



universität
wien

MAGISTERARBEIT

Titel der wissenschaftlichen Arbeit

„Auswirkungen und Erfolge
von betrieblicher Gesundheitsförderung“

Verfasser

Lukas Nord, Bakk. rer. nat.

angestrebter akademischer Grad

Magister der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, Februar 2015

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 066 826

Studienrichtung lt. Studienblatt: Magisterstudium Sportwissenschaft

Betreuerin: Ass. Prof. Mag. Dr. Rosa Diketmüller

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich diese wissenschaftliche Arbeit selbstständig verfasst habe. Ich erkläre weiters, dass ich keine anderen als die angegebenen Quellen benutzt habe und die den benutzten wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Alle im Wortlaut oder im wesentlichen Inhalt übernommenen Formulierungen, Grafiken, Konzepte etc. sind gemäß den Regeln für wissenschaftliche Arbeiten der Universität Wien zitiert und durch genaue Quellenangaben gekennzeichnet.

Inhaltsverzeichnis

1.	Vorwort	7
2.	Einleitung	9
2.1.	Problemstellung	9
2.2.	Forschungsfrage	10
2.3.	Methodenwahl.....	11
2.4.	Gliederung der Arbeit	12
	THEORETISCHER TEIL	14
3.	Begriffserklärung	14
3.1.	Gesundheit.....	14
3.1.1.	Salutogenese	17
3.2.	Der Krankheitsbegriff.....	18
4.	Prävention und Gesundheitsförderung	23
4.1.	Prävention	23
4.1.1.	Primäre Prävention	23
4.1.2.	Sekundäre Prävention.....	23
4.1.3.	Tertiäre Prävention.....	24
4.2.	Gesundheitsförderung.....	24
4.3.	Ottawa-Charta.....	27
5.	Betriebliche Gesundheitsförderung	29
5.1.	Gesundheitliche Belastungen am Arbeitsplatz	31
5.2.	Krankenstände	34
5.3.	Nutzen von betrieblicher Gesundheitsförderung.....	37

Auswirkungen und Erfolge von betrieblicher Gesundheitsförderung

5.3.1.	Kosten-Nutzen-Rechung	40
5.4.	Entwicklung betrieblicher Gesundheitsförderung	45
5.5.	Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich	46
5.6.	Betriebliche Gesundheitsförderung im internationalen Vergleich und Trends	50
5.7.	Inhalte betrieblicher Gesundheitsförderung	53
5.8.	Qualitätsmanagement	54
5.8.1.	Das BGF Gütesiegel	56
5.8.1.1.	Beispiel Kriterien Gesundheitsförderung und Unternehmenspolitik	58
EMPIRISCHER TEIL		59
6.	Methoden	59
6.1.	Sportmotorische Testung	61
6.1.1.	Kraft der Bauchmuskulatur	61
6.1.2.	Kraft der Rückenmuskulatur	61
6.1.3.	Armkraft- und Oberkörperkrafttest	62
6.1.4.	Beinkraft	63
6.1.5.	Gleichgewichtstest	63
6.1.6.	Komplexe Reaktionsfähigkeit	64
6.1.7.	Laktat	64
6.2.	Fragebögen	66
6.2.1.	Anamnesebogen t1	66
6.2.2.	Erweiterter Anamnesebogen t2	67
7.	Untersuchungsgruppe	67
8.	Auswertung	68
8.1.	Teilnehmer/innen	69

Auswirkungen und Erfolge von betrieblicher Gesundheitsförderung

8.1.1.	Geschlecht	69
8.1.2.	Alter	69
8.1.3.	BMI	71
8.2.	Ergebnisse der sportmotorische Testung (t1, t2)	73
8.2.1.	Kraft der Bauchmuskulatur	73
8.2.2.	Analyse Kraft der Rückenmuskulatur	74
8.2.3.	Analyse Armkraft	75
8.2.4.	Analyse Beinkraft	76
8.2.5.	Analyse Gleichgewicht	78
8.2.6.	Analyse komplexe Reaktion	79
8.2.7.	Belastung an der aeroben Schwelle (Watt/kg)	81
8.2.8.	Analyse Belastung an der anaeroben Schwelle (Watt/kg)	83
8.3.	Veränderung der Freizeitgestaltung und aktiven Betätigung jedes/jeder Einzelnen	85
8.3.1.	Analyse Schwerpunkt der Freizeitgestaltung	86
8.3.2.	Analyse Betreiben Sie derzeit Sport?	87
8.3.3.	Analyse „Welche Sportarten betreiben Sie und wie oft?“	88
8.3.4.	Erreichen der gesetzten Bewegungsziele	89
8.3.5.	Analyse Gründe für eine erfolgreiche Veränderung	90
8.3.6.	Analyse Gründe für wenig bzw. keine erfolgreiche Veränderung	92
8.3.7.	Analyse Faktoren von Wohlbefinden	93
9.	Diskussion der Ergebnisse	94
9.1.	Zusammenfassung und Vergleich mit internationalen Studien	96
9.2.	Ausblick	101
	Literaturverzeichnis	104

Auswirkungen und Erfolge von betrieblicher Gesundheitsförderung

Abbildungsverzeichnis	108
Tabellenverzeichnis:	109
Anhang	110
Lebenslauf.....	133

1. Vorwort

Fitness, Wellness und Gesundheit liegen voll im Trend und sind in der heutigen Zeit nicht mehr weg zu denken. Gesundheitsbewusstsein ist modern und Menschen in jedem Alter geben jährlich viel Geld für ihr Wohlbefinden sowie ihre Gesundheit aus. Fitnessstudios und Wohlfühlloasen boomen regelrecht. Sie versprechen einen gesünderen Lebensstil, ein gesteigertes Wohlbefinden, mehr Vitalität und Gesundheit. Jedoch nicht nur private Anbieter profitieren vom Thema Gesundheit und Prävention, auch in der öffentlichen Diskussion und im Gesundheitssystem werden diese Themen immer präsenter.

Besonders bedeutsam wurde im letzten Jahrzehnt angesichts geforderter Erhöhungen des Rentenalters, sich mehr mit der Gesundheit im Arbeitsbereich auseinanderzusetzen. Betriebliche Gesundheitsförderung ist seitdem gefragter denn je zuvor. Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention sind mittlerweile auch ein wichtiger Faktor für Menschen in der Arbeitswelt. Gesundheitsförderung hat aber nicht nur positive Effekte für die Mitarbeiter/innen, auch Unternehmen profitieren davon, denn Ausfälle von Mitarbeiter(inne)n sind teuer und kosten in vielen Fällen sowohl Geld als auch Zeit. Diese zwei Faktoren, sind in der heutigen Zeit sehr begrenzt vorhanden und sehr wertvoll. Des weiteren sind Glückliche und gesunde Mitarbeiter/innen schlichtweg produktiver.

Betriebliche Gesundheitsförderung setzt nicht nur beim Verhalten der einzelnen Mitarbeiter/innen an, sondern analysiert auch die Verhältnisse, unter denen gearbeitet wird. In vielen Konzepten steht die Ermittlung des Ist-Zustandes zu Beginn jeder betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahme. Denn nur eine umfassende Beurteilung von Stärken und Schwächen ermöglicht auch eine optimale und vor allem effiziente Festlegung von geeigneten Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit.

Viele betriebliche Gesundheitsfördermaßnahmen nehmen das konkrete Verhalten der einzelnen Mitarbeiter/innen in den Blick. Besonders beliebt sind dabei fitness- und bewegungsorientierte Angebote, die oft auch als „Mitarbeiter/innen-„Gimmie“ bezeichnet werden. Studien über die Wirkung von praktischen Bewegungsangeboten in Betrieben zeigen, dass diese Angebote (statistisch gesehen) wenig zur Reduzierung von Krankenstandstagen und der Zufriedenheit mit der Arbeit beitragen, da sie einerseits betrieblich-strukturelle Rahmenbedingungen nicht berücksichtigen und zudem selten an den konkreten Bedürfnissen und Vorerfahrungen der Teilnehmer/innen ansetzen. Vielfach fehlt es an der konkreten Zielarbeit in den Bewegungsprogrammen, die idealerweise eine fundierte Status Quo – Erhebung zu Programm-/Projektbeginn beinhaltet.

Die verschiedenen Ansätze und Interventionsstrategien von betrieblicher Gesundheitsförderung haben unterschiedlichste Inhalte und Zugänge. Die Ziele aller gesundheitsfördernden Maßnahmen, sollten jedoch die Gleichen sein. Es gilt die Gesundheit von Mitarbeiter(inne)n und somit die Lebensqualität zu steigern. Fraglich ist daher, was sind typische Auswirkungen von gesundheitsfördernden Projekten in Betrieben auf die Gesundheit der Mitarbeiter(inne)n. Weiters gilt es zu eruieren, ob Auswirkungen von gesundheitsfördernden Projekten und Interventionen auf das Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitsverhalten auf die Mitarbeiter/innen zu beobachten sind und wie sich Erfolg im Bereich betriebliche Gesundheitsförderung definiert.

2. Einleitung

Betriebliche Gesundheitsförderung kam, wie so vieles, in der Sportbranche aus den vereinigten Staaten. Mittlerweile ist dieses Thema nicht nur ein kleines weiteres Angebot für die Angestellten eines Unternehmens, es stellt vielmehr eine Unternehmensstrategie dar.

Zukunftsorientierte Unternehmen haben erkannt, dass gesunde Mitarbeiter/innen effizienter und leistungsfähiger sind. Man geht davon aus, dass eine umfassende betriebliche Gesundheitsförderung nicht nur den Erfolg des Unternehmens, sondern auch die Gesundheit, das Wohlbefinden und damit auch die Zufriedenheit der Arbeitnehmerin und des Arbeitnehmers langfristig erhöhen. Immer mehr Unternehmen haben die positiven Effekte und Auswirkungen von betrieblicher Gesundheitsförderung erkannt und steigern ihre Aktivitäten und ihr Budget im Bereich Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement.

Ziel derartiger Interventionsstrategien ist es, die Kosten und Fehlzeiten, welche aufgrund von körperlichen und seelisch-geistigen Erkrankungen resultieren, zu minimieren und damit die Produktivität zu steigern.

2.1. Problemstellung

Wie schon oben erwähnt gibt es mittlerweile unzählige Angebote für praktische Bewegungsprogramme in Unternehmen. Diese praktischen Einheiten bieten Bewegungsgelegenheiten, die meist positive gesundheitliche Auswirkungen haben, jedoch sind diese Interventionen oft nicht zielorientiert angesetzt. Eine sportwissenschaftliche- und sportmedizinische Untersuchung zur Erhebung des Ist-Zustands stellt eine Basis dar, um in darauffolgenden praktischen Bewegungseinheiten gezielt auf die Bedürfnisse und

Handlungspotenziale der einzelnen Teilnehmer/innen der jeweiligen Gruppen einzugehen und Möglichkeiten der Optimierung zu verbessern und zu optimieren. Diese körperlichen und motorischen Ansätze werden den Fokus dieser Arbeit darstellen.

Fraglich ist, welche Effekte betriebliche Gesundheitsförderungsprogramme mit sich bringen. Auf der einen Seite finden Projekte statt, welche tägliche Interventionen beinhalten und auf der anderen Seite welche, die einmal pro Woche oder sogar noch seltener eine Bewegungseinheit anbieten. Aus sportwissenschaftlicher Sicht ist bekannt, dass der Abstand der Reizsetzung nicht zu lange auseinander liegen sollte, da es ansonsten zu keinem signifikanten Anstieg der Leistungsfähigkeit kommt. Dass eine mehrmalige regelmäßige Bewegung und ein Mehr an körperlicher Aktivität positive Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit und somit auch auf die Gesundheit haben, ist wissenschaftlich bewiesen. Jedoch bleibt die Frage offen, welche Auswirkungen und Veränderungen betriebliche Gesundheitsförderung auf das Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitsverhalten der Teilnehmer/innen haben.

2.2. Forschungsfrage

Aufgrund der Auseinandersetzung und der eventuellen Veränderung des Zuganges und der Ansicht von Gesundheit, körperliche Aktivität, Lebensqualität und Wohlfühlen der Teilnehmer/innen ergeben sich folgende Forschungsfragen dieser wissenschaftlichen Arbeit:

- Welche Auswirkungen und Erfolge ermöglichen Projekte der betrieblichen Gesundheitsförderung, deren Bewegungsprogramme auf sportwissenschaftlichen Prinzipien beruhen?

- Wie verändert sich das Bewegungs- und Sportverhalten von Mitarbeiter(inne)n in einem konkreten Unternehmen, wo die Intervention auf einem sportwissenschaftlichen Assessment und einer Beratung der Teilnehmer/innen basierte?

2.3. Methodenwahl

Für diese wissenschaftliche Arbeit werden Daten eines hier anonym gehaltenen Unternehmens mit rund 680 Mitarbeiter(inne)n verwendet, in der rund 200 Mitarbeiter/innen seit 2003 alle 2 Jahre sportmotorische und gesundheitliche Tests absolvieren. Inhalt dieser Testungen sind Muskelfunktionstests oder FMS (Functional Movement Screening), welches Aussagen über den Zustand der Muskelfunktionsfähigkeit, der Dehnfähigkeit und auf Asymmetrien im Körper eingeht. Weiters werden folgende Untersuchungen durchgeführt: Lungenfunktionstest, Reaktionstest (komplexe Reaktion, Auge-Hand, Auge-Fuß), Gleichgewichtstest, Krafttest verschiedener Muskelgruppen, Ausdauerstest mit Laktat (Radergometrie) und eine anthropometrische Vermessung.

Ebenfalls werden ausgewertete Fragebögen über das sportliche Verhalten, das Ernährungsverhalten und Aussagen zur Gesundheit in die wissenschaftliche Arbeit miteinfließen, um einen mehrperspektivischen Einblick zu bekommen. Wichtige Parameter zur Beantwortung der Forschungsfragen stellen in diesem Fall vor allem folgende Indikatoren dar:

- BMI
- Körperfettanteil
- Aerobe Schwelle

- Anaerobe Schwelle
- Armkraft bzw. Oberkörperkraft
- Beinkraft
- Gleichgewicht
- Bauchkraft

Die Erhebungen im ausgewählten Unternehmen erfolgen im Abstand von 2 Jahren. Zwischen diesen Untersuchungen werden praktische Einheiten angeboten, diese sind jedoch nicht verpflichtend und werden nur von einem geringen Prozentsatz der Mitarbeiter/innen im Betrieb in Anspruch genommen. Die Einheiten im Ausmaß von 60 Minuten finden durchschnittlich einmal pro Woche statt. Aus sportwissenschaftlicher Sicht ist daher anzunehmen, dass aufgrund der geringen Dauer (Faustregel: mindestens 14 Wochen durchgängig o.ä.) keine Anpassungs- oder Trainingseffekte erwartbar sind.

Die Bewegungsangebote im Unternehmen sind vielmehr als Anregung dafür gedacht, verschiedene Bewegungs- und Sportmöglichkeiten aufzuzeigen und dann selbst aktiv zu werden. Sie dienen v.a. sportlich unerfahrenen Teilnehmer(inne)n neue Inhalte kennenzulernen, Prinzipien eines zielgerichteten Trainings zu erfahren und mögliche Fragen konkret mit den Trainer(inne)n besprechen zu können.

