

**WEITERBILDUNGSLEHRGANG FÜR
FÜHRUNGSAUFGABEN (BASISAUSBILDUNG)
„Basales und mittleres Pflegemanagement“**

20.09.2010 bis 05.10.2011

ABSCHLUSSARBEIT

zum Thema

**Wie kann ich als Führungskraft für eine
rückenschonende Arbeitsweise meiner
Mitarbeiter sorgen?**

vorgelegt von: DGKS Sandra Huainig
SPZ Untere Fellach
DGKS Julia Fengler
AVS PH Villach Süd, Haus Sonne

begutachtet von: OSR Christine Schaller-Maitz
KABEG LKH Villach

August 2011

Ehrenwörtliche Erklärung

Wir erklären ehrenwörtlich, dass wir die vorliegende Abschlussarbeit selbst verfasst und alle ihr vorausgehenden oder sie begleitenden Arbeiten eigenständig durchgeführt haben. Die in der Arbeit verwendete Literatur sowie das Ausmaß der uns im gesamten Arbeitsvorgang gewählten Unterstützung sind ausnahmslos angegeben. Die Arbeit wurde in gedruckter und elektronischer Form abgegeben. Wir bestätigen, dass der Inhalt der digitalen Version mit der gedruckten Version übereinstimmt. Es ist uns bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben wird. Die Arbeit ist noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden.

(Sandra Huainig)

(Julia Fengler)

Ort, Datum

KURZZUSAMMENFASSUNG (SANDRA HUAINIG UND JULIA FENGLER)

Unsere Abschlussarbeit befasst sich mit dem Thema - Wie kann ich als Führungskraft für eine rückschonende Arbeitsweise meiner Mitarbeiter sorgen. Es wird ein Arbeitsablauf in einem Pflegeheim beschrieben und wir haben eine empirische Umfrage unter Mitarbeiter zweier Pflegeheime mit einem Fragebogen erhoben. Durch die Interpretation der Ergebnisse haben wir erkannt, dass wir als Führungskraft reagieren müssen, um den Mitarbeitern dieses Thema näher zu bringen. Wir erarbeiteten unter anderem die Themen Gesundheitsprävention, Sensibilisierung der Pflegekräfte, die Wichtigkeit der Anwendung von Hilfsmittel, wie man rückschonend arbeitet, Erklärung und Anwendung von Kinästhetik und anderen gesundheitsfördernden und rückenfreundlichen Interventionen. Es ist die Aufgabe der Führungskraft dafür zu sorgen, dass sich die Mitarbeiter am Arbeitsplatz wohl fühlen und ausreichend Informationen zu diesem Thema erhalten. Sie hat auch dafür Sorge zu tragen, dass genügend Hilfsmittel zur Verfügung stehen und diese auch richtig zur Anwendung kommen. Nur so kann eine richtige, rückschonende Arbeitsweise zur Gewohnheit werden. (Anmerkung der Verfasser)

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb. 1: Welche Qualifikation haben Sie?	Seite 35
Abb. 2: Welches Beschäftigungsausmaß haben Sie?	Seite 35
Abb. 3: Wie lange sind Sie schon in einem Pflegeberuf tätig?	Seite 36
Abb. 4: Haben Sie schon jemals an Rückenschmerzen gelitten?	Seite 36
Abb. 5: Wenn ja, welche Beschwerden?	Seite 37
Abb. 6: Haben Sie schon jemals an Rückenschmerzen gelitten?	Seite 38
Abb. 7: Haben Rückenschmerzen Auswirkungen auf die Arbeit?	Seite 38
Abb. 8: Wenn ja, welche Auswirkungen die Rückenbeschwerden auf die Arbeit haben?	Seite 39
Abb. 9: Was machen Sie um Rückenschmerzen vorzubeugen?	Seite 39
Abb. 10: Wenden Sie Kinästhetik an?	Seite 40
Abb. 11: Heben Sie rückenschonend?	Seite 41
Abb. 12: Verwenden Sie Hilfsmittel bei der Arbeit (z.B. Lifter)?	Seite 41

INHALTSVERZEICHNIS

1. VORWORT (SANDRA HUAINIG) -----	7
2. EINLEITUNG (SANDRA HUAINIG) -----	8
3. ANATOMIE, PHYSIOLOGIE UND PATHOPHYSIOLOGIE DER WIRBELSÄULE (SANDRA HUAINIG) -----	11
4. ARBEITEN IM PFLEGEHEIM (SANDRA HUAINIG) -----	12
4.1 TÄTIGKEITEN DES PFLEGEPERSONALS MIT BESONDERER BERÜCKSICHTIGUNG VON BELASTUNGEN FÜR DEN RÜCKEN (SANDRA HUAINIG) -----	12
4.2 PSYCHOMATISCHE KOMPONENTE DER RÜCKENSCHMERZEN (SANDRA HUAINIG) -----	15
5. VOM WISSEN ZUM TUN (JULIA FENGLER) -----	16
5.1 SENSIBILISIERUNG (JULIA FENGLER) -----	16
5.2 SELBSTREFLEXION (JULIA FENGLER) -----	17
5.3 VERHALTENSVERÄNDERUNG (JULIA FENGLER) -----	18
5.3.1 <i>Das transtheoretische Modell (Julia Fengler)</i> -----	18
5.3.2 <i>Das Zürcher Ressourcenmodell (Julia Fengler)</i> -----	19
6. GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTIONSMASSNAHMEN (SANDRA HUAINIG) --	22
6.1 WERTSCHÄTZUNG DES DIENSTGEBERS GEGENÜBER DEM/DER ANGESTELLTEN (SANDRA HUAINIG) -----	22
6.2 GESUNDHEITSFÖRDERUNG ALS PROZESS DER ORGANISATIONSENTWICKLUNG (SANDRA HUAINIG)	22
6.3 GESUNDHEITSFÖRDERNDE UMWELTEN – EINRICHTEN EINES GESUNDHEITSFÖRDERLICHEN ARBEITSPLATZES (SANDRA HUAINIG) -----	23
6.4 PROJEKTMANAGEMENT ALS STRATEGIE FÜR DIE UMSETZUNG VON GESUNDHEITSFÖRDERUNGSPROJEKTEN (SANDRA HUAINIG)-----	25
6.5 GESUNDHEIT ZUR CHEFSACHE MACHEN (JULIA FENGLER)-----	25
7. MOTIVIERUNG ZUR PERSÖNLICHEN VERHALTENSÄNDERUNG (JULIA FENGLER) -----	26
8. VON GEWOHNHEITEN ZUR IMPLEMENTIERUNG VON NEUEN HANDLUNGEN (JULIA FENGLER) -----	29
8.1. WAS SIND GEWOHNHEITEN? (JULIA FENGLER) -----	29
8.2. WARUM BILDEN SICH GEWOHNHEITEN AUS? (JULIA FENGLER)-----	30
8.3. WIE KANN MAN GEWOHNHEITEN MESSEN? (JULIA FENGLER)-----	30
8.4. DIE NEGATIVEN ASPEKTE VON GEWOHNHEITEN (JULIA FENGLER)-----	31
8.5. GEWOHNHEITEN ALS ZIEL EINER MASSNAHME (JULIA FENGLER) -----	31
8.6. STABILISIERUNG UND AUFRECHTERHALTUNG VON GEWOHNHEITEN (JULIA FENGLER) -----	32
8.7. IMPLEMENTIERUNG (JULIA FENGLER)-----	32
9. DIE DREI EBENEN DER BETRIEBLICHEN GESUNDHEITSFÖRDERUNG (JULIA FENGLER) -----	33
10. AUSWERTUNG DES FRAGEBOGENS (JULIA FENGLER, SANDRA HUAINIG) -----	34

11. MASSNAHMEN ZUR REDUKTION DER KÖRPERLICHEN BELASTUNG IM PFLEGEALLTAG (SANDRA HUAINIG)	43
12. VERWENDUNG VON HILFSMITTEL (JULIA FENGLER)	43
13. KINÄSTHETIK (JULIA FENGLER)	46
13.1 DIE ZIELE DER KINÄSTHETIK (JULIA FENGLER)	47
13.2 KONZEPTE DER KINÄSTHETIK (JULIA FENGLER)	48
13.2.1 <i>Konzept der Interaktion (Julia Fengler)</i>	48
13.2.2 <i>Konzept der funktionalen Anatomie (Julia Fengler)</i>	49
13.2.3 <i>Konzept der menschlichen Bewegung (Julia Fengler)</i>	49
13.2.4 <i>Konzept der Anstrengung als Kommunikationsmittel (Julia Fengler)</i>	49
13.2.5 <i>Konzept der menschlichen Funktionen (Julia Fengler)</i>	50
13.2.6 <i>Konzept der Umgebungsgestaltung (Julia Fengler)</i>	50
13.3 MOBILISATION IM BETT MIT KINÄSTHETIK (JULIA FENGLER)	51
13.4 MOBILISATION UNTER KINÄSTHETISCHEN GESICHTSPUNKTEN (JULIA FENGLER)	53
14. RÜCKENSCHULE (SANDRA HUAINIG)	55
15. DIE MASSAGE (JULIA FENGLER)	57
15.1 DIE RÜCKENMASSAGE (JULIA FENGLER)	58
15.2 DER UNTERE RÜCKEN (JULIA FENGLER)	61
15.3 DER NACKEN (JULIA FENGLER)	61
16. ZUSAMMENFASSUNG (SANDRA HUAINIG)	63
17. ANHANG: ÜBUNGS- UND TRAININGSPLAN (SANDRA HUAINIG)	64
18. LITERATURVERZEICHNIS	66

1. VORWORT (SANDRA HUAINIG)

Gesundheit zu fördern, zu erhalten und Krankheit zu verhindern ist global betrachtet Aufgabe von Politik und Organisationen. Sie schaffen durch moderne Organisationsentwicklung gesundheitsförderliche Arbeitswelten für den einzelnen Mitarbeiter (vgl. Bals, Hanses, Melzer, 2008, S.81).

Wir möchten in unserer Arbeit die Thematik der Gesundheitsförderung aus der Sicht der Führungskraft in einem Pflegeheim näher beleuchten. Vor nicht allzu langer Zeit wurde die Berufsbezeichnung „Krankenschwester“ in Gesundheits- und Diplomkrankenschwester geändert. Dadurch wird ein wesentlicher Teil der Aufgabengebiete dieser Berufsgruppe, nämlich die Förderung und Erhaltung, bzw. Stärkung der Gesundheit zum Ausdruck gebracht. Glaubhaft und erfolgreich kann eine Organisation nur sein, wenn sie für ihre Mitarbeiter ein Milieu von gesundheitsförderlichen Rahmenbedingungen schafft und dafür sorgt, dass die Mitarbeiter selbständig zwischen diversen gesundheitsförderlichen Optionen wählen können. Dies macht die Organisation im Wettbewerb mit anderen konkurrenzfähiger (vgl. Bals, Hanses, Melzer, 2008, S. 82f).

In der vorliegenden Arbeit beschäftigen wir uns konkret am Beispiel von Rückenschmerzen bei Pflegekräften im Altersheim mit dem Thema - Was können Führungskräfte zur Gesundheitsförderung für ihre Mitarbeiter bezogen auf die Rücken und Wirbelsäulenproblematik - beitragen (Anmerkung des Verfassers).

Wir danken unserer Betreuerin, Oberschwester Christine Schaller-Maitz, für die gute Begleitung und Stütze bei unserer Abschlussarbeit!

Weiters bedanken wir uns bei den jeweiligen Pflegedienstleitungen beider Heime, die uns die Erhebung des Fragebogens ermöglicht haben.

Villach, Julia Fengler und Sandra Huainig

2. EINLEITUNG (SANDRA HUAINIG)

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat das Recht auf Gesundheit für alle Menschen konstatiert. Befragt man Menschen weltweit, so bezeichnen viele in diversen Kulturen Gesundheit als das höchste Gut (vgl. Bals, Hanses, Melzer, 2008, S.7).

Der Terminus Gesundheit bedeutet nicht nur das Freisein von Krankheit, er steht vielmehr für allgemeines Wohlbefinden. Die Lebenssituation der Bevölkerung ist im ständigen Wandel begriffen, damit verändert sich auch der Gesundheitsstatus der Menschen. Aufgrund des medizinischen Fortschritts hat sich in den letzten Jahrzehnten die Leistungsfähigkeit der Medizin in den modernen Staaten stetig verbessert. Durch die Einführung von Impfaktionen als prophylaktische Maßnahme und Dank der Behandlungserfolge im Bereich der klassischen Infektionserkrankungen ist es einerseits zu einer deutlichen Senkung der Säuglingssterblichkeit und andererseits zu einer Erhöhung der Lebenserwartung der Menschen gekommen. Die demographischen Entwicklungen mit Überalterung führen dazu, dass es immer mehr ältere, multimorbide Menschen gibt. Deshalb entsteht ein immer höher werdender Bedarf an Pflegeplätzen in Pflegeheimen. Wünschenswert wäre natürlich, dass Gesundheit und Lebensqualität im hohen Lebensalter so lange als möglich erhalten bleiben. Weltweit herrscht jedoch eine große Ungerechtigkeit beim Zugang zu Gesundheitssystemen. Obwohl jedem Menschen aus ethischer Sicht prinzipiell das gleiche Recht auf Gesundheit zustünde, ist es oft traurige Realität, dass Menschen in Armut, mit geringerem Bildungsstatus oder in anderen prekären Lebenssituationen die Spitzenmedizin versagt bleibt. (vgl. Bals, Hanses, Melzer, 2008, S.7f).

Betrachtet man die Verteilung der Ausgaben für Therapie auf die gesamte Lebenszeit eines Menschen, so entstehen die höchsten Kosten durch intensivmedizinische Versorgung meist am Ende des Lebens (vgl. Bals, Hanses, Melzer, S.7f).

Volkswirtschaftlich gesehen nimmt daher die Gesundheitserhaltung bzw. die Förderung der Gesundheit eine bedeutsame Stellung in der Gesellschaft ein. Durch die Verringerung der Anzahl von Krankenstandstagen ergibt sich ein grosses Einsparungspotential (vgl. Bals, Hanses, Melzer, S.7f).

In einer Organisation wie einem Pflegeheim treffen MitarbeiterInnen der Pflegeberufe auf pflegebedürftige, kranke Menschen. In dieser Situation werden dem kranken, alten Menschen, dem Mitarbeiter und den Angehörigen sehr bewusst, was Mangel an Gesundheit bedeutet (vgl. Bals, Hanses, Melzer, 2008, S.7f).

Prävention und Gesundheitsförderung finden in dieser Situation einen fruchtbaren Boden. Sie stellen die zwei zentralen Säulen der Gesundheitserhaltung und Gesundheitsgewinnung dar. Präventivmaßnahmen zielen darauf ab, das Verhalten und die Haltung der Menschen so zu verändern, dass gesundheitsbezogene Risikofaktoren minimiert werden können. Die Lebensoptionen sollen so verändert werden, dass sie letztendlich Gesundheit fördern (vgl. Bals, Hanses, Melzer, 2008, S. 8).

In Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass Schulungsprogramme zur Förderung der Gesundheit des Einzelnen allein keine großen Erfolge bringen. Vielmehr müssen von Organisationen gesundheitsfördernde Umwelten geschaffen werden (vgl. Grossmann, Scala, 2006, S. 25).

Deshalb ist es für eine Führungskraft in einer medizinischen Einrichtung – wie zum Beispiel einem Pflegeheim für ältere Menschen - eine wichtige Aufgabe und eine Herausforderung, den Arbeitsplatz für Ihre MitarbeiterInnen gesundheitsförderlich einzurichten und das Bewusstsein der MitarbeiterInnen für Präventivmaßnahmen für ihre eigene Gesundheit zu fördern und zu schulen. Viele Themenkreise gehören dazu wie zum Beispiel gesunde Ernährung, Nichtrauchen, Stressreduktion, Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen, Hygiene, Burnout-Prophylaxe – um nur einige zu nennen (vgl. Grossmann, Scala, 2006, S. 105).

In unserer Fachbereichsarbeit möchten wir uns speziell mit dem Thema Rückenbeschwerden bei Mitarbeitern in Pflegeberufen auseinandersetzen. Wir beginnen mit einem Grundlagenteil, in dem Anatomie und Pathophysiologie der Wirbelsäule beschrieben werden, danach folgt die Beschreibung des Arbeitsablaufes für das Pflegepersonal im Hinblick auf die mögliche Entwicklung von Rückenbeschwerden durch physische und psychische Belastungen (Anmerkung des Verfassers).

Im theoretischen Teil beschäftigen wir uns mit der Thematik wie Führungskräfte ihre Mitarbeiter für gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen sensibilisieren können und wie dann gesundheitsförderliche Verhaltensweisen bei Mitarbeiter erzielt werden können. Im darauffolgenden praktischen Teil beschreiben wir die Verwendung von Hilfsmitteln für rüchenschonendes Arbeiten und setzen uns danach mit der Thematik Kinästhetik auseinander. Im Anschluss werden in den Kapiteln Rückenschule und Massage Übungen zur Propylaxe und Therapie von Rückenbeschwerden beschrieben. Zur Erfassung der aktuellen Situation in zwei Pflegeheimen in Kärnten, entwarfen wir einen Fragebogen und stellen an Mitarbeiter folgende Fragen:

Welche Qualifikation haben Sie?

Wie lange sind Sie schon in einem Pflegeberuf tätig?

Haben sie schon jemals an Rückenbseschwerden gelitten?

Haben Sie einen diagnostizierten Bandscheibenvorfall?

Haben Rückenschmerzen Auswirkungen auf die Arbeit?

Was machen Sie um Rückenschmerzen vorzubeugen?

Verwernden Sie Hilfsmittel bei der Arbeit?

Wenden Sie Kinästhetik an?

Heben Sie Rückenschonend?

Im Anschluss stellen wir die Ergebnisse dieser empirischen Umfrage und unsere Interpretation vor, sowie die daraus abgeleiteten Maßnahmen für Führungskräfte, um rüchenschonendes Arbeiten in Pflegeheimen zu etablieren.

(Anmerkung des Verfassers)

3. ANATOMIE, PHYSIOLOGIE UND PATHOPHYSIOLOGIE DER WIRBELSÄULE (SANDRA HUAINIG)

Die Wirbelsäule stellt das zentrale Element des Skelettsystems dar. Sie verleiht dem Körper Stabilität und ist gleichzeitig ein Bewegungsorgan. Von oben nach unten betrachtet unterteilt man sie in Hals-, Brust-, Lendenwirbelsäule, sowie Kreuzbein und Steißbein. Die einzelnen Abschnitte werden aus Wirbelkörpern aufgebaut, zwischen denen sich die Bandscheiben befinden. Sie bestehen aus einem äußeren Knorpelring und einem inneren, gallertartigen Kern (vgl. Waldeyer, Fanghänel, Pera, 2009, S. 629ff).

