

Shiatsu mit älteren Menschen

Ing. Werner Brünner

Inhaltsverzeichnis:

Zugang zum Thema	2
Auswahl der Aspekte	4
Definitionen, Begriffserklärungen.....	5
Geriatrie.....	5
Shiatsu.....	6
Gesamtheitliches Behandlungskonzept.....	6
Ärzte und Shiatsu	7
Anamnese, Krankheiten	7
Anamnese	7
Altersassoziierte Krankheiten	9
Altersassoziierte Krankheiten sind:.....	9
Krankheiten und Beeinträchtigungen.....	13
Die Arbeit mit älteren Menschen.....	15
Anpassung der Arbeitsweise	15
Behandlung im Bett	16
Behandlung auf dem Massagetisch.....	16
Behandlung im Rollstuhl.....	16
Behandlung im Sitzen.....	17
Aspekte der Behandlung	17
Schmerzen bei der Behandlung	18
Motivation und Zugang	19
Gespräche während der Behandlung	20
Bewegungseinschränkungen.....	21
Medikamente	22
Krankheiten und der Umgang beim Anamnesegespräch	23
Ernährung.....	23
Dokumentation	24
TCM-Diagnostik (energetische Einschätzung).....	24
Das Körperbild des gelben Kaisers	25
Der letzte Lebensabschnitt	28
Auseinandersetzung mit Leid und Tod	28
Sexualität im Alter.....	29
Einsamkeit	29
Gefühl der Nutzlosigkeit.....	32
Zusammenfassende Worte.....	32
Anhang	33
Definition Geriatrie	33
Definition Shiatsu.....	34
Artikel „Einsamkeit“.....	34
Artikel „Nacken – Schulter – Behandlung einmal anders“.....	35
Artikel „Gespräch mit einer Baroness“	36
Artikel: „Wo die Liebe hinfällt“	37
Shiatsu-Vortrag für die österreichische Parkinson-Gesellschaft	38
Nahtodesforschung in THE LANCET.....	42
Quellen und Literaturhinweise	49
Weblinks	50

Zugang zum Thema

Beim Verfassen meiner Ausführungen ist mir noch deutlicher bewusst geworden, wie wichtig es ist, über ein so heikles Thema wie die Arbeit mit älteren Menschen zu sprechen. Zum einen gibt es kaum einschlägige Literatur zu diesem Thema und zum anderen wird in den verschiedenen Ausbildungen nur rudimentär, wenn überhaupt, dazu Stellung genommen.

Mit dieser Arbeit möchte ich einen Zugang öffnen, der die Arbeit mit älteren Menschen erleichtern soll. Der Weg führt uns über die **Begriffsbestimmungen** und **Definitionen**. Daraus sollte ein **gesamtheitliches Behandlungskonzept** entstehen. Das macht eine Betrachtung unserer „Werkzeuge“ notwendig. Zum einen die **Anamnese** und **Dokumentation**. Zum anderen die **Arbeitsweisen** mit allen **Anpassungen**, sowie der Umgang mit **Schmerz** und **Tod**. Aber auch die schönen Momente und Erfolge sollten in dieser Betrachtung nicht zu kurz kommen, die anhand von Artikeln im **Anhang** dokumentiert werden. **Geschichtliches** sowie **Lustiges** hat ebenfalls seinen Platz und ist schon deshalb wichtig um den Eindruck zu verwischen das die Arbeit mit alten Menschen trist, grau und nur von Leid und Schmerz geprägt ist. Gehen wir mehr ins Detail und betrachten wir uns die Umstände etwas näher.

Die Arbeit mit älteren Menschen wird meist nur unter allgemein-medizinischen Aspekten betrachtet, was ja durchaus sinnvoll ist, aber in vielen Fällen nur **ungenügende Ansätze** bietet. Auch die Schulmedizin hat sich zu dieser Ansicht durchgerungen, wie in den Begriffsdefinitionen im Anhang nachzulesen sein wird. Des Weiteren sind bereits auch von medizinischer Seite erste Ansätze einer Einbeziehung von alternativen Methoden vorhanden, was als durchaus begrüßenswerte Entwicklung verbucht werden kann.

Ich möchte mit meinen Erfahrungen und mit meiner täglichen Arbeit mit älteren Menschen dazu beitragen, dass sich auch im hohen Alter das Leben als durchaus lebenswert darstellt. Darüber hinaus bietet diese Arbeit eine gute Grundlage um ein wenig die **Hintergründe und Arbeitsweisen** an die erforderlichen Umstände anzupassen. Dies sollte angehenden Shiatsu-PraktikerInnen, aber auch allen anderen, die mit diesem Thema konfrontiert sind, Behandlungsmöglichkeiten zeigen und Ideen anregen um das hohe Alter menschlicher zu gestalten.

Shiatsu-PraktikerInnen und TherapeutInnen sollen zum Nachdenken und Hinterfragen angeregt werden. Verbesserungen in der Betreuung und Therapie sollen ein gemeinsames Ziel darstellen.

Um hierzu Hilfestellung zu geben und ein **gemeinsames Nachdenken** in Gang zu bringen, habe ich verschiedene Aspekte ausgewählt, die eine nähere Betrachtung verdienen. Der Weg sollte über die Begriffsdefinitionen zu einem gangbaren Behandlungskonzept führen. ÄrztInnen, TherapeutInnen und Shiatsu-PraktikerInnen sollen sich nicht sozusagen als Gegner gegenüberstehen sondern ein **gemeinsames Behandlungskonzept** erarbeiten.

In meiner täglichen Praxis funktioniert der Austausch zwischen den verschiedenen Fachgruppen sehr gut und der Erfolg zeigt, dass wir uns auf einem guten, gemeinsamen Weg befinden.

Neueren Forschungen zufolge ist ein Trend in der Medizin festzustellen, der sich immer mehr den alternativen Behandlungsmethoden, in der Arbeit mit älteren Menschen zuwendet.

Alternative Behandlungsformen sind bereits auch in der **Europäischen Definition** der „Geriatrischen Medizin“ und „Geriatrischer Patienten“, der Sektion „Geriatrische Medizin“ der **European Union Geriatric Medicine Society** verankert. (nachzulesen im **Anhang unter Definition Geriatrie**)

Man hat festgestellt, dass alternative Behandlungsmethoden, wie Shiatsu die schulmedizinische Behandlung sehr gut unterstützen können und es wurden nachweisliche Behandlungserfolge erzielt. Aufgrund der **Multimorbidität** von größtenteils sehr alten Menschen (über 80 Lebensjahre) stößt die Schulmedizin teilweise an ihre Grenzen. Man ist daher dazu übergegangen in einzelnen Bereichen auf alternative Methoden wie Shiatsu zurückzugreifen, parallel zur eigentlichen Behandlung.

Aufgrund der Multimorbidität älterer Menschen muss auch, sozusagen an **mehreren Fronten**, mit den Problemen die das Alter mit sich bringt umgegangen werden. So kommen neben Shiatsu auch westliche Techniken (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, etc....) begleitend zur schulmedizinischen Behandlung zum Einsatz.

Die **Gesamtheit aller Maßnahmen** zeigt den angestrebten Erfolg, der die Verbesserung der Lebensqualität älterer und gebrechlicher Menschen zum Ziel hat.

Shiatsu bei älteren Menschen anzuwenden ist eine sehr lohnende Aufgabe. Man bekommt so viel an Wärme und Herzlichkeit zurück. Es gibt bei der Arbeit mit alten Menschen viele interessante Begegnungen. Oftmals lustige und zum Teil auch nachdenkliche **Gespräche im Rahmen der Behandlungen**. Auf diesen Teil ist später noch genauer einzugehen. Man hat großen Anteil an den Lebenserfahrungen und kann sich ein gutes Bild vom Klienten machen.

Ältere Menschen verfügen in der Regel über einen **großen Erfahrungsschatz**, da sie ihr Leben größtenteils gelebt haben. Sie sind sich dessen auch bewusst und in vielen Gesprächen kristallisiert sich auch der Umgang mit Krankheiten und körperlichen Schwächen heraus. Sie greifen dabei auf Erfahrungen aus ihrem Leben zurück und versuchen das Beste aus der Situation zu machen.

Interessant ist in diesen Gesprächen, dass der Umgang oftmals unterschiedliche Ansätze zeigt. Das ist auf die Erfahrungen aus vergangenen Jahren zurückzuführen.

Das „Alter“, mit all seinen Beschwerden und der **Verlangsamung des eigenen Rhythmus** ist allerdings auch hier eine neue Erfahrung für viele ältere Menschen.

Weiters spielen **charakterliche Eigenschaften** eine große Rolle mit dem Umgang in bestimmten Situationen. Einflüsse aus Erziehung (wie z.B. „beim Essen spricht man nicht“) und das Nachlassen der körperlichen und geistigen Kräfte spielen hierbei eine Rolle. Die charakterlichen Eigenschaften treten mehr in den Vordergrund und schaffen mitunter auch Probleme im Behandlungsalltag.

Es gibt viele Ansatz- und Berührungspunkte um mit älteren Menschen sinnvolle Behandlungen durchzuführen.

Allerdings ist es unumgänglich den/die KlientIn da „abzuholen“ wo er/sie steht. Das setzt viel **Einfühlungsvermögen** voraus und viele Gespräche im Zuge der Behandlungen.

Ich arbeite seit 2003 in verschiedenen geriatrischen Einrichtungen und habe dabei sehr viele Erfahrungen gemacht die bei der Arbeit mit alten Menschen hilfreich sein können. Das hat auch meinen eigenen Zugang verändert und ich habe dabei sehr viel gelernt.

Um zufriedenstellend mit alten Menschen arbeiten zu können, ist es allerdings wichtig, die **eigenen Erwartungen** an die Situation **anzupassen**, Einschränkungen in der Behandlung zu akzeptieren und manchmal auch kreativ mit Situationen umzugehen. Dazu kommt für den/die Shiatsu-PraktikerIn die **Konfrontation mit Leid und Tod**. Aufgrund des Alters der/den KlientInnen ist man zwangsläufig mit diesem Thema konfrontiert. (Siehe hierzu auch den Absatz „der letzte Lebensabschnitt“).

Dafür wird man mit sehr viel Herzenswärme und oft auch mit einem Strahlen in den Augen belohnt, wenn sich herausstellt, dass die Behandlung diese oder jene Verbesserung oder Erleichterung der Beschwerden gebracht hat. In diesem Zusammenhang ist ein Gleichbleiben der Beschwerden bereits als Verbesserung zu werten. Der ältere Körper baut immer mehr ab und aus diesem Grund verschlechtern sich die Beschwerden.

Ziel ist es daher, die Lebensqualität so lange wie möglich aufrecht zu erhalten und nach Möglichkeit zu verbessern. Im Folgenden möchte ich daher näher auf die einzelnen Aspekte in der Arbeit mit älteren Menschen eingehen.

Auswahl der Aspekte

Zuerst ist es wichtig ein paar **Begriffe** zu erklären und wie Shiatsu in ein Gesamtbehandlungskonzept eingebettet werden kann.

Ein weiterer Punkt führt zur **Anamnese** und den **altersassoziierten Krankheiten**.

Schließlich soll in einem Hauptpunkt geklärt werden welche Möglichkeiten die **Anpassung der Arbeitsweise** bietet.

Behandlungsaspekte wie **Schmerzen** aber auch **Motivation** etc. werden ebenfalls besprochen.

Die **Dokumentation** und ein kleiner **geschichtlicher Rückblick** in die Anfänge der TCM (traditionellen chinesischen Medizin) sind weitere interessante Punkte.

Schließlich soll auch auf den allerletzten Lebensabschnitt eingegangen werden, da jeder, der mit sehr alten Menschen arbeitet um das **Thema Tod** nicht herumkommt.

Ein jeder dieser Punkte soll zum nächsten weiterleiten und so ein **Gesamtbild** ergeben, dass letztendlich ein nachvollziehbares Schema für erfolgreiche Behandlungen mit Shiatsu bei älteren Menschen ergibt.

Definitionen, Begriffserklärungen

Geriatric

Die **Geriatric**, auch *Alter(n)smedizin* oder *Altersheilkunde*, ist die Lehre von den Krankheiten des alternden Menschen. Dies betrifft vor allem Probleme aus den Bereichen der Inneren Medizin, Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie. (Gerontopsychiatrie).

Die genaue Definition ist im Anhang unter „Definition Geriatric“ nachzulesen.

Das chinesische Pendant zu „**Geras**“, der griechischen Gottheit des Alters, ist der Gott **Shou**, welcher „langes Leben“ personifiziert. Dargestellt als alter Mann mit langem Bart, Wanderstab und einer Kürbisflasche, wird er gerne verschenkt und soll für den Beschenkten ein langes Leben ermöglichen.

Geriatric ist nicht mit der **Palliativmedizin** zu verwechseln, die nicht für Heilung, sondern für Beschwerdelinderung steht. Die **Geriatric** tritt an, dem alten, aber vor allem dem sehr alten Menschen zu einem besseren Leben zu verhelfen. Dabei ist der Behandler hauptsächlich dann gefordert, wenn Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität) vorliegen, die den einzelnen Arzt der jeweiligen medizinischen Fächer aufgrund vielfältiger Verflechtungen überfordern, wobei aber das Potential vorhanden sein muss, eine Verbesserung zu erreichen. Die Geriatric ist somit als eine fächerübergreifende Disziplin zu verstehen (Interdisziplinarität)

In diesem Zusammenhang ist die Wichtigkeit einer mit Ärzten gemeinsamen Betreuung des älteren Menschen hervorzuheben. Nur in Absprache mit den behandelnden Ärzten ist eine optimierte Behandlungsform zu erreichen. Da **Shiatsu** eine nachhaltige Wirkung und Verbesserung der körperlichen und geistigen Eigenschaften nach sich zieht, können oft vorhandene Medikationen vom Arzt und der Ärztin reduziert werden.

Die Erkrankungen im Alter können sich unterschiedlich präsentieren und sind oft sehr schwierig zu diagnostizieren. Dies ist selbstverständlich den ÄrztInnen vorbehalten. Das Ansprechen auf die Behandlung erfolgt verzögert und es besteht regelmäßig Bedarf für soziale Unterstützung.

Geriatric Medizin überschreitet daher die organmedizinisch orientierte Medizin und bietet zusätzliche Therapieangebote in einer **multidisziplinären Team-Umgebung** (-Milieu; Setting). Das Hauptziel ist es den funktionellen Status einer älteren Person zu optimieren sowie Lebensqualität und Autonomie zu verbessern.

Geriatric Medizin ist nicht spezifisch altersdefiniert, sie behandelt jedoch die typische Morbidität älterer PatientInnen. Die meisten von ihnen sind über 65 Lebensjahre alt. Diejenigen Gesundheitsprobleme, die durch Geriatric als eine Spezialdisziplin am besten angegangen werden können, werden in der Altersklasse über 80jähriger viel häufiger.

Soweit die Begriffsbestimmungen zum Thema Geriatric. Widmen wir uns nun einer weiteren Erklärung einer alternativen Behandlungsform, die sich sehr gut mit schulmedizinischen Behandlungen kombinieren lässt. Dem **Shiatsu**.

Shiatsu

Shiatsu ist ein japanisches Wort: "Shi" steht für Finger und "atsu" bedeutet Druck

Druck wird jedoch auch mit Handballen, Füßen, Ellbogen und Knien auf bestimmte Körperstellen ausgeübt. Rhythmus und Druck werden den jeweiligen Gegebenheiten und Bedürfnissen der/des Klienten angepasst. **Dehnungen** und **Schaukeltechniken** sowie **Rotationen** ergänzen die ganzheitliche Behandlung. Ausgangspunkt ist immer das Bewusstsein der Einheit von Körper, Geist und Seele.

Nach einer eingehenden Betrachtung des Menschen in seiner **Ganzheit** ist das Ziel der Behandlung die Harmonisierung des **Energieflusses**.

Dies erreicht man durch das Nähren und Stärken von energetisch unterversorgten Bereichen zum einen und durch das Aufspüren und Lösen von energetischen Blockaden andererseits.

Durch den gleichmäßigen Fluss von Ki (Qi, Chi) werden die **Selbtheilungskräfte** aktiviert, das Immunsystem gestärkt und das körperliche Wohlbefinden insgesamt verbessert. Shiatsu wirkt auch besonders im Bereich der **Prophylaxe**, da Disharmonien früh erkannt und behandelt werden können. Weiters wird das autonome Nervensystem stimuliert, wodurch Herzfrequenz, Atmung und Muskeltonus positiv beeinflusst werden. In Phasen von Veränderungen kann Shiatsu innere Wachstums- und Reifungsprozesse unterstützen und fördern.

Eine weitergehende Definition ist im **Anhang unter Definition Shiatsu** zu finden.

Die Verbindung dieser beiden Behandlungsformen führt uns letztendlich zu einem gesamtheitlichen Behandlungskonzept.

Gesamtheitliches Behandlungskonzept

Shiatsu wirkt durch seinen regulierenden Effekt insbesondere prophylaktisch und gleicht energetische Disharmonien aus noch bevor diese sich als Erkrankungen manifestieren. Shiatsu dient in Rücksprache mit dem jeweiligen Fachpersonal auch zur Begleitung von konventionellen Therapien wie Psychotherapie, Physiotherapie oder schulmedizinischen Behandlungen sowie Regeneration und Rehabilitation nach Unfällen oder Krankheiten. Beruflicher oder sozialer Stress sowie daraus resultierende Verspannungen und Unausgewogenheiten der Befindlichkeit werden positiv beeinflusst. Auf Grund der harmonisierenden Arbeitsmethode unterstützt Shiatsu die Funktionen des vegetativen Nervensystems, wie z.B. Atmung, Verdauung, Schlaf, Blutkreislauf, etc. und wirkt günstig auf den Bewegungsapparat. Bei bestimmten Formen von Schmerzen kann Shiatsu nach Abklärung der Ursache Abhilfe schaffen.

Shiatsu fördert darüberhinaus Körperbewusstsein und Achtsamkeit.

Klassische Anwendungsgebiete sind daher Schwangerschaftsbegleitung, Geburtsvorbereitung, Menopause. Auch bei **geriatrischen Beschwerden**, bei Lern- und Konzentrationsschwächen bei Kindern sowie Hyperaktivität wird Shiatsu als hilfreich erlebt und therapeutisch eingesetzt.

Shiatsu versteht sich dabei als eine alternative, komplementäre Form der Behandlung und ersetzt im gegebenen Fall nicht einen Arztbesuch.

Eine Shiatsu-Behandlung ist kein Ersatz für eine anstehende, medizinische oder psychiatrische Behandlung.

Diese Form der Behandlung eignet sich in hohem Maße um schulmedizinische Behandlungen sinnvoll zu unterstützen. Daraus ergibt sich ein **Gesamtbehandlungs-konzept** das mit den behandelnden ÄrztInnen ausgearbeitet werden kann. In unserem Fall soll der Teil der geriatrischen Behandlungsformen hervorgehoben werden.

Ärzte und Shiatsu

Da bereits in der Definition der Sektion „Geriatrische Medizin“ der **European Union Geriatric Medicine Society** der ganzheitliche Behandlungsansatz verankert ist, bietet sich die Behandlung mit Shiatsu in diesem Bereich geradezu an. Immer mehr MedizinerInnen und TherapeutInnen arbeiten mit ShiatsupraktikerInnen zusammen, um auch den energetischen Aspekt bei der Behandlung geriatrischer PatientInnen mit einzubeziehen.

Weiters sind die **Mobilisation** der Gelenke und die Förderung der Beweglichkeit ein zusätzlicher Aspekt der Behandlung mit Shiatsu. Die Erfahrung zeigt, dass bei vielen KlientInnen die Lebensqualität deutlich verbessert werden konnte. Das Feedback der behandelnden ÄrztInnen war und ist ebenfalls sehr positiv, da die Medikation bei verschiedenen KlientInnen/PatientInnen, die mit Shiatsu parallel behandelt wurden, zurückgegangen ist. Dies geht auch aus der Medikamentenstatistik der beiden von mir betreuten Pflegestationen hervor. Die behandelten KlientInnen/PatientInnen zeigten sich deutlich agiler und haben mehr Lebensfreude.

Um also sinnvolle Behandlungen durchzuführen, ist es notwendig ein paar grundsätzliche Dinge zu beachten. Dies führt uns zur Begriffsbestimmung **altersassoziierter Krankheiten** und der Wichtigkeit einer genauen **Anamnese**.

Anamnese, Krankheiten

Anamnese

Zu erwähnen sei vorab, dass die Begriffe Anamnese und Diagnose den ÄrztInnen vorbehalten sind. In unserem Fall sprechen wir von energetischer Einschätzung die analog zur ärztlichen Anamnese erhoben wird. Allerdings sind die gleichen Aspekte, wie im Nachfolgenden zu sehen ist, bei der energetischen Einschätzung von Bedeutung.

