

Kneipp-Therapie

KURZBESCHREIBUNG

Die Kneipp-Therapie stellte ein weit verbreitetes Konzept der Gesundheitsförderung und Therapie im Bereich der Naturheilkunde dar. Basierend auf den Gesundheitslehren von Sebastian Kneipp (1821–1897) hat der Kneipp-Bund e.V. ein naturheilkundliches Gesundheitskonzept „Pflege nach den fünf Elementen“ speziell für Senioreneinrichtungen entwickelt. Das Konzept ist präventiv darauf ausgerichtet, ältere Menschen für den eigenverantwortlichen Erhalt ihrer

Gesundheit sowie ihrer Selbstständigkeit zu aktivieren. Die Grundlage dafür bilden die Anwendungen im Rahmen der fünf Elemente der Naturheilverfahren nach Kneipp: Wasseranwendungen, Bewegung, Ernährung, Heilpflanzen und Lebensordnung. Die Kneipp-Anwendungen werden zur Prävention und Förderung der Gesundheit sowie zur Linderung zahlreicher Befindlichkeitsstörungen eingesetzt.

GRUNDANNAHMEN

Das Kneipp'sche Gesundheitskonzept basiert auf den o.g. fünf Elementen, deren Zusammenspiel die Grundlage für eine ganzheitliche, gesundheitsfördernde Heil- und Lebensweise bildet:

Über das Element Wasser können kalte, warme oder wechselwarme Reize mit regulatorischen Wirkungen gesetzt werden. So können regelmäßig durchgeführte Kaltanwendungen die Durchblutung verbessern, die Körperwahrnehmung, das Immunsystem und damit die Selbstheilungskräfte stärken und die Leistungsfähigkeit steigern. Warmanwendungen wirken beruhigend und ausgleichend und können z.B. bei Schlafstörungen oder unter Zusatz bestimmter Kräuter zur Linderung unterschiedlicher Beschwerden eingesetzt werden. Typische Kneipp'sche Wasseranwendungen sind Waschungen, Güsse, Wickel, Auflagen und Packungen sowie Bäder.

Bewegung verbessert Kraft, Ausdauer und Koordination, weckt Lebensfreude, stärkt das Selbstwertgefühl und verringert Stressbelastungen. Insbesondere moderate Bewegungsformen wie Gehen, Wandern, Schwimmen, Gymnastik oder Tanzen stabilisieren und fördern die Balance der körpereigenen Systeme.

Das Element gesunde Ernährung nach Kneipp stellt inzwischen vor allem die vegetabile Vollwerternährung in den Mittelpunkt. Die Ernährung ist frisch, möglichst wenig verarbeitet und maßvoll.

Aus dem Element Heilpflanzen werden natürliche, milde Wirkstoffe möglichst frühzeitig zum Schutz vor Erkrankungen und zur Linderung von leichten Beschwerden eingesetzt. Nach Kneipp werden Heilpflanzen z.B. als Tinkturen, Badezusätze, Salben, Tees und Säfte verwendet.

Das Element Lebensordnung ist zentral und zielt auf einen achtsamen und verantwortungsvollen Umgang mit sich selbst und seiner Umwelt ab. Es berücksichtigt die Einheit von Körper, Geist und Seele und stellt vor allem die Stärkung der Psyche und den Ausgleich von Emotionen in den Mittelpunkt. Regelmäßige, strukturierte Tagesabläufe wirken vor allem bei chronisch Kranken regulierend. Wichtig sind in diesem Element auch Bewegungsverfahren mit einer konzentrativen Komponente, wie Yoga, Atemtherapie und Qigong.

ANWENDUNGSPRAXIS

Seit 2007 wurden in Deutschland über 40 Senioreneinrichtungen vom Kneipp-Bund e.V. zertifiziert. Angeboten werden in diesen Einrichtungen Elemente des Kneipp-Konzepts wie Kneippgüsse, Wassertreten, Bäder und Wickel unter Verwendung von Kräuterzusätzen, Heilpflanzentees, gesunde Ernährungsangebote, Sport, Gymnastik, Meditations- und Entspannungsverfahren, Gedächtnistraining sowie soziale Beschäftigungsmöglichkeiten. Die Anwendung erfolgt in Absprache mit den zu Pflegenden, den Angehörigen und den behandelnden Ärzten und Therapeuten.

Senioreneinrichtungen, die das Kneipp-Konzept systematisch in den Pflegealltag integrieren und das Gütesiegel des Kneipp-Bund e.V. tragen, müssen spezielle Voraussetzungen und Qualitätsanforderungen entsprechend den Richtlinien des Kneipp-Bundes erfüllen.



Fortsetzung: **Kneipp-Therapie**

FORT- UND WEITERBILDUNG

Der Kneipp-Bund e.V. bietet verschiedene Fort- und Weiterbildungen an, die auch für Pflegefachkräfte relevant sind, wie beispielsweise die Ausbildungen zum „Kneipp-Mentor“

oder zum Kneipp-Gesundheitstrainer SKA (Sebastian-Kneipp-Akademie).

Informationen zu Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten:

Sebastian Kneipp Akademie (SKA)
www.kneippakademie.de/angebote-fuer-senioreneinrichtungen

Ärztegesellschaft für Präventionsmedizin und klassische Naturheilverfahren Kneippärztebund e.V.
www.kneippaerztebund.de

Kneipp-Bund e.V.
www.kneippbund.de

LITERATUR

Kneipp Bund e.V. (Hrsg.) (2013). Richtlinien. Vom Kneipp-Bund e.V. anerkannte Senioreneinrichtung.
www.kneippbund.de

Uehleke, B., & Hentschel, H. (Hrsg.) (2006). Das große Kneipp-Gesundheitsbuch. Mehr als nur Wassertreten; die 5 Behandlungsprinzipien. Stuttgart: Haug Verlag.

