



**Effektivität kinästhetischer
Mobilisationstechniken zur Förderung der
Beweglichkeit und des Wohlbefindens
geriatrischer Patienten in der Pflegepraxis:
Eine Literatur-Analyse**

Pflegefachfrau/Pflegefachmann

Abgabe: [XX.XX.XXXX]

Inhaltsübersicht

1. Einleitung.....	1
2. Grundlagen der Kinästhetik in der geriatrischen Pflege.....	2
2.1 Definition und Entwicklung der Kinästhetik.....	2
2.2 Besonderheiten der geriatrischen Pflege.....	4
2.3 Theoretische Grundlagen der Bewegungsförderung.....	6
2.4 Konzeptionelle Ansätze in der Mobilisation.....	9
3. Anwendungsbereiche kinästhetischer Mobilisationstechniken.....	11
3.1 Präventive Maßnahmen.....	12
3.1.1 Sturzprävention.....	12
3.1.2 Kontrakturprophylaxe.....	14
3.1.3 Dekubitusprophylaxe.....	18
3.2 Therapeutische Interventionen.....	20
3.2.1 Bewegungsförderung im Bett.....	20
3.2.2 Transfer und Positionswechsel.....	22
3.2.3 Gangschulung und Gleichgewichtstraining.....	27
3.3 Rehabilitative Aspekte.....	29
4. Effektivität kinästhetischer Mobilisationstechniken.....	32
4.1 Physische Auswirkungen.....	32
4.1.1 Beweglichkeit und Mobilität.....	32
4.1.2 Muskelkraft und Koordination.....	35
4.2 Psychosoziale Effekte.....	37
4.2.1 Wohlbefinden und Lebensqualität.....	37
4.2.2 Selbstständigkeit und Autonomie.....	40
5. Implementierung in der Pflegepraxis.....	42
5.1 Schulung und Qualifizierung des Pflegepersonals.....	43
5.2 Integration in den Pflegealltag.....	45
5.3 Dokumentation und Qualitätssicherung.....	48
6. Herausforderungen und Limitationen.....	50
6.1 Organisatorische Barrieren.....	51
6.2 Personelle Ressourcen.....	53
6.3 Strukturelle Rahmenbedingungen.....	57

7. Fazit.....	59
Literaturverzeichnis.....	62
Plagiatserklärung.....	69

1. Einleitung

Die Förderung von Beweglichkeit und Wohlbefinden geriatrischer Patient*innen stellt eine wesentliche Aufgabe der modernen Pflege dar. Aufgrund des demografischen Wandels und der stetig steigenden Zahl älterer Menschen wächst die Bedeutung spezifischer Konzepte, die auf die Bedürfnisse der multimorbiden Generation eingehen. Meistens führen Faktoren wie Immobilität, Muskelabbau, Stürze und psychosoziale Belastungen zu einer deutlichen Verminderung von Lebensqualität und Selbstständigkeit. Um diesen Komplikationen vorzubeugen, bekommen evidenzbasierte Strategien in der Pflege an Bedeutung.

Kinästhetische Mobilisationstechniken bieten eine Möglichkeit, die bestehenden Ressourcen der Patient*innen zu nutzen. Indem auf einen bewussten Bewegungsablauf geachtet wird, soll die vorhandene Muskelkraft genutzt und die Beweglichkeit erhalten beziehungsweise verbessert werden. Zudem kann durch ressourcenschonendes Handeln das Pflegepersonal entlastet und die pflegerische Qualität verbessert werden. Viele Literaturquellen zeigen, dass die Kinästhetik in ihrer Anwendung positive Auswirkungen auf Beweglichkeit, Selbstständigkeit und Wohlbefinden hat. Nichtsdestotrotz kommt es in der Umsetzung oftmals zu Hürden, wie unzureichenden Schulungsangeboten und personellen sowie strukturellen Ressourcen.

In der vorliegenden Bachelorarbeit soll die Wirksamkeit kinästhetischer Mobilisationstechniken im Hinblick auf die Förderung von Beweglichkeit und Wohlbefinden geriatrischer Patient*innen genauer untersucht werden. Die Arbeit soll durch eine systematische Literaturrecherche die Frage beantworten, wie effektiv kinästhetische Mobilisationstechniken in der Pflegepraxis von geriatrischen Patient*innen bei der Förderung von Beweglichkeit und Wohlbefinden sind. Es wird ein Überblick über theoretische Grundlagen, Literaturquellen, Fallberichte und evaluierte Schulungskonzepte gegeben, um die zentralen und physischen Einflüsse auf Mobilität und Muskelkraft, sowie psychosoziale Faktoren wie Lebensqualität, Wohlbefinden und Autonomie zu beschreiben.

Zunächst wird das theoretische Grundgerüst der Kinästhetik vorgestellt. Darauf folgt eine Erklärung über die verschiedenen Anwendungsbereiche in der geriatrischen Pflege, von der Prävention über die Therapie bis hin zur Rehabilitation. Danach werden die Effektivität sowie die Qualifizierung und Qualitätssicherung der Kinästhetik in der Pflegepraxis beschrieben und kritisch betrachtet. In den darauf folgenden Kapiteln werden Herausforderungen und Limitationen diskutiert, bevor die Arbeit mit Fazit und Ausblick schließt.

2. Grundlagen der Kinästhetik in der geriatrischen Pflege

Die Basis der kinästhetischen Prinzipien in der Geriatrie bietet einen Einblick in die Entwicklung, die theoretischen Grundlagen und die Methoden einer ressourcenorientierten Mobilisation. Im Kontext der gesamten Arbeit soll erläutert werden, wie mit Hilfe kinästhetischer Prinzipien älteren Menschen zu mehr Lebensqualität verholfen werden kann.

2.1 Definition und Entwicklung der Kinästhetik

Die Kinästhetik entwickelte sich aus dem Gedanken, dass pflegerische Tätigkeiten wie Berühren und Bewegen nicht explizit betrachtet werden und somit der Einfluss auf die Bewegungsförderung außer Acht gelassen wurde. Erst durch das bewusste Auseinandersetzen mit Bewegungsprozessen ist es möglich, Bewegungseinflüsse auf die Bedürfnisse pflegebedürftiger, älterer Menschen abzustimmen (Asmussen 29). Das Bewusstmachen von Bewegungsprozessen hat zu neuen Erkenntnissen für die Pflegemobilisation geführt und kann somit der Orientierung, der Sicherheit und dem Vertrauen der Pflegeempfänger*innen positiv entgegenwirken (Asmussen 29-31).

Das Stärken von Bewegungen in der Mobilisation und das Nutzen von Ressourcen der Gepflegten förderte durch die Kinästhetik deren Eigenaktivität. Vor der Anwendung der kinästhetischen Techniken wurden viele Transfers durch unbegleitete, passive Aktionen forciert (Asmussen 30). Interaktive Übungen mit den Pflegebedürftigen förderten somit deren Eigenaktivität (Asmussen 30-31). Das Ziel der kinästhetischen Bewegungseinflüsse soll dem Anpassen der Bewegungen und der Schonung der eigenen Kräfte im Alter dienen. Durch die Schulung der Pflegefachkräfte durch Grund- und Aufbaukurse werden die pflegerischen Tätigkeiten im Bereich der Bewegungserfahrungen für die Pflegebedürftigen angepasst, Ressourcen genutzt und die Selbstständigkeit gefördert (Asmussen 31).

Die Praxisevaluationen der Kinästhetik zeigen auf, dass durch die Anwendung von kinästhetischen Methoden die Pflegebedürftigen ihre Teilhabe an Aktivitäten des Lebens

gesteigert haben. Sie können wieder mehr eigenaktive Bewegungsanteile übernehmen und durch die Förderung dieser Bewegungen eine höhere Lebensqualität erreichen (Asmussen 31; Asmussen und Huth 45). Diese positive Entwicklung ist in erster Linie mit einer Praxisbegleitung in Verbindung mit Weiterbildungen erreicht worden, da es länger dauernde Veränderungen im Pflegealltag ermöglicht (Asmussen und Huth 47). Kurse einmalig besucht, ohne Begleitung in der Praxis, zeigen einen mangelnden Nutzen für eine lange Umstrukturierung auf (Asmussen und Huth 47). Eine sinnvolle Umsetzung erfordert die kontinuierliche Teamqualifikation und die konsequente Anwendung in der Pflegeeinrichtung (Asmussen und Huth 47).

Die inhaltliche Weiterentwicklung der Kinästhetik orientiert sich an pflegewissenschaftlichen Standards, mit dem Ziel, Interaktionen zwischen Pflegefachpersonen und zu Pflegenden gemäß gesundheits- und entwicklungsförderlichen Prinzipien zu gestalten (Asmussen-Clausen 1). Sie wird als wissenschaftliche Fundierung für Bewegungsinterventionen und als evidenzbasierter, interaktiver und sich anpassender Umgang mit der bewegten Herausforderung bezeichnet (Asmussen 31). Die Mobilisationstechniken in der Pflege können so angepasst werden an die neuen Herausforderungen wie die wachsende Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit im Alter (Asmussen-Clausen 1; Asmussen 31). Im Besonderen die Orientierung an Entwicklungsprozessen sind entscheidend für das Mobilisieren im Alter. Der Expertenstandard betont, dass die Pflege nach den subjektiven Erfahrungen des/der Betroffenen ausgerichtet werden sollte (Asmussen-Clausen 1).

Die Besonderheiten in der geriatrischen Pflege sind die Multimorbidität, Stürze, Mobilitätseinschränkung und Frakturen der alten Menschen. Diese verlangen von Pflegefachpersonen eine individuelle Anpassung in der Mobilisation. Durch die Anwendung von Bewegungsförderungstechnik konnten sich die Pflegeempfänger*innen nach dem Einsetzen einer Endoprothese besser und schneller mobilisieren (Ostehr 51). Eine weitere Erkenntnis brachte die Studie hervor, dass die Pflegebedürftigen durch die Anwendung von kinästhetischen Techniken schneller zur Selbstständigkeit zurückgefunden haben als durch andere Mobilisationstechniken (Ostehr 51). Da diese Erkenntnisse mit verschiedenen Faktoren wie Alter, Gesundheitszustand, kognitiven und funktionellen Störungen im Zusammenhang stehen, dürfen die Mobilisationstechniken der Kinästhetik im höheren Alter nicht mit standardisierten Vorgehensweisen durchgeführt werden (Ostehr 51).

Die Praxis der Kinästhetik zeigt, dass diese Techniken besonders sinnvoll sind bei häufigen geriatrischen Beschwerden wie Wirbelkörper- und Schenkelhalsfrakturen und chronischen

Schmerzen (Grahl 20; Ostehr 51). Die kinästhetischen Techniken zielen bei den Bewegungsabläufen in der Mobilisation, in einer besonders ökonomischen Art und Weise, auf eine schmerzfreie und ressourcenaktivierende Bewegung der Pflegebedürftigen ab (Grahl 20). In vielen Studien und Umfragen wurde der positive Einfluss der Kinästhetik bestätigt. Es scheint, dass man die Patient*innen mit kinästhetischen Techniken in den Operationen schmerzfrei mobilisieren kann. Dies fördert die motivationale Einstellung zur Eigenaktivität und erhöht damit das Autonomiepotential der Patient*innen (Grahl 20). Die schmerzbezogene Bewegungseinschränkung wird durch die Kinästhetik reduziert, und mit deren Einsatz in der Schmerz- und Bewegungsförderung werden die Pflegebedürftigen emotional entlastet (Grahl 20; Ostehr 51).

Die Kinästhetik in der Pflege hat sich durch ständige Evaluation weiterentwickelt und sich so an die spezifischen Bedürfnisse der Patient*innen und an die sich verändernden Herausforderungen im Pflegealltag angepasst. Durch die individuellen Mobilisationstechniken konnte der Erfolg gesteigert werden (Ostehr 51).

2.2 Besonderheiten der geriatrischen Pflege

Die Besonderheiten in der geriatrischen Pflege umfassen durch die Multimorbidität und die hochgradige Pflegebedürftigkeit, wobei nahezu die Hälfte der älteren Menschen einen Pflegegrad 4 oder 5 hat und der Bedarf an Mobilisationskonzepten besteht, das diese Beeinträchtigungen so gut wie möglich kompensieren sollen (Berger, Bewegungsförderung 3). Die individuellen Ressourcen werden analysiert und optimal genutzt.

Pflegebedürftige Menschen weisen komplexe Beeinträchtigungen auf, die zum Teil in Wechselwirkung zueinander stehen und deshalb flexibel mit den Mobilisationsmethoden und mit einer ganzheitlichen Sicht auf die Patient*innen umgegangen werden muss, um Stürze und Kontrakturen zu vermeiden. Es zeigt sich die Dringlichkeit der Umsetzung bewegungsfördernder Pflege auch in stationären Einrichtungen durch die hochgradige Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit (Berger, Bewegungsförderung 3).

Die Situation und Realität pflegebedürftiger Personen ist durch die kognitiven, physischen und sozialen Beeinträchtigungen in allen stationären Einrichtungen durch die Altersheime sowie dem Krankenhaus zu erkennen. Gezielte Bewegungsförderung dient dazu, die Isolation, Bewegungsarmut und soziale Benachteiligung von älteren Menschen zu

vermeiden. Die Studienergebnisse zeigen auf, dass bei den Pflegefachpersonen Schulungen und Fortbildungen sowie eine bessere Interprofessionalität vorhanden sein müssen, damit Ressourcen geschont werden können, um die Beweglichkeit zu unterstützen und einen Rest an Selbstständigkeit erhalten werden kann (Berger, Bewegungsförderung 3; Asmussen 30-31).

Ein Fünftel aller Menschen über 85 Jahre sind immobil und knapp 40 Prozent aller Pflegeeinrichtungs-Bewohner*innen sind bettlägerig. Hierbei kommt es schnell zum Muskelabbau. Die Abnahme des Muskelmassenanteils ist bei 0,7 Prozent täglich und zeigt einen großen Schaden der Kontrakturen, Dekubiti und Isolation (Berger, Bewegungsförderung 4). Die zunehmende Schwächung der funktionellen Leistung führt langfristig zur Versorgungsabhängigkeit (Berger, Bewegungsförderung 4).

Immobility erhöht das Risiko, an einer Depression zu erkranken, da durch den Kontrollverlust und die soziale Isolation Angst entsteht und es zur Verschlechterung der Lebensqualität kommt. Bewegungsfördernde Maßnahmen können als präventive Handlung eingesetzt werden, um Störungen zu vermeiden und ein positives Gefühl aufzubauen (Berger, Bewegungsförderung 4; Kaiser 27).

Bei den Mobilisationsmethoden mangelt es vor allem im geriatrischen Bereich an der ressourcenaktivierenden Mobilisation. Obwohl nachgewiesen ist, dass die Kinästhetik eine ressourcenorientierende Mobilisation unterstützt, ist eine passive Transfermethode weit verbreitet. Empirische Studien zeigen auf, dass durch die Kinästhetik die Bewegungskompetenz unterstützt wird und eine differenziertere und aktivierende Bewegung erzielt werden kann, sowie sich auch dadurch das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten der Patient*innen verbessert und sich daraus mehr Motivation, die Aktivitäten selbstständig weiterzuführen, entwickelt, die wiederum die Lebensqualität der Personen erhöht (Asmussen 30-31).

Zudem soll die Eigenaktivität in der geriatrischen Pflege so weit als möglich unterstützt werden, um die Abhängigkeit zu vermeiden und eine Prävention der Kontrakturen und Dekubiti zu leisten. Damit eine bewegungsorientierte Pflege in den Institutionen etabliert werden kann, muss von dem Pflegepersonal und den Institutionen ein Umdenken der Arbeitsgewohnheiten stattfinden, damit die Pflege der alten Menschen im Zentrum der Organisation steht (Asmussen 30-31).

Die Pflegepersonen erleben körperliche Schmerzen und Symptome aufgrund ihrer

Arbeitstätigkeit. Die meisten Pflegepersonen leiden unter Rückenschmerzen oder Muskelkater. In Studien wurde festgestellt, dass bei 79 Prozent der Pflegekräfte der Rückenschmerz an der Wirbelsäule präsent war. Diese Schmerzen können die Pflegefachkräfte bei ihren Tätigkeiten in Bezug auf die Gesundheitsversorgung einschränken. Die Ergebnisse zeigen auf, dass die Pflegepersonen durch das Arbeiten nach den Kinästhetik-Prinzipien weniger gesundheitlich belastet werden. Die Pflegequalität ist dadurch verbessert worden (Huainig und Fengler 36-38; Asmussen und Huth 1).

Die psychosoziale Vulnerabilität ist bei der Bevölkerungsgruppe der Hochbetagten deutlich höher. Durch die erhöhte Pflegebedürftigkeit nehmen Symptome zu, wie die Depressivität und Verhaltensauffälligkeiten, die dazu führen können, dass Lebensfreude und kognitive Fähigkeiten abnehmen. Empirische Befunde zeigen auf, dass die Kinästhetik die Stimmungsregulation der Patient*innen beeinflusst. Mobilisation kann zu Verbesserungen im GDS-15 (Depression) und MMSE (Demenz) führen und zeigt insgesamt positive Auswirkungen bei der Mobilisation der Patienten mit depressiver Stimmung (Kaiser 27, 38).

Bewegungsförderung hilft, dass die Ressourcen aktiviert werden. Dies beinhaltet ebenfalls ein Gefühl des eigenen Wertes, die Partizipation bei Interaktionen und die Freude bei der Umsetzung der täglichen Lebensaktivitäten. Wenn die Mobilisation auch Einfluss auf die Stimmungsregulation der Betroffenen hat, wirkt sich dies positiv auf ihr Selbstwertgefühl und soziale Bindung aus. In verschiedenen Studien wurde bestätigt, dass der Faktor der positiven Emotionen eine langfristige positive Wirkung auf die Pflegefachkräfte hat und zur Erhöhung des beruflichen Erfolges führen kann (Asmussen 31).

Das Leben in einer Pflegeeinrichtung ist verbunden mit einem hohen Lebensrisiko und vielen Herausforderungen, die im vorherigen Kapitel aufgezeigt wurden. Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken, müssen Pflegefachkräfte ihren Fokus auf eine bewegungsorientierte und ressourcenaktivierende Pflege richten.

2.3 Theoretische Grundlagen der Bewegungsförderung

Die theoretische Grundlage für die Bewegungsförderung in der geriatrischen Pflege beinhaltet die Annahme, dass Mobilität und die Qualität der Bewegung einen wichtigen Einfluss auf die Selbstständigkeit, die Lebensqualität und das Wohlbefinden der pflegebedürftigen älteren Menschen hat. Durch gezielte Förderung der Bewegung im

kinästhetischen Bereich kann auf die Ressourcen der Menschen in Bewegung eingegangen und gesundheitsförderliche Prozesse ausgelöst werden (Asmussen-Clausen 4; Asmussen 30-31). Die Bewegungsförderung hat nicht nur funktionellen Charakter, sondern soll auch psychosoziale Entwicklung über die Beteiligung an Pflegeaktivitäten sowie soziale Rollen und Lebensfreude ermöglichen (Asmussen-Clausen 4). Der Theorie entspricht jedoch nicht immer der Pflegealltag, welcher aufgrund der Ressourcenknappheit oft herausfordernd ist.

Die Aktivierung der Ressourcen und die Selbstständigkeit des Menschen in Bewegung können durch eine kinästhetische Bewegungsanalyse erreicht werden. Auch bei großen funktionellen Einschränkungen soll die selbstständige Ausführung von Bewegungsmöglichkeiten durch das kinästhetische Pflegekonzept möglich sein (Asmussen-Clausen 4). Die Befunde aus der empirischen Forschung geben deutliche Evidenz darüber, dass Lebensqualität, Mobilität und Wohlbefinden von Pflegebedürftigen durch die Implementation kinästhetischer Techniken verbessert werden kann (Asmussen 30-31).

Die Theorie der Salutogenese bildet die Grundlage für den Paradigmenwechsel hin zu einer gesundheitsfördernden Pflege, indem das Konzept der Stärkung der Handlungskompetenz und subjektiven Kontrolle des Patienten auf seine Lebenssituation im Fokus steht. Dadurch werden Dekubitus, Kontrakturen oder Stürze vermieden (Asmussen 31). Die Salutogenese ist durch Praxisbeispiele gut belegt. So gibt es vermehrt Patient*innen, welche, als Ergebnis von angeleiteter Bewegungsförderung, eigenständig aktiv in Bewegung sind und eine verbesserte Situation des Körpers, Geistes und der Seele aufweisen. Fraglich bleibt, ob das gesundheitsförderliche Leitprinzip im Ausbildungsbereich sowie im Alltag präsent ist.

Der Aspekt des psychosozialen Wohlergehens ist ein Anliegen der kinästhetischen Bewegungsförderung. Durch alltägliche Aktivitäten, die einen pflegenden Menschen berührt und bewegt, kann die Selbstkompetenz gefördert werden (Asmussen 29-31). Dies wird möglich, da Berührungen Orientierung geben und Bindung schaffen. Berührungen können vertrauensenerweckend und entspannungsförderlich erlebt werden. Studien und Praxisbeobachtungen zeigen auf, dass Pflegehandlungen, die kinästhetische Elemente aufweisen, bei Pflegeempfängern und Pflegenden bessere Bewegungsabläufe in der Bewegung erzeugen sowie mehr Selbstständigkeit. Im Weiteren fördern sie die Freude an der Bewegung sowie die Pflegebeziehung (Asmussen 31). Diese pflegerische Haltung wird in vielen Institutionen und Pflegezentren nach wie vor nicht aktiv gelebt.

Unter Förderung von Bewegungskompetenz wird das Erkennen vorhandener

Bewegungsmöglichkeiten mit gesundheitlichen Zielen verstanden. Eine entsprechende Anleitung durch Pflegefachpersonen und die kontinuierliche Rückmeldung soll den Patient*innen ermöglichen, ihre Bewegungskompetenz zu erproben und weiter zu entwickeln (Asmussen-Clausen 3-5; Asmussen 31). Durch die Einbeziehung der Patient*innen in Entscheidungen werden diese mit Respekt und Akzeptanz behandelt. Dies führt dazu, dass deren Eigeninitiative gefördert wird und ihr Selbstwirksamkeitserleben verbessert wird (Asmussen-Clausen 3-4). Auch pflegewissenschaftliche Expertenstandards fordern, dass Pflegehandlungen eine entwicklungsförderliche und gesundheitserhaltende Wirkung aufweisen müssen. Jedoch kann der pflegerische Alltag nicht vollumfänglich und mit höchster Evidenz an diese Expertenstandards gebunden werden. Oftmals stehen der Ressourcenmangel, wie personelle Engpässe und Zeitdruck, einer hochwertigen Ausführung der Pflegehandlungen im Weg.

Für die Bewegungsförderung ist es in der kinästhetischen Theorie von Bedeutung, sich mit den eigenen Bewegungsmöglichkeiten auseinanderzusetzen und diese zu optimieren (Asmussen 31; Asmussen-Clausen 5). Schulungen und Übungen mit praktischer Begleitung sind diesbezüglich notwendig. Studien zeigten deutlich, dass die Bewegungskompetenz gefördert und Rückenschmerzen des Pflegepersonals minimiert werden konnten (Asmussen und Huth 45). Dennoch bleibt die Umsetzung dieser Methode hinterfragbar, da dem Personal zeitlich und personell oftmals kein Spielraum zugelassen wird. Auch wenn aufgrund von Erkenntnissen aus der Forschung eine deutliche Abnahme von Rückenschmerzen und körperlicher Belastung des Personals aufgezeigt werden kann, so deutet ein hoher Anteil an passivem Transfer durch Pflegefachpersonen auf weiteren Schulungsbedarf hin (Höhne et al. 190-195; Asmussen 30-31).

Die Wirksamkeit theoretischer Modelle und deren wissenschaftlichen Evidenz für die Bewegungsförderung im pflegerischen Setting sind in der Literatur vermehrt belegt. So profitiert einerseits der pflegebedürftige Mensch in Bewegung durch gesteigerte Mobilität und Wohlbefinden und die Pflegefachperson durch eine geringere physische Belastung in der Ausführung der Pflege (Asmussen und Huth 45; Höhne et al. 190-195). Auch gaben viele Pflegekräfte in empirischen Untersuchungen an, weniger an Rückenschmerzen zu leiden, wenn sich konsequent auf die kinästhetische Methode gestützt wird (Asmussen und Huth 45). Diese führt unweigerlich zu einer Verbesserung der Arbeitszufriedenheit in der Pflege und somit auch zu einer besseren Qualität der Pflege. Fraglich bleibt in Anbetracht von Studienergebnissen, ob dies ausreicht, um die Gesundheitsqualität im Pflegeberuf zu verbessern. Vielmehr muss eine Reflexion der Pflegeorganisation und -strukturen erfolgen.

