



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Älter werden im Pflegeberuf -
Gesundheitsförderung als eine Strategie, um als Pflege-
person im Krankenhaus langfristig gesund im Beruf
arbeiten zu können“

Verfasserin

Julia Ullrich

Angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, 2011

Studienkennzahl laut Studienblatt: A 057/122

Studienrichtung laut Studienblatt: Pflegewissenschaft

Betreuerin: Mag. Dr. Sonja Novak-Zezula

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Julia Ullrich, erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Diplomarbeit selbstständig angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher weder in gleicher noch in ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Wien, 05.08.2011

Danksagung

Hiermit möchte ich mich ganz herzlich bei all jenen bedanken, die mich bei der Erstellung meiner Diplomarbeit und während der gesamten Studienzeit unterstützt und begleitet haben. Vor allem gilt mein Dank meiner Familie, meinem Partner und meinen Freunden.

Ganz besonders möchte ich mich bei Frau Mag. Dr. Novak-Zezula für ihre wertvolle Betreuung und tatkräftige Unterstützung zum Gelingen dieser Diplomarbeit bedanken.

Kurzfassung

Hintergrund: Durch den demografischen Wandel in der westlichen Welt, also der zunehmenden Alterung der Bevölkerung und der damit verbundenen Steigerung von chronischen Krankheiten und Mobilitäts- und Funktionseinbußen, werden die Bedingungen für ältere ArbeitnehmerInnen, speziell auch im Pflegeberuf, immer schwieriger. Es ist daher von großer Wichtigkeit, Gesundheitsförderung für Pflegepersonen in jedem Krankenhaus zu forcieren, um die MitarbeiterInnen bis ins hohe Alter gesund und zufrieden im Beruf halten zu können.

Ziel: Das Ziel dieser Arbeit ist, eine übersichtliche Darstellung von einerseits körperlichen Belastungen und daraus resultierenden Problemen für Pflegepersonen im Krankenhaus, andererseits von gesundheitsfördernden, den Körper unterstützenden Maßnahmen zu geben.

Methode: Durch eine systematische Literaturrecherche werden die Forschungsfragen aufgearbeitet. Die Literatur wurde in Bibliotheken und Datenbanken wie CINAHL und PubMed gesucht.

Ergebnisse: Meine Literaturrecherche hat ergeben, dass es eine Vielzahl von körperlichen Belastungen für Pflegepersonen im Krankenhaus, wie Schichtarbeit, Stress, Zeitdruck, Heben und Tragen schwerer Lasten, Infektionsgefahren, Atemwegs- und Hauterkrankungen und Unfallgefährdungen gibt. Gesundheitsfördernde Maßnahmen umfassen die Selbstpflege, körperliche Bewegung, Rückenschule (verschiedene Methoden wie Kinästhetik oder rückengerechter PatientInnentransfer), gesunde Ernährung, Unfallschutz, Hilfsmittel im Umgang mit PatientInnen u.v.m. Es konnte nur eine Studie über in Österreichs Krankenhäusern gesetzte Maßnahmen zur Gesundheitsförderung gefunden werden.

Conclusio: Es finden zahlreiche Programme zur Gesundheitsförderung statt, es wäre allerdings erstrebenswert, mehr wissenschaftliche Studien diesbezüglich durchzuführen, um den Nutzen auch anhand von quantitativen Ergebnissen belegen zu können.

Abstract

Background: The current demographic change in the industrialized countries, caused by the fact that people get older and sicker, puts a strain on the conditions for senior medical personnel, especially for nurses. It thus becomes important to promote proven health measures for them to continue their work in a healthy and satisfying environment throughout their career.

Objective: This paper aims to provide a clear representation of physically loads and challenges for nurses in hospitals, and health measures that can strengthen their body.

Method: The research questions were modeled from a systematic literature review. The research took place in libraries and through the databases *CINAHL* and *PubMed*.

Results: There are many physical loads for nurses in hospitals such as stress, time pressure, irregular working hours, raising and carrying heavy weights, infection risks, respiratory and skin diseases or accident risks. Health promotion could involve self-care, physical activities, training for the back (like kinesthetic or back-just patient transfer), adequate nutrition, accident prevention, being helped while caring for patients and many more. Only one scientific study was found on health promotion for nurses in Austrian hospitals.

Conclusion: Even though programs for health promotion are available, it would be desirable to conduct more scientific research and retrieve quantitative results to show the positive effect of health promotion for nurses in hospitals.

Abkürzungsverzeichnis

ca.	<i>circa</i>
Jh. n. Chr.	<i>Jahrhundert nach Christus</i>
ONGKG	<i>Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen</i>
u.a.	<i>und andere(s)</i>
USA	<i>United States of America</i>
u.v.m.	<i>und viele(s) mehr</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>
z.B.	<i>zum Beispiel</i>

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	8
1.1	Problemstellung und Forschungsfrage	8
1.2	Aufbau und Vorgehensweise	9
1.3	Methode	10
1.4	Zielsetzung der Arbeit	11
2	BEGRIFFE UND DEFINITIONEN	12
2.1	Gesundheit und Krankheit	12
2.1.1	Gesundheit	12
2.1.2	Krankheit	13
2.1.3	Weiterentwicklung des Gesundheitsbegriffs	13
2.2	Der salutogenetische Ansatz von Aaron Antonovsky	15
2.2.1	Das Kohärenzgefühl / sense of coherence = SOC	17
2.3	Prävention und Gesundheitsförderung	20
2.3.1	Prävention	21
2.3.1.1	Primärprävention	21
2.3.1.2	Sekundärprävention	22
2.3.1.3	Tertiärprävention	22
2.3.1.4	Verhaltensprävention und Verhältnisprävention	23
2.3.1.5	Probleme definitorischer Abgrenzung	23
2.3.2	Gesundheitsförderung	23
3	GESCHICHTE DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG	26
3.1	Konzepte der Krankheitsentstehung	26
3.1.1	„Krankheit von innen“	26
3.1.2	„Krankheit von außen“	27
3.1.3	„Krankheit durch äußere Lebensumstände“	27
3.2	Das 19. Jahrhundert: Gesundheitssicherung durch den Staat	28
3.3	Präventionskonzepte in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts	29
3.4	Nationalsozialismus	29
3.5	Präventionskonzepte in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts	30
4	ÄLTER WERDEN IM BERUF	32
4.1	Der demografische Wandel	32
4.1.1	Demografie – Zahlen und Daten	32

4.1.2	Frühpensionierung	33
4.2	Die Bedeutung von Alter	34
4.2.1	Altersbilder	34
4.2.2	Lebenslanges Lernen.....	35
4.2.3	Das Image älterer MitarbeiterInnen.....	36
4.2.4	Lebensphasen im Beruf	37
4.3	Fähigkeiten älterer MitarbeiterInnen	39
4.3.1	Nachteile älterer MitarbeiterInnen	39
4.3.2	Vorteile älterer MitarbeiterInnen.....	40
4.3.3	Unterschiedliche Potenziale der Generationen	42
4.4	Gesundheitsförderung und Prävention im Alter	43
4.4.1	Spezifische gesundheitliche Präventionsmaßnahmen im Alter.....	43
4.4.1.1	Körperliche Aktivität	43
4.4.1.2	Ernährung	44
4.4.1.3	Kognitive Aktivität.....	45
5	KÖRPERLICHE BELASTUNGEN VON PFLEGEPESONEN IM KRANKENHAUS UND DEREN FOLGEN	46
5.1	Stress.....	46
5.1.1	Stressoren.....	47
5.1.2	Eustress und Disstress	47
5.1.3	Reaktionen auf Stress.....	48
5.1.4	Stressoren im Pflegeberuf.....	48
5.1.4.1	Leistungsstressoren.....	49
5.1.4.1	Strukturell bedingte Stressoren.....	50
5.2	Schichtarbeit	51
5.2.1	Schlafstörungen	52
5.2.2	Psychische Störungen	52
5.2.3	Herz-Kreislauf-Probleme/Erkrankungen.....	52
5.2.4	Gastrointestinale Beschwerden	53
5.3	Zeitdruck.....	53
5.4	Heben und Tragen schwerer Lasten, Lagern	54
5.5	Infektionen.....	55
5.6	Atemwegserkrankung	55
5.7	Hauterkrankungen	56

5.8	Verletzungsgefahren	56
6	GESUNDHEITSFÖRDERNDE/PRÄVENTIVE, DEN KÖRPER	
	UNTERSTÜTZENDE MASSNAHMEN FÜR PFLEGEPERSONEN IM	
	KRANKENHAUS.....	58
6.1	Selbstpflege.....	58
6.1.1	Entspannungsübungen	59
6.1.1.1	Atemübung.....	59
6.1.1.1.1	ZILGREI-Methode.....	59
6.1.1.2	Progressive Muskelentspannung nach Jacobson	60
6.1.1.3	Autogenes Training.....	61
6.1.1.4	Shiatsu	61
6.1.1.5	Praxis-Yoga	62
6.1.2	Körperliche Bewegung.....	63
6.1.2.1	Dehnfähigkeit/Beweglichkeit	64
6.1.2.2	Kraft	64
6.1.2.3	Ausdauer.....	64
6.1.2.4	Ausgleich	64
6.1.3	Rückenschule	64
6.1.4	Sportarten	66
6.1.4.1	Günstige Sportarten.....	67
6.1.4.2	Weniger günstige Sportarten	67
6.1.5	Ernährung	68
6.2	Maßnahmen für Pflegekräfte von Seiten des Krankenhauses, um diese auf	
	physischer Ebene gesundheitsförderlich unterstützen zu können	68
6.2.1	Stressprävention	68
6.2.2	Schichtarbeit (ad 5.2).....	69
6.2.2.1	Pausen.....	72
6.2.3	Heben und Tragen schwerer Lasten, Lagern (ad 5.4)	72
6.2.3.1	Präventionsmaßnahmen	73
6.2.3.2	Bauliche und technische Gegebenheiten.....	73
6.2.3.2.1	PatientInnenzimmer	73
6.2.3.2.2	Nasszellen	73
6.2.3.2.3	Arbeitsräume.....	73
6.2.3.2.4	PatientInnenbetten.....	74

6.2.3.2.5	Hilfsmittel	74
6.2.3.3	Methoden, um rückschonend mit PatientInnen zu arbeiten	76
6.2.3.3.1	Das Bobath-Konzept.....	76
6.2.3.3.2	Rückengerechter PatientInnentransfer.....	77
6.2.3.3.3	Kinästhetik	78
6.2.4	Infektionsschutz (ad 5.5).....	82
6.2.5	Hauterkrankungen (ad 5.7)	83
6.2.5.1	Schutz vor Gefahrenstoffen	83
6.2.6	Unfallschutz (ad 5.8)	84
6.3	Aktueller Forschungsstand bezüglich gesundheitsfördernder, den Körper unterstützenden Maßnahmen für Pflegepersonal in Österreichs Krankenhäusern	85
7	CONCLUSIO.....	88
8	LITERATURVERZEICHNIS	90
9	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	98
10	CURRICULUM VITAE.....	99

1 Einleitung

Im nachfolgenden Kapitel werden einleitend die Problemstellung und die Forschungsfragen für die vorliegende Arbeit beschrieben, sowie auf deren Aufbau und die Vorgehensweise eingegangen. Abschließend wird die Zielsetzung der Arbeit erläutert.

1.1 Problemstellung und Forschungsfragen

Ich denke, dass dies ein relevantes und wichtiges Thema ist, denn unter anderem durch den Pflegenotstand und den damit verbundenen Konsequenzen für die MitarbeiterInnen, ist es von großer Wichtigkeit, sich darauf zu konzentrieren, wie man Pflegepersonen gesund im Beruf halten kann und das bis ins hohe Alter. Denn MitarbeiterInnen in Gesundheitsberufen zählen zu jenen Berufsgruppen mit den größten körperlichen und seelischen Belastungen (Resch, 2010).

Gesundheitsförderung für Pflegekräfte mit Fokus auf die eigene Gesundheit ist wesentlich in der Erreichung des Ziels einer nachhaltig gesunden Berufsgruppe, die bis zum Erreichen des gesetzlichen Pensionsalters tatsächlich am Menschen arbeiten kann (Resch, 2010).

Die zunehmende Alterung gilt als das Hauptmerkmal des demografischen Wandels der westlichen Gesellschaften. Eine verlängerte Lebenserwartung bedeutet eine Zunahme der Zahl an chronischen Erkrankungen, verstärkte Funktionseinbußen und Mobilitätseinschränkungen im Alltag und eine erhöhte Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (Diederichs & Pohlmann & Berger, 2010).

Dies alles macht deutlich, dass die Belastungen für das Pflegepersonal weiter zunehmen und die Bedingungen immer schwieriger werden (Heidenreich, 2009).

Das daraus resultierende Risiko von vorzeitigem Gesundheitsverschleiß, chronischer Erschöpfung und innerem Ausgebranntsein, schlägt sich bei Pflegepersonen beispielsweise in einem erhöhten Krankenstand, in hoher Fluktuation und in einer geringen Verweildauer im Beruf nieder (Oppolzer, 1998).

Gerade aus diesen Gründen sind gesundheitsfördernde Maßnahmen für das Pflegepersonal im Krankenhaus äußerst wichtig und sollten eigentlich selbstverständlich sein. Es gilt zu erkennen, dass MitarbeiterInnen das wichtigste Kapital im Betrieb sind (Behr, 2005). Denn nicht nur die MitarbeiterInnen profitieren davon – vor allem für das Krankenhaus gibt es handfeste wirtschaftliche Gründe, in die Förderung von Pflegepersonal

zu investieren: Die Fehlzeiten reduzieren sich, die Arbeitsmotivation und –produktivität steigt, die Patientenzufriedenheit nimmt zu und die Fluktuation wird geringer (und damit die hierdurch entstehenden Kosten).

In meiner Arbeit werde ich den Fokus allerdings nicht auf die wirtschaftlichen Aspekte, sondern auf die körperlichen Probleme und Belastungen der Pflegepersonen und die Maßnahmen, um diese Probleme minimieren zu können, legen.

Ich werde mich in meiner Arbeit neben der Problematik des Älterwerdens im Pflegeberuf auf folgende drei Forschungsfragen fokussieren:

„Mit welchen körperlichen Belastungen/Problemen werden Pflegepersonen im Krankenhaus konfrontiert?“

„Welche gesundheitsfördernden/präventiven, den Körper unterstützenden Maßnahmen gibt es für Pflegepersonal im Krankenhaus?“

„Wie stellt sich der aktuelle Forschungsstand bezüglich gesundheitsfördernder, den Körper unterstützenden Maßnahmen für Pflegepersonal in Österreichs Krankenhäusern dar?“

1.2 Aufbau und Vorgehensweise

Um die Forschungsfragen ausführlich beantworten zu können, möchte ich zuvor auf grundlegende Themen, die den Hintergrund der Forschungsfragen bilden, näher eingehen.

Zuerst werden Begriffsdefinitionen von Gesundheit, Krankheit, Gesundheitsförderung und Prävention (sowie die Unterscheidung in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention) dargestellt. Zur besseren Veranschaulichung des Konzeptes Gesundheit wird der salutogenetische Ansatz von Aaron Antonovsky herangezogen. Weiters wird ein Überblick über die Geschichte der Gesundheitsförderung gegeben.

Das Thema Älter werden im Beruf bildet eine wichtige Grundlage in meiner Arbeit, in diesem Kapitel wird auf die Bedeutung von Alter, die Fähigkeiten älterer ArbeitnehmerInnen (Vor- und Nachteile) und Gesundheitsförderung und Prävention im Alter eingegangen.

Im Kapitel 5 werden die körperlichen Belastungen, denen Pflegekräfte im Krankenhaus ausgesetzt sind, und die daraus resultierenden Probleme beschrieben.

Kapitel 6 widmet sich den gesundheitsfördernden, den Körper unterstützenden Maßnahmen für Pflegekräfte im Krankenhaus. Dieses Kapitel wird einerseits in Möglichkeiten für Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, die die Selbstpflege der Pflegekräfte umfassen, andererseits in Maßnahmen, die von Seiten des Krankenhauses angeboten werden und auch zur Verfügung gestellt werden sollen, unterteilt. Weiters wird der aktuelle Forschungsstand zu Maßnahmen in Österreichs Krankenhäusern dargestellt.

1.3 Methode

Die Forschungsfragen werden anhand einer Literaturliteraturarbeit beantwortet.

Durch eine systematische Literaturrecherche und der Analyse der gefundenen Literatur wurden die Forschungsfragen aufgearbeitet. Die Literatursuche hierzu fand in Bibliotheken in München, in der Universitätsbibliothek Wien und in der Universitätsbibliothek der Medizinischen Universität Wien statt. Zusätzlich wurden, speziell zur Beantwortung der dritten Forschungsfrage, in den Datenbanken CINAHL und PubMed zu folgenden Schlüsselwörtern in unterschiedlichen Kombinationen gesucht: Nurse, health promotion, austria, hospitals. Zu diesen Schlüsselwörtern wurden 6 potentielle Artikel identifiziert, es konnte allerdings keiner der Artikel zur Beantwortung meiner Frage hinzugezogen werden. Durch die Information einer Mitarbeiterin des Lainzer Krankenhauses konnte ich den Endbericht einer Studie für meine Arbeit verwenden.

Die Literaturrecherche fand im Juni/Juli 2010 und von Dezember 2010 bis Mai 2011 statt.

1.4 Zielsetzung der Arbeit

Das Endziel meiner Arbeit ist eine Zusammenfassung bzw. zusammenfassende Darstellung von einerseits physischen Belastungen und körperlichen Beschwerden von Pflegepersonal im Krankenhaus, andererseits soll ein Überblick über Maßnahmen gegeben werden, die für Pflegepersonen im Krankenhaus angeboten werden, um den Körper auf gesundheitsfördernde/präventive Weise unterstützen zu können.

Weiters soll der aktuelle Forschungsstand zu gesundheitsfördernden, den Körper unterstützenden Maßnahmen für Pflegepersonal in Krankenhäusern in Österreich dargestellt werden.

Das Thema Älter werden im (Pflege-)beruf bildet eine wichtige Grundlage in meiner Arbeit, da ich Gesundheitsförderung als eine (von vielen) Möglichkeiten sehe, um Pflegepersonen langfristig gesund im Beruf halten zu können.

2 Begriffe und Definitionen

2.1 Gesundheit und Krankheit

2.1.1 Gesundheit

Der Begriff „Gesundheit“ ist nicht eindeutig bestimmt und stellt sich als äußerst vieldeutig dar. Es existiert keine einheitliche Definition von „gesund sein“, die eine exakte Abgrenzung zum Zustand des Krankseins ermöglicht (Bedner, 2001).

Das deutsche Wort „gesund“ ist etymologisch mit „mächtig, stark“ zu vergleichen (Höppner, 2004).

Die Weltgesundheitsorganisation definiert in ihrer Verfassung Gesundheit folgendermaßen: *„Gesundheit ist der Zustand des völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“* (World Health Organization, 1948).

Mit dieser Definition wendet sich die WHO von der rein medizinischen Sicht ab.

Als medizinische Grundauffassung kann das biomedizinische Störungsmodell herangezogen werden, das besagt, dass ein Mensch gesund ist, wenn keine gestörten somatischen Prozesse festzustellen sind. Gesundheit ist also ein Zustand, der durch das Nichtvorhandensein organischer Fehlfunktionen definiert ist (Behr, 2005). Hiermit ist diese Sichtweise von Gesundheit auf die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen reduziert, psychische und soziale Faktoren werden dabei kaum beachtet.

Diese Auffassung ist auch heute noch verbreitet, allerdings wird der Fokus immer mehr auf den ganzen Menschen in seiner seelischen, körperlichen und sozialen Verfassung gelegt, wie auch die Definition der WHO deutlich macht.

Der Begriff *Wohlbefinden* in dieser Definition veranschaulicht, dass Gesundheit subjektiv bewertet wird und durchaus auch mit dem Begriff *Lebensqualität* definiert werden kann.

Die drei Begriffe (körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden) stehen unmittelbar miteinander in Verbindung und beeinflussen sich gegenseitig. So bringt eine körperliche Erkrankung meist auch seelische Folgen mit sich und gerade bei längerer Dauer der Krankheit wird oft das gesamte Umfeld in Mitleidenschaft gezogen (Genz, 1998).

Gesundheit wird in diesem Sinne als ein dynamischer Prozess gesehen, der sich den Anforderungen einer ständig ändernden Umwelt anpassen muss und ist abhängig von Kultur, Geschichte und Gesellschaftsform.

2.1.2 **Krankheit**

Hinsichtlich *Krankheit* unterscheidet die WHO-Definition lediglich zwischen Krankheit und Gebrechen, also einem akuterem bzw. chronischeren Zustand. Diese Definition bietet Raum für unterschiedliche Differenzierungsmöglichkeiten, wie zum Beispiel:

- *Disease* als quasi „objektiver“ Krankheitsstatus, der durch ÄrztInnen diagnostiziert wird.
- *Illness* als das subjektive Krankheitserleben eines Menschen.
- *Sickness* als von der Gesellschaft zugeschriebene, sozial abweichende (Kranken-)Rolle.

2.1.3 **Weiterentwicklung des Gesundheitsbegriffs**

Die WHO-Definition wurde allerdings durch die Beschreibung des ‚Zustands völligen Wohlbefindens‘ immer wieder als utopisch, nicht operationalisierbar und idealistisch kritisiert (Pelikan & Wolff, 1999).

Die Ottawa-Charta von 1986 nimmt diese Kritik zum Teil auf und entwickelt den Gesundheitsbegriff weiter. Anstatt Gesundheit als Zustand völligen Wohlbefindens zu sehen, wird Gesundheit vordergründig als Potenzial und Ressource betrachtet. *„In diesem Sinne ist Gesundheit als wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit ebenso betont wie die körperlichen Fähigkeiten“* (WHO, 1998, S.1). Gesundheit wird nicht mehr vorrangig als Ziel, sondern als Mittel gesehen.

Weiters ist Gesundheit das Ergebnis von Selbstbestimmung und der Möglichkeit, sich für eigene Bedürfnisse und Wünsche erfolgreich einsetzen und das eigene Leben dadurch aktiv mitgestalten zu können (Hurrelmann & Klotz & Haisch, 2007).

In diesem umfassenden Gesundheitskonzept werden Gesundheit und Krankheit nicht als gegensätzliche Zustände wahrgenommen, wonach der Mensch nur ausschließlich gesund oder krank sein kann. Er kann auch mehr oder weniger gesund oder krank sein

und zur gleichen Zeit sowohl Gesundheits- als auch Krankheitssymptome aufweisen (Bedner, 2001).

Zusätzlich ist Gesundheit an grundlegende Bedingungen und konstituierende Momenten gebunden, wie „(...) *Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen (...) soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit. Jede Verbesserung des Gesundheitszustandes ist zwangsläufig fest an diese Grundvoraussetzungen gebunden*“ (WHO, 1986).

Auch die individuelle Dimension darf nicht vernachlässigt werden, wenn man zum Beispiel chronisch erkrankte mit gesunden Menschen vergleicht. So wird ein chronisch kranker Mensch seine Gesundheit eher auf seine noch vorhandenen Ressourcen und nicht auf die vorhandenen Einschränkungen beziehen (Schüller, 2003).

2.2 Der salutogenetische Ansatz von Aaron Antonovsky

Wissenschaftliche Modelle zu Gesundheit gibt es viele. Das bekannteste Konzept ist das der Salutogenese (Schambortski, 2008).

Die Geschichte des Konzepts der Salutogenese reicht bis in die antike Medizin zurück (Bahrs & Matthiessen, 2007).

Der Begriff Salutogenese bedeutet Gesundheitsentstehung oder die Ursprünge von Gesundheit und setzt sich aus dem lateinischen Wort „salus“ (Unverletztheit, Heil, Glück) und dem griechischen Wort „genese“ (Entstehung) zusammen.

Das Konzept der Salutogenese entwickelte der amerikanisch-israelische Medizinsoziologe Aaron Antonovsky (1923-1994) (Schüller, 2003).

Antonovsky befasste sich 1970 im Rahmen der Stressforschung mit Frauen aus Israel, die sich in ihrer Menopause befanden. Hierbei untersuchte er die ethnischen Unterschiede in den Verarbeitungsweisen.

Ausgangspunkt von Antonovskys Betrachtungen ist ein dichotomer Ansatz der gesundheitsorientierten bzw. krankheitsorientierten Denkrichtung der Schulmedizin.

Vertreter des gesundheitsorientierten Ansatzes richten ihre Aufmerksamkeit und ihre Ressourcen darauf, alle Möglichkeiten zu nutzen, den Menschen vor Krankheiten zu bewahren und ihn gesund zu erhalten, während Vertreter des krankheitsorientierten Ansatzes bestrebt sind, Krankheiten und Tod zu besiegen bzw. dagegen anzukämpfen und die Gesundheit des Menschen, wenn möglich, wiederherzustellen.

Antonovsky (1997) geht von einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum aus. Gesundheit wie Krankheit sind Bestandteile des Lebens, Bewegungen sind in beide Richtungen des Kontinuums möglich. Er schildert die Tatsache, dass wir alle der Realität nicht ent-rinnen können, gleichzeitig mit einem hoffnungsvollen Ansatz:

„We are all terminal cases. And we all are, so long as there is a breath of life in us, in some measure healthy“ (Antonovsky, 1988, S.3).