2.4. Gliederung der Arbeit

Dass sich diese Arbeit mit dem Thema betriebliche Gesundheitsförderung beschäftigt, werden in den ersten Kapiteln die Begriffe Gesundheit, Salutogenese, Krankheit, Prävention und andere Begrifflichkeiten geklärt, da diese eine begriffliche Grundlage darstellen.

Im Kapitel 4.3. wird die, von der WHO eingeführte, Ottawa-Charta präsentiert und diskutiert. Die Bedeutung der Ottawa-Charta ist nicht zu unterschätzen. Sie hat geholfen das Verständnis von Gesundheit und Prävention zu verbessern. „Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben.“ *Dort, wo sie arbeiten*, ist die Gesundheit zu schaffen. Diese Aussage von 1986 stellt eine ganz zentrale Aufgabe an die verschiedenen Ebenen, die daran beteiligt sind, dar und sorgt dafür, dass diese Charta eine wesentliche Rolle in dieser Arbeit spielt. (WHO, 1986)

Anschließend wird der Begriff „betriebliche Gesundheitsförderung“ genauer unter die Lupe genommen. Da am Arbeitsplatz gesundheitsbeeinträchtigende Tätigkeiten vorzufinden sind, „ergeben sich grundsätzlich die Verpflichtungen und auch die Notwendigkeit von Prävention und Gesundheitsförderung im Betrieb.“ (Lindstedt, 2008, S. 160) Ein zentrales Thema dieser Arbeit ist natürlich das Aufzeigen der Belastungen, die Reduzierung der Krankenstände und Fehlzeiten, sowie die Möglichkeiten der Unternehmungen diese positiv zu beeinflussen.

Wie man sich schon vorstellen kann, hat nicht nur der jeweilige Betrieb Nutzen von betrieblicher Gesundheitsförderung, sondern auch jede/r Einzelne profitiert von gesundheitsförderlichen und präventiven Maßnahmen. Diesem Thema widmet sich diese Arbeit ab Kapitel 5.3. Die Unternehmungen sind vor allem interessiert an der Gegenüberstellung der Kosten zu dem Nutzen. „Die Kosten-Nutzen-Analyse ist ein Verfahren zur Feststellung der Wirtschaftlichkeit bzw. zum Ertragsvergleich von Investitionen ...“ (Helmenstein et al. , 2004, S. 11) So werden in diesem Kapitel die Kosten und dem Nutzen gegenübergestellt und resultierende Einsparungen diskutiert.

Einen kurzen geschichtlichen Rückblick und Werdegang der betrieblichen Gesundheitsförderung gibt es ab dem Kapitel 5.4. Anschließend wird betriebliche Gesundheitsförderung, die sich in Österreich erst sehr spät etablierte, im internationalen

Vergleich diskutiert und die verschiedenen internationalen Zugänge aufgezeigt und besprochen.

Im empirischen Teil werden anfangs das Projekt, die Methode sowie die Inhalte beschrieben. Anschließend werden die einzelnen sportmotorischen Tests, die die am Programm teilnehmenden Mitarbeiter/innen 2009 und 2011 durchgeführt haben, genauer erklärt und deren Klassifizierung aufgezeigt. In Folge werden die Ergebnisse der jeweiligen Testungen dargestellt, miteinander verglichen und diskutiert. Ein weiterer sehr interessanter Punkt (ab Kapitel 8.3.) ist die Auswertung des Fragebogens, den die Probanden jeweils vor der Testung ausgefüllt haben.

Abschließend werden die Ergebnisse des empirischen Teils gesammelt diskutiert und mit dem theoretischen Teil und internationalen Studien verglichen. Auf Grundlagen dieser Vergleiche werden im Kapitel 9.2. Ausblicke sinnvolle Veränderungen der Methoden und Zugänge aufgezeigt.

THEORETISCHER TEIL

3. Begriffserklärung

3.1. Gesundheit

Gesundheit ist ein im Alltag sehr häufig verwendeter Begriff. Gesundheit stellt heute ein Schlagwort in vielen Branchen dar und dient zunehmend auch als Marketingschlagwort. Ob Dienstleistungen oder Güter, mit dem Begriff gesund lassen sich Umsätze vielfach steigern.

Grundsätzlich ist Gesundheit ein Begriff, der sehr schwer zu definieren ist. In der Literatur gibt es unzählige Definitionen aus verschiedenen Wissenschaftsgebieten. Diese verschiedenen Fachgebiete haben natürlich verschiedene Zugänge und Auffassungen, was gesund-sein und Gesundheit anbelangt. Disziplinen wie Medizin, Philosophie, Soziologie, Psychologie, Psychiatrie etc. beschäftigen sich mit dem Thema Gesundheit als Forschungsgegenstand. Der Zugang dazu ist meist unterschiedlich. Störungsfreiheit, Leistungsfähigkeit, Rollenerfüllung (Sozialwissenschaften), Wohlbefinden, Anpassung, und Flexibilität sind nur ein Auszug der wichtigsten unterschiedlichen Zugänge. (vgl. Bengel et al., 2001)

Die WHO, zum Beispiel, definiert den Begriff Gesundheit 1946 noch folgendermaßen: "Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht die bloße Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen." (Definition der Weltgesundheitsorganisation WHO vom 22. Juli 1946)

Wie man schon aus dieser Definition erkennen kann, geht es bei dem Begriff Gesundheit nicht um das reine Freisein von Krankheiten, sondern vielmehr das körperliche-, geistige, und nicht zuletzt soziale Wohlbefinden eines Menschen. Auch wenn diese Definition den Begriff ganzheitlich betrachtet, gilt sie mittlerweile als altmodisch, da sie vielfach als unrealistisch betrachtet wird. Denn, laut dieser Definition ist die Gesundheit ein punktueller und aktueller Zustand, heute wird Gesundheit aber viel mehr als Prozess angesehen. Laut Becker (2006, S. 16,) fehlen in dieser Definition der WHO mehrere wichtige Faktoren, die nicht zu vernachlässigen sind:

- Leistungsfähigkeit, Kompetenzen und Anforderungsbewältigung
- Anpassung
- Funktionstüchtigkeit von Organen

Auf individueller Ebene finden sich viele individuelle Sichtweisen von Lebensqualität, welche mit der Gesundheit des/der Einzelnen im Zusammenhang steht: So ist für den

einen Gesundheit „das Erfüllen seiner sozialen Aufgabe“, für den Anderen „das Wohlbefinden“ und für Dritte wiederum „das Freisein von krankheitsbedingten Einschränkungen“. Diese verschiedenen Ansichten können sich aber durchaus überschneiden.

Wie man an diesen unterschiedlichen Zugängen erkennen kann, gibt es positive als auch negative Zugänge zum Gesundheitsbegriff. Naidoo und Willis (2003) beschreiben die negative Sichtweise von Gesundheit mit Abwesenheit einer Krankheit oder Leiden. Positiv gewendet wird Gesundheit als ein Zustand des Wohlbefindens definiert. Im Gegensatz zur klassischen Betrachtungsweise, „welche lediglich die Abwesenheit von Krankheit als Ziel definiert“ (Helmenstein, 2004, S. 3), gibt es in der salutogenetischen (vgl. Abschnitt 3.1.1.) Orientierung keine eindeutige Zuordnung. Der Mensch ist dort nicht eindeutig „gesund“ oder „krank“, sondern „mehr oder weniger“ gesund oder krank. (vgl. Bengel et al., 2001)

Die Wichtigkeit der Gesundheit von Menschen hat sich in den letzten Jahrzehnten drastisch verändert. Betrachtet man die zunehmende Lebenserwartung, so will jeder Mensch von dieser längeren Zeit auch mehr Zeit als gesunder Mensch verbringen. Um dieser steigenden Lebensqualität gerecht zu werden und das soziale Netzwerk aufrecht zu erhalten, muss jeder/jede Einzelne mehr Zeit bzw. mehr Jahre beruflich tätig sein, um der Sozialität nicht zum Opfer zu fallen und selbstständig lebensfähig zu bleiben. Betrachtet man wiederum diese Aufgabe, so ist die Gesundheitsförderung laut unzähligen Autor(in)en ein Thema, welches die Gegenwartsgesellschaften betrifft.

Im alltäglichen Leben und vor allem im Berufsleben, versteht Naidoo und Willis (2003) unter Gesundheit oft psychophysische Fitness und Leistungsfähigkeit. Auch dieser Ansatz ist ein punktueller Ansatz und stellt eine Momentaufnahme dar. (vgl. Naidoo & Willis, 2003)

Gesundheit wird oftmals auch über das Fehlen von Krankheiten in der Literatur definiert. Lauterbach (2005) beschreibt Gesundheit als „das Normale“ (bzw. „nicht krankhafte“) Befinden, Aussehen und Verhalten, sowie das Fehlen von der Norm abweichender ärztlicher Befunde.“ Um den Begriff Gesundheit über das Fehlen von Krankheiten oder das Abweichen der Norm zu definieren, muss man auch den Begriff krank und Krankheit genauer betrachten.

Zusammenfassend zeigt sich wie vielfältig der Begriff Gesundheit gesehen wird und dass es unzählige Zugänge und Definitionen gibt. Im Vergleich dazu fällt es den Wissenschaftler(inne)n oft leichter, den Begriff „Krankheit“ zu definieren. (vgl. Abschnitt 3.2.)

3.1.1. Salutogenese

Salutogenese ist ein Begriff, der von Aaron Antonovsky gebildet wurde. Er setzt sich zusammen aus den Wörtern salus, was soviel wie Gesundheit bedeutet und genesis was als Entstehung beschrieben werden kann. (vgl. Lauterbach et al., 2005)

Antonovsky definiert in seinem Modell nicht den Begriff Gesundheit. „Er sei nicht an der Erklärung von Gesundheit als absolutem oder idealistischem Konzept interessiert, da dies nicht den realen Gegebenheiten entspräche. Zudem erfordere eine Gesundheitsdefinition immer die Festlegung von Normen und beinhalte damit die Gefahr, andere Menschen an Werten zu beurteilen, die für sie gar nicht zuträfen.“ (Bengel et al., 2001, S. 28)

Es geht also nicht darum, dass Menschen als krank oder gesund betrachtet werden können, sondern Gesundheit stellt viel mehr ein labiles und aktives Geschehen dar. (vgl. Bengel et al., 2001)

„Salutogenese bedeutet für Antonovsky nicht nur die Kehrseite einer pathogenetisch orientierten Sichtweise. Pathogenetisch denken heißt, sich mit der Entstehung und Behandlung von Krankheiten zu beschäftigen. Salutogenese bedeutet nicht das Gegenteil in dem Sinne, dass es nun um die Entstehung und Erhaltung von Gesundheit als einem absoluten Zustand geht. Salutogenese meint, alle Menschen als mehr oder weniger gesund und gleichzeitig mehr oder weniger krank zu betrachten.“ (Bengel et al., 2001, S. 24)

3.2. Der Krankheitsbegriff

„Im Gegensatz zum Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation findet sich kein allgemeiner Krankheitsbegriff, der auf große Zustimmung stößt. Vielmehr konkurrieren verschiedene Krankheitsbegriffe miteinander, die in unterschiedlichen theoretischen Kontexten und Krankheitsmodellen verankert sind bzw. für unterschiedliche gesellschaftliche Zwecke entwickelt wurden.“ (Becker, 2006, S. 20)

Becker (2006) zählt verschiedene Elemente von unterschiedlichen Krankheitsdefinitionen auf:

- Funktionsbeeinträchtigung / Funktionsstörung
- Morphologische Abweichung
- Notwendigkeit therapeutischer Maßnahmen / Hilfsbedürftigkeit
- Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit, Anforderungsbewältigung, Arbeitsfähigkeit, Erwerbsfähigkeit
- Normabweichung / Regelwidrigkeit
- Beeinträchtigung des Wohlbefindens (Leiden)
- Beeinträchtigung der Anpassungsfähigkeit / Überlebenstüchtigkeit

Auswirkungen und Erfolge von betrieblicher Gesundheitsförderung

Wie man schon an diesen ausgearbeiteten Elementen erahnen kann, gibt es unterschiedlichste Ansätze und Auffassungen, was den Begriff Krankheit anbelangt.

Elemente von Krankheitsdefinitionen:

- (A) Funktionsbeeinträchtigung/Funktionsstörung
- (B) Morphologische Abweichung
- (C) Notwendigkeit therapeutischer Maßnahmen/Hilfsbedürftigkeit
- (D) Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit, Anforderungsbewältigung, Arbeitsfähigkeit, Erwerbsfähigkeit
- (E) Normabweichung/Regelwidrigkeit
- (F) Beeinträchtigung des Wohlbefindens (Leiden)
- (G) Beeinträchtigung der Anpassungsfähigkeit/Überlebenstüchtigkeit

A + B

- (1) „Krankheit kann definiert werden als Vorliegen objektiv gemessener pathophysiologischer Prozesse wie hoher Blutdruck, nachgewiesene organische Krankheit oder Tod.“ (Wiebe & Smith, 1997, S. 896. Übersetzung des Verfassers).

A + B + C

- (2) „Das mit [...] dem Aufkommen einer naturwissenschaftlich orientierten Medizin entstandene ätiologische Krankheitsverständnis stützt sich auf folgende grundsätzliche Feststellungen: Jede Krankheit besitzt eine spezifische Ursache. Jede Krankheit zeichnet sich durch eine bestimmte Grundschädigung aus, die entweder in der Zelle oder im Gewebe lokalisiert ist oder in der Fehlsteuerung der mechanischen oder biochemischen Abläufe besteht. Krankheiten haben typische äußere Zeichen (Symptome) und können daher durch wissenschaftlich geschultes Personal erkannt werden. Krankheiten haben beschreibbare und vorhersehbare Verläufe; sie verschlimmern sich ohne medizinische Intervention.“ (Tietze & Bartholomeyczik, 1993, S. 139).

A + B + D + E + F

- (3) „Krankheit, komplementärer Begriff zur Gesundheit: Einschränkungen oder Störungen der normalen organischen Funktionen des Organismus oder der spezifisch-menschlichen (bzw. tierischen) psychischen Leistungen; morphologische Abweichungen vom normalen Körperbau; Zustand des körperlichen oder seelischen Unwohlseins bzw. Leidens. Die Anwendung des Begriffes Krankheit ist uneinheitlich.“ (Meyer, 1980, S. 302).

A + B + G

- (4) „Im Gegensatz zum Krankheitszustand definieren wir Krankheit anders – als Behinderung oder Einwirkung durch eine Komponente der Gesamtstruktur oder Funktion, die die Anpassungsfähigkeit der Person beeinträchtigt oder nicht beeinflusst bzw. sich auf seine Überlebenstüchtigkeit zu einem bestimmten Zeitpunkt auswirkt.“ (Weiner, 1983, S. 17).

A + C

- (5) „Krank ist der Mensch, der wegen des Verlustes des abgestimmten Zusammenwirkens der physischen oder psychischen oder psycho-physischen Funktionsglieder des Organismus subjektiv (oder-und) klinisch (oder-und) sozial hilfsbedürftig wird.“ (Rothschuh, S. 417).

A + C

(6) „Krankheit ist im engeren medizinischen Sinn Behandlungs- und/oder Pflegebedürftigkeit. Sie ist definiert durch das Vorhandensein von subjektiv empfunden bzw. objektiv feststellbaren körperlichen, geistigen oder seelischen Veränderungen bzw. Störungen.“ (Franzkowiak, 2003, S. 138).