Die theoretischen Grundlagen der Bewegungsförderung haben insofern Einfluss auf die Qualität der Pflege, da viele positive Auswirkungen erzielt werden können, sofern die theoretischen Konzepte konsequent im pflegerischen Handeln umgesetzt werden. Jedoch bleibt ein erhebliches Spannungsfeld zwischen den vorhandenen Theorien und der Ausgestaltung der pflegerischen Praxis. Durch kontinuierliche Evaluationsprozesse müssen Pflegende dieses Spannungsfeld in Zukunft reduzieren.

Humanized Version in German:

2.4 Konzeptionelle Ansätze in der Mobilisation

Die konzeptionellen Ansätze der kinästhetischen Mobilisation gehen davon aus, dass Bewegungslernprozesse nicht als passive und isolierte Anwendung konzipiert werden sollen, sondern aktiv und partnerorientiert umgesetzt werden. Durch Initiierung von Bewegungsimpulsen durch die Pflegefachperson werden geriatrische Patient*innen in Bewegungsprozessen aktiv begleitet und erweitert ihre Bewegungskompetenz durch das Erlernen eigener Bewegungsmöglichkeiten und deren effektiven Einsatz im Alltag (Asmussen 30-31). Die Interaktivität während der Mobilisation wird bewusst genutzt, um eine regelmäßige Rückmeldung durch die Pflegefachperson und die betroffene Person zu gewährleisten, um so die eigenen Bewegungsmöglichkeiten kontinuierlich zu erweitern und vorhandene Unsicherheiten in der Bewegung als Lernprozesse zu erkennen (Asmussen-Clausen 5). Dass Interaktivität für die Umsetzung kinästhetischer Ansätze von großer Bedeutung ist, bedingt ein geschultes Kommunikations- und Beobachtungsvermögen der Pflegefachperson.

Ein weiterer wesentlicher Aspekt kinästhetischer Ansätze ist die Ressourcen- und Individualorientierung der Intervention. Im Gegensatz zur passiven Mobilisation führt die Pflegefachperson zuerst eine ausführliche Anamnese und Ressourcenanalyse durch, um Strategien in der Mobilisation zu finden, die individuell angepasst an die Ressourcen und Hindernisse der älteren Menschen sind (Daldrup 12). So zum Beispiel wird eine alte Frau, die sich selbständig im Bett auf eine Seite drehen kann, bei einem Wechsel der Ausgangsposition zu einer Sitzposition lediglich begleitet, anstatt eines vollständigen Transfers zu implementieren. Ein effektiver Einbezug der Ressourcen des Pflegebedürftigen bei der Mobilisation führt bei den Betroffenen unmittelbar zu wahrgenommenen Erfolgen. Sie verspüren eine Wirksamkeit ihrer Handlungen, was ihre psychosoziale Stabilität positiv

beeinflusst (Asmussen-Clausen 3, 5). Durch eine individuelle Mobilisationsplanung, bei der Ressourcen und Hindernisse berücksichtigt werden, kann das Risiko für Stürze und Überlastung auf ein Minimum reduziert werden (Daldrup 21). Die Komplexität dieser individuellen Einschätzung stellt für Pflegefachpersonen eine besondere Herausforderung dar, da durch unzureichende und nicht zielgerichtete Bewegungstechniken ältere Menschen unnötigerweise in ihren Bewegungsabläufen limitiert werden.

Der Einsatz von Hilfsmitteln in Kombination mit kinästhetischen Ansätzen fördert Sicherheit, Effektivität und die Partizipation von Pflegefachpersonen und älteren Menschen bei der Mobilisation. Eine gezielte Anwendung von Gleitmatten, Rutschbrettern oder Haltegurten ermöglicht Transfers auf sichere Art und Weise, die der körperlichen Gesundheit von Pflegenden zuträglich sind und zudem Angst und Schmerzen beim Pflegebedürftigen minimieren (Babel et al. 7, 21; Daldrup 21, 40). Pflegebedürftige profitieren zudem von der bewussten Nutzung kinästhetischer Techniken und Hilfsmittel im Rahmen der Mobilisation, da diese die aktive Beteiligung an Bewegungsprozessen fördert und das Selbstvertrauen in die eigenen Bewegungskompetenzen stärkt. Des Weiteren profitieren auch Personen mit schweren Bewegungseinschränkungen davon, indem ihre Partizipation in Alltagsaktivitäten und deren Interaktionen mit anderen durch den Einbezug von kinästhetischen Mobilisationstechniken und geeigneten Hilfsmitteln erheblich erhöht werden können (Daldrup 37, 40). Der Einbezug von Hilfsmitteln unterstützt zusätzlich Pflegefachpersonen bei der adäquaten Umsetzung kinästhetischer Techniken, was sich nachweislich positiv auf die Lebensqualität von Patienten und die Arbeitszufriedenheit von Pflegenden auswirkt (Babel et al. 7). In der Praxis gibt es allerdings häufig eine mangelnde Erfahrung und Schulung in Bezug auf den effektiven Einsatz von Hilfsmitteln.

Eine weitere wichtige Zielsetzung kinästhetischer Mobilisationsansätze ist die Vermeidung von gesundheitlichen Schäden und die Förderung der Bewegungsqualität. Im Vergleich zu anderen Konzepten wird sich auf die Bewegungsausführung konzentriert, wobei nicht nur die Quantität der Bewegungen entscheidend ist, sondern besonders die Qualität von Bewegungen durch das Vermeiden von Muskelverspannungen, Kompressionen und Scherkräften (Asmussen und Huth 45; Asmussen-Clausen 1; Asmussen 31). Eine gezielte Verbesserung der Bewegungsqualität minimiert zum Beispiel das Risiko für Kontrakturen oder Dekubiti oder trägt zur Schmerzbekämpfung und motorischen Leistungsförderung bei. Auch Studien belegen, dass durch kinästhetisch gestaltete Mobilisationsinterventionen das Entstehen von Ängsten und Widerständen bei geriatrischen Patient*innen minimiert und die Motivation, langfristig bei Mobilisationen aktiv mitzuwirken, gesteigert werden kann (Asmussen-Clausen 4). Ebenso profitieren Pflegefachpersonen von der Verbesserung der

Bewegungsqualität, da Muskel- und Skelettkrankheiten sowie chronische Müdigkeit vorgebeugt werden kann (Asmussen und Huth 45). Dies ermöglicht nicht nur eine präventive Gesundheitsförderung, sondern trägt zudem zu einer Erhöhung der Arbeitszufriedenheit bei. Oft wird jedoch die Umsetzung aufgrund von Zeitdruck erschwert.

Bei der Implementierung kinästhetischer Techniken sollte immer eine Evaluation der bestehenden und umgesetzten Pflegestandards stattfinden, um die Wirksamkeit dieser Mobilisationstechnik zu gewährleisten. Daten aus Empirie und Praxis weisen darauf hin, dass die meisten Mobilisationskurse nur kurzfristige Auswirkungen auf das pflegerische Verhalten von Pflegefachpersonen haben (Asmussen und Huth 47; Asmussen 31). Des Weiteren sollten Fortbildungen und Workshops kontinuierlich stattfinden. Zudem können Qualitätszirkel die Implementierung in den Alltag von Pflegefachpersonen unterstützen, da die Möglichkeit besteht, im Team Strategien zu erarbeiten, wie sich Mobilisationen verbessert ausführen lassen. Wichtig ist auch eine regelmäßige Dokumentation mit Soll- und Ist-Zustand, um so die Verbesserungen in den Bewegungsabläufen bei den Klient*innen sichtbar zu machen (Asmussen und Huth 47). Die Unterstützung seitens der Leitung und andere interne Maßnahmen, wie zum Beispiel interdisziplinäre Schulungen zum Thema Mobilisation, sind wichtig, um ein einheitliches und fachgerechtes Anwenden der kinästhetischen Techniken sicherzustellen. Ansonsten wird die Umsetzung, vor allem bei Einzelpersonen, in der Praxis nur begrenzt gelingen.

In der Zusammenfassung kann gesagt werden, dass die konzeptionellen Ansätze der kinästhetischen Mobilisation eine Vielzahl an Komponenten umfassen, die alle einen wichtigen Beitrag zu einer individuellen und präventiven Pflege leisten können.

3. Anwendungsbereiche kinästhetischer Mobilisationstechniken

In diesem Abschnitt werden die vielfältigen Einsatzmöglichkeiten kinästhetischer Mobilisationstechniken in der geriatrischen Pflege dargelegt. Es wird ein Überblick über die Anwendungsmöglichkeiten im Bereich der Prävention, Rehabilitation und Therapie gegeben. Anhand von Fallbeispielen sollen die verschiedenen Anwendungsformen in ihrer praktischen Relevanz für die geriatrische Pflege dargestellt werden.

3.1 Präventive Maßnahmen

Der Schutz des älteren Menschen vor Sturzrisiken, Kontrakturen und Dekubitus mithilfe von kinästhetischen Techniken soll helfen, ihm Mobilität zu gewährleisten. Die präventiven Maßnahmen, welche im Weiteren noch ausgeführt werden, haben einen psychosozialen Einfluss auf den Pflegeempfänger.

3.1.1 Sturzprävention

Kinästhetische Mobilisationstechniken können einen großen Beitrag zur Sturzprävention in der geriatrischen Pflege leisten, da durch diese gezielt die Balance, Muskelkraft und Koordination trainiert werden. Laut Studienergebnissen wird das Sturzrisiko am effektivsten gesenkt, wenn das Training der Balance und Muskelkraft über einen längeren Zeitraum hinweg zwei- bis dreimal wöchentlich durchgeführt wird (Becker et al. 3-4; Berger 2). Da in den genannten Studien das Geh- und Stehvermögen signifikant verbessert wurde und somit die Selbstständigkeit und Lebensqualität des Klienten erhalten bleiben, wird durch Bewegungsangebote mit funktionalem und lebensnahem Inhalt, z.B. Gehstreckentraining oder Aufstehen aus dem Sitzen, die Übertragung des Gelernten in den Alltag gesichert. Bei älteren Patient*innen ist es von großer Bedeutung, Bewegungsangebote in den Lebensalltag zu integrieren, um ein Angstmuster gegenüber Stürzen zu vermeiden (Becker et al. 3).

Die Förderung der Muskelkraft mit zusätzlicher Belastung (1 kg Manschetten Gewicht bei Frauen, 2 kg bei Männern) kann das Körpergefühl in sturzrisikanten Situationen stärken und ein „Abfangen“ ermöglichen (Becker et al. 20). Zusätzlich zeigen Studien, dass die regelmäßige altersgerechte Bewegung das Vertrauen in die eigene Bewegungsfähigkeit steigert und die Sturzanxiety reduziert (Berger 2). Es ist jedoch kritisch zu fragen, wie diese Trainingsmaßnahmen bei Zeit- und Personalmangel adäquat in Pflegeeinrichtungen implementiert werden können.

Zusammenfassend zeigen Studien und die Erfahrung aus der Praxis, dass sich kinästhetische Konzepte sehr gut für die Sturzprophylaxe eignen, da sie einen partizipativen Charakter aufweisen. Die Pflegefachperson unterstützt den zu Pflegenden aktiv und individuell in seinen Bewegungsimpulsen, ohne passive Transfers zu machen. Auf diese

Weise wird das Vertrauen in den eigenen Körper gefestigt, die Bewegungsmuster sind viel differenzierter und gesünder als passive Transfers, was zu einem verringerten Risiko von Sturzgefährdung führt (Asmussen und Huth 45; Asmussen 30-31). Es gelingt, durch die individuell angepasste Förderung der Bewegungsressourcen eines Menschen mit dem Alter, komplexe Bewegungsabläufe, wie z.B. einen Wechsel von der liegenden in die sitzende Position, sicherer durchzuführen. Eine wichtige Komponente ist hierbei die Flexibilität der Pflegenden, die sich an die Ressourcen und an die jeweiligen Situationen individuell anpassen. Dieses Vorgehen trägt zur Steigerung der Bewegungsqualität und der Sturzprophylaxe bei (Asmussen 30-31). Die Sensibilisierung von Pflegefachkräften durch kinästhetische Interventionen in Pflegeeinrichtungen ist hilfreich, potenzielle Risikofaktoren frühzeitig zu erkennen und darauf reagieren zu können, damit die Eigenaktivität des Klienten gestärkt und die individuellen körperlichen und geistigen Fähigkeiten bestmöglich in seine Versorgung einbezogen werden können (Asmussen und Huth 45). Inwiefern dieses Konzept in Pflegeeinrichtungen, mit der hohen Arbeitsbelastung und der oft fehlenden Zeitressourcen, sinnvoll durchgeführt werden kann, ist kritisch zu hinterfragen. Im Berufsalltag von Pflegefachkräften ist die Zeitressource sehr begrenzt und der Zeitdruck hoch, weshalb partizipative Ansätze häufig fehlen.

Ein weiterer positiver Einflussfaktor für die Sturzprävention mit kinästhetischen Mobilisationstechniken ist, dass dies ein Beitrag für die soziale Teilhabe der älteren Menschen leisten kann, sei es durch den Verbleib in der eigenen Wohnung und die Beteiligung an Aktivitäten der Gesellschaft. Die ganzheitliche Bewegungsschulung, wie sie von Pflegeexpert*innen gefordert wird, kann in Projekten, die die Gesundheitsqualität, Lebensqualität und Selbstständigkeit der alten Menschen erhalten und verbessern sollen, von großem Nutzen sein, um vor Sturzfolgen zu schützen und damit zusammenhängende Folgekosten im Gesundheitssystem zu reduzieren (Kuhlmann 27-28). In Projektberichten aus Radevormwald berichten ca. 40 % der befragten, bewegungsfördernden älteren Menschen, dass sie eine höhere Lebensqualität haben (Kuhlmann 28). Die Steigerung der Lebensqualität in Bezug auf Sturzprävention durch Verbesserung der Mobilität, Selbstständigkeit und Partizipation setzt jedoch eine enge Kooperation mit dem interprofessionellen Team der Pflegeeinrichtung voraus und kann somit für die Einrichtungen auch eine organisatorische und strukturelle Herausforderung sein.

Ein positiver Effekt durch den Einsatz kinästhetischer Techniken kann darin liegen, dass das Pflegepersonal sich körperlich und psychisch entlastet. In erster Linie wird die körperliche Belastung bei Mobilisationen und Transfers reduziert (Asmussen und Huth 45) und Rückenschmerzen vorgebeugt. Auch die psychische Belastung kann sich verringern, da

sowohl die Pflegenden als auch die zu Pflegenden ein Gefühl der Sicherheit haben und ein niedrigeres Risiko besteht, Verletzungen zu erleiden (Berger 2). Die gegenseitige Entlastung kann zur Vertrauensentwicklung und Kooperationsbereitschaft führen und zur Akzeptanz eines bewegungsfördernden Konzeptes beitragen.

Im Rahmen der Sturzprävention sind kinästhetische Mobilisationstechniken dazu geeignet, Versorgungslücken, die sich bei Versorgung in den eigenen vier Wänden durch mangelnde personelle Ressourcen in der Grundversorgung abzeichnen, zu reduzieren. Alleinlebende Menschen mit einem hohen Sturzrisiko sind eine sehr vulnerable Zielgruppe, da das bestehende Pflegesystem noch sehr weit weg von dem ist, die individuellen Sturzrisikofaktoren der zu versorgenden Menschen und ihre jeweiligen Bedürfnisse und Anforderungen adäquat zu berücksichtigen (Krauss et al. 4). Durch die Einbeziehung der Angehörigen und Betreuer*innen der zu versorgenden Menschen können nachhaltige Effekte der kinästhetischen Sturzprävention, z.B. in den eigenen vier Wänden, erzielt werden, wie man in erfolgreich laufenden Projekten sehen kann. Hierbei werden diese Bezugspersonen im Team der Sturzprävention in der ambulanten Pflege integriert und individuell geschult, was zur Erhöhung der Sturzsicherheit führen kann (Krauss et al. 6). Allerdings muss dies auch in einem kritischen Kontext diskutiert werden, da es für die Bezugspersonen zusätzlich eine Zeitaufwendung bedeutet und die Schulungen auch einen zusätzlichen Bedarf an Personalkapazitäten von Pflegefachkräften in Pflegeeinrichtungen vor Ort bedingen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass kinästhetische Mobilisationstechniken zu einem effektiven Gesamtkonzept der Sturzprävention gehören und zur Verbesserung der Lebensqualität des älteren Menschen beitragen können. Um diese Effektivität zu unterstützen, bedarf es einer konsequenteren Umsetzung im Alltag der Pflegepraxis sowie einer kontinuierlichen und gezielten Schulung von Pflegefachkräften und Angehörigen.

3.1.2 Kontrakturprophylaxe

Die Kontrakturprophylaxe stellt ein zentrales Element der geriatrischen Pflege dar, um Bewegungseinschränkungen zu verhindern sowie Lebensqualität und Funktionsfähigkeit der Gelenke aufrechtzuerhalten. Mittels kinästhetischer Mobilisation wird über Bewegungsimpulse versucht, die verbliebenen motorischen Fähigkeiten des älteren Patienten zu aktivieren und so einer Steifigkeit der Gelenke vorzubeugen. Die Pflege setzt

an angeleiteten Positionswechseln an und führt Mikrobewegungen am Gelenk durch, um auf diese Weise Einschränkungen vorzubeugen (Asmussen 30-31; Szendzielorz 5). Eine Herausforderung stellt dabei die individuelle Gestaltung der Bewegungsförderung dar, denn diese muss auf die Fähigkeiten und Ressourcen der älteren Menschen abgestimmt werden. Deshalb ist eine genaue Beobachtung der verschiedenen Bewegungsmuster, der vorhandenen Kraft und Koordinationsfähigkeit notwendig, um diese gezielt zu fördern. Studien bestätigen, dass regelmäßig wiederkehrende kurze Bewegungsabläufe in der Kontrakturprophylaxe sehr wichtig sind, um die Bewegungsfähigkeit zu erhalten (Asmussen und Huth 45).

Die kinästhetische Mobilisation bietet älteren Patient*innen die Möglichkeit, ihren Körper auf eine ganz neue Art und Weise wahrzunehmen und so ihre verbliebenen Bewegungskompetenzen aktiv zu nutzen. Eine Ursache für die Entstehung von Kontrakturen in der geriatrischen Pflege liegt nämlich in der Inaktivität des Patienten (Asmussen-Clausen 4). Regelmäßig in den Alltag integrierte Bewegungsübungen, wie das Durchbewegen der Extremitäten und Positionswechsel, wirken somit Kontrakturen vorbeugend. Gleichzeitig verbessert sich die körperliche und emotionale Lebensqualität der älteren Patient*innen (Szendzielorz 5; Asmussen und Huth 45). Um auch sehr schwer pflegebedürftige Menschen miteinzubeziehen, ist das regelmäßige Anwenden von kleinen Mikrobewegungen ratsam (Asmussen 30-31; Szendzielorz 5). Mikrobewegungen bezeichnen hierbei das Verlagern des Körpergewichts, das Anwinkeln einzelner Gliedmaßen etc., und diese können auf einfache Art und Weise in die tägliche Körperpflege integriert werden.

Die Einbezugsbereitschaft von alten und schwer pflegebedürftigen Menschen wird durch kinästhetische Bewegungen gesteigert. Eine professionelle Anleitung durch die Pflegefachkraft erhöht die Häufigkeit der Bewegung im Pflegealltag und unterstützt so den Erhalt oder Ausbau des passiven Bewegungsausmaßes der Gelenke. Transfertechniken mit dem Schwerpunkt Eigenaktivität wirken dem Einnehmen pathologischer Bewegungsmuster entgegen, da sie die Körperwahrnehmung des Bewohners verbessern und ihn aktiv miteinbeziehen (Szendzielorz 2, 5). Die regelmäßige Wiederholung neuer Bewegungsabläufe vermindert zudem die Mobilisationsangst älterer Menschen mit Demenz, da durch diese Wiederholungen das Auslösen von Abwehrverhalten und die Unvertrautheit mit der neuen Mobilisation vermindert werden (Szendzielorz 2; Bredthauer et al. 2-3).

Ein weiterer Vorteil kinästhetischer Methoden liegt in der ökonomischen muskulären Haltearbeit während der Bewegungen und Positionswechsel. Die Pflegefachkraft sorgt hierbei für eine bestmögliche Schonung der noch vorhandenen Ressourcen der

Patient*innen (Szendzielorz 5). Des Weiteren wird die Kontrakturprophylaxe in der geriatrischen Pflege durch basalstimulierende Methoden unterstützt. Durch diese werden emotionale Bedürfnisse in der Bewegung gefördert, was zum Erhalt und der Förderung von Bewegungsimpulsen beitragen kann (Szendzielorz 2). Durch Berührungen werden positive Effekte auf das Bewegungsverhalten erzielt. Der Pflegebedürftige kann sich auf die ihm entgegengebrachte Berührung einlassen, wenn er sie nicht als Bedrohung wahrnimmt. Diese Tatsache fördert in der Bewegung das Zusammenspiel von kinästhetischer und basalstimulierender Bewegungsförderung.

Das Erleben der eigenen Kompetenz des älteren Menschen wird gesteigert, er entwickelt ein Gefühl der Autonomie und kann seinen Bewegungen mit einem gewissen Maß an Entspannung nachgehen. Die bewusste Wahrnehmung der eigenen Bewegungskompetenz verbessert die Entwicklung eines adäquaten Muskeltonus und begünstigt die Förderung des Gleichgewichts. Ebenso wirkt sich die Anwendung basalstimulierender Methoden positiv auf das Erkennen der Eigenständigkeit und die Interaktion des älteren Menschen mit seiner Umwelt aus (Szendzielorz 2).

Beobachtungsergebnisse aus der Praxis zeigen, dass die Vermischung von basalstimulierenden und kinästhetischen Methoden das emotionale Gleichgewicht und das körperliche Wohlbefinden des zu Betreuenden positiv beeinflusst. Dadurch wird die Mobilisation vom Bewohner als weniger schmerzhaft und unangenehm wahrgenommen (Szendzielorz 2; Asmussen und Huth 45). Die dadurch reduzierte Mobilisationsangst verhilft zur Kooperationsbereitschaft und ist in Bezug auf die Kontrakturprophylaxe in der Geriatrie essenziell, um langfristig Erfolge erzielen zu können. Langzeitziele können mit regelmäßigen und nicht zu starken Bewegungsimpulsen weitaus effektiver erreicht werden als mit der seltenen Durchführung forcierten Bewegens (Szendzielorz 2).

Langfristiger Erfolg kinästhetischer Kontrakturprophylaxe erfordert wiederkehrende Schulungen für das Pflegepersonal, da diese nicht einfach so erlernt und angewendet werden kann (Asmussen und Huth 47; Asmussen-Clausen 5). Nur durch kontinuierliche Anwendung der kinästhetischen Mobilisationstechniken können die verschiedenen Ressourcen der Pflegeempfänger*innen aktiviert werden. Zusätzlich müssen alle Pflegenden durch Fallbesprechungen und Fortbildungen geschult werden, um so die richtigen Mobilisationstechniken in der richtigen Situation anzuwenden.

Erfolgreiche Programme für Bewegungsförderung benötigen geschultes Pflegepersonal, dessen Aufgabe neben der Durchführung kinästhetischer Kontrakturprophylaxe auch die

Anleitung von Angehörigen ist. Die Vermittlung von Wissen über geeignete Mobilisationshilfsmittel sowie die Sensibilisierung für die eigene Körperhaltung, damit die Pflegetätigkeit rückenschonend durchgeführt werden kann, führt zur Verbesserung der Qualität der Bewegung (Asmussen-Clausen 5). Untersuchungen beweisen, dass in stationären Einrichtungen mit etablierten Qualifizierungsprogrammen wesentlich weniger Bewohner mit schwerwiegenden Funktionseinschränkungen leben als in solchen, wo Bewegungsförderprogramme noch nicht durchgeführt werden. Auch sparen diese Einrichtungen durch weniger immobilisationsbedingte Erkrankungen Geld ein (Asmussen und Huth 47).

