

Paris Lodron Universität Salzburg
Fachbereich Kommunikationswissenschaften
Lehrgang „Intercultural Competence“
Studienjahr 2008/2009

Seminararbeit

Betreuende: Dr. Birgit Breninger, Dr. Chibueze Udeani

Der Beitrag des Pflege- und Lernkonzeptes
„Kinaesthetics“ für die Förderung von
interkultureller Kompetenz von in der Pflege
und Betreuung arbeitenden Personen

4. Juli 2009

Hermine Moser

hermine.moser@jomo.org

Obere Hafnerzeile 16, 4240 Freistadt

Inhalt

1	Einleitung	1
2	Was ist Pflege	2
	2.1 Darstellung einer pflegerischen Situation.....	3
3	Kinaesthetics.....	4
	3.1 Was ist Kinaesthetics	4
	3.1.1 Kinaesthetische Pflege als Gesundheitsentwicklungs- und Bildungsangebot	6
	3.2 Beschreibung der kinaesthetischen Konzepte	8
	3.2.1 Interaktion	9
	3.2.2 Funktionale Anatomie	11
	3.2.3 Menschliche Bewegung	13
	3.2.4 Anstrengung.....	14
	3.2.5 Menschliche Funktion	14
	3.2.6 Umgebung	15
4	Fremde und Anderssein	15
	4.1 Phänomene der Fremdheit	16
	4.2 Fremde sind wir uns selbst	17
	4.3 Zur Normalität des Fremden	18
	4.4 Ein kinaesthetischer Zugang zum Fremden/Anderen	20
5	Kulturtheorien.....	22
	5.1 Kulturdimensionen nach Geert Hofstede	22
	5.2 Der erweiterte Kulturbegriff: Kultur als Lebenswelt	24
6	Relevanz des Lern- und Bewegungskonzeptes „Kinaesthetics“ für eine interkulturelle Kompetenz von Pflegenden	26
7	Literaturverzeichnis	31

1 Einleitung

Ich gehe in meinen Ausführungen von der Annahme aus, dass kultursensible Pflege bzw. interkulturelle Kompetenz der Pflegenden grundsätzlich allen pflege- und betreuungsbedürftigen Menschen unabhängig eines möglichen Migrationshintergrundes zugute kommt. Zu dieser Annahme bin ich auf Grund meiner Berufserfahrung als Gesundheits- und Krankenschwester und meiner Mitarbeit in einer interdisziplinären Arbeitsgruppe, die sich die Erstellung von Unterrichtsmaterialien für eine kultursensible Pflege Älterer zum Ziel gesetzt hat, gekommen.

Bei der Bearbeitung des Themas werde ich zuerst den Begriff "Pflege" und das Berufsbild der Gesundheits- und Krankenpflege mit seinen verschiedenen Aufgabenbereichen darlegen. Ich werde auch der Frage nachgehen, inwieweit kulturelle Sensibilität im beruflichen Selbstverständnis von Pflegenden auf Grund der Definition des Berufsbildes und der Ausbildungsinhalte enthalten sein müsste.

Kulturelle Sensibilität möchte ich in den Kontext „Umgang mit *dem Fremden*“, „Wahrnehmung *des Fremden*“ stellen. Pflegende sind Teil der Gesellschaft. Der Umgang mit dem Fremden in Politik und Gesellschaft spiegelt sich im Gesundheitsbereich wider. Auch in der Pflege werden MigrantInnen häufig als anders, als fremd erlebt. Ihre Verhaltensweisen, Reaktionen, fallen teilweise aus dem gewohnten Rahmen. Erschwerend kommt manchmal noch die Sprachbarriere hinzu. Eine ausdrückliche Akzeptanz der „Normalität des Fremden“ (Hunfeld) als Grundlage interkultureller Kompetenz in der Pflege lässt sich bislang nicht feststellen. Kultursensible Pflege scheint ein Angebot für „die Anderen“ zu sein.

Ich gehe davon aus, dass Pflegende, die im Gesundheitsentwicklungs- und Lernkonzept Kinaesthetics geschult sind, auf die „*Normalität des Andersseins*“ (Normalität des Fremden) besser vorbereitet sind als Pflegende ohne Kinaesthetics-Schulung.

„Kinaesthetics“ ist die Bezeichnung für die Erfahrungswissenschaft, die sich mit Bewegungskompetenz als eine der zentralen Grundlagen des Lebens und jedes Lebewesens auseinandersetzt.

Meine Forschungsfragen sind:

- Welche Relevanz hat das Pflege- und Lernkonzept „Kinaesthetics“ für eine interkulturelle Kompetenz von Pflegenden?

- Befähigt eine Schulung in Kinaesthetics Pflegende, Sprach-, Kommunikations- und Verständigungsbarrieren zwischen sich und pflegebedürftigen Menschen eher zu bewältigen?
- Fördert eine Kinaesthetics-Schulung die Fähigkeit von Pflegenden, die „Normalität des Fremden“ grundsätzlich anzuerkennen und angemessen damit umzugehen?

Was unter „Anderssein“ und „Fremde“ verstanden werden kann, werde ich unter Zuhilfenahme von einschlägiger Literatur aufzuzeigen versuchen. Dann werde ich verschiedene Kulturtheorien erörtern und den Kulturbegriff, auf dem ich meine obige Annahme aufbaue, definieren.

2 Was ist Pflege

Die Definition von Pflege des International Council of Nurses (ICN)

Pflege umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften, sowie von Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen. Pflege schließt die Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen ein. Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse, Förderung einer sicheren Umgebung, Forschung, Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie im Management des Gesundheitswesens und in der Bildung.

(Österreichische Pflegezeitschrift Nr. 02 Feb. 06: 7)

Speziell der Satz „Pflege umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung ... von Gruppen und sozialen Gemeinschaften ...“ weist darauf hin, dass Pflegende es als ihre selbstverständliche Aufgabe sehen können, interkulturelle Aspekte in ihre Arbeit einzubeziehen und kulturell sensibel zu handeln.

Das oben dargestellte Berufsbild Pflege möchte ich noch durch einen kurzen geschichtlichen und berufskundlichen Exkurs präzisieren.

In Abgrenzung zum ärztlich-medizinischen Bereich haben sich Pflegende immer schon gefragt, was die ureigensten Aufgaben der Pflegenden sind. Gleichzeitig wollten Pflegende mit Hilfe von verbindlichen theoretischen Modellen die einzelnen

persönlichen Bilder und Einstellungen der Pflegenden in einem konzeptionellen Modell zusammen fassen, um die Kommunikation innerhalb des Pflegeberufes ebenso wie die Darstellung nach außen als eigenständiges Berufsbild zu ermöglichen. (Fawcett Jaqueline 1996: 16 ff)

In Anlehnung an die Maslow'sche Bedürfnispyramide hat die Pflege-theoretikerin Virginia Henderson die „Grundbedürfnisse“ formuliert. Die Unterstützung bei der Erfüllung grundlegender menschlicher Bedürfnisse wurde als Aufgabe der Pflegenden betrachtet. Von der Pflegewissenschaftlerin Nancy Ropers wurden diese Grundbedürfnisse präzisiert und „Lebensaktivitäten“ genannt. Die Pflegewissenschaftlerin Monika Krohwinkel bezog in die Lebensaktivitäten auch (Lebens) Erfahrungen ein. Sie formulierte schließlich die „Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens“ (AEDL's). (Seel, Mechthild/Hurlimann, Elke 2005: 31 – 44)

Auf dieses im deutschsprachigen Raum hauptsächlich Einfluss nehmende Pflegemodell als Grundlage für die Pflegearbeit werde ich mich bei meinen weiteren Ausführungen beziehen.

In der Folge versuche ich, den AEDL's entsprechend, (kultur)sensible Pflegearbeit anhand einer konkreten Situation zu beschreiben.

2.1 Darstellung einer pflegerischen Situation

Ein junger türkischer Mann wurde verletzt nach einem Arbeitsunfall in einem Unfallkrankenhaus als Patient aufgenommen. Auf der Station musste er von der Transportliege in ein Bett transferiert werden. Das gestaltete sich sehr schwierig, da der Mann ununterbrochen stöhnte. Man wusste nicht, wo man ihn angreifen konnte, ohne ihm weh zu tun. Eine größere Verwandtschaft, die auf türkisch mit dem Mann redete, erschwerte eine Ziel führende Kommunikation und konzentriertes Arbeiten.

Die Lösung dieser schwierigen Situation war nicht nur, kompetent beim Transfer zu unterstützen (AEDL Sich Bewegen). Die Pflegenden bemühten sich, mit ihm in Dialog zu treten (AEDL Kommunizieren). Sie waren bestrebt, seine Schmerzäußerungen zu verstehen und zu beachten (AEDL Existenzielle Erfahrungen des Lebens). Die Stationsschwester übernahm die Angehörigenarbeit (AEDL Soziale Bereiche des Lebens sichern und gestalten).

Als dann der Mann recht zufrieden im Bett lag, kamen die Angehörigen wieder und boten ihm allerlei Leckerbissen in der liegenden Position (AEDL Essen und Trinken,

AEDL Vitale Funktionen aufrecht erhalten) an. Wieder war kompetente Angehörigenarbeit nötig.

Mit der Abendtoilette (AEDL Sich Pflegen) wurde auf den Dienstbeginn einer männlichen Pflegeperson gewartet. Der Patient hatte den Wunsch nach gleichgeschlechtlicher Pflege geäußert. Dieser wurde selbstverständlich, wie es im Übrigen auch sonst gehalten wird, berücksichtigt. Auch die Bettschüssel wurde ihm von einem Pfleger gereicht (AEDL Ausscheiden). Die besondere Sorgfalt, mit der dies auf Grund der Verletzung geschehen musste, war die gleiche, die auch bei PatientInnen ohne Migrationshintergrund gewaltet hätte.

Der Vollständigkeit halber liste ich die weiteren AEDL`s auf: „Ruhem und Schlafen, Sich beschäftigen, Sich als Mann, Frau oder Kind fühlen und verhalten, Für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen, Sich Kleiden“.

Als Unterrichtende möchte ich hinzufügen, dass im Pflegeunterricht die Frage nach der lebensgeschichtlichen Bedeutung der verschiedenen Lebensaktivitäten für eine bestimmte (pflegebedürftige) Person und den in diesem Zusammenhang gemachten Erfahrungen, der Bearbeitung einer jeden AEDL vorangestellt wird. Kulturelle Sensibilität kann also einen wichtigen Stellenwert in Theorie und Praxis einnehmen, sofern die Rahmenbedingungen dies auch ermöglichen.