Ob eine Person stärker in die Richtung des Gesundheitspols oder des Krankheitspols tendiert, hängt von der Anzahl und Intensität der Risiken und den personalen und sozialen Schutzfaktoren ab, die diese zur Verfügung hat und welche die Wirkung von Risiken mildern können (Altgeld & Kolip, 2007).

Laut Lorenz (2005) spricht sich Antonovsky gegen das (immer noch) vorherrschende Krankheitsverständnis aus: Gesundheit wird als eine Norm gesehen, Krankheit als eine Abweichung davon. Dabei gilt es für Antonovsky (1997), die Aufmerksamkeit auf den Menschen mit einem bestimmten medizinischen Problem zu richten, anstatt auf die Pathologie.

Antonovsky vergleicht das menschliche Leben mit einem Fluss, der Verschmutzungen und immer wieder auftretende Strömungen aufweist, die hin und wieder auch zu gefährlichen Stromschnellen heranwachsen können (Brieskorn-Zinke, 2000). Die zentrale Frage ist hierbei:

„Wie wird man, wo immer man sich in dem Fluss befindet, dessen Natur von historischen, soziokulturellen und physikalischen Umweltbedingungen bestimmt wird, ein guter Schwimmer?“ (Antonovsky, 1997, S.92)

Der salutogenetische Ansatz führt zu einem tiefergehendem Wissen und Verständnis von komplexen Kreisläufen im menschlichen Leben, dadurch ergibt sich eher die Chance, sich dem gesunden Pol des Kontinuums annähern zu können.

Zusammenfassend versteht Antonovsky (1997) unter der salutogenetischen Orientierung folgendes:

- Die Menschen werden nicht als gesund oder krank klassifiziert, sondern sie bewegen sich auf einem multidimensionalen Gesundheits-Krankheits-Kontinuum.
- Das Hauptaugenmerk wird auf die gesamte Geschichte eines Menschen gelegt und nicht auf die Ätiologie einer bestimmten Krankheit.
- Anstelle die Konzentration auf Stressoren (Auslöser) zu legen, rücken Copingressourcen ins Zentrum der Aufmerksamkeit, man konzentriert sich also auf Faktoren, die dazu beitragen, seine Position auf dem Kontinuum beibehalten bzw. auf den gesunden Pol zubewegen zu können.
- Stressoren sind allgegenwärtig und nicht per se als negativ anzusehen. Sie können, abhängig vom Charakter und der erfolgreichen Auflösung von Anspannung, durchaus gesund sein.
- Pathogenetische Untersuchungen liefern Daten. Die salutogenetische Orientierung konzentriert sich darüber hinaus auf die abweichenden Fälle dieser Ergebnisse.

Die wichtigste Konsequenz der salutogenetischen Orientierung ist für Antonovsky folgende:

„Salutogenetisches Denken eröffnet nicht nur den Weg, sondern zwingt uns, unsere Energien für die Formulierung und Weiterentwicklung einer Theorie des Coping einzusetzen“ (Antonovsky, 1997, S.30).

2.2.1 Das Kohärenzgefühl / Sense of coherence = SOC

Hierbei entwickelte er das Konzept des „sense of coherence“(SOC), welches mit dem Begriff *Kohärenzgefühl* zu übersetzen ist, als Kern der Antwort auf die salutogenetische Frage.

„Das SOC (Kohärenzgefühl) ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass

- 1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;*
- 2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen;*
- 3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengungen und Engagement lohnen“ (Antonovsky, 1997, S.36).*

Antonovsky versteht das Kohärenzgefühl generell als eine Lebenseinstellung und nicht als eine bestimmte Coping-Strategie.

Dieser Grundorientierung ordnet er drei Komponenten zu, die dafür verantwortlich sind, die Welt als zusammenhängend und sinnvoll zu sehen:

- Verstehbarkeit
- Handhabbarkeit
- Bedeutsamkeit

Verstehbarkeit bedeutet für Antonovsky, grundlegende Lebensprobleme und Stressoren in all ihren Dimensionen zu erfassen und ein Verständnis und eine klare Definition über Art und Ausmaß des Problems zu finden. Hierbei handelt es sich um geordnet, strukturiert und konsistent erlebte Stimuli. Der Mensch ordnet das Problem kognitiv ein, mit dem Ziel, den Stimuli ihre Willkür und Zufälligkeit zu entziehen.

Bei der *Handhabbarkeit* geht es um die Frage, wie der Mensch das Problem bewältigen kann, bzw. wie viel Vertrauen er in eine generelle Lösbarkeit hat. Ausgangspunkt ist die Überzeugung, dass das anstehende Problem bewältigbar ist. Weiters ist die Lösung des Problems abhängig von den zur Verfügung stehenden Ressourcen und der Auseinandersetzung der jeweiligen Stressoren.

Hierbei handelt es sich sowohl um persönlichkeitsbezogene Ressourcen, also das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten, als auch um durch die Umwelt zur Verfügung gestellte Ressourcen.

Bei der *Bedeutsamkeit* geht es darum, eine generelle positive Auffassung darüber zu haben, dass Stressoren zum menschlichen Leben dazugehören und durchaus eine Herausforderung darstellen können. Sie können sogar eine motivierende Wirkung haben. Für Antonovsky ist diese Komponente die wichtigste, weil sie die Voraussetzung dafür ist, das Leben auch in schwierigen Situationen als lebenswert zu erachten und Schwierigkeiten, die im Laufe des Lebens eines jeden Individuums auftreten, als selbstverständlich anzunehmen.

Das Kohärenzgefühl basiert also auf der Annahme, dass es einen Zusammenhang und Sinn im Leben gibt und darauf, dass das Leben steuerbar und nicht durch unbeeinflussbare Gegebenheiten bestimmt ist.

Der Mensch kann auf eigene Ressourcen und Potenziale zurückgreifen und die Welt als geordnet, erklärbar und verständlich betrachten, er ist bestrebt Probleme zu klären und Lebensaufgaben als lösbar anzunehmen und er kann die Schwierigkeiten und Anstrengungen des Lebens für sich als sinnvoll zur Gestaltung seines Lebens ansehen, um seine Ziele in der Zukunft verwirklichen zu können (Lorenz, 2005).

Menschen mit einem gut ausgeprägten Kohärenzgefühl reagieren flexibel auf unterschiedliche Herausforderungen im Leben, sie sind in der Lage, offen mit neuen Bewältigungsmöglichkeiten umzugehen, anstatt nur auf alte, festgefahrene Verhaltensmuster zurückzugreifen. Das stark ausgeprägte Kohärenzgefühl begünstigt die Selbstannahme und die Ansicht, dass die gegebenen Verhältnisse und die eigenen Möglichkeiten und Ressourcen einen Sinn haben, während wiederum ein schwach ausgeprägtes Kohärenzgefühl zu Gefühlen der Nichtlösbarkeit, Unter- bzw. Überforderung und auch zu Ohnmacht führen kann.

Für Organisationen des Gesundheitswesens bedeutet Antonovsky's Salutogenese laut Reinshagen (2008) folgendes:

„Nicht reparativ, nicht präventiv sondern gesundheitsfördernd vorzugehen, ist die Strategie der Salutogenese: Mitarbeiter, Team und Organisation ganzheitlich zu fördern und zu stärken.“ (Reinshagen, 2008, S.143)

Zusammengefasst bedeutet Antonovsky's Konzept der Salutogenese folgendes:

In seinem Modell ist Gesundheit die Zielvariable, die als Kontinuum betrachtet wird (nicht als Dichotomie von Gesundheit und Krankheit). Die erfolgreiche Bewältigung von Stressoren, allgemeine Widerstandsressourcen und das Kohärenzgefühl haben Einfluss darauf. Gesunderhaltende Kräfte bilden auch die gesundheitlichen Handlungskompetenzen von Menschen und ihre subjektiven Gesundheitsvorstellungen (Faltermaier, 2010).

2.3 Prävention und Gesundheitsförderung

„Die Kunst zu heilen kann viele Leiden lindern. Doch schöner ist die Kunst, die es versteht, die Krankheit am Entstehen schon zu hindern.“

Max von Pettenkofer (1818-1901)

Der historisch ältere Begriff „Prävention“ entwickelte sich im 19. Jahrhundert in der Sozialmedizin. Themen wie soziale Hygiene und Volksgesundheit ließen Debatten um Prävention aufkommen und machten diese notwendig.

Die wesentliche Aufgabe von Krankheitsprävention ist die Vermeidung des Auftretens von Krankheiten. In weiterer Folge zielt sie darauf ab, die Verbreitung von Krankheiten zu verringern und die Auswirkungen auf Morbidität und Mortalität der Bevölkerung zu reduzieren. Die zentrale Methode ist hierbei, die Auslösefaktoren von Krankheiten zu minimieren bzw. ganz zu eliminieren (Hurrelmann & Klotz & Haisch, 2007).

Der Begriff „Gesundheitsförderung“ ist deutlich jünger. Unter diesem hat die WHO 1986 in der Ottawa-Charta eine Strategie zur gesellschaftlichen Verankerung, Sicherung und Vergrößerung von Gesundheit formuliert (Pelikan & Halbmayer, 1999). *„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (WHO 1998, S.1).*

Weiters fasste die Ottawa-Charta erstmals 5 Handlungsfelder der Gesundheitsförderung zusammen:

- Eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik entwickeln: Gesundheit soll in allen politischen Ebenen ein wichtiger Aspekt sein, den PolitikerInnen müssen die gesundheitlichen Konsequenzen ihrer Handlungen bewusst sein.
- Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen: Hierbei geht es um die enge Verbindung zwischen Mensch und Umwelt, sowie den Schutz derer und befriedigende Arbeits- und Lebensbedingungen.
- Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen: Nachbarschaften sollen unterstützt, lokale Aktivitäten gefördert werden.

- Persönliche Kompetenzen entwickeln: Die Menschen sollen durch Information und gesundheitsbezogene Bildung mehr Einfluss auf ihre Gesundheit und Lebenswelt ausüben können.
- Die Gesundheitsdienste neu orientieren: Gesundheitsförderung muss als selbstverständlich angesehen werden (Spicker & Sprengseis, 2008).

2.3.1 Prävention

Der Begriff Prävention wird vom lateinischen „*praevenire*“ abgeleitet und bedeutet „zuvorkommen“ (Bedner, 2001). Er wird nach den gängigen wissenschaftlichen Definitionen als Krankheitsverhütung verstanden (Walter & Flick & Neuber & Fischer & Schwartz, 2006).

Im Kontext von Krankheit und Gesundheit versucht Prävention das Auftreten von Krankheiten oder unerwünschten physischen oder psychischen Zuständen durch gezielte Interventionsmaßnahmen zu verhindern oder zumindest zu verzögern. Prävention ist also auf die Beeinflussung von Bedingungs- oder Risikofaktoren für Krankheiten ausgerichtet und zielt oft nicht nur auf spezifische Krankheiten, sondern auch auf ganze Krankheitsspektren ab (Leppin, 2007).

Ein weiteres wichtiges Merkmal von Prävention ist, dass diese nicht auf ein einzelnes Individuum ausgerichtet ist, sondern auf die breite Masse abzielt.

Prävention wird in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention gegliedert.

2.3.1.1 Primärprävention

Bei der Primärprävention geht es um Maßnahmen, die vor dem Eintreten einer Krankheit angewandt werden, also um das Verhindern des Neuauftretens einer Krankheit und somit die Vermeidung von Gesundheitsschäden.

Als Beispiele lassen sich Impfungen oder schulische Maßnahmen zur Prävention von Tabakkonsum anführen. Die Primärprävention richtet sich an Gesunde bzw. Personen ohne Symptomatik und setzt ein, bevor eine Krankheit aufgetreten ist.

Ziel ist, die Gesundheit zu erhalten und die Entstehung von Krankheiten zu verhindern.

Es lässt sich weiters die primordiale Prävention abgrenzen, bei der es darum geht, bereits das Auftreten von Risikofaktoren zu verhindern.

2.3.1.2 Sekundärprävention

Bei der Sekundärprävention kann durch gezielte therapeutische Maßnahmen ein Fortschreiten einer Krankheit verhindert oder zumindest eingedämmt werden, es geht hierbei um Krankheitsfrüherkennung und Krankheitseindämmung. Der pathogenetische Prozess hat in diesem Stadium bereits begonnen, ohne dass die Betroffenen eine Krankheitssymptomatik wahrnehmen. Ein Beispiel für die Sekundärprävention sind individuelle Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen und Massen-Screenings wie die Mammografie. Ziel ist die Eindämmung der Progredienz oder der Chronifizierung einer Krankheit.

Ein weiteres Beispiel für Sekundärprävention sind Programme für Jugendliche, die bereits Drogen konsumieren, und bei denen es darum geht, frühzeitig das Auftreten von Sucht und Abhängigkeit zu verhindern.

Die Sekundärprävention richtet sich an Personen, die zu Beginn der Präventionsmaßnahme als gesund oder symptomlos eingestuft werden, durch die diagnostische Maßnahme aber zu (Akut-)PatientInnen werden (Leppin, 2007).

Ziel der Sekundärprävention ist, Krankheiten noch in der Entstehungsphase wirksam zu kurieren oder den eigentlichen Ausbruch abzuwehren (Bedner, 2001).

2.3.1.3 Tertiärprävention

Die Tertiärprävention setzt nach der Manifestation bzw. Akutbehandlung einer Krankheit an. Zielgruppe sind hierbei PatientInnen mit chronischer Beeinträchtigung. Es gilt, Konsequenzen einer Krankheit in ihrer Intensität zu mildern, Folgeschäden zu vermeiden und Rückfällen vorzubeugen.

Problematisch ist hierbei die Unterscheidung von präventiv und kurativ. Es ist dies eine Frage der Perspektive bzw. Zielrichtung der Maßnahme, ob eine bestimmte Intervention als kurativer oder präventiver Eingriff gesehen wird.

Teilweise wird dafür plädiert, auf den Begriff Tertiärprävention ganz zu verzichten (Leppin, 2007).

Weiters wird Prävention auch in Verhaltens- und Verhältnisprävention gegliedert.

2.3.1.4 Verhaltensprävention und Verhältnisprävention

Die Verhaltensprävention zielt auf eine Änderung gesundheitsgefährdender Verhaltensweisen des Einzelnen ab, während bei der Verhältnisprävention gesundheitsschädigende Verhältnisse in den Lebens- und Umweltbedingungen verändert werden sollen. Die Prävention muss daher Maßnahmen enthalten, die sowohl das Verhalten, als auch die Umweltsituation des Einzelnen miteinbeziehen - sie muss also ganzheitlich orientiert sein (Bedner, 2001).

2.3.1.5 Probleme definitorischer Abgrenzung

Neben dem Problem der Abgrenzung gegenüber kurativen von präventiven Interventionen, wird auch sonst die Zuordnung spezifischer Maßnahmen zu den einzelnen Präventionsstadien nicht immer einheitlich verwendet. Bereits die Abgrenzung von Risikofaktoren und Krankheiten wirft Probleme auf. So sieht der eine z.B. Bluthochdruck bei ansonsten Gesunden als Risikofaktor und stuft präventive Maßnahmen zur Blutdruckkontrolle als Primärprävention ein, während ein anderer Bluthochdruck bereits als Krankheit definiert und präventive Maßnahmen als Sekundärprävention ansieht.

An dieser Stelle muss für Leppin (2007) auch die Abgrenzungsproblematik im Bezug auf Prävention und Gesundheitsförderung erwähnt werden.

Im deutschsprachigen Raum herrscht diesbezüglich eine klare Begriffstrennung vor, während z.B. in den anglo-amerikanischen Ländern, vor allem in den USA, „health promotion“ und „disease prevention“ nicht explizit voneinander getrennt werden.

2.3.2 **Gesundheitsförderung**

Gesundheitsförderung hat das Ziel, die Gesundheit und das Wohlbefinden zu steigern. Sie setzt an den Ressourcen von Menschen an und will diese unterstützen und fördern (Beispiel: Programme, um Selbstwertgefühl und Problemlösungskompetenzen von Kindern zu stärken).

Prävention hingegen zielt darauf ab, Risiken von spezifischen Krankheiten und Störungen zu vermindern oder diese gänzlich zu eliminieren (Beispiele: Impfungen, Safer-Sex-Kampagnen).

Prävention und Gesundheitsförderung können allerdings nicht völlig unabhängig voneinander benutzt werden. Wie Altgeld und Kolip (2007) aufgezeigt haben, sollten sich diese beiden Begriffe ergänzen. Trotzdem ist eine konzeptionelle Trennung von Ge-

sundheitsförderung und Prävention wichtig, da sich die Blickrichtungen und Strategien unterscheiden.

Gesundheitsförderung bringt einen Perspektivenwechsel mit sich. Sie beschäftigt sich nicht, wie die Prävention, in erster Linie mit Krankheiten, sondern nimmt Gesundheit und Wohlbefinden in ihren Fokus.

Das hierbei zugrunde liegende Modell ist das Salutogenesemodell von Aaron Antonovsky (siehe Kapitel 2.2).

Gesundheitsförderung hat also zum Ziel, über die Stärkung von Ressourcen, wie persönliche Kompetenzen oder soziale Netzwerke, die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern. Die Ansatzpunkte sind hierbei entweder Individuen, denen es möglich gemacht werden soll, durch selbstbestimmtes Handeln ihre Gesundheit wahren bzw. verbessern zu können (etwa über die Stärkung des Selbstwertgefühls), oder das soziale Umfeld bzw. die gesellschaftlichen und rechtlichen Rahmenbedingungen (wie zum Beispiel das Schaffen lernanregender Bedingungen in der Schule).

Ungewöhnlich für den medizinischen Bereich ist, dass sich Gesundheitsförderung nicht auf den Gesundheitsbereich allein beschränken lässt. Sie ist in mehreren Sektoren vertreten und schließt zum Beispiel Bereiche wie Bildung, Stadt- und Verkehrsplanung und Jugendarbeit mit ein (Altgeld & Kolip, 2007).

Zusammengefasst kann bei der Unterscheidung zu Prävention und Gesundheitsförderung folgendes gesagt werden:

- Die *Prävention* zielt darauf ab, Ausgangsbedingungen und Risiken von Krankheiten zu verhindern und abzuwenden. Voraussetzung dafür ist die Kenntnis des pathogenetischen Ansatzes, also die Entstehung und Entwicklung einer Krankheit mit allen daran beteiligten Faktoren.
- Die *Gesundheitsförderung* strebt an, individuelle Fähigkeiten der Lebensbewältigung zu verbessern und ökonomische, kulturelle, soziale, bildungsmäßige und hygienische Bedingungen der Lebensgestaltung von Bevölkerungsgruppen zu fördern.

Die Krankheitsprävention verweist also auf die Dynamik der Entstehung von Krankheit, während sich die Gesundheitsförderung auf die Dynamik der Entstehung von Gesundheit beruft.

Gemeinsames Ziel beider Interventionsformen ist, einen sowohl individuellen als auch kollektiven Gesundheitsgewinn zu bewirken. Bei der Prävention durch das Verdrängen von Krankheitsrisiken, bei der Gesundheitsförderung durch das Hervorheben und Begünstigen von gesundheitlichen Ressourcen (Hurrelmann & Klotz & Haisch, 2007).

3 Geschichte der Gesundheitsförderung

Das Bestreben, Krankheiten zu verhindern und Gesundheit zu erhalten, ist in verschiedenen kulturellen Ausprägungen bis in die Antike zurückzuverfolgen. Bereits Galen (2. Jh. n. Chr.) betonte die Diätetik als Mittel, die Gesundheit zu erhalten und Krankheiten vorzubeugen. Diese zwei Aspekte beinhalten also die Vorhersehbarkeit von Krankheiten, die einerseits zu erhöhter Furcht führt, andererseits zu dem Bestreben, etwas gegen die befürchteten Gefahren zu unternehmen, und äußern sich somit durch Not, aber auch Hoffnung. In jedem Fall existiert die Notwendigkeit zu handeln, auch wenn der Erfolg des Handelns nicht garantiert ist.

Trotz diesem ursprünglichen Bestreben nach Prävention, zeigt diese im historischen Rückblick große Veränderungen: Hin von einer großen Anzahl von Infektionskrankheiten zu chronischen Leiden.

Im späten 19. Jahrhundert und 20. Jahrhundert fand ein enormer naturwissenschaftlicher Fortschritt statt. Das Wissen über Erkrankungen und Erkrankungsrisiken stieg, ebenso das Wissen darüber, diesen Krankheiten vorbeugen zu können.

Verändert hat sich das immer detailliertere Wissen über die Wirkungszusammenhänge und somit werden andere und weitreichendere Präventionsmaßnahmen und –strategien notwendig.

Tatsache ist, dass nicht nur Wissen, sondern auch gesellschaftliche Deutungs- und Wertemuster dokumentiert werden. Es muss also ebenso auf das sozio- ökonomische und politisch- mentale Umfeld eingegangen werden, um den Erfolg von Prävention sicherstellen zu können (Stöckel, 2007).

3.1 Konzepte der Krankheitsentstehung

3.1.1 „Krankheit von innen“

Von der Antike bis ins 18. Jahrhundert herrschte die Humoralpathologie als Leitkonzept für therapeutische und präventive Zwecke vor. Diese bezeichnete die Harmonie bzw. Disharmonie der vier Körperflüssigkeiten - Blut, Schleim, schwarze und gelbe Galle - die sowohl mit äußeren Gegebenheiten wie Klima und geografische Lage, als auch mit der inneren Beschaffenheit in Verbindung standen.

Eine Besserung bei Krankheit war zu erwarten, wenn man sich überschüssiger Flüssigkeiten durch Aderlass oder Erbrechen entledigte und so die Harmonie des Körpers wiederherstellte. Diese Maßnahme wurde auch präventiv, um einer Erkrankung vorzubeugen, durchgeführt, ungeachtet dessen, dass es auch zu Verschlimmerungen kommen konnte, wenn beispielsweise zu viel Blut entnommen wurde (Stöckel, 2007).

3.1.2 **„Krankheit von außen“**

Neben der Humoralpathologie gab es eine weitere Erklärung für Krankheiten. Durch Unachtsamkeit einzelner Menschen konnte die Gesundheit der Allgemeinheit gefährdet werden. Daher wurden Regelungen aufgestellt und Kontrollen durchgeführt, um derartige Bedrohungen abwehren zu können. Die Überwachung von Lebensmitteln auf den Märkten im Mittelalter und die damit verbundene Ausgrenzung Lepra-Kranker an den Rand der Stadt ist ein Beispiel für dieses Konzept. Diese mussten sich durch eine Lep-raklapper akustisch bemerkbar machen, um die anderen Einwohner zu warnen.

Die erste Pestepidemie 1348, bei der die Behauptung, die Juden hätten die Brunnen vergiftet und damit das Massensterben verursacht, verbreitet wurde, zeigte, dass die Ausgrenzung einer bestimmten Gruppe von Menschen nicht das einzige Motiv sein konnte, um Gesundheit zu erhalten. Die Krankheitsursache und deren Verbreitung waren zunächst völlig unklar und dadurch, dass eine Gruppe Schuldiger gefunden war, konnte damit vom eigentlichen Problem abgelenkt und mit der Vertreibung der Juden eine Kombination aus Strafe und scheinbarer Prävention geschaffen werden (Stöckel, 2007).

3.1.3 **„Krankheit durch äußere Lebensumstände“**

Der italienische Arzt Bernardo Ramazzini lieferte im Jahre 1700 eine komplexere Erklärung für Krankheiten, indem er bestimmte Berufe mit gesundheitlichen Risiken in Verbindung setzte.

Johann Peter Frank entdeckte 80 Jahre später einen grundsätzlichen Zusammenhang zwischen Lebensbedingungen und Krankheiten. Für ihn war das Elend der ausschlaggebende Faktor und er forderte die Herrscher auf, etwas gegen die Armut des Volkes zu tun. Dabei stellte er den Nutzen für die Regentschaft in den Vordergrund, denn gesunde und zufriedene Untertanen seien eher gewillt und körperlich in der Lage, das Land für den Landesherrn zu verteidigen. Frank entwickelte einen komplexen Grundsatz gesundheitsgerechten Verhaltens für die Bevölkerung mit Regelungen zu

Fortpflanzung und Eheschließung und fasste diesen unter dem Begriff „medizinische Policey“¹ zusammen.

Ärzte wurden zu Experten für alle Lebensumstände und aus dieser neuen Position heraus verlangten sie von der Regentschaft die Sicherstellung der ökonomischen Lebensgrundlage für das Volk und von den Untertanen wiederum ein gesundheitsbewusstes Verhalten (Stöckel, 2007).

3.2 Das 19. Jahrhundert: Gesundheitssicherung durch den Staat

Durch die 1848er Revolution wurde der von Johann Peter Frank formulierte Grundsatz zu gesundheitsförderndem Verhalten zu einem staatsbürgerlichen Recht auf Gesundheit.

Die Wichtigkeit der äußeren Lebensumstände wurde durch die Erkenntnisse der experimentellen Hygiene wissenschaftlich bekräftigt und immer relevanter.

Die Bevölkerung war in einem Umbruch, Ordnung wurde zu einem wichtigen Bestandteil und sowohl Sanierungen der städtischen Umwelt (Kanalisation, Städteplanung), als auch Planung und Hygiene in der Haushaltsführung wurden zum Bestreben der Bürger. Ein Teil der Arbeiterbewegung versuchte, bürgerliche Handlungsweisen zu übernehmen, was nur in Einzelfällen funktionierte. Prävention blieb abhängig von „Wohltätigkeit“, womit Nachteile der sozialen Stellung nicht beseitigt werden konnten.