Ältere Patient*innen mit geringem sozialen Umfeld und Patient*innen, die von Altersarmut betroffen sind, weisen ein besonders großes Risiko für Bewegungseinschränkungen auf. Ein gezielter Einsatz von Techniken kinästhetischer Kontrakturprophylaxe im Sinne der Bewegungsförderung ist hier also besonders sinnvoll und wirkt einem Verlust von Ressourcen und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben entgegen (Schirra-Weirich 21, 29). Kontrakturprophylaxe muss also ein sozialpolitisches Thema sein, um eine gleichwertige Qualität pflegerischer Arbeit leisten zu können. Dies setzt die Implementierung von Bewegungsprogrammen in Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens voraus, um Isolation und immobilitätsbedingten Verlusten von Funktionen vorzubeugen (Schirra-Weirich 29; Asmussen 30-31).

Ein weiteres wichtiges Thema in Bezug auf die Kontrakturprophylaxe sind freiheitsentziehende Maßnahmen, die im Alltag oftmals zum Zweck der Bewegungsbegrenzung angewendet werden. Die Anwendung von FEM führt nicht zu Sturzprävention und verbessert auch die Mobilität von älteren Patient*innen nicht. Freiheitsentziehende Maßnahmen sind häufig kontraproduktiv und erhöhen das Risiko, ein funktionelles Defizit in der Bewegung zu entwickeln. Studien haben gezeigt, dass mit einer ressourcenorientierten Methode wie z. B. kinästhetischer Bewegungsförderung in Verbindung mit Verzicht auf freiheitsentziehende Maßnahmen eine gleichbleibende Anzahl von sturzbedingten Verletzungen und eine Verminderung der Pflegekosten erreicht werden können (Bredthauer et al. 2-4). Die Expertenempfehlung für Sturzprophylaxe im Heim beinhaltet unter anderem den Verzicht auf Fixierung und eine Verbesserung des Mobilitätspotenzials im Sinne der Prävention von Kontrakturen (Bredthauer et al. 4).

Die Kontrakturprophylaxe mit kinästhetischen Mobilisationstechniken unterstützt nicht nur die Gesundheit, sondern dient auch der Stärkung der Eigenständigkeit und der Lebensqualität alter Menschen.

3.1.3 Dekubitusprophylaxe

Die Dekubitusprophylaxe ist ein wichtiger Bestandteil der pflegerischen Versorgung in der Geriatrie. Kinästhetische Mobilisationstechniken stellen eine wirkungsvolle Alternative zum 2-Stunden Umlagerungsrhythmus dar. Viele Studien und Beobachtungen in der Praxis zeigten, dass zahlreiche kleinere Lageveränderungen, sogenannte Mikrobewegungen, den Auflagedruck besser verteilen und die Durchblutung des Gewebes erhöhen. So wird deutlich, dass es in der Dekubitusprophylaxe effektiver ist, mehrere kleine Positionsveränderungen zu machen, als das Umlagern in regelmäßigen Intervallen (Klein-Tarolli 6). Die eigenaktiven Bewegungen haben einen positiven Einfluss auf die Mobilität und das Bewegungsgefühl. Die dauernden Aktivitäten entlasten die druckbelasteten Körperstellen (Klein-Tarolli 6, Asmussen-Clausen 4).

Da mit diesen Techniken die vorhandenen Restfähigkeiten erhalten und die Eigenaktivitäten des Betroffenen gefördert werden, kann die Warteposition der Pflegebedürftigen vermieden werden, was die Lebensqualität steigert (Pauli-Jagoditsch und Meller 5). Darüber hinaus kann mit einer regelmäßigen Umlagerung die Immobilität verstärkt werden, was Komplikationen wie Muskelverspannungen und Kontrakturen verursacht. Dies wird mit den Mikrobewegungen verhindert, wodurch die Pflege ganzheitlicher wird (Klein-Tarolli 5-6).

Eine wirksame Mikrobewegung wird gefördert, wenn sich das Pflegepersonal ausreichend damit auskennt und seine Arbeit reflektiert (Asmussen und Huth 47). Auch wenn positionsunterstützende Maßnahmen angewendet werden, können die Muskelgruppen des Patienten aktiviert werden. Hierdurch werden diese nicht passiv im Bett gelagert (Klein-Tarolli 30).

Aus Forschungen kann abgeleitet werden, dass durch das Entlasten der Muskelgruppen und die Aktivierung der Muskeln das Risiko einer Dekubitusbildung reduziert wird und dass diese Maßnahmen zu einer Erhöhung des Bewegungskomforts und damit der Lebensqualität beitragen (Klein-Tarolli 30, Asmussen-Clausen 4). Ein weiterer Vorteil dieser Maßnahmen ist die Entlastung des Pflegepersonals, da keine muskuläre Haltearbeit geleistet werden muss. Erkrankungen können dadurch vermieden werden, und die Ausfallsquote kann reduziert werden (Niemann 3). Die kinästhetischen Techniken ermöglichen auch nicht mobilisierbaren und bettlägerigen Patienten ein Mitgestalten der eigenen Bewegung. Hierdurch kann der

immobilitätsbedingten Komplikationen vorgebeugt werden (Klein-Tarolli 30).

Im Weiteren zeigen Studien auf, dass durch basalstimulierende und beruhigende kinästhetische Interventionen das Stressniveau, das Abwehrverhalten und die Schmerzempfindung bei sehr pflegebedürftigen geriatrischen Patienten reduziert werden, was einen positiven Einfluss auf die Mobilisationsförderung hat und wiederum das Risiko für Dekubitalulzera reduzieren kann (Szendzielorz 2). Ebenso kann die Wahrnehmungsverbesserung über verschiedene Reize ein Gefühl von Sicherheit vermitteln und so die Bereitschaft für das Bewegen erhöhen (Szendzielorz 2). Es kann durch den Einsatz beruhigender Maßnahmen vermehrt Entspannung und Ruhe hervorgerufen werden, woraus sich mehr Zeit für die prophylaktischen Maßnahmen ergibt (Szendzielorz 2, Asmussen und Huth 1). Insbesondere bei Demenzerkrankten und bettlägerigen Patienten kann durch die Kombination der kinästhetischen Positionsunterstützung mit der stimulierenden Pflege ein positiver Einfluss auf die Eigenaktivität und das Abwehrverhalten erreicht werden (Szendzielorz 2).

Die effektive Umsetzung in der Pflege erfordert eine hohe Expertise der Pflegefachpersonen und setzt voraus, dass sie nicht nur die grundlegenden Mobilisationstechniken kennen, sondern auch die verschiedenen Methoden zur sensorischen und emotionalen Stimulation (Asmussen und Huth 47). Durch die Verbesserung des Befindens und die Reduktion des Dekubitusrisikos zeigt sich die Bedeutung, Bewegung zu fördern und zu integrieren (Asmussen-Clausen 4, Hammerla 15, Oelke et al. 9).

Im Wesentlichen führt der Einbezug der Kinästhetik in die Pflege zur Prävention immobilitätsbedingter Komplikationen. Zusätzlich trägt der konsequente Einsatz von kinästhetischen Mobilisationstechniken dazu bei, dass die körperliche Belastung für das Pflegepersonal deutlich reduziert wird und dass sich die Nachhaltigkeit pflegerischer Interventionen verbessert (Niemann 3). Weiter wird berichtet, dass durch den bewussten Einsatz von Bewegungspunkten und Bewegungsprinzipien wie zum Beispiel das Mitgehen mit dem Körpergewicht des Patienten lokale Druckspitzen und Scherkräfte vermeiden und sich so ein günstiger Effekt auf die Vermeidung von Hautschäden und Muskelverspannungen erzielen lässt (Niemann 1). Wie in der Praxis sichtbar wird, benötigt es durch den Einsatz der Kinästhetik weniger Pflegepersonen für den Transfer und die Umlagerung, weniger Kraftaufwand und kann auch bei Patient*innen mit erschwerter Mobilisierbarkeit die Sturzgefahr minimieren (Niemann 3). Das Wissen, dass die Krankenpflegekräfte durch den Einsatz der kinästhetischen Mobilisationstechnik gesundheitlich nicht in Gefahr gebracht werden, wirkt sich positiv auf die Nachhaltigkeit der

kinästhetischen Technik aus (Niemann 3).

Auch die Verbesserung der Eigenständigkeit hat nicht nur gesundheitliche, sondern auch psychische, soziale und wirtschaftliche Vorteile. Die betroffenen Personen sprechen vermehrt über Lebensfreude, fühlen sich weniger depressiv und können mehr soziale Aktivitäten ausüben (Hammerla 17, Asmussen-Clausen 4). Es werden gesundheitliche Folgekosten reduziert, wenn zum Beispiel Dekubitusrisiken mit einer angemessenen Pflege reduziert werden und demzufolge ein Dekubitus vermieden werden kann (Oelke et al. 9). Es ist die Aufgabe aller Beteiligten, die Bewegungsförderung sowie die Dekubitusprophylaxe in allen Betreuungs- und Versorgungsbereichen einheitlich umzusetzen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass durch den Einsatz der kinästhetischen Mobilisationstechnik die Entstehung von Dekubitusrisiken und Folgeschäden deutlich reduziert werden kann. Die positiven Effekte wie Steigerung der Lebensqualität der Bewohner sowie ein zufriedenes Pflegepersonal sollten der Grundstein für diese Art der Pflege sein.

3.2 Therapeutische Interventionen

Im Fokus der Darstellung stehen besondere Bewegungsförderungsmaßnahmen, welche spezifisch im therapeutischen Setting der geriatrischen Pflege stattfinden. Es werden präventive sowie rehabilitative Bewegungsförderungsmaßnahmen erläutert. Diese Interventionen können die allgemeinen pflegerischen Handlungen ergänzen, sodass die Mobilität, Selbstständigkeit und Lebensqualität von älteren Menschen gefördert werden kann. Im Zusammenhang mit meiner Arbeit steht somit die Verknüpfung von Theorie und Praxis im Zentrum.

3.2.1 Bewegungsförderung im Bett

Bewegungsförderung im Bett ist ein wichtiger Aspekt in der geriatrischen Pflege, um Patient*innen das Höchstmaß an Unabhängigkeit und Lebensqualität bieten zu können. Um ältere Patient*innen bei Bewegungen wie Drehen und Rutschen im Bett kinästhetisch zu mobilisieren, werden die bestehenden Fähigkeiten und Ressourcen der motorischen Ebene älterer Menschen genutzt. So wird beispielsweise ein Bein bewusster angehoben und das

Drehen erleichtert. Oder es werden Arme gezielt eingesetzt, um sich so zu drehen. Eine rutschhemmende Matte kann verwendet werden, um weniger Kraft aufzuwenden zu müssen (Pauli-Jagoditsch und Meller 3-5). Umso wichtiger ist also, die Eigenaktivitäten der geriatrischen Patient*innen bewusst zu mobilisieren und ihre Potenziale auszunutzen.

Durch die kinästhetische Bewegungsförderung im Bett können Schmerzen, Verspannungen der Muskulatur und Unruhe bei geriatrischen Patient*innen reduziert werden, da sie sich sicher und kompetent fühlen, weil sie aktiv in jede Bewegung eingebunden sind. Zudem nehmen Unsicherheiten und Ängste ab, und Unruhe kann dadurch verringert werden (Asmussen und Huth 45; Asmussen 1). Dadurch wird einerseits das psychische Wohlbefinden gesteigert, andererseits können immobilitätsbedingte Komplikationen verringert werden. Ob diese Komplikationen in den einzelnen Pflegeeinrichtungen stets reduziert werden können, bleibt jedoch infrage zu stellen, da nicht überall ausreichend Pflegefachpersonen zur Verfügung stehen und es zu sehr eng getakteten Zeitabläufen kommt.

Bewegungsfördernde Maßnahmen müssen in einer Einrichtung aber auch immer unter Berücksichtigung der gegebenen Ressourcen und der spezifischen Situation umgesetzt werden.

Durch die häufige Anwendung der kinästhetischen Mobilisation kann man aber dennoch sicherstellen, dass sich Patient*innen bis zum späten Stadium der Pflegebedürftigkeit an der Gestaltung des eigenen Lebens aktiv beteiligen und mitmachen können. Die Patient*innen spüren sich während der Pflege. Denn kontinuierliche Bewegungsreize im Rahmen der Pflege sind wichtig, um das Kommen immobilitätsbedingter Komplikationen wie Dekubitus, Pneumonie oder Thrombose zu verhindern. Frühzeitige Mobilisation ist eine der wichtigsten Präventivmaßnahmen nach einem medizinischen Eingriff (Pauli-Jagoditsch und Meller 12; Asmussen-Clausen 4). Die Patient*innen sind nach wie vor gesellschaftliche Mitglieder, und auch das soziale Interagieren ist im Bett noch möglich. Um langfristig positive Effekte zu erzielen, sind allerdings nicht nur Einzelmaßnahmen zielführend. Sie müssen in den gesamten Pflegealltag integriert werden.

Für die Langzeitwirkung einer kinästhetischen Mobilisation von geriatrischen Patient*innen im Bett sind Qualifikationen und Reflexionsfähigkeiten des Pflegepersonals relevant. Laut mehreren Studien können kurzfristige Schulungen nur kurzfristige Effekte erzielen. Wichtig sind hier vielmehr die wiederholten Fortbildungen in Kinästhetik, die begleitenden Einsätze auf den Abteilungen sowie der regelmäßige Einsatz im Team (Asmussen und Huth 47;

Asmussen-Clausen 5). Es ist entscheidend, dass das Pflegepersonal nicht nur in der Theorie geschult wird, sondern auch die Umsetzung im Pflegealltag erlernt.

Wie können solche Schulungen in Zeiten von Pflegepersonalmangel und hohem Wechsel gestaltet werden?

Die kinästhetische Bewegungsförderung führt im Vergleich zu anderen Bewegungstechniken zu einer Entlastung des Pflegepersonals. Es werden ressourcenschonende Mobilisationstechniken angewandt, welche helfen, die Kraft der Pflegeperson zu schonen. Denn 38 % des Pflegepersonals in der Langzeitpflege in Deutschland sind über 50 Jahre alt (Flachmeyer und Schulte Hemming 5). Die Anwendung von Exoskeletten z. B. wirkt sich positiv auf die gesundheitlichen Risikofaktoren im Pflegeberuf aus und fördert die Arbeitsfähigkeit (Strube-Lahmann et al. 1, 3). Hier muss jedoch berücksichtigt werden, ob diese auch flächendeckend zugänglich und finanzierbar sind. Die Mobilisation im Bett erfolgt weniger anstrengend für die Pflegeperson und für die älteren Patient*innen. Dennoch muss auch berücksichtigt werden, wie gut die Anwendung der kinästhetischen Prinzipien und das dazugehörige Wissen im Pflegealltag wirklich implementiert sind und wie die Organisation auf dieser Ebene gestaltet ist. Denn hier kommt es nicht nur auf die Qualifikationen, sondern auch auf das Engagement des Pflegepersonals an, welches die Kinästhetik im Pflegealltag implementiert. Um Routinen im Pflegealltag etablieren zu können, müssen Pflegepersonen mit Motivation und Willen geschult werden, sonst funktioniert diese Ressource nicht. Hierbei wird versucht, die Teamansichten und Widerstände zu durchbrechen, und dies führt zur langfristigen Wirksamkeit einer kinästhetischen Bewegungsförderung im Bett (Asmussen und Huth 47; Asmussen-Clausen 5). Pflegealltag beinhaltet einen engen Zeitplan, und Pflegepersonen müssen die eigenen Abläufe und Routinen immer wieder hinterfragen. Eine Herausforderung! Um die Wirksamkeit präventiver Maßnahmen zu garantieren, sind der Grad der Pflegebedürftigkeit des Einzelnen und die Ressourcen der jeweiligen Pflegeeinrichtung zu beachten.

3.2.2 Transfer und Positionswechsel

Durch die kinästhetischen Techniken werden die Transfers und Positionswechsel ressourcenorientiert so gestaltet, dass sie mit der Eigenaktivität des Pflegeempfängers*der Pflegeempfängerin stattfinden. Die aktive Miteinbeziehung aller Beteiligten fördert die Bewegungsfähigkeiten und die vorhandenen Ressourcen werden gezielt genutzt (Bauder

Mißbach 2; Asmussen 1). Die individuelle Beeinträchtigung des Pflegeempfängers*der Pflegeempfängerin ist stark abhängig von seinen*ihrer vorhandenen Fähigkeiten und Restaktivitäten und kann nicht verallgemeinert werden. In der Praxis bedeutet dies, dass mehr Eigenaktivität eine Verbesserung der Mobilität zur Folge hat.

Geriatrische Patient*innen werden durch gezielte Bewegungsanleitungen individuell unterstützt, so dass der Positionswechsel selbstständig durchgeführt oder in kleinen Teilstücken eigenständig bewältigt werden kann. Gemeint sind zum Beispiel der Positionswechsel vom Pflegebett auf den Stuhl oder das Aufsetzen im Bett (Asmussen 3; Bauder Mißbach 2).

Die Förderung der Eigenaktivität von Patient*innen beeinflusst auch die psychische Verfassung der Pflegebedürftigen positiv, da diese mehr Kontrolle über sich selbst und ihre Umwelt verspüren. Auf der anderen Seite erfordert der Einsatz von Bewegungsanleitung im pflegerischen Alltag von Pflegepersonen auch die Fähigkeit, die Bewegung in Echtzeit an die Pflegebedürftigen anzupassen.

Die ressourcenorientierte Förderung der Bewegungswahrnehmung während des Transfers verhindert Spannungs- und Überlastungszustände der Muskulatur. Hierzu werden weder Patient*innen noch die Pflegenden am Krankenbett schwer gehoben oder gezogen. Durch Unterstützung und Anregung der Bewegungsrichtung werden Patient*innen vor Muskelverspannungen geschützt (Bauder Mißbach 15; Asmussen und Huth 1). Diese Technik ist nur dann anwendbar, wenn in Ruhe gearbeitet werden kann und genügend Zeit zur Verfügung steht.

Rückenbeschwerden werden durch kinästhetisches Heben und Bewegen um ein Vielfaches verringert. Indem Patient*innen zum Beispiel im Sitzen oder auf der Seite so gut wie keine zusätzliche Kraft und Unterstützung erhalten, werden die Pflegenden beim Heben oder der Beförderung am Bett weniger belastet (Asmussen und Huth 1; Bauder Mißbach 2). Das Heben und Tragen im Pflegealltag soll ressourcenorientiert entfallen. Es ist jedoch unbedingt auf die richtige Anwendung der Technik zu achten, damit die positive Wirkung tatsächlich entsteht.

Kinaesthetics erleichtert es Pflegebedürftigen, ihr Selbstwirksamkeitserleben zu steigern und für sich zu akzeptieren, dass sie die Aktivitäten ihres täglichen Lebens mit Freude und Stolz erledigen (Asmussen 3; Asmussen und Huth 45). Zusätzlich wird das Empfinden, nicht mehr viel bewegen zu können, abgemildert. Es wird vermieden, dass Betroffene aufgrund ihrer

Beschwerden im Pflegebett oder Stuhl sitzen oder im Bett verweilen.

Auf diese Weise lernen die Betroffenen, sich durch ihre Eigenaktivität zu stabilisieren und damit wieder Verantwortung für ihr Wohlbefinden zu übernehmen (Asmussen-Clausen 4; Schäfer und Brinkmann 45). Dieses Prinzip zur Förderung der Eigenaktivität muss jedoch genau beobachtet werden, um herauszufinden, wie der Patient mit einem höheren Grad der Mobilität umgeht.

Die kinästhetische Bewegungsbegleitung unterstützt die Bewegung im Alltag bei allen Aktivitäten, wie dem Transfer, Positionswechsel im Pflegebett oder beim Gehen. Es ist aber erforderlich, eine Pflegekultur zu entwickeln, die Bewegung als integralen Teil des gesamten Pflegeprozesses ansieht, wie die kinästhetische Pflege dies vorgibt (Green 14-15; Asmussen und Huth 45).

Außerdem sollten alle Beteiligten mit dem Kinästhetik-Konzept vertraut sein, um es als gemeinsamen Auftrag für die Pflegebedürftigen zu gestalten. Dies setzt enge Zusammenarbeit der multiprofessionellen Teams sowie eine Langzeitschulung in Kinaesthetics voraus.

Die aktive Mitgestaltung der Betroffenen beim Transfer ermöglicht es diesen, ein gesichertes Körpergefühl zu entwickeln und mehr Selbstkontrolle über ihre Position zu erlangen. Damit werden Stürze und Ängste vor der Veränderung von Positionen im Pflegebett und bei der Beförderung am Bett deutlich verringert (Green 14-15; Berger 2).

Diese Kompetenzen wirken der Verweildauer im Pflegebett oder Stuhl und damit der Resignation entgegen. Dies ist vor allem bei geriatrischen Patient*innen wichtig, welche stark auf andere Menschen und deren Hilfe angewiesen sind. Allerdings sind diese Ziele nur erreichbar, wenn es genügend Zeit für die Durchführung und ausreichend geschultes Personal gibt.

Indem die Betroffenen ihren Grad an Aktivität erhöhen, wird ihr Grad an Abhängigkeit verringert. Dadurch können sie Transfers und auch kurze Gehstrecken selbstständig zurücklegen und sind in ihrem sozialen Umfeld aktiver (Asmussen-Clausen 4; Schäfer und Brinkmann 45). Die Zeit für kinästhetische Pflege wird in der Literatur oftmals kritisch diskutiert. Dies bedeutet, dass diese Technik in Pflegeheimen auf Dauer schwer zu gewährleisten ist, da Zeitdruck und die Unterbesetzung mit Pflegepersonal die Tagesplanung einschränken (Asmussen und Huth 47; Maurer et al. 1).

Die Ressourcen, die in einer Person vorhanden sind, ermöglichen Pflegefachpersonen, Bewegungsprogramme genau auf die Bedürfnisse, Beschwerden und Interessen der einzelnen Person anzupassen. Dabei können auch Patient*innen mit einer schlechten Eigenaktivität ihre Bewegungsstrategie während des Transfers und im Pflegebett finden (Asmussen-Clausen 5). Pflegepersonen setzen individuelle Ansätze von Kinästhetik um und sind darin geübt, genau zu beobachten, auf die Betroffenen zu hören, eigene Einschätzungen zu hinterfragen, das Vorhandene zu nutzen und Bewegungsprozesse zu verstehen. Dies zeigt, dass die Reflexionskompetenz der Pflegeperson eine zentrale Rolle spielt, um in der Lage zu sein, eine wirksame Pflege anwenden zu können (Asmussen und Huth 47).

Aus Erfahrungsberichten und Evaluationsstudien wird deutlich, dass der Einsatz von kinästhetischen Techniken im pflegerischen Alltag bei Transfers, im Pflegebett und im Gangbereich auch die Lebensqualität von pflegebedürftigen und pflegebedürftigen Menschen verbessert (Asmussen-Clausen 4; Schäfer und Brinkmann 45). Veränderungen dieser Techniken sind in einer vermehrten Autonomie sowie der verbesserten Alltagssouveränität und Motivation zu sehen (Asmussen 3; Stösser 1).

Pflegebedürftige erhalten mehr Vertrauen in ihren Körper und spüren die zunehmende Kraft und Fähigkeit in den Armen und Beinen. Auch die Kontrolle über ihren Körper verbessert sich deutlich, was weniger Stress bei Transfers bedeutet (Asmussen und Huth 45; Green 18). Der Pflegealltag wird mit den kinästhetischen Techniken fließender gestaltet. Allerdings sind nicht alle Pflegenden in der Lage, mit Kinästhetik so umzugehen, dass die Patient*innen einen Nutzen daraus haben, sich wohlfühlen und dass sich Pflegende entlasten. Es sind deshalb organisatorische und leitende Bemühungen notwendig, um eine gute pflegerische Mobilisation gewährleisten zu können. Das beginnt mit dem Angebot von Qualifizierungsangeboten über die Gestaltung einer pflegeförderlichen Arbeitsorganisation, über die Unterstützung eines reflektierenden Austauschs und die Stärkung der Verantwortung aller Teammitglieder bis hin zur Verankerung dieses Konzeptes im Leitbild der Einrichtung (Asmussen und Huth 3; Maurer et al. 1).