Die Bandscheibe ist im Prinzip eine hydraulische Kugel, die durch die Elastizität Erschütterungen abdämpft. Sie verhält sich wie ein Schwamm, der Flüssigkeit und Nährstoffe bei Entlastung aufsaugt und bei Belastung Flüssigkeit und Stoffwechselendprodukte auspresst. Durch Bewegung werden die Bandscheiben be- und entlastet und es kommt ebenfalls zu einem Druckwechsel mit Flüssigkeitsaustausch. Bei Fehlbelastung entsteht punktuell ein enormer Druck auf die Bandscheibe, der zum Einriss des Knorpelfaserringes führen kann. Der Gelkern kann nach hinten in den Wirbelkanal austreten und auf Rückenmarksnerven „drücken“. Es kommt zu einer Entzündung der Nervenwurzel und Schmerzen in diesem Bereich der Wirbelsäule, eventuell mit Ausstrahlung in Arme und Beine. In schweren Fällen kann ein Bandscheibenvorfall sogar zu Lähmungen führen. Nicht jeder Bandscheibenvorfall muss zwangsläufig zu Beschwerden führen (vgl. Waldeyer, Fanghänel, Pera 2009, S. 629ff).

In einer Studie von einer Magnetresonanzdarstellung der Wirbelsäule an 488 beschwerdefreien Männern im Alter von 17 bis 24 Jahren konnten unter anderem insgesamt 29 Bandscheibenvorfälle bei 26 beschwerdefreien Männern nachgewiesen werden (vgl. <http://vts.uni-ulm.de/doc.asp?id=6873>, 10.04.2011, 16:00 Uhr).

Durch die Rückenmuskulatur wird die aufrechte Position des Körpers ermöglicht. Eine Vielzahl von verschiedenen Muskeln bildet in mehreren Schichten ein kräftiges Korsett um die Wirbelsäule und entlastet so die Bandscheibe. Die Bauchmuskeln unterstützen die Rückenmuskulatur bei Seitwärtsneigungen und Drehbewegungen, sowie beim Heben schwerer Lasten. Gut trainierte Bauchmuskeln können den Druck auf die Bandscheiben beim Heben um 50 % reduzieren. (vgl. Peter Michler und Monika Michler, 2005, S. 54ff).

Zu schwache Muskulatur und gleichzeitige Fehlbelastungen führen durch muskuläres Ungleichgewicht zu Muskelverspannungen und Schmerzen. Durch ein ausgewogenes Training der Muskulatur gelingt es, Rückenschmerzen vorzubeugen und bereits bestehende Leiden deutlich zu vermindern. Durch gezielte Physiotherapie kann sogar in manchen Fällen bei einem bereits bestehenden Bandscheibenvorfall eine Operation vermieden werden (vgl. Peter Michler und Monika Michler, 2005, S. 54ff).

Im nachfolgenden Kapitel gehen wir auf den Arbeitsalltag und die berufliche Belastung von Pflegekräften näher ein.

4. ARBEITEN IM PFLEGEHEIM (SANDRA HUAINIG)

4.1 Tätigkeiten des Pflegepersonals mit besonderer Berücksichtigung von Belastungen für den Rücken (Sandra Huainig)

In einem Pflegeheim befinden sich Bewohner mit unterschiedlichen Pflegestufen und Bedürfnissen. Nachdem die Aufnahme in einem Pflegeheim erst ab Pflegestufe 3 erlaubt ist, ist die körperliche Belastung des Pflegepersonals sehr hoch. Denn je höher die Pflegestufe des Pflégelings, desto mehr Hilfe benötigt dieser. Oft ist es nicht möglich den Heimbewohner alleine zu mobilisieren, aber leider wird dies dann oft wegen Zeitmangel oder Personalknappheit trotzdem durchgeführt, was eine umso stärkere Belastung für den Rücken bedeutet.

Ein wesentliches Ziel ist es, die Bewohner je nach Ihren Fähigkeiten zu unterstützen und sie möglichst in ihrer Selbständigkeit zu fördern. Es gilt, nicht selbst schnell gewisse Tätigkeiten für den Bewohner zu erledigen, nein, Pflegekräfte sind vielmehr angehalten, den Bewohnern hilfreich zur Seite zu stehen (Anmerkung des Verfassers).

Morgens erfolgt die Körperpflege mit Waschen, Duschen, Haarpflege, sowie Ohr-Nasen-Mundpflege, gleichzeitig mit der Mobilisation und dem Toilettengang. Dies ist eine starke Belastung für den Rücken, da sehr viel gehoben, gestützt und auch „getragen“ wird. Bei Bedarf werden Stimulationsmassagen durchgeführt und danach die Patienten angekleidet. Ein vorrangiges Ziel ist die Mobilisation der Bewohner, sofern es ihr Allgemeinzustand erlaubt. Von Physiotherapeuten werden sie auf Gehhilfen wie Gehbock etc. und auf die Handhabung des Rollstuhls mit Sicherungsmaßnahmen bzw. mögliche Sturzgefahren eingeschult. Durch Mobilisation werden Gefahren für den Bewohner, wie Thrombosen, Dekubitalgeschwüre, Lungenentzündungen, Atrophie der Muskulatur und Kontrakturen vermindert. Je mobiler ein Pflegling ist, desto weniger Belastung für den Rücken der Pflegeperson durch Heben und so weiter. Die Mobilisation erfordert für alle Mitarbeiter einen hohen Kraftaufwand, ist körperlich sehr anstrengend und stellt eine Belastung für den Rücken dar. (Anmerkung des Verfassers).

Nun wird das Frühstück bereitet und den Bewohnern bei Bedarf beim Essen und Trinken geholfen. Hierbei stellt die Pflegeperson das Bett hoch, sodaß sie in rückschonender Haltung das Essen verabreichen kann. Dazwischen ist Zeit für Dokumentation. Heute wird sehr viel Wert auf ausführliche Dokumentation gelegt, diese spiegelt die Qualität der Betreuung wieder. Die Stationschwester ist auch für organisatorische Belange wie z.B.: Vereinbaren von Arztterminen, Zugänge und Abgänge von Heimbewohnern verwalten, Bestellungen durchführen, Therapien mit Ärzten besprechen und auf die ordnungsgemäße Durchführung achten. (Anmerkung des Verfassers)

Die Arbeitsplätze sollten so eingerichtet sein, dass rüchenschonendes Arbeiten möglich ist. Mittags werden die Heimbewohner kulinarisch versorgt. Nach dem Mittagessen halten die Bewohner, wenn sie wollen, einen kurzen Mittagsschlaf, so kommt es für die Pflegekraft erneut zur körperlichen Belastung beim Zubettbringen und Lagern der Heimbewohner. Täglich bis wöchentlich finden Visiten der Hausärzte bei ihren Patienten statt. Die zuständige Diplomierte Fachkraft berichtet über die aktuellen Beschwerden und über den Verlauf in der letzten Zeit. Danach ergänzt der Arzt die Anamnese durch Fragen mit dem Bewohner und er führt die erforderlichen körperlichen Untersuchungen mit Unterstützung der Pflegekraft durch (Anmerkung des Verfassers).

Weiterführende diagnostische Maßnahmen, Therapien und Kontrolluntersuchungen werden angeordnet und von der Pflegekraft entsprechend am Computer dokumentiert. Am Nachmittag kommt bei Bedarf und je nach Wunsch der Bewohner oder Angehörigen die Friseurin bzw. wird für Maniküre und Pediküre gesorgt. Für das Pflegepersonal entsteht dadurch wieder körperliche Anstrengung beim Mobilisieren (Anmerkung des Verfassers).

Bedeutsam ist die geistige Stimulation durch Spiele, Unterhaltungsprogramm und Besuche. Deutlich festzustellen ist der erhöhte Aufmerksamkeitsgrad und die offensichtliche Steigerung des Wohlbefindens der Bewohner bei Animation. Abends bekommen die Bewohner des Pflegeheimes ein warmes oder kaltes Abendessen (Anmerkung des Verfassers).

Danach werden Bewohner die Hilfe benötigen zur Abendtoilette begleitet und ins Bett gebracht. Nicht zu vergessen, dass dies wieder mit Kraftaufwand und Rückenbelastung der Mitarbeiter verbunden ist. Auch in der Nacht ist immer eine Fachkraft im Dienst und sorgt für das Wohlbefinden der Heimbewohner. Es müssen Tätigkeiten wie Toilettengang, Lagern und Heben meist von einer Pflegeperson bei schweren, pflegebedürftigen Menschen alleine durchgeführt werden. Dies bedeutet eine hohe Belastung, vor allem für den Rücken. Da sich ausserdem der menschliche Organismus in der Ruhephase befindet, ist die körperliche Anstrengung doppelt so hoch, wie am Tag. (Anmerkung des Verfassers).

4.2 Psychomatische Komponente der Rückenschmerzen (Sandra Huainig)

Die tagtägliche Pflege ist für das Personal jedoch nicht nur physisch, sondern auch psychisch eine große Herausforderung. Hohe Stressbelastung und Ängste können bei sensiblen Menschen zu Verspannungen und Schmerzen im Bereich der Rückenmuskulatur führen. Die Menschen, die einen Pflegeberuf ausüben, sollen die Fähigkeit zur Empathie haben und spüren, was sich in der Gefühlswelt eines Bewohners abspielt. Ohne die Empathie wird Pflege zu einem reinen mechanischen Handlungsablauf von angelernten Techniken. Menschen, die diesen Beruf wählen, haben oft eine spezielle Persönlichkeitsstruktur (vgl. Domnowski M. 2010, S. 13f).

Es besteht die Gefahr, dass ein Helfer mit hohem Engagement, Motivation und Ehrgeiz mit falschen Vorstellungen von der Realität diesen Beruf wählt. Für die mühevollen Arbeit erhält man keinen Dank und kein Lob vom betagten, schwerkranken Menschen. Ein müdes Lächeln als Dank und Anerkennung ist schon viel. Oft ist keine Besserung der Allgemeinsituation zu erwarten und das Miterleben für den Helfer des zu Ende gehenden Lebens ist eine außergewöhnlich hohe Stressbelastung (vgl. Domnowski M. 2010, S. 13f).

Viele Menschen in der Bevölkerung beschäftigen sich nie mit der Thematik Tod und Sterben. Im Pflegeberuf wird dem Helfer die Sterblichkeit und Endlichkeit des Lebens täglich vor Augen geführt. So muss sich zwangsläufig auch der Helfer mit dem eigenen Tod auseinandersetzen. Er darf sich aber aus Selbstschutz nicht zu sehr in die Situation des Bewohners einfühlen, denn dann läuft er selbst Gefahr durch die entstehenden Gefühle krank zu werden. Aus unserer Sicht können der Entstehung von Rückenbeschwerden durch psychosomatische Ursachen wie Stress und Angst folgendermaßen entgegenwirken: nämlich durch offene Kommunikation, Ansprechen der Probleme und Abhalten von Supervision. (vgl. Domnowski M. 2010, S. 13f).

5. VOM WISSEN ZUM TUN (JULIA FENGLER)

In der Gesundheitsförderung ist eine dauerhafte Veränderung des Verhaltens von großer Bedeutung. Viele Mitarbeiter haben hohe Kenntnisse über ihr Gesundheitsverhalten bezüglich Bewegung und Ernährung, jedoch kann es an der Umsetzung von der Theorie in die Praxis scheitern. Um eine Verhaltensveränderung zu bewirken, braucht die Führungskraft einen inneren Antrieb und auch ein persönliches Motiv. Die Mitarbeiter sollten auch die Möglichkeit haben das neue Verhalten auszuprobieren bzw. zu üben. Um das Gesundheitsverhalten der Mitarbeiter verändern zu können, müssen die folgenden Schritte, welche in den Unterkapitel beschrieben sind, bei jeder Maßnahmenplanung miteinbezogen werden (vgl. Schneider, 2011, S73f).

5.1 Sensibilisierung (Julia Fengler)

Das Gesundheitsbewusstsein der Mitarbeiter soll gefördert und ihre Einstellung zum Thema gesunder Rücken soll hinterfragt werden. Vielen ist ihr Fehlverhalten in puncto Bewegung durchaus bewusst. Doch durch Belehrung allein ist eine Veränderung nicht möglich, da dies mehr emotions- als vernunftgesteuert ist. Es gibt mehrere Rollen, mit welchen die Führungskraft die Mitarbeiter für rückengerechtes Arbeiten sensibilisieren kann. Zunächst gibt es den Experten. Dieser hat eine hohe Fach- und Sachkompetenz. Er erteilt Ratschläge, aber auch Verbote sind möglich. Er ist für den Plan von Interventionen und für die Ergebniskontrolle zuständig. In dieser Rolle sind die Mitarbeiter sehr abhängig von der Führungskraft und die Selbstverantwortung wird nur schwer verwirklicht (vgl. Schneider, 2011, S. 52f).

Der Helfer hingegen erteilt gerne Ratschläge, spricht Empfehlungen aus und zeigt Übungen. Er beantwortet Fragen und das Lösen von Problemen ist für ihn von großer Bedeutung. Er charakterisiert sich als sehr emphatisch, äußerst hilfsbereit, engagiert und kooperativ. Auch in dieser Rolle besteht ein Abhängigkeitsverhältnis der Mitarbeiter und die Selbstverantwortung wird wenig bis überhaupt nicht unterstützt (vgl. Schneider, 2011, S. 53f).

Der Coach hilft den Mitarbeitern durch professionelle Gesprächsführung, geschickte Fragestellung, sodass die Dienstnehmer ihre Gefühle, Motive und ihre Handlungen verstehen, ihre eigenen Ziele zu definieren und dazu geeignete Interventionen zu planen. Die Führungskraft als Coach denkt mit den Mitarbeitern gemeinsam über Problemlöseverfahren nach. Er sieht seine Tätigkeit als Hilfe zur Selbsthilfe (vgl. Schneider, 2011, S. 54).

Um zu wissen, welche innere Haltung am Besten für die jeweilige Situation/Mitarbeiter ist, sollte die Führungskraft abklären, welche Rolle für welche Situation, Ziel, Zeitpunkt und für welchen Mitarbeiter am Besten geeignet ist (vgl. Schneider, 2011, S. 54f).

5.2 Selbstreflexion (Julia Fengler)

Selbstreflexion heißt seine Motive, Gefühle und die daraus resultierenden Handlungen zu hinterfragen. Für diese Selbsterforschung sollte viel Zeit eingeplant werden, damit die Mitarbeiter ihr bisheriges Verhaltensmuster klar erkennen können. Die Selbstreflexion kann mittels Einzel- und Gruppenreflexion stattfinden. Das eigene Verhalten bzw. das des Teams wird kritisch überprüft, um danach gemeinsam neue Verhaltensstrategien zu planen und auch zu üben (vgl. Schneider, 2011, S. 75).

Diese Zusammenarbeit bewirkt, dass die Mitarbeiter auch später an ihr gemeinsames Vorhaben denken und sich gegenseitig helfen. Die Führungskraft übernimmt hier die Rolle des Moderators. Es sollten individuelle als auch teamrelevante Verhaltenspläne entwickelt werden und aus der Diskussion sollten Ergebnisse entstehen (vgl. Schneider, 2011, S. 75).

5.3 Verhaltensveränderung (Julia Fengler)

Damit die Verhaltensänderung auch von Dauer ist, gibt es in der Psychologie viele Modelle und Theorien, wie man es schafft, sein Verhalten zu ändern. Das transtheoretische Modell und das Zürcher Ressourcenmodell sind besonders hilfreich für die betriebliche Gesundheitsförderung (vgl. Schneider, 2011, S. 75).

5.3.1 Das transtheoretische Modell (Julia Fengler)

Das transtheoretische Modell wurde von James O. Prochaska - Professor für Psychologie und Direktor des Cancer Prevention Research Center an der University of Rhode Island in Amerika - und Dr. Carlo C. Di Clemente - ebenfalls Amerikaner, ist als Professor tätig und ist Lehrstuhlinhaber am Institut für Psychologie an der Universität von Maryland im Staat Baltimore - entwickelt (vgl. http://wikipedia.org/wiki/James_O._Prochaska am 23.07.2011 um 18:05)

Sie teilen die Verhaltensänderung in 5 Stadien ein:

- **Absichtslosigkeit:** Die Person hat nicht die Absicht ihr Verhalten zu ändern, weil sie ihr Problem in einem bestimmten Verhalten nicht sieht bzw. es ist ihr bewusst, verspürt aber keinen Drang es zu verändern.
- **Absicht:** Man weiß über sein Problem Bescheid, hat auch die Absicht es zu ändern, ohne aber bestimmte Interventionen zu setzen.
- **Vorbereitung:** In diesem Stadium werden erste Maßnahmen zu einer Verhaltensänderung vorbereitet und es folgen auch schon kleine Schritte in diese Richtung.
- **Handlung:** Das gewünschte Verhalten steht im Vordergrund. Der Mensch hat es jedoch noch nicht verinnerlicht und daher besteht eine große Rückfallgefahr.
- **Aufrechterhaltung:** Das neue Verhalten besteht seit mehr als sechs Monaten (vgl. Schneider, 2011, S. 76).

Die Stadien gehen spiralenförmig ineinander über, man kann sie jedoch nach oben oder nach unten durchschreiten. Die Zeiträume für jedes einzelne Stadium sind bei jedem Menschen verschieden. Um sein Verhalten erfolgreich ändern zu können, sollten alle Stufen durchschritten werden. Es ist wichtig für die Führungskraft, die verschiedenen Stadien zu kennen, denn so kann sie eruieren, in welcher Phase sich der Mitarbeiter befindet und dann entsprechende Maßnahmen setzen (vgl. Schneider, 2011, S. 76f).

5.3.2 Das Zürcher Ressourcenmodell (Julia Fengler)

Maja Storch und Frank Krause sind die Schöpfer des Zürcher Ressourcenmodells (vgl. Schneider, 2011, S.78). Maja Storch arbeitet als Projektleiterin am Lehrstuhl für pädagogische Psychologie an der Universität Zürich. Die gebürtige Deutsche ist als Psychoanalytikerin, Trainerin und Psychodramatherapeutin tätig (vgl. http://de.wikipedia.org/wiki/Maja_Storch am 23.07.2011 um 18:40).

Frank Krause hat in Sozialwissenschaften an der Uni Erlangen-Nürnberg diplomiert und danach war er in der Forschungs- und Entwicklungsarbeit als wissenschaftlicher Mitarbeiter der Universität Konstanz im Bereich Bildungsforschung und Erwachsenenbildung tätig. Weiters ist er Koautor des Konstanzer Trainingsmodells. Frank Krause hat die Doktorarbeit in Psychologie gemacht und sich in Gesprächspsychotherapie und Psychodrama weitergebildet. Seit 1986 arbeitet er selbständig als Erwachsenenbildner, Coach, Supervisor und Autor. Seither ist für Unternehmen und Nonprofit-Organisationen tätig, ist Gastdozent an den Universitäten Mainz und Zürich und der Pädagogischen Hochschule Weingarten. Weiters ist Frank Krause ZRM-Ausbilder zum Abschluss im Rahmen des Certificate of Advanced Studies der Universität Zürich in ZRM-Training (vgl. <http://www.frankkrause.net/site/profil.html> am 23.07.2011 um 18:55). Es richtet sich nach der neurowissenschaftlichen Erkenntnis, dass der Hauptteil unserer Handlungen unbewusst gelenkt wird und dass zum Lernen und für eine Verhaltensänderung physische, kognitive, aber vor allem emotionale Blickwinkel von Bedeutung sind. (vgl. Schneider, 2011, S. 78f)

Unser Verhalten wird durch zwei verschiedene Bewertungssysteme beeinflusst – einerseits durch den Verstand, die bewusste Steuerung, und andererseits durch emotionale Erfahrungen, der zum größten Teil unbewussten Steuerung. Der Hauptanteil unseres Verhaltens wird unbewusst gelenkt. Das Mittelhirn und das Kleinhirn planen unbemerkt viele unserer Tätigkeiten. Das Mittelhirn arbeitet sehr schnell und komplex und es können mehrere Prozesse gleichzeitig stattfinden. Diese Informationen sind jedoch sehr wirr und ungenau. Die Erfahrungen werden als körperliche Wahrnehmungen gespeichert und sind jederzeit sehr schnell abrufbar, um eine Situation zu einzuschätzen (vgl. Schneider, 2011, S. 78f).

