Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Hochschule Neubrandenburg
Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management
Studiengang Gesundheitswissenschaften

FÖRDERUNG DER RÜCKENGESUNDHEIT DES PFLEGEPERSONALS

Bachelorarbeit

zur

Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Science (B.Sc.)

Vorgelegt von: *Sophie Nestler*

Betreuerin: *Prof. Dr. Susanne Hartung*
Zweitbetreuerin: *Prof. Dr. Hanna Janetzke*

Tag der Einreichung: 22.05.2020
URN: urn:nbn:de:gbv:519-thesis 2020-0345-3

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis IV

Tabellenverzeichnis IV

Anhangsverzeichnis V

Abkürzungsverzeichnis VI

1. Einführung 1

1.1. Hintergrund und Relevanz des Themas 1

1.2. Zielsetzung der Arbeit 2

1.3. Aufbau und Vorgehensweise der Arbeit 3

2. Die Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) 4

2.1. Gesundheit im Prozess der BGF 4

2.2. Rahmenmodell zu der Qualität in der BGF 6

3. Arbeitsbedingte Muskelskeletterkrankungen 8

4. BGF in der Gesundheits- und Krankenpflege 11

4.1. Rückengerechtes Arbeiten 11

4.2. Pflege- und Mobilisationskonzepte 14

4.3. Der Effekt der Ganzheitlichkeit in der BGF 15

5. Untersuchungsverlauf 17
5.1. Untersuchungsort Klinikum Chemnitz 17
5.2. Vorstellung des Samples 18
5.3. Qualitatives Erhebungsinstrument 19
5.4. Durchführung der Befragungen 21
5.5. Auswertungsschema 21

6. Darstellung der Befragungsergebnisse 22

7. Interpretation der Befragungsergebnisse 28
7.1. Diskussion der Befragungsergebnisse 29
7.2. Handlungsempfehlungen für das Klinikum Chemnitz 34

8. Fazit und Aussicht 37

Quellenverzeichnis 40

Anhang 45

Eidesstattliche Erklärung 89

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum 4

Abbildung 2: Individuum, Prävention und Gesundheitsförderung auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum 5

Abbildung 3: Spirale der Qualitätsverbesserung 7

Abbildung 4: Die einwirkende Druckkraft auf die Bandscheibe bei gängigen Patiententransfers 16

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Demografische Daten des Samples 18

Tabelle 2: Übersicht zu der Kategorienbildung 20

Anhangsverzeichnis

Anhang 1: Einwilligungserklärung zu der Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Interviewdaten 45

Anhang 2: Interviewleitfaden 46

Anhang 2.1: Gruppe A (mit Teilnahme) 46

Anhang 2.2: Gruppe B (ohne Teilnahme) 47

Anhang 2.3: Experteninterview (Kinästhetikkursleiter) 48

Anhang 3: Transkripte 49

Anhang 3.1: Interview mit Pflegeperson 1 49

Anhang 3.2: Interview mit Pflegeperson 2 52

Anhang 3.3: Interview mit Pflegeperson 3 54

Anhang 3.4: Interview mit Pflegeperson 4 58

Anhang 3.5: Interview mit Pflegeperson 5 61

Anhang 3.6: Experteninterview mit dem Kinästhetikkursleiter 62

Anhang 4: Auswertungstabellen 80

Anhang 4.1: Gruppe A 80

Anhang 4.2: Gruppe B 82

Anhang 4.3: Experteninterview 85

Abkürzungsverzeichnis

Anh. ..... *Anhang*
AU-Tage ..... *Arbeitsunfähigkeitstage*
AWMF .....*Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.*
BA.....*Bundesagentur für Arbeit*
BÄK .....*Bundesärztekammer*
BGF .....*Betriebliche Gesundheitsföderung*
BMG .....*Bundesministerium für Gesundheit*
BMJV .....*Bundesministerium der Justiz und Verbraucherschutz*
BZgA ..... *Bundeszentrale der gesundheitlicher Aufklärung*
HE-DE-Kontinuum .....*Health-Disease-Kontinuum*
KBV .....*Kassenärztliche Bundesvereinigung*
kN ..... *Kilonewton*
LasthandhabV .....*Lastenhandhabungsverordnung*
MSE.....*Muskelskeletterkrankung*
MSS.....*Muskelskelettsystem*

1. Einführung

1.1. Hintergrund und Relevanz des Themas

Durch den demografischen Wandel einerseits und den medizintechnischen Fortschritt andererseits steigt der Bedarf an Pflegepersonal in Deutschland stetig an. Diese fortwährende Entwicklung führt zu einer Versorgungslücke und stellt eine Herausforderung an die zukünftige Fachkräftesicherung dar. Regional betrachtet besteht bereits in fast allen Bundesländern im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege ein Fachkräftemangel (vgl. BA, 2020: 5). Hinzu kommt eine alternde Belegschaft in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie nur wenige Neueinstellungen auch aufgrund der geringen Attraktivität des Berufsfeldes, - denn es ist geprägt von stressbehafteten Arbeitsprozessen in Schichten mit psychischen und physischen Belastungen (vgl. Bendig, 2017: 3). „Pflegende schleppen mehr als Bauarbeiter“, ließ die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin folglich in einer Pressemitteilung des Jahres 2007 verkünden (Feldmann, 2007). Dass zugleich länger anhaltende sitzende Tätigkeiten, beispielsweise durch die Dokumentation von Patientenakten, auch in der Gesundheits- und Krankenpflege zunehmen, ist ebenfalls nicht gesundheitsförderlich und kann somit auch zu einer Fehlbeanspruchung des Muskelskelettsystems (MSS) beitragen (vgl. Liebers & Caffier, 2009: 244). Insgesamt liegen in der Gesundheits- und Krankenpflege die durchschnittlichen 4,7 Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) aufgrund Muskelskeletterkrankungen (MSE) weit über dem Bundesdurchschnitt von 4,0 AU-Tagen (vgl. Kliner et al., 2017: 36). Angesichts dieser Ausgangslage erscheint es erforderlich alle Faktoren zu erschließen, die dazu beitragen können den Krankenstand weitestgehend zu verringern und darüber hinaus die Belegschaft langfristig gesund zu erhalten. Dazu bedarf es wirksamer Maßnahmen in der Pflegepraxis, die nicht nur das Pflegepersonal vor Fehlbeanspruchungen und Erkrankungen des MSS schützen, sondern gleichzeitig deren Rückengesundheit langfristig stärkt und fördert.

1.2. Zielsetzung der Arbeit

Die Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) zielen darauf ab, die Beschäftigten langfristig gesund zu erhalten. Durch eine gesundheitsförderliche Gestaltung sowohl des Arbeitsumfeldes als auch der Arbeitstätigkeit, kann die Leistungsfähigkeit der Beschäftigten sowie ihre Verweildauer und Motivation in dem Pflegeberuf gestärkt werden (vgl. BMG, 2017: 1). Insgesamt wird ebenso die Attraktivität bzw. das Image des Berufs erhöht und zugleich Kosten durch die Reduzierung krankheitsbedingter Fehlzeiten gesenkt (vgl. BMG, 2019). Die BGF umfasst zahlreiche verhaltens- und verhältnisorientierte Ansätze und Konzepte zu der Förderung der Rückengesundheit in der Pflege (vgl. Ammann, 2013: 50-55; BGW, 2017: 7; BMG, 2017: 3). Nach Blum-Rüegg sei die Wirksamkeit von Interventionsmaßnahmen abhängig von der Berücksichtigung der betrieblichen Kontextbedingungen: „Dass die Wirkung sehr unterschiedlich ist und die Interventionen oft nicht umgesetzt werden wie geplant, ist dabei keine neue Erkenntnis. Kurz gesagt: Interventionen funktionieren am besten, wenn sie zum Betrieb »passen«." (Blum-Rüegg, 2018: 34). Aus dieser Intention soll nach Darlegung des theoretischen Forschungsstandes auch die Praxisbewährung einer solchen verhaltensorientierten Maßnahme evaluiert werden. Daraus ergibt sich folgende Fragestellung:

> *Wird die verhaltensorientierte Interventionsmaßnahme des Klinikums Chemnitz zu der Förderung der Rückengesundheit des Pflegepersonals als wirksam angesehen und welche Möglichkeiten bestehen, die Effektivität durch eine Abstimmmung an die betrieblichen Kontextbedingungen und die Bedürfnissen des Pflegepersonals zu steigern?*

Folglich ist das übergeordnete Ziel dieser Arbeit, das Tätigkeitsfeld der Pflege mit seinen Risiko- und Schutzfaktoren für die Rückengesundheit dahingehend genauer zu betrachten, ob und welche Interventionsmaßnahmen unter Berücksichtigung einer ganzheitlichen Wirkungsweise verfolgt werden sollten.

1.3. Aufbau und Vorgehensweise der Arbeit

Basierend auf einem ganzheitlichen Gesundheitsverständnis lassen sich die Prävention und Gesundheitsförderung anhand ihrer Orientierung an dem Gesundheits- bzw. Krankheitsbegriff und deren Wirkungsweise abgrenzen. Darauf aufbauend werden das Rahmenmodell zu der Qualitätssicherung in der BGF und die Bezüge zu dem Public Health Action Cycle dargestellt, an denen sich die einzelnen Kapitel der vorliegenden Arbeit orientieren werden. Vorerst stützt sich diese Arbeit auf die Situationsanalyse des Tätigkeitsfeldes des Pflegepersonals in Bezug auf die arbeitsbedingten MSE. Durch die Betrachtung der Epidemiologie, der Ursachen sowie Risiko- und Schutzfaktoren von MSE im Gesundheits- und Krankenpflegeberuf ergeben sich dann Ansatzpunkte für mögliche Strategien im Rahmen der BGF. Wie diese Strategien anhand des Kontextes konkret ausgestaltet werden können, wird anschließend erläutert. Da die Umsetzung dieser Interventionsmaßnahmen in der Praxis stark variiert, wird als Praxisbeispiel das Klinikum Chemnitz eingeführt, dessen Interventionsangebote die weitere Forschungsgrundlage dieser Arbeit bilden. Der empirische Teil dieser Arbeit stellt zuerst das Forschungsdesign mit der Auswahl und Charakterisierung der Stichprobe, der Konstruktion der Erhebungsmethode und dem ausgewählten Auswertungsschema, welches die Ergebnisse dieser Arbeit generiert, vor. Dabei stützen sich die Befragungen auf die zu prüfende verhaltensorientierte Interventionsmaßnahme, den vom Klinikum Chemnitz angebotene Kinästhetikkurs. Durch die Darstellung der Befragungsergebnisse nach fünf wissenschaftlich abgeleiteten Kategorien soll die Reichweite der Interventionsmaßnahme „Kinästhetikkurs“ dahingehend eingeschätzt werden, ob und inwieweit veränderte Abläufe, i.S. einer Anpassung an die Kontextbedingungen und Bedürfnisse des Pflegepersonals, erforderlich sind. Konkrete Handlungsempfehlungen für eine möglichst langfristige Effektivität der Interventionsmaßnahme schließen diese Arbeit ab, die schließlich einen Ausblick auf den weiteren Forschungsbedarf geben wird.

2. Die Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)

2.1. Gesundheit im Prozess der BGF

Alle Interventionen in privaten als auch öffentlichen Betrieben zu der Senkung von gesundheitsbedingten Risiken sowie zu der Stärkung der individuellen Ressourcen der Beschäftigten werden unter dem Begriff „betriebliche Gesundheitsförderung“ zusammengefasst (vgl. Rosenbrock & Hartung , 2015). Den Rahmen der BGF bildet die Differenzierung von Gesundheit gegenüber Krankheit sowie die Abgrenzung zwischen Gesundheitsförderung und Prävention. Zunächst gilt es, sich dem allgemeinen Gesundheitsbegriff zu widmen. Im betrieblichen Kontext wird Gesundheit nicht als Zustand, sondern vielmehr als ein dynamisches System angesehen. Demzufolge bildet die Gesundheit nach Hurrelmann den imaginären Endpunkt des Gleichgewichtsstadiums aus Risiko- und Schutzfaktoren. Im Gegensatz dazu steht Krankheit nicht nur als alternativer Zustand, sondern als gegenüberstehendes Ungleichgewichtsstadium auf physischer, psychischer und sozialer Ebene (vgl. Franzkowiak & Hurrelmann, 2018). Zusammen bilden die gedachten Gesundheits- und Krankheitspunkte ein gemeinsames Kontinuum, das sog. Health-Disease-Kontinuum (HE-DE-Kontinuum):

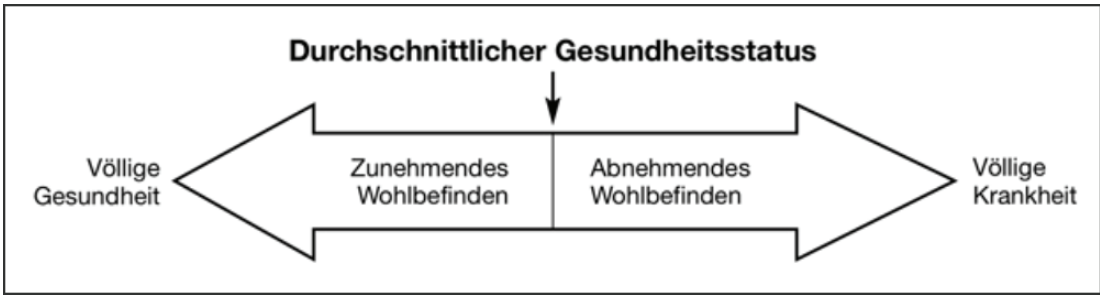


Abbildung 1: Das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum, Quelle: Hurrelmann/Richter 2013: 125

In Anlehnung an die salutogene Perspektive nach Antonovsky sind die Übergänge zwischen Gesundheits- und Krankheitsendpunkten fließend (vgl. Antonovsky, 1979). Nach dieser Annahme können gleichzeitig sowohl eher gesunde als auch eher kranke Anteile des Wohlbefindens gleichzeitig bestehen, womit ein zeitliches Nacheinander ausgeschlossen wird. Daraus resultierend

besteht das HE-DE-Kontinuum aus vielen einzelnen Zwischenstadien, die das Wohlbefinden subjektiv als auch objektiv differenziert angeben. In jedem labilen Zwischenstadium wiederum gilt es, ein komplexes Gleichgewicht zwischen den sichernden (salutogenen) und den hemmenden (pathogenen) Prozessen herzustellen bzw. auszubalancieren (vgl. Franzkowiak, 2018). Präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen können diese Prozesse beeinflussen. Durch die Perspektive des HE-DE-Kontinuum hemmen die präventiven Maßnahmen die Bewegung oder Verschiebung in Richtung eines imaginären Krankheitsendpunktes. Die Orientierung der Prävention liegt somit auf der Pathogenese bzw. dem Krankheitsbegriff. Kontrastierend bezieht sich die Gesundheitsförderung auf die Salutogenese, also der Orientierung in Richtung des Gesundheitsendpunktes durch eine Stärkung der Regulations- und Anpassungsfähigkeit (vgl. Blümel, 2015). Die folgende Darstellung verbildlicht die Orientierung der Prävention und Gesundheitsföderung im HE-DE-Kontinuum:

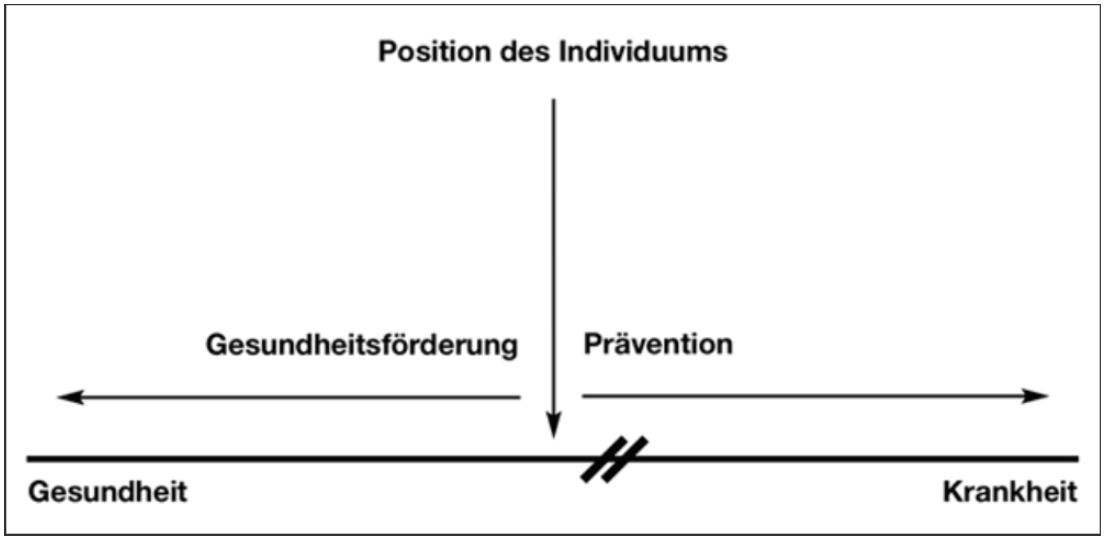


Abbildung 2: Individuum, Prävention und Gesundheitsförderung auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum, Quelle: Blümel, 2015

Schlussendlich sind die beteiligten gesundheitsfördernden als auch hemmenden Faktoren von jedem Individuum aktiv beeinflussbar (vgl. Töpper & Vogt, 2011: 18). So wird die Prävention als die Gesamtheit aller Interventionen mit dem Ziel der frühzeitigen Verhinderung oder Verzögerung von potentiellen gesundheitlichen Schädigungen definiert (vgl. Slesina & Bohley, 2011: 619).

Dem gegenüber ist die Gesundheitsförderung entscheidend für die Ermöglichung einer gesundheitsbewussten, aktiven und autonomen Lebensgestaltung, - im Idealfall bis in das hohe Lebensalter. Unter dieser Intension wird das Ziel der Steigerung der Selbstbestimmung über die Lebensumstände eines Individuums sowie dessen Befähigung zur Stärkung der eigenen Gesundheit verfolgt (vgl. Töpper & Vogt, 2011: 10-12). Diese Sichtweise aus präventiven und gesundheitsförderlichen Maßnahmen bildet die Grundlage für das betriebliche gesundheitsfördernde Handeln.

2.2. Rahmenmodell zu der Qualität in der BGF

Durch die Qualitätsziele in der BGF sollen einerseits die gesundheitsrelevanten Wirkungen von Interventionen sowie der daraus folgende Nutzen auf die Gesundheit der jeweiligen Zielpersonen gesteigert (Effektivität) und andererseits die dabei vermeidbaren Kosten gesenkt (Effizienz) werden (vgl. Kolip, 2017). Die Konzentration auf die jeweiligen Zielpersonen bedeutet, dass die individuellen Kompetenzen innerhalb von zusammengehörigen Personengruppen, beispielsweise durch einen gemeinsamen Arbeitsplatz, gestärkt werden müssen, sodass schlussendlich jedes Individuum zu einem selbstbestimmten und gesundheitsbewussten Handeln in der Lage ist. Dementsprechend wird der sog. Settingansatz verfolgt (vgl. Schneider, 2012: 28). Damit zielt man letztendlich darauf ab, die Nutzbarkeit von Gesundheitschancen zu vervielfältigen. Aus diesem Grund müssen sich alle Maßnahmen direkt als auch indirekt auf das Verhalten, wie beispielsweise auf das der Beschäftigten und ihrer Verhältnisse am Arbeitsplatz, beziehen und dieses beeinflussen. Die BGF bzw. deren Qualitätsziele zu verfolgen bedeutet also, eine Kombination der Stärkung der sozialen und persönlichen Ressourcen einerseits und andererseits eine Entwicklung von gesundheitsförderlichen Rahmenbedingungen im Betrieb zu schaffen (vgl. Slesina & Bohley, 2011: 620).

Ungeachtet dessen sind die Wirkungen von BGF in hohem Maße von der Umsetzung der Interventionsmaßahmen in der Praxis abhängig, weshalb sich die Spirale der Qualitätsverbesserung in folgender Abbildung mehrfach auf die Durchführung bezieht:

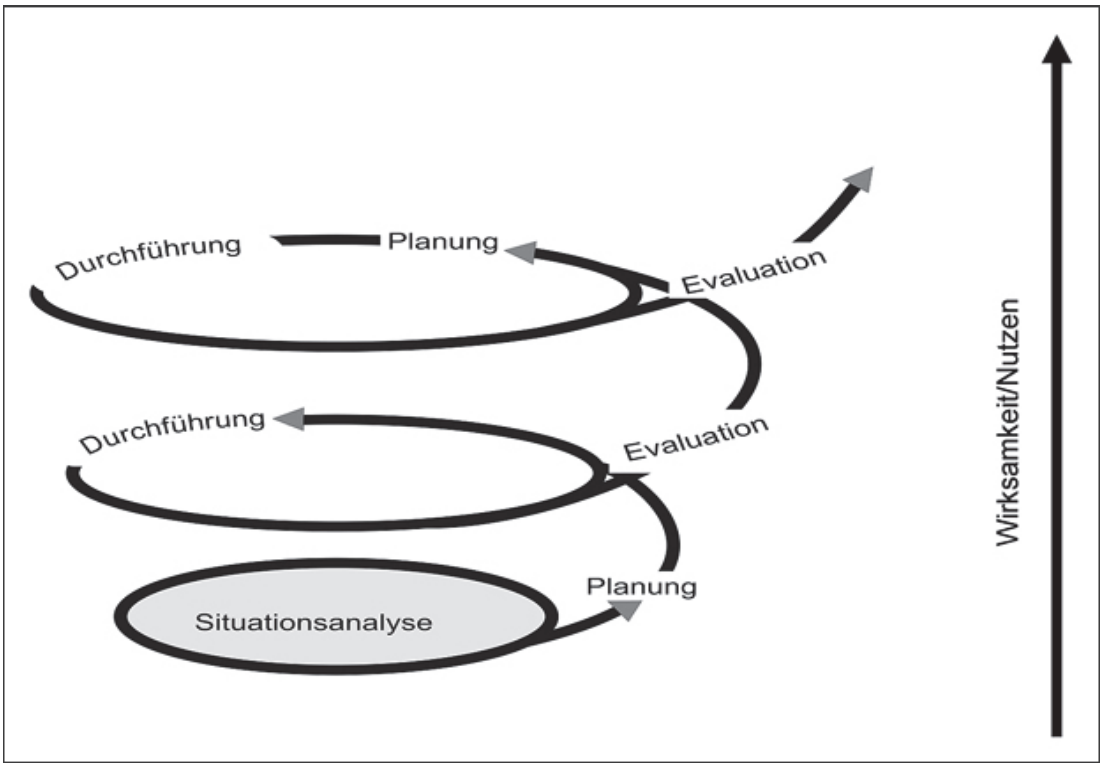


Abbildung 3: Spirale der Qualitätsverbesserung, Quelle: Kolip, 2017

Der Lernzyklus beginnt mit dem Public Health Action Cycle. An erster Stelle gilt es, das zu bearbeitende Gesundheitsproblem möglichst nach epidemiologischen, medizinischen sowie sozialen Aspekten zu bestimmen und zu definieren. Darauf aufbauend können Strategien bzw. Interventions-maßnahmen konzipiert werden, die darauf abzielen, das Problem zu lösen oder zumindest zu vermindern. Im nächsten Schritt folgt die Umsetzung der Interventionsmaßnahmen. Anschließend ist es das Ziel, die durchgeführten Interventionsmaßnahmen in ihrer Wirkungsweise zu bewerten (vgl. Rosenbrock & Hartung , 2015). Bei dieser Evaluation, dem Spiralgedanken folgend, wird der Verlauf einer oder mehrerer Interventionsmaßnahmen anhand der Kriterien Angebotstreue, -weite und -akzeptanz überprüft.

Somit besteht die Möglichkeit, frühzeitig im Durchführungsprozess zu entscheiden, welche Anpassungen der Interventionskomponenten ggf. getroffen werden müssen, damit der Zyklus mit einem höheren Wirkungsgrad neu beginnen kann (vgl. Haack & Haß, 2016). Dazu werden jeweilige Qualitätsziele gesetzt, die sich aus der gesundheitsförderlichen Wirkung, der gesundheitsbezogenen Effektivität und der Effizienz in Betrachtung des Kosten- und Leistungsaufwandes zusammensetzen. Vor allem bei der Realisierung in der betrieblichen Praxis entsteht so ein eher langwieriger Prozess, der eine kontinuierliche Verbesserung der Qualität der Interventionsmaßnahmen ermöglicht, aber auch bedarf (vgl. Kolip, 2017). Durch die sich stetig ändernden Kontextbedingungen und Bedürfnisse der Zielgruppe können immer neue Erkenntnisse in den jeweiligen Evaluationsebenen gewonnen werden, die sich in dieser Spirale der kontinuierlichen Verbesserung wiederfinden. Das nachfolgende Kapitel greift die Spirale der Qualitäts-verbesserung auf und gibt mit der Situations- bzw. Problemanalyse von arbeitsbedingten MSE in der Gesundheits- und Krankenpflege eine erste Einschätzung eines Gesundheitsproblems.

3. Arbeitsbedingte Muskelskeletterkrankungen

Bundesweit sind ein Viertel (25,2 Prozent) aller AU-Tage in der Gesamtbevölkerung auf MSE zurückzuführen. Damit bilden MSE laut des Betriebskrankenkassenreports 2017 die Spitze der Ursachen für Berufsunfähigkeit und medizinischer Rehabilitation (vgl. Knieps & Pfaff, 2017: 42). Gegenüber der Gesamtbevölkerung trägt besonders das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal ein erhöhtes Risiko einer Erkrankung des MSS (vgl. Soyka, 2000: 14). Auch international betrachtet ist der Pflegeberuf mit einer erhöhten Prävalenz an arbeitsbedingten MSE behaftet (vgl. Smith et al., 2004).

Die Beschwerden durch MSE werden meist mit Schmerzen der Brust- und Lendenwirbelsäule sowie der Gesäßregion symptomatisiert oder auch als Rückenschmerzen bezeichnet. Jedoch bildet der Rückenschmerz nur eine Untergruppe der Muskulatur und Knochengerüst betreffenden Erkrankungen (vgl. Fuhrmann, 2011: 4). Man spricht bei degenerativen Erkrankungen der Wirbelsäule, der Gelenke sowie der muskulären Strukturen in Folge von bestimmten Arbeitsfaktoren und entsprechenden Auswirkungen auf das MSS von sog. arbeitsbedingten MSE (vgl. Liebers & Caffier, 2009: 244). Hierbei wird je nach organischer Ursache zwischen spezifischen und unspezifischen Rückenschmerzen unterschieden. Nachweisbare Ursachen können sich *„durch langjähriges Heben oder Tragen schwerer Lasten oder durch langjährige Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung“* ergeben (BMJV, 2017). Über 85 Prozent der Betroffenen klagen jedoch über unspezifische Rückenschmerzen ohne organisch nachweisbare Ursache. Der Krankheitsverlauf kann je nach Einwirkung von arbeitsplatzbezogenen Risiko- und Schutzfaktoren variieren. In Hinblick auf das Tätigkeitsfeld des Pflegepersonals gelten stressbehaftete Arbeitsprozesse in Schichten vor allem als psychische Belastungen (vgl. Bendig, 2017: 3; Stadler & Spieß, 2009:68). Bei den physischen Belastungen bzw. mit Fehlbelastungen einhergehenden Tätigkeiten wird vordergründig das Tragen und Heben schwerer Lasten als beruflicher Risikofaktor benannt (vgl. BÄK, KBV & AWMF, 2017: 18). Wie deutlich die manuelle Handhabung von Lasten im Arbeitsalltag der Gesundheits- und Krankenpflege ausgeprägt ist, kann auch anhand der Lastenhandhabungsverordnung (LastenhandhabV) illustriert werden. Denn bei der Definition der manuellen Handhabung als Ganzkörpereinsatz wird deutlich, dass neben dem Tragen und Heben auch das Halten, Aufnehmen, Ziehen und Senken von Lasten zu berücksichtigen ist (vgl. §1 Absatz 1, 2 LasthandhabV). Durch ungeeignete Arbeitstechniken bei dem Tragen, Heben oder Lagern von zu pflegenden Personen können diese komplexen Tätigkeiten zu arbeitsbedingten Ausfällen führen (vgl. Ammann, 2013: 11). Bei alltäglichen Patiententransfers, etwa bei der Höherlagerung zum Bettkopfende, zeigt sich Studien zufolge eine durchschnittliche einwirkende Druckkraft von etwa sieben Kilonewton (kN) auf die Bandscheiben.

Empfehlungen zu der maximalen lumbalen Kompressionsbelastung durch das Heben und Tragen von Lasten hingegen geben für Frauen einen Wert von 2,5 kN und für Männer einen Wert von 2,7 kN vor, der in der Praxis um mehr als das Doppelte täglich mehrfach überschritten wird (vgl. Jäger, et al., 2012: 534-536). Es wird weiterhin davon ausgegangen, dass bei ruckartigen Bewegungen besonders hohe oder gar noch höhere Werte zu erwarten sind, zumal diese Arbeitsaufgaben unregelmäßig, unvorhersehbar, in unterschiedlicher Intensität und meist unter Zeitdruck ausgeführt werden müssen (vgl. Stadler & Spieß, 2009: 68).

Abhängig von der Dauer der auftretenden Beschwerden können die MSE zwischen akuten (bis zu sechs Wochen), subaktuten (bis zu zwölf Wochen) und chronischen (länger als zwölf Wochen) Rückenschmerzen differenziert werden. Kehren die Rückenschmerzen mit erheblichen Verschlechterungen nach einem beschwerdefreien Intervall von mindestens sechs Monaten wieder, handelt es sich um eine rezidivierende Chronifizierung (vgl. BÄK, KBV, & AWMF, 2017: 13). Aufgrund der Multikausalität liegt oftmals eine lange Zeitspanne zwischen der Belastung des MSS und dem Auftreten der Erkrankung vor (vgl. Kuhn , 2007: 28 f.). Folglich ist es entscheidend, in welchem Ausmaß die Rückenmuskulatur und andere Schutzfaktoren gestärkt werden, um die Auftretensdauer zu beeinflussen, denn genauso gut kann eine schwache Ausbildung der Rückenmuskulatur und fehlende Dehnung in alltagsunüblichen Positionen mit dem Auftreten von Rückenschmerzen assoziiert werden (vgl. Luoto, et al., 1995: 323 f.). Gleichermaßen begünstigt die Zunahme an muskulären Unterforderungen, beispielsweise durch sitzende Tätigkeiten bei der Dokumentation von Patientenakten, wiederum Verletzungen und Überforderungen im Arbeitsalltag (vgl. Liebers & Caffier, 2009: 244). Letztendlich sollte es bei der Eruierung arbeitsplatzbezogener Risikofaktoren darum gehen, alle Arbeitsverfahren, -umstände sowie -verhältnisse zu berücksichtigen, die für auftretende MSE verantwortlich sein könnten.

4. BGF in der Gesundheits- und Krankenpflege

4.1. Rückengerechtes Arbeiten

Aus den technischen bzw. baulichen, den organisatorischen und den personenbezogenen Maßnahmen ergibt sich eine gesundheitsfördernde Arbeitsumgebung. Die baulichen Maßnahmen schließen beispielsweise barrierefreie Türen und Böden, ausreichend Platz in den Behandlungs- und Pflegeräumen oder auch eine hinreichende und auffindbare Ausstattung mit Hilfsmitteln auf den Stationen ein. Darüber hinaus spielt die Arbeitsorganisation zu der Sicherung einer gesundheitsförderlichen Umgebung eine entscheidende Rolle. Zu nennen ist hier beispielsweise eine angepasste Dienstplangestaltung, die genügend Personal vorsieht und bei der ausreichende Hilfsmittel bereitgestellt werden. So kann auf der betrieblichen Ebene dem Arbeitsstress entgegengewirkt werden. Sind diese Voraussetzungen geschaffen, liegt letztendlich der Fokus auf den personenbezogenen Maßnahmen, die es entsprechend des Tätigkeitsfelds des Pflegepersonals anzupassen gilt (vgl. BGW, 2017: 7). Mit der Veränderung hin zu einer rückengerechten Arbeitsweise beziehen sich die personenbezogenen Maßnahmen im Rahmen der BGF in erster Linie auf drei Aspekte, um Gefährdungen bei der manuellen Handhabung von Lasten zu vermindern oder gar zu vermeiden. Der Begriff „Lasten“ bezieht sich in diesem Kontext daher nicht nur auf Gegenstände, sondern schließt Personen ausdrücklich mit ein (vgl. §1 Absatz 1,2 LastenhandhabV).