Patient*innen machen positive Erfahrungen und können sogar kleinste Schritte im Bewegungsverhalten wahrnehmen. Damit erleben Patient*innen vermehrt Erfolgserlebnisse, was wiederum eine Zunahme des Selbstwertgefühls bewirken kann (Asmussen 3). Pflegepersonen erleben Entlastung und Zufriedenheit im Pflegeberuf, da der Einsatz der Kinästhetik-Pflegekonzepte auch das Heben der Betroffenen erspart und ihnen mehr

Eigenaktivität zugesprochen wird (Asmussen und Huth 1).

Die Implementierung kinästhetischer Techniken ist aufgrund von punktuellen Schulungen für die einzelnen Mitarbeiter*innen nur unzureichend möglich. Kinaesthetics ist komplex und kann nicht in einfachen Methoden oder Handgriffen vermittelt werden (Asmussen und Huth 47; Bauder Mißbach 15). Das kinästhetische Lernen funktioniert in mehrstündigen Workshops, welche durch kleine Praxiseinsätze begleitet werden und in Arbeitsgruppen wie z. B. Qualitätszirkel vertieft werden (Asmussen und Huth 47; Klarmann et al. 4). Das Management sollte die kontinuierlichen Fortbildungen sicherstellen, damit das gesamte Team kinästhetische Konzepte umsetzt. Eine weitere Bedingung, um eine konsequente und gute kinästhetische Versorgung zu gewährleisten, ist die Organisationsstruktur der Einrichtung (Asmussen und Huth 3; Maurer et al. 1). Diese muss Zeit für die Pflege freigeben.

Das kontinuierliche Überprüfen der Technik, die Förderung des gegenseitigen Austausches im Pflegealltag und das Einbeziehen von Patient*innen und deren Ressourcen und Zielen hilft, die Technik immer weiterzuentwickeln und zu verbessern (Asmussen und Huth 1; Klarmann et al. 4). Der korrekte Umgang und die gezielte Nutzung kinästhetischer Techniken bei älteren, pflegebedürftigen Menschen mit Demenz, welche ein hohes Abwehrverhalten aufweisen und sich nur bedingt auf kinästhetische Maßnahmen einlassen, stellt eine spezielle Herausforderung in der kinästhetischen Pflege dar. Diese Betroffenen haben in der Regel große Angst vor Verletzungen und fühlen sich während des Transfers und der Positionswechseln sehr unwohl. Durch gezielte Aktivierung der Ressourcen kann es gelingen, bei den Betroffenen ein Gefühl der eigenen Handlungsfähigkeit zu vermitteln und ihr Unwohlsein in der Pflegesituation zu verringern (Knebel 8; Asmussen 1). Es müssen auch kinästhetische Strategien entwickelt werden, welche für Menschen mit Abwehrverhalten sinnvoll angewendet werden können.

Die Beteiligung von Angehörigen und multiprofessionellen Teams kann helfen, diese spezifischen Bedürfnisse in die Gestaltung von kinästhetischer Pflege zu integrieren (Knebel 8; Asmussen 1). Dies erfordert eine hohe interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie die Berücksichtigung der Perspektive der Angehörigen.

Zusammenfassend betrachtet stellt Kinästhetik ein geeignetes Instrument für die Mobilisationstechnik bei Transfers und Positionswechseln von geriatrischen Patient*innen dar und kann die Arbeitsbedingungen für die Pflegenden erheblich verbessern.

3.2.3 Gangschulung und Gleichgewichtstraining

Die kinästhetische Gangschulung gilt als neuere Methode, um die Stand- und Gangsicherheit geriatrischer Patient*innen zu fördern und somit auch deren Mobilität und Selbstständigkeit zu gewährleisten. Mehrjährige Studien zeigen, dass Patient*innen, die mindestens 3 Monate lang regelmäßig Gleichgewicht trainieren, seltener stürzen als jene, die keine Gang- und Gleichgewichtsschulung durchführen (Becker et al. 3-4). Da die Muskelkraft sowie das Gleichgewicht mit zunehmendem Alter und Muskelmassenverlust abnehmen, kann dies zu verschiedenen Risiken wie Stürzen oder Bettlägerigkeit führen. Die Frage ist aber, ob der Muskelkraftverlust und die Abnahme des Gleichgewichtssinns im Pflegealltag aufgehalten werden können, da das Pflegepersonal einem sehr großen Druck ausgesetzt ist und die Ressourcen beschränkt sind.

Patient*innen sollen in der kinästhetischen Gangschulung aktiv teilnehmen, ihre eigenen Bewegungsmöglichkeiten erkennen und lernen, diese zielgerichtet einzusetzen (Asmussen und Huth 45). Da ältere Patient*innen häufig eine Störung der Bewegungskoordination und Bewegungsplanung aufweisen, ist es sinnvoll, älteren Menschen wieder beizubringen, Bewegungen und ihren Körper wahrzunehmen. Durch die Erarbeitung und Anwendung verschiedener, abgestimmter Bewegungsstrategien in praktischen Schulungen wird die Patient*innenkompetenz sowie das Gleichgewicht gesteigert (Berger 2). Da eine Störung des Gleichgewichts häufig ein Sturzrisiko mit sich bringt, kann durch die Anwendung einer kinästhetischen Gangschulung das Sturzrisiko herabgesetzt werden. Ein weiterer Vorteil liegt darin, dass die Betroffenen z. B. wieder fähig sind, selbstständig an ihren liebsten sozialen Veranstaltungen teilzunehmen und somit aktiver am Alltag teilhaben. Es bleibt kritisch zu hinterfragen, wie diese Maßnahmen in den Pflegealltag integriert werden können, da das Pflegepersonal das im Alltag umsetzen muss und die Arbeitsbelastung hoch ist.

Kinästhetische Gang- und Gleichgewichtsschulung ist für das Pflegepersonal zudem eine Methode der Ressourcenschonung. Sie entlastet Pflegepersonen körperlich und es kommt weniger zu Rückenschmerzen oder Muskelverspannungen beim Unterstützen der Patient*innen während Geh- und Transferprozessen (Asmussen 1). Es kommt zu einer engeren Zusammenarbeit zwischen den Pflegepersonen und Patient*innen, was wiederum die Arbeitszufriedenheit des Personals stärkt. Das Arbeiten im Team wird gefördert, wodurch der Personalstand nicht mehr so entscheidend ist, da bei Transferprozessen beispielsweise nur eine Pflegeperson benötigt wird, wenn Patient*innen aktiv beteiligt sind. Trotzdem sollte

sich eine Einrichtung Gedanken machen, ob sich diese Methode lohnt, denn sie ist zwar ressourcenfreundlich, allerdings müssen sich die Pflegefachpersonen für die Umsetzung dieser Methode in einem Kurs ausbilden lassen. Diese können wiederum das restliche Pflegepersonal darin schulen. Dies benötigt wiederum Geld für Ausbildungskosten.

Zudem ist die kinästhetische Gangschulung für Patient*innen mit kognitiven Einschränkungen eine geeignete Methode, da sie individuell gestaltet werden kann. Durch die bewusste Bewegungsanleitung wird es den demenziell erkrankten Patient*innen wieder möglich, Bewegungen wahrzunehmen, und ihr Gleichgewicht zu stabilisieren (Asmussen-Clausen 5). Verbesserungen von Gang- und Standfähigkeit führen nicht nur zu einem Wohlfühl, sondern auch zu größerem Selbstvertrauen und sozialer Teilhabe (Platt et al. A-4045). Es bleibt kritisch zu hinterfragen, ob in allen Einrichtungen genügend ausgebildete Pflegefachpersonen tätig sind, welche diese Methode bei demenziell erkrankten Patient*innen einsetzen können. Da auch in der geriatrischen Langzeitpflege der Patient*innen-Durchlauf relativ hoch ist und oft unter Zeitdruck gearbeitet wird, sollten sich Einrichtungen auch fragen, wie diese Methode nachhaltig im Pflegealltag eingesetzt werden kann.

Mehrfährige Studien zeigen, dass Patient*innen nach einem Ereignis, welches zur Immobilisierung führte (z. B. Schenkelhalsfraktur), mit gezielter Gang- und Gleichgewichtsschulung nach fünf Jahren wieder eine größere Chance haben, das Gehen selbstständig zu lernen, als diejenigen, die keine derartigen Maßnahmen durchführen. Im Durchschnitt können von 100 Betroffenen 41 nach fünf Jahren wieder selbstständig gehen (Scherb 2). Die Kinästhetik spielt deshalb eine große Rolle in der pflegerischen Rehabilitation. Sie kann einen großen Beitrag dazu leisten, die Unabhängigkeit der Menschen zu wahren und sie möglichst vor Pflegebedürftigkeit zu bewahren. Es bleibt kritisch zu fragen, wie diese Methode zukünftig in den Einrichtungen eingeführt werden kann und inwieweit alle Patient*innen in den Einrichtungen davon profitieren können, da die Zahl der Betroffenen und das Personal, welches in den Einrichtungen diese Methode durchführen kann, sich aufgrund des demografischen Wandels voraussichtlich in den nächsten Jahren steigern wird.

Die Bettlägerigkeit der geriatrischen Patient*innen in den Pflege- und Betreuungseinrichtungen betrug in den letzten Jahren fast 50 Prozent. Deshalb sollten die regelmäßige Anwendung kinästhetischer Bewegungsanleitungen zum standardmäßigen Pflegeeinsatz gehören (Berger 3-4). Es sollte immer geprüft werden, ob Bettlägerigkeit und Sturzrisiko durch adäquates Anwenden kinästhetischer Bewegungsanleitungen verhindert

werden können. Außerdem sollten Pflegefachpersonen im Bereich der Kinästhetik ausgebildet werden. Es wird dadurch vermieden, dass sich immer mehr Personen im höheren Alter in eine Pflege- und Betreuungseinrichtung begeben und in eine Pflegeabhängigkeit fallen. Es bleibt kritisch zu hinterfragen, ob ein solcher Weiterbildungskurs aufgrund der beschränkten Ressourcen in allen Einrichtungen besucht werden kann.

Um die Stand- und Gangsicherheit der geriatrischen Patient*innen im Pflegealltag durch die Anwendung kinästhetischer Gang- und Gleichgewichtsschulungen zu erhöhen, sind neben den individuellen Fähigkeiten des Pflegepersonals vor allem auch die organisatorischen Voraussetzungen und die ökonomischen Faktoren einer Einrichtung entscheidend. Durch eine geeignete Implementierung der Kinästhetik können die Stand- und Gangsicherheit gefördert, das Sturzrisiko verringert sowie der Muskelkraftverlust minimiert und somit eine Pflegeabhängigkeit in den Pflegeeinrichtungen vermieden werden.

3.3 Rehabilitative Aspekte

Die rehabilitativen Aspekte der kinästhetischen Mobilisationstechniken befähigen die motorischen Ressourcen, damit die körperliche Leistungsfähigkeit geriatrischer Patient*innen gesteigert und die Selbstständigkeit im Alltag gefördert werden kann. Dazu ist eine individuelle Förderung der Aktivitäten an die körperlichen Möglichkeiten der Patient*innen notwendig. Kleine, eigeninitiierte Bewegungen, wie z. B. ein Lagewechsel, verbessern die funktionelle Beweglichkeit im Rehabilitationsverlauf (Asmussen 3).

Anhand von praktischen Beispielen wird ersichtlich, dass kinästhetische Mobilisationstechniken die Funktionen im körperlichen Sinne verbessern und gleichzeitig das emotionale Wohlbefinden der Patient*innen fördern. Durch die Integration in die täglichen Aktivitäten, wie z. B. Waschen oder Ankleiden, kann die Selbstständigkeit im Alltag gefördert und die Abhängigkeit zum Pflegepersonal reduziert werden (Asmussen und Huth 45; Asmussen 3).

Darüber hinaus wird die Selbstständigkeit durch die Prävention von Immobilitätsfolgen wie Kontrakturen, Muskelabbau und Dekubitus im Rehabilitationsverlauf, aber auch längerfristig durch kinästhetische Bewegungsimpulse gesichert (Asmussen-Clausen 5). Diese erfolgen aktiv durch gezielte Unterstützung des vorhandenen Potenzials im Sinne alltagsnaher

Bewegungsabläufe.

Die kinästhetische Förderung kann nur nachhaltig gelingen, wenn das Pflegepersonal die individuellen Bewegungs- und Aktivitätsmuster erkennen und unterstützen kann. Individuell abgestimmte, alltagsintegrierte Förderung ist wesentlich effektiver als ein standardisiertes Bewegungsprogramm, das die individuellen Ressourcen außer Acht lässt. Für den Rehabilitationsverlauf ist die permanente Reflexion der Anwendung, in Form von Begleitung und Beratung des Pflegepersonals, und der Aktivitäten an die Bedürfnisse der Pflegeempfänger*innen unumgänglich (Asmussen und Huth 47).

In rehabilitativen Bewegungsprogrammen, die auf kinästhetische Techniken spezialisiert sind, zum Beispiel bei neurologischen Erkrankungen wie einem Schlaganfall oder Multipler Sklerose, wird die Eigenaktivität und die Beteiligung von Betroffenen an Aktivitäten im Alltag gefördert, was zur Steigerung der Selbstständigkeit im Alltag und weniger Bedarf an Unterstützung bei der Entlassung aus der Klinik führt (Suter-Riederer et al. 22). Dies bedeutet einen wesentlichen Gewinn an Selbstständigkeit im Alltag für die Betroffenen.

Weiters lässt sich durch eine Messung mit validierten Skalen belegen, dass Menschen in solchen Gruppen in ihrer Lebensqualität wesentlich besser abschneiden, was auf eine konsequente Beteiligung an Eigenaktivitäten und damit mehr Kontrolle über den eigenen Körper zurückzuführen ist (Suter-Riederer et al. 22). Es ist also ersichtlich, dass eine kinästhetisch basierte Rehabilitation sowohl in der physischen als auch in der psychischen Dimension des Wohlbefindens wirksam ist.

Des Weiteren zeigen erfolgreiche kinästhetische Rehabilitationseinheiten langfristig weniger Pflegeempfänger*innen in Kliniken, wodurch eine Stabilisierung der pflegerischen und finanziellen Ressourcen, unter Reduktion der Belastung des Pflegepersonals, belegbar wird (Suter-Riederer et al. 22). Für einen nachhaltigen Rehabilitationserfolg sind dafür allerdings intensive Schulungsprozesse, sowie Supervision, die zu Reflexionsprozessen, in der Praxisumsetzung führen, die Basis eines multiprofessionellen Teams, welche die notwendigen Voraussetzung bieten können (Asmussen und Huth 47).

Weiterführend ermöglicht die Mobilisation die Schmerzreduktion und die Spannung der Muskulatur der Patient*innen, einerseits durch die Stärkung des Körperbewusstseins durch verschiedene Wahrnehmungsreize und Bewegungen in allen Ebenen und durch die Mobilisationsabläufe (Asmussen und Huth 45; Asmussen 3). Daraus folgt eine Steigerung der Motivation zur Beteiligung an Rehabilitationsaktivitäten und Therapien, was ein positiver

Einflussfaktor ist (Asmussen und Huth 45; Asmussen 3). Durch die Sicherheit im Alltag, durch das erlernte Wissen und der gewonnenen Bewegungsvielfalt, werden Patienten mehr bereit sein, in den Alltag zu gehen, soziale Kontakte und Aktivitäten wahrzunehmen und sich dadurch selbst in ihrer Lebensfreude beeinflussen (Asmussen 3).

Ebenso zeigt sich der kinästhetische Erfolg durch die koordinierte Bewegungsförderung eines multiprofessionellen Reha-Teams (Asmussen und Huth 45; Suter-Riederer et al. 22). Jedoch fehlt in manchen Fällen die Praxisbegleitung und die Koordination im multiprofessionellen Team. Aus diesem Grund sind eine regelmäßige Supervision und eine gemeinsame Zielabsprache notwendig, um für eine bestmögliche Unterstützung zu sorgen (Asmussen und Huth 47).

Zudem können die kinästhetischen Interventionen durch eine Mobilisationshilfe gefördert werden. Ein Beispiel ist hierbei eine mobile Aufstehhilfe, welche Patient*innen durch eine adäquate Körperunterstützung im Bewegungsablauf zur eigenständigen Durchführung von Transfers animieren soll (Rocke et al. 5). Dabei soll gleichzeitig die körperliche Belastung durch die Pflege minimiert werden, wie es sich in den Ergebnissen der Pflegefachkräfte, durch die Nutzung der mobilen Aufstehhilfen, abzeichnet (Rocke et al. 5). Auch gibt das Pflegepersonal an, dass es aufgrund des Einsatzes der Geräte seltener an Gesundheitsproblemen wie z. B. Rückenschmerzen leidet (Rocke et al. 5). Interessant ist jedoch, warum obwohl der Nutzen bekannt ist, nicht alle Hilfsmittel auch wirklich angewendet werden (Rocke et al. 2).

In zahlreichen Studien wird der Hinweis zur Vermittlung des Wissens über Bewegungsmuster und deren Unterstützung in den Aktivitäten und im gesamten Pflegeprozess erteilt. Um die Versorgung im Rehabilitationsprozess, durch ein adäquates bewegungsförderndes Pflegeangebot, nachhaltig sicherzustellen, ist es notwendig, Pflegefachkräfte kontinuierlich mit Schulungen und Reflexionen zu befähigen (Stemmer und Böhme 8; Asmussen und Huth 47). Laut Studien haben Einrichtungen mit implementierten Fortbildungsprogrammen eine verbesserte Pflegeprozessqualität und einen höheren Mitarbeiterbestand (Stemmer und Böhme 7). Außerdem sind die Ergebnisse hinsichtlich der Mobilität der Patient*innen bei Fortbildungen langfristig besser (Stemmer und Böhme 7).

4. Effektivität kinästhetischer Mobilisationstechniken

Der Nachweis der Wirksamkeit kinästhetischer Mobilisationstechniken zeigt, wie diese gezielte Bewegungsförderung die körperliche Funktionsfähigkeit und das Wohlbefinden der älteren Menschen verbessern. Dabei werden sowohl die physikalischen Effekte auf Mobilität, Muskelkraft und Koordination als auch die psychosozialen Aspekte wie Lebensqualität und Selbstständigkeit berücksichtigt. Im Folgenden wird aufgezeigt, wie diese Interventionen der Kinästhetik die Patient*innen und Pflegenden entlasten und damit zur Verbesserung der Pflegequalität beitragen. Die Bedeutung für die Geriatrie wird im folgenden Abschnitt konkretisiert.

4.1 Physische Auswirkungen

Die physischen Auswirkungen der kinästhetischen Mobilisation beschäftigen sich mit der Steigerung der Beweglichkeit und Kraft älterer Menschen durch gezielte Bewegungsförderung. Außerdem wird auch darauf eingegangen, wie diese Art der Mobilisation die motorischen Fähigkeiten älterer Menschen stabil und lang erhält und dadurch in der Arbeit die Selbstständigkeit der älteren Menschen sichert und gleichzeitig zu einer Entlastung des Personals führt.

4.1.1 Beweglichkeit und Mobilität

Die Förderung der Beweglichkeit und Mobilität geriatrischer Patient*innen durch kinästhetische Mobilisationstechniken spielt eine große Rolle in der Pflege, da sie die Eigenaktivität und somit auch die Lebensqualität steigert. Kinästhetische Techniken aktivieren motorische Ressourcen der Patient*innen und ermöglichen differenzierte Bewegungsabläufe (Asmussen 3). Dies beweist sich in der Praxis mit einer erhöhten Kompetenz der Patient*innen im Bezug auf selbstständige Positionswechsel und Transfers. Pflegepersonen aktivieren Stärken und Ressourcen von Pflegebedürftigen in Bewegungen und schaffen somit einen Lernprozess. Dies führt zu einer Zunahme der Eigenaktivität im Pflegealltag (Asmussen 31; Asmussen-Clausen 5).

Beobachtungen aus der Pflegepraxis beweisen, dass das Bewegen der Patient*innen mit

kinästhetischen Techniken zu fließenderen und differenzierteren Bewegungsabläufen führt. Eine Mobilitätssteigerung wird aber nur dann erzielt, wenn kontinuierlich trainiert und von der gesamten Pflegepersonengruppe angeleitet wird (Asmussen 30–31). Laut Fachliteratur besteht hier ein Problem. Es kommt zu keiner langfristigen Mobilitätsverbesserung, solange Kinästhetik punktuell eingesetzt wird und die Schulungen des Pflegepersonals nicht kontinuierlich stattfinden (Asmussen und Huth 3).

Die Mobilitätsverbesserung geriatrischer Patient*innen, erreicht durch die Mobilisationstechniken der Kinästhetik, ist nicht nur als Verbesserung der Patient*innen an sich zu bezeichnen, sondern trägt zu einer Qualitätsverbesserung in der Pflege bei. Durch die erhöhte Eigenaktivität der Patient*innen werden weniger passive Transfers der Patient*innen durch das Pflegepersonal notwendig (Asmussen-Clausen 5; Asmussen 3). Dieses Faktum beweist, dass sich die Anwendung von kinästhetischen Mobilisationstechniken in der Pflege lohnt. Durch qualifizierte Schulungen für Pflegepersonen wird die Eigenaktivität der Patient*innen verbessert und es werden somit selbstständige Bewegungsabläufe in deren Tagesablauf ermöglicht (Asmussen 2–3).

Bei den kinästhetischen Mobilisationstechniken kommt es zu einer Abnahme passiver Mobilisationstechniken. Laut Studienberichten und praktischen Beispielen kommt es zu einer Eigenaktivität und somit zu einer Bewegungskompetenzsteigerung der Patient*innen (Asmussen 3; Asmussen-Clausen 5). Hier sind es nicht nur Patient*innen aus der geriatrischen Pflege, deren Mobilität eingeschränkt ist. Auch andere Patient*innen, mit welchen kinästhetische Mobilisationstechniken angewendet wurden, konnten mehr Bewegungsabläufe selbstständig ausführen, Positionswechsel und Transfers selbst durchführen und alltägliche Aufgaben, wie Aufstehen, Zubettgehen, Körperpflege etc. eigenständig erledigen (Asmussen 31; Berger 2).

Der Schlüssel zur Mobilitätssteigerung der Patient*innen durch kinästhetische Mobilisationstechniken liegt in der kontinuierlichen Weiterbildung und Praxisbegleitung des Pflegepersonals (Asmussen und Huth 3). Es muss auch zu einer Auseinandersetzung der Techniken in der Praxis kommen, damit der Umgang damit in der Pflege gefestigt wird (Asmussen-Clausen 5). Durch die Steigerung der Eigenaktivität der Patient*innen wird ihre Selbstkompetenz gestärkt und ihre Lebensqualität verbessert (Asmussen 31). Es kommt somit zu einer Erhöhung der pflegebezogenen Lebensqualität und einer Abnahme der pflegebedingten Lebensqualität (Asmussen 3). Die gesteigerte Eigenaktivität verbessert die Muskeln der Patient*innen und deren Gelenke (Berger 2). Die eingeschränkte Mobilität von Pflegebedürftigen hat zur Folge, dass sich diese in immer mehr Bereichen des alltäglichen

Lebens nicht mehr selbst versorgen können. Es entsteht eine Pflegebedürftigkeit. Dies kann mit der kinästhetischen Mobilisation verhindert werden (Asmussen 3; Schmidt et al. 6). Die Patienten verlieren ihre Eigenständigkeit in der Mobilität. Folgen einer eingeschränkten Mobilität sind Kontrakturen (dauerhafte Einschränkung der Gelenkmobilität) und Dekubitus (Druckgeschwür; Wunde, hervorgerufen durch langen Auflagedruck) (Berger 2). Diesen kann mit der Kinästhetik vorgebeugt werden.

Ein Beispiel aus der Praxis zeigt, dass Patient*innen mit regelmäßiger Anwendung von Kinästhetik Gehfähigkeit und somit die Möglichkeit, am normalen Tagesgeschehen teilzunehmen, länger behalten können (Berger 3–4). Oft wird, wie in der Theorie auch beschrieben, die Bewegung der Patient*innen aufgrund von Zeitnot des Pflegepersonals nicht so gestaltet, wie sie es für die Patient*innen im Bezug auf die Beweglichkeit und Mobilität bräuchten (Schloeder 19). Es kommt somit zu keiner ausreichenden Bewegungsförderung für die Patienten. Ein wesentlicher Faktor der eingeschränkten Bewegungsförderung der Patient*innen ist in der mangelnden Ausbildung des Pflegepersonals zu finden (Asmussen und Huth 3). Diese beiden Punkte können zu negativen Auswirkungen auf die Mobilitätsverbesserung führen. Dies unterstreicht das, was die Literatur als wesentlichen Schlüssel zur Verbesserung der Mobilität pflegebedürftiger Menschen nennt, die Zusammenarbeit und die Unterstützung des gesamten Pflorgeteams (Asmussen und Huth 3; Schloeder 19).