Bismarck setzte 30 Jahre später eine Sozialversicherung unter staatlicher Beteiligung für die politisch aktive Elite der Industriearbeiter durch, wobei hierbei nicht die Gesundheit der Arbeiter, sondern das Vermeiden weiterer politischer Proteste im Vordergrund stand.

Im 20. Jahrhundert wurde für weitere Berufsgruppen eine Versicherungspflicht eingeführt (Stöckel, 2007).

¹ Die „medizinische Policey“ ist nicht mit dem heutigen Polizei-Begriff gleichzusetzen, dieser Begriff bedeutet vielmehr die Art des Handelns im Sinne medizinischer Erkenntnisse. (engl. „policy“) (Stöckel, 2007).

3.3 Präventionskonzepte in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts

Der Begriff Prävention wurde im 20. Jahrhundert immer mehr zu einem Begriff der Abwehr gesundheitlicher Gefahren. Der Fokus lag zunächst bei gruppenspezifischen Interventionen.

Sozialhygieniker hatten den Zusammenhang von Erkrankung und sozialer Lage erkannt und traten für eine frühe Diagnose ein, verbunden mit sozialen Maßnahmen zur Vorbeugung und Bekämpfung der Volkskrankheiten, und wiesen damit auf die positive Wirkung auf das Volk insgesamt hin.

Rassenhygieniker hingegen vertraten die Meinung, dass soziale Maßnahmen zu einer Schwächung der Population führten, weil die „natürliche Auswahl der Schwächeren“ verhindert würde.

Eine gelungene Verbindung von Verhaltens- und Verhältnisprävention zeigte das Beispiel der Säuglingsfürsorge. Dies beinhaltete eine klassische Verknüpfung von Primärprävention (Vorbeugung von Verdauungskrankheiten durch Aufklärung und Anleitung zum Stillen) und einer Sekundärprävention (Früherkennung und rechtzeitige Behandlung). Mit der Hilfe sozialpolitisch aktiver Ärzte und der bürgerlichen Frauenbewegung wurden Fürsorgestellen zu Früherkennung und Behandlung eingerichtet, diese wurden im Ersten Weltkrieg ausgebaut und in der Weimarer Republik über die Armutsgrenze hinaus ausgedehnt.

Durch die ökonomische Krise am Ende der Weimarer Republik und dem daraus entstehenden akuten Mangel an Fürsorgestellen, wurde veranlasst, nur noch „Leistungsfähigen“ von diesem Angebot Gebrauch machen zu lassen. Auch die Sterilisation sogenannter „Minderwertiger“ wurde 1932 von Sprechern der Ärzteschaft akzeptiert (Stöckel, 2007).

3.4 Nationalsozialismus

Die Teilung der Bevölkerung in „Minderwertige“ und „vollwertige Volksgenossen“ beeinflusste den Zugang zu Prävention und medizinischer Versorgung. Während die „Leistungsfähigen“ durch Fürsorge und zum Teil auch Früherkennungsangebote unterstützt wurden, wurden die „Minderwertigen“ nach und nach ausgegrenzt, nicht mehr medizinisch versorgt und somit ihre Vernichtung vorbereitet. Durch die Zwangssterilisation

wurden Kranke und „soziale auffällige“ Menschen wie „schwer Erziehbare“ von der Fortpflanzung ausgeschlossen.

„Bekämpft und verhindert wurde nicht die Krankheit, sondern die an ihr Leidenden“ (Stöckel, 2007, S.25).

3.5 Präventionskonzepte in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts

In den 50er Jahren wurden die Infektionskrankheiten insgesamt als weniger bedrohlich gesehen, da endlich genügend Penicillin zur Verfügung stand. Bestimmte Krankheitsgruppen wie Geschlechtskranke und an Tuberkulose Leidende wurden weiterhin überwacht. Es bestand die Hoffnung, durch die Fortschritte der Pharmaindustrie alle Krankheiten in naher Zukunft heilen zu können. Von epidemiologischer Relevanz wurden chronische Erkrankungen, die sogenannten „Zivilisationskrankheiten“ wie Krebs, Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Nervenkrankheiten. Prävention wurde durch Früherkennungsprogramme und Anleitung zu individueller Verhaltensänderung betrieben, wobei gerade sozial benachteiligte Menschen wenig davon profitierten.

In den 60er und 70er Jahren wurde das Risikofaktorenmodell für die Verhütung von chronischen Krankheiten herangezogen. Anhand von sozio-kulturellen Verhaltensweisen (Rauchen, Ernährung) und Laborwerten (Cholesterin) wurden Zusammenhänge gemessen und somit Faktoren identifiziert, die für das Auftreten chronischer Krankheiten verantwortlich gemacht wurden. Da bei der Diagnose meist noch keine Erkrankung festzustellen war, wurde ein Risiko identifiziert.

Durch den Begriff Risiko wurde die Vorstellung vermittelt, jeder Einzelne hätte sein Schicksal selbst in der Hand und könne sich für oder gegen ein Wagnis entscheiden. Das eigene Verhalten wurde somit als Hauptfaktor der Krankheit gesehen.

Die gesundheitspsychologischen Konzepte vertraten den Ansatz, dass mehr Wissen zu Verhaltensänderungen führe. Es wurde zunächst auf Aufklärung über Risiken gesetzt, was nur mäßige Erfolge brachte. Daher wurde das Modell um Strategien zur Motivierung und später um Lebensstil- Modelle erweitert.

Durch Aaron Antonovsky (siehe Kapitel 2.2) wurden Impulse aus einer anderen Richtung gesetzt.

Durch seine Entdeckung einer positiven Kraft zur Gesundheitsstärkung wurde die Prävention theoretisch revolutioniert und der Begriff der Gesundheitsförderung maßgeblich beeinflusst.

Der historische Rückblick zeigt, dass durch Prävention versucht wird, Kausalitäten und Verantwortung zuzuschreiben. Die Gefahr besteht, bei Ausbruch von Krankheiten das Individuum dafür verantwortlich zu machen, je stärker das individuelle Verhalten als Hauptfaktor der Prävention betrachtet wird.

Das Bestreben der Gesundheitsförderung ist hierbei, die Konzentration auf die inneren (Empowerment) und äußeren (Settings) Umsetzungsbedingungen präventiven Handelns zu lenken, sodass Gesundheit als eine wichtige Aufgabe aller für alle gesehen wird (Stöckel, 2007).

Gesundheitsförderung muss in Krankenhäusern als Teil der Unternehmenskultur etabliert werden. Es ist hierbei entscheidend, die Beteiligten und Führungskräfte einzubeziehen und die erzielten Wirkungen kontinuierlich zu überprüfen (Staatsministerium für Soziales, 2008).

4 Älter werden im Beruf

4.1 Der demografische Wandel

Die demografische Entwicklung, also die Zunahme der älteren Einwohner bei gleichzeitiger Senkung der Geburtenrate, ist in der westlichen Welt schon längere Zeit zu verzeichnen. Die Weltgesundheitsorganisation hat 1998 den demografischen Wandel als eine der größten Herausforderungen des 21. Jahrhunderts genannt (Walter et al., 2006).

Die Menschen haben eine höhere Lebenserwartung, gleichzeitig sind sie aber auch gesund und leistungsfähig wie nie zuvor. Trotz dieser Tatsache werden die Menschen immer früher aus dem Berufsleben entlassen. Das vorherrschende negative Altersbild ist nur ein Grund für diesen Zustand (Herrmann, 2008).

Wurm und Tesch-Römer (2008) formulieren folgende Aussage:

„Eine gute Gesundheit ist ein Leben lang wichtig – sowohl für die einzelne Person als auch für die Gesellschaft – für Letztere vor allem, da sie die Kosten schlechter Gesundheit mitzutragen hat“ (Wurm & Tesch-Römer, 2008, S 131).

Die Gesellschaft wird es sich bald nicht mehr leisten können, auf ältere MitarbeiterInnen zu verzichten, weil dies für die Unternehmen letztendlich mehr Verlust als Gewinn bedeutet (Herrmann, 2008).

Es gilt zu erkennen, dass ältere Menschen nicht generell ein Leistungsdefizit aufweisen, denn altern bedeutet keineswegs den Verlust geistiger Fähig- und Fertigkeiten. Vielmehr müssen Potenziale und Wissen genutzt und gefördert werden, der Aspekt des lebenslangen Lernens rückt immer mehr in den Vordergrund.

4.1.1 Demografie – Zahlen und Daten

Die Tendenz zeigt, dass es immer mehr Ältere und immer weniger Jüngere gibt. Noch vor hundert Jahren war es wesentlich seltener möglich und üblich, ein hohes Alter zu erreichen. Im Jahr 2050 wird es bereits über eine Million Menschen über 80 Jahren geben (Schmid, 2010).

In Österreich ist die Zahl der über 60-Jährigen von 1981 bis 2001 stetig gestiegen (1981 waren es 1.453.658 Personen, 2001 schon 1.692.736), während die Zahl der unter 14-Jährigen seit 1982 konstant gesunken ist (1981 gab es 1.510.564 Kinder, 2001 waren es „nur“ mehr 1.353.482) (Statistik Austria, erstellt am 01.06.2007). Der Anteil der Älteren wird in 25 Jahren doppelt so hoch sein. Wir leben in einer alternden Gesellschaft,

die durch eine immer höhere Lebenserwartung geprägt ist. Gleichzeitig ist eine „Unterjüngung“ der Gesellschaft zu verzeichnen, Österreich hat nach Spanien, Italien und Griechenland (1,3) mit 1,32 Kindern die viertniedrigste Geburtenrate in der Europäischen Union (Herrmann, 2008).

Menschen werden deutlich älter als noch vor 30 oder 40 Jahren. Laut Prognosen wird zum Beispiel in Wien die Zahl der über 75- Jährigen von 7,7% (Stand 2008) auf 13,0% im Jahre 2050 ansteigen (Statistik Austria, erstellt am 23.10.2009).

Waren vor 100 Jahren nur fünf Prozent der Bevölkerung über 60 Jahre, werden es im Jahre 2050 in Österreich 42 Prozent sein (Herrmann, 2008).

Auch in der Lebenserwartung der Menschen zeigt sich dieser Trend. In Österreich lag die durchschnittliche Lebenserwartung Neugeborener 2009 bei 77,7 Jahren (Männer) und 83,0 Jahren (Frauen) – Tendenz steigend (Statistik Austria, erstellt am 31.05.2010).

Diese statistischen Zahlen sagen aber nur wenig über das „wahre“ Alter von Menschen aus. Die Qualität von individuellen Fähigkeiten, Fertigkeiten und Verhaltensweisen hängt von persönlichen Erfahrungen ab. Auch gehen Menschen unterschiedlich mit Problemsituationen im Leben um, was den Alterungsprozess ebenso beeinflusst. So können manche Menschen mit 60 Jahren wirklich alt sein, andere hingegen fühlen sich mit 80 Jahren noch „jung“. Funktionsfähigkeiten werden von biologischen und sozialen Faktoren, die während des ganzen Lebens einwirken, beeinflusst. Weitere Einflussfaktoren sind Schulbildung, Beruf, Lebensstil und Reaktionen auf Belastungen (Herrmann, 2006).

4.1.2 **Frühpensionierung**

Um 1900 lag die Lebenserwartung der Menschen deutlich unter dem gesetzlichen Pensionsalter. In Deutschland z.B. lag die durchschnittliche Lebenserwartung bei rund 46 Jahren und das Pensionsalter bei 70 Jahren. Seit 1916 liegt das Pensionseintrittsalter einheitlich bei 65 Jahren. Die Lebenserwartung ist seitdem gestiegen, das Pensionseintrittsalter ist allerdings nicht mehr angehoben worden.

Die Mehrheit der Berufstätigen scheidet frühzeitig aus dem Berufsleben aus. Oft freiwillig oder mit Abfindungen aus gesundheitlichen Gründen.

Hinsichtlich der Gründe für eine Frühpensionierung stehen psychische Erkrankungen an der Spitze, speziell in Gesundheits- und Sozialberufen. Auf Einzeldiagnosen bezo-

gen, sind schwere Depressionen die Hauptursache, gefolgt von Angststörungen und psychosomatischen Erkrankungen (Hien, 2009).

Gleichzeitig werden die Menschen, die heutzutage mit 60 Jahren in Pension gehen nicht nur deutlich älter, sie sind auch deutlich fitter (Busch, 2004).

Es gibt hier also einige Widersprüche.

Widersprüche zwischen den Forderungen nach der Anhebung der Pensionsaltersgrenze und den tatsächlich stattfindenden Prozessen der Frühpensionierung. Ebenso zwischen dem markanten Anstieg der Lebenserwartung und dem seit einem Jahrhundert gleichgebliebenen Pensionseintrittsalter.

4.2 Die Bedeutung von Alter

„Alte Menschen sind ja nicht alle gleich, wahrscheinlich sind sie das sogar noch weniger als irgendeine andere Altersgruppe: Denn ihr langes Leben hat sie zu Individualisten gemacht.“ (Pincus, 1992, S.56-57)

4.2.1 Altersbilder

Die Gegensätzlichkeiten gehen weiter. Allgemein wird es als Errungenschaft und als erstrebenswert gesehen, alt zu werden. Auf der anderen Seite haben die Menschen Angst vor dem Alter, sei es wegen der für viele unsicheren finanziellen Lage im Ruhestand, oder auch der Befürchtung schlimmer körperlicher und geistiger Krankheiten (Busch, 2004).

Es lässt sich nur schwer sagen, wann man „alt“ ist. Jeder Mensch altert individuell, aber für jeden von uns ist es ein lebenslanger Prozess. Wir kämpfen zwar dagegen an, aber irgendwann kommt für jeden von uns der Zeitpunkt, an dem uns das Gehen schwerer fällt, das Denken und das Agieren langsamer werden und uns Krankheit und Gebrechen das tägliche Leben erschweren. Diese Altersschwäche wird oft mit Hilflosigkeit gleichgestellt. Und so unschön es auch ist – Durch diesen Zustand sind wir weniger wert und verursachen höhere Kosten für die Gesellschaft.

Der Alterungsprozess verläuft allerdings nicht bei jedem gleich. Viele Faktoren wie Bildung, Herkunft, Beruf, Lebensstil, Veranlagung etc. tragen entscheidend zur Bewältigung von Alter bei.

Generell lässt sich sagen, dass Frauen anders altern als Männer. Frauen erleben das Altern meist früher, intensiver und auch länger. Ein Grund hierfür könnte sein, dass ihnen nur eine begrenzte Zeit, um Kinder zu bekommen, zur Verfügung steht. Auch gesellschaftlich betrachtet ist es für Frauen schwieriger, in Würde zu altern. Während Alterserscheinungen wie Falten einen Mann interessanter machen, machen diese bei Frauen das Gesicht alt (Herrmann, 2008).

4.2.2 Lebenslanges Lernen

Bis Ende der 70er Jahre ging die Altersforschung davon aus, dass das Gehirn unwiederbringlich abbaut und verlorene Leistungskapazitäten nicht wieder hergestellt werden können. Heute weiß man, dass das Gehirn mit geeignetem Training bis ins hohe Alter fit gehalten werden kann. Weiters kann auch die Erfahrung eines Menschen vieles wett machen.

Tatsache ist jedoch, dass es zu eindeutigen Leistungsdefiziten kommt, wenn das Gehirn nicht entsprechend gebraucht, trainiert und gefördert wird. Dies wirkt sich langfristig gesehen negativ auf die Lernkapazität aus.

Um Lernen im Alter zu fördern, sollten sich Unternehmen und MitarbeiterInnen an gewissen Grundsätzen orientieren: Die Arbeitsbedingungen müssen an ältere MitarbeiterInnen angepasst werden; Wertschätzung ist eine Grundvoraussetzung; Wenn sich MitarbeiterInnen nicht „zur Ruhe setzen“, sondern sich ständig fordern, bleiben sie auch leistungsfähiger (Herrmann, 2008).

Hier eine Definition für den älteren Arbeitnehmer:

„Als alternde oder ältere Arbeitnehmer werden Personen bezeichnet, die in der zweiten Hälfte ihres Berufslebens stehen, aber das Pensionsalter noch nicht erreicht haben und noch gesund sind.“ (Hess-Gräfenberg, 2004, S.156)

Neben der Angst vor dem Altern (finanzieller oder gebrechlicher Natur), gibt es auch einen anderen Aspekt, der die negative Auffassung vor dem Älter werden unterstützt: Die Personalpolitik vieler Unternehmen. Viele 40 bis 60 Jährige, die arbeitslos geworden sind, erfahren in ihrem Bestreben, wieder in die Berufswelt einzusteigen, dass sie „zu alt“ sind. Vielen Arbeitssuchenden wird also oft, ungeachtet ihrer Erfahrungen, das Alter zum Verhängnis.

Einer der Gründe für diese Erfahrungen des Älterwerdens im Beruf ist der gesellschaftliche Wandel, der sich mehr und mehr beschleunigt. In der Berufsausbildung und im Beruf angeeignetes Wissen und Können veraltet rascher, es wird zur Notwendigkeit und Voraussetzung, sich ständig weiter zu bilden (Busch, 2004).

Baltes (2004) nennt dies den „permanent unfertigen Menschen“.

„Die gesellschaftliche Utopie einer lebenslangen Entwicklung und der Ruf nach lebenslangem Lernen nonstop hören sich also gut an, sind aber bisher mehr Wunsch als Realität. An sich war doch das frühere Gefühl, im fertigen ‚Sein‘ des Erwachsenenalters zu leben, ganz angenehm. Nun soll dieser Seinsstatus keine Berechtigung mehr haben? Soll der Mensch sich dies wirklich antun, sich lebenslanglich als unfertig zu erleben?..Je schneller der Zeittakt des Wandels, je umfassender, alltags- und berufsrelevanter die betroffenen Inhalte, umso größer die objektiv und subjektiv erlebte Unfertigkeit.“ (Baltes, 2004, S.28)

Als einen weiteren Faktor für das Gefühl der Unfertigkeit nennt Baltes (2004) die Globalisierung. Diese ermöglicht, dass Unternehmen weltweit auf die erfahrensten, am besten ausgebildetsten, jüngsten und lernfähigsten MitarbeiterInnen zurückgreifen können – ein Phänomen, das erst in den letzten 10 bis 20 Jahren an Bedeutung gewonnen hat.

Baltes (2004) betont, dass Menschen, die ein hohes Maß an Optimismus, Offenheit für neue Dinge, Flexibilität und Handlungskontrolle besitzen, diesem Problem entgegenwirken können. Allerdings muss immer auch über die gesellschaftliche Verantwortung und über die Verantwortung gegenüber den MitarbeiterInnen im eigenen Unternehmen gesprochen werden.

4.2.3 **Das Image älterer MitarbeiterInnen**

Es herrschen in unserer Gesellschaft immer noch einige Vorurteile gegenüber älteren ArbeitnehmerInnen vor. Diese Vorurteile umfassen folgende Aussagen:

- Die Arbeitsproduktivität sinkt
- Körperkraft und intellektuelle Fähigkeiten schwinden
- Fehlzeiten häufen sich
- Ältere MitarbeiterInnen wollen sich immer weniger an flexible Situationen anpassen
- Die Bereitschaft zur Weiterbildung ist nicht gegeben
- Die Unsicherheit steigt mit dem Alter und das Selbstvertrauen sinkt
- Fehlende Innovationsfähigkeit

Diese vorherrschenden Vorurteile führen dazu, dass ältere ArbeitnehmerInnen in Unternehmen als Problemgruppe dargestellt werden (Herrmann, 2008).

Dabei haben ältere MitarbeiterInnen ein hohes Potenzial und reiches Erfahrungswissen, das es zu nutzen gilt (Siehe Kapitel 4.3 – Fähigkeiten älterer ArbeitnehmerInnen).

Fakt ist, dass Menschen langfristig gesehen länger im Berufsleben verbleiben werden, es liegt also an den Unternehmen, die Potenziale und Fähigkeiten der MitarbeiterInnen zu nutzen und die Arbeitsbedingungen an die älteren MitarbeiterInnen anzupassen.

4.2.4 Lebensphasen im Beruf

Die gängige Aufteilung in Jugend (Bildung und Ausbildung), Erwachsenenalter (Arbeit) und Alter (Pension und Freizeit) gibt es in dieser Weise nicht mehr. Vielmehr ziehen sich heutzutage Bildung, Arbeit und Freizeit durch alle Lebensphasen.

Um in einem Unternehmen erfolgreiche Personalpolitik betreiben zu können, müssen die Bedürfnisse der MitarbeiterInnen berücksichtigt werden. Diese verändern sich, denn Werte und Ziele von Menschen sind in den unterschiedlichen individuellen Lebensphasen mitunter völlig verschieden.

Auch ist zu berücksichtigen, dass sich die Lebensphasen in den letzten 30 bis 40 Jahren nach hinten verschoben haben. In den 70er Jahren war die Mehrheit der Bevölkerung mit circa 21 bis 23 Jahren selbstständig, während heute 40 Prozent der Jungen ihre ökonomische Unabhängigkeit mit 26 bis 28 Jahren erlangen (Herrmann, 2008).

Die einzelnen Lebensphasen unterteilen sich in:

- **Jugend:** Nach der Ausbildung ist der junge Mensch meist voller Elan und Motivation. Er sucht nach Herausforderungen, im Beruf wie in der Freizeit, versucht sich zu orientieren, sucht sich selbst und seine Stärken. Viele junge Menschen wechseln öfter den Job, bis sie das richtige Maß an Effektivität erbringen können. Geduld muss meist erst erlernt werden.
- **Aufstreben:** Die Zeit der 30er Jahre zeichnet sich durch die Konzentration auf das berufliche Leben aus. Man erfährt Enttäuschungen im Beruf, der Konkurrenzkampf ist allgegenwärtig, die Weichen für künftige Erfolge werden gestellt und es zählen Leistung und Ergebnisse. Diese sind die Grundlage für Selbstachtung und Selbstvertrauen. Gleichzeitig fällt in die Zeit zwischen 30 und 40

meist die Gründung von Familien- und Hausstand. Man muss sowohl auf beruflicher wie auch auf privater Ebene um sein Glück kämpfen.

- **Mitte:** In den 40er Jahren wird der mündige zum reifen Mensch, die Persönlichkeit festigt sich. Beruflich hat man Erfahrungen gesammelt, man gilt als kompetent und kennt sich allmählich selbst. In dieser Phase stellt man sich die Frage, was man noch erreichen kann, öfters wird auch die Gelegenheit einer beruflichen Veränderung genutzt. Der Körper macht nicht mehr alles anstandslos mit, viele konzentrieren sich darauf, etwas für die Fitness zu tun.
- **Reife:** In der Zeit der 50er Jahre ist der Mensch voll leistungsfähig, er besitzt einen großen Erfahrungsschatz und auch Ruhe und Gelassenheit. Die Motivation kann schwinden, viele Menschen fragen nach dem Sinn (im Beruflichen wie im Privaten), Ernüchterung kann sich breit machen.
- **Alter:** In den 60er Jahren beginnen die Menschen, ihre eigenen Grenzen zu spüren, die Kraft schwindet, viele denken nicht mehr an eine große Zukunft. In dieser Lebensphase ist es von Bedeutung, das Älterwerden zu akzeptieren und auch loszulassen.

Der letzte Lebensabschnitt wird umso angenehmer, je mehr es dem einzelnen Menschen gelingt, den Prozess des Älterwerdens zu akzeptieren, dem Alltag immer wieder schöne Seiten abzugewinnen und auch in dieser Lebensphase noch nach vorne und aufwärts zu blicken. Dies kann einem Ruhe und Würde geben. Denn schließlich kann die Pension auch eine Zeit voller Gesundheit und Zufriedenheit sein, wenn man im Gegensatz dazu bedenkt, dass frühere Generationen das Pensionsalter oft gar nicht, oder in einem sehr schlechten gesundheitlichen Zustand erreichten (Herrmann, 2008).

Für den Alterungsprozess gilt:

- Die körperliche Leistungsfähigkeit nimmt nicht ab einem bestimmten Alter ab, sondern geht über längere Zeit allmählich zurück.
- Wer darauf achtet, gesund zu leben und auf seinen Körper Acht zu geben, kann seine Leistungsfähigkeit auch im höheren Alter noch erhalten.

- Die kognitiven Fähigkeiten können im höheren Alter durchaus besser ausgeprägt sein, als im jungen Alter, da Erfahrung, angeeignetes Wissen und Handlungskompetenz maßgeblich dazu beitragen (Kruse, 2007).

4.3 Fähigkeiten älterer ArbeitnehmerInnen

Ältere MitarbeiterInnen sind nicht grundsätzlich weniger leistungs- und arbeitsfähig, als ihre jüngeren KollegInnen. Wenn man das erbrachte Ergebnis als Kriterium heranzieht, gibt es keine signifikanten Leistungsunterschiede zwischen den Generationen. Arbeits Einschränkungen treten nur dann bei älteren MitarbeiterInnen auf, wenn diese aus gesundheitlichen Gründen den Arbeitsanforderungen nicht mehr oder nur mehr begrenzt nachkommen können (Morschhäuser, 2004).

Diese Einschränkungen müssen berücksichtigt werden. Durch ergonomische Hilfestellungen, oder auch durch einen Tätigkeitswechsel oder eine andere Aufgabenverteilung, wenn dies möglich ist.