Im Rahmen der **Anamnese** (von griech. ἀνάμνησις *anamnêsis* „Erinnerung“) wird die Vorgeschichte eines/r PatientIn in Bezug auf seine aktuellen Beschwerden erhoben. Die biographische Anamnese ist darüber hinaus erweitert auf die gesamte Lebensgeschichte des/r PatientIn.

Eine sorgfältige Anamneseerhebung schließt biologische, psychische und soziale Aspekte mit ein. Die dabei erhaltenen **Einzelinformationen** erlauben oftmals Rückschlüsse auf Risikofaktoren und kausale Zusammenhänge. Ein therapeutisches An-

liegen ist damit nicht direkt verbunden, wenngleich bereits allein das Reden über die Probleme eine heilsame bzw. klärende Wirkung haben kann.

Ziel der Anamnese ist die größtmögliche Einschränkung der in Frage kommenden Differenzialdiagnosen, vorzugsweise anhand von Leitsymptomen und Ausschlusskriterien. Um eine definitive Diagnose stellen zu können, sind im Anschluss daran meist noch weiterführende Untersuchungen notwendig.

Die Inhalte einer Anamneseerhebung unterscheiden sich je nach Lage des Falles zum Teil erheblich, die grundsätzlichen Bestandteile sind dennoch immer die gleichen:

- Es werden aktuelle und vergangene körperlichen Beschwerden und vorangegangene Behandlungen inklusive Medikamenteneinnahmen, aber auch sonstige Besonderheiten wie körperliche Belastungen während der Arbeit oder in der Freizeit, Ernährungsgewohnheiten und weitere Dinge erfragt, die Hinweise auf die somatischen Hintergründe der aktuellen Problematik liefern könnten.
- Ein weiterer wesentlicher Bestandteil der Anamnese sind Fragen nach dem psychischen Befinden. Stimmungsänderungen und -schwankungen, eine gestörte Wahrnehmung der Umgebung oder auch der eigenen Person und andere Abweichungen vom Normalzustand können Hinweise auf psychische, aber auch auf körperliche Erkrankungen sein. Besonders bei chronisch Erkrankten ist auch die Einstellung zu und der Umgang mit den Beeinträchtigungen ein wesentlicher Faktor für den weiteren Verlauf.
- Ebenfalls eng mit dem Wohlbefinden verknüpft sind die sozialen Umstände, in denen ein/e PatientIn lebt. Ob ein/e PatientIn sein/ihr Umfeld als belastend empfindet oder ob er/sie die gewünschte Unterstützung erfährt, kann sowohl eine mögliche Ursache darstellen als auch einen Ansatzpunkt für die Therapie bieten. Für die einzelnen Faktoren, die darauf Einfluss nehmen, gilt dies in gleichem Maße.

Für ein verantwortungsvolles Arbeiten mit älteren Menschen ist es ganz besonders wichtig, eine ausführliche Anamnese zu erheben, in der Risikofaktoren erkannt werden können. Besonders wichtige Punkte, die mit der/m KlientIn und/oder ArztIn abgeklärt werden müssen, sind **altersassoziierte Krankheiten**. Auf diese wird im nächsten Punkt genauer eingegangen.

Bei der Anamnese sind noch weitere Aspekte für eine sinnvolle Behandlung ausschlaggebend.

Das **soziale Umfeld** und die Lebensumstände der/s KlientIn spielen eine große Rolle und sollten bei der Anamnese erfragt werden.

Da Einsamkeit oft eine große Belastung darstellt, ist in diesem Zusammenhang auch eine psychische Belastung zu vermuten. (Dieser Punkt wird später noch einer genaueren Betrachtung unterzogen)

Dies möchte ich anhand eines Anamnesegesprächs verdeutlichen. Im Anhang ist ein Auszug aus meinem Artikel „lustige Geschichten mit Shiatsu“ veröffentlicht im Shiatsu-Journal, Ausgabe 54/2008, unter der Überschrift **Artikel „Einsamkeit“** nachzulesen.

Dieses Beispiel eines Gesprächs das tatsächlich so stattgefunden hat, verdeutlicht wie wichtig eine sorgfältige Anamnese ist und mit welchen belastenden Situationen man bei der Behandlung konfrontiert werden kann. In diesem Fall war es die Einsamkeit, die zu einer starken psychischen Belastung führte. Zum Glück konnte diese Einschränkung in der Lebensqualität der Klientin mit einfachen Mitteln behoben werden. In manch anderen Fällen ist das weitaus schwieriger und es ist die Kreativität der/s BehandlerIn gefragt. Weitere Beispiele, die im Anhang nachzulesen sind, sollen dies dokumentieren.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die **körperliche Konstitution** des/r KlientIn. Ist der/die KlientIn sportlich kann auch in ganz anderem Maße gearbeitet werden. Natürlich ist in diesem Zusammenhang auch auf die altersassoziierten Krankheiten Rücksicht zu nehmen.

Altersassoziierte Krankheiten

Vor der Behandlung ist bei der Anamnese unbedingt auf spezifische altersbedingte Erkrankungen einzugehen, da hier auch **eigene Behandlungsansätze** gefunden werden müssen.

Zumeist ist eine **Rücksprache mit dem/r behandelnden Arzt/Ärztin** erforderlich, besonders bei dementen KlientInnen, die aufgrund ihres Zustandes keine Aussagen über ihr Krankheitsbild machen können.

Altersassoziierte Krankheiten sind:

Arteriosklerose (Herzinfarkt, Schlaganfall), Arthrose, Demenz, Diabetes mellitus, Grauer Star, Krebs, Osteoporose, Parkinson-Syndrom, Chronische senile Rhinitis, Vorhofflimmern, sind jene Krankheiten mit denen man recht häufig konfrontiert wird in der Arbeit mit älteren Menschen. Darüber hinaus gibt es noch weitere Erkrankungen die untenstehend kurz beschrieben werden um auch hier ein umfassendes Bild zu erstellen.

Arteriosklerose

Unter Arteriosklerose (auch Atherosklerose, umgangssprachlich auch Arterienverkalkung) versteht man eine Systemerkrankung der Schlagadern (*Arterien*), die zu Ablagerungen von Blutfetten, Thromben, Bindegewebe und in geringeren Mengen auch Kalk in den Gefäßwänden führt. Wörtlich übersetzt heißt Arteriosklerose bindegewebige Verhärtung der Schlagadern. Die Trennung der beiden Begriffe hat einen historischen Ursprung: Während die Atherosklerose primär durch einen Intimaschaden entsteht und als (Ernährungs-)Wohlstandserkrankung seinerzeit weitaus seltener war als heute, entsteht die Arteriosklerose Typ Mönckeberg als Mediakalzinose primär innerhalb der Media. Der Begriff Atherosklerose betont demnach die histologischen Veränderungen, die der Arteriosklerose zugrunde liegen, d.h. die sich chronisch entwickelnden herdförmigen Veränderungen der mesenchymalen Zellen der inneren Gefäßwand (*Intima*) und der inneren Schichten der mittleren Gefäßwand (*Media*). Sie werden häufig auch als *Plaques* bezeichnet.

Herzinfarkt

Der Herzinfarkt, Herzanfall oder Myokardinfarkt (umgangssprachlich auch *Herzkasper*) ist eine akute und lebensbedrohliche Erkrankung des Herzens. Eine in der Humanmedizin gebräuchliche Abkürzung ist AMI (*acute myocardial infarction*). Es handelt sich um Absterben oder Gewebsuntergang (Infarkt) von Teilen des Herzmuskels (*Myokard*) auf Grund einer Durchblutungsstörung (*Ischämie*), die in der Regel länger als 20 Minuten besteht.

Leitsymptom des Herzinfarktes ist ein plötzlich auftretender, mehr als 20 Minuten anhaltender und meist starker Schmerz im Brustbereich, der in die Schultern, Arme, Unterkiefer und Oberbauch ausstrahlen kann. Er wird oft von Schweißausbrüchen, Übelkeit und evtl. Erbrechen begleitet. Allerdings treten bei etwa 25 % aller Herzinfarkte nur geringe oder keine Beschwerden auf. Im Gegensatz zum Angina-Pectoris-Anfall kommt es beim Herzinfarkt immer zum kompletten Gewebsuntergang eines Teils des Herzmuskels, in den meisten Fällen durch Blutgerinnsel in einer arteriosklerotisch veränderten Engstelle eines Herzkranzgefäßes. In der Akutphase eines Herzinfarktes treten häufig gefährliche Herzrhythmusstörungen auf. Auch kleinere Infarkte führen nicht selten über Kammerflimmern zum Sekundenherztod, etwa 30% aller Todesfälle beim Herzinfarkt ereignen sich vor jeder Laienhilfe oder medizinischen Therapie.

Schlaganfall

Als Schlaganfall (auch *Zerebraler Insult*, *apoplektischer Insult* oder *Gehirnschlag*, in der medizinischen Umgangssprache häufig verkürzend auch Apoplex oder Insult), wird eine plötzlich auftretende Erkrankung des Gehirns bezeichnet, die zu einem anhaltenden Ausfall von Funktionen des Zentralen Nervensystems führt und durch kritische Störungen der Blutversorgung des Gehirns verursacht wird.

Arthrose

Nach einer nicht-amtlichen Definition bezeichnet der Begriff Arthrose (*Syn. Arthrosis deformans* – *altgriech. ἄρθρον*, „Gelenk“ und *lat. deformare* „verstümmeln“) einen „Gelenkverschleiß“, der das altersübliche Maß übersteigt. Ursächlich werden ein Übermaß an Belastung (etwa erhöhtes Körpergewicht), angeborene oder traumatisch bedingte Ursachen, wie Fehlstellungen der Gelenke, oder auch knöcherner Deformierung durch Knochenerkrankungen wie Osteoporose gesehen. Sie kann ebenfalls als Folge einer anderen Erkrankung (etwa Gelenkentzündung) entstehen (sekundäre Arthrose) oder mit überlastungsbedingter Ergussbildung (sekundäre Entzündungsreaktion) einhergehen (aktivierte Arthrose).

Demenz

Eine Demenz (*lat. dementia* „ohne Geist“) ist ein Defizit in kognitiven, emotionalen und sozialen Fähigkeiten, die zu einer Beeinträchtigung von sozialen und beruflichen Funktionen führt und fast immer, aber nicht ausschließlich mit einer diagnostizierbaren Erkrankung des Gehirns einhergeht. Vor allem ist das Kurzzeitgedächtnis, ferner das Denkvermögen, die Sprache und die Motorik, nur bei einigen Formen auch die Persönlichkeitsstruktur betroffen. Maßgeblich ist der Verlust bereits erworbener Fähigkeiten im Unterschied zur angeborenen Minderbegabung. Heute sind verschiedene, aber nicht alle Ursachen von Demenzen geklärt, und einige Formen können in einem gewissen Umfang behandelt werden, d.h. die Symptome können im Anfangs-

stadium einer Demenz verzögert werden. Die am häufigsten auftretende Form der Demenz, aber bei weitem nicht die einzige, ist die **Alzheimer-Krankheit**.

Diabetes mellitus

Der Diabetes mellitus (DM) („honigsüßer Durchfluss“, griechisch *διαβήτης*, von altgriechisch *διαβαίνειν*, „hindurchgehen“, „hindurchfließen“ und lateinisch *mellitus* „honigsüß“) oder die Zuckerkrankheit ist die Bezeichnung für eine Gruppe von Stoffwechselkrankheiten und beschreibt deren ursprüngliches Hauptsymptom: Ausscheidung von Zucker im Urin. Interessantes Detail am Rande. In der Antike wurde die Diagnose durch eine Geschmacksprobe des Urins gestellt, denn der Harn von Personen mit Diabetes weist bei erhöhtem Blutzuckerspiegel einen durch Zucker süßlichen Geschmack auf.

Inzwischen ist es in der Fachsprache der Sammelbegriff für verschiedene (heterogene) Störungen des Stoffwechsels, deren Leitbefund eine Überzuckerung des Blutes (Hyperglykämie) ist. Ursache ist entweder ein Insulinmangel, eine Insulinunempfindlichkeit (Insulinresistenz) oder beides. Je nach Ursache gibt es unterschiedliche Diabetestypen, die jedoch verbindende Gemeinsamkeiten aufweisen.

Grauer Star

Die Katarakt oder Grauer Star bezeichnet eine Trübung der Augenlinse. Betrachtet man Menschen, die an einer fortgeschrittenen Katarakt erkrankt sind, kann man die graue Färbung hinter der Pupille erkennen, woher sich die Bezeichnung *Grauer Star* ableitet. Die getrübte Linse kann operativ durch ein künstliches Linsenimplantat ersetzt werden.

Krebs

Krebs, Krebsgeschwulst, syn. Malignom bezeichnet in der Medizin einen malignen (bösartigen) Tumor – eine bösartige Neoplasie. Im engeren Sinn sind die malignen epithelialen Tumoren (Karzinome) und die malignen mesenchymalen Tumoren (Sarkome) gemeint. Umgangssprachlich werden auch die bösartigen Hämoblastosen als Krebs, wie beispielsweise Leukämie als „Blutkrebs“ bezeichnet.

Allen sonstigen Tumoren, zu denen auch benigne (gutartige) Neoplasien zählen, sind kein „gutartiger Krebs“ oder Krebs irgendeiner Form. Diese sind Gewebsvermehrungen oder Raumforderungen im Körper, die keine Metastasen bilden. Das betrifft sowohl die Schwellung bei einer Entzündung als auch gutartige Neoplasien (Neubildungen von Körpergewebe durch Fehlregulationen des Zellwachstums).

Gutartige Tumoren wie Muttermale und Fettgeschwülste (Lipome) werden in der Fachsprache nicht als Krebs bezeichnet, aber sie können trotzdem gefährlich werden, da sie entarten können oder lebenswichtige Organe in deren Funktion beeinträchtigen (etwa der Kleinhirn-Brückenwinkeltumor). Krebs ist im allgemeinen Sprachgebrauch ein Sammelbegriff für eine Vielzahl verwandter Krankheiten, bei denen Körperzellen unkontrolliert wachsen, sich teilen und gesundes Gewebe verdrängen und zerstören können. Krebs hat unterschiedliche Auslöser, die letztlich alle zu einer Störung des genetisch geregelten Gleichgewichts zwischen Zellzyklus (Wachstum und Teilung) und Zelltod (Apoptose) führen.

Die sich dem Krebs widmende medizinische Fachdisziplin ist die Onkologie.

Osteoporose

Die Osteoporose (v. altgr. ὀστέον „Knochen“ und πῶρος „hart“) ist eine häufige Alters-Erkrankung des Knochens, die ihn für Brüche (Frakturen) anfälliger macht. Die auch als Knochenschwund bezeichnete Krankheit ist gekennzeichnet durch eine geringe Knochenmasse und den übermäßig raschen Abbau der Knochensubstanz und -struktur. Die erhöhte Frakturanfälligkeit kann das ganze Skelett betreffen.

Häufigste Knochenerkrankung im höheren Lebensalter. Am häufigsten (95%) ist die primäre Osteoporose. 80% aller Osteoporosen betreffen postmenopausale Frauen. 30% aller Frauen entwickeln nach der Menopause eine klinisch relevante Osteoporose. Sekundäre Osteoporosen sind seltener (5%), wobei die Behandlung mit Glukokortikosteroiden und Immobilisation im Vordergrund stehen.

Häufige Folgen der Osteoporose sind Knochenbrüche. Nach Häufigkeit sortiert sind dies:

1. Wirbelkörper-Einbrüche (Sinterungen)
2. Hüftgelenks-nahe Oberschenkelknochenbrüche (u.a. Schenkelhalsfraktur)
3. Handgelenks-nahe Speichenbrüche (distale Radiusfraktur)
4. Oberarmkopfbuch (subcapitale Humerusfraktur)
5. Beckenbruch

Außerdem besteht eine vermehrte Anfälligkeit für sonstige Frakturen.

Parkinson-Syndrom

Die Parkinson-Krankheit bzw. Morbus Parkinson (weitere Synonyme: *Parkinsonsche Krankheit*, *Parkinson'sche Krankheit*, *Paralysis agitans* = *Schüttellähmung* oder *Zitterlähmung*, *Idiopathisches Parkinson-Syndrom* (IPS)) ist eine langsam fortschreitende neurologische Erkrankung. Sie zählt zu den degenerativen Erkrankungen des Extrapyramidalmotorischen Systems. Die Hauptsymptome sind Rigor (Muskelstarre), Tremor (Muskelzittern) und Bradykinese (verlangsamte Bewegungen), welche bis hin zu Akinese (Bewegungslosigkeit) führen kann, sowie posturale Instabilität (Haltungsinstabilität). Ausgelöst wird sie durch das Absterben von Zellen in der Substantia nigra, einer Struktur im Mittelhirn, die den Botenstoff Dopamin herstellt. Der Mangel an Dopamin führt letztlich zu einer Verminderung der aktivierenden Wirkung der Basalganglien auf die Großhirnrinde. Die Leitsymptome des Morbus Parkinson können auch im Rahmen anderer neurodegenerativer Erkrankungen wie beispielsweise der progressiven supranukleären Blickparese vorkommen. Der Oberbegriff aller dieser Erkrankungen einschließlich des Morbus Parkinson ist Parkinson-Syndrom.

Nach einer medizinischen Definition möchte ich noch zusätzlich auf meinen Vortrag zum Thema Parkinson-Syndrom aus der Sicht der traditionellen chinesischen Medizin (TCM) einfügen. Ich wurde vom Vorstand der österreichischen Parkinson-Gesellschaft gebeten diesen Vortrag zu halten und die Mitschrift die auch im Mitteilungsblatt der österreichischen Parkinson-Gesellschaft veröffentlicht wurde, ist im **Anhang unter der Überschrift „Shiatsu-Vortrag für die österreichische Parkinson-Gesellschaft“** nachzulesen. Hierbei werden interessante Aspekte beleuchtet die auch einen guten Behandlungsansatz darstellen. Die Zusammenarbeit mit den

behandelnden ÄrztInnen und TherapeutInnen der verschiedenen Fachrichtungen bringt durchaus brauchbare Erfolge hinsichtlich der Steigerung der Lebensqualität und Mobilität der PatientInnen die am Parkinson-Syndrom leiden.

Chronisch senile Rhinitis

Die chronische senile Rhinitis, umgangssprachlich auch Alterstropfnase genannt, entspricht einem anhaltenden chronischen wässerigen Schnupfen bei älteren Menschen.

Diese Form einer Rhinitis ist im höheren Alter recht häufig

Bei diesem multifaktoriellen Syndrom werden einerseits degenerative Veränderungen der Nasenschleimhaut, andererseits Formänderungen der Nase und schließlich Nebenwirkungen von Medikamenten der häufig multimorbiden PatientInnen diskutiert.

Vorhofflimmern

Vorhofflimmern ist eine vorübergehende (*paroxysmale* oder *intermittierende*) oder dauerhafte (*permanente*) Herzrhythmusstörung mit ungeordneter Tätigkeit der Herzvorhöfe. Gebräuchliche Abkürzungen sind AF oder AFib (von englisch *Atrial fibrillation*), Vfli, VoFli, VHF und VHFli.

Vorhofflimmern ist die häufigste bedeutsame Herzrhythmusstörung, allein in Deutschland leiden darunter etwa 300.000 Menschen. Im Unterschied zum Kammerflimmern ist Vorhofflimmern nicht lebensbedrohlich. Etwa 70 Prozent der Vorhofflimmer-Attacken bemerken die Patienten nicht. Die Betroffenen beklagen meist unspezifische Beschwerden wie Müdigkeit, Palpitationen oder Schlafstörungen. Herzrasen bemerken 70-80% der symptomatischen Patienten. Darüber hinaus bedeutet Vorhofflimmern bei vielen Patienten ein erhöhtes Schlaganfallrisiko.^[1]

Im nächsten Absatz werden ebenfalls Krankheiten und Beeinträchtigungen besprochen, die zwar nicht als altersassoziierte Krankheiten gelten, jedoch trotzdem bei älteren Menschen häufiger auftreten.

Krankheiten und Beeinträchtigungen

Bei älteren Menschen sind durchaus noch weitere Krankheiten und Beeinträchtigungen bei der Behandlung zu berücksichtigen. Es gibt mehrere Möglichkeiten wie in diesen Fällen mit dem/r KlientIn umgegangen werden sollte. Selbstverständlich ist die **Anpassung der Druckstärke** Voraussetzung für einen Behandlungserfolg. Aber auch die zur Auswahl stehenden Körpermeridiane und/oder eine Kombination derselben spielt eine Rolle bei der Sitzung. Es ist auch nicht möglich jede Drucktechnik anzuwenden.