Das Großhirn hingegen arbeitet verzögert, dafür aber sehr genau. Das Zürcher Ressourcenmodell hat sich mit diesen zwei Steuerungssystemen auseinandergesetzt und arbeitet mit den unbewussten Mechanismen der Verhaltenssteuerung. Das Mittelhirn überbringt Nachrichten über Körpersignale. Es vergleicht die erhaltene Information mit den bereits gemachten und abgespeicherten Erfahrungen und diese werden als körperliche Wahrnehmungen empfunden. Sie sind das körpereigene Bewertungssystem, welche als Alarm- bzw. als Startsignal fungieren können. Diese Bewertungen sind meist unbewusst und beziehen sich auf verschiedenen Erfahrungen des Individuums. Der Entscheidungsprozess wird durch den Vergleich der verschiedenen Möglichkeiten erleichtert. Dadurch kann man eine Verbindung zum Unbewussten herstellen. Heutzutage glaubt man jedoch viel mehr an die technische Diagnostik als an die eigenen Körpersignale. Sind die Nachrichten aus dem Großhirn und Mittelhirn gleich, so ist die Möglichkeit auch sehr groß, dass dieses Verhalten praktiziert wird. Ziele sollten so gesetzt werden, sodass Vernunft und Gefühl übereinstimmen (vgl. Schneider, 2011, S. 80f).

Die Verhaltensänderung fängt mit der Definition des Zieles an, welches an die jeweilige Person angepasst werden sollte. Im Zürcher Ressourcenmodell steht die innere Haltung im Vordergrund. Die Aufgabe des Mittelhirns ist das Verhalten und die Handlungen zu beurteilen. Je nach Instruktion des Mittelhirns wird eine Handlung durchgeführt oder auch nicht (vgl. Schneider, 2011, S. 81).

Die Selbstkontrolle und die Selbstregulation sind zwei verschiedene Möglichkeiten zur Verhaltensänderung. Möchte eine Person mittels Selbstkontrolle ihr Verhalten ändern, dann geschieht es ganz bewusst. Sie ist hoch aufmerksam und kontrolliert. Es erfordert viel Stärke und Unnachgiebigkeit. Diese Verhaltenslenkung ist meist mit negativen Gefühlen verbunden (vgl. Schneider, 2011, S. 82).

Das Verhalten kann für eine kurze Zeit erfolgreich verändert sein, doch die Gefahr in das alte Verhaltensmuster zurückzufallen ist groß. Das Großhirn ist für die Selbstkontrolle verantwortlich, welches für Störungen aber sehr empfänglich ist. Dies umfasst auch, dass nicht mehrere Prozesse zur gleichen Zeit ablaufen können. Wenn eine Person ihre Verhaltensänderung bewusst steuern möchte, bedarf dies ihrer gesamten Konzentration. Kaum tritt ein anderes Projekt ins Leben, welches unsere Aufmerksamkeit braucht, besteht die Gefahr, dass die Person in ihr altes Verhalten zurückfällt. Bei der Selbstregulation besteht kein Druck und Zwang. Die Verhaltensänderung wird mit positiven Gefühlen assoziiert. Die Chance des Erfolges in stressreichen Situationen ist sehr hoch. Welche Möglichkeit zur Anwendung kommt, ist von dem ausgesuchten und definierten Ziel abhängig (vgl. Schneider, 2011, S. 82f).

Sogenannte Priming Objekte können eine Verhaltensänderung unterstützen. Unter Priming Objekte versteht man ein Bild oder einen Gegenstand, die das sich gesetzte Handlungsziel im besten Sinne repräsentieren (wie beispielsweise beim Thema „Gesunder Rücken“ das Bild eines für ihre aufrechte Körperhaltung bekannten schlanken Massais) und vom Mitarbeiter emotionell positiv angenommen werden. Ist ein solches Bild gefunden, wird es vervielfältigt, damit die betreffende Person es in vielen Situationen als anregendes Leitbild vorfindet, zum Beispiel als Desktophintergrund oder als Wandbild und vieles mehr. Dadurch sollten kontinuierlich die neuronalen Netzwerke aktiviert werden, sodass das Handlungsziel im Mittelhirn gefestigt wird. Dieses Verfahren ist für Einzelpersonen, aber auch für eine Gruppe geeignet (vgl. Schneider 2011, S. 83).

6. GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTIONSMASSNAHMEN (SANDRA HUAINIG)

6.1 Wertschätzung des Dienstgebers gegenüber dem/der Angestellten (Sandra Huainig)

Die Wertschätzung des Arbeitgebers für seine Mitarbeiter kommt dadurch zum Ausdruck, dass er sich um ihre Gesundheit sorgt und Informationen, Hilfsmittel und Zeit für Fortbildung zur Verfügung stellt. Aus der Sicht der Organisation ist es ein wünschenswertes Ziel gut ausgebildete, motivierte Mitarbeiter zu haben, die sich an ihrem Arbeitsplatz wohl fühlen und langfristig dem Betrieb zur Verfügung stehen. Aufgrund der demographischen Entwicklung und der damit verbundenen Zunahme an pflegebedürftigen Menschen steigt der Bedarf an qualifiziertem Personal. Hauptsächlich sind Frauen (nahezu 80%) als Pflegehelferinnen oder diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester in diesem Beruf tätig. Obwohl es vermehrt Ausbildungsplätze und vakante Stellen gibt, genießen diese bei jungen Schülerinnen wenig Attraktivität. Die Löhne in den Pflegeheimen sind beispielsweise geringer als in den Landesspitälern und die körperlichen Arbeitsbelastungen bei der Arbeit mit immobilen Patienten sehr hoch. (vgl. Loffing D., Loffing C. 2010, S. 3ff).

6.2 Gesundheitsförderung als Prozess der Organisationsentwicklung (Sandra Huainig)

Mitarbeiterinnen verbringen einen sehr großen Teil ihrer Zeit an ihrem Arbeitsplatz. Ob dieser der Gesundheit förderlich ist oder nicht, hängt deutlich von den Rahmenbedingungen für Gesundheit, die von der Organisation geschaffen wird, ab. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat im Zusammenhang mit Gesundheitsförderungsprojekten den Begriff „Setting“ kreiert. „Setting“ bezeichnet einerseits den Raum (Schule, Krankenhaus, Betrieb) für Gesundheitsförderungsprojekte, der Begriff meint aber auch die soziale Einheit die dahinter steht und für Interventionen gut geeignet ist. (vgl. Bals, Hanses, Melzer, 2008, S. 79ff)

Schulungsprogramme, in denen einzelne Personen angesprochen werden, sind heute im Wesentlichen überholt. In der Vergangenheit wurde in traditionellen Gesundheitserziehungsprogrammen versucht, durch Informationen der Menschen über z.B. Schädigung durch Rauchen oder gesunde Ernährung; ein Bewusstsein für Gesundheit bei den Menschen zu schaffen und dadurch eine Verhaltensänderung herbeizuführen. Die Ergebnisse waren enttäuschend, die Ziele konnten nicht erreicht werden, weil der Einfluss der sozialen Umwelten („Settings“) nicht in den Konzepten berücksichtigt wurden. (vgl. Bals, Hanses, Melzer, 2008, S. 79ff).

Wenn man Gesundheitsförderung und –erhaltung nachhaltig gestalten will, so muss man die Zusammenhänge global betrachten. Dafür gilt der Setting-Ansatz für die Organisationsentwicklung als Grundbaustein und Schlüsselstrategie für die Gesundheitsförderung. Der wesentliche Aspekt ist, dass soziale Systeme die Adressaten für Massnahmen, Veränderungen in Strukturen und Schaffung von neuen Rahmenbedingungen für Gesundheit sind, und nicht einzelne Individuen. Für den einzelnen Menschen sollen Optionen für gesundheitsförderliche Verhaltensalternativen geboten werden (vgl. Bals, Hanses, Melzer, 2008, S. 79ff).

6.3 Gesundheitsfördernde Umwelten – Einrichten eines gesundheitsförderlichen Arbeitsplatzes (Sandra Huainig)

Organisationen sind Gesundheitserzieher, d.h. wie mit der Gesundheit der Mitarbeiter am Arbeitsplatz umgegangen wird, beeinflusst nachhaltig die Einstellung und die Verhaltensweisen der Mitarbeiter auch abseits der Arbeit. An Hand des Nichtraucherschutzes am Arbeitsplatz möchten wir das Gesundheitsverhalten beispielhaft beschreiben. Wir erinnern uns an die Nichtraucherkampagnen in den letzten zwanzig Jahren. Durch Informationen über die vielen tausenden krebserregenden Stoffe und deren negative Auswirkungen die bis zum Tod führen können, sowie die Gefahren des Passivrauchens, wurde in zahllosen Aktionen hingewiesen. (vgl. <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008910>, 8.4.2011 16:00 Uhr)

Am Arbeitsplatz war es trotz alledem Usus, dass im Büro geraucht wurde und ein Mitarbeiter, der nicht rauchte, dem Rauch selbstverständlich ausgesetzt war. Raucher hatten sehr häufige, anerkannte Rauchpausen, die die Nichtraucher nicht hatten. In letzter Zeit wurden in verschiedenen Ländern der Europäischen Union Gesetze zum Rauchverbot an öffentlichen Plätzen eingeführt und eigene Raucherzonen geschaffen. Erst durch gesetzlich verankerte Strafen konnte ein Rauchverbot umgesetzt werden (vgl. <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008910>, 8.4.2011 16:00 Uhr).

Ein weiterer Punkt ist die Ernährung der Mitarbeiter am Arbeitsplatz. Durch nährstoffreiche Snacks in regelmäßigen Pausen können die Leistungs-, Konzentrationsfähigkeit und das Wohlbefinden der Mitarbeiter während der Arbeit gesteigert werden (Anmerkung des Verfassers).

Sowohl das in der Kantine angebotene Essen, als auch die Art und Weise wie Pausen am Arbeitsplatz geregelt werden, beeinflussen das Verhalten der Mitarbeiter auch außerhalb des Betriebes in ihrem Privatleben. So werden zu Hause zum Beispiel eher gesunde, frische, vitaminreiche Speisen verwendet, wenn dies im Betrieb der Fall ist. Die Arbeitsweise in einem Krankenhaus oder einem Pflegeheim bestimmt nicht nur vorbildhaft das Gesundheitsbewußtsein der MitarbeiterInnen, sondern auch das der Patienten, Kunden und ihrer Angehörigen (Anmerkung des Verfassers)

Wie die zwei oben angeführten Beispiele zeigen, kann nachhaltig gesundheitsförderliches Verhalten am Arbeitsplatz beeinflusst werden. In diesem Sinne würde sich unserer Meinung nach eine rückschonende Arbeitsweise ebenfalls positiv auf die Gesundheit der Mitarbeiter auswirken (Anmerkung des Verfassers)

6.4 Projektmanagement als Strategie für die Umsetzung von Gesundheitsförderungsprojekten (Sandra Huainig)

Zu Beginn eines Projektes muss das Setting genau definiert werden. Welche Personen, Abteilungen, Organisationen, Führungskräfte, Berater aus z.B. Medizin, Politik und Sozialwesen sollen miteinbezogen werden. Diese Definition muss auch während der verschiedenen Phasen des Projektes ständig überprüft werden, um Fehler zu vermeiden, die das Projekt zum Scheitern bringen können. Projekte erfüllen eine doppelte Funktion, sie lösen ein Problem und entwickeln die Organisation (vgl. Grossmann, Scala, 2006, S. 75ff).

6.5 Gesundheit zur Chefsache machen (Julia Fengler)

Die Führungskraft ist die wichtigste Person im betrieblichen Gesundheitsmanagement. Sie hat mehrere Aufgaben zu erfüllen. Die Führungskraft soll die verschiedenen Handlungsebenen überschauen, wissen wo welche Ziele zu setzen sind und die jeweiligen Maßnahmen durchführen, sowie alle Handlungsebenen miteinander verbinden. Sie übernimmt die Rolle des Mitgestalters der Arbeitsbedingungen und des Vorbildes an der Dienststelle. Das Führungsverhalten wirkt sich auf die Gesundheit und Krankheit des Mitarbeiters aus. Um die Gesundheit der Dienstnehmer zu fördern und die Ressourcen zu mobilisieren, soll die Führungskraft

- detaillierte Kenntnisse über das Thema haben
- bereit sein, sich mit den Inhalten, aber auch mit den Arbeitsweisen im betrieblichen Gesundheitsmanagement zu beschäftigen,
- einen persönlichen Bezug zum Thema haben
- sowie die Sinnhaftigkeit des Themas und der daraus resultierenden Perspektiven in der Arbeitswelt verstehen (vgl. Schneider, 2011, S. 85).

Vor allem in der Anfangsphase eines Projektes, in welchen die Strukturen und die Ziele festgelegt werden, ist die Anwesenheit der Führungskraft von großer Wichtigkeit. Dies bedeutet zunächst einen Mehraufwand, welcher sich nach der Einführungsphase wieder legt (vgl. Schneider, 2011, S. 86).

Die Führungskraft kann das Verhalten der Mitarbeiter beeinflussen. In der Managementebene lässt sie Maßnahmen des Gesundheitsmanagements und –förderung in ihrem Arbeitsbereich und Führungsaufgaben miteinfließen. Der Vorbildfunktion als Führungskraft wird zumeist wenig Bedeutung beigemessen. Vor allem bei Vorgesetzten, die im persönlichen Kontakt mit den Mitarbeitern stehen, kann dies auf verbaler, aber auch nonverbaler Ebene geschehen. Der Führungsstil nimmt in diesem Bereich eine große Rolle ein. Die Art der Führung kann den Mitarbeiter nicht nur krank machen, sondern auch seine Gesundheit unterstützen. Wenn Mitarbeiter klare, verständliche Aufgaben von der Führungskraft erhalten und auch Feedback über die Arbeitsleistung erhalten, so kommt es zu weit weniger körperliche Beschwerden als bei unklaren und diffusen Strukturvorgaben. Der Führungsstil sollte demnach nicht nur unter dem Blickwinkel des Nutzens der Arbeitsergebnisse, sondern auch unter der Sichtweise der Gesundheit betrachtet. Ein weiterer Aspekt ist der Hüter der eigenen Gesundheit, also das Selbstmanagement. Vorgesetzte beeinflussen die Mitarbeiter, wenn sie für ihre eigene Gesundheit Sorge tragen (vgl. Schneider 2011, S. 88).

7. MOTIVIERUNG ZUR PERSÖNLICHEN VERHALTENSÄNDERUNG (JULIA FENGLER)

Es gibt viele Theorien, welche sich mit den Verhaltensweisen beschäftigen, die auf die Gesundheit abzielen. Eine wichtige Rolle dabei spielt die Motivierung von Personen. Wenn die Führungskraft die Ursache erkennt, warum Mitarbeiter in gewissen Situationen auf eine bestimmte Art verhalten, kann sie auf diese Handlungsabläufe zumindest theoretisch Einfluss nehmen, damit jene Mitarbeiter, welche ein gesünderes Verhalten aufweisen möchten, darin unterstützt werden (= Realisierungsmotivation). Die Führungskraft kann aber auch die Mitarbeiter anregen, welche noch nicht diese Absicht haben, aber durch gesünderes Verhalten mehr körperliches Wohlbefinden gewinnen würden (=Selektionsmotivation) (vgl. Kerr, Weitkunat, Moretti, 2007, S. 237).

Die Verhaltensforschung hat sich eingehend mit diesen beiden Motivationen beschäftigt. Die Selektionsmotivation erlaubt es dem Betroffenen zwischen mehreren Möglichkeiten eine bestimmte Verhaltensalternative zu wählen. Die Realisierungsmotivation hingegen bewegt dazu, Handlungen zu setzen, die das gewählte Verhalten ermöglichen. Hierbei ist noch auf die Vorentscheidungs- und Nachentscheidungsphase hinzuweisen. Untersuchungen haben ergeben, dass bei ersterer Ziele unbefangener bewertet werden, nach der Entscheidung hingegen die Aufmerksamkeit mehr auf das Erreichen des Zieles gelenkt wird als auf das Ziel selbst (vgl. Kerr, Weitkunat, Moretti, 2007, S. 237).

Die Forschung hat sich aber nicht nur mit der Motivation, sondern auch mit den Erwartungen des veränderungswilligen Personenkreises beschäftigt und teilt diese in drei Hauptgruppen ein:

- Situationsergebniserwartungen basieren auf der Wahrnehmung, dass bestimmte Wendepunkte von der Umwelt abhängig sind, wie beispielsweise Konsequenzen aus Arztbesuch - Arzt fordert Patienten zu mehr Bewegung auf, da ansonsten eine Gefahr für die Gesundheit besteht
- Bei Handlungsergebniserwartungen ist ein bestimmtes Verhalten mit Folgen verbunden.
- Die Selbstwirksamkeitserwartung ist die Selbsteinschätzung, ein bestimmtes Verhalten durchzuführen (vgl. Kerr, Weitkunat, Morretti, 2007, S. 238, S. 240).

Daraus ergibt sich, dass eine Person zu folgenden Einsichten gelangen muss, um für eine Verhaltensänderung motiviert zu sein:

- Der jetzige Zustand stellt eine Bedrohung der Gesundheit dar.
- eine Verhaltensänderung kann diese Gefahr verringern und
- sie selbst ist in der Lage die Veränderung durchzuführen (vgl. Kerr, Weitkunat, Moretti, 2007, S238).

Beim Versuch, Mitarbeiter zu einer gesünderen Verhaltensweise zu bewegen, sollte das Hauptaugenmerk darauf liegen, dass die Veränderungen für die Zielpersonen einfach durchzuführen sind. Weiters ist darauf zu achten, dass die Motivation so lange aufrechterhalten wird, dass die regelmäßige Ausführung der Verhaltensänderung über einen längeren Zeitraum gewährleistet ist. Einen wichtigen Beitrag dazu leistet, wenn die durch das veränderte Verhalten sich ergebenden Ergebnisse zu einer wahrgenommenen Befriedigung führen. Umgekehrt kann eine reduzierte Veränderungswahrnehmung zu einer Demotivation führen und den Vorsatz zur Verhaltensänderung schwächen. Viele gesundheitsbezogene Maßnahmen benötigen kontinuierliche Wiederholungen, um erfolgreich zu sein. Viele Modellvorstellungen liefern aber wenig Informationen darüber, wie man es schafft, eine Motivation so lange stabil zu halten, bis sich der Erfolg einstellt (vgl. Kerr, Weitkunat, Moretti, 2007, S. 242, S. 246f).

