

Rückschau – Reflexion – Bericht
Kinästhetik Grundkurs- und Einführungstätigkeit
von
Markus Wenninger
2009

Mein berufliches Arbeitsfeld als staatlich examinierter Krankenpfleger und Kinästhetiktrainer umfasst die Behandlungs- und die Grundpflege auf Stationen für neurologische Schwersterkrankungen (z.B. „Wachkoma“, apallisches Syndrom, SHT, Apoplex, degenerative hirnorganische Veränderungen), Palliativ- und Hospitzstationen, in Früh- (ab 6 Uhr), Spät- (ab 14 Uhr) und Nachtschicht (ab 22 Uhr). An meinen Kurstagen begegne ich qualifiziertem Kranken- und Altenpflegepersonal, Physio-, ErgotherapeutInnen und nicht oder wenig qualifizierten PflegehelferInnen; diese Klientel weist zum Teil erhebliche berufsbedingte Ausfall- und Verschleißerscheinungen psychischer wie physischer Natur auf, (wie Bandscheibenprolaps, chronische Knie-, HWS-, Handschmerzen, Burnout – Syndrom). Alle jedoch geben äußerste Stress- und Arbeitsverdichtung an, eine komplette Ökonomisierung ihres Arbeitsfeldes und daraus resultierend eine zunehmend frustrane Besetzung und Entfremdung von ihrer Arbeit. Bislang fallen etwa 6 - 8 Schulungstage pro Halbjahr an, was ich jedoch unbedingt ausbauen möchte.

Da ich selbst aus der Pflege komme und es mir äußerst wichtig ist, Kinästhetik aus einer *hands - on* Situation heraus weiterzugeben, gelingt mir im Unterricht ein hoher Grad an Glaubwürdigkeit – meines Erachtens entscheidend für ein entsprechendes Lernumfeld, um Veränderungen in zumeist sehr lange eingeübten Bewegungsmustern zu bewirken, zudem fast durchgehend mit Menschen, welche bereits sofort nach Ende des Kurses wieder in menschenverachtende Arbeitsabläufe eingebunden sind. Da praktisch alle TeilnehmerInnen aus hierarchischen Arbeitsstrukturen kommen und geradezu erwarten, Anweisungen und Standards vorgelegt zu bekommen, „die man jetzt befolgen muss“, bin ich von Anfang an dahingehend sehr motiviert, die Lerngruppe nicht zu dominieren oder an mir auszurichten, sondern ich bin für die Bedürfnisse und oft einfach nackten Nöte der Gruppe da – wobei ich mich in der Lage sehe, ein Spektrum zu bedienen von neurologisch fachlichem Diskurs bis hin zum Abschluss durchaus lernintensiver Wetten, ob der Intensivpatient „in Zimmer 17, Durchgangssyndrom, 140 Kilogramm“, von einer Pflegekraft alleine bewegt werden kann. Diese unautoritäre Grundhaltung ist mir äußerst wichtig, ebenso wenig wie ich selbst

durchaus im Wortsinne „herumgeschubst“ werden will, gerade im Rahmen von Körperarbeit, in derselben einführenden und von aktiver Aufmerksamkeit und Achtung geprägten Weise bin ich Teil der Lerngruppe; dieses zur – Seite – rücken meiner selbst vor und in der Gruppe sichert mir ein hohes Maß an Authentizität und niedrigschwellige Bereitschaft, sich auf Veränderungen von tief sitzenden Bewegungsgewohnheiten einzulassen. Potentielle Gefahr für das Kursgeschehen erwächst hieraus, wenn die Erschöpfung der TeilnehmerInnen zu Kursbeginn bereits hoch ist – das heißt die Aufmerksamkeit und das Aufnahmevermögen der TeilnehmerInnen sinkt zusehends mit Fortschreiten des Kurses, schlicht weil überarbeitete und respektlos behandelte MitarbeiterInnen viele kleine Pausen brauchen und Rücksicht, wenn Sachverhalte wie die Bevorzugung von Spiral- gegenüber Parallelbewegungen irgendeinen verkörperten Sinn machen sollen, der im nächsten Frühdienst funktionieren wird.