A + C + D + E

(7) „Krankheit. 1. Störung der Lebensvorgänge in Organen oder im gesamten Organismus mit der Folge von subjektiv empfundenen bzw. objektiv feststellbaren körperlichen, geistigen bzw. seelischen Veränderungen; 2. im Sinne der sozialversicherungs- und arbeitsrechtlichen Gesetze der regelwidrige Körper- oder Geisteszustand, der in der Notwendigkeit einer Heilbehandlung [...] oder der Arbeitsunfähigkeit wahrnehmbar zutage tritt; 3. begriffliche Bezeichnung für eine definierbare Einheit typischer ätiologischer, morphologischer, symptomatischer, nosologisch beschreibbarer Erscheinungen, die als eine bestimmte Erkrankung verstanden wird.“ (Pschyrembel, 2002, S. 904).

A + C + D + F

(8) „Krankheit (Zusammenbruch) ist jeder Zustand oder jede Bedingung des menschlichen Organismus, die von dem Individuum als [...] schmerzhaft und als [...] beeinträchtigend erlebt wird, soweit sie die Ausübung der vom Individuum als angemessen betrachteten Lebensaktivitäten betrifft. Sie würde von Gesundheitsexperten als ein (akuter oder chronischer, leichter oder schwerer [...]) Zustand definiert werden, der nach ihrer Auffassung (mehr oder weniger intensive [...]) therapeutische Maßnahmen erfordert.“ (Antonovsky, 1979, S. 65; leicht verkürzte Übersetzung des Verfassers).

A + D

(9) „Krankheit im allgemeinen Sinne bezeichnet einen bestimmten Zustand unwillkürlich gestörter Lebensfunktionen eines Individuums, der eine Zeitdimension aufweist – Beginn und Verlauf – und in der Regel eine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit (Fähigkeit zur Bewältigung konkreter Lebensaufgaben) zur Folge hat.“ (Häfner, 1983, S. 232).

B + C + D + E

(10) „Eine Krankheit liegt im versicherungsrechtlichen Sinne vor [...], wenn ein nach ärztlichem Urteil anomaler körperlicher oder geistiger Zustand besteht, dessen Eintritt die Notwendigkeit der Heilbehandlung oder (bzw. ausschließlich) eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.“ (Haring & Leickert, 1968, S. 342).

B + D + E

(11) „In der Gesetzlichen Rentenversicherung ist Krankheit ein regelwidriger körperlicher oder geistiger Zustand, der eine Erwerbsminderung bis hin zur Erwerbsunfähigkeit zur Folge hat – gleichgültig, ob ein/e Versicherte(r) behandlungsbedürftig ist oder nicht.“ (Franzkowiak, 2003, S. 138).

D + F

(12) „Krankheit ist das Stadium des Ungleichgewichtes von Risiko- und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen die Bewältigung von inneren und äußeren Anforderungen nicht gelingt: In diesem Stadium erfährt der Mensch eine (akute oder dauerhafte) Beeinträchtigung seines Wohlbefindens und seiner Lebensfreude.“ (Hurrelmann, zit. nach Franzkowiak, 2003, S. 140).

E
(13) „Krankheiten sind demnach Abweichungen von einem ‚Normalzustand Gesundsein‘ auf die durch die Verwendung des Labels ‚krank‘ oder einer speziellen Krankheitsbezeichnung – in der Forschung durch vorläufige Hypothesenbildung, in der Praxis durch eine Diagnosestellung – eine bestimmte Sichtweise, nämlich das Krankheitsparadigma, angewendet wird.“ (Schulte, 1990, S. 30). „Das Krankheitsparadigma nimmt also die folgende Verursachungskette an: Ursache – Defekt (in der Person gelegen) – Erscheinungsbild – Folgen, mit anderen Worten: Krankheitsursache – Krankheit – Kranksein – Krankenrolle“ (Schulte, 1990, S. 29).

Abb1: Krankheitsdefinitionen. (Quelle: Becker, 2006, S. 21-23)

4. Prävention und Gesundheitsförderung

Obwohl diese beiden Begriffe im Alltag oft ident verwendet werden, kann man sie in der Wissenschaft klar voneinander abgrenzen. Den zentralen Zugangspunkt des Begriffes Prävention stellt der Begriff Krankheit dar, im Gegensatz zum Begriff Gesundheitsförderung, der auf dem Begriff Gesundheit aufbaut. Beide jedoch beschreiben einen Prozess, bei dem der Mensch die zentrale Rolle inne hat und befähigt ist, seine Gesundheit aktiv zu beeinflussen und diese zu gestalten bzw. zu stärken. Der Ausgangspunkt dieser beiden Begriffe ist jedoch dasselbe, die Gesundheit. (vgl. Bengel et al. 2001)

4.1. Prävention

Ziel der Prävention ist das „Zuvorkommen (lat. Prävention) bzw. das vorzeitige Verhindern von Krankheiten. Prävention setzt aber nicht nur rein vor der Erkrankung an, sondern hat drei verschiedene Handlungsfelder: (vgl. Bengel et al., 2001)

4.1.1. Primäre Prävention

Primäre Prävention setzt vor der Krankheitsentstehung an, um diese vorzeitig zu verhindern. In diesem Fall ist es zu noch keiner Erkrankung gekommen. Es werden somit vollkommen gesunde Menschen „behandelt“. Die Zielgruppe dieses Ansatzes ist somit die gesunde Bevölkerung, die durch einfache Maßnahmen wie Aufklärung und Informationsweitergabe gesund gehalten werden soll. (vgl. Bengel et al., 2001)

4.1.2. Sekundäre Prävention

Sekundäre Prävention setzt im Krankheitsstadium an und verhindert das weitere fortschreiten dieses Stadiums. Ziel ist es somit, die Krankheit nicht weiter fortschreiten zu

lassen. Krankheiten sollen in diesem Ansatz möglichst früh erkannt werden und mit einer zeitlich nahen Therapie behandelt werden. Risikogruppen werden stetig im Auge behalten, um die möglichen Auswirkungen so früh wie möglich zu erkennen und dementsprechend früh entgegen wirken zu können (z.B.: Bluthochdruckpatient(inn)en). Die Zielgruppe dieser Art von Prävention leidet somit schon an einer gewissen Erkrankung. Ziel ist es, diese Erkrankung nicht fortschreiten zu lassen und somit die Lebensqualität der/s Erkrankten so hoch wie möglich zu halten. (vgl. Bengel et al., 2001)

4.1.3. Tertiäre Prävention

Tertiäre Prävention zielt laut Bengel et al., bei bestehendem Krankheitsstadium, auf die Rückerlangung der Gesundheit ab. Die Zielgruppe dieses Ansatzes ist somit in einem verfestigten Krankheitsstadium. Es soll verhindert werden, dass sich das vorhandene Krankheitsstadium weiter verschlechtert und eventuelle Risiken weiterer Erkrankungen entstehen. Ziel ist es, durch verschiedene Maßnahmen, die Erkrankung so erträglich wie nur möglich zu machen und somit die Lebensqualität so hoch wie möglich zu halten. (vgl. Bengel et al., 2001)

4.2. Gesundheitsförderung

Die Gesundheitsförderung wird von der WHO (1986) folgendermaßen definiert:

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

sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünder Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden hin... Gesundheitsförderung ist auf Chancengleichheit auf dem Gebiet der Gesundheit gerichtet. Gesundheitsförderndes Handeln bemüht sich darum, bestehende soziale Unterschiede des Gesundheitszustandes zu verringern sowie gleiche Möglichkeiten und Voraussetzungen zu schaffen, damit alle Menschen befähigt werden, ihr größtmöglichstes Gesundheitspotential zu verwirklichen.“ (WHO, 1986)

Die Gesundheitsförderung, sowie oben definiert, zielt somit auf das Recht von Gesundheit jeder/s Einzelnen ab. Das bedeutet, alle sollen die gleichen Chancen auf Gesundheit haben. Jedoch muss dieses auch selbst verwirklicht werden. Maßnahmen der Gesundheitsförderung zielen somit auf die gesamte Bevölkerung ab und nicht auf spezielle Risikogruppen.

Diese Maßnahmen können mitunter sehr allgemein und leicht umsetzbar sein. Beispiele könnten sein:

- Die Förderung von gesunder Lebensweisen durch unterschiedlichste Maßnahmen
- Leichter und verbesserter Zugang zu den Gesundheitsdiensten und -Einrichtungen
- Entscheidungsfähigkeit über die eigene Gesundheit
- Verbesserte Möglichkeit die Gesundheit zu fördern bzw. „gesund zu leben“
- Information und Aufklärung über Körper, Funktionen und Erhaltung der Gesundheit.

(vgl: Naidoo & Wills, 2003, S. 71)

Auswirkungen und Erfolge von betrieblicher Gesundheitsförderung

In der folgenden Tabelle (Abbildung2) sind die Abgrenzungen der einzelnen Begrifflichkeiten sehr gut veranschaulicht:

	1. Gesundheitsförderung	2. Primäre Prävention	3. Sekundäre Prävention	4. Tertiäre Prävention
Ansatzpunkt	Zur Steigerung der Gesundheitspotenziale ohne Risiko- und Krankheitsbezug, in Settings	Zur Risikoreduktion vor Krankheitsbeginn	Im Krankheitsstadium	Nach akuter Krankheitsbehandlung
Gesundheitsbegriff	Umfassender Gesundheitsbegriff (biopsychosozial)	A) Umfassender Gesundheitsbegriff (biopsychosozial) B) Biomedizinischer Gesundheitsbegriff	Biomedizinischer Gesundheitsbegriff	Biomedizinischer Gesundheitsbegriff
Zielgruppe	Bevölkerungsgruppen (soziale Gruppen)	A) Individuen (Einzelpersonen) B) Bevölkerungsgruppen (soziale Gruppen)	Individuen (Patient/inn/en)	Individuen (Rehabilitand/inn/en)
Maßnahmenorientierung	Ressourcensteigernd Verhältnisändernd Verhaltensändernd	Risikosenkend Verhaltensändernd Verhältnisändernd	Kurativ	Rezidivprophylaktisch Rehabilitativ Palliativ

Abb2: Abgrenzung der Begriffe Gesundheitsförderung und Prävention nach dem Fonds Gesundes Österreich. (Fonds Gesundes Österreich (2008), S. 11)

4.3. Ottawa-Charta

Als Basis für Definition und Weiterentwicklung des Begriffes Gesundheitsförderung dient die Ottawa-Charta, welche 1986 von der WHO erstellt wurde. Sie besagt nicht nur, dass „Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Öko-System, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit“ grundlegende Bedingungen der Gesundheit darstellen, sondern nennt auch Möglichkeiten um Gesundheit weiter zu fördern:

- Eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik entwickeln
- Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen
- Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen
- Persönliche Kompetenzen entwickeln
- Die Gesundheitsdienste neu orientieren

(vg.: WHO, 1986)

Weiters ist in der Ottawa-Charta (WHO, 1986) folgende Aussage zu finden: „Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben.“ *Dort, wo sie arbeiten*, ist die Gesundheit zu schaffen. Diese Aussage von 1986 stellt eine ganz zentrale Aufgabe an die verschiedenen Ebenen, die an daran beteiligt, dar. Die betriebliche Gesundheitsförderung gilt somit als zentraler Punkt und Anliegen der Ottawa-Charta der WHO. Gesundheitsförderung und vor allem die betriebliche Gesundheitsförderung haben mit der Entstehung der Ottawa-Charta 1986 an Ansehen und Wertigkeit massiv dazu gewonnen. Mit der Verabschiedung der Bangkok Charta für Gesundheitsförderung 2005 wurde nochmals auf die Dringlichkeit des Themas hingewiesen. (vgl. WHO, 1986) (vgl. WHO, 2005)

„Die Bangkok Charta betont nachdrücklich, dass strategische Orientierungen und Partnerschaften, die zum Empowerment von Gemeinschaften sowie zur Verbesserung der Gesundheit und der gesundheitlichen Chancengleichheit beitragen, im Zentrum weltweiter und nationaler Entwicklungen stehen sollten.“

(WHO, Bangkok Charta für Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt, S. 1)

Die Bangkok Charta versteht sich als Erweiterung der 1986 verabschiedeten Ottawa-Charta, geht jedoch auf die Anforderung und Möglichkeiten der modernen Zeit ein. Man kann sie als Update sehen. In der Niederschrift wird die betriebliche Gesundheitsförderung ausdrücklich als „Verpflichtung zur Gesundheit für Alle“ erwähnt: „Gesundheitsförderung muss ein Verantwortungsbereich guter Unternehmensführung werden“. (vgl. WHO, 2005)

Pelikan (1993) betrachtet den Begriff auf Grund dieser Ottawa Charta „als eine Strategie, die gleichermaßen auf die Stärkung individueller Gesundheit- bzw. Bewältigungskompetenzen, als auch auf die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen zielt.“ (Lindstedt, 2008, S. 156) Also auch als ein Prozess, welcher auf die gesamte Menschheit abzielt und nicht nur auf bestimmte Risikogruppen. Gesundheitsförderung soll einen Lernprozess darstellen, „in dessen Verlauf und durch dessen aktive Mitgestaltung (Partizipation) allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung (Kontrolle) über die eigene Gesundheit ermöglicht werden soll und sie damit befähigt werden, zur Stärkung der eigenen Gesundheit aktiv beizutragen.“ (Pelikan et al. 1993, S. 79)

5. Betriebliche Gesundheitsförderung

Wie schon in den vorigen Kapiteln erwähnt, ist die betriebliche Gesundheitsförderung laut WHO eine zentrale Aufgabe. Die WHO beschreibt aber nicht in welcher Form betriebliche Gesundheitsförderung stattfinden soll. „The World Health Organization does not have a definition for workplace health promotion and takes a boarder approach by defining a healthy workplace as one that consider the following:

- Health and safety concerns in the physical work environment
- Health, safety and wellbeing concerns in the psychosocial work environment, including organizations of work and workplace culture
- Health promotion opportunities in the workplace
- Ways of participating in the community to improve the health of workers, their families and other members of the community.“

(Kirsten, 2012, xviii)

Da die berufliche Tätigkeit mitunter gesundheitsbeeinträchtigend sein kann – in welcher Form auch immer – „ergeben sich grundsätzlich die Verpflichtung und auch die Notwendigkeit von Prävention und Gesundheitsförderung im Betrieb.“ (Lindstedt, 2008, S. 160). Es muss also ein vorrangiges Ziel des Arbeitgebers sein, diese Belastungen, welche negativen Einfluss auf die Lebensqualität der Mitarbeiter/innen haben, aktiv entgegen zu wirken. Natürlich steht der einzelne Mensch als Individuum ganz klar im Vordergrund, betriebliche Gesundheitsförderung hat jedoch auch positive Auswirkungen auf den Betrieb. Die Gesundheit der Mitarbeiter/innen steigert die Produktivität und vor allem auch die Qualität. Dies wiederum hat positiven Einfluss auf die Wirtschaftlichkeit eines Unternehmens. Badura (2003) definiert betriebliche Gesundheitsförderung wie folgt: „Betriebliches Gesundheitsmanagement dient in erster Linie dem Wohlbefinden und der Gesundheit der Beschäftigten.“ Dieses Wohlbefinden und die Gesundheit beeinflusst auch, laut Badura, die Motivation und die Leistungsfähigkeit und führen so zu mehr Produktivität und Qualität. „Hierbei wird deutlich, dass gesundheitsförderliche Maßnahmen im Betrieb sowohl Interessen der Arbeitnehmer, als auch die der Arbeitgeber vertreten.“ (Lindstedt,

2008, S. 162). Die folgende Abbildung veranschaulicht die Überschneidungen von den Interessen sowohl von Arbeitgeber als auch Arbeitnehmer sehr gut.