Für die Pflege gilt, vor allem wenn sie sich auf die direkte körperliche Unterstützung bezieht, was ich oben versucht habe auszudrücken. In der unmittelbaren Pflegearbeit sind letztendlich alle Menschen gleich. Also muss auch eine kultursensible Pflege allen hilfsbedürftigen Menschen nützen.

3 Kinaesthetics

3.1 Was ist Kinaesthetics

Das auf der Verhaltenskybernetik (der Wissenschaft von zirkulären Wirkungszusammenhängen) aufbauende Konzept „Kinaesthetics“ ist ein erfahrungsbezogenes Lern- und Bewegungskonzept. Es ermöglicht jedem Menschen, seine eigenen Fähigkeiten zur Interaktion und seine Bewegungskompetenz zu erweitern.

Bewegung ist ein explizites Merkmal des Lebens. Alle Lebensvorgänge sind mit Bewegung verbunden. Durch Regelkreise im Organismus werden diese Lebensvorgänge (Vitalfunktionen, Metabolismus, Zellfunktionen etc.) kontrolliert und

aufrecht erhalten. Auch scheinbar bewegungslos in einer Position verweilende Menschen machen ständig kleinste Ausgleichsbewegungen. Nur so können Menschen sich im Gravitationsfeld der Erde behaupten.

Das komplexe und vielschichtige Thema Bewegung wird durch Kinaesthetics verstehbar und als Grundlage für Lern- und Entwicklungsprozesse nutzbar gemacht. Darüber hinaus bietet es Ideen für die Unterstützung und Betreuung von hilfsbedürftigen Menschen.

Kinaesthetics wurde in den 1970er Jahren als Grundlage für den Unterricht von Bewegungsfähigkeit und menschlicher Funktion von Dr. Lenny Maietta und Dr. Franc Hatch entwickelt. (Hatch, Frank/Maietta, Lenny 1999)

Der Begriff „Kinaesthetics“ setzt sich aus „Kinesis“ (Bewegung), und „Aisthesis“ (Wahrnehmung, Empfindung) zusammen.

Kinaesthetics ist eine praktische Anwendung der verhaltenskybernetischen Theorie und Forschung. Die Verhaltenskybernetik ist jene Wissenschaft, die aufzeigt, dass lebende Systeme insbesondere durch das Wahrnehmen des eigenen Tuns lernen. Wahrnehmung und Steuerung der eigenen Handlungen sind als zirkuläre Wirkungszusammenhänge innerhalb des geschlossenen „Systems Mensch“ zu verstehen.

Zum Glück liefern Menschen nicht wie triviale Maschinen immer den gleichen Output auf einen bestimmten Input. Vielleicht beruht ein beglückender und spannender Zug des Lebens gerade auf der Tatsache, dass wir uns an allererster Stelle selbst steuern und dass unser Verhalten grundsätzlich von anderen Person (sic) oder der Umwelt wohl beeinflusst, aber nicht bestimmt werden kann.

(Knobel, Stefan/Marthy-Teuber, Stefan 2009: 27)

Kinaesthetics wird berufsspezifisch in den Bereichen Pflege, Rehabilitation, Geriatrie und Langzeitpflege, Infant Handling und Pädagogik unterrichtet und umgesetzt.

Kinaesthetics hilft, eigene Bewegungsmuster bewusst zu machen, Empfindungs- und Wahrnehmungsfähigkeit zu schulen und zu verbessern, und menschliche Bewegung auf eine gesundheitsfördernde und aktivierende Art und Weise zu gestalten.

Dies drückt sich in der Pflege darin aus, dass die Pflegenden die individuellen Bewegungsmöglichkeiten und -gewohnheiten der hilfsbedürftigen Menschen

wahrnehmen und in die Interaktion einbeziehen. Sie gehen dabei nicht bestimmend oder bevormundend (linear kausal) vor, sondern sind Teil eines zirkulären Wirkungszusammenhanges zwischen Systemen (System pflegebedürftige und pflegende Person). (ebd.)

Angestrebt wird, Menschen zu befähigen, über wahrgenommene Bewegungsabläufe ihr eigenes Lernen und ihre eigenen Gesundheitsprozesse zu unterstützen und somit ihr Leben zu gestalten.

Ein praktisches **Beispiel** soll verdeutlichen, was damit gemeint sein kann. Wenn eine Person durch eine Krankheit oder sonstige Beeinträchtigung gezwungen ist, längere Zeit im Bett zu verbringen, so wird sie erleben, dass sie im Bett nach unten (fußwärts) rutscht, was eine unbequeme Liegeposition nach sich zieht. Das passiert umso mehr, wenn die Rückenlehne, wie bei Pflegebetten üblich, hoch gestellt ist. Die Lösung ist üblicherweise, dass sich die Person mit Hilfe des Trapezes (ein triangelähnliches Ding, das von einer Stange oberhalb des Bettes hängt) wieder kopfwärts zieht. Das verursacht eine hohe körperliche Spannung, die sich negativ auf die Regulierung der inneren Prozesse (Vital- und Stoffwechsel-Funktionen etc.) auswirkt. Lernt die Person, sich durch leichtes Drehen zur Seite und geschickten Einsatz der Extremitäten kopfwärts zu bewegen, so bleibt sie länger selbst aktiv und ihre inneren Prozesse werden durch die eigene aktive, aber spannungsfreie Bewegung gefördert. Weiters handelt es sich dabei um einen Bewegungsablauf, der auch körperlich schwachen Menschen möglich ist. Autonomie bleibt somit länger erhalten.

3.1.1 Kinaesthetische Pflege als Gesundheitsentwicklungs- und Bildungsangebot

Pflegebedürftige Menschen erleben immer Einschränkungen in einzelnen Aktivitäten des täglichen Lebens, das heißt in ihrer eigenen aktiven Bewegung und somit in der selbständigen und selbst bestimmten Bewältigung ihres Alltags.

Dem Behandlungsparadigma verpflichtete Pflegende unterstützen Menschen in der besten Absicht, diesen in jeder Hinsicht Gutes angedeihen zu lassen. Die Annahme ist, dass Pflegebedürftige etwas nicht können. Das, was nicht gekonnt wird, übernimmt die Pflegeperson. Analog zu dieser defizitären Sichtweise von Menschen bzw. von Krankheit und Beeinträchtigung könnten Personen mit Migrationshintergrund als defizitär in ihren Möglichkeiten, sich im bestehenden Gesundheitssystem

zurechtzufinden oder sich diesem anzupassen, gesehen werden. (Wesselmann, Elisabeth 2007: 18 fff)

Kinaesthetische Pflege und Betreuung geht davon aus, dass unterstützungsbedürftige Personen etwas so, wie Gesunde es tun und wie sie selbst es vor der Erkrankung getan haben, nicht mehr tun können. Kinaesthetisch Pflegende bieten eine Hilfe an, die Hilfsbedürftige beim Entdecken und Erlernen von neuen Möglichkeiten bei der Durchführung von alltäglichen Aktivitäten unterstützt. Einfache Pflegearbeit wird dadurch zu einer hoch professionellen Gesundheits- und Bildungsarbeit. Selbstverständlich (im Sinn eines kybernetischen Lernverständnisses) liegt das Bildungsangebot dabei nicht im Erklären oder Zeigen oder gar im Belehren, sondern im feinfühligem Führen und Folgen und in der unterstützend-begleitenden körperlichen Hilfe.

Auch hier ein **Beispiel** zur Verdeutlichung. Schon bei einem einfachen chirurgischen Eingriff in der Bauchdecke, mehr noch bei neurologischen Erkrankungen oder bei Beschwerden im Bewegungs- und Stützapparat, können Menschen ihr meist unbewusstes Bewegungsmuster, von der Liegeposition im Bett zum Sitzen und zum Stehen zu kommen, nicht mehr wie gewohnt durchführen. Haben sie wenig Erfahrung mit der Anpassung ihrer Bewegung an veränderte Gegebenheiten, so werden sie nach einem schmerzhaften oder überhaupt misslungenen Versuch Hilfe von einer Pflegeperson erwarten. Geht diese von der Annahme aus, dass Menschen unabhängig vom Alter oder der Schwere der Beeinträchtigung immer (lern)- fähig sind, sofern sie eine **angemessene Umgebung und Unterstützung** bekommen, so wird sie ihre Hilfe als **Lernangebot** gestalten. Sie wird zum Beispiel die Rückenlehne des Bettes flach stellen, um der liegenden Person, der sie vorher geholfen hat, die Beine anzubeugen, das Drehen in die Seitenlage zu erleichtern. Bei der anschließenden Gewichtsverlagerung von Kopf und Brustkorb auf die Ellbogen, Unterarme und Hände bis zum Sitzen wird sie die Person verbal, aber noch mehr durch klare aber nicht bestimmende Impulse begleiten und unterstützen.

Der dadurch entstehende Lern- und Entwicklungsprozess bezieht sich gleichermaßen auf Helfende wie Hilfsbedürftige (siehe zirkulärer Wirkungszusammenhang zwischen Systemen). Auf Grund der Erkenntnis dieses Wirkungszusammenhanges ergibt sich logisch, dass Hilfestellung nie nach einem Schema, einem Patentrezept erfolgen kann. Die Pflegende muss jederzeit ihr Unterstützungsangebot so verändern, dass es dem unmittelbaren Bedarf angepasst ist. Ebenso logisch ergibt sich, dass kinaesthetische

Pflege nicht von Diagnosen geleitet ist. Diagnosen können auch als Konstrukte angesehen werden, welche die Einschränkungen und Probleme, die sie beschreiben, erst produzieren. Vor diesem Hintergrund ist es besonders wichtig, kulturelle Sensibilität allen Pflege- und Hilfsbedürftigen anzubieten, um der Gefahr einer „Diagnosestellung“ zu begegnen.

3.2 Beschreibung der kinaesthetischen Konzepte

Das Handlungskonzept „Kinaesthetics“ ist in sechs Teilbereiche unterteilt, die Konzepte genannt werden. Jedes Konzept wird wiederum in Unterkonzepte unterteilt. Die Konzepte ermöglichen, menschliche Aktivitäten detailliert zu betrachten, zu analysieren und effektiv zu unterstützen.