Auf der ersten Ebene gilt es, an die **Beschaffenheit des Arbeitsplatzes und der Arbeitsplatzumgebung** für eine möglichst rückengerechte Arbeitsweise anzuknüpfen. Im Pflegealltag ist es notwendig, dass das Pflegepersonal darauf achtet, den zu der Verfügung stehenden Platz nicht nur bei Patiententransfers, sondern auch bei der Positionierung des Pflegebettes im Behandlungszimmer zu nutzen. Nur so kann von allen drei Bettseiten ein rückengerechter Zugang zu der zu pflegenden Person erfolgen. Die höhenverstellbaren Pflegebettfunktionen

während der Behandlung oder Lagerung von Patienten vermeiden verkrampfte und belastende Arbeitshaltungen (vgl. Ammann, 2013: 21). Der Anhang der LastenhandhabV weist entsprechend darauf hin, dass genügend vertikaler Raum, die Rutschfestigkeit und Stabilität der Standfläche, die ausreichende Beleuchtung und Ebenheit ebenfalls relevante Faktoren für die Rückengesundheit darstellen können (vgl. Anhang Absatz 1-3 LastenhandhabV).

Die zweite Ebene schließt die **individuelle Handhabung der „Last“** als wichtigen Ansatzpunkt ein. In Bezug auf die zu handhabende Last, i.S. der pflegebedürftigen Person, ist vor allem auf das Gewicht, die Größe und Form sowie die Lage potentieller „Angriffsstellen“ an der Last zu achten. Zudem spielt die individuelle Schwerpunktlage der zu pflegenden Person einerseits und der Pflegekraft andererseits eine Rolle, wobei unvorhersehbare Bewegungen der „Last“ einkalkuliert werden sollten (vgl. Anhang Absatz 1-3 LastenhandhabV). Übertragen auf die Pflegetätigkeit bedeuten diese Anforderungen, Größe und Körperbau, d.h. die Beschaffenheit, jeder einzelnen zu pflegenden Person individuell zu berücksichtigen. Ob die Hinweise der LastenhandhabV auf den Pflegealltag übertragbar sind, ist fraglich, denn die zu pflegende Person kann meist nur schwer körpernah gehalten werden (vgl. Fuhrmann, 2011: 45). Aus diesem Grund werden kleine Hilsmittel eingesetzt, die vor allem in rückenbelastenden Tätigkeiten, wie bei der Lagerung, der Körperpflege oder dem Umsetzen, unterstützend wirken (vgl. Ammann, 2013: 20). Durch eine gezielte Nutzung von Rutsch- und Rollbrettern, Bettzügeln oder Antirutsch- und Gleitmatten kann die körperliche Anstrengung der Pflegekraft erheblich reduziert werden (vgl. BGW, 2017: 12 f.). So ergibt sich in den meisten Fällen die Möglichkeit, auf eine helfende zweite Pflegekraft zu verzichten (vgl. Ammann, 2013: 9).

Die dritte und letzte Ebene bezieht sich auf die **zu erfüllende Arbeitsaufgabe** an sich. Neben der einzunehmenden Körperhaltung und den physichen Bewegungen spielt auch die Entfernung, das Ausmaß, die Häufigkeit und die Dauer des erforderlichen Kraftaufwandes eine nicht zu vernachlässigende Rolle. Ebenso sind das Arbeitstempo und die Entfernung der Last zu dem eigenen Körper entscheidend (vgl. Anhang Absatz 1-3 LastenhandhabV). In der Umsetzung dieser Anforderungen aus der LastenhandhabV soll das Pflegepersonal die eigenen körperlichen Voraussetzungen möglichst angemessen einschätzen können, um so zu entscheiden, ob und wann etwa eine zweite Pflegekraft oder Hilfsmittel einzubeziehen sind. Die Beachtung eigener Bewegungsmuster mit der entsprechenden Verlagerung des Eigengewichtes und der zu hanhabenden Last kann dazu beitragen, die Bein- und Bauchmuskulatur anstelle des MSS zu beanspruchen. Zusätzlich können erlernte Entspannungstechniken oder Rückenkräftigungsangebote helfen, die Belastungen des MSS zu entgegnen (vgl. Ammann, 2013: 20 f.).

Zusammenfassend gilt für das rückengerechte Arbeiten, einen Dreiklang von technischen Maßnahmen (Ausstattung mit kleinen und technischen Hilfsmitteln), organisatorischen Maßnahmen (Festlegung des Einsatzes von Hilfsmitteln in der Pflegeplanung, Abstimmung der Raumnutzung und Dienstplanung) und personenbezogenen Maßnahmen (Nutzung von Rückenkräftigungsangeboten, Vermeidung von Dauerstress, etc.) für die Erhaltung der Rückengesundheit des Pflegepersonals herzustellen. Darüber hinaus deuten die Hinweise der LastenhandhabV an, dass die Pflegekräfte die Gefährdungen der Rückengesundheit durch übermäßige Belastungen nicht nur erkennen, sondern sich vielmehr einen Überblick über Funktions- und Wirkungsweisen spezifischer Arbeitstechniken sowie der Anwendung technischer und kleiner Hilfsmittel verschaffen sollten. Damit kommt den Fortbildungen, Unterweisungen und Schulungen eine besondere Bedeutung zu, die Fachkompetenz des Pflegepersonals im Umgang mit der eigenen Rückengesundheit zu stärken.

4.2. Pflege- und Mobilisationskonzepte

Neben den eher ergonomisch geprägten Hinweisen zu der Arbeitstechnik gilt es, auch Konzepte zu der Förderung der Rückengesundheit des Pflegepersonals einzubeziehen, die verstärkt auf die Ressourcen in Zusammenarbeit mit den zu pflegenden Personen zurückgreifen. Die Pflege- und Mobilisationskonzepte wie die Kinästhetik, Basale Stimmulation oder Bobarth zielen auf die Förderung der Selbstständigkeit der zu pflegenden Personen ab. Durch einen aktiven Einbezug der zu pflegenden Person bei der Mobilisation oder dem Transfer wird die Belastung des MSS des Pflegepersonals erheblich reduziert. So kommt etwa der Kinästhetik im Rahmen der Förderung der Rückengesundheit des Pflegepersonals in der vorliegenden Arbeit großes Intersse zu, da sie nicht starre Arbeitstechniken vermittelt, sondern bei jeder pflegebedürftigen Person individuell anwendbar ist. Dessen Begründer Dr. F. Hatch und Dr. L. Maietta bezeichnen die Kinästhetik als Lehre der menschlichen Bewegung. Angewendet als Handlungskonzept in der Pflege wird die pflegebedürftige Person mit individuellen Fähigkeiten angesehen, welche es zu entdecken, zu fordern und zu fördern gilt. Daraus resultierend können so geeignete rückengerechte Arbeitstechniken zur Mobilisation und zum Transfer entwickelt und gefördert werden (vgl. Ammann, 2013: 62).

Die Voraussetzung, dass eine Pflegekraft das eigene Verhalten an entsprechende gesundheitsförderliche Konzepte anpasst, ist die Erwartung einer tatsächlichen Verbesserung der eigenen Gesundheit. Gleichzeitig muss das Pflegepersonal davon überzeugt sein bzw. werden, die dafür notwendigen Maßnahmen auch dauerhaft umsetzen zu können. Die alleinige Absicht (Intention) das Verhalten dauerhaft zu ändern, ist oft nicht ausreichend (vgl. Faltenmaier, 2015). An dieser Stelle muss der Wille (Volition) zur Förderung der Rückengesundheit durch eine feste Planung einzelner Verhaltensziele gestärkt sowie regelmäßig kontrolliert und reflektiert werden.

Dabei gelten motivationale Grundsätze, die zeigen, dass ein gesundheitsförderliches Verhalten umso häufiger gezeigt wird, je geringer die persönlichen Kosten, i.S. von Zeit-, Vorbereitungs- und Bewegungsaufwand, gegen die eigenen Gewohnheiten sind. Gleichzeitig wird dieses Vorhaben gestärkt, indem die möglichst unmittelbaren Gewinne (z.B. keine Rückenschmerzen) zunehmen. Soziale Einflüsse wie die Mitarbeit oder Unterstützung von KollegInnen bzw. auch deren Ablehnung dieses neuen Verhaltens durch die Kollegen oder extrinsische Motivationsmahnamen wie ein Belohnungssystem auf betrieblicher Ebene haben je nach Situation fördernden oder hemmenden Charakter (vgl. Faltenmaier, 2015).

4.3. Der Effekt der Ganzheitlichkeit in der BGF

Der ganzheitliche Ansatz der BGF zielt auf eine Kombination von verhältnis- und verhaltensorientierten Interventionsmaßnahmen ab. Neben Konzepten in Form von Weiterbildungen, die direkt auf das Verhalten abzielen, sollten somit auch die Kontextbedingungen und Hilfsmittel als verhältnisbezogene Ansätze und Maßnahmen ihre Anwendung finden, um so eine maximale Effektivität der Gesamtintervention zu erreichen (vgl. Ducki, 2000: 21). Jäger et al. illustrierten in ihrer Studie die Veränderung der einwirkenden Druckkraft auf die Bandscheiben unter einer konventionellen, einer optimierten rückengerechten Arbeitsweise nach dem Kinästhetikkonzept sowie einer zusätzlichen Verwendung von Hilfsmitteln. Der Effekt aus dem Zusammenspiel der verhaltens- und verhältnisbezogenen Maßnahmen wird in folgender Abbildung deutlich:

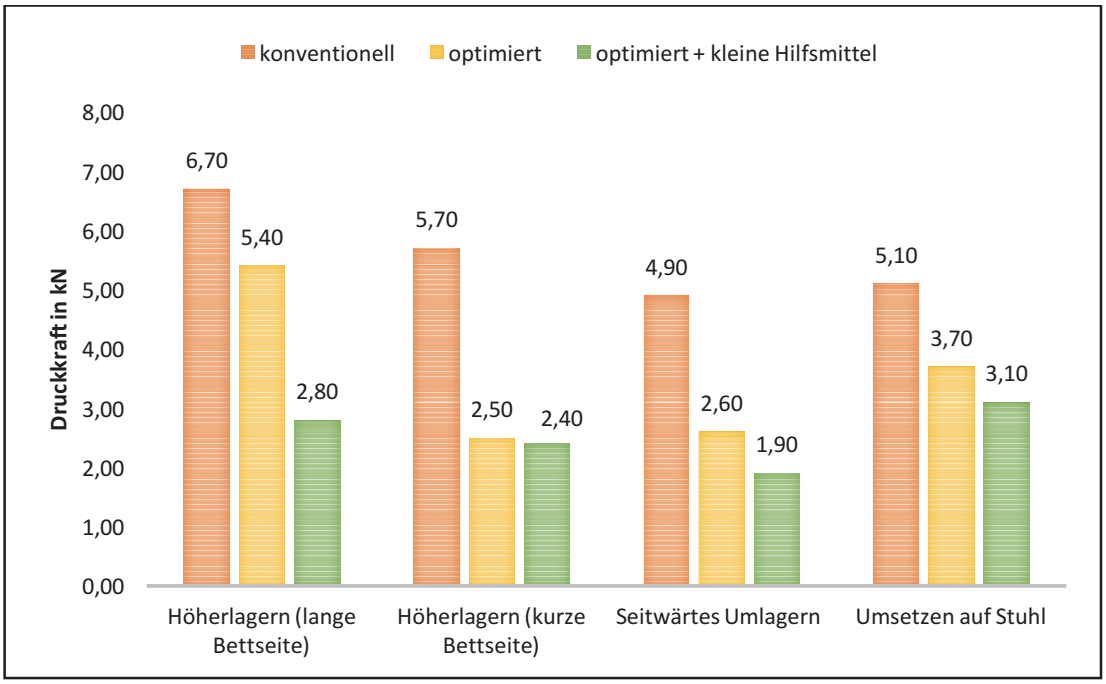


Abbildung 4: Die einwirkende Druckkraft auf die Bandscheibe bei gängigen Patiententransfers, Quelle: In Anlehnung an Jäger, et al., 2012: 534-536.

Sichtbar wird die Notwendigkeit der Verknüpfung von kinästhetischen Elementen mit technischen und kleinen Hilfsmitteln. Allerdings gilt die Anwendung der Kinästhesie als eine eher zeitintensive Maßnahme zur Förderung der Rückengesundheit, denn die Entwicklung der situations- und personenabhängigen Arbeitstechniken benötigt viel Zeit. Durch die durchaus stressigen Arbeitsabläufe im Pflegealltag kann sich dies ggf. eher limitierend auf die Umsetzung in der Praxis auswirken (vgl. Fuhrmann, 2011: 49). Weiterhin wird ersichtlich, dass die bloße Bereitstellung der Hilfsmittel eine Vermittlung der Einsatz- und Umgebungsmöglichkeiten der kinästhetischen Arbeitsweise nicht ersetzt. Resultierend sollte idealtypisch die verhaltensorientierte Kinästhetikweiterbildung die bereitgestellten verhältnisorientierten Maßnahmen aufnehmen und ergänzen. Diese Intention wird durch das Fazit von Malo (2012: 100) bestärkt, denn beide Ansätze schließen sich nicht aus, sondern können durchaus miteinander kombiniert werden.

5. Untersuchungsverlauf

Wie bereits in der Einführung vorgestellt, soll überprüft werden, ob eine im Kontext eines Gesundheits- und Krankenpflegealltags realisierte verhaltensorientierte Interventionsmaßnahme zu der Förderung der Rückengesundheit des Pflegepersonals von den Teilnehmerinnen als wirksam bzw. hilfreich beurteilt wird – und falls ja, welche Möglichkeiten zu der Optimierung dieser Interventionsmaßnahmen vor dem Hintergrund des betrieblichen Alltags bestehen.

5.1. Untersuchungsort Klinikum Chemnitz

Das Klinikum Chemnitz ist – eigenen Aussagen zufolge – ein leistungsstarkes Krankenhaus der Maximalversorgungsstufe und beschäftigte im Jahr 2018 insgesamt etwa 7.000 MitarbeiterInnen, darunter 1.431 Pflegekräfte (vgl. Klinikum Chemnitz gGmbH, 2020). Weil nach eigenen Einschätzungen die Klinikbeschäftigten jeden Tag Höchstleistungen erbringen, hat das Klinikum im Rahmen der BGF eine Vielzahl von Interventionsmaßnahmen zur Förderung der Beschäftigtengesundheit geschaffen. Im Bereich der Rückengesundheit gibt es, abgesehen von internen Angeboten zur Physiotherapie, Rehabilitationssport und Fitnessangeboten, auch Rückenschulen und Massagen (vgl. Klinikum Chemnitz gGmbH, 2019: 10-12). Darüber hinaus sind die Stationen mit technischen und kleinen Hilfsmitteln ausgestattet. Im Fortbildungsbereich werden Kurse zu rückengerechten Patiententransfers sowie Grund- und Aufbaukurse zur Kinästhetik angeboten. Wer an zusätzlichen sportlichen Aktivitäten im Freizeitbereich interessiert ist, kann, so das Klinikum, durch Volleyball oder Tanzen etwas für die eigene Rückengesundheit unternehmen (vgl. Klinikum Chemnitz gGmbH, 2019: 14 f.). All diese und weitere Informationen können die Beschäftigten der klinikinternen Broschüre des Betrieblichen Gesundheitsmanagements entnehmen (vgl. Klinikum Chemnitz gGmbH, 2019: 1).

5.2. Vorstellung des Samples

An der Befragung der vorliegenden Arbeit nahmen fünf Pflegekräfte aus zwei verschiedenen, für eine bessere Vergleichbarkeit aber funktionsgleichen Stationen des Klinikums Chemnitz teil. Die Anzahl der Befragungen wurde vorab für eine bessere Planung festgelegt. Die drei Teilnehmerinnen des Kinästhetikkurses bilden die Gruppe A. Die zweite Gruppe B beinhaltet die Nicht-Teilnehmer, um auch die Gründe für fehlende Angebotsakzeptanz zu erheben. Durch eine Gegenüberstellung beider Gruppen sollen sich so mögliche Unterschiede bei der Anwendung von rückengerechten Arbeitstechniken zeigen lassen. Angesichts der gleichen Berufsausbildung und der hohen beruflichen Erfahrung (mit der Ausnahme einer Befragten) aller Befragten im Klinikum Chemnitz (vgl. Tabelle 1) könnte angenommen werden, dass die möglichen Unterschiede in der Anwendung rückengerechter Arbeitstechniken auf die Intervention „Kinästhetikkurs“ zurückzuführen sind.

Tabelle 1: Demografische Daten des Samples

ID	Geschlecht	Alter	Position	Berufsdauer	Dauer im Klinikum	Dauer Interview
P1	weiblich	50 Jahre	Krankenschwester	34 Jahre	21 Jahre	15 min
P2	weiblich	50 Jahre	Krankenschwester	34 Jahre	34 Jahre	17 min
P3	weiblich	50 Jahre	Krankenschwester	37 Jahre	11 Jahre	12 min
P4	weiblich	41 Jahre	Krankenschwester	22 Jahre	5 Jahre	14 min
P5	weiblich	21 Jahre	Gesundheits- und Krankenpflegerin	1,5 Jahre	1,5 Jahre	12 min
E	männlich	48 Jahre	Fachkrankenpfleger, Kinästhetiktrainer	31 Jahre	26 Jahre	70 min

Für eine multiperspektivische Sichtweise sind die Befragungsergebnisse des Kursleiters der Kinästhetik ergänzt worden, sodass die Auswertung der Angaben der Teilnehmerinnen und Nicht-Teilnehmerinnen auch vor dem Hintergrund der fachspezifischen Einordnung erfolgen kann.

5.3. Qualitatives Erhebungsinstrument

Für eine inhaltliche Fokussierung während des Gesprächs liegt der Schwerpunkt auf der Beurteilung des Kinästhetikkurses in Anwendung für den eigenen Pflegealltag. Um eine Vergleichbarkeit zwischen den Befragten zu gewährleisten, stützt sich jedes Interview auf einen Leitfaden, welcher nach den wesentlichen theoriegeleiteten Aspekten der Fragestellung aufgebaut ist. Grundlage für den theoretischen Hintergrund bildete eine Literatur- und Datenbankrecherche in der Hochschulbibliothek Neubrandenburg, der Stadtbibliothek Chemnitz und sowie der Klinikbibliothek in Chemnitz sowie eine systematische Sichtung aktueller Broschüren, wie die der BGW. Zusätzlich erfolgte eine gezielte Internetrecherche auf den Webseiten der BA und des BMG als Zugang für empirische Studien. Für die Leitbegriffe der BGF und entsprechenden Modelle wurde die Datenbank der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) nach dem Gesundheitsbegriff, dem Gesundheitsverhalten sowie der Qualitätssicherung durchsucht.

Unter der Perspektive der Bedarfsanalyse beinhaltet das Erhebungsinstrument die Erfassung der subjektiven Betroffenheit von MSE der Befragten, welche auf den Bedarf an entsprechende Interventionsmaßnahmen schließen lässt. Da es sich bei dem Kinästhetikkurs um eine verhaltensorientierte Interventionsmaßnahme handelt, wird in Anlehnung an Haack & Haß (2016, siehe auch Kap. 3 dieser Arbeit) davon ausgegangen, dass sie anhand der Kriterien Angebotserreichung, -akzeptanz und -treue überprüft werden sollte. Abschließend sind in dem Rahmen einer formativen Evaluation die Beteiligung des Pflegepersonal am Rückmeldungsprozess und dabei hervorgehende Bedürfnisse ebenso Bestandteil des Erhebungsinstruments. Damit ergeben sich insgesamt sechs Kategorien, die sich in ihren Inhalten wie folgt darstellen lassen:

Tabelle 2: Übersicht zu der Kategorienbildung

<table>
<tr><th>Kategorie</th><th>Gruppe A
(mit Teilnahme)</th><th>Gruppe B
(ohne Teilnahme)</th><th>Experten-
interview</th></tr>
<tr><td>1. Bedarf</td><td colspan="2">Subjektive Einschätzung der Betroffenheit an MSE und Erfassung von Rückenbelastungsfaktoren</td><td>Einschätzung über die Rückenbelastungs-faktoren am Arbeitsplatz</td></tr>
<tr><td>2. Angebots-erreichung</td><td colspan="2">Subjektives Verständnis einer rückengerechten Arbeitsweise sowie das Wissen über Fortbildungsangebote und Informationsquellen im Klinikum</td><td>Meinung zu dem besten Sensibilisierungs-weg des Pflegepersonals</td></tr>
<tr><td>3. Angebots-akzeptanz</td><td>Prüfung der Gründe und Motivation für die Teilnahme am Kinästhetikkurs sowie die Erkenntnisentnahme</td><td>Prüfung der Gründe für die Nicht-Teilnahme am Kinästhetikkurs und Motivation für eine Anmeldung</td><td>Meinung zu der Dauer und des Ziels des Rückenkurses sowie den Weg der Motivation des Pflegepersonals zur Teilnahme</td></tr>
<tr><td rowspan="2">4. Angebots-treue</td><td>Prüfung der Erfüllung der Kursziele:</td><td>Prüfung von alternativen Methoden äquivalent zu folgenden Zielen:</td><td rowspan="2">Meinungs-erfassung über die Erreichung der Kursziele</td></tr>
<tr><td colspan="2">a) Förderung der Bewegungskompetenz
b) Anwendung prozessorientierter Mobilisation mit zu pflegenden Personen
c) Mobilisationsmotivation in Zusammenarbeit mit anderen Pflegekräften
d) Integration von Hilfsmittel in den Arbeitsalltag
e) Veränderung des Gesundheitsverhaltens</td></tr>
<tr><td>5. Einbezug des Pflege-personals in die Evaluation</td><td>Rückmeldungs-möglichkeiten zum Rückenkurs oder dem Angebot der BGF</td><td>Rückmeldungs-möglichkeiten zum Angebot der BGF</td><td>Meinung zur Erreichung der Kursziele und über die Möglichkeiten der Überprüfbarkeit der Erfolge</td></tr>
<tr><td>6. Bedürfnisse</td><td>Feststellung der Zufriedenheit ggü. des Rückenkurses oder dem Angebot des BGF sowie die Erfassung von Kritik und Wünschen</td><td>Feststellung der Zufriedenheit ggü. dem Angebot des BGF sowie die Erfassung von Kritik und Wünschen</td><td>Erfassung der Inhalte der Rückmeldungen und
Wünsche über Unterstützungs-möglichkeiten</td></tr>
</table>

Nach Mayring resultiert daraus die Leitfadenkonstruktion (vgl. Mayring, 2016: 71), die an die jeweiligen Gruppen angepasst wurde (vgl. Anh. 2). Es wurden zu den Leitfadenfragen, sog. Schlüsselfragen, auch Hilfsfragen formuliert, um den Gesprächsfluss unterstützend beizubehalten (vgl. Mayring, 2016: 70).

5.4. Durchführung der Befragungen

Die erstellten Interviewleitfäden wurden je Gruppe in zwei Pretests auf ihre Durchführbarkeit erprobt. Die finalen Anpassungen bestanden in erster Linie aus einer Kürzung der Interviewdauer, da es die hohe Arbeitsauslastung und der geringe verfügbare zeitliche Rahmen des zu befragenden Pflegepersonals zu berücksichtigen galt.

Schließlich wurden die sechs Befragungen in Form eines Telefoninterviews aufgrund der pandemiebedingten Hygienemaßnahmen durchgeführt. Die Dauer der Interviews belief sich auf durchschnittlich 13,4 Minuten und die Befragungen fanden während der Arbeitszeit statt (vgl. Tabelle 1). Das Experteninterview mit dem Kursleiter war zwar ebenfalls auf die Dauer von etwa 20 Minuten ausgerichtet, dauerte aber 70 Minuten. Es wurde den Befragten ausreichend Freiraum für gegenstandsrelevante Inhalte gelassen und so der Gesprächsverlauf ohne Unterbrechungen gemäß dem Interviewleitfaden angepasst (vgl. Wittkowski, 1994: 26-28).

5.5. Auswertungsschema

Alle Interviews wurden nach der Unterzeichnung der Einwilligungserklärung (vgl. Anh. 1) aufgezeichnet und anschließend wörtlich transkribiert. Nach vorab festgelegten Transkriptionsregeln (vgl. Kuckartz, 2016: 166-168; Anh. 3) erfolgte eine Glättung in normales Schriftdeutsch (vgl. Anh. 4), was die Grundlage für die interpretative Auswertung bildet. Dazu wurde die Auswertungsmethode der inhaltlich strukturierten qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring gewählt. Zu den bereits in der Übersicht definierten Kategorien (vgl. Tabelle 2) wurden unter festgelegten Kodierregeln Ankerbeispiele, d.h. Textabschnitte der Interviews, tabellarisch zugeordnet (vgl. Mayring, 2016: 118; Anh. 4). Eine Reliabilitätsprüfung erfolgte durch die alleinige Bearbeitung dieses Themas nicht. Im folgenden Kapitel gilt es nun, anhand der einzelnen Kategorien die Aussagen der Befragten darzustellen und anschließend bezugnehmend zu dem theoretischen Hintergrund zu diskutieren.

6. Darstellung der Befragungsergebnisse

Die folgende Darstellung der Befragungsergebnisse orientiert sich entsprechend an die vorab gewählten Kategorien (vgl. Tabelle 2; Anh. 4). Einleitend wurden die Pflegekräfte befragt, inwiefern sie von MSE betroffen sind. Vier der fünf Befragten gaben an, Probleme mit dem Rücken zu haben (vgl. Anh. 3.1-3.4). In Gruppe A sind bei zwei Befragten bereits Wirbelsäulenerkrankungen diagnostiziert worden, von denen eine Befragte hinzufügte: *„eigentlich dürfte ich gar nicht mehr hier sein.“* (Anh. 3.1). Auch die dritte Befragte der Gruppe gab wiederkehrende Rückenprobleme an. Im Gegensatz dazu wurde sich in Gruppe B nicht oder nur selten über Rückenschmerzen beklagt (vgl. Anh. 3.4-3.5), - möglicherweise durch den niedrigeren Altersdurchschnitt der Befragten in Gruppe B bedingt (vgl. Tabelle 1). Insgesamt wurde in beiden Gruppen vor allem die Lagerung und die Körperpflege der zu pflegenden Personen als besonders rückenbelastend empfunden. Weiterhin wurde häufiges Laufen unter Stress und das Arbeiten auf einer niedrigen Betthöhe benannt (vgl. Anh. 3.1-3.5). Aus dem Experteninterview mit dem Kinästhetikkursleiter hingegen ergab sich die Betonung der Beanspruchung durch das Heben und Tragen von zu pflegenden Personen, *„die viel schwerer sind als die achtzig, neunzig Kilo und oftmals ist das Problem ja wirklich das Gewicht“* (Anh. 3.6.). Zusätzlich sei es „*auch die Frage seiner eigenen Kompetenzen, d.h. wenn wir viel Muskelspannung brauchen, um im Gleichgewicht zu bleiben und dann wirkt sich das natürlich auf die Beweglichkeit aus und auf die Anpassungsfähigkeit. Das kann natürlich sehr schnell zurück in Beschwerden führen und ganz schnell auch zu gesundheitlichen Schäden führen und uns quasi selber überlasten und, ja das ist so das, wo wir natürlich ganz klar in der Praxis auf die Probleme treffen, die für uns die Rückengesundheit zu einem wichtigen Thema machen.“* (Anh. 5.6.).

Welche Kompetenzen bzw. welches Verständnis für eine rückengerechte Arbeitsweise i.S. der **Angebotserreichung** besteht, ist in dieser Kategorie erhoben worden. In beiden Gruppen thematisierten jeweils zwei Befragte vor

allem das Arbeiten auf einer Höhe, ohne sich bücken zu müssen (vgl. Anh. 3.2-3.5). Darüber hinaus definierte eine Befragte der Gruppe A das rückengerechte Arbeiten folgendermaßen: *„dass ich nicht alleine hebe, trage und versuche Kinästhetik anzuwenden.“* (Anh. 3.1), - und fand damit Übereinstimmung bei ihrer Kollegin (vgl. Anh. 3.3.). Hinsichtlich der Informationsmöglichkeiten zu dem rückengerechten Arbeiten äußerten alle Befragten der Gruppe A Unwissen (vgl. Anh. 3.1-3.3), während Gruppe B sich „im Konsens“ über entsprechende Angebote informieren würde, - allerdings wurde davon nie Gebrauch gemacht (vgl. Anh. 3.4-3.5). Dabei seien, so der Kursleiter, die Möglichkeiten vielfältig *„über das Intranet auch Informationen weiterzuleiten und aufzuklären und Angebote darzustellen und Möglichkeiten zu bieten, zu informieren. Das geht natürlich auch über »CNE« und über andere Portale und natürlich auch über das Jahresprogramm, das das Bildungszentrum anbietet.“* (Anh. 3.6). Andererseits sei die Kommunikation untereinander entscheidend, denn „*der Moment der eigenen Erkenntnis ist ein wichtiges Informationsmodul“* (Anh. 3.6). Allen Befragten ist der Kinästhetikkurs bekannt. Während in Gruppe A einheitlich überdies noch der rückengerechte Patiententransferkurs benannt wurde, besaß Gruppe B darüber hinaus Wissen über die Angebote im Klinikum wie Aquafitness, Physiotherapie und Rückenschule und kannte das interne Fitnessstudio (vgl. Anh. 3.1-3.5).

Die dritte Kategorie widmete sich der **Angebotsakzeptanz**, i.S. der Motivation zu der Inanspruchnahme des Kinästhetikkurses. Alle Befragten der Gruppe A waren motiviert, durch die Teilnahme etwas für die Praxis dazu zu lernen. Zusätzlich gaben die zwei der Befragten an, auch wegen der Weiterbildungspunkte den Kurs in Anspruch genommen zu haben (vgl. Anh. 3.1-3.3). Alle Befragten der Gruppe A hatten bereits an einem Aufbaukurs der Kinästhetik teilgenommen, weil *„es eben dazugehörte*“ (Anh. 3.1.) oder *„zur Auffrischung“* (Anh. 3.2.). In der Gruppe B hingegen erfolgte bisher nur eine Anmeldung zu dem Kinästhetikgrundkurs, mit der Intention *„meine Arbeitsweise*

zu verbessern, um auch effizienter zu arbeiten“ (Anhang 3.5). Der Grund für die bisher fehlende Teilnahme am Kinästhetikkurs liegt laut der Befragten in ihrer kurzen Beschäftigungsdauer im Klinikum Chemnitz (vgl. Anh. 3.4). Zu der Teilnahmemotivation bemerkte der Kursleiter: *„diese Mundpropaganda in verbalem, aber auch im eigenen Erleben ist das, was motivierend ist“* (Anh. 3.6). Die eigene Kompetenzentwicklung durch die Mitgestaltung in der Praxis sei die entscheidende Motivationsgrundlage (vgl. Anh. 3.6). Nach Aussagen des Kursleiters werden alle Lehrinhalte der Kinästhetik innerhalb von drei Weiterbildungstagen vermittelt, sodass nach der Erprobung dieses Wissens in der regulären Tätigkeit des Pflegepersonals in der Praxis ein sog. „Reflexionstag“ zu diskutieren wäre (vgl. Anh. 3.6).