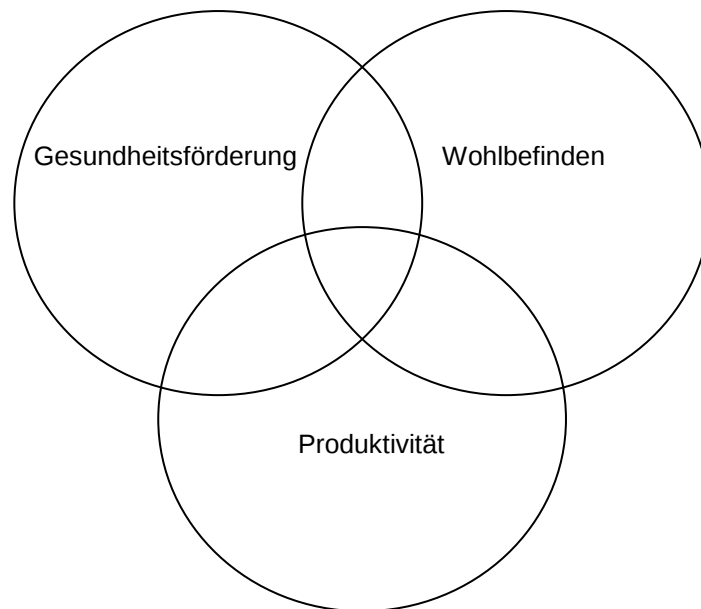


Abb3: Interessenüberschneidung nach Lindstedt (Lindstedt, 2008, S. 163).
(vgl. Badura, 2003)

Blickt man in die Zukunft, so wird das Thema betriebliche Gesundheitsförderung noch interessanter und wichtiger für Unternehmen werden. Aufgrund der Abnahme der Geburtenzahl in Österreich wird auch das Potenzial von Arbeitskräften geringer. Genau diese Schlussfolgerung macht betriebliche Gesundheitsförderung zunehmend bedeutender. Es muss im Interesse eines Unternehmens sein, „dass ihre Beschäftigten gesund bleiben und erfahrene ältere Beschäftigte länger an den Betrieb gebunden werden.“ (Lindstedt, 2008, S. 163)

Kirsten (2012, S. xiv) stellt folgende Statistik in den Vordergrund: „According to the WHO (2008), noncommunicable diseases causes 38 million death annually (70% of all global deaths when adding injuries).“ Diese Sterbezahlen sollen in den nächsten Jahrzehnten um weitere 17 Prozentpunkte steigen. Schuld daran sind vor allem Rauchen, ungesunde

Ernährung, Bewegungsmangel und übermäßiger Konsum von Alkohol. Dies wird nicht nur in „high income countries“, sondern auch in „low- and middle income countries“ eintreten. „In light of the aging trend in many countries, the chronic disease profile will become even more pronounced and create a growing challenge for international organizations, national governments, and employers alike.“ (Kirsten, 2012, S. xiv)

5.1. Gesundheitliche Belastungen am Arbeitsplatz

Es gilt als anerkannt, dass die berufliche Tätigkeit und das Unternehmen, Auswirkungen auf die Mitarbeiter/innen haben. „Zwar bietet die Arbeitswelt zahlreiche gesundheitliche Risiken (wie Lärm, Hitze, Staub, gefährliche Arbeitsstoffe oder psychomentele Belastungen), gleichzeitig bietet die Arbeit aber auch die Möglichkeiten der Selbstentfaltung, der Persönlichkeitsentwicklung und des Wohlbefindens.“ (Bamberg, 1998, S. 19) Am Arbeitsplatz ist man aber nicht nur physischen Belastungen ausgesetzt, sondern oft auch psychischen Belastungen. „Aus arbeitspsychologischer Perspektive stehen der Mensch und die Arbeit in einer Wechselbeziehung, in der die Arbeit belastend auf den Menschen einwirkt, der Mensch jedoch die Fähigkeit besitzt, sich mit dieser Belastung auseinander zu setzen.“ (Helmenstein et al., 2004, S. 4).

Die Belastungen für die Mitarbeiter/innen differieren sehr stark und hängen von Position und Tätigkeit ab. Eine aussagekräftige Statistik wird im Jahrbuch der Gesundheitsstatistik veröffentlicht und beschrieben:

„...“Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme“ der Arbeitskrafterhebung 2007: Rund 2,4 Mio. Erwerbstätige (911.000 Frauen und 1.490.000 Männer) waren zum Befragungszeitpunkt am Arbeitsplatz einer physischen und/oder psychischen Belastung ausgesetzt, was etwa 60% aller Erwerbstätigen entsprach. Frauen waren

seltener als Männer von belastenden Arbeitsbedingungen betroffen (51% bzw. 67%). Vier von zehn erwerbstätigen Frauen (41%) und mehr als die Hälfte der Männer (55%) gaben an, unter physischen Belastungsfaktoren zu leiden, fast jede dritte Frau (30%) und vier von zehn Männern (38%) klagten über psychisch belastende Faktoren.“

(Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2011, 2012, Statistik Austria, Verlag Österreich GmbH; S. 62)

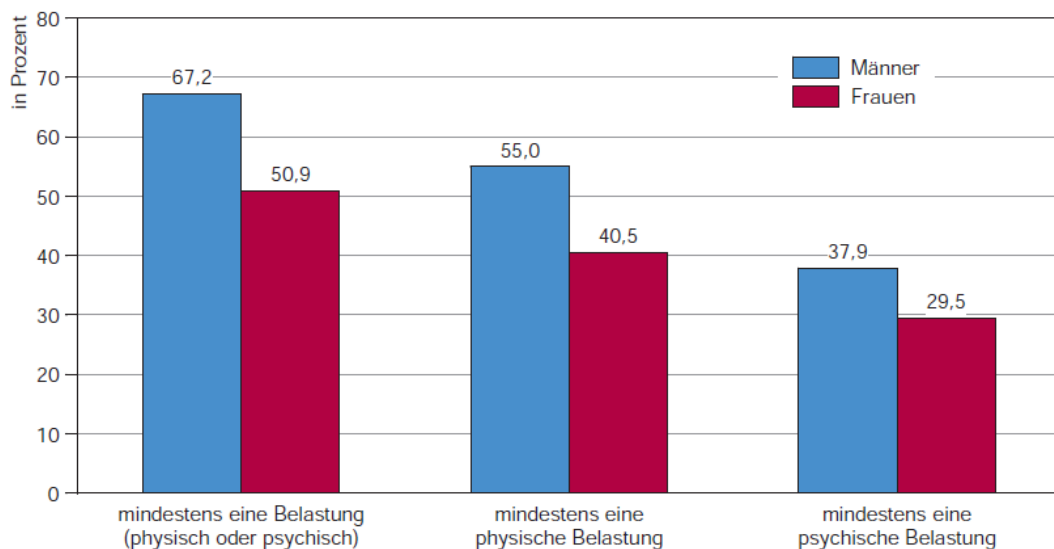


Abb4.: Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz (STATISTIK AUSTRIA, Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung Ad-hoc-Modul 2007 „Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme“)

Die stärkere Vertretung der Männer in Abb3 ist darauf zurück zu führen, dass mehr Männer in der Industrie arbeiten und somit in Betrieben und innerhalb der Arbeitswelt durchschnittlich körperlich anstrengendere Arbeit verrichten. In der Industrie ist die/der Mitarbeiter/in nicht nur körperlichen Belastungen, sondern auch Schmutz-, Staub-, Lärm- usw. ausgesetzt. Deshalb ist wie in der Abbildung zu sehen auch die physische Belastung bei Männern höher als bei Frauen.

(vgl. Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2011, 2012)

„Die Unterschiede zwischen Männern und Frauen hinsichtlich der psychischen Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz sind zum überwiegenden Teil darauf zurückzuführen, dass hoch qualifizierte und führende Tätigkeiten, Tätigkeiten als Facharbeiter, Vorarbeiter oder Meister in besonderem Maße von Zeitdruck oder Überbeanspruchung begleitet sind – Tätigkeiten, in denen häufiger Männer arbeiten.“

(Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2011, 2012, Statistik Austria, Verlag Österreich GmbH; S. 63)

Der Unterschied in der psychischen Belastung ist laut Statistik Austria darauf zurück zu führen, dass mehr Männer als hochqualifizierte und hochspezialisierte Fachkräfte tätig sind. Menschen mit Positionen dieser Art haben oft große Verantwortung zu tragen und sind oftmals Stress und Zeitdruck ausgesetzt. Auf der anderen Seite sind Frauen eher Opfer von Mobbing, Androhung von Gewalt und anderen psychischen Attacken.

Wird die wahrgenommene Belastung für das jeweilige Individuum zu groß, kommt es zu Stress. Die Folgen von Stress, in welcher Form auch immer, können gesundheitlich wirksam werden und somit auch die Leistung Einzelner stark beeinträchtigen. Vermehrter Stress führt zu vermehrten Fehlern, geringerer Leistung, Fehlzeiten, etc. und hat auf Betriebsebene oft direkte finanzielle Auswirkungen. Sehr oft ist es Anliegen der Unternehmensleitungen bei betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen, genau die Schwankungen, Fehlzeiten und Fehlerquoten zu minimieren. Es gilt also nicht nur den krankheitsauslösenden Bedingungen entgegen zu wirken, sondern auch die Förderung der Belastbarkeit der Mitarbeitenden und deren Ressourcen zu steigern.

(vgl. Helmenstein et al., 2004)

Helmenstein et al. (2004, S. 5) nennen folgende „Belastungen innerhalb der Arbeitswelt“

- Qualitative Tätigkeitsanforderungen (Qualifikationen)

- Quantitative Tätigkeitsanforderungen (z.B.: Zeitdruck, Arbeitsvolumen, Dauer und Verlauf von Tätigkeiten, Verantwortung, Konzentration,...)
- Tätigkeitsbedingungen (Umgebungseinflüsse, Arbeitsgefahren,...)
- Soziale Belastungen (Konflikte mit Vorgesetzten und Kollegen, Gruppenerwartungen,...)
- Alltägliche Ärgernisse bei der Arbeit.

Wie schon oben erwähnt, könnte die Gesundheitsförderung bei der Steigerung der Belastbarkeit der/des einzelnen Mitarbeiter/in ansetzen.

Lindstedt (2008) geht näher auf die Fehlzeiten und Krankenstände aufgrund von körperlichen Beschwerden ein. „Muskel- und Skelettbeschwerden werden häufig durch Arbeitsbelastungen ausgelöst, die gekennzeichnet sind durch Bewegungsmangel, einseitige oder statische muskuläre Beanspruchung.“ Laut Lindstedt (2008) sind Muskel- und Skelettbeschwerden die häufigste Ursache für Krankenstände. Studien belegen vielfach, dass gerade diese Beschwerden durch Bewegung (als Gesundheitsförderung) minimierbar sind.

5.2. Krankenstände

Berufliche Ausfälle in Unternehmen sind mit finanziellem Mehraufwand verbunden. Somit sollten Unternehmen ein großes Interesse daran haben, die Anzahl der Krankenstände so gering wie möglich zu halten. „Die hohe Anzahl krankheitsbedingter Fehltage in einem Unternehmen mindert nicht nur dessen Wettbewerbsfähigkeit, sondern gibt auch Auskunft über den „Zustand“ des Unternehmens.“ (Badura, 2002, S. 101) „Although strong evidence shows that exercisers are healthier than non-exercisers, most adults do not perform enough physical activity to achieve health and well-being benefits. Workplaces may

implement physical programs in hopes of keeping workers healthy and reducing healthcare costs. Because employed adults spend about half of their workday waking hours at workplaces, offering physical activity programs at work may be an efficient strategy to increase physical activity.“ (Conn et al., 2009, S. 330)

Sieht man sich Abbildung 5 an, so kann man erkennen, dass die durchschnittlich entfallenen Tage pro Erwerbstätigen in den letzten Jahren stetig gesunken sind. . Am stärksten gesunken sind die Fehltage zwischen 2000 und 2012 bei der Gruppe der 50 - 64 Jährigen Erwerbstätigen. Während ein Erwerbstätiger in dieser Altersgruppe im Jahr 2000 durchschnittlich 24,5 Fehltage pro Jahr aufwies, waren es 2012 nur noch 19,4 Fehltage. Es kann jedoch nicht angenommen werden, dass betriebliche Gesundheitsförderprogramme dafür verantwortlich sind, sondern allgemeine arbeitsplatzpolitische Situationen, die ein zu häufiges Fehlen zunehmend riskanter für den Arbeitsplatzverlust machen.

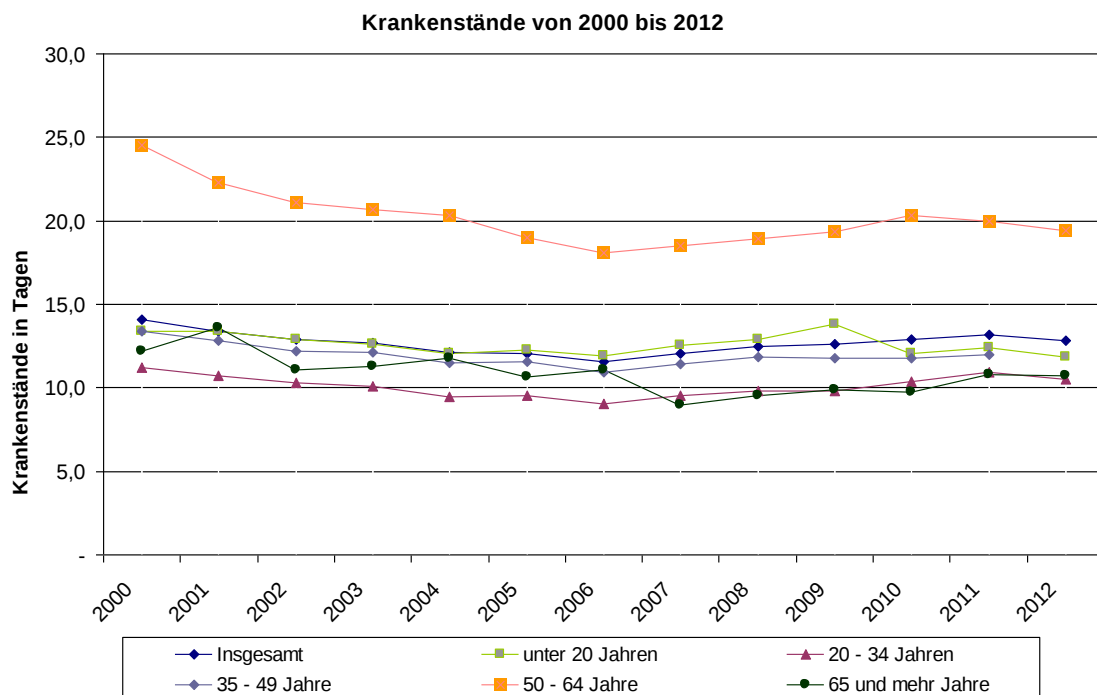


Abb5: Krankenstände in Tage von 2000 bis 2012 in Österreich (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Erstellt am 17.07.2013)