Wie bereits oben erwähnt, muss darauf Rücksicht genommen werden, dass ältere Menschen oftmals unter Osteoporose leiden. Erschwerend kommt hinzu, dass einige KlientInnen noch nicht untersucht wurden und daher nicht wissen ob eine **Osteoporose-Erkrankung** vorliegt. In allen Fällen ist zur Vorsicht und zur **umsichtigen Behandlung** geraten, da sonst Brüche oder ähnliche Verletzungen die Folge sein können.

Meine Empfehlung an jene die mit diesem Thema zum ersten Mal konfrontiert sind ist folgende. Der normale Hausverstand rät dazu mit älteren und gebrechlichen Menschen vorsichtig umzugehen. Das sollte Druck-Techniken wie zum Beispiel den Einsatz von Barfuß-Shiatsu, bei dem auf den Körper gestiegen wird, von vorneherein ausschließen. Bei KlientInnen die körperlich fit sind und auch die entsprechende Konstitution mitbringen könnten diese Techniken zwar angewandt werden, ich rate jedoch zu einer genauen Anamnese und Rücksprache mit den/m behandelnden Ärzten bevor man diese Techniken in Erwägung zieht. Oftmals gilt der Grundsatz, dass weniger mehr ist und deshalb rate ich immer zur Vorsicht.

Wie im vorigen Absatz angekündigt werden nachstehend noch weitere Erkrankungen, mit denen man bei der Arbeit mit älteren Menschen konfrontiert ist, aufgelistet. Diese Erkrankungen gelten nicht als spezifisch altersassoziiert, da auch jüngere Menschen davon betroffen sein können. Allerdings ist die Häufigkeit bei älteren Menschen signifikant.

Asthma, verschiedene Hauterkrankungen, Kontrakturen, Fehlstellungen der Gelenke, Bewegungseinschränkungen, atrophiierte Muskeln, Ödeme, Varizen, aber auch die unterschiedlichsten Prothesen, wie Hüft- und/oder Knie TEP (Total-Endo-Prothese).

Bei der Behandlung von KlientInnen die bereits künstliche **Hüft- und/oder Knieprothesen** haben **schließen sich Dehnungen aus**. Die Dehnungen könnten die Prothese lockern, was wiederum eine neuerliche Operation zur Folge haben könnte. Auch hier sieht man die Wichtigkeit einer genauen Anamnese.

Ein weiterer Aspekt der Berücksichtigung verdient und in der Befragung oft auch vergessen wird, ist die **psychische Belastung** durch möglicherweise unverarbeitete **Traumata** aus Kriegserlebnissen. Ältere Menschen haben die Kriegszeit *oft* hautnah miterlebt. In den Behandlungen, wenn erst mal Vertrauen aufgebaut ist, passiert es öfter, dass man mit solchen Erlebnissen aus der Erinnerung der KlientInnen konfrontiert wird. Am Körper sind **Narben** von Kriegsverletzungen zu sehen. In vielen Fällen wurden die Erlebnisse verdrängt, aber man muss bei der Behandlung immer mit besetzten Körperbereichen rechnen. Vor allem wenn Shiatsu bekleidet durchgeführt wird, können Körperbereiche berührt werden die zu entsprechenden Abwehrreaktionen von Seiten des/r KlientIn führen. Die Behandlung muss sehr sensibel durchgeführt werden, da auch bei der Befragung in der Regel auf diese Narben und Verletzungen nicht eingegangen wird.

Auch **Operationen**, die in einem langen Leben vorkommen, sind bei der Anamnese zu berücksichtigen. Je nach Befund und Risikobeurteilung muss die Arbeitsweise an die jeweiligen Beschwerden angepasst werden.

Auch hier empfiehlt es sich mit dem/r behandelnden ArztIn Rücksprache zu halten.

Ein weiterer Punkt betrifft auch die vom Arzt/der Ärztin verabreichten **Medikamente**. Wechselwirkungen sind daher nicht ganz auszuschließen und müssen ebenfalls mit dem/r ArztIn abgeklärt werden. Oftmals können Medikamente sogar reduziert werden. Als klassisches Beispiel sei hier die manuelle Technik der Lymphdrainage zu nennen, die durchaus in der Lage ist die entwässernde Wirkung zu unterstützen. Dadurch ist es möglich entsprechende **entwässernde Medikamente** zu verringern. Bekannterweise haben Medikamente wie z.B. Lasix (entwässerndes Medikament) er-

hebliche Nebenwirkungen. Diese können durch Verwendung von manuellen Methoden verringert werden.

Zur Vorsicht sei auch bei anderen Medikamenten geraten. **Blutverdünnende Medikamente** können sehr leicht Hämatome hervorrufen, aber auch **schmerzstillende Medikamente** müssen bei der Behandlung berücksichtigt werden, da Schmerzen erst bei nachlassender Wirkung auftreten können. Die Dosierung der Druckstärke ist hier sehr wichtig und erfordert ein gewisses Maß an Erfahrung im Umgang mit diesen KlientInnen.

Nachfolgend sollen verschiedene Techniken angesprochen werden, die auf die unterschiedlichen Beschwerdesituationen der KlientInnen eingehen und in der Behandlung verschiedene Wege aufzeigt..

Die Arbeit mit älteren Menschen

Anpassung der Arbeitsweise

Die einzelnen Techniken müssen an die Situation und an den/die jeweiligen KlientIn angepasst werden. Für viele ältere KlientInnen ist es nicht vorstellbar am Boden behandelt zu werden und das Aufstehen vom Boden zudem oft auch mit **Schmerzen** verbunden. Das sollte nach Möglichkeit vermieden werden.

In der Geriatrie zu arbeiten, bedeutet aber zwangsläufig, nicht immer nur alte und gebrechliche KlientInnen zu haben. Es kommen auch rüstige und bewegungsfreudige ältere KlientInnen mit denen durchaus am Boden gearbeitet werden kann. Dies sollte aber zuvor im Anamnesegespräch geklärt werden.

Grundsätzlich können alle Techniken angewandt werden. Oftmals macht es auch Sinn, einzelne Teile einer Technik mit anderen Techniken zu kombinieren. Immer aber ist auf vorhandene Beschwerden wie Osteoporose, Ödeme, Varizen, etc. Rücksicht zu nehmen.

Das Hauptaugenmerk in der Behandlung von älteren Menschen liegt fast immer im **Nähren und Aufbauen**, da man es vor allem mit Schwäche- oder Mangelstrukturen zu tun hat.

Ein weiterer Aspekt ist die **Motivation zur Bewegung**, denn alte Menschen leiden häufig unter Bewegungseinschränkungen. Freude an der Bewegung zu wecken ist sinnvoll, aber es ist zu bedenken, dass ihre Gelenke meist arthrotisch sind und bei bestimmten Bewegungen schmerzen. Man muss viel erklären und mit Geduld die Grenzen ausloten, um diese erweitern zu können. Gelingt es sicht- und spürbare Erfolgserlebnisse zu erzielen, steigt die Lebensqualität der Betroffenen.

Die Spannbreite der **Erfolgserlebnisse** ist sehr groß: Sich im Bett wieder aufsetzen zu können, den Rollstuhl für ein paar Schritte zu verlassen oder wieder selbst, ohne fremde Hilfe, auf die Toilette gehen zu können, sind oft regelrechte Quantensprünge, die vom KlientInnen als große Leistung und tolles Erlebnis empfunden werden.

Behandlung im Bett

Bei bettlägerigen KlientInnen muss die Behandlung oft dahingehend umgestellt werden, dass nicht mit den „klassischen“ Positionen gearbeitet werden kann. Man kann aber auch im Stehen aus dem Hara arbeiten.

In der Regel sind die KlientInnen im Bett so gelagert, dass sie keine Schmerzen haben (Schonhaltung). Weiters ist zu beachten, dass viele KlientInnen sehr schwach sind und ihre Muskeln sind oft schon weitgehend atrophiert und wahrscheinlich druckempfindlich. Man sollte sich langsam an die Behandlung herantasten und immer wieder **Rückmeldungen** erbitten. Da bei den meisten KlientInnen Schwäche und Leere vorliegen, ist die Gefahr der Überforderung groß. Aufbauen, Nähren, Moxibustion (Wärmebehandlung mit Beifußkraut) und eher sanfte, großflächige Berührung sind meist eine gute Wahl und werden als sehr angenehm und wohltuend empfunden. Auch sanfte Bewegungen und Dehnungen sind möglich und sinnvoll. Zu beachten ist, dass Veränderungen sehr lange dauern. Nichts geht schnell.

Behandlung auf dem Massagetisch

Bei KlientInnen die zwar ein paar Schritte gehen können, aber größtenteils auf einen Rollstuhl angewiesen sind, ist es möglich, sie vom Rollstuhl auf den Massagetisch zu setzen und dann hinzulegen. Das ist schonender und kann leichter durchgeführt werden als die **Lagerung** auf dem Boden. Auf den Boden liegen wäre in vielen Fällen zwar möglich, aber das Aufstehen nach der Sitzung bereitet anschließend oft große Schmerzen und zerstört damit die entspannende und aufbauende Wirkung der Behandlung. Der Transfer vom Tisch zurück in den Rollstuhl geht leichter. Außerdem kann das seitliche Aufrichten am Tisch von einer liegenden in eine sitzende Position geübt werden. Das hilft dem/r KlientIn auch beim morgendlichen Aufstehen aus dem Bett.

Besonderes Augenmerk ist auch auf die **Atmung** zu legen. Viele alte Menschen neigen dazu, bei ungewohnter Anstrengung, wie z.B. dem Aufsetzen, die Luft anzuhalten. Weiteratmen während einer Anstrengung muss trainiert werden. Die Bewegung funktioniert dann viel leichter.

Auf dem Tisch können sämtliche Shiatsu-Sitzungen durchgeführt werden. Der/die PraktikerIn arbeitet dabei im Stehen, aber aus dem Hara heraus. Die Höhe des Tisches sollte möglichst tief eingestellt werden, damit man so gut wie möglich sein Körpergewicht einsetzen kann. Unter Umständen ist es auch möglich, mit auf den Tisch zu steigen und so wie am Boden zu arbeiten.

Behandlung im Rollstuhl

Manche KlientInnen können den Rollstuhl nicht oder nur mehr unter sehr großer Anstrengung verlassen. Aber auch dann ist es durchaus möglich im Sitzen die Arme oder die Beine (hochgelagert) zu behandeln. Der Nacken und der Kopf sind ebenfalls gut zugänglich. Der/die PraktikerIn arbeitet dabei sinnvollerweise meist im Stehen. Wenn ein Vorbeugen der/s KlientIn im Rollstuhl möglich ist, so bietet sich auch eine Behandlung am Rücken an. Der/die PraktikerIn muss auf alle Fälle versuchen, die Be-

handlung an die Gegebenheiten und Möglichkeiten wie auch an die Wünsche der/s KlientIn anzupassen.

Behandlung im Sitzen

Seiza-Sitz (Fersensitz) der/s KlientIn ist in den wenigsten Fällen möglich, man kann den/die KlientIn aber auch z.B. seitlich auf einen Stuhl oder noch besser auf einen Hocker setzen und den Rücken behandeln.

Behandlungen im Sitzen haben meist einen eher **dynamischen Charakter**. Der/die KlientIn hat den Eindruck, dass viel passiert und viel Bewegung stattfindet. Man sollte hier auch auf eine mögliche Überforderung der/s KlientIn achten. Um die Befindlichkeit der/s KlientIn während der Behandlung wahrzunehmen, erweist es sich als sinnvoll, auf die Atmung zu achten. Überforderung, Schmerzen bei der Behandlung, aber auch angenehme Empfindungen verändern die Atmung und sind ein gutes Indiz, um zu beurteilen, wie der/die KlientIn die Behandlung erlebt.

Aspekte der Behandlung

Veränderungen sind im Alter vielfach schwieriger herbeizuführen, darum braucht der/die Shiatsu-PraktikerIn oftmals viel **Geduld** und muss viel **erklären**. Viele Verhaltensweisen von KlientInnen haben sich nämlich über Jahrzehnte verfestigt und Veränderungen werden von vielen alten Menschen als Anstrengung oder oft sogar als unmöglich empfunden.

Ein für den/die KlientIn und den/die Shiatsu-PraktikerIn realistisches **Ziel** zu definieren und im Zuge der Behandlungen zu verfolgen, macht deshalb Sinn. Die **Dokumentation** ist hier sehr hilfreich, um auch die erreichten **Erfolge** und Teilerfolge aufzeigen zu können. Diese Erfolge wirken in vielen Fällen motivierend und geben das Gefühl noch nützlich zu sein.

Viele ältere Menschen haben das Gefühl von der Gesellschaft ausgestoßen zu sein; Zum alten Eisen zu gehören. Dem Leben wieder Sinn geben, eine Aufgabe zu haben und doch zu etwas nütze zu sein, erfüllt das Leben wieder mit Freude. Das kann man sehen. In den Gesichtern und in den Gesprächen ist plötzlich wieder Leben und Lachen, auch wenn es manchmal anstrengend ist. Es steht immer der **Mensch** im Vordergrund.

Die gesellschaftlichen Strukturen halten da nicht so ganz Schritt und es ist noch viel zu tun in diese Richtung. Es hat sich erst einiges verbessert als die Wirtschaft den älteren Menschen als Konsumenten entdeckt hat. Eigentlich traurig, aber im kleinen Umkreis und in persönlichen Gesprächen ist viel erreichbar. Hoffen wir, dass die Politik und Wirtschaft in Zukunft auch hier etwas menschlicher reagieren und Bedingungen schaffen die ein Altern in Würde erlauben.

Schmerzen bei der Behandlung

Das Schmerzempfinden ist sehr **individuell**. Manchen KlientInnen bereiten schon die kleinsten Bewegungen Schmerzen. Vorsichtiges und einfühlsames **Herantasten** ist deshalb notwendig. Hier macht es Sinn, sich von der/dem KlientIn während der Behandlung **Feedback** zu holen. Weiters ist zu beachten, dass viele KlientInnen **Schmerzmittel** nehmen. Ihr Schmerzempfinden ist dadurch verändert. Man sollte aufpassen, dass nicht durch die Behandlung Schmerzen entstehen, die der/die KlientIn erst dann fühlt, wenn die Wirkung der Medikamente nachlässt. Im Zweifelsfall sollte man deshalb vorsichtiger arbeiten und sich langsam an eine optimale Druckstärke oder Dehnung herantasten. Die Rücksprache mit der/dem KlientIn ist wichtig, um die Behandlungen optimal abstimmen zu können.

Es ist auch darauf zu achten, warum der/die KlientIn Schmerzen hat. Nicht immer sind altersbedingte Beschwerden wie Gicht, Rheuma, Arthrose u.ä.m. die **Ursache** für die Schmerzen. Verschiedene Körperregionen können durchaus auch mit traumatischen Erlebnissen verknüpft sein, die sich durch Schmerzen äußern. Verursacht man bei einer Behandlung Schmerz, so können diese Erfahrungen an die Oberfläche kommen.

In der Anamnese werden solche Erlebnisse allerdings meist nicht angegeben, schon deshalb nicht, weil die betroffenen KlientInnen gar nicht daran denken. Die Geschehnisse sind oft sogar so stark verdrängt, dass bei einer Befragung nicht darauf eingegangen werden kann. Dazu sollte bedacht werden, dass auch Erlebnisse aus der Kriegszeit, Vergewaltigung oder andere Formen von Gewaltanwendung in einem langen Leben vorgekommen sind und diese möglicherweise nicht wirklich verarbeitet, sondern nur verdrängt wurden. **Psychotherapeutische Begleitung** ist in diesen Fällen durchaus angebracht und sollte angeboten werden.

Sollten bei der Behandlung verdrängte Traumata hochkommen, nachdem besetzte Körperbereiche bearbeitet wurden, ist natürlich die Behandlung zu unterbrechen. Je nach Lage der Dinge ist die Beruhigung des/r KlientIn im Vordergrund. Falls die Augen geschlossen sind sollte der/die KlientIn die Augen öffnen um sich wieder zurechtzufinden. Bei den Behandlungen passiert es immer wieder, dass KlientInnen in Trance geraten. Das heißt, sie bewegen sich gedanklich in ganz anderen Regionen und erträumen sich eine eigene Welt. Falls dann traumatische Erlebnisse, die zu meist erfolgreich verdrängt wurden, hochkommen, ist es sinnvoll sie in die Realität zurückzuholen. Dies geschieht mit dem Öffnen der Augen. Weiters versuche ich auch den/die KlientIn soweit in Embrionalstellung zu legen, was ebenfalls eine beruhigende Wirkung hat. In manchen Fällen ist es auch notwendig sich als BehandlerIn selbst am Rücken der/des KlientIn anzulegen. (Löffelchenstellung) Das hat selbstverständlich keinen sexistischen Hintergrund und dient der Beruhigung des/der KlientIn. Ich empfehle auch manchmal lange zu duschen und vor allem die Haare zu waschen.

Danach ist es erforderlich ein Gespräch zu führen. Im Bedarfsfall ist eine begleitende psychotherapeutische Behandlung anzuraten damit diese Traumata verarbeitet werden können.

Motivation und Zugang

Reden ist bei den meisten KlientInnen der wichtigste und beste Zugang. Im **Gespräch** lässt sich ein Behandlungsziel definieren, wobei die Lebensumstände, der Verlauf des bisherigen Lebens und der gesundheitliche Zustand eine große Rolle spielen. Am besten kann man über Erfolgserlebnisse motivieren. Wenn der/die KlientIn bemerkt, dass Tätigkeiten und/oder Bewegungen wieder möglich sind, (die zuvor nicht durchgeführt werden konnten), kann man die Freude und Begeisterung ebenso wie den Wunsch nach weiteren Erfolgen deutlich sehen.

Die Zugänge zu den Menschen sind sehr unterschiedlich. Manche KlientInnen muss man spielerisch motivieren. Bei anderen KlientInnen wiederum ist es notwendig, die Übungen oder Bewegungen einfach anzuordnen und mit der/dem KlientIn durchzuführen. Hier ist viel **Einfühlungsvermögen** und **Fingerspitzengefühl** der/des PraktikerIn gefragt. Selbstverständlich sollte vorher mit dem/der Arzt/In geklärt werden, ob der/die KlientIn diese Bewegungen und/oder Behandlungen durchführen kann.

Bei KlientInnen, die unter fortschreitender Demenz oder Alzheimer leiden, ist eine normale Wahrnehmungsfähigkeit oft nicht gegeben. Die Krankheitsbilder variieren deutlich (siehe auch unter alterassozierte Krankheiten). Manche KlientInnen werden vollkommen apathisch oder auch aggressiv und boshaft. Oft sind sie orientierungslos und wirken verloren. Mit all diesen Dingen muss der/die PraktikerIn umgehen können und die Behandlungen dementsprechend anpassen. Es gibt kein Rezept, sondern man muss in der Behandlungssituation **entscheiden**, was jetzt am besten wäre. Mit einem spielerischen Zugang habe ich die besten Erfahrungen, weil dieser Zugang nicht bedrohlich auf Menschen wirkt, die sich ihrer Wahrnehmungen nicht mehr sicher sind.

Auch hierzu sei ein Beispiel aus meiner täglichen Arbeit hilfreich. Es soll verdeutlicht werden auf welchen unterschiedlichen Ebenen Erfolge erzielt werden können und wie wichtig der **spielerische Zugang** ist. Eigentlich hat diese „Behandlung“ nichts mit Shiatsu im eigentlichen Sinn zu tun, allerdings ist hier die Zuwendung zum Problem der Klientin im Vordergrund. Die Verspannungen im Nacken waren massiv und jede Bewegung schmerzhaft für die Klientin. Man hat jetzt zwei Möglichkeiten, die Behandlung abbrechen oder versuchen im Spielerischen einen Zugang zu finden. Sollte das nicht funktionieren, bleibt einem immer noch der Weg zur Schulmedizin. In diesem Fall hat das sehr gut funktioniert. Wie gut, dass ist im Artikel „Nacken – Schulter – Behandlung einmal anders“, im Anhang nachzulesen.

Dieses Beispiel soll vor allem verdeutlichen wie unterschiedlich Berührungspunkte und Zugänge sind. Die Dame ist mir sehr ans Herz gewachsen und leider im vorigen Jahr mit 99 Jahren verstorben. Ich war die letzte Stunde bei ihr und habe sie auch hier begleitet. Sie wird mir in guter Erinnerung bleiben.

Hilfreich ist es auch, Sicherheit zu geben, und wichtig ist – wie eigentlich immer – alles zu dokumentieren und Rücksprache mit dem/der Arzt/In und dem Betreuungspersonal (Krankenpflege) zu halten um auszuloten welche **Möglichkeiten** man hat, eine sinnvolle Behandlung durchzuführen.