Freilich muss sich aber auch der/die älter werdende Arbeitnehmer/in auf sich ändernde persönliche Leistungsvoraussetzungen einstellen.

Als wichtigstes Kennzeichen des Älterwerdens ist zu sehen, dass die Unterschiede in den körperlichen und geistigen Leistungsvoraussetzungen zwischen den Menschen immer größer werden (Maintz, 2004).

4.3.1 Nachteile älterer MitarbeiterInnen

Es ist eine unabdingbare Tatsache, dass mit dem Älterwerden die körperlichen Fähigkeiten und die Kraft nachlassen und die Wahrscheinlichkeit von Erkrankungen ansteigt. Hinzu kommt, dass der Alterungsprozess bei Menschen, die hohen körperlichen und psychischen Belastungen im Beruf ausgesetzt sind, noch früher eintritt (Hien, 2009).

Die Krankheitstage nehmen mit zunehmendem Alter zu und auch die Dauer des Krankenstandes verlängert sich, was daran liegt, dass die Schwere der Erkrankung meist höher ist, bzw. längere Erholungszeiten notwendig werden.

Es gibt allerdings viele Belege, die zeigen, dass das Nachlassen der körperlichen Leistung nicht nur bzw. primär mit dem Älter werden einhergeht. Vielmehr wird die Leis-

tungsfähigkeit von einer Vielzahl an äußeren Faktoren beeinflusst und mitbestimmt (Herrmann, 2008).

Bezeichnend für den Pflegeberuf ist die Tatsache, dass Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychische Erkrankungen mit dem Alter zunehmen, diese sind auch die häufigsten Erkrankungen in diesem Beruf (Hien, 2009).

Was den Willen zur Fort- und Weiterbildung bei älteren ArbeitnehmerInnen betrifft, sind diese genauso lernwillig wie ihre jüngeren KollegInnen. Die einzige Ausnahme sind Schulungen im technischen Bereich, da meist die Grundlagen und Erfahrungen, was den Umgang mit Computern betrifft, fehlen (Heidenreich, 2009).

4.3.2 Vorteile älterer MitarbeiterInnen

Ältere MitarbeiterInnen können durch ihre Erfahrung im Beruf und im Leben oft besser mit Stresssituationen und hohen Arbeitsbelastungen umgehen und auf jüngere MitarbeiterInnen ermutigend einwirken.

Ein besonderer Vorteil älterer ArbeitnehmerInnen in der Pflege ist das emphatische Verhalten den PatientInnen gegenüber. Die MitarbeiterInnen können sich oft besser, durch Lebenserfahrung oder eigenen Krankheiten bzw. Pflegesituationen in der Familie, in die Situation des Patienten/der Patientin hineinversetzen.

Weiters ist es von großer Wichtigkeit, schon bei jungen ArbeitnehmerInnen für einen gesunden Arbeitsplatz zu sorgen, um möglichen körperlichen Schädigungen vorzubeugen, denn dann sind diese im höheren Alter ebenso leistungsfähig.

Hier eine Zusammenfassung der Stärken und Vorteile älterer MitarbeiterInnen im Pflegeberuf:

- Das Verbleiben an einem Arbeitsplatz

Ältere MitarbeiterInnen haben in der Regel nicht mehr das Bedürfnis, häufig den Arbeitsplatz zu wechseln, da ihre Karrierepläne und meist auch familiäre Situationen (Kinder) schon fest stehen.

- Die Bereitschaft und Fähigkeit zu Fort- und Weiterbildung

Ältere MitarbeiterInnen nehmen meist gern an Weiterbildungen teil und sehen diese als Herausforderung und Bereicherung an. Sie können die gewonnenen Erkenntnisse und

Fähigkeiten durch ihre langjährige Erfahrung meist auch besser in den Berufsalltag integrieren und somit diesbezüglich ihren jüngeren KollegInnen behilflich sein.

- Ruhe und Ausgeglichenheit

MitarbeiterInnen, die schon seit vielen Jahren (oder gar Jahrzehnten) im Pflegeberuf arbeiten, haben meist schon vieles gesehen und erlebt und sind gerade in hektischen Phasen schwerer aus der Ruhe zu bringen, als jüngere und unerfahrenere KollegInnen. Dies kann wiederum genutzt werden, um auf jüngere MitarbeiterInnen beruhigend einzuwirken.

- Verbundenheit zum eigenen Unternehmen

Ältere MitarbeiterInnen, die schon lange in einem Unternehmen tätig sind, identifizieren sich stärker mit „ihrem“ Unternehmen und setzen sich dafür ein, da man gemeinsam schon gute und schlechte Zeiten erlebt hat.

- Empathie für die PatientInnen

Ältere MitarbeiterInnen haben meist ein emotionaleres Verhältnis zu ihren PatientInnen, auch wenn sie oft durch ihre lange Arbeit in der Pflege abgeklärt sind. Sie haben auch andere Zeiten erlebt, wo man sich noch mehr Zeit für den/die Patienten/Patientin genommen hat und auch nehmen konnte. Dadurch erhalten sie bessere Rückmeldungen von ihren PatientInnen, was wiederum zu mehr Motivation und zu Erfolgserlebnissen führt.

- Leistungsfähigkeit

Ältere MitarbeiterInnen können bei den richtigen Arbeitsbedingungen und – voraussetzungen genauso leistungsfähig sein, wie ihre jüngeren KollegInnen. Sie können darüber hinaus, bei einem körperlich gesunden Zustand, psychisch belastbarer sein (Heidenreich, 2009).

Ein anregendes Arbeitsleben und ein förderndes soziales Umfeld bieten die Möglichkeit, Erfahrung, Wissen und Fähigkeiten (neu) zu entwickeln und einzusetzen (Maintz, 2004).

„Geeignete Bedingungen, um die Arbeitsfähigkeit zu fördern und zu erhalten, sind im Unternehmen gegeben, wenn

- *Erfahrungswissen verlangt wird,*

- *flexible (individuelle) Arbeitszeitmodelle sowohl in der täglichen Aufgabenerledigung als auch über einen längeren Zeitraum möglich sind,*
- *die Arbeit an die gegebenen Leistungsvoraussetzungen angepasst ist,*
- *Jüngere und Ältere in kollegialer Atmosphäre zusammen arbeiten,*
- *Qualifizierung unabhängig vom Lebensalter gefördert wird.“ (Maintz, 2004, S.117-118)*

4.3.3 **Unterschiedliche Potenziale der Generationen**

Die Dominanz einer Altersgruppe in einem Team oder einem Unternehmen bewirkt die Abschottung von der sich in der Minderheit befindenden Gruppe und schafft eine jugend- oder alterszentrierte Homogenität. Dies kann zu Demotivation und dazu führen, dass sich die MitarbeiterInnen im Team keine Anregungen geben und somit die unterschiedlichen Potenziale nicht genutzt werden (Jasper, 2004).

In einer Studie von Wohlfender (2000) wird auch auf die Wichtigkeit einer intra- und interdisziplinären Zusammenarbeit hingewiesen. Die Pflegeteams müssen mit Bedacht zusammengestellt werden, Basis hierfür ist Verständnis der MitarbeiterInnen für jeden einzelnen Kollegen/ jede einzelnen Kollegin und gegenseitige Unterstützung.

Es muss auf beiden Seiten – Alt und Jung – eine Aufnahmebereitschaft existieren, diese muss gefördert und gefordert werden. Für die Älteren bedeutet das, sich auch auf die Jüngeren einzulassen, neue Verfahrensweisen anzunehmen und zu akzeptieren, dass nicht nur das „Altbewährte“ eine Berechtigung hat. Die Jüngeren hingegen können und sollen von der Erfahrung und dem über die Jahre angeeigneten Wissen der Älteren profitieren (Hien, 2009).

Laut Jasper (2004) lassen sich folgende typische Unterschiede von jüngeren und älteren MitarbeiterInnen feststellen:

- Jüngere sind spontaner, flexibler, risikobereiter und offener gegenüber neuen Verfahren und Veränderungen.
- Ältere handeln überlegter, verantwortungsbewusster und mit System, sie können Risiken besser einschätzen und beurteilen und können mehr Erfahrungswissen vorweisen.

Aus diesen Gründen ist es von großer Wichtigkeit, Teams zu bilden, in denen eine Altersdurchmischung stattfindet, um eine möglichst heterogene Gruppe zu schaffen.

4.4 Gesundheitsförderung und Prävention im Alter

Die WHO fertigte zur Umsetzung von Gesundheitsförderung verschiedene Konzepte an. Die Zielgruppe der älteren Menschen wurde erstmalig in der Jakarta- Deklaration 1997 betont. Als Methode zur Bewältigung des demografischen Wandels wurde das Konzept des Aktiven Alterns (Active Ageing) entwickelt. Das Ziel hierbei ist es, die Lebensqualität älterer Menschen, durch Chancenoptimierung bezüglich Gesundheit, Partizipation und Sicherheit, zu verbessern (Walter, 2008).

Kruse (2007) beschreibt die Ziele der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter wie folgt:

- Eine aktive und selbstständige Lebensführung erhalten.
- Die körperliche und psychische Leistungsfähigkeit bewahren.
- Körperliche und psychische Krankheiten zu vermindern bzw. wenn möglich zu vermeiden.
- Ein System der Unterstützung pflegen.

Wichtig ist hierbei, dass der Begriff Gesundheit nicht nur als Freisein von Krankheit definiert und gesehen wird, sondern dass der Fokus ebenso auf die Befriedigung individueller Bedürfnisse, auf persönliche Wertvorstellungen und auf Wohlbefinden und Zufriedenheit gerichtet wird.

Es gilt, die Produktivität älterer Menschen durch gezielte Programme zu erhalten und diesen soziale und ökonomische Ressourcen zur Verfügung zu stellen, die es ihnen ermöglichen, aktive Mitglieder der Gesellschaft zu sein (Levi, 1995).

4.4.1 Spezifische gesundheitliche Präventionsmaßnahmen im Alter

4.4.1.1 Körperliche Aktivität

Die meisten älteren Menschen bewegen sich zu wenig. Aus diesem Grund sind folgende Punkte zu fördern:

- Die Gesundheitserziehung.
- Die Errichtung von körperlichen Trainingsmöglichkeiten, die möglichst viele ältere Menschen nutzen können und die für diese auch von Interesse sind.
- Trainingsprogramme professionell zu unterstützen

- und in diesen eine sichere und angenehme Atmosphäre zu schaffen.

Körperliche Aktivität hat eine Vielzahl positiver Auswirkungen.

Durch körperliche Bewegung wird die Gesundheit, unabhängig vom Alter, generell verbessert. Weiters wirkt sich körperliche Aktivität positiv auf die funktionale Gesundheit, welche die Funktionsfähigkeit im täglichen Leben beschreibt, aus. Wird also die Muskulatur gestärkt und der Gleichgewichtssinn verbessert, kann so auch die Wahrscheinlichkeit von Stürzen vermindert werden. Auch die Leistungsfähigkeit des Bewegungsapparates und des Herz-Kreislauf-Systems wird auf diese Weise unterstützt und kann so erhalten bleiben.

Es ist wichtig, so früh wie möglich mit körperlicher Aktivität und Sport zu beginnen. Für ältere Menschen ist es jedoch wichtig, nur dann zu trainieren, wenn keine Erkrankungen existieren, die durch Sport verschlimmert werden könnten, wie etwa eine Erkrankung der Arterien. Generell gilt es natürlich, das Trainingsprogramm an die eigene körperliche Verfassung anzupassen. Das Training für ältere Menschen sollte langsam gesteigert und langfristig aufgebaut werden. Die Häufigkeit und der Inhalt sind hierbei wichtiger, als die Intensität. Auch dem Aufwärmen und Dehnen sollte besonders viel Aufmerksamkeit zugetragen werden, weiters muss darauf geachtet werden, nach jedem Training eine vollständige Erholung gewährleisten zu können (Kruse, 2010).

4.4.1.2 Ernährung

Im Alter verändern sich die Ernährungsgewohnheiten. Wichtig ist hierbei, die Energiezufuhr an den veränderten Bedarf anzugleichen. Oftmals trinken ältere Menschen zu wenig und nehmen auch zu wenig Nahrung auf, was zu einem Vitaminmangel führen kann.

Bedeutsame Kriterien für ein angemessenes Ernährungsverhalten im Alter sind:

- Eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr
- Die Nahrungsaufnahme auf mehrere kleine Mahlzeiten am Tag aufzuteilen
- Eine umfangreiche Lebensmittelauswahl
- Eine eiweiß-, vitamin- und ballaststoffreiche Ernährung mit viel Obst und wenig Milchfett

Es gilt auch zu beachten, dass mit zunehmendem Alter der Grundumsatz abnimmt, auch die Energiezufuhr und der –verbrauch werden weniger. Die empfohlene Energie-

zufuhr sinkt von ca. 2600kcal (junge Männer) bzw. 2200kcal (junge Frauen) auf ca. 1900kcal (Männer ab 65 Jahren) bzw. 1700kcal (Frauen ab 65 Jahren). Der Hauptgrund hierfür ist die abnehmende körperliche Aktivität.

Es ist also wichtig, sich im Alter bewusst für nährstoffreiche Lebensmittel zu entscheiden, um diverse Mangelerscheinungen vermeiden zu können (Kruse, 2010).

4.4.1.3 Kognitive Aktivität

Es ist bekannt, dass es von großer Bedeutung ist, an kognitiven Trainings teilzunehmen, um die kognitive Aktivität erhalten zu können. ‚*Use it or lose it*‘ ist hierbei ein treffender Leitspruch. Mehrere Studien belegen, dass ein hohes Ausmaß an kognitiver Aktivität Gedächtnisfunktionen im Alter positiv unterstützen können.

Auch die Arbeitsweise im Beruf kann sich auf die spätere Gedächtnisleistung auswirken. Wer in seinem Beruf abwechslungsreiche und immer wieder herausfordernde Aufgaben zu erledigen hat, kann sich auch im hohen Alter geistige Flexibilität und Problemlösefähigkeiten erhalten, vorausgesetzt, er beschäftigt sich auch nach dem Berufsaustritt mit neuen Aufgaben und Herausforderungen. Wer in seinem Berufsleben monotone Tätigkeiten verrichtet, muss auch im Alter mit einer Einschränkung der geistigen Flexibilität rechnen (Kruse, 2010).

5 Körperliche Belastungen von Pflegepersonen im Krankenhaus und deren Folgen

In mehreren Studien, die sich mit Arbeitsbelastungen von Pflegekräften beschäftigt haben, kam zum Vorschein, dass sowohl die Zahl der Belastungen, als auch der Grad der psychischen Erschöpfung, im Vergleich mit anderen Berufssparten im Pflegeberuf überdurchschnittlich hoch ist (Braun & Buhr & Müller, 2008).

Es ist nicht immer einfach, körperliche und psychische Belastungen voneinander zu trennen bzw. diese zu unterscheiden. So gibt es Faktoren, die sowohl physische, als auch psychische Erkrankungen und Probleme auslösen. Bevor ich mich auf rein körperliche Belastungen für Pflegepersonen im Krankenhaus konzentriere ², möchte ich mich auf eine Belastung fokussieren, die, wie eben erwähnt, psychische und damit auch physische Probleme bereiten kann.

5.1 Stress

Stress diente ursprünglich als Verteidigungs- und Überlebensmechanismus und warnte vor Gefahren aus der Umwelt.

Stress ist eine Reaktion des menschlichen Körpers auf Stressoren, die von außen oder innen auf den menschlichen Organismus einwirken und eine erhöhte Anspannung bewirken.

Stress kann unterschiedliche Ursachen haben, die häufigste ist die Überforderung bei der Arbeit, oder auch im privaten Bereich. Nicht zu unterschätzen ist auch die Ursache Unterforderung, die zu Stress und Frustration führen kann (Heidenreich, 2009).

Es ist bekannt, dass man Stress eigentlich nicht messen kann. Er ist unter anderem abhängig von der individuellen Tagesverfassung (Eckstein & Schön & Schwanekamp, 2005). Stress kann sowohl positiv, als auch negativ empfunden werden und kann im schlimmsten Falle sogar zu psychosomatischen Erkrankungen führen. Wie ein Mensch Stress erlebt, hängt von vielen Faktoren ab. Beispiele hierfür wären die Einwirkdauer des Stressors, oder die Ressourcen und Fähigkeiten eines Menschen, mit Stress umzugehen (Kristel, 1998).

² Dies ist nicht völlig klar voneinander trennbar, denn jede körperliche Belastung kann auch Folgen für die Psyche –und umgekehrt- haben.

5.1.1 Stressoren

Stressoren sind Reize oder Belastungen, die von außen durch die Umwelt, oder von innen auf den Menschen einwirken. Sie erzeugen eine kurze Alarmbereitschaft des Organismus und somit eine vorübergehende Aktivierung. Darauf folgt eine Erholungs- bzw. Entspannungsphase.

Äußere Stressoren können sein:

- Herausforderungen im Berufsleben (neue Aufgabenbereiche, Schulungen, Über-/Unterforderung, Lärm, angespanntes Verhältnis zum Vorgesetzten)
- Konflikte im Privatleben (Probleme in der Partnerschaft, Probleme in der Erziehung der Kinder)
- Negative Umweltfaktoren (Straßenverkehr, Lärm, Feinstaubbelastung)

Innere Stressoren können sein:

- Übertriebener Ehrgeiz
- Unbewältigte Konflikte
- Probleme aus der Kindheit, die nicht verarbeitet wurden
- Identitätsprobleme

Innere und äußere Stressoren können sich auch gegenseitig beeinflussen (Kristel, 1998).

5.1.2 Eustress und Distress

Generell kann man erlebten Stress als positiv oder negativ empfinden.

Stress kann für einen Menschen positiv sein, wenn dieser durch positive Erlebnisse und Situationen ausgelöst wird. Man nennt dies Eustress (Mamerow, 2002). Dieser ist maßgeblich für die Selbsterhaltung des Einzelnen und somit für die Erhaltung der gesamten Menschheit (Kristel, 1998).

Distress hingegen entsteht durch negativ erlebte Situationen und kann sich zu einem krankmachenden Dauerstress entwickeln (Mamerow, 2002). Es kommt zu einer Überforderung der Psyche oder des Körpers. Der Mensch kann auf die Stressreize nicht mehr adäquat reagieren und diese bewältigen, weil seine Kapazitäten erschöpft sind.

Durch diese Reizüberflutung ist der Mensch in einer Art Daueralarmbereitschaft, während die Entspannungsphasen immer geringer werden oder ganz fehlen (Kristel, 1998).

5.1.3 **Reaktionen auf Stress**

Positiv erlebter Stress löst physiologische Reaktionen aus, um Leistungsreserven in Gang zu setzen. Das Hormon Adrenalin wird im Körper ausgeschüttet, welches erhöhten Blutdruck und eine hohe körperliche Anspannung und Reaktionsbereitschaft bewirkt (Mamerow, 2002). Bei subjektiv negativ empfundenen Situationen werden Systeme aktiviert, die für Flucht oder Kampf benötigt werden. Es wird vermehrt Adrenalin ausgeschüttet und bei massiver Bedrohung zusätzlich das Stresshormon Cortisol freigesetzt. Hält diese Bedrohung länger an, kann es zu langfristigen Veränderungen in Organen und Organsystemen, bis hin zu Erkrankungen wie Bluthochdruck, Fettablagerungen in den Arterien und sogar Herzinfarkten kommen.

Unangenehm empfundener Stress kann also langfristig negative Veränderungen des Körpers und/oder der Psyche mit sich bringen. Da die meisten Menschen zwischen 20 und 60 Jahren den größten Teil ihrer Zeit im Beruf verbringen, ist es sowohl für den Betrieb, um konstante Erfolge zu erzielen, als auch für die langfristige Gesundheit jedes einzelnen von großer Bedeutung, negativen Stress so gut wie möglich zu vermeiden (Hüther & Fischer, 2010).

5.1.4 **Stressoren im Pflegeberuf**

Der Pflegeberuf ist durch unregelmäßige Arbeitszeiten, Zeitdruck, unterschiedliche Belastungssituationen sowie einer Vielzahl unterschiedlicher Tätigkeiten, die sich zum Teil aus vielen verschiedenen Aufgabenbereichen zusammensetzen, geprägt. Dies macht deutlich, dass der Pflegeberuf ein Aufgabenfeld ist, welches ein hohes Maß an Flexibilität voraussetzt.

Die Hauptbelastungen im Pflegeberuf entstehen durch folgende Umstände:

- Erfordernis, sich auf mehrere Dinge gleichzeitig konzentrieren zu können.
- Weitläufige Tätigkeiten
- Zeitdruck und großer Arbeitsumfang
- Immer wieder auftretende Unterbrechungen während der Arbeit
- Starke körperliche Anstrengung

- Kontakt mit Schwerkranken und Sterbenden
- Oftmals noch stark vorherrschende strikte Hierarchie und somit Probleme mit Vorgesetzten, ÄrztInnen und auch MitarbeiterInnen
- Schwierige Situationen mit PatientInnen und Angehörigen
- Geringe Anerkennung und Wertschätzung des Berufs (Kristel, 1998).

5.1.4.1 Leistungsstressoren

Zu den Leistungsstressoren zählen sowohl Über- als auch Unterforderung. Diese sind abhängig von der Arbeitsmenge und der Arbeitsqualität.

Beispiele für Überforderung im Pflegeberuf wären:

- Mangel an Personal und somit eine zu hohe Arbeitsdichte für den Einzelnen
- Zu wenig Zeit, um SchülerInnen einarbeiten zu können
- Fehlende Zeit für die eigentliche Betreuung der PatientInnen durch hohen Aufwand an Organisatorischem
- Fortwährende Unterbrechungen durch unvorhersehbare Situationen
- Wissenslücken oder –rückstände bei MitarbeiterInnen, die wieder in den Beruf einsteigen
- Durchführung von Aufgaben anderer Berufsgruppen, besonders an Wochenenden, wenn diese frei haben (z.B. Physio-/Ergotherapeuten)
- Enorme psychische Belastungen durch Umgang mit Schwerkranken und Sterbenden
- Starke körperliche Beanspruchung durch häufiges Heben und Tragen von PatientInnen

Zu Unterforderung bei Pflegenden im Krankenhaus kann es kommen, wenn sie ihre Fähigkeiten und erlernten Fertigkeiten nicht nützen können und somit ihr Potenzial nicht ausschöpfen können.

Beispiele hierfür wären:

- Monotone Aufgaben

- Tätigkeiten ausüben, für die das Pflegepersonal überqualifiziert ist (z.B. Reinigungsarbeiten)
- Das Nichterkennen und Übergehen von Qualifizierungen bei wichtigen Entscheidungen

Wenn es zu Über- bzw. Unterforderung kommt, können folgende Umstände die Folge sein:

- Unzufriedenheit, Frustration, mangelnde Begeisterung für die Arbeit
- Motivation lässt nach und somit auch die Leistungen
- Auslassen der schlechten Laune an den PatientInnen
- Konflikte zwischen KollegInnen, weil man sich „fehl am Platz“ fühlt
- Höhere Zahl an Krankenstandstagen bis hin zum Berufsausstieg
- Süchte wie Alkohol- oder Drogenkonsum, um dem Druck standhalten zu können (Kristel, 1998).

5.1.4.2 Strukturell bedingte Stressoren

Hier eine Auflistung der größten Problembereiche:

- Fehlender Platz und Raum (sowohl für MitarbeiterInnen als auch für PatientInnen)
- Schwierige Bedingungen bezüglich der Organisation

Dazu zählen:

- Die Obhut des Pflegepersonals (zu wenige Fortbildungs- und Aufstiegsmöglichkeiten)
- Personalmangel (die Folge sind Überstunden, was wiederum zu häufigeren Fehlerquoten und zu einer größeren Anzahl von Unfällen führt)
- Dienstplan (kein Überstundenausgleich, unterbrochene Urlaube)
- Visiten der Ärzte (sehr zeitaufwendig und meist nicht regelmäßig)
- Zahlreiche Störungen und Unterbrechungen während der Arbeit (Telefon, Notfälle, Absagen von Untersuchungen)

- Stressoren bezüglich technischer Hindernisse (schwer handhabbare Betten, häufig defekte Geräte und Aufzüge)
- Stressoren, die sich physisch auf das Pflegepersonal auswirken (Lärm, schweres Heben und Tragen, unangenehme Gerüche, weite Strecken, die zwischen den Stationen zurückzulegen sind) (Kristel, 1998).

Stress in den unterschiedlichsten Bereichen erhöht also die ohnehin verstärkt vorhandenen Belastungen im Pflegeberuf.

Die Folgen können Schmerzen, Verspannungen, Unruhe, ständige Anspannung und damit auch die Flucht in diverse Bedürfnisse wie Nikotin, Alkohol oder Koffein sein (Just, 2000).

