

Evaluation des Projektes „Implementierung und Umsetzung von Kinaesthetics“

am Beispiel eines Wiener Krankenhauses

Masterarbeit zu Erlangung des akademischen Grades Master of Arts in Business

Autorin: Sandra Pranter, BScN

Personenkennzeichen: 1510269021

Betreuer: Prof. (FH) Mag. Florian Schnabel, MPH

Datum: 26.02.2018

Fachhochschule Burgenland – Department Gesundheit

Steinamangerstraße 21
7423 Pinkafeld

Tel.: 05/7705
Fax: 03357/45370-1010

E-Mail: sylvia.ernst@fh-burgenland.at
Homepage: www.fh-burgenland.at

EHRENWÖRTLICHE ERKLÄRUNG

Ich erkläre hiermit, dass ich die Masterarbeit selbständig verfasst habe. Die von mir verwendeten Hilfsmittel habe ich angegeben, Zitate kenntlich gemacht.

Wien, 26.02.2018

Ort, Datum

Franka Landauer

Unterschrift

KURZFASSUNG

Problemstellung: Kinästhetik ist ein Ansatz, welcher Pflegepersonen befähigen soll, einen passenden Weg zu finden, sich im Rahmen von PatientInnenhandlungen nicht zu verletzen und sowohl die eigene Gesundheit, als auch die der PatientInnen zu fördern. Die Anzahl an hochwertiger Literatur, welche über die Auswirkungen von Kinästhetik berichtet, ist bis heute limitiert (Freiberg et al., 2016, S. 1). Das Ziel dieser Arbeit ist es, die körperlichen Auswirkungen von Kinästhetik auf Pflegepersonen in einem Wiener Krankenhaus zu beschreiben, sowie arbeitserleichternde und -erschwerende Faktoren zu identifizieren.

Methodik: Es wurde eine Literaturrecherche, angelehnt an das Phasenmodell nach Kleibel und Mayer (2011, S. 25-33), durchgeführt, um den aktuellen Stand der Forschung zu präsentieren. Zur Ermittlung von empirischen Daten wurde ein Fragebogen erstellt, welcher an alle Pflegekräfte eines Wiener Krankenhauses mit mindestens Kinästhetik-Basiskurs ausgehändigt wurde. Die Auswertung fand mittels Software SPSS Statistics 23 statt.

Ergebnisse: Die regelmäßige Anwendung von Kinästhetik wirkt sich positiv auf den Bewegungsapparat Pflegender aus und erleichtert den täglichen Arbeitsalltag. Die Hauptmotivation von Pflegepersonen Kinästhetik in der Praxis anzuwenden, liegt darin, die eigene Gesundheit zu fördern. Durch Ansprechpersonen auf den Stationen, sowie die gemeinsame Bearbeitung von Praxissituationen im Alltag wird die Umsetzung von Kinästhetik erleichtert. Auch das zur Verfügung stellen ausreichender Hilfsmittel und das Zugestehen von Zeit- und Personalressourcen unterstützt Pflegende bei der Implementierung von Kinästhetik.

Schlussfolgerung: Die betriebliche Gesundheitsförderung rückt aufgrund demografischer und struktureller Veränderungen immer mehr in den Mittelpunkt. Durch die positiven Auswirkungen von Kinästhetik auf den Bewegungsapparat und die tägliche Arbeitspraxis trägt das Konzept wesentlich zur Gesundheitsförderung von Pflegepersonen bei.

Schlüsselwörter: Kinästhetik, körperliche Auswirkungen, Pflegepersonal, Optimierungsmaßnahmen

ABSTRACT

Problem: Kinaesthetics is an approach to working that provides caregivers a suitable way of avoiding injuries in the context of patients actions. While also promoting the health of the caregivers and that of the patients. Unfortunately, the amount of high-quality literature on the subject of Kinaesthetics is limited (Freiberg et al., 2016, p. 1). The aim of this work is to identify facilitating factors for Kinaesthetics at work and the difficulties of utilizing the approach.

Methods: A literature search adapted to the phase model according to Kleibel and Mayer (2011, pp. 25-33) was carried out to present the current state of research. For the determination of the empirical data, a questionnaire was prepared, which was handed out to all nurses in a Viennese hospital with a minimum Kinaesthetic basic course. The evaluation took place using software SPSS Statistics 23.

Results: The regular use of Kinaesthetics has a positive effect on the musculoskeletal system and makes it easier to care for the day-to-day work of nurses. The main motivation of caregivers to apply Kinaesthetics in practice is to promote their own health. Contact persons at the wards, as well as the joint handling of practical situations, help to facilitate the implementation of Kinaesthetics. Providing the proper tools, allowing adequate time, and staff resources also helps caregivers to implement Kinaesthetics.

Conclusion: Occupational health promotion is increasingly coming to the fore due to demographic and structural changes. This is due to the positive effects of Kinaesthetics on the musculoskeletal system and daily work practice. Kinaesthetics contributes significantly to the health promotion of caregivers.

Keywords: Kinaesthetics, physical impact, nursing staff, optimization measures

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
DGKPP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson
F	Forschungsfragen
F1	Forschungsfrage 1
F2	Forschungsfrage 2
F3	Forschungsfrage 3
SoC	Sense of Coherence
WHO.....	Weltgesundheitsorganisation

INHALTSVERZEICHNIS

1	EINLEITUNG	1
1.1	Zielsetzung	3
1.2	Wissenschaftliche Forschungsfragen	4
1.3	Literaturrecherche	5
1.4	Methodik	7
2	GESUNDHEIT	9
2.1	Begriffsbestimmung	9
2.2	Salutogenese nach Aaron Antonovsky (1923-1994)	10
2.3	Das Konzept des Kohärenzgefühls	13
3	GESUNDHEITSFÖRDERUNG	16
3.1	Begriffsbestimmung	16
3.2	Prävention	18
3.3	Betriebliche Gesundheitsförderung	19
4	KINÄSTHETIK	23
4.1	Entwicklung und Begriffsbestimmung	23
4.2	Grundlagen der Kinästhetik	25
4.3	Grundlagen der Verhaltenskybernetik	26
4.4	Konzept der Kinästhetik	26
4.4.1	<i>Konzept 1: Interaktion</i>	27
4.4.2	<i>Konzept 2: Funktionale Anatomie</i>	29
4.4.3	<i>Konzept 3: Menschliche Bewegung</i>	30
4.4.4	<i>Konzept 4: Anstrengung</i>	31

4.4.5	<i>Konzept 5: Menschliche Funktion</i>	31
4.4.6	<i>Konzept 6: Umgebung</i>	32
4.5	Anwendungsbereiche	32
4.6	Wirtschaftlicher Nutzen	33
4.7	Stand der derzeitigen Forschung	34
4.7.1	<i>Auswirkungen auf die körperliche Gesundheit von Pflegepersonal</i>	34
4.7.2	<i>Auswirkungen auf die Pflegepraxis</i>	34
5	EMPIRISCHE ERHEBUNG	40
5.1	Methodik	40
5.1.1	<i>Erstellung des Fragebogens</i>	40
5.1.2	<i>Durchführung</i>	42
5.1.3	<i>Auswertung</i>	43
5.2	Darstellung der Ergebnisse	44
5.2.1	<i>Auswirkungen auf den Bewegungsapparat von Pflegepersonen</i>	45
5.2.2	<i>Auswirkungen auf die tägliche Arbeitspraxis von Pflegepersonen</i>	48
5.2.3	<i>Anwendungserleichternde Faktoren und Optimierungsmaßnahmen</i>	49
5.3	Interpretation der Ergebnisse	61
6	DISKUSSION	65
6.1	Beantwortung der Forschungsfragen	65
6.1.1	<i>Auswirkungen auf den Bewegungsapparat Pflegender</i>	65
6.1.2	<i>Auswirkungen auf die tägliche Arbeitsroutine</i>	65
6.1.3	<i>Anwendungserleichternde Faktoren und Optimierungsmaßnahmen</i>	66
6.2	Limitationen	67
6.3	Schlussfolgerung	67
7	VERZEICHNISSE	69

7.1	Literaturverzeichnis.....	69
7.1.1	<i>Literaturquellen</i>	69
7.1.2	<i>Internetquellen</i>	74
7.1.3	<i>Gesetzestexte.....</i>	75
7.2	Tabellenverzeichnis.....	76
7.3	Abbildungsverzeichnis.....	77
A	ANHANG	78
A.1	Suchprotokoll.....	78
A.2	Ausgefüllte Bewertungshilfen	80
A.3	Flussdiagramm	89
A.4	Fragebogen	90

1 EINLEITUNG

Der steigende Anteil älterer Menschen bei gleichzeitigem Rückgang der Geburtenrate wirkt sich zunehmend auf das österreichische Wirtschafts- und Sozialsystem aus. Prognostizierte Änderungen des Gesundheitssystems, wie beispielsweise Umstrukturierungen in der Finanzierung, sind eingetroffen und schreiten auch künftig voran (Edlinger, 2015, S. 9). Laut Statistik Austria (2017, [www](#)) betrug die Wohnbevölkerung in Österreich im Jahr 2016 rund 8,7 Millionen Menschen. Diese Zahl soll sich laut Schätzungen bis zum Jahr 2030 auf über 9 Millionen EinwohnerInnen erhöhen. Aufgrund des demografischen Wandels und dem damit verbundenen Zuwachs an pflegebedürftigen Personen rückt die Verbesserung der Arbeitssituation, sowie die Erhaltung und Förderung der Gesundheit professionell Pflegenden zunehmend in den Fokus (Johannes Gutenberg Universität Mainz, 2013, [www](#)). Der Umbruch in der Bevölkerungsstruktur zwingt Unternehmen zunehmend, sich mit betrieblicher Gesundheitsförderung auseinander zu setzen. Umgekehrt weisen Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung auf den demografischen Wandel hin. Beide Themen sind eng miteinander verbunden, bringen jedoch trotzdem eigenständige Herausforderungen mit sich (Schneider, 2012, S. 121).

Pflegekräfte sind aufgrund des nahen PatientInnenkontaktes häufig physischen und psychischen Belastungen ausgesetzt. Durch steigende Arbeitsanforderungen und den kontinuierlichen Personalabbau in der Pflege muss der Fokus vermehrt auf das Gesundheitsverhalten, sowie den Gesundheitszustand der Pflegenden gesetzt werden (Tracogna, Klewer & Kugler, 2002, S. 431). Angehörige des Pflegeberufes zeigen ein erhöhtes Risiko muskuloskeletale Erkrankungen, vor allem im Bereich des Rückens, zu entwickeln. Der Transfer von PatientInnen, welcher häufig mit dem Bewegen hoher Lasten verbunden ist, stellt sich in vielen Untersuchungen als Hauptursache für das Auftreten von Rückenschmerzen heraus. Starre Körperhaltungen, Bücken und Verdrehungen des Oberkörpers zählen ebenso zu den zahlreichen Ursachen, welche zu Erkrankungen des Bewegungsapparates führen können. Beschäftigte in der Altenpflege verbringen rund 25% ihrer Arbeitszeit in

suboptimalen Körperhaltungen (Freitag, Fincke-Junod & Nienhaus, 2010, S. 160). Tracogna et al. (2002) beschreiben, dass Pflegekräfte weit über dem Bevölkerungsdurchschnitt liegenden Maß unter physischen und psychovegetativen Beschwerden leiden. Primär werden Kreuz- und Rückenschmerzen, Schlafstörungen bzw. Müdigkeit, Reizbarkeit bzw. Nervosität, Kopfschmerzen, Kreislaufstörungen sowie Magen-Darm-Beschwerden beschrieben. In mehreren Studien werden von mehr als 50% des Pflegepersonals Rücken- und Kreuzschmerzen als Haupterkrankung genannt (Tracogna et al., 2002, S. 435). Um langfristig krankheitsbedingte Kosten zu senken, bei gleichzeitiger Steigerung der Produktivität, ist es daher umso notwendiger, die Gesundheit von MitarbeiterInnen am Arbeitsplatz effektiv zu fördern (Kickbusch, 2013, S. 7).

Die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) stellt eine moderne Unternehmensstrategie dar. Sie verfolgt das Ziel, Krankheiten am Arbeitsplatz vorzubeugen, Gesundheitspotentiale zu stärken und das Wohlbefinden der MitarbeiterInnen am Arbeitsplatz zu steigern (Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union, 2011, [www](#)). Der Einsatz von Kinästhetik gewinnt aufgrund der positiven Auswirkung auf die Gesundheit, aber auch wegen der daraus resultierenden Reduzierung der gesundheitsökonomischen Ausgaben, zunehmend an Bedeutung. Kinästhetik stellt ein Instrument zur Analyse und Beeinflussung menschlicher Bewegungsabläufe dar. Der Einsatz kinästhetischer Verfahren bringt therapeutische und gesundheitsökonomische Vorteile mit sich. Die Implementierung des Bewegungskonzepts in ambulanten und stationären Bereichen trägt zur schnelleren Teil- oder Vollgenesung, zur Prävention von Folgeerkrankungen und Steigerung der Bewegungskompetenz und -freude bei PatientInnen bei. Daraus entsteht eine Reduktion von Folgekosten durch Erkrankungen in Pflege- und Betreuungseinrichtungen. Durch die staatlich geforderte Umsetzungsverantwortung pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse und die sich laufend ändernden Marktbedingungen wird der Einsatz von Verfahren mit höchster wirtschaftlicher Effizienz seitens der Dienstleistungsanbieter vorausgesetzt.

Das Konzept der Kinästhetik wurde in den 1970er-Jahren entwickelt und kontinuierlich ausgebaut. Das Verfahren basiert darauf, dass bewegungseingeschränkte Personen ihre noch vorhandene Mobilisationsfähigkeit wieder bewusst wahrnehmen, nachvollziehen und ihre vorhandenen Fähigkeiten und Ressourcen einsetzen können. Durch die Anwendung von Kinästhetik in der Pflegepraxis profitieren sowohl PatientInnen, als auch Pflegekräfte von einer gesteigerten Bewegungskompetenz (Lange-Richmann, 2015, S. 18-21).

1.1 Zielsetzung

An 15 Abteilungen eines Wiener Krankenhauses wurde das Projekt „Umsetzung und Implementierung von Kinaesthetics“ gestartet. Dabei erhielten zunächst alle MitarbeiterInnen der Pflege einen Kinästhetik-Grundkurs. Einige der Pflegepersonen erhielten einen Aufbaukurs und mindestens eine Person pro Station wurde zur Peer-Tutorin bzw. zum Peer-Tutor ausgebildet.

Ziel dieser Masterarbeit ist es, festzustellen, wie die Umsetzung von Kinästhetik im Arbeitsalltag von Pflegepersonen funktioniert, welche Auswirkung die Anwendung auf die Gesundheit und die tägliche Praxis der Pflegenden hat, sowie welche Optimierungsmaßnahmen für eine einfachere Umsetzung und Anwendung des Konzepts in der täglichen Praxis abgeleitet werden können.

Der wissenschaftliche Nutzen der vorliegenden Arbeit ergibt sich aus den Ergebnissen. Das Setting kann aufgrund dieser feststellen, wo Schwachstellen vorhanden sind und dadurch Optimierungsmaßnahmen ableiten. Ziel soll eine Erleichterung des Arbeitsalltags von Pflegekräften sein, sowie die Reduktion von Krankenständen und arbeitsbedingten Unfällen. Auch andere Gesundheitsträger können durch die Ergebnisse Maßnahmen für die Implementierung von Kinästhetik in der eigenen Organisation ableiten.

1.2 Wissenschaftliche Forschungsfragen

Die Forschungsfragen ergaben sich aus der oben beschriebenen Problemstellung. Um diese präzise formulieren zu können, wurde das PICO-Schema (übersetzt PIKE-Schema), welches in Tabelle 1 dargestellt wird, herangezogen (Kleibel & Mayer, 2011, S. 30).

Tabelle 1: Darstellung der Forschungsfragen anhand des PICO-Schemas, Quelle: Eigene Erstellung in Anlehnung an Kleibel & Mayer (2011, S. 30)

Forschungsfrage 1 (F1)	
Population	Pflegepersonal
Intervention	Erhebung der Auswirkungen von Kinästhetik auf die körperliche Gesundheit der MitarbeiterInnen
Comparison	Keine Angaben
Outcome	Benennen der Auswirkungen von Kinästhetik auf die körperliche Gesundheit der MitarbeiterInnen

Forschungsfrage 2 (F2)	
Population	Pflegepersonal
Intervention	Erhebung der Auswirkungen von Kinästhetik auf den Arbeitsalltag der MitarbeiterInnen
Comparison	Keine Angaben
Outcome	Benennen der Auswirkungen von Kinästhetik auf den Arbeitsalltag der MitarbeiterInnen

Forschungsfrage 3 (F3)	
Population	Pflegepersonal
Intervention	Erhebung der unterstützenden Faktoren, welche die Anwendung von Kinästhetik erleichtern, sowie ableitende Optimierungsmaßnahmen
Comparison	Keine Angaben
Outcome	Benennen der unterstützenden Faktoren, welche die Anwendung von Kinästhetik erleichtern und Optimierungsmaßnahmen ableiten

Forschungsfragen (F)

F1: Welche Auswirkungen zeigt die Anwendung von Kinästhetik in der Pflegepraxis auf die körperliche Gesundheit von Pflegepersonen?

F2: Welche Auswirkungen zeigt die Anwendung von Kinästhetik in der Pflegepraxis auf den Arbeitsalltag von Pflegepersonen?

F3: Welche Faktoren erleichtern die Anwendung von Kinästhetik in der Pflegepraxis und welche Maßnahmen können zur Optimierung abgeleitet werden?

1.3 Literaturrecherche

Die wissenschaftliche Arbeit gliedert sich in einen theoretischen und einen empirischen Teil. Einschlägige Fachliteratur soll in die Thematik einführen und grundlegende Begriffe klären. Das folgende Kapitel beschreibt die einzelnen Schritte der Literaturrecherche. Die Durchführung der empirischen Erhebung wird im Kapitel zur Methodik aufgezeigt. Der Prozess der Literatursuche orientiert sich am Phasenmodell nach Kleibel und Mayer (2011, S. 25-33), welches sich in drei Stufen gliedert:

Phase 1: Bestimmung des Untersuchungsgegenstandes

Die Phase 1 diente zur Bestimmung des Untersuchungs- bzw. Interessensgegenstands. Zunächst wurden Suchfragen erstellt, aus denen sich die Forschungsfragen und Suchbegriffe ergaben. Folgende Suchfragen dienten für die Grobrecherche: „Wie wirkt sich die Anwendung von Kinästhetik auf die Gesundheit und die Praxis Pflegender aus?“ und „Welche Maßnahmen erleichtern die Anwendung von Kinästhetik?“. Die Erstrecherche fand mit Hilfe der Datenbanken CINAHL und MEDLINE statt.

Phase 2: Recherche

Die Literaturrecherche fand im Zeitraum von Juni bis September 2016 statt. Für die Suche wurden festgelegte Begriffe aus dem Deutschen und dem Englischen verwendet, welche in Tabelle 2 aufgelistet werden. Durch das Definieren von Ein- und Ausschlusskriterien wurde die Recherche präzisiert und die Literatursuche erleichtert (siehe Tabelle 3). Da Kinästhetik vorwiegend auf Erfahrungswissen beruht, wurde der Publikationszeitraum erweitert. Um die Anzahl der Treffer zu reduzieren wurden Bool'sche Operatoren „AND“, „OR“ und „NOT“ verwendet. Des Weiteren wurde mit der Trunkierung „*“ gearbeitet, um Wortstämme mit

unterschiedlichen Endungen zu finden. Durch das Verwenden von Filtern in den einzelnen Datenbanken konnte die Literaturrecherche präzisiert werden.

Tabelle 2: Suchbegriffe in Deutsch und Englisch, Quelle: Eigene Erstellung

Deutsch	Englisch
Kinästhetik	Kinaesthetics
Pflegepersonal	nurse, care giver
Gesundheit	health
Auswirkung	impact, effect
Krankenhaus	hospital

Tabelle 3: Ein- und Ausschlusskriterien, Quelle: Eigene Erstellung

Kriterium	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Variablen	<p>F1: Auswirkungen von Kinästhetik auf die körperliche Gesundheit</p> <p>F2: Auswirkungen von Kinästhetik auf den Arbeitsalltag</p> <p>F3: Unterstützende Faktoren, welche die Umsetzung von Kinästhetik erleichtern und ableitende Maßnahmen</p>	<p>F1: Auswirkungen von Kinästhetik auf die geistige Gesundheit</p> <p>F2: Auswirkungen von Kinästhetik auf andere Bereiche</p> <p>F3: Unterstützende Faktoren, welche die Umsetzung nicht kinästhetischer Maßnahmen erleichtern</p>
Bevölkerungsgruppe	F1+F2+F3: Pflegepersonal	F1+F2+F3: andere Berufsgruppen
Setting	F1+F2+F3: Krankenhaus, Wohn- und Pflegeheim	F1+F2+F3: andere Pflegeeinrichtungen
Publikationsart	qualitative und quantitative Studien, peer-reviewed	nicht- wissenschaftliche Literatur, nicht peer-reviewed
Publikationszeitraum	2000-2017	vor 2000
Publikationssprache	Englisch, Deutsch	andere Fremdsprachen
Kulturraum	Global	keine

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde eine Literaturrecherche über das Suchportal EBSCO Host in den Datenbanken CINAHL und MEDLINE, sowie der eBook Collection und eBook Academic Collection durchgeführt. Zusätzlich wurden die Datenbanken AMED-The Allied and Complementary Medicine Database und American Doctoral Dissertations ebenso über EBSCO Host zur Literatursuche herangezogen. Zur weiteren Literaturrecherche wurden die Datenbanken LIVIVO und PubMed verwendet. Es fand auch eine freie Suche in der Bibliothek der Fachhochschule Burgenland, der Bibliothek der Pflegedirektion eines Wiener Krankenhauses und der Bibliothek der Medizinischen Universität Wien statt. Der Online-Katalog der medizinischen Universität Wien wurde ebenfalls für die Literatursuche verwendet. Im beigefügten Suchprotokoll werden die Suchbegriffe, sowie der Einsatz von Bool'sche Operatoren und Trunkierungen aufgelistet.

Phase 3: Bewertung, Lektüre, Kritik

In der Phase 3 erfolgte die Bewertung der eingeschlossenen Literatur. Die Artikel wurden einer kritischen Würdigung, angelehnt an Brandenburg, Panfil & Mayer (2007, S. 180-183), unterzogen. Die zu beurteilenden Kriterien schlossen die Qualität der Zeitschriften, den Aufbau der Studien, die Forschungsfragen bzw. -ziele, das Design sowie das Alter bzw. die Relevanz der Literatur ein. Des Weiteren wurde die Methode der Datenerhebung, die Stichprobe, sowie die Ergebnisse und Diskussion der Artikel beurteilt. Anhand der angeführten Kriterien konnten drei Studien inkludiert werden. Der Rechercheprozess wurde in dieser Phase abgeschlossen.

1.4 Methodik

Der empirische Teil erfolgte im Rahmen von Fragebögen. Um diese auf die Gütekriterien „Objektivität“, „Reliabilität“ und „Validität“ zu prüfen und eine Durchschnittszeit für die Dauer der Beantwortung der Fragen zu erhalten, wurde ein Prätest mit 10 TeilnehmerInnen durchgeführt. Die Fragebögen wurden vor der Verteilung auf den Stationen überarbeitet und adaptiert. Anschließend wurden diese an die teilnehmenden Stationen ausgehändigt. Es wurde bewusst eine Vollerhebung gewählt, da sich die Stichprobe zum einen aus der Freiwilligkeit der Teilnahme ergab

und zum anderen, um das Thema wieder in das Bewusstsein der MitarbeiterInnen zu rücken. Zur Auswertung der Fragebögen wurde die Software SPSS Statistics 23 verwendet.

2 GESUNDHEIT

Im folgenden Kapitel wird vorerst versucht, eine einheitliche Definition des Begriffs „Gesundheit“ vorzunehmen. Anschließend wird das Modell der Salutogenese nach Aaron Antonovsky, sowie das Konzept des Kohärenzgefühls vorgestellt.

2.1 Begriffsbestimmung

„Wenn man einen Zustand mit einem Namen versieht, kann man fälschlicherweise den Eindruck gewinnen, etwas verstanden zu haben, so daß man aufhört nachzudenken und Fragen zu stellen“ (Kendell, 1978, zitiert nach Irblich & Stahl, 2003, S. 327).

Der Mensch setzt sich über seine gesamte Lebenszeit mit dem Thema „Gesundheit“ auseinander. Da Gesundheit ein aktiver und dynamischer Prozess ist, muss täglich ein Beitrag geleistet werden, um diese zu fördern und weiter zu entwickeln. Der Begriff der „Gesundheit“ kann aus zahlreichen Perspektiven betrachtet werden und lässt viele individuelle Definitionen zu. Obwohl die Menschheit sich mit dem Phänomen selbst schon lange Zeit beschäftigt, sind die Gesundheitswissenschaften ein relativ junges wissenschaftliches Gebiet (Steinbach, 2015, S. 14-25). Alle klassischen Disziplinen wie die Medizin, die Jura, die Philosophie, die Geschichtswissenschaften, die Theologie, die Soziologie und Psychologie, sowie die Berufsgruppe der SchriftstellerInnen und KünstlerInnen arbeiten an einer einheitlich gültigen Begriffsbestimmung (Franke, 2010, S. 31-33). Im geschichtlichen Verlauf entstanden aus unterschiedlichen Betrachtungsweisen diverse Versuche den Terminus „Gesundheit“ zu definieren. Vor diesem vielschichtigen Hintergrund lässt sich wenig überraschender Weise jedoch keine einheitliche Definition festlegen (Edlinger, 2015, S. 11-15; Franke, 2010, S. 31-33). Nach dem zweiten Weltkrieg veröffentlichten die frisch gegründeten Vereinten Nationen eine neue Gesundheitsdefinition (Herfarth, 2006, S. 1): Im Jahr 1948 wurde durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) Gesundheit als ein „Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur als das Freisein

von Krankheit und Gebrechen“ beschrieben (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2017, www). Diese, auf Grund der Nachkriegsjahre durch Euphorie geprägte Definition, wurde in den vergangenen zwei Jahrzehnten stark kritisiert (Gutzwiller & Paccaud, 2007, S. 13). Trotzdem ist es bis dato jene Definition, auf welche sich die größte Expertengruppe je einigen konnte (Franke, 2010, S. 31-33). Das moderne sozialmedizinische Verständnis kritisiert allerdings die Vorstellung, dass Gesundheit ein starres Konstrukt sei und betont deren dynamischen Charakter (Gutzwiller & Paccaud, 2007, S. 13).