Gerade bei Patient*innen, die mehrfach eingeschränkt sind, als auch für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ist die kinästhetische Mobilisation von großer Bedeutung zur Immobilitätsverhinderung (Schmidt et al. 6). Die Förderung von Bewegung muss hier individuell und bedarfsgerecht für die Patient*innen eingesetzt werden (Asmussen-Clausen 5). Die Technik muss den Patienten und deren Restfähigkeiten angepasst werden, um Mobilität und Bewegungsabläufe zu verbessern. Kinästhetische Techniken können bei fortgeschrittener Immobilität und neurologischen Erkrankungen angewendet werden, bei denen passive Mobilisationstechniken aufgrund einer bereits bestehenden Immobilisation eine eingeschränkte oder keine Wirkung zeigen würden (Schmidt et al. 6; Asmussen-Clausen 5).

Voraussetzung für eine individuelle Bewegungsförderung mit kinästhetischen Mobilisationstechniken in der geriatrischen Pflege ist die Beobachtung des Patienten und die Erkennung seiner individuellen Bewegungsmuster. Anhand von diesen wird dann der individuelle Mobilisationsplan gestaltet. In Einrichtungen, in welchen die Bewegungskultur und Qualitätssicherung besonders in den Fokus gerückt wird, ist die Mobilitätsverbesserung

häufig besser (Schloeder 19). Mangelnde personelle und strukturelle Voraussetzungen können die kinästhetische Bewegungsförderung beeinträchtigen, sowie Mängel in der internen Kommunikation oder ein fehlendes Qualitätsmanagement (Schloeder 18–19). Der Schlüssel zum Erfolg der kinästhetischen Mobilisation liegt, wie bereits erwähnt, in der Kontinuität der Anwendung sowie der individuellen Gestaltung. Diese muss von allen Personen des Teams übernommen werden (Asmussen-Clausen 5).

Weiters sollte die Reflexion im Pflorgeteam einen zentralen Stellenwert einnehmen und regelmäßige Schulungen stattfinden, um eine erfolgreiche Anwendung kinästhetischer Techniken zu gewährleisten. Einrichtungen mit Fortbildungsangebot für Pflegepersonen haben auch eine Qualitätsverbesserung der Pflegeprozesse und eine höhere Zufriedenheit von Mitarbeitenden sowie Patienten zu verzeichnen (Asmussen und Huth 3; Schloeder 19). Schlussendlich tragen die Schulung des Pflegepersonals, interdisziplinäre Kooperationen sowie Unterstützung von Leitungsebene einen wesentlichen Beitrag zur Förderung der Mobilität geriatrischer Patient*innen bei.

4.1.2 Muskelkraft und Koordination

Die kinästhetische Mobilisation ermöglicht in der geriatrischen Pflege eine gezielte Kräftigung der Muskulatur durch die Aktivierung der motorischen Ressourcen des Individuums (Bauder Mißbach 15). Denn besonders beim Bewegen wie z. B. beim Lagern und Transferieren, aber auch beim Aufstehen oder Gehen wird durch die Partizipation der Patient*innen im Mobilisationsprozess eine aktive Muskelarbeit gefördert. Durch die Möglichkeit, bestehende Kräfte optimal zu nutzen, überfordert die Mobilisation nicht und wird als entlastend wahrgenommen. Dies gilt als wesentliche Voraussetzung für Muskelaufbau und ist die Grundlage der Mobilitätserhaltung und Mobilitätsverbesserung (Asmussen und Huth 45; Bauder Mißbach 15; Asmussen 3).

Auch wenn der Muskelaufbau vor allem in kleinen Schritten über längere Zeit stattfindet, zeigt er sich in einer gesteigerten Leistungsfähigkeit im Alltag, z. B. bei Transfers oder bei Bewegungen im Bett. Die Motivation der Patient*innen ist hoch, da sich die Fortschritte in der Bewältigung der eigenen Lebenssituation zeigen. Auch die Eigenaktivität der Patient*innen wird dadurch gefördert (Asmussen-Clausen 5; Bauder Mißbach 15).

Ebenso wie die Muskelkraft wird durch die kinästhetische Mobilisation auch die Koordination

gefördert und dadurch differenziertere Bewegungsabläufe ermöglicht. Bewegungen werden sicherer und kontrollierter ausgeführt. Dadurch können Fehlbewegungen und Stürze vermieden werden (Asmussen und Huth 46; Bauder Mißbach 15). In der geriatrischen Pflege wird vor allem bei Patient*innen mit neurologischen Schädigungen auf die Förderung komplexer Bewegungsabläufe großer Wert gelegt. Sie ist für das Erreichen der Unabhängigkeit und die Wiederherstellung der Mobilität unabdingbar (Bauder Mißbach 15). Auch Positionswechsel oder Transfers führen in der Folge zu einer Verbesserung der Körper- und Raumwahrnehmung sowie der Balancefähigkeit. Dies spiegelt sich in sicheren Bewegungen und Aktivitäten im Alltag wider (Bayh und Rosenberger-Ochs 16). Durch die Methode können Tätigkeiten wie das Aufstehen oder Umdrehen wieder selbstständiger und sicherer bewältigt werden (Asmussen und Huth 46).

Des Weiteren wird durch die kinästhetische Mobilisation die Körperwahrnehmung aufgrund der klaren Bewegungsanleitung und der unterstützenden Berührung verbessert und somit ein größerer Handlungsspielraum bei der Gestaltung der Bewegungsabläufe ermöglicht. Sie dient außerdem der Verminderung der Bewegungsangst und sorgt so für eine nachhaltige Motivationssteigerung bei den Patient*innen (Asmussen 1; Asmussen und Huth 45).

Eine wichtige Verbesserung der Muskelkraft und Koordination wird auch durch die Reduktion der Muskelverspannungen und des Spannungsgefühls des Körpers bewirkt. Das Spannungsgefühl wird gesenkt, und durch den Gebrauch von Lagerungshilfen und natürliche Bewegungsimpulse, die an die Patient*innen angepasst werden, werden eine stressfreie, schmerzfreie Lagerung und eine Druckentlastung sowie die Prophylaxe von Spastizitäten gefördert (Bayh und Rosenberger-Ochs 9, 11, 16). In der Folge werden Bewegungen als nicht so anstrengend und schmerzhaft empfunden. Durch die Erleichterung der Bewegungsprozesse und die gesteigerte Bewegungsfreude ist diese Technik im Hinblick auf einen kontinuierlichen Muskelaufbau sehr effektiv (Bayh und Rosenberger-Ochs 9–11).

Trotz der beschriebenen Wirkungen ist in manchen klinischen Studien kein Unterschied in Bezug auf die Kraft oder Koordination von Patient*innen in der kinästhetischen Gruppe zu den Kontrollgruppen zu beobachten (Gattinger und Hantikainen 7-8). Dies ist unter anderem auch darauf zurückzuführen, dass die klinischen Studien Messparameter verwenden, welche Veränderungen nicht sichtbar machen, da Kinästhetik individuell gefördert, alltagsnah und personenzentriert interveniert (Gattinger und Hantikainen 8). Man sollte in Betracht ziehen, kinästhetische Interventionen kontinuierlich individuell zu evaluieren und anzupassen (Asmussen und Huth 47; Bauder Mißbach 15).

In mehreren Studien wird bestätigt, dass der Muskelaufbau und die Steigerung der Koordination von der Regelmäßigkeit und Kontinuität des Schulungs- und Trainingsangebots für die Pflegefachpersonen abhängig sind (Bauder Mißbach 2; Asmussen und Huth 3; Bayh und Rosenberger-Ochs 16). Die Anwendung der kinästhetischen Prinzipien in einem multidisziplinären Ansatz und im Team motiviert zu einer handlungssicheren Implementierung der Bewegungsförderung in den Pflegealltag (Asmussen und Huth 3). Für die Verbesserung von Muskelkraft und Koordination ist die routinierte Anwendung der Techniken unersetzlich. Die regelmäßige Durchführung von kinästhetischen Mobilisationstechniken kann im Pflegealltag implementiert werden, wenn die Einrichtungen dieses aktiv fördern und das Personal regelmäßig schulen (Bauder Mißbach 2). Durch Fortbildungen, Qualitätszirkel und Supervisionen kann eine kontinuierliche Reflexion des individuellen Handelns stattfinden (Bauder Mißbach 2; Asmussen und Huth 47). Die Anwendung kinästhetischer Mobilisationstechniken kann optimiert werden, wenn in den Teams die Abstimmung und Kommunikation verbessert werden kann und Ressourcen eingesetzt werden, um Zeitmangel und Überforderung zu kompensieren sowie ein höheres Ausbildungsniveau des Pflegepersonals erreicht wird (Schloeder 19). Die Einrichtungen sollten ebenfalls einen Fokus auf die Qualitätssicherung legen (Bayh und Rosenberger-Ochs 16). Dies kann zum Muskelaufbau und zur Steigerung der Koordination bei den geriatrischen Patient*innen beitragen (Asmussen und Huth 3).

4.2 Psychosoziale Effekte

Der psychosoziale Beitrag der kinästhetischen Mobilisationstechniken ist von großer Bedeutung für eine ganzheitliche Pflege älterer Menschen. Hierbei stehen die Förderung von Wohlbefinden und Lebensqualität, die Unterstützung von Körper, Geist und Sozialisierung sowie die Förderung von emotionaler Stabilität, Selbstständigkeit und Autonomie im Vordergrund. Im Weiteren werden die positiven Auswirkungen der kinästhetischen Mobilisationstechniken auf die emotionale Stabilität und auf die Selbstständigkeit und Autonomie beschrieben.

4.2.1 Wohlbefinden und Lebensqualität

Die Förderung des Wohlbefindens und der Lebensqualität geriatrischer Patient*innen ist

durch die kinästhetische Mobilisation möglich. Durch interventions-wissenschaftliche Untersuchungen kann belegt werden, dass geriatrische Patient*innen aktiver sind und sich in ihrem Alltag wohler fühlen, wenn sie aktiv in den Prozess der kinästhetischen Mobilisation miteinbezogen werden. Durch die Erhöhung der Eigenaktivität und das Verringern der Abhängigkeit der geriatrischen Patient*innen kann die Zufriedenheit und damit die Lebensqualität gesteigert werden. Ausgewiesene Indizes zeigen auf, dass geriatrische Patient*innen weniger Angst haben und eine positivere Grundeinstellung aufweisen, wenn diese in den Prozess der Bewegungserleichterung involviert werden (Suter-Riederer et al. 2).

Wenn der geriatrische Patient bei der kinästhetischen Mobilisation selbst aktiv agieren kann, steigert dies das Wohlbefinden. Indem der Patient Transfers und Bewegungsabläufe durchführen kann, kommt es zu einem positiven Erleben des eigenen Körpers. Dadurch können ein Gefühl von Sicherheit und Lebensfreude wiedergewonnen werden, was zu einer Stärkung des psychischen und physischen Wohlbefindens beiträgt (Asmussen 30-31; Suter-Riederer et al. 22). Der wertschätzende Umgang mit dem geriatrischen Patienten während der kinästhetischen Mobilisation wirkt motivationsfördernd und kann die positiven Gefühle, das Vertrauen und die Lebensfreude des Betroffenen steigern.

Durch die Förderung der Eigenaktivität können die Fähigkeiten der Patienten gestärkt und somit ihre Ressourcen gefördert werden. Dadurch steigt der Selbstwert des Betroffenen und seine Resilienz für alternde/krankte Herausforderungen (Asmussen 29-31). Pflegende berichten von positiven Gefühlsäußerungen der Patient*innen und der Akzeptanz der Lebenssituation. Auch können psychische Belastungen dadurch gemildert werden.

Indizes wie der GDS-15 sowie Instrumente, die die Lebensqualität bei Kognitionsbeeinträchtigung darstellen, zeigen einen besseren Umgang mit dem Alltag bei bewegungsbeeinträchtigten Patienten. Positive, psychosoziale Ergebnisse können auf verbesserte Bewegungserleichterung zurückgeführt werden. Durch gesteigerte Mobilität und gesteigertes Wohlbefinden kann die Pflege des Alltags positiv beeinflusst werden (Kaiser 27, 38). Die Wirksamkeit einer Intervention mit kinästhetischer Mobilisation verbessert die psychosoziale Situation von Menschen in der geriatrischen Pflege deutlich.

Zudem ergab sich, dass sich geriatrische Patienten wieder mehr an gemeinsamen Aktivitäten beteiligen konnten, da sie sich nun wieder mehr aus dem Haus trauten. Pflegepraxis-Berichte weisen auf einen positiven Einfluss der gesteigerten Lebenszufriedenheit mit Mobilität hin, in dem Patienten wieder mehr Spaß an der Teilnahme

an Aktivitäten außerhalb des Heimes hatten (Asmussen-Clausen 5; Suter-Riederer et al. 22). Somit führte eine gesteigerte Lebenszufriedenheit mit Mobilität zu weniger Depressivität.

Durch die Bewegungserleichterung können Angst, Schmerzen und Unruhe der geriatrischen Patienten reduziert werden. Angst und Unruhe werden durch das Erlernen einer neuen Bewegung verringert, da durch das Erfahren des Eigenbewegungsverhaltens ein Kontrollgefühl entsteht. Dadurch erfahren die Patienten weniger Angst (Achinger und Steenebrügge 1). Außerdem bewirkt die kinästhetische Mobilisation eine Stabilisierung des Kreislaufs und löst Spannungen der Muskulatur und Unruhe, somit wird die Unzufriedenheit des Patienten reduziert (Achinger und Steenebrügge 1; Asmussen und Huth 1). Diese physischen sowie psychischen Probleme werden beim Umlagern, Transfers und bei der Durchführung von Bewegungsübungen positiv beeinflusst. Angst vor einem Sturz wurde durch die Bewegungserleichterung der kinästhetischen Mobilisation reduziert, da die Patienten das Gefühl der Sicherheit und Eigenständigkeit wiedergewonnen haben und sich somit im Gleichgewicht halten konnten (Achinger und Steenebrügge 1).

Einen weiteren positiven Aspekt der kinästhetischen Mobilisation in Bezug auf das Wohlbefinden des geriatrischen Patienten ist, dass sich die Orientierung und Zuversicht bei den Betroffenen durch die wertschätzende Kommunikation sowie die Beteiligung an Mobilisationsprozessen verbessert (Asmussen 1). Im Alltag fühlen sich geriatrische Patienten eher wahrgenommen und können mehr Kontrolle über ihren Körper erlangen. Die Beobachtung durch pflegende Experten zeigt, dass sie offener gegenüber neuen Erfahrungen waren und sich durch wiederholte Erfolge bei selbstständig ausgeführten Bewegungen sicherer in ihrer eigenen Bewegung fühlten (Asmussen und Huth 2). Dies fördert wiederum die Zuversicht, andere Bewegungen erlernen zu können, was sich positiv auf das psychosoziale Wohlbefinden auswirkt.

Die wiedergewonnene Selbstständigkeit führt ebenfalls zu mehr Lebenszufriedenheit. Patient*innen führen Transfers, aber auch alltägliche Tätigkeiten selbstständiger durch, was das Selbstwertgefühl stärkt und das subjektive Wohlbefinden positiv beeinflusst (Stösser 1; Asmussen 3). Ein weiterer Hinweis auf die Stärkung des subjektiven Wohlbefindens ist, dass Patienten besser mit dem Krankheits- oder Heilungsverlauf umgehen konnten, und ihre gesundheitlichen Risikofaktoren erkannt und akzeptiert haben. Sie trauten sich wieder etwas zu, was sich sehr positiv auf das Wohlbefinden im Alter auswirkte (Stösser 1; Asmussen 3).

Der positive Effekt der Verbesserung des psychosozialen Wohlbefindens kann nur bewirkt

werden, wenn die Pflegekräfte auch weiterhin geschult werden und sich eine ständige Unterstützung im Alltag (Praxisbegleitung) durch Experten suchen. Die Kinästhetik-Ausbildungen bewirken eine positive Veränderung des Personals und beeinflussen deren Motivation (Asmussen und Huth 3; Suter-Riederer et al. 2).

Die Analyse in der Literatur und in Praxisberichten hat ergeben, dass einmalige Schulungen für einen längeren Umsetzungszeitraum nicht ausreichen (Asmussen und Huth 3; Suter-Riederer et al. 2). Fortbildungen sind somit sinnvoll. Auch durch Qualitätsschulungen und ständige Praxisbegleitungen, geleitet von Experten, steigt die Motivation und dadurch die Arbeitszufriedenheit des Pflegepersonals (Asmussen und Huth 3). Regelmäßige Schulungen sowie Anleitungen der Führungskräfte werden als positiv bewertet. Somit wird eine hohe Versorgungssicherheit für die geriatrischen Patienten gewährleistet.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich das Wohlbefinden und die Lebensqualität geriatrischer Patienten positiv durch kinästhetische Mobilisation verändert hat.

4.2.2 Selbstständigkeit und Autonomie

Die Förderung von Selbstständigkeit und Autonomie geriatrischer Patient*innen mittels kinästhetischer Mobilisationstechniken ist ein wichtiger Aspekt der Pflegepraxis. Studien belegen, dass Patient*innen, die nach kinästhetischen Prinzipien mobilisiert werden, Tätigkeiten wie Essen, An- und Auskleiden sowie Transferieren selbstständig früher als Personen, die nicht auf diese Art bewegt werden, ausführen können (Suter-Riederer et al. 2).

Dass eine entsprechende Kinaesthetics-Schulung von Pflegefachpersonen dazu führt, dass die Patient*innen weniger passive Transfers erleben und vermehrt die eigenen Ressourcen und Restfähigkeiten nutzen, zeigt sich in praxisbezogenen Berichten in Form von detaillierteren Bewegungsabläufen und mehr Autonomie im Alltag (Asmussen 30-31).

Diese Erkenntnisse machen ersichtlich, dass eine Kinaesthetics-Schulung von Pflegefachpersonen entscheidend ist für den Erfolg kinästhetischer Maßnahmen. Werden Pflegefachpersonen nicht kontinuierlich instruiert und begleitet, gehen Potentiale zur Förderung der Autonomie der Patient*innen ungenutzt verloren.

Eine Förderung der Selbstständigkeit wirkt sich präventiv auf gewisse Folgeerscheinungen von Krankheit und Verletzung aus. Eigenaktivität bei alltäglichen Verrichtungen wirkt vorbeugend gegen Immobilität, Kontrakturen, Depressionen sowie die Entwicklung des Erlernens von Hilflosigkeit, da die Patient*innen durch mehr Kontrolle und Entscheidungsfreiheit über ihren Tagesablauf auch ihre Lebenszufriedenheit erhöhen können (Asmussen 31; Berger 3). Die kinästhetische Mobilisation im Rahmen eines Rehabilitationsprozesses, um selbstständig leben zu können, bewirkt zudem, dass Patient*innen, die nach diesem Konzept mobilisiert wurden, nach dem Spitalaufenthalt seltener auf eine zusätzliche Pflege angewiesen sind (Suter-Riederer et al. 2). Es zeigt sich aber auch, dass nur bei kontinuierlicher Unterstützung und Anleitung von ausgebildeten Pflegeteams diese Patienten ihre Unabhängigkeit im Alltag effektiv steigern konnten (Asmussen und Huth 47). Dies unterstreicht die Wichtigkeit, dass Kinaesthetics auch institutionalisiert wird.

Die Förderung der physischen Autonomie ist eines der Ziele der kinästhetischen Mobilisation. Durch das Einbeziehen der Patient*innen in Bewegungsprozesse wird ihnen Sicherheit gegeben und ein Gefühl der Kontrolle vermittelt (Asmussen 1; Asmussen und Huth 2). Dieses Vertrauen ist eine wesentliche Grundlage für eine verbesserte subjektive Autonomie der Patient*innen. Denn je größer das Selbstvertrauen, desto leichter fällt es den Patient*innen, sich in Bewegung zu setzen und damit in den Alltag einzusteigen. Durch den respektvollen Umgang und das Einbeziehen der Patient*innen in Bewegungsprozesse im Rahmen der kinästhetischen Mobilisation kann diesen das Gefühl von Vertrauen und Orientierung in den Alltag vermittelt werden (Asmussen-Clausen 5).

Patient*innen verfügen nach der kinästhetischen Intervention über mehr Selbstvertrauen und können dadurch dem Alltag mit mehr Sicherheit entgegentreten. Die Patient*innen erleben sich selbstwirksam. Mit dem Dialog über und mit den Patient*innen über ihren Bewegungsapparat können ihre Wünsche und Ressourcen erkannt und aktiv in den Bewegungsprozess integriert werden. Diese Partizipation eröffnet den Patient*innen neue Möglichkeiten, ihren Alltag wieder aktiv zu gestalten und selbst zu bestimmen (Asmussen und Huth 2). Auch Patient*innen mit Demenz empfinden so, Kontrolle über ihren Körper und Alltag zu haben. Die Vermittlung von Kontrolle bei kinästhetischer Mobilisation ist wichtig für die Würde der Patient*innen.

Laut Studien müssen Pflegepersonen bezüglich kinästhetischer Mobilisation kontinuierlich geschult und begleitet werden, da ohne permanente Fortbildungen diese Technik nur schwer langfristig etabliert und der Erfolg nicht gesichert werden kann (Asmussen 1; Asmussen und

Huth 3). Dies bestätigt auch, dass Schulungen und Kinaesthetics-Implementierungen erfolgreicher sind, wenn sie von Institutionsleitungen gefördert werden (Asmussen-Clausen 5). In Institutionen, in denen Fortbildungen und Qualitätszirkel institutionalisiert werden, sind diese Bemühungen meistens wirkungsvoller. Auch die Unterstützung durch die Vorgesetzten ist ein wichtiger Faktor. Wenn diese das kinästhetische Konzept mittragen und dieses als Bestandteil des gesamten Qualitätsmanagements erachten, ist die Basis gelegt, dass Kinaesthetics systematisch und teamübergreifend umgesetzt wird (Asmussen-Clausen 5).

Die Erhöhung der Eigenaktivität durch kinästhetische Mobilisation wirkt sich auf diverse Lebensbereiche der Patient*innen positiv aus. Mobilere Patient*innen können auch vermehrt sozialen Aktivitäten nachgehen (Kasper und Lubecki 5-6) und dadurch Isolation, Einsamkeit und die Zerstörung sozialer Netzwerke vermeiden. Diese soziale Teilhabe wirkt sich auch positiv auf die Lebensfreude aus. Die Verbesserung der Interaktionen zwischen Patienten und Pflegenden trägt dazu bei, dass die Patient*innen weniger unter Depressionen leiden und in der Regel auch zufriedener mit ihrem Leben sind (Asmussen 3; Kasper und Lubecki 6). Studien zeigen aber auch, dass Patient*innen durch Kinaesthetics-Mobilisation weniger unter Schmerzen leiden, was zu einer erhöhten Unabhängigkeit und einem aktiveren Leben beitragen kann (Stocker 35; Asmussen und Huth 45).

Die Implementierung der Kinaesthetics-Mobilisation hat aber nur längerfristige Erfolge auf die Mobilisation der Patient*innen, wenn es als Standard in die bestehenden Abläufe der Pflegetätigkeiten eingefügt wird (Asmussen und Huth 3; Suter-Riederer et al. 2). Werden die Prinzipien der Kinaesthetics-Mobilisation in Institutionen der geriatrischen Pflege systematisch in den Pflegealltag eingebaut, kann dies das Wohlbefinden aller beteiligten Personen steigern, wie Studien zeigen (Asmussen 1; Asmussen-Clausen 1).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Förderung von Selbstständigkeit und Autonomie durch kinästhetische Mobilisation einen wichtigen Beitrag zur Steigerung der Lebensqualität der Patient*innen der geriatrischen Pflege leistet.