5.2 Schichtarbeit

Bei der Arbeit als KrankenpflegerIn im Krankenhaus wird man mit besonderen Arbeitszeiten konfrontiert. Es wird häufig im Drei-Schichtsystem und immer wieder auch am Wochenende gearbeitet, um pflegerische Dienste rund um die Uhr gewährleisten zu können. Die Arbeitszeiten des Einzelnen verschieben sich also und, vor allem durch die Nachtarbeit, mit ihnen der Schlaf-Wach-Rhythmus. Dies kann wiederum zu Störungen der physiologischen Körperfunktionen führen (Büssing & Glaser & Höge, 2005). Gleichzeitig hat die Arbeitszeit einen Einfluss auf die Gestaltung der Lebenszusammenhänge, sie bestimmt soziale Kontakte, familiäre Integration und individuelle Freizeitgestaltung (Beermann, 1999). Die Unregelmäßigkeit der Arbeit bedeutet eine große Herausforderung für den Organismus des/der Arbeitnehmers/Arbeitnehmerin, zusätzlich werden diese Anpassungsforderungen noch durch Überstunden und Krankheitsvertretungen verstärkt und dadurch die Regenerationszeiten vermindert (Behr, 2005). Die Schicht- bzw. Nachtarbeit gehört allerdings zum Pflegeberuf dazu, weil man natürlich eine 24-Stunden-Betreuung an sieben Tagen in der Woche garantieren können muss. Offenbar ist die Akzeptanz hierfür in diesem Berufsfeld auch höher, als in anderen Bereichen, was auch daran liegen mag, dass Menschen, die sich für diesen Beruf entscheiden, im Vorhinein über die Notwendigkeit von Schicht- und Nachtdiensten Bescheid wissen und sich (zumindest psychisch) darauf einstellen können (Heidenreich, 2009).

Interessant sind auch die nationalen Besonderheiten, was die Verteilung der Arbeitszeiten betrifft. Laut Hasselhorn und Müller (2005) kommt das ausschließliche Verrichten

von Nachtdiensten in Frankreich recht häufig vor, während dies in Italien, Polen und der Slowakei nahezu gar nicht der Fall ist. Dort wird, wie in den meisten anderen Ländern auch, hauptsächlich in der Wechselschicht gearbeitet.³

Schicht- und Nachtarbeit kann zu verschiedenen Problemen, Befindlichkeitsstörungen und auch Krankheiten führen.

5.2.1 **Schlafstörungen**

Laut Karazman und Staudinger (1999) sind Schlafstörungen bei Pflegekräften, die häufig Wechseldiensten mit Nachtarbeit ausgesetzt sind, zu verzeichnen. Diese sind auch ausgeprägter, als bei permanenter Nachtarbeit. Die ungünstigste Kombination sind Frühdienste, die direkt auf Abenddienste folgen, oder 12-Stunden-Dienste, da meistens nicht für ausreichend Schlaf zwischen den Diensten gesorgt werden kann. Die hierbei entstehenden Schlafstörungen und der Schlafmangel können von chronischer Müdigkeit, über psychische Probleme, bis hin zu Medikamenten- oder Alkoholabhängigkeit führen (Karazman & Staudinger, 1999).

5.2.2 **Psychische Störungen**

Andauernde Müdigkeit, Unausgeglichenheit, Gereiztheit, Nervosität, depressive Verstimmungen und psychosomatische Beschwerden sind Folgen von chronischem Stress, der durch Schicht- und Nachtdienste entstehen kann. Eine psychische Destabilisierung kann auch zu psychiatrischen Erkrankungen, wie Angststörungen oder Persönlichkeitsveränderungen, führen, hierbei spielen auch persönliche und soziale Bedingungen eine Rolle. Dies wiederum erhöht das Risiko, an einem Burn-out zu erkranken (Karazman & Staudinger, 1999).

5.2.3 **Herz-Kreislauf-Probleme/Erkrankungen**

Durch die unregelmäßigen Dienste und vor allem durch die Nachtarbeit erfolgt eine „*aggressive Mobilisierung gegen den Zirkadianrhythmus durch verstärkte Ausschüttung von Adrenalin...*“, welche wiederum „*Pulsbeschleunigung, Gefäßverengung sowie Erhöhung der Triglyceride und Cholesterol im Serum.*“ bewirkt (Karazman & Staudinger, 1999, S.56). Weiters ist bei Schicht- und Nachtdiensten das Risikoverhalten wie Rauchen erhöht. Dadurch steigt wiederum das Risiko, an Myokardinfarkten, Hypertonie

³ Dies sind Ergebnisse der NEXT-Studie

oder Arteriosklerose zu erkranken. Zusätzlich steigen Ärger und Gereiztheit aufgrund von Stress (Karazman & Staudinger, 1999).

5.2.4 **Gastrointestinale Beschwerden**

Ein weiteres Problem von Nachtdiensten ist die Nahrungsaufnahme. Die Schleimhaut des Gastrointestinal-Traktes regeneriert sich vor allem in der Nacht. Durch kalte Speisen und Getränke wird dies jedoch verhindert/verzögert, wodurch es zu Magenbeschwerden und Appetitproblemen kommen kann. Warme Mahlzeiten können diesen Beschwerden vorbeugen. Daher sollte es gewährleistet sein, Möglichkeiten zur Zubereitung von warmen Speisen und Getränken während der Nachtdienste zu haben (Karazman & Staudinger, 1999).

5.3 **Zeitdruck**

Zeitdruck bestimmt immer mehr den Alltag von Pflegekräften und stellt eine erhebliche Belastung für diese dar, wie unter anderem eine Studie von Braun, Müller und Timm (2004)⁴ zeigt. Darin gaben 65,1% der Befragten Zeitdruck als die häufigste Arbeitsbelastung an.

Generell ist eine Zunahme an Pflegebedürftigkeit von PatientInnen zu verzeichnen. Gleichzeitig ist der Aufwand für Verwaltungsaufgaben (wie Pflegedokumentation) und Qualitätssicherung gestiegen (Behr, 2005).

„Immer mehr an Arbeitsaufwand in immer kürzeren Intervallen und weniger Zeit – dies ist ein erheblicher Stressor für die Pflegenden.“ (Behr, 2005, S.32)

Diese Anforderungen verlangen eine genaue Zeiteinteilung der Pflegekräfte und lassen oft nur wenig Platz für persönliche Befindlichkeiten oder dafür, sich Zeit für einzelne PatientInnen zu nehmen. Das Problem hierbei ist, dass sich die Zeiten, die man länger als vorgesehen bei einem/einer Patienten/Patientin verbringt, entweder bei anderen PatientInnen verkürzen, meist jedoch zu den weiteren Anforderungen summieren und sich somit die Arbeitszeiten verlängern (Büssing et al., 2005).

⁴ Pflegekräfte- Befragung hinsichtlich Arbeitsbelastungen, Motivationen, Versorgungsqualität und Organisationsstrukturen

5.4 Heben und Tragen schwerer Lasten, Lagern

Der Einsatz von Körperkraft ist in der Pflege notwendig (Behr, 2005). Denn Heben, Tragen und Aktivieren von PatientInnen sind wesentliche Elemente in diesem Beruf (Stöbel, 1999). Durch Heben, Tragen und Lagern von PatientInnen, die sich nicht, oder nur unzureichend, selbstständig bewegen können, wird der Bewegungsapparat der Pflegekräfte enorm beansprucht. Diese Tätigkeiten fördern meist ungünstige Körperhaltungen, wie eine starke Beugung des Rückens oder körperfernes Heben (Büssing et al., 2005). Dies führt über kurz oder lang zu Problemen, Rückenschmerzen sind in der Pflege noch immer die häufigsten Krankheitsdiagnosen (Heidenreich, 2009). Selbst wenn Pflegehilfen hinzugezogen werden, stellt die tägliche körperliche Arbeit aufgrund der Dichte und der Häufigkeit der Beanspruchungen eine große Gefährdung für die Gesundheit dar (Behr, 2005).

Die Folgen von Fehlbelastungen können physiologische und emotionale Probleme sein, die meist mit Veränderungen im Verhalten einher gehen. Es wird zwischen kurz- und langfristigen Folgen unterschieden. Kurzfristige Folgen umfassen physiologische Reaktionen wie Erhöhung des Blutdrucks, Adrenalin- und Cortisolausschüttung und auch emotionale Reaktionen, wie Angst, Ärger, Wut, Unzufriedenheit und aufgrund dessen erhöhte Anstrengung oder auch Leistungsminderung und Fehler. Langfristige Folgen können Erkrankungen und Beschwerden, wie Schlafstörungen, chronische Erschöpfung, Herz- Kreislaufbeschwerden und muskuloskelettale Erkrankungen sein (Zimolong & Elke & Bierhoff, 2008).

Im Pflegeberuf äußern sich die Belastungen durch Heben, Tragen und Lagern von PatientInnen in Form von Beschwerden und Erkrankungen insbesondere der Wirbelsäule, die durch Überbeanspruchungen oder durch Verschiebungen der Bandscheiben verursacht werden. Bandscheibenbedingte Erkrankungen kommen im Pflegeberuf etwa viermal so häufig vor wie in anderen Berufsgruppen. Das Risiko, an Beschwerden einer Lumboischialgie zu leiden, ist im Pflegeberuf ebenso erhöht.⁵ Für Pflegekräfte, die über 10 Jahre oder länger im Pflegeberuf arbeiten, besteht auch das Risiko, an bandscheibenbedingten Erkrankungen der Lendenwirbelsäule zu erkranken.

Ein weiteres Risiko, welches neben Erkrankungen der Wirbelsäule besteht, betrifft Krankenpflegerinnen. Bei einem konstanten Heben von 30-40 Kilogramm, welches im

⁵ Ein Krankheitsbild, das Schmerzen im Rücken und in den Beinen verursacht.

Pflegealltag ein übliches Gewicht ist, kann es zu einer Senkung der Gebärmutter kommen, diese kann auch längere Zeit nach Beendigung der Hebe- und Tragarbeit bestehen bleiben. Die Möglichkeit besteht hierbei, dass bei fortwährendem Heben und Tragen über längere Zeit hinweg irreversible Schäden auftreten können (Büssing et al., 2005).

5.5 Infektionen

Pflegekräfte sind generell einer höheren Anzahl von Infektionserregern ausgesetzt, da sie in ständigem Kontakt mit kranken Menschen stehen. Von arbeitsmedizinischer Bedeutung sind Infektionskrankheiten wie Hepatitis B und C, die durch Blutkontakt und anderen Körperflüssigkeiten übertragen werden, die durch Stuhl übertragbare Hepatitis A, Tuberkulose und Influenza (Tröpfchenübertragung), sowie die sogenannten Kinderkrankheiten Mumps, Masern, Röteln, Windpocken und Röteln (Hiervon sind hauptsächlich Pflegekräfte auf den Kinderstationen betroffen).

Auch die Ansteckung mit HIV durch z.B. einen kontaminierten Gegenstand stellt ein, wenn auch geringes, Risiko dar. Die Angst vor einer Infektion ist allerdings präsent und löst damit eine Reihe sekundärpräventiver Maßnahmen aus.

Die Hepatitis A, die keine Chronifizierung nach sich zieht, spielt im Pflegealltag größtenteils keine große Rolle, die Hepatitis B hingegen durchaus. Laut Büssing et al. (2005) beträgt die Übertragungswahrscheinlichkeit bei Blutkontakt fast 30%, das Infektionsrisiko ist hierbei bei Beschäftigten im Gesundheitswesen ca. 2,5-fach höher, als bei anderen Berufssparten. Das Risiko von Infektionen bei Pflegekräften ist mindestens genauso hoch wie bei Ärzten.

5.6 Atemwegserkrankungen

Die häufigste Ursache im Pflegeberuf für allergische Reaktionen mit Folge einer Atemwegserkrankung ist Latex, gefolgt von Antibiotika. Chemisch-irritativ ausgelöste Berufsasthmafälle treten bei Pflegekräften ebenso auf, die Anzahl dieser Krankheitsfälle ist jedoch bedeutend geringer.

Generell nimmt die Häufigkeit dieser Krankheiten jedoch ab, da es im Pflegeberuf immer mehr zu einer Reduktion von allergisierenden und irritativen Stoffen kommt (Büssing et al., 2005).

5.7 Hauterkrankungen

Hauterkrankungen im Pflegeberuf stellen ein wichtiges Problem dar. Pflegekräfte müssen sich in ihrem Berufsalltag an strenge hygienische Maßnahmen halten, diese erfordern eine häufige Desinfektion der Hände und das Tragen von Schutzhandschuhen, die für die Haut eine Belastung darstellen. Durch Desinfektionsmittel, Gummihandschuhe und Arzneimittel werden der Großteil, nämlich rund 80%, der Hauterkrankungen ausgelöst.

Um Berufsdermatosen zu vermeiden, ist es wichtig, Präventionsmaßnahmen, wie vorberufliche Beratungen, durchzuführen.

Das Tragen von Schutzhandschuhen ist unvermeidbar, erschwert die Arbeit jedoch. Vermindertes Tastgefühl und Schweißabsonderung bei Wärme sind zwei dieser Gründe. Dadurch, dass der Schweiß nicht verdunsten kann, schwillt die Haut an, kann nicht atmen und ist dadurch verletzlich. 9% der Hauterkrankungen entstehen durch das Allergen Latex, das in den meisten medizinischen Handschuhen enthalten ist. Es ist allerdings aufgrund seiner günstigen physikalischen Eigenschaften nicht komplett zu ersetzen. Auch gepuderte Latexhandschuhe dürfen nicht mehr verwendet werden, weil der Puder hautirritierend sein kann. Noch ausschlaggebender dafür, keine gepuderten Handschuhe zu verwenden ist, dass der Puder als Staub in die Lunge gelangen und dadurch die Latexpartikel in die Atemwege transportieren kann, was wiederum zu Latexasthma führen kann (Büssing et al., 2005).

5.8 Verletzungsgefahren

Es ist schwierig, Verletzungen im Pflegealltag exakt als Zahlenwert anzugeben, denn in den meisten Statistiken werden kleinere Unfälle wie Stichverletzungen nicht angeführt. Verletzungen, die bei Pflegepersonen auftreten, sind offene Wunden, Zerreißungen von Geweben, Kontusionen (Prellungen), Distorsionen (Verstauchungen), Verbrennungen und Verbrühungen und Frakturen. Unfälle können sich auch durch medizinische Geräte, wie Spritzen, Infusionsbesteck oder chirurgische Instrumente ereignen. Weiters ereignen sich Stolperunfälle in der täglichen Pflegearbeit durch Türen, Treppen, Fußböden, Gehwege und Rollstühle. Es passieren auch Unfälle durch aggressive oder unberechenbare (wie alte und demente) PatientInnen, die männlichen Pflegekräfte erleiden hierbei doppelt so viele Unfälle, wie ihre weiblichen Kolleginnen. Die Hälfte aller Unfälle im Pflegeberuf entstehen allerdings durch Selbstverletzung (Büssing et al., 2005).

Zusammenfassend können also folgende körperliche Belastungen für Pflegekräfte im Krankenhaus dargestellt werden:

- Stress, der meist durch Überforderung im Job ausgelöst wird.
- Schicht- und Nachtarbeit, die zu Schlafstörungen, psychischen Problemen, Herz-Kreislaufkrankungen und Beschwerden im Magen-/Darmbereich führen kann.
- Zeitdruck, der unter anderem durch den größer gewordenen organisatorischen Aufwand besteht.
- Körperliche Arbeit durch Heben, Tragen und Lagern von PatientInnen, die zu muskuloskeletalen und Erkrankungen des gesamten Bewegungsapparates führen kann.
- Infektionsgefahren durch kranke PatientInnen.
- Atemwegserkrankungen, die durch allergische Reaktionen auf Stoffe, die im Pflegealltag verwendet werden, ausgelöst werden können.
- Umgang mit Stoffen, die hautreizende und sensibilisierende Eigenschaften haben und Hauterkrankungen auslösen können.
- Unfallgefährdung während der Pflegearbeit, die zu typischen Unfällen wie stolpern, umknicken, fallen, sich stoßen oder sich selbst verletzen führen kann.

6 Gesundheitsfördernde/präventive, den Körper unterstützende Maßnahmen für Pflegepersonen im Krankenhaus

Jeder Mensch verfügt über Ressourcen und Fähigkeiten, die ihm helfen, sein Leben und seine Arbeit aktiv und sinnorientiert zu gestalten. Diese Ressourcen ermöglichen einem Menschen, mit Belastungen umgehen zu können und somit einen Beitrag zur eigenen Gesundheit leisten zu können. Im Berufsleben stellen soziale Unterstützung, eigene Kontrollmöglichkeiten und berufliche/soziale Kompetenzen Ressourcen dar (Kristel, 1998). Der arbeitende Mensch hat also immer die Möglichkeit, seine Gesundheit aktiv zu erhalten und zu fördern. Zusätzlich dazu ist es aber von großer Wichtigkeit, dass die Organisation, in diesem Falle das Krankenhaus, für gesundheitsfördernde Maßnahmen sorgt und diese auch aktiv umsetzt.

Ich möchte zuerst mit Möglichkeiten beginnen, die Pflegekräfte haben, um selbst ihre Gesundheit erhalten zu können. Danach soll auf Möglichkeiten der Gesundheitsförderung von MitarbeiterInnen von Seiten des Krankenhauses eingegangen werden.

6.1 Selbstpflege

Selbstpflege bedeutet, die eigenen Bedürfnisse wahr und auch wichtig zu nehmen. Dadurch können gesundheitliche Ressourcen gefestigt werden. Es ist wichtig, den eigenen Körper zu stärken und zu pflegen, um für diverse Anforderungen gewappnet zu sein. Hierbei ist es notwendig, eine gesundheitliche Selbstkompetenz zu entwickeln, um die eigene Gesundheit erhalten und verbessern zu können. Dies geschieht durch Selbstreflexion über Bewältigungsmöglichkeiten und –fähigkeiten. Ebenso wichtig ist es, auf Signale und Warnhinweise des Körpers und der Seele zu achten und diese nicht zu übergehen (Kristel, 1998).

Wenn das Gleichgewicht zwischen Selbstpflegebedarf und Selbstpflegefähigkeit gestört ist, liegen Selbstpfledefizite vor. Das Gleichgewicht kann durch eingeschränkte Selbstpflegefähigkeit, oder erhöhte Anforderungen an die Selbstpflegefähigkeit gestört werden. Diese Situationen können durch Veränderungen im Arbeitsleben oder im privaten Leben entstehen, oder auch durch Krankheiten oder Krisen ausgelöst werden (Mamerow, 2002).

6.1.1 Entspannungsübungen

Durch den stressigen und körperlich anstrengenden Berufsalltag leiden viele Pflegepersonen an überhöhten Spannungszuständen und innerer Unruhe. Durch Entspannungsübungen können psychische und physische Spannungszustände gelöst und somit längerfristig Beschwerden vermindert werden. Es gibt unterschiedliche Methoden, um auch im Berufsalltag Momente der Entspannung finden zu können, diese gelten jedoch als Unterstützung, nicht als Problemlösung.

Beispiele für solche Methoden:

- Spezielle Atemübungen
- Progressive Muskelentspannung
- Autogenes Training
- Shiatsu
- Praxis-Yoga

6.1.1.1 Atemübung

Der Atmungsprozess geschieht unbewusst und automatisch. Durch gezielte Atemübungen jedoch kann man bewusst in sich hineinhorchen und dadurch einen entspannenden Effekt erzielen. Atemübungen kann man jederzeit und an jedem Ort machen, man muss sich nur ein paar Minuten bewusst Zeit dafür nehmen.

6.1.1.1.1 ZILGREI-Methode

Die ZILGREI- Methode ist eine Selbsthilfemethode, die aus einer gezielten Kombination von Intervallatmung mit einfachen Körperbewegungen bzw. Körperhaltungen besteht. Sie ist einfach zu erlernen und für Menschen jeden Alters gedacht. Entwickelt wurde diese von Adriana Zillo und Dr. Hans Greissing 1978 in Italien.

Diese Methode hilft bei Beschwerden wie Stress, rheumatischen und arthritischen Symptomen, Kopf-, Nacken-, Rücken-, Schulter- und Lendenschmerzen, geschwellenen Beinen und Knöcheln, Verspannungen, sowie bei vielen Beschwerden, die nicht eindeutig zugeordnet werden können.

Das Ziel ist hierbei, das Gleichgewicht des Körpers wieder herzustellen, denn in der heutigen Zeit ist es durch Bewegungsmangel und Technik weit verbreitet, sich einseitig zu bewegen.

Die ZILGREI- Methode verfolgt folgendes Ziel:

„Die Atemmuskulatur bewegt die Wirbelsäule und damit den ganzen Rumpf. Durch Auswahl geeigneter Bewegungen oder Körperstellungen kann die Zugrichtung der an der Atmung beteiligten Muskeln so gelenkt werden, dass beide Körperhälften ihre spiegelbildliche Ausgewogenheit wiederfinden.“ (Just, 2000, S.50)

Die Atmung nimmt also eine zentrale Rolle ein. Bei dieser Selbstbehandlung wird die bewusst vertiefte Atmung mit Pausen nach jedem Ein- und Ausatmen (Intervallatmung) genutzt, um den Körper und somit alle belebenden Vorgänge darin zu voller Leistung anzutreiben. Atemtechnisch gesehen wird hierbei eine Zwerchfellatmung aktiviert.

Zur Atmung hinzu kommt eine exakte Gegenbewegung zur schmerzenden Körperseite. Durch eine Selbstuntersuchung wird herausgefunden, welche Körperteile oder – bewegungen schmerzen und dann das „Prinzip der Gegenseite“ angewendet. Wichtig hierbei ist es, die Ebenen genau einzuhalten und nicht irgendeine schmerzfreie Bewegung zu machen. Wenn also eine schmerzhaft Drehung in der Horizontalebene (z.B. Kopfdrehung nach links) besteht, ist es wichtig, eine Drehung in die Gegenrichtung ebenfalls in der Horizontalebene (z.B. Kopfdrehung nach rechts) durchzuführen.

Generell gilt:

- Vor jeder Behandlung eine Selbstuntersuchung verrichten.
- Jede Selbstbehandlung darf nur einmal praktiziert werden, auch wenn sich der gewünschte Erfolg noch nicht eingestellt hat.
- In einer „Sitzung“ höchstens fünf verschiedene Selbstbehandlungen durchführen.
- Wenn bei der Selbstuntersuchung beide Richtungen beschwerdefrei sind, kann man beide Richtungen bei der Behandlung anwenden, dies hat einen präventiven Zweck, um den beschwerdefreien Zustand bewahren zu können (Just, 2000).

6.1.1.2 Progressive Muskelentspannung nach Jacobson

Edmund Jacobson, ein schwedischer Arzt, entwickelte diese Muskelentspannungsmethode Anfang des letzten Jahrhunderts. Er ging davon aus, dass es keine starke Muskelanspannung ohne seelische Anspannung und umgekehrt gibt. Daraus resultierte er, dass durch Anspannung und Lösen einzelner Muskelgruppen eine physische und psychische Entspannung möglich ist.

Für Pflegekräfte ist diese Entspannungstechnik für Bereiche anwendbar, die durch den Berufsalltag speziell belastet werden, dies sind Hände, Arme, Füße und der Rücken (Kristel, 1998).

6.1.1.3 Autogenes Training

Das Autogene Training ist eine Entspannungstechnik, die auf Autosuggestion⁶ basiert (Wikipedia, Stand Juli 2011). Dabei löst sich die Person durch konzentrierte Übungen innerlich immer mehr von der Umwelt und erreicht dadurch eine Kraft, die Gesundes stärken soll (Kristel, 1998).

Entwickelt wurde diese Methode von einem deutschen Psychiater aus der Hypnose und ist heute eine anerkannte Psychotherapiemethode, die in Österreich z.B. gesetzlich verankert ist (Wikipedia, Stand Juli 2011).

Die Übungen sollten mit Anleitung und Kontrolle ausgeführt werden, da sie das vegetative Nervensystem beeinflussen können.

Um die Übungen ausführen zu können, ist völlige Ruhe Voraussetzung, um sich ganz auf sich selbst konzentrieren zu können, es sollten keine Störungen durch außen erfolgen. Wichtig ist auch, beim Erlernen des Autogenen Trainings eine Übungssequenz nicht länger als vier Minuten andauern zu lassen, da sonst Verspannungen auftreten können.

Wenn das Autogene Training richtig praktiziert wird, können sich folgende positive Zustände einstellen:

- Die Atmung wird ruhiger, bewusster, und langsamer
- Organe und Muskulatur werden besser durchblutet
- Verspannungen und Verkrampfungen lockern sich auf
- Die Konzentrationsfähigkeit verbessert sich (Kristel, 1998)

6.1.1.4 Shiatsu

Shiatsu entwickelte sich Anfang des letzten Jahrhunderts in Japan, geschichtlich gesehen lässt es sich aber bis ins alte China der Zeit um 530 vor Christus zurückverfolgen. Es hat sich aus der traditionellen chinesischen Medizin, mit der Anma-Massage und

⁶ Prozess, bei dem eine Person ihr Unbewusstes trainiert, an etwas zu glauben.

Drücken und Massieren der Akupunkturpunkte zu einem System zusammengefügt. Shiatsu ist in Japan seit den 1950er Jahren als Therapiemethode anerkannt.

Shiatsu bedeutet Fingerdruck. Die Grundlagen einer Shiatsu-Massage sind Akupressur, Harabehandlung (Hara= der Bauch, das physische Zentrum des Körpers), Meridiandehnung und Gelenkrotationen. Massagetechniken sind hierbei Schütteln, Klopfen, Kneten und Reiben des Körpers.