2.2 Salutogenese nach Aaron Antonovsky (1923-1994)

Wie bereits beschrieben, gibt es zahlreiche Versuche den Begriff „Gesundheit“ zu definieren. Auch die philosophische Auseinandersetzung mit diesem Thema blickt auf eine lange Tradition zurück. Es existierten viele Modelle von Krankheiten, allerdings nur wenige Theorien über Gesundheit. In den 1970er-Jahren setzten sich erste Forscherinnen und Forscher aus unterschiedlichen Disziplinen mit Gesundheitsmodellen auseinander. Zusammengefasst werden diese Konzepte als *salutogenetische Modelle* bezeichnet. Aaron Antonovsky (1923-1994), ein amerikanisch-israelischer Medizinsoziologe, führte den Begriff „Salutogenese“ als Pendant zu „Pathogenese“ ein. Beide Begriffe sind griechischen bzw. lateinischen Ursprungs. „Genese“ bedeutet „Entstehung“ oder „Entwicklung“, „Pathos“ „Krankheit“ und „Salus“ so viel wie „Gesundheit“. „Pathogenese“ bedeutet somit die Entstehung von Krankheit und „Salutogenese“ die Entstehung von Gesundheit. Salutogenetische Modelle erforschen Faktoren, welche Gesundheit erhalten und fördern, pathogenetische Modelle im Gegenzug Prozesse, welche zu Krankheiten führen können. Salutogenese legt den Grundstein für einen einschneidenden Wechsel der Perspektive in Bezug auf Gesundheit und Krankheit (Bischof, 2010, S. 16; Franke, 2010, S. 163). Ein Ereignis im Jahr 1970 führte laut Antonovsky zu einer Kehrtwende in seiner Arbeit als Medizinsoziologe. Er untersuchte die Verarbeitung der Menopause bei Frauen, welche das nationalsozialistische Konzentrationslager überlebten. Er beobachtete, dass einige dieser Überlebenden, trotz ihrer einschneidenden Erlebnisse, gesund blieben. Diese Tatsache beeindruckte

Antonovsky und ließ ihn erstmals das salutogenetische Modell formulieren. Dieses wurde 1979 als „Health, Stress and Coping“ vorgestellt. Da sich zu diesem Zeitpunkt rund ein Drittel, oder mehr der deutschen Bevölkerung in einem pathologischen Zustand befand, beschrieb Antonovsky Krankheit als kein ungewöhnliches Ereignis im Laufe eines menschlichen Lebens. Mit dem Modell der Salutogenese stellte er sich die Frage, warum trotz aller negativer Einflüsse viele Menschen dennoch gesund blieben. Die Stressforschung stellte die Hypothese auf, dass gesunde Menschen mit großer Wahrscheinlichkeit weniger Stressoren ausgesetzt waren und somit keine Krankheit erlitten. Antonovsky zweifelte diese Vermutung stark an (Bischof, 2010, S. 42).

Das Modell der Salutogenese von Aaron Antonovsky stellt Gesundheit und die Erforschung von förderlichen Faktoren in den Vordergrund (Bischof, 2010, S. 16; Franke, 2010, S. 163-168). Krankheiten werden als Herausforderungen und Krisen auf einem nie endenden Weg von Entwicklungen und Veränderungen eines Menschen gesehen (Bischof, 2010, S. 16). Das Modell der Salutogenese ist in Betracht auf empirische Aspekte das am weitesten fortgeschrittene. Antonovsky geht in seinem Modell von zwei Grundannahmen aus: (1) Erkrankung ist eine normale Erscheinung im menschlichen Leben und stellt keine Abweichung von der Norm dar und (2) Gesundheit und Krankheit sind zwei Pole auf einem gemeinsamen Kontinuum. Die Vorstellung, dass Krankheiten zur Normalität gehören bezeichnet Antonovsky als „Heterostase“. Dieser Zustand beschreibt ein Ungleichgewicht innerhalb eines Systems. Diese Annahme differenziert salutogenetische Modelle stark von pathogenetischen. Antonovsky beschreibt das Modell anhand der Metapher eines Flusses: Dieser fließt nicht gerade und stetig, es gibt Biegungen, an manchen Stellen fließt er schneller, an manchen langsamer und immer wieder gibt es Turbulenzen. Einige der im Fluss schwimmenden Menschen kämpfen darum, den Kopf über Wasser zu halten. Manche schaffen dies aus eigener Kraft, andere benötigen Hilfe von SpezialistInnen. Pathogenese-Konzepte, beschreibt Antonovsky, gehen davon aus, dass manche Menschen überwiegend trockenen Fußes durch das Leben gehen und sich nur in Ausnahmefällen nass machen. Dem zufolge bedeutet dies, dass der Mensch sich in der Regel im Gleichgewicht befindet und nur durch

ungünstige Ereignisse kommt es zu Beeinträchtigungen dieses Zustandes und somit zu Krankheiten. Im Modell der Salutogenese gehören Heterostase, Krankheit, Leiden und Tod dem menschlichen Leben an. Der menschliche Organismus ist von Geburt an der Tendenz zu Auflösung und Zerfall ausgesetzt. Um diesen Prozess zu verlangsamen oder zu beeinflussen, muss ständig mit der Zufuhr von Energie entgegengewirkt werden. Der Mensch ist zahlreicher Stimuli ausgesetzt. Um Gleichgewicht zu erhalten bzw. wieder herzustellen sind fortlaufende Anpassungen an unterschiedliche Situationen und aktive Bewältigungsstrategien notwendig. Menschen unterschiedlicher Kulturen und Sozialschichten, Männer und Frauen sind verschiedenen Risikofaktoren ausgesetzt. Manche Menschen kommen ohne große Anstrengungen durchs Leben, andere wiederum müssen ums Überleben kämpfen. Die Stress- und Risikofaktorenforschung befasst sich mit der zweiten Gruppe, während sich die salutogenetische Forschung darauf konzentriert, wie es viele schaffen, sich möglichst nahe am gesunden Pol des Kontinuums zu befinden. Die Endpunkte des Kontinuums bezeichnet Antonovsky als „health-ease“ und „dis-ease“, wovon sich auch der Begriff „HEDE-Kontinuum“ ableiten lässt. Dies wird mit „Gesundheit“ und „Ent-Gesundung“ übersetzt (Franke, 2010, S. 163-168). Die Kriterien zur Bestimmung der Lokalisation einer Person zwischen beiden Polen wird von objektiven als auch subjektiven Faktoren beeinflusst. Objektive Stimuli sind Parameter des professionellen Befundes, subjektive das Befinden, das Schmerzerleben und die selbst erlebte Funktionsfähigkeit. Hinsichtlich der verschiedenen Dimensionen kann sich jemand auf unterschiedlichen Punkten innerhalb des Kontinuums befinden. Dies bedeutet, dass ein Mensch in einem gewissen Maß gesund ist, solange er lebt. Auch wenn er mit einer Dimension nahe am Krankheitspol lokalisiert ist, kann er sich mit einer anderen nahe am Gesundheitspol bewegen. Antonovsky bezeichnet auch den Tod als Bestandteil des Lebens. Stressoren, welche die Dimensionen auf dem Kontinuum bewegen, müssen nicht *per se* schädlich sein. Der positive Umgang mit ihnen kann gesundheitsfördernde Auswirkungen auf den Körper haben. Als „generalisierte Widerstandsressourcen“ werden jene Faktoren bezeichnet, welche eine Bewegung in Richtung des positiven Pols verursachen (Franke, 2010, S. 163-168). Jeder Mensch verfügt individuell über diese Ausprägungen. Generalisierte

Widerstandsressourcen helfen bei der Bewältigung von Herausforderungen und liegen im Individuum selbst, in dessen Umwelt und Umfeld (Steinbach, 2015, S. 137). Ziel in der Heilkunde darf nicht bloß ein geringes Level an Gesundheit sein, vielmehr muss immer das Optimum angestrebt werden. Aus Sicht der Salutogenese wird Krankheit als Ressource betrachtet, eine Chance zur Entwicklung und Transformation. Gesundheit fällt nicht nur in das Aufgabengebiet der Medizin und der Naturwissenschaften. Jeder einzelne Mensch ist verantwortlich, sich um die eigene Gesundheit zu bemühen (Bischof, 2010, S. 16-26).

2.3 Das Konzept des Kohärenzgefühls

Antonovsky entwickelte als Ergebnis seiner Untersuchungen das Konzept des „Sense of Coherence“ (SoC, Kohärenzgefühl, Kohärenzsinn). Jeder Mensch verfügt über individuelle Ressourcen, die Erstellung eines einheitlichen Konzepts gestaltet sich somit als komplex. Mit dem Konzept des Kohärenzgefühls wird aufgezeigt, worin sich Menschen in ihrer Position zwischen den beiden Polen „Gesundheit“ und „Krankheit“ unterscheiden. „Sense of Coherence“ wird als Grundhaltung oder Weltanschauung bezeichnet. Diese beinhaltet ein dauerhaftes Vertrauen, dass Ereignisse im Leben vorhersehbar und erklärbar sind, dass ausreichend Ressourcen zur Bewältigung dieser Lebensaufgaben zur Verfügung stehen und der notwendige Einsatz dafür zu arbeiten sich lohnt. Die Grundeinstellung eines Menschen, wie gut jemand in der Lage ist, die vorhandenen Ressourcen zu nutzen, beeinflusst die Positionierung zwischen beiden Endpunkten. Das Kohärenzgefühl ist dynamisch, es wird ständig neuen Erfahrungen ausgesetzt und durch diese beeinflusst. Ein großes Kohärenzgefühl zeigt von starker Anpassungsfähigkeit an unterschiedliche Gegebenheiten, lässt den oder die Betreffende aber auch Grenzen akzeptieren (Steinbach, 2015, S. 137-138).

Elemente des Kohärenzgefühls

Drei Elemente definieren das Kohärenzgefühl:

- Sense of Comprehensibility (Gefühl von Verstehbarkeit, Überschaubarkeit)

- Sense of Manageability (Gefühl von Handhabbarkeit)
- Sense of Meaningfulness (Gefühl von Bedeutsamkeit, Sinnhaftigkeit)
(Franke, 2010, S. 169; Steinbach, 2015, S. 139).

Das Gefühl von Verstehbarkeit bezieht sich auf die kognitiven Fähigkeiten des Menschen. Es umfasst das Ausmaß, in welchem eine Person Informationen klar, geordnet und strukturiert wahrnehmen kann. Ein hohes Maß an „Comprehensibility“ erlaubt Situationen und Ereignisse als vorhersehbar und verstehbar einzuordnen. Plötzlich auftretende Ereignisse können zumindest eingeordnet werden. Unter „Manageability“ versteht Antonovsky das Vertrauen und die Zuversicht eines Menschen, dass sich das Leben meistern lässt. Ein hohes Maß an Handhabbarkeit lässt zu, dass Hilfe von „legitimierten Anderen“ angenommen werden kann. Dies sind Menschen, denen Vertrauen geschenkt und das Recht zugesprochen wird, im eigenen Namen zu handeln. Das Gefühl von Sinnhaftigkeit umfasst die Überzeugung, dass die gestellten Lebensaufgaben einen Sinn ergeben und es sich lohnt, sich dafür einzusetzen. Ein hohes Maß an „Meaningfulness“ erlaubt es, Aufgaben und Anforderungen mehr als Herausforderungen, denn als Last anzusehen. Laut Antonovsky nimmt die „Sinnhaftigkeit“ die größte Bedeutung im Konzept des Kohärenzgefühls ein. Antonovsky ist der Überzeugung, dass ohne „Sinnhaftigkeit“ die beiden anderen Elemente keinen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit eines Menschen haben (Franke, 2010, S. 169-170; Steinbach, 2015, S. 139-140). Um ein starkes Kohärenzgefühl zu entwickeln, müssen ausreichend Widerstandsressourcen zur Verfügung stehen. Der Mensch muss erkennen, dass er Einfluss hat, dass das eigene Handeln einen Sinn macht und dass er anfallenden Anforderungen gewachsen ist. Dafür sind wiederum drei Erfahrungen notwendig:

(1) Die Erfahrung der Konsistenz, welche bedeutet, dass Dinge sich wiederholen und Abläufe unter ähnlichen Bedingungen vergleichbar sind. Konsistente Lebenserfahrungen leisten vor allem einen Beitrag zur Entwicklung der Verstehbarkeitskomponente.

(2) Die Erfahrung der Partizipation bedeutet, dass der Mensch Einfluss auf die Welt hat und diese mitgestalten kann. Partizipation ist vor allem für die Ausbildung der Bedeutsamkeitskomponente notwendig.

(3) Als dritte Erfahrung ist die der Belastungsbalance, welche beschreibt, dass Menschen weder chronisch überlastet noch permanent unterfordert sein dürfen. Ein Gleichgewicht beider Zustände ist für die Bildung eines starken Gefühls der Handhabbarkeit notwendig (Franke, 2010, S. 170).

Nach Antonovsky wird das Kohärenzgefühl von unterschiedlichen Erfahrungen und Erlebnissen geprägt und bildet sich in der Kindheit, sowie in der Jugendzeit aus. Im Alter von ca. 30 Jahren ist die Entwicklung abgeschlossen und bleibt als relativ stabile Persönlichkeitseigenschaft bestehen. Veränderungen entstehen nur noch aus neuen Lebenserfahrungen oder neuen Lebenskonzepten (Steinbach, 2015, S. 141).

3 GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Nahezu jeder Mensch hat das Bedürfnis gesund zu sein, sich im eigenen Körper wohl zu fühlen. Gesundheitsförderung stellt einen jungen Weg zur Erhaltung und Förderung von Gesundheit dar. Im Gegensatz zu Krankheitsprävention setzt Gesundheitsförderung aktiv Schritte, um die Gesundheit eines Menschen zu fördern und zu stärken (Steinbach, 2015, S. 13). Im folgenden Kapitel werden die Begriffe „Gesundheitsförderung“ und „Prävention“ erläutert, sowie Strategien der „betrieblichen Gesundheitsförderung“ vorgestellt.

3.1 Begriffsbestimmung

Der Stellenwert gesellschaftlicher Gesundheit hat sich in den letzten Jahren zunehmend verändert und rückt immer mehr in den Fokus. Gesundheit betrifft nicht nur den persönlichen Bereich, sie ist zu einem bedeutenden politischen und ökonomischen Faktor geworden. Aus diesem Trend heraus resultieren neue Chancen, Herausforderungen, Normen, Werte, aber auch Schwierigkeiten und Ungleichheiten (Kickbusch & Hartung, 2014, S. 9). Berufsbedingte Beeinträchtigungen und Erkrankungen, sowie Arbeitsunfälle bringen nicht nur hohes individuelles Leid mit sich, auch die wirtschaftlichen Folgen sind beträchtlich. Die Kosten von Produktionsausfällen durch Arbeitsunfähigkeit liegen jährlich im Milliardenbereich. Die höchste Krankenstandrate und die meisten Arbeitsunfälle kommen in Berufen mit hoher körperlicher und psychischer Belastung vor. Darunter fallen die Branchen des Baugewerbes, sowie Pflegeeinrichtungen und -heime (Bamberg, Ducki & Greiner, 2004, S. 11). Unter Gesundheitsförderung werden alle Maßnahmen verstanden, welche zum Ziel haben, Gesundheit wieder zu erlangen, zu verbessern und so lange wie möglich aufrecht zu erhalten. Gesundheitsförderung ist ein gesamtgesellschaftlicher Auftrag, welcher nicht an einzelne Personen, Institutionen oder wissenschaftliche Disziplinen delegiert werden darf (Steinbach, 2015, S. 14). Bereits 1986 wurde in der viel zitierten Ottawa-Charta die Basis für den Gesundheitsförderungsansatz der WHO gebildet. Grundlage zur primären Gesundheitsförderung bildet die Deklaration von Alma-Ata (1978). Die Ottawa-

Charta fordert zu aktivem Handeln für das Ziel „Gesundheit für alle“ auf (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2017, [www](#)). Zur Erreichung dieses Ziels, soll dem Mensch ein höheres Maß an Selbstbestimmung zugesprochen werden, bei gleichzeitiger Befähigung zur Stärkung der eigenen Gesundheit. Körperliches und geistiges Wohlbefinden erfordern selbstbestimmtes Handeln, sowie ein Umfeld, welches dies ermöglicht und unterstützt (Edlinger, 2015, S. 16). Zur nationalen Umsetzung wurden in der Ottawa-Charta drei Grundprinzipien, welche der Implementierung der fünf Handlungsfelder dienen sollen, definiert. Die Grundprinzipien lauten: Interessen vertreten (*advocacy*), Befähigen und Ermöglichen (*enabling*), sowie Vermitteln und Vernetzen (*mediating*). Die fünf Handlungsfelder umfassen: (1) die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik, (2) den Entwurf einer gesundheitsförderlichen Lebenswelt, (3) die Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen, (4) die Entwicklung persönlicher Kompetenzen und Neuorientierung von Gesundheitsdiensten (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2017, [www](#)). Soziale, ökonomische und persönliche Entwicklung tragen, bei gleichzeitiger Steigerung der Lebensqualität, zur Förderung der Gesundheit bei. Durch aktives Handeln wird diese Entwicklung gefördert und Umwelt- sowie Verhaltensfaktoren positiv beeinflusst. Durch Strategien der Befähigung und Ermöglichung soll gesundheitliche Chancengleichheit erreicht und die soziale Differenz minimiert werden. Durch die Vernetzung sozialer Bereiche, Wirtschaft, Politik und Medien sollen die Ressourcen aller beteiligten Akteure gestärkt werden (WHO, 1986, [www](#)).

In der Ottawa-Charta wird Gesundheitsförderung wie folgt deklariert:

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in

gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont sowie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden hin“ (WHO, 2017, www).

Der Verantwortungsbereich erstreckt sich über den Gesundheitssektor hinaus, über alle Bereiche der Politik, Staaten, Länder und Gemeinden, sowie der Eigenverantwortung eines jeden Einzelnen (Bundesministerium für Frauen und Gesundheit, 2017, www).

3.2 Prävention

Im täglichen Sprachgebrauch werden die Begriffe „Gesundheitsförderung“ und „Prävention“ häufig gleichgesetzt, wobei in der vorliegenden Arbeit eine Differenzierung erfolgen soll. Gesundheitsförderung stellt „Gesundheit“ in den Vordergrund, es gilt dabei alte Gewohnheiten zu überwinden. Prävention zielt auf die Vermeidung von Risikofaktoren und die Abschirmung von Lebensrisiken ab. Der positive Ansatz der Gesundheitsförderung rückt den gesunden Menschen in den Mittelpunkt und führt zu einem Paradigmenwechsel in der Anschauung (Steinbach, 2015, S. 59).

Krankheitsprävention entwickelte sich im 19. Jahrhundert im Rahmen der Sozialmedizin aus Fragen zu Hygienemaßnahmen und der Volksgesundheit. Hauptziel der Prävention ist das Vermeiden der Entstehung, sowie die Reduktion der Verbreitung und der Häufigkeit von Krankheiten. Prävention ist eng mit Medizin verbunden und setzt pathogenetische Kenntnisse voraus. Übersetzt bedeutet Prävention, bezogen auf Gesundheit, einer „Erkrankung zuvorkommen“ (Steinbach, 2015, S. 60-64). Ziel ist es, Risikofaktoren auszuschalten, um so die Entstehung von Krankheiten zu vermeiden. Präventive Maßnahmen können nach verschiedenen Formen klassifiziert werden. Es wird nach dem Zeitpunkt, dem Ziel und nach der Methode unterschieden. In Bezug auf das Ziel kann eine Unterscheidung in

Verhaltens- und Verhältnisprävention erfolgen. Verhaltenspräventive Maßnahmen sind Strategien, welche gesundheitsfördernde Verhaltensweisen stärken und gesundheitsschädigendes Verhalten verändern oder vermeiden sollen. Aufklärung, Beratung und Information zählen zu verhaltenspräventiven Maßnahmen und können flächendeckende Wirkung erzielen. Es erfolgt eine Wissensweitergabe über Gesundheitsrisiken, die Aufmerksamkeit soll auf die Gesundheit gelenkt werden. Um mit Verhaltensprävention Erfolge zu erzielen, ist eine enge Vernetzung mit der Verhältnisprävention notwendig. Die Verhältnisprävention versucht Gesundheitsrisiken, welche durch Umwelt- und Lebensbedingungen entstehen, zu reduzieren bzw. zu beseitigen. Diese Maßnahmen sind überwiegend politischer und gesetzlicher Natur und können meist nur durch den Staat beeinflusst werden. Die Einhaltung und ständige Verbesserung, aber auch die Verabschiedung von Gesetzen führt zu einem Wirksamwerden der verhältnispräventiven Maßnahmen (Steinbach, 2015, S. 60-64). In einem Betrieb werden Vorkehrungen, welche das individuelle Gesundheitsverhalten der Beschäftigten beeinflussen, als *verhaltenspräventiv* bezeichnet. Veränderungen der Arbeitsumwelt und -bedingungen zählen zur Verhältnisprävention. Es lässt sich keine eindeutige Grenze zwischen beiden Begriffen ziehen, da das Verhalten an die Umgebungsbedingungen angepasst werden muss bzw. kollektives Verhalten Strukturen verändern kann (Faller, 2017, S. 34-35).

3.3 Betriebliche Gesundheitsförderung

Im Mittelpunkt der betrieblichen Gesundheitsförderung steht die gesunde und gesundheitsfördernde Gestaltung von Arbeitsverhältnissen, weniger die Veränderung des individuellen Verhaltens (Faller, 2017, S. 26). Ein WHO-Paper aus dem Jahr 2013 hebt die Bedeutung des Alltagslebens und des Umfelds für die Gesundheit eines Menschen hervor. Für die Entstehung von Gesundheit braucht es die Beteiligung eines jeden Individuums. Jedoch ist für die Durchführung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen ein unterstützendes Umfeld notwendig. Die Literatur beschreibt dieses Umfeld als einen Ort oder sozialen Kontext wo umweltbedingte, organisatorische und persönliche Einflussfaktoren auf die

Gesundheit einwirken (Edlinger, 2015, S. 16). In der Ottawa-Charta wurde dazu formuliert:

„Die sich verändernden Lebens-, Arbeits- und Freizeitbedingungen haben entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit. Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit, die Arbeitsbedingungen und die Freizeit organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein. Gesundheitsförderung schafft sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen“ (WHO, 1986, www).

Dies bedeutet, dass Arbeit Gesundheit fördern kann, indem soziale Kontakte, Selbstbestätigung, Sinn und eine Tagesstruktur vermittelt werden. Nicht nur klassische Risikofaktoren des traditionellen Arbeitsschutzes können die Gesundheit schädigen, zahlreiche psychosoziale Belastungen, wie mangelnde Anerkennung oder ein schlechtes Sozialklima nehmen negativen Einfluss auf die Gesundheit. Arbeitsbedingungen werden durch offene und verdeckte betriebliche Strukturen, Hierarchien und Machtverhältnisse, sowie Muster und Gewohnheiten beeinflusst. Betriebe, welche für Veränderungen offen sind, erleben vielfach gesunkene Krankenstandraten, eine Steigerung der Produktivität, eine Verbesserung des Betriebsklimas, ein steigendes Verständnis füreinander, gegenseitige Wertschätzung und mehr Freude an der Arbeit aller Beteiligten. Es existieren unterschiedliche Interpretationen von betrieblicher Gesundheitsförderung. Meist wird erst durch das Analysieren der umgesetzten Interventionen deutlich, was genau gemeint ist. Es gibt zahlreiche Termini, welche teilweise als Synonyme oder auch zu Abgrenzungs- und Marketingzwecken verwendet werden. Nach dem Verständnis der Luxemburger Deklaration ist betriebliche Gesundheitsförderung eine moderne Unternehmensstrategie, welche Krankheiten am Arbeitsplatz vorbeugt, Gesundheitspotenziale stärkt und das Wohlbefinden am Arbeitsplatz steigert. Dieses Konzept umfasst sowohl inner- als auch außerbetriebliche Akteure, welche an der Gestaltung der Arbeitsbedingungen beteiligt sind. Die Identifizierung von Bedürfnissen und Sichtweisen der Angestellten, sowie die Integration deren Ideen in Lösungsentwicklungen stehen laut Ottawa-Charta im Vordergrund (Faller, 2017, S. 26-30). Obwohl Gesundheitsförderung in der Politik bereits einen hohen Stellenwert erlangt hat und die betriebliche Gesundheitsförderung medial stark vermarktet wird,

ist die Verbreitung innerhalb des Gesundheitssektors noch ausbaufähig. Betriebliche Gesundheitsförderung muss dort ansetzen, wo die Zielgruppe arbeitet. Im Fall der Pflege ist dies am Krankenbett, d.h. am Ort der Betreuung kranker und behinderter Menschen. Dort müssen durch Verhaltensänderung Bedingungen geschaffen werden, welche die Durchführung der jeweils geforderten Tätigkeiten erleichtern (Maietta & Resch-Kröll, 2009, S. 1-4).

Betriebliche Gesundheitsförderung differenziert bedingungsbezogene und personenbezogene Maßnahmen. Bedingungsbezogene Maßnahmen zielen auf die Veränderung der Arbeitsbedingungen (z.B. flexiblere Pausengestaltung) ab, während verhaltensbezogene Maßnahmen den Mensch und sein Verhalten in den Mittelpunkt stellen (z.B. Bereitstellung von Sportangeboten). Epidemiologische und arbeitspsychologische Untersuchungen unterstreichen die Bedeutung von Arbeit für die Gesundheit eines Menschen. Zahlreiche externe Einflussfaktoren wie z.B. Licht, Lärm oder Hitze sind Risiken, welche die Gesundheit beeinflussen können. Gleichzeitig bietet Arbeit auch eine Möglichkeit für Persönlichkeitsentwicklung, Selbstentfaltung und Wohlbefinden. Es gibt zahlreiche theoretische Erklärungsansätze über Arbeitsbedingungen, welche Gesundheit schädigen oder fördern können. Betriebliche Gesundheitsförderung greift vor allem auf handlungs- und stresstheoretische Ansätze zurück, welche sich auf die Entstehung und Wirkung von Belastungen beziehen, sowie salutogenetische Ansätze, welche Ressourcen in den Mittelpunkt stellen. Stresstheoretische Modelle befassen sich vorwiegend mit den Zusammenhängen zwischen Belastungen, Stressreaktionen und Beeinträchtigungen der Gesundheit. Ausgelöst wird Stress durch eine Diskrepanz zwischen individuellen Bedürfnissen, Erwartungen und Gegebenheiten unterschiedlicher Situationen. Ein nicht kontrollierbares Ungleichgewicht zwischen einer Person und Situation kann eine Stresssituation verursachen. Stressoren im Arbeitsumfeld können in aufgabenbezogene Stressoren (Unter- oder Überforderung, Störungen), physikalische Stressoren (Staub, Schmutz, Hitze), zeitliche Stressoren (Nacht- und Schichtarbeit, Zeitdruck), soziale Stressoren und arbeitsorganisatorische Stressoren (Mobbing, Verhalten von Vorgesetzten) unterteilt werden. Kurz- und langfristige Folgen von Stress können auf drei Ebenen klassifiziert werden: die

physiologische bzw. somatische Ebene, die kognitiv-emotionale Ebene und die Verhaltensebene (Bamberg, Ducki & Greiner, 2004, S. 14-15).

Eine weitere Grundlage der betrieblichen Gesundheitsförderung bildet der Arbeitsschutz, welcher in Deutschland bereits im 19. Jahrhundert eingeführt wurde. Dieser ist gesetzlich geregelt und zur Durchführung von Maßnahmen zum Schutz der MitarbeiterInnen verpflichtet. Er folgt dem Ziel des Ausbau von Sicherheit und Gesundheitsschutz aller Beschäftigten (Buchberger, Heymann, Huppertz, Friepörtner, Pomorin & Wasem, 2011, S. 15). Die gesetzliche Regelung des Arbeitsschutzes soll die Gesundheit von Personal und den Schutz des Lebens im Rahmen der beruflichen Tätigkeiten sicherstellen. Menschengerechte Arbeitsbedingungen und ein hoher Sicherheitsstandard senken volkswirtschaftliche und betriebliche Folgekosten, hervorgerufen durch berufsbedingte Erkrankungen und Verletzungen. ArbeitgeberInnen sind im §3 des ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes verpflichtet, in allen beruflichen Tätigkeiten für Sicherheit des Personals zu sorgen (Bundeskanzleramt Österreich, 2017, www).