Das größte Hindernis für die meisten TeilnehmerInnen scheint zu sein, alternative Bewegungsabläufe mit der PatientIn in jeweils konkrete Handlungsstrukturen „allein, auf Schicht“ zu implementieren – solcherlei Einwände reichen dann von „das geht bei meinen Patienten nicht“ über „die Zeit dazu habe ich nicht“ zu „du als Mann kannst das, aber ich als Frau schaffe das nicht“. In der Vermittlung halte ich bloß theoretisch-reflexive Beiträge sehr zurück, um solcherlei Inhalte direkt am Bett in die handelnde Selbsterfahrung mit einzuflechten. Wenn TeilnehmerInnen im nächsten Frühdienst nicht direkt kinästhetisch handeln können, in irgendeiner wenigstens minimalen Weise, dergestalt zum Beispiel, dass sie PatientInnen nicht mehr mit Kraft in Gelenkszonen fassen, dann hat der Unterricht versagt. „Was kann ich damit machen?“ ist meines Dafürhaltens dem „was macht das [Kinästhetik] mit mir?“ vorrangig. Diese obig erwähnten Einwände als erstes zu entkräften, indem ich gleich eingangs darum bitte, jetzt nicht an Pflegevorgänge außerhalb des Kursraumes zu denken, sondern dem eigenen Bewegungslernen eine Chance zu geben, musste ich erst einigermaßen mühsam lernen und solchem begegne ich in jedem Kurs wieder. Der ganze Pflegeprozess, wie er in praxis heute am PatientInnenbett ankommt beziehungsweise vom pflegenden Personal in den heutigen Arbeitsumwelten realisiert wird und gelebt werden muss, ist auf Verunselbständigung der Pflegepersonen hin ausgelegt. Allerdings glaube ich nicht, dass es so etwas wie pädagogische Rezepte für diese grundsätzliche Situiertheit der Weitergabe kinästhetischer Arbeit gibt – meine grundsätzliche Bereitschaft, den Pflegenden auf genau ihrer Arbeitsebene zu begegnen, ihren Frust, ihre Belastung und konstitutive Erfahrung von Missachtung zu teilen und Kinästhetik in einer wertschätzenden, konkreten Erfahrbarkeit direkt aus meinem Pflegealltag ihnen nahe zu bringen zu suchen, erachte ich als ein ausgesprochenes Bonum meinerseits.

Verwunderung löst bei mir des Öfteren die zumeist unzureichende Selbstinformation auf Seiten der Arbeitgeber aus, was die Natur der Kinästhetikarbeit angeht: Dass eine Körperarbeit im Pflegeumfeld auch zu Schulungszwecken ein Pflegebett benötigt, aber keinen Laptop-Anschluss, ist grundsätzlich immer vom Dozenten zu beantragen und nicht problemlos zu bewerkstelligen, auch sind TeilnehmerInnen so erleichtert wie verwundert, dass Weiterbildung keinen Vortrag nebst „powerpoint“ - Präsentation beinhaltet, sondern direktes Lernen am eigenen Körper und dem anderer. Auch was die Schulungszeiträume angeht, erfahre ich die meisten einladenden Arbeitgeber als an einem Fortbildungsschema orientiert, welches Kinästhetik als eine Liste an Merkgeregeln begreift, welche weitergegeben werden und sich „wie von selbst“ vervielfältigen, so dass mein Unwillen, in einer inhouse – Schulung gerade einmal zwei Stunden kinästhetische Arbeit zu unterrichten, auf Verwunderung stößt; praktisch die Regel, aber von der didaktischen wie rein physischen Ausgangslage her sehr ungünstig sind die Lehreinhalte, wo die TeilnehmerInnen bereits einen Frühdienst hinter sich gebracht haben, und dann noch mit mir mehrere Stunden arbeiten müssen, anstatt dass MitarbeiterInnen für einen solchen Grundkurs zum Beispiel freigestellt würden. Natürlich sind zwei Stunden Kinästhetik besser als gar kein Zeitraum für Bewegungsalternativen, aber der Frühdienst kann meinerwegen nicht nach Hause und der Spätdienst nicht mit der Arbeit beginnen – eine denkbar schlechte Ausgangslage für eine Körperarbeit, welche *leibliche*, nicht kognitive Aufmerksamkeit und wortwörtliches Fingerspitzengefühl ebenso erfordert wie ermöglicht.