Kneipp, S. (2004). Meine Wasserkur. So sollt ihr leben. Die weltberühmten Ratgeber in einem Band. Stuttgart: Haug Verlag.

Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.) (2015). Prävention in der Pflege – Naturheilkundliche Maßnahmen in Senioreneinrichtungen. Eine prospektive, kontrollierte, vergleichende, explorative Kohortenstudie. Abschlussbericht.
www.zqp.de/wp-content/uploads/Abschlussbericht_Praevention_Pflege_Naturheilkundliche_Massnahmen.pdf



Kinästhetik

KURZBESCHREIBUNG

Kinästhetik (engl: kinaesthetics) bedeutet Kunst/Wissenschaft der Bewegungswahrnehmung/des Bewegungsempfindens (gr. kinesis = Bewegung; gr. aisthesis = Empfindung). Kinästhetik ist eine Sammelbezeichnung für die Wahrnehmung von Stellung und Position, Muskeltonus und Bewegung von Körperteilen und Gliedmaßen und die Entwicklung von Bewegungskompetenz. Es handelt sich nicht um eine Bewegungstechnik, sondern um das Konzept einer Interaktion zwischen Pflegeperson und Patient beziehungsweise Pflegebedürftigem.

GRUNDANNAHMEN

Da die vorhandenen Bewegungsvoraussetzungen bei den Patienten unterschiedlich sind, müssen die jeweils günstigsten Techniken im Umgang mit jedem Patienten individuell und kreativ entwickelt werden. Orientierung bietet der Pflegekraft dabei das Konzeptsystem der Kinästhetik. Dieses betrachtet die menschlichen Bewegungsmuster im Zusammenhang ihrer Funktionen für das alltägliche Leben. In dem Konzept werden sechs Themenbereiche unterschieden. Obgleich die einzelnen Themenbereiche in der Bewegung komplex miteinander verbunden sind, dient diese Differenzierung als Analysewerkzeug dafür, die Bewegungsressourcen der Patienten sowie geeignete Ansatzmöglichkeiten zu erkennen, um die Bewegungsabläufe bei der Mobilisation für beide Seiten wirksam zu gestalten.

Folgende Kinästhetik-Konzepte werden unterschieden:

- Das Konzept der Interaktion betrachtet die Kontakt- und Austauschmöglichkeiten zwischen Pflegebedürftigem und Pflegeperson.

ANWENDUNGSPRAXIS

Anliegen der Kinästhetik ist es, Bewegungsabläufe für Patient und Pflegenden so physiologisch und kräfteschonend wie möglich zu gestalten und dem Patienten während der pflegerischen Interaktionen möglichst gezielte und systematische Hilfe zur Selbsthilfe im Bereich seiner Beweglichkeit anzubieten. Jeder Bewegungsablauf orientiert sich an den vorhandenen Bewegungsressourcen des kranken Menschen und wird möglichst so gestaltet, dass der Patient sie nachvollziehen und bestmöglich selbstständig steuern kann. Dabei

Ziele der Kinästhetik sind es, organische Bewegungsabläufe zu initiieren, Bewegungsmöglichkeiten des Patienten zu unterstützen und zu erweitern. Gleichzeitig dient die Kinästhetik auch dem gesunden, kräftesparenden und flexiblen Einsatz der eigenen Bewegung in der Pflege.

Das Konzept wurde in den 1980er Jahren von den Amerikanern Frank Hatch (Verhaltenskybernetiker und Tänzer) und Lenny Maietta (Psychologin) begründet und basiert u. a. auf Erkenntnissen der Verhaltenskybernetik, der Psychologie, der Bewegungslehre nach Moshé Feldenkrais und dem modernen Tanz.

- Das Konzept der funktionellen Anatomie unterteilt den menschlichen Körper in Massen und Zwischenräume und analysiert deren Zusammenspiel.
- Das Konzept der menschlichen Bewegung betrachtet den Bewegungsspielraum des Körpers.
- Das Konzept der menschlichen Funktion unterscheidet sieben Grundpositionen (z. B. Rückenlage, Sitzen, Einbeinstand).
- Das Konzept der Anstrengung betrachtet den Einsatz von Druck- und Zugkräften innerhalb der gemeinsamen Bewegung der Interaktionspartner.
- Das Konzept der Umgebung betrachtet die Bewegungsabläufe im Zusammenspiel mit der Umgebung.

passt sich der Körper des Pflegenden sinnvoll an den Bewegungsablauf des Patienten an. Statt der üblichen Hebel- und Tragekräfte werden im kinästhetischen Modell mehr Zug- und Druckkräfte eingesetzt, die es dem kranken Menschen besser ermöglichen, eigeninitiativ mitzuarbeiten.

Die Arbeit nach den kinästhetischen Prinzipien wird in der Alten- und Krankenpflege gezielt dafür eingesetzt, in der Bewegung die Wahrnehmung der Patienten sowie deren



Fortsetzung: **Kinästhetik**

Bewegungsfähigkeit zu verbessern und Lernprozesse in Gang zu setzen.

Erfahrene Pflegekräfte können auch pflegende Angehörige anleiten, nach den Prinzipien der Kinästhetik zu arbeiten.

FORT- UND WEITERBILDUNG

Die Umsetzung der kinästhetischen Prinzipien erfordert von der Pflegefachkraft sehr viel Übung und Erfahrung, da es keine festgelegten Handlungsschemata gibt, sondern immer wieder individuell analysiert und reflektiert werden muss. Daher sind praktische Schulungen durch zertifizierte

Ausbilder sinnvoll. Die Ausbildung erfolgt in mehreren Stufen. Daneben werden Fortbildungen und Informationsveranstaltungen zu Kinästhetik für professionell Pflegende und Angehörige angeboten.

