwert von Bewegungskompetenz finden sich im Konzept von Hatch. Wesentlich ist die Feedback-Control-Theorie (FCT). Sie beruht auf den verhal-

tenskybernetischen Forschungsergebnissen von Dr. K.U. Smith, der sich wiederum auf Norbert Wiener bezieht. Sie geht ebenfalls zurück auf den durch Maturana und Varela geprägten Begriff der „Autopoiesis“. Praktisch bedeutet die Feedback-Control-Theorie, dass Menschen sich selbstgesteuert (nicht durch anderen Einfluss) bewegen, bzw. durch eigene biologische Rückmeldungsprozesse ihre eigene Bewegung gestalten:

Beispielhaft soll die Aktivität „Auf einem Bein stehen“ dies verdeutlichen. Stellen Sie sich bitte auf ein Bein und achten Sie darauf, was Sie tun. Stehen Sie oder versuchen Sie, nicht umzufallen?

Wechseln Sie das Bein. Geht es besser oder schlechter mit dem Stehen oder dem Nicht-Umfallen? Nehmen Sie das Ausgangsbein. Können Sie auf dem jetzt besser „nicht umfallen“?

Die kinaesthetisch erfahrbare Bedeutung der FCT = des „Nicht Umfallens“ liegt auch in der Schnelligkeit, mit der unser Körper in der Lage ist, die Rückmeldungsprozesse zu bearbeiten.



Patientin lernt, sich auf einem Bein selbständig in den Stuhl zu drehen.

schreiben. Die Kinaesthetics-Konzepte sind die Grundlage und das zentrale Lernhilfsmittel, mit denen in den Kinaesthetics-Programmen gearbeitet wird.

Das Konzept „Interaktion“ mit seiner Unterteilung in Sinne, Bewegungselemente und Interaktionsformen ist die Grundlage der folgenden Konzepte. Es geht dabei darum, zu erfahren, wie

- die Ansprache des kinaesthetischen Sinns durch Berührungen und Bewegungen erfolgt
- die Interaktion durch den Einsatz weiterer sinnlicher Ressourcen gefördert oder gestört wird

Entstehung von Bewegungskompetenz

Bewegungskompetenz als Fähigkeit, sich immer wieder neu in Situationen anzupassen, ist nach diesem Verständnis die Grundlage für alle menschlichen Gesundheits-, Lern- und Entwicklungsprozesse. In den Grund- oder Aufbaukursen wird die vorhandene Bewegungskompetenz der Teilnehmer bewusst entwickelt – durch Bewegungsauseinandersetzung mit den Kinaesthetics-Konzepten. Diese bieten die Möglichkeit, auf einfache Art einzelne, körperlich wahrnehmbare Empfindungen der menschlichen Bewegungsfunktionen zu erfahren und zu be-



Das Kinaesthetics-Konzeptsystem.

Kursteilnehmer führen einen aktiven Bett-Stuhl-Transfer auf einem Glideboard durch.



- wie viel Zeit und Raum für die Ausführung der Aktivität benötigt und ob sie beweglich und anstrengungsarm ausgeführt wird
- ob die benötigte Unterstützung in einer angemessenen Interaktionsform erfolgt (die Fähigkeiten des Patienten werden berücksichtigt) und
- ob beide Partner Kontrolle über jeden Aspekt des Bewegungsablaufs haben.

Zu Beginn der Auseinandersetzung mit dem Konzept sollte der „kinaesthetische“ Sinn erfasst werden. In einer leicht wahrnehmbaren Unterscheidung kann man sein Gewicht und seine Körperspannung kennen lernen.

Die Möglichkeiten mittels der Konzepte seine Aufmerksamkeit zu fokussieren, um einfache Bewegungsaktivitäten zu bearbeiten, erweitert die Komplexität derselben.

Der Vorgang ist anspruchsvoll in Bezug auf die Unterscheidungen körperlicher Wahrnehmungen.

Erfahrung entsteht durch Wiederholung – das erleichtert die kognitive Verarbeitung der Bedeutung für eine bestimmte Praxissituation.