Gespräche während der Behandlung

Manche Behandlungen alter Menschen unterscheiden sich grundlegend von „normalen“ Shiatsu-Behandlungen. Einige KlientInnen leiden nämlich sehr unter **Vereinsamung**, vor allem wenn der langjährige LebenspartnerIn gestorben ist. Viele sind auch sehr in sich zurückgezogen und trauen sich nicht, andere Menschen anzusprechen. Das trifft meist nicht auf den/die BehandlerIn zu, der „alles“ zu hören bekommt, von Kriegserlebnissen über die jeweiligen Krankheitsgeschichten bis hin zu partnerschaftlichen Probleme u.v.a.m.

Reden ist in diesem Fall oft ein **Ventil** und entstaut Herz und Leber. Auffällig dabei ist, dass oft sehr schnell gesprochen wird. Es muss alles raus, alles muss gesagt werden. Mit der Zeit lässt das Redebedürfnis etwas nach, und es können dann „ganz normale“ Behandlungen stattfinden.

Die Einsamkeit belastet Menschen oft sehr und sie nutzen dann jede Gelegenheit um sich mitzuteilen. Viele ältere und einsame Menschen gehen eigentlich nur deshalb zum/r ArztIn und auch zum/r TherapeutIn um sprechen zu können. Probleme die nicht ausgesprochen werden können, werden auch nicht verarbeitet und belasten dadurch weiterhin.

In der täglichen Praxis bekommt man von den gleichen KlientInnen immer wieder die gleichen Geschichten zu hören. Meist sind es Krankheitsgeschichten die sich ständig wiederholen. Man kennt dieses Phänomen wenn man beim praktischen ArztIn sitzt und sich die Gespräche von anwesenden älteren Menschen anhört. Diese Gespräche bekommen oft eine ganz **eigene Dynamik** und man hat fast den Eindruck die Gesprächspartner versuchen sich gegenseitig mit der Schwere ihrer Krankheit zu übertrumpfen. In meinem Wartebereich vor der Praxis finden ähnliche Gespräche statt. Eigentlich ist es nur die Bitte um Aufmerksamkeit. Man will als Mensch wahrgenommen werden und da ist eine ziemlich schlimme Krankheit ganz hilfreich um Aufmerksamkeit zu erregen.

Leider passiert aber genau das Gegenteil, vor allem dann wenn sich die Gesprächspartner schon länger kennen. Die Krankheiten wurden schon unzählige Male erörtert und man will gar nicht mehr zuhören um nicht schon wieder die gleichen Geschichten durchzusprechen. Man wendet sich ab und das wird in vielen Fällen als **Kränkung** empfunden.

Ich habe eine Vereinbarung mit meinen KlientInnen getroffen. Sie dürfen während der Behandlung sprechen solange sie Lust dazu haben. Nicht sprechen zu dürfen bedeutet Frustration und belastet die Leber (lt. Traditioneller chinesischer Medizin). Ich habe die Erfahrung gemacht, dass wenn Sprechen während der Behandlung erlaubt ist, sich diese Menschen viel wohler fühlen und sich auf die Behandlung in einer ganz anderen Weise einlassen können. Das Reden hört dann nach einiger Zeit auf, da nicht mehr die Notwendigkeit besteht Reden zu müssen, denn man könnte ja jetzt alles erzählen wenn man wollte. Die Gespräche verlagern sich mehr an den Anfang der Behandlung und hören dann auf.

Der **Rhythmus** der Zen-Technik ist in diesen Fällen sehr hilfreich, da der Körper im Unbewussten diesen Rhythmus aufnimmt. Das wirkt sehr beruhigend und die At-

mung vertieft sich in vielen Fällen. Das angenehme und entspannende Gefühl dringt immer mehr an die Oberfläche und der Redefluss hört ganz von allein auf.

Die **Zuwendung** ersetzt das Gefühl reden zu müssen um Zuwendung zu erhalten.

In diesem Zusammenhang möchte ich eine weitere Geschichte erzählen die meines Erachtens nach ein gutes Beispiel für spielerischen Umgang und Gespräch während der Behandlung darstellt. Nachzulesen im Anhang unter Artikel „Gespräch mit einer Baroness“.

Aus diesem Dialog ist zu ersehen, dass Gespräche während der Behandlung nicht immer nur fad sein müssen. Menschen zum Lachen zu bringen hat ja erwiesenermaßen einen heilsamen Effekt.

Bewegungseinschränkungen

Bei älteren Menschen lässt die Bewegungsfähigkeit nach und sie werden oft auch langsamer. Das Bewegungspotential der Gelenke wird vielfach über Jahre hinweg nicht mehr voll ausgenutzt. Eine mögliche Folge sind Ablagerungen in den Gelenken (Arthrosen). Dehnungen helfen (sofern keine Prothesen vorhanden sind), dass die Gelenke wieder besser durchblutet und die Muskeln geschmeidiger werden. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang, dass alte Menschen oft an (beginnender) Austrocknung, d.h. an einer Schwäche des Blutes und/oder der Säfte leiden. Die Jin Ye (Säfte) sind verantwortlich für die Schmierung der Gelenke, weshalb die Frage „Wie viel trinken sie pro Tag“ in keiner Anamnese fehlen sollte. Die Erfahrung zeigt, dass Flüssigkeit zu sich nehmen oft „vergessen“ wird. Ältere Menschen haben keinen Durst und trinken daher oft viel zu wenig. Die Dehydration ist nicht ganz ungefährlich und es passiert immer wieder das ältere Menschen ins Spital eingeliefert werden müssen um den **Flüssigkeitshaushalt** wieder mit Kochsalzlösung aufzufüllen.

Ein wesentliches Indiz für **Austrocknung** ist die Haut. Bei älteren Menschen ist sie oft pergamentartig und es bleiben Hautfalten stehen bei der Überprüfung des Bindegewebes. In diesen Fällen lasse ich sofort Wasser trinken.

Viele ältere Menschen trinken auch aus einem anderen Grund zu wenig. Sie leiden an **Inkontinenz** (Die Haltefunktion der Niere ist zu schwach, lt. TCM-Diagnostik) und haben Angst Harn zu verlieren. Oft ist auch der Gang zur Toilette sehr mühsam und deshalb trinken sie weniger um nicht so oft in die Verlegenheit zu kommen.

Beide Gründe, die Austrocknung des Bindegewebes und Inkontinenz, müssen erklärt werden. Zur Toilette gehen ist das kleinere Übel. Viel schlimmer ist es zu dehydrieren. Ab einem gewissen Dehydrierungsgrad kann nicht einmal mehr im Spital geholfen werden. Dieser Zustand ist dann **lebensbedrohend**.

Umso wichtiger ist es regelmäßig zum Trinken anzuhalten. Der Körper braucht Flüssigkeit um genügend Blut und Säfte nachbilden zu können, damit die Organe befeuchtet werden und die Gelenke geschmiert werden können.

Um den Bewegungseinschränkungen in verträglichem Maße entgegenzuwirken, sind oft nur leichte Rotationen möglich. Diese können dann bei Bedarf gesteigert werden, je nach Verträglichkeit des/r KlientIn. Es ist auch zu empfehlen über die Körpermeridiane auf den Flüssigkeitshaushalt einzuwirken.

Hier sei als Empfehlung noch eingefügt, dass neben den Meridianen die den Flüssigkeitshaushalt regeln, (MP und auch 3E) auch der Dickdarm Beachtung verdient. Bei älteren Menschen liegt oft eine ausgeprägte Darmträgheit vor und der Dickdarm hat unter anderem auch die Aufgabe der Wasserresorption für den Organismus. Oft passiert es, dass Menschen zwar mengenmäßig ausreichend Flüssigkeit zu sich nehmen, aber trotzdem austrocknen weil die Wasserresorption des Dickdarm nur unzureichend funktioniert.

Einschlägige Hinweise zu den Meridianen und Akupunkturpunkten ist auch in folgenden Büchern zu finden: (nähere Informationen in den Quellen und Literaturhinweisen)

Dr. Eduard Tripp (2007) Meridiane und Tsubos

Dr. Achim Eckert (2002) Das Tao der Akupressur und Akupunktur

Dr. Achim Eckert (2007) Acht Wundermeridiane

Dieser kurze Streifzug durch die Arbeit mit älteren Menschen soll zeigen, dass auch das hohe Alter lebenswert sein kann. Wobei der/die PraktikerIn helfen kann und wie die fächerübergreifende medizinische Betreuung dabei sinnvoll eingesetzt werden kann ist in jedem einzelnen Fall individuell zu entscheiden. Fakt ist allerdings, dass die Summe aller Maßnahmen für die Betreuung älterer Menschen unumgänglich sein wird. Wir werden, so hoffe ich, diesen Weg alle beschreiten und ein hohes, lebenswertes Alter erreichen. Ein **gesamtheitliches Behandlungskonzept** ist der Weg der Zukunft.

Medikamente

Medikamente wurden bereits an anderer Stelle erwähnt, jedoch erscheint es mir wichtig diesen Aspekt in der Behandlung nochmals hervorstreichen. Es soll hier weniger auf die Wirkungsweise der Medikamente eingegangen werden, als auf den Umgang mit KlientInnen die diese Medikamente nehmen. Wir verabreichen in unserer Behandlung keine Medikamente. Dies ist selbstverständlich den ÄrztInnen vorbehalten. Wir, aber auch der/die behandelnde ArztIn sollte über die Wirkungsweise der Medikamente und der Behandlung und natürlich über die möglichen **Wechselwirkung** Bescheid wissen und diese berücksichtigen.

Markomar, Thrombo ASS, Morphinpflaster, Amaryl und Euthyrox sind nur ein paar Beispiele, weshalb es unbedingt erforderlich ist, in der Anamnese nach den eingenommenen Medikamenten zu fragen. Dabei geht es nicht um den Namen der Medikamente, sondern wofür oder wogegen sie genommen werden, z.B. um den Blutdruck zu regulieren, das Blut zu verdünnen, das Herz zu stärken, den Magen zu schützen, Schmerz zu lindern, Diabetes zu behandeln u.ä.m. Menschen, die Schmerzmittel und/oder Blut verdünnende Medikamente nehmen, müssen vorsichtiger behandelt werden. Hämatome (blaue Flecken, subcutane Blutungen) entstehen hier schon bei leichtem Druck. Bei Schmerzmitteln hingegen kommt die Wahrnehmung der Schmerzen erst mit dem Abklingen der Medikamentenwirkung. Darauf muss man bei der Dosierung der Druckstärke Rücksicht nehmen.

Der/die BehandlerIn hat in allen Punkten die Verantwortung für den/die KlientIn. Das macht die Rücksprache mit den behandelnden ÄrztInnen notwendig. Dasselbe gilt auch bei der Erhebung der Krankheiten im Anamnesegespräch. Dabei ist ein weiterer wichtiger Punkt zu beachten der im nächsten Absatz beleuchtet wird.

Krankheiten und der Umgang beim Anamnesegespräch

Zum einen ist es mir wichtig genau zu erfahren welche Krankheiten und Beeinträchtigungen vorliegen. Dies wurde schon im Absatz alterassozierte Krankheiten abgehandelt.

Zum anderen ist es mir ein Anliegen darauf hinzuweisen das bei der Anamneseerhebung von Seiten des/r Shiatsu-PraktikerIn der richtige Umgang mit diesen **sensiblen Informationen** erwähnt wird.

Osteoporose, Altersdemenz, Morbus Alzheimer, Depressionen, Diabetes, Herzinfarkt, Asthma, Schlaganfall, Krebs, Inkontinenz, Dekubitus, Dehydration, Morbus Parkinson, Gelenkoperationen mit Prothesen, Fehlhaltungen, starke Skoliose und eine starke Kyphose sind nur einige der Krankheiten, mit denen der/die Shiatsu-PraktikerIn bei der Arbeit mit alten Menschen konfrontiert wird. Wichtig ist der natürliche Umgang des/r PraktikerIn mit diesen Beschwerden. Das beginnt schon in der Anamnese, denn es ist nicht gut, wenn der/die KlientIn das Erschrecken des/der PraktikerIn bemerkt, der zum ersten Mal mit diesen Krankheiten konfrontiert wird.

Oberste Regel ist, „cool bleiben“. Man muss auch nicht unbedingt gleich Bescheid wissen, denn Krankheitsbilder können nachgefragt oder nachgelesen werden. Am besten ist es die Krankheit/en zu registrieren und sich entsprechende Notizen im Protokoll zu machen. (Möglicherweise auch mitgebrachte Befunde zu kopieren). Das erzeugt auch den Eindruck der **Professionalität des/der PraktikerIn**. Problematischer ist es, den/der KlientIn, der/die mit seinen/ihren Problemen zu uns kommt, gleich bei der Anamnese mit Aussagen wie „Oje, Oje, oder um Gottes willen oder ähnliches“ zu verunsichern. Das verstärkt bei den KlientInnen nur die eigenen Ängste in Bezug auf jeweilige Erkrankung und er/sie verliert wahrscheinlich das Vertrauen zum/r Shiatsu-PraktikerIn.

Ernährung

Wenn Hinweise zur Ernährung gegeben werden, so ist auch darauf zu achten, dass der/die KlientIn möglicherweise Schluckbeschwerden nach einem Schlaganfall haben oder nicht richtig beißen können. Für solche Fälle sind der/die LogopädIn und/oder der/die ArztIn die richtigen Ansprechpartner.

Es sollte auch bedacht werden, dass Ernährungstipps (beispielsweise aus der Fünf-Elemente-Ernährung) unter Umständen im Widerspruch zu ärztlichen Anordnungen stehen. Dies sollte unbedingt mit dem/der KlientIn und dem/der **ArztIn** bzw. dem/der **DiätologIn** abgeklärt werden. Ein Beispiel dazu wäre, wenn der/die KlientIn unter Milz-Qi-Schwäche leidet, weshalb Milch und Milchprodukte als problematisch gelten. Der/die ArztIn hat aber unter Umständen ausdrücklich empfohlen, Milch und Käse zu essen, da keine Laktoseunverträglichkeit vorliegt und der Betroffene einen Kalziummangel aufweist. Hier muss auf alle Fälle mit dem/der ArztIn Rücksprache gehalten werden, und auch nur der/die ArztIn kann die Anordnung revidieren.

Dokumentation

Zusammenfassend sei erwähnt, dass alle vorgenannten Absätze in engem Bezug zur Dokumentation stehen. Dies ergibt sich aus den Behandlungsaspekten und der medizinischen Notwendigkeit. Zwei weitere Aspekte sollten jedoch nicht ganz unerwähnt bleiben.

Dokumentation der Behandlungen und Rücksprachen sind sehr wichtig – allein schon zur eigenen **Absicherung**. Eventuelle Haftpflichtansprüche lassen sich viel besser abhandeln wenn eine sorgfältige Dokumentation vorliegt.

Dies sollte natürlich nicht der einzige Grund für eine lückenlose Aufzeichnung der Behandlungen und deren Folgen sein, aber bei einem möglichen Gerichtsverfahren, auch wenn eine entsprechende Haftpflichtversicherung vorliegt, ist es immer besser auf schriftliches Material zurückgreifen zu können.

Die Dokumentation zeigt auch sehr klar und deutlich Verbesserungen und eventuelle Verschlechterungen in der **Entwicklung** des Klienten. Die Krankheitsverläufe mit allen möglichen Schwankungen sind auch eine gute Grundlage für den/ die behandelnden ArztIn, damit er/sie seine/ihre PatientInnen besser einschätzen können.

In diesem Zusammenhang können dadurch, gemeinsam mit dem/der behandelnden ArztIn, neue Behandlungsansätze gefunden werden.

Näheres zum Thema Dokumentation ist auf der Website

www.shiatsu-in-stockerau.at

nachzulesen.

TCM-Diagnostik (energetische Einschätzung)

Bei der **Behandlung** von alten Menschen wird man vor allem mit Schwäche-Strukturen konfrontiert. Die Zeichen der Alterung bestehen größtenteils aus einem Nachlassen der Körperfunktionen. Man kennt die Bilder von alten Menschen mit Klauenhänden (Dupuytrensche Kontraktur), trockener Haut und starker Kyphosierung der Wirbelsäule (Rundrücken) und anderen Alterungszeichen wie Arthrose, Nachlassen der Seh- und Hörfähigkeit, usw.

Die Säfte ziehen sich ins Innere zurück. Im Zyklus von Yin und Yang befinden wir uns im Herbst und im Winter. Alte Menschen bewegen sich auch nicht wie in jungen Jahren. Die Bewegungen werden langsam und bedächtig. Man macht keine nutzlosen Bewegungen mehr, muss mit seinen Energien haushalten. **Aufbauen, nähren und Wärme zuführen** hilft dem Körper Energie zu sparen, und wird als sehr wohltuend und angenehm empfunden.

In der **energetischen Einschätzung** ist es wichtig festzustellen, **wie weit** die Schwäche und der Mangel fortgeschritten sind. Befindet sich unser/e KlientIn in einer Qi-Schwäche oder ist dieser Mangel schon gravierender? Gibt es Hitze- oder Kälte-Zeichen? Wo herrscht Fülle und wo herrscht Leere? Aber wie kommen wir zu all diesen Fragen um den Zustand unserer Klienten energetisch einzuschätzen und eine energetische Einschätzung nach TCM zu stellen. Es kann hier kein umfassendes Bild erstellt werden, jedoch sollen Einblicke gewährt werden um ein Verständnis zu schaf-

fen wie tiefgreifend Shiatsu sein kann. Dazu begeben wir uns zu den Wurzeln der traditionellen chinesischen Medizin und lassen uns auf diesem Weg von **Hr. Prof.Dr. Paul Ulrich Unschuld**, deutscher Medizinhistoriker, Pharmakologe und Sinologe, der sich um die Darlegung der traditionellen chinesischen Medizin und Pharmakologie für die westliche klassische Medizin Verdienste erworben hat, begleiten.

Das Körperbild des gelben Kaisers

Es seien mir hier ein paar Sätze gestattet, die die Anfänge der traditionellen chinesischen Medizin beleuchten. In diesem Zusammenhang möchte ich wärmstens das Buch von Prof.Dr. Paul U. Unschuld, „Was ist Medizin, westliche und östliche Wege der Heilkunst“ empfehlen. Es gibt einen hervorragenden Einblick in die TCM und hilft Zusammenhänge zu erkennen. [Im Folgenden zitiere ich aus dem Buch.](#)

Es liegen Schriften vor, aus denen sich die Anfänge der Medizin seit dem 2. und 1. Jahrhundert v. Chr. rekonstruieren lassen. Wir wollen sie im Folgenden als die Schriften des Gelben Kaisers zitieren, denn unter diesem Namen wurden sie in China zwei Jahrtausende lang überliefert.

In den Texten des Gelben Kaisers sind höchst komplexe Systeme miteinander verknüpfter Gefäße dreier Größenordnungen beschrieben.

Da gibt es zunächst die zwölf großen Leitbahnen. Drei parallele Gefäßstränge mit jeweils vier Unterabschnitten ziehen aus dem Rumpf in die Finger, aus den Händen zum Kopf und von da aus zu den Zehen. Von den Zehen führen diese Bahnen wieder in den Rumpf zurück.

Sie gehen ineinander über und bilden ein durchgängiges Leitungssystem. Dessen Inhalte, das sind Blut und Qi können im Normalfall unablässig im Kreise fließen. Dieses Leitungssystem ist im Körper zweifach vorhanden. Einmal auf der linken und einmal auf der rechten Körperseite.

Zusätzlich zu den Leitbahnen werden noch Netzgefäße beschrieben, die Querverbindungen zu einzelnen Abschnitten des großen Leitbahnsystems bilden. Eine dritte Ebene bilden die sogenannten „Enkelgefäße“. Sie nehmen ihren Ausgang an vielen Stellen des Netzes und enden irgendwo im Gewebe.

Der Fluss durch diese Gefäße war eine sehr komplexe Angelegenheit. Da konnten sich unterschiedliche Ströme in ein und derselben Leitbahn begegnen. Da gab es unterschiedliche Mischverhältnisse von Blut und Qi in ein und demselben Gefäß. Da konnten Stockungen auftreten wenn sich Eindringlinge von außen in einem Gefäß niederließen.

Solche Eindringlinge wurden als Feuchtigkeit, Wind und Kälte gesehen.

Die Schriften des Gelben Kaisers ordnen jeder Leitbahn ein wohldefiniertes Organ zu. Insgesamt sind also 12 Organe in direkter Verbindung mit den Leitbahnen. Die Organe selbst werden mit erstaunlicher Genauigkeit beschrieben. In antiken Texten finden sich Angaben zu Gewicht, Lage, Umfang und Fassungsvermögen. Verschiedene Autoren der Texte hatten auch unterschiedliche Hierarchien der einzelnen Organe beschrieben. Ein Autor bezeichnete z.B. Lunge, Herz, Herzhülle, Milz, Leber und Niere als „Innenspeicher“. Der Dünndarm, Dickdarm, Magen, Galle, die Blase und der sogenannte Dreifache Erwärmer wurden als „Außenspeicher“ bezeichnet. In der chinesischen Terminologie also jenen Speicher, der Dinge enthält, die bald wieder abgegeben werden.