Doktor Julius Kuhl ist Professor und Psychologe und ist als Leiter der Persönlichkeit Abschnitt an der Abteilung für Psychologie an der Universität Osnabrück in Deutschland tätig (vgl. <http://translate.google.com/translate?hl=de&langpair=en|de&u=http://www.ameson.org/elite-student-programs/126-renown-german-professor-visits-amesons-nanjing-offices> am 24.07.2011 um 10:39). Professor Doktor Julius Kuhl hat in diesem Zusammenhang sechs Schritte über die Selbsteinflussnahme entwickelt, die für die Realisierungsmotivation wichtig sind (vgl. Kerr, Weitkunat, Moretti, 2007, S. 247).

Bei der selektiven Aufmerksamkeit konzentriert sich der Mitarbeiter auf jene Informationen, welche für das Gelingen der Realisierungsmotivation wichtig sind. Bei der Enkodierungskontrolle wird den positiven Erfahrungen aus den neuen Verhaltensweisen mehr Gewicht beigemessen als negativen Nebenaspekten. Die Emotionskontrolle beschreibt die Absicht die positiven Gefühle, die durch die neuen Verhaltensweisen entstehen können, dauerhaft aufrechterhalten zu können beziehungsweise negative Gefühle zu negieren. Bei der Motivationskontrolle liegt das Hauptaugenmerk auf der Stärkung der Motivation, indem auf die negativen Konsequenzen der Nichtausführung der neuen Verhaltensweise hingewiesen wird. (vgl. Kerr, Weitkunat, Moretti, 2007, S. 248)

Die Umweltkontrolle bezieht sich darauf, Störfaktoren der Umsetzung der Realisierungsmotivation zu vermeiden beziehungsweise zu entfernen. Mit der sparsamen Informationsverarbeitung ist gemeint, die Überlegungen über das Für und Wider eines bestimmten Verhaltens nach einem bestimmten Zeitraum zu beenden (vgl. Kerr, Weitkunat, Moretti, 2007, S. 248).

Zusammenfassend ist festzustellen, dass es nicht ausreicht, den Mitarbeiter nur auf die negativen Folgen seines Verhaltens noch ausschließlich auf die positiven Aspekte einer Veränderung des Verhaltens hinzuweisen, um ihn zu einer Verhaltensänderung zu bewegen. Größere Chancen bieten hierfür Selbstbestärkungstechniken mit teilnehmendem Lernen, die den Mitarbeiter dazu ermutigen, sich aktiv zu beteiligen und mittels der Selektions- und der Realisierungsmotivation Wege dafür zu finden, die Umsetzung der gewünschten Verhaltensänderung positiv abzuschließen (vgl. Kerr, Weitkunat, Moretti, 2007, S. 249).

8. VON GEWOHNHEITEN ZUR IMPLEMENTIERUNG VON NEUEN HANDLUNGEN (JULIA FENGLER)

8.1. Was sind Gewohnheiten? (Julia Fengler)

Unter einer Gewohnheit versteht man eine gelernte Handlungsabfolge, das heißt, dass eine Verhaltensweise eine gewisse Zeit wiederholt werden muss, ehe eine Gewohnheit entsteht. Eine weitere Voraussetzung für die Entstehung einer Gewohnheit ist, dass diese Wiederholungen ohne lange darüber nachzudenken durchgeführt werden. Wie viele Wiederholungen einer Verhaltensweise nötig sind, um zur Gewohnheit zu werden, kann nicht eindeutig festgelegt werden, sondern sind von Fall zu Fall verschieden. Gewohnheiten sind automatische Reaktionen auf bestimmte Reize. Dadurch unterscheiden sie sich von vernunftgesteuerten Wiederholungen. Diese Reize können vielfältig sein, Menschen, Tiere, Gegenstände, Wetter, bestimmte Zeichen. Wesentlich ist, dass die Reaktionen auf diese Auslöser automatisch, ohne Überlegen ausgeführt werden (vgl. Kerr, Weitkunat, Moretti, 2007, S. 106f).

Gewohnheiten entwickeln sich unbewusst, sind daher nicht leicht zu kontrollieren, können aber geistig wirkungsvoll sein, da man daneben noch andere Dinge durchführen kann (vgl. Kerr, Weitkunat, Moretti, 2007, S. 107).

Auch Gewohnheiten können Hindernisse für eine Verhaltensänderung sein (Anmerkung des Verfassers).

8.2. Warum bilden sich Gewohnheiten aus? (Julia Fengler)

Gewohnheiten können uns dienlich sein und das Leben erleichtern. Auch für die Erreichung bestimmter Ziele können sie nützlich sein. Laut der traditionellen Verhaltensforschung entstehen Gewohnheiten unter dem Einfluss der Verstärkung. Das heißt, Verhaltensweisen, die positive Ergebnisse auslösen, werden eher wiederholt als solche mit negativ empfundenen Folgen. Der Verstärker kann aber nicht immer eindeutig bestimmt werden. Die Gewohnheit gelegentlich Schokolade zu essen, kann einerseits dem körperlichen Wohlbefinden dienen, aber andererseits auch Mittel zum Zweck sein, Frustrationen zu verdrängen. Nur eine Analyse, welchem Ziel eine Gewohnheit folgt und welcher Verstärker vorliegt, kann Klarheit schaffen (vgl. Kerr, Weitkunat, Moretti, 2007, S. 107f).

8.3. Wie kann man Gewohnheiten messen? (Julia Fengler)

Gewohnheiten können stärker oder schwächer ausgeprägt sein. Die Messung dafür war bisher nicht zielführend, da bei Untersuchungen von der Häufigkeit der Wiederholungen ausgegangen wurde. Bei wiederholten Verhalten muss aber nicht unbedingt vor einer Gewohnheit gesprochen werden, da dieses auch bewusst ausgeführt werden kann und somit der wesentliche Ausgangspunkt Automatismus fehlt. Seit einigen Jahren liegt nun ein Testverfahren vor, mit dem sich die Gewohnheitsstärke über einen speziellen Fragebogen messen lässt. Es handelt sich um den Self-Report-Habit-Index (SRHI). Einer seiner Vorteile liegt darin, dass die Handlungshäufigkeit nicht den Schwerpunkt bildet (vgl. Kerr, Weitkunat, Moretti, 2007, S. 108f).

8.4. Die negativen Aspekte von Gewohnheiten (Julia Fengler)

Der Begriff Gewohnheit kann auch negativ besetzt sein, da er in der Umgangssprache mit schlechter Angewohnheit gleichgestellt wird. Bei solchen Verhaltensweisen kann eine Gewöhnung problematisch werden. Beispiele dafür sind Alkohol- und Tabakwarenkonsum, ungesunde Ernährung und ähnliches. Mit solchen Gewohnheiten ist nicht leicht umzugehen, da die drei Eigenschaften Häufigkeit, Automatismus und Funktionalität diese Stärke verleihen. Dazu kommen in speziellen Bereiche wie Drogenkonsum fast unbezwingbare Verstärker hinzu. Dessen sollte man sich bewusst sein, sollten negative Gewohnheiten zum Ziel von Intentionen werden (vgl. Kerr, Weitkunat, Moretti, 2007, S. 109f).

Untersuchungen haben ergeben, dass eine Informationsweitergabe als Intervention bei Personen mit stark ausgeprägten Gewohnheiten wenig zielführend waren, da diese einen Tunnelblick entwickelt hatten und daher für ein geändertes Verhalten wenig Aufnahmebereitschaft zeigten. Die Erfolgsaussichten sind also gering, nur mittels Informationen eine Einstellung verändern zu können, wenn es sich beim Verhalten der Zielperson um eine Gewohnheit handelt (vgl. Kerr, Weitkunat, Moretti, 2007, S. 110f).

8.5. Gewohnheiten als Ziel einer Maßnahme (Julia Fengler)

Es gibt aber auch viele positive Aspekte von Gewohnheiten. Nicht jede Verhaltensweise ist einer Gewohnheit gleichzustellen manchen Handlungen gehen auch Erwägungen voran. Wenn eine Verhaltensweise noch nicht zur festen Gewohnheit worden ist, kann sie noch beeinflusst werden. Bei der Entwicklung und Planung von Maßnahmen, die eine Verhaltensänderung bewirken sollten, ist es auch sinnvoll, Situationen zu eruieren, in denen mit alten Gewohnheiten abgeschlossen werden muss und Neue noch nicht entstanden sind, wie beispielsweise eine Veränderung des Wohnsitzes oder Arbeitsplatzes (vgl. Kerr, Weitkunat, Morettei, 2007, S. 111).

Gewohnheiten wie diese bieten gute Voraussetzungen für Interventionen, deren Zweck es ist, neue und positiv besetzte Verhaltensweisen zu initiieren. Durch diese Interventionen soll auch erreicht werden, dass die Verhaltensänderungen als besonderes erstrebenswert empfunden und zu dauerhaften Gewohnheiten werden (vgl. Kerr, Weitkunat, Moretti, 2007, S.112).

8.6. Stabilisierung und Aufrechterhaltung von Gewohnheiten (Julia Fengler)

Doch wie können neue Gewohnheiten gebildet, stabilisiert und aufrechterhalten werden? Ausgangspunkt für eine erfolgreiche Intervention ist die Motivation der Mitarbeiter, ihr bisheriges Verhalten zu ändern oder neue Verhaltensweisen anzunehmen. Ein positives Ergebnis kann sich aber nur dann ergeben, wenn dieser Personenkreis eine positive Einstellung und einen klaren Willen zur Veränderung hat. Ist dieses Ziel erreicht, so kann es für die Stabilisierung und Aufrechterhaltung der Veränderung von Nutzen sein, das neue Verhalten in das soziale Gefüge zu integrieren. Teil einer Organisation zu sein, kann einer Person helfen, sein neues Verhalten zu stärken und zu verinnerlichen. Motivation und Intention müssen in diesen allein nicht ausreichend für eine Verhaltensänderung sein. Vorsätze werden nicht automatisch zu Verhaltensweisen beziehungsweise zu Gewohnheiten. Daher sollte sich eine Intervention auf die drei Voraussetzungen einer Gewohnheit konzentrieren – Handlungshäufigkeit, Automatismus und Funktionalität (vgl. Kerr, Weitkunat, Moretti, 2007, S. 112f).

8.7. Implementierung (Julia Fengler)

Eine zusätzliche Hilfe eine Verhaltensänderung herbeizuführen, kann die Implementierung von Intentionen sein. Diese legt ihr Hauptaugenmerk auf die Ausarbeitung von präzisen Ausführungsplänen. Das heißt, es wird genau festgelegt, wann, wo und wie die Intention in Zukunft umgesetzt wird. Durch diese Fixierung wird eine Intention wie zum Beispiel der Wunsch etwas für seine Figur zu tun, zu einer Ausführungsintention. (vgl. Kerr, Weitkunat, Moretti, 2007 S. 113).

Die Zielperson weiß nun, wann sie das Körpertraining betreiben soll – zum Beispiel an drei festgelegten Terminen in der Woche, wo – zum Beispiel im Hallenbad – und wie – eine Stunde schwimmen. Solche Implementierungen von Intentionen haben sich als erfolgreich erwiesen, da sich die verschiedenen Situationsreize – wann, wo und wie – bündeln und somit die Wahrscheinlichkeit ihrer Umsetzung erhöhen. Einen zusätzlichen Anstoß dazu ergibt auch die Möglichkeit, die Handlung rasch umzusetzen. Weiters kann die Umsetzung der Ausführungsintention dazu führen, eine Verhaltensweise zu entwickeln, welche die drei wesentliche Bestandteile einer Gewohnheit – Handlungswiederholung, Unbewusstheit und Funktionalität – beinhaltet und die bei dauerhafter Ausführung, dem Verblenden der zu Beginn verspürten Situationsreize sowie der positiv empfundenen Konsequenzen selbst zur Gewohnheit werden (vgl. Kerr, Weitkunat, Moretti, 2007, S. 113).

9. DIE DREI EBENEN DER BETRIEBLICHEN GESUNDHEITSFÖRDERUNG (JULIA FENGLER)

Die betriebliche Gesundheitsförderung soll drei wesentliche Bereiche beinhalten:

- individuelle Maßnahmen,
- teamorientierte Interventionen,
- organisationsorientierte Anweisungen (vgl. Schneider, 2011, S. 97).

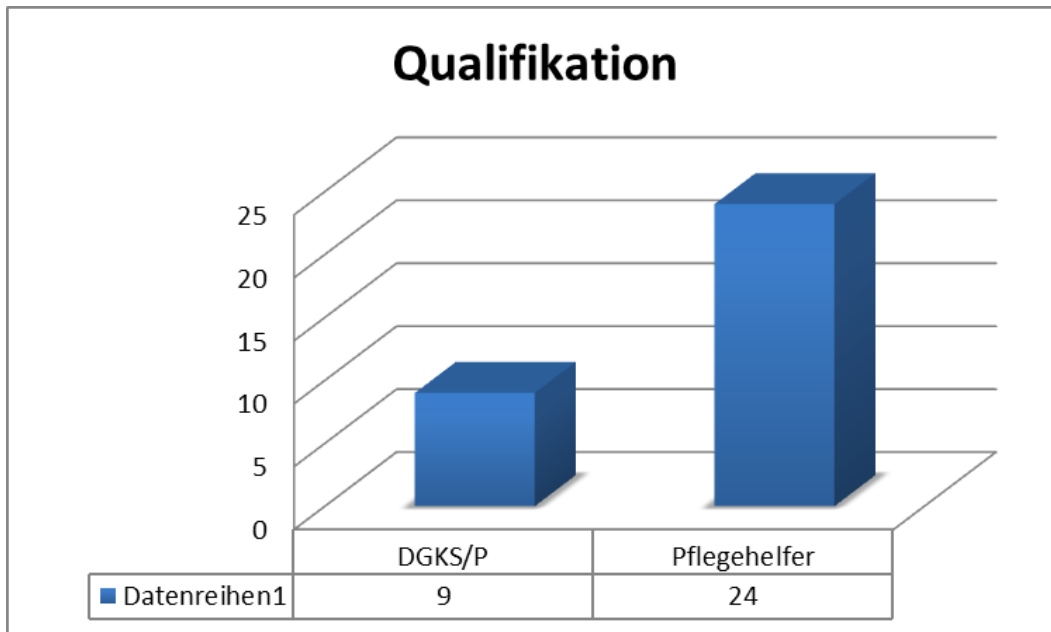
Diese drei Gebiete beeinflussen sich gegenseitig, aber es sind ihnen auch Teilbereiche zugehörig, welche nicht der betrieblichen Gesundheitsförderung angehören. Die häufigste falsche Sichtweise ist die Annahme, dass nur individuelle, persönliche Maßnahmen im Betrieb die betriebliche Gesundheitsförderung sei. Solche Interventionen sind natürlich wichtig, aber sie sind nicht der eigentliche Inhalt der betrieblichen Gesundheitsförderung. Zunächst sollte die Handlungsebene mit Hilfe einer Analyse festgesetzt werden, um zu wissen, wo angesetzt werden muss, um langfristig erfolgreich zu sein (vgl. Schneider, 2011, S. 97ff).

War die Analyse erfolgreich und ein messbarer Wert der Beeinträchtigung und ein Anhaltspunkt für die Ursache sind bekannt, dann können die richtigen Maßnahmen gesetzt werden, um die Gesundheit der Mitarbeiter zu stärken. In allen drei Ebenen sind aber auch viele Maßnahmen zu finden, die nicht zur betrieblichen Gesundheitsförderung gehören. Der Mitarbeiter hat eine große Eigenverantwortung für seine eigene Gesundheit sowohl zuhause als auch in der Arbeit. Dies trifft auch auf die Team- und Organisationsebene zu. Auch hier gibt es viele Interventionen, die nicht nur auf die Gesundheit der Dienstnehmer gerichtet sind. Es kann jedoch hilfreich sein, Entscheidungen unter dem Blickwinkel der betrieblichen Gesundheitsförderung zu planen. Die Führungskraft soll Gesundheit der Mitarbeiter als wichtigen Faktor für einen effektiven Arbeitsablauf im Betrieb schätzen. Sie gehört zur wichtigsten Zielgruppe, welche Kenntnisse über die drei Handlungsebenen und deren gegenseitige Wechselwirkung haben sollte, damit die richtigen Maßnahmen gesetzt und nachhaltig gesichert werden (vgl. Schneider, 2011, S. 97ff).

10. AUSWERTUNG DES FRAGEBOGENS (JULIA FENGLER, SANDRA HUAINIG)

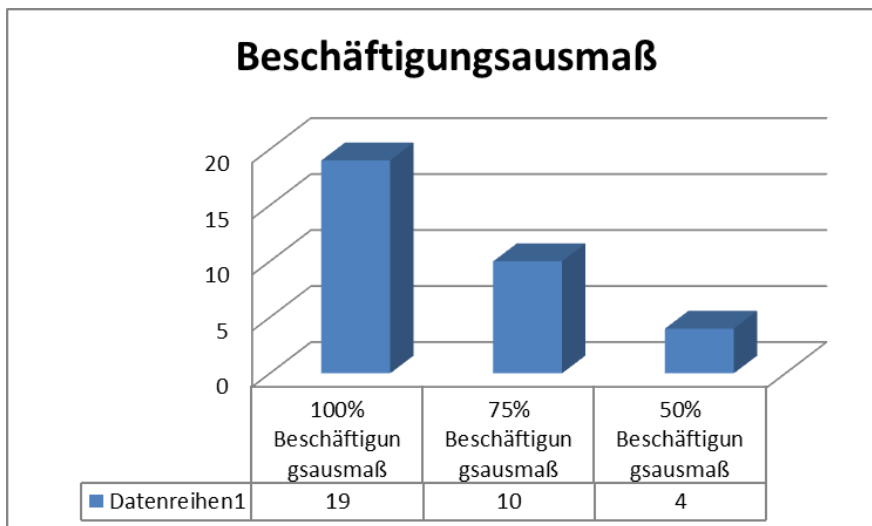
Wie in der Einleitung bereits erwähnt, möchten wir die Ergebnisse unseres Fragebogens in diesem Kapitel darstellen. Es wurden 33 Mitarbeiter von zwei Pflegeheimen in Villach befragt. Die nachstehenden Abbildungen sind Auswertungen unserer Erhebung des Fragebogens und beinhalten unsere eigene Interpretation.

Abbildung 1: Welche Qualifikation haben Sie?