Informationen zu Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten:

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK e.V.)
www.dbfk.de

Deutsche Gesellschaft für Kinästhetik und Kommunikation e.V.
www.kinaesthetik.de

Kinaesthetics Deutschland
www.kinaesthetics.de

LITERATUR

Asmussen, M. (2010). Praxisbuch Kinaesthetics. Erfahrungen zur individuellen Bewegungsunterstützung auf Basis von Kinästhetik. München: Elsevier Urban & Fischer.

Citron, I. (2011). Kinästhetik – kommunikatives Bewegungslernen. Stuttgart: Thieme.

Bauder-Mißbach, H. (2006). Kinästhetik in der Intensivpflege. Frühmobilisation von schwerstkranken Patienten. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.

Hatch, F., & Maietta, L. (2002). Kinästhetik. Gesundheitsentwicklung und menschliche Aktivitäten. München: Urban & Fischer.



Bobath-Konzept

KURZBESCHREIBUNG

Die Pflege nach Bobath ist ein therapeutisch-aktivierendes Pflege- und Therapiekonzept für Menschen, die aufgrund von Erkrankungen oder Verletzungen des zentralen Nervensystems an Bewegungsstörungen leiden. Ziel ist es, die verlorengegangenen Bewegungsfähigkeiten wieder neu zu erlernen und damit dem Betroffenen zu bestmöglicher Selbstständigkeit und mehr Lebensqualität zu verhelfen.

Das Konzept wurde seit den 1940er Jahren durch das Ehepaar Karel (Neurologe) und Berta Bobath (Physiotherapeutin)

GRUNDANNAHMEN

Das Konzept beruht auf der Annahme, dass der Mensch lebenslang in der Lage ist, zu lernen. Unter anderem auf Grund der regenerativen Kapazitäten des Gehirns können Schädigungen bis zu einem gewissen Maße kompensiert werden. In gesunden Hirnregionen werden neue neuronale Strukturen (Nervenverbindungen) gebildet, damit die Aufgaben, die früher von mittlerweile erkrankten Regionen ausgeführt wurden, übernommen werden können. Zusätzlich können unterbrochene Nervenleitungen durch konsequente Förderung und Stimulation neu gebahnt werden.

Neurologischen Störungen wie Lähmungen oder Spastiken (Verkrampfungen) der Muskulatur, Gleichgewichts-, Koordi-

ANWENDUNGSPRAXIS

Das Bobath-Konzept wird vor allem angewendet bei Menschen mit Bewegungseinschränkungen durch

- Hirnverletzungen
- Schlaganfälle (ischämische Insulte) und Hirnblutungen
- Entzündliche Erkrankungen des Nervensystems, wie Multiple Sklerose, Polio, Guillain-Barré-Syndrom
- Schädigungen des Rückenmarks
- Morbus Parkinson.

Das Wiedererlernen und Trainieren von Bewegungsabläufen beginnt im Rahmen der Pflege durch die besondere Lagerung und Positionierung im Liegen oder Sitzen. Die Bedürfnisse, Erfordernisse und Leistungsgrenzen des Patien-

zunächst für den Bereich der Physiotherapie entwickelt. Berta Bobath beobachtete, dass die Spastik von Patienten durch bestimmte Lagerungen, Stellungen und Bewegungen beeinflussbar ist.

Das Bobath-Konzept wird inzwischen interdisziplinär angewendet und wurde speziell für die professionelle Pflege als Pflege-therapie nach Bobath weiterentwickelt.

nations- sowie Körperwahrnehmungsstörungen wird durch zielorientierte Bewegungsanbahnung und Mobilisierung (Handling) begegnet; dieses wird als Lernprozess für den Patienten mit Hilfe und Anleitung durch die Pflegekraft gesehen. Entsprechend sind die Regulation des Muskeltonus, wie Vermeidung beziehungsweise Hemmung von Spastik und Wiederherstellung eines angepassten Muskeltonus, Vermeidung einer kompensatorischen Fehlbelastung, Anbahnung physiologischer (funktioneller, normaler) Bewegungsabläufe und die Förderung der Körperwahrnehmung Kernelemente des Bobath-Konzepts.

ten sind dabei wegweisend. Durch wechselnde Positionen, beidseitige Bewegungen und Bewegungsübergänge wird die Körperwahrnehmung des Patienten gefördert. Bei halbseitigen Einschränkungen wird vor allem die geschädigte Seite einbezogen.

Durch das Wiederholen von Bewegungsabläufen werden Handlungen geübt und automatisiert. Kapazitäten für weitere Bewegungen oder Wahrnehmungen können so frei werden. Schwerkraft und Flächen, die grundsätzlich für Bewegung wichtig sind, werden gezielt genutzt. Bewegungen können ausgehend von sogenannten Schlüsselregionen oder -punkten, in denen besonders viele Rezeptoren vorhanden sind, eingeleitet werden, wie Schulter, Becken, Hände, Füße.

Pflegefachkräfte können den Lernprozess des Patienten in Abstimmung mit den ergo- und physiotherapeutischen Anwendungen maßgeblich unterstützen. Die Bobath-Prin-



Fortsetzung: **Bobath-Konzept**

zipien können in die tägliche Pflege integriert werden, wie Kommunikation, Essen und Trinken, Körperpflege, An- und Auskleiden, Toilettengang, Prophylaxen.

Für die Anbahnung der Selbstpflegefähigkeit ist gezieltes Selbsthilfetraining vorgesehen. Die Anleitung soll dazu beitragen, geeignete Bewegungsmuster zu automatisieren.

Zur Verbreitung des Bobath-Konzepts liegen keine Daten vor. Es wird von einer weiten Verbreitung ausgegangen.

FORT- UND WEITERBILDUNG

Bobath-Kurse zur Weiterbildung von Pflegefachkräften werden von verschiedenen Fachvereinigungen angeboten. Die

Anbieter stellen Grundkurse mit Aufbaumodulen zur Verfügung.