4 KINÄSTHETIK

Kinästhetik ist eine dynamische Technik, welche Verständnis vermittelt, wie pflegebedürftige Menschen individuell in ihren Bewegungsabläufen unterstützt werden können. Darüber hinaus bietet es die Möglichkeit, komplexe Bewegungsabläufe zu analysieren (Asmussen-Clausen, 2003, S. 194). Unterstützungsmaßnahmen an Pflegebedürftigen werden häufig in einer schnellen Geschwindigkeit durchgeführt, so dass es für die Betroffenen unmöglich ist, dem Geschehen Folge zu leisten, geschweige denn aktive und selbständige Bewegungsversuche durchzuführen. Dieser Zustand wird als „übermäßige Unfähigkeit“ (*excess disability*) bezeichnet. Bewegungsabläufe ohne Eigenbeteiligung lösen bei den Betroffenen das Gefühl von Hilflosigkeit aus. Pflegebedürftige verlieren dabei ihre vorhandenen Fähigkeiten zu erkennen und anzuwenden. Kinästhetik bezieht sich auf alle menschlichen Aktivitäten und ist durch einen individuellen und ganzheitlichen Bezug zu Bewegung gekennzeichnet. In der Pflege angewandt, versteht sich Kinästhetik als Handlungskonzept für die Gestaltung von Lernprozessen und Interaktionen zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen. Dies geschieht durch Berührung und Bewegung, wobei Selbstkontrolle dabei eine wesentliche Rolle spielt. Durch die Förderung der Selbstkontrolle bietet Kinästhetik ein Handlungskonzept, welches die Gesundheit aller Beteiligten in jedem Lebensabschnitt unterstützt (Hantikainen, Riesen-Uru, Raemy-Röthl & Hirsbrunner, 2006, S. 12). Wird Kinästhetik gezielt bei alltäglichen Pflegeaufgaben angewendet, setzt es eine neue Bewegungskultur in Gang und leistet einen wesentlichen Beitrag zur betrieblichen Gesundheitsförderung (Maietta & Resch-Kröll, 2009, S. 1).

4.1 Entwicklung und Begriffsbestimmung

Die Kinästhetik hat ihren Ursprung in den USA und bildet die deutsche Übersetzung zum englischen Begriff „Kinaesthetics“. Entwickelt wurde das Konzept gemeinsam von der Amerikanerin Dr. Lenny Maietta und dem Amerikaner Dr. Frank Hatch, beide ehemalige Schülerin und Schüler des amerikanischen Kybernetikers Karl Ulrich Smith. Der Begriff „Kinästhetik“ kommt aus dem Griechischen und setzt sich aus

zwei Aspekten zusammen: „Kinesis“, welches Bewegung und „aesthesis“, welches Wahrnehmung und Empfinden bedeutet (Asmussen, 2010, S. 3-5; Edlinger, 2015, S. 22-24). Kinästhetik wird als Lehre der Bewegungswahrnehmung bezeichnet. Das Konzept beschreibt, analysiert und vermittelt Aspekte der Bewegung als grundlegende Voraussetzung für menschliche Funktionen (Asmussen, 2010, S. 3-5; Edlinger, 2015, S. 22-24). Das erfahrungsbezogene Lernkonzept hilft, die eigene Bewegung bewusst wahrzunehmen und als Ressource zur Gesundheitsentwicklung anzuwenden (Asmussen, 2010, S. 3). Frank Hatch, Philosoph und Verhaltenskybernetiker sowie ausgebildet in „Modern Dance“, entwickelte an drei amerikanischen Universitäten akademische Programme für Bewegung und Tanz. Seit 1973 arbeitet er an der Entstehung von Programmen, welche der Wissensweitergabe von Bewegung als Lösungsansatz für menschliche Funktionsprobleme in diversen Arbeitsfelder dienen sollen. Maietta dissertierte in klinischer Psychologie und beschäftigt sich mit der menschlichen Entwicklung. Ihre über die Jahre gesammelten Erfahrungen bringt sie in den Programmen ein. Beide beschäftigen sich mit der Analyse und Weiterentwicklung menschlicher Bewegungsabläufe. Suzanne Schmidt-Bernhard, diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin, absolvierte Anfang der 80er Jahre berufsbegleitend ihre Ausbildung in Kinästhetik (Edlinger, 2015, S. 22-23). Gemeinsam mit den Begründern Maietta und Hatch implementierte Schmidt-Bernhard Kinästhetik in die Gesundheits- und Krankenpflege. Innerhalb Europas bot die Schweiz erste Kinästhetik-Kurse an (Hatch et al., 2005, S. 190). Im Jahr 1981 wurde ebenso in der Schweiz der erste Verein für Kinästhetik gegründet (Schmidt, 1988, S. 60-64). Seit 1983 werden dort laufend Fortbildungskurse für Pflegepersonen angeboten. Christel Bienstein beschäftigt sich in Deutschland seit 1987 mit dem Konzept und ab 1989 wurden dort erste Kinästhetik-Kurse für Pflegepersonen angeboten (Schmidt, 1990, S. 145-148). Das methodisch-didaktische Konzept, welches für die Arbeit mit und am Menschen entwickelt wurde, vermittelt spezifische und persönliche Kommunikations- und Handlungskompetenzen. Die Analyse, Beschreibung und Förderung des sensomotorischen Verhaltens, welches jeder menschlichen Aktivität zugrunde liegt, zählt zum methodischen Teil des Konzepts. Kommunikation stellt das wichtigste Lernmittel in der Kinästhetik dar (Citron, 1998, S. 3). Bestehende Kurse und

Programme werden durch Forschungsarbeiten und Untersuchungen laufend verbessert und neue, lebenslange Gesundheitsentwicklungsprogramme für sowohl sogenannte „Laien“, als auch für Pflegende erarbeitet. Die Anpassung und Neuentwicklung von Kinästhetik-Programmen ist aufgrund der demografischen Entwicklung der Bevölkerung notwendig. Menschen jeden Alters müssen lernen, die eigene Gesundheit fortlaufend zu erhalten, aber auch eigene bewegungsbasierte Problemlösungsfähigkeiten kontinuierlich auszubauen (Maietta, 2008, S. 29).

In Österreich werden ca. 350 Kinästhetik Basiskurse durch rund 200 österreichische TrainerInnen angeboten. Es herrscht ein europäisches, dezentral geführtes Bildungsnetzwerk, welches zahlreiche Länderorganisationen und etwa 1.000 Kinästhetik TrainerInnen umfasst (Kinaesthetics Österreich, 2017, www).

4.2 Grundlagen der Kinästhetik

Grundlage für Kinästhetik bietet die Forschungsarbeit von Smith, basierend auf dem Konzept der Verhaltenskybernetik. Auch Konzepte aus der humanistischen Psychologie prägen die Kinästhetik. Der Mensch wird ganzheitlich wahrgenommen und die Fähigkeit der Selbstbestimmung respektiert. Kinästhetik basiert auf Selbstkontrolle, sensorische Differenzierung und Integration menschlicher Funktionen. Für die Übermittlung der Grundsätze von Kinästhetik steht die Erfahrung am eigenen Körper im Vordergrund. Durch Berührung und Bewegung wird Bewusstsein geschaffen und die Bewegungsfähigkeit eines Menschen gesteigert. Es stehen individuelle Erfahrungen und deren Bedeutung im Mittelpunkt. In der Pflege angewandt, vermittelt Kinästhetik Handlungs- und Bewegungskompetenzen. Pflegende lernen, den eigenen Körper aus funktionaler Sicht besser zu verstehen und nehmen durchgeführte Bewegungsabläufe bewusst(er) wahr. Dies kann gezielt bei der Bewegungsunterstützung anderer eingesetzt werden. Kinästhetik leistet einen wesentlichen Beitrag zur Gesundheitsentwicklung Pflegender (Edlinger, 2015, S. 22-24). Wird professionelle Bewegungsförderung im Rahmen täglicher Pfllegetätigkeiten angewendet, können körperliche und psychische Funktionen, sowie Funktionen des Sozialverhaltens unterstützt werden. Dazu zählen das Bilden einer

Vertrauensbasis, Kontraktur-, Dekubitus- und Sturzprophylaxe, das Lindern von Schmerzen, Vermeiden von Pflegeabhängigkeit, Förderung der Selbstpflegefähigkeit, Aufzeigen von Perspektiven und in weiterer Folge eine Verbesserung der Lebensqualität. Die Basis eines gemeinsamen Lernprozesses ist eine gleichberechtigte, vertrauensvolle Beziehung zwischen Pflegeperson und PatientIn (Clauss, 2017, S. 172).

4.3 Grundlagen der Verhaltenskybernetik

Der Mathematiker Norbert Wiener führte 1948 den Begriff der Kybernetik in die Naturwissenschaften ein. Forschungsarbeiten durch Wiener und anderen WissenschaftlerInnen führten zu neuen Sicht- und Denkweisen in den Natur-, Geistes-, Human- und Sozialwissenschaften. In der kybernetischen Forschung werden Steuer- und Regelungsvorgänge in diversen Systemen untersucht. Darunter zählen biologische Vorgänge in lebenden Organismen, technische Vorgänge in maschinellen Vorgängen und soziale Vorgänge in Gesellschaften und Beziehungen. Die Kybernetik sucht nach Gesetzmäßigkeiten, sie geht vom gleichen Aufbau in allen Bereichen aus. Die Ergebnisse spiegeln sich in vielen Wissenschaftstheorien zum menschlichen Kommunikations- und Lernverhalten wieder (Citron, 1998, S 7).

Die Verhaltenskybernetik, auch *behavioral Kybernetics* genannt, ist ein eigenständiger Teilbereich der Kybernetik. Diese befasst sich mit der Erforschung des menschlichen Verhaltens als kybernetisches Geschehen. Hauptforschungsgegenstand bildet die systematische Untersuchung der sensomotorischen Steuerung, welche für die Entwicklung des Menschen auf seinen Seins- und Handlungsebenen verantwortlich ist (Citron, 1998, S. 8).

4.4 Konzept der Kinästhetik

Kinästhetik studiert menschliche Bewegungsabläufe und stellt ein nützliches Instrument zur Analyse eigener Ressourcen, sowie zur Evaluation von

PatientInnenressourcen dar. Die Kinästhetik umfasst sechs Konzepte, welche im folgenden Abschnitt beschrieben werden (Hatch & Maietta, 2003, S. 36).

4.4.1 Konzept 1: Interaktion

Durch den menschlichen Feedback-Kontroll-Mechanismus werden zahlreiche Interaktionen im Körper ausgelöst. Der Sozial-Tracking-Prozess stellt die Verbindung zur Außenwelt dar. Diese Interaktionen führen dazu, dass sich der Körper an verschiedene Situationen adäquat anpassen kann (Hatch & Maietta, 2003, S. 36). Wiener (1948) erschuf die sogenannte Feedback-Kontroll-Theorie. Der Begriff „Feedback“ kommt dabei aus dem Sprachgebrauch der Ingenieure und ist ein Verfahren, bei dem eine Selbstkorrektur bei der Kontrolle von Maschinen erreicht werden soll. Über die Feedback-Kontroll-Theorie können über sensorische Systeme Veränderungen im Körper, wie z.B. eine Veränderung der Temperatur wahrgenommen werden. Dies ermöglicht es dem Menschen mit einer adäquaten Bewegungsaktivität, wie z.B. dem Trinken von Wasser zu reagieren. Bei Störungen des Feedback-Mechanismus, mit dem das Verhalten gesteuert wird, kommt es zu einem Zusammenbruch des Systems und somit zu einer Verringerung der Leistungsfähigkeit. Störungen dieser Art können durch eine verzögerte Wahrnehmung von Auswirkungen vorangegangener Bewegungen ausgelöst werden. Gemeinsames Bewegen zweier Menschen löst beim jeweils anderen Empfindungen aus, welche nicht vom eigenen Körper stammen. Diese Feedback-Verschiebung wird als sensorisch-motorisches Lernen bezeichnet. Deshalb ist das gleichzeitig stattfindende gemeinsame *Social Tracking* das effektivste Mittel, um Bewegungsfähigkeit zu erlernen. Bei zeitlichen Differenzen zwischen Bewegungsfehlern und deren Korrektur ist der Lerneffekt mäßig oder fällt sogar aus (Maietta & Hatch, 2004, S. 54).

Jede Interaktion ist einmalig und kann mit den Sinnen, den Bewegungselementen Zeit, Raum und Anstrengung und den Interaktionsformen, welche gleichzeitig-gemeinsam, Schritt für Schritt oder einseitig erfolgen können, beschrieben werden (Asmussen, 2010, S. 21-30).

a. Sinnessysteme

Über die fünf Sinne Sehen, Riechen, Schmecken, Tasten und Hören nimmt der Mensch Kontakt zur Außenwelt auf. Das kinästhetische Sinnessystem umfasst alle Wahrnehmungsmöglichkeiten der Reize aus dem Inneren des Körpers und lässt Menschen sich selbst in ihrer Bewegung erfahren. Die Elemente des kinästhetischen Sinnessystems setzen sich aus der Bewegungsempfindung über Muskelspannung, Gleichgewicht, Lagesinn und Tiefensensibilität zusammen (Asmussen, 2010, S. 22). Die von Außen kommenden Reize können durch eine differenzierte Wahrnehmung mit Hilfe dieser Sinne unterschieden und verarbeitet werden (Hatch & Maietta, 2003, S. 37).

b. Bewegungselemente: Zeit, Raum und Anstrengung

Jede Bewegung setzt sich aus den Elementen Zeit, Raum und Anstrengung, sprich Muskelaktivität, zusammen. Je nach Situation werden diese Elemente kombiniert. Meist findet ein unbewusster Anpassungsprozess an die äußeren Umstände statt (Amussen, 2010, S. 26). Jede Bewegung beansprucht eine gewisse innere Zeit. Äußere Umstände und Krankheiten in Kombination mit schnellen Transfersituationen überfordern PatientInnen häufig. Für die Durchführung einer Bewegung wird auch Raum benötigt. Ausreichend Platz für das Ausführen von Tätigkeiten führt zu einem erhöhten Bewegungsspielraum. Veränderungen an Gelenken und Muskeln schränken den inneren Raum ein und erschweren somit Transfersituationen (Hatch & Maietta, 2003, S. 40-41).

c. Interaktionsformen

Interaktionen zwischen Menschen können in unterschiedlichen Formen stattfinden. In Bezug auf Bewegungsabläufe können drei Arten unterschieden werden. Die gleichzeitig-gemeinsamen Interaktionen sind für das Erlernen neuer Fähigkeiten besonders effektiv, da sich beide Partner gemeinsam und aufeinander bezogen bewegen. Schritt-für-Schritt-Interaktionen führen zur Weiterentwicklung der selbständigen Bewegungskontrolle. Die Impulse gehen wechselseitig von beiden PartnerInnen aus, die Aktivitäten erfolgen nacheinander. Dabei führt jede Interaktionsteilnehmerin bzw. jeder Interaktionsteilnehmer ihre/seine selbständige

Aktion durch. Einseitige Aktionen finden sich lediglich bei Personen, welche sich vollkommen passiv verhalten. Dabei wird die Reaktion der/des jeweils anderen nicht berücksichtigt (Asmussen, 2010, S. 30).

4.4.2 Konzept 2: Funktionale Anatomie

Die Anatomie des Körpers beeinflusst menschliche Bewegungsmöglichkeiten. Die Struktur des Körpers wird aufgeteilt in Knochen und Muskeln, Massen und Zwischenräume, sowie Orientierung im eigenen Körper (Asmussen, 2010, S. 32).

a. Knochen und Muskeln

Knochen tragen die Aufgabe, Gewicht an die jeweilige Unterstützungsfläche abzugeben, während Muskeln die Aufgaben der Knochen koordinieren (Asmussen, 2010, S. 32). Aufgrund der Anatomie gibt es Grenzen im Bewegungsspielraum von Gelenken und Körperteilen (Hatch & Maietta, 2003, S. 44).

b. Massen und Zwischenräume

Stabile Körperteile werden als Massen bezeichnet und setzen sich aus Kopf, Brustkorb, Becken, zwei Armen und zwei Beinen zusammen. Die Bereiche zwischen den Massen werden als Zwischenräume bezeichnet. Diese weichen Teile werden aus Hals, Schulter, Taille und Hüfte gebildet. Die Kombination aus festen und beweglichen Körperteilen ermöglicht Bewegungen in unterschiedliche Richtungen (Asmussen, 2010, S. 35-36).

c. Orientierung

Die Orientierung verhilft, Positionen im eigenen Körper und im Raum festzustellen. Bei Bewegungsabläufen kann der Mensch sich an der eigenen Körperstruktur orientieren. Dies schafft Klarheit, welche Teile des Körpers ihr Gewicht an die Umwelt abgeben (Asmussen, 2010, S. 38). Gezielte Anleitung durch Pflegepersonen unterstützen wahrnehmungseingeschränkte Personen in der Durchführung von zielgerichteten Bewegungen (Hatch & Maietta, 2003, S. 46).

4.4.3 Konzept 3: Menschliche Bewegung

Bewegung besteht aus Haltungs- und Transportbewegungen, wobei es spiralförmige und parallele Bewegungsmuster gibt (Asmussen, 2010, S. 42).

a. Haltungs- und Transportbewegung

Um eine Bewegung durchzuführen, werden einzelne Massen bewegt. Gleichzeitig wird eine Verbindung zwischen den Massen hergestellt, welche als Haltungsbewegung bezeichnet wird. Die Fortbewegung einzelner Körperteile nennt sich Transportbewegung. In Kombination werden diese als Bausteine bezeichnet, welche es ermöglichen, dass Bewegungsabläufe ergonomisch durchgeführt werden können. Durch die Analyse dieser Bewegungsbausteine können sowohl das Verletzungsrisiko von Pflegepersonen verringert, als auch die Bewegungskompetenz pflegebedürftiger Menschen gesteigert werden. Die optimale Kombination der Bausteine erleichtert Bewegungsabläufe und fördert die Eigenaktivität betroffener Personen (Asmussen, 2010, S. 42-43).

b. Parallele und spiralförmige Bewegungsmuster

Die bereits genannten Bewegungsbausteine stellen die Basis von Bewegungsmustern dar. Im Laufe eines Lebens entwickelt jeder Mensch eine individuelle Art sich zu bewegen. Es können zwischen parallelen und spiralförmigen Mustern unterschieden werden. Parallel bedeutet, dass die linke und rechte Körperhälfte die gleichen Bewegungen durchführen, wobei bei spiralförmigen Bewegungen die Körperseiten sich unterschiedlich verhalten (Asmussen, 2010, S. 44). Kinder bewegen sich häufiger spiralförmig, da dies weniger Anstrengung erfordert und mehr Bewegungskontrolle erlaubt. Erwachsene bewegen sich häufiger parallel, da dieses Bewegungsmuster zeitsparender ist. Bei pflegebedürftigen Menschen ist es sinnvoll, einem spiralförmigen Ablauf zu folgen (Asmussen, 2010, S. 44; Hatch & Maietta, 2003, S. 54).

4.4.4 Konzept 4: Anstrengung

Jede Bewegung erfordert ein gewisses Maß an Anstrengung. Im Rahmen einer Bewegungsaktivität findet ein Drücken oder ein Ziehen des Körpers statt, was Ausdruck der Eigenaktivität darstellen. Über aktives Drücken und Ziehen wird eine Beziehung zwischen den einzelnen Körperteilen und zur Umgebung hergestellt (Asmussen, 2010, S. 46).

4.4.5 Konzept 5: Menschliche Funktion

Das Konzept der menschlichen Funktion verbindet die Konzepte Interaktion, funktionale Anatomie, menschliche Bewegung und Anstrengung. Es wird zwischen der einfachen und der komplexen Funktion unterschieden (Asmussen, 2010, S. 50).

a. Einfache Funktion

Es werden sieben Positionstypen, welche als Grundpositionen bezeichnet werden, beschrieben. Dazu zählen der Stand, Einbeinstand, Einbein-Kniestand, Hand-Kniestand, Schneidersitz, Bauchlage mit Ellbogenstütz und die Rückenlage. Je nach Position werden Massen an größere oder kleinere Unterstützungsflächen abgegeben (Asmussen, 2010, S. 50-51).

b. Komplexe Funktion

Positionen, welche mit geringer Anstrengung bewältigt werden können, erlauben komplexe Bewegungsabläufe. Darunter werden Fortbewegung, aber auch Bewegung am Ort verstanden (Asmussen, 2010, S. 52). Unter Fortbewegung werden sämtliche Bewegungsarten wie Laufen, Springen und Gehen zusammengefasst, wobei unter Gehen im kinästhetischen Sinne auch das Vorrücken einer Gesäßhälfte nach der anderen verstanden wird. Diese Art der Fortbewegung wird als „Schinkengang“ bezeichnet. Bewegung am Ort inkludiert sämtliche vitale Funktionen, aber auch das Trinken in einer sitzenden Position (Hatch & Maietta, 2003, S. 62).

4.4.6 Konzept 6: Umgebung

Die Umgebung beeinflusst die menschliche Wahrnehmung und Fähigkeiten. Dieses Konzept befasst sich mit bewegungsfördernden und -behindernden Rahmenbedingungen und sorgt dafür, dass Aktivitäten sicher und bestmöglich durchgeführt werden können, bei gleichzeitiger Förderung vorhandener Ressourcen und Fähigkeiten (Asmussen, 2010, S. 57). Durch die Anpassung der Umgebung an Bedürfnisse und Fähigkeiten betroffener Personen, wird ein möglichst eigenständiges Leben forciert. In der Kinästhetik wird die Gestaltung der Umgebung als „*Human Factoring*“ bezeichnet (Hatch & Maietta, 2003, S. 65).

4.5 Anwendungsbereiche

Seit 30 Jahren vermitteln Hatch und Maietta - in Zusammenarbeit mit Personen aus Bereichen der Pflege, Bildung und Gesundheit - ihr Wissen und ihre Expertise im Bereich der Kinästhetik sowohl an Laien als auch an ExpertInnen aus der Praxis. Beinahe jedes Pflegebuch widmet dem Konzept Kinästhetik ein eigenes Kapitel und in vielen Gesundheitseinrichtungen wird das Konzept bereits in der Pflegepraxis angewendet. Kinästhetik verhilft Menschen mit und ohne Bewegungseinschränkung zu einer gesteigerten Bewegungskompetenz. Das Konzept kann in Freizeit, Beruf, Sport oder Pädagogik zu Präventionszwecken und Gesundheitsbildung angewendet werden (Asmussen, 2010, S. 6). Kinästhetik trägt dazu bei, dass Alltagsaktivitäten in jeder Lebenssituation und im Arbeitsalltag gesundheitsfördernd ausgeführt und weiterentwickelt werden können. Die Anwendung des Konzepts verhilft Einrichtungen zu einer positiven und nachhaltigen Personal- und Organisationsentwicklung. Laut einer im Landeskrankenhaus Hörgas in der Steiermark, durchgeführten Studie, zeigen die Ergebnisse, dass die Anwendung von Kinästhetik in der täglichen Praxis als gesundheitsfördernde Maßnahme anzuerkennen ist. Der Einsatz verhilft Personal und pflegebedürftigen Menschen zu einem besseren Verständnis, wie alltägliche Bewegungsabläufe optimal organisiert werden können (Maietta & Resch-Kröll, 2009, S. 5). Eine im Jahr 2004 durchgeführte Analyse zeigt, dass Pflegepersonen das Konzept in der Praxis vor allem zum Schutz der eigenen Gesundheit anwenden

(Maietta, 2008, S. 29). Berufsspezifisch wird Kinästhetik in den Bereichen Pflege, Rehabilitation, Geriatrie und Langzeitpflege, Infant Handling und Pädagogik in mehreren europäischen Ländern unterrichtet und in der Praxis angewendet (Hantikainen, Riesen-Uru, Raemy-Röthl & Hirsbrunner, 2006, S. 14).

4.6 Wirtschaftlicher Nutzen

Die demografische Entwicklung, sowie die gegenwärtigen sozial- und gesellschaftspolitischen Veränderungen erfordern eine Adaptierung bestehender Handlungsfelder des Gesundheitswesens an die aktuellen Umstände. Die sich fortlaufend verändernden Marktbedingungen und die Zunahme pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse machen Verfahren mit höchstmöglicher Effizienz im Pflegebereich zu einem Muss. Der wirtschaftliche Nutzen wird durch das Maß an Bedürfnisbefriedigung einzelner Wirtschaftssubjekten gekennzeichnet, welches durch den Konsum von Gütern und Dienstleistungen entsteht. Unternehmerische Entscheidungen werden durch den Kosten-Nutzen-Vergleich getroffen. Die Anwendung von Kinästhetik führt zu einer verbesserten Bewegungskompetenz bei PatientInnen. Diese Steigerung zeichnet sich als Lernprozess, sowohl bei Pflegebedürftigen als auch bei Pflegepersonen ab, indem Bewegungen besser wahrgenommen und umgesetzt werden können (Lange-Riechmann, 2015, S. 20). Eine Untersuchung von Lange-Riechmann (2015, S. 220) zeigt, dass die Anwendung von Kinästhetik zu einer Reduzierung von Sekundärerkrankungen wie Pneumonien und Dekubiti führt. Durch die Verminderung kostenintensiver Weiterbehandlungen ist daher Kinästhetik wesentlich an der Senkung von Kosten des Gesundheitssystems beteiligt. Hilfsbedürftige Menschen erfahren eine Verbesserung der Selbstwirksamkeit, welche in Folge zu einer Einsparung von Personal- und Sachkosten in Gesundheitseinrichtungen führt. Dieser Einfluss hat eine bedeutende sozial- und gesundheitspolitische Relevanz. Laut einem Bericht von Lange-Riechmann (2015, S. 221) erfahren Krankenkassen und Landschaftsverbände durch die Anwendung von Kinästhetik in Gesundheitseinrichtungen die höchsten Kosteneinsparungen.

4.7 Stand der derzeitigen Forschung

In diesem Kapitel werden die Forschungsfragen anhand des derzeitigen Stands der Wissenschaft beantwortet. Dafür werden Synthesen der Ergebnisse der inkludierten Studien gebildet. Dabei fasst die Autorin sowohl die Auswirkungen von Kinästhetik auf die körperliche Gesundheit von Pflegepersonen, als auch auf die Pflegepraxis zusammenzufassen.

4.7.1 Auswirkungen auf die körperliche Gesundheit von Pflegepersonal

Eine durch Freiberg & Girbig & Euler & Scharfe & Nienhaus & Freitag & Seidler (2016, S. 11-21) erstellte *Übersichtsarbeit* inkludiert 13 Studien, welche die Auswirkungen von Kinästhetik auf den körperlichen Gesundheitszustand von Pflegepersonen darstellen sollen. In dieser *Übersichtsarbeit* werden zwei *randomisiert-kontrollierte Studien*, eine *Cross-Over-Studie*, eine *kontrollierte Before-After-Studie*, drei *unkontrollierte Before-After-Studien*, drei *Evaluationsstudien*, eine *qualitative Studie* und zwei *Reviews* herangezogen. Die inkludierten Studien berichten über eine Verbesserung von muskuloskeletalen Beschwerden bei Pflegepersonen durch die Anwendung von Kinästhetik. In keiner Studie werden unerwünschte Nebenwirkungen durch Kinästhetik beschrieben. Pflegepersonen der inkludierten *qualitativen Studie* berichten über eine Reduktion von Schmerzen des Bewegungsapparates und über eine Reduktion von Muskelverspannungen. Die Zielgruppe hebt eindeutig den präventiven Charakter von Kinästhetik hervor. Auch die TeilnehmerInnen des *Reviews* sprechen dem Konzept rehabilitative und präventive Eigenschaften zu (ebd., S. 11-21).

4.7.2 Auswirkungen auf die Pflegepraxis

Befragungen von Pflegepersonen welche einen Kinästhetik-Grundkurs absolvierten, ergeben, dass neben den Bedingungen, welche auf einer Krankenhausstation herrschen, der Charakter einer Person, die Motivation und auch die Bereitschaft neues Wissen in die Praxis zu transferieren, wesentliche Schlüsselaspekte für die Integration von Kinästhetik in den Pflegealltag darstellen. Eine wichtige Eigenschaft

von Kinästhetik ist der praktische Charakter, welcher mit sich bringt, dass das Wissen als „handfest“ empfunden wird. Diese Charaktereigenschaft wirkt sich motivierend auf Pflegepersonen aus, da die Anwendung einen sichtbaren Nutzen sowohl für das Pflegepersonal als auch PatientInnen hat. Im Gegensatz zu theoretisch erworbenem Wissen hilft ein solches *learning by doing* dabei, die Themen besser zu verstehen. Selbsterfahrung und PartnerInnenübungen sind notwendig für den Lernerfolg (Arnold, 2000, S. 56-61).