5. Implementierung in der Pflegepraxis

Für eine nachhaltige Umsetzung der kinästhetischen Prinzipien in der Pflege sind Schulungen, Einbindung und Qualitätssicherung von entscheidender Bedeutung. Des Weiteren sind die organisatorischen Rahmenbedingungen und die interprofessionelle

Zusammenarbeit bedeutsam, um Bewegungsförderung zu festigen. Vor dem Hintergrund der Grundlagen und Einsatzmöglichkeiten dieser Arbeit wird hier aufgezeigt, wie praktische Maßnahmen diesen Wandel in der Pflege unterstützen können. In den nächsten Abschnitten wird beschrieben, wie sich die Pflegearbeit mit diesem Wissen verändert und nachhaltig in den Pflegealltag implementiert werden kann.

5.1 Schulung und Qualifizierung des Pflegepersonals

Die Schulung und Qualifizierung des Pflegepersonals ist eine Grundvoraussetzung für die erfolgreiche Anwendung kinästhetischer Mobilisationstechniken in der geriatrischen Pflege. Die Studien weisen auf die Notwendigkeit der regelmäßigen Schulung und das Anwenden im Pflegealltag hin, damit kinästhetische Mobilisationstechnik langfristig wirksam ist. Durch das vermittelte Basiswissen, während einer kurzen Schulung, werden in der Pflegefachperson kurzzeitig Kompetenzen erworben, sind aber keine Grundlage für eine langfristige Umsetzung der kinästhetischen Prinzipien (Asmussen und Huth 3; Huber et al. 2-4). Die Schulung und Qualifizierung sollte fortwährend durchgeführt werden. Sie muss theoretische Grundlagen über kinästhetische Prinzipien beinhalten sowie praktische Übungen in realitätsnahen Pflegesituationen (Asmussen und Huth 3; Huber et al. 2-4). Durch den Bezug auf die Praxis lernen Pflegefachpersonen in den Pflegealltag hinein, das erlernte Wissen auch anzuwenden. Dabei haben sich begleiteten Praxisreflexionen und Teamcoachings besser bewährt, als die traditionellen Frontalveranstaltungen (Asmussen und Huth 3; Huber et al. 2-4).

Zur Implementierung des Erlernten im Arbeitsalltag ist eine Begleitung der Schulungsteilnehmer*innen in Form von Qualitätszirkeln durch die Kinaesthetics-Trainer*innen notwendig (Huber et al. 2-4). Die Evaluierung der Schulungsmaßnahmen zeigt, dass eine mehrfach durchgeführte Schulung des Pflegepersonals, mit Praxisbezug, einen positiven Einfluss auf deren Motivation hat, sich auch im Alltag vermehrt dem Thema Bewegungsförderung zu widmen. Damit wird ein entscheidender Schritt gemacht, um das kinästhetische Mobilisieren vermehrt in das Handeln des Pflegepersonals zu integrieren (Asmussen und Huth 3). Die Aus- und Weiterbildung der Kinaesthetics im Unternehmen sollte als ein Personalentwicklungstool angesehen werden. Dadurch ist sichergestellt, dass allen Mitarbeitenden, von der Pflegebasis bis zur Abteilungsleitung, ein gemeinsames Wissensverständnis vermittelt wird (Huber et al. 2-4).

Die Aus- und Weiterbildung im Bereich der Kinaesthetics verbessert darüber hinaus die gesundheitlichen Belastungen im Pflegealltag. Durch eine bewusstere Bewegungsförderung des Pflegeempfängers wird deren körperliche Eigenaktivität gefördert und die Pflegenden müssen weniger Kraft aufwenden (Asmussen und Huth 1; Klarmann et al. 1). Dadurch lassen sich körperliche Beschwerden wie Rückenschmerzen oder Überlastungssymptome vermindern. Des Weiteren verbessert es die Pflegesicherheit und das Wohlbefinden für Pflegeempfänger*innen (Asmussen und Huth 1; Klarmann et al. 1). Um eine nachhaltige Umsetzung zu erreichen, muss die Aus- und Weiterbildung des Pflegepersonals als Personalentwicklungstool etabliert und von der Abteilungsleitung gefördert werden (Huber et al. 2-4).

Weiter sollte eine fachübergreifende Zusammenarbeit (Ergotherapeut*innen, Physiotherapeut*innen, Logopäd*innen) gefördert werden (Klarmann et al. 1). Diese fördert das gegenseitige Verständnis und erweitert die Kompetenz der Pflegenden und Therapeut*innen. Gemeinsame Teamtrainings und Fallbesprechungen verbessern die Kommunikation der verschiedenen Berufsgruppen und führen so zu einer höheren Pflege- und Rehabilitationsqualität (Klarmann et al. 1). Die Wissensvermittlung über unterschiedliche Bewegungsabläufe und die Wahrnehmung und deren Förderung im Arbeitsalltag sind durch die diversen Kompetenzen der Berufsgruppen gebündelt und führen in der Pflege dazu, dass die Patient*innen qualitativ hochstehender und individuell gefördert werden (Klarmann et al. 1).

Obwohl die Schulung des Pflegepersonals mit vielen Vorteilen verbunden ist, müssen dennoch einige organisatorische Herausforderungen genannt werden. Zum einen der enge Personalstand und der somit hohe Arbeitsdruck in den einzelnen Abteilungen, aber auch Kontinuitätslücken in der täglichen Praxis (Huber et al. 2-4; Abderhalden et al. 41-43). Diese erschweren die Nachhaltigkeit der Fortbildungsangebote. Vor allem die fehlende personelle Entlastung oder auch eine kurzfristige Personalplanung, bei Fortbildungsangeboten, kann eine regelmäßige Teilnahme verunmöglichen und somit eine inkonsistente Umsetzung im Alltag des Pflegepersonals zur Folge haben (Huber et al. 2-4). Um die genannten Herausforderungen zu meistern, ist es nötig, dass die organisatorischen Strukturen dem Pflegepersonal eine kontinuierliche Aus- und Weiterbildung im Thema kinästhetische Mobilisationstechnik ermöglichen.

Der Lerntransfer ist nicht nachhaltig sichergestellt, wenn die durchgeführten Schulungen nicht auf deren Nachhaltigkeit hin überprüft werden (Felser 2). Es wird kritisiert, dass das

Gelernte des Pflegepersonals nur in Bezug auf das in der Fortbildung erworbene Wissen überprüft wird, aber nicht auch deren Umsetzung auf den Patient*innen (Felser 2). Deshalb müssen Feedbackinstrumente, evaluierte dokumentierte Fallbeispiele sowie regelmäßige Fortbildungsnachweise im Schulungskonzept beinhaltet sein, damit das Schulungsangebot auf die veränderte Patientenentwicklung angepasst werden kann. Aus der Evaluation des Schulungskonzeptes für das Pflegepersonal sind weitere Handlungsempfehlungen erarbeitet worden. Wie zum Beispiel eine Ausdehnung des Schulungskonzeptes in Form eines modularen Lehrgangs oder die Integration von Peer-Coaching und E-Learning-Instrumenten, welche dazu beitragen können, dass eine Breitenwirksamkeit von kinästhetischer Mobilisationstechnik nachhaltig verankert wird (Felser 2).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass eine nachhaltige Qualifizierung des Pflegepersonals für die kinästhetische Mobilisationstechnik nur mit der Kombination von praxisbezogenen Schulungen, kontinuierlicher Begleitung durch die Kinaesthetics-Trainer*innen und durch die Einbindung weiterer Berufsgruppen möglich ist. Indem es als ein Personalentwicklungstool implementiert und als organisatorisches Verfahren verankert ist.

5.2 Integration in den Pflegealltag

Die Integration von kinästhetischen Mobilisationstechniken in den Pflegealltag soll gewährleistet werden, indem die Prinzipien in das tägliche Pflegehandeln integriert werden. Dazu gehören pflegerische Tätigkeiten wie das Lagern, Umsetzen, Aufstehen, Transfers, die Körperpflege und die damit einhergehende Förderung der Eigenaktivität und Selbstständigkeit des Betroffenen. Kinästhetische Bewegungsförderung ist in den Pflegealltag integriert, wenn man die Intervention als Bestandteil und nicht als Zusatzleistung im Pflegealltag ausführt. Eine regelmäßige Ausführung mobilisiert Patient*innen nicht nur nachhaltiger, sondern ermöglicht ihnen, langfristig mobil zu sein (Asmussen-Clausen 5; Schweiger et al. 2).

Um den Wechsel von passiven Mobilisationshandlungen zu aktiven Handlungen sicherzustellen, soll die Integration kinästhetischer Mobilisationstechniken kritisch reflektiert werden. Hierbei geht es darum, dass die Mobilisationsressourcen der Betroffenen in das Pflegehandeln einbezogen werden. So kann das passive Lagern von Patient*innen durch das Bewegen nach dem kinästhetischen Prinzip zu Bewegungsimpulsen für die Mobilisation

der betroffenen Patient*innen werden. Durch die Bewegungserfahrung kann das Bewusstsein der Betroffenen für ihre Bewegungsressourcen gestärkt werden. Das Erleben der eigenen Fähigkeiten fördert auch die psychische Gesundheit (Asmussen 3; Schweiger et al. 2).

Durch die Anwendung kinästhetischer Techniken im Pflegealltag kann der pflegende Mensch durch ressourcenschonendes Arbeiten (schonen der Gelenke und des Knochenbaus) physisch entlastet werden. Durch eine bessere Beobachtung des Schmerz- und Bewegungsverhaltens wird die Fähigkeit gefördert, auf die individuelle Verfassung und Situation einzugehen, und ein bedarfsorientiertes Handeln wird ermöglicht. So können Gesundheitsprobleme durch Überanstrengung oder Schmerz rechtzeitig erkannt werden, und pflegerische Interventionen können rasch angepasst werden. Dies ermöglicht es, durch ressourcenschonendes und differenzierteres Handeln präventiv gegen Folgekrankheiten und Probleme wie Dekubitus, Kontrakturen, Muskelatrophie und Muskelspannungen einzuwirken (Asmussen 3; Schweiger et al. 2). Präventive Maßnahmen müssen allerdings durch die Pflegekräfte selbst durchgeführt werden, was zu zeitlichen und organisatorischen Problemen im Pflegealltag führen kann.

Auch die regelmäßige Anwendung der Techniken fördert die differenzierte Wahrnehmung des Schmerz- und Bewegungsverhaltens der Betroffenen, die Wahrnehmung der individuellen Ressourcen und die Beobachtung der Bewegungsqualität der Betroffenen. Das bewusste Wahrnehmen von Fähigkeiten und Hemmungen hilft den Pflegenden, sich besser in die Verfassung und Befindlichkeit des Betroffenen hineinzusetzen. Dieses Verstehen der Lebenssituation kann zu einer bedürfnisgerechteren Pflege führen (Asmussen 3; Schweiger et al. 2).

Eine positive Veränderung für die Pflegekräfte durch die Anwendung kinästhetischer Mobilisationstechniken im Pflegealltag zeigt sich in einem geringeren Kraftaufwand beim Umsetzen der Patient*innen sowie einer Schonung der Gesundheit. Die körperliche Belastung durch die Anwendung kinästhetischer Mobilisationstechniken kann somit reduziert werden. Die Kinästhetik im Pflegealltag entlastet daher sowohl die Betroffenen als auch die Pflegenden, was sich in weniger Krankheiten (Bandscheibenprobleme, muskel-skelettale Belastungen) und einem ressourcenschonenden Arbeiten der Pflegenden äußert. Ein ökonomisches Handeln (weniger Probleme für Patient*innen, effizientere Arbeit) wird ebenfalls unterstützt (Asmussen und Huth 1; Schweiger et al. 2).

Interdisziplinäre Zusammenarbeit ist wichtig für die Integration von kinästhetischen

Mobilisationstechniken in den Pflegealltag. Hier ist die Kooperation der Pflegefachperson mit der/dem Therapeut*in und dem/der Arzt*in in den Visiten oder im Rahmen der Pflegerapporte zu nennen. Gemeinsam mit den anderen Gesundheitsberufen soll versucht werden, ein individuelles Mobilisationsprogramm für jede*n Patient*in zu entwickeln. Das Erarbeiten eines adäquaten Bewegungsplanes, der auf die jeweilige Bewegungsfähigkeit des Patienten eingeht, ist ein weiterer Punkt dieser Zusammenarbeit. Fallbesprechungen mit allen am Behandlungsprozess Beteiligten führen zu einer interdisziplinären Behandlung und Therapieplanung. Außerdem können durch Schulungen der anderen Berufsgruppen zum Thema Bewegungsförderung auch sie in den Reflexionsprozess miteinbezogen werden (Klarmann et al. 1).

Die Eigenständigkeit des Betroffenen wird unterstützt, indem die Pflegepersonen in der Lage sind, Patient*innen und Angehörige zum Gebrauch und zur Anwendung von kinästhetischen Techniken im Pflegealltag zu schulen. Es hat sich gezeigt, dass der Gebrauch von kinästhetischen Techniken in der Lage ist, die Pflegeperson von vielen Problemen und Anspannungen zu entlasten, die im Pflegealltag entstehen können (Asmussen-Clausen 5). So zum Beispiel zeigen sich, nach Schulung durch Trainer*innen oder Schulung von Pflegekräften in Form einer internen Instruktion durch die Pflegedienstleitung oder andere Ausgebildete, deutlich bessere Bewegungsabläufe und Selbstständigkeit. Hier wird auch beobachtet, dass durch kinästhetische Techniken vermehrt Angehörige auf die Pflegenden zugehen und um Instruktionen bitten (Asmussen 3).

Bewegungsfreiheit für sturzgefährdete Patient*innen versus Sicherheit, das ist eine Herausforderung im Bereich Sturzprävention. Multimorbide Menschen haben oft Angst, sich zu bewegen, aus Furcht vor Sturz und Verletzung. Die Förderung von Mobilität sowie die Prävention von Stürzen stellen sich häufig als widersprüchlich heraus. Die Aufgabe der Pflege liegt somit darin, einen akzeptablen Kompromiss für Betroffene und Angehörige zu finden, um eine gute Lebensqualität aufrechtzuerhalten (Zegelin 2-5). Der Pflege soll es gelingen, Sturzgefahr zu minimieren und die Lebensqualität durch Beweglichkeit zu erhalten. Eine differenzierte Risikoeinschätzung und fortlaufende Beobachtung des Gesundheitszustandes sind nötig, um geeignete pflegerische Interventionen einzuleiten und die Patient*innen entsprechend beraten und instruieren zu können. Wenn man in der Sturzprävention auch auf mikroaktive Bewegungsprozesse eingeht, dann kann die Liegedauer der Betroffenen und die Entstehung von Konsequenzen aus Bewegungsmangel (z. B. Dekubitus, Schwäche der Muskulatur etc.) reduziert werden (Asmussen und Huth 3).

Die Integration kinästhetischer Mobilisationstechniken in den Pflegealltag soll ein

Lernprozess in der Praxis sein. Dadurch kann die Pflege an die bestehende Pflegesituation angepasst werden. Eine Möglichkeit dazu sind Qualitätszirkel und eine kontinuierliche Reflexion über Herausforderungen der Pflegepraxis und die Entwicklung von Lösungsansätzen (Asmussen und Huth 3). Fallanalysen mit den Pflegenden sind notwendig, um zu erfahren, wo es zurzeit an einem adäquaten Handeln mangelt und um Wege für eine verbesserte Pflegequalität zu finden. Durch eine solche Zusammenarbeit unter Pflegepersonen können gemeinsam Erfahrungen ausgetauscht werden. Ein Feedback soll den Beteiligten zeigen, ob es ihnen bereits gelungen ist, die erarbeiteten Verbesserungsvorschläge im Pflegealltag umzusetzen oder ob eine Vertiefung der einzelnen kinästhetischen Techniken angezeigt ist (Klarmann et al. 4).

Eine systematische Dokumentation im Pflegealltag über das Anwenden kinästhetischer Mobilisationstechniken soll dazu beitragen, dass Kinästhetik nicht mehr weggedacht werden kann (Asmussen und Huth 3). Durch Qualitätskontrollen soll gewährleistet werden, dass die gesetzten Ziele regelmäßig überprüft und eventuell angepasst werden können. Dadurch wird im Pflegealltag eine Transparenz und auch eine hohe Pflegequalität gewährleistet. Dies fördert die Sicherheit in der Pflege (Asmussen und Huth 3). Außerdem ermöglicht eine Dokumentation eine Überprüfung im Bezug auf Kosteneffizienz (Schweiger et al. 2). In der Pflege können auch Pflegerichtlinien und Standards genutzt werden, um die Kinästhetik nachhaltig zu verankern und im Pflegealltag anzuwenden (Schweiger et al. 2).

5.3 Dokumentation und Qualitätssicherung

Die Dokumentation kinästhetischer Techniken dient als Grundlage für eine adäquate Qualitätssicherung und Pflegeplanung. Das Erfassen der durchgeführten Mobilisationsmaßnahmen, der Resultate sowie der Reaktionen der Patient*innen erlaubt es, den Pflegefortschritt zu objektivieren und zu verfolgen. Darüber hinaus kann mit einer systematischen Erfassung von Intervallen, Mobilisationsintervallen und der Rückmeldungen zu Wohlbefinden oder Schmerzfreiheit der Pflegeprozess gezielt gesteuert werden. Eine transparente Pflegedokumentation ermöglicht die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Pflegefachpersonen, Therapeut*innen und Ärzt*innen und unterstützt diese im Setzen und Evaluieren der Mobilisationsziele (Szendzielorz 2; Klarmann et al. 1). Allerdings steht der zeitaufwändige Dokumentationsprozess häufig in Konflikt mit den vorhandenen personellen Ressourcen.

Qualitätssicherung im Bereich kinästhetischer Mobilisation erfordert eine zielgerichtete Evaluation von Mobilisationsprozessen und Ergebnissen. Damit soll regelmäßig erhoben werden, inwiefern durch die Anwendung der eingesetzten Techniken Beweglichkeit, Eigenaktivität oder die Linderung von Schmerzen erreicht werden. Ein Beispiel dafür ist ein Fallbeispiel von Asmussen und Huth, in welchem durch regelmäßiges Feedback der Mitarbeiter und durch den Vergleich von Ergebnissen in der Teamsitzung bestehende Mobilisationsstrategien kritisch hinterfragt werden konnten und Optimierungsbedarf festgestellt wurde (Asmussen und Huth 1; Klarmann et al. 4). Weitere Instrumente für eine Evaluation kinästhetischer Techniken im Pflegealltag sind etwa Bewertungsskalen der Beweglichkeit, Beobachtungsbögen oder Feedbackbögen von Patient*innen. Es stellt sich jedoch die Frage, wie weit Instrumente zur Qualitätsevaluation im Pflegealltag tatsächlich eingesetzt werden können, wenn durch Personalmangel bereits die grundlegenden Dokumentationsprozesse gefährdet sind.

Die Implementierung von Feedback- und Reflexionsinstrumenten ist ebenfalls maßgeblich für eine gute Pflegepraxis. Studien weisen darauf hin, dass eine stetige Evaluation, zum Beispiel durch Teamreflexionen, Qualitätszirkel oder kollegiale Fallberatungen, die Qualitätssicherung in der kinästhetischen Mobilisation unterstützt, aber auch die Zufriedenheit, Motivation und das Selbstvertrauen der Pflegenden stärkt (Asmussen und Huth 3; Stehr und Rossmann 3). Durch einen dialogischen Austausch wird ein gegenseitiges Verständnis gefördert und die Lösungsfindung bei Herausforderungen wird unterstützt. Dabei ist die Früherkennung von Unsicherheiten und Hürden in der Anwendung kinästhetischer Techniken ein entscheidender Faktor für die Evaluation der Qualität. Eine Reflexionsblockade ist ein häufiges Hindernis, dem durch spezifische Schulungen begegnet werden muss.

Voraussetzungen für eine effektive interprofessionelle Zusammenarbeit sind eine transparentere Kommunikation und Dokumentation. Durch eine offene Pflege- und Therapiedokumentation von Informationen über Mobilisationsmaßnahmen, deren Wirkung und eventuelle unerwünschte Nebenwirkungen ist es anderen Berufsgruppen wie den Physiotherapeut*innen und Ärzt*innen möglich, das Vorgehen zu verstehen. Dies ist im Kontext mit der häufig komplexen Geriatrie sehr wichtig, da ältere Menschen aufgrund ihres Bewegungsbedürfnisses und der komplexen Krankheitsbilder eine hohe Interprofessionalität von Pflegenden und Therapeut*innen erfordern (Klarmann et al. 1; Stehr und Rossmann 3). Eine offene Informationskommunikation ermöglicht den Patient*innen und deren Angehörigen, sich in den Dokumentationsprozess einzubringen und sich stärker mit dem gesetzten Ziel zu identifizieren. Allerdings ist diese Kommunikation sehr zeitintensiv und

erfordert eine entsprechende Kompetenz der Pflegefachpersonen.

Eine standardisierte Dokumentation der angewandten kinästhetischen Techniken ist im Pflegealltag nicht immer gewährleistet. Zeitdruck, Personalengpässe und die heterogenen Bildungsniveaus der Pflegepersonen schränken die Prozesssicherheit ein (Szendzielorz 2; Rüttimann Remund et al. 2-3). Diese Hürden können mit dem Einsatz elektronischer Pflegedokumentationen und mobiler Devices verringert werden. Es können mit minimalem Aufwand fehlerfreie Berichte erzeugt werden, die den aktuellen, rechtlichen und wissenschaftlichen Rahmenbedingungen entsprechen. Es sollte jedoch hinterfragt werden, ob die bereits implementierten, elektronischen Dokumentationssysteme effizient genutzt werden und ob deren Anwendungspflicht von allen Pflegefachpersonen durchgesetzt werden kann.

Eine nachhaltige Qualitätssicherung erfordert eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Dokumentations- und Evaluationspraxis, in der wissenschaftliche Erkenntnisse mit der Praxiserfahrung systematisch verknüpft werden (Asmussen und Huth 3; Rüttimann Remund et al. 2-3). Durch periodische Anpassung der Kriterien für Kontraktur- und Sturzprophylaxe oder für die subjektive Wirksamkeitsskala wird eine flexible Ausrichtung an die individuellen Anforderungen der geriatrischen Patient*innen gefördert. Dabei ist eine systematische Auswertung der Resultate und deren praktische Anwendung in der Pflegepraxis entscheidend, um die Effektivität in der kinästhetischen Mobilisation zu überprüfen. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Dokumentation und Evaluation im Bereich kinästhetischer Mobilisation zentrale Aspekte sind für die Qualitätssicherung und ein individuell angepasstes Vorgehen in der Pflegeplanung.

6. Herausforderungen und Limitationen

Erfolgreiche kinästhetische Mobilisationstechniken und ihre nachhaltige Anwendung in der Geriatrie werden durch eine Vielzahl organisatorischer, personeller und struktureller Limitierungen behindert. Diese sind im Rahmen dieser Arbeit zu eruieren.

6.1 Organisatorische Barrieren

Organisatorische Barrieren stellen eine bedeutsame Herausforderung bei der dauerhaften Integration kinästhetischer Prinzipien in die geriatrische Pflege dar. In vielen stationären Langzeitpflegeeinrichtungen sind diese Prinzipien nicht institutionell verankert und werden somit häufig nicht im Pflegealltag eingesetzt. Wie Studien zeigen, können dauerhafte Veränderungen lediglich durch fortlaufende Unterstützung von der Leitung und fest in der Einrichtung verankerte Fortbildungen erreicht werden (Asmussen und Huth 3; Maurer et al. 1). Da Schulungen ohne eine nachfolgende Begleitung im Pflegealltag nicht nachhaltig sind, fallen viele Pflegefachpersonen in alte Handlungsmuster zurück. Dadurch wird die Bewegungsförderung von Menschen mit Demenz nach Schulungsende wieder eingeschränkt, was dazu führt, dass die Wirksamkeit des gelernten Wissens nicht vollständig entfaltet werden kann (Asmussen und Huth 3; Maurer et al. 1). Studien zeigen, dass Schulungsmaßnahmen wiederholt und mit begleitenden Einsätzen am Arbeitsplatz begleitet werden müssen, damit Bewegungsförderung mit Kinästhetik nachhaltig und langfristig etabliert wird. Nur Einrichtungen, welche dieses Schulungsmodell angeboten haben, konnten bei älteren Menschen bedeutende Verbesserungen der Beweglichkeit erzielen (Maurer et al. 2).