Die Shiatsu-Massage konzentriert sich auf das Gesunde im Körper, um es so zu stärken. Durch Mobilisierung der gebundenen Energien soll man Kraft und Ruhe finden. Weitere mögliche positive Folgen sind:

- Der Blut- und Lymphstrom wird stimuliert
- Der Sauerstofftransport im Blut wird gefördert
- Durch die tiefe Entspannung wird der Blutdruck und die Herzfrequenz gesenkt
- Die Nerven werden beruhigt
- Muskelverspannungen lösen sich
- Vitalität und Wohlbefinden werden gesteigert

Pflegepersonal mit Shiatsu-Erfahrung ist oft ausgeglichener und ruhiger, was sich auch positiv auf die PatientInnen auswirkt. Außerdem macht eine Shiatsu-Massage sensibler für den anderen, für seine Befindlichkeiten und Bedürfnisse (Kristol, 1998).

6.1.1.5 Praxis-Yoga

Yoga stammt ursprünglich aus Indien und ist eine Methode, um sich fit zu halten, Stress abzubauen und Erkrankungen zu verhindern.

Es gibt viele verschiedene Arten von Yoga, eine davon ist die des B.K.S. Iyengar, ein bedeutender Yoga-Lehrer des letzten Jahrhunderts. Dabei wird großer Wert auf eine anatomisch korrekte Durchführung der Übungen gelegt.

Regelmäßige Yoga-Übungen helfen, den Körper zu stärken, sich selbst und andere besser verstehen zu lernen, mentale Achtsamkeit zu trainieren, die Sinne zu schärfen, psychische Tiefs zu überwinden und Stress abzubauen. Beim Praxis-Yoga geht es darum, Hilfsmittel für Übungen zu benutzen, die in jedem Krankenhaus vorhanden sind. Bei der Methode nach Iyengar sind die Übungen speziell darauf ausgelegt, dass sie von jedem Mitarbeiter und jeder Mitarbeiterin während des Berufsalltags durchgeführt wer-

den können, unabhängig vom Alter und der körperlichen Verfassung. Die Übungen umfassen hierbei waagrechte, senkrechte und drehende Bewegungen, die in einem Ruhezustand enden. Ein Verletzungsrisiko besteht nicht.

Es ist wichtig, in den Pausen und nach der Arbeit einen Ausgleich zu suchen, denn körperliche Fitness und seelische Balance sind ausschlaggebend für Erfolg im Beruf und die eigene Gesundheit. Daher ist es ratsam, jede Gelegenheit zu nutzen, um sich zu bewegen, z.B. in einer kurzen Pause zwischen zwei PatientInnen. Die Yoga-Übungen können den ganzen Körper stärken und folgende positive Auswirkungen haben:

- Kräftigung der Knochen und der Muskulatur
- Korrektur einer schlechten Haltung
- Verbesserung der Atmung
- Stärkung verschiedener Organe, wie Milz, Leber, Darm, Lungen und Nieren
- Verbesserung der Durchblutung im gesamten Körper
- Lösung von Verspannungen (Wölker & Schwipper, 2008)

6.1.2 **Körperliche Bewegung**

Bewegungsmangel ist in unserer Zeit ein häufiges Problem. Laut Hollmann (2010) verursacht Bewegungsmangel in den USA nach Fettstoffwechselstörungen die höchsten Kosten im Sozialwesen. Ähnlich ist es z.B. in Deutschland – nur 13% der Menschen betreiben regelmäßig, und damit präventiv, Sport.

Körperliche Inaktivität gilt allerdings erst seit Anfang der 1990er-Jahre als gesicherter Risikofaktor. Seit 1998 wird von der WHO körperliche Aktivität als Präventionsmaßnahme empfohlen (Hollmann, 2010)

Pflegekräfte sind in ihrem Berufsleben starken Belastungen ausgesetzt. Um diesen standhalten zu können, ist eine gute körperliche Verfassung notwendig (Just, 2000). Körperliche Aktivitäten vermindern Stress und stärken die geistige Leistungsfähigkeit und emotionale Ausgeglichenheit. Außerdem hilft Bewegung nach einem harten Arbeitstag, den Kopf frei zu bekommen und somit Probleme aus dem Alltag beiseite schieben zu können. Auch der Schlaf ist erholsamer und entspannter.

Um eine dauerhaft gute körperliche Leistungsfähigkeit zu erlangen, ist ein regelmäßiges Training Voraussetzung. Man kann den Körper bis ins hohe Alter trainieren, Überbeanspruchung sollte allerdings vermieden werden (Kristol, 1998).

Folgen von Bewegungsmangel sind Einbußen der:

- Dehnfähigkeit/Beweglichkeit
- Kraft
- Ausdauer

6.1.2.1 Dehnfähigkeit/Beweglichkeit

Bei nicht ausreichender Bewegung können Gelenke steif werden und sich Muskeln und Bänder verkürzen. Somit kann eine Fixierung bisher beweglicher Körperteile die Folge sein. Daher sind eine ausreichende Dehnung und eine gezielte Mobilisation von großer Wichtigkeit.

6.1.2.2 Kraft

Muskeln, die nicht gefordert werden, verlieren ihre Kraft und können den Körper nicht ausreichend stützen und damit Funktionen wie Laufen, Heben und Tragen nicht korrekt verrichten. Fehlhaltungen sind die Folge.

6.1.2.3 Ausdauer

Um körperliche Leistungsfähigkeit erlangen zu können, ist es ebenso wichtig, das Herz-Kreislauf-System zu trainieren. Wenn dieses nicht regelmäßig gefordert wird, nützt einem auch der beste Muskelapparat nichts. Bereits minimales Ausdauertraining ist ein ideales Mittel zur Prävention von degenerativen Herz- Kreislauf- Erkrankungen.

6.1.2.4 Ausgleich

Durch den Berufsalltag kommt es zu einseitigen Bewegungen und Haltungen, denen es entgegenzuwirken gilt. Körperliche Bewegung und Sport sollen Fehlbelastungen ausgleichen, Muskeln stärken und dehnen und eine gute Haltung fördern (Just, 2000).

6.1.3 **Rückenschule**

Pflegekräfte sind der Volkskrankheit „krumme Haltung“ in einem besonders ausgeprägten Maß ausgesetzt. Sie müssen oft sehr lange stehen oder sehr schwer heben. Dadurch werden die Bandscheiben nicht gleichmäßig belastet und die Wirbelsäule wird

gebogen. Dies engt den Brust- und Bauchbereich ein und beeinflusst die Funktionstüchtigkeit der inneren Organe (Kristel, 1998).

Individuelle Ursachen für Erkrankungen der Wirbelsäule können sein:

- Vorerkrankungen
- Fehlhaltung
- Anatomisch ungünstige Bewegungsmuster, die über eine gewisse Zeit erlernt wurden
- Unterschiedliche biologische Resistenz gegenüber körperlicher Belastung
- Muskuläre Dysbalancen (Riebl & Dugmanits, 1997).

Um Prävention und Rehabilitation von Rückenschmerzen zu betreiben, muss folgendes durchgeführt werden:

- Stärkung der Rückenmuskulatur, Erhöhung der Rumpfbeweglichkeit
- Verbesserung der Durchblutung von Bandscheiben, Gelenke und Wirbelsäulenmuskulatur (Zimolong et al., 2008)

Untersuchungen ergaben, dass im Prinzip jede sportliche Betätigung, die nicht rückenbelastend ist, einen Beitrag zur Gesundheit leistet und zur Vorbeugung von Rückenbeschwerden dienen kann. Wichtig ist, dass man überhaupt Bewegung macht und diese auch gerne tut. Auch bei akuten Rückenbeschwerden sollte Bewegung nicht vermieden werden, sondern behutsam darauf reagiert werden (Schambortski, 2008).

Oftmals kann schon durch einfache Übungen Haltungsschäden vorgebeugt werden:

- *Richtiges Sitzen:* Ein Rundrücken und das Kopfvorbeugen soll vermieden werden
- *Entlastung der Wirbelsäule:* Es sollte vermieden werden, zu lange ohne Unterbrechung zu sitzen (dazwischen aufstehen, oder wenn möglich kurz hinlegen). Ebenso gilt es darauf zu achten, nicht zu lange unbeweglich zu stehen.
- *Richtiges Heben und Tragen:* Man sollte nicht mehr als 20kg alleine heben, darüber hinaus sollen Hilfsmittel verwendet werden. Die Last soll möglichst nah am Körper und symmetrisch getragen werden. Beim Bücken soll in die Knie gegangen werden, der Rücken soll gestreckt bleiben und die Hüfte „gekippt“ werden (Kristel, 1998).

Die Wirbelsäule kann auch durch den Gebrauch von Hilfsmitteln entlastet werden. Diese dienen zum leichteren Bewegen des/der Patienten/Patientin und ermöglichen eine rückschonende und PatientInnen aktivierende Arbeitsweise (Ammann, 2002).

Grundregeln für einen gesunden Rücken sind:

- Den Rücken immer korrekt halten
- Die Wirbelsäule täglich durch Bewegung trainieren
- Sich auch während des Sitzens immer wieder bewegen
- Nicht mit gestreckten Beinen stehen und liegen
- Beim Bücken in die Knie gehen und die Hüfte beugen
- Schwere Gegenstände nur zu zweit oder mit Hilfsmitteln heben
- Lasten sollen verteilt werden und nicht einseitig getragen werden; möglichst dicht am Körper tragen
- Wenn möglich, immer abstützen
- Sport betreiben (wie Schwimmen, Laufen oder Radfahren) (Just, 2000).

6.1.4 Sportarten

Für Pflegekräfte im Krankenhaus empfiehlt es sich, Sportarten auszusuchen, die sie alleine ausführen können, da fixe Termine für Mannschaftssportarten durch Schichtdienste oft nur schwer eingehalten werden können.

Die gewählten Sportarten sollten möglichst rückschonend sein und Spaß machen. An diese sollten folgende Anforderungen gestellt werden:

- Keine Schädigung der Wirbelsäule
- Keine Verletzungsgefahr wichtiger Körperteile (z.B. Hände, Rücken)
- Wenn möglich, an der frischen Luft ausführbar
- Förderung der Ausdauer
- Ausgleich bringend zu täglichen Berufsbelastungen
- Entspannung bringend

6.1.4.1 Günstige Sportarten

Die perfekten Sportarten gibt es nicht. Man wird sich abhängig vom Alter, persönlicher Neigungen, dem Ziel und auch persönlichen Möglichkeiten für eine oder mehrere Sportarten entscheiden. Individual- Sportarten ohne Geräte stehen an erster Stelle. Sportarten, die den rückengerechten Anforderungen entsprechen, sind folgende:

- Ausdauersportarten wie Schwimmen und Radfahren
- Sportarten, die Ausdauer und Kräftigung der Gesamtmuskulatur fördern, wie Wandern, Walken, Laufen, Langlaufen
- Verschiedenste Arten von Gymnastik; dadurch wird Beweglichkeit und Kraft gefördert
- Bogenschießen; dies fördert die Konzentration und kräftigt die Rückenmuskeln

Es ist grundsätzlich wichtig, den Sport korrekt auszuführen, um Fehlbelastungen und Schädigungen zu vermeiden. Darum sollte man folgende Punkte beachten:

- Die Sportart sollte nur unter der Anleitung einer Fachperson erlernt werden.
- Man sollte sich vor dem Erlernen einer Sportart von einem Arzt/einer Ärztin untersuchen und „grünes Licht“ von ihm/ihr geben lassen. Eventuell kann dieser/diese dann auch geeignete Sportarten empfehlen.
- Bei Mannschaftssportarten fair spielen und Körperkontakt meiden (um Verletzungsgefahren zu minimieren).
- Vor dem Sport immer ausreichend aufwärmen.
- Auf Schmerzen während oder nach dem Sport achten, dies sind Warnsignale, dass man eine falsche Technik anwendet, den Sport zu intensiv betreibt, oder gewisse Körperteile überanstrengt hat (Just, 2000).

6.1.4.2 Weniger günstige Sportarten

Mannschaftssportarten, wie schon erwähnt, eignen sich nicht besonders gut für Pflegekräfte, da diese im Schichtdienst arbeiten und bei der Ausübung von Sport nicht auf andere angewiesen sein sollten. Zu Mannschaftssportarten zählen z.B. Fußball, Volleyball, Handball, Basketball, Racket- Sportarten wie Tennis oder Badminton, oder Kampfsportarten wie Judo und Karate. Zum Wettbewerbscharakter kommt hinzu, dass

diese Sportarten meist ungünstige Bewegungen fördern und die Wirbelsäule belasten können.

Auch Skifahren gehört zu den weniger günstigen Sportarten, da durch die starken Drehbewegungen die Wirbelsäule belastet wird und es zu Stauchungen und Schlägen, oftmals auch zu schwerwiegenderen Unfällen kommen kann (Just, 2000).

6.1.5 Ernährung

Für eine gesunde Ernährung ist es wichtig, diese regelmäßig aufzunehmen. Gerade für Pflegekräfte im Schichtdienst ist dies durch unregelmäßig Arbeits- und Freizeit oftmals nur bedingt bis gar nicht möglich. Durch diese erhöhten Anpassungsleistungen an den Organismus können Beschwerden wie Appetitstörungen, Magenbeschwerden, Blähungen u.a. auftreten. Doch gerade diese erhöhten Beanspruchungen durch den Schichtdienst erfordern einen gesunden Lebensstil und damit eine gesunde Ernährung. Es ist auch eine Aufgabe des Krankenhauses, den MitarbeiterInnen Möglichkeiten zu einer gesunden Ernährung, durch z.B. Salatbuffets, zusätzlichen vegetarischen Gerichten und Vollwertkost, zu bieten.

Gesunde Ernährung hat zum Ziel, das Immunsystem zu stärken, das Nervensystem zu stabilisieren und ernährungs- und stressbedingte Erkrankungen zu vermeiden (Kristel, 1998).

6.2 Maßnahmen für Pflegekräfte von Seiten des Krankenhauses, um diese auf physischer Ebene gesundheitsförderlich unterstützen zu können

6.2.1 Stressprävention (ad 5.1)

Um sowohl Individuen, als auch Gruppen bei den Pflegekräften zu unterstützen, müssen durch Information, Aufklärung und Motivation gesundheitsförderliche Maßnahmen stattfinden.

Diese umfassen:

- Aufklärung über Beziehungen zwischen Stressbelastungen und Gesundheit/Krankheit

- Anregung zur besseren Selbstbeobachtung, um Auswirkungen belastender Situationen auf den eigenen Körper frühzeitig zu erkennen und darauf reagieren zu können
- Anbieten und Einlernen von Entspannungstechniken (unter fachmännischer Aufsicht)
- Einüben von Techniken des Zeit- und Störungsmanagement bei der Arbeit
- Mentale Distanzierungstechniken, um Verausgabungen vermeiden zu können, näherbringen
- Stärkung von Fähigkeiten zum Umgang mit Ärger und negativen Erlebnissen, Stressbewältigungstrainings durch Experten
- Programme zur Raucherentwöhnung und zum kontrollierten Umgang mit Alkohol
- Programme zu gesundheitsfördernder Ernährung, zu Bewegungstraining und Gewichtskontrolle (Siegrist & von dem Knesebeck, 2010)

Auf struktureller Ebene bedeuten Stresspräventions-Maßnahmen, den MitarbeiterInnen einen gewissen Spielraum zur Kontrolle über ihre Arbeit zu gewährleisten.

„Erhöhte Handlungskontrolle im Sinne verbesserter Autonomie sowie erhöhte Anforderung im Sinn der Qualifizierung, der Lernchancen und der Persönlichkeitsentwicklung verbessern wahrgenommene Kontrollchancen und Selbstwirksamkeit; ebenso bekräftigen sie über die Erfahrung von Handlungserfolg die Selbstbestätigung der Person und tragen damit zu Wohlbefinden und Gesundheit bei.“ (Siegrist & von dem Knesebeck, 2010, S.234)

6.2.2 Schichtarbeit (ad 5.2)

Gerade für ältere MitarbeiterInnen wird es immer schwieriger, den Arbeitsalltag zu bewältigen, wenn keine gezielten Maßnahmen getroffen werden. Mit zunehmendem Alter werden die gleichen Aufgaben als verausgabender und anstrengender erlebt, denn die körperlichen Fähigkeiten und Ressourcen werden altersentsprechend auch geringer. Somit sollten die ArbeitgeberInnen auf diese Veränderungen auch adäquat reagieren und Rücksicht nehmen und die Dienstpläne altersgemäß zu gestalten versuchen (Karazman & Staudinger, 1999). Um die Gesundheit älterer ArbeitnehmerInnen zu schützen, sollten sich diese nach dem 50. Lebensjahr nur noch auf eigenen Wunsch zur Nacharbeit einteilen lassen müssen (Kelm, 2001). In einer Studie von Karazman und Staudinger (1999) sprechen sich diese auch für eine altersabhängige Präferenz für die kurzen Dienste aus. In der Fachliteratur ist auch zu lesen, dass Dienste von mehr als 12

Stunden in Spitälern und Pflegeeinrichtungen nur in Ausnahmefällen vertretbar sind (Dietscher & Nowak & Schmied, 2005).

Generell ist die Schichtarbeit im Krankenhaus allerdings unumgänglich und notwendig, um eine 24Stunden Betreuung an 365 Tagen im Jahr anbieten zu können. Es lassen sich aber Handlungsempfehlungen zum Schutz der Gesundheit der MitarbeiterInnen formulieren:

- *Nachtdienste sollten nicht zu oft hintereinander stattfinden:* Wissenschaftliche Studien belegen, dass sich der Körper auch bei dauerhafter Nachtarbeit nicht umstellt und anpasst. Durch verringerte Schlafzeiten und eine schlechtere Schlafqualität bei Tagschlaf kommt es zu einem erheblichen Schlafdefizit. Dieses kann durch kurze Nachtdienstphasen ausgeglichen werden. Ein weiteres Problem vieler Nachtdienste ist die sozial bedingte Komponente, da durch die verschobenen Arbeitszeiten der Kontakt zu Familie und Freunden erschwert wird.
- *Nach einer Nachtdienstphase sollte eine mindestens 24stündige Ruhephase erfolgen:* Diese längere Ruhephase ist notwendig, um die Belastung durch die Nachtarbeit wieder auszugleichen. Leider wird oft durch die Ausdehnung der Ruhephase die zusammenhängende Freizeit reduziert, was bei den Pflegekräften häufig auf Widerspruch stößt.
- *Geblockte, ganzheitliche freie Wochenenden sind besser, als einzelne freie Wochenendtage:* Es sollte darauf geachtet werden, den MitarbeiterInnen so viele freie Wochenenden wie möglich zu gewähren. Dabei sollten zumindest zwei aufeinander folgende Tage frei sein, wie Freitag und Samstag, Samstag und Sonntag, oder Sonntag und Montag, da das Wochenende in unserer Gesellschaft einen hohen Stellenwert in puncto Freizeitgestaltung und das Pflegen sozialer Kontakte hat.
- *Mehrbelastung durch Nachtarbeit sollte ausgeglichen werden:* Um den MitarbeiterInnen Erholungsmöglichkeiten nach Nachtarbeit bieten zu können, sollten diese Mehrbelastungen durch Freizeit und nicht durch Zuschläge ausgeglichen werden.
- *Die Schichten sollten immer vorwärts rotieren:* Wissenschaftliche Untersuchungen haben bewiesen, dass MitarbeiterInnen, die in vorwärts-rotierenden Schichten arbeiten (also Früh-, Spät-, Nachtdienst) weniger Beschwerden aufzeigen,

als solche, die in rückwärts-rotierenden Schichten arbeiten (Nacht-, Spät-, Frühdienst).

- *Der Frühdienst sollte zu einer angemessenen Zeit beginnen:* Frühschichten sollen nicht zu früh beginnen, man sollte also keinen „Halbnachtdienst“ daraus machen. Es gilt zu bedenken, dass viele MitarbeiterInnen zusätzlich lange Anfahrtswege zurück legen müssen.
- *Der Nachtdienst sollte nicht zu spät enden:* Der Tagschlaf ist nicht beliebig ausdehnbar, da die Aufwachzeit relativ konstant ist. Es funktioniert also nicht, dass man, unabhängig davon, wann man sich schlafen legt, eine gewisse Stundenanzahl schlafen kann. Die Schlafzeit kann man nur effektiv verlängern, wenn man sich früher schlafen legt.
- *Die Dauer der Dienste sollten in Abhängigkeit zur Schwere der Aufgaben stehen:* Bei der Dienstplangestaltung sollte darauf geachtet werden, dass die Art der Tätigkeit und die Arbeitsschwere berücksichtigt werden. Bei ungleichen Dienstlängen, sollte der Nachtdienst kürzer als der Tagdienst sein. Wenn eine Verlängerung der Arbeitszeit notwendig ist, sollte darauf geachtet werden, dass nur eine begrenzte (physische und/oder psychische) Belastung besteht, es zu keinen zusätzlichen Überstunden kommt, das Risiko von Fehlern eingegrenzt ist, auf ausreichend Personal zurück gegriffen werden kann und die Arbeitszeit zum Teil aus Dienstbereitschaft besteht.
- *Dienstpläne sollten als fix gelten:* Wenn Dienstpläne an die MitarbeiterInnen vergeben werden, sollte an diesen nichts mehr geändert werden, damit sich die Beschäftigten ihre Freizeit und ihr Privatleben einteilen können. Denn gerade bei Schichtdiensten ist die Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben ohnehin erschwert. Auch individuelle Wünsche sollten soweit wie möglich berücksichtigt werden.

Diese Handlungsempfehlungen sind nicht immer gleichzeitig durchführbar, daher sollte eine Bewertung der wichtigsten Punkte erfolgen.

Wichtige Punkte, die es allerdings immer einzuhalten gilt, sind:

- Die Ruhezeiten zwischen den Diensten sollten eine angemessene Länge haben. Eine effektive Erholung sollte dadurch gewährleistet sein.

- Es sollten nicht zu viele Nachtdienste hintereinander stattfinden, um Schlafdefizite zu verhindern (Beermann, 1999).

6.2.2.1 Pausen

Die Dienstpläne sollen so gestaltet werden, dass ausreichend Pausen für die Pflegekräfte vorhanden sind. Pausen sind äußerst wichtig, da sie viele Funktionen haben, die sich positiv auf die MitarbeiterInnen auswirken:

- Sie dienen der Regeneration.
- Die MitarbeiterInnen können diese für körperliche Aktivitäten nutzen.
- Pausen ermöglichen soziale Kontakte, man kann sich auch über Dinge, die nicht nur die Arbeit betreffen, unterhalten.

Von Seiten des Krankenhauses muss darauf geachtet werden, geeignete Räume für Pausen zur Verfügung zu stellen, wo sich die MitarbeiterInnen aufhalten können und in diesen Zeiten nicht durch Angehörige, PatientInnen, ärztliches Personal, oder MitarbeiterInnen von anderen Stationen gestört werden können.

Weiters muss Raum für außerhalb der Pausenzeiten vorhanden sein, um einen ungehinderten Informationsaustausch zwischen dem Pflegepersonal und auch dem ärztlichen Personal gewährleisten zu können (Ramm, 1999).

6.2.3 Heben und Tragen schwerer Lasten, Lagern (ad 5.4)

Pflegekräfte sind in einem besonderen Maße durch Hebe- und Lagertätigkeiten körperlichen Belastungen ausgesetzt, welche oft ausschlaggebend für Rücken-, Knie- und Schulterbeschwerden sind (Pelikan & Schmied & Dietscher, 2010). Nach Hauterkrankungen sind Erkrankungen der Lendenwirbelsäule die zweithäufigste Berufskrankheit bei Pflegekräften, hinzu kommt, dass das Risiko für diese Erkrankungen bei Pflegekräften höher ist, als in anderen Berufsgruppen (Schambortski, 2008).

Ergonomieprogramme, die Verhaltens- und Verhältnismaßnahmen miteinander verbinden, sind ein entscheidender Faktor, um gegen die Muskel- und Skelett-Erkrankungen in den Gesundheitsberufen ankämpfen zu können (Pelikan et al., 2010).

Verhaltensprävention zielt darauf ab, Veränderungen im Verhalten von Einzelpersonen oder Gruppen, z.B. durch Aufklärung, Information, Bildung oder körperlichen Aktivitäten

und Training, zu bewirken. Bei der Verhältnisprävention geht es um Maßnahmen zur Veränderung der Arbeit und des Arbeitsumfeldes (Zimolong et al., 2008).

6.2.3.1 Präventionsmaßnahmen

Ziele von Präventionsmaßnahmen von Seiten des Krankenhauses sollen sein, das Pflegepersonal durch Schulungen oder technische Hilfsmittel zu unterstützen, um berufsbedingte Rückenerkrankungen verringern und sogar altersbedingte Verschleißerscheinungen verlangsamen zu können. Diese Präventionskonzepte sind mit wichtig, um Pflegekräfte möglichst lange im Beruf halten zu können und Frühpensionierungen wegen körperlicher Erkrankungen entgegenwirken zu können (Schambortski, 2008).

6.2.3.2 Bauliche und technische Gegebenheiten

6.2.3.2.1 PatientInnenzimmer

MitarbeiterInnen benötigen für einen reibungslosen Ablauf ihrer Arbeit ausreichend Platz, um den Patienten/die Patientin lagern zu können, oder diesen/diese z.B. mit Hilfe technischer Hilfsmittel vom Bett in einen Rollstuhl setzen zu können. Das PatientInnenbett muss von beiden Seiten begehbar sein, es sollte zwischen Bett und Wand, oder Bett und anderen Möbeln, ein Mindestabstand von einem Meter gegeben sein. Türrdurchgänge müssen so breit sein, dass ein PatientInnenbett problemlos hindurch passt, dabei sollten keine Schwellen oder Leisten am Boden den Transport behindern.