Ein anderer Autor benutzte wenig später den Terminus für „Außenspeicher“ in einer neuen Bedeutung: „Amtssitz des Gouverneurs“, „Palast“.

Dieser Autor erklärte, dass jedem Palast im Körper ein Gouverneur zugeordnet sei, der über die „Beherrschten“ bestimmt.

So residiert umhüllt von der Gallenblase die Leber und ist verantwortlich für Wohl und Wehe von Sehnen und Membranen. Umgeben vom Palast „Magen“ residiert die Milz und ist verantwortlich für die Muskeln. Dem „Palast“ des Dickdarms ist der „Gouverneur“ Lunge zugeordnet. Sie regiert über die Haut und die Körperbehaarung.

Wieder etwas später propagierte ein neuer Autor erneut eine neue Hierarchie. Er identifizierte das Herz als den Herrscher, die Lunge als Kanzler, die Milz und den Magen als Speicherbeamte, die Leber als General usw. Jedes Organ erhielt seine Position zugewiesen im bürokratischen Apparat des Organismus.

Auch eine gänzlich innovative Ätiologie, also eine neue Lehre von der Verursachung des Krankseins, wurde in den Schriften des Gelben Kaisers beschrieben.

Die Dämonen und Geister wurden überhaupt nicht mehr als Verursacher von Krankheiten in Betracht gezogen. Die Kleinstlebewesen auch nicht, die früher, so belegen Texte aus Grabfunden in Magwandui, als Verursacher von Krankheiten galten.

Im Mittelpunkt stehen vielmehr Umweltfaktoren als Krankheitsauslöser. Einige wurden schon genannt. Wärme, Trockenheit, Feuerhitze sind zusätzlich zu Wind, Kälte und Nässe zu erwähnen. Sie waren Auslöser, aber nicht Ursache von Krankheiten. Die Ursache der Krankheit waren die Emotionen. Nur wer durch zu heftige Gefühlsäußerungen den Organismus schwächte, der öffnete diesen Organismus zugleich für Eindringlinge aus der Umwelt.

Um ein Beispiel zu nennen: Das Herz ist der Hort der Freude. Wer zuviel Freude äußert, entzieht dem Herzen seinen Inhalt. In die entstehende Leere dringt das Feuer der Sommerhitze ein und verursacht Kranksein.

Der Körper ist allerdings nicht ganz schutzlos gegenüber diesen Eindringlingen. Tag und Nacht patrouillieren an der Oberfläche und in den Gefäßen diverse Arten von Qi. Sie tragen die Bezeichnung „Truppenlager“ und „Schutzwachen“. Kommt es zu einer Begegnung dieser Schutzwachen mit irgendwelchen Eindringlingen, dann ist ein Kampf unausweichlich. Der Patient verspürt diesen Kampf als Fieberanfall. Gewinnen die Schutztruppen, so ist der Eindringling vernichtet. Gewinnt allerdings der Eindringling, dann schafft er den Weg ins „Innere“ und ist in der Lage allerlei Funktionen zu beeinträchtigen.

Der Schöpfer dieser neuen Medizin betonte auch die Wichtigkeit der Vorbeugung. Man gräbt ja, so formulierte es einer der Autoren, auch nicht erst einen Brunnen, wenn man schon durstig ist. Warum sollte man also die Behandlung einer Krankheit erst dann beginnen wenn sie schon ausgebrochen ist? Folglich finden sich viele Hinweise wie man schädlichen Faktoren wie eben Wind, Kälte etc... aus dem Weg geht und seine Gefühle im Zaum hält.

Allerdings ist Kranksein immer noch eine Realität. Die neue Medizin zog die Umstellung der Ernährung zur Vorbeugung und Therapie in Betracht. Im Mittelpunkt standen allerdings zwei andere Verfahren.

Das war zum einen der Aderlass und zum anderen der Nadelstich.

Der Aderlass war ein uraltes Verfahren wobei man mit dem Blut auch den Eindringling, der sich in so manchen Gefäßen tummelte, entfernen konnte.

Mehr und mehr schob sich jedoch eine mildere Therapieform in den Vordergrund, die Nadelbehandlung. Darunter dürfen wir uns freilich zumindest in der Anfangszeit im 1. Jahrhundert vor Chr. nichts vorstellen, was er heute unter der Bezeichnung „Akupunktur“ weltweit bekannten chinesischen Nadeltherapie ähnlich wäre. Es gab die feinen Nadeln nicht, die heute in die Haut gestochen werden.

Tatsächlich wissen wir gar nicht, welche Instrumente seinerzeit mit der Bezeichnung „Nadel“ belegt wurden. Es gibt eine Liste mit der Beschreibung von neun verschiedenen „Nadeln“ aus dem 1. oder 2. Jahrhundert nach Chr. Das sind nichts anderes als Miniaturwaffen: Mini-Degen, Mini-Schwerter, Mini-Lanzen. Es gab den Kugelkopf und den spitzen Kopf. Aber mit den heutigen Nadeln hat das alles keine Ähnlichkeit. Wie immer „Nadeln“ ausgesehen haben mögen, sie wurden jedenfalls verwendet um Blut und Qi aus den Gefäßen zu lassen und um den Fluss des Blutes und des Qi im Körper zu beeinflussen. Sie sollten fähig sein, Stauungen zu beheben, gegenläufige Ströme zu korrigieren und manches mehr.

All das war so überzeugend, dass ein Teil der Intellektuellen solche Einsichten als sinnvoll erachtete, weiter entwickelte und auch in der Behandlung von Kranken verwendete. Die Medizin war geboren.

Soweit nun die Ausführungen von Prof.Dr. Paul U. Unschuld, in einem kurzen Auszug aus dem vorgenannten Buch „Was ist Medizin, westliche und östliche Wege der Heilkunst“

Diese Einblicke in die Anfänge der TCM finden auch heute noch vielfach Anwendung. Allerdings muss auch betont werden, dass die TCM, aber auch Shiatsu als **dynamischer Prozess** zu sehen ist, der ständigen Veränderungen und Anpassungen unterworfen ist. Was ja auch als sinnvoll erscheint. Die Lebensbedingungen und Umstände haben sich in 2000 Jahren verändert und es wird auch weiterhin Anpassungen geben müssen. Allerdings sei auch erwähnt, dass es in unserer Zeit die mit einer fortschrittlichen Medizin aufwartet auch rudimentäre Ansätze zu unseren Wurzeln gibt.

Als Beispiel möchte ich hier nennen, dass in den Anfängen der westlichen und auch östlichen Heilkunst Bannsprüche fixer Bestandteil der Behandlungen waren. Wir sind eigentlich auch heute nicht so weit entfernt wie wir glauben. Aussprüche wie: „Wenn das gut geht, dann stifte ich eine Kerze“ oder ähnliches können durchaus als Bannsprüche gegen „krankmachende Dämonen“ verstanden werden. Gott wird angerufen um zu helfen und die Macht des Gebetes ist ebenfalls nicht ganz von der Hand zu weisen.

Unser naturwissenschaftlicher Zugang zur Medizin lässt keinen Platz für derartige Methoden, allerdings hat sich der Glaube daran bis heute erhalten. Es sollte also nicht unbedingt schaden wenn man manchmal eine „Kerze“ stiftet. Vielleicht hilft es ja doch.

Im letzten Lebensabschnitt ist durchaus zu beobachten wie sehr sich die Einstellung zu Religion, die Auseinandersetzung mit Leid und Tod ändert. Ein Hinfinden auf einen gangbaren Weg für jeden einzelnen tritt immer mehr in den Vordergrund. Man beobachtet wie einem der Tod immer mehr umgibt. Je älter man wird umsomehr beobachtet man das Sterben genauer. Das hat zur Folge, dass man sich so seine eigenen Gedanken macht.

Der letzte Lebensabschnitt

Auseinandersetzung mit Leid und Tod

Wir müssen uns bewusst sein, dass der Tod im Seniorenheim und bei der Arbeit mit alten Menschen ein ständiger Begleiter ist. Jede/r PraktikerIn, der mit alten Menschen arbeitet, muss sich die Frage stellen, inwieweit er mit dieser Situation umgehen kann, denn durch die Arbeit mit Shiatsu werden zum Teil sehr intensive Beziehungen mit den KlientInnen aufgebaut. Auch für den/die Shiatsu-PraktikerIn stellt sich damit die Frage des „Loslassens“ und des Umgangs mit **Leid und Tod**.

An dieser Stelle möchte ich ein Interview mit dem **Herzspezialisten Pim van Lommel** über eine interessante Studie aus „The Lancet“ erwähnen, die mittels eines Interviews im Telegraaf vorgestellt wurde. Möglicherweise liefert diese Studie auch Antworten auf Fragen die jeden einzelnen betreffen. Das Interview ist im Anhang nachzulesen unter dem Titel „**Nahtodesforschung in The Lancet**“

Interessant ist bei dieser wissenschaftlichen Studie, dass sich erstmals **seriöse Forschung** mit einem Thema beschäftigt, das bislang immer in den Bereich der Esoterik verwiesen wurde. Erkenntnisse die ein Umdenken auf diesem Gebiet hervorrufen, wurden somit erstmals in dieser Studie dargelegt. Möglicherweise ist das eine Hilfestellung bei der Auseinandersetzung mit Tod, Sterben und dem damit verbundenen Leid.

Der Tod begegnet dem/der Shiatsu-PraktikerIn, der/die mit alten Menschen arbeiten, auf viele verschiedene Weisen. Manche KlientInnen haben **Angst** zu sterben und Angst vor den damit verbundenen Qualen. Andere wiederum **wünschen** sich den Tod. Generell gilt, dass wir als Shiatsu-Praktizierende den Tod, das Sterben nicht beeinflussen können, wir können immer nur begleiten und mit den KlientInnen reden, aber vor allem zuhören und für ihn/sie einfach da sein.

Sterben wollen und nicht können, ist eine andere Situation, mit der der/die PraktikerIn konfrontiert werden kann. Wenn der Lebenswille und die Vitalität eines Menschen so stark sind, dass er trotz einer sehr schweren Erkrankung ohne Aussicht auf Besserung nicht sterben kann, dann stellt das sichtbare Leid der/s KlientIn oft auch eine große Belastung für den/die PraktikerIn dar.

Um Shiatsu gut praktizieren zu können, brauchen wir viel **Einfühlungsvermögen**, was aber dazu führt, dass wir auch das Leid der/des KlientIn in uns deutlich spüren. Es gibt allerdings kein Rezept für den Umgang mit dieser belastenden Situation. Gut hilft aber darüber zu reden, mit dem/der KlientIn, mit dem/der behandelnden ArztIn und vor allem in der **Supervision**.

Um auch auf einen weniger bedrückenden Aspekt zu kommen wollen wir uns im nächsten Absatz einem weiteren Thema zuwenden über das eigentlich gar nicht gesprochen wird.

Sexualität im Alter

Sexualität ist im Seniorenheim meist ein **Tabuthema**. Man sollte sich dabei jedoch ins Bewusstsein rufen, dass Sexualität nicht einfach zu einem bestimmten Zeitpunkt aufhört. Das Bedürfnis nach **Zuwendung, Zärtlichkeit und Berührung** bleibt bis ins hohe Alter bestehen. Im Gegenteil, das Bedürfnis wird im Alter sogar stärker, wenngleich es sich verändert.

Die Kopulation tritt mehr in den Hintergrund, dafür wird Berührung und Zuwendung immer wichtiger. Man kennt das rührende Bild eines alten Ehepaars, das bereits seit 60 Jahren verheiratet ist und dann Hand in Hand spazieren geht. Hierbei ist eine unglaublich starke Verbindung die über Jahrzehnte gewachsen ist spürbar. Diese Augenblicke haben, meiner Meinung nach, eine ganz eigene Magie.

Hohes Alter ist aber durchaus kein Hinderungsgrund **Gefühle** zu empfinden und diese auch zu leben. Hier sei mir ein weiteres Beispiel aus der Praxis gestattet, das wohl für sich selbst spricht. Es erzählt die etwas turbulente Geschichte eines sehr rüstigen 90jährigen Herrn der mir mit seiner Art die Dinge zu nehmen wie sie sind, viel Freude bereitet hat. Wenn es im hohen Alter noch derartige Höhenflüge gibt, kann man sich nur auf ein langes Leben freuen. Nachzulesen im Anhang unter dem Titel „Wo die Liebe hinfällt“ veröffentlicht im Shiatsu-Journal, Ausgabe 54/2008

Dieser Artikel zeigt sehr eindrucksvoll, dass **Sexualität im Alter** durchaus ein Thema ist. Aber das sagt uns ja eigentlich schon der Hausverstand. Wann sollte denn Sexualität aufhören? Mit dem Pensionsantritt? Mit 70? Mit 80? Es ist kein genauer Zeitpunkt festzulegen. Das Bedürfnis ist da und jeder hat so seinen eigenen Umgang damit.

Der ungeeignetste Umgang ist wohl die **Tabuisierung**.

Zuwendung und Gespräch sind ja nicht nur im Alter wichtig, sondern eigentlich immer. Keine Gesprächspartner zu haben führt zur Vereinsamung und Isolation. Man fühlt sich aus der Gemeinschaft ausgeschlossen und nutzlos. Man kann nicht mehr in der Art am gemeinsamen Leben teilnehmen wie früher. Man zieht sich zurück und ist unglücklich damit. Das wird von denn meistens als **Liebesentzug** empfunden und ist dadurch extrem schmerzlich. Die **Interaktion** mit anderen wird gesucht, sonst droht die Vereinsamung die in der Abgeschlossenheit der eigenen vier Wände drückend spürbar wird. Dieser Zustand ist über einen längeren Zeitraum mit Sicherheit krankmachend.

Einsamkeit

Einsamkeit ist oft ein Thema, speziell bei der älteren Generation, die durch ihr Leben und ihre Erziehung geprägt ist. Viele tun sich schwer mit Anderen ein Gespräch zu beginnen. Im Speisesaal in einem der Seniorenheime, in denen ich arbeite, essen ca. 200 Menschen gleichzeitig, dennoch ist es dort fast still, denn beim Essen spricht man nicht.

Das ist nur ein Beispiel, wie sehr die Erziehung und das Leben die Menschen prägen. Man kann nicht aus seiner Haut. Ältere Menschen kommen vielfach nicht von sich aus auf die Idee, mit Anderen Kontakt aufzunehmen. In der Behandlung kann es

deshalb, wie schon erwähnt, mitunter sinnvoll sein, den/die KlientIn reden zu lassen und mit ihm/ihr auch ganz bewusst zu sprechen. Siehe hierzu auch die Ausführungen unter dem vorgenannten Punkt „Gespräche während der Behandlung“

Hier möchte ich Hr. Prof.Dr. Gerald Hüther, Neurobiologe und Hirnforscher zu Wort kommen lassen, der diese Beobachtung in seinen Ausführungen ebenfalls auf frühere Erfahrungen zurückführt und auch eine Lösung anbietet.

Im **Folgenden** zitiere ich Prof.Dr. Gerald Hüther

Mit der Fähigkeit, seine Gefühle zu unterdrücken, sich selbst unter Umständen sogar abzuwerten und sich nichts zuzutrauen, kommt ja niemand auf die Welt. Diese schwierige Fähigkeit eignen sich Menschen erst im Verlauf ihres Lebens an. Manche mehr, manche weniger, das hängt ganz entscheidend von den Erfahrungen ab, die man vor allem als Heranwachsender in der Beziehung zu anderen Menschen macht.

Einmal gebahnt, sind die diese Reaktionen und Bewertungen lenkenden neuronalen Verschaltungsmuster im Gehirn später nur noch schwer wieder auflösbar. Damit im Gehirn neue Verschaltungen entstehen können, muss es zu einer Aktivierung der emotionalen Zentren und zu einer damit einhergehenden vermehrten Ausschüttung neuroplastischer Botenstoffe kommen. Und genau das passiert nicht mehr, wenn jemand gelernt hat seine Gefühle so gut zu kontrollieren.

Solche Menschen reagieren nicht mehr emotional –weder auf das In-Aussicht-Stellen einer Belohnung, noch auf die Androhung einer Bestrafung. Auch sonst sind sie emotional kaum noch zu erreichen. Ihre Fähigkeit, sich zu freuen ist ebenso eingeschränkt wie die, Schmerz oder Mitleid zu empfinden. Solche Menschen bringt man nur noch schwer in Bewegung. Sie wirken wie eingefroren. Dennoch: Auch sie waren einmal einfühlsame und gefühlvolle Menschen- ganz am Anfang, während ihrer frühen Kindheit. In ihrem Gehirn sind daher die für die Aktivierung von Gefühlen zuständigen Verschaltungen noch vorhanden. Diese durch spätere negative Erfahrungen stark überformten Muster sind daher prinzipiell reaktivierbar.

An sie ist eben normalerweise nur schwer heranzukommen – es sei denn, ein solcher Mensch macht eine Erfahrung, die ihn innerlich tief berührt. Dann werden diese alten Verschaltungsmuster wieder aktiviert. Und dann entsteht plötzlich wieder so ein altes, aus der ganz frühen Kindheit stammendes Gefühl, doch angenommen zu sein, doch dazu zu gehören, doch noch weiter wachsen und über sich hinauswachsen zu können. Das freilich sind Sternstunden, sogenannte „now-moments“, in denen ein Mensch sich wieder öffnet und für das empfindsam macht, was in ihm und um ihn herum geschieht. So etwas lässt sich nicht gezielt herbeiführen. Bestenfalls kann man Bedingungen dafür schaffen, dass es sich ereignet.

Die in den letzten Jahren von den Hirnforschern mit Hilfe der sog. bildgebenden Verfahren gewonnenen Erkenntnisse machen deutlich, dass sich neuronale Netzwerke und synaptische Verschaltungsmuster umorganisieren, wenn es einem Menschen gelingt, sein Gehirn anders als bisher zu benutzen, wenn er sich beispielsweise mit 70 dazu entschließt, ein Musikinstrument zu erlernen (und das dann auch tut), oder wenn er sich die Blindenschrift aneignet, weil er seine Sehfähigkeit verloren hat. Es geht also. Das Gehirn ist durchaus veränderbar, sogar noch im Alter. Das ist die **fröhliche Botschaft der Hirnforscher**. Aber damit sich dort etwas ändert, muss man sein bisheriges Leben verändern, von lieb gewordenen Gewohnheiten und Bequemlichkeiten

ten Abschied nehmen, seine bisher stillschweigend gehegten oder lauthals verkündeten Überzeugungen noch einmal grundsätzlich in Frage stellen. Und das ist leichter gesagt als getan.

Das ist nicht nur unbequem, sondern macht bisweilen auch Angst. Viele Menschen machen daher lieber so weiter wie bisher. Auch wenn es ihnen dabei nicht besonders gut geht, so ist es ihnen doch zumindest vertraut. Wer Angst vor Veränderung hat, wird sich nicht ändern, auch wenn er seine missliche Situation noch so oft beklagt. Dann wird sich auch so leicht kein „now moment“ einstellen, es sie denn, er überwindet seine Angst. Am leichtesten gelingt das, wenn sich ein solcher Mensch noch einmal richtig verliebt, am besten in einen anderen Menschen, aber vielleicht auch in ein Haustier, zur Not auch in seine Modelleisenbahn oder in seine Briefmarken oder sonstige Sammlung. Wem das passiert, der macht sich noch einmal auf den Weg, öffnet sich, durchstößt seinen selbstgebauten Eispanzer und entdeckt ein neues Leben.

Die andere Möglichkeit seine Angst zu überwinden besteht darin, sich selbst wiederzufinden. Es gab ja Zeiten, da war der hinderliche Eispanzer noch nicht da. Der ist ja erst nach und nach entstanden. Selbst der größte Dickhäuter war ja ursprünglich einmal ein durchaus offener und neugieriger Mensch, der achtsam und behutsam mit sich selbst und mit anderen umgegangen ist. Vielleicht ist das schon lange her, aber zumindest als kleines Kind war er einmal so. Und diesen Schatz der frühen Kindheit kann man wiederentdecken, jedenfalls dann, wenn man danach zu suchen beginnt. Wer ihn Stück für Stück wiederfindet, findet letztlich Stück für Stück sich selbst wieder, erlebt einen „now moment“ nach dem anderen und wird allmählich wieder Eins mit sich selbst.