Informationen zu Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten:

Gemeinsame Konferenz der deutschen Bobath-Kurse e.V.
www.bobath-kurse.de

Vereinigung der Bobath-Therapeuten Deutschlands e.V.
www.bobath-konzept-deutschland.de

BIKA – Bobath Initiative für Kranken- und Altenpflege e.V.
www.bika.de

VeBID – Verein der Bobath-InstruktorInnen (IBITA) Deutschland und Österreich e.V.
www.vebid.de

LITERATUR

Biewald, F. (2003). Das Bobath-Konzept. Wurzeln, Entwicklungen, neue Aspekte. München: Urban & Fischer.

Friedhoff, M., & Schieberle, D. (2014). Praxis des Bobath-Konzepts. Grundlagen, Handlings, Fallbeispiele. Stuttgart: Thieme.

Dammshäuser, B. (2012). Bobath-Konzept in der Pflege. Grundlagen, Problemerkennung und Praxis. München: Elsevier Urban & Fischer.



Basale Stimulation®

KURZBESCHREIBUNG

Basale Stimulation ist ein Konzept zur Förderung und Begleitung von Menschen, die in ihrer Wahrnehmung, Reaktion und Interaktion stark beeinträchtigt sind. Es zeigt ganzheitliche kreative Herangehensweisen auf, diese Menschen zu erreichen und deren Gesundheit, Wohlbefinden, Teilhabe und Selbstbestimmung zu unterstützen, zu erhalten und zu fördern.

Im Zentrum der Basalen Stimulation steht die individuell angepasste Anregung (Stimulation) der besonders früh entwickelten Systeme der Sinneswahrnehmung des Menschen auf verschiedenen Ebenen:

- Körperwahrnehmung, z.B. durch Berührung, Massage, Waschungen
- Gleichgewichtssinn und der Koordination, z.B. durch Veränderungen der Körperposition
- Tiefensensibilität, z.B. durch Vibrationsmassage

GRUNDANNAHMEN

Dem Konzept der Basalen Stimulation liegt ein Menschenbild zugrunde, nachdem der gesunde sowie auch der kranke, schwer beeinträchtigte oder bewusstlose Mensch seine Entwicklungsmöglichkeiten auf der Basis seiner individuellen Möglichkeiten selbst organisiert. Ziel der Basalen Stimulation ist es, Wahrnehmung, Kommunikation und Bewegung des

ANWENDUNGSPRAXIS

Basale Stimulation richtet sich insbesondere an Menschen, deren körperliche und geistige Wahrnehmungsfähigkeit stark eingeschränkt ist, zum Beispiel

- Patienten mit schweren körperlichen und geistigen Einschränkungen
- Alte, pflegebedürftige Menschen
- Sterbende Menschen
- Menschen im Koma oder Wachkoma
- Patienten nach Schlaganfall

- Geschmackssinn, z.B. durch Lieblings Speisen
- Geruchssinn, z.B. durch unterschiedliche Geruchsquellen, Aromen, Duftstoffe
- Gehörsinn, z.B. durch Lieblingsmusik, Naturgeräusche
- Visueller Sinn, z.B. durch Farben, Muster, Bilder, Familienfotos
- Tastsinn, z.B. durch Federn, Wolle, Massagehandschuhe.

Die Basale Stimulation wurde in den siebziger Jahren durch Prof. Dr. Andreas Fröhlich als Förderkonzept in der sozialpädagogischen Arbeit mit schwer geistig- und mehrfachbehinderten Kindern entwickelt. Zusammen mit Christel Bienstein, Krankenschwester und ehemalige Institutsleiterin des Instituts für Pflegewissenschaften an der Universität Witten/Herdecke, wurde das Konzept auf die Pflege übertragen.

Menschen zu fördern, so dass Gesundheit, Wohlbefinden, Teilhabe und Selbstbestimmung unterstützt werden. Eine wichtige Grundhaltung Pflegenden im Konzept der Basalen Stimulation ist, dass der Mensch so angenommen wird, wie er ist.

- Menschen mit Demenz
- Frühgeborene.

Die Pflegenden versuchen, sich situativ in das Erleben der Betroffenen einzufühlen. Sie orientieren sich an der Frage, wie es gelingen kann, dass der Betroffene seinen eigenen Körper besser spürt. Dazu beobachten sie, welche Reaktionen, z.B. Freude oder Abwehr, der Betroffene auf Reizangebote wie Berührung, Änderung der Körperposition, Geruch oder Geschmack zeigt. Auf diese Weise suchen die Pflegenden nach kommunikativen Austauschmöglichkeiten. Negative Reize wie auch eine Reizüberflutung sollen vermieden werden. Durch Informationen über Vorlieben des Betroffenen



Fortsetzung: **Basale Stimulation®**

beziehungsweise eine biographische Anamnese kann eine positive Stimulation erleichtert werden.

Basal stimulierende Maßnahmen können von entsprechend geschulten Pflegefachkräften in die alltägliche Pflege einge-

bunden und darüber hinaus durch Angehörige unterstützt werden.

Die Basale Stimulation ist mittlerweile häufig Bestandteil der Pflegeausbildung. Zur Verbreitung des Konzepts in Deutschland liegen keine Daten vor.

FORT- UND WEITERBILDUNG

Für die Fort- und Weiterbildung von Pflegefachkräften gibt es seit 2006 Anerkennungsverfahren für Weiterbildungsanbieter vom Internationalen Förderverein Basale Stimulation® e.V.

Informationen zu Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten:

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK e.V.)
www.dbfk.de

Internationaler Förderverein Basale Stimulation® e.V.
www.basale-stimulation.de

LITERATUR

Bienstein, C., & Fröhlich, A. (2012). Basale Stimulation® in der Pflege. Die Grundlagen. Bern: Huber.

Fröhlich, A. D. (2016). Basale Stimulation® in der Pflege. Das Arbeitsbuch. Bern: Huber.