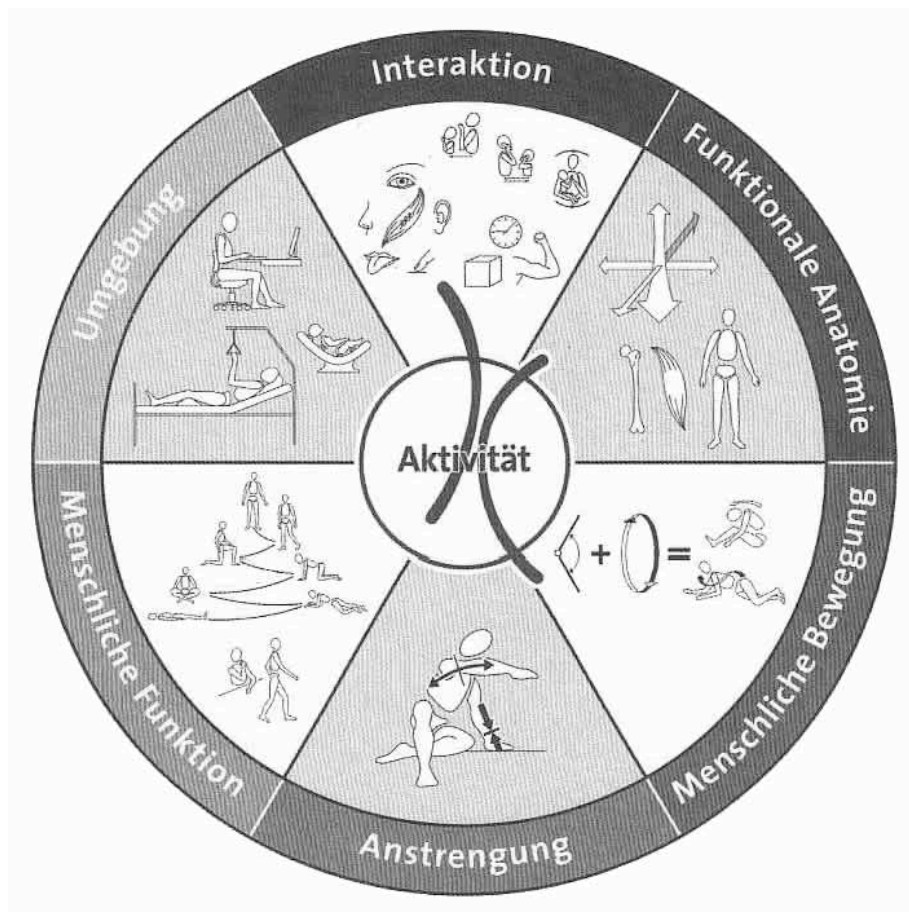


Abbildung: Die kinaesthetischen Konzepte und die für Schulungen entwickelten Visualisierungen.

In Kinaesthetics-Schulungen (Grund- und Aufbaukurs-Lernphasen, Peer Tutoring-Lehrgängen und Trainer-Ausbildungen) lernen Pflegende die kinaesthetischen Konzepte kennen und vertiefen. Sie sollen fähig sein, sie als Lern-Werkzeuge im oben beschriebenen Sinn in der jeweiligen beruflichen Praxis anzuwenden.

3.2.1 Interaktion

Kinaesthetics versteht unter Interaktion einerseits das Interagieren zwischen Teilen des Körpers bei verschiedensten Aktivitäten und Lebensprozessen, andererseits den Austausch zwischen Menschen durch Bewegung und Berührung.

Interaktion gliedert sich in die folgenden Aspekte: Sinne, Bewegungselemente und Interaktionsformen.

Sinne

Die sogenannten äußeren Sinne (sehen, hören, riechen, schmecken, tasten) bilden gemäß moderner neurobiologischer Forschung kein vollständiges Abbild der Welt. Informationen können über die Sinne nicht direkt in uns sozusagen eindringen. (Maturana, Humberto/Varela, Francisco 1987)

Dem entsprechend ist die Wahrnehmung von pflege- und betreuungsbedürftigen Menschen sowie eine mögliche Klassifizierung dieser als „anders“ im soziologischen/psychologischen/kulturellen/medizinischen Sinn immer ein Konstrukt und abhängig von den individuellen Annahmen, dem Wissensvorrat der pflegenden Person.

In Schulungen bildet das „Kinaesthetische Sinnessystem“ den Mittelpunkt der Lernerfahrungen. Es schult die **Wahrnehmung nach innen im eigenen Körper** (Propriozeption) in Bezug auf Spannung und Druckveränderung in der Interaktion und Bewegung.

SchulungsteilnehmerInnen lernen in Einzel- und Partnererfahrungen, sich ihrer Körperspannung bewusst zu werden und diese zu regulieren. Das befähigt sie, Menschen bei körperlichen Interaktionen sensibel zu folgen und bei Unterstützungsbedarf die Führung bei einer Aktivität zu übernehmen.

Jede Pflegehandlung wird als Interaktion wahrgenommen und im beschriebenen Sinn gestaltet. Pflegende sind zu diesem sensiblen Führen und Folgen fähig, wenn sie einerseits ihren Wissensvorrat immer wieder hintan stellen und kritisch reflektieren, und andererseits ihre Körperspannung in einem fortwährenden Versuch- und Irrtum-Prozess regulieren und anpassen können. Auf diese Weise sind sie in der Lage, sich unmittelbar auf eine Person unabhängig eines Migrationshintergrundes, oder einer anderen Form des „Andersseins“ einzustellen. Sie wissen und erfahren, dass eine Hilfestellung nur durch Regulierung der eigenen Körperspannung bzw. des eigenen

Verhaltens möglich ist. Auf die Reaktion der InteraktionspartnerIn auf die eigene Veränderung gilt es dann wieder unmittelbar mit einer neuerlichen Anpassung zu reagieren bzw. zu folgen.

Bewegungselemente

Mit dem Kinaesthetischen Sinn wird Bewegung wahrgenommen. **Zeit, Raum** und **Anstrengung** (Kraftaufwand) sind die drei Elemente, aus denen Bewegung besteht. Die Veränderung eines Elementes bedingt die Veränderung der beiden anderen Elemente.

Kinaesthetisch geschulte Pflegende können bei jeder eigenen Bewegung diese drei Elemente differenzieren und verändern. Weiters sind sie nach entsprechender Erfahrung immer mehr (im Sinn eines immerwährenden Lernprozesses) in der Lage, diese Elemente auch in der komplexen Situation einer pflegerischen Interaktion mit einer anderen Person zu gestalten.

In als schwierig empfundenen Situationen - sowohl im praktischen Sinn bei körperlicher Unterstützungsarbeit, als auch im übertragenen Sinn bei psychisch/sozial komplexen Konstellationen - neigen Menschen und auch Pflegende zu einer Problemlösung durch Erhöhung der Anstrengung mit der Konsequenz einer erhöhten Körperspannung. Diese geht häufig einher mit einem Gefühl von Hektik und Stress. Situationen mit Hilfe der Bewegungselemente zu reflektieren, öffnet den Weg zu Handlungsalternativen.

Interaktionsformen

Werden in einer körperlichen Interaktion die inneren Bewegungselemente unmittelbar an eine andere Person (äußere Bewegungselemente) angepasst, so ergeben sich je nach dem zeitlichen Ablauf von Aktion und Reaktion drei Interaktionsformen:

- Gleichzeitig-gemeinsame Interaktion: Aktion und Reaktion folgen unmittelbar aufeinander.
- Schrittweise Interaktion: Zwischen Aktion und Reaktion liegt ein zeitlicher Abstand (die InteraktionspartnerIn braucht Zeit / nimmt sich Zeit zu reagieren).
- Einseitige Interaktion: Die Führung liegt hauptsächlich bei einer HandlungspartnerIn.

Die Gestaltung einer pflegerischen Situation anhand der Interaktionsformen trägt dazu bei, jenseits von Diagnosestellungen ganz individuell eine Person bei ihrem Gesundheitsentwicklungs- und Lernprozess zu begleiten und zu unterstützen. Die

gedankliche Distanzierung von der eigentlichen Unterstützungshandlung hin zur Aufmerksamkeit auf Aktion und Reaktion im interaktiven Geschehen fördert insgesamt Rollendistanz und Reflexionsfähigkeit. Beides sind Fähigkeiten, die interkulturell kompetente Personen auszeichnen.

Ein praktisches **Beispiel**: Pflegende unterstützen häufig Menschen beim Ortswechsel vom Bett in den Rollstuhl. Eine **einseitige** oder gar manipulative Vorgehensweise wäre, wenn die pflegende Person die hilfsbedürftige Person mit ihrer eigenen Kraft in den Rollstuhl befördern würde. **Gleichzeitig-gemeinsam** wäre es, wenn die pflegende Person immer nur einen Impuls setzt und wahrnimmt, ob die Person, die sie unterstützt, die Bewegung mit vollziehen, ihr in der Bewegung folgen kann. Jeden Impuls der hilfsbedürftigen Person würde die Pflegende in die Aktivität einbeziehen. Letztendlich würde die Bewegung eben gemeinsam, ohne dass von außen ersichtlich ist, wer führt und wer folgt, wirken. Führt ein Impuls der Pflegenden zu einem eigenständigen, aktiven Teil der pflegebedürftigen Person an der Aktivität, und die Pflegende setzt den nächsten Impuls erst, wenn die erstere nicht mehr weiter kann, so entspräche das einer **schrittweisen Interaktionsform**.

3.2.2 Funktionale Anatomie

Bei diesem Konzept geht es um die in der Bewegung erfahrbaren Aspekte der menschlichen Anatomie. Immer wieder kehrend lässt sich **Stabilität** und **Instabilität/Flexibilität** im Bau des menschlichen Körpers erkennen und erfahren. Ihre Kenntnis und die Beachtung und Einübung der entsprechenden Gesetzmäßigkeiten bedeutet eine enorme Erleichterung in der Pflegearbeit.

Knochen und Muskeln

Knochen gelten als stabil. Sie können Gewicht tragen. Muskeln sind instabil und sind für Bewegung „wie geschaffen“. Trotz dieser einfachen Tatsache wollen Menschen häufig Gewicht mit Muskelkraft tragen. Dadurch werden aber diese hart wie Knochen. Die Flexibilität und damit die Anpassungsfähigkeit gehen damit verloren, und Interaktion im oben beschriebenen Sinn wird enorm erschwert bzw. verunmöglicht. Das sogenannte Rückenschonende Arbeiten schafft für die Pflegearbeit keine Abhilfe, da Pflegende nicht Gegenstände unterstützen, sondern Menschen. Gehoben und getragen werden bewirkt in geschlossenen lebenden Systemen, wie Menschen sie darstellen, ein außer Kraft setzen Wollen der körpereigenen Regulationsvorgänge. Darauf kann ein Mensch nur mit Widerstand reagieren. Dieser zeigt sich in

unterschiedlichen, für die Pflegearbeit erschwerenden Folgen, und mit gesundheitlichen Einschränkungen für die von dieser „Hilfe“ betroffenen Personen.