Eine mir sehr spannende und keineswegs harmonisch gelöste Arbeitssituation finde ich bei Einsätzen auf Schwerstbehinderten-Wohngruppen vor, wo Menschen leben, deren Körperstruktur zum Teil drastisch anders ist als bei solchen, deren physiologisch entwickeltes Skelettsystem erst durch ein Trauma auf das Schwerste gestört wurde – die Bewegung und Lagerung von Menschen, deren Wirbelsäule von Anfang an gänzlich anders eingerichtet ist als im Normalfall (wobei „normal“ einfach mein Körper ist beziehungsweise meinem ähnliche), unterliegt von der Verteilung von Kontakt- und Bewegungszonen bis hin zu den Veränderungen in deren Gewichtsverteilung von Anfang an veränderten Bedingungen wie auch entsprechenden Lösungsversuchen meinerseits. Insbesondere in solchen Wohngruppen, deren Umfeldsituation doch sehr von dem eines Krankenhauses zum Beispiel verschieden ist, sind die größten Störfaktoren die Angehörigen, die oft unter großen persönlichen Opfern jahrelang ihre Kinder EhepartnerInnen oder Geschwister gepflegt haben und daraus eine völlig unangebrachte und unreflektierte Autorität gegenüber den Pflegepersonen

beanspruchen; die Persistenz von schlichten Fehlern wird in einer solchen Situation fast unüberwindbar: Zum Beispiel lässt sich in einem klinischen Umfeld das Unterlagern des unteren Ellbogens in Seitenlage noch situativ und in kollegialem Gespräch von „das haben wir immer so gemacht“ zu „das machen wir jetzt anders“ verändern dahingehend, dass die erzwungene Rotation der Schulter nach vorne innen und oben abgelöst wird von einem funktionelleren Verständnis der Organisation des menschlichen Körpers - dagegen ist ein Elternteil praktisch nicht in der Lage, in dieser Situation rationell zu handeln und hört nur den jahrelangen Schmerz erzeugenden Lagerungsfehler, mit der Folge, dass Kinästhetik komplett unterbunden wird an dieser Stelle. Wenn hier nicht von Seiten der Pflegedienstleitung autoritär bestimmt wird, dass es auch anders, kinästhetisch geht, sehe ich keine Chance, Angehörigenregime in ein zeitgenössisches Verständnis von kinästhetischer Pflege zu überführen. Im Kontakt mit Angehörigen erfahre ich wenig bis praktisch kein Verständnis für Alternativen im Umgang mit dem menschlichen Körper, wobei nicht zu übersehen ist, dass einer Krankenschwester oder einem Krankenpfleger das geringste Maß an Kompetenz, Überlegung und fachlicher Reflektion zugestanden wird – es kann durchaus sein, dass Angehörige Veränderung und Korrektur durch einen Arzt oder eine Physiotherapeutin ebenso wenig nachvollziehen können, aber deren Autorität wird gemeinhin akzeptiert. Polemisch ausgedrückt, hat das Wort der Pflegeperson ebensoviel Gewicht wie das der Putzfrau, nämlich gar keines. Das Ereignis, dass eine Angehörige wohl angesichts einer Bauchlagerung unverständlich und eher ablehnend reagiert, aber dennoch das Gespräch mit dem Pflegepersonal sucht und kooperativ nach Aufklärung sucht, ist äußerst selten.