6.2.3.2.2 Nasszellen

Vor, neben und unter den Waschbecken soll ausreichend Platz zur Verfügung stehen, um problemlos einen Rollstuhl platzieren zu können, idealerweise sind die Waschbecken auch höhenverstellbar. Bei Duschen können rückenbelastende Vorgänge für Pflegekräfte vermieden werden, wenn diese in einer Ebene mit dem Boden gebaut werden, um mit Rollstühlen hinein fahren zu können.

6.2.3.2.3 Arbeitsräume

Generell sollten ergonomische Arbeitsplätze, wie höhenverstellbare Tische und Stühle, zur Verfügung stehen. Hilfsmittel für die Pflegekräfte müssen leicht erreichbar aufbewahrt werden, damit jederzeit deren Benutzung ohne „Verrenkungen“ möglich ist. Auch Schränke mit Schubladen (wie Apothekerschränke) sollen leicht zugänglich sein (Ammann, 2002).

6.2.3.2.4 PatientInnenbetten

Für PatientInnen, die auf Hilfe angewiesen sind, sind Betten notwendig, die in Höhe und Neigung elektrisch verstellbar sind. Die Betten sollten leicht schieb- und lenkbar sein (Schambortski, 2008).

6.2.3.2.5 Hilfsmittel

Generell müssen die MitarbeiterInnen mit dem richtigen Umgang und der sicheren Handhabung der Hilfsmittel vertraut sein und die Gefahren im Umgang damit kennen. Eine regelmäßige Prüfung der Hilfsmittel auf ihre Funktionstüchtigkeit ist unumgänglich und auch Hygienevorschriften bei deren Benutzung sollten eingehalten werden (Ammann, 2002).

Hilfsmittel sollen ausreichend vorhanden sein und an Plätzen aufbewahrt werden, wo sie für die Pflegekräfte leicht zugänglich sind. Sie können bei einer richtigen Handhabung für die Pflegekräfte unterstützend dienen und somit Rückenbeschwerden minimieren, gleichzeitig kann auch (je nach Hilfsmittel) die Aktivität des Patienten/der Patientin gefördert werden.

Technische Hilfsmittel können sein:

- Lifter (mobil oder fest installiert, Bsp. Abb.1)
- Aufrichtehilfen (Abb.2 und 3)
- Höhenverstellbare Untersuchungsliegen/-tische, Betten, Toiletten, Badewannen und Schreibflächen am Visitenwagen
- PatientInnenumbetter
- Stark hochfahrbare Stühle



Abb.1 (vgl. Abbildungsverzeichnis)



Abb.2



Abb.3

Kleine Hilfsmittel können sein:

- Antirutschmatten
- Halte- und Transfergürtel (Abb.4)
- Rutschbretter (Abb.5)
- Gleit- oder Transfermatten (Abb.6)
- Gehwägen (Abb.7) (Schambortski, 2008)



Abb.4



Abb.5



Abb.6



Abb.7

Weitere Hilfsmittel, die empfehlenswert sind, um den Rücken zu entlasten, sind:

- Kleine Hocker benutzen, wenn am Boden mit den Händen gearbeitet wird
- Pölster zum Hinknien verwenden
- Bei Tätigkeiten im Stehen möglichst hohe Tische verwenden
- Sitz-Luftkissen und Lendenkissen verwenden
- Generell ergonomische Möbel zur Verfügung stellen (Just, 2000).

Die effektivsten Ergebnisse zur Prävention können durch eine Kombination aus ergonomischen Maßnahmen mit Ein- und fortlaufenden Schulungen erzielt werden. Unter diesen Umständen werden die neuen Möglichkeiten am ehesten von den Pflegekräften effektiv genutzt. Um einen dauerhaften Erfolg erzielen zu können, ist es aber entscheidend, wie eigenverantwortlich die MitarbeiterInnen agieren und wie groß ihre Bereitschaft zur Prävention ist (Riebl & Dugmanits, 1997).

Um aus Präventionsmaßnahmen keine „Eintagsfliegen“ zu machen, muss darauf geachtet werden, einen sinnvollen und stimmigen Organisationsplan für die Maßnahmen zu entwickeln. Es müssen also bei der Prozessplanung Ziele formuliert, die Ausgangssituation analysiert, Maßnahmen geplant und eingeführt und die Ergebnisse kontrolliert werden, um Kontinuität und Nachhaltigkeit zu schaffen (Schambortski, 2008).

6.2.3.3 Methoden, um rüchenschonend mit PatientInnen zu arbeiten

6.2.3.3.1 Das Bobath-Konzept

Dieses Konzept wurde in den 1940er Jahren von einem Neurologen (Dr. Karl Bobath) und seiner Frau, einer Krankenschwester (Berta Bobath) entwickelt.

In den 1960er Jahren wurde es von einer anfangs Kinder- und Jugendtherapie auf eine Erwachsenentherapie erweitert. Diese dient vor allem Menschen mit Lähmungen auf Grund von Erkrankungen des zentralen Nervensystems, die größte Zielgruppe sind hierbei PatientInnen nach einem Schlaganfall. Für die Pflegekräfte ist dies eine rüchenschonende Methode, da durch die Aktivierung der PatientInnen die Belastung für die Pflegekräfte geringer wird.

„Arbeitsprinzipien des Bobath-Konzeptes sind u.a. die Regulation des Muskeltonus und die Anbahnung physiologischer Bewegungsabläufe.“ (Ammann, 2002, S.55)

Bleibende Muskelverkrampfungen sollen verhindert und durch die Lähmung verlorene Bewegungen soweit wie möglich wieder erlangt werden (Ammann, 2002). Wichtig ist, dass der Patient/die Patientin ein pflegerisches Angebot erhält, welches ihm die Möglichkeit bietet, die betroffene Seite in den Bewegungsablauf mit einzubeziehen (Asmusen, 2010).

6.2.3.3.2 Rückengerechter PatientInnentransfer

Diese Maßnahmen orientieren sich, im Gegensatz zu technisch orientierten Ansätzen, in denen der Einsatz von Hilfsmittel im Vordergrund stehen, an modernen Pflegekonzepten, in denen die Bewegung als Interaktion zwischen Pflegekraft und PatientIn in den Vordergrund rückt. Diese Interaktion soll gleichzeitig den Rücken der Pflegekräfte schonen und die Aktivität, und damit die schnellere Genesung, der PatientInnen fördern (Herrmann & Caffier & Babel & Liebers & Schützel, 2006).

Es ist hierbei wichtig, dass die Pflegenden die eigene Gesundheit erhalten und somit die ergonomische Arbeitsweise im eigenen Interesse anwenden wollen. Durch intensive Schulungen sollen die Pflegekräfte zu ExpertInnen ihrer Arbeitsökonomie werden. Denn wenn die Techniken rückengerechten PatientInnentransfers erlernt und geübt werden, vermindern diese nicht nur die Belastungen für die MitarbeiterInnen, durch die Anwendung wird die tägliche Arbeit auch bequemer und schneller (Soyka, 1999).

Die Prinzipien und Grundsätze des rückengerechten PatientInnentransfers sind:

- Günstige Ausgangsposition zum Patienten/zur Patientin wählen.
- PatientInnenaktivierung (dient der Entlastung der Pflegekräfte und der Rehabilitation der PatientInnen); PatientInnen werden oft passiv bewegt, obwohl sie sich mit etwas Hilfe aktiv bewegen könnten, dies schadet sowohl den PatientInnen selbst, als auch den Pflegekräften.
- Pflegekräfte sollten vertikales Anheben vermeiden, wenn dies nicht vermeidbar ist, sollten schiefe Ebenen und Rampen zur Hilfe verwendet werden.
- Höhenunterschiede sollten ausgeglichen werden, z.B. durch höhenverstellbare Betten.
- Ansprache und Aktivierung der PatientInnen, diese sollen, wenn möglich, zur Mitarbeit motiviert werden.
- Für den Transfer müssen die PatientInnen „kompakter“ gemacht werden, um die Lage des Schwerpunktes zu stabilisieren. Dies kann durch Muskelanspannung des Patienten/der Patientin, oder durch z.B. Tücher erzielt werden.
- Um die Kraft, die für den PatientInnentransfer benötigt wird, nicht alleine durch die Rückenmuskulatur aufzubringen, sollten Techniken zur Schwerpunktverlagerung angewandt werden (Also das eigene Körpergewicht anstatt Kraft aus Rücken und Armen einzusetzen).

- Wichtig ist hierbei darauf zu achten, dass die Körperlängsachse so gerade wie möglich gehalten wird.
- Es sollten so oft wie möglich Hilfsmittel hinzugezogen werden. Dabei gilt: Je unkomplizierter diese sind und je leichter sie an den Einsatzort gebracht werden können, desto häufiger werden sie auch verwendet. Auch die Hilfe von KollegInnen sollte jederzeit genutzt werden.
- Voraussetzung für die Anwendung eines rückengerechten PatientInnentransfer ist eine ergonomische Planung für anfallende Arbeiten in der Pflege. Wenn diese zur Gewohnheit wird, profitieren die Pflegekräfte von einer Entlastung des Rückens und ihre Arbeit ist bequemer und leichter zu verrichten (Hermann et al., 2006 und Soyka, 1999).

6.2.3.3.3 Kinästhetik

Das Wort Kinästhetik setzt sich aus den griechischen Wörtern kiniesis=Bewegung und aisthesis=Empfindung/Wahrnehmung zusammen.

Im deutschsprachigen Raum wird Kinästhetik mit „Bewegungsempfindung“ oder „Bewegung in Harmonie“ umschrieben (Bauder-Mißbach, 2000). Sie umschreibt, analysiert und übermittelt Aspekte der Bewegung als Grundvoraussetzung für jede menschliche Funktion (Ammann, 2002).

„Alle menschlichen Tätigkeiten und Funktionen sind an Bewegung gebunden. Dies gilt sowohl für bewusste Aktivitäten, wie z.B. essen, schlafen, gehen oder spielen als auch für alle vitalen Funktionen, wie z.B. Atmung, Verdauung und Kreislauf. Wir erfahren uns und die Welt über unsere Bewegungen.“ (Asmussen, 2010, S.8)

Begründer der verschiedenen Kinästhetik-Programme waren in den 1980er Jahren Dr. Frank Hatch und Dr. Lenny Maietta in den USA (Bauder-Mißbach, 2000). Sie nutzten hierfür Erfahrungen und Wissen aus der Verhaltenskybernetik⁷, der humanistischen Psychologie, der Kommunikationsforschung, der Säuglingsforschung und Erkenntnissen aus dem modernen Tanz.

Beim Konzept Kinästhetik geht es um:

- (Selbst-)Wahrnehmung, Interaktion, Emotion und Kognition im Bereich Sensomotorik.

⁷ „Kybernetische Forschung untersucht Steuer- und Regelungsvorgänge in belebten und unbelebten Systemen..“ (Citron, 2011, S.9)

- Einen Ausbau der sensomotorischen Fähigkeiten für eine lebenslange Gesundheitsentwicklung.
- Ein systematisches Erlernen der kinästhetischen Bewegungsabläufe, um die Bewegungs- und Handlungskompetenz des Einzelnen weiter zu entwickeln.
- Lerninhalte für pflegerische, therapeutische und pädagogische Berufsgruppen.
- Ein Entwickeln von Wohlbefinden, Gesundheit und Kreativitäts- und Lernförderung.

Neben den Lern- und Erfahrungsprozessen zur Änderung von Bewegungsgewohnheiten geht es auch um eine Erweiterung der Kommunikationsfähigkeit im Bewegen und Handeln (Citron, 2011).

Ziele der Kinästhetik in der Pflege umfassen:

- Die Wahrnehmung des eigenen Körpers und die Förderung der eigenen Beweglichkeit.
- Die Möglichkeiten, die Bewegungskompetenzen des Patienten/der Patientin zu erfassen.
- Seine/Ihre Bewegungskompetenz unterstützend zu erweitern.
- Bewegungsalternativen aufzeigen, um Schmerzen oder Verspannungen zu vermeiden.
- Eine Entlastung und Schonung des Rückens der Pflegekraft im Umgang mit den PatientInnen (Kristel, 1998).
- Das Vermeiden von Heben und Tragen.
- In einem gemeinsamen Lernprozess die geeignetste Mobilisationsart herauszufinden.
- Rehabilitative Mobilisationsprozesse zu entwickeln (Ammann, 2000).

In der Kinästhetik gibt es 6 Konzepte:

- 1. Konzept: Interaktion
- 2. Konzept: Funktionale Anatomie
- 3. Konzept: Menschliche Bewegung
- 4. Konzept: Anstrengung
- 5. Konzept: Menschliche Funktion
- 6. Konzept: Umgebung



Abb.8

Interaktion: Hierbei geht es um die Qualität des Austausches zwischen Patient/Patientin und Pflegeperson. PatientIn und Pflegekraft sollen durch gemeinsame Bewegungen ihre Kompetenzen entwickeln können (Asmussen, 2010). Durch Berührungen mit den Händen werden Informationen über Bewegungen vermittelt, diese werden eindeutig vom Patienten/von der Patientin wahrgenommen, auch wenn dieser/diese in seinem Bewusstsein eingeschränkt ist (z.B. nach Schädel-Hirn-Trauma, Demenz) (Kristel, 1998).

Funktionale Anatomie: In diesem Konzept geht es um anatomische Grundlagen von Bewegungen, der Bewegungsapparat spielt eine große Rolle. Die Menschen sollen sich bei Bewegungen an ihren anatomischen Strukturen orientieren können, das Wissen darüber erlaubt es den Pflegekräften, das Gewicht der PatientInnen zu führen, anstatt es zu tragen (Asmussen, 2010).

Weiters wird in diesem Konzept der Körper in Massen und Zwischenräume eingeteilt.

„Kopf, Brustkorb, Becken, Arme und Beine werden als Massen bezeichnet. Sie sind stabil und verändern ihre Form bei der Bewegung nicht. Hals, Taille, Hüft- und Schultergelenke sind instabil, da dort Bewegung möglich wird. Die Zwischenräume verbinden die Massen miteinander, lassen Veränderungen der Beziehungen der Massen untereinander zu.“ (Kristel, 1998, S. 152)

Menschliche Bewegung: Um den natürlichen Bewegungsabläufen folgen zu können, muss ein Wissen über Bewegungsmuster vorhanden sein. In der Kinästhetik wird zwischen parallelen und spiraligen Bewegungen unterschieden, wobei parallel bedeutet,

dass die linke und rechte Körperhälfte die gleichen Bewegungen durchführen, bei spiralförmigen Bewegungsmustern bewegen sich die Körperseiten unterschiedlich.

Weiters gibt es im Körper Ebenen, die nur zweidimensionale Bewegungen, wie Strecken und Beugen, ermöglichen, daneben gibt es Ebenen, die auch dreidimensionale Bewegungen, wie Strecken oder Beugen und Drehen, zulassen. Diese erfordern weniger Kraftaufwand (Kristel, 1998).

Die Transportbewegung und die Haltungsbewegung werden als Bausteine bezeichnet. Wenn diese Bewegungsbausteine erkannt werden, kann jeder Bewegungsablauf ergonomisch gestaltet werden, der Mensch kann seine Bewegung im Körper vorbereiten und besser ausführen (Asmussen, 2010).

Anstrengung: Jede Aktivität erfordert ein gewisses Maß an Anstrengung (Muskelaktivität), in diesem Konzept geht es um eine gezielte Eigenaktivität in jeder Bewegung und damit um die richtige Dosierung der Anstrengung (Asmussen, 2010).

Die Kinästhetik bezieht sich auf die Anstrengungsarten Zug und Druck. Diese sind Ausdruck der Eigenaktivität. Wenn PatientInnen bewegt werden, kann die Pflegekraft Zug und Druck gezielt einsetzen und dadurch einen Impuls zur Bewegung erzeugen (Kristel, 1998). Es geht also um das aktive Ziehen und Drücken, um eine Beziehung zu unseren Körperteilen untereinander und zu unserer Umgebung aufzubauen (Asmussen, 2010).

Menschliche Funktion: Unterschiedliche Positionen sind Ausgangssituation für jede Aktivität und die Grundmuster aller Bewegungsaktivitäten.

In der Kinästhetik gibt es sogenannte Grundpositionen, diese sind:

- Rückenlage
- Bauchlage mit Ellenbogenstütz
- Schneidersitz
- Hand-Knie-stand
- Einbein-Kniestand
- Einbeinstand
- Stand

Die einfache Funktion beschreibt die Grundpositionen. Die komplexe Funktion beschreibt die Grundmuster der Aktivitäten (Eine komplexe Funktion kann z.B. eine Fort-

bewegung oder eine Bewegung am Ort sein). Durch das Wissen über diese Positionen und das bewusste Umsetzen entwickeln Menschen ihre Balancetätigkeit in der Schwerkraft (Asmussen, 2010).

Umgebung: Hierbei geht es um äußere Faktoren, die fördernd oder behindernd auf die Bewegungen einwirken können. Wenn der Mensch versucht, sich an die Umgebung anzupassen, ist dies meist mit großer Anstrengung verbunden. Es empfiehlt sich also, die Umgebung so weit wie möglich an die Menschen anzupassen, damit eine Aktivität sicher und möglichst einfach durchgeführt werden kann, die Anstrengung vermindert wird und die Fähigkeiten des/der hilfsbedürftigen Patient/Patientin unterstützt werden (Asmussen, 2010 und Kristel, 1998).

Richtlinien in der Kinästhetik:

- Den Patienten/die Patientin so bewegen, wie er sich selbst bewegen würde.
- Die Muskeln sollen zum Bewegen und nicht zum Halten benutzt werden.
- Das Spannungsnetz, das sich der Patient/die Patientin aufzubauen versucht, nicht blockieren, sondern unterstützen.
- Eine schlecht organisierte bzw. ausgestattete Umgebung nicht durch höheren Kraftaufwand auszugleichen versuchen.
- Kein Gewicht heben, solange eine stabile Unterstützungsfläche vorhanden ist, die es tragen kann (Kristel, 1998).

In der Kinästhetik geht es also darum, ausgehend von den eigenen Fähigkeiten in einem fortwährenden Lernprozess die Fähigkeit zu entwickeln, eigene pflegerische Handlungen zu reflektieren und diese selbstständig umzugestalten (Asmussen, 2010).

„Es ist hilfreich, wenn sich diese Entwicklung in einem Team vollzieht. So kann zusammen überlegt werden, welche Veränderungsprozesse gewünscht sind. Eine gegenseitige Unterstützung verleiht dem Lernprozess Kontinuität. Darüber hinaus können Entwicklungsschritte gemeinsam reflektiert und überprüft werden.“ (Asmussen, 2010, S.169)

6.2.4 Infektionsschutz (ad 5.5)

Infektionsschutz stellt ein wichtiges Präventionsthema dar. Das Pflegepersonal wird berufsbedingt mit zahlreichen Infektionserregern konfrontiert, wie Influenza, Masern, Windpocken, Hepatitis, HIV u.v.m. Diese leichteren oder schwereren Infektionserreger stellen eine Gefährdung für die eigene und bei Übertragung auch eine Gefährdung für

die Gesundheit der PatientInnen dar. Es gibt gegen einige Infektionskrankheiten eine Schutzimpfung, bei anderen werden gezielte Hygienemaßnahmen empfohlen (Pelikan et al., 2010).

Eine Schutzimpfung gegen Hepatitis A und B ist möglich und wird für gefährdete Berufsgruppen (so auch im Pflegeberuf) empfohlen (Pharmawiki, Stand Juli 2011).

Eine Schutzimpfung gegenüber Hepatitis C existiert nicht, allerdings kann akute Hepatitis C mit Interferon⁸ behandelt und somit in einigen Fällen die ansonsten häufige Chronifizierung (ca. 80% der Erkrankungen) vermieden werden.

Prinzipiell stellen alle Infektionskrankheiten, an denen die PatientInnen leiden, ein Infektionsrisiko für das Pflegepersonal dar. Aus diesem Grund ist es von größter Wichtigkeit, strenge hygienische Maßnahmen zu beachten (Tragen von Schutzkleidung, Desinfektion der Hände und der kontaminierten Wäsche, Handschuhpflicht etc.) (Büssing et al., 2005).

6.2.5 **Hauterkrankungen (ad 5.7)**

Präventionsmaßnahmen hierfür wären die Verwendung nicht reizender und nicht allergener Desinfektionsmittel und Handschuhe. Es sollten konkrete Hinweise bezüglich Hautschutz, -reinigung und -pflege gegeben werden und auch entsprechende Produkte am Arbeitsplatz zur Verfügung gestellt werden.

Für die Arbeit mit Schutzhandschuhen können gerbsäurehaltige Präparate benutzt werden, diese senken die Schweißbildung in den luftundurchlässigen Handschuhen (Büssing et al., 2005)

6.2.5.1 Schutz vor Gefahrenstoffen

Von Seiten des Krankenhauses muss ebenfalls darauf geachtet werden, Schutz vor folgenden Einwirkungen zu bieten:

- Röntgenstrahlen und Chemikalien
- Anästhesiegase
- Desinfektionsmittel und Desinfektionsreiniger

⁸ Interferone gehören zur Arzneimittelgruppe der Immunmodulatoren. Sie haben antivirale, wachstumshemmende, antitumorale und immunmodulierende Wirkungen. (www.pharmawiki.ch)

- Allergene in z.B. Schutzhandschuhen
- Arzneimittel, die bekannte krebserregende, erbgutverändernde oder fortpflanzungsschädigende Eigenschaften besitzen (Pelikan et al., 2010).

6.2.6 Unfallschutz (ad 5.8)

Die Berufsgruppe der KrankenpflegerInnen ist in einem besonders hohen Ausmaß von Unfällen wie Stolpern, Ausrutschen und Stürzen betroffen, da der Krankenhausbetrieb als sehr laufintensiv zu betrachten ist. Neben den eigentlichen pflegerischen Tätigkeiten muss auch viel transportiert werden, wie Medikamente, Bettwäsche oder Abfall. Hinzu kommt, dass in einem Krankenhaus ohnehin oft lange Wege zwischen Stationen oder Zimmern zurückgelegt werden müssen (Gerdes & Nienhaus, 2005).

Gefahrenquellen hierbei sind:

- Nicht geeignetes Schuhwerk
- Rutschige Böden
- Unebene Böden
- Unterschiedliche Bodenoberflächen

Maßnahmen zum Unfallschutz bei Pflegekräften im Krankenhaus sind:

- Interventionen zur Erhöhung der körperlichen Aktivität, auch, um den Gleichgewichtssinn zu stärken
- Die Beratung der MitarbeiterInnen zur Nutzung von vorhandener Technik (Kruse, 2010)
- Das Schaffen einheitlicher, rutschfester Böden, um Stürzen etc. vorzubeugen

6.3 Aktueller Forschungsstand bezüglich gesundheitsfördernder, den Körper unterstützenden Maßnahmen für Pflegepersonal in Österreichs Krankenhäusern

Grundsätzlich wird im Bereich der Gesundheitsförderung für MitarbeiterInnen im Krankenhaus in Österreich einiges getan. Institutionen wie das Österreichische Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (ONGKG), das österreichische Gesundheitsressort des Bundes, der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ), die Allianz für Gesundheitsförderung in Wiener Spitälern, Pflegeeinrichtungen und Seniorenwohneinrichtungen und das Ludwig Boltzmann Institut für Gesundheitsförderungsforschung nehmen sich der Aufgabe der betrieblichen Gesundheitsförderung für MitarbeiterInnen in Krankenhäusern an. Auf den jährlichen nationalen Konferenzen des ONGKG kann man die Entwicklung diesbezüglich an zahlreichen wissenschaftlichen Präsentationen und Praxisbeispielen aus Einrichtungen aus ganz Österreich verfolgen (Dietscher & Krajic & Pelikan, 2008).

Österreich spielte in der Entwicklung und Umsetzung des Gesundheitsfördernden Krankenhauses vom Beginn an eine zentrale Rolle. 1989 wurde an der Wiener Krankenanstalt Rudolfstiftung das erste europäische Modellprojekt für Krankenhaus und Gesundheitsförderung umgesetzt. Aufgrund der Erfolge entstand 1990 das Internationale Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser. Als zentrale Strategie zur Weiterverbreitung von Gesundheitsförderung im und durch das Krankenhaus, wurde im Jahr 1996 auch in Österreich ein nationales Netzwerk mit einer nationalen Koordinationseinrichtung und eigenen, an das österreichische Gesundheitssystem angepassten, Netzwerkstrategien gegründet (Dietscher & Krajic & Stidl & Pelikan, 2002).

Mit dem österreichischen Gesundheitsförderungsgesetz wurde die gesetzliche Grundlage für eine Sicherung von Gesundheitsförderung und Prävention gelegt. Dieses Gesetz ist durch die Ottawa-Charta der WHO von 1986 geprägt und beinhaltet einen jährlichen Budgetrahmen von 7,25 Millionen Euro für die Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen (Haisch & Klotz & Hurrelmann, 2010).