Folgende Befragungsergebnisse wurden der **Angebotstreue** zugeordnet, die die Erfüllung der Kursziele in der Praxis darstellen soll. Dazu wurde das Pflegepersonal zunächst hinsichtlich der ***Bewegungskompetenz*** befragt, d.h. es sollten Situationen benannt werden, in denen besonders auf die eigene Rückengesundheit geachtet und entweder kinästhetische (Gruppe A) oder alternative (Gruppe B) Arbeitstechniken in dem Pflegealltag angewendet werden. In beiden Gruppen wird vor allem auf eine geeignete Arbeitshöhe geachtet (vgl. Anh. 3.1-3.5). *„Seit Kinästhetik pumpe ich das Bett schon hoch“*, meinte eine Befragte der Gruppe A. Die übrigen Befragten dieser Gruppe jedoch gaben an, aus Zeitmangel lieber auf herkömmliche Art zu arbeiten. Eine Befragte der Gruppe A ergänzte, die kinästhetischen Elemente nicht verinnerlicht zu haben und somit auch nicht anwenden zu können (vgl. Anh. 3.1). Entsprechend wies der Kursleiter darauf hin, dass es ganz darauf ankomme, ob TeilnehmerInnen ihre Zeit absitzen oder ob sie die Bewegungen als eine bewusste Erfahrung verinnerlichen und Bewegungen somit auch bewusst verändern könnten (vgl. Anh. 3.6). Auch in Gruppe B, die in keinerlei kinästhetische Arbeitsweisen geschult ist, wird auf eine rückengerechte Arbeitshöhe sowie auf eine geeignete Methode bei der Körperpflege und Lagerung geachtet (vgl. Anh. 3.4-3.5).

Im Hinblick auf die ***prozessorientierte Mobilisation der zu pflegenden Person*** berichteten die Befragten beider Gruppen die Zusammenarbeit und Anleitung als entlastend (vgl. Anh. 3.1-3.5). Nach Auskunft des Kursleiters ist es erforderlich, zunächst in dem Kursraum die Bewegungskompetenz gegenseitig sicher zu erlernen, bevor die gewonnenen Erkenntnisse der Kinästhetik an zu pflegenden Personen mit Beeinträchtigungen angewendet werden. Damit soll es laut des Kursleiters den TeilnehmerInnen gelingen, die (Bewegungs-)Defizite bzw. „Baustellen" in der Praxis bewusster zu analysieren und zu bearbeiten (vgl. Anh. 3.6). So kann sichergestellt werden, dass sich diese neuen Bewegungsmuster in den persönlichen betrieblichen Pflegealltag eingliedern lassen (vgl. Anh. 3.6).

Bezüglich der ***Mobilisationsmotivation in Zusammenarbeit mit anderen Pflegekräften*** wies der Kursleiter darauf hin, dass eine Übertragbarkeit der Lehrinhalte der Kinästhetik auf nicht geschulte Pflegekräfte aufgrund des individuellen Erlebens von Bewegung ohne Weiteres nicht möglich sei. Nur ein sog. *„Peertutor"* sei fähig, die kinästhetischen Elemente an nicht geschultes Pflegepersonal zu vermitteln (vgl. Anh. 3.6). Dennoch gab eine Befragte der Gruppe A an, KollegInnen auf eine kinästhetische Arbeitsweise hingewiesen zu haben, denn *„wenn mehr daran arbeiten, sind mehr Patienten vielleicht schneller wieder mobil"* (Anh. 3.3). Im Gegensatz dazu lässt sich eine Befragte der Gruppe A ausschließlich von einer geschulten Pflegekraft, die die Kinästhetik sicher anwendet, anleiten (vgl. Anh. 3.1). Auch in Gruppe B findet, so die Befragten, ein gegenseitiges Berichtigen und Helfen statt (vgl. Anh. 3.4-3.5). Hierzu erfolgt dies, indem *„die Krankengymnastik hier uns hilft und hinweist oder wir halt ((…)) das hinzugekommene Personal quasi einweisen"* (Anh. 3.4).

Ein weiteres essentielles Kursziel bezeichnet die ***Integration der Hilfsmittel*** in den Pflegealltag. In beiden Gruppen konnten einige kleine Hilfsmittel genannt werden, jedoch liegt hier ein deutlicher Unterschied in deren Verwendungshäufigkeit vor: Während die Befragten der Gruppe B von einer sehr häufigen Anwendung kleiner sowie technischer Hilfsmittel berichten, d.h. mehrmals täglich, werden in Gruppe A die Hilfsmittel selten bis gar nicht genutzt (vgl. Anh. 3.1-3.5). Auch bei der Patientenmobilisation nehmen sich die Befragten der Gruppe B bewusst Zeit und greifen zu Bettgalgen und Bettfunktionen als Hilfsmittel zurück (vgl. Anh. 3.4-3.5). Bezugnehmend auf die Kinästhetik lassen die Aussagen des Kursleiters ein unterschiedliches Verständnis von Hilfsmitteln erkennen: Der Kursleiter betrachtet Menschen selbst sowie die Umgebung, die es zu nutzen gilt, als primäres Hilfsmittel. Die kleinen und technischen Hilfsmittel hingegen sind die laut des Kursleiters *„eigentlich gar keine Hilfsmittel [sind], sondern dass die eben eine Behinderung darstellen und die Dinge oft verkomplizieren“* (Anh. 3.6). Darüber hinaus ist der Kursleiter der Meinung, *„dass Hilfsmittel den Menschen immer mehr abhängig machen davon und das wollen wir ja gerade vermeiden“* (Anh. 3.6). Jedoch berichtete er auch, dass der Wunsch, mehr Hilfsmittel einzusetzen, häufig geäußert werde (vgl. Anh. 3.6). So sei der Aussage einer Befragten der Gruppe A nach, die Hilfsmittel erst aufgrund des Kurses für die Station bestellt worden (vgl. Anh. 3.1). Dennoch gab eine Befragte an, aus Zeitgründen lediglich die Pflegebettfunktionen zu nutzen. Sie meint: *„du rennst dann nicht weg und holst noch diese Matte, nein, du machst es gleich“* (Anh. 3.2). Eine weitere Befragte wiederum teilte mit, ausschließlich die Pflegebettfunktionen zu nutzen, weil es *„in der Kinästhetik eigentlich nicht um Hilfsmittel“* geht (Anh. 3.3).

Ein weiteres Kursziel liegt darin, eine ***Veränderung des Gesundheitsverhaltens*** im privaten Bereich anzuregen. Nach Meinung des Kursleiters ergäbe sich mit dem Kurs ein deutlicher Einfluss auf die Alltagsbewegung, denn *„eine höhere Vielfalt und Möglichkeiten zu entwickeln,*

dann hilft mir das ((…)) im privaten Leben quasi meine Bewegungskompetenzen zu erweitern“ (Anh. 3.6). In Gruppe A greifen zwei Befragte auf Physiotherapie für ihre Rückengesundheit zurück und eine weitere Befragte ist, wie auch die Befragten in Gruppe B, sportlich aktiv (vgl. Anh. 3.1-3.5).
Hinsichtlich des ***Einbezugs des Pflegepersonals in den Evaluationsprozess***, würden sich zwei Befragte in Gruppe A für die Rückmeldungen zu dem Kinästhetikkurs oder zu Angeboten der BGF an das Bildungszentrum wenden. In Gruppe B wäre die Stationsleitung für eine Befragte eine Anlaufstelle für Rückmeldungen (vgl. Anh. 5.1, 5.2, 5.4). Jeweils eine Befragte in beiden Gruppen wüsste nicht, an wen man sich mit Anliegen und Wünschen zu dem Kursangebot wenden könnte (vgl. 5.3, Anh. 5.5).

Die Darstellung der Zufriedenheit und die Erfassung von Kritik und Verbesserungsvorschlägen wurde unter der Kategorie **Bedürfnisse** zusammengefasst: Der Kursleiter bewertet eine weiterführende oder wiederholte Teilnahme als positive Rückmeldung, genauso wie der Umgang mit Themenkärtchen innerhalb des Kurses (vgl. Anh. 3.6). Die Bewertung der Teilnehmerinnen aus Gruppe A ist uneinheitlich: Zwei Befragte würden den Kurs weiterempfehlen und auch weiterhin teilnehmen (vgl. Anh. 3.2, 3.3). Kontrastierend dazu empfindet eine Befragte den Kurs als zu körpernah und aufgrund des hohen Theorieanteils als *„zu hochtrabend“* (vgl. Anh. 3.1). Doch auch die zufriedenen Befragten der Gruppe A kritisierten die fehlende Praxis, die Kosten und die „neumodische Lehrmethode“ (vgl. Anh. 5.2, 5.3). Um die fehlende Praxis wettzumachen, wurde von einer Befragten vorgeschlagen: *„mehr auf die Station bringen diese ganzen Möglichkeiten, die es da gibt, dass man halt noch mehr Leute dafür gewinnen kann“* (Anh. 3.3). Mit den Angeboten der BGF waren alle Befragten der Gruppe A einheitlich zufrieden (vgl. Anh. 3.1-3.3). Zufriedenheit äußerte auch eine Befragte der Gruppe B und fügte an, dass es nicht mehr Hilfsmittel geben dürfte (vgl. Anh. 3.4). Unter der Perspektive der Nachhaltigkeit meinte der Kursleiter, dass durch eine modernere Kursstruktur mit

einzelnen über einen längeren Zeitraum verteilten theoretischen und praktischen Lernetappen *„das Lernen auch ein Stück weit ja intensiver stattfinden kann und auch eine Überforderung vermieden wird“* (Anh. 3.6). Die Zeit, die für die Veränderung eingefahrener Prozesse erforderlich ist, sollte auch auf Seiten des Klinikums zur Verfügung gestellt werden. Dazu müsse eine Lernumgebung geschaffen werden, die mehr Nachhaltigkeit bedeute (vgl. Anh. 3.6). Des Weiteren hebt er hervor: *„all diese Dinge lassen sich natürlich nicht immer in Zahlen beschreiben, sodass man eben auch ein Stück weit Vertrauen haben muss, dass die Qualität ja insgesamt beeinflusst wird.“* (Anh. 3.6). Schlussendlich betonte der Kursleiter, dass die aufzuwendenden Kosten überdacht werden sollten (vgl. Anh. 3.6), denn Planung und Durchführung des Kinästhetikkurses fänden in der Arbeitszeit statt, was *„aktuell die Motivation ja ein Stück weit auch beeinflusst“*, - und zugleich dazu führt, dass auch nur begrenzte Angebotsmöglichkeiten vorhanden sind (Anh. 3.6). Für die anstehende Diskussion der vorgestellten Befragungsergebnisse sei darauf hingewiesen, dass alle Äußerungen, Hinweise und Kritikpunkte zu dem Kinästhetikkurs, zu der BGF und zu der Organisation im Pflegealltag in beiden Gruppen mindestens davon beeinträchtigt sind, dass sich beide Gruppen vordergründig „mehr Zeit“ für die zu pflegenden Personen und den Pflegealltag sowie „mehr Personal“ zu der Bewältigung der anstehenden Arbeitsaufgaben wünschen (vgl. Anh. 3.1-3.5).

7. Interpretation der Befragungsergebnisse

Im Folgenden werden die Befragungsergebnisse interpretiert und der Theorie gegenübergestellt. Trotz der verhältnismäßig geringen Stichprobe und der einmaligen Kodierung ohne Reliabilitätsprüfung lassen sich die Ergebnisse der Befragungen mit der Theorie vergleichen und geben so Aufschluss über die subjektive Bewertung der Wirksamkeit der verhaltensorientierten Interventions-maßnahme „Kinästhetikkurs“ zu der Förderung der Rückengesundheit im Klinikum Chemnitz.

7.1. Diskussion der Befragungsergebnisse

Zunächst ist festzustellen, dass die befragten Pflegekräfte in einem höheren Ausmaß an MSE leiden, was in Hinblick auf die bundesweite Statistik durchaus zu erwarten war (vgl. Kapitel 3). Vier von fünf Befragten sind nach eigener Auskunft von MSE betroffen, wobei der Grad von leichten Rückenschmerzen bis zu schweren Wirbelsäulenerkrankungen reicht und somit auf einen hohen **Bedarf** an Angeboten der Förderung der Rückengesundheit zu schließen ist. Auf Grund der Tatsache, dass MSE bereits in beiden Gruppen eingetreten sind, ist fraglich, ob die Angebote in erster Linie primärpräventiv ausgerichtet sind und das Pflegepersonal zeitig genug sensibilisieren. Die Befragten berichteten übereinstimmend von hohen Rückenbelastungen durch die Patientenlagerung und -körperpflege. Lediglich der Kursleiter erkannte das Heben und Tragen hoher Gewichte der zu pflegenden Personen als den entscheidenden Risikofaktor an, wie es ebenfalls in der Theorie aufgezeigt wurde (vgl. Kapitel 3). Auch wenn beide Argumentationen in Bezug auf die theoretisch dargestellten Fakten ihre Richtigkeit haben, ist zu hinterfragen, ob die Sensibilisierung hin zu den Methoden des rückengerechten Arbeitens angenommen wird, wenn bereits die expertenseitige Begründung die befragten Teilnehmerinnen nicht erreichte. Möglicherweise steigt das Bedürfnis nach einer Auseinandersetzung mit den rückengerechten Arbeiten und damit der Zuspruch zu entsprechenden Weiterbildungskursen wie der Kinästhetik, wenn es gelingt, bereits vorab zu zeigen, dass das rückengerechte Arbeiten und die Förderung der Rückengesundheit mehr sind, als die bloße Einstellung einer geeigneten Arbeitshöhe. Die in beiden befragten Gruppen wahrgenommene Begrenztheit des Themas kann einerseits darauf zurückzuführen sein, dass die Befragten davon ausgehen, bereits rückenschonend zu arbeiten. Andererseits kann man diese limitierte Sichtweise des Pflegepersonals als einen Hinweis auf Unwissenheit verstehen. Die Befragung dokumentierte, dass zumindest bei der Gruppe A durchaus Unwissenheit bezüglich der Notwendigkeit einer rückengerechten Arbeitsweise trotz der hohen Betroffenheit vorherrschte. Unter diesem Aspekt liegt die Annahme nahe, dass die Informationen über die Zielsetzungen des Weiterbildungskurses und die daraus resultierenden

potentiellen Gewinne für die eigene Rückengesundheit noch nicht deutlich genug für das Pflegepersonal zu erkennen sind. Die in der Gruppe B geäußerten Absichten, sich „im Konsens“ über entsprechende Weiterbildungsmöglichkeiten informieren zu wollen, - ohne dass diese Absicht in einem konkreten Verhalten umgesetzt wurde, könnte ebenfalls als Ursache des Informationsdefizits angesehen werden. Dabei zählte der Kursleiter zahlreiche Möglichkeiten der Sensibilisierung des Pflegepersonals zu der Förderung der Rückengesundheit im Klinikum Chemnitz auf, die es in Hinsicht auf die Befragungsergebnisse beibehalten und zu stärken gilt. Der Kursleiter als auch eine Befragte wiesen an dieser Stelle darauf hin, dass die Kommunikation untereinander mehr Pflegepersonen auf den Stationen anregen würde, sich ausführlicher mit der eigenen Rückengesundheit zu beschäftigen. Insgesamt kann die **Angebotsakzeptanz** so durch eine soziale Zusammengehörigkeit erhöht werden (vgl. Kapitel 2.2). Unterstützend dazu erwiesen sich die extrinsischen Motivationsmethoden, wie die Vergabe von Weiterbildungstagen und -punkten als Belohnung, als erfolgreich für die Durchsetzung der BGF-Maßnahmen und tragen zu einer Etablierung einer gesundheitsfördernden Unternehmenskultur bei. Des Weiteren hob sich bei den bereits teilgenommenen Befragten als auch bei der angemeldeten Befragten aus Gruppe B, die Bereitschaft, etwas Neues für die Praxis zu lernen und die Effizienz der Arbeitsweise zu erhöhen, als Motivationsgrund übereinstimmend hervor. Im Vergleich zu der Theorie nach Faltenmaier (2015) lässt sich hier durchaus eine eindeutige Intention erkennen, die eigene Rückengesundheit durch die Kinästhetik zu fördern (vgl. Kapitel 4.2).

Interpretiert man die Befragungsergebnisse unter der Perspektive der **Angebotstreue**, i.S. der Kurszielerreichung, so zeigt sich bei den Befragten wiederholt die Fokussierung auf die Einstellung einer entsprechenden rückengerechten Arbeitshöhe durch den Kinästhetikkurs. Die Anwendung weiterer rückenschonender Arbeitsweisen, auch kinästhetischer Elemente, stößt offenbar in dem alltäglichen Arbeitsalltag auf Hindernisse. Zumindest gaben die

befragten Teilnehmerinnen des Kinästhetikkurses an, aus Zeitmangel lieber auf herkömmliche Weise zu arbeiten. Schlussfolgernd wurden die pflegespezifischen Mobilisations- und Lagerprinzipien in dem Rahmen des Kinästhetikkurses entweder nicht ausreichend vermittelt oder in der Praxis nicht ausreichend erprobt, was in den Rückmeldungen zweier Befragter Übereinstimmung findet. Dazu sei das eigene Erleben sowie die Mitgestaltung an der Kompetenzentwicklung innerhalb des Kursgeschehens, nach der Sicht des Kursleiters, motivierend, die eigene Bewegung als bewusste Erfahrung verändern zu können. Diese Sichtweise zielt auf die generelle Gestaltung von BGF-Maßnahmen ab, das Erlernte in der Praxis zu erproben, jedoch sollten die neu erlernten Verhaltensweisen auch regelmäßig kontrolliert und überprüft werden (vgl. Kapitel 4.2). Damit ist nach Faltenmaier (2015) auch die Volition angesprochen, das Gesundheitsverhalten langfristig an die Alltagsgeschehnisse und Kontextbedingungen anzupassen. Malo (2012: 100) zweifelt zudem ein Kursangebot fern des Stationsalltags an, da damit das Argument des Zeitmangels unterstrichen wird, welches in den Befragungen wiederzufinden ist. Demnach erscheint es zielführend, wie bereits von dem Kursleiter angedacht, eine Änderung der Kursstruktur mit mehreren theorie- und praxisbasierten Lernetappen vorzunehmen. Die Möglichkeit, besonders die prozessorientierte Mobilisation an den zu pflegenden Personen anzuwenden, ergibt sich nach dem Kursleiter erst, nachdem die Pflegekräfte zunächst ihre eigene Bewegungskompetenz erfahren und erlernt haben. Allerdings scheint, wie die Befunde von Malo (2012: 100) andeuten, zusätzlich auch das selbstständige Erfassen und Lösen von Mobilisationsproblemen auf Hindernisse zu stoßen. Folglich wird die Anwendung der erlernten Bewegungskompetenz im Pflegealltag unterlassen, - nicht wegen möglicher Defizite in der Bewegungsausführung, sondern eher aufgrund von fehlenden Situationserkennungs- und Problemlösungskompetenzen (vgl. Malo, 2012: 100). In der Pflegepraxis sei nach Meinung des Kursleiters allein ein sog. Peertutor geeignet, eine kinästhetische rückenschonende Arbeitsweise zu vermitteln und steht einer Übertragung der Kentnisse untereinander kritisch gegenüber. Unter Betrachtung einer höheren Beteiligung des Pflegepersonals untereinander, könnten diese selbstständig als

Multiplikatoren der sog. Peertutoren agieren und zu betrieblichen gesundheitsfördenden Veränderungen aktiv beitragen. Wenn die Beschäftigten zu Beteiligten werden, hat dies zweifellos Auswirkungen auf die Motivation (vgl. Trimpop, 1994: 28-46; Faltenberg, 1998: 171-176), was sich in den Befragungen unter Anleitung der KollegInnen durchaus zeigte.

In der Zusammenarbeit und in dem Informationsaustausch der Pflegepersonen untereinander sowie dem Thematisieren und Diskutieren von Gesundheitsfragen liegen die besten Möglichkeiten, rückengerechtes Arbeiten im Pflegealltag zu verfestigen (vgl. Malo, 2012:100). Die Befragten beider Gruppen wüssten entweder keine Anlaufstelle oder würden sich an das Bildungszentrum oder die Stationsleitung wenden, wenn es um Rückmeldungen ginge, was auf eine geringe Beteiligung am Evaluationsprozess schließen lässt. Das geringe Interesse besonders der Gruppe B verdeutlicht den Stellenwert des Kinästhetikkurses als nicht notwendiger Bestandteil des Pflegeberufs, sondern vielmehr als eine Art der freiwilligen Zusatzqualifikation. Im Gegensatz dazu sollten BGF-Maßnahmen als notwendigen Bestandteil einer professionellen Weiterbildung einer Pflegeperson betrachtet werden. Dafür ist, nach den Rückmeldungen des Pflegepersonals zu Folge, eine Lernumgebung erfordelich, die den tatsächlichen Pflegealltag aufgreift und deshalb nachhaltiger wirken kann. Dies könnte auch die Begründung sein, warum die Kursinhalte in Gruppe A nicht über den Kursraum oder gar die Pflegepraxis hinausreichen und somit keinen Einfluss auf die private Verhaltensebene haben, was an dem kaum veränderten sportlich-aktiven Alltagsverhalten der Befragten zu erkennen ist. Generell ist jedoch abzuleiten, dass eine veränderte Positionierung der KursteilnehmerInnen als aktiv Beteiligte an der Mitgestaltung ihres eigenen Arbeitsalltags und eine Anpassung der Lehrmethode an das Alter der TeilnehmerInnen, möglicherweise dazu beitragen könnte, die Reichweite der Kursinhalte in das private Leben zu erweitern und so auch auf betriebsinterne Rückenkräftigungsangebote außerhalb des Arbeitsalltags zu verweisen.

Nach den vorliegenden Befragungsergebnissen wurde auch die Auswirkung der Kursteilnahme auf die Verwendungshäufgkeit und -art von Hilfsmitteln im Vergleich zu der Kontrollgruppe B untersucht. Aus der Befragung des Kursleiters sowie der teilgenommenen Pflegekräfte geht hervor, dass (hier) die Methode der Kinästhetik eher in Konkurrenz zu der Verwendung zusätzlicher Hilfsmittel steht. Einerseits ist das Verständnis des Kursleiters gegenüber Hilfsmitteln als zusätzliche „Behinderung“ und andererseits die Übertragung dieser Sichtweise auf die Teilnehmerinnen als fraglich anzusehen. Folglich besteht die Gefahr, dass die verhaltensorientierte Maßnahme die bestehenden Verhältnisse nicht gesundheitsförderlich integriert, sondern sich beide Zugangsweisen zu einer rückengerechten Arbeitsweise gegeneinander ausspielen. Im Gegensatz dazu weist das Fazit von Malo darauf hin (2012: 100), *„dass Methoden, wie Bobath, Kinästhetik oder Basale Stimulation nicht in Konkurrenz zum rückengerechten Arbeiten stehen. Es gibt Hinweise, dass die genannten Methoden mit dem rückengerechten Arbeiten ergänzt werden können“.* Resultierend führt dieser Gegensatz dazu, dass in der Gruppe der Nicht-Teilnehmer von einer sehr häufigeren Anwendung technischer und kleiner Hilfsmittel berichtet wurde, während die Gruppe A die Hilfsmittel nicht nutzt und darüber hinaus eher meidet. Den Menschen selbst als das primäre Hilfsmittel anzusehen, zeigt wie in der Theorie bewiesen einen rückläufigen Effekt. Zusammenfassend ergibt sich der Appell, die vermittelten Inhalte auf Verhaltensebende als zusätzlich-unterstützende Handlungsoptionen zu vermarkten und die verhältnisorientierte Austattung von Hilfsmitteln für eine höhere Effektivät unter dem ganheitlichen Ansatz zu nutzen (vgl. Kapitel 4.3). Ansonsten wird eine deutliche Verringerung der Rückenbelastung bzw. Risikominimierung von gesundheitsgefährdeten herkömmlichen Handlungsweisen kaum zu erreichen sein.

7.2. Handlungsempfehlungen für das Klinikum Chemnitz

Die Befragungsergebnisse dieser Arbeit lassen eine deutliche Betroffenheit von Erkrankungen des MSS erkennen. Es besteht gegenwärtig, und vermutlich auch zukünftig, ein Bedarf an Interventionsmaßnahmen der Förderung der Rückengesundheit. Dazu bietet das Klinikum ein Spektrum an Angeboten im Rahmen der BGF an. Die zusätzliche Ausstattung an Hilfsmitteln wird von Befragten ebenfalls als zufriedenstellend bewertet. Die an der Befragung teilgenommenen Pflegekräfte sowie der Kursleiter der Kinästhetik sind übereinstimmend der Meinung, dass das Angebot an Kursen und Hilfsmitteln nicht weiter ansteigen sollte. Anstatt also den Bedarf mit einer mit einer höheren Anzahl an Kursen und Hilfsmitteln zu decken, ist es deshalb notwendig, die Effektivität derselben nach dem ganzheitlichen Ansatz der BGF zu erhöhen. Es erscheint also als dringend erforderlich, dem Gegenspiel von Methoden wie der Kinästhetik einerseits und den Hilfsmitteln andererseits entgegenzutreten, um so einen ganzheitlichen Ansatz der BGF verfolgen zu können. Basierend auf der Darstellung und Interpretation der Befragungsergebnisse (vgl. Kapitel 6 & 7.1) lassen sich folgende Handlungsempfehlungen für das Klinikum Chemnitz ableiten:

Rückblickend auf die Befragungsergebnisse ist es für eine Erhöhung der **Angebotserreichung** wegweisend, die Verteilung von betriebsinternen Broschüren und Internetmeldungen zu weiteren Infromationsquellen sowie die dazugehörigen extrinsischen Motivationsmethoden weitergehend auf den Stationen anzuregen. Die Befragungsergebnisse deuten an, dass der Bekanntheitsgrad von Angeboten der BGF davon abhängig ist, wie viel Raum dem Pflegepersonals zum Thematisieren und Diskutieren von Gesundheitsfragen eingeräumt wird. Folglich ist es notwendig, mehr Kommunikationsanlässe für einen gesteuerten Erfahrungsaustausch zu schaffen, was durch die hohe persönliche Betroffenheit zu dem Thema durchaus angeregt wird.

In Hinblick auf die **Angebotsakzeptanz** zeigte sich eine hohe Motivation zu der Teilnahme und Anmeldung an dem Kinästhetikkurs. Ursächlich hierfür könnten die extrinsische Motive wie die Weiterbildungstage stehen, die dennoch durch eine Kostenerstattung der Teilnahmegebühr gesteigert werden könnte. Des Weiteren sollte über eine Neupositionierung des Kurses in Richtung eines professionellen Unterstützungsangebot nachgedacht werden, um so dessen Stellenwert und die Notwendigkeit hervorzuheben. Ebenso könnte ein Pflichtprogramm in betracht gezogen werden, was anfangs möglicherweise auf Unverständnis treffen mag, aber mit zunehmender Praxisnähe der Kursinhalte sich eine Chance für eine höhere Beteiligung bietet und mehr Pflegekräfte befähigt werden, zusammen rückengerecht zu agieren.

In Hinblick auf die **Angebotstreue** sollte grundlegend die Volition, nach Faltenmaier übereinstimmend mit der Meinung des Kursleiters, durch eine nachhaltigere Kursstruktur mit mehreren Lernetappen über einen längeren Zeitraum gesteigert werden und so die Praxisnähe erreicht werden. Genügend Zeit, Vertrauen in die Qualität und eine Motivationssteigerung durch eine entsprechende Entlohnungsform nach Angaben des Kursleiters sollten ebenso berücksicht werden. Weiterhin ist wohl das wichtigste Ziel die Integration der Hilfsmittel. Wie in der Theorie aufgezeigt, ist eine Zusammenarbeit zwischen einer optimierten Arbeitsweise, beispielsweise durch kinästhetische Elemente, und dem Einsatz von kleinen und technischen Hilfsmitteln essentiell für die Effektivitätssteigerung. Demnach sollte ein Umdenken in dem Kinästhetikkurs hin zu einer positiven Bewertung von Hilfsmitteln als Entlastung angeregt, sowie eine Kombination der kinästhetischen Arbeitsweise mit der Verwendung von Hilfsmitteln angestrebt werden. Abschließend sollte die Lehrmethode dem Alter der Teilnehmern angepasst werden und auch Möglichkeiten für die Förderung der eigenen Rückengesundheit aufgezeigt werden. Um schließlich die Spirale der kontinuierlichen Qualitästsverbesserung weiterzuführen, ist es wegweisend,

das Pflegepersonal mehr in den Rückmeldungsprozess einzuschließen. Zielführend sollte das Pflegepersonal dazu befähigt werden, aktiv eine gesundheitsförderliche Arbeitsumgebung mitzugestalten und Bedürfnisse in Form von Verbesserungsvorschlägen umzusetzen. In dieser Intension ist es notwendig auch in Hinsicht der Rückmeldungsmöglichkeiten zu sensilibisieren und zusätzlich eine regelmäßige Evaluation für die Gesamtheit der Pflegekräfte im Klinikum Chemnitz durchzuführen.

Letztendlich hat eine Weiterbildung über eine rückenschonende Arbeitsweise mit verhaltens- und verhältnisbezogenen Elementen nur eine Aussicht auf Erfolg, wenn die Beschäftigten selbst dazu befähigt werden, die dafür erforderlichen Arbeitsabläufe aktiv mitzugestalten und somit diese Veränderungen in dem betrieblichen Pflegealltag verfestigen zu können. Dazu gehört auch die Einbindung mindestens einer höheren Führungsebene, beispielsweise durch die Dienstplanerstellung, die über die Veränderungsprozesse regelmäßig in Kenntnis gesetzt werden muss und darüber hinaus bereit ist, an entsprechenden Änderungen mitzutragen. Damit wird zum Ziel gesetzt, Argumenten wie des Personal- und Zeitmangels weitestgehend entgegenzuwirken und so Raum für eine rückengerechte Arbeitsweise zu schaffen. Für die BGF-Maßnahmen bedeutet dies, über den Horizont einzelner Kurse hinwegzuschauen, und durch organisatorische und zeitliche Strukturen variabel an die Änderungsnotwendigkeiten von der Führungsebene anzupassen. Denn Weiterbildungen nur auf der Ebene der Beschäftigten allein reichen nicht aus, um Defizite im Gesundheitsverhalten auszugleichen. Vielmehr sind unterstützende Maßnahmen nach den Bedürfnissen des Pflegepersonals und des Kursleiters im Rahmen eines funktionierenden Gesundheitsmanagements wegweisend.

8. Fazit und Aussicht

Die Maßnahmen der BGF zielen darauf ab, die Beschäftigten langfristig gesund zu erhalten. Orientiert an dem Public Health Action Cycle illustrierte die Situationsanalyse, dass das Tätigkeitsfeld des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals von psychischen und besonders physischen Beanspruchungen behaftet ist, wobei das Hauptaugenmerk auf das Tragen und Heben schwerer Lasten zu legen ist. Anknüpfend daran konnten im Rahmen der Strategieentwicklung vielfältige verhältnis- und verhaltensorientierte Ansätze für Interventionsmaßnahmen aufgezeigt, sowie mit den Ansprüchen der Pflegetätigkeit und -umgebung in Zusammenhang gesetzt werden. Für eine möglichst hohe Effektivität gilt es, nach dem ganzheitlichen Ansatz der BGF die Maßnahmen zu dem Verhalten und den Verhältnissen zu kombinieren.