Die sehr praktische Art von Theorie kann für manche Personen als befremdlich oder sogar albern empfunden werden. Ein weiterer Nachteil dieser Art von Wissensweitergabe ist, dass ein einfaches Zurückgreifen auf Literatur zu keinem Erfolg führt. Einige TeilnehmerInnen der Studie erwarten Tricks und konkrete Techniken, um Kinästhetik zu erlernen. Vielmehr geht es bei den Schulungen jedoch darum, ein generelles Verständnis für Kinästhetik zu entwickeln und so Situationen individuell und flexibel bewerkstelligen zu können. Das Ausbleiben sogenannter „Tricks“ führt bei einigen KursteilnehmerInnen zu Enttäuschung und verursacht Probleme bei der Umsetzung in die Praxis. Ein weiterer Faktor, welcher die Implementierung in den Pflegealltag beeinflusst, ist das jeweilige Pflegeverständnis einer Pflegeperson. Dies beschreibt, was einer Person im Rahmen der Pflege wichtig ist und welche Überlegungen das pflegerische Handeln bestimmen. Von großer Bedeutung ist für viele KursteilnehmerInnen, dass durch die Anwendung von Kinästhetik viele Arbeiten alleine durchgeführt werden können. Diese Möglichkeit wird wiederum stark von der Arbeitsorganisation beeinflusst. Wenn Pflegepersonen auf einer Station die Arbeit vorwiegend ohne Hilfe verrichten, entsteht durch Kinästhetik ein klarer Vorteil. Bei funktioneller Pflege, oder wenn das Arbeiten zu zweit üblich ist, ist das Gegenteil der Fall. Die TeilnehmerInnen berichten, dass Kinästhetik zunächst etwas Befremdliches sei. Dies bedeutet, dass das Konzept dem Üblichen, den Gewohnheiten des Teams und der PatientInnen widerspricht. Die Kultur und das Klima auf einer Station nehmen wesentlichen Einfluss auf die Umsetzung eines neuen Konzepts. Pflegende müssen alte Regeln brechen, wenn neues Wissen eingeführt werden soll. Die Ergebnisse der Befragungen zeigen, dass geringe Vorkenntnisse zum Thema zu Hemmungen bei Pflegepersonen führen und

so die Implementierung erschweren. Befürchtungen seitens der Pflege erklären zu müssen, warum und wieso jemand kinästhetisch handelt, hält viele Pflegepersonen von der Anwendung ab. Reaktionen von PatientInnen beeinflussen das Verhalten Pflegenden bei der Umsetzung von Kinästhetik ebenso. Positives Feedback verbreitet Motivation und forciert kinästhetische Pflege, negatives Feedback hemmt (Arnold, 2000, S. 56-61).

Bei konventionellen Bewegungsabläufen herrscht eine größere körperliche Distanz zwischen Pflegeperson und PatientIn. Kinästhetik verursacht große körperliche Nähe, welche von den TeilnehmerInnen als ungewohnt empfunden wird. Einige Kursmitglieder empfinden dies als Hemmnis, andere als motivierend, da Nähe zum/zur PatientIn aufgebaut werden kann. Schutz vor unangenehmen Dingen wie verschwitzter Haut, sexuellen Anspielungen und Schutz der Intimsphäre hemmen die Anwendung von Kinästhetik zusätzlich. Der wichtigste Faktor bei der Umsetzung des Konzepts ist die Komplexität der Anwendung. Die Angst, sich vor KollegInnen und PatientInnen zu blamieren oder diese sogar zu gefährden oder zu verletzen, hält Pflegenden häufig vom Einsatz kinästhetischer Pflege ab. Einige TeilnehmerInnen berichten, dass die Einführung neuer Konzepte mit dem Erkämpfen von Rechten verbunden sei. Es gilt, sich gegen mächtige Gewohnheiten durchzusetzen und sich das Recht einzuräumen, sich Zeit für die Anwendung neues Wissens zu nehmen (Arnold, 2000, S. 56-61).

In allen Untersuchungen, ausgenommen zwei *Interventionsstudien* der *Übersichtsarbeit* von Freiberg et al. (2016, S.11-24), kann eine Reduktion der selbsterlebten Kraftanstrengung während der PatientInnenmobilisation aufgrund von Kinästhetik nachgewiesen werden. Familienangehörige pflegebedürftiger Menschen berichten in einer *qualitativen Studie* über eine geringere physische Belastung durch Kinästhetik. Ebenso wird erwähnt, dass das Heben und die Beförderung von Personen durch dieses Konzept vermieden werden kann. Eine *systematische Übersichtsarbeit* hebt wirbelsäulengerechte Aspekte von Kinästhetik hervor und eine weitere Studie erwähnt einen geringeren physischen Arbeitsaufwand während der Mobilisation von PatientInnen (Freiberg et al., 2016, S. 11-24). Die Kursmitglieder in

der Studie von Fringer & Huth & Hantikainen (2014, S. 761-764) geben eine anfängliche Verwunderung, teils sogar Enttäuschung über den hohen theoretischen Input der Schulung und dem Fakt, dass ihnen keine vorgefertigten Bewegungstechniken präsentiert werden an. Die Ernüchterung weicht hingegen, sobald die KursteilnehmerInnen verstehen, dass das Ziel des Trainings darin liegt, Wissen bereitzustellen, um einen nachhaltigen Lernprozess zu fördern. Einige TeilnehmerInnen geben an, dass das reine Lernen von Mobilisationstechniken schnell zum Rückfall in alte Muster führen kann. Basierend auf deren Erfahrungen, geben die Befragten einige Empfehlungen für die Implementierung von Kinästhetik ab: weniger Theorie, mehr praktische Übungen; Grundkurse sollten in mehrere kleine Einheiten aufgeteilt werden; das Bereitstellen eines/einer zusätzlichen TrainerIn für ein effektiveres Training sei von Vorteil. Die praktischen Übungen sollen mit vulnerablen Personen durchgeführt werden, anstatt mit gesunden. Kontinuierliche Beratung durch ExpertInnen und das Bereitstellen von Büchern und Filmen werden ebenso gewünscht. Als organisatorische Empfehlungen werden ein monatlicher Kinästhetik-Tag an der Institution, die Teilnahme von ExpertInnen in Falldiskussionen, und das Teilen von Erfahrungen innerhalb unterschiedlicher Abteilungen genannt. Die Befragten verlautbaren die Sorge, dass die gesteigerte Bewegungskompetenz von BewohnerInnen eine unvorteilhafte Auswirkung auf den Personalschlüssel haben könnte. Des Weiteren gibt es keine Möglichkeit, die Anwendung des Konzepts im Dokumentationssystem ordentlich zu erfassen. Pflegekräfte berichten, dass die Integration von Kinästhetik eine gesteigerte Anzahl von Situationen hervorruft, in denen in Gruppen gearbeitet werden muss. Dies führt zum gegenseitigen Korrigieren und Helfen. In anderen Fällen hingegen können bestimmte Transfersituationen, im Gegensatz zur Vergangenheit, alleine durchgeführt werden. Einige TeilnehmerInnen geben eine gesteigerte Fähigkeit zur Selbstreflektion der täglichen Routine an und äußern den Wunsch, Nachschichtpersonal aktiver in das Kinästhetikprojekt zu integrieren. Ein hinderlicher Faktor ist, dass kinästhetische Pflege anfänglich mehr Zeit in Anspruch nimmt. Allerdings erwähnen die TeilnehmerInnen, dass andere Situationen es erlauben, alleine zu arbeiten, welches die Balance wieder herstellen sollte. Die befragten Pflegekräfte erwähnen, dass Angehörige Pflegebedürftiger die gesteigerte

Bewegungskompetenz dessen wahrnehmen und die Offenheit gegenüber neuen Konzepten positiv sehen. Reduzierte kognitive Leistungen von BewohnerInnen erschweren das Einführen von Kinästhetik, da entweder die Instruktionen nicht verstanden werden, der Sinn der Anweisungen oder kürzlich erworbenes Wissen schnell wieder vergessen werde. Auch das tägliche Wechseln der körperlichen und geistigen Kondition stellt eine Herausforderung für die Implementierung von Kinästhetik dar. Probleme mit der Wirbelsäule, Paraplegien, Fatigue und ein Mangel an Bereitschaft zur Kooperation werden durch die Pflegekräfte als Erschwernis berichtet. Aggressives Verhalten, Angstreaktionen, Spannungen und Spasmen der BewohnerInnen werden auch als Hürden für die Implementierung genannt. Eine negative Einstellung in Bezug auf Kinästhetik seitens der Pflegekräfte verhindert eine erfolgreiche Implementierung des Konzepts. TeilnehmerInnen berichten über einen Mangel an Zeit, Sorgen um die PatientInnensicherheit, genauso über die eigene Unsicherheit oder Mangel an Vorübung für das Anwenden von Kinästhetik. Hohe Ansprüche und gesteigerte Erwartungen an sich selbst sind weitere hindernde Faktoren. Einige TeilnehmerInnen berichten über einen allmählichen Verlust der anfänglichen Motivation. Kritische Faktoren sind vor allem Zeitmangel und Personalknappheit, aber auch die fehlende adäquate Dokumentation der Tätigkeiten. Als organisationsbezogene Schwierigkeiten werden unterschiedliche Arbeitsabläufe auf den einzelnen Stationen, das gescheiterte Teilen des Wissens mit dem Nachtdienst und TeilzeitmitarbeiterInnen oder stornierte Falldiskussionen aufgrund einer geringen Anzahl an potentiellen TeilnehmerInnen angegeben (Fringer et al., 2014, S. 761-764).

Viele Befragten erwähnen Ängste vor Personalkürzungen aufgrund der gesteigerten Bewegungskompetenz der BewohnerInnen und eine generelle Abneigung gegenüber neuen Konzepten. Motivation und Wertschätzung fördern die nachhaltige Einführung von Kinästhetik in die Pflegepraxis. Persönlich motivierende Punkte sind die Bereitschaft Neues zu lernen und der Wille, ständig zu üben. Auch eine positive Einstellung im Team und die Freude an den Trainings und den Follow-Up Tagen teilzunehmen, überträgt sich auf andere Pflegekräfte. Geteilte Erfolge und sichtbare Veränderungen haben ebenso einen positiven Einfluss auf die Teamdynamik. Die

TeilnehmerInnen äußern sowohl die Einführung wöchentlicher Workshops, die Teilnahme von Kinästhetik-TrainerInnen an Praxissituationen auf den Station, eine Kombination von Theorie und Praxis, als auch eine angemessene Personalberechnung als hilfreiche Implementierungsmaßnahmen. Ein weiterer förderlicher Faktor ist die Möglichkeit, Erfahrungen mit anderen zu teilen und über neue Konzepte zu diskutieren. Einige TeilnehmerInnen berichten, dass das Teilen von Erfahrungen mit Familie und Freunde ebenso als motivierend und förderlich empfunden wird (Fringer et al., 2014, S. 761-764).

5 EMPIRISCHE ERHEBUNG

In diesem Kapitel wird das methodische Vorgehen des empirischen Teils vorgestellt und anschließend werden die Ergebnisse in Form einer schriftlichen Zusammenfassung sowie anhand von Grafiken präsentiert.

5.1 Methodik

Dieser Abschnitt erläutert die Entwicklung des Fragebogens, sowie die Durchführung und Auswertung der Befragung. Es wurde ein Fragebogen (siehe Anhang 4) für diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen entwickelt, welche zumindest einen Kinästhetik-Grundkurs absolviert haben und auf einer der teilnehmenden Stationen arbeiten.

5.1.1 *Erstellung des Fragebogens*

Da zu der behandelten Thematik, wie im ersten Teil dieser Arbeit vorgestellt, bereits Grundlagenforschung betrieben wurde, fiel die Wahl für die Beantwortung der Forschungsfragen auf ein quantitatives Design. Die schriftliche Befragung, durchgeführt in Form eines Fragebogens, wird zum Sammeln quantitativer Daten eingesetzt. Schriftliche Befragungen sind in der Pflegeforschung ein häufig verwendetes Mittel zur Datensammlung, da der Fragebogen prädefiniert, strukturiert und stark standardisiert ist. Dadurch kann Datenmaterial über Wissen, Meinungen, Überzeugungen, Erwartungen und Erfahrungen von ProbandInnen schnell und effizient gesammelt werden. Gleichzeitig können hoch standardisierte, anonyme schriftliche Befragungen zur gleichen Zeit an unterschiedlichen Orten kostengünstig durchgeführt werden. Ein Fragebogen stellt ein Messinstrument dar, dessen Entwicklung einen Teil des Forschungsprozesses ausmacht (Mayer, 2015, S. 190-191). Laut Mayer (2015, S. 191) wird die Erstellung eines Fragebogens in drei Phasen gegliedert. Diese Phasen wurden auch bei der Konstruktion des Fragebogens für den empirischen Teil durchlaufen:

(1) Zunächst muss das inhaltliche Konstrukt definiert und operationalisiert werden, dabei wird von der **Konzeptionsphase** gesprochen. Der Fragebogen wurde nach vorangegangenem mündlichem und schriftlichem Austausch mit der zuständigen Kinästhetik-Beauftragten des Wiener Krankenhauses erstellt. Der Kontakt sollte dazu dienen, ihre Expertise mit einzubeziehen.

(2) Den zweiten Schritt bildet die **Konstruktionsphase**, in welcher die Fragen formuliert und anschließend die Gestaltung dieser Fragen erfolgt. Grundsätzlich können verschiedene Fragetypen wie Einstellungs-, Meinungs- oder Beurteilungsfragen, Wissensfragen, Handlungsfragen, Faktfragen und sozialdemografische Fragen unterschieden werden. Ebenso erfolgt eine Unterscheidung in offene und geschlossene Fragen. Offene Fragen geben keine Antwortmöglichkeiten vor und erfordern das Antworten in eigenen Worten. Die Befragten können aus ihrem Wissen und ihren Alltagserfahrungen schöpfen und werden nicht beeinflusst. Antworten auf offene Fragen müssen zunächst kategorisiert werden, um eine quantitative Auswertung zu ermöglichen. Dieser interpretative Prozess macht das Einhalten des wichtigsten Charakteristikums, der Standardisierung, schwierig. Vorgegebene Antwortmöglichkeiten sind einfacher auszuwerten und beanspruchen weniger Zeit, auch die hohe Standardisierung bleibt erhalten. Allerdings kann durch die begrenzte Auswahl an vorgegebenen Antwortmöglichkeiten nur ein vorbestimmter, geringerer Ausschnitt der Wirklichkeit dargestellt werden. Ein Fragebogen kann beide Fragetypen enthalten, allerdings sollten offene Fragen für zentrale Themen nur sparsam verwendet werden. Einerseits kann der hohe Standardisierungsgrad verloren gehen, andererseits werden diese Fragetypen aufgrund des vermehrten Aufwands häufig mangelhaft oder gar nicht ausgefüllt. Bei vorgegebenen Antworten gibt es verschiedene Formate. Es wird zwischen dichotomen Antworten, welche nur zwei Ausprägungen (ja/nein oder richtig/falsch) beinhalten oder Ratingskalen, durch welche Intensitäten oder Häufigkeiten (nie/selten/gelegentlich/oft/immer) von Werten, Meinungen ect. erfragt werden, unterschieden. Ungeordnete Mehrfachvorgaben erlauben es der/dem Befragten eine oder mehrere Antworten anzukreuzen. Bei Rangreihen hingegen müssen die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten in eine Reihenfolge gebracht werden. Hybridformate erlauben das Kombinieren verschiedener Antwortformate

(ja/nein;- wenn ja, welche). Bei der Erstellung des Fragebogens wurden Beurteilungs-, Wissens-, Fakt- und auch Handlungsfragen gestellt. Ebenso wurden geschlossene und offene Fragen formuliert. Offene Antwortmöglichkeiten waren teilweise notwendig, um Meinungs- und Wissensfragen abzufragen. Es wurde darauf geachtet, dass die Fragen klar und verständlich formuliert und möglichst kurz gehalten wurden. Weitere wichtige Regeln bei der Erstellung des Fragebogens waren die Eindimensionalität der Fragen, sowie das Vermeiden von Suggestivfragen. Bei der Gestaltung des Fragebogens wurde darauf geachtet, dass der Einstieg keine komplexen Fragen enthielt.

Auch die optische Gestaltung eines Fragebogens spielt eine wesentliche Rolle. Dieser soll seriös wirken, leicht zu handhaben sein und ein Deckblatt oder einen Begleitbrief enthalten. Das Informationsschreiben soll Angaben über die Autorin/den Autor, den Sinn der Befragung, Aufklärung über Anonymität, Publikation der Ergebnisse und Angaben zur Rückgabe beinhalten. Eine ethische Prüfung oder eine generelle Einverständniserklärung war nach Rücksprache mit der wissenschaftlichen Abteilung des Krankenhauses nicht notwendig, da keine vulnerable Gruppe befragt bzw. keine sensiblen Daten erhoben wurden.

(3) Vor dem Beginn der eigentlichen Befragung ist es wichtig, das Instrument auf Verständlichkeit und Handhabbarkeit durch einen sogenannten Prätest (englisch: *Pretest*) zu überprüfen. Dadurch können wertvolle Hinweise zur Verbesserung des Fragebogens gewonnen werden. In der **Testphase** wurde der Fragebogen an zehn, der Zielgruppe nahe kommenden Personen, verteilt. Schriftliche Anmerkungen durch die ProbandInnen, sowie eine manuelle Analyse, durchgeführt durch die Autorin und die Koordinatorin für Kinästhetik, führten zur Überarbeitung des Instruments (Mayer, 2015, S. 190-204). Das Endergebnis dieser drei Phasen wird in Anhang 4 abgebildet.

5.1.2 Durchführung

Zielgruppe der schriftlichen Befragung waren diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, welche mindestens einen Grundkurs in Kinästhetik absolviert hatten. Ausgegeben wurden die Fragebögen am 8. September 2017 an 15 teilnehmenden Kliniken. Das Ende der Befragung wurde mit 4. Oktober 2017

festgelegt. Sowohl den leitenden Pflegekräften, als auch allen diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerInnen wurde die Möglichkeit geboten, bei Unklarheiten mit der Autorin Rücksprache zu halten. Die ausgefüllten Fragebögen wurden in einem Kuvert gesammelt und durch die Stationsleitungen an die Autorin weitergegeben. Diese übermittelten auch die genaue Anzahl an auf Kinästhetik geschultes Pflegepersonal. Es wurde bewusst eine Vollerhebung gewählt, da sich die Stichprobe aus der Freiwilligkeit zur Teilnahme ergab.

5.1.3 Auswertung

Die Auswertung der Ergebnisse erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS Statistics 23 und erfolgte mit Hilfe der Literatur von Janssen und Laatz (2007, S. 17-75). Es wurde zuerst eine Datendatei angelegt und die Freitextantworten anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015, S. 11) zusammengefasst. Es wurde dafür das Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse (siehe Abbildung 1) herangezogen (Mayring, 2015, S. 70). Im Rahmen der Durchführung der deskriptiven Statistik wurden das Lagemaß (Modalwert) berechnet. Um festzustellen, ob bestimmte Fragen einen signifikanten Zusammenhang nachweisen, wurde der Chi-Quadrat-Test, mit Berechnung des p-Wertes durchgeführt. Des Weiteren wurde eine Korrelationsanalyse nach Kendall Tau-b erstellt, welche die Richtung des Zusammenhangs zweier Fragen angeben soll. Die Tabellen und Grafiken wurden im Programm SPSS Statistics 23 erstellt und mittels Microsoft Office Excel 2007 übersichtlich gestaltet. Im nächsten Kapitel werden die Ergebnisse dargestellt und interpretiert.

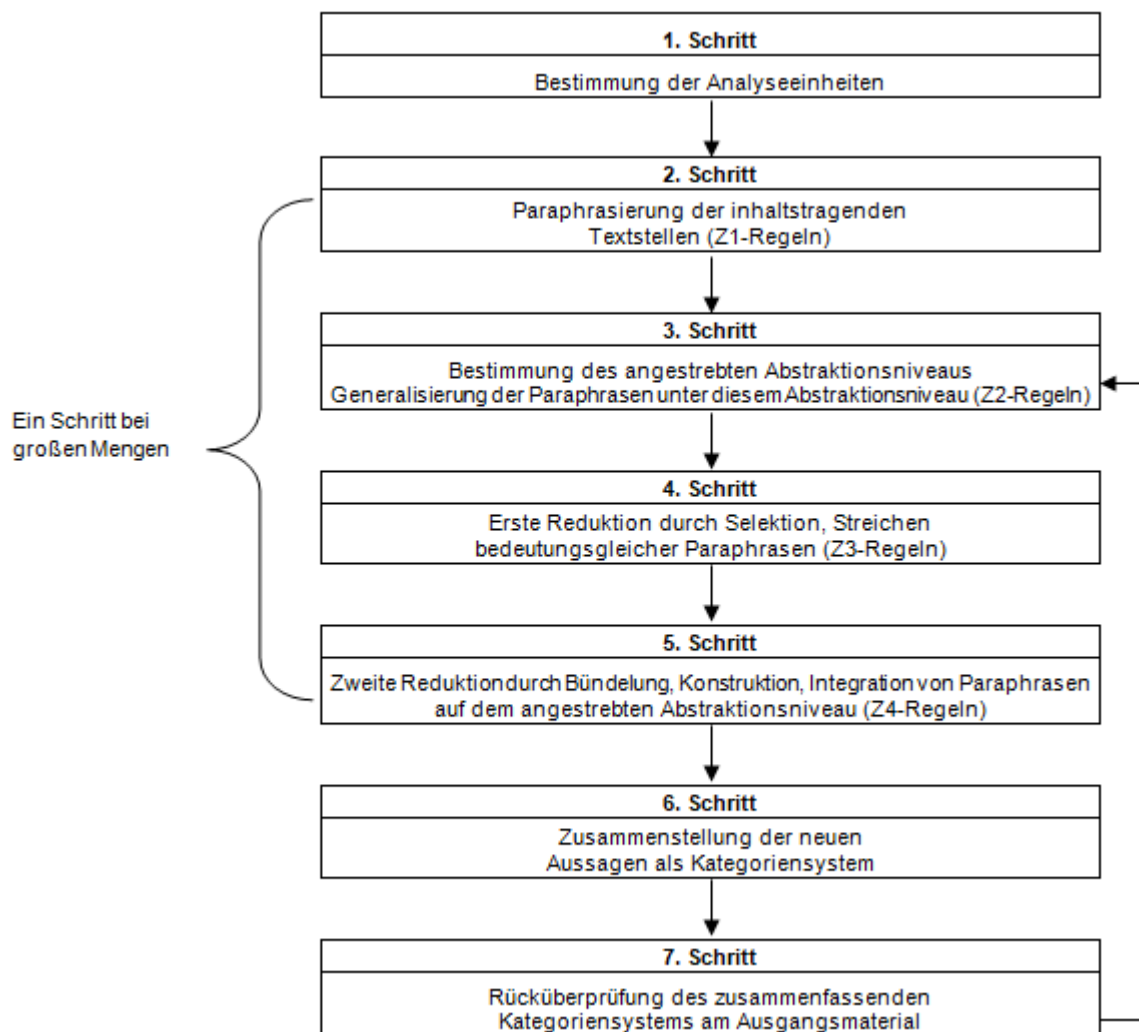


Abbildung 1: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse, Quelle: Mayring (2015, S. 70)

5.2 Darstellung der Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der empirischen Erhebung erläutert und durch Abbildungen dargestellt. Insgesamt werden 216 Fragebögen durch diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte mit mindestens Kinästhetik-Grundkurs ausgefüllt. Dies stellt eine Rücklaufquote von 55,10% dar. In Tabelle 4 werden alle teilnehmenden Stationen inklusive der Anzahl ausgegebener Fragebögen und der Rücklaufquote der empirischen Befragung abgebildet. Aus Gründen des Datenschutzes werden die Stationen nicht namentlich genannt.

Tabelle 4: Darstellung der Stationen inklusive Anzahl ausgegebener Fragebögen und der Rücklaufquote, Quelle: Eigene Erstellung

Stationen	ausgegebene Fragbögen	Rücklauf Fragebögen
Station 1	52	38
Station 2	34	10
Station 3	30	26
Station 4	23	23
Station 5	36	20
Station 6	39	16
Station 7	18	14
Station 8	18	17
Station 9	18	12
Station 10	18	8
Station 11	33	1
Station 12	19	17
Station 13	7	7
Station 14	24	2
Station 15	23	5
15 Stationen	392 (100%)	216 (55,10%)

5.2.1 Auswirkungen auf den Bewegungsapparat von Pflegepersonen

Zunächst wollte die Autorin wissen, wie häufig die Befragten im Rahmen pflegerischer Handlungen Kinästhetik anwenden. Folgende Antwortmöglichkeiten stehen zur Verfügung: „nie“, „manchmal“, „oft“ und „immer“. Insgesamt beantworten 215 diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKPP) (99,5%) diese Frage. Rund 103 DGKPP (47,9%) wenden das Konzept manchmal an und bilden somit die größte Kategorie. 89 DGKPP (41,4%) arbeiten oft und 15 DGKPP (7,0%) arbeiten immer nach dem Konzept. Sechs DGKPP (2,8%) wenden im Rahmen der Pflege nie Kinästhetik an und zwei DGKPP (0,9%) eröffnen eine neue Kategorie am Fragebogen und betiteln diese mit „manchmal bis oft“ (siehe Abbildung 2).

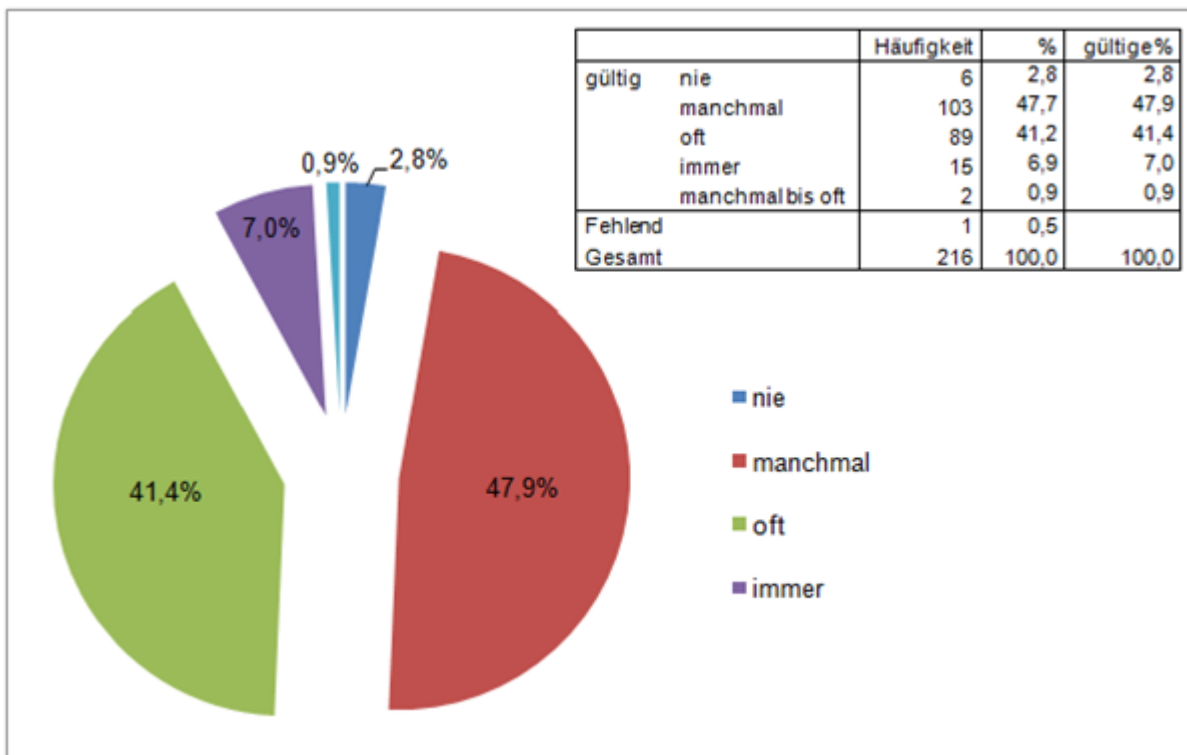


Abbildung 2: Häufigkeit der Anwendung, Quelle: Eigene Erstellung

Auf die Frage, wie sich die Umsetzung von Kinästhetik auf den Bewegungsapparat Pflegender auswirkt, werden die Antworten „positiv“, „eher positiv“, „eher negativ“ und „negativ“ geboten. Die Frage wird von 207 DGKPP (95,8%) beantwortet, wovon 117 Pflegekräfte (56,5%) mit „eher positiv“ antworten. 71 der Befragten (34,3%) geben „positiv“ an und jeweils neun DGKPP (4,3%) entscheiden sich für „eher negativ“ oder „nicht“. Eine Pflegeperson (0,5%) schreibt, dass die Auswirkungen durch die Anwendung des Konzepts zwischen „eher positiv und positiv“ liegen. Keine/r der DGKPP berichtet durch die Anwendung kinästhetischer Pflege über negative Auswirkungen auf den Bewegungsapparat (Abbildung 3).