Falls beim **Beispiel** „einer liegenden Person beim Aufsitzen an den Bettrand helfen“ die Pflegeperson die Aktivität mit ihrer Muskelkraft übernimmt, so hat die Interaktionspartnerin nur die Möglichkeit, sich möglichst kompakt zu machen, d.h. ihre Körperspannung extrem zu erhöhen, um eine gute Angriffsfläche zu bieten und nicht unter den Armen der Pflegeperson durchzurutschen. Schleift sich so eine Reaktion auf Grund sich wiederholender gleicher Erfahrung ein, so sind Spastizität, zunehmende Immobilität, sowie Verlust an Autonomie und Lebensqualität die Folgen.

Massen und Zwischenräume

Bei bestimmten Körperteilen sind vor allem Knochen, bei anderen Muskeln spürbar. Die eher knöchigen, stabilen Teile werden Massen genannt (Kopf, Brustkorb, Becken, Arme und Beine). Diese sind in sogenannte stabile und instabile Bewegungsebenen gegliedert. Die grundsätzlich eher instabilen Teile werden als Zwischenräume bezeichnet (Hals, Achselhöhlen, Taille, Leisten).

Für die Bewegungsunterstützung und Berührung ergibt sich logisch, dass der körperliche Kontakt an den kompakten Massen erfolgen soll. Berührung an den Zwischenräumen würde Bewegungsfreiheit einschränken. Pflegende befinden sich an diesem Punkt oft in einem Spannungsfeld. Sie fassen es häufig als ihre Pflicht auf, die Bewegungskontrolle bei der Unterstützung instabiler Personen selber zu übernehmen. Nur so, glauben sie, können sie ihrer pflegerischen Verantwortung gerecht werden. In so einem Fall fassen sie dann häufig in die Zwischenräume. Dadurch verhindern sie aber, dass die hilfsbedürftige Person ihr Gleichgewicht finden und ihre Bewegungskompetenz wahrnehmen und erweitern kann.

Beispiel Aufsetzen im Bett: Bei der Übernahme der Aktivität durch die Pflegenden fasst diese ganz selbstverständlich in die Zwischenräume, da nur so der Bewegungsvorgang in einem Stück (en bloc Bewegung) möglich ist.

Bei einem von der Pflege eingeleiteten Bildungsprozess bei hilfsbedürftigen Personen ist die Wahrnehmung und Wiederentdeckung der Beweglichkeit der eigenen Zwischenräume ein Weg zu mehr Selbstkontrolle, Gesundheit und Eigenaktivität.

Orientierung

Der Begriff Orientierung im Zusammenhang mit der menschlichen Anatomie und Bewegung hängt mit dem Finden einer passenden, weil anstrengungsarmen Bewegungsrichtung und dem Finden der Balance in der Schwerkraft zusammen.

Es wird grundsätzlich die Orientierung am Körper von der räumlichen Orientierung getrennt wahrgenommen. Dieser Differenzierungsprozess fördert nicht nur eigene Bewegungskompetenz, sondern auch persönliche sowie geistige Orientierung und Lernprozesse.

Beim obigen **Beispiel** zeigt sich die passende Bewegungsrichtung darin, dass die liegende Person zuerst die Seitenlage sucht. Von dort kann sie die Beine aus dem Bett hängen lassen und sich mit den Armen beim Aufsetzen, wenn das Gewicht im Körper tiefer (auf das Becken) verlagert wird, stützen.

3.2.3 Menschliche Bewegung

Auch bei diesem Konzept finden sich die Begriffe stabil und instabil. Es geht um das differenzierte Verständnis von unterschiedlichen **Bewegungsmustern** sowie von unterschiedlichen **Bewegungsbausteinen** im eigenen Körper und bei der Bewegungsunterstützung. Durch die bewusste Gestaltung bzw. durch das entsprechende Angebot der Bewegungsbausteine durch Pflegende kann Bewegung spannungsfreier und selbstbestimmter sowie gesundheitsfördernder erfolgen. Die Fähigkeit von Pflegenden, Stabilität und Instabilität im eigenen Körper zu erleben und zu gestalten, kann das Verständnis für die tiefe Bedeutung von Stabilität und Instabilität/Flexibilität in allen Lebensbereichen, so z.B. auch im interkulturellen Kontext, fördern.

Haltungs- und Transportbewegung

Mit Haltungsbewegung wird eine kaum wahrnehmbare auf und ab Bewegung in der Körperachse bezeichnet. Sie schafft Verbindung zwischen den einzelnen Massen und gibt uns Stabilität. Die Transportbewegung hingegen gibt uns Flexibilität. Sie bezieht sich immer nur auf eine Masse und endet am zur Masse gehörigen Zwischenraum. In einer zielgerichteten Bewegungsaktivität sind immer beide Bewegungsbausteine kombiniert.

Paralleles und spiralisches Bewegungsmuster

An den beiden Polen der menschlichen Bewegung sind zwei unterschiedliche Muster erkennbar. Bei der sogenannten stabilen **Parallelbewegung** sind die Bewegungsbausteine in der Körperachse kombiniert. Rechte und linke Körperseite bewegen in dieselbe Richtung. Bei der instabilen **Spiralbewegung** wird der Bewegungsspielraum der Zwischenräume und der instabilen Bewegungsebenen in verschiedene Richtungen genutzt.

Ob eine Bewegung als eher parallel oder als eher spiralisches bezeichnet werden kann, ist relativ und hängt vom jeweiligen Kontext ab.

Beispiel: Ist eine Person gewohnt, sehr schwingvoll quasi mit einer Situp-Bewegung aus dem Liegen ins Sitzen zu kommen, so wird sie ein leichtes seitliches Abstützen mit einem Arm bereits als spiralisches Bewegung empfinden. Im Fall einer Bauchoperation wäre das aber noch viel zu parallel, da dabei immer noch die Bauchmuskulatur angespannt werden müsste. Hier wäre erst die komplette Seitendrehung mit einer weiteren Drehung und Beugung des Brustkorbes beim Aufsetzen spiralisches genug.

3.2.4 Anstrengung

Der Begriff meint nicht quantitativen Kraftaufwand, sondern die qualitative Gestaltung der beiden Anstrengungsarten **Ziehen** und **Drücken**. Diese sind in jeder Bewegung wahrnehmbar und bilden einen weiteren Blickpunkt, menschliche Bewegung zu analysieren und im Sinn von Humberto Maturana und Francisco Varela „Jedes Tun ist Erkennen und jedes Erkennen ist Tun“ zu gestalten und zu unterstützen. Im Konzept Anstrengung liegt so wie auch in den vorherigen Konzepten ein bedeutendes Lernpotenzial für menschliche Aktivitäten.

3.2.5 Menschliche Funktion

Für dieses Konzept bilden alle vorausgegangenen Konzepte die Grundlage. Menschen „tun“ immer etwas bzw. mehrere Dinge gleichzeitig, auch wenn sie scheinbar nur eines oder nichts tun. Ich sitze und schreibe (26. 5. 2009, 19:07 Uhr). Während meine Gedanken auf das Schreiben dieser Arbeit konzentriert sind, bewegen sich meine Finger auf der Tastatur. Die Steuerung dieser Bewegung kann nur durch ein äußerst fein abgestimmtes kinaesthetisches Sinnessystem erfolgen. Gleichzeitig halte ich meine Sitzposition. Ununterbrochen hält meine Muskulatur meine Knochen in entsprechender Weise zusammen, sodass ich nicht vom Stuhl rutsche oder einknicke.

Durch kontinuierliche Haltungs- und Transportbewegung stehen meine einzelnen Massen so miteinander in Verbindung, dass ich gut aufrecht sitze und meine Schulter- und Handgelenke und die Nackenmuskulatur entspannt sind.

Weiters funktionieren ununterbrochen die Vitalfunktionen (Atmung, Kreislauf, Regulierung der Körpertemperatur) sowie all die verschiedenen Stoffwechselprozesse, die Leben ermöglichen.

Als Analyse-Hilfe in diesem Konzept dient die Einteilung in **Einfache Funktionen** (eine Position halten können) sowie **Komplexe Funktionen**. Bei diesen wird wieder unterschieden, ob sie an einem Ort bleibend, z.B. am Schreibtisch sitzend, ausgeführt werden, oder ob sie in einer Fortbewegungsaktivität bestehen. Wenn ich aufstehe und mir ein Glas Wasser hole, so ist das eine „Fortbewegungs-Aktivität“ (vom Sitzen zum Stehen kommen, gehen). Das Trinken des Wassers hingegen ist eine „Bewegung am Ort-Funktion“. Ich kann diese umso besser ausführen, je besser ich in der jeweiligen Position mein Gewicht an eine Unterstützungsfläche abgeben und damit meine Spannung regulieren kann.

3.2.6 Umgebung

Das Konzept Umgebung lenkt den Blick auf die Beziehung, in der alle menschlichen Aktivitäten zur Umgebung stehen. Umgebung beeinflusst menschliche Aktivitäten positiv oder negativ. Menschen üben aber auch eine gestalterische Wirkung auf die Umgebung aus. Pflegende befassen sich mit der Gestaltung einer Umgebung, die Gesundheit fördert und die Erfahrung der Selbstwirksamkeit ermöglicht.

(Hatch/Maietta 1999; Kinaesthetics Konzeptsystem 2008)

4 Fremde und Anderssein

Das Erleben von Fremde und Anderssein ist im Pflegebereich in unterschiedlichsten Zusammenhängen möglich. Menschen können, durch eine Krankheit bedingt, sich selbst (der Körper „funktioniert“ nicht mehr in der gewohnten Weise) als fremd fühlen. Dass einzelne Teile des eigenen Körpers durch eine zentrale oder periphere Lähmung als fremd, als nicht zu einem selbst gehörig erlebt werden, gehört z.B. zu den Symptomen eines Schlaganfalls und ist im Phänomen des „Neglect“ beschrieben. (Seel, Mechthild/Hurli, Elke 2005: 823f.)

Neben dem **Fremdheitsgefühl von pflegebedürftigen Menschen** in Einrichtungen (von der vertrauten Umgebung und Lebensgewohnheiten abgeschnitten sein) gibt es auch das **Fremdheitsgefühl der Pflegenden** den Menschen gegenüber, die als fremd

empfundene Verhaltensweisen zeigen. Das müssen nicht notwendigerweise MigrantInnen sein. Auch Erkrankungen, die bekannte Verhaltens- und Kommunikationsstrukturen verlassen, wie z.B. Demenzerkrankungen, können Gefühle der Fremdheit bei Pflegenden auslösen.

Die institutionellen Leitbilder prägen Haltungen und Bewusstseinshorizonte der Pflegenden und führen dazu, die Inhalte der Demenzen, aber auch Sperrigkeiten alter Menschen quasi zu exkommunizieren. Für das Verhalten der Patienten und Bewohner steht kaum Sprache zur Verfügung ... Hilfreich ... war ein radikales Verstehen auch bedrohlicher und dämonisch erscheinender bzw. befremdlicher Inhalte in der Beziehung zwischen Patienten und Helfern.