Dennoch belegen aktuelle Studien bundesweit ein hohes Ausmaß der Betroffenheit an MSE bei dem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, - auch in dem Praxisbeispiel Klinikum Chemnitz, in dem vier der fünf befragten Pflegekräfte an MSE unterschiedlichen Schweregrads leiden. Anhand des Rahmenmodells der Qualitätssicherung konnte aufgezeigt werden, dass die Umsetzung der Strategien in der Praxis und deren Evaluation entscheidend für die notwendige Effektivität sind. Somit wurde in der vorliegenden Arbeit die Realisierung der verhaltensorientierten Interventionsmaßnahme „Kinästhetik-kurs“ dahingehend untersucht, ob dieser für den Pflegealltag von den Befragten als wirksam eingeschätzt wird. In Bezug auf die hohe Betroffenheit der befragten Teilnehmerinnen ist unter medizinischen Aspekten nicht direkt auf die Wirksamkeit des Kinästhetikkurses zu schließen. Versteht man die Wirksamkeit unter einer hohen subjektiven Zufriedenheit, so würden zwei der drei befragten Teilnehmerinnen den Kinästhetikkurs weiterempfehlen und ihn wiederholt in Anspruch nehmen. Bezieht man die Wirksamkeit auf den Grad der Sensibilisierung der Notwendigkeit und Vielfalt rückengerechter Arbeitsweisen durch kinästhetische Elemente und den Einbezug zahlreicher Hilfsmittel, so

zeigte sich im Vergleich zu der Kontrollgruppe ohne Teilnahme einer Weiterbildung ein sehr eingeschränktes Ergebnis. Hinsichtlich der Anwendung der vermittelten kinästhetischen Arbeitstechniken in der Pflegepraxis ist nur bei einer Befragten ein schwacher Effekt zu erkennen, - die übrigen befragten Teilnehmerinnen arbeiten weiterhin auf herkömmliche Art und Weise. Einen eher gegenteiligen Effekt wurde bei der Befragung zu der Hilfsmittelintegration sichtbar, denn die befragten Teilnehmerinnen nutzen im Vergleich zu der Kontrollgruppe keine Hilfsmittel und mieden diese sogar. Diesbezüglich weisen Studien jedoch darauf hin, dass nur eine Kombination einer optimierten Arbeitstechnik mit Hilfsmitteln die Beanspruchung des MSS unter die empfohlenen Grenzwerte sinken lässt (Jäger et al., 2012: 534-536).

Inwiefern die Wirksamkeit der verhaltensorientierten Maßnahme „Kinästhetikkurs“ durch eine Anpassung an die Kontextbedingungen im Klinikum Chemnitz als auch an die Bedürfnisse des Pflegepersonals gesteigert werden kann, zeigen die Darlegungen des aktuellen Forschungsstandes anhand des theoretischen Hintergrundes sowie die Befragungsergebnisse des empirischen Teils dieser Arbeit:

Nach dem Settingansatz kann das Pflegepersonal an dem gemeinsamen Arbeitsplatz am ehesten erreicht werden. Demnach kann die Reichweite der Weiterbildungsangebote und deren Notwendigkeit für die eigene Rückengesundheit durch eine gezielte Verteilung der Informationsquellen, wie Broschüren oder Internetportale, sowie die Anregung der Kommunikation untereinander erhöht werden. Die Befragungsergebnisse geben Hinweis auf eine Förderung der Kommunikationsanlässe zu einem gezielten Erfahrungsaustausch und dem Thematisieren von Gesundheitsfragen untereinander. Unter evaluatorischer Perspektive kann somit gleichzeitig eine stärkere Praxisnähe, die auch das selbstständige Erfassen und Lösen von Problemen der Patientenlagerung sowie der Reflexion potentieller Lösungen untereinander beinhaltet, die Kursakzeptanz und der Wunsch auf Weiterbildung weiter erhöht

werden. Das gegenseitige Berichtigen, Zeigen und Helfen auf der Station, ungeachtet, ob im Rahmen eines Kurses oder der Praxis, ist eine sichtbare kollegiale Unterstützung im Berufsalltag. Damit wird die Motivation zu der Anpassung und Überprüfung des eigenen Gesundheitsverhaltens gefördert und trägt dazu bei, das im Kurs Erlernte im Praxisalltag zu verfestigen. Die Ansprache der intrinsischen Motivation ist generell für die BGF ein zentraler Punkt, denn es gilt den Stellenwert der Maßnahmen für die Beschäftigten und das Aktionspotential als Mitwirkende zu erhöhen (i.S. der Volition). Extrinsische Anreize wie ein Punktesystem, die Anrechnung von Arbeitszeit oder die Kostenerstattung wirken zusätzlich von außen.

Im konkreten Fall erscheint es essentiell, eine Umstrukturierung der Kursstruktur durch abwechselnde theoretische und praktische Kursinhalte anzustreben. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass ein ganzheitlicher Ansatz, i.S. des Aufgreifens verhältnisorientierter Maßnahmen wie dem Einsatz von Hilfsmitteln, in die Inhalte von verhaltensorientierten Maßnahmen die jeweilige Wirkungsweise deutlich steigert. Diese Umgestaltung bzw. Abstimmung mehrerer Maßnahmen erfordert möglichst auch den Einbezug der nächsthöheren Führungsebene, um die Durchsetzung von BGF-Maßnahmen zu verfestigen und diese möglichst langfristig mit der notwendigen Effektivität realisieren zu können. Unter Strategieaspekten bedeutet dies eine stabile Integration von BGF-Maßnahmen, welche in der Spirale der Qualitätsverbesserung immer wieder einen Evaluationsprozess durchlaufen müssen. So gelingt es, die Angebote der BGF einerseits an den Bedürfnissen ihrer TeilnehmerInnen anpassen und andererseits auf die Veränderungen des betrieblichen Alltags reagieren zu können. Optimale Ergebnisse werden dennoch nur dann zu erreichen sein, wenn in einem Unternehmen die einzelnen Angebote des BGF nicht als singulär agierende Maßnahmen verstanden werden, sondern als Begleitmaßnahmen einer organisatorischen Neuformierung gesehen werden, die im Idealfall im Rahmen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements gesteuert werden.

Quellenverzeichnis

Ammann, A., (2013): Rückengerechtes Arbeiten in der Pflege, 4. überarbeitete Ausg., Hannover: Schlütersche.

Antonovsky, A., (1979): Health, Stress and Coping, San Francisco: Jossey-Bass Inc.

BA-Bundesagentur für Arbeit, (05.2020): Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt - Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich, Nürnberg.

Bendig, H., (10.2017): Gesundheit für Pflegekräfte im Berufsalltag, in: Initiative Gesundheit und Arbeit (Hrsg.), iga.Wegweiser, 1. Aufl., Zukunft der Arbeit GmbH: Dresden, S. 3-26.

BÄK-Bundesärztekammer, KBV-Kassenärztliche Bundesvereinigung, AWMF-Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (Hrsg.), (2017): Nationale Versorgungsleitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz - Langfassung, 2. Aufl., Version 1, S. 13,18.

BGW-Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (Hrsg.) (04.2017): Starker Rücken. Ganzheitlich vorbeugen, gesund bleiben in Pflegeberufen, in: BGWthemen, S. 7-14.

Blümel, S., (01.09.2015): Systemisches Anforderungs-Ressourcen-Modell in der Gesundheitsförderung, in: Leitbegriffe der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/systemisches-anforderungs-ressourcen-modell-in-der-gesundheitsfoerderung/ [Stand 18.05.2020].

Blum-Rüegg, A. (Hrsg.), (11.2018): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Grundlagen und Trends, Bericht 7, Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz, S. 34.

BMG-Bundesministerium für Gesundheit, (06.2017): Gesundheitsförderung für Pflegekräfte. Wer pflegt die Pflege?, in: Praxisseiten Pflege, S. 1-4.

BMG-Bundesministerium für Gesundheit, (10.12.2019): Betriebliche Gesundheitsförderung. Vorteile, in: Bundesgesundheitsministerium,

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/betriebliche-gesundheitsfoerderung/vorteile.html [Stand 18.05.2020].

BMJV-Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, (18. 10 2017): Verordnung über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der manuellen Handhabung von Lasten bei der Arbeit, in: Gesetze im Internet, https://www.gesetze-im-internet.de/lasthandhabv/BJNR184200996.html [Stand 18.05.2020].

Ducki, A., (2000): Diagnose gesundheitsförderlicher Arbeit. Eine Gesamtstrategie zur betrieblichen Gesundheitsanalyse, Band 25 von Mensch, Technik und Organisation, Zürich: vdf Hochschulverlag AG, S. 21.

Faltenberg, L., (1998): Konzeption von Workshops zur Verkehrs- und Arbeitssicherheit und ihre Durchführung in der Praxis, in: Benda & B. Bratge (Hrsg.), Psychologie der Arbeitssicherheit, 9. Workshop 1997, Heidelberg: Asanger, S. 171-176.

Faltenmaier, T., (19.10.2015): Gesundheitsverhalten, Krankheitsverhalten, Gesundheitshandeln, in: Leitbegriffe der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsverhalten-krankheitsverhalten-gesundheitshandeln/ [Stand 18.05.2020].

Feldmann, J., (14.11.2007): Pflegende schleppen mehr als Bauarbeiter. Pressemitteilung der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, in: Informationsdienst Wissenschaft, https://idw-online.de/de/news235397 [Stand 18.05.2020].

Franzkowiak, P., (13.06.2018): Gesundheits-Krankheits-Kontinuum, in: Leitbegriffe der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheits-krankheits-kontinuum/ [Stand 18.05.2020].

Franzkowiak, P. & Hurrelmann, K., (13.06.2018): Gesundheit, in: Leitbegriffe der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung,

https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheit/ [Stand 18.05.2020]

Fuhrmann, O., (2011): Der salutogenetische Beitrag ambulanter Pflegedienste bei der Rehabilitation von Mitarbeitern mit Rückenschmerzen, in: Breidenbach, B. Mann, E. Nickel & H. Zeeb, Reihe: Koblenzer Beiträge zu Gesundheitsmanagement und Public Health, Band 4, Berlin: LIT Verlag.

Haack, G. & Haß, W., (11.04.2016): Evaluation, in: Leitbegriffe der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/evaluation/ [Stand 18.05.2020].

Hurrelmann, K. & Richter , M., (2013). Gesundheits- und Medizinsoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung, 8. überarbeitete Ausg, Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Jäger, M., Jordan, C., Theilmeier, A., Wortmann, N., Kuhn, S., Nienhaus, A. & Luttmann, A., (12.2012): Lumbar-Load Analysis of manual Patient-Handling Activities for Biomechanical Overload Prevention Among Healthcare Workers, in: *Annals of occupational Hygiene*, Vol. 57, No. 4, Oxford: Unviversity Press, S. 528-544.

Kliner, K., Rennert, D. & Richter, M. (Hrsg.), (07.2017): Gesundheit und Arbeit - Blickpunkt Gesundheitswesen, in: BKK Gesundheitsatlas 2017, Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Klinikum Chemnitz gGmbH (Hrsg.), (03.2019): Betriebliche Gesundheitsföderung. Damit Sie gesund und fit bleiben, o.V., S. 1-18.

Klinikum Chemnitz gGmbH (Hrsg.), (2020): Firmenprofil der Klinikum Chemnitz gGmbH, in: Klinikum Chemnitz. Unser Profil, https://www.klinikumchemnitz.de/das-klinikum/ueber-uns/unser-profil [Stand 18.05.2020].

Knieps, F. & Pfaff, H. (Hrsg.), (2017): Digitale Arbeit – Digitale Gesundheit, in: BKK Gesundheitsreport 2017, Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 42.

Kolip, P., (27.02.2017): Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung, Qualitätsmanagement, in: Leitbegriffe der Bundeszentrale für

gesundheitliche Aufklärung, https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/qualitaetssicherung-qualitaetsentwicklung-qualitaetsmanagement/ [Stand 18.05.2020].

Kuckartz, U., (2016): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung, 3. Ausg., Weinheim Basel: Beltz Juventa .

Kuhn , K., (2007): Arbeitsbedingte Einflüsse bei der Entstehung chronischer Krankheiten, in: B. Badura, H. Schellschmidt & C. Vetter, Fehlzeitenreport 2006, Berlin und Heidelberg: Springer Verlag, S. 25-43.

Liebers, F. & Caffier, G., (2009): Berufsspezifische Arbeitsunfähigkeit durch Muskel-Skelett-Erkrankungen in Deutschland, 1. Auflage, Dortmund, Berlin, Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

Luoto, S., Heliövaara, M., Hurri, H. & Alaranta, H., (01.09.1995): Static back endurance and the risk of low-back pain, in: Clinical Biomechanics, Vol. 10, Issue 6, S. 323-324.

Malo, A., (2012): Rückengerechtes Arbeiten im Pflegealltag, Dortmund, Berlin, Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

Mayring, P., (2016): Einführung in die qualitative Sozialforschung. eine Anleitung zu qualitativem Denken, 6. überarbeitete Ausg., Weinheim, Basel: Beltz.

Rosenbrock, R. & Hartung , S., (06.08.2015): Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus, in: Leitbegriffe der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/public-health-action-cycle-gesundheitspolitischer-aktionszyklus/ [Stand 18.05.2020]

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

Slesina, W., & Bohley, S., (2011): Gesundheitsförderung und Prävention in Settings. Betriebliches Gesundheitsmanagement, in: T. Schott & C. Hornberg, Die Gesellschaft und ihre Gesundheit, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 619-620.

Smith , B. H., Elliott, A. M., Hannaford, P. C., Chambers, W. A. & Smith, W., (01.05.2004): Factors Related to the Onset and Persistence of Chronic Back Pain in the Community. Results from a General population Follow-up Study, in: Spine*,* Vol. 29, Issue 9, S. 1032-1040.

Soyka, M., (2000): Rückengerechter Patiententransfer, 1. Aufl., Bern: Verlag Hans Huber.

Stadler , P. & Spieß, E., (2009): Arbeit-Psyche-Rückenschmerz. Einflussfaktoren und Präventionsmöglichkeiten, in: *Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed 44*, 2, S. 68-76.

Töpper, A. & Vogt, L., (2011): Sport in der Prävention, 3. Aufl., Köln: Deutscher Ärzte Verlag.

Trimpop, R., (1994): Motivation zur Arbeitssicherheit, in: *Der Sicherheitsingenieur, 4/5*, S. 28-46.

Wittkowski, J., (1994): Das Interview in der Psychologie. Interviewtechnik und Codierung von Interviewmaterial, 1. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Anhang

Anhang 1: Einwilligungserklärung zu der Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Interviewdaten

Forschungsprojekt:	Förderung der Rückengesundheit des Pflegepersonals
Beschreibung des Forschungsprojekts:	Evaluation der Maßnahmen des BGF im Klinikum Chemnitz
Durchführende Institution:	Hochschule Neubrandenburg
Projektleitung:	Sophie Nestler (Betreuerin: Prof. Dr. S. Hartung)
Interviewerin:	Sophie Nestler

Das Interview wird mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und sodann von der Projektleiterin des Forschungsprojekts in Schriftform gebracht. Für die weitere wissenschaftliche Auswertung der Interviewtexte werden alle Angaben, die zu einer Identifizierung der Person führen könnten, verändert oder aus dem Text entfernt. In wissenschaftlichen Veröffentlichungen werden Interviews nur in Ausschnitten zitiert, um gegenüber Dritten sicherzustellen, dass der entstehende Gesamtzusammenhang von Ereignissen nicht zu einer Identifizierung der Person führen kann.

Die Teilnahme an dem Interview ist freiwillig. Sie haben zu jeder Zeit die Möglichkeit, das Interview abzubrechen, weitere Interviews abzulehnen und Ihr Einverständnis in eine Aufzeichnung und Niederschrift des/der Interviews zurückziehen, ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

Ich bin damit einverstanden im Rahmen des genannten Forschungsprojekts an einem Einzelinterview teilzunehmen.

Vorname, Nachname *Ort, Datum / Unterschrift*

Anhang 2: Interviewleitfaden

Anhang 2.1: Gruppe A (mit Teilnahme)

Kategorie	Schlüsselfragen	Hilfsfragen
1. Bedarf	In welchen beruflichen Situationen merken Sie besonders die Beanspruchung Ihres Rückens?	Haben Sie manchmal Probleme mit Ihrem Rücken oder sind bereits Erkrankungen bekannt? (Wenn Ja: Welche?)
2. Angebots-erreichung	Was verstehen Sie unter „rückengerechtem Arbeiten“?	Wo finden Sie Informationen zum rückengerechten Arbeiten am Arbeitsplatz? Welche Angebote zur Rücken-gesundheit im Klinikum sind Ihnen bekannt?
3. Angebots-akzeptanz	Gibt es Angebote, die Sie bereits genutzt haben? *(Kinästhetikkurs sollte genannt werden, falls nicht, nachfragen)*	Aus welchen Gründen haben Sie an dem Kinästhetikkurs teilgenommen? Nennen Sie bitte Erkenntnisse, die Sie aus dem Rückenkurs für sich ziehen konnten. Was würde Sie motivieren an einem Aufbaukurs teilnehmen? Wie konnten Sie die Teilnahme an dem Kurs mit Ihrem Arbeitsalltag vereinbaren?
4. Angebots-treue	a) In welchen Situationen achten Sie besonders auf das Rückengerechte Arbeiten? b) Wie können Sie die Patienten dazu animieren Ihnen bei Ihrer Arbeit zu unterstützen? c) Haben Sie schon einmal einen Kollegen / eine Kollegin auf die richtige oder vergessene Anwendung der Hilfsmittel angewiesen? d) Welche kleinen und technischen Hilfsmittel werden Ihnen zur Verfügung gestellt? e) Was tun Sie privat für Ihrer Rückengesundheit?	zu b) Gibt es dazu bestimmte Techniken / Hilfsmittel, die Sie im Kinästhetikkurs gelernt haben anzuwenden? zu b) Welche Techniken konnten durch den Kinästhetikkurs in der Anwendung verbessert werden? zu d) Wie oft nutzen Sie diese Hilfsmittel am Tag? zu d) Hat sich die Häufigkeit und Art der Anwendung nach dem Kurs verändert? zu d) Wurden Sie schon einmal auf die richtige Anwendung berichtigt?
5. Einbezug des Pflege-personals in in die Evaluation	Welche Möglichkeiten gibt es Wünsche oder Rückmeldungen zu der Ausstattung der Hilfsmittel, der Angebote zur Rückengesundheit oder dem Rückenkurs zu äußern?	
6. Bedürfnisse	Was würden Sie bezüglich der Angebote zur Rückengesundheit verändern? Was würden Sie auf jeden Fall so beibehalten? Was würden Sie speziell am Kinästhetikkurs verändern? Aus welchen Gründen würden Sie den Rückenkurs Ihren KollegInnen weiterempfehlen? Welche Unterstützung wünschen Sie sich speziell an Ihrem Arbeitsplatz?	

Anhang 2.2: Gruppe B (ohne Teilnahme)

Kategorie	**Schlüsselfragen**	**Hilfsfragen**
Bedarf	In welchen beruflichen Situationen merken Sie besonders die Beanspruchung Ihres Rückens?	Haben Sie manchmal Probleme mit Ihrem Rücken oder sind bereits Erkrankungen bekannt? (Wenn Ja: Welche?)
Angebots-erreichung	Was verstehen Sie unter „rückengerechtem Arbeiten“?	Wo finden Sie Informationen zum rückengerechten Arbeiten am Arbeitsplatz? Welche Angebote zur Rücken-gesundheit im Klinikum sind Ihnen bekannt?
Angebots-akzeptanz	Gibt es Angebote, die Sie bereits genutzt haben?	Haben Sie von dem Kinästhetikkurs gehört? Aus welchen Grünen haben Sie noch nicht daran teilgenommen? Mit welchem Anreiz würden Sie an dem Rückenkurs teilnehmen? / Was hat sie zur Anmeldung bewegt?
Angebotstreue	a) In welchen Situationen achten Sie besonders auf das rückengerechte Arbeiten? b) Wie können Sie die PatientInnen dazu animieren Ihnen bei Ihrer Arbeit zu unterstützen? c) Haben Sie schon einmal einen Kollegen / eine Kollegin auf die richtige oder vergessene Anwendung der Hilfsmittel angewiesen? d) Welche kleinen und technischen Hilfsmittel werden Ihnen zur Verfügung gestellt? Wie oft nutzen Sie diese? e) Was tun Sie privat für Ihrer Rückengesundheit?	
Einbezug des Pflegepersonals in die Evaluation	Welche Möglichkeiten gibt es Wünsche oder Rückmeldungen zur der Ausstattung der Hilfsmittel oder der Angebote zur Rückengesundheit zu äußern?	
Bedürfnisse	Was würden Sie bezüglich der Angebote zur Rückengesundheit verändern? Was würden Sie auf jeden Fall so beibehalten?	

Anhang 2.3: Experteninterview (Kinästhetikkursleiter)

Kategorien	**Schlüsselfragen**	**Hilfsfragen**
Bedarf	Wie kann ich mir das Tätigkeitsfeld als Kinästhetik-Trainer vorstellen?	Welche Faktoren fallen Ihnen auf, die im Arbeitsalltag durchaus belastend auf den Rücken sein können und auf die Sie im Kurs näher eingehen?
Angebots-erreichung	Wie können ihrer Meinung nach Informationen zum rückengerechten Arbeiten und zu den Grundsätzen der Kinästhetik, das Pflegepersonal informiert werden beziehungsweise erreicht werden?	Was setzen Sie sich mit dem Kinästhetikkurs zum obersten Ziel, beziehungsweise was soll erreicht werden?
Angebots-akzeptanz	Wie können Sie die Pflegekräfte dazu motivieren an dem Kurs teilzunehmen beziehungsweise die Teilnehmer dazu zu motivieren dieses Ziel zu erreichen?	Wie lange dauert der Grundkurs?
Angebotstreue	a) Wie können Sie vor allem die grundlegenden Erkenntnisse der Kinästhetik vor allem bei Pflegekräften, die seit Jahrzehnten in ihrem Beruf tätig sind, in ihrem Arbeitsalltag integrieren? b) Wie praxisnah ist der Kurs gestaltet, so dass alte Verhaltensmuster aufgebrochen werden können? c) Wie schätzen Sie die Möglichkeit ein das Erlernte in dem Grundkurs auf die KollegInnen bei der Zusammenarbeit auf Station zu übertragen? Warum ist es sinnvoll einen Aufbaukurs zu belegen? d) Wie wird das Ziel Hilfsmittel oder Sachanlagen ökonomischer zu integrieren in dem Kurs umgesetzt? e) Inwiefern regt der Kurs die Teilnehmer dazu an sich privat mit ihrer Rücken Gesundheit zu beschäftigen?	
Einbezug des Pflege-personals in den Evaluations-prozess	Inwiefern sind für Sie Erfolge erkennbar bzw. wie können Sie erkennen, dass ein Teilnehmer die Kursinhalte verinnerlicht hat?	Welche Möglichkeiten haben Sie gewisse Erfolge zu überprüfen beziehungsweise Rückmeldungen zu erhalten?
Bedürfnisse des Kursleiters	Was bekommen Sie denn so für Rückmeldungen zurück, -sind da viele Verbesserungsvorschläge oder manchmal auch Kritik vorhanden? Was wünschen Sie sich für weitere Unterstützung von ihrem Arbeitgeber, damit sie den Kinästhetikkurs weiterhin durchführen können?	

Anhang 3: Transkripte

Notationslegende:

I	Interviewerin
P#	Pflegeperson mit Nummer des Interviews
E	Experte
(...)	Pause
(lachen)	Lachen
(unv.)	Unverständliche Äußerung
((…))	Auslassung im Transkript

Anhang 3.1: Interview mit Pflegeperson 1

I: In welchen beruflichen Situationen merken Sie besonders die Beanspruchung Ihres Rückens?
P1: In der Lagerung und vor allen Dingen nachts, wenn wir hier alleine sind und die Patienten lagern müssen (…) ja.
I: Haben Sie manchmal Probleme mit Ihrem Rücken oder sind bereits Erkrankungen bekannt?
P1: Ja.
I: Darf ich fragen, um welche es sich handelt?
P1: Ja, Wirbelsäule habe ich jetzt gestern erst erfahren (…) völlig dicht, Halswirbelsäule - dicht (…) eigentlich dürfte ich gar nicht mehr hier sein.
I: Was verstehen Sie unter „rückengerechtem Arbeiten“?
P1: Also ich stelle mir darunter vor, dass ich nicht alleine hebe, trage und versuche Kinästhetik anzuwenden, aber das ist eben schwierig das umzusetzen, - für mich jetzt persönlich.
I: Wo finden Sie Informationen zum rückengerechten Arbeiten am Arbeitsplatz?
P1: Ich weiß es nicht.
I: Welche Angebote zur Rückengesundheit im Klinikum sind Ihnen bekannt?
P1: Kinästhetik und das rückengerechte Arbeiten am Arbeitsplatz (…) und da muss ich sagen, dass das Zweite rückengerechtes Arbeiten hat mir mehr gebracht wie die Kinästhetik.
I: Gibt es Angebote, die Sie bereits genutzt haben?
P1: Also bis auf die beiden nichts.
I: Aus welchen Gründen haben Sie an dem Kinästhetik Rückenkurs teilgenommen?
P1: Na zu schauen, was ich da lernen kann, aber wie gesagt, dass ist (…) war für mich Folter (lachen).

I: Können Sie mir ein paar Erkenntnisse nennen, die Sie aus dem Rückenkurs für sich ziehen konnten?

P1: Doch also schon, dass ich nicht gleich alles übernehme von dem Patienten, sondern ihn auch mit einbinde und ihn auch erstmal selber machen lasse (…) das haben wir ja da auch. Aber ansonsten (…) kleine Sachen ja, aber jetzt nicht (…) also man verfällt dann immer wieder in die alte Schiene, indem du mehr hebst und machst.

I: Was würde Sie motivieren an einem Aufbaukurs teilnehmen?

P1: Ich habe schon daran teilgenommen, weil es dazu gehörte.

I: Wie konnten Sie die Teilnahme an dem Rückenkurs mit Ihrem Arbeitsalltag vereinbaren?

P1: Ja da gibt es Weiterbildungstage und ja und das finde ich ja eine feine Sache, dass die Klinik einem das dann ermöglicht.

I: In welchen Situationen beachten Sie besonders auf das Rückengerechte Arbeiten?

P1: Also bei zum Beispiel Blutentnahmen pumpe ich immer das Bett hoch, also mach das Bett hoch (…) beim Waschen, aber da muss man auch dabeibleiben, sonst (…) hm ja, aber oftmals hast du auch gar nicht die Zeit und machst eben dann so schnell und pumpst dann eben nicht das Bett hoch.

I: Wie können Sie die Patienten dazu animieren Ihnen bei Ihrer Arbeit etwas zu unterstützen?

P1: Mit Anleitung der Patienten (…) ja.

I: Welche Techniken konnten durch den Rückenkurs in der Anwendung verbessert werden?

P1: Kleine Sachen, aber (…) wie gesagt wir haben Kollegen, die haben das verinnerlicht, die schaffen das, aber ich (…) bei mir ist das auch nicht drin. Also ich kann Kinästhetik nicht verinnerlichen. Ich kann das nicht umsetzen. Mir ist es zu körpernah (…) das ist so. Das gebe ich zu. Ich möchte den Patienten nicht an meinem Hals haben oder irgendwo auf meiner Haut und das ist bei Kinästhetik oftmals. Und ich kann das nicht umsetzen, obwohl dieses rückengerechte Lagern das war mehr praxisbezogen. Und wir hatten die Hilfsmittel. Hier diese Rutschmatten und das Ganze, was wirklich (…) also das hat mir besser gefallen.

I: Wenden Sie und Ihre KollegInnen Ihre Kenntnisse zum rückengerechten Arbeiten zusammen an oder ergeben sich Unterschiede?

P1: Sicherlich Unterschiede, aber wie gesagt meine Kollegin, mit der ich Kinästhetik gemacht hab, die kann das wirklich prima und dann tut die mich aber auch wieder anleiten (…) ja also und dann folge ich (lachen). Nein aber es ist wirklich so, es gibt Kollegen, denen fällt das leichter und dann (…) klar. Es ist trotzdem ein gutes Zusammenarbeiten, sonst würden wir das ja nicht überstehen.

I: Welche kleinen und technischen Hilfsmittel werden Ihnen zur Verfügung gestellt?

P1: Hilfsmittel haben wir Rutschmatten, wie heißen die (…) diese Patches (…) also die Anti-Rutsch und diese Hilfsmittel für den Rollstuhl zum Transfer.

I: Wie oft nutzen Sie diese Hilfsmittel schätzungsweise an einem Arbeitsalltag?

P1: Manchmal gar nicht.

I: Wie hat sich die Anwendung in der Art und Häufigkeit von Hilfsmitteln nach dem Rückenkurs verändert?

P1: Ja die sind ja erst durch den Rückenkurs zu uns gekommen, indem wir dann bestellt haben. Vorher gab es die ja gar nicht (…) und ja.

I: Wurden Sie schon einmal in Bezug auf eine richtige Anwendung berichtigt?

P1: Nein.

I: Haben Sie schon einmal einen Kollegen / Kollegin auf die richtige oder vergessene Anwendung der Hilfsmittel angewiesen?

P1: Nein.

I: Was tun Sie privat für Ihre Rückengesundheit?

P1: Ich gehe zur Physiotherapie, anders geht es nicht (…) Achso und dann war ich hier im Klinikum im Fitness - Reha. Da war ich ein Jahr, aber da fehlte die Anleitung fand ich, da gab es keine Anleitung. Das ist ein gratis Gerätetraining und da gab es am Anfang eine Anleitung, aber der hat dann dort aufgehört und dann fehlte das (..) das Persönliche ein bisschen.

I: Welche Möglichkeiten gibt es Wünsche oder Rückmeldungen zu den Angebote zur Rückengesundheit zu äußern?

P1: Naja ans Bildungszentrum wenden und Vorschläge dürfen wir abgeben, aber ob das dann bearbeitet wird ist die nächste Sache.

I: Was würden Sie bezüglich der Angebote zur Rückengesundheit verändern?

P1: Also es müsste das Personal stimmen. In jedem Dienst mindestens diese Leute, die wir brauchen, zum Beispiel nachts nicht mehr alleine Nachtdienst, was uns ja auch immer versprochen wird, weil das macht viel aus, als wenn man zu zweit jemand lagert oder (…) das müsste sein, ansonsten (…) habe ich jetzt keine andere Idee, weil (…) und so ist dann der Stress nämlich auch nicht so hoch und schon gehst du ganz entspannter und nicht so hm.

I: Was würden Sie auf jeden Fall so beibehalten an den Angeboten zur Rückengesundheit?

P1: Also die Schulung rückengerechtes Lagern hatte ich mich auch dieses Jahr wieder angemeldet. Das will ich auf jeden Fall noch machen. Aber ja (…)

I: Was würden Sie speziell am Rückenkurs Kinästhetik verändern?

P1: Mir war das zu hochtrabend. Ich weiß nicht da war so viel Theorie. Er wollte auch, dass wir das verinnerlichen, aber (…) zu viel Theorie, zu viel weiß ich nicht (…) mit Plakaten basteln und hast du nicht gesehen. Sie waren noch nicht da. Und ich meine wir sind alle keine 18 mehr und da wälzt du dich auf der Decke da herum in dem Dreck. Also da habe ich es ja schon satt.

I: Aus welchen Gründen würden Sie den Rückenkurs Ihren KollegInnen weiterempfehlen?

P1: Doch, weil es muss ja jeder selber (…) aber bei mir geht das absolut nicht. Und dann ist es eben (…) die jungen Schwestern sind in der Lehre damit schon aufgewachsen. Bei uns ist das so rein (…) die haben das im Vornherein schon Kinästhetik mit in der Lehre gehabt (…) Ja, aber wir sind ja da einfach so

I: Welche weitere Unterstützung zur Rückengesundheit am Arbeitsplatz wünschen Sie sich?

P1: Eigentlich nicht mehr, als wir hier haben.