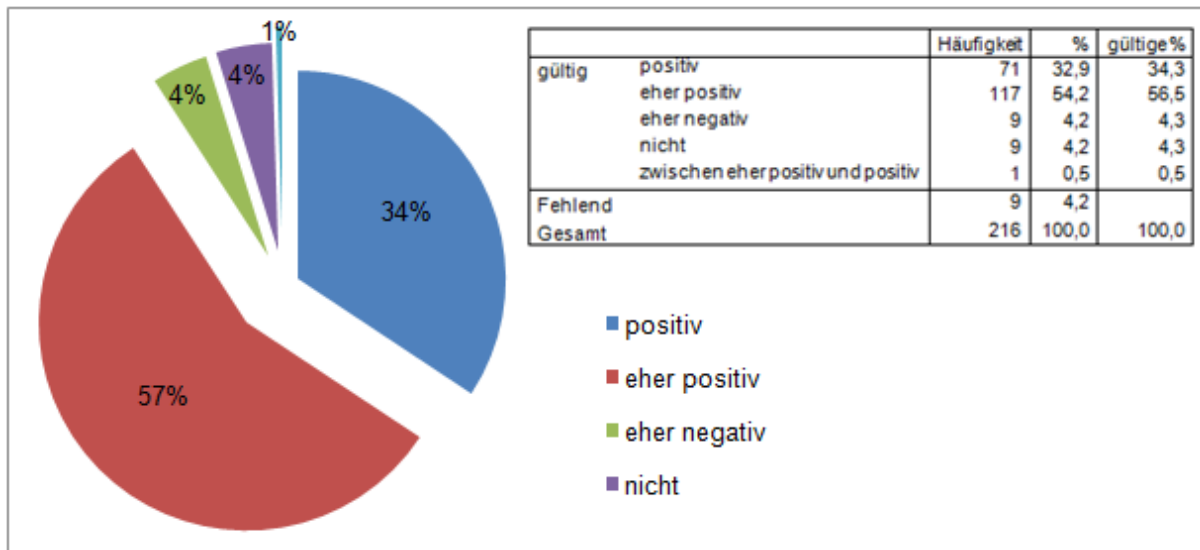


Abbildung 3: Auswirkungen auf den Bewegungsapparat, Quelle: Eigene Erstellung

Die statistische Analyse (Kendall Tau-b) zeigt eine statistisch signifikante Abhängigkeit im Antwortverhalten beider Fragen (Häufigkeit der Anwendung und Auswirkung auf den Bewegungsapparat) ($p < 0,05$). Der berechnete Korrelationskoeffizient (-0,325) weist einen schwachen Zusammenhang nach. Dies bedeutet, dass Pflegekräfte, welche Kinästhetik häufiger anwenden, positive Auswirkungen auf ihren Bewegungsapparat erleben (siehe Tabelle 5). Das Resultat ist (eher) kein Zufallsergebnis ($p < 0,05$).

Tabelle 5: Kreuztabelle Häufigkeit und Auswirkungen auf den Bewegungsapparat, Quelle: Eigene Erstellung

		Wie wirkt sich die Umsetzung von Kinaesthetics auf Ihren Bewegungsapparat aus?					Total
		positiv	eher positiv	eher negativ	nicht	zwischen eher positiv und positiv	
Wie oft wenden Sie Kinaesthetics bei Ihren Pflegehandlungen an?	nie	0	3	0	2	0	5
	manchmal	19	67	7	4	0	97
	oft	41	42	2	3	0	88
	immer	10	4	0	0	0	14
	manchmal bis oft	1	0	0	0	1	2
Total		71	116	9	9	1	206

5.2.2 Auswirkungen auf die tägliche Arbeitspraxis von Pflegepersonen

Auf die Frage, wie sich Kinästhetik auf die tägliche Arbeitspraxis auswirkt, antworten 211 DGKPP (97,7%). Es werden folgende Antwortmöglichkeiten geboten: „erleichternd“, „eher erleichternd“, „eher erschwerend“ und „erschwerend“. Rund 124 DGKPP (58,8%) empfinden eher eine Erleichterung durch Kinästhetik und 43 DGKPP (20,4%) geben eine Erleichterung an. 30 TeilnehmerInnen (14,2%) empfinden die tägliche Praxis durch Kinästhetik als eher erschwerend und drei DGKPP (1,4%) kreuzen im Fragebogen „erschwerend“ an. 11 Pflegekräfte eröffnen zwei weitere Kategorien, wovon zehn DGKPP (4,7%) angeben, dass Kinästhetik keine Auswirkungen auf den Arbeitsalltag habe und eine weitere Pflegekraft (0,5%) sich zwischen „eher erleichternd und erleichternd“ platziert (siehe Abbildung 4).

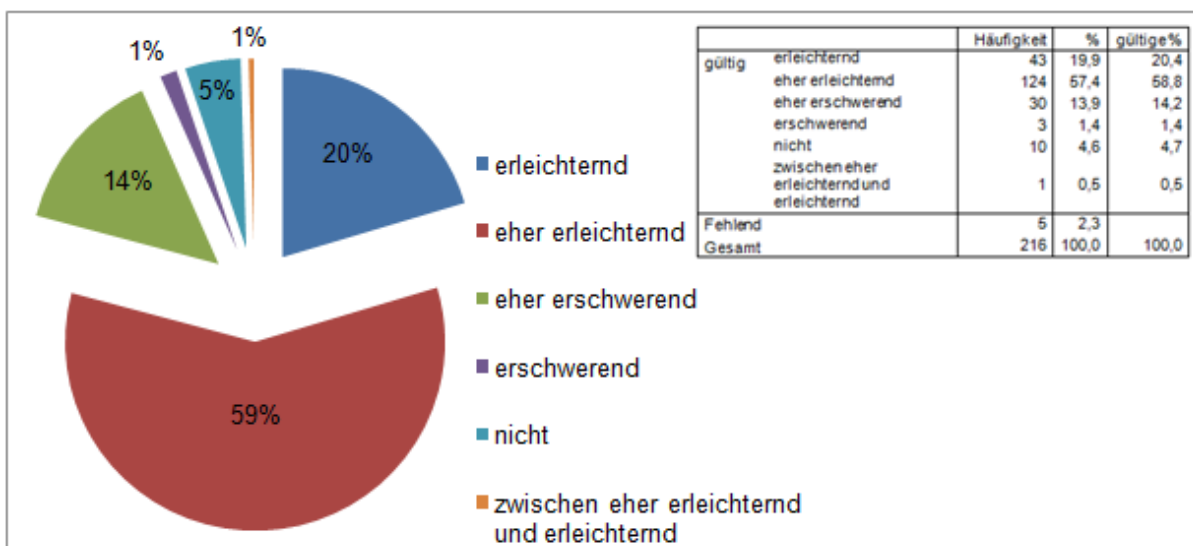


Abbildung 4: Auswirkungen auf die Arbeitspraxis, Quelle: Eigene Erstellung

Die statistische Analyse (Kendall Tau-b) zeigt eine statistisch signifikante Abhängigkeit im Antwortverhalten beider Fragen (Häufigkeit der Anwendung und Auswirkung auf den Arbeitsalltag) ($p < 0,05$). Der berechnete Korrelationskoeffizient (-0,337) weist einen schwachen Zusammenhang nach. Dies bedeutet, dass Pflegekräfte, welche Kinästhetik häufiger anwenden, positive Auswirkungen auf ihren Arbeitsalltag erleben (siehe Tabelle 6). Das Ergebnis ist (eher) kein Zufallsergebnis ($p < 0,05$).

Tabelle 6: Kreuztabelle Häufigkeit und Auswirkungen auf die tägliche Arbeitspraxis, Quelle: Eigene Erstellung

		Wie wirkt sich Kinaesthetics auf Ihren Arbeitsalltag aus?					zwischen eher erleichternd und erleichternd	Total
		erleichternd	eher erleichternd	eher erschwerend	erschwerend	nicht		
Wie oft wenden Sie Kinaesthetics bei Ihren Pflegehandlungen an?	nie	0	2	2	1	1	0	6
	manchmal	9	61	22	1	6	0	99
	oft	25	55	6	0	3	0	89
	immer	9	4	0	1	0	0	14
	manchmal bis oft	0	1	0	0	0	1	2
Total		43	123	30	3	10	1	210

5.2.3 Anwendungserleichternde Faktoren und Optimierungsmaßnahmen

Die Frage danach, was den Pflegepersonen helfen würde, Kinästhetik anzuwenden, wird von 197 DGKPP (91,2%) beantwortet. 118 DGKPP (59,9%), und somit der größte Anteil, antworten mit „Motivation, auf die eigene Gesundheit zu achten“. Auf diese Kategorie folgt mit 42,6% (84 DGKPP) die Antwort „spürbare Verbesserung des Bewegungsapparates“. Rückmeldungen von PatientInnen erleichtern mit 40,1% (79 DGKPP) die Anwendung von Kinästhetik und 24,9% (49 DGKPP) der Pflegekräfte wünschen die Unterstützung von Peer-TutorInnen im Arbeitsalltag. 31 DGKPP (15,7%) wünschen weitere Hilfsmittel, damit die Umsetzung des Konzepts erleichtert wird. Die weiteren Antworten, welche unter die Kategorie „sonstiges“ fallen, werden sowohl in der Tabelle 7, als auch in der Abbildung 5 zusammengefasst und dargestellt.

Tabelle 7: Faktoren, welche Kinästhetik erleichtern, Quelle: Eigene Erstellung

	Antworten		% der Fälle
	N	%	
Motivation	118	29,2	59,9
Verbesserung des Bewegungsapparates	84	20,8	42,6
PatientInnenrückmeldungen	79	19,6	40,1
Unterstützung durch Peer-TutorIn	49	12,1	24,9
Hilfsmittel	31	7,7	15,7
einheitliche Arbeitsweise	2	0,5	1,0
Zeitressourcen	16	4,0	8,1
PatientInnenverständnis	1	0,2	0,5
PatientInnenmotivation	3	0,7	1,5
physiologische Bewegungsmuster	1	0,2	0,5
Platzressourcen	3	0,7	1,5
Bewegungsapparat PatientInnen	1	0,2	0,5
gesteigerter PatientInnenkomfort	1	0,2	0,5
Effektivität der Anwendung	1	0,2	0,5
Personalressourcen	8	2,0	4,1
Wiederauffrischkurs	3	0,7	1,5
mehr Gehalt	1	0,2	0,5
Bücher, Lehnssessel, Keilkissen	2	0,5	1,0
Summe	404	100,0	205,1

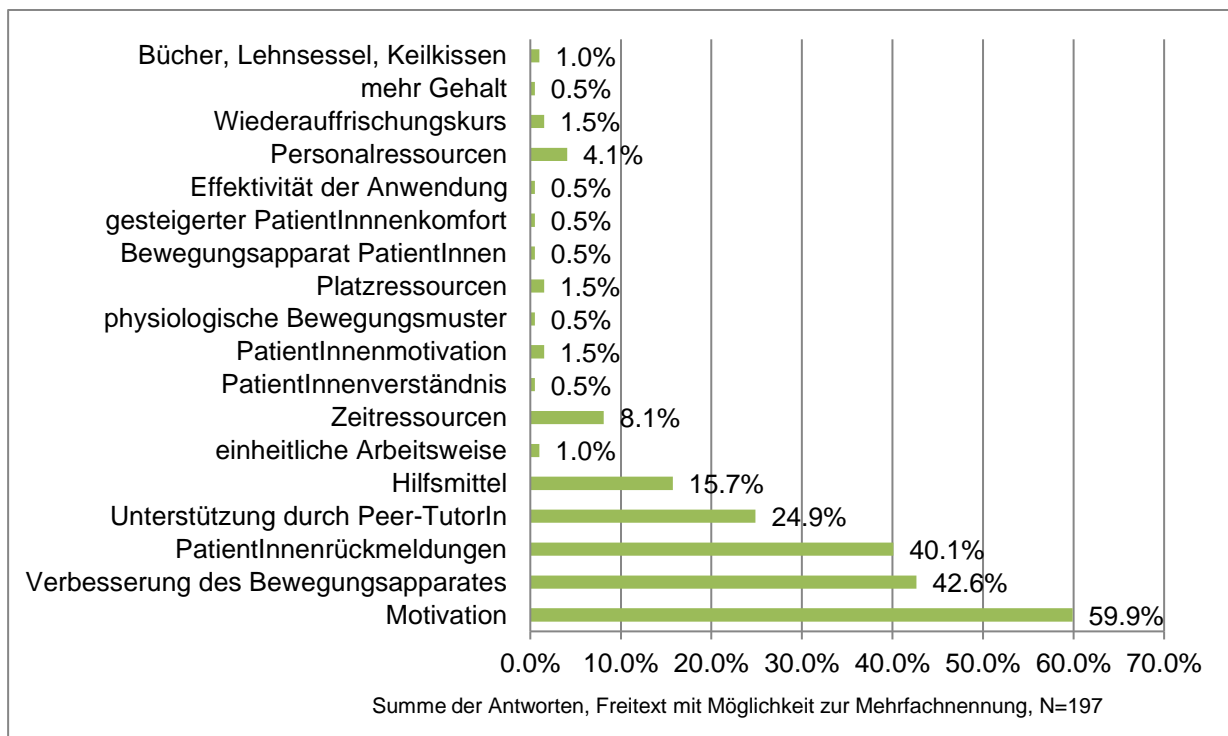


Abbildung 5: Was hilft, Kinästhetik anzuwenden, Quelle: Eigene Erstellung

Im Rahmen der Befragung wird nach der Anzahl der auf den Stationen ausgebildeten Peer-TutorInnen gefragt. Rund 103 DGKPP (48,8%) geben an, dass derzeit zwei Peer-TutorInnen zur Unterstützung in der Pflegepraxis zur Verfügung stehen und bilden damit die größte Gruppe. 60 DGKPP (28,4%) nennen eine/n Peer-TutorIn. Dies wird gefolgt von 12,80% (27 DGKPP), welche angeben, dass derzeit kein/e Peer-TutorIn auf der Station ausgebildet sei. In 4,3% (Neun DGKPP) der Fälle, befindet sich derzeit eine Person in der Ausbildung zur Trainerin bzw. zum Trainer und in weiteren 4,3% (Neun DGKPP) arbeiten sogar drei Peer-TutorInnen auf der Station. Drei DGKPP (1,4%) wissen, dass es Peer-TutorInnen auf der Station gibt, allerdings wird keine genaue Anzahl genannt (siehe Abbildung 6).

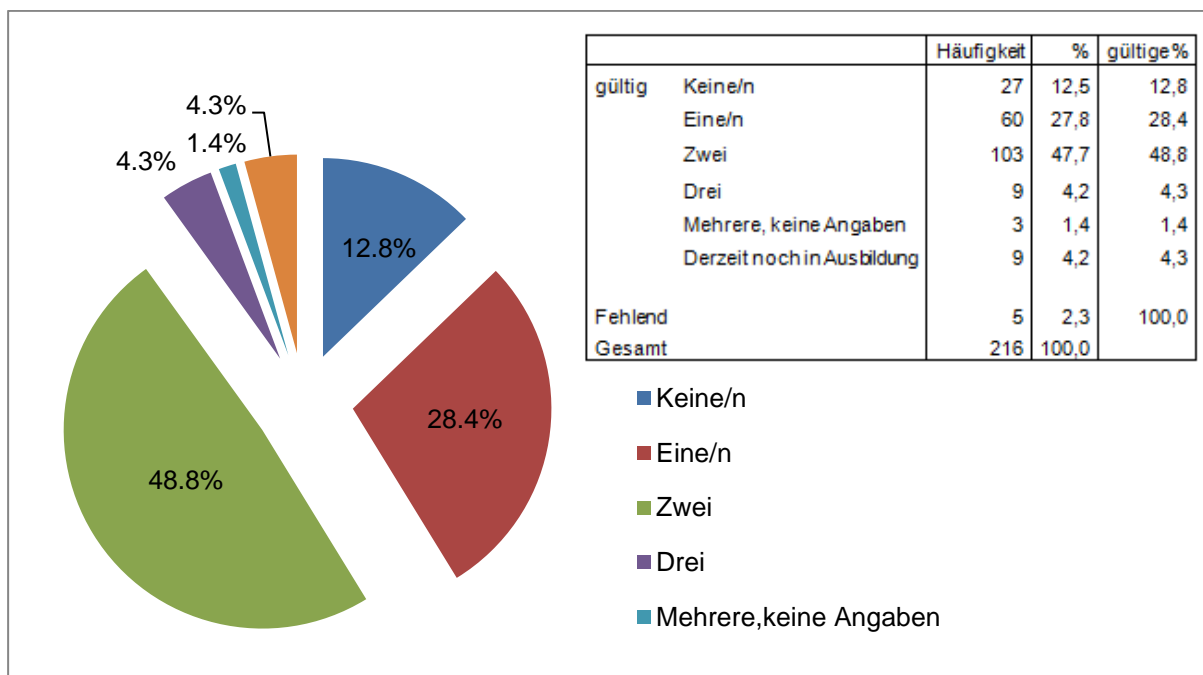


Abbildung 6: Anzahl Peer-TutorInnen, Quelle: Eigene Erstellung

121 (58,7%) von 206 Pflegekräfte geben an, dass sie regelmäßig durch die Peer-TutorInnen in den täglichen Pflegehandlungen unterstützt werden. Rund 22,3% (46 DGKPP) erfahren keine Unterstützung durch die TrainerInnen. 27 DGKPP (13,1%) steht derzeit kein/e Peer-TutorIn auf der Station zur Verfügung und in 3,9% der Fälle (Acht DGKPP) findet derzeit die Ausbildung zur Peer-Tutorin oder zum Peer-Tutor statt. Drei DGKPP (1,5%) geben an, phasenweise durch die Peer-TutorInnen

Unterstützung zu erfahren und ein/e DGKPP (0,5%) schreibt „keine Angabe, da nicht relevant“ (siehe Abbildung 7).

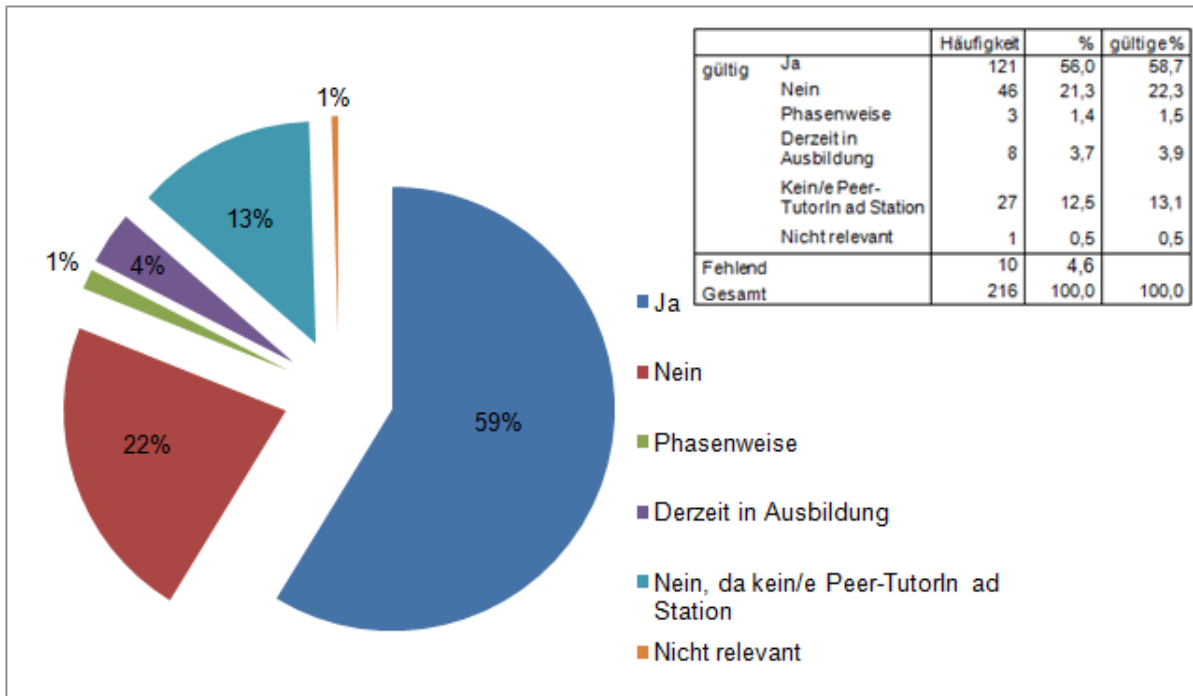


Abbildung 7: Unterstützung durch Peer-TutorInnen, Quelle: Eigene Erstellung

Im Rahmen der Befragung wird in Erfahrung gebracht, welche Maßnahmen die Anwendung von Kinästhetik unterstützen. Diese Frage wird von 202 DGKPP (93,5%) durch das Ankreuzen vorgegebener Antwortmöglichkeiten und/oder durch das Schreiben eines Freitextes beantwortet. Die häufigste Antwort ist mit 51,3% (101 DGKPP) das „Bearbeiten von Praxissituationen im Arbeitsalltag“. 97 DGKPP (49,2%) wünschen vermehrt Anleitung und 87 DGKPP (44,2%) ersuchen um gezielte AnsprechpartnerInnen auf den Stationen. Diese Maßnahmen werden mit 39,6% (78 DGKPP) von der direkten „Begleitung durch Peer-TutorInnen“ gefolgt. Rund 74 DGKPP (37,6%) würden weitere Fortbildungen und/oder Workshops belegen. Alle Antworten, inklusive jener der Kategorie „sonstiges“, werden in der Abbildung 8 zusammengefasst und aufgelistet.

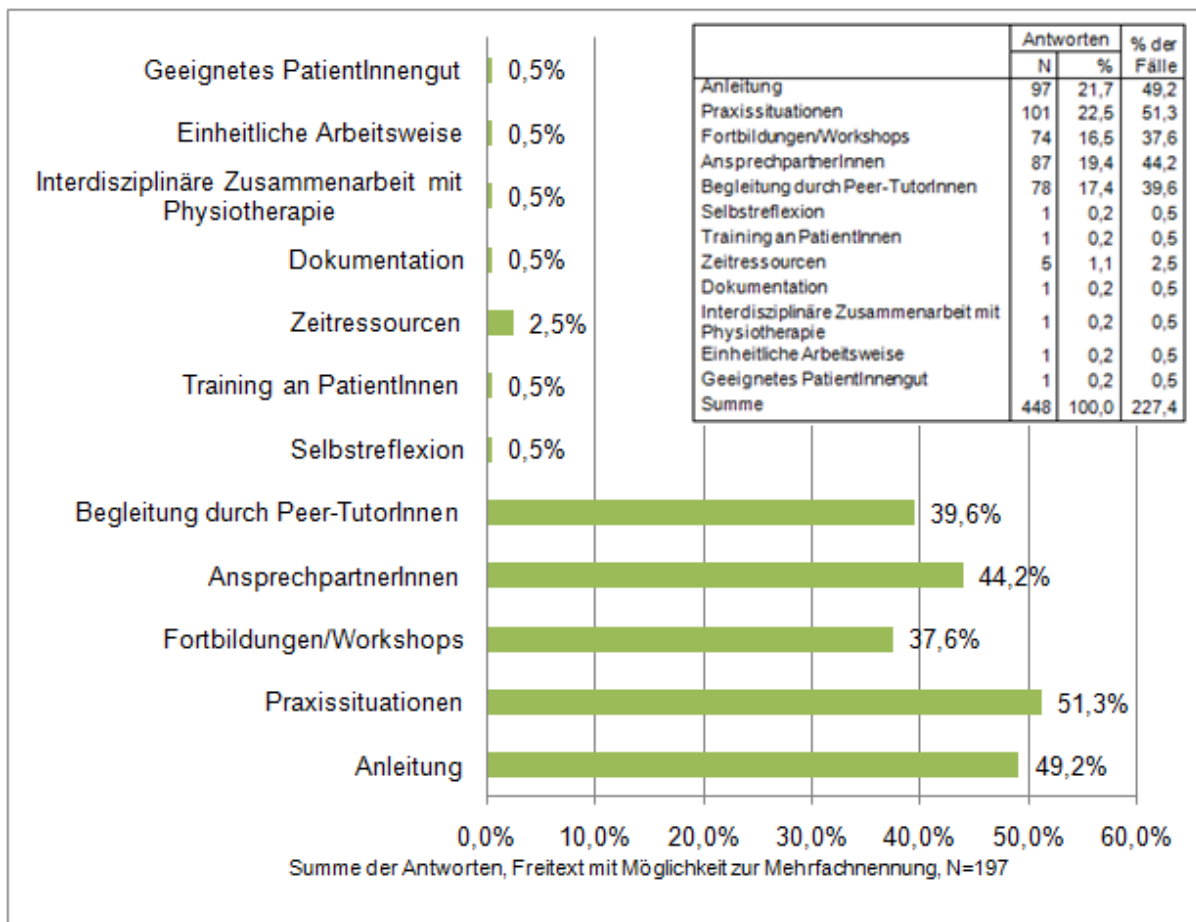


Abbildung 8: Unterstützende Maßnahmen, Quelle: Eigene Erstellung

Darüber hinaus wird in Form einer offenen Frage nach weiterer gewünschter Unterstützung gefragt. Die Frage wird durch 65 DGKPP (30,1%) beantwortet. Mehr als die Hälfte der Pflegekräfte, nämlich 52,3% (34 DGKPP) heben die Notwendigkeit zeitlicher Ressourcen hervor. 22 DGKPP (33,8%) wünschen weitere personelle Ressourcen und 12 DGKPP (18,5%) zusätzliche Hilfsmittel. Die restlichen Antworten, welche weniger als 10% ausmachen, werden in der Abbildung 9 mitberücksichtigt.