Meinen primären Einsatz- und Aufgabenbereich, in welchem ich Kinästhetik einbringen kann und wo den mit Abstand dringenden Bedarf für einen zeitgenössischen und validen Umgang mit veränderten Menschen sehe, und für eine radikale Änderung der bestehenden Verhältnisse weg vom „Heben und Tragen“ hin zu sinnvoller Körperarbeit, ist der Schwerstpflegebereich inklusive der Geriatrie. Besonders letztere arbeitet permanent und für das heutige System geradezu konstitutiv in äußerster Arbeitsverdichtung – es geht nurmehr darum, schwere Lasten in möglichst großer Zahl so schnell wie möglich zu bewegen. Kinästhetik bedeutet hier nichts anderes als eine grundlegende Veränderung im konkreten Umgang mit Schwerstpflegebedürftigen. Trotzdem Kinästhetik zunehmend, in geringem Stundenumfang zumeist, aber immerhin, in Curricula von Kranken- und Altenpflegeschulen auftaucht, wird es dort und dann, so mein Eindruck, wenn ich jungen Pflegenden in Kursen begegne, sehr praxisfern und unter überbetonten Selbsterfahrungsaspekten und bei weitem zu

kurz unterrichtet. Dieses Verständnis von Kinästhetik beziehungsweise das Weitergeben als solches macht aus Kinästhetik eine kaum effektive Mischung von esoterischer Entspannungsarbeit und einer Art Trick, schwere PatientInnen zu bewegen. Dahingegen versuche ich zur Zeit, in mein Unterrichtsmodell einen so genannten Praxistag zu integrieren, das heißt nach einem oder zwei Tagen Arbeit am, mit und durch den eigenen Körper direkt in die pflegerische Praxis der TeilnehmerInnen zu gehen: Ich beginne mit dem Frühdienst auf Station 1, übernehme dort mit der Pflegeperson vom Dienst jeweils ein oder zwei Zimmer, wo wir gemeinsam die BewohnerInnen versorgen, von der Ganzkörperpflege über die Medikationsverabreichung bis zum Frühstück, dann verlasse ich die Station 1 und begeben mich auf die 2, wo der Arbeitsauftrag bereits die Mobilisation in den Lagerungsrollstuhl beinhaltet und Baden, dann begeben sich auf Station 3, wo Mittagessen reichen beginnt, das Wiederzubettbringen von PatientInnen und beispielsweise den Wechsel der Trachealkanüle und so fort. Solcherlei Praxistage konnte ich noch bislang nicht allzu viele etablieren, aber sie fördern meines Erachtens die Implementierung kinästhetischen Arbeitens enorm, weil die Anleitungssituation die reale Umsetzung der Selbsterfahrung und Erweiterung der eigenen körperlichen Bewegungskompetenz in der Arbeitssituation mit im Zustand veränderten PatientInnen ermöglicht und erfolgreich umsetzt. Dabei ist es hilfreich, den Praxistag vom Kursgeschehen zeitlich etwas zu trennen, weil sonst die TeilnehmerInnen gewissermaßen die Lösung der eigenen Zweifel und Verständnisschwierigkeiten nicht im und am eigenen Leib suchen, sondern gerade erst recht auf das Missverständnis von Kinästhetik als besonders clevere Bewegungsschule verfallen, da sie Aufklärung eben am „Patienten N.N. in Zimmer 5“ erwarten, was ihnen in der Selbsterfahrung und der Erprobung eigener Möglichkeiten dadurch verwehrt bleibt. Gibt es jedoch eine Fortführung der Einführung oder des Grundkurses Kinästhetik nach einiger Zeit, können in der alltäglichen aufreibenden Pflegesituation die konkreten Erfahrungen und Schwierigkeiten *in situ* und vor Ort geklärt werden, was eventuellen Lernerfolg und erweiterte Bewegungskompetenz sehr festigt.