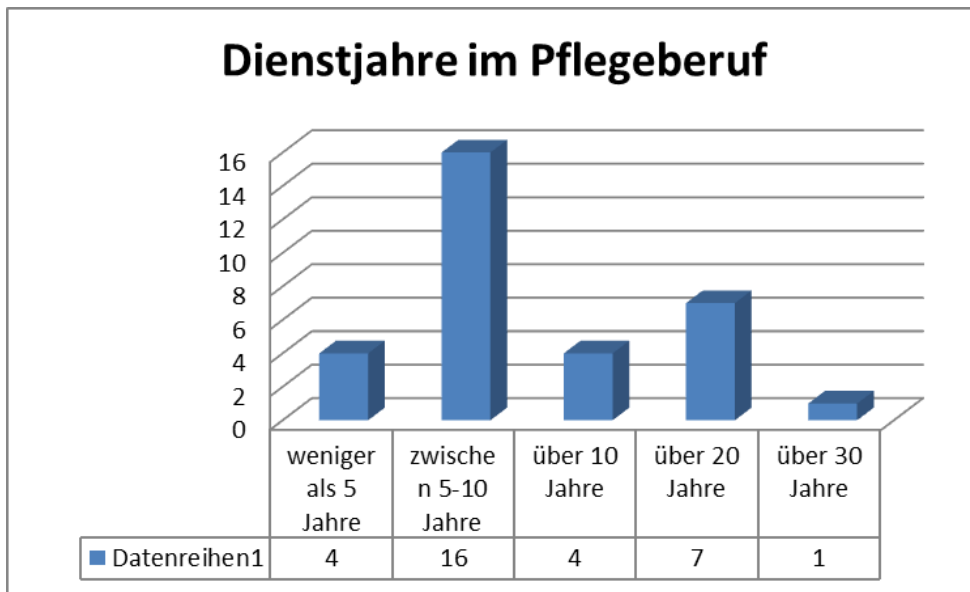
Wie bereits in Abbildung 1 dargestellt nahmen an der Erhebung des Fragebogens 9 Angehörige des diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeberufes und 24 Mitarbeiter mit der Qualifikation der Pflegehilfe teil.

Abbildung 2: Welches Beschäftigungsausmaß haben Sie?



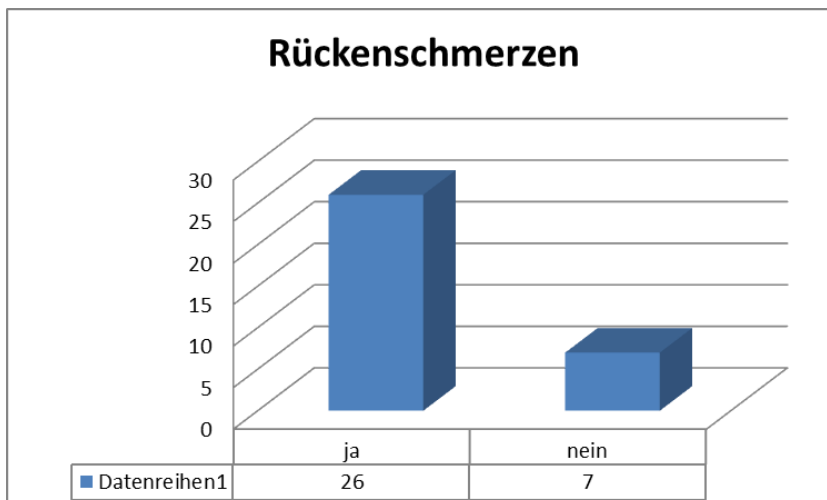
Die Abbildung 2 erklärt, dass der größte Anteil der Mitarbeiter mit einem Vollzeitausmaß angestellt ist, gefolgt von 10 Dienstnehmern mit einer Anstellung von 75%. Vier Mitarbeiter haben ein 50% Beschäftigungsausmaß.

Abbildung 3: Wie lange sind Sie schon in einem Pflegeberuf tätig?



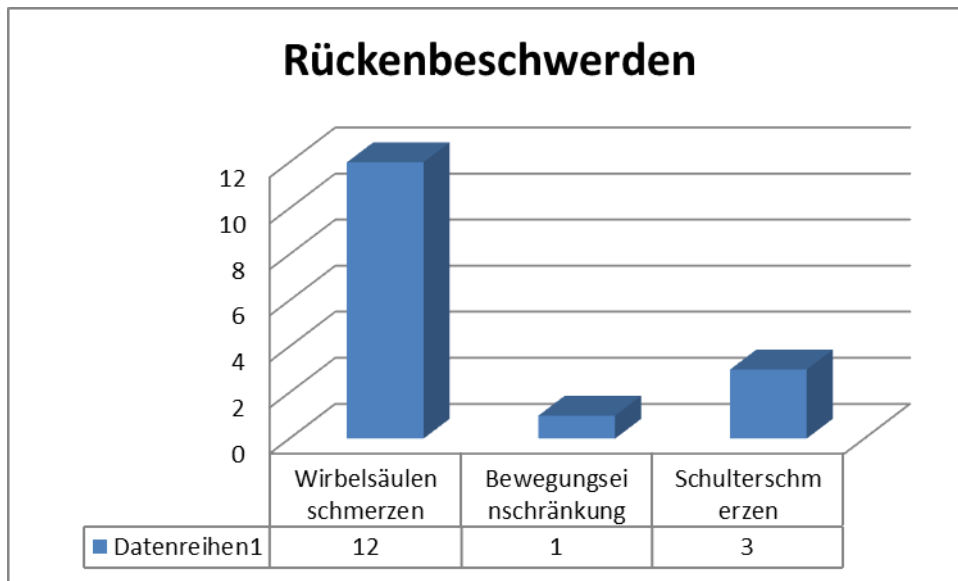
In Abbildung 3 ist ersichtlich, dass 16 Mitarbeiter zwischen 5 bis 10 Jahre im Pflegeberuf arbeiten und jeweils 4 Mitarbeiter sind weniger als 5 Jahre bzw. über 10 Jahre in diesem Bereich tätig. 7 Dienstnehmer gaben an seit über 20 Jahren als Pflegeperson zu arbeiten und eine Pflegekraft ist schon über 30 Jahre im Gesundheitswesen tätig.

Abbildung 4: Haben Sie schon jemals an Rückenschmerzen gelitten?



26 Mitarbeiter von 33 beantworteten diese Frage lt. Abbildung 4 mit ja, das sind 79%. Dieser hohe Anteil überraschte uns und überstieg sogar unsere Erwartungen. Unserer Meinung nach wird damit sehr deutlich, dass das Problem Rückenschmerzen bei Mitarbeitern in Pflegeberufen gravierend ist.

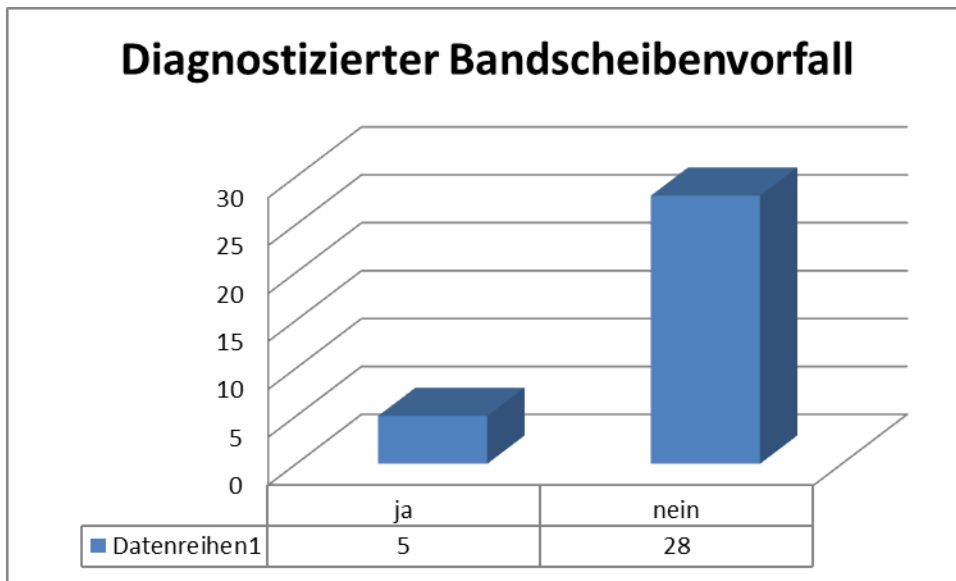
Abbildung 5: Wenn ja, welche Beschwerden?



Auf die Frage welche Beschwerden die Mitarbeiter haben wurde, wie in Abbildung 5 dargestellt, am häufigsten Wirbelsäulenschmerzen genannt. Hierbei handelt es sich um Beschwerden der Lendenwirbelsäule, Halswirbelsäule, sowie der Brustwirbelsäule und auch Kreuzschmerzen.

Ein anderer Mitarbeiter antwortete auf die Frage über Rückenbeschwerden, er habe eine Skoliose. Andere wiederum nannten, sie hätten Nacken-, Schulter- bzw. Schulterblatterschmerzen. Jeweils ein Mitarbeiter führte an bereits an einer Bewegungseinschränkung zu leiden. Viele Mitarbeiter gaben an Schmerzen zu haben, daraus lässt sich schließen, dass die Wirbelsäule der am häufigsten belastete Körperteil des Pflegepersonals in beiden Heimen ist, da in der Altenpflege viel gehoben werden muss durch Transfers, Lagerungswechsel der hilfsbedürftigen Bewohner. Diese ganzen Beschwerden, vor allem die Bewegungseinschränkung, führen zu einer Verringerung der Lebensqualität und dies wiederum beeinflusst auch die Arbeitsleistung.

Abbildung 6: Haben Sie schon jemals an Rückenschmerzen gelitten?



Wie auf Abbildung 6 zu sehen, leiden bereits fünf von 33 Mitarbeitern an einem diagnostizierten Bandscheibenvorfall. Bei 28 Dienstnehmern, ist die Gefahr ist jedoch hoch, da 26 Pflegepersonen in beiden Pflegeheimen bereits an Rückenbeschwerden leiden und die Belastung in der Arbeit auch ziemlich hoch ist.

Abbildung 7: Haben Rückenschmerzen Auswirkungen auf die Arbeit?

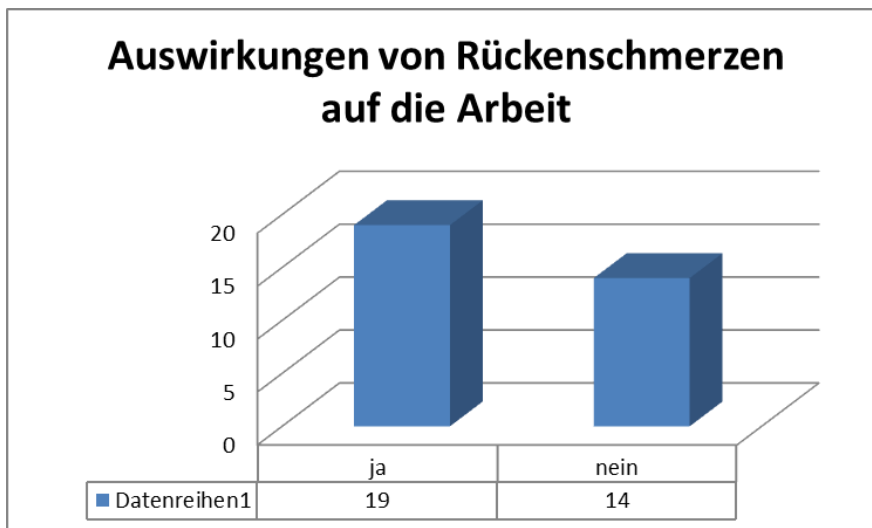
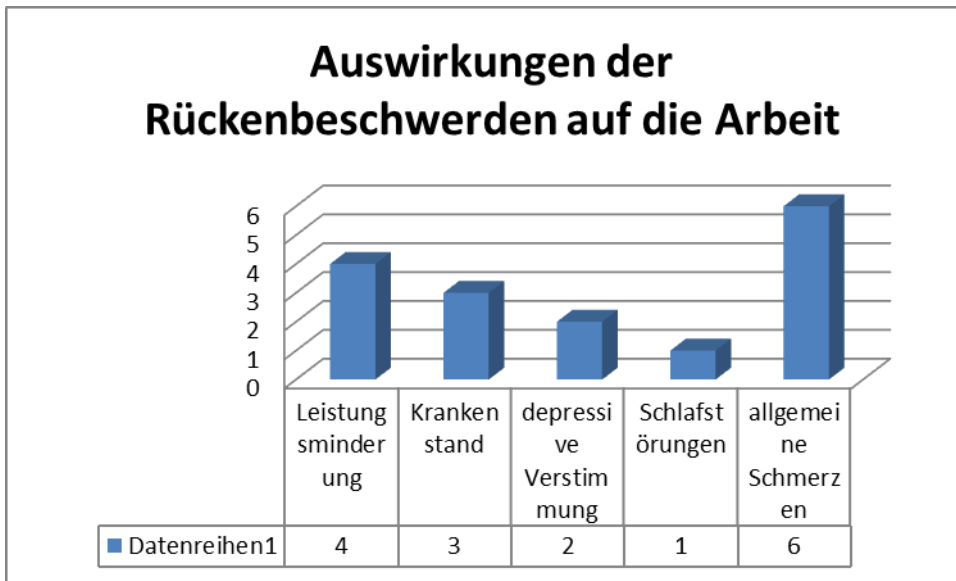


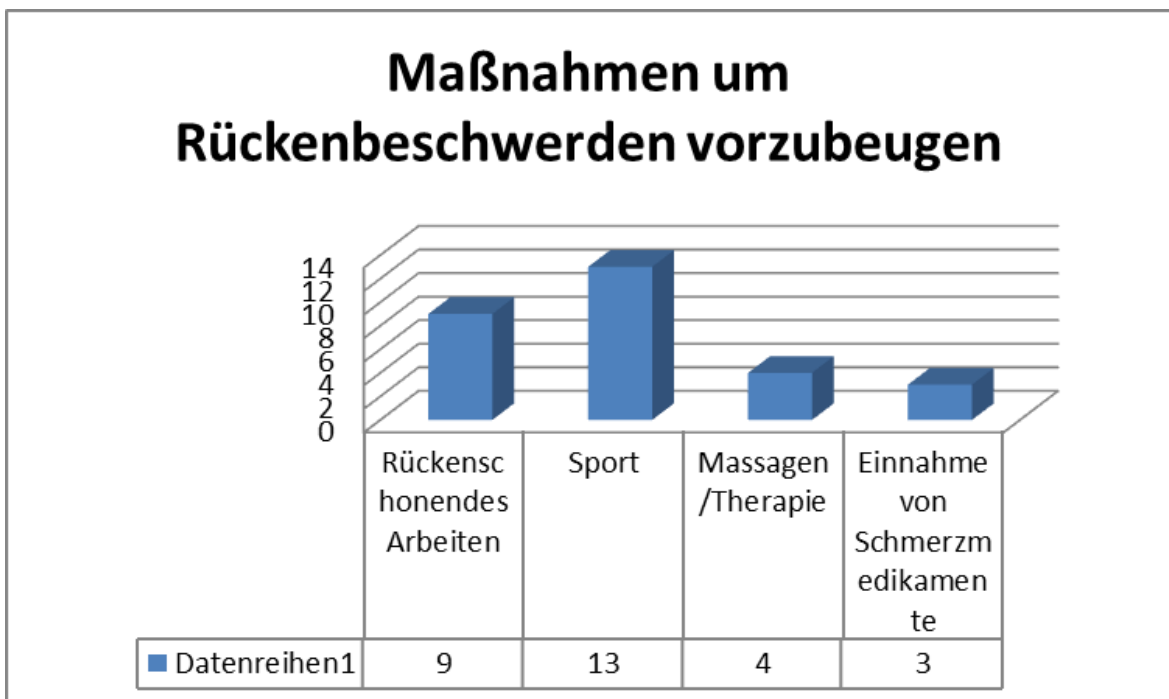
Abbildung 7 bestätigt, dass bei 57,6% der Befragten die Rückenbeschwerden Auswirkungen auf den Arbeitsalltag haben.

Abbildung 8: Wenn ja, welche Auswirkungen die Rückenbeschwerden auf die Arbeit haben?



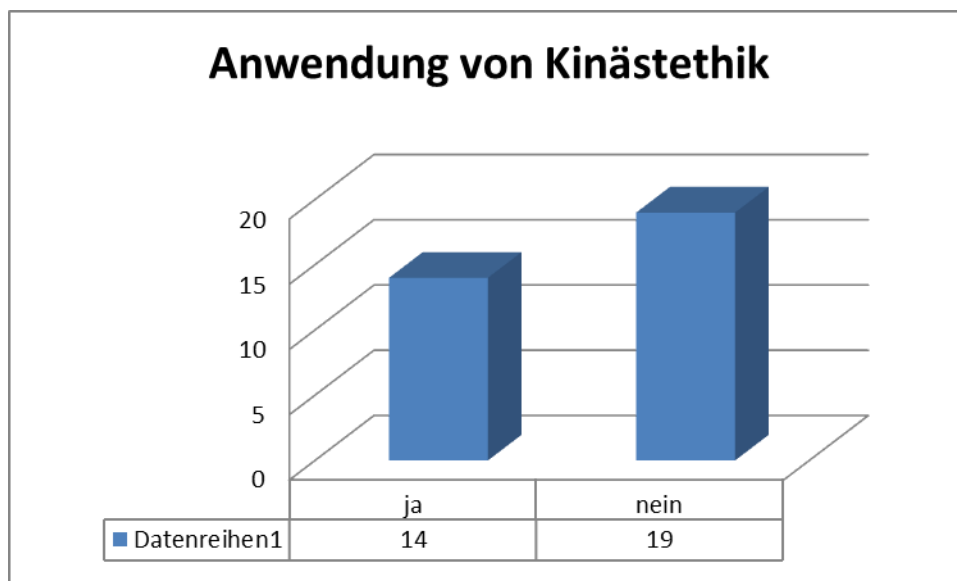
Auf diese offene Ergänzungsfrage antworteten die Mitarbeiter mit Leistungsminderung, Krankenstand, depressiver Verstimmung, Schlafstörungen und Schmerzen, wie in oben angeführter Abbildung 8 dargestellt.

Abbildung 9: Was machen Sie um Rückenschmerzen vorzubeugen?



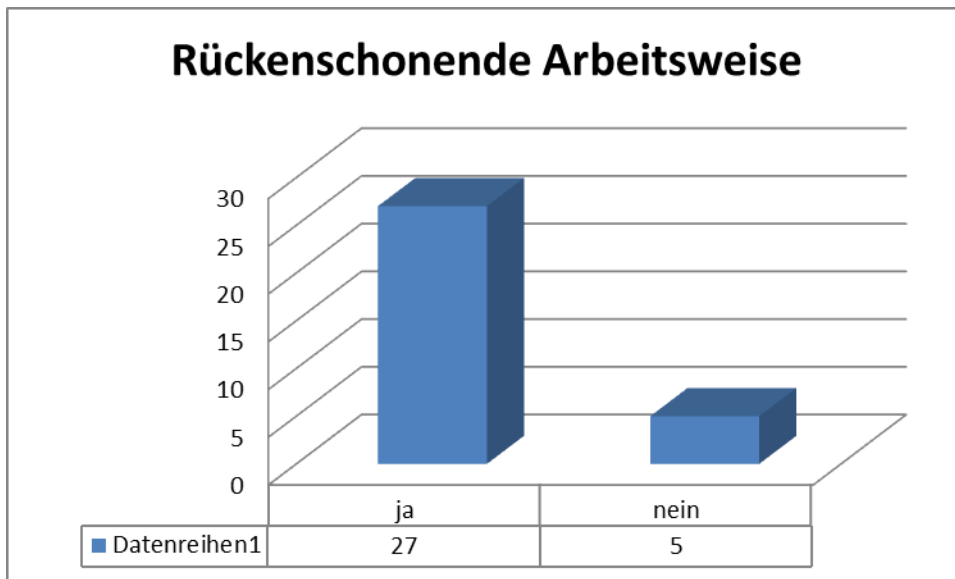
Auf die Frage was Mitarbeiter machen um Rückenschmerzen vorzubeugen, wie in Abbildung 9 ersichtlich, wurde am häufigsten rüchenschonendes Arbeiten, gefolgt von Sport geantwortet. Massagen werden von den Dienstnehmern auch gern in Anspruch genommen. Sportarten wie Laufen, Turnen, Gymnastik, Walken, sowie Rückenturnen wurden genannt. Um Rückenbeschwerden vorzubeugen wird auch das Bett in Arbeitshöhe gestellt, richtig gehoben, auch mit Hilfe von zwei Pflegepersonen. Wenige Pflegepersonen gaben an Schmerzmedikamente einnehmen zu müssen. Die Dienstnehmer nehmen eine Therapie, sowie im Speziellen eine Physiotherapie in Anspruch und gehen auf Rehabilitation. Hier kristallisiert sich heraus, dass die Mitarbeiter bereits sehr viele Maßnahmen ergreifen, um Rückenbeschwerden vorzubeugen. Hier kann die Führungskraft ansetzen und die Mitarbeiter gezielt unterstützen und fördern.