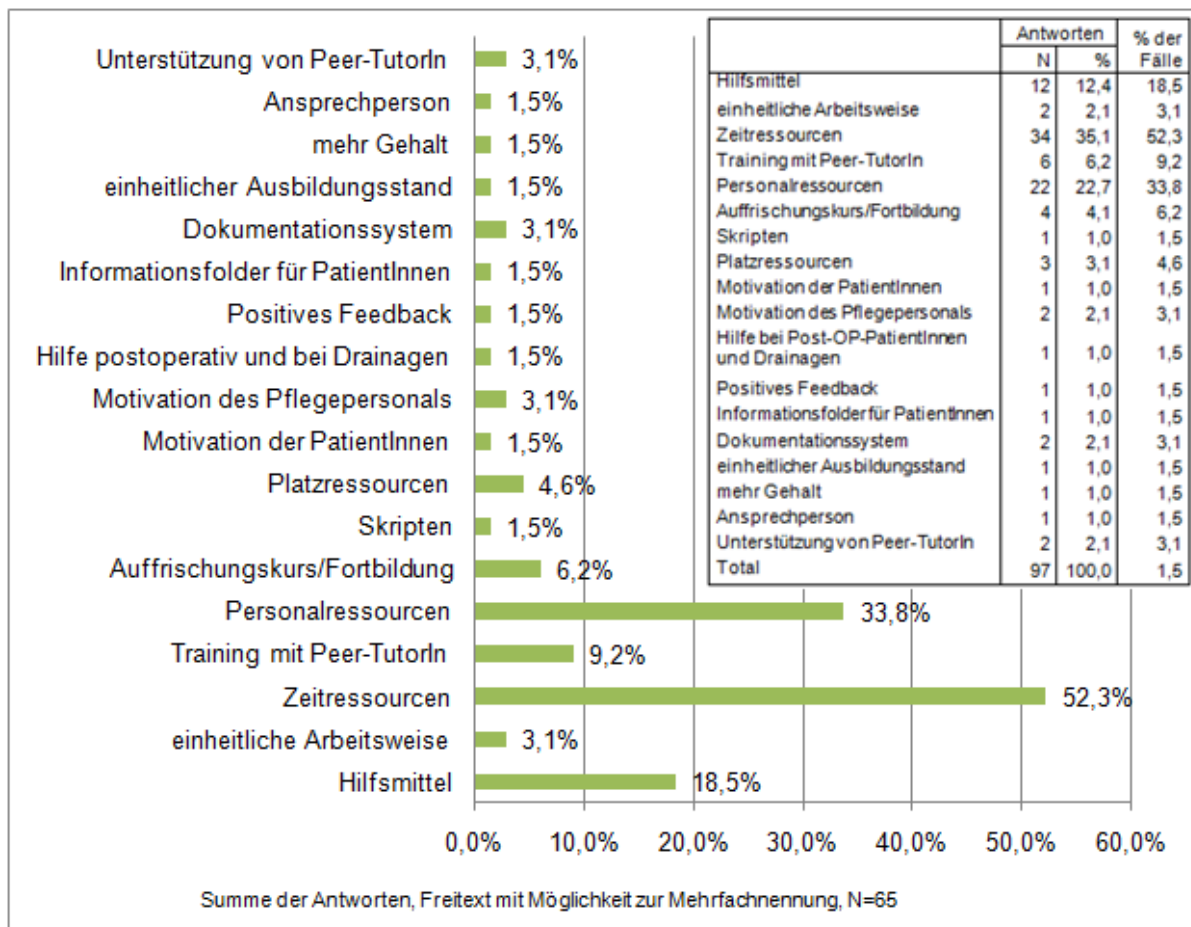


Abbildung 9: Weitere Unterstützung, Quelle: Eigene Erstellung

Im nächsten Abschnitt des Fragebogens wird erfragt, ob die Pflegepersonen ausreichend Unterstützung durch die Führungskräfte erfahren. Die Frage wird von 210 TeilnehmerInnen (97,2%) beantwortet. Der Großteil der Befragten (83 DGKPP, 39,5%) erhält ausreichend Unterstützung und antwortet mit „ja“. 80 DGKPP (38,1%) kreuzen die Antwort „eher ja“ an, 29 DGKPP (13,8%) werden weniger unterstützt und entscheiden sich somit für „eher nein“. 18 TeilnehmerInnen (8,6%) fühlen sich nicht ausreichend durch die Führungskraft unterstützt und entscheiden sich für „nein“ (siehe Abbildung 10).

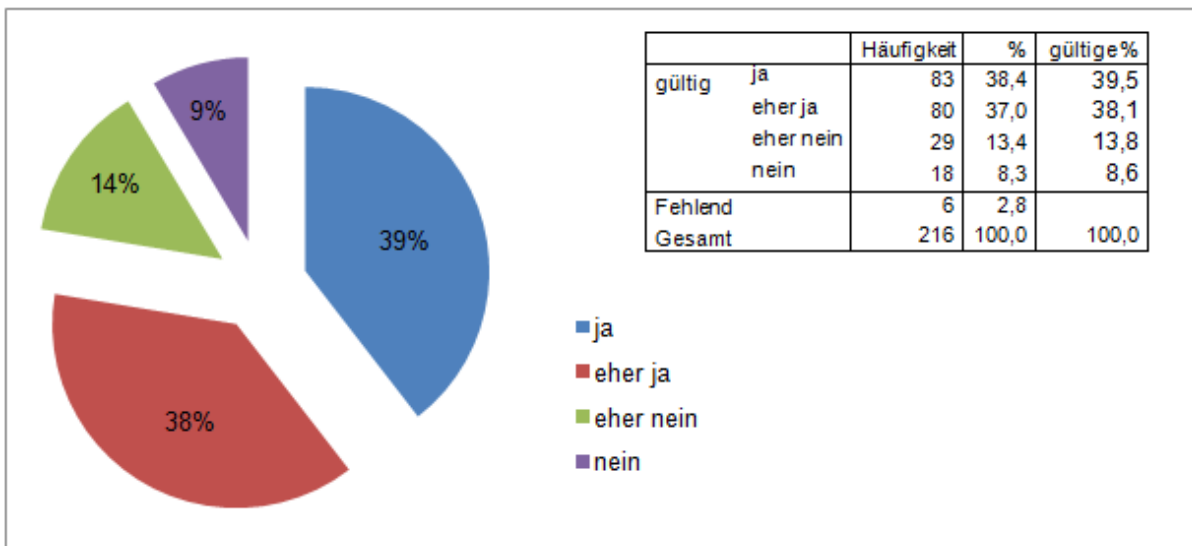


Abbildung 10: Unterstützung durch Führungskräfte, Quelle: Eigene Erstellung

Auf die Frage, welche weitere Unterstützung vom Pflegepersonal gewünscht wird, antworten 37 DGKPP (17,1%). Die größte Gruppe (13 DGKPP, 35,1%) gibt zeitliche Ressourcen an. Jeweils 21,6% (Acht DGKPP) beantworten die Frage mit „personelle Ressourcen“ und das „Anbieten regelmäßiger Auffrischkurse“. Jeweils vier DGKPP (10,8%) wünschen sich sowohl zusätzliche Hilfsmittel, als auch Schulungen direkt an PatientInnen. Die weiteren Antworten werden in der Abbildung 11 mitberücksichtigt und dargestellt.

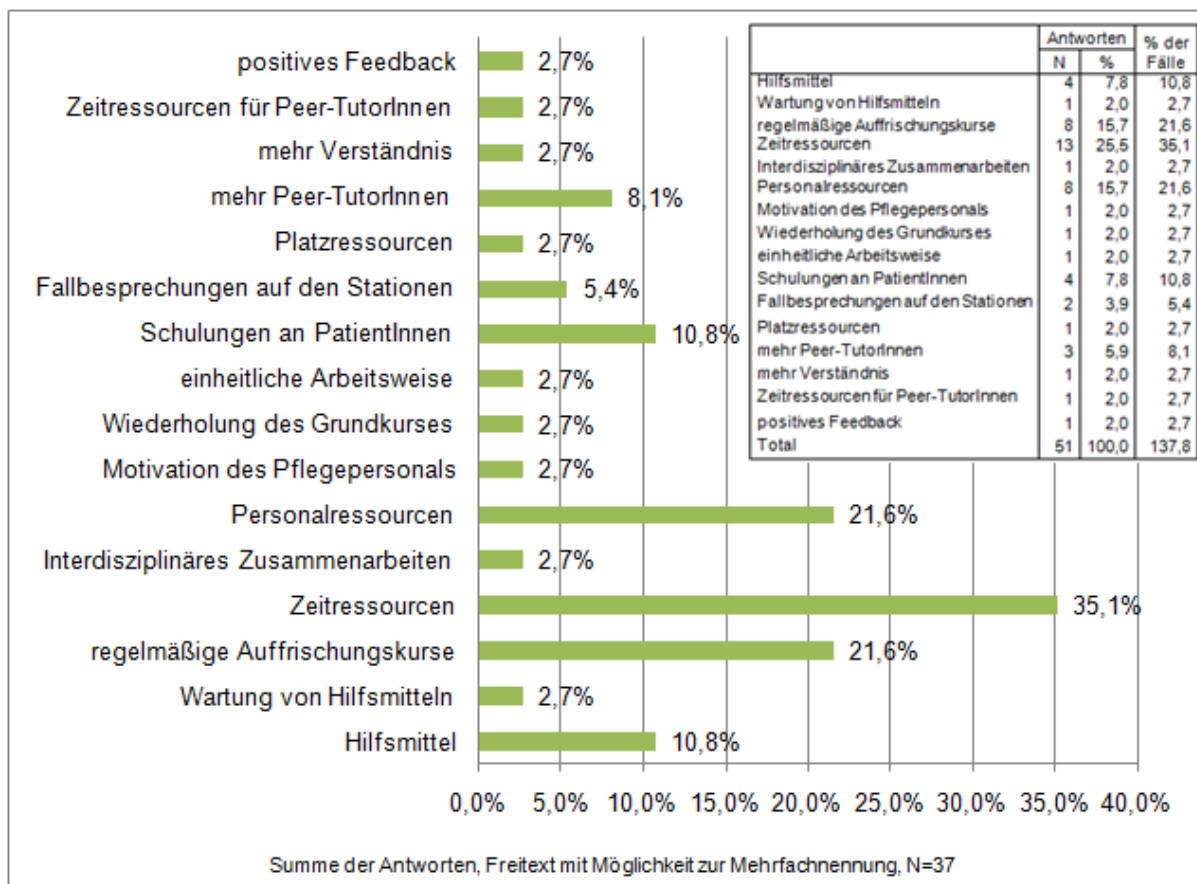


Abbildung 11: Unterstützungsmaßnahmen, Quelle: Eigene Erstellung

Im nächsten Abschnitt werden die Pflegekräfte befragt, ob ausreichend Hilfsmittel für die Umsetzung von Kinästhetik zur Verfügung stehen. 208 DGKPP (96,3%) beantworten die Frage, wovon 91 TeilnehmerInnen (43,8%) angeben, dass ausreichend Hilfsmittel auf den Stationen zur Verfügung stehen. 70 DGKPP (33,7%) antworten mit „eher ja“ und 40 DGKPP (19,2%) mit „eher nein“. Sieben Pflegekräfte (3,4%) geben an, nicht ausreichend Hilfsmittel für die Umsetzung von Kinästhetik zur Verfügung zu haben (siehe Abbildung 12).

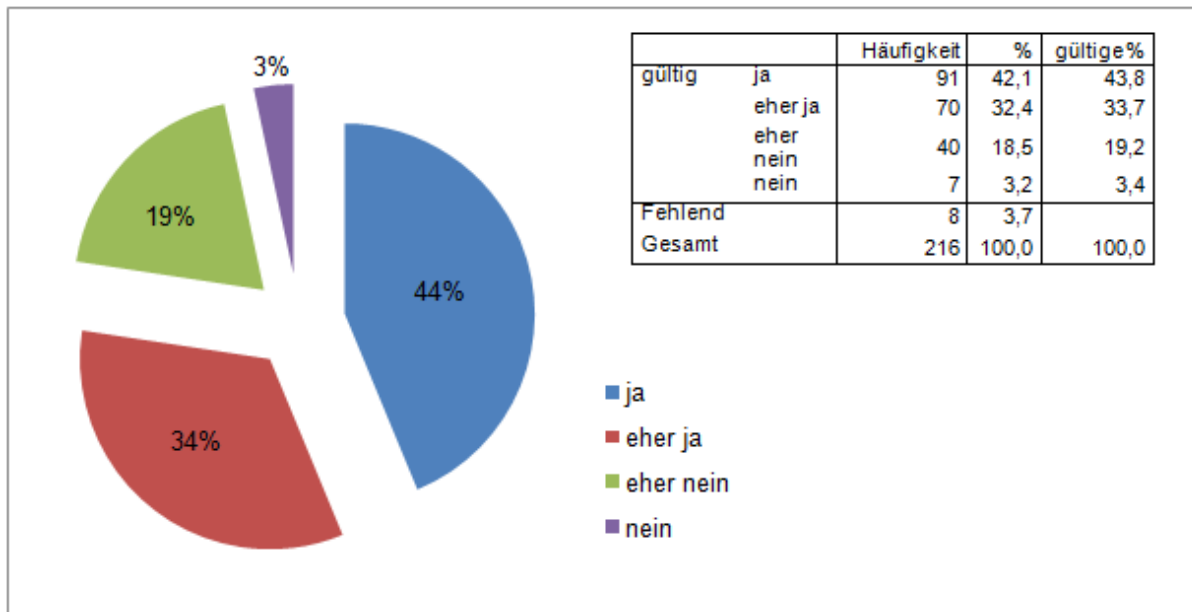


Abbildung 12: Menge an Hilfsmittel, Quelle: Eigene Erstellung

Die Frage, welche Hilfsmittel für die Durchführung kinästhetischer Pflege noch notwendig wären, wird von 43 DGKPP beantwortet. 12 Pflegekräfte (27,9%) wünschen sich weitere „Blöcke“, oder auch „Blocs“ genannt. 11 DGKPP (25,6%) würden für die Anwendung von Kinästhetik mehr Lagerungskissen benötigen und acht DGKPP (18,6%) geben „Keile“ an. Die weiteren Antworten liegen unter 10% und werden sowohl in der Tabelle 8, als auch in der Abbildung 13 zusammengefasst und dargestellt.

Tabelle 8: Hilfsmittel, Quelle: Eigene Erstellung

	Antworten		% der Fälle		Antworten		% der Fälle
	N	%			N	%	
Lagerungskissen	11	14,7	25,6	Zeitressourcen	1	1,3	2,3
Stilkissen	1	1,3	2,3	PatientInnenlifter	4	5,3	9,3
Keile	8	10,7	18,6	Sitzduschen ohne Barrieren	1	1,3	2,3
Trittkissen	1	1,3	2,3	höhenverstellbare Lehnstessel	2	2,7	4,7
Mikrolagerungskissen	1	1,3	2,3	Lagerungsschlangen	1	1,3	2,3
Antirutschmatten	5	6,7	11,6	Dokumentation, Pflegeplanung	1	1,3	2,3
Blocs, Blöcke	12	16,0	27,9	Handtuch	1	1,3	2,3
andere Betten	2	2,7	4,7	Bettseitenteile	2	2,7	4,7
andere Matratzen	1	1,3	2,3	Decken	1	1,3	2,3
angepasste Rollstühle	1	1,3	2,3	größere Mengen vorhandener Hilfsmittel	1	1,3	2,3
Schlauchhalter	1	1,3	2,3	Schaumstoff	2	2,7	4,7
rutschende Matratzenschoner	2	2,7	4,7	Fortbildung über Hilfsmittel	1	1,3	2,3
Lagerungsrollen	1	1,3	2,3	Antirutschsocken	1	1,3	2,3
Lagerungswürfel	1	1,3	2,3	Unterlagen, Bücher	1	1,3	2,3
Rutschbrett	3	4,0	7,0	Personalressourcen	1	1,3	2,3
Platzressourcen	3	4,0	7,0	Total	75	100,0	174,4

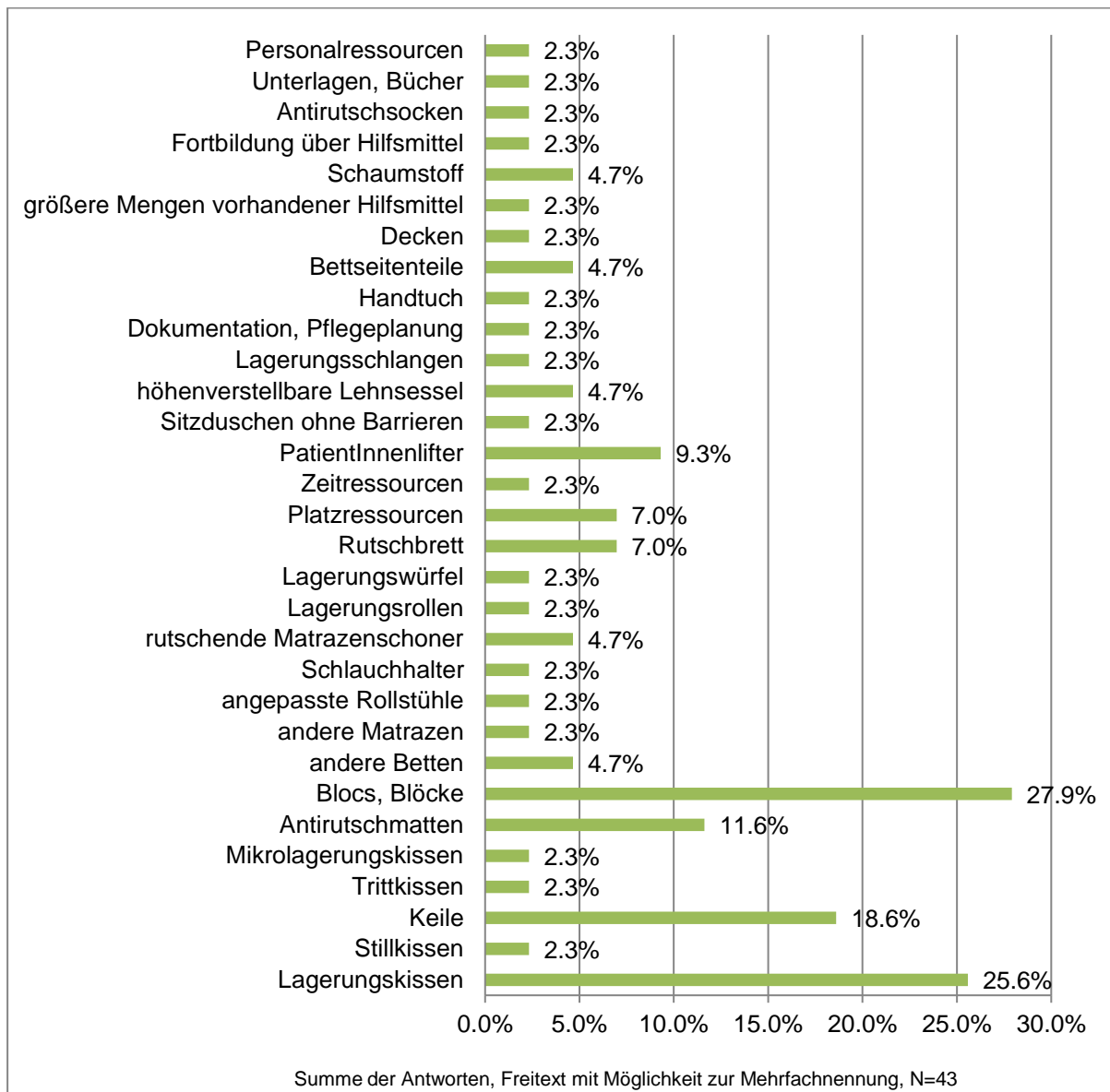


Abbildung 13: Hilfsmittel, Quelle: Eigene Erstellung

Um einen Überblick zu bekommen, wie viele Methoden den Pflegekräften bekannt sind, eine/n (teil-)immobilen PatientIn im Bett hochzubewegen, wurden diese gebeten, Möglichkeiten zu beschreiben. Insgesamt werden von 150 Pflegekräften (69,4%) 18 mögliche Wege genannt. 68 DGKPP (45,3%) bitten die/den PatientIn die Beine aufzustellen und sich damit aktiv abzurücken, um nach oben zu gelangen. 55 DGKPP (36,7%) fixieren dabei die Beine der Person, um damit unterstützend zu wirken. 61 DGKPP (40,7%) erwähnen die Möglichkeit der Gewichtsverlagerung, welche auch „Schinkengang“ genannt wird. 40 Pflegekräfte (26,7%) leiten die/den PatientIn an und 38 DGKPP (25,3%) verwenden ein Handtuch zum Hochziehen. 36

DGKPP (24,0%) ziehen die Person mit Hilfe einer weiteren Pflegekraft und einem Leintuch nach oben und 27 DGKPP (18,0%) verwenden eine Antirutschmatte zur Unterstützung. 20 Pflegepersonen (13,3%) bringen das Kopfteil, Bettseitenteil oder das am Bett befestigte Trapez zum Einsatz. Die weiteren Möglichkeiten der Mobilisation werden in der Tabelle 9 und der Abbildung 14 zusammengefasst und dargestellt.

Tabelle 9: Möglichkeiten der Mobilisation, Quelle: Eigene Erstellung

	Antworten		% der Fälle
	N	%	
Anleitung	40	10,0	26,7
Fixierung der Beine	55	13,8	36,7
aktives Abdrücken	68	17,0	45,3
Unterstützung Unterkörper	5	1,3	3,3
Unterstützung Oberkörper	15	3,8	10,0
Unterstützung Unterkörper & Oberkörper	14	3,5	9,3
Seitenlage über Schulter	1	0,3	0,7
Seitenlage über Ellbogen	3	0,8	2,0
Seitenlage über Hüfte	2	0,5	1,3
Seitenlage über Schulter & Hüfte	5	1,3	3,3
Gewichtsverlagerung	61	15,3	40,7
Querbett & minimales Aufstehen	2	0,5	1,3
Gegentritt	5	1,3	3,3
Antirutschmatte	27	6,8	18,0
Leintuch	36	9,0	24,0
Beine auf Matratze & mit Leintuch hochziehen	2	0,5	1,3
Handtuch	38	9,5	25,3
Bettseitenteil, Kopfseitenteil, Trapez	20	5,0	13,3
Total	399	100,0	266,0

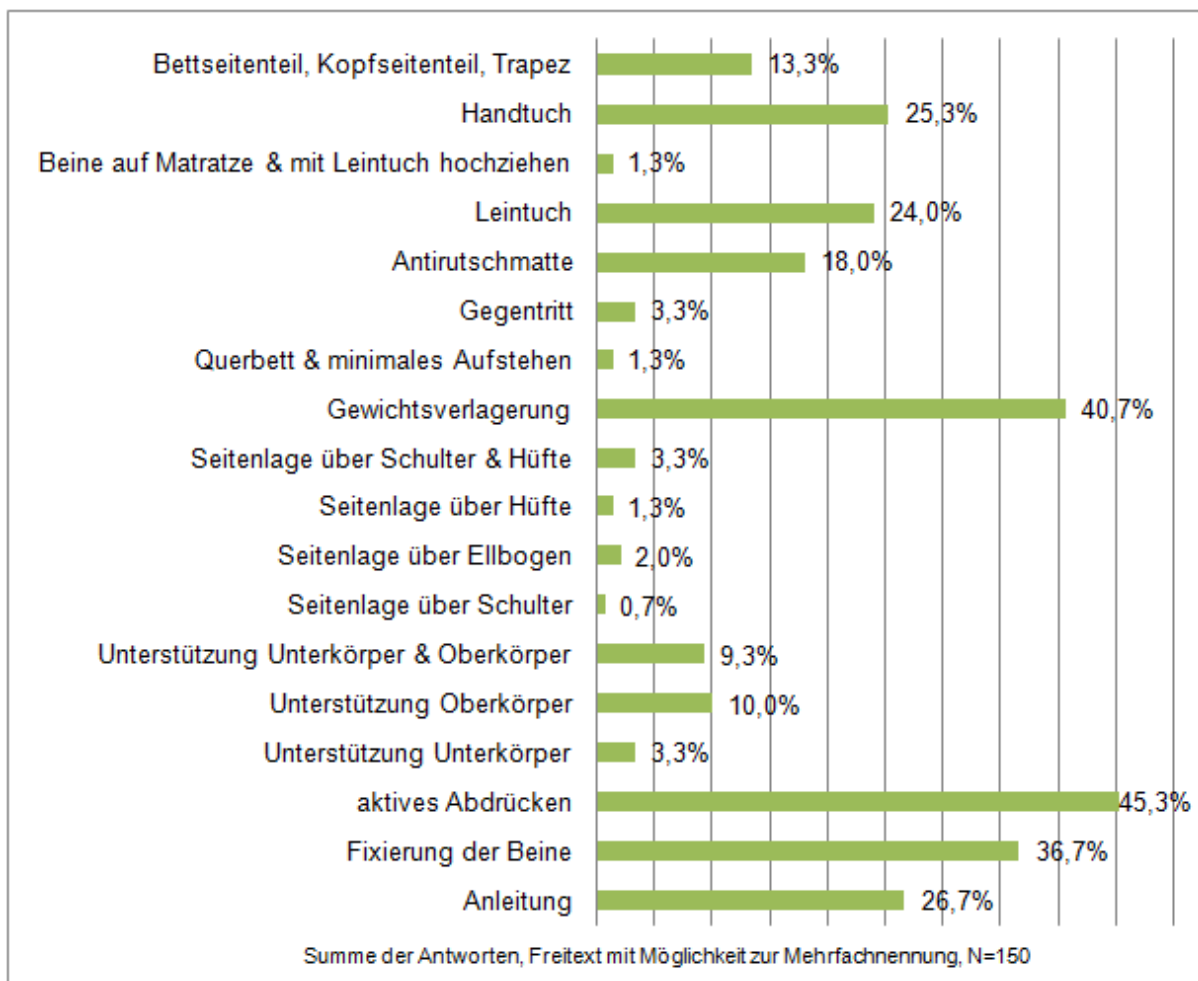
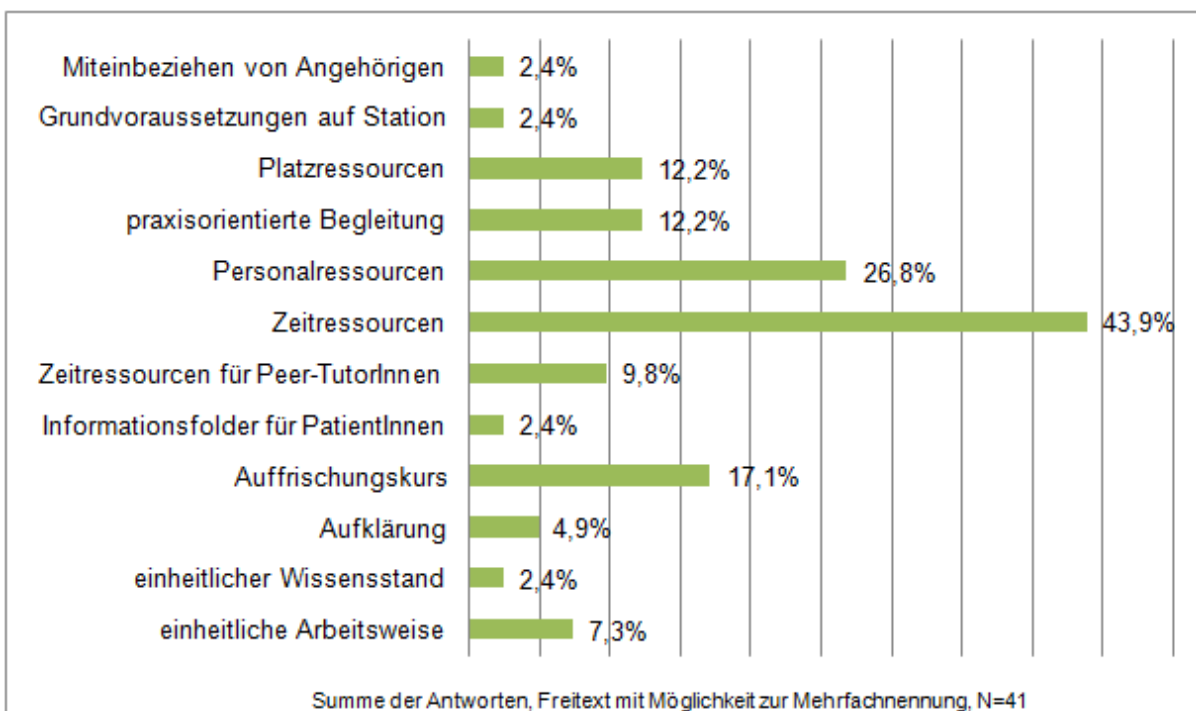


Abbildung 14: Möglichkeiten der Mobilisation, Quelle: Eigene Erstellung

Im letzten Abschnitt des Fragebogens wird nach allgemeinen Verbesserungsvorschlägen für die Umsetzung von Kinästhetik gefragt. 41 DGKPP (19,0%) beantworten die Frage im Freitext. 18 Pflegekräfte (43,9%) geben die Notwendigkeit zeitlicher Ressourcen an und weitere 11 DGKPP (26,8%) heben personelle Ressourcen hervor. Sieben DGKPP (17,1%) wünschen die Möglichkeit, Auffrischkurse zu belegen. Weitere 12,2% (Fünf DGKPP) erwähnen jeweils größere Räumlichkeiten und vermehrt praxisorientierte Begleitung sowie Unterstützung. Die weiteren Antworten, welche weniger als 10% ausmachen, werden in der Tabelle 10 und Abbildung 15 zusammengefasst und aufgelistet.