Insbesondere unter den Gesichtspunkten menschlicher Funktion und dem der Umgebung (hier zu eng gefasst als alles, was der Mensch nicht selbst ist) steht Kinästhetik meiner Erfahrung nach allen zeitgenössischen Pflegesituationen und –lösungsstrategien auftretender Pflegeprobleme, wie sie zum Beispiel in der Pflegeplanung und –dokumentation ausgeführt werden, in diametraler Opposition gegenüber: Zum Beispiel sind Lagerungsrollstühle sehr oft baulich nur mit Mühe veränderbar, das heißt Seitenteile sind nicht abnehmbar und das Gerät ist einzig auf Stabilität und explizit Bewegungshemmung

ausgerichtet (auf der Verpackung eines bestimmten Sicherungsgurtsystems für SpastikerInnen findet sich die Aufschrift „Immobilisation“ expressis verbis), und Pflegende werden von allen Handlungsprozessen einzig auf ökonomische Effizienz hin ausgerichtet (: immer mehr PatientInnen in immer kürzerer Zeit zur Ganzkörperpflege...), ganze Einrichtungsstandards definieren sich über den Hilfsmiteleinsetz statt über Bewegungskompetenz (ein Lifter oder eine Anitdekubitusmatraze können der Krankenkasse per ärztlicher Verordnung angelastet werden, die zusätzlichen Pflegenden, welche häufigere oder zeitintensivere weil sorgfältigere Bewegungsintervalle zum Beispiel auf geriatrischen oder neurologischen Stationen möglich machen, müsste die Einrichtung beziehungsweise deren Träger selbst finanzieren – deshalb ist es, nicht nur metaphorisch gesprochen, für einen Träger immer attraktiver, eine Krücke einkaufen zu lassen, anstatt die (Mitarbeiterinnen-) Kompetenz zu erwerben, ohne Krücken gehen zu lernen oder deren Gebrauch zu reduzieren.).

Vor etwas mehr als einem Jahr begann ich eine Ausbildung zum Feldenkrais – Praktizierenden, durchaus in der Fortführung meiner kinästhetischen Arbeit und zur Verbesserung meiner Einkommenssituation in Sachen Körperarbeit. Die Veränderungen und wechselseitigen Einflüsse dieser beiden Bereiche sind interessant zu beobachten, zumal das Objekt der Betrachtung mein eigener Umgang mit mir und den PatientInnen ist, welche ich zu versorgen habe. Anfangs kam es mir so vor, als sei Feldenkraisarbeit der globalere Ansatz, dem Kinästhetik folgte, wofür ja auch die historische Entwicklung spräche. Heute jedoch denke ich, Kinästhetik liegt systemisch-logisch der Feldenkraisarbeit voraus, wenn sie auch letzterer geschichtlich nachfolgt: Kinästhetik kann nicht für sich selbst getan werden, sie ist immer an einem Gegenüber ausgerichtet – Kinästhetik verlässt praktisch von Anfang an das Feld der reinen Selbsterfahrung, um das Bewegungslernen im Kontakt mit dem Nächsten zu suchen; diese auf Beziehung angelegte konstitutive Struktur der Kinästhetik gilt sogar für den Umgang mit dem eigenen Körper, der hier nicht so sehr wie in der Feldenkraisarbeit als dynamischer *Entwicklungs-* und Lernzusammenhang begriffen wird, sondern als im Fließgleichgewicht befindlicher *Funktionszusammenhang*. Während in Feldenkraisarbeit eine Bewegung völlig sich selbst genügt und ihre Rechtfertigung im Tun allein liegt, insbesondere wenn es um Schwierigkeiten geht, welche aus parasitärer und gewohnheitsmäßiger Mehrarbeit und Anstrengung herrührt, geht es Kinästhetik immer um etwas, einen Funktionszusammenhang mit der Umgebung (wobei Umgebung sogar und besonders der eigene Leib sein kann, durch, in und mit dem sich einzelne Körperteile anderen die Bewegungsumgebung sowohl vermitteln wie auch darstellen). Es gibt keinen extensiven