Abbildung 10: Wenden Sie Kinästhetik an?



In Abbildung 10 erkennt man, dass 42,4% der Mitarbeiter Kinästhetik anwenden, jedoch 57,6% die Arbeitsweise nicht verwenden.

Abbildung 11: Heben Sie rückschonend?



Das Ergebnis der Abbildung 11 zeigt, dass bereits 27 von 33 Mitarbeitern rückschonend arbeiten.

Abbildung 12: Verwenden Sie Hilfsmittel bei der Arbeit (z.B. Lifter)?

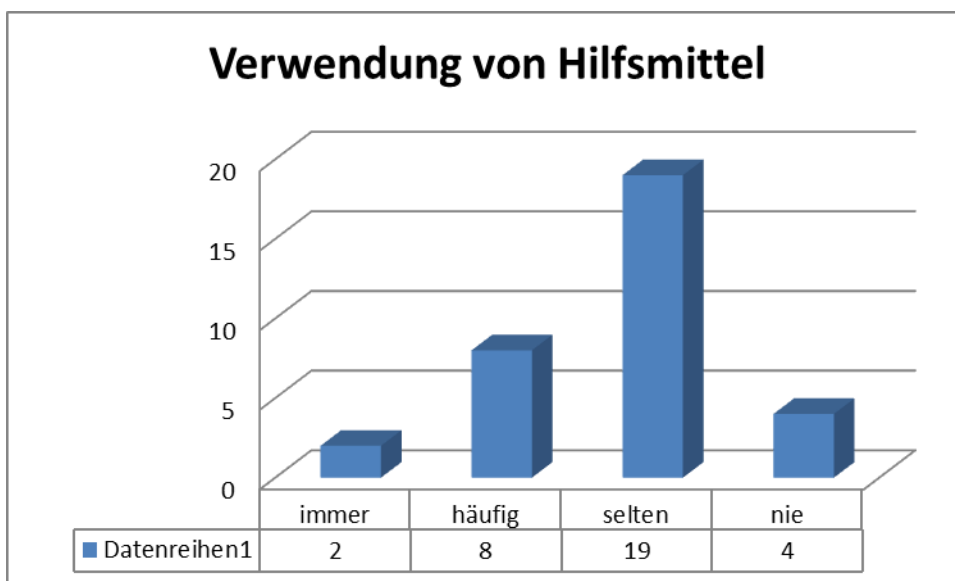


Abbildung 12 beschäftigt sich mit der Verwendung von Hilfsmitteln, die Ergebnisse ergaben, dass 6% der Mitarbeiter immer Hilfsmittel verwenden. 24,3% häufig, 57,6% verwenden sie selten und 12,1% der Mitarbeiter verwenden nie Hilfsmittel.

Im Hinblick zu den Ergebnissen des Fragebogens ist es wichtig, dass die Führungskraft Maßnahmen setzt, damit die Mitarbeiter auf einen gesunden Rücken achten. Unserer Meinung nach können Führungspersonen sehr viel Verbesserung der derzeitigen Situation beitragen. Dies kann zunächst erreicht werden durch Sensibilisierung der Dienstnehmer im Rahmen der Mitarbeitergespräche, aber auch in Teambesprechungen. Bei den Mitarbeitergesprächen kann ganz gezielt auf den Einzelnen eingegangen werden und mit offener Kommunikation geschaffen werden, um mögliche Probleme des Mitarbeiters besprechen und gemeinsam Ziele festlegen zu können. Die Führungskraft sollte dann den Mitarbeiter anleiten, unterstützen und auch kontrollieren, sodass das Ziel auch erreicht wird. Die Verwendung von Hilfsmittel ist aus unserer Sicht sehr wichtig. Die Führungskraft sollte darauf achten, dass die Hilfsmittel vorhanden sind und dass die Handhabung den Mitarbeitern bekannt ist. Eine Kontrolle, ob die Hilfsmittel auch tatsächlich verwendet werden, gehört zur Aufgabe der Führungskraft.

Fortbildungen sind eine gute Möglichkeit, Mitarbeiter zu einer rückschonenden Arbeitsweise zu schulen. Sie sollten jedoch für jede Pflegeperson verpflichtend sein und mindestens einmal im Jahr müsste ein Refreshkurs stattfinden. Hier bietet sich eine Kinästethikfortbildung an. Wichtig ist, dass dieses Konzept in die Pflegeplanung miteinbezogen wird und die Führungskraft sollte im Rahmen der Pflegevisite kontrollieren, ob dies auch durchgeführt wird, sowie das diplomierte Fachpersonal diesbezüglich unterstützen. Die Führungskraft sollte nach jeglichen von ihr gesetzten Maßnahmen die Mitarbeiter anleiten, unterstützen, durch Stichproben kontrollieren und dann die Maßnahmen evaluieren. (Anmerkung des Verfassers)

In den folgenden Kapiteln beschäftigen wir uns mit verschiedenen Interventionen, wie Mitarbeiter möglichst rückschonend Arbeiten können.

11. MASSNAHMEN ZUR REDUKTION DER KÖRPERLICHEN BELASTUNG IM PFLEGEALLTAG (SANDRA HUAINIG)

Wichtig ist es, dass die Pflegekräfte die Betten auf Hüfthöhe einstellen und bei mehreren Arbeitsschritten ist es sehr hilfreich und nur so möglich, rückschonend zu arbeiten, wenn zwei Personen zusammenarbeiten. Wenn es der Allgemeinzustand des Patienten erlaubt, wird er so oft als möglich mobilisiert. Das heißt, z.B. bei gehbehinderten Menschen, dass derjenige vom Bett aus in den Rollstuhl gesetzt wird – hierfür sollte eine spezielle Technik verwendet werden. Tipp: Beim Heben sollte darauf geachtet werden, dass die Schrittstellung des Helfers erweitert wird und die Füße leicht nach außen schauen, die Knie leicht gebeugt sind und der Rücken gerade gehalten wird. Beim Anheben einatmen und dann gleichmäßig Ausatmen. Richtiges Schuhwerk für die Pflege ist obligat (bequem, rutschfest, mit Fußbett, flach, geschlossen) und ermöglicht sicheren Stand. Beim Heben von Patienten sollten immer zwei oder bei Bedarf mehrere Personen zusammenarbeiten und auf ein Kommando gleichzeitig anheben. Für rückschonendes Arbeiten in der Pflege wurden spezielle Hilfsmittel entwickelt, die reduzieren die Rückenbelastung drastisch, viel weniger Kraftaufwand und körperliche Anstrengung der Pflegekraft ist erforderlich. (Anmerkung des Verfassers)

12. VERWENDUNG VON HILFSMITTEL (JULIA FENGLER)

Es gibt eine hohe Anzahl von Patienten, welche eingeschränkt mobil oder immobil sind. Da es zu einer hohen Belastung des Rückens der Mitarbeiter kommen kann, ist es wichtig, dass die Führungskraft ausreichend Hilfsmittel zur Verfügung stellt und dass sich die Mitarbeiter bei der Handhabung und Einstellung auskennen. Sie sollten sich beim Umgang mit Hilfsmittel sicher sein, daher wäre es auch von Bedeutung, wenn auf der Station eine Broschüre vorliegen würde, in dem Mitarbeiter über Anleitung und Umgang mit Hilfsmittel nachlesen können. Im folgenden Kapitel werden die verschiedenen Hilfsmittel angeführt und ihre Handhabung erläutert (Anmerkung des Verfassers).

Es gibt eine große Anzahl von Hilfsmitteln, welche die Mobilisation für den Mitarbeiter und auch für den Bewohner erleichtern (vgl. Menche, Bazlen, Kommerell 2001, S. 228).

Patientenlifter: Dieses Hilfsmittel wird beim Umlagern oder Umsetzen von immobilen oder in ihrer Bewegung eingeschränkten Patienten verwendet. Die Kraftanstrengung wird durch den Einsatz des Lifters verringert. Das Tragen bzw. das Heben wird dadurch vermieden und es kommt zu einer Vorbeugung von Rückenschäden. Damit der Patientenlifter fachgerecht zum Einsatz kommt, setzt sich der Mitarbeiter mit den technischen Funktionen auseinander. Wenn die Pflegekraft sich mit dessen Umgang sicher ist, kann sie ihn auch bei Bewohnern verwenden. Man kann zwischen einer großen Vielfalt bei diesen Geräten auswählen, aber der Konstruktionsaufbau ist bei allen gleich (vgl. Menche, Bazlen, Kommerell, 2001, S. 230).

Der Patientenlifter kann bei verschiedenen Pflege Tätigkeiten angewandt werden:

- bei der Lagerung eines Patienten
- Mobilisation wie zum Beispiel von Bett in den Rollstuhl
- als Hilfsmittel, um Patienten zum Beispiel leichter in die Badewanne transferieren können
- zum Wiegen, wenn eine Waage ein Bestandteil des Lifters ist (vgl. Menche, Bazlen, Kommerell, 2001, S. 230f).

Rutschbrett: Hierbei handelt es sich um ein Hilfsmittel zum Umsetzen zum Beispiel beim Transfer eines Patienten vom Bett in den Rollstuhl. Es kann bei Klienten verwendet werden, die mit den Armen noch mithelfen können und keine Schwierigkeiten mit dem Gleichgewicht haben (vgl. G. Wewerka: http://books.google.at/books?id=xqyYNs2YoiUC&pg=PA116&dq=hilfsmittel+in+der+pflge&hl=de&ei=xyePTfa6NMHd4ga-xJy1Cw&sa=X&oi=book_result&ct=book-thumbnail&resnum=12&ved=0CFsQ6wEwCzgM#v=onepage&q=hilfsmittel%20in%20der%20pflge&f=false , 8. Mai 2011 um 20:31).

Wenn Patienten aufgrund einer Einschränkung Unterstützung bei der Fortbewegung benötigen, kann dies für die Wirbelsäule des Mitarbeiters belastend sein, da die zu gebende Stütze einen Kraftaufwand darstellt. Daher gibt es auch einige Gehhilfen zur Unterstützung. Die Pflegeperson sollte darauf achten, dass die Gehhilfe der Körpergröße des Patienten angepasst ist, dass sein Becken und sein Gangbild gerade und entspannt sind. Wird dies nicht erfüllt, so kommt es zu einem erhöhten Kraftaufwand und dadurch zu einer großen Belastung der Wirbelsäule (vgl. Menche, Bazlen, Kommerell, 2001, S. 229).

Gehbock: Es gibt zwei Arten, das starre und bewegliche Gehgestell. Die starre Variante wird schrittweise vorangestellt und der Klient stützt sich auf ihn ab. Die bewegliche Gehhilfe ist mit Gelenken verbunden und jeweils eine Seite wird vorangeschoben.

Gehstützen, Gehstöcke: Es ist besonders wichtig, dass die Handhabung richtig erlernt wird sowohl von Mitarbeiter, als auch vom Patienten. Die Gummikappen, welche als Schutz vor dem Rutschen dienen, sind regelmäßig zu kontrollieren. Mit dem Vier-Punkt-Gehstock hat der Bewohner eine gute Standsicherheit und ein Wegkippen der Gehhilfe ist unmöglich, weil er aus vier Standbeinen besteht. Nachteil dieses Hilfsmittel ist das hohe Gewicht und die schwere Handhabung (vgl. Menche, Bazlen, Kommerell, 2001, S. 229).

Unterarmstützen: Hier ist von Bedeutung, dass die Gleichgewichts- und Koordinationsfähigkeit des Patienten besteht und dass er noch eine ausreichende Stabilität, sowie Kraft in dem Armen hat. Der Handgriff sollte auf Höhe des Handgelenkes und die Unterarmstütze ca. drei bis vier Fingerbreit unter dem Ellenbogen sein (vgl. Menche, Bazlen, Kommerell, 2001, S. 229f).

Eulenburg Gehwagen: Diese Gehhilfe ist eine Unterstützung zum Gehen bei Be- und Entlastung und wird bei gangunsicheren und älteren Klienten angewandt. Einerseits verspürt man ein starkes Sicherheitsgefühl, andererseits kommt es zu einer Einschränkung der Selbständigkeit. Der Patient umgreift die Gehilfe mit festem Griff und bewegt sie vor sich her. Mit einem Achselpolster wird er zusätzlich gestützt. (vgl. Menche, Bazlen, Kommerell, 2001, S. 230).

Diese Gehhilfe bedeutet aber auch einen hohen Kraftaufwand für den Patienten, für die Pflegeperson jedoch eine Erleichterung, da er falls nötig, nur eine geringe Stütze geben muss (vgl. Menche, Bazlen, Kommerell, 2001, S. 230).

Rollator: Diese Gehhilfe ist auch ein Gehwagen, stellt jedoch einen großen Kraftaufwand für die Fortbewegung dar. Der Rollator wird vom Klienten geschoben und die Gummikappen sichern ein ungefährliches Abstützen.

Delta-Gehrad: Diese Gehhilfe besteht aus drei beziehungsweise vier Rädern. Wichtig ist, dass der Bewohner noch alleine stehen kann und er sollte auch nicht allzu große Gangunsicherheit haben. Das Delta-Gehrad wird bei älteren Patienten angewandt. Der Mitarbeiter achtet darauf, dass die Gehhilfe einfach für den Klienten in der Handhabung ist (vgl. Menche, Bazlen, Kommerell 2001, S. 230).

13. KINÄSTHETIK (JULIA FENGLER)

Im folgenden Kapitel haben wir uns mit Kinästhetik intensiver auseinandergesetzt. Es ist ein Bewegungskonzept, mit welchem Mitarbeiter möglichst rückschonend Pflegetätigkeiten durchführen können. Auch hier wäre es vom Vorteil, wenn eine Broschüre auf der Station vorliegen würde, in dem Mitarbeiter bei eventuellen Fragen oder Unsicherheiten nachlesen könnten (Anmerkung des Verfassers).

Kinästhetik setzt sich aus dem Wort kinesis (griechisch = Bewegung) und aisthesis (= Empfindung) zusammen. Es setzt sich mit dem Empfinden und dem Ablauf der natürlichen menschlichen Bewegungen auseinander. Die Handlungs- und auch die Bewegungskompetenzen vom Pflegepersonal werden trainiert, damit sie Klienten, welche in ihrer Wahrnehmung und Bewegung eingeschränkt sind, besser unterstützen können, ihre eigenen vorhandenen Fähigkeiten wahrzunehmen und weiter zu fördern (vgl. Menche, Bazlen, Kommerell, 2001, S. 218).

„Grundlagen der Kinästhetik bilden:

- Die Verhaltenskybernetik (Wissenschaft, von der Steuerung und Regelung komplexer Systeme)
- Die humanistische Psychologie
- Elemente des modernen Tanzes“ (Menche, Bazlen, Kommerell, 2001: 218).

Frank Hatch und Lenny Maietta beschäftigten sich mit diesem Thema und sie stellten Mitte der 80er Jahre das Handlungskonzept der Kinästhetik in der Pflege vor. Frank Hatch ist Philosoph und Tänzer von Beruf, Frau Maietta ist als Philosophin und Psychologin mit dem Schwerpunkt Körpertherapie tätig. Bei der Kinästhetik ist nicht nur die Aneignung von bestimmten Techniken von Bedeutung. Viel Kreativität und Flexibilität ist daher notwendig, damit es immer individuell an dem Patienten abgeglichen zur Anwendung kommt (vgl. Menche, Bazlen, Kommerell, 2001, S. 218).

13.1 Die Ziele der Kinästhetik (Julia Fengler)

Die Ziele der Kinästhetik sind:

- Rückenschonende Arbeitsweise durch das Vermeiden von Heben und Tragen von Patienten
- Klient soll keine Angst und auch keinen Stress bei der Mobilisation verspüren
- Patient wird miteinbezogen
- Vorhandene Fähigkeiten des Patienten sind einzusetzen und zu fördern.
- Beziehungsgestaltung zwischen Pflegepersonal und Patienten
- Bewegungsabläufe sollten einfach und nicht zu anstrengend sein
- Gezielte Gesundheitsförderung, damit der Klient über sein Leben so gut wie möglich selbst bestimmen kann (vgl. Menche, Bazlen, Kommerell 2001, S. 218).

13.2 Konzepte der Kinästhetik (Julia Fengler)

Frank Hatch und Lenny Maietta stellten ein Modell vor, um die Basis der menschlichen Bewegung verständlich zu machen. Es wurden sechs kinästhetische Konzepte entwickelt (vgl. Menche, Bazlen, Kommerell 2001, S. 218).

13.2.1 Konzept der Interaktion (Julia Fengler)

Darunter wird verstanden, dass die Wechselbeziehung zwischen Pflegeperson und Patient bewusst aufgebaut wird. Hier ist der Zeitfaktor ausschlaggebend, damit der Mitarbeiter die Fähigkeiten des Klienten in die Pfl egetätigkeit miteinbeziehen kann (vgl. Menche, Bazlen, Kommerell, 2001, S. 219).

Bei dem Konzept der Interaktion werden die einzelnen Sinne wie der taktile, visuelle und akustische und auch das kinästhetische Sinnsystem eingesetzt. Die Bewegungselemente kommen auch hier zur Anwendung. Zu diesen Elementen gehören Zeit, Raum und Kraftaufwand und sie beeinflussen sich gegenseitig. Ein weiterer Bestandteil des Konzeptes ist die Interaktionsform. Diese passt sich an den Ressourcen des Klienten an (vgl. Menche, Bazlen, Kommerell, 2001, S. 219).

Daher unterscheidet man zwischen:

- einer einseitigen Interaktion (Klient ist größtenteils selbständig, benötigt geringe Anleitung),
- einer schrittweisen Interaktion (Patient braucht mehr Anleitung, Ressourcen werden miteinbezogen)
- und gleichzeitig-gemeinsame Interaktionsform (kontinuierliche Berührung während dem Bewegungsablauf, dadurch kommt es zur Informationsweitergabe zwischen Patient und Mitarbeiter)

(vgl. Menche, Bazlen, Kommerell, 2001, S. 219).