Bei meiner Literaturrecherche zeichnete sich ab, dass es zwar viele Projekte, aber nur wenige wissenschaftliche Studien zu gesundheitsfördernden Maßnahmen für Pflegepersonal im Krankenhaus in Österreich gibt. Bei meiner Einschränkung auf gesundheitsfördernde, den Körper unterstützende Maßnahmen, konnte ich nur einen Endbe-

richt einer wissenschaftlichen Studie zu „Effizienz- und Gesundheitsentwicklung in der Pflege mit Kinästhetik“ finden. Diesen möchte ich kurz zusammenfassen:

Das Projekt wurde von Dezember 2004 bis Juli 2006 am Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel der Stadt Wien durchgeführt. Es verfolgte folgenden, im Projektplan definierten Nutzen für die Pflegepersonen:

- Förderung der eigenen Gesundheit durch reflektierte Selbsterfahrung
- Steigerung der Professionalität
- Verbesserte Arbeitsbedingungen
- Geringerer personeller Aufwand bei Mobilisation
- Reduzierung der Ausfallzeiten durch eine Verbesserung bzw. Reduzierung der Rückenbeschwerden

In das Projekt waren sechs Stationen mit ca. 90 Pflegepersonen involviert. Zur besseren Vergleichbarkeit wurden auch Pflegepersonen, die nicht in Kinästhetik geschult wurden, hinzugezogen. In der ersten Phase absolvierten alle Beteiligten den Grundkurs Kinästhetik, in der zweiten Phase des Projekts wurde von allen Beteiligten der Aufbaukurs Kinästhetik belegt. Die Phase drei bestand aus einer 7 tägigen, über 9 Monate verteilten Peer-Tutoren Begleitung der AbsolventInnen des Kinästhetik Aufbaukurses, um das erlernte Wissen zu sichern. Das Projekt wurde in den Projektphasen wissenschaftlich begleitet und evaluiert.

Das Projekt hatte, bezogen auf die MitarbeiterInnen, das Forschungsziel, zu untersuchen, inwieweit das Konzept der Kinästhetik in der Pflege in der Lage ist, die schmerzhaften Beschwerden im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule bei Pflegepersonen positiv zu verändern.

Ergebnisse: Allgemein war eine Tendenz messbar, dass die Rückenbeschwerden bei den Pflegepersonen abgenommen hatten. Bei Pflegepersonen, die in Kinästhetik geschult wurden, ergab sich eine Reduzierung der Halswirbelsäule-Beschwerden von 11%. Pflegepersonen, die nicht in Kinästhetik geschult wurden, gaben deutlich häufiger an, von Rückenbeschwerden und deren Auswirkungen betroffen zu sein.

Die erhobenen Werte deuteten darauf hin, dass Kinästhetik in der Lage ist, Rückenbeschwerden (Hals- und Lendenwirbelsäule) bei Pflegepersonen zu reduzieren. Festzuhalten gilt allerdings, dass Kinästhetik nur präventiv in der Lage zu sein scheint, das

Auftreten von Rückenbeschwerden zu verhindern. Wenn Rückenbeschwerden bereits vorhanden sind, scheint die Anwendung von Kinästhetik alleine nicht auszureichen, um bereits vorhandene Beschwerden zu lindern (Burns, 2007).

7 Conclusio

Aufbauend auf dieser Studie, wäre es erstrebenswert, weitere Forschung in Richtung Gesundheitsförderung für Pflegepersonal in österreichischen Krankenhäusern zu betreiben. Generell sollten vermehrt Schulungen und Kurse für rüchenschonende Techniken wie z.B. Kinästhetik angeboten und in Anspruch genommen werden. Da Kinästhetik als präventive Maßnahme fungieren kann, sollte die Schulung in Kinästhetik und anderen rüchenschonenden Techniken beim Pflegepersonal schon während der Ausbildung zu einem fixen Bestandteil werden.

Es ist allerdings Voraussetzung, dass eine Bereitschaft zur Nutzung solcher Angebote und Hilfsmittel im Pflegealltag besteht, denn nur wenn diese auch angewendet und verwendet werden, kann sich die körperliche Gesundheit der Pflegekräfte verbessern, bzw. kann diese intakt bleiben.

Es finden zahlreiche Projekte zu Gesundheitsförderung für Pflegepersonen in Österreichs Krankenhäusern statt, allerdings benötigt Österreich weit mehr Forschung für Gesundheitsförderung und Primärprävention als gegeben, um die wissenschaftlichen Grundlagen für Maßnahmen zu schaffen. Zuzüglich wird weit mehr Evaluation als gegeben benötigt, um die Effekte dieser Maßnahmen beobachten und bewerten zu können (Dür, 2008).

Zum Thema Älter werden im Pflegeberuf lässt sich folgendes schlussfolgern:

Altern bedeutet nicht zwangsweise eine Belastung für ältere MitarbeiterInnen und/oder den Betrieb. Es gilt, die Potenziale der MitarbeiterInnen zu entdecken und zu fördern und die Arbeit altersgerecht zu gestalten. Vorbeugende Maßnahmen müssen über das gesamte Arbeitsleben hinweg erfolgen, denn viele der sogenannten „Altersprobleme“ entstehen durch zu hohe oder falsche Belastungen der MitarbeiterInnen bereits in jungen Jahren.

Es bestehen nach wie vor Vorurteile gegenüber älteren MitarbeiterInnen, wie auch Herrmann (2008) feststellte. Diese abzubauen ist wichtig

- auf sozialer Ebene, um den Stellenwert älterer MitarbeiterInnen anzuheben.
- auf ökonomischer Ebene, damit das Unternehmen alle Fähigkeiten und Potenziale seiner MitarbeiterInnen erkennt und nutzen kann.

- auf gesellschaftlicher Ebene, um generell ein integratives Klima zwischen Älteren und Jüngeren in unserer Gesellschaft schaffen zu können.
- weil ältere MitarbeiterInnen zur Sicherung unserer Sozialsysteme beitragen.
- Weil ältere MitarbeiterInnen durch ihre Erfahrungen, ihre Qualitäten und ihre menschliche Reife positiv auf ihr Umfeld wirken können.

Um dies zu erreichen, muss folgendes geschehen:

- Älteren MitarbeiterInnen muss mehr Eigenverantwortung zugeschrieben werden.
- Diese müssen bis ins hohe Alter eine Bereitschaft zu ständigem Lernen zeigen.
- Von Seiten des Unternehmens müssen den MitarbeiterInnen mehr Chancen für attraktive Aufgaben und Funktionen gegeben werden.
- Die Rahmenbedingungen und Organisationsstrukturen müssen altersgerecht aufgebaut werden.
- Es muss ein Kulturwandel über die Einstellung zum Alter erfolgen, der Voraussetzung für alle Maßnahmen ist.

8 Literaturverzeichnis

- Altgeld, T. & Kolip, P.* (2007). Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K. & Klotz, T. & Haisch, J. Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung (S. 41-50). Bern: Hans Huber
- Ammann, A.* (2002). Rückengerechtes Arbeiten in der Pflege. Leitfaden für gesundheitsfördernde Transfertechniken. Hannover: Schlütersche
- Antonovsky, A.* (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche Übersetzung von Alexa Franke. Tübingen: dgvt
- Asmussen, M.* (2010). Praxisbuch Kinaesthetics. Erfahrungen zur individuellen Bewegungsunterstützung auf Basis der Kinästhetik. München: Urban&Fischer
- Asmussen-Clausen, M.* (1999). Kinästhetik in der Pflegepraxis. In: Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Tagungsbericht Tb 93, Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und Erkrankungen in Pflegeberufen: 107-119
- Bahrs, O. & Matthiessen, P.F.* (2007). Gesundheitsfördernde Praxen. Die Chancen einer salutogenetischen Orientierung in der hausärztlichen Praxis. Bern: Hans Huber
- Baltes, P.* (2004). Das Zeitalter des permanent unfertigen Menschen: Lebenslanges Lernen nonstop? In: Busch, R. Alternsmanagement im Betrieb. Ältere Arbeitnehmer – zwischen Frühverrentung und Verlängerung der Lebensarbeitszeit (S.35-45). München/Mering: Rainer Hampp
- Bauder-Mißbach, H.* (2000). Kinästhetik in der Intensivpflege. Frühmobilisation von schwerstkranken Patienten. Hannover: Schlütersche
- Bedner, K.* (2001). Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung in Betrieben. München/Mering: Rainer Hampp
- Beermann, B.* (1999). Schichtplangestaltung im Krankenhaus. In: Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Tagungsbericht Tb 93, Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und Erkrankungen in Pflegeberufen: 192-195
- Behr, T.* (2005). Gesundheit richtig managen. Betriebliche Gesundheitsförderung in der Altenpflege. Heidelberg/München/Landsberg/Berlin: Economica

- Braun, B. & Buhr, P. & Müller, R. (2008).* Pflegearbeit im Krankenhaus. Ergebnisse einer wiederholten Pflegekräftebefragung und einer Längsschnittanalyse von GEK-Routinedaten. Schwäbisch Gmünd: Asgard
- Braun, B. & Müller, R. & Timm, A. (2004).* Gesundheitliche Belastungen, Arbeitsbedingungen und Erwerbsbiographien von Pflegekräften im Krankenhaus. Eine Untersuchung vor dem Hintergrund der DRG-Einführung. Schwäbisch Gmünd: Asgard
- Busch, R. (2004).* Altersmanagement im Betrieb. Ältere Arbeitnehmer – zwischen Frühverrentung und Verlängerung der Lebensarbeitszeit. München/Mering: Rainer Hampp
- Büssing, A. & Glaser, J. & Höge, Th. (2005).* Belastungsscreening in der ambulanten Pflege. Dortmund/Berlin/Dresden: Wirtschaftsverlag NW
- Citron, I. (2011).* Kinästhetik – Kommunikatives Bewegungslernen. Stuttgart: Thieme
- Diederichs, C. & Pohlmann, R. & Berger, K. (2010).* Die Häufigkeit der Unterbringung älterer Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen; Bundesgesundheitsblatt 2010. 53:504-509
- Dietscher, C. & Krajc, K. & Pelikan, J.M. (2008).* Gesundheitsfördernde Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen. Konzept und Praxis in Österreich. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend
- Dietscher, C. & Krajc, K. & Stidl, T. & Pelikan, J.M. (2002).* Das Gesundheitsfördernde Krankenhaus: Konzepte, Beispiele und Erfahrungen aus dem Internationalen Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser. Wien: Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen
- Dür, W. (2008).* Visionen für die Gesundheitsförderung in Österreich. In: Spicker, I. & Sprengseis, G. Gesundheitsförderung stärken. Kritische Aspekte und Lösungsansätze (S.48-60). Wien: facultas
- Eckstein, N. & Schön, J. & Schwanekamp, V. (2005).* Stress – Entstehung und Bewältigung. In: Bonse-Rohmann, M. & Freese, C. Gesundheitsförderung für Gesundheitsberufe. Beiträge zur gesundheitlichen Bildung (S.71-75). Bielefeld: Verlag für Gesundheitsförderung

Faltermaier, T. (2010). Prävention und Gesundheitsförderung im Erwachsenenalter. In: Hurrelmann, K. & Klotz, T. & Haisch, J. Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung (S. 79-87). Bern: Hans Huber

Genz, H. (1999). Belastungen und Beanspruchungen - Erklärung für das Unfallgeschehen im Krankenhaus. In: Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Tagungsbericht Tb 93. Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und Erkrankungen in Pflegeberufen (S.19-36). Berlin: Wirtschaftsverlag NW

Gerdes, S. & Nienhaus, A. (2005). Unterschung zu Stolper-, Rutsch- und Sturzunfällen bei Pflegepersonal in Krankenhäusern. In: Nienhaus, A. Gefährdungsprofile. Unfälle und arbeitsbedingte Erkrankungen in Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (S. 78-90). Landsberg/Lech: ecomed MEDIZIN

Hasselhorn, H.M. & Müller, B.H. (2005). Arbeitsbelastung und –beanspruchung bei Pflegepersonal in Europa – Ergebnisse der NEXT-Studie. In: Badura, B. & Schellschmidt, H. & Vetter, C. Fehlzeiten-Report 2004. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen (S.21-47). Berlin/Heidelberg/New York: Springer

Heidenreich, J. (2009). Ihr Pflgeteam erfolgreich führen. Das Betriebsklima spürbar verbessern und Mobbing vermeiden. Köln: Luchterhand

Hermann, S. & Caffier, G. & Babel, F. & Liebers, F. & Schützel, G.(2006). Rückenge-rechter Patiententransfer. Gute Praxis in der bundesweiten Umsetzung von rückenge-rechtem Arbeiten in der Pflege. Dortmund/Berlin/Dresden: Wirtschaftsverlag NW

Herrmann, N.(2008). Erfolgspotenzial ältere Mitarbeiter. Den demografischen Wandel souverän meistern. München: Carl Hanser

Hess-Gräfenberg, R. (2004). Alt, erfahren und gesund – Auf dem Weg zu einem integ-rierten Konzept. In: Busch, R. Alternsmanagement im Betrieb. Ältere Arbeitnehmer – zwischen Frühverrentung und Verlängerung der Lebensarbeitszeit (S. 155-194). Mün-chen/Mering: Rainer Hampp

Hien, W. (2009). Pflegen bis 67? Die gesundheitliche Situation älterer Pflegekräfte. Frankfurt am Main: Mabuse

Hollmann, W. (2010). Prävention durch körperliche Aktivität. In: Hurrelmann, K. & Klotz, T. & Haisch, J. Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung (S. 139-152). Bern: Hans Huber

Höppner, H. (2004). Gesundheitsförderung von Krankenschwestern. Ansätze für eine frauengerechte betriebliche Praxis im Krankenhaus. Frankfurt am Main: Mabuse

Hurrelmann, K. & Klotz, T. & Haisch, J. (2010). Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Hans Huber

Hüther, G. & Fischer, J.E. (2010). Biologische Grundlagen des psychischen Wohlbefindens. In: Badura, B. & Schröder, H. & Klose, J. & Macco, K. Fehlzeiten-Report 2009. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren – Wohlbefinden fördern (S.23-29). Berlin/Heidelberg: Springer

Jasper, G. (2004). Unterschiedliche Potenziale jüngerer und älterer Arbeitnehmer erkennen und nutzen: Erfahrungen aus der Praxis. In: Busch, R. Alternsmanagement im Betrieb. Ältere Arbeitnehmer – zwischen Frühverrentung und Verlängerung der Lebensarbeitszeit (S. 219-238). München/Mering: Rainer Hampp

Just, M. (2000). Ganzheitliche Körperschule für Pflegepersonen. Korrekte Arbeitshaltung – Gezielter Ausgleich bei Belastung. Hannover: Schlütersche

Karazman, R. & Staudinger, C. (1999). Gesunde Arbeitszeiten für PflegemitarbeiterInnen im Krankenhaus. Kriterien und Modellprojekt zur gesundheits- und altersgerechten Arbeitszeitgestaltung. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung

Kelm, R. (2001). Arbeitszeit- und Dienstplangestaltung in der Pflege: Stuttgart/Berlin/Köln: W. Kohlhammer

Kristel, K.H. (1998). Gesund Pflegen. Stressbewältigung und Selbstpflege. München/Wien/Baltimore: Urban und Schwarzenberg

Kruse, A. (2010). Prävention und Gesundheitsförderung im hohen Alter. In: Hurrelmann, K. & Klotz, T. & Haisch, J. Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung (S.88-98). Bern: Hans Huber

Leppin, A. (2007). Konzepte und Strategien der Krankheitsprävention. In: Hurrelmann, K. & Klotz, T. & Haisch, J. Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung (S. 31-40). Bern: Hans Huber

Levi, L. (1995). Prävention von Arbeitsstress für älter werdende Arbeitnehmer. In: Karazman, R. & Geißler, H. & Kloimüller, I. & Winker, N. Betriebliche Gesundheitsförderung für älter werdende Arbeitnehmer (S.49-61). Gamburg: G. Conrad

Lorenz, R. (2005). Salutogenese. Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler. München: Ernst Reinhardt

Maintz, G. (2004). Der ältere Arbeitnehmer im Spannungsfeld von Leistungsanforderung und Erwartung. In: Busch, R. Altersmanagement im Betrieb. Ältere Arbeitnehmer – zwischen Frühverrentung und Verlängerung der Lebensarbeitszeit (S. 113-122). München/Mering: Rainer Hampp

Mamerow, R. (2002). Selbstpflege. Die Kunst, im Beruf gesund und zufrieden zu sein. München: Urban & Fischer

Morschhäuser, M. (2004). Gesund in die Rente? Ansatzpunkte und Beispiele altersgerechter Arbeits- und Personalpolitik. In: Busch, R. Altersmanagement im Betrieb. Ältere Arbeitnehmer – zwischen Frühverrentung und Verlängerung der Lebensarbeitszeit (S. 73-88). München/Mering: Rainer Hampp

Oppolzer, A. (1999). Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung im Krankenhaus. In: Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Tagungsbericht Tb 93, Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und Erkrankungen in Pflegeberufen: 120-124

Pelikan, J. M. & Halbmayer, E. (1999). Gesundheitswissenschaftliche Grundlagen zur Strategie des gesundheitsfördernden Krankenhauses. In: Pelikan, J.M & Wolff, S. Das gesundheitsfördernde Krankenhaus. Konzepte und Beispiele zur Entwicklung einer lernenden Organisation (S.13-36). Weinheim/München: Juventa

Pelikan, J.M. & Schmied, H. & Dietscher, C. (2010). Prävention und Gesundheitsförderung im Krankenhaus. In: Hurrelmann, K. & Klotz, T. & Haisch, J. Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung (S. 290-301). Bern: Hans Huber

Pincus, L. (1992). Das hohe Alter. München: Piper

Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, 2008: Der Arbeitsort Krankenhaus: familienfreundlich und geschlechtergerecht. Handreichung zur Umsetzung von Chancengleichheit für Medizin, Pflege und Verwaltung. Freistaat Sachsen

Ramm, M. (1999). Optimierung der Pausenkultur. In: Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Tagungsbericht Tb 93, Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und Erkrankungen in Pflegeberufen: 190-192

Riebl, B. & Dugmanits, E. (1997). Ergonomie im Krankenhaus – Kreuzweh muss nicht sein! In: Grundböck, A. & Nowak, P. & Pelikan, J.M. Gesundheitsförderung – eine Strategie für Krankenhäuser im Umbruch (S. 157-171). Wien: facultas

Schambortski, H. (2008). Mitarbeitergesundheit und Arbeitsschutz. Gesundheitsförderung als Führungsaufgabe. München/Jena: Urban & Fischer

Schüller, M. (2003). Salutogenese für Pflegeberufe in Theorie und Praxis. Ein Beitrag zur Krankenpflege. Offenbach: ASUG

Siegrist, J. & von dem Knesebeck, O. (2010). Prävention chronischer Stressbelastung. In: Hurrelmann, K. & Klotz, T. & Haisch, J. Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung (S. 229- 236). Bern: Hans Huber

Soyka, M. (1999). Gesundheitsgerechter Patiententransfer mit praktischen Übungen. Instruktionsschulung im Präventionsprogramm „Rückengerechter Patiententransfer in der Kranken- und Altenpflege“. In: Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Tagungsbericht Tb 93, Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und Erkrankungen in Pflegeberufen: 100-103

Spicker, I. & Sprengseis G. (2008). Gesundheitsförderung stärken. Kritische Aspekte und Lösungsansätze. Wien: facultas

Stöckel, S. (2007). Geschichte der Prävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K. & Klotz, T. & Haisch, J. Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung (S. 21-30). Bern: Hans Huber

Stößel, U. (1999). Moderne Ansätze zum rückengerechten Arbeiten im Pflegeberuf – Möglichkeiten und Grenzen. In: Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Tagungsbericht Tb 93, Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und Erkrankungen in Pflegeberufen: 89-99

Walter, U.(2008). Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter. In: Kuhlmei, A. & Schaeffer, D. Alter, Gesundheit und Krankheit (S.245-262). Bern: Hans Huber

Walter, U. & Flick, U. & Neuber, A. & Fischer, C. & Schwartz, F.-W.(2006). Alt und gesund? Altersbilder und Präventionskonzepte in der ärztlichen und pflegerischen Praxis. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

WHO (1948). Constitution. WHO, Genf

WHO (1998). Health Promotion Glossary. Genf

Wölker, T. & Schwipper, A. (2008). Praxis-Yoga. Aktive Pausen für den Arzt und sein Team. München: MED.KOMM.

Wurm, S. & Tesch-Römer, C. (2008). Gesundheit älterer Erwerbstätiger. In: Kuhlmei, A. & Schaeffer, D. Alter, Gesundheit und Krankheit (S.131-143). Bern: Hans Huber

Zimolong, B. & Elke, G. & Bierhoff, H.-W. (2008). Den Rücken stärken. Grundlagen und Programme der betrieblichen Gesundheitsförderung. Göttingen: Hogrefe

Zeitschriften/Artikel

Brieskorn-Zinke, M. (2000). Die pflegerische Relevanz der Grundgedanken des Salutogenese-Konzepts. In: Pflege 2000; 13: 373-380

Dietscher C. & Nowak P. & Schmied, H. (2005): Factsheet: Altern in Gesundheit für Mitarbeiter/innen: Beiträge von Spitälern und Pflegeeinrichtungen. Wien, Wiener Informationsnetzwerk für Gesundheitsförderung in Spitälern und Pflegeeinrichtungen.

Reinshagen, R. (2008). Antonovsky – Theorie und Praxis der Salutogenese. In: Pflege & Gesellschaft. 13. Jg. 2008 H.2: 142-158

Resch, K. (2010). Reformpotenzial Gesundheitsförderung – Ideen für Pflegekräfte, ältere Menschen und pflegende Angehörige. In: Österreichische Pflegezeitschrift. 63, (6/7): 13-16

Schmid, S. (2010). Alter in Kulturen: Verehrt oder verachtet? Wertschätzung und Respekt mit Vorbildwirkung. In: procare. 05/10, (15/5): 8-9

Wohlfender, D. (2000). Langfristige Berufszufriedenheit in der direkten Pflege. In: Pflege 2000; 13: 389-395

Endbericht der wissenschaftlichen Studie

Burns, E. Effizienz- und Gesundheitsentwicklung in der Pflege mit Kinästhetik. Projekt am Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel der Stadt Wien. Pressbaum, März 2007

Internet

- http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/volkszaehlungen_registerzaehlungen/bevoelkerung_nach_demographischen_merkmalen/index.html (09.03.2011)
- <http://www.wien.gv.at/statistik/daten/pdf/bev-fortschr-prognose.pdf> (10.03.2011)
- http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_masszahlen/demographische_indikatoren/index.html (10.03.2011)
- <http://de.wikipedia.org/wiki/Stressor>
- http://www.pharmawiki.ch/wiki/index.php?wiki=Hepatitis_B (10.07.2011)
- http://www.pharmawiki.ch/wiki/index.php?wiki=Hepatitis_A (10.07.2011)
- <http://www.pharmawiki.ch/wiki/index.php?wiki=Interferone> (10.07.2011)
- http://de.wikipedia.org/wiki/Autogenes_Training (15.07.2011)
- <http://www.allianz-gf-wien.at/> (20.07.2011)
- <http://www.ongkg.at/> (20.07.2011)

9 Abbildungsverzeichnis

Abb.1: Lifter *(Siehe Seite 71)*

(<http://www.rebotec.de/bilder/produktgruppen/lifter-aufstehhilfen.jpg>), 27.07.2011

Abb.2: Aufrichtehilfe *(Siehe Seite 71)*

(<http://www.rehadat.de/rehadat/bilder/TC039000/tc039821.jpg>), 27.07.2011

Abb.3: Aufrichtehilfe *(Siehe Seite 71)*

(<http://www.sanshop24.de/scripts/pictures/article.php?mode=xsmall&abild=1395>),
27.07.2011

Abb.4: Halte-undTransfergürtel *(Siehe Seite 72)*

(<http://www.hilfsmittelinfo.gv.at/002/Images/p10290n00000.jpg>), 27.07.2011

Abb.5: Rutschbrett *(Siehe Seite 72)*

(<http://www.bstaendig.at/.p3data/PublicFiles/rutschbrett%20kunststoff.jpg>), 27.07.2011

Abb.6: Transfermatte *(Siehe Seite 72)*

(<http://www.pom-d.eu/produkte/transferhilfsmittel/weiterehilfsmittel/50033096810ce3823/1000.jpg>),
27.07.2011

Abb.7: Gehwagen *(Siehe Seite 72)*

(<http://www.rollator-gehwagen.org/images/gehbock.jpg>), 27.07.2011

Abb.8: Die Konzepte der Kinästhetik *(Siehe Seite 77)*

(<http://www.zess-burghausen.de/content/images/pflege/kinaesthetik.jpg>)

10 Curriculum Vitae

Persönliche Daten

Geburtsdatum: 12.10.1984

Nationalität: Österreich

Familienstand: ledig

Beruflicher Werdegang

September 1989 - Juni 1994:

Besuch der katholischen Privatschule Friesgasse (Volksschule)

September 1994 - Juni 2003:

AHS Kundmanngasse - Humanistischer Zweig - Matura

Oktober 2004 - März 2005:

Studium der Psychologie an der Universität Wien

März 2006 - August 2011

Studium der Pflegewissenschaft an der Universität Wien

Berufserfahrung

Krankenhaus Göttlicher Heiland, August 2008

Administration, Patientenaufnahme und -entlassung

Krankenhaus Göttlicher Heiland, Juni 2009

Qualitätsmanagement

Fonds Gesundes Österreich, August 2009

Mitarbeit in der Kampagne „Mein Herz und ich-
Gemeinsam gesund bewegen“

Universitätsklinikum München, Juni/Juli 2010

Forschungspraktikum