Bienstein, C. (2017). Basale Stimulation: Was sagt die Wissenschaft? In: Die Schwester Der Pfleger, 1/2017, S. 22.

Hatz-Casparis, M., & Roth Sigris, M. (2012). Basale Stimulation® in der Akutpflege. Handbuch für die Pflegepraxis. Bern: Huber.

Buchholz, T., & Schärenberg, A. (2013). Basale Stimulation® in der Pflege alter Menschen. Anregungen zur Lebensbegleitung. Bern: Huber.

Nydahl, P., Bartoszek, G., Bienstein, C., & Baumeister, H. (2012). Basale Stimulation®. Wege in der Pflege Schwerstkranker. München: Elsevier Urban & Fischer.

Fröhlich, A. D. (2015). Basale Stimulation, ein Konzept für die Arbeit mit schwer beeinträchtigten Menschen. Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben.

Walper, H. (2016). Basale Stimulation® in der Palliativpflege. München: Ernst Reinhardt Verlag.



Anthroposophische Pflege

KURZBESCHREIBUNG

Die anthroposophische Pflege ist ein Teilgebiet der anthroposophischen Medizin. Diese versteht sich als geisteswissenschaftliche Erweiterung einer naturwissenschaftlich orientierten Medizin und basiert auf dem Welt- und Menschenbild der Anthroposophie. Die theoretischen Grundlagen entwickelte Rudolf Steiner (1861–1925) mit der holländischen Ärztin Ita Wegmann (1879–1943). Sie gründete die erste anthroposophische Klinik und war entscheidend an der Entwicklung typischer Therapie- und Pflegeformen der anthroposophischen Medizin beteiligt.

GRUNDANNAHMEN

In der Anthroposophie wird der Mensch als physisches, seelisches und geistiges Wesen gesehen. Diese Ebenen werden sinnbildlich in Form von vier so genannten „Wesensgliedern“ beschrieben, die in einem funktionellen dreigliedrigen System, bestehend aus Sinnes-Nerven-System, Rhythmischem System und Stoffwechsel-Gliedmaßen-System, wirken. Krankheiten entstehen demnach aus dem Ungleichgewicht der vier Ebenen beziehungsweise dem dreigliedrigen System.

ANWENDUNGSPRAXIS

Die anthroposophische Pflege versteht sich als Erweiterung der konventionellen Pflege. Psychotherapie, Biographiearbeit, Ordnungstherapie, Kunsttherapien und Heileurythmie haben einen großen Stellenwert. Neben schulmedizinischen Verfahren werden anthroposophische Heilmittel und -methoden angewendet. Die anthroposophische Pflege setzt sanfte Reize. Typische Maßnahmen anthroposophischer Pflege sind äußere Anwendungen wie Wickel und Auflagen, zum Beispiel

Die anthroposophische Medizin ist in Deutschland seit 1976 im Arzneimittelgesetz als medizinische Richtung verankert und im Fünften Sozialgesetzbuch als „besondere Therapierichtung“ anerkannt. In anthroposophischen Akutkrankenhäusern, Reha-Einrichtungen, Pflegeeinrichtungen und -diensten gehört die anthroposophische Pflege zum Regelangebot. Darüber hinaus gibt es auch Altenpflegeeinrichtungen, ambulante Pflegedienste und Hospize, die anthroposophische Ansätze in ihre Arbeit einfließen lassen.

Da der Mensch nach Auffassung der Anthroposophie auf Entwicklung ausgerichtet ist, werden Krankheiten nicht nur als Belastung sondern auch als Anregung verstanden, sich weiterzuentwickeln und ein gesundes Gleichgewicht wiederherzustellen. Entsprechend achten die anthroposophische Therapie und Pflege bewusst darauf, die seelische und geistige Ebene eines Menschen mit anzusprechen.

Bienenwachsauflagen, therapeutische Waschungen, Bäder und Einreibungen, speziell die „Rhythmische Einreibungen nach Wegmann/Hauschka“.

Risiken, Nebenwirkungen und Kontraindikationen werden in Schulungen vermittelt und in Informationen zur Durchführung der Maßnahmen angegeben.

FORT- UND WEITERBILDUNG

Für die Gesundheits- und Krankenpflege sowie für die Altenpflege gibt es spezielle anthroposophisch orientierte Pflegegeschulen, in denen neben konventionellem Pflegewissen auch anthroposophische Konzepte gelehrt werden. Auch für Pflegenden ohne den Hintergrund einer anthroposophischen Einrichtung gibt es Weiterbildungsmöglichkeiten, um theoretische Grundlagen wie auch praktische Anwendungen kennen zu lernen.

Das Internationale Forum für Anthroposophische Pflege (IFAP – International Forum for Anthroposophical Nursing) bietet die Möglichkeit, Zertifikate zu beantragen und den Titel „Expertin/Experte für Anthroposophische Pflege“ oder „Expertin/Experte für Rhythmische Einreibungen“ zu führen.



Fortsetzung: **Anthroposophische Pflege**

Informationen zu Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten:

Internationales Forum für Anthroposophische Pflege (IFAP)
www.qualitaet-ap.org

Verband für Anthroposophische Pflege e.V.
www.vfap.de

Dachverband Anthroposophische Medizin in Deutschland (DAMiD)
www.damid.de

Nikodemus-Werk e.V. – Bund für gemeinnützige Altenhilfe
 aus Anthroposophie und Christengemeinschaft
www.nikodemuswerk.de

LITERATUR

Bahlmann, B. (Hrsg.) (2010). Pflege daheim. Ganzheitlich von Mensch zu Mensch aktiv gestalten. Berlin: Salumed. Kostenloser Download: www.salumed-verlag.de/kostenlose-downloads/reader/product/pflege-daheim.html

Fingado, M. (2012). Rhythmische Einreibungen. Handbuch aus der Ita-Wegman-Klinik. Dornach: Natura-Verl.