13.2.2 Konzept der funktionalen Anatomie (Julia Fengler)

Diese Theorie setzt sich mit den anatomischen Grundlagen einer Bewegung auseinander. Knochen und Muskeln werden jeweils als eine Funktionseinheit verstanden. Die Knochen sind die stabile, feste und die Muskeln die weiche, flexible Einheit. Dieses Konzept möchte bewirken, dass Muskeln und Knochen mithilfe ihrer Eigenschaften bei einer Bewegung genutzt werden. Der Körper wird in feste, stabile Massen und in bewegliche, instabile Zwischenräume unterteilt. Die Körpermaße soll nacheinander bewegt werden. Dies hat den Vorteil, dass der Patient seine Fähigkeiten besser nutzen kann. Ein weiterer positiver Aspekt des Konzeptes ist, dass die Mitarbeiter einen erheblichen geringeren Kraftaufwand haben (vgl. Menche, Bazlen, Kommerell, S. 219f).

13.2.3 Konzept der menschlichen Bewegung (Julia Fengler)

Hierzu zählt man Haltungsbewegungen, welche für die Aufrechterhaltung des Körpers, sowie für die Stabilität und das Gleichgewicht verantwortlich sind und Transportbewegungen, welche die Aufgabe haben die Bewegung einzelner Körperteile zu ermöglichen. Es wird forciert, dass mit nur wenig Anstrengung bewegt wird, welche stets kontrollierbar und revidierbar sind und Bewegungen auch harmonisch sind. Weiters gibt es noch Spirallbewegungen, das sind Drehbewegungen mit geringer Anstrengung und auch Parallelbewegungen, welche Beuge- und Streckbewegungen mit erhöhten Kraftaufwand sind (vgl. Menche, Bazlen, Kommerell 2001, S. 220f).

13.2.4 Konzept der Anstrengung als Kommunikationsmittel (Julia Fengler)

Bei dem Konzept wird die Anstrengung der Pflegeperson auf ein Minimum verringert bzw. gezielt eingesetzt, damit der Bewohner seine Ressourcen und Fähigkeiten anwenden kann. (vgl. Menche, Bazlen, Kommerell, 2001, S.221)

Dieses Konzept setzt sich damit auseinander, inwieweit die Anstrengung als ein sinnvolles Mittel in der Pflegeperson-Patientbeziehung angewandt werden kann. Es gibt zwei Arten von Anstrengung. Einerseits den Zug, hier geht das Gewicht der Beteiligten vom Berührungspunkt weg und andererseits den Druck und da läuft das Gewicht zum Berührungspunkt zu. Der Brustkorb und das Becken sind besonders prädestiniert für die Ausübung von Druck und die Arme wiederum für Anwendung von Zug. Dadurch wird erreicht, dass der Kraftaufwand gezielt angewandt wird (vgl. Menche, Bazlen, Kommerell, 2001, S.221).

13.2.5 Konzept der menschlichen Funktionen (Julia Fengler)

Es gibt zwei Arten von menschlichen Funktionen. Das ist einerseits die einfache Funktion, darunter versteht man die Grundpositionen wie beispielsweise die Rückenlage, das Sitzen und viele mehr und andererseits die komplexe Funktion, wie die Fortbewegung wie beispielsweise das Gehen und Bewegung am Ort, wie beispielsweise Essen und Trinken (vgl. Menche, Bazlen, Kommerell, 2001, 221f).

13.2.6 Konzept der Umgebungsgestaltung (Julia Fengler)

Bei der Umgebungsgestaltung ist Sorge zu tragen, dass Bewegungen einfach und sicher durchführbar sind und die individuellen Fähigkeiten des Patienten gefördert werden können. Für diesen Zweck können auch Hilfsmittel zum Einsatz kommen. Mit Hilfe der Kinästhetik kann mit wenig Anstrengung Pflegetätigkeiten durchgeführt werden, daher kann der Mitarbeiter mit Hilfe dieses Konzeptes Rückenbeschwerden entgegenwirken. Bei diesem Modell wird zur Gänze auf das Tragen von Patienten verzichtet, sondern einzelne Massen werden verschoben, bzw. verlagert. Ein Vorteil der Kinästhetik ist, dass es sich positiv auf die Gesundheit des Mitarbeiters auswirkt, weil der Rücken keiner allzu großen Belastung ausgesetzt ist. Durch dieses Bewegungskonzept spüren bzw. erleben Mitarbeiter ihre Bewegungsmöglichkeiten (vgl. Menche, Bazlen, Kommerell, 2001, S. 222).

13.3 Mobilisation im Bett mit Kinästhetik (Julia Fengler)

Der wichtigste und erste Schritt ist die Verstellung des Bettes auf Beckenhöhe der Pflegeperson. Es sind mehrere kinästhetische Möglichkeiten bekannt, um eine liegenden oder auch sitzenden Bewohner ans Kopfende zu mobilisieren (vgl. Menche, Bazlen, Kommerell, 2001, S. 223):

- Gewichtsverlagerung nach links und rechts:

Das Gesäß und die Schultern haben einen ähnlichen Bewegungsablauf wie die Beine beim Laufen. Abwechselnd trägt jeweils die linke bzw. die rechte Körperhälfte das Körpergewicht. Die jeweils entlastende Seite wird schrittweise zum Kopfende bewegt. Der Mitarbeiter soll sich zunächst selbst mit dieser Bewegungsvariante auseinandersetzen, bevor er den Patienten Instruktionen gibt. Der Klient liegt in Rückenlage mit leicht angezogenen Beinen. Der Mitarbeiter positioniert seitlich des Bettes. Nun erfolgt eine Drehung nach rechts. Die Pflegeperson greift mit der gesamten Handfläche unterhalb des linken Schulterblattes an. Der Oberkörper wird nun schräg in Richtung Kopfende gezogen. Zur gleichen Zeit wird mit der anderen Hand am Becken mit Druck angehalten, damit die vom Körpergewicht entlastende Seite nach oben mobilisiert wird. Die gleichen Schritte erfolgen nun mit der anderen Körperhälfte. Wenn der Patient diese Mobilisationart weitgehend selbständig durchführen kann, so hat es den Vorteil, dass für den Mitarbeiter wenig Kraftaufwand besteht (vgl. Menche, Bazlen, Kommerell, 2001, S. 223f).

- Gleitendes Bewegen zum Kopfende:

Diese Mobilisationsart erfolgt durch eine Gewichtsverlagerung nach oben. Der Patient befindet sich in Rückenlage mit angezogenen Beinen. Ein Gummituch unter den Füßen sorgt für einen zusätzlichen Halt. Der Mitarbeiter positioniert sich am Kopfende des Bettes und greift von dort aus unter den Brustkorb. Dadurch verlagert sich dessen Gewicht auf die Unterarme der Pflegeperson. (vgl. Menche, Bazlen, Kommerell, 2011, S. 224).

Der Klient soll sein Becken heben und sich in Richtung Kopfende zu bewegen. Das Gewicht bleibt auf den Unterarmen und Händen der Pflegekraft, welche eine Rutschunterlage darstellen. Wenn der Patient diese Bewegung vollführt, dann folgt der Mitarbeiter der Bewegung nach oben. Diese Mobilisationsmöglichkeit ist jedoch nur sinnvoll, wenn der Klient noch fähig ist, seine Beine in die Liegefläche abzudrücken. Wichtig ist auch dass der er nicht gehoben bzw. getragen wird, sondern dass er auf den Armen des Mitarbeiters in Richtung Kopfende gleiten kann (vgl. Menche, Bazlen, Kommerell, 2011, S. 224).

- Gehendes Bewegen zum Kopfende zu zweit:

Bei der Mobilisation sollte es nie zu einer Beeinträchtigung der physischen Gesundheit des Mitarbeiters kommen, daher sollte bei stark eingeschränkten Patienten eine zweite Pflegeperson hinzugezogen werden. Der Patient befindet sich in Rückenlage mit überkreuzten Armen und die Mitarbeiter positionieren sich gegenüber voneinander. Das Bett ist soweit hoch zu stellen, dass ein Abstützen mit den Ellenbogen möglich ist. Die Unterarme werden unter den Bewohner geführt, wobei eine unter die Schultern und Steißbein und die andere unter Becken und Oberschenkel fasst. Das Gewicht des Klienten wird durch die Pflegepersonen abwechselnd auf eine Seite verlagert. Die jeweils entlastende Körperhälfte wird nach oben bewegt (vgl. Menche, Bazlen, Kommerell, 2001, S.224f).

- Bewegung des Bewohner mit Hilfe des Patiententhaltegriffes:

Hier verwendet der Patient das Trapez. Kopf und Becken sind leicht zu Heben und mit den Füßen drückt er in die Matraze, sodass er sich in Richtung Kopfende bewegt. Mit Hilfe des Patiententhaltegriffes zieht der Klient sich zusätzlich nach oben (vgl. Menche, Bazlen, Kommerell, 2001, S. 225).

- **Bewegen des Bewohners mit einem Tuch:**

Das Tuch wird eingebettet. Zwei Pflegepersonen positionieren sich etwas über die Bettmitte gegenüberstehend. Das Hilfsmittel wird körpernah angefasst. Der Patient hebt seinen Kopf zur Brust, das Tuch wird zugleich straff gezogen und mit dem Klienten nach oben gezogen. Falls dieser jedoch nicht mehr fähig ist, selbst seinen Kopf zu heben, so greift eine Pflegekraft das Hilfsmittel am Kopfende und die andere am Fußende an (vgl. Menche, Bazlen, Kommerell, 2001, S. 225).

- **Bewohner sitzend im Bett bewegen:**

Der Patient sitzt und der Mitarbeiter befindet sich seitlich hinter ihm und fasst mit den Handflächen von hinten an seine Sitzbeinhöcker. Der Klient verlagert abwechselnd sein Gewicht von links nach rechts. Zur gleichen Zeit zieht die Pflegeperson die entlastete Seite nach oben. Um diesen Vorgang noch mehr zu erleichtern, soll dessen Oberkörper etwas nach vorn gekippt sein (vgl. Menche, Bazlen, Kommerell, 2001, S.226).

- **Bewohner im Bett an die Seite bewegen:**

Der Patient bewegt seine Massen mit Hilfe des Mitarbeiters in Etappen zu einer Seite. Er befindet sich in Rückenlage und seine Hände hat er über dem Brustkorb gekreuzt. Die Pflegeperson positioniert sich auf die zu drehende Bettseite. Der Klient wird angehalten, nicht seinen ganzen Körper, sondern seine einzelnen Massen zur Seite zu bewegen. Bei stark eingeschränkten Patienten kann dieser Bewegungsablauf von einer Pflegeperson durchgeführt werden (vgl. Menche, Bazlen, Kommerell, 2001, S. 227).

13.4 Mobilisation unter kinästhetischen Gesichtspunkten (Julia Fengler)

Aufsetzen des Patienten: Der Mitarbeiter befindet sich in Schrittstellung in Brusthöhe des liegenden Patienten seitlich des Bettes. Der Oberkörper wird zu ihm gebeugt, welcher die Pflegeperson mit beiden Armen umgreift. Die Pflegekraft umfasst mit einer Hand als Stütze den leicht gebeugten Kopf. Mit der anderen Hand wird unter Schulter und Thorax gegriffen. vgl. Menche, Bazlen, Kommerell, 2011, S.227)

Der Mitarbeiter zieht den Oberkörper zu sich heran und geht einen Schritt zum Fußende des Bettes hin. Der Rücken sollte gestreckt bleiben, damit es zu keiner Bandscheibenschädigung kommt (vgl. Menche, Bazlen, Kommerell, 2011, S.227).

Bewohner an die Bettkante setzen: Der Bewohner dreht sich auf die Seite und es sollte noch etwas Platz frei sein, damit ein Abstützen mit den Armen möglich ist. Seine Beine sind nacheinander aus dem Bett zu geben und zugleich soll der darunterliegende Unterarm und die Hand als Abstütze dienen. Der Mitarbeiter positioniert sich in Schrittstellung am Kopfende. Mit einer Hand fasst die Pflegeperson den Rücken an und mit der anderen wird Druck auf den unten liegenden Arm ausgeübt. Dadurch erhält der Klient ein Signal, dass er sein Körpergewicht über Arme und Oberschenkel zum Becken hin verlagern sollte (vgl. Menche, Bazlen, Kommerell, 2001, S. 228).

Transfer von Bett zu Bett: Um einen Bewohner von einem ins andere Bett umzulagern, sind mehrere Varianten möglich. Im folgenden Abschnitt werden einige Möglichkeiten beschrieben (vgl. Menche, Bazlen, Kommerell, 2001, S. 231):

- Bewohner kinästhetisch „Masse für Masse“ umlagern:
Zwei Betten in gleicher Höhe werden nebeneinander positioniert. Der Patient soll nun seine einzelne Massen in Richtung anderes Bett schieben. Bei eingeschränkten Klienten geben ein bis zwei Pflegepersonen Hilfestellung (vgl. Menche, Bazlen, Kommerell, 2001, S. 231).

- Bewohner kinästhetisch mit Hilfstuch umlagern:
Die Betten werden nebeneinander gestellt und auf Beckenhöhe der Mitarbeiter gebracht. Ein Hilfstuch wird eingebettet. Ein Mitarbeiter steht am Kopfende und ein anderer am Fußende des Bettes. Falls noch eine dritte Pflegekraft hinzugezogen werden kann, dann soll diese sich in der Mitte des freien Bettes auf Höhe der Beckenlinie des Klienten positionieren. Dieser befindet sich in Rückenlage. Das Hilfstuch wird patientennah gehalten und der Klient wird mit straff angezogenem Tuch zum anderen Bett umgelagert. Wenn die dritte Pflegeperson ihn umfassen kann, unterstützt sie den weiteren Transfer (vgl. Menche, Bazlen, Kommerell, 2001, S. 231).

- Patienten kinästhetisch mit Rollbrett umlagern:

Auch bei dieser Variante werden zwei Betten nebeneinander positioniert. Der Bewohner befindet sich mit über den Thorax verschränkten Armen in Rückenlage. Das Rollbrett wird eingebettet und der Patient kommt in einer rollenden Bewegung auf das freie Bett. Dies kann fast ohne Anstrengung erfolgen, wenn Obsorge getragen wird, dass die Bewegung in einer Geschwindigkeit erfolgt, welche der Patient nachvollziehen kann (vgl. Menche, Bazlen, Kommerell, 2001, S. 231).

14. RÜCKENSCHULE (SANDRA HUAINIG)

Als Rückenschule bezeichnet man Übungen und Informationen zur Prävention und Behandlung von Rückenbeschwerden. Mit zunehmendem Alter wird die Muskulatur immer wichtiger als Stütze für die Wirbelsäule. Gerade für Menschen, die bereits Rückenbeschwerden haben bzw. an ihrem Arbeitsplatz Belastungen der Wirbelsäule durch Heben schwerer Lasten ausgesetzt sind, können Kurse und Weiterbildungsprogramme helfen, einer Chronifizierung der Beschwerden entgegenzuwirken.

Geschichtlich gesehen reicht die Tradition der heutigen Rückenschule weit zurück. Schon 2.500 v. Chr. wurden in Nordchina Bewegungsübungen, die heute als Qi Gong bekannt sind, eingeführt. Damals waren diese Übungen mit religiös-philosophischem Hintergrund verbunden und wurden von Mönchen gelehrt. In der Antike war Gymnastik hoch angesehen, es galt ein gesunder Geist wohnt in einem gesunden Körper. Im Jahre 1825 führte der französische Chirurg Jean-Maltiew Delpich in Europa eine Institution zur Behandlung von Rückenpatienten mit Klettertraining und anderen Übungen zur Kräftigung des Rückens ein. (vgl. Dissertation Primär- und Sekundärprävention von Rückenleiden durch Rückenschulen, Leer 2003, http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=973699817&dok_var=d1&dok_ext=pdf&filename=973699817.pdf, 10.04.2011, 17:00 Uhr)

Eine schwedische Rückenschule, die 1969 von der Physiotherapeutin Marianne Zacherisson-Forssell gegründet wurde, gilt heute als Basis aller Rückenschulen. Zunächst wurden die Rückenbeschwerden als reine Fehlfunktion der Muskulatur und Fehlhaltung- bzw. Belastung der Wirbelsäule angesehen. Als wichtige zusätzliche Komponente wurde in den ersten Rückenschulen im deutschsprachigen Raum ab Mitte der 80er Jahre erkannt, dass psychosomatische Ursachen eine wichtige Rolle in der Rückenproblematik spielen und deshalb wurden umfangreiche verhaltenstherapeutische Maßnahmen mit in das Behandlungskonzept aufgenommen. (vgl. Dissertation Primär- und Sekundärprävention von Rückenleiden durch Rückenschulen, Leer 2003, http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=973699817&dok_var=d1&dok_ext=pdf&filename=973699817.pdf, 10.04.2011, 17:00 Uhr)

Rückenbeschwerden kommen bei sportlich aktiven Menschen signifikant seltener vor, als bei sportlich inaktiven. Man unterscheidet wirbelsäulenfreundliche von wirbelsäulenunfreundlichen Sportarten. In den Rückenschulen wird vermittelt welche Sportarten rückenfreundlich (z.B. Schwimmen, Joggen, Tanzen, Schilanglauf, Radfahren mit hohem Lenker), welche rückenfeindlich (z.B. Tennis, Golf, Schiabfahrtslauf, Radfahren mit niedrigem Lenker) sind. Bei Letzteren kommt es zu häufigen Torsionen im Bewegungsapparat und damit zu punktuellen Belastungen. (vgl. Dissertation Primär- und Sekundärprävention von Rückenleiden durch Rückenschulen, Leer 2003, http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=973699817&dok_var=d1&dok_ext=pdf&filename=973699817.pdf, 10.04.2011, 17:00 Uhr)

Die Situation in Österreich hinsichtlich der körperlichen Aktivität der Bevölkerung wird in der Gesundheitsbefragung 2006/2007 folgend beschrieben: Ungefähr die Hälfte der Österreicher kommt zumindest einmal pro Woche in ihrer Freizeit durch körperliche Betätigung ins Schwitzen. Körperlich aktiv werden jene Personen bezeichnet, die an zumindest drei Tagen pro Woche durch Radfahren, schnelles Laufen oder Aerobic ins Schwitzen kommen. Ein Drittel der Männer und ein Viertel der Frauen werden nach diesem Kriterium als aktiv eingestuft. (vgl. Statistik Austria, www.statistik.at, 22.03.2011, 10 Uhr)

Deutliche Unterschiede zeigen sich auch beim Alter der österreichischen Bevölkerung. Kontinuierlich sinkt, bei den Männern, der Anteil an Aktiven mit zunehmendem Alter. Der Anteil der Frauen liegt, bei zumindest drei Tagen in der Woche körperlich Aktiven, durchgehend niedriger als bei den Männern. (vgl. Statistik Austria, www.statistik.at, 22.03.2011, 10 Uhr)

Die Statistiken der Krankenkassen in Deutschland zeigen einen rasanten Anstieg der berufsbedingten Wirbelsäulenerkrankungen mit zunehmenden Krankenstandtagen und Frühpensionierungen. (vgl.: Dissertation Primär- und Sekundärprävention von Rückenleiden durch Rückenschulen, Leer 2003, http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=973699817&dok_var=d1&dok_ext=pdf&filename=973699817.pdf, 10.04.2011, 18:00 Uhr)

15. DIE MASSAGE (JULIA FENGLER)

Jede Person, die sich von einem Masseur massieren hat lassen, weiß wie angenehm und heilsam dies ist. Dieses Kapitel befasst sich mit der sogenannten klassischen oder schwedischen Massage. Damit die wichtigsten Muskelgruppen gelockert werden und entspannt sind, kommen Streichungen, Knetungen und Friktionen zur Anwendung. Die Massage kann auch bewirken, dass es zu einer Verbesserung der Beweglichkeit der Gelenke, Stressreduktion und zu einer Anregung der Durchblutung kommt. Die Massage kann bei einer Linderung vieler gesundheitlicher Probleme unterstützend wirken, wie beispielsweise bei chronischen Rückenschmerzen, Kreuz- und Schulterschmerzen, innere Unruhe, Stress und depressive Verstimmungen und viele mehr (vgl. Ellsworth, Altman, 2011, S. 6f).