Tabelle 10: Verbesserungspotenziale, Quelle: Eigene Erstellung

	Antworten		% der Fälle
	N	%	
einheitliche Arbeitsweise	3	5,1	7,3
einheitlicher Wissensstand	1	1,7	2,4
Aufklärung	2	3,4	4,9
Auffrischkurs	7	11,9	17,1
Informationsfolder für PatientInnen	1	1,7	2,4
Zeitressourcen für Peer-TutorInnen	4	6,8	9,8
Zeitressourcen	18	30,5	43,9
Personalressourcen	11	18,6	26,8
praxisorientierte Begleitung	5	8,5	12,2
Platzressourcen	5	8,5	12,2
Grundvoraussetzungen auf Station	1	1,7	2,4
Miteinbeziehen von Angehörigen	1	1,7	2,4
	59	100,0	143,9

**Abbildung 15:** Verbesserungspotenziale, Quelle: Eigene Erstellung

5.3 Interpretation der Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen, dass der Großteil der Befragten zumindest manchmal, einige sogar oft oder immer, das Konzept der Kinästhetik im Rahmen pflegerischer Handlungen anwendet. Die Auswirkungen auf den Bewegungsapparat von Pflegepersonen liegen vermehrt im positiven Bereich. Es wird festgestellt, dass

keine/r der befragten DGKPP negative Auswirkungen auf den Körper, durch die Anwendung von Kinästhetik erfährt. Die Berechnungen zeigen, dass Pflegekräfte, welche häufiger Kinästhetik anwenden, positive Auswirkungen auf ihren Bewegungsapparat erleben. Es kann eine Abhängigkeit im Antwortverhalten beider Komponenten „Häufigkeit der Anwendung“ und „Auswirkungen auf den Bewegungsapparat“ abgeleitet werden. Der größte Anteil der Pflegekräfte berichtet, dass der Einsatz von Kinästhetik sich eher erleichternd auf die tägliche Arbeitspraxis auswirkt. Die nächstgrößere Kategorie an DGKPP empfindet eine Erleichterung der täglichen Routine durch Kinästhetik. Auf diese Gruppe folgt jene, die eher eine Erschwernis erkennt. Auch hier kann eine Abhängigkeit im Antwortverhalten der Komponenten „Häufigkeit der Anwendung“ und „Auswirkungen auf den Arbeitsalltag“ festgestellt werden. DGKPP, welche häufiger Kinästhetik in der täglichen Praxis anwenden, erfahren eine Erleichterung ihres Arbeitsalltags. Das Hauptmotiv Pflegenden, Kinästhetik anzuwenden, liegt in der Motivation, auf die eigene Gesundheit zu achten. Auf diese Gruppe folgen jene Pflegekräfte, welche eine deutliche Verbesserung des Bewegungsapparates verspüren und sich somit zur Umsetzung kinästhetischer Pflege motivieren. Rückmeldungen durch PatientInnen und die Unterstützung durch Peer-TutorInnen, sowie die Bereitstellung von Hilfsmittel erleichtern die Anwendung von Kinästhetik ebenso. Bei den Freitextantworten werden am häufigsten zeitliche Ressourcen genannt. Darauf folgt die Nennung von personellen Ressourcen, welche die Umsetzung von Kinästhetik erleichtern sollen. Derzeit befinden sich auf den Großteil der Stationen zwei Peer-TutorInnen, welche unterstützend in der Pflegepraxis mitwirken. Gefolgt wird diese Kategorie von den Stationen, mit jeweils einem/r Peer-TutorIn. Einige DGKPP berichten darüber, dass derzeit kein/e Peer-TutorIn ausgebildet sei und sie somit keinerlei Unterstützung erhalten. Der Hauptteil der Befragten gibt an, ausreichend Unterstützung durch ihre Peer-TutorInnen zu erhalten. Ein Teil der Befragten erfahren keine Unterstützung durch diese. Einige Pflegekräfte geben an, dass derzeit kein/e Peer-TutorIn ausgebildet sei und bei einigen befindet sich diese/r gerade in Ausbildung. Es wird durch wenige DGKPP eine neue Kategorie eröffnet, in der mitgeteilt wird, dass die Unterstützung durch die Peer-TutorInnen phasenweise erfolgt. Der größte Anteil der Pflegekräfte gibt an, dass durch das gemeinsame Bearbeiten von Praxissituationen

die Implementierung von Kinästhetik erleichtert wird. Der Wunsch nach gezielter Anleitung und nach AnsprechpartnerInnen, direkt auf der Station, wird von einem Teil der Befragten geäußert. Durch direkte Begleitung durch Peer-TutorInnen und durch das Anbieten von Workshops oder Fortbildungen wird der Einsatz von Kinästhetik in der Praxis erleichtert. Bei den freien Antwortmöglichkeiten wird als häufigste Antwort die Notwendigkeit zeitlicher Ressourcen für die Anwendung des Konzepts genannt. In Form einer offenen Frage wird eruiert, welche weitere Unterstützung die Umsetzung von Kinästhetik erleichtern kann. Mehr als die Hälfte der Pflegekräfte benötigen mehr Zeit, um Kinästhetik in die pflegerische Routine zu manifestieren. Als weitere Antworten werden mehr Personal, welches mit den zeitlichen Ressourcen einhergeht, und das Vorhandensein zusätzlicher Hilfsmittel genannt. Durch die Befragung wird erhoben, dass der Großteil der Pflegekräfte eher ausreichend, oder sogar ausreichend Unterstützung durch ihre Führungskräfte in der Umsetzung von Kinästhetik erhalten. Allerdings gibt ein Teil der Befragten an, dass sie wenig bis keine Unterstützung durch die Führungskräfte erfahren. Auf die Frage, welche weitere Unterstützung für eine einfachere Anwendung benötigt wird, werden zeitliche Ressourcen wiederholt als Hauptantwort genannt. Ebenso wird gleichermaßen die Notwendigkeit einer Aufstockung des Pflegepersonals und die Möglichkeit, Auffrischkurse zu belegen, genannt. Weitere Hilfsmittel und Schulungen, welche direkt an PatientInnen stattfinden, können ebenso zu einer routinemäßigen Anwendung von Kinästhetik führen. Der überwiegende Anteil an DGKPP gibt an, über ausreichend Hilfsmittel für die Anwendung von Kinästhetik zu verfügen. Trotzdem werden von den Pflegekräften sowohl weitere Blöcke, auch „*Blocs*“ genannt, als auch eine größere Stückzahl von Lagerungskissen und mehr Keile erwähnt. Im Rahmen der Befragung beschreiben die Pflegekräfte 18 mögliche Wege um eine/n (teil-)immobile/n Patient/in, welche/r im Bett nach unten gerutscht ist, nach oben zu befördern. Dieses Ergebnis soll bei zukünftigen Befragungen einen Vergleichswert liefern und aufzeigen, ob durch Kinästhetik weitere Möglichkeiten der Mobilisation gefunden werden konnten. Im Rahmen der Befragung wird im letzten Abschnitt des Fragebogens nach weiteren allgemeinen Verbesserungsvorschlägen gefragt. Wie auch schon bereits mehrfach erwähnt, wird das Einräumen von größeren Zeitressourcen zum Ausüben von Kinästhetik als häufigste Antwort

genannt. Als nächstgrößere Antwort wird ebenso, wie bereits erwähnt, die Bereitstellung von mehr Personal vorgeschlagen. Einige TeilnehmerInnen wünschen sich die Möglichkeit, Auffrischkurse zu belegen. Größere Räumlichkeiten und vermehrt praxisorientierte Begleitung werden ebenso als Verbesserungsvorschläge genannt.

6 DISKUSSION

In diesem Kapitel werden die im Beginn der Arbeit formulierten Forschungsfragen beantwortet, sowie die Limitationen dieser Arbeit beschrieben. Anschließend wird aus dem oben genannten eine Schlussfolgerung gezogen.

6.1 Beantwortung der Forschungsfragen

Dieser Abschnitt fasst die Ergebnisse der Empirie nochmals zusammen, um eine Beantwortung der Forschungsfragen zu ermöglichen.

6.1.1 *Auswirkungen auf den Bewegungsapparat Pflegender*

Die gezielte Anwendung von Kinästhetik, im Rahmen pflegerischer Aktivitäten, wirkt sich positiv auf den Bewegungsapparat Pflegender aus. Die Befragung zeigt, dass niemand der befragten TeilnehmerInnen angibt, negative Auswirkungen auf den Körper durch den Einsatz von Kinästhetik zu verspüren. Nur ein geringer Anteil der Befragten bemerken eher negative Auswirkungen. Die Ergebnisse zeigen, dass Pflegende, welche häufig nach dem Prinzip der Kinästhetik im Rahmen pflegerischer Handlungen arbeiten, positive Auswirkungen auf den Bewegungsapparat bemerken. Dies zeigt eine statistisch signifikante Abhängigkeit im Antwortverhalten beider Komponenten (Häufigkeit der Anwendung von Kinästhetik und Auswirkungen auf den Bewegungsapparat) ($p < 0,05$).

6.1.2 *Auswirkungen auf die tägliche Arbeitsroutine*

Die praktische Anwendung von Kinästhetik wirkt sich eher erleichternd auf die Pflegepraxis aus. Ein Fünftel der Befragten geben definitiv eine Erleichterung der pflegerischen Tätigkeiten durch Kinästhetik an. Einige TeilnehmerInnen empfinden die Durchführung von Pflegemaßnahmen durch das Konzept als eher erschwerend und auf einen geringen Anteil der Befragten wirkt sich dieses erschwerend auf die tägliche Praxis aus. Ein Teil der Befragten eröffnen eine neue Kategorie am

Fragebogen, in der sie formulieren, dass sich Kinästhetik weder positiv noch negativ auf ihren Arbeitsalltag auswirkt. Die Ergebnisse der Befragung zeigen allerdings, dass Pflegende, welche häufiger Kinästhetik anwenden, positive Auswirkungen und somit eine Erleichterung der Pflegeroutine erleben. Es herrscht eine statistisch signifikante Abhängigkeit im Antwortverhalten beider Komponenten (Häufigkeit der Anwendung von Kinästhetik und Auswirkungen auf die tägliche Arbeitspraxis) ($p < 0,05$).

6.1.3 Anwendungserleichternde Faktoren und Optimierungsmaßnahmen

Der Großteil der Befragten geben an, dass die Motivation, auf die eigene Gesundheit zu achten, sowie die spürbare Verbesserung des Bewegungsapparates, die Anwendung von Kinästhetik bei Pflegehandlungen forciert. Aber auch Feedback von PatientInnen, die Unterstützung durch Peer-TutorInnen und zusätzliche Hilfsmittel wie Blöcke, Lagerungskissen und Keile erleichtern die Umsetzung von Kinästhetik in der Praxis. Viele Pflegekräfte wünschen sich die Bearbeitung von Praxissituationen im Arbeitsalltag, also direkt am Patienten, welches mit dem Wunsch nach mehr Anleitung und der direkten Begleitung durch die Peer-TutorInnen einhergeht. Auch das regelmäßige Anbieten von Auffrischkursen oder Workshops hilft, das Konzept leichter in der Praxis anzuwenden bzw. in den Alltag zu integrieren. Durch die offenen Fragen nach Verbesserungsvorschlägen oder Maßnahmen, welche den Einsatz von Kinästhetik erleichtern, zeigt sich klar die Tendenz, dass sowohl zeitliche, als auch personelle Ressourcen eine wesentliche Rolle spielen. Die Implementierung eines neuen Konzepts erfordert bis zur sicheren und regelmäßigen Anwendung eine gewisse Zeit. Für eine einfachere und sichere Anwendung von Kinästhetik werden zusätzliche Hilfsmittel benötigt. Dabei werden durch die Pflegekräfte vor allem weitere Blöcke, Lagerungskissen und sogenannte Keile genannt.

6.2 Limitationen

Die Durchführung der Befragung und somit auch die Erstellung der Forschungsfragen bzw. der Fragebögen erfolgte in Zusammenarbeit mit einem Wiener Krankenhaus. Da Stakeholder das Ziel verfolgen, die individuellen Interessen des Unternehmens durchzusetzen, steht die Autorin in einem gewissen Abhängigkeitsverhältnis zu der Organisation (Völpel, 2011, S. 9). Die Institution erhält das Mitspracherecht bei der Formulierung der Fragen und der Gestaltung der Fragebögen. Die Autorin muss die Wünsche des Stakeholders berücksichtigen. Dafür erhält die Autorin Unterstützung durch das Krankenhaus und es wird ihr gestattet, die Befragung mittels Fragebögen durchzuführen. Die Repräsentativität der Gruppe ist gewährleistet, da eine Vollerhebung angestrebt wird. Diese ergibt sich aus der Freiwilligkeit zur Teilnahme. Als Limitation ist zu nennen, dass einige der Stationen eine geringe Rücklaufquote aufweisen. Die Gründe dafür sind nicht bekannt. Des Weiteren gilt auch anzumerken, dass die GuKG-Novelle von 2016 eine Veränderung der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe mit sich gebracht hat. Die Ausbildung besteht nun aus dem gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (dreijährige Ausbildung), der Pflegefachassistenz (zweijährige Ausbildung) und der Pflegeassistenz (einjährige Ausbildung) (Rechtsinformationssystem, 2018, www). Die Autorin hat sich bewusst für die Verwendung der veralteten Bezeichnung entschieden, da die neuen Begriffe nach Empfinden der Autorin noch nicht ausreichend im Sprachgebrauch verankert sind. Als weitere Limitation wird festgestellt, dass Unstimmigkeiten im Antwortverhalten einiger Pflegekräfte auftreten. Die beiden Korrelationsanalysen ergeben, dass manche der Pflegekräfte, welche angeben, nie Kinästhetik im Pflegealltag anzuwenden, trotzdem Auswirkungen, sowohl auf ihren Bewegungsapparat, als auch auf ihren Arbeitsalltag zu erleben.

6.3 Schlussfolgerung

Die empirische Erhebung konnte einen Überblick geben, wie viele Pflegepersonen mit mindestens Kinästhetik-Grundkurs eines Wiener Krankenhauses, dieses Konzept

auch regelmäßig in der Praxis anwenden. Es konnte auch ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der Anwendung und den Auswirkungen auf den Bewegungsapparat und die tägliche Praxis festgestellt werden ($p < 0,05$). Es wurde deutlich, welche Wünsche seitens der Pflege für die einfachere und regelmäßige Anwendung von Kinästhetik bei Pflegehandlungen bestehen. Der Stakeholder erhält durch die Ergebnisse eine Übersicht über die aktuelle Situation und kann aufgrund dieser Ergebnisse bzw. Resultate in Form von Anpassungen wie z.B. durch die Bereitstellung wichtiger Hilfsmittel, reagieren. Die Optimierungsmaßnahmen können auf andere Organisationen übertragen werden und diese bei der Implementierung bzw. beim Ausbau von Kinästhetik unterstützen. Da Kinästhetik überwiegend auf Erfahrungswissen basiert und die Anzahl qualitativ hochwertiger Literatur überschaubar ist, ist weitere Forschung auf diesem Gebiet dezidiert notwendig. Die konkreten Ergebnisse der Befragung werden an die Kinästhetik-Beauftragte des Krankenhauses weitergeleitet. Abschließend kann gesagt werden, dass betriebliche Gesundheitsförderung aufgrund der demografischen und strukturellen Veränderungen unerlässlich ist. Es ist notwendig, die Ressourcen Pflegender zu stärken und zu fördern, um die Versorgungsqualität und Sicherheit aller Beteiligten zu erhalten bzw. zu erhöhen.

7 VERZEICHNISSE

7.1 Literaturverzeichnis

7.1.1 *Literaturquellen*

Arnold, D. (2000). Aber in die Praxis umsetzen ist es dann halt schwierig. *Pflege*, 13, 56-61.

Asmussen, M. (2010). *Praxisbuch Kinaesthetics: Erfahrungen zur individuellen Bewegungsunterstützung auf Basis der Kinästhetik* (2. Auflage). München: Urban & Fischer Verlag.

Asmussen-Clausen, M. (2003). Bewegungen analysieren & individuell unterstützen. *Die Schwester Der Pfleger*, 42 (3), 194-199.

Bamberg, E. & Ducki, A. & Greiner, B. (2004). Betriebliche Gesundheitsförderung: Theorie und Praxis, Anspruch und Realität. In G. Steffgen (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitsförderung: Problembezogene psychologische Interventionen* (S. 11-15). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Oxford, Prag: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.

Bischof, M. (2010). *Salutogenese-Unterwegs zur Gesundheit: Neue Gesundheitskonzepte und die Entfaltung einer Integrativen Medizin*. Tschechien: Drachen Verlag GmbH.

Brandenburg, H. & Panfil, E. M. & Mayer, H. (2007). *Pflegewissenschaft-2. Arbeitsbuch zur Einführung in die Pflegeforschung*. Bern: Hans Huber Verlag.

Buchberger, B. & Heymann, R. & Huppertz, H. & Friepörtner, K. & Pomorin, N. & Wasem J. (2011). *Effektivität von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit von Pflegepersonal*. Köln: DIMDI.

Citron, I. (1998). *Kinästhetisch handeln in der Pflege: Entdecken-Verstehen-Erleben*. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.

Clauss, K. (2017). Kinästhetik-Bewegungsförderung. In C. Fiedler & M. Köhrmann & R. Kollmar (Hrsg.), *Pflegewissen Stroke Unit* (S. 172). Deutschland: Springer-Verlag GmbH.

Edlinger, A. (2015). *Kinästhetik: Gesundheitsentwicklung für Pflegebedürftige und Pflegendе*. Saarbrücken: Akademiker Verlag.

Faller, G. (2017) Was ist eigentlich Betriebliche Gesundheitsförderung? In G. Faller (Hrsg.) & B. Abel & B. Badura & 55 weiteren, *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung* (S. 25-38). (3. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Bern: Hogrefe AG.

Faller, G. (Hrsg.) & Abel, B. & Badura, B. & 55 weiteren (2017). *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung*. Bern: Hogrefe AG.

Fiedler, C. & Köhrmann, M. & Kollmar, R (Hrsg.). (2017). *Pflegewissen Stroke Unit*. Deutschland: Springer-Verlag GmbH.

Franke, A. (2010). *Modelle von Gesundheit und Krankheit*. (2. überarbeitete und erweiterte Auflage). Bern: Verlag Hans Huber.

Freiberg, A. & Girbig, M. & Euler, U. & Scharfe, J. & Nienhaus, A. & Freitag, S. & Seidler, A. (2016). Influence of the Kinaesthetics care conception during patient handling on the development of musculoskeletal complaints and diseases-A scoping review. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 1, 1-14.

Freitag, S. & Fincke-Junod, I. & Nienhaus, A. (2010). Messtechnische Analyse von belastenden Körperhaltungen bei Pflegekräften - Vergleich zwischen einer geriatrischen Station und anderen Krankenhausstationen. In A. Nienhaus (Hrsg.),

Gefährdungsprofile: Unfälle und arbeitsbedingte Erkrankungen in Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (S. 160). (2. erweiterte und aktualisierte Auflage). Fulda: Fuldaer Verlagsanstalt und Co KG.

Fringer, A. & Huth, M. & Hantikainen, V. (2014). Nurses' experiences with the implementation of the Kinaesthetics movement competence training into elderly nursing care: a qualitative focus group study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28, 761-764.

Gutzwiller, F. & Paccaud, F. (2007). Public Health, Sozial- und Präventivmedizin, Partnerdisziplinen. In F. Gutzwiller & F. Paccaud (Hrsg.), *Sozial- und Präventivmedizin: Public Health* (S. 13-21). (3. vollständig überarbeitete Auflage). Bern: Verlag Hans Huber.

Gutzwiller, F. & Paccaud, F. (Hrsg.). (2007). *Sozial- und Präventivmedizin: Public Health*. Bern: Verlag Hans Huber.

Hantikainen, V. & Riesen-Uru, S. & Raemy-Röthli, B. & Hirsbrunner, T. (2006). Die Bewegungsunterstützung nach Kinästhetik und die Entwicklung und Förderung von Körperwahrnehmung, Bewegungsfähigkeiten und funktioneller Unabhängigkeit bei alten Menschen. *Pflege*, 19, 12-14.

Hatch, F. & Maietta, L. (1999). *Kinästhetik-Gesundheitsentwicklung und Menschliche Funktionen* (1. Auflage). Wiesbaden: Ullstein Medical Verlagsgesellschaft mbH & Co.

Hatch, F. & Maietta, L. (2003). *Gesundheitsentwicklung und menschliche Aktivitäten* (2. Auflage). München, Jena: Urban & Fischer Verlag.

Hatch, F. & Maietta, L. & Schmidt, S. (2005). *Kinästhetik: Interaktion durch Berührung und Bewegung in der Pflege* (5. Auflage). Bad Soden: DBfK-Verlag.

Herfarth, C. (2006). Gesundheit-ein sehr allgemeiner Begriff. In C. Herfarth (Hrsg.), *Gesundheit* (S. 1-18). Heidelberg: Springer Verlag.

Herfarth, C. (Hrsg.). (2006). *Gesundheit*. Heidelberg: Springer Verlag.

Irblich, D. & Stahl, B. (2003). *Menschen mit geistiger Behinderung*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.

Janssen, J. & Laatz, W. (2007). *Statistische Datenanalyse mit SPSS für Windows: Eine anwendungsorientierte Einführung in das Basissystem und das Modul Exakte Tests* (6. neu erarbeitete und erweiterte Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

Kickbusch, I. & Pelikan, J. M. & Apfel, F. & Tsouros, A. D. (2013). *Health literacy: the solid facts*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

Kickbusch, I. & Hartung, S. (2014). *Die Gesundheitsgesellschaft: Konzepte für eine gesundheitsförderliche Politik* (2. vollständig überarbeitete Auflage). Bern: Verlag Hans Huber.

Kleibel, V. & Mayer, H. (2011). *Literaturrecherche für Gesundheitsberufe* (2. überarbeitete Auflage). Wien: Facultas.

Lange-Riechmann, L. (2015). *Wirtschaftlicher Nutzen von Kinaesthetics und die Bedeutung für Diakonie und Gesundheitsökonomie* (1. Auflage). Stuttgart: e.kurz + co druck und medientechnig GmbH.

Maietta, L. (2008). Die Wirkung von Immobilisation: Traditionelle Prävention und der Beitrag von Maietta-Hatch-(MH-) Kinaesthetics. *Intensivpflege*, 16 (1), 29.

Maietta, L. & Hatch, F. (2004). *Kinaesthetics Infant Handling* (1. Auflage). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.

Mayer, H. (2015). *Pflegeforschung anwenden: Elemente und Basiswissen für das Studium* (4. Auflage). Wien: Facultas AG.

Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (12. überarbeitete Auflage). Bad Langensalza: Verlagsgruppe Beltz.

Nienhaus, A. (Hrsg.). (2010) *Gefährdungsprofile: Unfälle und arbeitsbedingte Erkrankungen in Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege*. Fulda: Fuldaer Verlagsanstalt und Co KG.

Schmidt, S. (1988). Heben und Bewegen-leicht gemacht!. *Krankenpflege Soins Infirmiers*, 88 (7), 60-64.

Schmidt, S. (1990). Was ist Kinästhetik in der Krankenpflege?. *Krankenpflege*, (3), 145-148.

Schneider, C. (2012). *Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz: Nebenwirkung Gesundheit* (2. Auflage). Bern: Verlag Hans Huber.

Steffgen, G. (Hrsg.) (2004). *Betriebliche Gesundheitsförderung: Problembezogene psychologische Intervention*. Göttingen, Bern, Toronto, Oxford, Prag: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.

Steinbach, H. (2015). *Gesundheitsförderung: Ein Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe* (4. aktualisierte und überarbeitete Auflage). Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

Tracogna, U. & Klewer, J. & Kugler, J. (2002). Gesundheitsverhalten und Gesundheitszustand von Krankenpflegepersonal - Eine Literaturübersicht. *Gesundheitswesen*, 64, 430-436.

Völpel, M. (2011). *Macht und Abhängigkeit von Stakeholdern: Einflusskonstellationen in verschiedenen Krisenstadien und Organisationsformen* (1. Auflage). Wiesbaden: Gabler Verlag.

7.1.2 Internetquellen

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. (2017). *Gesundheit und Gesundheitsförderung*. Verfügbar unter: https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit_und_Gesundheitsfoerderung [02.07.2017].

Johannes Gutenberg Universität Mainz. (2013). Universitätsmedizin Mainz und Unfallversicherungsträger entwickeln gemeinsames Konzept zur Rückengesundheit: Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin und Kooperationspartner stellen Studienergebnisse vor. Verfügbar unter: <http://www.uni-mainz.de/presse/56604.php> [04.06.2017].

Kinaesthetics Österreich (2017). *TrainerInnen*. Verfügbar unter: <http://www.kinaesthetics.at/kinaesthetics-org-trainerinnen.cfm> [13.08.2017].

Kinaesthetics Österreich (2017). *Was ist Kinaesthetics?*. Verfügbar unter: <http://www.kinaesthetics.at/was-ist-kinaesthetics.cfm> [13.08.2017].

Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union. (2011). *Die Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union*. Verfügbar unter: http://www.gesundheitsmanagement.uniklinikum-jena.de/gesundheitsmanagement_media/Deklaration-EGOTEC-j8c5k54qig4p8c4ldfuuf2fkk0-font-1.pdf [04.06.2017] [PDF].

Statistik Austria. (2017). *Bevölkerung*. Verfügbar unter: https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/index.html [04.06.2017].

World Health Organization (WHO) (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Verfügbar unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf?ua=1 [17.07.2017] [PDF].

7.1.3 Gesetzestexte

Bundeskanzleramt Österreich. (2017). *Allgemeines zum Arbeitnehmerschutz*. Verfügbar unter: <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/208/Seite.2080001.html> [26.08.2017].

Rechtsinformationssystem. (2018). *Gesamte Rechtsvorschrift für Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, Fassung vom 22.01.2018*. Verfügbar unter: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026> [22.01.2018].