Heine, R. (Hrsg.) (2017). Anthroposophische Pflegepraxis. Grundlagen und Anregungen für alltägliches Handeln. Berlin: Salumed.

Layer, M. (2014). Praxis Handbuch Rhythmische Einreibungen nach Wegmann/Hauschka. Bern: Huber.

van der Star, A. (2016). Schöpferisch pflegen. Ein Beitrag aus anthroposophischer Perspektive. Stuttgart: Urachhaus.



Montessori in der Altenpflege

KURZBESCHREIBUNG

„Montessori für Senioren“ wendet die Erkenntnisse der Montessori-Arbeit in der Altenpflege an. Die Grundlagen des Konzepts wurden von der italienischen Kinderärztin Maria Montessori zu Beginn des 20. Jahrhunderts ursprünglich für die pädagogische Arbeit mit geistig behinderten Kindern entwickelt. Ende des 20. Jahrhunderts übertrug die Montes-

sori-Therapeutin Bianca Mattern das Konzept in den Bereich der Spätförderung.

Der Leitgedanke „Hilf mir, es selbst zu tun!“ fasst die handlungsleitende Zielsetzung des pädagogischen Konzepts zusammen.

GRUNDANNAHMEN

Das Konzept basiert auf einem ganzheitlich-individuellen Betreuungsmodell das nach Mattern die drei Bereiche „Kopf, Herz und Hand“ beinhaltet. Diese drei Bereiche stehen für sensorisch-motorische Reize (Hand), kognitive Fähigkeiten (Kopf) und Emotionen (Herz) und werden in der Montessori-pädagogischen Arbeit möglichst gleichzeitig angesprochen.

Im Fokus der Betreuungsarbeit stehen nicht die Schwächen oder gesundheitlichen Defizite, sondern vor allem die Stär-

ken, um Lösungen für Probleme zu finden. In die Lösungsfindung sollen die betreffenden Menschen soweit wie möglich involviert werden, um ihr Selbstvertrauen und ihre Selbstständigkeit zu fördern. Pflegende oder speziell geschulte Beschäftigungskräfte nehmen auf der Basis dieser Grundhaltungen, die Bewohner und Pflegebedürftigen mit ihren Stärken und Schwächen an.

ANWENDUNGSPRAXIS

Neben der aufmerksamen, emotionalen Zuwendung in Pflegesituationen geht es auch um die Gestaltung des Tagesablaufs und des Lebensumfeldes, das bewusste Leben von Ritualen und die Pflege verschiedenster Feiern im Jahreskreis. Pflegende oder speziell geschulte Beschäftigungskräfte beziehen Pflegebedürftige in Alltags- und Pflegesituationen so ein, dass Eigenverantwortung und Selbstbestimmung so weit wie möglich überlassen bleiben.

Darüber sieht das Konzept Fördermöglichkeiten in Gruppen- und Einzelstunden vor, die in einer vorbereiteten Umgebung stattfinden. Darunter wird nach Maria Montessori ein anregender Raum verstanden, in dem Gegenstände sind, zu denen die Senioren eine persönliche oder biografische Beziehung haben oder Beschäftigungsangebote vorfinden, die zum

Ausprobieren anregen. Dadurch sollen die verschiedenen Sinnes- und Wahrnehmungsebenen stimuliert und Fertigkeiten gefördert werden. Des Weiteren sollen Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit gefördert sowie kommunikative, soziale und geistige Fähigkeiten aktiviert werden.

Montessori für Senioren wird in Deutschland in Geriatriezentren und Alten- oder Pflegeheimen angeboten und in unterschiedlichem Umfang praktiziert. Inzwischen gibt es auch Erfahrungen mit Montessori-Wohngemeinschaften für demenziell erkrankte Menschen sowie selbstständige Pflegekräfte, die in der ambulanten Pflege nach den Montessori-Prinzipien arbeiten.

Daten zur Verbreitung liegen keine vor.



Fortsetzung: **Montessori in der Altenpflege**

FORT- UND WEITERBILDUNG

Fort- und Weiterbildungen werden für Pflegefachkräfte, Lehrende, Heimbetreiber, Krankenhäuser und ambulante Dienste angeboten.

Informationen zu Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten:

Montessori-Berufsverband e.V.
www.montessori-berufsverband.de

Deutsche Montessori Gesellschaft e.V. (DMG)
www.montessori-gesellschaft.de

Montessori Dachverband Deutschland e.V. (MDD)
www.montessori-deutschland.de

Deutsche Montessori-Vereinigung e.V.
www.montessori-vereinigung.de

LITERATUR

Klein, H. (2011). 10 nach 10. Montessori für Demenzkranke. Ein Buch für Angehörige, Freunde und Betreuer. Dörfles: Götz.

Mattern, B. (2010). Montessoripädagogische Arbeit mit Senioren/Hochaltrigen im Betreuten Wohnen. Norderstedt: Books on Demand.

Klein-Landeck, M., & Pütz, T. (2017). Seniorenarbeit nach Maria Montessori. Herder.

Mattern, B. (2014). Nonna Annas Tagebuch. Was Sie schon immer über Demenz wissen wollten, aber bisher nicht zu fragen wagten. verlag modernes lernen.

Mattern, B. (2008). Montessori für Senioren: Einführung in die montessoripädagogische Arbeit mit Senioren und Hochaltrigen. Books on Demand.



Mäeutik in der Pflege

KURZBESCHREIBUNG

Der Begriff „Mäeutik“ (wörtlich: Hebammenkunst) wird im weiteren Sinne in Anlehnung an die Gesprächstechniken des Philosophen Sokrates im Gespräch mit seinen Schülern im Sinne einer „dialogischen Methode der Wahrheitssuche“ verwendet, die einen Lernenden durch geschicktes Fragen selbst zur Erkenntnis führt.