Das nächste Hindernis für die Integration kinästhetischer Prinzipien stellt die mangelnde Verankerung in den institutionalisierten Qualitätszirkeln dar. Ohne feste Einbettung dieser Prinzipien in Reflexionen und Standardisierungen ist deren Anwendung im Alltag beeinträchtigt. Das liegt häufig an wirtschaftlichen Überlegungen und mangelnder Priorisierung durch Entscheidungstragende. Obwohl in vielen Studien die langfristige Entlastung der Pflegefachpersonen und die Qualitätssteigerung der Pflege durch die Anwendung kinästhetischer Mobilisationskonzepte bewiesen werden konnten, findet die Implementation dennoch häufig nur auf der Ebene der Pflegefachperson beziehungsweise Abteilung statt (Asmussen und Huth 3). Dies weist auf das Dilemma der fehlenden institutionellen Unterstützung und des mangelnden Wissens über die langfristigen Vor- und Nachteile hin.

Die fehlende Integration des ganzen Pflorgeteams, die komplexen Hierarchien sowie die mangelnden Kommunikationskanäle und Verantwortungsbereiche behindern eine dauerhafte Integration von Kinästhetik ebenfalls. Studien zeigen, dass Klarheit der Kompetenzbereiche, transparente Kommunikationsstrukturen und ein partizipativer Führungsstil entscheidend für die Umsetzung und Akzeptanz der kinästhetischen Bewegungsförderung sind (Maurer et al. 1, 2). Allerdings zeigen Studien im Pflegealltag,

dass kinästhetische Mobilisationskonzepte meist nicht konsistent, situationsabhängig und nicht im gesamten Pflegeteam angewendet werden. Das erschwert die Objektivierung der Maßnahmen sowie die Übertragbarkeit der Wirksamkeit auf alle Pflegefachpersonen und Menschen mit Demenz (Bauder Mißbach 1, 2, 14).

Die Vernachlässigung und Nichtbeachtung von kinästhetischer Mobilisationstechnik wird in den meisten Pflegesituationen als Arbeitserleichterung und Ressourcenersparnis angesehen. Unter Zeitdruck setzen Pflegefachpersonen eher routinierte, vertraute und gewohnte Pflege Techniken ein, die aber mit hoher körperlicher Belastung für die Pflegefachpersonen und der Vernachlässigung individueller Bedürfnisse einhergehen (Baitinger 10; Maurer et al. 1). Diese Situation lässt sich auch in der Ausbildung vieler zukünftiger Pflegefachpersonen verzeichnen, da Zeit- und Personalmangel auch dort viele Pflegesituationen maßgeblich prägen und eine individuelle und förderliche Umsetzung meist verunmöglichen. Besonders aufgrund des hohen Altersdurchschnitts ist die Bewegungsförderung der Pflegebedürftigen in diesem Lebensabschnitt maßgebend für die Qualität der Pflege. Umso negativer bewertet sich die Tatsache, dass ausgebildete Pflegefachpersonen ihre erlernten kinästhetischen Fähigkeiten nicht im Alltag integrieren (Asmussen und Huth 3). Durch diese, meist selbst auferlegte Zusatzbelastung, wird der Rücken durch die Anwendung von Mobilisationsroutinen mehrheitlich wiederholt, zeitlich ausgedehnt und unökonomisch beansprucht. Dadurch leidet auch der Muskeltonus der Pflegefachperson, der Muskel kann nicht adäquat loslassen, wodurch sie ebenfalls an Bewegungseinschränkungen im Pflegealltag leiden (Bauder Mißbach 1). Das ist besonders für ältere Menschen mit kognitiven Einschränkungen schädlich, da sie die Wirksamkeit kinästhetischer Mobilisation im Alltag weniger spüren. Als Folge wird die Bewegungsförderung bei geriatrischen Patient*innen mit Demenz eingeschränkt und die Funktionalität im Pflegealltag verlangsamt (Asmussen und Huth 3).

Nebst personellen Ressourcenproblemen ist auch eine schlechte Vernetzung und Zusammenarbeit unter den verschiedenen medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Berufsgruppen ein weiteres organisatorisches Hindernis. Die starren Abläufe sowie die mangelnden Interaktionsangebote und gegenseitige Informationen führen in der Praxis häufig dazu, dass Kinästhetik nicht interdisziplinär angewendet und gelebt wird. Ebenso werden die Potentiale und Möglichkeiten nicht genutzt, die durch eine Zusammenarbeit der Pflege, der Therapie und der Ärzteschaft entstehen können (Ortiz et al. 1). Um eine umfassende interdisziplinäre Betreuung gewährleisten zu können, braucht es interdisziplinäre Schulungen aller Pflegefachpersonen, Therapeuten und Ärzte mit regelmäßigen Fallbesprechungen (Klarmann et al. 1). Dadurch können

Kommunikationsmuster festgelegt werden, welche zu einer schnelleren und professionelleren Behandlung führen und die Ziele, auch in Bezug auf die Beweglichkeitsförderung älterer Menschen mit Demenz, besser erreicht werden (Ortiz et al. 1). Ohne klar definierte und vereinheitlichte Arbeits- und Kommunikationsstandards und Abläufe in den Arbeitsprozessen werden Synergien nicht gefördert, die Effektivität nicht erhöht und das Ziel der Beweglichkeitsförderung nicht erreicht.

Die fehlende und mangelnde technische Unterstützung bildet einen weiteren wichtigen hinderlichen Faktor für eine gelingende Integration der kinästhetischen Mobilisationstechnik in den pflegerischen Arbeitsablauf. Pflegefachpersonen berichten regelmäßig, dass der Bedarf an Hilfsmitteln in den Stationen viel höher ist als der Einsatz. Es fehlen auch adäquate Transfersysteme zur Förderung des selbstständigen Aufstehens und Setzens (Bauder Mißbach 2, 15). Zudem wird die Bewegungsförderung der Pflegebedürftigen selten in der Prozessdokumentation erfasst und nur geringe Rückmeldungen über die Erreichung der festgelegten Ziele sind vorhanden (Klarmann et al. 1). Eine Prozessdokumentation dient als ein wichtiger Wegweiser der Informationsübermittlung über die gesamten Pflegeaktivitäten, welcher sowohl eine gemeinsame Sprache als auch eine bessere Koordination gewährleistet. Diese Dokumentation wird als Qualitätsmerkmal in der Pflege gesehen, welches eine große Bedeutung für die stetige Verbesserung der Pflege hat. Sie erhöht nicht nur die Nachvollziehbarkeit der pflegerischen Aktivitäten, sondern auch die Wirksamkeit der Zusammenarbeit und die daraus abgeleiteten Entwicklungsprozesse im Pflegeteam (Szendzielorz 2). Fehlt die technische Unterstützung und die adäquate Dokumentation, werden die Potentiale der kinästhetischen Mobilisationstechnik nicht vollends genutzt (Bauder Mißbach 2).

6.2 Personelle Ressourcen

Die praktische Umsetzung von kinästhetischer Mobilisation in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen wird durch den stets steigenden Personalbedarf und die damit einhergehende Arbeitsüberbelastung von Pflegefachpersonen beeinflusst. Der Großteil des verfügbaren Pflegefachpersonals ist mit der grundlegenden Versorgung der Patient*innen beschäftigt und es mangelt an zeitlichen Ressourcen für individuell ausgerichtete Bewegungsförderung (Maurer et al. 13; Asmussen 2).

Der hohe Arbeitsdruck und die damit einhergehenden mangelnden Zeitressourcen bewirken,

dass Pflegemaßnahmen meist eher inaktivierend und weniger fördernd ausgeführt werden. Diese routinierte und zeitgebundene Pflege bewirkt, dass das Ziel, die Eigenaktivität und Selbstständigkeit der Patient*innen anzuregen und diese zur Bewegung zu befähigen, verfehlt wird (Maurer et al. 13; Asmussen 2).

Der Zeitmangel und die hohe Fluktuation bewirken, dass wertvolle Erfahrungswerte der Pflegefachpersonen, die für die Mobilisation wichtig sind, wieder verlernt werden (Maurer et al. 13; Asmussen-Clausen 8). Der Arbeitszeitdruck und die ständige Unterbesetzung führen zu einer Einschränkung der Ressourcen bei den Pflegefachpersonen und bewirken, dass viel Zeit verloren geht, welche sonst mit den Patient*innen verbracht werden kann, um das Potential der kinästhetischen Prinzipien zu nutzen, welches die Eigenaktivität der Patient*innen fördert und somit Immobilität verhindern kann (Maurer et al. 13; Asmussen 2–3).

Hinzuzufügen ist, dass in stationären Einrichtungen meist nur kurze Schulungen und keine regelmäßigen Fortbildungen und Refresh-Kurse angeboten werden und die kinästhetisch geschulte Pflegefachperson nicht langfristig im Pflegeteam bleibt. Auch eine Betreuung durch eine*n Kinaesthetics-Trainer*in am Arbeitsplatz fehlt (Asmussen und Huth 47; Maurer et al. 13). Die Folge davon ist, dass die Pflegeschüler*innen oder neue Pflegefachpersonen nach den einwöchigen oder zum Teil auch längeren Kursen meist auf sich allein gestellt sind und sich das neu erworbene Wissen, ohne Anwendung in der Praxis, wieder verabschiedet.

Einer Fallstudie zu Folge bewirken regelmäßige Auffrischungsseminare und Betreuung vor Ort, dass das Fachwissen langfristig erhalten bleibt (Asmussen und Huth 47). Pflegefachpersonen brauchen eine kontinuierliche Fort- und Weiterbildung, um sich ihrer Handlungskompetenz bewusst zu sein, diese aufrechterhalten zu können und die Motivation für eine fortwährende Weiterentwicklung der Techniken sowie die Betreuung der Teammitglieder (Maurer et al. 13; Asmussen-Clausen 5) zu motivieren.

Ohne eine strukturierte Einführung durch Kinaesthetics-Trainer*innen in die Praxis, in Form von Wiederholungs- und Aufbaukursen, ist der Praxistransfer des vermittelten Wissens nicht ausreichend (Asmussen und Huth 47; Maurer et al. 14).

Zudem muss angemerkt werden, dass die Schulungskonzepte von Kinaesthetics nicht genügend auf die Nachhaltigkeit der Anwendung ausgelegt sind und Einzelkurse oder die Anwendung auf einen kleinen Personenkreis wenig Auswirkungen haben (Maurer et al. 14; Asmussen-Clausen 5).

In der Kinästhetik gibt es für stationäre Einrichtungen noch keine ausgereifte Systematisierung mit klar strukturierten Konzepten der Implementation, Auswertung sowie kontinuierlichen Anpassung und Weiterentwicklung (Asmussen-Clausen 5).

Pflegefachpersonen arbeiten mit zunehmendem Zeitdruck und vermeiden diesen oft, indem sie möglichst effizient routinierte Handgriffe und Positionen durchführen, wodurch das Potential von Kinaesthetics für die Aktivierung und die selbstständige Teilnahme der Patient*innen am Mobilisationsprozess wenig ausgenutzt wird (Maurer et al. 13; Asmussen 2).

Oft wird das vorhandene Kinästhetikwissen auch gar nicht eingesetzt, sondern auf einfache und schnelle Handgriffe zurückgegriffen, da dies für alle einfacher scheint.

Besonders in Institutionen, in denen der Großteil der betreuten Personen einen hohen Pflegebedarf aufweist, ist der Zeitmangel ein starkes Kriterium (Maurer et al. 13; Asmussen 2). Eine Spezialisierung in Form eines speziellen Bewegungsteams oder die Einführung von kinästhetisch kompetenten Gruppen, wie die Einrichtung „Haus an der Fuhse“ in Peine, könnten in einigen stationären Langzeitpflegeinstitutionen einen positiven Effekt erzielen.

Durch die Konzentration auf die grundlegenden Tätigkeiten des Alltags der Patient*innen, wie Nahrungsaufnahme, Körperpflege und Medikation, bleibt für die Mobilisation und rehabilitative Ansätze wenig Zeit, was sich negativ auf die Bewegungsfähigkeit der Bewohner*innen auswirkt (Asmussen 2).

Zudem muss die Ressourcenorientierung noch gefestigt und gestärkt werden, um den Pflegefachpersonen die Notwendigkeit und Wichtigkeit von präventiven Maßnahmen zur Gesundheitserhaltung und Förderung der Lebensqualität zu verdeutlichen.

Kinaesthetics fordert einerseits ein großes Bewusstsein des eigenen Bewegungsverhaltens und eine aktive Beschäftigung damit. Diese Reflexion und Überzeugung des eigenen Bewusstseins für Kinästhetik fehlt oft bei Pflegefachpersonen, was zu einer Anwendung inkonsequenter Techniken führt (Asmussen 2). Andererseits fehlt es oft an der Motivation und somit wird Kinaesthetics weniger genutzt (Asmussen 2).

Auch wenn die Einführung von Kinaesthetics in stationären Pflegeeinrichtungen durch die fehlende personelle Kontinuität und personelle Engpässe behindert wird (Maurer et al. 13;

Asmussen-Clausen 5), wird es für die Qualität der Anwendung von Kinaesthetik sehr geschätzt. Durch das personell hohe Turnover und die teilweise kurzen Arbeitszeiten der Pflegefachpersonen, haben diese nicht immer die Gelegenheit, sich gegenseitig beim Lernen und dem gegenseitigen Instruieren der praktischen Handlungskompetenz zu helfen. So ist auch oft der Fall, dass neue Mitarbeitende nur kurze Einführungskurse durchlaufen oder durch andere Pflegefachpersonen oberflächlich instruiert werden und die Methoden somit nicht auf einem ausreichend vertieften Wissen anwenden (Maurer et al. 14).

Auch mangelt es oft an der intrinsischen Motivation der Pflegefachpersonen (Asmussen-Clausen 5). Nur die Pflegefachpersonen, welche positive Erfahrungen mit der Methode gemacht haben und positive Gefühle dabei empfunden haben, zum Beispiel dass der Patient die Eigenaktivität besser wahrgenommen hat, sind motiviert, die Prinzipien von Kinaesthetics umzusetzen (Asmussen 1; Asmussen-Clausen 3).

Allgemein sind Pflegefachpersonen, welche die Patientenaktivierung und Selbstbestimmung fördern, engagierter und identifizieren sich stärker mit den Zielen von Kinaesthetics. Es wird also von den Pflegenden angestrebt, dass der Bewohner motiviert und selbstbestimmt mobilisiert und bewegt werden kann. Diese Pflegefachpersonen verfügen über mehr Wissen von Kinaesthetics, da sie die Prinzipien in ihrem eigenen Alltag anwenden. Sie verfügen über ein breiteres Fachwissen und nehmen eine kritische Perspektive ein (Asmussen-Clausen 8).

Hingegen Pflegefachpersonen, die negative Erfahrungen mit der Methode gemacht haben, sind weniger motiviert für Kinaesthetics (Asmussen 1; Maurer et al. 14). Diese Personen erleben oft auch negative Rückmeldungen aus dem Team (Maurer et al. 14). Pflegefachpersonen können demzufolge durch negative Erfahrungen entmutigt und weniger motiviert werden, da sich diese in einer anforderungsreichen, sozialen Umgebung befinden, wodurch sie oft ihre Leistung unterdrücken (Maurer et al. 14).

Eine positive Interaktion im Team kann die Schwierigkeiten überwinden, welche die Umsetzung von Kinaesthetics beeinflussen, durch mehr Selbstvertrauen in das eigene Kompetenz- und Wissensniveau. Dies kann in Form von kollegialer Zusammenarbeit bei der Planung, Bewertung und Diskussion geschehen (Asmussen-Clausen 5).

Oft müssen Pflegefachpersonen noch viel lernen im Umgang mit sich selber und auch mit dem Patienten als gleichwertigem Partner und nicht bloß als Kunde. Auch kann durch die Übertragung von mehr Kompetenzen und mehr Verantwortung an die Pflegenden eine

Stärkung des Selbstvertrauens und ein erhöhter Ansporn zur Selbstpflege (Asmussen 5) bewirkt werden.

Aus all den oben erwähnten Punkten wird ersichtlich, dass die personellen Ressourcen für die korrekte Anwendung von Kinaesthetics in stationären Langzeitpflegeinstitutionen eine ausschlaggebende Rolle spielen.

6.3 Strukturelle Rahmenbedingungen

Strukturelle Rahmenbedingungen wirken sich entscheidend auf eine nachhaltige Implementierung der kinästhetischen Mobilisation in Pflegeeinrichtungen aus. Dauerhafte Unterstützung durch die Leitungsebene ist eine große Hürde für viele Einrichtungen. Mangelnde Integration kinästhetischer Mobilisationsprinzipien in Weiterbildungskonzepten zahlreicher Institutionen verhindert die nachhaltige Verankerung des Konzepts (Asmussen und Huth 3). Zum Beispiel bieten die InnKlinikum-Einrichtungen zwar fachspezifische Weiterbildungen zum Thema Geriatrie an, kinästhetische Grundlageninhalte werden jedoch nicht integriert (Huber et al. 2). Häufig steht bei der bewegungsfördernden Pflege nicht die Ressourcenorientierung im Mittelpunkt der Weiterbildungen, wodurch die Pflegefachpersonen nur geringe Handlungssicherheit erreichen (Huber et al. 2). Nachhaltige Maßnahmen wie halbjährliche oder jährliche Qualitätszirkel werden häufig nicht durchgeführt. Dadurch wird der langfristige Lerntransfer verhindert, da das neu erworbene Wissen kurzfristig verloren geht. Darüber hinaus fehlt es an kontinuierlichen Reflexionsprozessen, die die Nachhaltigkeit der Prinzipien der kinästhetischen Mobilisation gewährleisten würden (Asmussen und Huth 3). Ohne ein solches Nachschulungskonzept wird ein kontinuierlicher Entwicklungsprozess in Gang gesetzt und eine bewegungsfördernde Pflegekultur gefördert (Asmussen und Huth 3). Einige Einrichtungen haben Pflegekonzepte, die aktiv von der Leitung gefördert werden. Durch die aktive Anwendung und Implementierung des Mobilisationskonzepts kann ein höherer Nutzen erreicht werden (Asmussen-Clausen 1).

Ebenso hemmend ist die hohe Anzahl an zu betreuenden Patient*innen bei personeller Unterbesetzung. Hierdurch kommt es zu zeitlichen Engpässen bei der täglichen Patientenversorgung. Darunter leiden zum einen die Qualität und die Pflegezufriedenheit der Patient*innen, zum anderen bleiben aktivierende Pflegekonzepte wie die kinästhetische Mobilisation ungenutzt (Asmussen 2; Huber et al. 2). In diesem Zusammenhang wird

erwähnt, dass die Arbeitsintensität sehr belastend ist. Eine ressourcenschonende Mobilisation wird bei personeller Unterbesetzung kaum durchgeführt, weil sich diese Zeit mehr in die Länge zieht als übliche Hebetechniken. Das Risiko einer Kontraktur, eines Dekubitalulcus und/oder Immobilität wird bei personeller Unterbesetzung deutlich erhöht (Asmussen 2; Huber et al. 2). Eine angespannte Atmosphäre auf der Arbeitsstelle aufgrund personeller und technischer Unterbesetzung wirkt sich hemmend auf eine nachhaltige Implementierung der kinästhetischen Mobilisation aus (Huber et al. 2).

Der Mangel an kontinuierlicher Fortbildung hemmt das kompetente Handling des Personals in Bezug auf die kinästhetischen Techniken. Fortbildungsangebote gibt es genügend, jedoch muss der Lernerfolg langfristig und regelmäßig durch Schulungen, Praxiseinsätze mit Begleitung und kontinuierliche Qualitätszirkel erfolgen (Asmussen 3; Asmussen und Huth 3). Werden keine wiederkehrenden Fortbildungen angeboten, kommt es zur mangelhaften Konsolidierung der theoretischen und praktischen Kenntnisse. Die Einführung der kinästhetischen Mobilisation ist nur von wenigen Beteiligten erwünscht und wird aus Zeitgründen kaum angewendet (Asmussen und Huth 3). Kontinuierliche Reflexionen, Wissenserweiterung, Wissensumsetzung in der Praxis, ein qualifiziertes Fortbildungskonzept, welches Schulung, Reflexion, Praxisbegleitung und Feedback verbindet, sowie eine kontinuierliche Evaluation könnten die Umsetzung kinästhetischer Prinzipien gewährleisten (Asmussen und Huth 3).

Eine lückenlose kinästhetische Mobilisation wird durch viele Faktoren gehemmt. Dazu zählen z. B. fragmentierte Arbeitsprozesse, uneffektive Arbeitsteilung, fehlende Abstimmungsprozesse zwischen Pflege, Therapie und Arzt sowie zu geringe Kommunikation der verschiedenen Institutionen. Durch eine mangelhafte Verknüpfung der Aufgaben ist es häufig nicht möglich, einen Mobilisationsplan zu erarbeiten (Asmussen 2; Huber et al. 2). Ein kontinuierlicher Mobilisationsprozess kann bei Patient*innen mit komplexen Krankheitsbildern nur im multiprofessionellen Team (Pflege/Ergo/Physio) durchgeführt werden (Huber et al. 2). Die Dokumentation der Aktivitäten ist bei den Einrichtungen oft ineffizient und zeitraubend. Durch zu zeitintensive Schreibarbeiten bleibt weniger Zeit für pflegerische Interventionen. In der Pflegearbeit kommt es zu unkoordinierten und unübersichtlichen Arbeitsweisen (Huber et al. 2). Mobilisationserfolge werden nur ungenügend in der Pflegedokumentation protokolliert. Mobilisationsbedarfe, wie z. B. mangelnde Fähigkeit zur Selbstpflege, sind in der Pflegedokumentation nur unzureichend ersichtlich (Huber et al. 3). Im Bereich der Mobilisationsförderung findet eine unzureichende Wirksamkeitskontrolle statt, die wiederum die Motivation und Nachhaltigkeit hemmt (Huber et al. 3). Digitale Dokumentation kann zeitsparender sein als manuelle Dokumentation. Es

gibt zwar mittlerweile technische Systeme zur Dokumentation am PC, die aber im täglichen Arbeitseinsatz nur von wenigen Pflegefachpersonen genutzt werden (Huber et al. 4). Eine zu zeitaufwendige und unwirtschaftliche Dokumentationsform behindert eine nachhaltige kinästhetische Mobilisation (Huber et al. 4).

Technische und materielle Faktoren spielen ebenfalls eine große Rolle. Meist fehlen in den Pflegeeinrichtungen geeignete technische Hilfsmittel, die einen fachgerechten und ressourcenschonenden Umgang mit den Patient*innen ermöglichen, z. B. Transferhilfen, Gleitmatten oder Positionierungskissen (Asmussen und Huth 1). Um eine wirksame und nachhaltige Kinästhetik im pflegerischen Alltag durchzuführen, muss die Einrichtung personell und materiell entsprechend aufgerüstet sein. Besonders Einrichtungen mit geringen wirtschaftlichen Ressourcen müssen hier aktiv werden (Huber et al. 2). Aufgrund fehlender Technisierung sind die Mitarbeiter*innen im höheren Maße berufsbedingten Gefahren ausgesetzt, vor allem in der Rehabilitation, wo durch eine hohe Anzahl zu betreuender Patient*innen bei personeller Unterbesetzung körperlich überlastete Pflegefachpersonen vermehrt aus dem Beruf aussteigen oder berufsunfähig werden (Huber et al. 2). Pflegefachpersonen, die in Einrichtungen arbeiten, in denen geeignete Hilfsmittel vorhanden sind, empfinden ihre Arbeit als erfüllender, als Mitarbeiter*innen, die in Einrichtungen mit ungeeigneten technischen Voraussetzungen arbeiten (Asmussen und Huth 1).

7. Fazit

Das Ziel der vorliegenden Arbeit war, die Wirksamkeit kinästhetischer Mobilisationstechniken bei der Förderung der Beweglichkeit und des Wohlbefindens geriatrischer Patient*innen im pflegerischen Alltag zu analysieren. Die Ausgangsfrage dieser Arbeit bezog sich darauf, inwiefern die Mobilisation unter kinästhetischen Ansätzen einen Mehrwert im Vergleich zu klassischen Mobilisationskonzepten hat und welche Rahmenbedingungen in der Pflegepraxis geschaffen werden müssen, um dies nachhaltig zu implementieren. Das formulierte Ziel konnte in dem Sinne erreicht werden, dass anhand von Fallbeispielen und aktuellen wissenschaftlichen Quellen die Vorteile, Restriktionen sowie Rahmenbedingungen für eine gelungene Umsetzung von kinästhetischen Mobilisationstechniken herausgearbeitet wurden. Durch die theoretische Betrachtung, der präventiven, therapeutischen sowie rehabilitativen Anwendungsbereiche sowie der Erörterung von Herausforderungen bei der Umsetzung in den Einrichtungen erfolgte eine Evaluation der Forschungslage.