Anhang 3.2: Interview mit Pflegeperson 2

I: In welchen beruflichen Situationen merken Sie besonders die Beanspruchung Ihres Rückens?
P2: Körperpflege
I: Haben Sie manchmal Probleme mit Ihrem Rücken oder sind bereits Erkrankungen bekannt?
P2: Ja, Abnutzungserscheinungen im Lendenwirbelsäulenbereich.
I: Was verstehen Sie unter „rückengerechtem Arbeiten“?
P2: Also wenn ich es so sehe, das rückengerechte Arbeiten bezieht sich eigentlich nur, dass du das Bett hochpumpst, ansonsten gibt es keinerlei Hilfsmittel (…) wenn einer unten liegt, dann musst du sehen wie du kommst.
I: Wo finden Sie Informationen zum rückengerechten Arbeiten am Arbeitsplatz?
P2: Also ich könnte jetzt vielleicht sagen im Konsens steht was, aber ich weiß es nicht.
I: Welche Angebote zur Rückengesundheit im Klinikum sind Ihnen bekannt?
P2: Na Kinästhetik und rückengerechtes Arbeiten im Alltag. Das ist ein Kurs und der geht einen Tag mit Hilfsmitteln und das wirklich, also richtig an Beispielen (…) praxisnah. Man legt da selber im Bett und man wird selber mal als Patient gemacht am Ende und dann übt man eben selber mal (…) Kinästhetik (…) ich meine da tut man auch mal am Fußboden rumlümmeln, aber das ist nicht so praxisbezogen. Also ein Beispiel habe ich, da wurde gefragt „Was mache ich mit einer Patientin, die sehr sehr schwer ist? Wie kriege ich die wieder hoch, wenn die am Boden liegt?“ Und da (…) Also bei Kinästhetik ist nichts am Ende herausgekommen. Der konnte es selber nicht sagen.
I: Gibt es Angebote, die Sie bereits genutzt haben?
P2: Vor vielen vielen Jahren hatte ich (…) war ich mal in der Rückenschule einen Tag, aber (…) also hier in der Klinik.
I: Aus welchen Gründen haben Sie an dem Kinästhetik Rückenkurs teilgenommen?
P2: (gelacht) wegen der Punkte (…) das können Sie nicht schreiben nur wegen der Punkte (…) na eigentlich schon, dass man mal (…) Nein eigentlich das man mal besondere Hebetechniken oder ja (…) irgendwas angeboten bekommt. Sodass man das eben auch mal im Alltag umsetzen kann.
I: Können Sie mir ein paar Erkenntnisse nennen, die Sie aus dem Rückenkurs für sich ziehen konnten?
P2: Nein. Also ich muss ganz ehrlich sagen ich nehme das dann eher aus dem rückengerechten Arbeiten.
I: Was würde Sie motivieren an einem Aufbaukurs teilnehmen?
P2: Habe ich schon zur Auffrischung.
I: Wie konnten Sie die Teilnahme an dem Rückenkurs mit Ihrem Arbeitsalltag vereinbaren?
P2: Das wird man freigestellt, also das ist (…) ähm (…) Weiterbildungstage gibt es (…) Drei im Jahr und das fällt dann dort rein.
I: In welchen Situationen beachten Sie besonders auf das Rückengerechte Arbeiten?

P2: Ja (…) eigentlich, wenn ich die Betten mache, beim Lagern, Füttern (…) Umlagern und seit Kinästhetik pumpe ich das Bett schon hoch

I: Wie können Sie die Patienten dazu animieren Ihnen bei Ihrer Arbeit etwas zu unterstützen?

P2: Naja ich versuche dem das zu erklären wie ich es gerne (…) also wie ich es mir vorstellen würde und dass er eben mir helfen muss, weil ich keine 18 mehr bin.

I: Welche Techniken konnten durch den Rückenkurs in der Anwendung verbessert werden?

P2: Nein würde ich jetzt nicht so sehen. Also wie gesagt ich greife eher auf das rückengerechte Arbeiten zurück als auf Kinästhetik.

I: Wenden Sie und Ihre KollegInnen Ihre Kenntnisse zum rückengerechten Arbeiten zusammen an oder ergeben sich Unterschiede?

P2: Also das auf jeden Fall. Also würde ich schon so sehen, dass da jeder eine andere Meinung hat, aber (…) Manche muss man auch ausbremsen in ihren Handlungen (…) ja (…) ja

I: Welche kleinen und technischen Hilfsmittel werden Ihnen zur Verfügung gestellt?

P2: Rutschmatte und die (…) die Stoppteile hier (…) Wie heißt denn das (…) die Patches, die rutschhemmenden Matten. Die kleinen eben und dann die großen zum Rutschen und die Bananenbretter, also Banane heißt das, jetzt für den Rollstuhlwechsel oder Bettenwechsel. Aber Hebetechniken gibt es hier keine.

I: Wie oft nutzen Sie diese Hilfsmittel schätzungsweise an einem Arbeitsalltag?

P2: Wenig, ganz wenig.

I: Wie hat sich die Anwendung in der Art und Häufigkeit von Hilfsmittel nach dem Rückenkurs verändert?

P2: Also für mich sag ich jetzt einmal, wenn ich jemanden im Bett hochziehen müsste, stelle ich das Bett auch gerne Kopfteil nach unten und ziehe dann so, weil es einfach leichter geht und denke dann im Nachgang „ich hätte auch das Ding nehmen können“ (…) Aber (…) das ist dann manchmal weg und dann ist es auf dem Gang und ich stehe im Zimmer, weil es dann die Situation ist (…) du rennst dann nicht weg und holst dann noch diese Matte, nein du machst es gleich.

I: Wurden Sie schon einmal in Bezug auf eine richtige Anwendung berichtigt?

P2: Nein das nicht.

I: Haben Sie schon einmal einen Kollegen / Kollegin auf die richtige oder vergessene Anwendung der Hilfsmittel angewiesen?

P2: Nein habe ich auch nicht.

I: Was tun Sie privat für Ihre Rückengesundheit?

P2: Ich habe die gute Physiotherapie.

I: Welche Möglichkeiten gibt es Wünsche oder Rückmeldungen zur der Ausstattung der Hilfsmittel oder der Angebote zur Rückengesundheit zu äußern?

P2: Ja kann man im Bildungszentrum (…) könnte man sich äußern, wenn man wöllte. Man kann auch sagen „Mich würde das und das interessieren“ und die versuchen es dann umzusetzen.

I: Was würden Sie bezüglich der Angebote zur Rückengesundheit verändern?

P2: Also ausreichend Personal, würde ich sagen. Das einfach, wenn dann doch jemand einmal draußen liegt, ich nicht erst irgendjemand anrufen muss, sondern dass dann der zweite Mann dann da ist (…) und an Hilfsmitteln (…) also Hebe- ja, wenn mal jemand draußen liegt, bräuchte ich dann vielleicht so ein Teil, aber ansonsten (…)

I: Was würden Sie auf jeden Fall so beibehalten an den Angeboten zur Rückengesundheit?

P2: Also das rückengerechte Arbeiten will ich dieses Jahr auf jeden Fall wieder machen. Was ich jetzt so sehe, was auch viele abschreckt, das ist einfach, dass man so viel Geld dazu bezahlen muss. Das ist eigentlich (…) es gibt was weiß ich wie viele Weiterbildungen und da steht am Ende (…) hier ich muss da wie bei Kinästhetik 75 Euro bezahlen. Da weiß dann einer nicht so richtig für was eigentlich.

I: Was würden Sie speziell am Rückenkurs Kinästhetik verändern?

P2: Ja, dass es ein bisschen mehr praxisbezogener ist. Da fehlt dann die Praxis, weil das ist ja „Wie stehe ich auf?“ Na ich weiß wie ich aufzustehen habe, aber wie bringe ich es einer alten 80-jährigen Oma bei, wenn die da unten liegt. Und eine 80-lährige Omi geht nicht über die Knie hoch, aber das versucht er ja dann auch einem rüberzubringen (…) das ist (…) Der kann das bestimmt, wenn er es macht. Er kann das perfekt auch auf Station, wenn wir ihn rufen würden, aber eben in dem Kurs fehlt ein bisschen die Praxis.

I: Aus welchen Gründen würden Sie den Rückenkurs Ihren KollegInnen weiterempfehlen?

P2: Doch empfehlen würde ich es schon. Wie gesagt, es tut ja jeder anders auffassen. Der eine, der setzt das um, die hat das verinnerlicht.

I: Welche weitere Unterstützung zur Rückengesundheit am Arbeitsplatz würden Sie sich wünschen?

P2: Ich brauche einen Ruheraum (gelacht). Nein eigentlich ist meine Meinung „brauch man nicht mehr als man hat.“ Denn je mehr man hat, nimmt man es gleich gar nicht.

Anhang 3.3: Interview mit Pflegeperson 3

I: In welchen beruflichen Situationen merken Sie besonders die Beanspruchung Ihres Rückens?

P3: (…) ja, wenn es stressig ist (gelacht) viele Patienten - viel Pflege - viele Wege zu gehen, dann merkt man es.

I: Haben Sie manchmal Probleme mit Ihrem Rücken oder sind bereits Erkrankungen bekannt?

P3: Also es gibt keine festen Diagnosen, aber ich habe schon meine Probleme mit dem Rücken.

I: Was verstehen Sie unter „rückengerechtem Arbeiten“?

P3: Ja, dass man halt den Rücken nicht so belastet. Also die Betthöhe zum Beispiel, dann mit dem Gewicht halt nicht verheben oder ziehen und machen (…) dass wir nicht ewig stehen, aber

das haben wir ja sowieso nicht. Ja bei und (…) das ist ja bei uns ja ganz günstig dieser Wechsel zwischen stehen, laufen, sitzen. -Da ist ja eigentlich alles vorhanden. Genau.

I: Okay und was beachten Sie zum Beispiel, wie Sie es eben sagten, bei der Höhenverstellung vom Bett?

P3: Also da habe ich mich jetzt so daran gewöhnt in den letzten Jahren, dass man das Bett entsprechend hochfährt, damit man nicht immer so gebückt stehen muss.

I: Wo finden Sie Informationen zum rückengerechten Arbeiten am Arbeitsplatz?

P3: Nein da wüsste ich nicht, dass es dazu Informationen gibt. Also die Schüler lernen das, dass man das Bett entsprechend hochstellt und (…) es gibt Kurse, wo man halt auch rückengerechtes Arbeiten, wo man das als Weiterbildung machen kann. Das sind dann eben so Sachen, die so weitergetragen werden und die hat man dann wirklich ganz schnell übernommen, weil es angenehmer ist.

I: Sie haben ja schon einen Kurs genannt. Welche Angebote zur Rückengesundheit im Klinikum sind Ihnen noch bekannt?

P3: also die Kinästhetik sozusagen zählt da mit rein. Dann das rückengerechte Arbeiten und ich glaube da war jetzt noch mal einen extra (…) Ich weiß jetzt aber nicht wieder heißt, irgendetwas mit Transfer so. Das hatten jetzt auch einige gemacht.

I: Gibt es Angebote, die Sie bereits genutzt haben?

P3: Kinästhetik habe ich gemacht.

I: Aus welchen Gründen haben Sie daran teilgenommen?

P3: Erst mal einfach um den Horizont zu erweitern, weil ich wusste ja noch nicht wirklich was mich da erwartet. Naja und dann muss man ja auch noch ein paar Punkte sammeln, also Weiterbildungspunkte (gelacht). Genau nein, aber um wirklich auch mal seinen Horizont zu erweitern. Man kann ja auch immer nur dazu lernen.

I: Was waren für Sie die wichtigsten Erkenntnisse, die sie aus diesem Kurs ziehen konnten?

P3: Es war einfach mal dieses Aufdröseln der Bewegung an sich. Also wie funktionieren Knochen und Gelenke? Dann ist das dann nochmal in die Massen unterteilt, wie haben die (…) was haben die für eine Funktion? Was kann man beim Transfer irgendwo, bei der Lagerung anwenden? -Solche Dinge. Ja also Richtung, alles was da so dazu gehört.

I: Haben Sie bereits an dem Aufbaukurs teilgenommen?

P3: Ja ich habe schon an dem Grund-, Aufbau und (…) Refresherkurs sozusagen teilgenommen.

I: Was hat Sie dazu motiviert diesen Kurs weiter zu machen?

P3: Ich sag mal so, erstens um das erstmal alles wieder ein bisschen in Erinnerung zu rufen, weil man ja (…) gewisse Dinge übernimmt man, aber es sind halt eben nur Bruchstücke.

I: Welche Dinge haben Sie übernommen?

P3: Beim Drehen zum Beispiel wende ich das häufig an, gerade wenn die Patienten Angst haben, dass man das denen so ein bisschen zeigt so stückweise, was auch so ein bisschen in die Basale mit reinfällt (…) da gibt es ja Vieles was sich so überschneidet sage ich mal. Das sind so Dinge. Beim nach oben Rutschen, wie man da zum Beispiel auch bei schweren Patienten das man da

nicht unbedingt heben muss (…) an das Bett herankommen, Aufstehen, wieder Umsetzen in den Rollstuhl, in den Nachtstuhl. Das sind so etliche Sachen. Auch den Patienten mal so Angebote zeigen, wie sie vielleicht selber schaffen doch alleine zu rutschen. Was man denen dann auch mal so zeigen kann. Das habe ich drauf.

I: Wie konnten Sie die Teilnahme an diesen Kurs mit Ihrem Arbeitsalltag vereinbaren?

P3: Das waren Tageskurse, also das war kein Problem.

I: In welchen Situationen beachten Sie besonders auf das Rückengerechte Arbeiten?

P3: Nein eigentlich nicht.

I: Sie haben ja bereits gesagt, dass sie die Patienten dazu animieren können Ihnen zu helfen bei der Arbeit. Gibt es dazu bestimmte Techniken, die Sie im Kinaesthetics-Rückenkurs gelernt haben anzuwenden?

P3: Im Prinzip anregen und zeigen. Wenn man jetzt zum Beispiel im Bett nach oben rutscht und bringt das jetzt nicht so, wenn man sich jetzt zum Beispiel aussetzt, wie man da einfacher nach oben kommt. Zum Beispiel oder eben, wenn sie sich hinsetzen, wie sie es machen können, dass sie besser aus dem Bett kommen. Dann merken die auch den Erfolg und das motiviert ja auch und dann versuchen die das auch. Da kann man die schön motivieren.

I: Wenden Sie und Ihre KollegInnen Ihre Kenntnisse zum rückengerechten Arbeiten zusammen an oder ergeben sich Unterschiede?

P3: Nein das geht nicht immer gleich (gelacht), weil wenige so denken wie ich (gelacht). Es braucht eben manchmal ein bisschen mehr Zeit, wenn man das so macht. Na man hat halt manchmal keine Zeit und dann wird das wieder herkömmlich gemacht. Dann wird gezogen, gezerrt, gehoben ohne dass der Patient selber etwas macht. Aber wir haben auch schon Patienten zu zweit schon herausgenommen über Kinästhetik, wenn das eine schwierigere Situation praktisch war. Denn es geht nicht bei jedem, dass man den einfach an den Bettrand bringt und rausbringt, sondern das ist ja dann bei manchen braucht es viele kleine Einzelschritte. Also zum Beispiel überhaupt erstmal an den Bettrand kommen, wenn wir das sicher haben, den vielleicht auch mal dazu bringen sich aus dem Bett heraus sich in den Stuhl hineinzusetzen. Das ist für manche ja echt eine große Hürde. Da braucht man mit unter auch einen zweiten Mann, weil da muss einer vorne mit halten und einer von hinten unterstützen, um den Patienten die Möglichkeiten zu zeigen die er hat und zu gucken wie es geht und ihn zu sichern, weil er darf ja trotzdem nicht hinfallen.

I: Benutzen Sie dazu auch Hilfsmittel?

P3: Nein.

I: Okay und haben Sie dazu etwas im Rückenkurs gelernt?

P3: Nein, bei der Kinsäthetik geht es eigentlich nicht um Hilfsmittel. Da geht es eigentlich wirklich um den Bewegungsablauf, wie die einzelnen Elemente wie sozusagen ineinandergreift, wie das funktioniert und das versucht man letztendlich dann auf den Patienten den man vor sich hat umzusetzen, so dass er eben aufgrund der Drehung oder wie das Bein angezogen ist oder die

Lage, wie die an sich ist, dass die es dann halt mehr oder weniger von alleine schaffen sich an den Bettrand zu setzen.

I: Sie haben gesagt Sie nutzen dazu keine Hilfsmittel, aber welche Hilfsmittel werden Ihnen auf Station zur Verfügung gestellt?

P3: Ja es gibt Hilfsmittel zum Rutschen und zum Lagern. Da gibt es halt diese rutschfeste Matte, damit kann man den Patienten auch nach oben, dass er sich nach oben bewegen kann, damit die Füße nicht wegrutschen. Dann gibt es das Rollboard, das ist eigentlich ein großer Begriff. So etwas Ähnliches gibt es ja auch noch für das Bett, das ist wie so ein Segeltuch (…) nicht Segel, sondern wie ein Fallschirm so etwas. So ein Tuch was über so eine Platte gezogen ist und da es dann so glatt ist rutscht er dann praktisch, kann den dann leicht nach oben bewegen ohne sich jetzt großartig anzustrengen. Ja und das Bett ist das beste Hilfsmittel, das kann man ja auch höher verstellen.

I: Nutzen Sie solche Hilfsmittel überhaupt nicht oder doch manchmal im Alltag?

P3: Eher weniger, weil ich mir eben auch versuche über die Kinästhetik (…) ja es ist auch bedingt immer nur so praktisch. Das hat alles so seine Vor- und Nachteile.

I: Haben Sie schon einmal einen Kollegen / Kollegin auf die richtige oder vergessene Anwendung der Hilfsmittel angewiesen?

P3: Also ich wurde noch nicht darauf hingewiesen, dass ich das oder jenes nicht machen sollte, aber ich gebe das durchaus auch weiter und sage: „Mach das mal nicht so, sondern eher so."

I: Was tun Sie privat für Ihre Rückengesundheit?

P3: Privat? Ich versuche sportlich aktiv zu sein. Ich bin ein Wanderer, der viel wandert. Wenn es zeitlich passt, dann gehe ich in eine kleine Sportgruppe, die sich Energydance nennt. So etwas mache ich halt.

I: Welche Möglichkeiten gibt es Wünsche oder Rückmeldungen zur der Ausstattung der Hilfsmittel oder der Angebote zur Rückengesundheit zu äußern?

P3: Nicht, dass ich wüsste. Ich wüsste nicht wo.

I: Was würden Sie bezüglich der Angebote zur Rückengesundheit verändern?

P3: (…) Da habe ich jetzt auch keine Idee. Man müsste das vielleicht noch mehr auf die Station bringen diese ganzen Möglichkeiten, die es da gibt, dass man halt noch mehr Leute dafür gewinnen kann, die das dann halt auch mitmachen.

I: Was würden Sie auf jeden Fall so beibehalten?

P3: Ich würde das beibehalten, ja und ich würde auch wieder in einen Refresherkurs gehen.

I: Was würden Sie in Bezug auf den Rückenkurs verändern wollen?

P3: Naja gut, da würde ich mir mehr Praxis mir wünschen und Fallbeispiele. Das wäre jetzt so wirklich was (…) einfach um auch die Idee, weil das ist so diese neumodische Lehrweise, die gefällt mir nicht so, das muss ich sagen, aber es gibt halt auch die praktischen Sachen und das ist ja das was man will.

I: Was bedeutet neumodische Lehrmethoden für Sie?

P3: Naja, dass man irgendwelche Plakate malen soll oder vorher nachher irgendwelche Sachen aufschreiben soll und ja

I: Aus welchen Gründen würden Sie diesen Kurs Ihren KollegInnen weiterempfehlen?

P3: Na es ist ja auch für den ihren Rücken gut und halt gemeinsam, wenn mehr da dran arbeiten, sind mehr Patienten vielleicht schneller wieder mobil, selbstständig.

I: Welche weitere Unterstützung zur Rückengesundheit am Arbeitsplatz würden Sie sich wünschen?

P3: Mehr Zeit, mehr Zeit brauchen wir manchmal oder sehr häufig. Da hängt halt auch sehr viel dran an so einem Tag. Ich kann mich halt früh nicht wirklich so mit einem Patienten, der vielleicht lange gelegen hat, vielleicht noch Orientierungsprobleme hat. Da habe ich früh keine Zeit mich eine Stunde mit dem zu beschäftigen, was aber schön wäre. Das sind eben all diese Dinge, die man schön in Ruhe machen kann, aber das geht halt nicht.

Anhang 3.4: Interview mit Pflegeperson 4

I: In welchen beruflichen Situationen merken Sie besonders die Beanspruchung Ihres Rückens?

P4: (…) Bei der Patientenkörperpflege.

I: Bei welchen Situationen genau?

P4: Beim Lagern, wenn wir sie auch umsetzen in den Rollstuhl oder überhaupt aus dem Bett mobilisieren (…) bei der Mobilisation ja.

I: Haben Sie manchmal Probleme mit Ihrem Rücken oder sind bereits Erkrankungen bekannt?

P4: Nein nichts.

I: Was verstehen Sie unter „rückengerechtem Arbeiten“?

P4: Unter rückengerechten Arbeiten (…) wenn ich den Patienten für mich auf die Höhe bringe, dass ich mich nicht bücken muss.

I: Wo finden Sie weitere Informationen zum rückengerechten Arbeiten am Arbeitsplatz?

P4: Also ich würde es im Konsens suchen. Ich habe es noch nicht gebraucht, aber ich würde es im Konsens suchen.

I: Welche Angebote zur Rückengesundheit im Klinikum sind Ihnen bekannt?

P4: Also die sind mir bekannt durch das Bildungszentrum, was man nutzen könnte. Also ich weiß Aquagymnastik. Ich weiß, dass es Kinästhetik-Schulungen angeboten werden (…) ich weiß, dass man hier auch vergünstigt das Fitnessstudio nutzen könnte, wenn man noch keins hätte. Die drei Sachen würden mir jetzt spontan einfallen.

I: Gibt es Angebote, die Sie bereits genutzt haben?

P4: Nein, weil ich die privat jetzt nutze quasi mich sportlich privat fit halte.

I: Von dem Kinästhetik-Rückenkurs haben Sie ja wie bereits erwähnt gehört (…)

P4: Habe ich gehört (…) Hab den auch mal, wo ich vorher gearbeitet habe absolviert, aber das ist halt schon eine ganze Zeit her (…) also das ist nur noch wage etwas in Erinnerung

I: Aus welchen Gründen haben Sie noch nicht hier am Klinikum daran teilgenommen?

P4: (…) Ja, weil ich jetzt erstmal, wie gesagt erst seit fünf Jahren dabei bin (…) mich dann zwei Jahre später erstmal wieder in die Stellvertretung eingearbeitet habe, weil ich ja von woanders herkam und (…) das andere Jahr hatte ich mich dann mit den Grundbausteinen beschäftigt und dass das dann quasi mir nicht zu viel wird, sondern dass ich das dann für mich so peu á peux alles (…) ja abverlange von mir (…) hatte ich mich damit jetzt noch nicht so beschäftigt.

I: Mit welcher Anregung würden Sie an dem Rückenkurs teilnehmen?

P4: (…) dass man mich quasi lockt damit?

I: Ja so ungefähr.

P4: Ähm (…) Nee da gibt es eigentlich garkeinen Anreiz. Ich müsste (…) Ich würde mich jetzt (…) also, wenn das wieder bestehen würde, wenn der (unverständlich) es werden (…) es nehmen ja dieses Jahr nur zwei teil von uns an der Weiterbildung (…) würde ich jetzt quasi jetzt sagen, wenn das die Zwei absolviert haben, würde ich mich jetzt als nächstes mit anmelden, wenn das nicht ein Anderer schon, das jetzt im Kopf hat und das unbedingt möchte(…) aber ich würde das jetzt einfach von mir aus dann für nächstes Jahr im Auge behalten, weil wir dieses Jahr schon zwei Anwärter dafür haben (…) also ja (…) also für mich wäre es ideal wirklich, wenn es Arbeitszeit ist ganz klar und wenn Kosten auf einem zukommen würden, dass die natürlich vom Arbeitgeber getragen werden. Denn ich denke, dass das rückenschonende Arbeiten auch gewollt ist, um hier uns lange quasi zu haben, also würde ich schon (unverständlich) würde ich mir wünschen, wenn das vom Arbeitgeber her übernommen wird.

I: Gibt es ganz bestimmte Situationen, wo Sie besonders darauf achten?

P4: Ja beim Verbandswechsel (…) da am meisten

I: Okay, was beachten Sie dabei genau?

P4: Dass ich wirklich mir das Bett auf meine Arbeitshöhe fahre (…) dass ich mich quasi da nicht bücken muss.

I: Wie können Sie die Patienten dazu animieren Ihnen bei Ihrer Arbeit zu unterstützen?

P4: Ja auf alle Fälle (…) auf alle Fälle, also ich versuche alle Ressourcen zu erhalten und, dass die auch die auch definitiv eingesetzt werden, ja.

I: Gibt es da bestimmte Techniken oder Hilfsmittel, die Sie dazu anwenden können?

P4: (…) Ja einmal, dass man sich wirklich erstmal die Zeit am Patienten lässt, um (…) sag ich mal zu überzeugen, wie wichtig das Ganze ist und dann setze ich halt die Hilfsmittel ein, die mir auf Station zur Verfügung stehen (…) Rollstuhl, Gehbank (einatmen) sei es der Toilettenstuhl, Rutschbretter, Drehbretter (…) also das, was wir alles so für unsere Patienten zur Verfügung haben.

I: Welche weiteren kleinen und technischen Hilfsmittel werden Ihnen zur Verfügung gestellt?

P4: Genau Rutschmatten, rutschhemmende Matten (…) auch so Strickleitern, wo ich die Patienten quasi; gerade die Amputierten; hochziehen können, dass die nicht an unseren Armen

hängen, sondern schön mitmachen können (…) ja (…) und halt wirklich die zweite Pflegekraft, die ich mir dazu hole (…) Also das steht an erster Stelle.

I: Haben Sie auch technische Hilfsmittel, die Sie mir nennen können?

P4: Nee die haben wir nicht.

I: Wie oft nutzen Sie diese Hilfsmittel an einem Arbeitsalltag?

P4: Bestimmt zehn (…) zwanzig Mal und es sind definitiv mindestens zwei Hilfsmittel am Tag.

I: Wurden Sie schon einmal in Bezug auf eine richtige Anwendung berichtigt oder darauf hingewiesen?

P4: Ja, ja da berichtigen wir uns gegenseitig. Entweder dass uns die Krankengymnastik hier uns hilft und hinweist oder wir halt quasi, sag ich mal, die jungen Leute, das hinzugekommene Personal, quasi einweisen oder auch darauf hinweisen, jetzt die frisch von der Schule kommen und bei uns anfangen.

I: Sie haben bereits gesagt, dass Sie privat etwas für Ihre Rückengesundheit tun. Was wäre das?

P4: Ja (…) was ich genau mache? Aerobic, Trampolin springen, Fahrrad fahren (…) ja.

I: Welche Möglichkeiten gibt es Wünsche oder Rückmeldungen zur der Ausstattung der Hilfsmittel oder der Angebote zur Rückengesundheit zu äußern?

P4: Hmm (…) also das wäre mir jetzt nicht bekannt. Wo ich aber, wo wir uns wirklich, wenn wir wissen der und der Mitarbeiter ist in Kinästhetik geschult, dass der auch rückfragt oder uns dann auch hilft, um arbeitserleichternd zu Arbeiten.

I: Was würden Sie bezüglich der Angebote zur Rückengesundheit verändern, also in organisatorischer Hinsicht oder die Inhalte betreffend?

P4: Also für mich wären die ausreichend. Für mich wäre das wirklich ausreichend (…) was für mich wirklich wichtig wäre, aber da kann grad keiner was daran ändern, dass man halt auch immer wieder genügend Personal hat, um viele Sachen auch einfach zu zweit zu machen, weil das ist auch schon das A und O oft. Aber ansonsten würde mir das Angebot so vom Klinikum vollkommen ausreichen, für mich persönlich.

I: Welche weitere Unterstützung zur Rückengesundheit am Arbeitsplatz würden Sie sich wünschen, hinsichtlich der Auswahl der Hilfsmittel?

P4: Ja also, die wären für mich völlig ausreichend, weil die die wir hier haben (…) also das sind wirklich viele und ich denke, wenn es noch mehr gäbe, weiß ich nicht ob man sogar auch sagt „oh wir haben so viele, ich habe gar keine Lust irgendeins einzusetzen, weil man dann schon gar nicht mehr weiß welches man nimmt. Also mir ist das völlig ausreichend, was wir zur Verfügung haben.

Anhang 3.5: Interview mit Pflegeperson 5

I: In welchen beruflichen Situationen merken Sie besonders die Beanspruchung Ihres Rückens?
P5: Na das ist meistens bei so kleinen Tätigkeiten, wenn man (…) wie zum Beispiel jetzt Insulinspritzen (…) dann um die Betten hochzumachen. Das dauert so endlos lange (…) nur eine Spritze, deshalb macht man das dann gleich so und wenn man das dann aber schon ein paar Mal gemacht hat, merkt man das dann doch, dass das ein bisschen auf den Rücken geht.
I*: Haben Sie manchmal Probleme mit Ihrem Rücken oder sind bereits Erkrankungen bekannt?*
P5: Nein, sehr sehr selten habe ich mal nachmittags Rückenschmerzen, aber das ist wirklich sehr selten.
I: Was verstehen Sie unter „rückengerechtem Arbeiten“?
P5: Na unter rückengerechtem Arbeiten verstehe ich, wenn man jetzt sich eben nicht bücken muss, den Rücken nicht irgendwie komisch krumm machen oder verbiegen muss, um eben seine Tätigkeit durchzuführen.
I: Wo finden Sie Informationen zum rückengerechten Arbeiten am Arbeitsplatz?
P5: Bestimmt im Konsens.
I: Welche Angebote zur Rückengesundheit im Klinikum sind Ihnen bekannt?
P5: Also jetzt zum Beispiel die Kinästhetik-Weiterbildung. Dann haben wir auch verschiedene Rückenschulenangebote (…) ja, also bei der Physiotherapie das könnten Sie wahrnehmen, wenn Sie möchten. Ja
I: Gibt es Angebote, die Sie bereits genutzt haben?
P5: Ich habe mich jetzt für die Kinästhetik angemeldet, ob das stattfinden wird wissen wir noch nicht. Aber sonst habe ich nichts irgendwie in Anspruch genommen.
I: Aus welchen Gründen bzw. mit welchen Erwartungen haben Sie sich an dem Kinästhetik-Kurs angemeldet?
P5: Um meine Arbeitsweise zu verbessern, um auch effizienter zu arbeiten, zum Beispiel auch, wenn man einen Patienten lagert, dass eben mehr (…) durch eben diese kinästhetische Arbeitsweise verbessert werden kann, anstatt jetzt seine eigene Kraft jetzt so sehr anwendet.
I: In welchen Situationen beachten Sie besonders auf das Rückengerechte Arbeiten?
P5: Vor allem bei der Körperpflege und auch beim Lagern des Patienten. Also wenn man jetzt eine Windel mal wechselt.
I: Wie können Sie die Patienten animieren Sie bei Ihrer Arbeit zu unterstützen?
P5: Na zum Beispiel, wenn ein Patient jetzt höher im Bett rutschen muss, da halten die sich immer an den Bettgalgen fest und versuchen die Beine anzuwinkeln und drücken sich selbst ab oder dann kann man auch das Bett quer, also so schräg stellen, damit dann der Kopf nach unten hängt, dann geht das auch für die Patienten nochmal ein bisschen leichter.
I: Gibt es da bestimmte Techniken / Hilfsmittel, die Sie dazu anwenden können?
P5: Es gibt verschiedene Hilfen, zum einen ist die Bettverstellfunktion ja ein Hilfsmittel und es gibt auch verschiedene (…) also ich weiß, dass es eigentlich noch so ein Tuch gibt, darüber kann ich

Ihnen aber nicht mehr erzählen. Ja da gab es irgendein Tuch, was zur Lagerung (…) Einem beim Lagern besser helfen kann.

I: Welche kleinen und technischen Hilfsmittel werden Ihnen zur Verfügung gestellt?

P5: Nein da haben wir nichts. Also wir haben nur das Bett.