Erfahrung und Übung sowie deren dauernde Reflexion erweitern das Bewusstsein für die unterschiedliche Bewertung von Situationen.

Bewegungsbeispiel zum Erkennen des „kinaesthetischen“ Sinns:

Legen Sie sich rücklings auf den Fußboden, das Bett oder die Couch. Schließen Sie die Augen und konzentrieren Sie sich auf Ihr Körpergewicht. Liegen alle Körperteile (Kopf, Thorax, Becken, Beine und Arme) gut auf der Unterstützungsfläche? Gibt es Unterschiede? Nach einer Weile heben Sie das rechte Bein leicht an (5 cm) und halten es in der Luft. Was geschieht jetzt mit Ihrem Körpergewicht in den einzelnen Körperteilen? Hat diese Position noch weitere Auswirkungen z.B. auf Herz-

schlag oder Atmung? Können Sie sich noch bewegen? Legen Sie das Bein wieder ab – und warten Sie, bis das Gewicht aller Körperteile wieder gleichmäßig abgegeben wird. Nun versuchen Sie es einmal mit dem leichten Anheben des Kopfes. Was geschieht jetzt mit Ihrem Körper? Hat diese Position auch Auswirkungen z.B. auf Herzschlag, Atmung und Bewegung? Beenden der Aktion wie vorher. Überlegen Sie anhand der Situation von Menschen mit Kontrakturen, ob Ihnen für die Praxis des Pflegealltags eine Bedeutung ableitbar ist.

Bewegungskompetenz und Pflege

Als Ziel eines „Kinaesthetics in der Pflege“-Kurses hat Bewegungskompetenz eine eigene Sichtweise. Bewegung kommt in jeder pflegerischen Handlung vor, sie ist dem Pflegeberuf immanent. Es ist undenkbar, einen Menschen zu pflegen, ohne ihn zu berühren und zu bewegen. Auch bei der Ausführung technischer Handlungen (wie z.B. dem Legen eines Dauerkatheters) liegt die Bewegungsperspektive nicht nur auf dem instrumentellen Vorgang des Katheterschiebens, sondern auch auf der Einstellung und Haltung der Pflegenden zu und in der Situation. Die Bewegungen des Patienten sind durch den Aspekt von Bewältigung (Ver- oder Entspannen – Zulassen der Katheterisierung) ebenfalls eingeschlossen.

Dieses pflegerische Bewegungsverständnis wird in jedem beruflichen Kontext neu bestimmt. In jedem Arbeitsfeld wird es durch unterschiedliche Aufgabengestaltung für die Patienten beeinflusst. Die Mobilisation von akut Operierten, Frühgeborenen und Hochbetagten hat sowohl als Aufgabe sowie als Handlung durch das spezielle Umfeld eine jeweils andere Akzentuierung und entwickelt daher in jedem Feld auch ein eigenes pflegerisches Expertenwissen.

Welche aktuellen Rahmenbedingungen der gesellschaftlichen und beruflichen Veränderungen fördern die Bedeutung von Kinaesthetics für Pflegenden?

Die soziodemografische Entwicklung (Alterspyramide und Fachkräftemangel) und das gewandelte Krankheitsspektrum zunehmender chronischer Erkrankungen verlangen ein Pflegeverständnis, das die traditionelle Orientierung an somatischer Behandlung und medizinischer Kuration deutlich erweitert.

Zusätzliche Anforderungen an Pflegenden werden durch die Begriffe Unterstützung und Begleitung, Förderung, Beratung und Anleitung von Patienten und Angehörigen, sowie Hilfe bei der Lebensbewältigung gestellt. Die-

se sind, gestützt auf die Erkenntnisse der Pflege- und Gesundheitswissenschaften, in den veränderten Strukturen der Versorgungssysteme klinisch, teilstationär und ambulant zu erbringen. Veröffentlichungen pflegerischer Aufgaben und Verortungen zu den Begriffen Prävention, Rehabilitation und Beratung sind inzwischen auch schon durch berufspolitische Vertretungen erschienen (www.dbfk.de).