(Göring, Katharina 1998: 11)

Dasselbe gilt auch für psychiatrische Krankheiten. Speziell für Menschen mit Migrationshintergrund hat sich die „transkulturelle Psychiatrie“ (auch „transkulturelle Ethnopsychiatrie genannt) entwickelt und teilweise etabliert. Im Rahmen dieser Arbeit werde ich darauf nicht eingehen.

Nicht aufgearbeitete Fremdheitsgefühle pflegebedürftigen Menschen gegenüber können zu funktionaler Pflege, die unter anderem durch einen Beziehungsabbruch von Seiten der Pflegenden gekennzeichnet ist, führen.

In der Folge gehe ich im Rahmen meiner Möglichkeiten der Frage nach, ob und wie der Diskurs über Fremde und Anderssein innerhalb des Gesundheits- und Pflegebereichs, aber nicht die transkulturelle Psychiatrie betreffend, geführt wird. Dann werde ich Autorinnen und Autoren, die zu Fremdheit und Anderssein in unterschiedlichen Kontexten publiziert haben, exemplarisch zu Wort kommen lassen. Diesem Überblick werde ich abschließend das in Kinaesthetics enthaltene Potential, Fremdheit zu begegnen, gegenüber stellen.

4.1 Phänomene der Fremdheit

Die Pflegewissenschaftlerin Charlotte Uzarewicz (Evangelische Fachhochschule Berlin) beschreibt drei Ebenen für den Begriff der Fremdheit.

Die **existentielle Fremdheit** bedeutet, dass alles im Grunde genommen fremd ist. Das Überleben ist nur dadurch gesichert, dass man sich Fremdes (z.B. Nahrungsmittel) aneignet.

Auf der **erkenntnistheoretischen Ebene** ist Fremdheit ein paradoxer Begriff. Was beschrieben werden kann, ist nicht mehr fremd. Es wurde *ent-fremdet*.

Die **normative Ebene der Fremdheit** ist abhängig von soziohistorischen, politischen und kulturellen Faktoren. Gesellschaft und Politik legen fest, ab welchem Punkt Fremdheit beginnt und welche Menschen sowie Lebens- und Verhaltensweisen als fremd beschrieben werden.

Uzarevicz differenziert zwischen den „**Anderen**“- das sind jene, von denen man schon weiß, was man von ihnen zu halten hat. Mit Hilfe von Stereotypen wurde bereits eine als praktikabel empfundene Vorgehensweise, diesen Anderen zu begegnen, konstruiert.

Unter den „**Fremden**“ versteht sie die ganz anderen „Anderen“. Diese befinden sich außerhalb unseres Erfahrungshorizonts und werden deshalb in ihrer Fremdheit als bedrohlich wahrgenommen. (Uzarevicz, Charlotte 2002)

Uzareviczs Beiträge zu Fremde und zu kultureller Sensitivität, aufbauend auf der Definition der Transkulturalität, ermöglichen Pflegenden ebenso wie im Bildungsbereich Tätigen eine fundierte grundsätzliche Auseinandersetzung mit dem Thema. Spezifisch pflegerelevante Handlungsmöglichkeiten lassen sich daraus nicht ableiten.

Ich interpretiere die Ebene der existentiellen Fremdheit für die Pflege folgendermaßen: Wenn sich Pflegende auf eine **Begegnung** mit ihnen fremd erscheinenden Menschen einlassen, so kann das ein sich Öffnen dem Fremden gegenüber möglich machen. Sollte sich diese Begegnung ereignen, so würde das einer zeitweiligen Überwindung des Fremdheitserlebens gleichkommen.

4.2 Fremde sind wir uns selbst

Die Psychoanalytikerin und Philosophin Julia Kristeva zeichnet Bilder des Fremden/der Fremden, in denen sich jeder Mensch/jede Person wiederfinden kann. Im Moment aber, in dem ein greifbares, fassbares Bild, an das anzudocken möglich wäre, sich abzeichnet, lässt sie dieses schon wieder sich auflösen als würde ein Stein in den Brunnen geworfen, der das eben noch sichtbare eigene Spiegelbild dem Blick entzieht. Klar ist, dass die Fremden die verborgene Seite unserer Identität darstellen. Wenn wir sie/ihn in uns erkennen, verhindern wir, dass wir sie/ihn selbst verabscheuen.

Frei von Bindungen, fühlt sich der Fremde „völlig frei“, allerdings um den Preis der Einsamkeit. Und doch schlagen Fremde Wurzeln, sobald sie eine Tätigkeit oder eine Leidenschaft gefunden haben. Diese Wurzeln sind allerdings provisorisch. „Anderswo statt Ursprung und selbst nirgendwo statt Wurzeln: das ist die Devise dieser

Waghalsigen, die sowohl sterile Verdrängungen als auch kühne Gedankenflüge hervorbringt“. (Kristeva, Julia 1990: 38)

Mit den scheinbar Verwurzelten, denjenigen vor Ort, die „schon immer“ hier waren, die dem Fremden seine Rolle zuweisen und durch betuliches Nachfragen nach Ursprung und Herkunft, Verdrängungen aufdecken und Kühnheit zähmen möchten, geht sie harsch um. Sie nennt sie Trampel, ein Wort, für das sich kein Synonym finden lässt. (Anmerkung: die französische Originalausgabe steht mir nicht zur Verfügung). Die schmierige Plumpheit und Selbstgewissheit dieser Trampel, getarnt als Liebenswürdigkeit, mit der sie ihre Fragen stellen, will von der eigenen Verwaistheit ablenken. „Wenn euch die Fragen auf den Nägeln brennen, geht und stellt sie euren eigenen Müttern“, sagt sie denen. (ebd.)

Vielleicht bringen diese Fragen den Fremden so in Rage, weil sie seine geheime und melancholische Liebe zu einem verlorenen Raum, einem verlorenen Paradies berühren. In dieses einzudringen bedeutet einen Übergriff, einen Tabubruch. Ob dieser Sehnsuchtsraum die verlassene Heimat oder die frühe Bindung an eine geliebte Person bedeutet, bleibt ungewiss.

Kristeva bewegt ihre LeserInnen dazu, in radikaler Offenheit neue Formen des Andersseins zu akzeptieren. Dazu gehört auch, sich dem eigenen Anderssein zu stellen und es bei sich auszuhalten. Die „Anderen“ erleben ohne Ächtung aber auch ohne Nivellierung und die subjektive, nicht reduzierbare Differenz des modernen Individuums (über Ethnien, Nationen, Religionen hinaus) im Individualismus des heutigen Menschen erfahren und ausdrücken, kann eine lebenswerte Botschaft sein. (Kristeva, Julia 1990)

4.3 Zur Normalität des Fremden

Nie war das Fremde normal. Jedenfalls nicht für den, der fremd das nennt, was von der eigenen Norm abweicht. Und doch ist Anderssein die Regel, nicht die Ausnahme. Denn dass man selbst anders ist als andere, macht ja das eigene Selbstverständnis aus. Naheliegend wäre entsprechendes Verhalten: mit der eigenen und der fremden Andersheit unbefangen und wie selbstverständlich umzugehen.

(Hunfeld, Hans 1991 in 1995: 365)

Dieser unbefangene und selbstverständliche Umgang mit eigener und fremder Fremdheit ist laut Hunfeld (noch) Utopie. Fremdem wird, solange es „nicht stört“, mit Gleichgültigkeit begegnet. Fällt das Fremde auf, wird es schnell zum Ärgernis, welches

man sich zum Schutz des Eigenen vor Störung, durch Vereinnahmung oder Abwehr fern hält. Damit wird aber auch die Hilfe abgewehrt, die das Eigene zur Selbsterfahrung braucht: den „**Schock der eigenen Fremdwerdung**“ . (ebd.)

Es gibt ihn aber schon, den routinierten Umgang mit dem Fremden. Vokabeln wie Toleranz, Völkerverständigung, interkulturelle Kommunikation etc. haben in die Alltagssprache Eingang gefunden. Diese und weitere schön klingende Begriffe zu verwenden stößt allerorts auf Zustimmung. Wir glauben schon zu wissen, was damit gemeint ist. Als skeptischer Hermeneutiker sieht Hunfeld hier die Falle. „Am schwierigsten ist, das kennen zu lernen, was man schon zu kennen glaubt“ (ebd. 366). Für ihn ist es wünschenswert, wieder einen Schritt zurück im scheinbaren Wissen und Verständnis zu tun. Die scheinbar vertrauten Vokabeln wieder zu Fremdwörtern werden zu lassen und es für möglich halten, dass das, was sie uns eigentlich sagen wollen, noch unverstanden ist.

Guter Wille, kulturelles Wissen und entsprechende Vokabeln genügen also nicht, um sich das Fremde und sich dem Fremden zu erklären. Hunfeld besteht auf der grundsätzlichen Differenz zwischen dem Eigenen und dem Fremden. Der Versuch, diese Differenz zu nivellieren, mündet in der Illusion, das Fremde sei verstanden, wenn es in die vertrauten Denk- und Empfindungsmuster des Eigenen übersetzt sei. Solches führt dazu, dass im Allgemein-Typischen zwar leicht, im Individuellen mit konkreten Menschen oder Situationen aber so schwer mit dem Fremden umzugehen ist.

In der Fähigkeit zur Distanz zum Eigenen, zur distanzierten Reflexion der eigenen Denk- und Handlungsmuster sieht er eine Leistung, die erbringen muss, „wer für die Normalität des Fremden die Rätselhaftigkeit und für das eigene Urteil über den Fremden die Befangenheit in der eigenen Weltsicht als gegeben voraussetzt“. (ebd. 367)

Kritisch betrachtet Hunfeld auch Kommunikation bzw. das landläufige Verständnis davon. Kommunikation dient nicht (immer) der Verständigung, sondern wurde durch eine vorausgegangene „Sprachbereinigung“ zu einem Mittel zur Durchsetzung von Eigeninteressen. Dazu gehört auch die beflissene Vermeidung von Missverständnissen (die uns „das Fremde“ spüren lassen könnten). Medien geben Informationen und erklären sie auch sofort. Damit nur ja kein Missverständnis aufkommen kann. Politik tut es ihr gleich.

So bleibt die Leserin, der Leser mit der Frage nach eigener und fremder Fremdheit sich selbst überlassen. Um eine eigene Antwort zu finden und auf diese Weise eigenverantwortlich zu sein.

4.4 Ein kinaesthetischer Zugang zum Fremden/Anderen

Kinaesthetics stellt ganz grundlegend die Frage, wie der Mensch „funktioniert“. Wie er sein Verhalten, seine eigenen Lernprozesse, seine Gesundheit aktiv gestalten und beeinflussen kann.