Vielen Dank an Prof.Dr. Hüther, der hier auf eindrucksvolle Weise darlegt wie sehr die Hirnforschung bestätigt was zuvor in meinem Artikel „wo die Liebe hingefällt“ beschrieben wurde. Ich kann also nur mit meinen Beobachtungen bestätigen, dass auch das ältere Gehirn noch zu außergewöhnlichen Leistungen fähig ist.

In unserer täglichen Praxis kann man sich diese sogenannten „now moments“ zunutze machen, indem man versucht zu motivieren und möglicherweise vorhandene Interessen und Fähigkeiten fördert. Sei es nun auf der körperlichen Ebene mit **Bewegungstherapeutischen Maßnahmen** oder auch auf der **Altenfachbetreuungsebene** mit spielen, basteln und ähnlichem mehr. Selbstverständlich ist die Ebene auf der wir mit Shiatsu betreuen ebenfalls in dieses System integrierbar. Das Entdecken der eigenen Körperlichkeit und das angenehme Empfinden der Entspannung bei der Behandlung sind gute Ansatzpunkte und, wie meine Erfahrung zeigt, gute Wege auf der Reise zu sich selbst.

Es gibt in unseren Altenbetreuungseinrichtungen Altenfachbetreuungspersonal, das sich speziell um diese Bedürfnisse kümmert. Es werden Veranstaltungen in Gruppen besucht und auch sehr viele andere Tätigkeiten angeboten. Man muss nur das Interesse wecken und auf diese Angebote aufmerksam machen. Die Kommunikation mit diesen Mitarbeitern wird in regelmäßigen **Intervisionssitzungen** gepflegt.

Reden ist also **immer ein Gewinn**, vor allem wenn sich jemand sehr einsam fühlt. Denn, aus dem Gefühl der Einsamkeit resultiert meist ein Gefühl der Nutzlosigkeit.

Gefühl der Nutzlosigkeit

Durch das Nachlassen der **Sinnesfunktionen** (vor allem Sehen und Hören), die **Verlangsamung** und die eingeschränkte **Bewegungsfähigkeit** können oft einfache Tätigkeiten nicht mehr ausgeführt werden. Die Menschen merken ihr Alter und es stellt sich bei ihnen oft ein Gefühl der Nutzlosigkeit ein. Sie glauben, Anderen nur mehr zur Last zu fallen, nichts Sinnvolles mehr tun zu können und keine Aufgabe mehr im Leben zu haben.

Hier kann man oft nur zuhören und versuchen wieder zu motivieren. **Zuhören** ist sehr wichtig, da daraus für den Betroffenen wieder eine Beschäftigung entsteht. Die Auseinandersetzung mit der Problematik bedeutet eine Aufgabe. Der Geist wird angeregt und Ideen kommen. Man kann mit der Situation besser umgehen und fühlt sich nicht mehr ganz so ausgegrenzt und hilflos. Das verbessert die Lebensqualität.

Ähnliche **Lösungsansätze** wie im vorangegangenen Absatz finden auch hierbei Verwendung. Letztendlich soll der Mensch in Würde altern können und alle sind aufgerufen hierbei ihren Beitrag zu leisten. Denn, dass wir alle ein hohes und vor allem erfülltes Alter erreichen, ist der Wunsch jedes Einzelnen. Die Politik, die Wirtschaft aber auch jeder Einzelne sollte sich Gedanken über dieses Thema machen.

Zusammenfassende Worte

Am Ende einer Reise durch das Leben kommen wir alle am letzten Bahnhof an und wir wünschen uns natürlich, dass dieser Bahnhof nicht alt und verbraucht ist. Sondern das auch die Sonne scheint und wir uns die letzten Jahre so genussvoll wie möglich machen können.

Politik und Wirtschaft können ihr Teil dazu beitragen, aber auch jene Menschen die ihre Arbeit in diesen Bereich verlegt haben, tragen zum Gelingen bei.

Meine Ausführungen sollen diesen Menschen helfen ihre Arbeit so gut wie möglich zu machen. Dafür ist viel Einfühlungsvermögen und auch ein Herz für ältere Menschen notwendig. Natürlich sollten auch ständige Weiterbildungen und Neuerungen auf diesem speziellen Fachgebiet der Medizin in unsere Arbeit einfließen.

Meine Erfahrungen und Beobachtungen auf diesem Gebiet sollen anderen Menschen Anreize liefern und vielleicht Ideen zünden wie man verschiedene Dinge noch besser machen könnte.

Begonnen bei den verschiedenen Definitionen die notwendig sind um Verständnis für andere Fachdisziplinen zu erhalten, über die spezielle Anpassung der Arbeitsweisen und das Eingehen auf die Besonderheiten die das Alter mit sich bringt, treten wir auch hier eine Reise an, die am Ende für einen selbst mit einem erfüllten Leben belohnt wird. Allein schon durch den großen Schatz der Erfahrungen die sich in vielen Gesprächen mit älteren Menschen die von ihrem Leben erzählen, mitteilen.

Anhang

Definition Geriatrie

Die Definitionsversuche des Begriffes "Geriatrie" im deutschsprachigen Raum umfassen verschiedene Ansätze:

Als **Gerontologie** oder *Alter(n)sforschung* wird die Wissenschaft bezeichnet, die sich mit Alterungsvorgängen in all ihren Aspekten befasst, darunter psychologische, soziale, wirtschaftliche, politische und gesellschaftliche Aspekte. Beide Begriffe sind sprachlich von Geras (Mythologie), der griechischen Gottheit/Personifikation des Alters, abgeleitet. Das Wort Geriatrie wurde erstmals von Ignatz Leo Nascher verwendet, einem in Wien geborenen Arzt, der später in den USA tätig war und bereits 1914 sein Lehrbuch "Geriatrics: The diseases of old age and their treatment" veröffentlichte.

A Eine ausführliche Konzeptualisierung "Was ist Geriatrie" wurde 1991 von einer **Expertenkommission der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie und der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie** vorgenommen, die „17 Dimensionen geriatrischer Medizin“ umfasst. Diese Dimensionen ärztlichen Tuns für betagte Patienten sind 3 Gruppen zuzuordnen: 1. Spezielle Wissensinhalte, 2. Charakteristische Formen des Wahrnehmens und Verstehens und 3. Identität und Erleben der Arbeit mit Älteren. Die 17 Dimensionen geriatrischer Medizin“ umfassen: Wissensmodifikation bei allgemein ausgebildeten Ärzten, Multimorbidität, Risikoerkennung, Senile Demenz, Einwilligungsfähigkeit und Schutz von Rechten, Psychosomatische Zusammenhänge, Hierarchisierung, Rehabilitation, Irreversibilität (*Unumkehrbarkeit* des Lebensprozesses), Todesnähe und damit verbundene Polarität, Gewährleistung der Weiterversorgung, Umfeldbezogenheit, Angehörigenarbeit, Konsiliarwirkungen, Interdisziplinarität, strukturell-organisatorischen Umbruch.

B Eine **Europäische Definition** „Geriatrische Medizin“ und „Geriatrische Patienten“ wurde von der Sektion „Geriatrische Medizin“ der **European Union Geriatric Medicine Society** am 03.05.2008 in Malta formuliert und am 06.09.08 in Kopenhagen konsentiert:

"Geriatrische Medizin ist eine medizinische Spezialdisziplin, die sich mit den körperlichen, mentalen, funktionellen und sozialen Bedingungen der akuten, chronischen, rehabilitativen, präventiven Behandlung und Pflege - auch am Lebensende - befasst. Die Gruppe der Patienten wird mit einem hohen Grad von Vulnerabilität (*Gebrechlichkeit*) und aktiven Mehrfach-Erkrankungen assoziiert, die einen **ganzheitlichen Behandlungsansatz** erfordern.

Definition Shiatsu

(übernommen vom ÖDS – Österreichischer Dachverband für Shiatsu)

Shiatsu ist eine eigenständige, in sich geschlossene Form der manuellen, ganzheitlichen Körperarbeit.

Shiatsu hat seinen Ursprung in fernöstlichen Heilmethoden, deren Grundlage die Vorstellung von der Existenz einer allen Lebewesen innewohnenden, dynamischen Lebensenergie (Ki, Qi) ist. Shiatsu ist dabei auch von westlichen Gesundheitskonzepten beeinflusst, die sich an einer ganzheitlichen Betrachtung des Menschen orientieren. Gesundheit und Wohlbefinden eines Menschen in seiner Körper-Seele-Geist-Einheit sind Zustände harmonisch-dynamischer Ausgewogenheit. Dies zeigt sich im gleichmäßigen Fließen und der ausgeglichenen Verteilung der Energie in den Meridianen und im gesamten Organismus.

Artikel „Einsamkeit“

veröffentlicht im Shiatsu-Journal, Ausgabe 54/2008

Die Dame von der ich erzählen möchte ist 84 Jahre alt. Die Geschichte ist auch ein gutes Beispiel wie sehr die Erziehung, die wir genossen haben, unser Leben beeinflusst.

Besagte Dame kam ein mal pro Woche zur Behandlung. Sie jammerte immer über ihre Schmerzen und darüber wie lieblos die Schwestern seien. Alles unqualifiziertes Personal, ihrer Ansicht nach. Sie war ziemlich verbittert über ihre derzeitige Situation. Nichts passte ihr. Das Essen ist schlecht. Die Betreuung miserabel. Das Leben bietet keine Freuden mehr. etc...

Außerdem sei sie so allein. Niemand kümmere sich um sie. Ich sei der einzige Lichtblick der ganzen Woche.

Die Einsamkeit nehme ihr jeden Lebenswillen. Das machte sie sehr traurig.

Ich gab zu bedenken, dass ich eigentlich nicht verstehe warum sie so einsam sei. Immerhin wohnen ungefähr 300 Personen in unserem Haus. Sie war noch nie sehr kontaktfreudig und deshalb sei es eben ein großes Problem auf andere Leute zuzugehen.

Ich wagte den Schritt nach vorne und regte an, ihre Tischnachbarin beim Mittagessen anzusprechen.

Das löste weitere Probleme aus. Zum Ersten spielt hier die Erziehung eine Rolle. Es gilt als höchst unfein beim Essen zu reden. (das haben schon die Eltern gesagt: „Beim Essen spricht man nicht“) Ich bin immer wieder verblüfft wenn ich zufällig zur Mittagszeit in den Speisesaal gehe. Man hört nur dezentes klappern mit dem Besteck. Es finden fast keine Gespräche statt. Höchstens im Flüsterton um die anderen nicht zu stören.

Zweitens hat mich die Antwort der Klientin noch mehr verblüfft. Sie sagte nämlich: „Was, mit der Alten rede ich doch nicht“.

Ich gab zu bedenken, dass es immerhin möglich wäre, dass ihre Tischnachbarin auch bei mir in Behandlung sei und mir in ähnlicher Weise ihre Ansichten über sie darlegt. Nämlich die Barriere mit dem Tischnachbarn nicht zu sprechen. Weil, „mit der Alten rede ich doch nicht“.

Bei der nächsten Sitzung war sie wie ausgewechselt.

Sie begrüßte mich mit den Worten: „ich hab es getan“. Blöderweise konnte ich mich nicht erinnern was ich ihr geraten hatte. (seitdem protokolliere ich auch diese Dinge)

Binnen kurzem klärte sich jedoch auf, was sie getan hätte. Nämlich, ihre Tischnachbarin doch angesprochen zu haben. (Ich bewundere den Sprung über den Schatten. Das war sicher nicht leicht für meine Klientin). Die beiden verstehen sich gut. Treffen sich fortan auch sozusagen privat und die Laune meiner Klientin verbesserte sich derart, dass sogar das Pflegepersonal bei mir nachgefragt hat, was ich den mit ihr gemacht hätte. Sie sei wie ausgewechselt, ist freundlich zu den Schwestern und lacht den ganzen Tag.

Manchmal sind es nur ganz kleine Dinge die Lebensqualität erzeugen. Das hat im engeren Sinne nichts mit Shiatsu zu tun. Im weiteren Sinne allerdings schon. Den Shiatsu ist nun mal Begegnung und die ist in diesem Fall gelungen.

Artikel „Nacken – Schulter – Behandlung einmal anders“ veröffentlicht im Shiatsu-Journal, Ausgabe 54/2008

Die Dame, von der hier die Rede ist, kann man sich gut vorstellen wenn man Agatha Christie Filme kennt. Sie ist 98 Jahre alt, adelig, sitzt im Rollstuhl und hat eine durch und durch noble Ausstrahlung vom Typ „russische Gräfin in schwarze Spitze gehüllt“. Zusätzlich ist sie mit einem unverwüstlichen, aber trockenen Humor ausgestattet, der mir schon sehr viel Freude bereitet hat.

Sie kam zu mir mit Verspannungen im Nacken-Schulter-Bereich und äußerte den Wunsch, man möge ihr das hoheitliche Genick reparieren. Da sie den Kopf nicht drehen könne, schlafe sie auch sehr schlecht und das schade ihrem blassen Teint auf das Gefährlichste.

Da ich nun auch ihre Ungeduld kenne und diese Dame keinen Widerspruch duldet, ging ich ans Werk. Die Verspannungen waren ziemlich massiv, vor allem die Verkürzung der Mm. Sternocleidomastoideus beidseits können nur als problematisch angesehen werden. Es war nicht möglich den Kopf in die eine oder andere Richtung zu drehen ohne Schmerz zu verursachen.

Meine Klientin war der Ansicht, dass ein Könner seines Faches, diese Bagatelle selbstverständlich schmerzfrei zu beheben habe.

Da nun aber auch die restliche Hals- und Nackenmuskulatur sehr hochgespannt war und jede Berührung bereits Schmerz verursachte, schlug ich vor den Rest der Behandlungszeit damit zu verbringen eine Rundfahrt durchs Haus zu machen. Ich sagte ihr, sie möge sich das als hohen Besuch vorstellen, bei dem sie ihre Untertanen huldvoll begrüßen könnte. Als zusätzliche Maßnahme legte ich eine Wärmepackung auf die betroffene Stelle um wenigstens so die Muskulatur etwas zu lockern. Selbstverständlich wurde die Wärmepackung unter einem Spitzentuch versteckt. Ich schlüpfte in die Rolle des Lakaien, setzte eine stoische Miene auf und fuhr mit der Dame gemessenen Schrittes durchs Haus. Im Speisesaal ergab sich dann die Gelegenheit nach beiden Seiten hoheitsvoll zu winken (Gute Übung für die Außenrotation in der Schulter) und dabei musste auch der Kopf gedreht werden, am besten begleitet von der Andeutung eines wohlwollenden Nickens. Sie konnte dabei sogar milde lächeln. Zu Beginn knirschte es bedenklich in der Halswirbelsäule, aber für den guten Zweck ging die Dame über den Schmerz hinweg. Sie wollte sich ja auch vor ihren „Untertanen“ keine Blöße geben. Wie in Adelskreisen üblich, gilt: immer die Contenance bewahren. (In der Behandlung hätte ich niemals den Kopf so weit drehen können ohne furchtbare Schmerzensschreie auszulösen). Am Ende des Rundganges offenbarte sie mir, dass es ihr großen Spaß gemacht hätte. Sie kann den Kopf jetzt viel besser drehen und ich bekam ein huldvolles Lächeln mit dem ich sozusagen ent-

lassen wurde. „Holen sie sich 5 Euro“ sagte sie noch, vergaß aber ganz zu sagen wo ich mir das Geld holen könnte.

Die Äußerung, „Holen sie sich 5 Euro“ hat sich dann nach jeder Behandlung wiederholt. Die Dame kommt seit Jahren 3x pro Woche zu mir. Mittlerweile habe ich irgendwo möglicherweise ein Vermögen liegen, aber immer noch nicht erfahren wo ich mir das Geld holen könnte. Eigentlich genügt mir ihr Lächeln.

Artikel „Gespräch mit einer Baroness“ veröffentlicht im Shiatsu-Journal, Ausgabe 54/2008

Reden ist ein Teil der Behandlung, wenn man mit alten Menschen arbeitet. Manchmal muss man einfach zuhören können. Die aufgestauten Dinge müssen ausgesprochen werden. Das entlastet die Leber.

In meinen Behandlungen lasse ich es daher zu, dass gesprochen wird. Das stärkt unter anderem auch das Vertrauen.

Im Folgenden ergab sich nun ein Dialog mit einer sehr netten 98jährigen Dame. Ich musste sie von der Pflegestation in meinen Behandlungsraum bringen und da ich spät dran war bin ich etwas schneller mit ihrem Rollstuhl gefahren.

In ihrer, ihr eigenen noblen Art, machte sie mich darauf aufmerksam, dass, wenn ich weiter so um die Kurven „brettere“ ihr womöglich eine Frühgeburt drohe.

Nachdem wir ohne weitere Komplikationen (die Chance auf eine Frühgeburt ist mit 98 wohl nicht sehr groß) im Behandlungsraum angekommen waren, begann ich mit der Behandlung.

Mittendrunter erteilte sie mir plötzlich eine Auszeichnung.

Sie erklärte mir, dass sie das Privileg hätte, darauf zu bestehen, mit „Ihre Hoheit“ angesprochen zu werden. Schließlich sei sie eine Baroness und damit eine Prinzessin, was man unschwer an dem Ring, an ihrem Finger erkennen könne. Einem alten, sehr wertvollen Familienerbstück, verliehen von seiner kaiserlichen Hoheit Franz Josef dem I/II an ihre hochwohlgeborene Familie. Bei mir allerdings wolle sie davon Abstand nehmen, da ich ihr schon sehr viel geholfen habe und nur durch mich ihre Schmerzen auf ein erträgliches Maß reduziert seien. Zum Dank dafür dürfe ich ihre Hunde ausführen. (Sie hatte nie Hunde).

Das Gespräch nahm dann eine ernstere Wendung. Sie befürchtete bald sterben zu müssen. Sie wolle aber so gern 100 Jahre alt werden. Also bat sie mich um eine Einschätzung ihrer Lebenserwartung. Da sie in einem sehr guten körperlichen Zustand ist, (auch laut unserer Ärztin) habe ich mir erlaubt mit der gleichen Übertreibung die eigentlich allen unseren Gesprächen sozusagen als Markenzeichen innewohnt, zu antworten. Um meinen Worten mehr Gewicht zu verleihen sprach ich langsam und fügte entsprechend lange Pausen ein um die Tragweite des eben Gesagten zu erhöhen.

Natürlich versuchte ich auch den gewohnt noblen Stil meiner Klientin zu treffen. Ich blickte ihr in die Augen und sagte: „Nach reiflicher Überlegung. - und aufgrund der Tatsache, - dass wir uns schon über Jahre hinweg kennen, - traue ich mir eine Beurteilung zu. - (Tiefer Atemzug) Ihr derzeitiger Zustand, - ihre Energie - und die gute körperliche Verfassung - lassen letztendlich nur einen Schluss zu. - Lassen sie es mich ein wenig salopp formulieren. - So wie es aussieht werden wir sie vermutlich mit 120 erschießen müssen“.

Sie hat so herzlich gelacht, dass sie mir fast aus dem Rollstuhl gefallen wäre.

Derart deftige Aussagen sind nur möglich wenn man sich lange kennt und das Vertrauen soweit gediehen ist, dass hinter der Aussage die Sorge um ihr Wohlbefinden deutlich zu spüren ist. Außerdem liebt sie derart maßlose Übertreibungen. Ich wurde daraufhin zu ihrer Feier anlässlich ihres 100. Geburtstages eingeladen. Nebenbei wollte sie mir noch einen Wunsch erfüllen. Sie sagte: „Wünschen sie sich was, egal was, ich bezahle alles“. Ich gab zu bedenken, dass meine Wünsche keinen Preis haben. „das gibt es nicht“ war ihre Antwort. Also wünschte ich mir die Ehre, auf ihrer Geburtstagsfeier, den 1. Walzer mit ihr zu tanzen. Jetzt will sie unbedingt 100 Jahre alt werden und macht Übungen für die Beine damit sie auch wirklich fit ist in 2 Jahren. Unter anderem begründete sie dies auch damit: „was glauben sie wie neidisch die anderen alten Weiber sein werden, wenn wir beide Walzer tanzen“.

Artikel: „Wo die Liebe hinfällt“

veröffentlicht im Shiatsu-Journal, Ausgabe 54/2008

Die folgende Geschichte ist ein bisschen deftig, aber auch sehr lieb. Ein 90jähriger, sehr rüstiger Herr kam zu mir in die Praxis. Wir kennen uns schon seit Jahren und ich behandelte auch seine inzwischen verstorbene Gattin. Die bisherigen Behandlungen liefen alle nach dem gleichem Schema ab, doch diese Behandlung sollte anders verlaufen.

Er kam zur Tür rein mit den Worten: „blöde Weiber“. Und immer wieder: „blöde Weiber“. Er konnte sich gar nicht beruhigen. Also fragte ich was den los sei. Er war ziemlich aufgeregt und sagte immer noch „blöde Weiber, das mir sowas passiert“ und „da muss man erst 90 werden, damit einem sowas passiert“. Dann erzählte er mir die Geschichte.