Das mäeutische Pflege- und Betreuungskonzept entstand im Bereich der Geriatrie aus der Frage heraus, wie Menschen mit Demenz bestmöglich betreut werden können. Urheberin ist die Niederländerin Dr. Cora van der Kooij, die Mäeutik in der Pflege als „Hebammenkunst für das Pflegepersonal“ verstand. Ihr lag daran, Lebenserfahrung, Empathie, Intuition, Kreativität und Erfahrungen in der Pflegearbeit als Wissensressourcen zu erkennen, zu reflektieren und eine empathische Grundhaltung in die Pflegearbeit mit einzubeziehen.

GRUNDANNAHMEN

Das mäeutische Menschenbild betont, dass alle Menschen verletzlich sind, also auch der zu Pflegenden und der Pflegenden. Die Auseinandersetzung mit der eigenen Verletzlichkeit soll den Pflegenden ermöglichen, die Betroffenen verstehend und einführend zu begleiten. Das zwischenmenschliche Erleben, Handeln und Wirken, das im Pflegeprozess unbewusst stattfindet, soll in Worte gefasst und reflektiert werden. Die gewonnenen Erkenntnisse können dann bewusst gemeinsam weiterentwickelt beziehungsweise mit theoretischen Inhalten ergänzt werden.

ANWENDUNGSPRAXIS

Um sich in die individuelle Erlebenswelt des Patienten beziehungsweise Pflegebedürftigen besser einzuleben, werden spezielle Instrumente der Mäeutik verwendet:

Ein „Beobachtungsbogen“ mit Fragen zur Biographie, den Gewohnheiten und den besonderen Persönlichkeitsmerkmalen.

In einer „Pflegekarte“ können pflegerrelevante Informationen dokumentiert werden.

Außerdem gehört es dazu, dass im Pflegeteam regelmäßige strukturierte „Bewohnerbesprechungen“ zur Reflexion der Pflegeerfahrungen stattfinden: Wer ist dieser Mensch? Wie verhält er sich? Wie erlebt er sich selbst in seiner Situation? Wie ist seine Lebensgeschichte? Was sind seine Bedürfnisse?

Damit kann die Mäeutik in der Pflege einerseits als pädagogisches Verfahren für die Schulung von Pflegenden bezeichnet werden, andererseits bietet sie eine generelle Herangehensweise für den Umgang mit Menschen, die Hilfe und Pflege brauchen.

Im Zentrum des mäeutischen Behandlungs- und Pflegekonzeptes steht die „erlebensorientierte Pflege“ („integrated emotion-oriented care“, IEOC), bei der die Beziehung zwischen Pflegekraft und dem von Krankheit betroffenen Menschen im Mittelpunkt stehen und gezielt positive Kontaktmomente geschaffen werden. Das intuitive und empathische Einfühlen in die Bedürfnisse und Erlebenswelt des Kranken durch den Pflegenden hat ein besonderes Gewicht. Mit Hilfe der mäeutischen Herangehensweise soll die Beziehung gestärkt werden.

Auf diese Weise sollen Pflegenden besser in der Lage sein, sich in die Erlebniswelt des Pflegebedürftigen einzufühlen, aber auch die eigene Erlebenswelt bewusster wahrzunehmen. Spannungen, die sich häufig aus dem Kontakt der beiden unterschiedlichen Erlebenswelten ergeben, können dann durch den Pflegenden besser aufgelöst werden, so dass der Kontaktmoment zwischen beiden positiv gestaltet und erlebt werden kann.

Mitmenschlichkeit, Zuwendung und das intuitive Pflege-talent werden als eigene Kompetenzen wertgeschätzt, die gesellschaftliche Anerkennung dieser Werte wird gefordert.

Die Pflegenden erzählen von positiven Kontaktmomenten, um gemeinsam ein ganzheitliches Bild des Patienten zu entwickeln, sich auszutauschen, ihn noch besser zu betreuen und Zutrauen in die eigene Pflegekompetenz zu gewinnen.

Die Anwendung der Pflege-Mäeutik ist in Deutschland nicht nur auf den gerontopsychiatrischen Bereich beschränkt, sondern wird übergreifend umgesetzt.

Zielgruppen sind Alten- und Pflegeeinrichtungen, Wohngruppen, Tagespflege-Einrichtungen, ambulante Pflegedienste, Krankenhäuser, psychiatrische Einrichtungen. Einrichtungen der Behindertenhilfe.

Zur Verbreitung der Pflege-Mäeutik in Deutschland gibt es keine Daten.



Fortsetzung: **Mäeutik in der Pflege**

FORT- UND WEITERBILDUNG

In Deutschland werden Weiterbildungen von der Akademie für Mäeutik Deutschland in Köln durchgeführt. Sie umfassen u.a. Einführungsseminare, Aufbaukurse, Trainings on the job,

Kompaktkurse für Führungskräfte und Kurse für Mitarbeiter von pflegeangrenzenden Berufen.

Informationen zu Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten:

IMOZ Akademie für Mäeutik Deutschland
www.imoz.de

LITERATUR

Fuschlberger, K. (2009). Das mäeutische Pflegekonzept. Konzeptentwicklung zur Implementierung des mäeutischen Pflegekonzeptes im Albertus Magnus Haus. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller.

van der Kooij, C. (2015). Die Magie der Bewohnerbesprechung. Die Mäeutik-Toolbox für Teams in der stationären Langzeit-, Alten- und Behindertenbetreuung. Göttingen: Hogrefe.

van der Kooij, C. (2012). «Ein Lächeln im Vorübergehen». Erlebensorientierte Altenpflege mit Hilfe der Mäeutik. Göttingen: Hogrefe.

van der Kooij, C., & Sowinski, C. (2017). Das mäeutische Pflege- und Betreuungsmodell. Darstellung und Dokumentation. Göttingen: Hogrefe.