Grund, warum ein Körper wieder lernen kann, die Beweglichkeit der Hüftgelenke aus einer Übung heraus fort zu entwickeln, indem der eigene erste Zeh mit dem Zeigefinger gegriffen wird und dabei das Knie des Beine unter dem entsprechenden Ellbogen hindurch geführt wird und zurück; die Spiralbewegung des menschlichen Beckens jedoch, welche beim Aufsetzen an der Bettkante geschieht und die angeleitet wird, trägt ihre Rechtfertigung nicht in sich, jedenfalls nicht nur, sondern sie ist auf ein Außen der Bewegung selbst bezogen, eben jenem Aufsetzen. Ich mache die Erfahrung in meinem eigenen Lehren und Lernen, dass innerhalb einer kinästhetischen Folge mein Körper beginnt, eine Art Feldenkrais – Sinn zu entwickeln, ich probiere viel mehr als früher Alternativen, versuche Widerstände und Möglichkeiten von Einfachheit zu finden; es ist, als ob aus meiner Erfahrung, dass Kinästhetik eine aus einer zweistelligen Beziehung in harmonischen Kräftegleichgewicht in Instabilität eine Dynamik sich entwickelt, die in Bewegung umsetzbar ist, ein kinästhetisches Arbeiten wird poco a poco, welches den Körper, der von mir bewegt wird, und dem eigenen, mehr in eine funktionale Integration (sic!) in / zu einen einzigen bringt. Die Art, mit welcher in kinästhetischer Sicht und Herangehensweise Bewegende und zu Bewegende ihre Körperteile *zueinander* in Beziehung setzen, ihre Kräfte *aufeinander* abstimmen und ihre Bewegungsvektoren im Kontakt *miteinander* harmonisieren, ist meiner Vermutung identisch mit der Methode Feldenkrais', diese Arbeit in die eigene, je individuelle Körperstruktur und das Körperbild einzuschreiben und mit, durch und in ihr zu arbeiten. Feldenkraisarbeit ist in den einzelnen Körper zurückverlegte Kinästhetik, oder, andersherum, Kinästhetik ist Feldenkraisarbeit in zweistelliger Relation – das erscheint mir jedenfalls als untersuchungswerte These¹.

¹ Was „Funktionale Integration“ angeht, könnte man einwenden, dass solche gerade einem Hilfesuchenden von einem Experten gegeben würde: Doch die Behandlung eines Menschen auf einem Feldenkrais – Tisch ist gerade keine Handlung eines Aktiven an einem Passiven, um die Schmerzen oder die Krankheit Letzteren zu beheben, also eine Heilung mittels Expertenwissens, sondern die rehabilitative Arbeit wird ganz von der Person getan, die scheinbar passiv ist und alle Anstrengung abgibt. Die Feldenkrais Anwendende in einer „Funktionale Integration“ – Sitzung, soweit verstehe ich diese Körperarbeit mindestens bislang, vermeidet in erster Linie Manipulation und die Rollenverteilung in einen aktiven und einen passiven Part; dieses führende Folgen ist orientiert am geringeren Widerstand, an weniger Muskelarbeit und Mühelosigkeit, wenn „Funktionale Integration“ in einem Sinne eine zweistellige Relation darstellt, dann allein in dem Sinne, dass die zweite, die handelnde Person in einem gänzlich unmetaphorischen Sinne Anbahnungsarbeit leistet, damit die behandelte Person zu sich findet, das heißt, nicht oder in geringerem Maße eigenbestimmt das eigene leibliche Sein übernehmen kann.