Vor ca. 3 Wochen hatte er eine 86jährige Dame kennengelernt und sich verliebt. Die Gefühle wurden anfänglich erwidert. Man war sich sympathisch und hat sich zur Jause getroffen. Kaffee getrunken, Kuchen gegessen und etwas Smalltalk geführt. Danach blieb man noch bis zum Abendessen zusammen. Es wurde beschlossen sich auch noch den Musikantenstadl im Fernsehen gemeinsam anzusehen.

Dann passierte es. Sie lehnte sich an ihn und er streichelte sie sanft. Dazu die Musik vom Musikantenstadl.

Es war ein romantischer Abend und man beschloss dies zu wiederholen.

Ich freute mich sehr für ihn, da erst kürzlich seine Gattin verstorben war. Allerdings fand ich den Ausspruch „blöde Weiber“ in diesem Zusammenhang merkwürdig. Es musste mehr passiert sein.

Die Worte sprudelten nur so aus meinem Klienten. Er erzählte mir von dem „schönen Dekolleté“ seiner 86jährigen „Freundin“ und was sie sonst noch an körperlichen Vorzügen hätte. Es gab auch ein Gespräch über Sex. Mein Klient meinte, dass das mit dem Sex nicht mehr so klappen würde. Seine Freundin wäre darüber sehr erfreut, da sie sich deshalb schon Sorgen gemacht habe. Dann blickte er mir in die Augen und meinte, ich solle das nicht falsch verstehen. Bei ihm sei das kein Problem, er könne schon, aber für sie stelle es sehr wohl ein Problem dar, da sie ja seit 26 Jahren Witwe sei und.... ich darf jetzt den Klienten zitieren: „Die ist sicher schon zugewachsen“. (Da muss man ruhig bleiben und darf nicht lachen). Ich biss mir also auf die Zunge und folgte den weiteren Ausführungen.

Mein rüstiger Klient wollte trotzdem. Er konsultierte daraufhin unsere Ärztin und wollte sich Viagra verschreiben lassen. Dies wurde abgelehnt mit der Begründung das Viagra seinen angegriffenen Koronargefäßen vermutlich weiteren Schaden zufüge.

Man könne aber mit einer Vitaminspritze eine gewisse Leistungssteigerung unterstützen. (Neuerlicher Biss auf die Zunge!!)

Allerdings war er dann ein bisschen zerknirscht, da er zwar die Spritze erhalten könne, aber die Freundin sei ihm aufgrund der eindeutigen Angebote abhanden gekommen. Sie wollte nicht!!! In weiterer Folge entwickelte sich ein 3-Wochen-Rhythmus. Alle 3 Wochen wurde die Beziehung beendet. Nach 3 Wochen wurde wieder verliehen und die Beziehung hielt wieder 3 Wochen. Danach wurde mein Klient wieder rausgeworfen. Die Spritze kam so nie zum Einsatz und die Koronargefäße blieben auch geschützt. So erklärte sich der Ausdruck „blöde Weiber“.

Eine gewisse Regelmäßigkeit in der Beziehung hat sich dann eingestellt und es wurden auch gemeinsame Unternehmungen gestartet.

Zum Eklat kam es dann, als er im Speisesaal mit einem Bekannten über seine Beziehung sprach und dabei äußerte, dass sie wohl „lesbisch“ sein müsse, weil sie nichts von ihm wissen wolle. Anders könne er sich die Ablehnung nicht mehr erklären. Daraufhin war mit der Beziehung Schluss. Seitdem sucht er den Schuldigen, der diese, wohl unqualifizierte Äußerung, an sie verraten hatte. Ich regte an in Zukunft nicht mehr solche Vermutungen auszusprechen und mit einem großen Strauß Blumen um Entschuldigung zu bitten. Die 3wöchige Beziehungspause wurde auf ca. 7 Wochen ausgedehnt. Jetzt sind sie wieder zusammen. Ich freu mich immer wenn er zu mir in die Praxis kommt und mich mit den Worten „Der Geliebten geht's gut“ begrüßt. Wenn es im hohen Alter noch zu solchen Berg- und Talfahrten kommt, kann man sich nur auf ein langes Leben freuen.

Die Shiatsu-Behandlungen wurden natürlich auf die neuen Bedürfnisse ausgerichtet. Die Schwerpunkte lagen daher im Nähren, Aufbauen und Stützen. Im Ausgleichen und ins Fließende bringen. Hin und wieder auch Shenmen (He7) um ein bisschen zu beruhigen.

Ich wünsche den beiden von Herzen noch viele schöne Jahre.

Shiatsu-Vortrag für die österreichische Parkinson-Gesellschaft

Herrn Ing. Werner Brünner (dipl. Shiatsu Praktiker)

am 14. März 2007 in der Seniorenresidenz Oberlaa

Ich möchte den heutigen Vortrag in zwei Teilen gestalten. Zuerst werde ich den Begriff SHIATSU erklären und über die Philosophie, die dahinter steht, sprechen. Danach werde ich auf die Krankheit Parkinson eingehen.

Das erste, was ich erklären möchte, ist: „WAS IST SHIATSU?“

SHIATSU bedeutet übersetzt „Daumendruck“ und ist eine Massagemethode, die sehr eng mit der Traditionellen Chinesischen Medizin verbunden ist. Sie beinhaltet verschiedene Druck-, Roll-, Knet-, Dehntechniken. Es werden sogenannte „Meridiane“ behandelt, das ist jener Bereich wo die Energie fließt. Diese Meridiane überziehen nach dem asiatischen Vorstellungsmodell den ganzen Körper. Die asiatische Vorstellung geht davon aus, dass das Blut (Xue genannt) durch den Körper zirkuliert und gemeinsam mit dem Qi (der Lebensenergie) den Körper versorgt.

Was ist dieses Qi, diese Lebensenergie?

Dazu eine Frage: was ist es denn, was uns ein Leben lang in einem kleinen Fenster hält, bei einer Temperatur von nicht ganz 37 °C? Hier wird eine Wärmeenergie gemessen. Fällt diese Wärmeenergie unter 34 °, ist es tödlich, über 42 ° ebenfalls.

Ein zweites Beispiel wäre elektrischer Strom. Jeder von Ihnen hat elektrischen Strom im Körper. Die Leitbahnen funktionieren mit einer Spannung von ca. 70 Millivolt.

Wenn wir im Zusammenhang mit SHIATSU von Qi (oder Ki) sprechen, meinen wir im Speziellen die universelle Energie, die unsere geistigen, seelischen und körperlichen Teile entstehen lässt und aufrecht erhält.

Sie kennen vielleicht das Yin/Yang-Zeichen. Das ist nach der fern-östlichen Philosophie ein komplettes Lebensmodell. Die gegensätzlichen Eigenschaften von Yin und Yang ergänzen einander und sind von einander abhängig. Sie bringen sich gegenseitig hervor und kontrollieren sich. Nimmt Yin ab, dehnt sich Yang aus und umgekehrt.

Da alles, was existiert, Yin- und Yang-Eigenschaften in unterschiedlicher Ausprägung hat, können Yin und Yang nur relative Angaben sein.

Yin und Yang kann man grundsätzlich folgende (gegensätzliche)Eigenschaften zuordnen:

YANG	YIN
Himmel	Erde
männlich	weiblich
aktiv	passiv
Tag	Nacht
warm	kalt
außen	innen
hell	dunkel
u.s.w.	

Aus dieser Philosophie entstand ein zweites Modell, ein energetischer Kreislauf. Damit man sich ein bisschen vorstellen kann, wie das funktioniert, mache ich eine Zeichnung: So funktioniert der Körper nach dem asiatischen Modell:

Die Nieren erzeugen ein Feuer, das über den Magen (als Kochtopf dargestellt) die Nahrung verdampft und nach oben in den Körper bringt. Der Deckel ist die Lunge, die das alles kondensieren kann und im Körper verteilt. Von außen kommt noch die Atemluft dazu und wird mit dem Qi der Nahrung vermischt. Das ist genau das, was uns am Leben erhält. Dieser Kreislauf ist ein eigener Meridian in der gesamten Meridianstruktur und heißt „3-facher Erwärmer“.

Andere Meridiane, die bei Parkinson eine Rolle spielen sind der Lebermeridian, der Nierenmeridian und auch das Blut.

Von der westlichen Medizin her wissen wir, dass gerade bei Parkinson eine Austrocknung vorherrscht. Das bedeutet, dass das Blut an Qualität verliert, eindickt, die Sehnen und die Muskeln nicht so versorgt werden, wie sie versorgt werden sollten. Der zweite Punkt ist, dass das Blut ein Transportmittel im Körper ist, wo Stoffe, die über den Darm und auch über die Luft dem Körper zugeführt werden, zu den Zellen transportiert werden. Die Nahrung wird soweit extrahiert, gefiltert und immer weiter zerlegt, bis die Stoffe vom Körper aufgenommen werden können. Dieser Vorgang funktioniert nur dann gut, wenn die Qualität des Blutes so ist, daß es dieser Aufgabe nachkommen kann.

Wir haben aber nicht nur Blut im Körper, sondern auch die sogenannten Säfte.

Die Säfte sind dafür zuständig, dass man z.B. schwitzen kann, für die Gelenksflüssigkeit etc.

Wird das Blut schwach, muss es nachgebildet werden. Durch diesen Vorgang kommt es zu „Säftemangel“, was zur Folge hat, dass der komplette Organismus geschwächt wird. Das äußert sich dann so, dass im muskulären Bereich, zu dem auch die Sehnen gezählt werden, eine Störung entsteht. Die Sehnen arbeiten nicht mehr richtig und dadurch entsteht der Tremor, das Schütteln, das bei Parkinson auftritt.

Die Niere ist in der chinesischen Medizin ein sehr wichtiges Organ, das zwei Aufgaben hat:

Der Yin-Aspekt ist das Befeuchten, alles was die Verteilung im Körper anbelangt, immer unter der Voraussetzung, dass das Feuer der Niere alles andere am Leben erhält, den Motor darstellt. Der Yin-Aspekt der Niere bewirkt auch die Entgiftung, die Ausscheidung aller Stoffe, die der Körper nicht mehr braucht. Der zweite Aspekt der Niere, der Yang Aspekt, die sog. „Feuer-Niere“, ist u.a. auch zuständig für die Ausschüttung von Hormonen, wie z.B. Acetylcholin und Dopamin, die wichtige Botenstoffe für die Bewegungen des Körpers sind. Wenn das „Nierenfeuer“ schwächer wird, kann man sich vorstellen, dass die Nahrung nicht so richtig gekocht und verdampft werden kann und so ein Mangelzustand entsteht. Das äußert sich bei Parkinson z.B. im Gang. Die Pendelbewegung der Arme funktioniert nicht mehr so richtig, der Gang wird unsicher, die Bewegungen verlangsamen sich. Ein weiteres Symptom bei Parkinson (auch hier ist die Hormonproduktion betroffen) ist die sog. „Stress-Inkontinenz“, d.h. wenn jemand in Stress kommt, sich geärgert hat, verstärken sich die Symptome.

Zum Ausgleich wäre es wichtig, so viel wie möglich an Beruhigung, an Schlaf, an Ruhe, an Erholung, an Genießen (das ist auch sehr wichtig) zu bekommen, damit die Symptome reduziert werden können.

Der Bezug zu SHIATSU ist der, dass wenn jemand sich so richtig wohl fühlt, entspannt ist, die Atmung tief ist und er gar nicht mehr aufstehen möchte, so ist auch der Körper in einem harmonischen Zustand und die Produktion der Säfte, der Hormone und der Neurotransmitter kann optimal funktionieren.

Für den Alltag heißt das, dass es wichtig ist, regelmäßig Entspannungsübungen zu machen, wie Atemübungen oder Qi Gong. Weder die chinesische Medizin noch die westliche Medizin können Parkinson heilen. Aber man kann damit ganz gut leben, wenn man einige Dinge beachtet. Jeder Einzelne ist gefordert, Schritte zu setzen, etwas zu tun, damit sich sein Zustand bessert.

Ich möchte noch einmal ganz kurz auf die SHIATSU-Behandlung eingehen:

Die Druck-, Roll-, Dehn-Techniken habe ich schon erwähnt, die zum Ziel haben, die Meridiane durchgängiger zu machen. Dadurch kann sich das Qi, die Lebensenergie, besser in den Meridianen bewegen. Diese Meridiane kann man sich vorstellen wie einen Flusslauf (anstelle des Wassers fließt Energie), der auch immer wieder stagniert, wo Schleusentore geschlossen sind. Ein Meridian, der für die Parkinson-Erkrankung auch ganz wesentlich ist, ist der Milz/Pankreas Meridian.

Auf den jeweiligen Meridianen liegen die sog. Akupunkturpunkte, über die ein Reiz an den Körper gesendet werden kann – bei der SHIATSU-Behandlung geschieht dies mit Daumendruck. Man kann so einzelne Organe beeinflussen, bzw. Wirkungen in verschiedenen Körperregionen hervorrufen. Dies ist wissenschaftlich erwiesen und

sogar messbar. Man darf aber nicht erwarten, dass diese Wirkung sofort eintritt, wie wenn man einen Schalter umlegt. Der Körper braucht eine Reaktionszeit, nichts funktioniert schnell.

Eine sehr wirksame Art der Behandlung ist auch die Wärmebehandlung oder Moxibustion, kurz Moxa genannt. Dabei wird an einzelnen Körperbereichen oder Akupunkturpunkten mit Beifußkraut (Moxawolle) ein Wärmereiz gesetzt.

Einer der wichtigsten Aspekte von SHIATSU ist die Aktivierung der Selbstheilungskräfte. Diese sind umso aktiver, je wohler Sie sich fühlen.

Auch Sie selbst können täglich viel zu Ihrem Wohlbefinden beitragen, sich Gutes tun, sich Freude machen, harmonisch leben, all das trägt letzten Endes zu Ihrer Gesundheit bei.

Ich möchte nun nochmals auf die Ursachen von Parkinson aus chinesischer Sicht hinweisen:

Der Blutmangel ist ein ganz wesentlicher Punkt. Dieser entsteht dann, wenn mehr Blut verbraucht wird als nachgebildet werden kann und hier ist die Zufuhr von Flüssigkeit von außen ein ganz entscheidender Faktor. Es wird viel zu wenig getrunken. Auch ist es ganz wichtig, Flüssigkeit über den Tag verteilt zu sich zu nehmen, der Kreislauf kann größere Mengen auf einmal nicht aufnehmen. Man sollte ca. 2 Liter pro Tag zu sich nehmen, Parkinsonkranke nach Möglichkeit mehr. Allerdings macht es nicht Sinn, größere Mengen Flüssigkeit auf einmal zu trinken, das kann nicht verarbeitet werden und wird ausgeschieden. Wenn zu wenig Flüssigkeit im Organismus verfügbar ist, dickt das Blut ein und kann die Versorgung des Körpers bis in die kleinsten Kapillargefäße nur mehr mangelhaft bewerkstelligen.

Dadurch ist auch die Funktion der Leber betroffen, die eine ganz entscheidende Rolle bei der Ausschüttung von Verdauungsstoffen und der Aufspaltung der Nahrung spielt. Wenn die Leberfunktion schwach ist, wird der Körper daher ebenfalls immer schwächer und diesen Teufelskreis muss man durchbrechen. Das geht relativ einfach, indem man genug trinkt.

Auch Durchschlafstörungen (primär Herz-Yin-Leere, das Herz ist über die Shao-Yin-Achse mit der Niere verbunden) haben, in weiterer Folge mit der Leberfunktion zu tun. Das Blut und auch Qi muss im ganzen Körper zirkulieren (das Yang kann durch ein zu schwaches Yin nicht im Körper gehalten werden). Ein ausgezeichnetes Yin-Tonikum ist z.B. Bier (wenn es der Arzt erlaubt), oder Ginsengtee.

Die Leberfunktion ist auch sehr stark psychosomatisch beeinflussbar.

(„Was ist dir über die Leber gelaufen?“, „Mir steigt die Galle hoch“, etc.).

In der chinesischen Medizin nennt man das Leber-Wind (chin. Nei Feng). Alle diese Symptome spielen bei Parkinson-Erkrankung eine große Rolle.

Aus diesen Ausführungen geht deutlich hervor, dass es jeder Einzelne in der Hand hat, etwas zur Verbesserung seines Zustandes zu tun:

TRINKEN!!!

Sich entspannen (Shiatsu, Atemübungen, Qi Gong)

Sich Gutes tun (das Leben genießen, sich freuen)

Harmonisch leben (Ärger und Stress absolut vermeiden)

Protokoll: Brigitte Wanschura

Nahtodesforschung in THE LANCET

Interview mit Pim van Lommel

Von Judith Krischik

Eine empirisch-medizinische Studie zur Nahtodesforschung fordert zum Umdenken auf

Kurz vor Weihnachten 2001 veröffentlichte das renommierte britische Journal THE LANCET eine Studie zur Nahtodesforschung, die eine neue Ära in der Erforschung des menschlichen Bewusstseins einläuten könnte. (1) In der noch relativ jungen Geschichte der Nahtodesforschung hat der Herzspezialist Pim van Lommel aus Arnheim als Erster eine so genannte prospektive Studie vorgelegt und kam für die Schulmedizin zu einem interessanten Schluss:

»Was wir (nun) wissen, ist, dass die üblichen Erklärungen für Nahtodeserfahrungen nicht stimmen. Sie treten nicht aufgrund von absterbenden Hirnzellen oder einer Veränderung in der Blutzufuhr auf. Auch das Alter, Geschlecht, der Beruf oder die Religion spielen keine Rolle«, erklärte der 58-Jährige gegenüber dem Telegraaf, einer der zahlreichen Tageszeitungen, die von der Veröffentlichung in dem medizinischen Fachblatt sogleich berichteten. (2)

Als Mitte der siebziger Jahre Ärzte und Überlebende - allen voran Raymond Moody, Elisabeth Kübler-Ross und George Ritchie - mit den ersten Berichten von Nahtodeserfahrungen an die Öffentlichkeit traten, ging es zunächst einmal darum, das neu entdeckte Phänomen genauer zu untersuchen und eine Umgebung zu schaffen, die es Betroffenen ermöglichte, über ihre oft jahrelang verdrängten Erfahrungen zu sprechen. So entstanden zahlreiche so genannte retrospektive Untersuchungen: Berichte von Nahtodeserlebnissen wurden dann in eine Studie aufgenommen, wenn von sich aus jemand mit einem solchen Erlebnis auf die Nahtodesforscher zuzuging. Das geschah oft viele Jahre nach dem einschneidenden Erlebnis und wurde in der Wissenschaft mit großer Skepsis betrachtet.

Die Szene um die Nahtodesforschung wurde in den 80er Jahren eine Art neue religiöse Bewegung mit dem Anspruch, wissenschaftlich zu sein. Das Leben nach dem Tod schien »bewiesen«. Dem Sterbeprozess war das Furchteinflößende und seine Kälte genommen, als Menschen auf einmal davon sprachen, dass sie während einer Operation, eines Verkehrsunfalls oder beim drohenden Ertrinken, ihren Körper verlassen konnten, durch einen Tunnel schwebten, nahen Verstorbenen begegneten, auf ihr vergangenes Leben zurückblickten und grenzenlose Liebe in Form einer Lichtgestalt erlebten, die je nach Glaube mit Christus oder mit einem Energieball assoziiert wurden. Wer Überlebenden mit Nahtodeserlebnissen begegnet ist, hat die Veränderungen mit eigenen Augen sehen können, die das transzendente Erlebnis bei ihnen auslöste. Es hat sie zu der einschneidenden Transformation ihres Lebens bewegt, und

niemand wird jemals an ihrer Überzeugung rütteln können, dass das, was sie erlebt haben, real war.

Die Skeptiker, insbesondere viele Fachwissenschaftler, hörten sich die Berichte über all die Jahre mit einem müden Lächeln an und zogen den Schluss, die Nahtodeserfahrung beweise die Existenz einer Seele, damit vom Tisch, sie sei allein das Produkt des Gehirns. Der verbreitetsten Theorie im Kreise der Skeptiker zufolge machte man den Sauerstoffmangel im Gehirn des klinisch Toten für das Nahtodeserlebnis verantwortlich. Damit schien der physiologische Verursacher dieser »Halluzination« gefunden. Andere zogen psychologische und medizinische Faktoren wie die Angst vor dem Tod oder die Wirkung von bestimmten Medikamenten als Ursache für die Nahtodeserlebnissen heran.