7.2 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Darstellung der Forschungsfragen anhand des PICO-Schemas, Quelle: Eigene Erstellung in Anlehnung an Kleibel und Mayer (2011, S. 30)	4
Tabelle 2: Suchbegriffe in Deutsch und Englisch, Quelle: Eigene Erstellung	6
Tabelle 3: Ein- und Ausschlusskriterien, Quelle: Eigene Erstellung.....	6
Tabelle 4: Darstellung der Stationen inklusive Anzahl ausgegebener Fragebögen und der Rücklaufquote, Quelle: Eigene Erstellung	45
Tabelle 5: Kreuztabelle Häufigkeit und Auswirkungen auf den Bewegungsapparat, Quelle: Eigene Erhebung.....	47
Tabelle 6: Kreuztabelle Häufigkeit und Auswirkungen auf die tägliche Arbeitspraxis, Quelle: Eigene Erstellung	49
Tabelle 7: Faktoren, welche Kinästhetik erleichtern, Quelle: Eigene Erstellung	50
Tabelle 8: Hilfsmittel, Quelle: Eigene Erstellung	57
Tabelle 9: Möglichkeiten der Mobilisation, Quelle: Eigene Erstellung	59
Tabelle 10: Verbesserungspotenziale, Quelle: Eigene Erstellung	61

7.3 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse, Quelle: Mayring (2015, S. 70).....	44
Abbildung 2: Häufigkeit der Anwendung, Quelle: Eigene Erstellung	46
Abbildung 3: Auswirkungen auf den Bewegungsapparat, Quelle: Eigene Erstellung	47
Abbildung 4: Auswirkungen auf die Arbeitspraxis, Quelle: Eigene Erstellung.....	48
Abbildung 5: Was hilft, Kinästhetik anzuwenden, Quelle: Eigene Erstellung	50
Abbildung 6: Anzahl Peer-TutorInnen, Quelle: Eigene Erstellung	51
Abbildung 7: Unterstützung durch Peer-TutorInnen, Quelle: Eigene Erstellung	52
Abbildung 8: Unterstützende Maßnahmen, Quelle: Eigene Erstellung	53
Abbildung 9: Weitere Unterstützung, Quelle: Eigene Erstellung	54
Abbildung 10: Unterstützung durch Führungskräfte, Quelle: Eigene Erstellung	55
Abbildung 11: Unterstützungsmaßnahmen, Quelle: Eigene Erstellung	56
Abbildung 12: Menge an Hilfsmittel, Quelle: Eigene Erstellung	57
Abbildung 13: Hilfsmittel, Quelle: Eigene Erstellung	58
Abbildung 14: Möglichkeiten der Mobilisation, Quelle: Eigene Erstellung	60
Abbildung 15: Verbesserungspotenziale, Quelle: Eigene Erstellung	61
Abbildung 16: Flussdiagramm, Quelle: Eigene Erstellung	89

A ANHANG

A.1 Suchprotokoll

Datum	Datenbank	Suchbegriffe	Treffer	Relevante	möglich relevante Studien
10.09.2017	EBSCO Host (CINAHL, Medline, eBook Collection, eBook Academic Collection, AMED- The Allied and Complementary Medicine Database, American Doctoral Dissertations) (Filter: 2000-2016; Abstract available, peer-reviewed)	kinaesthetics AND nurse*	6	2	Nurses' experiences with the implementation of the Kinaesthetics movement competence training into elderly nursing care: a qualitative focus group study. Nurses' Learning Experiences With the Kinaesthetics Care Concept Training in a Nursing Home: A Qualitative Descriptive Study
		kinaesthetics AND care*	13	0	
		kinaesthetics AND health*	12	0	
		kinaesthetics AND (effect OR impact)	30	0	
		kinaesthetics AND hospital	0	0	
11.09.2017	LIVIVO (Filter: 2000-2016; Article)	(kinaesthetics OR Kinästhetik) AND (nurse OR care* OR Pflege) AND (effect OR impact OR Auswirkungen)	19	3	Influence of the Kinaesthetics care conception during patient handling on the development of musculoskeletal complaints and diseases - A scoping review. "Aber in die Praxis umzusetzen ist es dann halt schwierig". Eine qualitative Studie zur Theorie-Praxis-Vermittlung in der Pflege am Beispiel von Kinästhetik. Studying feasibility and effects of a two-stage nursing staff training in residential geriatric care using a 30 month mixed-methods design
16.09.2017	PubMed	(kinaesthetics OR Kinästhetik) AND (nurse OR care* OR Pflege) AND (effect OR impact OR Auswirkungen)	2	1	Coordinative treatment and quality of life: a randomised trial of nurses with back pain. Koordinationstraining und Lebensqualität-Eine Längsschnittstudie bei Pflegepersonal mit Rückenschmerzen

A.2 Ausgefüllte Bewertungshilfen

Formular zur kritischen Würdigung

(Beurteilungskriterien adaptiert von Brandenburg et al., 2007)

Studie 1: Aber in die Praxis umzusetzen ist es dann halt schwierig (Arnold, D.; 2000)

<p>Beurteilung des weiteren Kontextes</p>	<p>In welcher Zeitschrift wurde die Publikation veröffentlicht? Wer ist der Herausgeber bzw. die Herausgeber? Welche Inhalte umfasst die Zeitschrift? Gibt es ein Editorial Board? Für welche Zielgruppe ist die Zeitschrift? Ist es ein peer-reviewter Artikel?</p>	<p>Zeitschrift: Pflege Unabhängige wissenschaftliche Zeitschrift für Gesundheits- und Krankenpflege im deutschen Sprachbereich. Trägt zur Entwicklung der Pflegewissenschaft sowie zur Qualität der Pflege in der Praxis bei. Herausgeber: Gabriele Meyer, Halle (Saale) Marianne Müller, Winterthur Eva-Maria Panfil, Zürich Berta Schrems, Maastricht/Wien Rebecca Spirig, Zürich Inhalte: Pflegeforschung, -theorie und -praxis, Ausbildung, Management, Ethik, Geschichte und Politik der Pflege Editorial Board: ja Zielgruppe: Gesundheits- und Krankenpflegepersonal Reer-Review: ja</p>
<p>Entspricht der Aufbau der Studie dem EMED-Format</p>		<p>EMED-Format: ja (Einleitung, Methode, Ergebnisse, Diskussion)</p>
<p>Forschungsfrage</p>	<p>Was ist die Forschungsfrage? Sind die Forschungsfragen klar formuliert?</p>	<p>Forschungsfrage: "Was beeinflusst die Umsetzung von Kinästhetik in die Pflegepraxis?" Ziel der Studie war es, zu analysieren, was die Umsetzung von in Fortbildungsveranstaltungen erlerntem Wissen in die tägliche Praxis auf Station beeinflusst. Dabei handelte es sich um Kinästhetik.</p>

Design	<p>Welches Design wurde zur Beantwortung der Forschungsfrage gewählt?</p> <p>Ist dieses Design passend? Wenn nein, hat der Autor die Wahl des Designs begründet?</p>	<p>Design: Ein an der Methode der Grounded Theory orientiertes qualitatives Forschungsdesign. Es wurden halbstrukturierte Interviews durchgeführt.</p> <p>Die Autorin begründet diese Entscheidung damit, da es wenig gesichertes Wissen zum Forschungsstand gibt und ein sozialer Prozess Gegenstand der Studie war.</p>
Literaturanalyse	<p>Welche Literatur wurde genutzt (Alter, Relevanz)? Wie wurde die Literatur gesucht? Wie aktuell ist die verwendete Literatur?</p>	<p>Alter: Für den theoretischen Teil der Arbeit wurde Literatur im Zeitraum von 1963-1999 verwendet.</p> <p>Die Studie wurde im Jahr 2000 veröffentlicht.</p>
Stichprobe	<p>Welche Art der Stichprobe wurde gezogen? Sind Ein- und Ausschlusskriterien genannt worden?</p> <p>Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert?</p>	<p>Es wurden 11 TeilnehmerInnen eines Kinästhetik Grundkurses befragt. Zwei weitere Interviews aus einer Vorherhebung mit Pflegenden, welche bereits einen Kinästhetik-Grundkurs absolvierten, wurden ebenso in die Ergebnisse mit einbezogen.</p> <p>Die TeilnehmerInnen waren Pflegende, welche einen Kinästhetik-Grundkurs absolvierten.</p>
Methoden zur Datenerhebung	<p>Welche Methoden wurden eingesetzt?</p> <p>Welche Variablen/Phänomene wurden erhoben und wie wurden diese erhoben?</p>	<p>Methode: Halbstrukturierte Interviews, welche auf Band aufgezeichnet wurden. Das Forschungsdesign basierte auf der Methode der Grounded Theory.</p> <p>Variable: Umsetzung von Kinästhetik in die Pflegepraxis. Die Variable wurde durch Befragungen der Pflegenden erhoben.</p>
Ethik	<p>Wurden die grundlegenden Aspekte der Ethik beachtet?</p>	<p>Es wurde diesbezüglich keine Beschreibung gemacht. Es handelt es sich um keine vulnerable Zielgruppe bzw. um sensible Daten.</p>
Ergebnisse	<p>Ist die Stichprobe ausreichend beschrieben worden? War die Stichprobe ausreichend groß, um zu aussagekräftigen Ergebnissen zu kommen? Sind die wichtigsten Ergebnisse adäquat und nachvollziehbar beschrieben worden? Für welche Personen kann eine gültige Aussage gemacht werden?</p>	<p>Die Stichprobe war ausreichend groß. Die Autorin der Studie beschreibt, dass qualitative Forschungsergebnisse kontextspezifisch sind und zunächst nur in der Umgebung gültig sind, in denen sie erhoben wurden.</p> <p>Die wichtigsten Ergebnisse wurden gut beschrieben und können auf die Zielgruppe der Pflegepersonen übertragen werden.</p>

Diskussion	Wurden die Ergebnisse auf Basis der Fragestellung interpretiert? Können sie die Schlussfolgerungen nachvollziehen?	Die Ergebnisse der Studie zeigen fördernde und hindernde Faktoren zur Umsetzung von Kinästhetik in der Pflege auf und beantworten damit die Forschungsfrage. Die Schlussfolgerungen, welche durch die Autorin beschreiben wurden, sind nachvollziehbar.
Übertragbarkeit	Welche Empfehlungen für Forschung und Praxis haben die Autoren genannt? Können Sie die Empfehlungen nachvollziehen? In welche pflegerischen Situationen und auf welche Gruppen übertragen Sie die Ergebnisse?	<p>Qualitative Forschungsergebnisse können im Gegensatz zu quantitativen Ergebnissen nicht verallgemeinert werden und sind vorerst nur in der Umgebung gültig, in denen sie erhoben werden. Die Ergebnisse der Untersuchung können als Raster zur Analyse von Ressourcen und Problemen bei der Umsetzung von Kinästhetik zu benutzen und diese durch weitere Projekte zu testen und weiterzuentwickeln.</p> <p>Die Ergebnisse können auf Pflegepersonen in sämtlichen Gesundheitseinrichtungen, in denen Mobilisation bewegungseingeschränkter Menschen vonnöten ist, übertragen werden.</p>

Formular zur kritischen Würdigung

(Beurteilungskriterien adaptiert von Brandenburg et al., 2007)

Studie 2: Influence of the Kinaesthetics care conception during patient handling on the development of musculoskeletal complaints and diseases-A scoping review (Freiberg, A. & Girbig, M. & Euler, U. & Scharfe, J. & Nienhaus, A. & Freitag, S. & Seidler, A.; 2016)

<p>Beurteilung des weiteren Kontextes</p>	<p>In welcher Zeitschrift wurde die Publikation veröffentlicht? Wer ist der Herausgeber bzw. die Herausgeber? Welche Inhalte umfasst die Zeitschrift? Gibt es ein Editorial Board? Für welche Zielgruppe ist die Zeitschrift? Ist es ein peer-reviewter Artikel?</p>	<p>Zeitschrift: Journal of Occupational Medicine and Toxicology Multidisziplinäre Zeitschrift, welche sich auf klinische und wissenschaftliche Aspekte der Arbeits- und Umweltmedizin fokussiert. Die Themen beziehen sich auf die Diagnose, Prävention, das Management und die wissenschaftliche Analyse von berufsbedingten Erkrankungen, Unfällen und berufsbedingter Arbeitsunfähigkeit. Herausgeber: Axel Fischer, Deutschland David A. Groneberg, Deutschland Inhalte: Arbeits- und Umweltmedizin Editorial Board: ja Zielgruppe: KlinikerInnen und WissenschaftlerInnen auf dem Gebiet der Arbeitsmedizin und Toxikologie. Peer-Review: ja</p>
<p>Entspricht der Aufbau der Studie dem EMED-Format</p>		<p>EMED-Format: ja (Einleitung, Methode, Ergebnisse, Diskussion)</p>
<p>Forschungsfrage</p>	<p>Was ist die Forschungsfrage? Sind die Forschungsfragen klar formuliert?</p>	<p>Forschungsfrage: "What is the scientific evidence about the influence of Kinaesthetics on the development of musculoskeletal complaints and diseases among persons who handle patients and is there a specific research gap?" Ziel des Scoping Reviews war es, zu einem bestimmten Forschungsgebiet Evidenz zu sammeln und zusammenzufassen. Auf Basis der Ergebnisse des Scoping Reviews können weitere Forschungsarbeiten bzw. Empfehlungen abgeleitet werden.</p>

Design	<p>Welches Design wurde zur Beantwortung der Forschungsfrage gewählt?</p> <p>Ist dieses Design passend? Wenn nein, hat der Autor die Wahl des Designs begründet?</p>	<p>Design: Scoping Review</p> <p>Zum untersuchten Thema gibt es wenig qualitativ hochwertige wissenschaftliche Literatur. Die Autorinnen und Autoren verwendeten dieses Design, um eine Basis für die Durchführung einer Systematic Review zu bilden und um Empfehlungen für weitere Forschungsarbeiten ableiten zu können.</p>
Literaturanalyse	<p>Welche Literatur wurde genutzt (Alter, Relevanz)? Wie wurde die Literatur gesucht? Wie aktuell ist die verwendete Literatur?</p>	<p>Alter: Alle inkludierten Studien zur Beantwortung der Forschungsfrage wurden nach dem Jahr 2000 veröffentlicht, vier davon nach 2010.</p> <p>Die Studie wurde im Jahr 2016 veröffentlicht.</p>
Stichprobe	<p>Welche Art der Stichprobe wurde gezogen? Sind Ein- und Ausschlusskriterien genannt worden?</p> <p>Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert?</p>	<p>Da es sich um eine Scoping Review handelt, wurden keine Teilnehmer rekrutiert. Die Zielgruppe der Studien war Pflegepersonal, in einer Studie waren es pflegende Angehörige. Es wurden Ein- und Ausschlusskriterien nach dem PICOS-Schema (population, intervention, comparison, outcome, study design) definiert.</p>
Methoden zur Datenerhebung	<p>Welche Methoden wurden eingesetzt?</p> <p>Welche Variablen/Phänomene wurden erhoben und wie wurden diese erhoben?</p>	<p>Zunächst wurde die Forschungsfrage entwickelt. Anschließend wurde eine Literaturrecherche in den Datenbanken MEDLINE, EMBASE, AMED und CINAHL, sowie eine Freirecherche online und Google scholar durchgeführt. Die Daten der inkludierten Studien wurden durch zwei unabhängige Gutachter extrahiert und anschließend diskutiert. Die Studien wurden anhand drei Kategorien (reporting quality, internal validity, external validity) beurteilt. Die Beurteilungskriterien lauteten: "low risk of bias", "high risk of bias" oder "unclear risk of bias".</p> <p>Es wurden die Variablen "Muskuloskeletale Beschwerden" und "Wahrgenommene Kraftanstrengung" erhoben.</p>
Ethik	<p>Wurden die grundlegenden Aspekte der Ethik beachtet?</p>	<p>Aufgrund des Studiendesigns nicht notwendig.</p>

Ergebnisse	Ist die Stichprobe ausreichend beschrieben worden? War die Stichprobe ausreichend groß, um zu aussagekräftigen Ergebnissen zu kommen? Sind die wichtigsten Ergebnisse adäquat und nachvollziehbar beschrieben worden? Für welche Personen kann eine gültige Aussage gemacht werden?	Es wurden 13 Studien für die Beantwortung der Forschungsfragen inkludiert. Die Autorinnen und Autoren beschreiben zahlreiche Limitationen, da der Großteil der inkludierten Studien von schlechter methodischer Qualität bestehen. Die Ergebnisse lassen eine Vermutung über die Auswirkungen von Kinästhetik zu. Es können keine klaren Aussagen über die Auswirkungen des Konzepts abgeleitet werden. Diese Forschungslücke lässt ableiten, dass weitere qualitativ hochwertige Forschung notwendig ist. Die Ergebnisse können wenn, auf Pflegenden immobiler PatientInnen übertragen werden.
Diskussion	Wurden die Ergebnisse auf Basis der Fragestellung interpretiert? Können sie die Schlussfolgerungen nachvollziehen?	Die Ergebnisse beziehen sich auf die Forschungsfrage. Die Schlussfolgerung der Autorinnen und Autoren ist nachvollziehbar.
Übertragbarkeit	Welche Empfehlungen für Forschung und Praxis haben die Autoren genannt? Können Sie die Empfehlungen nachvollziehen? In welchen pflegerischen Situationen und auf welchen Gruppen übertragen Sie die Ergebnisse?	Die Autorinnen und Autoren empfehlen weitere hochwertige Forschung auf diesem Gebiet, welches auch nachvollziehbar ist. Die Ergebnisse beziehen sich auf Pflegenden immobiler oder eingeschränkter Personen, welche für die Mobilisation auf Dritte angewiesen sind.

Formular zur kritischen Würdigung

(Beurteilungskriterien adaptiert von Brandenburg et al., 2007)

Studie 3: Nurses´ experiences with the implementation of the Kinaesthetics movement competence training into elderly nursing care: a qualitative focus group study (Fringer, A. & Huth, M. & Hantikainen,V.; 2014)

<p>Beurteilung des weiteren Kontextes</p>	<p>In welcher Zeitschrift wurde die Publikation veröffentlicht? Wer ist der Herausgeber bzw. die Herausgeber? Welche Inhalte umfasst die Zeitschrift? Gibt es ein Editorial Board? Für welche Zielgruppe ist die Zeitschrift? Ist es ein peer-reviewter Artikel?</p>	<p>Zeitschrift: Scandinavian Journal of Caring Sciences Im Fokus der Zeitschrift stehen die Entwicklung und Förderung wissenschaftlicher Erkenntnisse im Bereich der Gesundheitsfürsorge, des Wohlbefindens, der Krankheit und der Linderung menschlichen Leidens. Herausgeber: Päivi Astedt-Kurki, Finnland Marja Kaunonen, Finnland Inhalte: Gesundheitsfürsorge, Wohlbefinden, Krankheit, Linderung menschlichen Leidens Editorial Board: ja Zielgruppe: Es konnten keine Angaben gefunden werden. Peer-Review: ja</p>
<p>Entspricht der Aufbau der Studie dem EMED-Format</p>		<p>EMED-Format: ja (Einleitung, Methode, Ergebnisse, Diskussion)</p>
<p>Forschungsfrage</p>	<p>Was ist die Forschungsfrage? Sind die Forschungsfragen klar formuliert?</p>	<p>Forschungsfrage: "How do nursing teams experience the implementation of Kinaesthetics into their daily practice, and which promoting and impending factors can be identified?" Ziel der Studie war es, die Erfahrungen von Pflegenden in einem Pflegeheim in Bezug auf die Implementierung von Kinästhetik zu untersuchen.</p>
<p>Design</p>	<p>Welches Design wurde zur Beantwortung der Forschungsfrage gewählt? Ist dieses Design passend? Wenn nein, hat der Autor die Wahl des Designs begründet?</p>	<p>Design: Qualitatives Studiendesign, welches Teil einer 30 monatigen gemischten Interventionsstudie mit Pretest und Post-Test war. Es wurden Gruppeninterviews, mit drei Fokusgruppen durchgeführt. Die Autorinnen und der Autor wählten dieses Design, da es sich gut eignet um individuelle Erfahrungen, sowie die inhaltliche Perspektive von Themen der sozialen Welt zu beschreiben.</p>

Literaturanalyse	Welche Literatur wurde genutzt (Alter, Relevanz)? Wie wurde die Literatur gesucht? Wie aktuell ist die verwendete Literatur?	Alter: Die verwendeten Studien für den theoretischen Teil wurden zwischen 1985-2013 veröffentlicht. Die Studie wurde im Jahr 2014 veröffentlicht.
Stichprobe	Welche Art der Stichprobe wurde gezogen? Sind Ein- und Ausschlusskriterien genannt worden? Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert?	32 Pflegekräfte eines mittelgroßen Pflegeheim, welche einen vier tägigen Kinästhetik Grundkurs absolvierten, wurden für die Befragungen herangezogen. Diese erhielten vier Monate nach Kurs ein eintägiges Follow-Up. Es wurden drei Fokusgruppen gebildet, mit einer Größe von n=15, n=7 und n=10 InterviewpartnerInnen. Einschlusskriterium: Teilnahme am vier tägigen Basiskurs mit anschließendem Follow-Up.
Methoden zur Datenerhebung	Welche Methoden wurden eingesetzt? Welche Variablen/Phänomene wurden erhoben und wie wurden diese erhoben?	Es wurden leitfadengestützte Interviews mit Fokus auf drei Hauptfelder durchgeführt: Bedeutung von Bewegung; Erfahrung mit dem Lernen von Kinästhetik und dem Implementierungsprozess. Die Interviews wurden digital aufgezeichnet und transkribiert. Es wurden die Variablen "Erfahrungen mit Kinästhetik nach der Implementierung"; "Fördernde und hindernde Faktoren für die Implementierung".
Ethik	Wurden die grundlegenden Aspekte der Ethik beachtet?	Das Ethikkomitee stimmte der Studie zu. Alle ethischen Forschungsrichtlinien wurden geprüft und eingehalten.
Ergebnisse	Ist die Stichprobe ausreichend beschrieben worden? War die Stichprobe ausreichend groß, um zu aussagekräftigen Ergebnissen zu kommen? Sind die wichtigsten Ergebnisse adäquat und nachvollziehbar beschrieben worden? Für welche Personen kann eine gültige Aussage gemacht werden?	Es wurden 32 Pflegekräfte eines mittelgroßen Pflegeheim in der Schweiz interviewt. Die Ergebnisse wurden im narrativen Style präsentiert. Die Ergebnisse wurden nachvollziehbar beschrieben. Da die Studie Teil einer großen Interventionsstudie war, ist die Übertragbarkeit limitiert. Die Autorinnen und der Autor vermuten, dass die Ergebnisse auf ähnliche Fälle übertragen werden können.

Diskussion	Wurden die Ergebnisse auf Basis der Fragestellung interpretiert? Können sie die Schlussfolgerungen nachvollziehen?	Die Ergebnisse dieser Studie beantworten die Forschungsfragen und die Schlussfolgerungen der Autorinnen und des Autors sind nachvollziehbar.
Übertragbarkeit	Welche Empfehlungen für Forschung und Praxis haben die Autoren genannt? Können Sie die Empfehlungen nachvollziehen? In welche pflegerischen Situationen und auf welche Gruppen übertragen Sie die Ergebnisse?	Die Autorinnen und der Autor empfehlen weitere Forschung, um die Erlebnisse aus PatientInnen-sicht zu erfahren. Die Ergebnisse dieser Studie können auf ähnliche Situationen und die Gruppe von Pflegenden in einer Pflegeeinrichtung übertragen werden.

A.3 Flussdiagramm

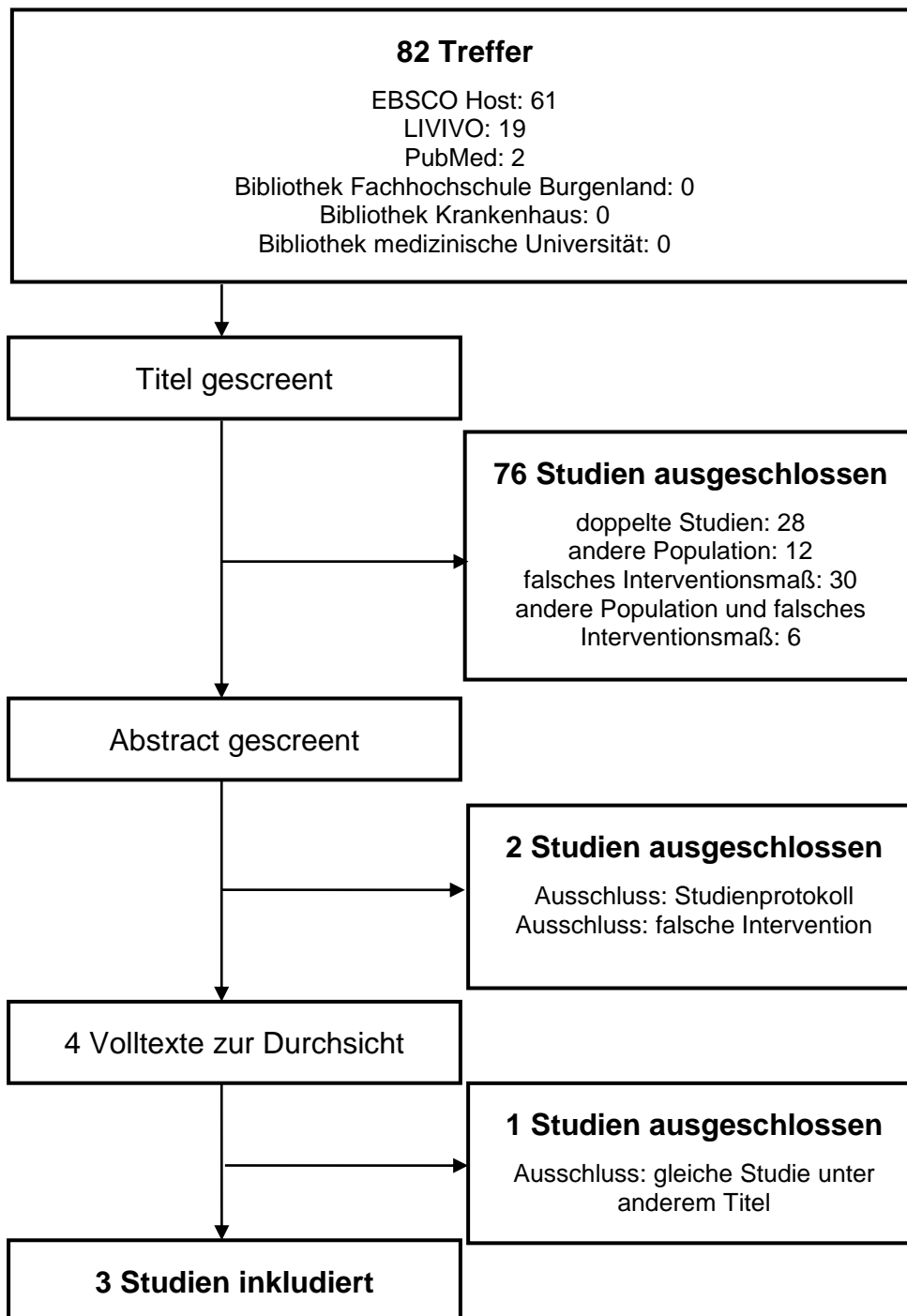


Abbildung 16: Flussdiagramm, Quelle: Eigene Erstellung

3. Werden Sie durch Ihre Führungskraft in der Umsetzung von Kinaesthetics ausreichend unterstützt?

- ja eher ja eher nein nein

3.1 Welche Unterstützung würden Sie sich noch wünschen?

.....
.....

4. Stehen Ihnen Hilfsmittel zum Anwenden von Kinaesthetics im Pflegealltag zur Verfügung?

- ja eher ja eher nein nein

4.1 Welche Hilfsmittel würden Sie benötigen?

.....
.....

5. Wie helfen Sie Patientinnen und Patienten, die im Bett "runtergerutscht" sind, in Richtung Kopfende? (Beschreiben Sie bitte pro Zeile eine Aktivität in Stichworte)

1.
2.
3.
4.
5.
6.

6. Wie wirkt sich die Umsetzung von Kinaesthetics auf Ihren Bewegungsapparat aus?

- positiv eher positiv eher negativ negativ

7. Wie wirkt sich Kinaesthetics auf Ihren Arbeitsalltag aus?

- erleichternd eher erleichternd eher erschwerend erschwerend

8. Gibt es aus Ihrer Sicht weitere Verbesserungspotenziale? (Beschreiben Sie bitte)

.....
.....

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!