I: Wie oft nutzen Sie das Bett als Hilfsmittel an einem Arbeitsalltag?

P5: Also das Bett täglich und jederzeit, wenn es sich anbietet.

I: Wurden Sie schon einmal in Bezug auf eine richtige Anwendung berichtigt?

P5: (…) Da fällt mir jetzt nichts konkret ein.

I: Haben Sie schon einmal einen Kollegen / Kollegin auf die richtige Anwendung der Hilfsmittel angewiesen?

P5: Also dann würde ich es nochmal an die letztere (…) die vorherige Frage anschließen (…) und zwar, ich kann mich jetzt an nichts wirklich erinnern, aber das sind dann immer so, wenn wir uns gegenseitig helfen „Wie können wir es denn jetzt noch besser machen?“. Also gegenseitiges Helfen.

I: Was tun Sie privat für Ihre Rückengesundheit?

P5: Nichts.

I: Welche Möglichkeiten gibt es Wünsche oder Rückmeldungen zur der Ausstattung der Hilfsmittel oder der Angebote zur Rückengesundheit zu äußern?

P5: Da habe ich vorerst keine Wünsche oder Anliegen, weil ich das ja auch nicht nutze und weil ich jetzt nicht weiß, was direkt dort gemacht wird.

I: Wenn Sie welche hätten, an wen könnten Sie sich wenden?

P5: (…) an unsere Stationsleitung.

I: Welche weitere Unterstützung zur Rückengesundheit am Arbeitsplatz würden Sie sich wünschen?

P5: Naja so im Allgemeinen organisatorisch und zeitlich, weil ja immer das Personalproblem herrscht, dass wir mehr Personal haben, ja.

Anhang 3.6: Experteninterview mit dem Kinästhetikkursleiter

I: Wie sind die zu der Tätigkeit als Kinästhetikkursleiter gekommen?

E: Das hat sich so in den 90er Jahren so entwickelt, dass wir 94/95 die ersten Grundkurse bei uns auch im Haus hatten. Und die wurden damals durchgeführt noch von Trainern aus der Schweiz und da habe ich an einem Grundkurs damals teilgenommen und bin seit dem quasi mit dem Thema unterwegs (…) Das hat mich selber jetzt nicht mehr losgelassen, weil es grundsätzlich ja ein Stück weit ja ein Werkzeug ist, was wir in der Pflege brauchen, um alltägliches Tun entsprechend angepasst (…) differenziert auch durchführen zu können und da habe ich dann

seit 94, quasi Kontakt mit dem Thema und bin mit dem Thema beschäftigt und im Verlauf hat sich dann natürlich die weitere Ausbildung dann ergeben und seit 98/99 bin ich dann auch im Haus als Trainer in der Form tätig, dass Kurse quasi auch entsprechend gestaltet werden, jetzt aus dem eigenen Haus durch mich und jetzt nicht mehr Fremdtrainer kommen müssen.

I: Wie kann ich mir das Tätigkeitsfeld als Kinästhetik-Trainer vorstellen?

E: Na ein Kinästhetik-Trainer an sich hat ja so ein Stück weit ein Verantwortungsbereich: »Weiterentwicklung der Bewegungs- und Handlingskompetenz der Mitarbeiter«, das heißt also so ein Stück weit ja einmal mit der pädagogischen Besonderheit, dass so die direkte Erfahrung der eigenen Bewegung und die Auswirkungen auch in der Bewegung mit anderen Menschen da in Stück weit die Grundlage ist und das wird ja in den unterschiedlichen möglichen Kursmodulen (…) ja anwendbar sein, das heißt also es geht ja darum ein Stück weit die Wahrnehmung zu differenzieren und Vielfältigkeit in meinem Anpassungsspielraum zu gestalten und eigene Bewegung vor allem mit dem Blickwinkel des Konzeptsystems ja zu analysieren und dass es also (…) einmal das, was in den Basiskursen ja angeboten wird. Das Zweite wäre natürlich ein gewisser Spielraum, um für eine Praxisanleitung, das heißt, dass man die Kursteilnehmer auch in der Praxis antrifft und anleiten kann, - auch in der Praxis begleiten kann. Das passiert hier auf Station (…) na auch in Workshops, die stattfinden bzw. auch Reflexionstage. Das waren so verschiedene Module, die sich entwickelt haben und die auch angepasst an den Bedarf der einzelnen Bereiche sich natürlich auch verändert haben und dann natürlich auch als Ansprechpartner für Mitarbeiter noch da zu sein, die anrufen, sich melden und sagen »Mensch, wir haben hier ein Problem. Wir haben Erstmobilisation, Schwerst- (…) mehrfache Einschränkungen nach Polytrauma etc. und langer Liegezeit«. Gerade diejenigen Menschen müssen wieder anfangen in Bewegung zu kommen, sich neu zu organisieren, zu kontrollieren und da braucht es natürlich auch Ideen, wie die Umgebung wechseln, neue Positionen einnehmen, - das ist ja das was Pflegende eigentlich Tag täglich tun. Die sind ja meistens damit beschäftigt andere Menschen von A nach B zu bewegen und ihren alltäglichen Aktivitäten zu unterstützen. Da ist das also so, was in der Praxisanleitung und -begleitung liegt. Da als Ansprechpartner mit zur Verfügung zu stehen. Ja und die Weiterbildungsangebote sind dann das Feld, was an Aufgabenbereichen natürlich mit rein fällt und dann natürlich noch ein (..) in meinem aktuellen Aufgabengebiet ist es auch noch die (…) diese ökonomischer Einsatz von Sachmitteln sage ich mal so ausgedrückt, dass wir natürlich auch Menschen in verschiedenen Umgebungen (…) ja man sagt ja auf Deutsch lagern müssen oder legen müssen und sich Menschen in verschiedenen Umgebungen auch eine lange Zeit aufhalten müssen und das spielt natürlich schon eine Rolle, was nutze ich da, was setze ich da für Hilfsmittel ein, so Sachmittel ein, zum Beispiel Spezialbetten, die im Intensivbereich auch in den letzten Jahren mehr zunehmen, doch auch auf Normalstation zum Einsatz kommen, zum Beispiel bei so adipösen Patienten, die Schmerzpatienten, die Patienten, die Hautdefekte haben und dass die eben spezielle Betten brauchen und natürlich auch spezielle Matratzen und die sich ein Stück weit ein Stück von den Standardmatratzen unterscheiden und die wir natürlich mit mieten müssen von externen

Anbietern und die natürlich auch einen gewissen Kostenfaktor haben und da spielt schon eine Rolle, ob ich eine spezielle (…) effektiv dann nutze und gezielt halt auch brauche und da ist das ein Feld, was ich gezeigt habe, dass sehr gut ist, wenn da Jemand da ist, der darauf auch mit einem gezielten Blick nochmal guckt und hinterfragt: »Ist es denn nötig oder braucht es genau das oder braucht es vielleicht eine andere Umgebung und wie lange ist es nötig?«. Wann müssen wir die Umgebung wieder verändern oder anpassen, dass also nicht die Menschen nach einem akuten Verkehrsunfall von Anfang bis Ende quasi auf einer Spezialluftstrommatratze liegen und kurz vor ihrer Entlassung mich mit einer Zeitung in der Hand und einem Orangenglas im Bett sitzend dann begrüßen und eigentlich die Matratze gar nicht mehr nötig ist, denn oftmals ist sowas ja auch eher eine Behinderung und eine Einschränkung, das heißt wir müssen schon differenziert schauen, wie hilft es dem anderen Menschen denn überhaupt selber in Bewegung zu kommen, sich selber zu kontrollieren und manchmal ist eine zu weiche Umgebung auch hinderlich am Bettrand, zum Beispiel sitzen zu können und Gleichgewicht halten zu können. Ja und das sind so die Tätigkeitsfelder und zu dem bin ich jetzt natürlich für meinen Teil auf Station zu 100 Prozent in drei Schichten quasi angestellt, sodass das also auf mehreren Säulenbasiert und ja das Tätigkeitsfeld recht breit gestreut ist.

I: Sie sind ja selbst tätig als Gesundheits- und Krankenpfleger, welche Faktoren fallen Ihnen auf, die im Arbeitsalltag durchaus belastend auf den Rücken sein können und auf die Sie im Kurs näher eingehen?

E: Naja wie will man sagen, ein Mensch der am Bau arbeitet, der wird im Leben nicht daran denken zwischen 80 und 90 Kilo schwere Zementsäcke zu tragen. Und wir tun ja in der Pflege ja die selbstständige Voraussetzung, die wir erleben (…) erwartet wird, dass wir alle Menschen bewegen, die viel schwerer sind als die 80/90 Kilo und oftmals ist das Problem Ja wirklich das Gewicht denn ja wir müssen ja eigentlich immer unser Gewicht bewegen in der Schwerkraft, egal ob wir liegen stehen oder wir uns auf Knien bewegen und die Frage ist ja: wie ein Mensch Sein Körper in der Schwerkraft organisiert. Da ist natürlich auch die Frage seiner eigenen Kompetenzen, d.h. wenn wir viel Muskelspannung brauchen, um im Gleichgewicht zu bleiben und dann wirkt sich das natürlich auf die Beweglichkeit aus und auf die Anpassungsfähigkeit. Das kann natürlich sehr schnell zurück in Beschwerden führen und ganz schnell auch zu gesundheitlichen Schäden führen und uns quasi selber überlasten und ja das ist so das wo wir natürlich ganz klar in der Praxis auf die Probleme treffen die für uns die Rücken Gesundheit zu einem wichtigen Thema machen.

I: Wie können ihrer Meinung nach Informationen zum rückengerechten arbeiten und zu den Grundsätzen der Kinästhetik das Pflegepersonal informiert werden beziehungsweise erreicht werden?

E: Wir haben ja hier die Möglichkeit intern also über das Intranet auch Informationen weiterzuleiten und aufzuklären und Angebote dazu stellen und Möglichkeiten zu bieten zu informieren sag ich mal. Das geht natürlich auch über CNE und über andere Portale und natürlich auch über das Jahresprogramm, dass das Bildungszentrum anbietet. Das sind ja verschiedenste

Module, die Möglichkeiten bieten vom rückengerechten Patienten Transfer bis hin zu basale Stimulation und Bobath. Na alle die sich auch mit der Interaktion zwischen Menschen und der Wirkung auf meine eigene Rückenbelastung und gesundheitlichen Auswirkungen beschäftigen. Das ist natürlich ein Portal, ein Weg, eine Möglichkeit. Und das andere, was ich so aus meiner Erfahrung denke, ist natürlich auch die Kommunikation untereinander, die der eine oder andere auch entdeckt und sagt: »Mensch, wie hast du denn das gemacht? Warum ging denn das bei dir jetzt anders? Ich habe das so erlebt und warum sieht denn das bei dir so leicht aus?«. Also dass man auch kommuniziert und einfach entdeckt im täglichen Tun, was ja quasi auch eine Quelle ist einer Informationsweitergabe, denn wenn ich selbst am eigenen Leib erlebe, dass es für mich besser ist, dann habe ich natürlich viel klarer und deutlicher verstanden, dass es so ist, als wenn ich es gesagt bekomme: »Du musst das so tun.« Ja der Moment der eigenen Erkenntnis ist ein wichtiges Informationsmodul, sage ich mal, einen Weg den man erreichen kann, ja.

I: Was setzen Sie sich mit dem Kinästhetikkurs zum obersten Ziel beziehungsweise was soll erreicht werden?

E: Ja es geht prinzipiell nicht immer nur um die schwersten dicksten größten und kompliziertesten Transfers und unmöglichsten Situationen. Also das ist denke ich mal wichtig, dass wir auch den Blick auf die kleinen feinen Dinge werfen, d.h. es geht erst mal an die Sensibilisierung der Wahrnehmung von eigener Bewegung, wie ich mich alleine bewege und wie ich mich zusammen mit anderen Menschen bewege, das kann in einem Kursraum stattfinden oder aber auch eben mit pflegebedürftigen Menschen, aber da muss man erst mal eine gewisse Sensibilität entdecken, um auch auf die Unterschiede achten zu können. Und da ist ja auch so ein Thema, dass wir da den Einfluss von unserer eigenen Bewegung auf unsere Gesundheit verstehen, dass wir auch unsere Lernprozesse, die stattfinden ein Stück weit entdecken und realisieren können. Ja und das Thema ist ja, dass wir unsere eigene Bewegung ja nutzen, um anderen Menschen, Pflegebedürftigen Menschen, eine Unterstützung so angedeihen zu lassen, dass sie lernfördernd ist oder gesundheitsfördernd ist, dass die Ressourcen entdeckt werden können und erhalten bleiben oder sich weiter entwickeln können, (…) dass ja pflegebedürftige Menschen in unterschiedlichen Positionen ja so unterschiedlich unterstützen, dass sie sich Ja von innen heraus als Ihre eigene Spannung und ihre eigene Gewichtsabgabe angemessen anpassen können. Also das sind so die wichtigsten Ideen wahrscheinlich, dass wir Pflegebedürftigen Menschen irgendwie bei allen Arten von Fortbewegungsaktivitäten und Transfers begleiten können ohne dass wir die jetzt heben und tragen und dadurch auch unsere eigene Gesundheit schaden.

I: Wie können Sie die Pflegekräfte dazu motivieren an dem Kurs teilzunehmen beziehungsweise die Teilnehmer dazu zu motivieren dieses Ziel zu erreichen?

E: Na die Teilnahme (…) also ich kann jetzt aus meiner Erfahrung nur sagen, dass wir ja das Jahresprogramm vom Bildungszentrum haben, was jedes Jahr herauskommt und am Ende spielen die jetzt schon genannten Dinge eine Rolle. Also motivieren tun sich die Menschen gegenseitig, indem sie natürlich erleben was der andere tut oder hören, dass andere Das und

Das erlebt haben und sagen: „Mensch da muss ich auch hin!“. Also diese Mundpropaganda in verbalen, aber auch im eigenen Erleben ist das was motivierend ist, wo man sagt: „Mensch jetzt haben die Anderen das schon auf meiner Station alle, jetzt muss ich, -jetzt bin ich einer der Letzten, jetzt muss ich da auch mal hin.“. Also das ist die wohl beste Motivation und die ja wahrscheinlich hilfreichste. Das ist ja einfach ja vorgelebt wird und entsprechend auch erwartet wird, dass das ein Tag tägliches Qualitätsstandard auch ist, die ich in der Aktion gestalte, in Bewegung komme. Ja wenn das erwartet wird, dann ist das denke ich eine die beste Motivation einer Weiterbildung entsprechend für sich selber dann anzugehen.

I: Wie können Sie vor allem die grundlegenden Lagen der Kinästhetik bei vor allem bei Pflegekräften, die seit Jahrzehnten in ihrem Beruf tätig sind in ihrem Arbeitsalltag integrieren?

E: Ich selber bin am besten in der Lage zu motivieren, wenn ich selber mit in der Praxis bin, das mitgestalte und da gehören natürlich auch, ja die ganzen, ja ich sag mal, die ganzen anderen Kompetenzfelder noch ringsum mit dazu. Das ist also die (…) zum Beispiel Physiotherapeuten, Die Ergotherapeuten und Logopäden, die natürlich mit, auch die Ärzte mit und dieses Pflegeteam ringsum natürlich auch mit dazugehören und da sind sehr gute Phänomene zu entdecken gewesen, wenn wir mit Physiotherapien und Ergotherapien zusammen, dass was die anfangen wir auch weiterführen. Zum Beispiel macht die Ergotherapie die ganze Woche über langsam Fortschritte und über das Wochenende hinweg fällt Angebot meistens ein Stück weit aus und am Montag fängt man dann wieder drei Schritte zurück an, wieder von vorne die Fähigkeiten zu entwickeln und das hat schon dazu geführt, dass wir wirklich ein aufeinander achten, warum tust du genau das so und warum Mach das die Ergotherapeutin genau so und nicht anders, man dadurch halt ja auch ein Stück weit das mittragen kann und wir können natürlich jetzt nicht die Arbeit der Ergotherapie am Wochenende ersetzen zu 100 Prozent, aber wir können wenigstens in Ansätzen das weiter tun, was da begonnen wurde und das ist natürlich etwas, das hilft, wenn auch diese anderen Kompetenzgruppen erst einmal verdeutlichen was machen wir eigentlich und warum machen wir das und wie tun wir das. Dass ein Logopäde der quasi ein Schlucktraining durchführt unter ganz speziellen Kriterien schaut, dass eine Schwester das vielleicht auch mal anhören kann, warum machst du das so und nicht anders. Und das betrifft ja ein Stück weit ja die einzelne Kompetenzentwicklung und das motiviert natürlich schon. Wenn man auch von anderen in der Echtzeit quasi von der Praxis heraus Lernen können.

I: Wie lange dauert der Grundkurs?

E: Der Grundkurs geht ja (…) die eigentliche Vorgabe sind 24 Unterrichtsstunden und geht normalerweise in Lernphasen von statten, d.h. das also auch Zwischenetappen stattfinden und in denen dann Praxiserfahrungen gesammelt werden können und die mit den im Kurs übereingebracht werden können, verglichen werden können. Und diese Lernphasen sind meistens so, dass man auch mal zwei Tage Kursinhalte macht und sich im Kursraum trifft. Und dann gibt es eine Lernetappe dazwischen und dann trifft man sich wieder und kann die Erfahrungen, Erkenntnisse und offene Fragen aus den vorhergehenden Lernetappen und Kurstagen quasi reflektieren und auswerten und dann findet noch eine quasi eine zweite oder

sogar dritte Lerneinheit statt, sodass so ein Grundkurs über dieses Modell auch verteilt werden kann über einen längeren Zeitraum und somit eben das Lernen auch ein Stück weit ja intensiver stattfinden kann und auch eine Überforderung vermieden wird, dass man nicht so viel Input auf einmal hat. Dann ist ein Riesen Chaos im Kopf und am Ende weiß man gar nicht was mache ich denn da jetzt als erstes. Die in Stück weit Tradition ist aber eben hier noch bestehend, also wir (…) ja ursprünglich das ganze Konzept ist ja auch ständig in Entwicklung und im Ausbau und über das Trainernetzwerk und über die Literatur und das natürlich mit viel mehr Inhalten als es noch vor 30 Jahren der Fall war und anfänglich war so ein Grundkurs natürlich drei Tage am Stück, das ist so die klassische traditionelle Form. Und naja es braucht seine Zeit und einige Einrichtungen wollen nur das und können nur das ja akzeptieren. Andere Einrichtungen sind da schon sehr viel, ja ich sag mal flexibler und bereiter eine Lernumgebung zu schaffen, die mehr Nachhaltigkeit gibt und sind auch bereit diese neue Struktur anzunehmen, so dass es also immer auf den Veranstalter selber ankommt. Wir im Klinikum haben eben diese Dreitagesform quasi beibehalten, dass erst einmal drei Tage ein Input gegeben wird und danach gehen die Menschen ja sowieso in die Praxis und der vierte Tag also Lernphase Zwei wäre dann zum Beispiel ein Bewegungstag, den man macht oder ein Reflexionstag, wo man sich treffen kann oder einen Workshop (…) Kann also aus der Praxis heraus sich als Anwender mal finden und mal die Baustellen und Reibungspunkte noch mal ein Stück weit bearbeiten, die man aus der Praxis mitnimmt. Wo dann konkrete Praxisbeispiele aufgrund von Konzeptblickpunkten dann noch mal analysiert und bearbeitet werden. Genau, das ist also hier am Ende irgendwo ähnlich, wichtig ist also, dass man die Zeit einhält im Sinne von 24 Unterrichtsstunden und es ist aber am Ende (…) es kommt immer darauf an, was die Menschen daraus machen. Ich hatte auch schon einen Teilnehmer, der war nur zwei Tage in einer Kinästhetik Infoveranstaltung mal gewesen in einem anderen Krankenhaus und da hat er eben mal so eine Infoveranstaltung erlebt und dachte das wäre der Grundkurs, aber das war nur eine Info Veranstaltung und der kam zum Aufbaukurs und eigentlich hätte ich ihn wieder nach Hause schicken müssen, weil die Zulassung zum Aufbaukurs Ja ein zertifizierter Grundkurs, d.h. ein Zertifikat mit Teilnahme Bestätigung von so und so viel Zeit Stunden Eine Voraussetzung ist, um an einem Aufbaukurs überhaupt teilnehmen zu dürfen. Und es war aber, es wäre wirklich schade gewesen, hätte ich ihn weggeschickt, weil der war so dabei und hat so mitgemacht und war eifrig am forschen und ausprobieren und tun. Der war also einer der intensivsten Teilnehmer, der sich mit dem Thema auseinandergesetzt hat. Und genau so trifft man auf andere Teilnehmer, die im Grundkurs waren und zwar drei Tage da waren und ihre Zeit abgesessen haben, aber letzten Endes für sich nicht die Ideen mitnehmen und umsetzen können, sondern weiter (motteln) in ihrem alltäglichen tun so, in den Mustern, wie sie es die letzten Jahre schon gemacht haben. Deswegen ist es gar nicht wichtig, dass man ein gewisses Zeitpensum einhält, in dem Sinne wir sollen und müssen die Zeit einhalten. Es ist immer wichtig, was man inhaltlich daraus macht und was jeder selber mitnimmt. Deswegen ist es mir also gar nicht wichtig, dass wir die Themen abarbeiten runter rasseln oder dort verschiedene Sachen machen, sondern dass die Teilnehmer ihre eigenen Lernthemen finden und die Fragestellungen

und Probleme jedes Einzelnen individuell ein Stück weit ausarbeiten und das dann Jeder seine eigenen Lernthemen mit Inhalten füllen kann und dass jeder wirklich heraus geht nach dem Grundkurs zum Beispiel mit seinem Rucksack voll Ideen, Aber auch eben nur mit seinen eigenen Ideen, denn Jeder hat seine ganz anderen möglichen Fragen und Jeder lernt an einer anderen Stelle los und unterschiedlich schnell und Jeder nimmt die Dinge anders war, sodass also jeder Teilnehmer eigentlich mit ganz anderen Ideen seinen eigenen ja Lern-ideen quasi aus dem Kurs geht und dass das in Stück weit ja dass das wichtiger ist als so eine gewisse Zeit einzuhalten. So.

I: Wie praxisnah ist der Kurs gestaltet, so dass alte Verhaltensmuster aufgebrochen werden können?

E: Na die (…) Es ist ja so, in einem Kursraum ist die Welt natürlich eine andere. Es ist ja keine Praxis. Die Praxis ist ja 100 mal komplizierter als das, was wir im Kursraum erleben, aber die Erfahrung hat gezeigt, dass wenn ich als Gesunder einem anderen gesunden Menschen nicht mal zeigen kann, wie Bewegung funktioniert und mit ihm in Bewegung komme, so dass es ein angepasstes Muster ist, dann kann ich auch nicht einem kranken Menschen mit massiven Einschränkungen, und da sprechen wir nicht mal von körperlich anatomischen Einschränkungen, sondern auch von psychischen Einschränkungen, was Demenz etc. betrifft, dass wir ja Ideen brauchen, ein Stück weit auch ja Unterschiede machen zu können und dass man dann auch Unterschiede wahrnehmen lässt, wenn ich das einmal so bewege und zum anderen so bewege, dann ist das was wo die Menschen entdecken und dann gibt es natürlich auch viele dieser: „Mensch, warum habe ich das nicht schon länger verschieden gemacht. Jetzt gehe ich schon seit 20 Jahren hier her und eigentlich gehört das doch in die Ausbildung. Das hätten wir von Anfang an schon tun müssen.“. Und (…) weil es geht ja um qualitative Unterschiede der Unterstützung und dann (…) es kann sich ja runter spielen, wenn wir mal zum Beispiel das Thema nehmen: wie kann sich das ausdrücken? also ein Mensch einmal die Erfahrung macht, dass er seinen Arm nicht bewegen kann, weil ich den Arm so bewege, dass er nachvollziehen kann was passiert oder ich nehme den Arm einfach und bewege den von außen quasi ohne, dass der irgendwie die Bewegung nachvollziehen kann. Das ist natürlich für den Entwicklungsverlauf einer Person günstiger, aber das merke ich ja auch in mir selber. Also ich muss jetzt nicht erst krank sein, um das zu bemerken, sondern wir können natürlich auch die Situation ja nachvollziehen, na wenn Ich einmal aufstehe mit all meinen zur Verfügung stehenden Ressourcen vom Stuhl ins Stehen komme und meinetwegen dabei mein rechtes Bein ausstrecke und mein Knie steif mache und dann noch mal aufstehe, dann merke ich doch ein Unterschied, aber ich muss doch erst mal wissen: Worauf achte ich denn? Was sind denn die merkbaren Unterschiede, dass zum Beispiel der Kraftaufwand sich erhöht oder die Anspannung, die Spannung sich ändert oder dass meine Bewegungsspielräume plötzlich eingeschränkt sind und dass ich andere Wege gehen muss und (…)? Also dass sie plötzlich merken, stimmt, dass wenn ich anfange auf gewisse Bewegungsaspekte zu achten, dann kann ich auch meine Bewegung anpassen und verändern, das hat eine Auswirkung auf meine Bewegungskompetenz, weil ich plötzlich ganz andere

Bewegungsmuster nutze und je mehr ich vielfältige Bewegungsmuster habe, desto anpassungsfähiger bin ich und kann auch, wenn ich Einschränkungen habe besser meine alltäglichen Bewegungen durchführen. Das sind so Dinge, die entdeckt werden über Erfahrungen. Ja das ist ja quasi das, wie wird das tun in Kursen, sodass man mal direkt eigene Bewegungen erfährt, d.h. also ja drehen Sie sich mal von Rückenlage zum Liegen und mal in die Bauchlage oder setzen Sie sich auf dem Boden, stehen sie auf. Machen Sie das mal alleine oder man macht das zu zweit mit einer anderen Person. Dann werden diese Aktivitäten einfach, indem man gezielt guckt, wo ich drauf schaue: Was sind die Bewegungsaspekte anhand des Konzeptes, der Kinästhetik Konzepte halt. Dann die Bewegungserfahrungen so in stückweise diese Quelle sein. Das geht in einen Forschungsprozess. Also beachten mit dem Kinästhetischen Sinne auf die bemerkbaren Unterschiede, die erfahrbar sind und überlegen welche Rolle, die ja in unserer Bewegung spielen und dann wird auf der Grundlage reflektiert, auf der Erfassungsgrundlage (…) ja wie sensibel wir auf unserer Erfahrungsgrundlage sein müssen. Wie hoch unsere Venuskompetenz ist und sein muss, damit wir halt auch ein differenziertes Verständnis für die Bewegungsressourcen und -fähigkeiten des Anderen entwickeln können. Oft sind die Diagnosespalten voll. Da steht seitenweise, was die Menschen nicht mehr können, was krank ist was defekt ist, Dinge sind die also nicht mehr funktionieren, aber wir brauchen ja Ideen dahingehend was noch funktioniert. Was sind dann die Ressourcen? Was sind die Möglichkeiten und die Fähigkeiten die ein anderer Mensch hat? Auf dieser ja auf dieser Suche ist man.

I: Wie schätzen Sie die Möglichkeit ein das Erlernte in dem Grundkurs auf die Kollegen zu übertragen, bei der Zusammenarbeit auf Station?

E: Also es ist immer schwierig etwas vor zu machen und etwas nach zu machen. Wenn Ich Ihnen jetzt zum Beispiel vormache einen Transfer, wo ich einen Menschen von einem Stuhl in den anderen bringe, würde den jetzt irgendwie (…) der sitzt vor mir, ich stehe vor dem, würde den über meinen Oberschenkel legen, meiner Hand rechts und links am Becken, meine Ellenbogen würden links und rechts vom Brustkorb stützen und wenn ich ihn rüber setze auf den anderen Stuhl und sie gucken und machen das nach, dann werden sie recht schnell merken, dass das eigentlich gar nicht funktioniert, weil erstens können Sie das gar nicht genauso nachmachen. Ich mache es so wie immer anders und man kann auch nicht einen Menschen in ABCD gleich mit den Vorhergehenden bewegen. Es funktioniert also nicht, dass ich eine Technik zeige, -meine linke Hand hier meine rechte Hand da und dann mach das so nach und dann kannst du das auf den Patienten übertragen, ob das der Herr Meyer oder die Frau Müller ist. Das wird also nicht funktionieren. Und ja natürlich funktioniert auch das nicht was an einem Tag funktioniert hat am Nächsten war. Also das was kann heute gut geht, morgen nicht mehr gut geht und das was gestern gut ging funktioniert heute plötzlich, d.h. also es ist wichtig, dass die Menschen nicht denken sie gucken nur ab und machen nach und das ist dann zum Beispiel Kinästhetik oder Bobath oder etwas anderes, sondern es braucht ein tieferes Verständnis dafür, dass wir ja im Moment des Tuns ja anpassen müssen an die Situation und das kann ich von außen gar nicht sehen, sondern ich kann es nur, wenn ich mit einem anderen Menschen über Berührung und

Kontakte in Bewegung bin in mir selber merken. Und deswegen gibt es ja die Phänomene, dass man zuguckt bei einem Transfer und denkt: „Mann, dass sah aber leicht aus, derweilen war es gar nicht leicht“, sondern es war ganz schön anstrengend oder umgedreht jetzt den Eindruck hat: „Mensch das sah aber schwer aus“ und derjenige sagt: „das war überhaupt nicht schwer. Ich habe überhaupt nichts gemerkt.“. Also es ist schwierig das zu zeigen. Deswegen braucht es ein Stück weit die Fähigkeit ja der Art und Weise: Wie kann ich es den anderen denn ein Stück weit entdecken lassen, ohne dass er einfach so stupide nachmacht, Technik orientiert was ich tue? Das ist ja die Arbeit von den Peertutoren, dass der Peertutor genau das tun soll, nämlich ein Stück weit mehr auch didaktisch methodisch zu wissen, wie ich meine gleichgestellten Kollegen, also das ist der Kollege aus dem Kollegenkreis, nicht einer von außen Hinzukommender, sondern mehr oder weniger ein Gleichrangiger, ein Ebenbürtiger, der sich da ein Stück weit mehr auskennt als bei den restlichen Kollegen auf Station und zu der man dann hingeht und sagt: „Mensch da ist eine Schwierigkeit. Guck dir mal die Wunde an.“ und er hat dann eine Idee mehr. So ein Peertutor hat ein Stück weit mehr Fähigkeiten auch Lehreinheiten zu gestalten, um das ja auch ein Stück weit zu ermöglichen, nämlich auch an nicht Teilnehmer das zu übertragen. Und dieses Motivieren oder Lust machen auf „Mensch da gibt es ja noch eine andere Art und Weise, die mir hilft aus meinem Muster heraus zu kommen“ und dieses 123 hochheben abfliegen, landen mit heben und tragen zu gestalten. Das ist ja dann wieder das was, ja dann schließt sich der Kreis, dass man dann wieder sagt: „Mensch jetzt muss ich mir doch mal angucken, was meint denn da mein Kollege damit und warum funktioniert denn das bei dem so, was muss ich tun damit ich auch in diese Kompetenzen da bekomme, die Möglichkeiten habe ja auch das selber tun zu können?“.

I: Warum ist es sinnvoll einen Aufbaukurs zu belegen?