Zudem sind die beruflich Pflegenden seit Jahren mit der systematischen Reduzierung ihrer Zahl bei einer steigenden Fallzahl von Patienten (stationär und ambulant) konfrontiert. Dies ist durch die Pflegehermometer ab 2005 eindeutig belegt (vgl. Pflegehermometer 2005 – 2011, www.dip.de).

Die geänderten Anforderungen sind schon länger in die Strukturen der aktuellen Ausbildungsrichtlinien eingegangen, wie z.B. in der Ausbildungsrichtlinie NRW (2003) dargestellt. Dort verzichtet man auf die Ausrichtung an einem Pflegemodell. Man bezieht sich auf folgende wissenschaftlich abgeleitete Dimensionen des Bereichs Pflege:

- die interaktive Dimension beleuchtet die persönliche Beziehung zwischen Pflegenden, Gepflegten und dem sozialen Umfeld
- die körperlich-taktile Dimension wird als „body to body“-Beziehung bezeichnet und bezieht sich auf den unmittelbaren intimen Körperkontakt
- die existentielle Dimension von Pflege soll zur Selbstständigkeitsförderung beitragen, Potentiale und Ressourcen zur Unterstützung und Bewältigung des Lebens nutzen und bei Leiden, Autonomieverlust und beim Sterben begleiten
- die technische Dimension bei der Arbeit mit Apparaten und Geräten
- die pädagogische Dimension von Pflege bei der Beratung und Anleitung
- die professionelle Dimension von Pflege als Akteur bei der politischen Auseinandersetzung

- die historisch-gesellschaftliche Dimension von Pflege in der Auseinandersetzung mit sich verändernden gesellschaftlichen Bedingungen.

Meine Annahme ist, dass Bewegungskompetenz dazu beiträgt, diese Anforderungen zu erfüllen.

Der Kompetenzbegriff in der Pflegebildung

Kompetenzen werden gegensätzlich zum Erwerb von Schlüsselqualifikationen, die eher verwertungsorientiert gesehen werden, verstanden. Mit dem Erwerb von Kompetenzen soll die Bildung im Klafki'schen Sinn angestrebt werden, da die erlangten persönlichen Ressourcen nicht nur im Berufsfeld einsetzbar sind, sondern persönliches Kennzeichen werden (Knigge-Demal & Eylmann 2006). Verbreitet ist die Forderung nach pflegerischer Handlungskompetenz, die in Fach-, Sozial-, Methoden- und Personale Kompetenz aufgeteilt wird. Handlungskompetenz und deren Beschreibung in Teilkompetenzen sind Konstrukte, die weder eindeutig definiert, noch direkt beobachtbar sind (Schneider, 2004). Bei der Beurteilung direkt beobachtbarer Handlungen wird daher auch von „Performance“ gesprochen.

Diese Beschreibungen korrespondieren mit dem Geschehen einer Begegnung unter kinaesthetischen Gesichtspunkten. Ich kann bei Beobachtung von Bewegung eine Beschreibung oder Bewertung derselben nur durch den Einsatz anderer Sinne (z.B. Augen u. Ohren) außer dem kinaesthetischen Sinn beurteilen. Erst wenn ich in einer Situation aktiv tätig werde, kann ich die Situation mit dem kinaesthetischen Sinn beurteilen.

Hamacher und Wittmann (2005) benennen in der Schriftenreihe der BAUA (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin) vor

allem psychologische Theorien zur Strategie des Handelns, Ergebnisse der Lehr- und Lernforschung und der Forschung zur beruflichen Kompetenzentwicklung und verweisen darauf, dass sich Handlungskompetenzen sowohl aus Handlungsfähigkeiten als auch aus der Bereitschaft zum Handeln zusammensetzen. Das selbständige und selbst-organisierte Bearbeiten und Lösen von einfachen und komplexen Problemen, Aufgaben oder von Alltagsanforderungen wird danach nicht nur von vorhandenem explizitem und implizitem Wissen und von Fertigkeiten, sondern auch von Persönlichkeitseigenschaften wie Werten, Motiven und Emotionen eines Menschen beeinflusst.