Bei der Massage steht der Körperkontakt im Vordergrund. Der Masseur sollte daher den Körper des Klienten mit mindestens einer Hand berühren. Für manche ist es sehr unangenehm, wenn während der Behandlung dieser Kontakt durch den Masseur verloren geht (vgl. Ellsworth, Altman, 2011, S. 14).

Wichtige Massagegrundregeln sind:

- Der Klient soll Wohlbefinden verspüren.
- Sofortige Information bei Unwohlsein
- Die Massage darf keine Schmerzen verursachen, ansonsten ist ein Abbruch erforderlich.
- Die Wirbelsäule ist auszusparen, da keine Druckausübung erfolgen darf.
- Körperkontakt nicht abrupt abbrechen (vgl. Ellsworth, Altman, 2011, S. 14).

Es gibt auch Körperteile, wo eine Massage kontraindiziert ist, da dort Blutgefäße, Nerven und Organe sehr nah unter der Hautoberfläche sind (vgl. Ellsworth, Altman, 2011, S. 16).

Zu diesen Körperregionen gehören:

- die Augenhöhle
- die Wirbelsäule
- der Hals
- das untere Ende des Sternums
- Bereich zwischen der untersten Rippe und des Hüftknochens
- das Knie
- der Ellenerv.

Bei Personen mit Krampfadern sollte die betroffenen Körperbereiche nicht massiert werden (vgl. Ellsworth, Altman, 2011, S. 16).

15.1 Die Rückenmassage (Julia Fengler)

Der Rücken wird viel geplagt und hat viele Lasten zu tragen, wie eine schlechte Körperhaltung, Stress, das Heben von Bewohnern, das Heben und Tragen von schweren Gegenständen, hohe Absätze und viele mehr. Die Rückenmassage unterstützt uns zu entspannen, loszulassen und Schmerzen zu verringern. Bei akuten und stechenenden Rückenbeschwerden darf keine Massage durchgeführt werden (vgl. Ellsworth, Altman, 2011, S. 20).

Die Massage fängt stets mit der Effleurage, also mit einer flüchtigen Berührung an, dies dient zur Erwärmung der Haut und Förderung der Durchblutung. Beide Hände werden sanft auf den Rücken positioniert. Die Handflächen befinden sich flach auf den Schulterblättern. Es erfolgt eine Bewegung von den Schultern zum Kreuzbein und dann seitlich am Körper wieder zurück zu den Schultern. Die Hände gleiten entweder zur selben Zeit in die gleiche Richtung oder in die Entgegengesetzte. Ist die Aufwärmphase abgeschlossen, werden eine Hand auf das rechte Schulterblatt und der Ballen der anderen auf das Darmbein gelegt. Durch das Auseinanderziehen der Hände wird diese Seite des Rückens gedehnt. Dieser Vorgang erfolgt auch auf der linken Rückenhälfte (vgl. Ellsworth, Altman, 2011, S. 22ff).

Beide Hände werden übereinander gegeben und bewegen sich mit sanftem Druck von Schulter zum Kreuzbein. Diese Massagetechnik erfolgt beidseits. Ist die Auflagefläche groß, desto mehr Wohlbefinden verspürt der Klient. Die Innenseite des Unterarms wird auf den oberen Rücken positioniert. Der Masseur streicht und bewegt sich fließend den Rücken hinab. Wenn er bei der Taille angekommen ist, gleitet sein Arm behutsam vom Rücken. Er positioniert sich seitlich neben dem Klienten und legt seine Hände auf den gegenüberliegenden Thorax. Seine Hände ziehen behutsam in Richtung Wirbelsäule. Diese Bewegung wird öfters durchgeführt. Die darunterliegende Hand nimmt die Form einer „Kralle“ an und die Fingerspitzen erfassen die Zwischenrippenräume und die Hände werden sanft nach oben bewegt. Mehrere Wiederholungen finden statt. Der Masseur platziert sich wieder ans Kopfende und legt seine Daumen beidseits der Wirbelsäule. Diese bewegen sich mit leichtem Druck den Rücken hinab und wieder zurück. Dies erfolgt immer quer zur Faser des Kapuzenmuskels und des breiten Rückenmuskels. Dadurch werden Verspannungen gelöst. Die Daumen können entweder in dieselbe oder in die gegenteilige Richtung gleiten. Dies wird mehrmals wiederholt. Nun erfolgt eine Bewegung mit der Innenseite des Unterarms über die Schulterrückseite in Richtung Kopf. Der Druck wird während des Vorganges erhöht. Diese Bewegung wird beidseits durchgeführt. Danach wird der Kapuzenmuskel mit beiden Händen zur selben Zeit geknetet (vgl. Ellsworth, Altman, 2011, S.26ff).

Anschließend kommen die Hände abwechselnd zum Einsatz. Der Masseur legt seine Fingerspitzen auf das Schulterblatt und führt kreisförmige Bewegungen um den Rand herum durch. Die Bewegung erfolgt von innen nach außen. Der Masseur muss an dieser Körperstelle vorsichtig vorgehen, da sich viele Nerven und Blutgefäße im Hals befinden. Seitlich und hinten am Nacken unter dem Kapuzenmuskel befindet sich der Schulterblattheber (vgl. Ellsworth, Altman, 2011, S. 32f).

Dieser Muskel ist verantwortlich für die Hebung des Schulterblattes nach oben. Die Massage in diesem Bereich ist sehr angenehm, weil diese Muskeln meist überbeansprucht werden. Der Masseur legt seine Hände übereinander und macht eine Bewegung mit festen aber auch sanften Druck in kleinen Kreisen vor und zurück (vgl. Ellsworth, Altman, 2011, S. 32f).

Bei der Schulterblattgräte handelt es sich um eine Knochenleiste, welche über das Schulterblatt geht. Die kleinen Muskelstränge rund diese Struktur werden massiert. Der Daumen und die Finger werden seitlich der Schulterblattgräte positioniert und mit der Hand wird entlang gestrichen. Zugleich folgt die andere Hand. Wichtig ist eine fließende Bewegung. Dieser Vorgang wird beidseits mehrmals durchgeführt. Danach wird des Öfteren mit der Innenseite des Unterarms ober- oder unterhalb der Knochenleiste gestrichen. Dies kann abwechselnd, aber auch gleichzeitig erfolgen (vgl. Ellsworth, Altman, 2011, S. 34f).

Der Rautenmuskel, befindet sich unter dem Kapuzenmuskel und verbindet die Wirbelsäule mit dem Schulterblatt. Nun massiert der Masseur diesen Muskel, indem er seine Hände übereinander legt und mit seinen Fingerspitzen direkt neben der Wirbelsäule sanft hineindrückt. Zunächst bewegt er sich ein wenig vor und zurück und anschließend macht er kreisrunde Bewegungen (vgl. Ellsworth, Altman, 2011, S. 37).

„Friktion quer zur Faser: Bei dieser Massagetechnik wird ein Muskel gegen seinem Faserverlauf bearbeitet. Dies bewirkt eine schnellere Entspannung und Heilung des Muskelgewebes als die Massage mit der Faserrichtung. Gerade bei einem häufig überlasteten Muskel wie dem Rautenmuskel kann diese Technik schnell Linderung verschaffen“ (Ellsworth, Altman, 2011: 37).

15.2 Der untere Rücken (Julia Fengler)

Damit der Klient den Übergang als angenehm empfindet, sollte der Körperkontakt fortlaufend sein. Als Signal der Einleitung positioniert der Masseur seine Arme auf den Rücken und macht eine Bewegung zum Gesäß hinab (vgl. Ellsworth, Altman, 2011, S. 38). Beim darauffolgenden Massagegriff ist das Kreuzbein im Vordergrund. Die Hände werden übereinander gelegt und der Masseur übt unmittelbar neben dem Kreuzbein mit den Fingerspitzen Druck aus. Diese Massagetechnik wiederholt sich entlang der Knochengrenzen des Sacrums. Neben den Fingern können auch die Knöchel, Handflächen oder auch die Daumenballen diesen Massagegriff durchführen. Anschließend wird mit den Fingerspitzen entlang des Darmbeinkamms gestrichen. Da am Übergang zwischen Darm- und Kreuzbein viele Muskeln ansetzen, ist eine Massage in diesem Bereich für alle Muskeln förderlich. In der traditionellen chinesischen Medizin geht man jedoch davon aus, dass es durch die Streichbewegung über das Kreuzbein zu einem Energiestrom nach unten kommt. Daher sollten dieser Massagegriff bei Schwangeren und bei Personen mit Ischias- oder Bandscheibenleiden nicht zum Einsatz kommen (vgl. Ellsworth, Altman, 2011, S. 40).

15.3 Der Nacken (Julia Fengler)

Viele leiden unter einem verspannten Nacken, welcher sich oft als Kopfschmerz bemerkbar macht. Stress, aber auch eine falsche Haltung beim Stehen oder Sitzen können ein Auslöser sein. Mit regelmäßigen Massagen kann da Abhilfe geleistet werden (vgl. Ellsworth, Altman, 2011, S. 130).

Der Masseur positioniert seine Faust hinter dem Kopfwender. Anschließend erfolgt eine Bewegung mit leichtem Druck von Haaransatz hinter dem Ohr beginnend hinab zum Schulteransatz. Da sich im Nacken viele Arterien und Nerven befinden, sollte nicht mehr Druck als erforderlich ausgeübt werden. Vor allem bei älteren Menschen kann dies gefährlich werden, da sich Ablagerungen in den Arterien befinden können und wenn diese sich lösen, direkt ins Gehirn gelangen und eine Insult verursachen können (vgl. Ellsworth, Altman, 2011, S. 132).

Diese Bewegung wird mit einer leicht geöffneten Hand nochmals durchgeführt, sodass sich die oberen Fingerknöchel seitlich am Nacken hinunterbewegen. Diese Massagetechnik erfolgt mit wenig Druck und immer hinter dem Kopfwender. Dieser Vorgang wird mehrmals wiederholt (vgl. Ellsworth, Altman, 2011, S. 134). Damit die angenehme und auch wohltuende Wirkung der Massage länger bestehen bleibt, sollte der Klient sich dannach ausruhen und jegliche Anstrengung vermeiden (vgl. Ellsworth, Altman, 2011, S. 152).

16. ZUSAMMENFASSUNG (SANDRA HUAINIG)

In unserer Arbeit setzen wir uns mit dem Thema - Wie kann ich als Führungskraft für eine Rückenschonende Arbeitsweise meiner Mitarbeiter sorgen - auseinander. Um die Grundlagen und theoretischen Erkenntnisse zu verstehen, beschäftigen wir uns mit eingehender Literaturrecherche zu diesem Gebiet. Wir führen eine empirische Umfrage unter Mitarbeiter in zwei Pflegeheimen durch und interpretierten die Ergebnisse. Es ist uns bewusst, dass die Anzahl der Probanden nicht genügt um statistisch signifikante Ergebnisse zu erlangen. Unser Ziel ein Problembewusstsein für unsere Tätigkeit als Führungskraft geschafft zu haben, scheint uns jedenfalls erreicht. Als Führungskraft ist es unserer Meinung nach wichtig, die Probleme und eventuellen Beschwerden der Mitarbeiter zu erkennen und darauf reagieren zu können. Es ist zielführend bei der Etablierung von gesundheitsfördernden Massnahmen zunächst eine Sensibilisierung für das Thema beim Mitarbeiter zu erreichen. Erst dann kann ein Mitarbeiter eigenverantwortlich angebotene Massnahmen ergreifen, Hilfsmittel anwenden und wahrscheinlich mit höherer Motivation Fortbildungen zu diesem Thema besuchen (Anmerkung des Verfassers).

Die Wahrscheinlichkeit dass der Mitarbeiter insgesamt gesundheitsförderliches Arbeiten auch ausserhalb des Berufslebens in den Alltag integriert, ist dann sehr wahrscheinlich. Aus der Sicht der Führungskraft scheint es unabdingbar, dass Mitarbeiter sich am Arbeitsplatz wohl fühlen und die Zufriedenheit groß ist. Da Rückenbeschwerden oftmals auch eine psychosomatische Komponente haben, wäre es sinnvoll eine Vertrauensperson im Betrieb zu haben, an die sich die Mitarbeiter bei persönlichen Problemen und psychischen Belastungssituationen wenden können. Dies wäre dann Aufgabe der Führungskraft, die dafür verantwortlich ist, dass die Arbeit ohne Schmerzen verrichtet werden kann. (Anmerkung des Verfassers)

17. ANHANG: ÜBUNGS- UND TRAININGSPLAN (SANDRA HUAINIG)

Die Übungen können auch leicht im Alltag eingebaut werden, zum Beispiel im Büro oder während dem Fernsehen auf der Couch.

Mobilisation der Halswirbelsäule: Kopf drehen: Aufrecht hinsetzen, beide Füße flach auf den Boden parallel zueinander stellen. Hände auf die Oberschenkel legen und Schulter locker hängen lassen. Den Kopf so weit es geht nach rechts und links drehen und mit den Augen der Bewegung folgen- nicht nach unten schauen. Diese Übung etwa eine Minute durchführen.

Nicken: Aufrecht sitzen, Hände liegen auf den Oberschenkel und die Schulter hängen locker. Das Kinn zur Brust senken und anschließend den Kopf soweit es geht nach hinten lehnen. Der Mund bleibt geschlossen und der Rücken gerade. Diese Übung etwa eine Minute durchführen.

Seitbeuge: Aufrecht hinsetzen und die Schulter locker lassen, den Kopf soweit es geht nach rechts neigen - als wolle man Ohr und Schulter berühren. Anschließend den Kopf nach links neigen. Diese Übung eine Minute durchführen (vgl.Schmauderer, 2004, S.20f).

Mobilisation der Brustwirbelsäule: Räkeln nach oben: Aufrecht sitzen, Arme über den Kopf heben - die Handflächen zeigen dabei nach oben. Im Wechsel erst den linken und dann den rechten Arm nach oben schieben. Diese Übung eine Minute durchführen.

Der Schutzmann: Aufrecht sitzen und Beine stehen parallel zueinander. Den rechten Arm heben und gleichzeitig den Kopf nach links drehen, bis man über die Schulter schaut. Das Selbe mit dem linken Arm und den Kopf nach rechts drehen. Diese Übung eine Minuten wiederholen.

Spirale: Aufrecht hinsetzen und die Arme in Schulterhöhe anheben. Die Fingerspitzen vor dem Körper so ineinander verhaken, dass eine Hand von innen in die andere greift. Nun dreht man den Oberkörper nach rechts und nach links, wobei sich der Kopf nicht mitbewegt. Diese Übung eine Minute lang durchführen (vgl.Schmauderer, 2004, S.36ff).

Mobilisation der Lendenwirbelsäule: Räkeln im Liegen: Flach auf den Rücken legen und die Fußspitzen hochziehen. Das rechte Bein so weit wie möglich nach unten schieben, die Bewegung kommt dabei nur aus dem Becken und das Bein bleibt gestreckt. Das Bein zurückziehen und die gleiche Übung mit dem linken Bein durchführen. Eine Minute wiederholen.

Das Knie anbeugen: Ausgestreckt auf dem Boden liegen, das rechte Knie beugen und so weit als möglich zum Körper heranziehen. Die Übung mit dem linken Bein wiederholen. Eine Minute wiederholen.

Das Knie anheben: Mit gestreckten Beinen am Rücken liegen und die Zehen hochziehen. Das rechte Bein gestreckt so weit als möglich nach oben heben. Die gleiche Bewegung mit dem linken Bein durchführen. Diese Übung eine Minute wiederholen. (vgl. Schmauderer, S.56f).

18. LITERATURVERZEICHNIS

Bals T., Hanses A., Melzer W. : Gesundheitsförderung in pädagogischen Settings, Juventa Verlag Weinheim und München, 2008

Domnowski M. : Burnout und Stress in Pflegeberufen, Mental-Training, erfolgreich aus der Krise, Brigitte Kunz Verlag, 2010

Ellsworth A., Altman P., Massage Anatomie – die richtigen Techniken, um Verspannungen zu lösen, Riva, München, 2011, 1. Auflage

Grossmann R., Scala K. : Gesundheit durch Projekte fördern, Juventa Verlag Weinheim und München, 2006

Kerr J., Weitkunat R., Moretti M.: ABC der Verhaltensänderung – Der Leitfaden für erfolgreiche Prävention und Gesundheitsförderung, Urban & Fischer, München und Jena, 2007, 1. Auflage

Loffing D., Loffing C.: Mitarbeiterbindung ist lernbar: Praxiswissen für Führungskräfte in Gesundheitsberufen, Springer Verlag Berlin Heidelberg, 2010

Menche N., Bazlen U., Kommerell T.: Pflege Heute, Urban & Fischer, München u. Jena, 2001, 2. vollständig überarbeitete Auflage

Michler Peter und Monika: Gymnastik- aber richtig, Eigenverlag, 2005

Schmauderer A.: Wirbelsäulengymnastik , Gräfe und Unzer Verlag, München, 2004

Schneider Cornelia: Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz – Nebenwirkung Gesundheit, Verlag Hans Huber, Bern, 2011, 1. Auflage

Waldeyer A., Fanghänel J., Pera F. : Anatomie des Menschen, Verlag Gruyter, 2009

Internetadressen

www.statistik.at: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2009

[www.ris.bka.gv.at/Geltende_Fassung.wxe?Abfrage = Bundesnormen und Gesetzesnummer = 10008910](http://www.ris.bka.gv.at/Geltende_Fassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008910)

Dissertation Primär- und Sekundärprävention von Rückenleiden durch Rückenschulen, Leer 2003, http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=973699817&dok_var=d1&dok_ext=pdf&filename=973699817.pdf
)Vts.uni-ulm.de/doc.asp?id=6873

http://translate.google.at/translate?hl=de&sl=en&u=http://en.wikipedia.org/wiki/James_O._Prochaska

<http://translate.google.com/translate?hl=de&langpair=en|de&u=http://innovatorsawards.org/innovators/2919>

http://de.wikipedia.org/wiki/Maja_Storch

<http://www.frankkrause.net/site/profil.html>

<http://translate.google.com/translate?hl=de&langpair=en|de&u=http://www.ameson.org/elite-student-programs/126-renown-german-professor-visits-amesons-nanjing-offices>

http://books.google.at/books?id=xqyYNs2YoiUC&pg=PA116&dq=hilfsmittel+in+der+pflge&hl=de&ei=xyePTfa6NMHd4ga-xJy1Cw&sa=X&oi=book_result&ct=book-thumbnail&resnum=12&ved=0CFsQ6wEwCzgM#v=onepage&q=hilfsmittel%20in%20der%20pflge&f=false