Dennoch sind Unternehmen sehr daran interessiert, diese Kurven weiter zu senken. Um dies zu ermöglichen, kann jedes Unternehmen aktiv Maßnahmen setzen. Schlagwörter für die weitere Senkung der Krankenstände sind vor allem Prävention und Gesundheitsförderung. Die Maßnahmen Prävention und Gesundheitsförderung werden nicht nur in der Literatur, sondern zunehmend auch in den Unternehmen als erfolgversprechende Methoden zur Senkung der Krankenstände aufgezeigt. (vgl. Froböse et al., 2008)

Immer mehr Firmen setzen sich mit den Möglichkeiten zur Steigerung der Produktivität auseinander und setzen verstärkt auf die Gesundheitsförderung der Mitarbeitenden. Die Steigerung der Produktivität hat die Steigerung der Wirtschaftlichkeit zur Folge, woran jedes gewinnorientiertes Unternehmen interessiert sein muss. Betriebliche Gesundheitsförderung wird sowohl bei Klein- und Mittelunternehmen als auch bei Großunternehmen oftmals eingesetzt. „Die betriebliche Gesundheitsförderung wirkt nicht direkt auf die Qualität der Ware ein. Dennoch soll sich durch sie über Umwege eine Qualitätsverbesserung ergeben. Wenn sich Betriebliche Gesundheitsförderung positiv auf die Arbeitszufriedenheit und –motivation sowie auf die Arbeitsbedingungen und die Gesundheit der Belegschaft auswirkt, wird unterstellt, dass sich dies auch bei der Qualität der Produkte und Dienstleistungen bemerkbar macht.“ (Froböse, 2008, S. 112) „From an employer perspective, the issue of productivity is as important as ever, however, recognizing the enormous potential of employee health in improving productivity is more of a recent phenomenon.“ (Kirsten, 2010, S. 255)

Schaut man in andere Länder, in denen das Gesundheitssystem nicht im Gesetz verankert ist, wie zum Beispiel in den vereinigten Staaten von Amerika, so werben Unternehmen oft mit einem innerbetrieblichen Gesundheitssystem und Gesundheitsförderung. „Die Konstruktion des amerikanischen Gesundheitswesens brachte es mit sich, dass die Unternehmen klare wirtschaftliche Motive für ein Tätigwerden im Bereich der gesundheitsfördernden Aktivitäten hatten.“ (Helmenstein et al., 2004, S. 8) Oftmals gilt diese Förderung und Unterstützung der Arbeitnehmer als großes „Benefits“ und wird von den Angestellten natürlich angenommen. Diese Unterstützung und Vorsorge der

Mitarbeitenden ist für viele ein wichtiges Entscheidungskriterium für die Zusage für einen Job. (vgl. Helmenstein et al., 2004)

Betriebliche Gesundheitsförderkonzepte zielen jedoch nicht vorrangig auf die Senkung von Krankenstandstage, sondern auf den Erhalt von Wohlbefinden und Gesundheit der Mitarbeitenden. Vor allem das Wohlbefinden während der Tätigkeit ist es, was aus salutogenetischer und gesundheitsförderlicher Sicht wirksam ist und bestärkt werden soll. Hinzu kommt, dass Gesundheit laut WHO nicht als Zustand gesehen werden soll, sondern als Kontinuum und Prozess. Es gilt die Mitarbeitenden zu empowern diesen Prozess zu gestalten und zu bestärken. (vgl. Froböse et al., 2008)

5.3. Nutzen von betrieblicher Gesundheitsförderung

Dass der Hauptnutzen in der Steigerung der Gesundheit der Arbeitnehmer/innen liegt, ist durch die oberen Kapitel und andere Werke, sowie wissenschaftliche Artikel einwandfrei erkennbar. Wie man sich aber durch die oberen Abschnitte bereits denken kann, hat betriebliche Gesundheitsförderung nicht nur für das Unternehmen einen Nutzen und ist von großer Bedeutung sondern auch für den/die einzelnen Mitarbeiter/innen. Es besteht eine Chance sowohl für die/den Mitarbeiter/innen ihre Gesundheit zu steigern, als auch für das Unternehmen die damit verbundene Wirtschaftlichkeit zu steigern. Die Gesundheit und das Wohlbefinden des Einzelnen haben nämlich starke Auswirkungen auf das Unternehmen und auf die Unternehmung. Durch die Bereitstellung von gesundheitsfördernden Maßnahmen steigt nicht nur die Gesundheit der/des einzelnen Mitarbeitenden und somit die Produktivität, sondern die Zufriedenheit, Wertschätzung, Motivation und vieles mehr was sich nicht nur auf das primäre Ziel eines Unternehmens auswirkt sondern auch auf zum Beispiel das Arbeitsklima. Auch Neubauer sieht dies nicht nur als positiven Effekt für das Unternehmen: „... die Verringerung der Arbeitsunfähigkeit, Produktionssteigerung, verbessertes Firmenimage ebenso wie erhöhte Arbeitszufriedenheit und vermindertes Leiden der Mitarbeiter/innen und ihrer Angehörigen...“ (Lindstedt, 2008, S. 164)

Auswirkungen und Erfolge von betrieblicher Gesundheitsförderung

Das österreichische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung zählt folgende Punkte zu den wesentlichsten Vorteilen:

Nutzen und positive Effekte aus der Perspektive der Beschäftigten:

- Verringerung der individuellen gesundheitlichen Risikofaktoren
- Verbesserung des individuellen Wohlbefindens
- Erweiterung der Fähigkeiten im Umgang mit Belastungen und spezifischen Problemen
- Erhöhung der Kompetenz der Beschäftigten in Gesundheitsfragen
- Verbesserung der Arbeitszufriedenheit und der Arbeitsmoral
- Erhöhung bzw. Sicherung der persönlichen Lebensqualität
- Verbesserung der Kommunikation in Gesundheitsfragen im Betrieb
- Verbesserung der Beziehungen der Beschäftigten untereinander
- Erhöhung des Selbstwertgefühls

(vgl. Österreichisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung)

Betrachtet man die Meinungen und Aussagen sowohl von der Seite der Arbeitgebenden als auch der Arbeitnehmenden, so unterscheidet sich der Nutzen von betrieblicher Gesundheitsförderung nicht sonderlich stark. (vgl. Österreichisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung) Der Zugang wiederum zu dem Thema betriebliche Gesundheitsförderung kann große Unterschiede aufzeigen. So sehen beide Parteien den größten Nutzen in der Verbesserung und Förderung der Gesundheit der Mitarbeitenden bzw. der Arbeitnehmer/innen. Betrachtet man jedoch die Wettbewerbsfähigkeit, so sind die Auswirkungen von Maßnahmen und Projekten nicht außer Acht zu lassen. „Die Unternehmen, die dies erkennen und sich frühzeitig darauf einstellen, haben einen wesentlichen Wettbewerbsvorteil“ (Posth, 1990, in Lindstedt, 2008, S. 165)

Meifert und Kesting (2004) beschreiben die Nutzen und die Auswirkungen auf das Unternehmen folgendermaßen:

- Arbeitsunfähigkeitsquote: Sie wird erheblich verringert durch den verbesserten Gesundheitsstatus der/des einzelnen Arbeitnehmers/in. Dies hat langfristige Auswirkungen auf mitunter die Krankenstände, was wiederum zu Einsparungen führt.
- Die Leistungsfähigkeit sowohl unter psychischer als auch physischer Betrachtung wird verbessert.
- Das Risiko von Unfällen wird durch die verbesserte Reaktionsfähigkeit und die verbesserte Aufmerksamkeit, verringert.
- Das Zusammenspiel und die Vereinbarkeit von Privat- und Berufsleben werden verbessert bzw. möglich und dadurch kommt es zu einer Reduzierung und dem Abbau von Konfliktfeldern, welche diese Bereiche überschneiden.
- Die Wettbewerbsfähigkeit und somit auch die Unternehmung werden gesteigert, da die Mitarbeiter/innen motivierter, kreativer und innovativer handeln.
- Selbstverantwortung und Selbstvertrauen wird durch die Einbindung in (arbeitsplatzrelevante) Gestaltungsfragen vergrößert.
- Durch kritische Analysen in Fokusgruppen oder Gesundheitszirkeln und daraus resultierender Maßnahmenplanung, kommt es zu einer langfristigen Verbesserung der Arbeitsbedingungen
- Neue und aus gesundheitsförderlichen Perspektiven diskutierte Arbeitsformen finden mehr Akzeptanz.
- Das Betriebsklima und somit auch die Arbeitszufriedenheit wird durch die entstehenden Dialoge in Folge von betrieblicher Gesundheitsförderung positiv beeinflusst.
- Die Rekrutierung und langfristige Bindung von hochqualifizierter Fach- und Führungskräfte fällt aufgrund von der steigenden Attraktivität des Unternehmens leichter.

(vgl. Meifert, 2004, S. 9)

5.3.1. Kosten-Nutzen-Rechnung

„Eine Vielzahl an wissenschaftlichen Studien belegt, dass Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung neben positiven Gesundheitseffekten auch betriebswirtschaftliche Effekte bewirken können.“ (Sackoll et al., 2013, S. 58) „Die Kosten-Nutzen-Analyse ist ein Verfahren zur Feststellung der Wirtschaftlichkeit bzw. zum Ertragsvergleich von Investitionen,...“ (Helmenstein et al., 2004, S. 11) Für Unternehmen sind oft nur Effekte, welche mittels Zahlen dargestellt werden können von Bedeutung. Deswegen wird die Kosten-Nutzen-Rechnung eingesetzt. Auch im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung wird diese Rechnung von Unternehmen herangezogen, um die Effektivität bzw. die Effekte dar zu stellen.

Die finanziellen Auswirkungen von betrieblicher Gesundheitsförderung werden in den meisten Fällen mit den Ausgaben bzw. Zahlen dargestellt. So sind in diesem Zusammenhang vor allem die Größen wie Krankheitskosten und Fehlzeiten (krankheitsbedingt) der Angestellten, welche auch als Absentismus bezeichnet werden, von großer Wichtigkeit und oft die Kerngrößen. Mit genau diesen Kerngrößen werden Projekte der betrieblichen Gesundheitsförderung oftmals gemessen. (vgl. Helmenstein et al, 2004; Bamberg et al., 1998)

Wissenschaftler(innen), wie zum Beispiel Chapman, Riedel et al., Pelletier, Moher et al. sind sich heute einig, dass sich betriebliche Gesundheitsförderungsinterventionen langfristig direkt auf die medizinische Kosten positiv auswirken können und gegebenenfalls sogar bereits nach kurzer Zeit eine Verbesserung der Arbeitsleistung und Wirtschaftlichkeit bewirken können. (z.B. Rauchernetzwohnungsprogramme) (vgl. Sackoll et al., 2013; Helmenstein et al, 2004))

Kreis und Bödeker stellen in dem Bericht Gesundheitlicher und ökonomischer Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention:

„Von 14 Evaluationsstudien zu verschiedenen Gesundheitsförderungsprogrammen, die Absentismus als eine Ergebnisvariable untersucht haben und von Aldana (19) zusammengefasst werden, berichten alle, dass die Maßnahmen eine Reduktion der Abwesenheit bewirkten. Im Rahmen von quasiexperimentellen Studien ergaben sich Reduktionen bei den Fehlzeiten von 12% bis 36% für die Teilnehmer/innen an den Gesundheitsförderungsprogrammen bzw. eine Verringerung der mit Fehlzeiten verbundenen Kosten um 34%. In einer unkontrollierten Studie wird sogar eine Verringerung des Absentismus unter Programmteilnehmer(inne)n von 68% berichtet.

Drei der Studien ermittelten darüber hinaus die Kosten-Nutzen-Verhältnisse (cost-benefit ratio; return of investment); diese liegen in quasiexperimentellen Studien bei 1:2,5 bzw. 1:4,85 und im Rahmen einer Korrelationsstudie bei 1:10,1. Dies bedeutet, dass für jeden Dollar, der für das Programm aufgewendet wurde, bspw. in der erstgenannten Studie \$ 2,5 durch reduzierte Abwesenheitskosten gespart wurden. Auch Chapman (20) fasst die Ergebnisse seiner Literaturübersicht von 42 Studien zu den ökonomischen Auswirkungen von betrieblichen Gesundheitsförderungsprogrammen dahingehend zusammen, dass starke Beweise für die Senkung von Fehlzeiten vorliegen. Ebenso kommt Golaszewski (21) zu dem Fazit, dass die positiven Auswirkungen von Gesundheitsförderungsprogrammen auf die Fehlzeiten mittlerweile ausreichend gestützt sind. Der Autor bezeichnet die Reduktion von Absentismus sogar als das schlagkräftigste Argument von Gesundheitsförderung.“

(Kreis & Bödeker, 2003, S. 30)

„...bereits im IGA-Report 3 einbezogenen Studien zum Nachweis der Kosteneffektivität betrieblicher Gesundheitsförderung kommen zu dem Ergebnis, dass die positiven Auswirkungen auf Absentismus und Krankheitskosten ausreichend belegt sind...“ (Sackoll et al., 2013, S. 58)

Zusammenfassend kann man sagen, dass die Reduktion von Fehlzeiten von 12% - 36% und einen ROI von zumindest 1:2,5\$ sehr gute Fakten darstellen, welche die betriebliche Gesundheitsförderung positiv darstellen lassen. Somit sind die Auswirkungen auf Absentismus und Krankheitskosten mehr als ausreichend dargestellt und berechnet. (vgl. Sackoll et al., 2013; Kreis & Bödeker, 2003)

Weitere Studien, die im iga Report 2013 näher betrachtet wurden, „...gehen bei den Krankheitskosten von einem Kosten-Nutzen-Verhältnis (Return on Investment, ROI) von 1:2,3 bis 1:5,9 aus. Die Einsparungen bei den Fehlzeiten werden zwischen 1:2,5 bzw. 1:4,85 bis 1:10,1 angegeben. So werden zumindest laut diesem Report für jeden investierten Dollar zumindest 2,3\$ eingespart. (vgl. Kreis u. Bödeker 2003)

Chapman hat im Jahr 2005 ein Update veröffentlicht, in dem insgesamt auf 56 Studien, aus dem Zeitraum von 1982 bis 2005, eingegangen wurde. Obwohl oftmals methodische Mängel zu erkennen sind, zeigen die Studien allesamt gemeinsame Resultate. (vgl. Sackoll et al., 2013)