Für eine Institution, die ihre Mitarbeiter mit Hilfe von Kinaesthetics-Kursen qualifiziert, bedeutet das, die Bereitschaft anzuerkennen, dass immer wieder neue Inputs ins System erfolgen müssen, damit die Mitarbeiter in der Lage sind, vorhandene Veränderungsprozesse anzunehmen und zu steuern.

Diese Grundlagen treffen auch zu, wenn es daran geht, die in einem Kinaesthetics-Kurs erworbenen Fähigkeiten in der Praxis anzuwenden. Dazu gehört neben dem körperlichen Verständnis auch die Fähigkeit, mit negativen Emotionen umzugehen, sowie der Wille, die eigenen „alteingefahrenen“ Muster zu verlassen und neue Wege mit dem Patienten zu suchen – sich also immer wieder neu anzupassen. Dabei darf das Lernen mit dem Patienten nicht als Misslingen oder Scheitern verstanden werden, sondern als gemeinsame Orientierung, um für diese Situation einen neuen Weg zu gestalten.

Wirkung von Kinaesthetics

Es gibt außer den Nationalen Standards (www.dnqp.de) einige Versuche, sich dem Thema Kinaesthetics nach wissenschaftlichen Kriterien zu nähern. Meistens handelt es sich



um Beobachtungsstudien, Einzelfallbeschreibungen oder Fallgruppenvergleiche. Randomisierte Interventionsstudien sind noch nicht erfolgt und zum heutigen Zeitpunkt auch nicht denkbar. Aktuell wird im Rahmen einer Dissertation von Frau Lieseltraud Lange-Richmann eine Forschungsarbeit zur Wirtschaftlichkeit von Kinaesthetics erstellt. Frau Lange-Richmann arbeitet in der Stiftung Wittekindshof und plant den Abschluss der Dissertation für 2013. Ich bin schon sehr gespannt.

Bekannt geworden sind zwei Arbeiten:

- Ein Kinaesthetics-Projekt der Universitätsklinik Heidelberg bestätigte die positive Wirkung auf die Befähigung von Kursteilnehmern zu einer entlastenden Arbeitsweise. Gleichzeitig mit der eigenen Entlastung nahmen die Fähigkeiten zur gesundheitsfördernden und aktivierenden Patientenunterstützung und -anleitung zu.
- Eine Studie finnischer Pflegewissenschaftler bestätigte die Reduktion der muskulären Belastung von Pflegenden auch im Vergleich mit einer anderen Methode (Hantikainen u.a. 2005./in: Lebensqualität 1, 2007), allerdings war die Anzahl der Teilnehmer zu gering, um verallgemeinerbare Rückschlüsse zu ziehen.

sterbender Menschen. „Weitere Schlüsselaufgaben sind die Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse (Advocacy), Förderung einer sicheren Umgebung, Forschung, Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie im Management des Gesundheitswesens und der Bildung.“

Um diese Aufgabenvielfalt zu erfüllen, ist Kinaesthetics das geeignete Instrument, weil es nicht um richtige oder falsche Techniken geht, sondern darum, in einem immerwährenden Lernprozess zu reflektieren, wie ich die Situationen, in denen ich mich bewege (oder meine Patienten), bewerte und beeinflusse.

*Schwester Edeltraut Döbler,
Ev. Krankenhaus Düsseldorf*

*(Die Literaturliste können Sie über folgende Mail-Adresse bekommen:
edeltraut.doebler@kinaesthetics-net.de)*

Fazit

Die Aufgaben und Angebote professioneller Pflege sind sehr breit gefächert. Der ICN (International Council of Nurses) bildet die Breite mit der Definition von Pflege ab: Pflege „umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung.... von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften, sowie von Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund in allen Lebenssituationen (Settings)“. Eingeschlossen ist die Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und