Therapeutic Touch (TT)

KURZBESCHREIBUNG

Therapeutic Touch (TT, Therapeutische Berührung) greift Heiltraditionen auf, die sich im religiösen/spirituellen Kontext („Handauflegen“) finden. Darüber hinaus werden fernöstliche Gesundheitslehren berücksichtigt. Ziel ist es, die Befindlichkeit des Patienten beziehungsweise Pflegebedürftigen zu verbessern und dadurch Heilungsprozesse zu unterstützen. Ausgelöst werden sollen Entspannung, Schmerzlinderung, Stressabbau, beschleunigte Heilung und die Linderung psychosomatischer Symptome.

GRUNDANNAHMEN

Therapeutic Touch basiert auf der Überzeugung, dass Menschen Energiefelder haben. Eine ausgewogene, symmetrische Verteilung dieser Energiefelder soll die Gesundheit fördern, „gestörte“ Energiefelder dagegen sollen Krankheiten begünstigen. Jeder Mensch hat, so die Annahme, heilende Kräfte. TT geht weiter davon aus, dass Lebewesen auf energetischer Ebene ständig mit ihrer Umwelt im Austauschprozess stehen. Energiefelder könnten vom Therapeuten ausbalan-

ciert und Gesundheit dadurch unterstützt werden. Beim TT lenkt der Behandelnde den Energiefluss des Patienten durch den gedanklichen Fokus, um ein „heilendes Energiemuster“ wiederherzustellen.

Neben der energetischen Behandlung dient Therapeutic Touch dazu, in Kontakt zu treten, Zuwendung und Anteilnahme zu zeigen.

ANWENDUNGSPRAXIS

Die Anwendung findet in der Regel ohne Berührung statt. Eine vollständige Therapeutic-Touch-Behandlung dauert etwa 20 Minuten und folgt einem standardisierten Ablaufschema:

- Zentrierung: Der Behandler bringt Körper, Geist, Gefühle in Entspannung und Konzentration und fokussiert sich auf den Patienten/Pflegebedürftigen.
- Einschätzen/Assessment: Mit den Händen wird der gesamte Körper von Kopf bis Fuß mit den Händen „abgescannt“, wobei die Hände etwa fünf cm Abstand vom Körper haben. Ziel ist es, Symmetrien/Asymmetrien im Energiefeld zu erspüren. Praktiker beschreiben Empfindungen wie Wärme, Kälte, Dichte, Ziehen, Prickeln, die ihnen Anhaltspunkte geben.
- Behandlung: Durch die Positionierung der Hände an bestimmten Stellen soll der Energiefluss verstärkt und Blockaden gelöst werden.
- Auswertung: Das Behandlungsergebnis wird festgestellt, anschließend erfolgt erneut ein Einschätzen/Assessment (s. o.), eventuell wird ein Schritt wiederholt.
- Dokumentation: Beobachtungen und Maßnahmen werden schriftlich festgehalten.

Therapeutic Touch wird bei einer Vielzahl von akuten und chronischen Beschwerden eingesetzt, unter anderem bei stressbedingten Erkrankungen, Schmerzen, Unruhezuständen.

Neben dem Effekt beim Patienten/Pflegebedürftigen bietet der TT-Ansatz Pflegenden eine Möglichkeit, die Beziehung zum Patienten zu stärken und die Qualität der Berührungen, die im Pflegealltag routinemäßig stattfinden, zu verbessern und bewusster einzusetzen. Da der Einsatz einer kompletten TT-Behandlung aus Zeitgründen oft schwierig ist, werden zum Teil nur einzelne Elemente, die nur wenige Minuten dauern, im Rahmen der Grundpflege integriert.

Ethikregeln des Dachverbandes zielen darauf ab, eine seriöse Praxis und einen achtsamen und respektvollen Umgang mit dem Patienten zu gewährleisten. Therapeutic Touch wird als Ergänzung im Bereich der Gesundheitsförderung eingestuft.

Zur Verbreitung von dieser Anwendung in der Pflege in Deutschland liegen keine Daten vor. Fachpublikationen weisen darauf hin, dass zunehmend mehr stationäre und ambulante Einrichtungen der Kranken- und Altenpflege Therapeutic Touch anwenden.



Fortsetzung: **Therapeutic Touch (TT)**

FORT- UND WEITERBILDUNG

Pflegefachkräfte können sich für diese Behandlungsmethode in speziellen Kursen weiterbilden. In Deutschland gibt es keine einheitlichen Ausbildungsstandards. Die meisten Weiterbildungen orientieren sich jedoch an den Richtlinien des Amerikanischen Dachverbandes Therapeutic Touch International Association (TTIA) mit der Möglichkeit einer Zertifizierung

zum Qualified Therapeutic Touch Practitioner (QTP). Ausgebildet wird mit mehreren aufeinander aufbauenden Kursstufen mit einem Umfang von etwa 12 bis 16 Stunden. Für die Zertifizierung sind zusätzliche Fallstudien und eine einjährige Begleitung durch einen Mentor erforderlich.

Informationen zu Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten:

Therapeutic Touch International Association (TTIA)
www.therapeutic-touch.org

Therapeutic Touch in Deutschland
www.therapeutic-touch-deutschland.com

LITERATUR

Krieger, D. (2012). Therapeutic Touch. Die Heilkraft unserer Hände. Bielefeld: Lüchow.

Specht-Tomann, M., & Tropper, D. (2011). Hilfreiche Gespräche und heilsame Berührungen im Pflegealltag. Berlin: Springer Medizin.

May, D. (2013). Das Therapeutic Touch Handbuch Grundkurs – Basic. Toronto: Scribe.

Wydert-Bales, G. (2017). Anwendungsbereiche von „Therapeutic Touch“ im klinischen Bereich. Übersicht und Effektivität der Methode. München: Grin Verlag.