Auswirkungen und Erfolge von betrieblicher Gesundheitsförderung

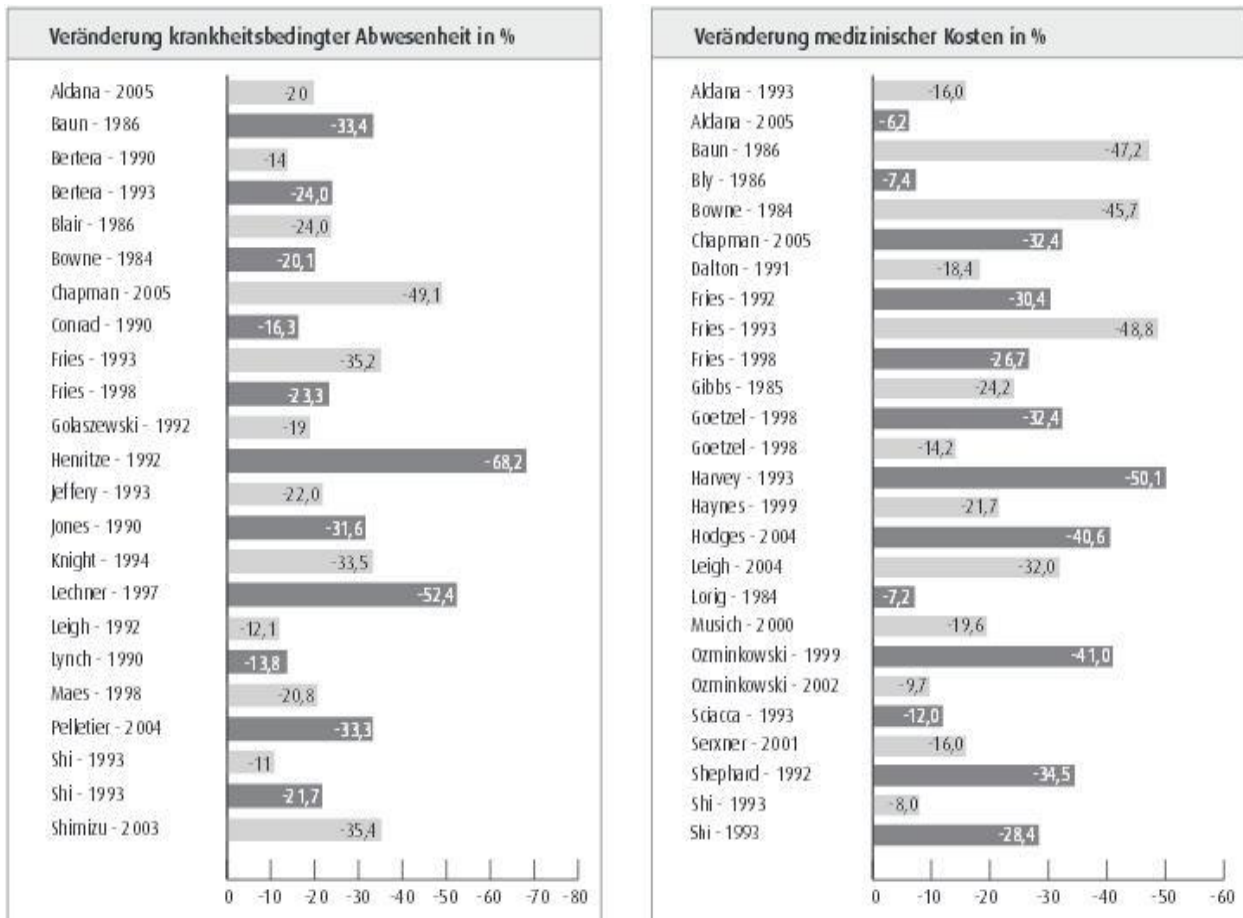


Abb6: Ergebnisse Meta-Analyse von Chapman (Sockoll, 2013, S. 59)

Wie in der obigen Balkengrafik gut zu sehen ist, liegen alle Ergebnisse über 10% (bis maximal über 68%) bei der Veränderung von krankheitsbedingter Abwesenheit. Der Durchschnitt der betrachteten Studien ergibt eine Reduktion der krankheitsbedingten Abwesenheit von -26,8%. Betrachtet man die Veränderung der medizinischen Kosten, welche für den Arbeitsgeber von größter Bedeutung ist, so ergibt der Durchschnitt der betrachteten Studien -26,1% (vgl. Sockoll et al., 2013).

Das bedeutet, dass betriebliche Gesundheitsförderung sowohl einen positiven Effekt auf die krankheitsbedingte Abwesenheit der einzelnen Mitarbeiter/innen hat, sprich es kommt zu einer Reduktion der Krankenstandtage und weiters hat betriebliche Gesundheitsförderung einen positiven Effekt auf die medizinischen Kosten. Beide Größen

sind für Arbeitgeber bzw. für Unternehmen von größter Bedeutung, da dies direkt Kosten verursacht. Ziel ist es, dies natürlich soweit wie möglich zu reduzieren. Den Beweis für diese positiven Effekte stellt der oben angeführte ROI dar. Ein ROI von 1:2,5 bedeutet, dass jeder für betriebliche Gesundheitsförderung ausgegebene Dollar eine Wertigkeit von 2,5 Dollar für das Unternehmen darstellt. Da man sich durch betriebliche Gesundheitsförderung Krankenstandstage und eben medizinische Kosten einsparen kann. (vgl. Sockoll et al. 2013; Kreis & Bödeker, 2003; Bödeker, 2010)

Eine Vielzahl an Unternehmungen misst jedoch die Auswirkungen ihrer Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nicht. „Only 22% of surveyed organizations report measuring financial outcomes of their health promotion programs.“ (Kirsten, 2012, S. xvii) Viele Betriebe bieten somit ihren Mitarbeiter(inne)n und eventuell deren Angehörigen verschiedene Inhalte und Programme im Rahmen von betrieblicher Gesundheitsförderung an, wissen jedoch nicht, was der Output ist beziehungsweise was der Nutzen ist. Dies ist vor allem in Klein- und Mittelbetrieben der Fall. Um die Gesundheit der Mitarbeiter/innen nachhaltig zu steigern und die Ressourcen möglichst gezielt einzusetzen, sollte jedes Unternehmen, welches Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung anbietet, eine Erhebung der Kosten und Nutzen durchführen. Eine Kosten-Nutzen-Rechnung zeigt dem Unternehmen auf, welche Ausgaben, welche Wirkungen auf der Ebene des gesamten Gesundheitssystems gegenüberstehen. (vgl. Kirsten, 2012; Sockoll, 2013; Kreis & Bödeker, 2003)

5.4. Entwicklung betrieblicher Gesundheitsförderung

„While U.S. employers have addressed individual employee health for a long time, it has been somewhat of a taboo in Europe, where health is regarded as a personal issue and not a concern of the employer. This is partially cultural but mainly due to the differing healthcare system.“ (Ulf Kirsten, 2012, xv)

In den letzten Jahren hat sich sehr viel getan im Bereich betriebliche Gesundheitsförderung. Was in den USA seit den siebziger Jahren eine wesentliche Rolle in den Unternehmenskulturen darstellt, ist bei uns heute noch ein Thema, das sehr wenig Anklang findet. In Österreich hat es über 2 Jahrzehnte länger gedauert bis überhaupt die erste Erhebung gemacht wurde. Laut Meggeneder (1997) haben 1996 österreichweit nur 26 Unternehmen betriebliche gesundheitsfördernde Projekte in ihre Unternehmung aufgenommen. Dies waren die ersten Vorreiter und Ansätze zum Thema betrieblicher Gesundheitsförderung in Österreich. Zu dieser Zeit hatte die USA, von wo dieser Zugang der Gesundheitsförderung kam, bereits mehr als zwanzig Jahre Erfahrung. Betriebliche Gesundheitsförderung war zu dieser Zeit in den vereinigten Staaten schon stark etabliert. (vgl. Meggeneder, 1997)

Die damalige betriebliche Gesundheitsförderung hatte mit der heutigen aber noch nicht viel gemein. Einen einheitlichen Zugang oder konkrete Inhalte gab es damals noch nicht. So gab es verschiedene Projekte für einzelne Branchen diese wurden aber nicht in andere Branchen übernommen. In der Anfangszeit der Betrieblichen Gesundheitsförderung gab es vereinzelt Modellprojekte, da es noch keine ganzheitlichen Erfahrungswerte gab. (vgl. Meggeneder & Hinterlehner, 2006)

5.5. Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich

In einer weiteren Umfrage 1997 (Meggeneder) wurde 45 Unternehmen über betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich befragt. Nur 24 davon antworteten und bejahten, dass sie Projekte dieser Art durchführten. Die angeführten Ziele dieser Unternehmen waren eindeutig:

1. Verminderung der Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz
2. Verbesserung des Gesundheitsbewusstseins des Einzelnen
3. Stressbekämpfung und Verminderung des Stresses.

(vgl. Meggeneder, 1997)

Seit dieser Zeit hat sich extrem viel verändert. Immer mehr Betriebe springen auf das Boot betrieblicher Gesundheitsförderung auf und sehen darin nicht nur die Kosten, sondern auch den konkreten Nutzen für die Unternehmung selbst und für die Mitarbeiter/innen. Zudem ist die Anzahl an kommerziellen Anbietern für betriebliche Gesundheitsfördermaßnahmen stark gestiegen, was auch Auswirkungen auf die Qualität, die Quantität und auf die Inhalte der Angebote hatte. (vgl. Meggeneder & Hinterlehner, 2006)

Das österreichische Netzwerk für BGF hatte dabei einen entscheidenden Einfluss auf die Entwicklung und die Positionierung der betrieblichen Gesundheitsförderung sowie Stellung in der Gesellschaft von betrieblicher Gesundheitsförderung. 2000 wurde in jedem Bundesland ein Sitz des BGF Österreich eingerichtet.

(vgl. Österreichisches Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung, 2014)

Wie in den oberen Zeilen beschrieben, hat Österreich mittlerweile fast 2 Jahrzehnte lang im Bereich Gesundheitsförderung in Betrieben Erfahrung gesammelt. Einen wesentlichen Betrag zu dieser Erfahrung und dem stetigen Ansteigen des Know-how und der Weiterentwicklung im Bereich betriebliche Gesundheitsförderung trägt der „Fond gesundes Österreich“. War das Ziel von betrieblicher Gesundheitsförderung anfänglich die Reduzierung von Fehlzeiten der Mitarbeiter/innen, so sind Ansatz und Angehensweise eine viel ganzheitlichere und nachhaltigere geworden. Auch in Österreich geht es nicht mehr nur darum, die Fehlzeiten möglichst zu minimieren, sondern vielmehr die Entwicklung der Gesundheit von Mitarbeitenden, Steigerung der Lebensqualität und somit auch einer positiven Organisations- und Systementwicklung. (vgl. Meggeneder & Hinterlehner, 2006)

Wie schon oben erwähnt, sind die Anfänge in Österreich in den späten 90iger Jahren zu verzeichnen. Die Inhalte der betrieblichen Gesundheitsförderungen waren in Bereichen Verbesserung von Arbeitsplätzen und Arbeitsbedingungen angesiedelt. Die Themen waren damals allgemeinmedizinisch. Mit den Jahren nahmen die Maßnahmen und vor allem die Anzahl an Unternehmen, welche betriebliche Gesundheitsförderung als Aufgabe sahen, zu. (vgl. Bamberg et al., 1998)

Im Jahr 2000 wurde die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse als Anlauf- und Kontaktstelle des Netzwerkes „Betriebliche Gesundheitsförderung“ beauftragt. Dies geschah aus dem Grund, da in Oberösterreich die ersten betrieblichen Gesundheitsförderungsprogramme stattgefunden haben und somit die oberösterreichische Krankenkasse als erste Krankenkasse Kontakt mit dem Thema betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich hatte. Heute gibt es nicht nur in jedem Bundesland Österreichs eine Kontaktstelle, auch in jedem Mitgliedsland des europäischen Netzwerkes eine nationale Kontaktstelle.

Der „Fond Gesundes Österreich“ wurde 1998 ins Leben gerufen und hat sich mitunter die Verbesserung der Qualität der betrieblichen Gesundheitsförderung zur Aufgabe gemacht. Weiters zählen zu ihren Aufgaben die Förderung von Projekten, Entwicklung und Auswertung von Projekten, welche die Lebensqualität möglichst vieler Menschen steigern

sollen. Dem „Fond Gesundes Österreich“ stehen jährlich für diese Aufgaben rund € 7,2 Millionen zur Verfügung. Diese Mittel werden wie folgt auf die einzelnen Aufgaben und Abteilungen aufgeteilt:

Aufteilung der Ausgaben Fond Gesundes Österreich 2001

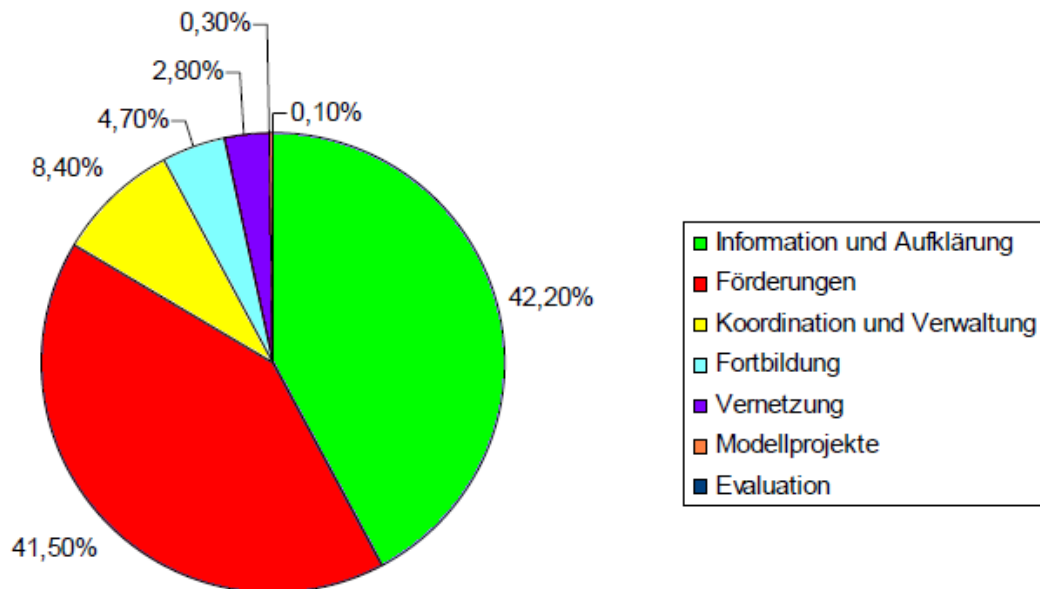


Abb7: Aufteilung der Mittel des „Fond Gesundes Österreich“ im Jahr 2001 (ÖBIG).

„...Zur Umsetzung dieses Zieles erhält der FGÖ aus dem Umsatzsteueraufkommen der Republik jährlich € 7,2 Mio. Grundlage dafür ist das Gesundheitsförderungsgesetz aus dem Jahr 1998.“ (Fond Gesundes Österreich).

Vergleicht man diese € 7,2 Millionen mit den in 2001 € 1,02 ausgegebenen Milliarden, so relativiert sich diese Zahl. Diese € 1,02 Milliarden, welche für gesundheitsfördernde Maßnahmen und Projekte ausgegeben wurden, wurden von Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen genannt. (vgl. Österreichisches Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung, 2014)

Verteilung der Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung in Österreich 2001

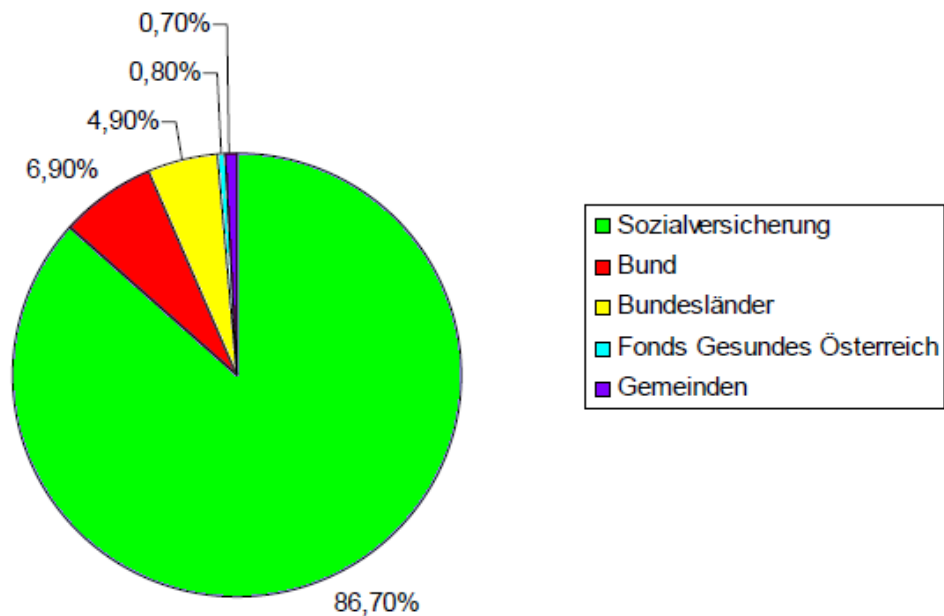


Abb8: Verteilung der Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung in Österreich 2001(ÖBIG).