Für diese Fragen bildet die Verhaltenskybernetik, die Autopoiesis (der Prozess der Selbsterschaffung und -erhaltung eines lebenden Systems) sowie verwandte Gebiete aus der Neurobiologischen Forschung die Basis.

Ein lebendes System, wie der Mensch es darstellt, ist durch seine Nicht-Trivialität (das heißt die Unmöglichkeit, es von außen zu determinieren) gekennzeichnet. (Foerster, Heinz von 1993).

Übersetzt auf den Umgang von kinaesthetisch Pflegenden mit kranken oder sonst wie hilfsbedürftigen Personen ergibt sich daraus die Akzeptanz des „Fremden“ (d.h. der Nicht-Trivialität und der Integrität innerhalb seiner Grenzen) im anderen Menschen, und der Verzicht sowohl auf positivistische Vereinnahmung als auch auf Abwehr ihr/ihm gegenüber.

Das bedeutet nicht, dass Vereinnahmung und Abwehr wie auch andere Verhaltensweisen, die einem hohen ethischen Anspruch im Umgang mit anderen Menschen widersprechen, nicht passieren würden. Im Sinn der Selbststeuerung und Nicht-Trivialität lässt sich jede auch noch so wenig positive menschliche Reaktion auf Störungen oder Irritationen nicht ausschließen.

Mittels Kinaesthetics erhalten Pflegende ein ausgezeichnetes Mittel, um zu sich selbst, zu den eigenen Annahmen in Bezug auf ihre Arbeit und Kontaktgestaltung, auf Distanz zu gehen. Die kinaesthetischen Konzepte (Beschreibung siehe oben), sie werden auch als Denk-Werkzeuge bezeichnet, bilden ein Konstrukt, das die Reflexion und in der Reflexion auch bereits die Veränderung und Steuerung des eigenen Verhaltens ermöglicht.

„Ich kann immer nur mich selbst wahrnehmen. Entsprechend kann ich auch nur durch Veränderung in mir selbst die Interaktion mit einer anderen Person gestalten“. Dieses Leitmotiv für die tägliche (Pflege) Arbeit lernen Pflegende bei der ersten Schulung in

Kinaesthetics als erstes kennen. Die Unterscheidung zwischen „innen“ (ich) und „außen“ (die/der Andere, Fremde) und das Erleben sowohl der Differenz zum als auch der Unantastbarkeit des Anderen ist Teil dieser Grunderfahrung.

Ganz im Gegensatz zum üblichen Selbstverständnis in sozialen und helfenden Berufen ist der Begriff „**Verständnis**“ kein relevanter Begriff in Kinaesthetics. Verstehen kann „mensch“ immer nur, wenn überhaupt möglich, das Eigene. Der Versuch zu verstehen endet nur zu häufig in der **Spekulation** über mögliche Ursachen von vielleicht überraschenden oder auch irritierenden Verhaltensweisen anderer Menschen. Je nach gesellschaftlicher Orientierung und persönlichem Wissensvorrat entstehen daraus Zuschreibungen und Bewertungen, die Rückschlüsse auf die Zuschreibenden ziehen lassen, aber nicht auf die Menschen, denen sie gelten.

Trotz dieser sehr nüchternen Darstellung von Interaktion passiert bei kinaesthetischer Arbeit **Begegnung**. Diese Begegnung ist aber nicht, auch nicht durch noch so viel guten Willen, bestimmbar. Sie ereignet sich und ist im Moment der Bewusstheit darüber schon vergangenen. In diesem flüchtigen Moment der Begegnung liegt eine tiefe Chance zum Bewusstsein des Eigenen.

Neben der Bereitschaft zur radikalen Durchsicht der eigenen Annahmen über Menschen und Pflegeverständnis ist die Entwicklung einer hohen **Bewegungskompetenz** (siehe Interaktion: Führen und Folgen) eine Schlüsselkompetenz für diese Art der Pflegearbeit.

In der kinaesthetischen Pflege sind Diagnosen von untergeordneter Bedeutung (siehe oben). Diagnosen haben häufig eine sich selbst erfüllende Wirkung (Watzlawick, Paul 1992: 89ff). Der Beitrag von Ch. Uzarevicz lässt den Gedanken aufkommen, dass Diagnosen dazu dienen, die „Fremden“ durch Diagnosen soweit zu domestizieren, dass aus ihnen „die Anderen“ werden, auf die dann „kultursensible Pflege“ angewendet wird.

Das Thema „Fremde“ in der Gesundheits- und Pflegearbeit birgt hohe auch gesellschaftspolitische Brisanz. Auf diese angemessen einzugehen übersteigt den Rahmen dieser Arbeit. Eine Weiterführung vor allem auch in Bezug auf Kybernetik und Autopoiesis in einem erweiterten Rahmen bietet sich an.

5 Kulturtheorien

Unterschiedliche Kulturen zu beschreiben und zu differenzieren stellt sich bei näherer Betrachtung immer als schwierig und komplex dar. Von Kulturen, die voneinander abgegrenzt existieren, kann in der heutigen globalisierten Welt kaum mehr die Rede sein. Weltweite Wanderungsbewegungen, Kommunikationstechnologien und neue Medien, internationale Wirtschaftsbeziehungen uvm. bewirken und fördern ein sich gegenseitiges Durchdringen der Kulturen (Transkultur). An den Rändern von gesellschaftlichen oder geographischen Räumen sind Kulturen immer sozusagen ausgefranst. Ihre Ausläufer dringen in benachbarte kulturelle Räume ein und umgekehrt.

Diese gegenseitige Durchdringung von Kulturen bedeutet nicht notwendig das Entstehen von gemeinsamen kulturellen Erfahrungen (Interkultur). Eher existieren unterschiedliche Kulturen nebeneinander (Multikultur).

Es gab und gibt verschiedenste Versuche, Kultur als Begriff und Kulturen als solche differenzierend zu beschreiben. Im Lauf der Geschichte gab es in der Art der Beschreibung große Veränderungen. Der eurozentristische Blickwinkel auf fremde Kulturen scheint einer mehr gleichberechtigten Perspektive mindestens im theoretischen Diskurs gewichen zu sein.

Alle Kulturtheorien stellen den Versuch dar, die Komplexität von Kulturen so zu reduzieren, dass sie beschreibbar sind. Die Erkenntnisse sollen letztendlich als Problemlösungs-Werkzeug in unterschiedlichsten Kontexten zur Verfügung stehen. Ich werde mich bei meiner Darstellung auf die Theorien von Geert Hofstede und Jürgen Bolten beschränken.

5.1 Kulturdimensionen nach Geert Hofstede

Das Dimensionen-Modell ist eine sehr anerkannte und auch bekannte Beschreibung von Kultur. Viele interkulturelle Trainingskonzepte bauen auf Hofstede auf.

Hofstede hat sein Modell durch die Zusammenarbeit mit dem weltweit agierenden Konzern IBM entwickelt. Durch Mitarbeiter-Befragungen und Auswertung dieser Befragungen kam er auf seine ursprünglich vier Dimensionen, die er später um eine weitere Dimension auf fünf erweiterte.

Kultur ist bei ihm definiert als eine kollektive Programmierung des Bewusstseins (mind). Diese Programmierung zeigt sich in Werten, Vorstellung von Heldentum,

Ritualen und Symbolen. Die mentale Programmierung kann sich auf individueller, kollektiver oder universeller Ebene zeigen.

Hofstede geht davon aus, dass keine Kultur so einzigartig ist, dass sich in ihr nicht vergleichbare Aspekte mit anderen Kulturen zeigen. Jedoch zieht sich durch die gesamte Geschichte der Kulturstudien der Disput über die eher einzigartigen oder die eher vergleichbaren Aspekte von Kulturen. (Hofstede, Geert 2001: 24)

Die Möglichkeit der relativen Einordnung einer Kultur im Kulturrengefüge bietet eine Orientierungshilfe innerhalb von Kulturen. Weiters dient sie der Vorbereitung auf zukünftige interkulturelle Erfahrungen sowie dem Verstehen und Integrieren vergangener oder aktueller interkultureller Erfahrungen. (Herbrand, Frank 2002: 137f)

In der Folge eine kurze Beschreibung der fünf Kulturdimensionen.

- **Machtdistanz:** Innerhalb von (sozialen, politischen, wirtschaftlichen) Organisationen ist unterschiedliche Machtverteilung (Hierarchie) funktional und unvermeidlich. Gesellschaften mit eher geringer Machtdistanz unterscheiden sich von solchen mit hoher Machtdistanz. Diese zeigt sich in unterschiedlichem Zugang zu Wohlstand, Prestige und Entscheidungsmöglichkeiten, sowie in unterschiedlichen Abhängigkeiten der Mitglieder der Gesellschaft voneinander.
- **Unsicherheitsvermeidung:** Diese ist von Risikobereitschaft zu unterscheiden. Es geht um den unterschiedlichen Umgang (Coping-Strategien) mit der grundsätzlichen Ungewissheit über die Zukunft. Mit Hilfe von Gesetzgebung, Religion und Technologie wird versucht, den Unwägbarkeiten der Zukunft zu begegnen. Unterschiedliche Kulturen tun dies auf verschiedene Weise.
- **Individualismus versus Kollektivismus:** Diese Dimension beschreibt die Bindungen, die in einer Gesellschaft zwischen Individuum und Kollektiv vorherrschen. Individualistische oder kollektivistische Gesellschaften sind durch unterschiedliche Werte und Normen, die das Zusammenleben und die Zusammenarbeit prägen, gekennzeichnet. Sie bestimmen wesentlich die Entwicklung der Identität bzw. das Selbstverständnis einer Person als unabhängige Einzelperson oder als Teil eines kollektiven Ganzen.
- **Maskulinität versus Femininität:** Hier lässt sich die gesamte Gender-Thematik mit ihrer mehr oder weniger fixen Rollenzuschreibung für Männer oder Frauen finden. In dieser Dimension zeigt sich auch der grundsätzliche Umgang mit Dualität.

- **Kurzfristige versus langfristige Orientierung:** Diese Dimension ist von Hofstede auf Grund von Rückmeldungen vor allem von MitarbeiterInnen aus dem asiatischem Raum definiert worden. In ihr drückt sich eine unterschiedliche Grundhaltung bezüglich Gegenwartsperspektiven (kurzfristig wirksame Lösungen finden) bzw. Zukunftsperspektiven (langfristige Planungen) aus. Verkürzt ausgedrückt, geht es um westliche versus östliche (konfuzianische) Sicht- und Handlungsweisen. (Hofstede, Geert 2001)

Für die Gesundheitsarbeit auf der Management-Ebene können diese Kulturdimensionen, so wie auch andere im Kulturenvergleich analytisch operierende Theorien, meines Erachtens eine brauchbare Planungshilfe und Orientierungsmöglichkeit bieten. Für die Arbeit mit einzelnen Menschen ist es wichtig zu bedenken, dass diese Dimensionen ein Konstrukt darstellen, das die Interaktion auf Augenhöhe durch fixes Vorwissen behindern könnte.