E: Naja also das Hauptthema des Bildungsweges ist ja vom Grundkurs an, also dieses Grundkonzeptsystem, diese Blickwinkel des Konzeptsystems, diese immer feineren Bewegungs- ja -anpassungen im konkreten Tun in der Praxis zu entwickeln und ab dem Aufbaukurs wird es natürlich wichtig, dass man lernt auf der Grundlage dann mit spezifischen Instrumenten ganz beliebige Aktivitäten und Praxissituation genauer zu analysieren und gezielt zu variieren zum Beispiel und d.h. dass in einem Aufbaukurs natürlich die auch eine Wiederholung natürlich eine Rolle spielt, dass man gezielt noch mal darein blicken kann, was ist denn da unter dem Bewegungsaspekt in dem Konzept gemeint gewesen und dann werden natürlich Praxissituationen mit der naja, da gibt es verschiedene Instrumente, dass man das Kinästhetikraster nimmt, verschiedene Fragestellungen, einen Bewegungsaspekt noch mal beleuchten wollen aus meiner eigenen Erfahrung, in dem Zusammenspiel der Bewegung mit dem Patienten oder die Spirale des Lernens, dass wir also eine Praxissituation nehmen und auch nachspielen, dass jeder mal in die Rolle des Unterstützenden kommt und mal in der Rolle des Patienten sich befindet natürlich nur in Anführungsstrichen. Man kann ja nicht annähernd uns dem nähern, wenn man da einen halbseitig Gelähmten auf der Bettkante Ballons halten soll oder aufstehen oder auf einen Stuhl setzen, dass man das irgendwie mal nachvollzieht und dann sich

eine Sequenz sich auswählt, wo man dann auch variiert und lernt kreativ zu sein. Also das ist ja ganz wichtig, dass wir im Aufbaukurs zu dem Thema kommt, das wir nicht Probleme lösen, sondern dass wir lernen uns von dem Problem zu lösen, d.h. das ist immer irgendwie eine zweite Möglichkeit gibt und dass wir nicht daran festhalten was wir tun und immer mehr vom Gleichen machen, sondern dass wir überlegen was können wir denn verändern und den Weg vielleicht anders gestalten, um zu ermöglichen einen Transfair von A nach B schmerzfrei zu gestalten oder Ängste zu reduzieren und die Spannung abzubauen und nicht mehr Heben und Tragen im Vordergrund zu haben und den anderen nicht wie ein Gegenstand, wie ein Gepäckstück von A nach B ziehen, sondern dass man es so tut, das man es nicht tun kann wenigstens in Teilaspekten der Bewegung und wenn es nur ein Bein ist, das er aufstellt, wo er sich ab drückt oder mal eine Hand ist, die Ich irgendwo ziehen kann. Also all diese Dinge mehr mit in den Fokus zu rücken. Das sind also die intensiven Auseinandersetzungen mit den Konzepten und Konzept Verständnis zu erarbeiten, Sensibilität und Umgebungswahrnehmung zu erhöhen. Das ist das was in dem Aufbaukurs natürlich noch mehr in der Praxisbreite intensiviert wird.

I: Sie haben ja am Anfang auch erwähnt, dass es darum geht Hilfsmittel oder Sachanlagen ökonomischer zu integrieren. Wie wird das in dem Kurs umgesetzt?

E: Im Kinästhetik Kurs naja (...) ist der Wunsch natürlich immer da Hilfsmittel mehr einzusetzen, aber am Ende ist ja die Umgebung, die wir nutzen und alles ein Hilfsmittel, d.h. wenn ich den anderen Menschen unterstütze von A nach B zu kommen, dann bin ich ja auch sein Hilfsmittel. Ja und das ist wichtig, dass wir ein Stück weit wegkommen von dem Lifter und dem Hebegerät, wegkommen von Drehscheiben und Rutschbrettern und Rollboards, sondern dass wir mal schauen wie können wir uns erst mal sinnvoll als Hilfsmittel einsetzen, dass der andere uns als hilfreich und nicht als Behinderung erleben? Und dann fängt man ja plötzlich schon an ganz anders mit dem Thema umzugehen, denn das was wir oft als Hilfsmittel nutzen schränkt natürlich auch viele ein. Sie müssen sich vorstellen, wenn ein Mensch natürlich nur in einer Erhöhung auf der Toilette sitzen kann, da gibt es so Erhöhungen die die Toilette erhöhen, dann wird er dann natürlich auf einer normalen Toilette gar nicht mehr in der Lage sein die Toilette zu benutzen, sondern die müssen mit der Sitzerhöhung das Pflegeheim verlassen, weil die halt eben über Jahre hinweg das eben gewohnt sind das mit diesen Hilfsmitteln tun zu können. Und deswegen werden eben Hilfsmittel schon genutzt, zum Beispiel mal so eine Gleitmatte, so ein Gleittuch oder auch gummierte (…) Tücher, die also einen wegrutschen verhindern, aber man muss sich immer vor Augen halten, dass natürlich so ein Hilfsmittel ja auch Dinge ermöglicht, die ohne das Hilfsmittel gar nicht gehen würden. Und deswegen muss man schon sehen, dass wir jetzt nicht nur ein Gleittuch von Anfang bis Ende nutzen, um einen Menschen im Bett nach oben zu gleiten zu lassen, weil der Mensch ja ohne dieses Gleittuch bewegen so gar nicht durchführen könnte, d.h. das würde das Hilfsmittel den Menschen immer mehr abhängig machen davon und das wollen wir ja gerade vermeiden, denn wir wollen ja dass die Menschen wegkommen von der (…) von der Abhängigkeit von so einem Hilfsmittel und dass sie lernen auch ohne das Gleittuch nach oben zu kommen oder ohne die Drehscheide sich auf den Stuhl zu setzen. Das ist natürlich die

Frage: Wie setze ich das ein? Wir nehmen ja natürlich auch Rutschbananen, das sind so wie halb runde Plastikbretter wo man also von der Bettkante in den Rollstuhl einen Menschen bewegen kann, aber es kommt natürlich darauf an, ob ich den Menschen, der einfach nur über das Rutschbrett da ziehe oder ob ich ihm die Möglichkeit gebe vielleicht mit Gewichtsverlagerung seine Anstrengung zu reduzieren und anzupassen und vielleicht auch selber Schritt für Schritt über das Brett zu bewegen, d.h. dass er das als einen Weg nutzt, aber nicht nur die passiv rüber gezerrt wird wie eine Brücke und das ist so die Frage. Die Art und Weise wie wir also uns in unserem Bewegungsverhalten an die Umgebung anpassen oder die Umgebung an unsere Bewegungsmöglichkeiten anpassen hat natürlich immer einen gewissen Einfluss auf die Qualität der jeweiligen Aktivität und das kann einem manchmal erst bewusst werden, wenn man die Hilfsmittel selber mal erlebt und da gibt es viele die sagen: „Mensch ich setzt das immer ein, jetzt habe ich mich mal selber darauf gesetzt oder darauf gelegt und bin mal von einer Kollegin rechts und links bewegt worden und das ist ja eigentlich eine Katastrophe.“. Dass man eben auch in so einem Kurs auch erst einmal entdeckt, wie unmöglich manche Hilfsmittel eigentlich sind. Dass es eigentlich gar keine Hilfsmittel sind, sondern dass die eben eine Behinderung darstellen und die Dinge oft verkomplizieren und natürlich werden auch Rollstühle benutzt oder Pflegestühle werden mit eingesetzt. Wir haben ja die Umgebung als Hilfsmittel, Matten am Boden, Stühle unterschiedlicher Art, Betten mit unterschiedlichsten Matratzen. Also es werden auf jeden Fall Hilfsmittel eingesetzt, aber wie gesagt, wir sind ja mit unseren Händen und Armen und unseren Körper und unseren eigenen Körperteilen ja das primäre Hilfsmittel, was wir ja in dem Kurs lernen wollen effektiv einzusetzen. Und das ist auch hier alle Fälle so. Also könnte man sagen ja Hilfsmittel werden Integriert und ja wir sind selbst am Ende (…) hm.

I: Inwiefern regt der Kurs die Teilnehmer dazu an sich privat mit ihrer Rücken Gesundheit zu beschäftigen?

E: Na am Ende bewegen wir uns ja alle irgendwie meistens auf dieselbe Art und Weise. Also es ergeben sich im Laufe des Lebens so Gewohnheiten, die man so als Muster ja bezeichnen kann. Also wie man so zum Beispiel aufsteht, wie man aus dem Auto aussteigt, wie man die Jacke anzieht oder die Zähne sich putzt. Das sind ja immer Situationen, die da geschieht Bewegung ja unbewusst, d.h. wir machen das einfach, d.h. wir denken gar nicht drüber nach, das passiert wie automatisch und wenn sie zum Beispiel Ihren Fuß mal kreisen, mal so den Fuß kreisen, dann können sie ja auch nicht bewusst jeden Muskel steuern, der dazu führt, dass der Fuß sich kreist, d.h. es braucht nur eine gewisse Absicht und einen Impuls, dann beginnt die Bewegung ganz automatisch, ganz einfach. Das wird ja auch, wenn man sich die Hand reicht, wenn ich Ihnen die Hand reiche, dann reichen sie mir automatisch ihre Hand auch und das sind so Bewegungsmuster, die passieren, d.h. je mehr ich mir auch in meinem Leben quasi deutlich mache die Bewegungsmuster mal zu verändern, mal anzupassen, eine höhere Vielfalt und Möglichkeiten zu entwickeln, dann hilft mir das natürlich auch in normalen im privaten Leben quasi meine Bewegungskompetenzen zu erweitern. Und das regt natürlich der Kurs an, dass man ja, dass man ja auch mal sagt: „Komm wir gehen mal auf dem Boden. Warum gehen wir

denn nicht mal ein Stück weit in eine bestimmte anstrengende Geschichte rein?“, und erleben ja mal bewusster: wie atme ich? Wie schlucke ich? Wie esse ich? Wie huste ich ab? Um einfach auch eine höhere Kompetenz zu haben, wenn ich selber eine Einschränkung im eigenen Leben erfahre. Und das passiert, wenn man jetzt früh aufweckt und man hat jetzt Bauchschmerzen oder einen Hexenschuss, dann wir (…) ja auch anfangen langsam unsere Bewegungsabläufe zu verändern und klappen nicht zusammen wie ein Schweizer Taschenmesser. Da sitzen wir am Bettrand und man wird versuchen vielleicht mal die Geschwindigkeit zu ändern oder den Weg eine andere Richtung einzuschlagen und die Anstrengung so niedrig wie möglich zu halten, um ja den Schmerz nicht zu spüren und das sind natürlich genau dann die Dinge, die uns bewusster werden, weil die ja dann auch die Kursteilnehmer auch angehalten werden: „Probiert es doch mal aus, wenn du im Bett liegst. Wie kommst du dann wieder nach oben? Du hebst auch nicht ab und fliegst nach oben und landest wieder, sondern du bewegst deine Teile verlagerst dein Gewicht und legst von Gewicht befreite Teile wieder um und wieder zurück und plötzlich werden die Aktivitäten bewusst.“. D.h. das was ich tue, kann ich mir plötzlich beschreiben und auch verdeutlichen und somit wird Bewegung plötzlich zu einer bewussten Erfahrung, die ich natürlich auch bewusst verändern kann und dann kann es sogar helfen den Wäschekorb nicht nur vor dem Körper zu tragen, sondern vielleicht eine Seite des Wäschekorb es auf meinen eigenen knöchernen Teilen abzustellen und zum Beispiel am Beckenkamm den Knochen zu nutzen. Wie ich auf der Frühlingswiese liege und meine Knochen dazu nutze mein Gewicht zur Unterstützung zu geben, kann helfen, dass ich länger in der Position verweilen kann oder sogar schreiben kann. Wenn ein Kind auf Toilette sitzt und hat mit seinen Füßen keinen Kontakt zum Boden hat, dann kann es wahrscheinlich die Ausscheidung schlechter gestalten können, als wenn ich mal dem Kind eine Fußbank anbieten würde, wo es sein Gewicht abgeben kann und dann die Ausschaltung sehr viel besser gestalten kann. Also all diese Dinge spielen einen erheblichen Einfluss auf die ja auch normale eigene Alltagsbewegung und Aktivität. Das würde ich schon denken.

I: Inwiefern sind für Sie Erfolge erkennbar, beziehungsweise wie können Sie erkennen, dass ein Teilnehmer die Inhalte verinnerlicht hat?

E: Wir merken das an ja einmal an den weiterführenden Kursbesuchen, d.h. wenn ein Mensch, der danach zum Aufbaukurs kommt, weil der sagt: „Mensch das hat mich so motiviert, da muss ich weiter dranbleiben.“. Das ist also etwas, wo man Menschen auch erlebt, die sogar Kurse mehrfach sagen: „Ich war schon mal da, aber ich komme einfach nochmal, denn das war so viel, ich will das einfach noch mal erleben.“. Die dann noch intensiver auf die Feinheiten schauen und sich noch ein paar mehr Ideen notieren. Ja das ist auf alle Fälle sichtbar und dann gibt es natürlich Bereiche, in denen ich selber zum Beispiel viele Jahre tätig war: die Neurologie, die neurologische Intensivstation, die im Vergleich zu anderen Bereichen, also sehr viel selbstverständlicher das alltägliche Tun ohne darüber nachzudenken. Und manche sagen: „Jetzt mache ich von 9 bis 10 mal Kinästhetik oder basale Stimulation oder Bobath und davor und danach mach ich es nicht.“. Nein, das ist einfach Eine automatisch routinierte Sache, die macht man so klar ohne darüber

noch mal nachdenken zu müssen, denn das was wir tun ist ja immerhin kinästhetisches Handeln. Es ist nur die Frage: wie viel hat man davon? Habe ich mir dann wirklich bewusst gemacht, d.h. ist das was ich tue wirklich ja ausreichend gewesen oder war das viel zu viel oder was hätte ich weglassen sollen an (…)? Also diese (…) dieser Blick auf das was muss ich tue, damit ich mein Ziel erreiche oder was muss ich bewusst auch lassen, um mein Ziel zu erreichen. Das ist spürbar auf den Stationen, die zu einem großen Teil sich auch mit Weiterbildungsthemen einlassen und wenn es Pflegetechniken und -konzepte auseinandersetzen und da gibt es Stationen, die (…) da merkt man das, dass da ist wirklich ein Unterschied zu sehen, die nutzen kaum irgendwelche speziellen Dekubitusmatratzen oder Spezialbetten und haben kaum Hilfsmittel und dann gibt es Stationen, die da liegen alle auf einer Antidekubitusmatratze oder in Spezialbetten und die kommen ohne Hilfsmittel gar nicht mehr klar, weil (…) das ist wirklich so der Unterschied, wenn ich auf eine ITS komme. Die sind alle fit. Die können alle ihre Geräte bedienen von der Dialyse angefangen über das Beatmungsgerät bis hin zum Monitorring, aber wie sie einen Menschen von A nach B bekommen, das wissen sie meist nicht. Das wird, also das ist (…) da wird diese Spezialisierung ist so weit an manchen Bereichen vorangeschritten und in manchen Bereichen so verarmt und verkrüppelt, die ja eigentlich unser Hauptthema sind, dass die ja wirklich eigentlich unsere Grund- eigentliche Absicht. Pflege ist ja eigentlich ja Menschen in alltäglichen Lebensaktivitäten zu unterstützen, die sie eben aufgrund ihrer Verletzung, Behinderung oder Desorientierung nicht mehr alleine bewältigen können, aber die Art und Weise **wie** das geschieht (…) Also da geht es nicht darum, **dass** ich jemanden raus setze in den Stuhl und mal eine Stunde am Fenster, also einen Blick, also ein Ortswechsel mache. Es geht nicht darum, **dass** ich ihn mobilisiere. Es geht immer darum, **wie** Ich den mobilisiere. Also die Art und Weise **wie** pflegen, wie wir ja unterstützen, beeinflusst ja positiv oder negativ die Gesundheitsprozesse, aber sie beeinflussen definitiv immer, ob ich es tue oder ob ich es nicht tue (…) beeinflussen immer das **wie**, meine Art und Weise also ist entscheidend, ob das positiv dem anderen hilft quasi seine eigene Gesundheit, Lern und Qualität des Lebens möglich selbstständig und unabhängig gestalten zu können oder ob die Art und Weise eben bewirkt, dass der andere noch mehr Abhängigkeit erfährt und Selbstbewusstsein verliert. Und ja das ist schon sehr bedeutsam, wenn Sie überlegen Sie haben da einen schwerst mehrfach behinderten Menschen vor sich, der sich mit viel Mühe und Not, weil er Spastiken hat und Kontrakturen, aber mit viel Mühe und Not sich aus dem Bett heraus in den Rollstuhl mit seinen Armen schiebt und drückt. Das hat für ihn eine viel höhere Bedeutung das selbst tun zu können, als wenn da jeden Tag vier Pfleger kommen und den rausheben und tragen und ihn in den Rollstuhl reinsetzen. Das wird ihm wahrscheinlich eher in seiner Gesundheit in seinem Selbstempfinden in seiner Selbstachtung und Selbstbewusstsein natürlich eher nicht unterstützen. Und das ist ja so die Idee dabei, sage ich mal.

I: Welche Möglichkeiten haben Sie gewisse Erfolge zu überprüfen beziehungsweise Rückmeldungen zu erhalten?

E: Na da ich selber ja in drei Schichten ja quasi zu 100 Prozent auf Station bin und an bestimmten Tagen ja die Möglichkeit habe auf andere Station zu gehen, wo eben auch Anfragen sind: „Hier musst du mal gucken. Hier brauchen wir vielleicht ein Spezialbett." und ich gehe dahin und sage so: „Nein da brauchen wir gar nicht das Spezialbett, sondern eher die Matratze oder eher das Angebot und können dann auf das verzichten.". Das gelingt natürlich. Natürlich nur dann umso mehr, je mehr man auch den zeitlichen Rahmen zur Verfügung hat, das tun zu können. Und Aktuell ist das ja der Trend eher dahin diesen zeitlichen Rahmen hier zu verkürzen und zu verringern und ja (…) und mich in meinem Fall mich dann lieber in Stationen in den Frühdienst zu schicken, als dass ich nur auf einer Station quasi nur einen Dienst zu haben, anstatt ich an dem Tag auf zehn verschiedenen Stationen einen gewissen Impuls setzen kann, was zu verändern. Und der Mensch braucht ja so die Platte mit Sprung. Das ist ja also nicht so, wie das schon von Leitungen angedacht sagt so: „Mensch jetzt habt ihr doch die Weiterbildung, jetzt habt ihr das einmal gehört, jetzt müsstet ihr das doch eigentlich machen bis zum Ende eures Lebens.". Das funktioniert natürlich nicht, weil der Mensch ist so wirklich, er braucht diese Platte mit Sprung und immer wieder einen neuen Input. Und das erlebten wir ja tagtäglich jeden Monat in jeden Stationsversammlungen, dass man immer wieder die gleichen Dinge sagen muss, weil eben immer wieder auch sich etwas einschleift und ja Bewegungsmuster, Verhaltensmuster entstehen, weil man gar nicht mehr darüber nachdenkt: Was mache ich denn eigentlich? Das ist vielleicht gar nicht richtig, einfach nur aus dem Zimmer zu gehen. Stimmt ich muss mir mal die Hände desinfizieren oder vielleicht mal einen Handschuh wechseln oder mal eine Pinzette nutzen zum Verbandswechsel, weil einfach man in der Routine des täglichen Tuns gar nicht mehr ja auch diesen Blick hat, ja dass also diese unbewusste Inkompetenz wieder, dass man eben Dinge wieder falsch, ohne dass man merkt, dass man sie wieder falsch macht. Ja also das ist auf alle Fälle möglich, je mehr man in der Praxis ist und man mit den Menschen im gemeinsamen Tun ist oder umso mehr kann man die natürlich in dieser bewussten Inkompetenz bringen und dass sie merken: „Menschen stimmt, das ist ja alles eigentlich gar nicht das, was ich mache, das für mich passende." und dann hat man eine Möglichkeit zu sagen: „Dann Arbeiten wir mal dran.". Und dann wird deine bewusste Inkompetenz wieder zu einer bewussten Kompetenz und dann haben wir natürlich erreicht, was wir erreichen wollen, nämlich Nachhaltigkeit und das ist ja auch ein Thema. Als er kann nur dann nachhaltig effektiv sein, wenn wir immer wieder dranbleiben und uns gegenseitig ja auch motivieren Dinge mal anders zu tun, kreativ zu sein, auch mal etwas verrücktes auszuprobieren und (…) also nicht immer den Standards zu nehmen, sondern eben vielleicht auch mal einen über die Bauchlage raus aus dem Stuhl zu drehen, aber das muss man eben mal gemacht haben, erlebt haben. Das muss man selber erfahren haben und auch mehrfach ausprobiert haben, denn was kann ich auch erst? Nicht wenn ich es nur einmal gesehen habe, sondern ich kann es erst, wenn im Kursraum mit zehn verschiedenen Teilnehmern probiert habe und ausprobiert habe und dann mit zehn Patienten ausprobiert habe und dann kommt es

drauf an, wen suche ich mir da. Da kann ich nicht gleich nach den drei Tagen Grundkurs zum Worst-Case-Patient gehen, der mit 180 Kilo im Bett liegt und dann stehen alle Kollegen ringsrum und sagen: „So zeige mal was du gelernt hast. Das geht definitiv in die Hose, sondern ich muss mir erst mal Menschen suchen mit denen ich zusammen arbeiten kann, die mir ein Feedback geben und da muss das eben erst mit Oma Hildegard machen, die mit wenig Hilfe in den Stuhl kommt und dann gehe ich zum Herrn Schulze der da ein bisschen mehr Unterstützung braucht. Und so kann ich Treppe für Treppe mehr an das Schwierige, für mich Herausforderndere heranwagen, als wenn ich das gleich einem Schlag tue, dann habe ich eine Enttäuschung und dann ist alles Mist und dann ist meist die Kinästhetik Mist. Und am Ende ist es aber gar nicht richtig, denn derjenige selbst ist einfach nicht in der Lage das zu tun d.h. da gibt es ja diesen Spruch: „Die größte Behinderung, die sehe, bin ich selbst.“, d.h. das was mir mit dem Patient nicht gelingt, ist ja meistens nicht der Grund, warum es mit dem Patienten nicht geht, sondern weil es mir nicht gelingt den Patienten das passende Angebot zu machen. Und wir können den Patienten ja nicht verändern, aber wir können uns in unserem eigenen Verhalten verändern und unsere Angebote anpassen und wichtig ist ja nicht immer die passenden Antworten auf Lager zu haben, sondern sich einfach mal die richtigen Fragen zu stellen, wenn ich am Bett stehe bewege ich ihn in seiner Zeit die er braucht oder bewege ich den Menschen in meiner Zeit, die mich von außen bestimmt, wo ich in einer halben Stunde vier Leute gewaschen haben muss und ich mach das eigentlich nur, indem ich das Rucki Zucki tue oder bin ich auch mal in der Lage die Sekunden zu warten, dem anderen die Zeit zu geben sich mit auf die Seite zu drehen oder ich mach einfach nur das Drehen auf die Seite und sage dann: „So Frau Meyer wir machen das jetzt.“ und dann ist es eigentlich schon längst passiert. Also dass wir uns eben den Moment auch mal nehmen und sagen: „Bin ich denn eigentlich nur auf Sendung und der Macher? Oder gehe ich eben auch mal auf Empfang?“. Man kann ja auch mal von dem anderen gucken, was braucht denn der und vor allem wie viel braucht er? Manchmal ist das wichtiger nur das Nötigste zu tun und nicht das maximal mögliche zu machen. Wir müssen uns ja noch in unseren Angeboten reduzieren, denn meist überfordern wir ja auch die Menschen mit dem zu viel am Input.

I: Was bekommen Sie denn so für Rückmeldungen zurück sind da viele Verbesserungsvorschläge oder manchmal auch Kritik vorhanden?

E: Na einmal die Rückmeldungen in dem Kursgeschehen an sich ist ja, dass sie ja am Ende die Themenkärtchen, ihre Fragen- und Problemkärtchen ja alle wieder abnehmen von der Wand, wo wir die gesammelt haben und sich in kleinen Gruppen oder in großen Gruppen natürlich auch äußern: wie geht’s mir jetzt überhaupt auch mit der Idee, wie habe ich mich selber entwickelt? Und da gibt es auf alle Fälle Feedback im Sinne von das es ja ein wichtiges Kriterium ist, das ja das einzige wirklich wichtige Werkzeug überhaupt ist, wenn wir anderen Menschen in Bewegung zusammen sind, dass es ja ganz wichtig ist, dass wir die Beziehung über Bewegung und Berührung gestalten. Und das ist also bei denen, die ich sage mal freiwillig in die Kurse kommen, eine definitive positives Feedback und natürlich gibt es auch Kurse, da sind die Menschen gezwungenermaßen drin. Das ist natürlich schwierig, weil die sind ja mit einer ganz anderen

Bereitschaft da, weil erstmal bewiesen bekommen, also die sagen: „Jetzt gucke ich mir das erstmal an, ob das wirklich so ist und jetzt beweisen Sie mir mal, dass es so ist.“, weil die haben ja gar kein Interesse daran, dass (…) die müssen halt dahin, weil sie Weiterbildungspunkte kriegen oder weil das irgendwie alle machen und das ist natürlich schwierig. Man sollte an so einem Team vielleicht erst mal die schicken, die erstmal so die Alphatiere sind, die eben die daran Interessierten sind. Und dann sich dahin bewegen, dass man erst mal die 60 Prozent erreicht, die wollen oder bereit sind für eine Veränderung oder für eine Weiterbildung und dass man halt eben auch am Ende mal guckt: wie reagieren denn die Viere, die übrig geblieben sind von ihren Stationen? Ob die dann nicht sagen: „Mensch jetzt machen das alle hier, da scheint ja doch irgendwie etwas dran zu sein.“. Und dass man die so hier in das, ja zum Umdenken bringt. Das ist so ein Stück weit dann auch ein Stück weit Nachhaltigkeit, weil sich das System selbst dazu gebracht hat zu funktionieren. Ja und das hat natürlich auch einen Effekt auf die Langfristigkeit. Also dass man sagt: natürlich muss man immer wieder neue Kurse anbieten, das passiert hier und auch in anderen Einrichtungen natürlich, dass man mal neue Kurse angeboten werden, aber natürlich kann man jetzt nicht zehnmal zum Grundkurs kommen. Das bringt dann am Ende vielleicht, -das kann auch viel bringen, aber (…), sondern die brauchen natürlich auch andere Möglichkeiten. Und da ist ja eine Praxisanleitung eine Idee langfristig effektiv zu werden. Also eine Praxisbegleitung anzubieten oder Workshops anzubieten auf Stationen und auch ansprechbar zu sein. Also dass man auch sagt: „Sie können mich anschreiben oder anrufen oder sie machen einen Termin aus“ und dass man sagt: „Ja heute gerade schlecht, aber morgen habe die Möglichkeit. Dann komme ich mal runter und ich gucke mir das mal an.“. Und das ist eben das, was ich versuche und das mache ich natürlich ja auch ja in meiner Freizeit, dass ich mein Telefon da am Mann habe und auch, wenn ich abends am Lagerfeuer sitze auch erreichbar bin, um Waren zu bestellen, eine Idee zu geben und man sich wie treffen kann, um für den nächsten Tag etwas auszumachen oder organisiere das eine neue Matratze hinzukommt und irgendwie ist man ja selber in einem Frei, aber die Kollegen dafür am Dienst. Das ist das so meine Motivation da wenigstens Ansprechpartner für die Mitarbeiter zu sein.

I: Was wünschen Sie sich da für weitere Unterstützung von ihrem Arbeitgeber, damit sie das so durchführen können?

E: Na insgesamt braucht man natürlich für alles eine gewisse Manpower und auch Leute, dass man sich mal fragt: wie ist das zu alleine zu bewältigen die verschiedenen Häuser ausreichend genug zu begleiten, zu betreuen? Denn ich kann ja nicht gleichzeitig mich im Standort Dresdner Straße, Küchwald, Flemmingstraße, Frauenklinik und so weiter sein, d.h. es braucht natürlich auch ein Verständnis, wenn es dafür (…) wenn es Zeit benötigt. Und viele Prozesse brauchen im Sinne von Zeit, dass man sagt: das braucht Wochen und Monate, damit sich was verändert. Die Mühlen mahlen langsam. Man kann oftmals eingefahrene Prozesse nicht von heute auf morgen verändern und das braucht seine Zeit und die muss man natürlich ja auch zur Verfügung haben. Das wäre also ein Wunsch und natürlich lässt sich auch nicht alles in Zahlen messen. Man kann manche Sachen an Zahlen fest machen, aber hier geht es ja um Qualität, Handlingskompetenz,

Bewegungskompetenz der Mitarbeiter und das lässt sich nicht unbedingt immer in Zahlen messen und das ist natürlich eine Schwierigkeit, wenn ich dann immer wieder in Erklärungsnot gebracht werde, weil ich eben so schlecht beweisen kann, dass es ja die Art und Weise ist, die ich tue, so dazu führt, dass der Patient vielleicht eben ein paar Tage weniger im Krankenhaus bleiben muss, dass die Möglichkeit der Entlassung ein paar Tage eher möglich ist, dass vielleicht ein Mitarbeiter sich den Rücken weniger kaputt macht und mehr da ist und weniger krank ist, weil die Rückenbelastung quasi nachgelassen hat. Es ist schwierig das zu beweisen: Wie wäre es jetzt, wenn die Schwester jetzt gehoben und getragen hätte? Wäre sie vielleicht eher krank geworden und ausgefallen? Wenn wir den Patienten von A nach B passiv bewegen, dann bleibt er länger bettlägerig und länger abhängig von uns. Und also all diese Dinge lassen sich natürlich nicht immer in Zahlen beschreiben, sodass man eben auch ein Stück weit Vertrauen auch haben muss, dass die Qualität ja insgesamt beeinflusst wird, die Interaktionsqualität zwischen Personal, Patient und so. Und dass das natürlich auch nicht in Zahlen in Kosten, Faktoren berechenbar ist (…) komme, aber trotzdem dazugehört und sein muss und wichtig ist, denn es ist (…) es geht ja nicht nur darum, dass wir Menschen pflegen und Zahlen schreiben, sondern dass auch das wie wir die Menschen pflegen. Das ist ja das was da dahinter steckt. Dann muss man ja überlegen: wie viel soll so ein Kurs kosten? Es wird ja von den Mitarbeitern Geld verlangt. Die müssen in die Tasche greifen, um überhaupt Weiterbildung zu erleben, d.h. also dass die Kosten müssen überdacht werden und dann ist natürlich eben die Frage, dass wenn der Arbeitgeber interessiert ist an Qualität, warum verlangt er dann 100 € für eine Weiterbildung, wo die Schwester hingeht und dann danach noch nicht einmal was davon hat, im Sinne von mehr verdienen, sondern sie dem Arbeitgeber ihre Qualität verbessert, aber sie muss auch noch dafür selber bezahlen, um die Ansprüche die sie an ihre Arbeit hat quasi zu verwirklichen. Und da ist der Unterschied oftmals da, dass die, die in dem Kurs sind oftmals einen höheren Anspruch an sich selber haben, als der Arbeitgeber sich die Pflicht nimmt diesen Anspruch auch für andere zu ermöglichen. Und da wird es natürlich schon schwierig, wenn es darum geht schon Schüler da auszubilden, wenn die dann auch noch für Kurse bezahlen sollen und Geld auf den Tisch legen, dann wird es natürlich schwierig, denn eigentlich müsste das ja schon in der Schule, also der Fachschule, in der Ausbildung der Krankenpflege ja grundsätzlich ja mit selbstverständlich sein, weil ja, wenn man ein Thema von Anfang an (…) und ja das ist natürlich auch ein Feld, was noch ungeklärt ist, sodass auch die Kursstruktur ein Stück weit ja auch was die Zeit betrifft (…) hatten das klassische Modell, dass wir gesagt hatten drei Tage, dass man vielleicht auch die Kursstruktur verändert und mal auf Lernphasen, zum Beispiel zweimal zwei Tage mit einer Praxis dazwischen anvisiert. Es gibt verschiedene Möglichkeiten, aber wissen Sie jemand kann bestimmt nicht alles gleichzeitig mit einem Schlag ändern. Es braucht einfach auch hier eine Möglichkeit mit der Zeit das eine oder andere nach und nach zu verändern und das ist die Frage, wann die Zeit gekommen ist. Denn wir sind ja schon viele Jahre dabei, da ja Zeit angehend auch ohne Veränderungen zu verstreichen zu lassen.

I: Sind Sie trotz der genannten Umstände zufrieden mit der Teilnehmerzahl?