Die Studie der ÖBIG von 2001 zeigt auf, dass die Ausgaben für die Gesundheitsförderung von 1996 bis 2001 um fast 30% erhöht wurden. Daran lässt sich erkennen, dass Gesundheitsförderung extrem an Ansehen gewonnen hat und erkannt wurde, dass auch gesunde Menschen gefördert gehören, um so diese Gesundheit und die damit verbundene hohe Lebensqualität zu erhalten und im besten Fall sogar noch zu erhöhen.

Seit dem Jahr 2001 wurde keine derart ausführliche Studie mehr in Österreich durchgeführt. Was man aber mit Sicherheit behaupten kann ist, dass die Ausgaben für Gesundheitsförderung vom Staat weiter gestiegen sind, sodass das Thema Gesundheitsförderung weiter an Relevanz gewinnt und auch, dass die Ausgaben von Betrieben für betriebliche Gesundheitsförderung enorm gestiegen sind. Laut Meggeneder und Hinterlehner (2006) werden sich die Ausgaben der Unternehmungen in nächsten Jahren weiter vervielfachen. (vgl. Meggeneder & Hinterlehner, 2006)

5.6. Betriebliche Gesundheitsförderung im internationalen Vergleich und Trends

Die WHO hat sich dem Thema betriebliche Gesundheitsförderung angenommen und diesem eine große Gewichtung gegeben. Kirsten und Karch (2012) haben sich gemeinsam mit dem Thema auseinander gesetzt und meinen auch, dass die Unternehmen in der heutigen Zeit viel Verantwortung tragen, da die Unternehmenswelt immer umkämpfter und schneller wird. (vgl. Kirsten & Karch, 2012)

„Employers und employees throughout the world are facing immense challenges with an ongoing economic crisis, an increasingly fast-paced business environment, growing demands for productivity and a global rise in chronic diseases. The workplace has recently received considerable attention with regard to health promotion, mainly due to two reasons:

1. The significant impact of unhealthy employees on the business. Numerous studies have documented the negative economic consequence of poor employee health, health risks, and dissatisfaction in form of absenteeism, presenteeism, accidents and healthcare costs.
2. The recognition of the workplace as a useful setting to advance public health. The World Health Organization (WHO) has advanced the settings approach and recently outlined a comprehensive framework and how to promote health at the workplace.“

(Kirsten & Karch, 2012, S. xiii)

Die Unternehmen bilden also eine gute Basis und gute Voraussetzungen für betriebliche Gesundheitsförderung, auch in Ländern wie zum Beispiel Österreich, in denen das Gesundheitssystem öffentlich zugänglich ist. Da sich die Beschwerden und Krankheiten in

den letzten Jahrzehnten massiv geändert haben kann ein öffentlich zugängliches System nicht mehr alles abdecken. Vor allem im Bereich der Prävention. In den Vereinigten Staaten ist die Durchführung genau aus dem Grund, dass es dort kein öffentliches Gesundheitssystem gibt, von „workplace health promotion“ viel akzeptierter und verbreiteter.

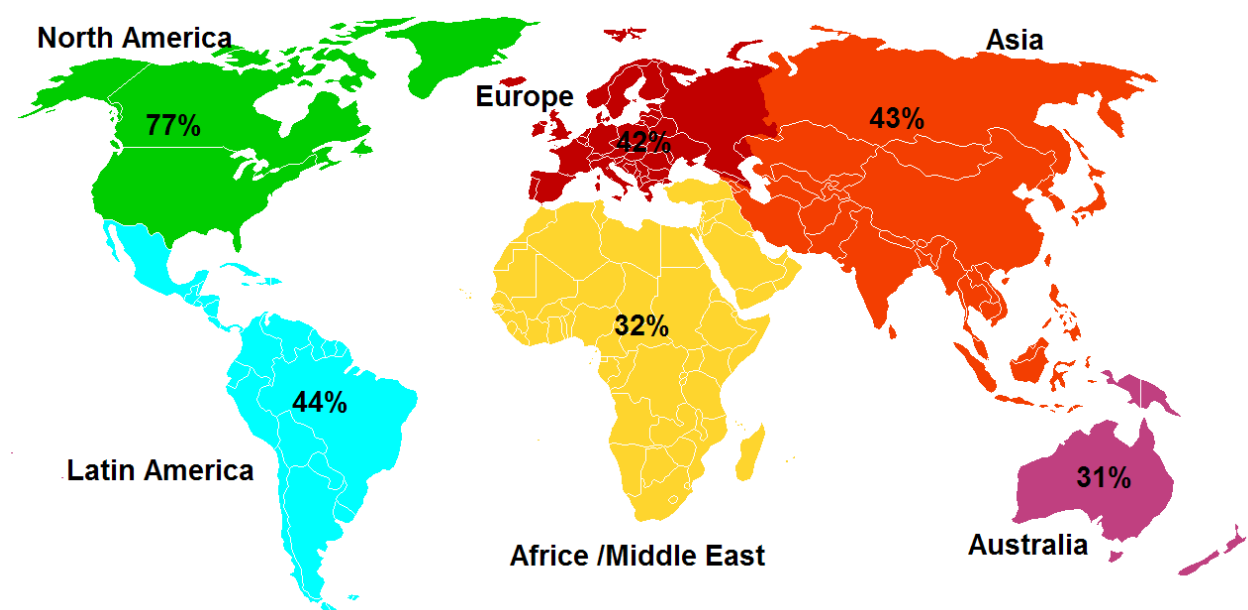


Abb9: globale Verbreitung von Gesundheitsförderungsprogrammen (Buck Consultants, 2009)

Die Grafik bzw. die Prozentangaben verändern sich aber stetig, da betriebliche Gesundheitsförderung von Jahr zu Jahr zunimmt. Vor allem auf den Kontinenten, auf denen dieses Thema bis dato weniger Beachtung gefunden hat. „The workplace provides a unique opportunity to tackle noncommunicable diseases and improve global health...“ (Kirsten & Karch, 2012, S. xx). Weiters sind einige Forscher der Meinung, dass sich das Gesundheitssystem immer mehr in das Thema betriebliche Gesundheitssystem einschalten wird und dies tatenkräftig unterstützen wird, da dort der größte Teil der Bevölkerung erreicht werden kann. Weiters wird die Ausweitung und engere

Zusammenarbeit von Netzwerken wie zum Beispiel das European Network For Workplace Health Promotion erwartet. Dies könnte die Dokumentation und damit auch die weitere Globalisierung von betrieblicher Gesundheitsförderung vereinfachen und unterstützen. Doch nicht nur die Gesundheitssysteme und Netzwerke sind weiterhin gefordert auch die einzelnen und vor allem internationalen Unternehmen. „The overall integration is a common challenge, especially in large multinational companies, with regard to communication structures and data collection.“ (Kirsten & Karch, 2012, S. xxi) Heute schon sind Betriebe nicht nur an der Heilung und Verbesserung des Zustandes der bereits erkrankten Mitarbeiter/innen interessiert, sondern auch an der Gesundheit aller Mitarbeitenden. Dies gilt es aber weiter zu beobachten und zu fördern, sowohl von betrieblicher Seite als auch dessen des Gesundheitssystems. Man kann behaupten, dass betriebliche Gesundheitsförderung eine immer wichtigere Rolle in anbetracht der Gesundheit und der Steigerung der Gesundheit der Mitarbeitenden eines Unternehmens spielt. Kirsten & Karch (2012, S. xxii) finalisieren folgende zukünftigen Bedürfnisse und Anforderungen:

1. Evaluierung und Messbarkeit
2. Integration von gesundheitsfördernden Programme
3. Fokussierung auf alle Mitarbeiter/innen, kranke und gesunde
4. Weiterentwicklung der Interventionen und neue Technologien
5. Kulturelle Adaption und Sensibilisierung
6. Ganzheitlicher Zugang und Abgrenzung von Gesund und Wohlbefinden (health and well-being).

(vgl. Kirsten & Karch, 2012)

5.7. Inhalte betrieblicher Gesundheitsförderung

Heute gibt es in Österreich, aber auch international, unzählige Anbieter für betriebliche Gesundheitsförderungsprojekte. Die Unternehmen, die sich dieses Thema zur Aufgabe gemacht haben, reichen von Einzelunternehmen, die verschiedenste praktische Einheiten anbieten, über Firmen, die die betriebliche Organisationsstruktur analysieren und Beratung anbieten, bis hin zu hoch professionellen medizinischen Instituten, die vorab den Ist-Zustand der Teilnehmer/innen untersuchen und anschließend individuelle Interventionen setzen. Grundsätzlich kann man folgende BGF-Projekte unterscheiden:

- Projekte zur Steigerung körperlicher Aktivität
- Projekte zur Aufklärung und Verbesserung der Ernährung und Senkung des Cholesterinspiegel
- Projekte zur Gewichtskontrolle
- Anti-Rauch-Projekte
- Anti-Alkohol-Projekte
- Stressmanagement-Projekte
- Gesundheitszirkel und Bewegungsstraßen
- Ganzheitliche Projekte uvm.

(vgl. Meggeneder & Hinterlehner, 2006)

5.8. Qualitätsmanagement

Das Institut of Medicine of America beschreibt Qualität im Zusammenhang mit betrieblicher Gesundheit folgendermaßen: „... das Ausmaß, in dem Gesundheitsleistungen für Individuen und Populationen die Wahrscheinlichkeit erwünschter gesundheitlicher Behandlungsergebnisse erhöhen und mit dem gegenwärtigen professionellen Wissenstand übereinstimmen.“ (Institute of Medicine of America, 2001)

Badura und Ritter (1998) beschreiben Qualitätsförderung folgendermaßen: „Mit Qualitätsförderung werden Instrumente und Maßnahmen bezeichnet, die dazu dienen, das Qualitätsniveau von Produkten oder Dienstleistungen zu verbessern.“ (Badura, Ritter; 1998, S. 226)

„In jedem hart um Marktanteil umkämpften Unternehmen ist die Qualitätssicherung heute eine Selbstverständlichkeit. Für die betriebliche Gesundheitsförderung gilt dies nicht. Die Grundidee jeder betrieblichen Maßnahme zur Qualitätssicherung ist die Entwicklung von Lernschleifen zur Selbstbeobachtung und Rückmeldung, über den Zustand von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen. Ziel dabei ist eine kontinuierliche Fehlersuche, eine kontinuierliche Verbesserung oder bei Bedarf auch eine grundsätzliche Überarbeitung von Aufbau- und Ablauforganisation. Lernschleifen enthalten die immer gleichen Schritte der Situationsanalyse, der Zielsetzung, der Intervention und der Evaluation.“ (Badura & Ritter, 1998, S. 227)

Jede einzelne Komponente gehört beobachtet und beurteilt, um so die Qualität und den Output als Ganzes möglichst hoch zu gestalten. Im Qualitätsmanagement gilt heute, dass die Ergebnisqualität im direkten Zusammenhang mit der Strukturqualität und der Prozessqualität steht. „Aufgrund knapper Mittel im Gesundheitswesen wird die Qualitätssicherung in den letzten 15 Jahren zunehmend gefordert.“ (Froböse, 2008, S. 200) Weiter schreibt Froböse: „Bei der Qualitätssicherung geht es nicht darum, Erfolge als eine Art „Daseins-Berechtigung“ vorzuweisen, vielmehr soll der gesamte Prozess des zu untersuchenden Gesundheitsförderungsvorgang, angefangen von der Implementierung

über die Operationalisierung bis hin zur Ergebnissauswertung, mit eingeschlossen werden.

Ziel von Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung ist es, ein betriebliches Gesundheitsprojekt als gesamtes Projekt auf ein höchst mögliches Niveau zu bringen und dort zu halten bzw. sogar zu verbessern bzw. zu optimieren.

Da die betriebliche Gesundheitsförderung eine sehr junge Sparte in der Gesundheitsförderung in Österreich ist, wurden in den letzten Jahren Qualitätsmerkmale erarbeitet. In Österreich hat sich das Netzwerk betriebliche Gesundheitsförderung dieses Themas angenommen. (vgl. Meggeneder & Hinterlehner, 2006)

„Um den umfassenden Ansatz der Luxemburger Deklaration breit zu verankern, ist es nun vordergründiges Ziel des Österreichischen Netzwerk BGF, Instrumente zur Verfügung zu stellen, die auf die Qualität von gesundheitsförderlichen Aktivitäten ausgerichtet sind. In erster Linie sollen all jene Betriebe entsprechend öffentlich gemacht werden, die nicht nur die individuellen Verhaltensweisen fokussieren, sondern auch Maßnahmen zur Optimierung der Betrieblichen Rahmenbedingungen entwickeln und erfolgreich umsetzen. Das Österreichische Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung hat dazu ein dreistufiges System (Charta, Gütesiegel, Preis) entwickelt. Mit diesem System werden Kriterien auf einer einheitlichen Basis geschaffen und damit Betriebliche Gesundheitsförderung bewertbar und im Hinblick auf seine Nachhaltigkeit nachvollziehbar gemacht. Standardisierte BGF kann darüber hinaus qualitativ und quantitativ evaluiert werden. Um diese Vorhaben den Unternehmen einerseits näher zu bringen andererseits attraktiv zu gestalten, wird je nach Stufe Öffentlichkeitsarbeit betrieben und Benefits angeboten.“

(<http://www.netzwerk->

[bgf.at/portal27/portal/bgfportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=64833&p_tabid=4](http://www.netzwerk-bgf.at/portal27/portal/bgfportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=64833&p_tabid=4); Zugriff am 18.03.2014)

5.8.1. Das BGF Gütesiegel

Die ersten Qualitätsmerkmale und Ziele von betrieblichen Gesundheitsförderungsprojekten wurden mit der „Luxemburger Deklaration“ zusammengetragen und definiert. Auf dieser Grundlage wurde Qualitätskriterien entwickelt, welche eine Hilfestellung für all diejenigen sein sollen die in der Praxis für Gesundheit am Arbeitsplatz zuständig sind. Den Unternehmen bzw. den Zuständigen Personen soll eine Hilfestellung gegeben sein, mittels Fragebogen die Qualität des betrieblichen Gesundheitsförderungsprogramms möglichst selbst und objektiv einzuschätzen. (vgl. österreichisches Netzwerk betriebliche Gesundheitsförderung)

Das österreichische Netzwerk betriebliche Gesundheitsförderung hat es sich zur Aufgabe gemacht, die einzelnen Bereiche heraus zu filtern und alle diese Bereiche und Teilkomponenten zu bearbeiten und Qualitätskriterien zu vergeben.