5.2 Der erweiterte Kulturbegriff: Kultur als Lebenswelt

Jürgen Bolten warnt vor einem eng gefassten Kulturbegriff, bei dem Kultur hauptsächlich in der Bedeutung von Kunst oder Geisteskultur verstanden wird. Ein solcher Kulturbegriff kann zu einer abwertenden und abgrenzenden Haltung gegenüber allem „Nicht-Kultivierten“ führen. Was innerhalb einer sogenannten Hochkultur als edel und hochwertig gilt, ist Veränderungen, dem Zeitgeist, der Mode unterworfen. Trotzdem betonen die Verfechter einer Hochkultur deren zeitlose Geltung.

Weiters ist bedenklich, dass Kultur, in diesem engen Sinn verstanden, häufig mit „Wahrheit“ gleich gesetzt wird. Sich im Besitz der Wahrheit Glaubende nehmen sich in der Folge oft das Recht heraus, anderen Kulturen Kultur zu- oder abzuschreiben bzw. diese als primitiv, wild, naiv etc. zu bezeichnen.

Wird Interkulturalität als erstrebenswertes Ziel in einer Gesellschaft oder Organisation angesehen, so braucht es einen **erweiterten Kulturbegriff**. Dieser steht über die Inhalte eines elitären Kulturbegriffs hinaus für alle Lebensbereiche wie Fragen der Bildung, Umwelt, Arbeit, Gesundheit, Wohnen etc.

Neben den verschiedenen Bedeutungsvarianten des lateinischen Ursprungswortes für Kultur, *colere*, bedeutet dieses auch wohnen, ansässig sein.

*Gemeint ist damit die **Lebenswelt**, in der wir uns bewegen, die wir uns durch unser Zusammenleben geschaffen haben und **ständig neu schaffen**. Diese*

Lebenswelt existiert ohne die Filterung durch Bewertungsmaßstäbe. Sie basiert nicht auf einer Auswahl des Schönen, Guten und Wahren, sondern umfasst alle Lebensäußerungen derjenigen, die an ihrer Existenz mitgewirkt haben und mitwirken.

(Bolten, Jürgen 2001: 12)

Vom Begriff Lebenswelt ist die Bezeichnung „Kulturraum“ zu unterscheiden. Sie wird oft aus pragmatischen Gründen verwendet. Allerdings sollen Kulturräume nicht als abgeschlossene Räume innerhalb von politischen, nationalen, sprachlichen oder geographischen Grenzen verstanden werden. Alle diese Eingrenzungen bieten nur eine grobe Orientierung. Sie tragen die Möglichkeit der Stereotyp-Bildung in sich.

Die Bezeichnung „Lebenswelt“ ist eine Möglichkeit, die Vielfalt und Dynamik, die sich durch das Zusammenleben und Miteinander Handeln vieler unterschiedlichster Menschen ergibt, zur Kenntnis zu nehmen. Einzelne Menschen sind Teil von verschiedensten Netzwerken und Subsystemen, die gemeinsam eine Lebenswelt und im offenen Sinn einen Kulturraum bilden. Seine Grenze bestimmt sich durch den gemeinsamen Interpretations- und Wissensvorrat ihrer Mitglieder. Dieser bildet die Grundlage für routinemäßiges Handeln. Bietet eine Lebenswelt ihren Mitgliedern die Elemente Normalität, Plausibilität und Sinnhaftigkeit, können sie diese als die eigene anerkennen. In einem offenen, dynamischen Lebensraum muss dieser Wissensvorrat allerdings ständig neu ausgehandelt werden. Das verlangt die Bereitschaft, Ungewissheit und Fremde in einem bestimmten Maß auszuhalten und eigene Bedeutungsgebungen nicht für absolut zu befinden.

Wenn Mitglieder aus unterschiedlichen Lebenswelten aufeinander treffen und auch miteinander in Kontakt treten, kann sich **Interkultur** ereignen. Voraussetzung ist, dass durch einen Austausch, ein gemeinschaftliches Handeln etwas Neues, Drittes, das vielleicht flüchtig sein kann, entsteht. Wie eng oder weit dabei die Grenze, was eine unterschiedliche Lebenswelt ist, gezogen wird, bestimmen die handelnden AkteurInnen und hängt vom jeweiligen Blickpunkt ab: Beim Lehrgangsmodul „Familien im Spannungsfeld der Kulturen“ befanden alle in Beziehung lebenden TeilnehmerInnen, in einer interkulturellen Beziehung zu leben, auch wenn der Partner keinen Migrationshintergrund hatte.

Nach diesem Verständnis bedeutet Kultur und insbesondere Interkultur immer ein prozesshaftes Geschehen. Es bedingt einen Lernzuwachs und eine Entwicklungsmöglichkeit für alle am Prozess Beteiligten. Diesem Prozess des

gemeinsamen Handelns entspricht auch der Begriff der **Kommunikation**. Das lateinische Wort „communicare“ bedeutet unter anderem „etwas gemeinschaftlich machen“. (ebd. 20)

Kommunikation ist somit Voraussetzung für das Entstehen sowohl von Kultur als auch von Interkultur. Selbstverständlich ist Sprache und Sprachverständnis für Kommunikation wichtig und bedeutsam. Kommunikation und Interaktion vollzieht sich aber in bedeutendem Maß auch außerhalb der gesprochenen Sprache.

Interaktion und Kommunikation sind beeinflusst von individueller **Wahrnehmung**. Diese ist notgedrungen, schon auf Grund der Funktionsweise unserer Sinnesorgane, selektiv und subjektiv. Die Selektivität der Wahrnehmung stellt einen Schutzmechanismus vor einer Überfülle an Sinneseindrücken dar. Um nicht den Überblick, die Orientierung zu verlieren, filtern wir Eindrücke, die wir nicht einordnen können oder die keinen Sinn (Routine, Normalität und Plausibilität) ergeben, weg. Hier trifft sich die Definition von Kultur als Orientierungssystem mit der Kulturgebundenheit und Erfahrungsabhängigkeit unserer Wahrnehmung. Das macht verständlich, warum ein Transfer von persönlicher, sozialer, fachlicher und strategischer intrakultureller Kompetenz auf interkulturelle Situationen nicht einfach möglich ist (ebd. 87ff). Durch die Bereitschaft, sich vielfältigen Fremdheitserfahrungen auszusetzen, kann sich Wahrnehmung differenzieren. Das bildet die Grundlage für mehr Flexibilität und Toleranz und fördert letztlich interkulturelle Kompetenz.

(Bolten, Jürgen 2001)

Der offene Kulturbegriff von Bolten kommt meiner Annahme, dass eine kultursensible Pflege allen pflege- und betreuungsbedürftigen Menschen nützen kann, entgegen. Sein erweiterter Kulturbegriff relativiert eng gefasste Definitionen über Kultur und kulturelle Zugehörigkeit. Jedes Individuum ist ein kulturell geprägtes Wesen und Mitglied mehrerer unter Umständen auch einander widersprechender Lebenswelten. Dafür sensibel zu sein und diese Sensibilität in der alltäglichen Pflegearbeit umzusetzen wird Pflegende der Zukunft auszeichnen.

6 Relevanz des Lern- und Bewegungskonzeptes „Kinaesthetics“ für eine interkulturelle Kompetenz von Pflegerinnen

In diesem abschließenden Teil meiner Arbeit möchte ich alle angestellten Überlegungen zusammenführen und auf meine in der Einleitung gestellten

Forschungsfragen zurück kommen. Die vier Kompetenzbereiche „individuelle, soziale, fachliche und strategische Kompetenzen“ (siehe oben) benutze ich als Grundlage für die Erörterung der Forschungsfragen. Besonderes Augenmerk werde ich auf die Frage nach der Transfermöglichkeit der intrakulturellen Kompetenzen auf interkulturelle Situationen durch Kinaesthetics-Knowhow legen.

- Individuelle Kompetenzen: Rollendistanz, Fähigkeit zur Selbstorganisation, Lernbereitschaft, Eigenmotivation etc.
- Soziale Kompetenzen: Team- und Meta-Kommunikationsfähigkeit, Empathie, Toleranz etc.
- Fachliche Kompetenzen: Fachkenntnisse im jeweiligen Aufgabenbereich sowie Berufserfahrung
- Strategische Kompetenzen: Problemlösungs- und Entscheidungsfähigkeit, Synergiedenken, Wissensmanagement, Organisationsfähigkeit, Ertrags- und Risikobewusstsein etc.

(Bolten, Jürgen 2001)

Kinaesthetisch geschulte Menschen entwickeln weitreichende Kompetenzen in allen vier Kompetenzbereichen. Die Anwendung der kinaesthetischen Konzepte als Denk-Werkzeuge schult Selbstwahrnehmung, Rollendistanz und Selbstorganisation sowie Reflexions- und Abstraktionsfähigkeit.

Das Verständnis vom sich selbst regulierenden „System Mensch“ hilft eigene ideologische Gebundenheit zu bearbeiten und zu relativieren, was unter anderem Empathiefähigkeit und Toleranz fördert.

Die fachliche Kompetenz drückt sich besonders im 5. kinaesthetischen Konzept „Menschliche Funktionen“ aus. Ein fundiertes Verständnis dieses Konzeptes hat die Durchführung der Pflegearbeit auf hohem Niveau zum Thema.

Als Beispiel für Problemlösungs- und Entscheidungsfähigkeit (Strategische Kompetenz) werde ich die „Spirale des Lernens“, wie sie in Kinaesthetics zur Bearbeitung von Lernthemen in der Praxis angewendet wird, beispielhaft beschreiben. (Kinaesthetics Aufbaukurs Arbeitsbuch 2008: 6f)

Spirale des Lernens

Tun

Beispiel: Eine Pflegeperson unterstützt eine hilfsbedürftige Person beim Einnehmen des Mittagessens. Das gestaltet sich schwierig, da die Person eine massive Schwäche im rechten Arm sowie Probleme beim Schlucken hat. Die Pflegenden ist sich nicht sicher, ob sie ihre Unterstützung angemessen gestaltet hat. Die „Lernspirale“ setzt sie in Gang, indem sie eine Kollegin um Lern-Unterstützung bittet.

Reflektieren

Sie erklärt der Kollegin kurz die Situation, damit diese die Rolle der hilfsbedürftigen Person einnehmen kann. Die erstere unterstützt die Kollegin so, wie sie das bei der Patientin getan hat. Die Kollegin in der Rolle der Patientin/Bewohnerin gibt Rückmeldung, wie sie die Unterstützung erlebt.