Nur eine prospektive Untersuchung kann solchen Theorien den Wind aus den Segeln nehmen. Der Herzspezialist Pim van Lommel befragte deshalb 344 Patienten, die nach einem Herzstillstand erfolgreich reanimiert worden waren. Dreiviertel der Patienten konnten innerhalb von fünf Tagen nach der Wiederbelebung befragt werden. Zwei und acht Jahre später wurden diejenigen, die eine Nahtodeserfahrung hatten, noch einmal befragt und auf die Nachwirkungen hin untersucht. Das quantitative Ergebnis ist vielleicht auf den ersten Blick enttäuschend. Nur 61 der 344 Wiederbelebten konnten von einer Nahtodeserfahrung berichten (das entspricht 18 Prozent); nur 41 Patienten hatten eine »tiefe« Nahtodeserfahrung (12 Prozent). Die Enttäuschung legt sich aber gleich wieder, wenn man in der Interpretation zu Beginn der Studie liest: »Wir wissen nicht, warum so wenige Herzpatienten nach einer CPR (Reanimation) von einer Nahtodeserfahrung berichten... Erklärt man die Nahtodeserfahrung rein physiologisch wie etwa durch den Sauerstoffmangel im Gehirn, müssten die meisten der Patienten, die klinisch tot waren, auch von einer solchen berichten.« - Dies reicht hoffentlich dazu aus, in der wissenschaftlichen Welt eine neue Diskussion über die Ursprünge des menschlichen Bewusstseins in Gang zu bringen. Wir befragten Pim van Lommel über seine Vorgehensweise und Beweggründe.

Info3: *Können Sie noch einmal kurz erläutern, was genau an Ihrer Untersuchung neu war?*

van Lommel: Sie war prospektiv. Bisher waren die Studien retrospektiv, das heißt, man befragte Leute, ob sie eine Nahtodeserfahrung hatten und ließ sie sich dann genau beschreiben. So hört man Geschichten, die zehn Jahre und älter sein können. Oft weiß man auch nicht mehr genau, was damals die medizinische Diagnose war. In unserer Studie wussten wir zum einen genau, was los war, und zum anderen wählten wir eine medizinische Diagnose, bei der kein Zweifel besteht, dass der Patient sterben wird, wenn man nicht innerhalb von fünf bis zehn Minuten mit der Reanimation beginnt.

Letzteres war deshalb wichtig, weil man häufig bei Fällen von Ertrinken oder Schock von Nahtodeserfahrungen hört, aber man eigentlich nie genau weiß, wie lebensbedrohlich diese Situationen wirklich waren. Alle 344 Patienten hatten einen Herzstillstand aufgrund eines Herzinfarkts. Sie waren klinisch tot. Wenn das Herz aufhört, zu schlagen, fällt der Blutdruck, die Atmung stoppt und man verliert das Bewusstsein. Beginnt man nicht innerhalb von 5 bis 10 Minuten mit der Wiederbelebung, stirbt der Patient am Zerfall der Hirnzellen.

Info3: *Waren Sie über die geringe Anzahl von Patienten mit einer Nahtodeserfahrung enttäuscht?*

van Lommel: Nein, bisher hatte man aufgrund retrospektiver Studien auf eine höhere Prozentzahl geschätzt. Statistisch gesehen sind solche Studien jedoch nicht sehr verlässlich. Man braucht die Ergebnisse einer Studie, wie wir sie durchgeführt haben, um die genaue Prozentzahl bestimmen zu können.

Info3: *Was ist Ihrer Meinung nach die Hauptaussage Ihrer Studie?*

van Lommel: In unserer Studie wurde gezeigt, dass 18 Prozent der Patienten, die die physiologischen Reaktionen eines Herzstillstandes zeigten, d.h. kein Bewusstsein mehr hatten, ein klares Bewusstsein und Bewusstsein von sich selbst hatten. Sie hatten Gedanken und Gefühle und konnten sich an ihre frühe Kindheit erinnern. Sie hatten auch Wahrnehmungen außerhalb ihres Körpers und konnten ihrer Reanimation zuschauen. Die Theorie einer physiologischen Ursache muss also ausgeschlossen werden. Das ist der einzige Schluss, zu dem man kommen muss, wenn man auf unsere Ergebnisse schaut. Bisher dachte man, dass das Bewusstsein und die Erinnerungen das Produkt des Gehirns sind. Wenn es jedoch keine Gehirnfunktion mehr gibt, wie ein flaches Elektroenzephalogramm (EEG) aufzeigt, gibt es doch noch 18 Prozent der Patienten, die ein volles Bewusstsein und Wahrnehmungs- und Erinnerungsvermögen haben.

Info3: *Kritiker behaupten, Ihre Studie sei ungenügend, weil sie kein EEG bei den Patienten vorgenommen hätten, das allein beweisen könnte, dass das Gehirn tatsächlich nicht mehr funktionierte.*

van Lommel: Es ist richtig, dass wir bei einem Herzstillstand kein EEG vornehmen. Wir machen ein Elektrokardiogramm (EKG), das die Herzaktivität aufzeigt. Doch es gibt drei Untersuchungen, die wir in der Studie anführen, die zeigen, dass unter bestimmten Umständen, nämlich wenn die Funktion eines internen Defibrillator bei einem herbeigeführten Herzstillstand getestet werden soll, ein EEG vorgenommen und so festgestellt wurde, dass innerhalb von zehn Sekunden mit dem Eintritt der Bewusstlosigkeit das EEG flach wurde. Dasselbe muss also für alle Patienten gelten, die einen Herzstillstand haben.

Info3: *Was war für Sie das Wichtigste, was Sie aus dieser Studie gelernt haben?*

van Lommel: Das Wichtigste für mich war, dass wir nicht in der Lage waren, eine andere Erklärung für die Ursache der Nahtodeserfahrung geben zu können. Wir sind mit der Tatsache konfrontiert, dass unser Verständnis vom Bewusstsein als Produkt des Gehirns neu überdacht werden muss. Mit dem bestehenden Begriff können wir die Ergebnisse unserer Studie nicht verstehen.

Info3: *Wie erklären Sie sich, dass eine bedeutende Anzahl von Patienten mit einer tiefen Nahtodeserfahrung, nämlich 43 Prozent, innerhalb von dreißig Tagen nach der Wiederbelebung verstarb?*

van Lommel: Ich glaube, dass ich das erklären kann, wenn auch nicht wissenschaftlich. Wenn man eine Nahtodeserfahrung macht, weiß man plötzlich - man glaubt nicht mehr -, dass es keinen Tod gibt. Denn man fühlt sich außerhalb des Körpers lebendig und sofort verschwindet die Furcht vor dem Tod. Ich glaube, dass so jemand in gewisser Weise den Zeitpunkt wählen kann, wann er gehen möchte. So jemand wird »locker« und kann seinen Körper jederzeit verlassen. Statistisch gesehen war das sehr auffällig. Nach zwei Jahren wollten wir mit unseren Patienten mit einem Nahtodeserlebnis das zweite Interview durchführen und stellten fest, dass die meisten verstorben waren. Dann sahen wir, dass der Zeitpunkt ihres Todes hauptsächlich in den ersten dreißig Tagen auftrat, nachdem sie die Nahtodeserfahrung gemacht hatten.

Info3: *Sie und Ihre drei Kollegen haben für diese Studie eine Unmenge an statistischem Material gesammelt, das etwa den Stellenwert von Geschlecht und Alter bei der Nahtodeserfahrung aufzeigt und auch wie sich die Nachwirkungen auf das soziale und religiöse Verhalten der Patienten auswirkten. Was haben diese einschneidenden Veränderungen im Leben der Patienten Ihrer Meinung nach bewiesen?*

van Lommel: Unsere Studie ist bisher die einzige, die eine entsprechende Kontrollgruppe hatte, d.h. wir haben dieselben Interviews mit Patienten durchgeführt, die einen Herzstillstand ohne eine Nahtodeserfahrung hatten. Man könnte ja sagen, die Leute haben sich hinterher geändert, weil sie einen Herzstillstand hatten. Wir haben deshalb eine Kontrollgruppe mit derselben Anzahl von Leuten in demselben Alter, Geschlecht und Zeitabstand wie in der ersten Gruppe gebildet und erhielten ein völlig anderes Ergebnis bei den Nachwirkungen. Die Patienten ohne Nahtodeserfahrung haben zum Beispiel eine große Angst vor dem Tod.

Info3: *Wann haben Sie zum ersten Mal von einer Nahtodeserfahrung gehört?*

van Lommel: Das war 1969. Ich war ein junger Assistenzarzt in einem Krankenhaus und ließ mich dort als Kardiologe ausbilden. Ein Patient wurde also wiederbelebt und erzählte anschließend von einem Tunnel und einem strahlenden Licht, einer wunderschönen Musik und Landschaft, die er gesehen hatte. Das habe ich nie mehr vergessen, doch ich habe nie etwas damit unternommen. Eines Tages gab mir ein Freund das Buch von George Ritchie Rückkehr von Morgen. Ich las es und begann dann, meine Patienten zu interviewen, die in den Jahren zuvor von mir wiederbelebt worden waren. Innerhalb von zwei Jahren hatte ich 50 Patienten mit einem Nahtodeserlebnis gesammelt. 1988 begannen wir dann mit der prospektiven Untersuchung. Die ganze Arbeit haben freiwillige Helfer gemacht. Wir hatten überhaupt keine finanzielle Unterstützung.

Info3: *Wie haben Sie die zehn Krankenhäuser gefunden, die bei der Studie mitgewirkt haben?*

van Lommel: Das war harte Arbeit für mich (lacht). Zuerst habe ich Vorträge in den Krankenhäusern für die Ärzte und besonders für die Krankenschwestern gehalten. So fanden wir Kontaktpersonen in jedem Krankenhaus, die bereit waren, mit uns zusammenzuarbeiten. Außerdem gab es Koordinatoren, die einmal im Monat die Krankenhäuser besucht haben.

Info3: *Wussten die Patienten, was eine Nahtodeserfahrung ist?*

van Lommel: Wir haben nur offene Fragen gestellt, das heißt, wir haben sie gefragt, ob sie Erinnerungen an die Zeitspanne hatten, während der sie klinisch tot waren. Es gibt noch eine weitere prospektive Untersuchung, die jedoch bei einer weitaus kleineren Gruppe von Patienten in England durchgeführt wurde. Sie wurde im vergangenen Jahr veröffentlicht. Als wir 1992 unsere Patienten das erste Mal interviewt hatten, gaben wir unseren Kollegen in England unser Untersuchungsdesign mit den Fragen, die wir entworfen hatten. Es handelt sich also um dasselbe Untersuchungskonzept.

Info3: *Wie reagieren Sie auf die Kommentare in der Fachwelt? Zum Beispiel meinte ein Wissenschaftler, es sei doch der beste Beweis, dass das Gehirn nicht tot war, weil der Patient in Ihrer Studie wiederbelebt werden konnte.*

van Lommel: Das Gehirn war auch nicht tot und ich sage auch nirgendwo etwas über ein Leben nach dem Tod. Was ich sage, ist: Es ist möglich, dass man sein Bewusstsein, sein Selbstbewusstsein haben kann, wenn man ein flaches EEG hat, d.h. wenn das Gehirn nicht mehr funktioniert. - Ich erlebe große Vorurteile und das ist äußerst schwierig, wenn jemand das mit Wissenschaft kombiniert. Für mich bedeutet Wissenschaft, Fragen zu stellen. Diese Leute stellen jedoch keine Fragen, sondern setzen Antworten voraus. Es ist einfach nicht möglich, dass die Nahtodeserfahrung auf einer Einbil-

dung besteht. Aber diese Erfahrung ist natürlich subjektiv. Fällt in der Wissenschaft jedoch der Begriff der Subjektivität, dann hat man ein Problem. Denn wie soll man beweisen, dass ein Gemälde schön ist? Man kann auch nicht beweisen, dass man deprimiert oder verliebt ist. Aber für den, der die Erfahrung macht, ist es eine subjektive Realität.

Info3: *Sind nicht die einzelnen Elemente der Nahtodeserfahrung wie die Vision des Tunnels oder des Lichtes objektiv?*

van Lommel: Das ist eher eine universelle Erfahrung, das heißt, viele Leute haben dieselbe Erfahrung. Und alle Leute haben auch dieselben Nachwirkungen. Es handelt sich also nicht um eine subjektive Halluzination oder so etwas.

Info3: *Wenn das Gehirn nicht der Schöpfer des Bewusstseins ist, was ist es dann?*

van Lommel: Ich denke, das Gehirn ist eine Art Empfänger. In dem Raum, in dem Sie jetzt sind, befinden sich elektromagnetische Wellen von tausenden von Telefonanrufen von Mobiltelefonen und von hunderten Fernsehprogrammen. Wenn Sie nun einen bestimmten Empfänger anschalten wie etwa Ihr Mobiltelefon, können Sie eine dieser informativen Wellen empfangen. Wenn Sie den Empfänger wieder abschalten, dann nehmen Sie nicht mehr wahr, dass all diese Informationen um Sie herum sind. Aber sie sind immer noch da. Das Fernsehprogramm ist also nicht im Fernseher, sondern wird vom Fernseher nur empfangen. Das Gehirn empfängt das Bewusstsein. Wenn jedoch das Gehirn nicht mehr funktioniert, besteht die Möglichkeit, dass das Selbstbewusstsein zusammen mit dem Bewusstsein und den Erinnerungen außerhalb des Gehirns existiert.

Info3: *Und wer macht dann, um einmal bei diesem Bild zu bleiben, Ihrer Meinung nach das Fernsehprogramm?*

van Lommel: Das ist eine gute Frage. Dafür hat jeder einen anderen Namen. Christen nennen es Gott, Buddhisten nennen es eine »höhere Organisation« - und doch meinen alle dasselbe für etwas, wofür es eigentlich keinen Namen gibt und das immer um uns herum ist und uns Informationen und auch andere Energien zuleitet. Rudolf Steiner hat das auch gesagt. Er hat sehr interessante Bücher über das Leben nach dem Tod und vor der Geburt geschrieben. Vielleicht kennen Sie auch Calvert Roszells Buch Das Leben an der Todesschwelle? Es gibt also verschiedene anthroposophische Bücher zu diesem Thema. Was Leute heute individuell in den Nahtodeserfahrungen erleben, ist etwas, was in der esoterischen Literatur schon immer gesagt und gewusst wurde. Es ist überhaupt nicht neu. Liest man zum Beispiel das Tibetische Totenbuch oder das Jüdische Buch vom Leben und Sterben (4) - alle sagen dasselbe.

Info3: *Wie werden Sie Ihre Ergebnisse und Entdeckungen für eine zukünftige Studie verwerten?*

van Lommel: Ich arbeite an einem weiteren Artikel, in dem ich versuche, eine Erklärung dafür zu geben, wie es möglich ist, dass es zwischen unserem Gehirn mit all seinen neurophysiologischen Prozessen und unseren sich ständig erneuernden Körperzellen eine Verbindung zu unserem Bewusstsein gibt und wie diese Interaktion erklärt werden kann. Damit sind wir gleich in der Quantenmechanik und bei Begriffen wie »non-local interconnectedness«, womit gemeint ist, dass alle Ereignisse miteinander verbunden sind und sich gegenseitig beeinflussen. Das sind Prinzipien, die man in die Diskussion über die Nahtodeserfahrung, über das Bewusstsein, die Erinnerung und das Gehirn einbringen kann. Ich versuche nun, dem eine mehr wissenschaftliche Grundlage in unserer Serie zu geben. Aber das ist recht schwierig, weil, wo immer man die Quantenmechanik anwendet, man viele verschiedene wissenschaftliche Richtungen zusammen bringen muss. In der Quantenmechanik gilt die Voraussetzung, dass es keine Objektivität gibt. Alles ist subjektiv. Es kann bewiesen werden, dass sich das Licht in einigen Experimenten wie Teilchen (Photone) verhält und in anderen wie Wellen. Beides trifft zu. Das ist Subjektivität. Alles beeinflusst sich gegenseitig; auch der Beobachter beeinflusst das Ergebnis einer beobachteten Begebenheit. Das ist die Grundlage der Quantenmechanik.

Info3: *Welche Resonanz erhielten Sie auf die Veröffentlichung Ihrer Arbeit sonst noch?*

van Lommel: Die Studie wurde überall in der ganzen Welt aufmerksam gelesen. Ich bekam aus vielen Ländern in Europa, aber auch bis aus Indien, Australien und Neuseeland Rückmeldungen. Bis jetzt habe ich an die 30 Interviews gegeben und bereite nun mehrere Fernsehprogramme vor, u.a. eines für das kanadische Fernsehprogramm Discovery Science.

Info3: *Welche Beziehung haben Sie zur holländischen Assoziation für Nahtodesforschung (IANDS), die Stichting Merkawah? Hat die Stiftung an der Studie mitgewirkt?*

van Lommel: Ja, die Mitglieder von Merkawah waren für uns freiwillige Mitarbeiter. Das sind Psychologen, Studenten, Leute, die offen sind. Einige von ihnen hatten eine Nahtodeserfahrung; die meisten jedoch nicht. Das IANDS in Holland wurde 1988 von mir, zwei Psychologen, einem Chirurgen und einer Dame, die für Elisabeth Kübler-Ross gearbeitet hat, gegründet. Wir treffen uns zwei-, dreimal im Jahr; das sind jedes Mal an die 100 bis 150 Leute; es werden Vorträge angeboten und man tauscht sich untereinander aus. Außerdem haben wir Gruppen, die es Leuten mit einer Nahtodeserfahrung ermöglichen, offen darüber zu reden. Denn es ist nicht einfach, eine Nahtodeserfahrung zu verarbeiten. Ich würde

sagen, dass sich an die 80 Prozent scheiden lassen. So eine Erfahrung löst ein soziales Problem aus; es dauert Jahre, bis sie verarbeitet werden kann, weil unsere Gesellschaft nicht zulässt, darüber mit dem Lebenspartner oder etwa den Krankenschwestern zu reden.

(Interview und Übersetzung: Judith Krischik)

Quellen und Literaturhinweise

- Dr. Ignatz Leo Nascher, Lehrbuch "Geriatrics: The diseases of old age and their treatment" 1914 in den USA veröffentlicht
- Bruder J, Lucke C, Schramm A, Tews HP, Werner H: Was ist Geriatrie-Expertenkommission der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie und der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie; Rügheim 1991
- Vortragsprotokoll von der österreichischen Parkinson-Gesellschaft, Thema Morbus Parkinson und die TCM, am 14.03.2007 in der Seniorenresidenz am Kurpark Oberlaa, Wien
- Werner Brünner, Artikel: „Lustige Geschichten mit Shiatsu“, Shiatsu-Journal, Ausgabe 54/2008
- Dr. Eduard Tripp (2007) Meridiane und Tsubos, ISBN 978-3-200-00995-0
- Dr. Achim Eckert (2002) Das Tao der Akupressur und Akupunktur, Haug-Verlag, ISBN 3-8304-7141-6
- Dr. Achim Eckert (2005) Acht Wundermeridiane, Dao-Verlag-Wien, ISBN-13: 978-3-200-00608-9
- Han Yazhou, Zhou Chuncai, (2005) Huangdi Neijing, Delphin-Verlag, ISBN 7-80138-500-4
- Giovanni Maciocia, (1997), Die Praxis der Chinesischen Medizin, Verlag für ganzheitliche Medizin Dr. Erich Wühr GmbH, ISBN 3-927344-17-6
- Ute Engelhardt, Carl-Hermann Hempten, (1997) Chinesische Diätetik, Elsevier GmbH München, ISBN-13: 978-3-437-56491-8
- Dr. Achim Eckert, (2004), Das heilende Tao, Verlag Müller & Steinicke KG München, ISBN 3-87569-200-4
- Dr. Florian Ploberger, (2004), Diagnostik und Therapie, BACOPA-Verlag, ISBN 3-901618-18-X

- Dr. Florian Ploberger, (2009), Pulsdiagnose, BACOPA-Verlag, ISBN 978-3-901618-29-1
- Dr. Eduard Tripp, (2007), CD-ROM, Ren Mai, Meridiane und Akupunkturpunkte, Nachschlagewerk, RenMai-Verlag, ISBN 3-9501913-2-1
- Dr. Paul U. Unschuld, (2003), Was ist Medizin, Westliche und östliche Wege der Heilkunst, Verlag C.H.Beck, ISBN 3 406 50224 5
- Pim van Lommel, Ruud van Wees, Vincent Meyers, Ingrid Elfferich, Near-death experience in survivors of cardiac arrest: a prospective study in the Netherlands, in The Lancet, Vol. 358, Number 9298, 15.12.2001,

Weblinks

- www.de.wikipedia.org/wiki/Geriatrie
- www.dggeriatrie.de
- www.shiatsu-verband.at
- www.shiatsu-austria.at
- www.shiatsu-in-stockerau.at
- www.psychophysik.com
- www.info3.de
- www.thelancet.com