E: Also wir haben bis jetzt, ich kann es Ihnen gar nicht sagen, also es sind Unmengen an Mitarbeitern ja schon geschult. Die Frau X hatte mir ja eine Liste gezeigt, in der wir (…)

I: Ja ich habe sie vor mir, ca. 148 Teilnehmer im Grundkurs.

E: Ja das stimmt im Leben nicht. Gucken Sie mal an, seit 1996 finden hier Kurse statt. Jedes Jahr drei Kurse und die sind ausgebucht. Sicherlich gab es auch Jahre, da sind mal vier gelaufen dann gab es noch Jahre das sind nur zwei gelaufen. Jetzt sollte eine laufen, aber die ist abgesagt worden. Es gibt ja immer Fälle, wo eine Grippewelle, Krankheit, arbeitsbedingt (…) aber im Durchschnitt sind zwei Grundkurse gelaufen und ein Aufbaukurs aller zwei Jahre, jetzt mal so gesagt. Das kann man gar nicht in Zahlen fassen. Natürlich sind die Menschen (…) es gibt ja eine recht hohe Fluktuation in vielen Bereichen, da sind manche gar nicht mehr den Häusern, manche gar nicht mehr da, die haben das Haus verlassen, dafür sind Neue gekommen. Manche sind vor Jahrzehnten in Kursen gewesen, da ist eine Registrierung digital noch gar nicht erfolgt, sondern per Zettel irgendwie, wie eine Teilnahmebescheinigung ja und irgendwo abgeheftet, sodass es gar nicht so einfach ist die wirkliche Zahl festzustellen, aber das ist vielleicht auch gar nicht wichtig: wie viele sind es insgesamt? Denn wichtig ist ja: wie viel leben es auch und wie viele tun es auch? Das ist ja das eigentlich Wichtige. Und wenn man so bedenkt, dass ja (…) nehmen wir an zwei Grundkurse und ein Aufbaukurs jedes Jahr ausgebucht sind (…) ich da 14/16 Teilnehmer maximal Pro Kurs drin habe, dann muss ich sagen läuft es. Und das ist das, was ich ermöglichen kann. Je mehr Kurse im Angebot wären, umso mehr müsste ich ja von meinen Stationsaktivitäten ja auch zurückgehen. Und es ist sicherlich mehr möglich, aber das braucht halt ja auch die Bereitschaft das mehr halt auch zuzulassen. Und wir haben ja vor allem in der Pflege viele Zeiträume wo es unmöglich ist etwas zu tun. Immer dann, wenn Schulferien sind, sind Kurse schwierig anzubieten, dann die Phasen, Weihnachten, Silvester, Ostern, Pfingsten, wo ja auch immer zeittechnisch viele eingebunden sind. Es gibt ja auch so ein paar Monate ja, wo Kurse gut möglich sind und wo auch die auch gut angenommen werden und dann gibt es auch Monate, da läuft es von Haus aus auch alles ein bisschen schwieriger, weil da kann man die Angebote machen, aber da bewerben sich die Leute eben nicht für die Kurse, sodass das eben denke ich mal ganz o. k. ist, wie aktuell läuft. Ich bekomme ja hier im Haus auch kein Geld dafür, d.h. ich mache hier die Kurse in meiner Dienstzeit, d.h. wenn Ich Kurse mache bekomme ich ja nicht noch eine Entlohnung dafür, dass ich zusätzlich noch dafür noch zu den noch eigentlichen Aufgaben, Aufgaben übernehmen und für die Qualität des Hauses ein Stück weit bei der auch Kosteneinsparung und so weiter und sofort. Da halt eben auch keine extra Entlohnung dafür erhalte, also dass man sagt das wird extra honoriert. So ist es ja nicht, das mache ich ja, wenn ich Frühdienst machen würde und das ist natürlich auch eine Frage, die aktuell eine Motivation ja ein Stück weit auch beeinflusst: Mache ich dann eben zehn Kurse im Jahr oder eben nur zwei.

Anhang 4: Auswertungstabellen

Anhang 4.1: Gruppe A

Kategorie	Ankerbeispiel	Kodierregel
1. Bedarf	P1: „wenn wir hier alleine sind und die Patienten lagern müssen.“	Alle Aussagen über rücken-belastende Arbeits-situationen
	P2: „Körperpflege“	
	P3: „wenn es stressig ist“ P3: „viele Wege zu gehen, dann merkt man es.“	
	P1: „Ja, Wirbelsäule. (…) eigentlich dürfte ich gar nicht mehr hier sein.“	Alle Aussagen über Rücken-probleme
	P2: „Abnutzungserscheinungen im Lendenwirbelsäulenbereich“	
	P3: „es gibt keine festen Diagnosen, aber ich habe schon meine Probleme mit dem Rücken.“	
2. Angebots-erreichung	P1: „(…), dass ich nicht alleine hebe, trage und versuche Kinästhetik anzuwenden“	Alle Aussagen über die Kenntnisse des Rücken-gerechten Arbeitens
	P2: „bezieht sich eigentlich nur, dass du das Bett hochpumpst, ansonsten gibt es keinerlei Hilfsmittel.“	
	P3: „die Betthöhe zum Beispiel, dann mit dem Gewicht halt nicht verheben oder ziehen und machen (…), dass wir nicht ewig stehen.“	
	P1: „Ich weiß es nicht.“	Alle Aussagen über Möglichketen des Informations-inputs
	P2: „im Konsens steht was, aber ich weiß es nicht.“	
	P3: „Nein da wüsste ich nicht, dass es dazu Informationen gibt. (…) Das sind dann eben so Sachen, die so weitergetragen werden und die hat man dann wirklich ganz schnell übernommen, weil es angenehmer ist.“	
	P1: „Kinästhetik und das rückengerechte Arbeiten am Arbeitsplatz.“	Alle Aussagen über das Wissen der Angebote des BGF zum Thema
	P2: „Kinästhetik und rückengerechtes Arbeiten im Alltag.“	
	P3: „Kinästhetik sozusagen zählt da mit rein. Dann das rückengerechte Arbeiten.“	
3. Angebots-akzeptanz	P1: „Na zu schauen, was ich da lernen kann.“	Alle Aussagen über die Gründe der Teilnahme am Kinästhetik Kurs
	P2: „wegen der Punkte (…), dass man mal besondere Hebetechniken oder ja (…) irgendwas angeboten bekommt. Sodass man das eben auch mal im Alltag umsetzen kann.“	
	P3: „um den Horizont zu erweitern (…) ein paar Punkte sammeln, also Weiterbildungspunkte.“	
	P1: „weil es dazu gehörte“	Alle Aussagen über die Gründe an die weitere Teilnahme an weiteren Kurses
	P2: „zur Auffrischung“	
	P3: „alles wieder ein bisschen in Erinnerung zu rufen, (…) gewisse Dinge übernimmt man, aber es sind halt eben nur Bruchstücke“	

4.	An-gebots-treue	P1: „pumpe ich immer das Bett hoch (…), aber oftmals hast du auch gar nicht die Zeit und machst eben dann so schnell und pumpst dann eben nicht das Bett hoch.“ P1: „Also ich kann Kinästhetik nicht verinnerlichen. Ich kann das nicht umsetzen.“	Alle Aussagen zu der Anwendung der Bewegungs-kompetenz
		P2: „seit Kinästhetik pumpe ich das Bett schon hoch“	
		P3: „Nein eigentlich nicht.“ „Es braucht eben manchmal ein bisschen mehr Zeit, wenn man das so macht. Na man hat halt manchmal keine Zeit und dann wird das wieder herkömmlich gemacht.“	
		P1: „dass ich nicht gleich alles übernehme von dem Patienten, sondern ihn auch mit einbinde und ihn auch erstmal selber machen lasse.“	Alle Aussagen zur Anwendung prozess-orientierter Mobilisation
		P2: „ich versuche dem das zu erklären wie ich es gerne (…) also wie ich es mir vorstellen würde und dass er eben mir helfen muss“	
		P3: „Auch den Patienten mal so Angebote zeigen, wie sie vielleicht selber schaffen doch alleine zu rutschen. Was man denen dann auch mal so zeigen kann. Das habe ich drauf (…) Im Prinzip anregen und zeigen“ P3: „Aber wir haben auch schon Patienten zu zweit schon herausgenommen über Kinästhetik, wenn das eine schwierigere Situation praktisch war.“	
		P1: „meine Kollegin, mit der ich Kinästhetik gemacht hat, die kann das wirklich prima und dann tut die mich aber auch wieder anleiten“	Alle Aussagen in Zusammen-arbeit zur Mobilisation zu motivieren
		P2: „Manche muss man auch ausbremsen in ihren Handlungen“	
		P3: „aber ich gebe das durchaus auch weiter und sage: „Mach das mal nicht so, sondern eher so.““ P3: „es ist ja auch für den ihren Rücken gut und halt gemeinsam, wenn mehr da dran arbeiten, sind mehr Patienten vielleicht schneller wieder mobil, selbstständig.“	
		P1: „Rutschmatte, Anti-Rutsch, Hilfsmittel für den Rollstuhl zum Transfer.“ P1: „Manchmal gar nicht.“ P1: „die sind ja erst durch den Rückenkurs zu uns gekommen, indem wir dann bestellt haben.“	Alle Aussagen über die Verwendung von Hilfsmitteln
		P2: „Rutschmatte, Stoppteile, Patches, rutschehemmende Matten etc.“ P2: „Wenig, ganz wenig“ P2: „wenn ich jemanden im Bett hochziehen müsste, stelle ich das Bett auch gerne Kopfteil nach unten“ P2: „du rennst dann nicht weg und holst dann noch diese Matte, nein du machst es gleich“	
		P3: „Nein, bei der Kinsäthetik geht es eigentlich nicht um Hilfsmittel.“ P3: „Ja es gibt Hilfsmittel zum Rutschen und zum Lagern“ P3: „Ja und das Bett ist das beste Hilfsmittel, das kann man ja auch höher verstellen.“ P3: „Eher weniger, weil ich mir eben auch versuche über die Kinästhetik“	
		P1: „zur Physiotherapie, anders geht es nicht“ P1: „im Klinikum im Fitness - Reha“	Alle Aussagen über private Tätigkeiten zur Rücken-gesundheit
		P2: „Physiotherapie“	
		P3: „Ich versuche sportlich aktiv zu sein“	

5. Mitsprache des Pflegepersonals	P1: „ans Bildungszentrum wenden und Vorschläge dürfen wir abgeben, aber ob das dann bearbeitet wird ist die nächste Sache“	Alle Aussagen über Rückmeldungs-möglichkeiten
	P2: „Ja kann man im Bildungszentrum“	
	P3: „Nicht, dass ich wüsste. Ich wüsste nicht wo.“	
6. Bedürfnisse des Pflegepersonals	P1: „da gibt es Weiterbildungstage und ja und das finde ich ja eine feine Sache, dass die Klinik einem das dann ermöglicht“	Alle Aussagen über das Angebot des BGF zur Rücken-gesundheit
	P2: „meine Meinung „brauch man nicht mehr als man hat.“ Denn je mehr man hat, nimmt man es gleich gar nicht.“ P2: „was auch viele abschreckt, das ist einfach, dass man so viel Geld dazu bezahlen muss. (…) dann einer nicht so richtig für was eigentlich“	
	P3: „Ich würde das beibehalten“ P3: „Man müsste das vielleicht noch mehr auf die Station bringen diese ganzen Möglichkeiten, die es da gibt, dass man halt noch mehr Leute dafür gewinnen kann“	
	P1: „war für mich Folter“ P1: „Mir ist es zu körpernah“ P1: „ Mir war das zu hochtrabend. Ich weiß nicht da war so viel Theorie“	Alle Aussagen über Lob oder Kritik am Kinästhetik Kurs
	P2: „Doch empfehlen würde ich es schon. Wie gesagt, es tut ja jeder anders auffassen. Der eine, der setzt das um, die hat das verinnerlicht“ P2: „in dem Kurs fehlt ein bisschen die Praxis“	
	P3: „ich würde auch wieder in einen Refresherkurs gehen.“ P3: „da würde ich mir mehr Praxis mir wünschen und Fallbeispiele (…) das ist so diese neumodische Lehrweise, die gefällt mir nicht so“	
	P1: „In jedem Dienst mindestens diese Leute, die wir brauchen, zum Beispiel nachts nicht mehr alleine Nachtdienst“ P1: „Eigentlich nicht mehr, als wir hier haben.“	Alle Aussagen über weitere Wünsche für eine rücken-gerechte Arbeitsweise
	P2: „ausreichend Personal“ P2: „an Hilfsmitteln (…) also Hebe- ja, wenn mal jemand draußen liegt, bräuchte ich dann vielleicht so ein Teil, aber ansonsten“	
	P3: „Mehr Zeit“	

Anhang 4.2: Gruppe B

Kategorie	Ankerbeispiel	Kodierregel
1. Bedarf	P4: „Patientenkörperpflege“ P4: „Beim Lagern, wenn wir sie auch umsetzen in den Rollstuhl oder überhaupt aus dem Bett mobilisieren“	Alle Aussagen über rücken-belastende Arbeits-situationen
	P5: „um die Betten hochzumachen. Das dauert so endlos lange (…) nur eine Spritze, deshalb macht man das dann gleich so und wenn man das dann aber schon ein paar Mal gemacht hat, merkt man das dann doch, dass das ein bisschen auf den Rücken geht.“	
	P4: „Nein nichts“	

	P5: „sehr selten habe ich mal nachmittags Rückenschmerzen“	Alle Aussagen über Rücken-probleme
2. Angebots-erreichung	P4: „wenn ich den Patienten für mich auf die Höhe bringe, dass ich mich nicht bücken muss.“	Alle Aussagen über die Kenntnisse des Rücken-gerechten Arbeitens
	P5: „wenn man jetzt sich eben nicht bücken muss, den Rücken nicht irgendwie komisch krumm machen oder verbiegen muss, um eben seine Tätigkeit durchzuführen“	
	P4: „ich würde es im Konsens suchen. Ich habe es noch nicht gebraucht“	Alle Aussagen über Möglichketen des Informations-inputs
	P5: „Bestimmt im Konsens.“	
	P4: „Also ich weiß Aquagymnastik. Ich weiß, dass es Kinästhetik-Schulungen angeboten werden (…) ich weiß, dass man hier auch vergünstigt das Fitnessstudio nutzen könnte“	Alle Aussagen über das Wissen der Angebote des BGF zum Thema
	P5: „die Kinästhetik-Weiterbildung. Dann haben wir auch verschiedene Rückenschulenangebote (…) ja, also bei der Physiotherapie“	
3. Angebotsakzeptanz	P4: „Nein, weil ich die privat jetzt nutze quasi mich sportlich privat fit halte“	Alle Aussagen über die Gründe der -Nicht-Teilnahme am Kinästhetik Kurs
	P5: „für die Kinästhetik angemeldet“	
	P4: „Nee da gibt es eigentlich garkeinen Anreiz.“ P4: „wenn das die Zwei absolviert haben, würde ich mich jetzt als nächstes mit anmelden, wenn das nicht ein Anderer schon, das jetzt im Kopf hat“	Alle Aussagen über die Gründe an die weitere Teilnahme an weiteren Kurses
	P5: „Um meine Arbeitsweise zu verbessern, um auch effizienter zu arbeiten, zum Beispiel auch, wenn man einen Patienten lagert (…) durch eben diese kinästhetische Arbeitsweise verbessert werden kann, anstatt jetzt seine eigene Kraft jetzt so sehr anwendet.“	
4. An-gebots-treue	P4: „Dass ich wirklich mir das Bett auf meine Arbeitshöhe fahre (…) dass ich mich quasi da nicht bücken muss.“	Alle Aussagen zu der Anwendung der Bewegungs-kompetenz
	P5: „Vor allem bei der Körperpflege und auch beim Lagern des Patienten“	
	P4: „ich versuche alle Ressourcen zu erhalten und, dass die auch die auch definitiv eingesetzt werden“ P4: „Ja einmal, dass man sich wirklich erstmal die Zeit am Patienten lässt“	Alle Aussagen zur Anwendung prozess-orientierter Mobilisation
	P5: „wenn ein Patient jetzt höher im Bett rutschen muss, da halten die sich immer an den Bettgalgen fest und versuchen die Beine anzuwinkeln und drücken sich selbst ab oder dann kann man auch das Bett quer“	
	P4: „Ja, ja da berichtigen wir uns gegenseitig. Entweder dass uns die Krankengymnastik hier uns hilft und hinweist oder wir	Alle Aussagen in Zusammen-

		halt quasi, sag ich mal, die jungen Leute, das hinzugekommene Personal, quasi einweisen oder auch darauf hinweisen, jetzt die frisch von der Schule kommen und bei uns anfangen.“ P4: „wenn wir wissen der und der Mitarbeiter ist in Kinästhetik geschult, dass der auch rückfragt oder uns dann auch hilft, um arbeitserleichternd zu Arbeiten“	arbeit zur Mobilisation zu motivieren
		P5: „wenn wir uns gegenseitig helfen „Wie können wir es denn jetzt noch besser machen?“. Also gegenseitiges Helfen.“	
		P4: „Rollstuhl, Gehbank (einatmen) sei es der Toilettenstuhl, Rutschbretter, Drehbretter (…) also das, was wir alles so für unsere Patienten zur Verfügung haben.“ P4: „dann setze ich halt die Hilfsmittel ein, die mir auf Station zur Verfügung stehen“ P4: „die zweite Pflegekraft, die ich mir dazu hole“ P4: „Bestimmt zehn (…) zwanzig Mal und es sind definitiv mindestens zwei Hilfsmittel am Tag.“	Alle Aussagen über die Verwendung von Hilfsmitteln
		P5: „Es gibt verschiedene Hilfen, zum einen ist die Bettverstellfunktion ja ein Hilfsmittel und es gibt auch verschiedene“ P5: „Also wir haben nur das Bett“ P5: „Also das Bett täglich und jederzeit, wenn es sich anbietet“	
		P4: „Aerobic, Trampolin springen, Fahrrad fahren“	Alle Aussagen über private Tätigkeiten zur Rücken-gesundheit
		P5: „Nichts.“	
5.	Mitsprache des Pflege-personals	P4: „das wäre mir jetzt nicht bekannt.“	Alle Aussagen über Rückmeldungs-möglichkeiten
		P5: „an unsere Stationsleitung“	
6.	Bedürfnisse des Pflege-personals	P4: „die wären für mich völlig ausreichend, weil die die wir hier haben (…) also das sind wirklich viele und ich denke, wenn es noch mehr gäbe, weiß ich nicht ob man sogar auch sagt „oh wir haben so viele, ich habe gar keine Lust irgendeins einzusetzen, weil man dann schon gar nicht mehr weiß welches man nimmt.“ P4: „wenn es Arbeitszeit ist ganz klar und wenn Kosten auf einem zukommen würden, dass die natürlich vom Arbeitgeber getragen werden“	Alle Aussagen über das Angebot des BGF zur Rücken-gesundheit
		P5: „vorerst keine Wünsche oder Anliegen, weil ich das ja auch nicht nutze und weil ich jetzt nicht weiß, was direkt dort gemacht wird.“	
		P4: „aber da kann grad keiner was daran ändern, dass man halt auch immer wieder genügend Personal hat, um viele Sachen auch einfach zu zweit zu machen“	Alle Aussagen über weitere Wünsche für eine rücken-gerechte Arbeitsweise
		P5: „so im Allgemeinen organisatorisch und zeitlich, weil ja immer das Personalproblem herrscht, dass wir mehr Personal haben“	

Anhang 4.3: Experteninterview

Kategorie	Ankerbeispiel	Kodierregel
1. Bedarf	E: „Menschen bewegen, die viel schwerer sind als die achtzig, neunzig Kilo und oftmals ist das Problem ja wirklich das Gewicht“ E: „Da ist natürlich auch die Frage seiner eigenen Kompetenzen, d.h. wenn wir viel Muskelspannung brauchen, um im Gleichgewicht zu bleiben und dann wirkt sich das natürlich auf die Beweglichkeit aus und auf die Anpassungsfähigkeit. Das kann natürlich sehr schnell zurück in Beschwerden führen und ganz schnell auch zu gesundheitlichen Schäden führen und uns quasi selber überlasten und ja das ist so das wo wir natürlich ganz klar in der Praxis auf die Probleme treffen die für uns die Rücken Gesundheit zu einem wichtigen Thema machen.“	Alle Aussagen über rücken-belastende Arbeits-situationen
2. Angebots-erreichung	E: „die Möglichkeit intern also über das Intranet auch Informationen weiterzuleiten und aufzuklären und Angebote dazu stellen und Möglichkeiten zu bieten zu informieren. Das geht natürlich auch über CNE und über andere Portale und natürlich auch über das Jahresprogramm, dass das Bildungszentrum anbietet“ E: „der Moment der eigenen Erkenntnis ist ein wichtiges Informationsmodul“	Alle Aussagen zum Informations-input
	E: „dass wir da den Einfluss von unserer eigenen Bewegung auf unsere Gesundheit verstehen, dass wir auch unsere Lernprozesse, die stattfinden ein Stück weit entdecken und realisieren können. ((…)) dass wir unsere eigene Bewegung ja nutzen, um anderen Menschen, pflegebedürftigen Menschen, eine Unterstützung so angedeihen zu lassen, dass sie lernfördernd ist oder gesundheitsfördernd ist, dass die Ressourcen entdeckt werden können und erhalten bleiben oder sich weiter entwickeln können“	Alle Aussagen zur Zielerreichung des Kinästhetik-kurses
3. An-gebots-akzept anz	E: „diese Mundpropaganda in verbalen, aber auch im eigenen Erleben ist das was motivierend ist“ E: „das betrifft ja ein Stück weit ja die einzelne Kompetenzentwicklung und das motiviert natürlich schon“ E: „Ich selber bin am besten in der Lage zu motivieren, wenn ich selber mit in der Praxis bin, das mitgestalte und da gehören natürlich auch, ja die ganzen, ja ich sag mal, die ganzen anderen Kompetenzfelder noch ringsum mit dazu.“	Alle Aussagen zur Motivation zur Teilnahme am Kinästhetik-kurs und die Verteilung über die Dauer des Kurses
	E: „die eigentliche Vorgabe sind 24 Unterrichtsstunden und geht normalerweise in Lernphasen von statten, d.h. das also auch Zwischenetappen stattfinden und in denen dann Praxiserfahrungen gesammelt werden können und die mit den im Kurs übereingebracht werden können, verglichen werden können. Und diese Lernphasen sind meistens so, dass man auch mal zwei Tage Kursinhalte macht und sich im Kursraum trifft. Und dann gibt es eine Lernetappe dazwischen und dann trifft man sich wieder und kann die Erfahrungen, Erkenntnisse und offene Fragen aus den vorhergehenden Lernetappen und Kurstagen quasi reflektieren und auswerten und dann findet noch eine quasi eine zweite oder sogar dritte Lerneinheit statt, sodass so ein	Alle Aussagen über die Dauer und Aufbau des Kinästhetik-kurses

	Grundkurs über dieses Modell auch verteilt werden kann über einen längeren Zeitraum und somit eben das Lernen auch ein Stück weit ja intensiver stattfinden kann und auch eine Überforderung vermieden wird“ E: „anfänglich war so ein Grundkurs natürlich drei Tage am Stück, das ist so die klassische traditionelle Form“ E: „Wir im Klinikum haben eben diese Dreitagesform quasi beibehalten, dass erst einmal drei Tage ein Input gegeben wird und danach gehen die Menschen ja sowieso in die Praxis und der vierte Tag also Lernphase zwei wäre dann zum Beispiel ein Bewegungstag, den man macht oder ein Reflexionstag, wo man sich treffen kann“	
4. Angebotstreue	E: „Der war also einer der intensivsten Teilnehmer, der sich mit dem Thema auseinandergesetzt hat. Und genau so trifft man auf andere Teilnehmer, die im Grundkurs waren und zwar drei Tage da waren und ihre Zeit abgesessen haben, aber letzten Endes für sich nicht die Ideen mitnehmen und umsetzen können, sondern weiter (motteln) in ihrem alltäglichen tun so, in den Mustern, wie sie es die letzten Jahre schon gemacht haben.“ E: „Kann also aus der Praxis heraus sich als Anwender mal finden und mal die Baustellen und Reibungspunkte noch mal ein Stück weit bearbeiten, die man aus der Praxis mitnimmt. Wo dann konkrete Praxisbeispiele aufgrund von Konzeptblickpunkten dann noch mal analysiert und bearbeitet werden.“	Alle Aussagen zur Anwendung der Erkenntnisse der Kinästhetik
	E: „Es ist ja keine Praxis. Die Praxis ist ja 100 mal komplizierter als das, was wir im Kursraum erleben, aber die Erfahrung hat gezeigt, dass wenn ich als Gesunder einem anderen gesunden Menschen nicht mal zeigen kann, wie Bewegung funktioniert und mit ihm in Bewegung komme, so dass es ein angepasstes Muster ist, dann kann ich auch nicht einem kranken Menschen mit massiven Einschränkungen“ E: „wenn ich anfange auf gewisse Bewegungsaspekte zu achten, dann kann ich auch meine Bewegung anpassen und verändern, das hat eine Auswirkung auf meine Bewegungskompetenz, weil ich plötzlich ganz andere Bewegungsmuster nutze und je mehr ich vielfältige Bewegungsmuster habe, desto anpassungsfähiger bin ich und kann auch, wenn ich Einschränkungen habe besser meine alltäglichen Bewegungen durchführen“	Alle Aussagen zur praxisnahen Gestaltung zur Verhaltensänderung des Kurses und zur Notwendigkeit der Teilnahme am Aufbaukurs
	E: „Also es ist immer schwierig etwas vor zu machen und etwas nach zu machen“ E: „es braucht ein tieferes Verständnis dafür, dass wir ja im Moment des Tuns ja anpassen müssen an die Situation und das kann ich von außen gar nicht sehen, sondern ich kann es nur, wenn ich mit einem anderen Menschen über Berührung und Kontakte in Bewegung bin in mir selber merken“ E: „ein Peertutor hat ein Stück weit mehr Fähigkeiten auch Lehreinheiten zu gestalten, um das ja auch ein Stück weit zu ermöglichen, nämlich auch an nicht Teilnehmer das zu übertragen.“	Alle Aussagen zur Übertragbarkeit der Erkenntnisse auf Station
	E: „es ist der Wunsch natürlich immer da Hilfsmittel mehr einzusetzen, aber am Ende ist ja die Umgebung, die wir nutzen und alles ein Hilfsmittel.“ E: „das ist wichtig, dass wir ein Stück weit wegkommen von dem Lifter und dem Hebegerät, wegkommen von Drehscheiben und Rutschbrettern und Rollboards, sondern	Alle Aussagen zur Integration von Hilfsmitteln im Kurs

	dass wir mal schauen wie können wir uns erst mal sinnvoll als Hilfsmittel einsetzen“ E: „das was wir oft als Hilfsmittel nutzen schränkt natürlich auch viele ein“ E: „man muss sich immer vor Augen halten, dass natürlich so ein Hilfsmittel ja auch Dinge ermöglicht, die ohne das Hilfsmittel gar nicht gehen würden“ E: „das Hilfsmittel den Menschen immer mehr abhängig machen davon und das wollen wir ja gerade vermeiden“ E: „Dass man eben auch in so einem Kurs auch erst einmal entdeckt, wie unmöglich manche Hilfsmittel eigentlich sind. Dass es eigentlich gar keine Hilfsmittel sind, sondern dass die eben eine Behinderung darstellen und die Dinge oft verkomplizieren“ E: „Wir haben ja die Umgebung als Hilfsmittel, Matten am Boden, Stühle unterschiedlicher Art, Betten mit unterschiedlichsten Matratzen. Also es werden auf jeden Fall Hilfsmittel eingesetzt, aber wie gesagt, wir sind ja mit unseren Händen und Armen und unseren Körper und unseren eigenen Körperteilen ja das primäre Hilfsmittel, was wir ja in dem Kurs lernen wollen effektiv einzusetzen“	
	E: „je mehr ich mir auch in meinem Leben quasi deutlich mache die Bewegungsmuster mal zu verändern, mal anzupassen, eine höhere Vielfalt und Möglichkeiten zu entwickeln, dann hilft mir das natürlich auch in normalen im privaten Leben quasi meine Bewegungskompetenzen zu erweitern“ E: „Um einfach auch eine höhere Kompetenz zu haben, wenn ich selber eine Einschränkung im eigenen Leben erfahre“ E: „somit wird Bewegung plötzlich zu einer bewussten Erfahrung, die ich natürlich auch bewusst verändern kann“ E: „Also all diese Dinge spielen einen erheblichen Einfluss auf die ja auch normale eigene Alltagsbewegung und Aktivität. Das würde ich schon denken.“	Alle Aussagen zur Anregung der TeilnehmerInnen zur privaten Auseinander-setzung mit der Rücken-gesundheit
5. Mitbestimmung des Pflegepersonals	E: „an den weiterführenden Kursbesuchen“ E: „man Menschen auch erlebt, die sogar Kurse mehrfach sagen: „Ich war schon mal da, aber ich komme einfach nochmal, denn das war so viel, ich will das einfach noch mal erleben.“	Alle Aussagen zu erkennbaren Erfolgen des Kurses
	E: „er kann nur dann nachhaltig effektiv sein, wenn wir immer wieder dran bleiben und uns gegenseitig ja auch motivieren Dinge mal anders zu tun, kreativ zu sein, auch mal etwas verrücktes auszuprobieren“ E: „die Rückmeldungen in dem Kursgeschehen an sich ist ja, dass sie ja am Ende die Themenkärtchen, ihre Fragen- und Problemkärtchen ja alle wieder abnehmen von der Wand, wo wir die gesammelt haben“	Alle Aussagen über die Überprüfbarkeit des Erfolges
6. Bedürfnisse	E: „also bei denen, die ich sage mal freiwillig in die Kurse kommen, eine definitive positives Feedback“ E: „gibt es auch Kurse, da sind die Menschen gezwungenermaßen drin. Das ist natürlich schwierig, weil die sind ja mit einer ganz anderen Bereitschaft da“	Alle Aussagen über Rückmeldungen zu dem Kurs
	E: „Man kann oftmals eingefahrene Prozesse nicht von heute auf morgen verändern und das braucht seine Zeit und die muss man natürlich ja auch zur Verfügung haben.“	Alle Aussagen zu Wünschen der

	E: „all diese Dinge lassen sich natürlich nicht immer in Zahlen beschreiben, sodass man eben auch ein Stück weit Vertrauen auch haben muss, dass die Qualität ja insgesamt beeinflusst wird“ E: „Und naja es braucht seine Zeit und einige Einrichtungen wollen nur das und können nur das ja akzeptieren. Andere Einrichtungen sind da schon sehr viel, ja ich sag mal flexibler und bereiter eine Lernumgebung zu schaffen, die mehr Nachhaltigkeit gibt und sind auch bereit diese neue Struktur anzunehmen, so dass es also immer auf den Veranstalter selber ankommt. Wir im Klinikum haben eben diese Dreitagesform quasi beibehalten, dass erst einmal drei Tage ein Input gegeben wird und danach gehen die Menschen ja sowieso in die Praxis und der vierte Tag also Lernphase Zwei wäre dann zum Beispiel ein Bewegungstag, den man macht oder ein Reflexionstag, wo man sich treffen kann oder einen Workshop“ E: „dass die Kosten müssen überdacht werden und dann ist natürlich eben die Frage, dass wenn der Arbeitgeber interessiert ist an Qualität, warum verlangt er dann 100 € für eine Weiterbildung“ E: „Da halt eben auch keine extra Entlohnung dafür erhalte, also dass man sagt das wird extra honoriert. So ist es ja nicht, das mache ich ja, wenn ich Frühdienst machen würde und das ist natürlich auch eine Frage, die aktuell eine Motivation ja ein Stück weit auch beeinflusst“	Unerstützung bei der Durchführung des Kurses

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken habe ich als solche kenntlich gemacht.

Limbach-Oberfrohna, den 22.05.2020