Variieren

Weiters gibt sie Tipps zur Veränderung bzw. Variation der Unterstützung. Zwischendurch werden die Rollen getauscht, damit beide am eigenen Leib in allen Varianten spüren können, wie es ist, Unterstützung zu bekommen und zu geben.

Entscheiden

Schließlich entscheiden sie sich für die am besten passende Variante. Diese bildet die Grundlage für das nächste **Tun** mit der ursprünglichen Hilfe empfangenden Person.

Man kann davon ausgehen, dass das Essen reichen beim nächsten Mal auf einer qualitativ höheren Ebene stattfinden wird. Sollte sich immer noch ein Lernbedarf ergeben, kann die Lernspirale beliebig oft wiederholt werden.

Die Lernspirale kann auch eine Bestätigung des eigenen Tuns („es lässt sich trotz großem Bemühens keine bessere Variante finden“) bedeuten. Somit dient sie auch der Burnout-Prophylaxe.

Der Lerneffekt zeigt sich dabei nicht nur in der beschriebenen Situation. Durch den tätigen Dialog mit der Kollegin kann diese mitlernen. Ebenso ist die hilfsbedürftige Person aktive Lernpartnerin.

Diese kurzen Lernsequenzen benötigen, wenn sie Teil der Lernkultur eines Teams geworden sind und häufig mit Selbstverständlichkeit durchgeführt werden, jeweils nur wenige Minuten Zeit. Sie tragen wesentlich zu einer höheren Pflege- und Lebensqualität aller am Prozess Beteiligten bei.

Nun konkret zu meiner erster Forschungsfrage:

- Welche Relevanz hat das Pflege- und Lernkonzept „Kinaesthetics“ für eine interkulturelle Kompetenz von Pflegenden?

Mit meinen Ausführungen hoffe ich gezeigt zu haben, dass die intrakulturellen Kompetenzen, die durch Kinaesthetics gefördert werden, außer in der Fachkompetenz auf interkulturelle Kompetenz übertragen werden können. Bezüglich interkultureller Fachkompetenz halte ich eine Erweiterung durch Grundinformationen über Migration, Integration, Globalisierung, Kultur und Kulturtheorien etc. für nötig.

- Befähigt eine Schulung in Kinaesthetics Pflegende, Sprach-, Kommunikations- und Verständigungsbarrieren zwischen sich und pflegebedürftigen Menschen eher zu bewältigen?

Diese Frage möchte ich mit dem Hinweis auf Kapitel 3.2.1 Interaktion und mit dem Erfahrungsbericht einer Kollegin beantworten.

“Nach meiner Diplomierung als Gesundheits- und Krankenschwester an einer oberösterreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeschule (2002) begann ich in einem Akutkrankenhaus in Bozen zu arbeiten. Ich war leider nicht darauf vorbereitet gewesen, dass in Südtirol viele Menschen mit italienisch als Muttersprache leben. Viele der Patienten und Patientinnen sprachen nur italienisch, und ich nur deutsch. Meine Englisch-Kenntnisse aus der Hauptschulzeit halfen mir nicht viel. Immer wieder musste ich Kolleginnen bitten, mir bei der Verständigung zu helfen. Nach sechs Wochen hatte ich Gelegenheit, an einer Kinaesthetics-Schulung teilzunehmen. Nach dieser dreitägigen Schulung bemerkte ich, dass die Situationen, in denen die Verständigung schlecht klappte, deutlich seltener wurden. Durch Kinaesthetics hatte ich eine Möglichkeit gefunden, in Kontakt zu treten, mich auszudrücken aber auch die Patienten besser zu verstehen. Ab diesem Zeitpunkt war meine Arbeit viel leichter geworden. Sie machte mir auch mehr Freude, weil ich mich insgesamt sicherer fühlte“.

Linz, Juni 2009 Maria Steyrl

- Fördert eine Kinaesthetics-Schulung die Fähigkeit von Pflegenden, die „Normalität des Fremden“ grundsätzlich anzuerkennen und angemessen damit umzugehen?

Auf diese Frage bin ich im Kapitel 4.4 schon ausführlich eingegangen.

Abschließend eine Überlegung zu Bewegungskompetenz. Sie ist die grundlegende Kompetenz, die durch Kinaesthetics erworben werden kann und gilt immer mehr als Schlüsselkompetenz im Pflegeberuf. Außer im Sport und im Tanz findet sich nach meiner Information kein Bereich, in dem diese Kompetenz ebenfalls von Bedeutung ist.

Durch die intensive Beschäftigung mit der Thematik im Lehrgang ICC komme ich zunehmend zu der Ansicht, dass Bewegungskompetenz und somit Kinaesthetics auch eine Schlüsselkompetenz im interkulturellen Kontext darstellen kann.

Ein kinaesthetischer Lernweg ermöglicht, fordert aber auch die radikale und kompromisslose Wahrnehmung des Selbst, der eigenen Leiblichkeit. Kinaesthetics setzt bei der Selbst- und Fremdwahrnehmung elementarer Bewegungselemente im Körper an. Dieser Wahrnehmungsbereich der Funktionalität der menschlichen Bewegung als Grundlage der Aktivitäten des täglichen Lebens liegt noch vor der Kulturbindung (Routine, Normalität, Plausibilität) und bildet sozusagen einen kleinsten gemeinsamen Nenner der menschlichen Existenz. In diesem Sinne können das Verständnis und die Einübung in Kinaesthetics helfen, kulturdefinierende und abgrenzende Konstrukte zu überwinden bzw. den Kulturbegriff so zu individualisieren, dass jedes einzelne Individuum als Mensch mit eigener Bewegungs“kultur“ wahrgenommen wird. Welche Bewegung als plausibel, normal, routiniert gesehen wird, hängt von den mitunter eingeschränkten Fähigkeiten einer Person ab: Wenn beispielsweise aufrechtes Gehen nicht möglich ist, wird das sich am Boden Bewegen im Alltag eine eigene, persönliche Bewegungskultur für jemanden definieren. (Dies möge als Beispiel für andere Perspektivenwechsel fordernde Gegebenheiten dienen.) Es liegt dann an kinaesthetisch geschulten Menschen, das Bewusstsein für Perspektivenwechsel/Kulturwechsel zu schaffen und entsprechende Rahmenbedingungen zu organisieren. Die klassischen kulturellen Zuschreibungen werden auf diese Weise zunehmend irrelevant.

7 Literaturverzeichnis

Lehrbücher

Beiträge in Sammelbänden

Wissenschaftliche Aufsätze und Arbeiten

- Bolten, Jürgen (2001): Interkulturelle Kompetenz. Landeszentrale für politische Bildung Thüringen; Bergstraße 4, 99092 Erfurt
- Fawcett, Jaqueline (1996): Pflegemodelle im Überblick. Verlag Hans Huber Bern.
- Förster, Heinz von (1993): KybernEthik. Merve Verlag Berlin
- Göring, Katharina (1998): Entweihung und Scham. Grenzsituationen in der Pflege alter Menschen. Mabuse-Verlag Frankfurt am Main
- Hatch, Frank/Maietta, Lenny (1999): Kinästhetik - Gesundheitsentwicklung und Menschliche Funktion. Ullstein Medical Wiesbaden
- Herbrand, Frank (2002): Fit für fremde Kulturen. Interkulturelles Training für Führungskräfte. Haupt Verlag Bern
- Hofstede, Geert H. (2001): Culture`s Consequences: Comparing Values, Behaviors, Institutions, and Organizations Across Nations by Geert Hofstede 2nd ed. Sage Publications Inc., Thousand Oaks, California 91320
- Hunfeld, Hans in Baur, Siegfried/Carli, Augusto/Larcher, Dietmar (Hrsg.) (1995): Interkulturell Handeln. Neue Perspektiven des Zweitsprachlernens. Soc. Coop. r. I. edizioni Alpha&Beta Verlag Merano/Meran
- Kristeva, Julia (1990): Fremde sind wir uns selbst. Edition Suhrkamp Frankfurt am Main
- Maturana, Humberto/Varela, Francisco (1984): Der Baum der Erkenntnis. Die biologischen Wurzeln menschlichen Erkennens S. 145ff, Scherz Verlag Bern
- Seel, Mechthild/Hurlimann, Elke (2005): Die Pflege des Menschen im Alter. überarb. und. erweiter. Aufl. Schlütersche Verlagsgemeinschaft Hannover

- Uzarewicz, Charlotte (2002) Sensibilisierung für die Bedeutung von Kultur und Migration in der Altenpflege.
URL: http://www.die-bonn.de/esprid/dokumente/doc-2002/uzarewicz02_01.pdf
Dokument aus dem Internet-Service Texte Online des Deutschen Instituts für Erwachsenenbildung (<http://www.die-bonn.de/publikationen/online-texte/index.asp>), 2009-06-09
- Watzlawik, Paul in Gumin, Heinz/Meier, Heinrich (Hrsg) (1992): Einführung in den Konstruktivismus Piper Verlag München

Zeitschriften, Broschüren, Papers etc.

- Kinaesthetics Aufbaukurs Arbeitsbuch © 2008 European Kinaesthetics Association EKA, Thomas Bernhard Weg 6, AT 4020 Linz
- „Kinaesthetics Konzeptsystem“ © 2008 European Kinaesthetics Association EKA, Thomas Bernhard Weg 6, AT 4020 Linz
- Knobel, Stefan/Marthy-Teuber, Stefan in Lebensqualität – Die Zeitschrift für Kinaesthetics 02/2009; Nordring 20, CH-8854 Siebnen
- Österreichische Pflegezeitschrift; Zeitschrift des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes Nr. 02, Feb. 2007; Wilhelminenstr. 91, 1160 Wien
- Wesselman, Elisabeth „Migration ist keine Krankheit und keine Behinderung“ in Österreichische Pflegezeitschrift Nr. 12, Dez. 2007; siehe oben

Gespräch mit Maria Steyrl: 2009-06-19 bei der Fortbildung „Kinaesthetics für Pflegenden Angehörige“, 4020 Linz, Petrinumstr. 11

Anhang A Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich an Eides statt, dass ich die vorliegende Seminararbeit ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch bei keiner anderen Prüferin/ keinem anderen Prüfer als Prüfungsleistung eingereicht.

Mir ist bekannt, dass Zuwiderhandeln mit der Note „nicht genügend“ (ohne Möglichkeit einer Nachbesserung oder Wiederholung) geahndet wird und weitere rechtliche Schritte nach sich ziehen kann.

Diese Arbeit wurde neben der gedruckten Version auch digital zur Prüfung der o.g. Erklärung bei der zuständigen Prüferin/ dem zuständigen Prüfer hinterlegt.

Ort und Datum

Unterschrift