Im Hauptteil der Arbeit wurden Ergebnisse hinsichtlich der Wirksamkeit kinästhetischer Mobilisationstechniken zusammengetragen. Die bewusst aktivitätsbezogene und ressourcenorientierte Bewegungsförderung der älteren Menschen kann eine wesentliche Verbesserung der physischen und psychischen Faktoren wie beispielsweise der Beweglichkeit und Selbstständigkeit bewirken. Durch ressourcenaktivierende Bewegungsführung in individuell angepassten Positionen kann die physische Mobilität und das Bewegen des Körpers unterstützt werden. Muskelkraft und Koordination werden dabei geschult, sowie die Entstehung von Immobilität, Dekubitus und Kontrakturen vorgebeugt. Dies begünstigt die psychische Verfassung der Betroffenen sowie das Wohlbefinden und hat Einfluss auf die Lebensqualität. Gefördert werden auch die eigenen Kompetenzen wie Kontrollgefühl, Sicherheit und Partizipation. Hinsichtlich psychosozialer Aspekte rückt besonders die Förderung von Autonomie, Verringerung von Angst und Unsicherheit und der Abbau von sozialer Isolation als Folge in den Vordergrund. Die physische Entlastung des Pflegepersonals bewirkt auch eine Erhöhung der Arbeitszufriedenheit sowie weniger gesundheitliche Belastungen. Im Zusammenhang mit der Implementierung von kinästhetischen Techniken können sich pflegerische Versorgungsaspekte nachhaltig verändern, sofern Schulungen durchgeführt werden, Reflexionen im Team in qualitätssichernder Art stattfinden und eine institutionelle Verankerung und interprofessionelle Zusammenarbeit in den Einrichtungen stattfindet. Einschränkungen sind in zeit- und personalbegrenzten sowie technisch schlecht ausgestatteten Einrichtungen zu erwarten, in denen keine strukturierte strategische Einbindung durch die Leitungen erfolgt.

Die Ergebnisse zeigen auf, dass kinästhetische Mobilisationstechniken im derzeitigen Forschungskontext als neue, evidenzbasierte Methoden der Gesundheitsversorgung anzusehen sind. Der jetzige Forschungsstand unterstützt die nationalen und internationalen Expertenstandards hinsichtlich der Wichtigkeit einer ganzheitlichen und ressourcenaktivierenden Pflege in Hinblick auf Bewegungsförderung im geriatrischen Bereich. Durch diese vorliegende Literaturarbeit wird die Forschung hinsichtlich der physischen und psychosozialen Effekte von kinästhetischen Mobilisationstechniken durch die Berücksichtigung der Rahmenbedingungen in der Praxis für eine gelungene Implementierung und Umsetzung ergänzt.

Jedoch sind auch Grenzen der Arbeit erkennbar. Aufgrund der Ergebnisse der Literaturanalyse und der Auswertung von Fallbeispielen wurden ausschließlich qualitative Aspekte, aber keine quantifizierbaren Größen der Wirksamkeit beschrieben. Aussagen über Effektstärken oder Übertragbarkeiten auf andere Versorgungssettings können daher nicht

getroffen werden, zumal sich die Rahmenbedingungen der Ressourcen und Personen in den Einrichtungen unterscheiden. Ergänzend zur gewählten Vorgehensweise ist auch eine gemischte Methodenwahl (Mixed Methods) und randomisierte Kontrollstudien möglich, um die Wirksamkeit kinästhetischer Mobilisationstechniken in kürzerem und auch im längeren Zeitraum differenziert darzustellen. Die Rahmenbedingungen mit begrenzten Ressourcen, Personalausstattung und der mangelhaften institutionalisierten Einbettung sind weiterhin Barrieren im Anwendungsfeld. Es zeigen sich deutliche Lücken bei der Implementierung und der Wirksamkeitsschreibung bei älteren Menschen im pflegerischen Alltag aufgrund von fehlenden Schulungskonzepten und institutioneller Verankerung in der Einrichtung.

Aus dem beschriebenen Forschungsstand können Ableitungen für weitere Forschungsvorhaben getroffen werden. Im Versorgungsalltag mit älteren Patient*innen sollen zukünftig noch viele weitere Erkenntnisse zur Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von kinästhetischen Mobilisationstechniken in den Bereichen der physischen, psychischen und sozialen Gesundheit gesammelt werden. Hierbei sollen wissenschaftliche Methoden und die Lebenswelt der betroffenen Personengruppen in den Mittelpunkt der Forschung rücken. Diese sollen auch in verschiedenen Versorgungssettings erhoben werden. In weiteren Forschungsprojekten können die langfristige Wirksamkeit bei systematischer Teamqualifikation und -reflexion, der Effekt von digital-gestützten Dokumentationen und Feedbacksystemen in den Einrichtungen, die Evaluation des Zusammenspiels von Expert*innen und Mitarbeiter*innen aus verschiedenen Gesundheitsberufen und auch die Bedeutung kinästhetischer Konzepte für besonders vulnerable Patientengruppen aufgeklärt werden. Auch die Entwicklung und Anwendung effektiver Implementierungsstrategien in Settings der Unterversorgung sind zu empfehlen.

Mir persönlich hat die Auseinandersetzung mit diesem Thema einen großen Eindruck gemacht. Ich bin zu dem Entschluss gekommen, dass die ressourcenorientierte Förderung von Beweglichkeit eine bedeutende Rolle im Bereich der pflegerischen Versorgung älterer Menschen einnimmt. Durch die Reflexion der Rahmenbedingungen in Einrichtungen ist der Wunsch entstanden, zur Verbesserung von Herausforderungen beizutragen.

Literaturverzeichnis

Abderhalden, Christoph, et al. Psychiatrische Pflege, psychische Gesundheit und Recovery. 5. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie, IBICURA, 2008. www.pflege-in-der-psychiatrie.eu/files/kongressband/Kongressband_2008.pdf.

Achinger, Rainer, und Anni Steenebrügge. "Projekt Präoperative Anleitung." Pflegezeitschrift, 10/2002, S. 705–708. https://www.kinaesthetics.de/fachartikel/Pr%C3%A4mobilisation%20S.705_708_Achinger1.pdf

Asmussen-Clausen, Maren, et al. "Bewegungen analysieren." Die Schwester Der Pfleger, Bd. 42, Nr. 3/03, 2003, S. 194-199. <https://www.kinaesthetics.de/fachartikel/Kin%20Bewegungen%20analysieren.pdf>.

Asmussen-Clausen, Maren. "Mobilität fördern – eine Aufgabe der Pflege." lebensqualität, Nr. 04/2014, Stiftung Lebensqualität, 2014, S. 4–8. <https://verlag-lq.net/resources/10-vlq/01-zlq/01-Artikel/01-Print/2014/4/lq-1404-01-Mobilitaet-foerdern-eine-Aufgabe-der-Pflege.pdf>

Asmussen, Maren, und Martina Huth. "Bewegung im Pflegealltag fördern." Die Schwester Der Pfleger, 56. Jahrg. 11/17, 2017, S. 45-47. https://www.kinaesthetics.at/dl/kinmedia/lit_db/2017/SP_11_2017-Bewegung-im-Pflegealltag-foerdern%20Asmussen_Huth.pdf

Asmussen, Maren. "Berührung und Bewegung in der Pflege." Dr. med. Mabuse, Nr. 223, Verlag Lebensqualität, 2016, S. 29-31. https://www.kinaesthetics.de/dl/kinmedia/lit_db/2016/Mabuse-2016-wie-ein-gemeinsamer-Tanz-Asmussen.pdf

Babel, Fred, et al. DGUV Information 207-010. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV), 2007. <https://www.uv-bund-bahn.de/fileadmin/Dokumente/Mediathek/207-010.pdf>.

Baitinger, Oksana. Der gelungene Einstieg in die Pflegepraxis. Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, 2016. www.ciando.com/img/books/extract/3842688180_lp.pdf PDF file.

Bauder Mißbach, Heidi. Kinästhetik in der Intensivpflege. 2., aktualisierte Auflage,

Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, 2006. Viv-Arte® Bewegungsschule, https://api.pageplace.de/preview/DT0400.9783842680814_A19059729/preview-9783842680814_A19059729.pdf

Bayh, Frank, und Steff Rosenberger-Ochs. Ratgeber zur Mobilisation und Positionierung. Sanitätshaus Aktuell AG, 2020. www.reha-team-west.de/uploads/Ratgeber-Mobilisation-und-Positionierung_2020.pdf PDF File.

Becker, Clemens, et al. Gleichgewicht & Kraft. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 2015, S. 1-50. https://www.dggeriatrie.de/images/Dokumente/180917_Broschuere_Sturzpraevention_BzgA.pdf

Berger, Bianca, et al. Förderung und Erhaltung der Mobilität in der Pflege alter Menschen. 1. Aufl., Verlag W. Kohlhammer, 2022.

Berger, Bianca. Bewegungsförderung in der Lebenswelt Pflegeeinrichtung. BZGA, IN BALANCE, PKV, Impulsgeber Bewegungsförderung, 2022. www.gesund-aktiv-aelter-werden.de/fileadmin/user_upload/impulsgeber/Download-PDFs/Infomaterialien/Factsheets/PDF_Factsheet_Bewegungsfoerderung-in-der-LW-Pflegeeinrichtung_bf.pdf PDF file.

Bredthauer, Doris, et al. "Entscheidungsfindung zwischen Sicherheit und Mobilitätsförderung." BtPrax, Bd. 1, 2009, S. 18-23. https://www.betreuungsverein-rt.de/uploads/media/Entsch_zw_Sicherheit_u_Mobilitaet_-_BtPrax1-09.pdf

Daldrup, Alexandra, und Dagmar Keggenhoff. „Gewusst wie – und der Rücken bleibt gesund! Bewegen von Pflegebedürftigen in der häuslichen Pflege.“ 2. Aufl. September 2018, Unfallkasse NRW, Düsseldorf, 2018. https://www.unfallkasse-nrw.de/fileadmin/server/download/praevention_in_nrw/praevention_nrw_52.pdf

Felser, Stefanie. "Individuelles Heimtraining für Patient:innen mit Kopf-Hals-Tumoren – eine aktuelle Studie." JOURNAL ONKOLOGIE, 10/2023, S. 32-35. https://onkologie.med.uni-rostock.de/fileadmin/Kliniken/zimhaema/Forschung/TT_10_2023_Heimtraining_Kopf-Hals-Tumoren_Felser_SF.pdf

Flachmeyer, Marcus, und Andreas Schulte Hemming. "Branchenspezifische und lebensphasenbezogene Validierung non-formal und informell erworbener Kompetenzen im Projekt KomBiA." Hochschultage Berufliche Bildung an der Universität zu Köln, WS 07, 2017, S. 3-4. Universität zu Köln, https://www.projekt-kombia.de/cms/upload/hochschultage-bk/2017beitraege/WS_07_KomBiA-Prototyp_Flachmeyer_et_al.pdf

Gattinger, Heidrun, und Virpi Hantikainen. "Komplexe Interventionen." LQ, 01/18, verlag lebensqualität, siebten, 2018, S. 7-8. <https://verlag-lq.net/resources/10-vlq/01-zlq/01-Artikel/01-Print/2018/1/lq-0118-01-2-Teil1-Komplexe-Interventionen.pdf>

Grahl, Ramona. Postoperatives Outcome nach Brust- und Lendenwirbelsäulenfrakturen beim geriatrischen Patienten. 2023. Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen, Dissertation. <https://publications.rwth-aachen.de/record/977076/files/977076.pdf>

Green, Robert. "Mobilisation: Wer macht's am besten?" Managementforum Hannover, Physio Deutschland, 6. Oktober 2017, S. 1-20. https://www.physio-deutschland.de/fileadmin/data/bund/events/Managementforum_2017_Hannover/Green_Robert.pdf PDF Datei.

Hammerla, Monika. Bewegen ist Leben. Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, 2016. www.buecher.schluetersche.de/cms/media/archive/buecher/upload7453847377014718894.pdf

Höhne, Anke, et al. Arbeiten im Gesundheitswesen. Wissenschaftsrat, 2012, S. 190-195. https://www.handwerk-technik.de/files_media/probeseiten/4596_01.pdf

Huainig, Sandra, und Julia Fengler. Abschlussarbeit zum Thema: Wie kann ich als Führungskraft für eine rückschonende Arbeitsweise meiner Mitarbeiter sorgen? 2011. KABEG LKH Villach, dissertation. https://www.klinikum-klagenfurt.at/fileadmin/user_upload/kabegmanagement/Bildungszentrum/Abschlussarbeiten/Weiterbildungslehrgang_Fuehrungsaufgaben/wblg_2010_2011_huainig_fengler.pdf

Huber, Gerlinde, et al. Geriatrie spezifische Weiterbildungen für den Pflegedienst am

InnKlinikum Haag. InnKlinikum, 2023, S. 1-5.
https://www.inn klinikum.de/fileadmin/user_upload/Karriere/pdf/Weiterbildungskonzept_Pflege.pdf

Kaiser, Elisabeth Maria. Vielfältig durchs hohe Alter. Hausarbeit, Verein „Tiere als Therapie“ – Wissenschafts- und Ausbildungszentrum, 2022.
<https://www.tierealstherapie.at/wp-content/uploads/2023/08/632.pdf>

Kasper, Birgit, und Ulrike Lubecki. "Zu Fuss Unterwegs – Mobilität Und Freizeit Älterer Menschen." Arbeitspapiere des Fachgebiets Verkehrswesen und Verkehrsplanung, Universität Dortmund - Fakultät Raumplanung Fachgebiet Verkehrswesen und Verkehrsplanung, 2003, S. 1-12.
https://eldorado.tu-dortmund.de/bitstream/2003/40720/1/AP10_von_Birgit_Kasper_und_Ulrike_Lubecki.pdf

Klarmann, Silke, et al. "Mobilisation – der Weg ist das Ziel." DIVI, Bd. 12, 2021, S. 088-092.
<https://www.divi.de/images/divi-zeitschrift/2021/2021-02-divi-zeitschrift-seite-88.pdf>

Klein-Tarolli, Esther. Dekubitusprophylaxe Modul 2. 2. Aufl., Kösel München, 1998. Kinaesthetics / Bewegtes«Lagern», CampusG,
https://bewegtes-lagern.com/resources/14-bewegtes-lagern/CampusG-Charts-Vortrag-Klein-Tarolli_Modul2.pdf.

Knebel, Paul. "Neue Wege gehen! Musik und Bewegung für ältere und kognitiv eingeschränkte Patienten und Demenzpatienten." Internationale Zeitschrift für Philosophie und Psychosomatik, 2020, S. 1-9.
https://izpp.de/fileadmin/user_upload/Ausgabe-2-2020/011_Knebel_2_2020.pdf

Krauss, Sabine H., et al. "Angehörige aus Sicht von Palliative Care Pflegefachkräften: Versorgungskulturen in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV)." Pflege & Gesellschaft, 27. Jg. H.2, 2022, S. 119-130.
https://www.uniklinikum-jena.de/allgemeinmedizin_media/Forschung/Publicationen/2022_Krauss+et+al+Angeh%C3%B6rige+aus+Sicht+von+Palliative+Care+Pflegekr%C3%A4fte-font-329.pdf

Kuhlmann, Andrea. Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen im Setting Kommune. Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2009. Institut für Gerontologie an der Technischen Universität Dortmund.

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Sonstiges/Kurz-Expertise_Gesundheitsfoerderung_und_Praevention_fuer_aeltere_Menschen_im_Setting_Kommune.pdf PDF file.

Maurer, Carola, et al. "Die Problematik der Implementierung von Kinästhetik in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege." *pflege*, Bd. 34, Nr. 1, 2021, S. 13-21. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000780>

Niemann, Claudia. "Kinästhetik im OP." *Im OP*, Bd. 23, Nr. 1, 2023, S. 74-76. <https://doi.org/10.1055/a-1987-2342>

Oelke, Uta, et al. Ausbildungsrichtlinie für Kranken- und Kinderkrankenpflegeschulen in NRW. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, 2003.

https://www.mags.nrw/system/files/media/document/file/pflege_ausbildungsrichtlinien-krankenpflege-kinderkrankenpflege.pdf

Ortiz, Miriam, et al. "Komplementäre Pflege in der Praxis richtig anwenden." ZQP-Presseinformation, Zentrum für Qualität in der Pflege, 2018, S. 1, https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP_PI_Komplementaere_Pflege_Praxisanwendung.pdf

Ostehr, Kristin. Auswertung und Ergebnisse nach Implantation einer Hüfttotalendoprothese bei geriatrischen Patienten mit Schenkelhalsfraktur. 2017. Universitätsmedizin der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, Dissertation. https://epub.ub.uni-greifswald.de/files/2000/Diss_Ostehr_Ina_Kristin.pdf

Pauli-Jagoditsch, Christine, und Katharina Meller. Kinaesthetic – Durch Bewegung Gesundheit fördern. Krankenhaus Göttlicher Heiland GmbH, 2019, S. 1-12. https://www.khgh.at/fileadmin/Goettlicher_Heiland/Folder/A5_Folder_Kinaesthetic_fin_WEB.pdf.

Platt, Dieter, et al. "Rehabilitation geriatrischer Patienten in einer Tagesklinik." *Deutsches Ärzteblatt*, Bd. 87, Nr. 50, 1990, S. A-4038-A-4045. <https://www.aerzteblatt.de/pdf/87/50/a4038.pdf>

Rocke, Ekaterina, et al. "Physische Entlastung durch mobile Aufstehhilfen - Chancen und Grenzen für die stationäre und ambulante Altenpflege." *Frühjahrskongress*, Bd. 68,

Gesellschaft für Arbeitswissenschaft e.V., GfA-Press, 2022, S. 1-6.
<https://gfa2022.gesellschaft-fuer-arbeitswissenschaft.de/inhalt/B.9.8.pdf>

Rüttimann Remund, Caroline, et al. "Von der Rückenlage zur Seitenlage – aus kinästhetischer Perspektive." *Krankenpflege | Soins infirmiers | Cure infirmieristiche*, Bd. 11, 2022, S. 26–28. <https://www.kinaesthetics.ch/dl/doc/2023/2755/Fr%C3%BChmobilisation.pdf>

Schäfer, Gabriele, und Dieter Brinkmann. *Lebensqualität als postmodernes Konstrukt*. 2018. Hochschule Bremen, City University of Applied Sciences, Dissertation. Institut für Freizeitwissenschaft und Kulturarbeit e.V., https://scholar.archive.org/work/5xdgg7o32rabrgzjj725ocqqvq/access/wayback/https://media.suub.uni-bremen.de/bitstream/elib/4336/1/BuchLebensqualit%C3%A4t_End_komplett-PDF-A.pdf#page=182

Scherb, Ronald. *Langzeitprognose nach Schenkelhalsfrakturen, Femurschaftfrakturen sowie suprakondylären Frakturen geriatrischer Patienten am Diakoniekrankenhaus Mannheim in dem Zeitraum 1991 – 1994*. 1994. Universität Heidelberg, Dissertation. <https://archiv.ub.uni-heidelberg.de/volltextserver/2535/1/zusammenfassungScherb.pdf>

Schirra-Weirich, Liane, und Henrik Wiegmann. *Alter(n) und Teilhabe*. 26. Aufl., Verlag Barbara Budrich, 2017, S. 1-301. <https://library.oapen.org/bitstream/handle/20.500.12657/87176/1/9783847409755.pdf#page=106>.

Schloeder, Elisabeth. *Pflegerischer Werthorizonte*. 2016. Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar, Doktorarbeit. https://kidoks.bsz-bw.de/files/988/Kidok_Schloeder_Fin_Diss_Sept_2016.pdf

Schmidt, Ralf, et al. "Vergleichbarkeit zwischen Pflegekomplexmaßnahmenscore (PKMS-E 1.0) und Katalog therapeutischer Pflege in der Anwendung für die neurologische Frührehabilitation." *Neurol Rehabil*, Bd. 17, Nr. 2, 2011, S. 86-92. https://www.hippocampus.de/media/316/cms_4def7d393ce31.pdf

Schweiger, Andrea, et al. *Kinästhetik Professionelle Bewegungsförderung*. Universitätsklinikum Augsburg, Akademie für Gesundheitsberufe, 2023, S. 1-2. https://karriere.uk-augsburg.de/fileadmin/Daten/_KARRIERE/Fort-_und_Weiterbildung/Weiterbildung/Kinaesthetik_Basis_Aufbau.pdf

Stehr, Paula, und Constanze Rossmann. Ältere Menschen in Bewegung bringen. Nomos, 2020. Universität Erfurt,

https://www.gesund-aktiv-aelter-werden.de/fileadmin/user_upload/impulsgeber/Download-PDFs/Infomaterialien/PDF_Infomaterial_Kommunikative_Ansaetze_bf.pdf PDF Datei.

Stemmer, Renate, und Hans Böhme. "Wandel des Gesundheitswesens und Aufgabenfelder der Pflege." Pflege & Gesellschaft, 13. Jg. H.3, 2008, S. 197-215. <https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2017/06/PG-3-2008-Stemmer.pdf>

Stocker, Franziska. Einfluss einer interventionellen Bewegungstherapie unter Hinzunahme eines Vibrationstrainings auf globale Parameter der Koordination und Kraft sowie auf die Ausprägung der Parästhesien bei Patienten mit Chemotherapie-induzierter Polyneuropathie. 2012. Universitätsklinikum Ulm, dissertation, https://oparu.uni-ulm.de/xmlui/bitstream/123456789/3099/1/vts_8897_13315.pdf.

Stösser, A. v. "Mobilisation: Allgemeine Richtlinien." Mobil, 2004, S. 1-3. <https://www.pflegekonzepte.de/uploads/Musterstandards/MOBIL.pdf> PDF file.

Strube-Lahmann, S., et al. "Pilotierung eines aktiven Exoskelettes in der stationären Akut- und Langzeitpflege." Neurologie & Rehabilitation, Bd. 29, Nr. 1, 2023, S. 56-61. <https://doi.org/10.14624/NR2301009>

Suter-Riederer, Susanne, et al. "Kleine Schritte mit grosser Wirkung." Pflegepraxis, 5/2016, 2016, S. 21-23. https://digitalcollection.zhaw.ch/bitstream/11475/8030/2/2016_Suter_Kleine_Schritte.pdf

Szendzielorz, Andrea. Dokumentationshilfe, Aktivierende Pflege, PKMS. Klinikum Braunschweig, 2023. <https://klinikum-braunschweig.de/lib/files/mf5h37tjmj5x3zjp4bzb9zdvnm5c9nbwg26s9mrth27s9mjwg1yd4njyg17dg/dokumentationshilfen-geriatrie-aktivierende-pflege-pkms.pdf>

Zegelin, Angelika. "Mobilitätsförderung kontra Sturzvermeidung?" RDG, Bd. 14, Nr. 3, 2017, S. 122-127. <https://www.angelika-zegelin.de/app/download/5812516456/rdg-1703.122127.pdf>

Plagiatserklärung

Ich versichere, dass ich diese Arbeit selbständig angefertigt und keine anderen als die angegebenen Quellen benutzt habe.

Alle Stellen, die dem Wortlaut oder dem Sinn nach anderen Werken entnommen sind, habe ich in jedem einzelnen Fall unter genauer Angabe der Quelle (einschließlich des World Wide Web sowie anderer elektronischer Datensammlungen) deutlich als Entlehnung kenntlich gemacht. Dies gilt auch für angefügte Zeichnungen, bildliche Darstellungen, Skizzen und dergleichen.

Die vorliegende Arbeit wurde hinsichtlich Titel, Fragestellung, Aufbau und Inhalt, oder in umfangreichen Teilen und Auszügen daraus, noch nicht in einem Studiengang an dieser, oder einer anderen Hochschule, zur Anrechnung von Leistungspunkten vorgelegt.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die nachgewiesene Unterlassung der Herkunftsangabe als versuchte Täuschung bzw. als Plagiat gewertet wird.

XXXX, den XX.XX.XXX