Folgende Teilkomponenten und Bereiche wurden herauskristallisiert:

- Betriebliche Gesundheitsförderung und Unternehmenspolitik
- Personalwesen und Arbeitsorganisation
- Planung betrieblicher Gesundheitsförderung
- Soziale Verantwortung
- Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung
- Ergebnisse betrieblicher Gesundheitsförderung

Auswirkungen und Erfolge von betrieblicher Gesundheitsförderung

Die Kriterien wurden in sechs Bereiche eingeteilt, die - zusammenge-
nommen - ein umfassendes Bild von der Qualität betrieblicher
Gesundheitsförderungsmaßnahmen ergeben:

1. Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) und Unternehmenspolitik
2. Personalwesen und Arbeitsorganisation
3. Planung betrieblicher Gesundheitsförderung
4. Soziale Verantwortung
5. Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung
6. Ergebnisse betrieblicher Gesundheitsförderung



Abb10: Teilkomponenten und Kriterien in sechs Bereiche eingeteilt. (vgl: BKK Bundesverband; Quelle: http://www.netzwerk-bgf.at/mediaDB/MMDB123869_qualitaetskriterien.pdf; Zugriff am 18.03.2014)

Zu jedem einzelnen Bereich bzw. zu jeder einzelnen Teilkomponente wurden Kriterien erarbeitet, welche für das Erlangen des BGF Gütesiegel von Bedeutung sind. Durch diese Kriterien soll es den Unternehmen leichter fallen den Ist-Zustand mit dem Soll-Zustand zu vergleichen. Wichtig ist nicht das Aufzeigen der Differenz dieser beiden Zustände, sondern vielmehr das Feststellen der eigenen Position und die darauffolgenden Maßnahmen, um das Ziel den Soll-Zustand möglichst ohne Umwege zu erreichen.

5.8.1.1. Beispiel Kriterien Gesundheitsförderung und Unternehmenspolitik

„Eine wesentliche Voraussetzung für den Erfolg betrieblicher Gesundheitsförderung besteht darin, dass sie als Führungsaufgabe wahrgenommen wird und in bestehende Managementsysteme integriert ist.

1. Die Organisation verfügt über eine schriftliche Unternehmensleitlinie zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Die Führungskräfte stehen hinter den Inhalten der Leitlinie und tragen aktiv dazu bei, sie mit Leben zu füllen.
2. Die Gesundheitsförderungsmaßnahmen sind in die bestehenden Organisationsstrukturen und -prozesse gut integriert.
3. Die Organisation stellt genügend Ressourcen (Budget, Personal, Räume, Weiterbildung etc.) für die betriebliche Gesundheitsförderung zur Verfügung.
4. Management / Unternehmensleitung prüfen regelmäßig den Fortschritt der Gesundheitsförderungsmaßnahmen.
5. Themen der betrieblichen Gesundheitsförderung sind Bestandteil der Aus- und Fortbildung (speziell der Führungskräfte).
6. Alle Mitarbeiter/innen haben Zugang zu wichtigen gesundheitsrelevanten Einrichtungen (z.B. Pausen- und Ruheräume, Kantine, Betriebssportangebote).“

(BKK Bundesverband; http://www.netzwerk-bgf.at/mediaDB/MMDB123869_qualitaetskriterien.pdf; Zugriff am 18.03.2014)

EMPIRISCHER TEIL

Für diese wissenschaftliche Arbeit werden Daten einer Firma mit rund 680 Mitarbeiter(inne)n verwendet, in der rund 150 Mitarbeiter/innen seit 2003 alle 2 Jahre sportmotorisch und gesundheitlich getestet werden. Mit Ausnahme dessen, dass die Teilnehmer/innen für die gleiche Unternehmung tätig sind, haben sie als Gruppe keine weiteren Gemeinsamkeiten. Die Testung basiert auf freiwilliger Basis und wird vom Betriebsrat fast zur Gänze bezahlt. Die Teilnehmer/innen entrichten lediglich einen geringen Selbstbehalt für diese Untersuchungen und Tests. Im empirischen Teil dieser Arbeit werden die Daten und Ergebnisse der Testungen von 2009 und 2011 miteinander verglichen, Besonderheiten herausgearbeitet und vor dem Hintergrund des aktuellen Forschungsstands diskutiert.

6. Methoden

Die Teilnehmer/innen haben im Zuge dieser Untersuchungen sportwissenschaftliche Test absolviert und jeweils vor den Testungen (t1, t2) einen Fragebogen ausgefüllt. Dieser Fragebogen beinhaltet zum Beispiel:

- Daten zur eigenen Person (Alter, Geschlecht, etc.)
- Bewegungsverhalten (Ausgeführte Sportarten und dessen Quantität, etc.)
- Ernährungsverhalten (Qualität und Quantität der Nahrung, etc.)
- Stressbelastungen (am Arbeitsplatz, Familie, etc.)

Ein Teil dieses Fragebogens wird in die Auswertung und Diskussion miteinfließen, da die tatsächliche Quantität von körperlicher Betätigung im Zusammenhang mit betrieblicher Gesundheitsförderung (sportwissenschaftliche Testung mit geringer Intervention) eine zentrale Frage dieser Arbeit darstellt.

Das Hauptaugenmerk dieser Arbeit liegt auf den sportwissenschaftlichen Untersuchungen. Folgende sportwissenschaftliche Untersuchungen wurden mit den Teilnehmer/innen durchgeführt:

- Muskelfunktionstest
- Arm- (Oberkörperkraft) und Beinkrafttest
- Gleichgewichtstest
- Komplexe Reaktionsfähigkeit-Test (Auge-Hand, Auge-Fuß)
- Fahrradergometrie mit Laktat (AS, ANS)

Das Programm, welches die Teilnehmer/innen absolvieren beinhaltet aber auch andere verschiedene wissenschaftliche Untersuchungen. So beinhaltet dieses Programm nicht nur die Durchführung von wissenschaftlichen Testungen sondern auch folgende Untersuchungen:

- Blutbild
- Ruhe-EKG
- Internistischer Status
- Orthopädischer Status
- Anthropometrische Körpervermessung
- Lungenfunktionstest

6.1. Sportmotorische Testung

Die sportmotorischen Tests wurden von dem Unternehmen IMSB Consult GmbH ausgewählt und durchgeführt. Auch die Klassifizierung und damit zusammenhängende Beurteilungen wurden vom IMSB Consult durchgeführt. Im Folgenden werden verschiedene Methoden kombiniert, um verschiedene sportmotorische Funktionen der Teilnehmer/innen zu erheben:

6.1.1. Kraft der Bauchmuskulatur

Die Testpersonen befinden sich in Rückenlage mit aufgestellten Beinen, wobei der Winkel der Knie 90° nicht überschreiten darf. Aufgabe ist es sich langsam und kontinuierlich aufzurollen bzw. aufzusetzen. Dabei dürfen die Fersen den Untergrund nicht verlassen. (vgl. Muskelfunktionstest nach Janda)

Tabelle 1: Bewertung der Kraft der Bauchmuskulatur

sehr gut gekräftigt	Bewegung in vollem Umfang entgegen starken äußeren Widerstand
gut gekräftigt	Bewegung in vollem Umfang entgegen leichten bis mittelgroßen Widerstand
noch ausreichende gekräftigt	Bewegung in vollem Umfang, entgegen der Schwerkraft, ohne zusätzlichen Widerstand von außen
vorhandene Abschwächung	Bewegung in vollem Umfang, ohne Arbeit gegen die Schwerkraft, d.h. horizontale Lagerung
starke Abschwächung	Erkennbare Reaktion, nicht ausreichend für eine Bewegung
sehr starke Abschwächung	Keine Erkennbare Muskelkontraktion

6.1.2. Kraft der Rückenmuskulatur

Die Testperson liegt auf dem Bauch, die Arme sind seitlich im 90° abgelegt und wird leicht am Rücken Richtung Unterlage gedrückt. Die Aufgabe ist es, den Oberkörper gegen die Kraft des/der Tester(in)s anzuheben. (vgl. Muskelfunktionstest nach Janda)

Tabelle 2: Bewertung der Kraft der Rückenmuskulatur

sehr gut gekräftigt	Bewegung in vollem Umfang entgegen starken äußeren Widerstand
gut gekräftigt	Bewegung in vollem Umfang entgegen leichten bis mittelgroßen Widerstand
noch ausreichende gekräftigt	Bewegung in vollem Umfang, entgegen der Schwerkraft, ohne zusätzlichen Widerstand von außen
vorhandene Abschwächung	Bewegung in vollem Umfang, ohne Arbeit gegen die Schwerkraft, d.h. horizontale Lagerung
starke Abschwächung	Erkennbare Reaktion, nicht ausreichend für eine Bewegung
sehr starke Abschwächung	Keine Erkennbare Muskelkontraktion

6.1.3. Armkraft- und Oberkörperkrafttest

Dieser Test wurde mit einem Testgerät (Dyno) durchgeführt. Aufgabe ist es im sitzen einen möglichst hohen Kraftwert zu erzeugen, in dem man, entgegen des Widerstandes, eine in Brusthöhe befindliche Stange von dem Oberkörper wegdrückt. Zu beachten ist, dass die Teilnehmer in Altersklassen eingeteilt werden und die erbrachten Leistungen durch das jeweilige Körpergewicht gerechnet wird, um so einen individuellen Quotienten zu bekommen.

Tabelle 3: Bewertung Armkraft- und Oberkörperkrafttest

Oberkörperkraft (Watt/kgKgew)

männlich	sehr gut	gut	durchschnittlich	unterdurchschnittlich	schlecht
18-29	>1,18	1,18 - 1,07	1,06 - 0,96	0,95 - 0,82	<0,82
30-39	>1,11	1,11 - 0,99	0,98 - 0,88	0,87 - 0,76	<0,76
40-49	>1,01	1,01 - 0,90	0,59 - 0,81	0,80 - 0,69	<0,69
50-59	>0,91	0,91 - 0,82	0,81 - 0,72	0,71 - 0,61	<0,61

weiblich	sehr gut	gut	durchschnittlich	unterdurchschnittlich	schlecht
18-29	>0,78	0,78 - 0,70	0,69 - 0,61	0,60 - 0,52	<0,52
30-39	>0,77	0,77 - 0,69	0,68 - 0,60	0,59 - 0,51	<0,51
40-49	>0,77	0,77 - 0,67	0,66 - 0,52	0,51 - 0,39	<0,39
50-59	>0,73	0,73 - 0,62	0,61 - 0,52	0,51 - 0,39	<0,39

6.1.4. Beinkraft

Dieser Test wurde mit demselben Testgerät wie auch der Armkrafttest durchgeführt (Dyno). Aufgabe ist es im sitzen einen möglichst hohen Kraftwert zu erzeugen, in dem man, den Schlitten mit den Beinen von dem Körper wegdrückt. Die Beurteilung findet nach Alter und Geschlecht statt und wird auf das Körpergewicht des/der jeweiligen Teilnehmer/in gerechnet.

Tabelle 4: Bewertung Beinkraft

Beinkraft (Watt/kgKgew)

männlich	sehr gut	gut	durchschnittlich	unterdurchschnittlich	schlecht
18-29	>2,90	2,90 - 2,51	2,50 - 2,25	2,24 - 1,90	<1,90
30-39	>2,78	2,78 - 2,46	2,45 - 2,16	2,15 - 1,81	<1,81
40-49	>2,56	2,56 - 2,26	2,25 - 1,99	1,98 - 1,68	<1,68
50-59	>2,28	2,28 - 1,99	1,98 - 1,73	1,72 - 1,44	<1,44

weiblich	sehr gut	gut	durchschnittlich	unterdurchschnittlich	schlecht
18-29	>2,37	2,37 - 2,06	2,05 - 1,78	1,77 - 1,45	<1,45
30-39	>2,35	2,35 - 2,04	2,03 - 1,76	1,75 - 1,43	<1,43
40-49	>2,21	2,21 - 1,91	1,90 - 1,64	1,62 - 1,33	<1,33
50-59	>1,83	1,82 - 1,54	1,52 - 1,28	1,26 - 0,99	<0,99

6.1.5. Gleichgewichtstest

Das Ziel dieses Tests, ist es so lange wie möglich auf einem ca. 2,5cm breiten flachen Stab zu stehen. Dieser Test wird barfuss oder mit Socken durchgeführt. Zu beachten ist, dass die Arme der Testperson in der Hüfte gehalten werden müssen. Sobald die Testperson mit dem zweiten Fuß den Boden berührt oder die Hände aus der Hüfte gibt, gilt es den Versuch abubrechen.

Tabelle 5: Bewertung der Gleichgewichtsfähigkeit

sehr gut	> 39 Sekunden
gut	29 bis 39 Sekunden
durchschnittlich	18 - 29 Sekunden
unterdurchschnittlich	8 - 18 Sekunden
schlecht	< 8 Sekunden

6.1.6. Komplexe Reaktionsfähigkeit

Bei diesem Test gilt es auf optische Signale so schnell als möglich mit den Händen und Füßen bestimmte Tasten zu drücken. Es gilt 20 Kombinationen zu lösen. Wird die zusehende Kombination richtig gedrückt, so erlischt das Bild und es gilt die nächste Kombination zu lösen. Auch bei diesem Test werden die Probanden in Alters- und Geschlechtsgruppen eingeteilt.

Tabelle 6: Bewertung komplexe Reaktionsfähigkeit

Reaktion

männlich	sehr gut	gut	durchschnittlich	unterdurchschnittlich	schlecht
18-29	<519	519 - 694	693 - 869	868 - 1044	>1044
30-39	<568	568 - 743	742 - 918	917 - 1093	>1093
40-49	<633	633 - 808	807 - 983	982 - 1158	>1158
50-59	<807	807 - 982	981 - 1157	1156 - 1332	>1332

weiblich	sehr gut	gut	durchschnittlich	unterdurchschnittlich	schlecht
18-29	<570	570 - 745	744 - 920	919 - 1095	>1095
30-39	<645	645 - 820	819 - 995	994 - 1170	>1170
40-49	<728	728 - 903	902 - 1078	1077 - 1253	>1253
50-59	<904	904 - 1079	1078 - 1254	1253 - 1429	>1429

6.1.7. Laktat

Die aerobe und anaerobe Ausdauerleistungsfähigkeit wird im Zuge dieses Programms mittels einer Fahrradergometrie ermittelt. Durchgeführt wurde ein Stufentest, bei dem die

Anfangsintensität und Steigerung mittels Selbsteinschätzung (Fragebogen) gewählt wurde. Die Dauer der Stufen wurde mit 3 Minuten angesetzt. Je nach Selbsteinschätzung der Ausdauerleistungsfähigkeit wurde entweder ein 30-30, 40-40 oder 50-50 Protokoll gewählt. (30-30 entspricht 30Watt Anfangsintensität, alle 3 Minuten Steigerung um weitere 30 Watt). Dieser Test wurde bis zur Ausbelastung durchgeführt (submaximale Durchführung auf Anweisung eines Arztes oder einer Ärztin). Die Einstufung der Testergebnisse wird berechnet durch die tatsächlich gemessene Leistung der Proband(inn)en in Watt dividiert durch das jeweilige Körpergewicht. Die Werte werden anschließend alters- und geschlechtsspezifisch beurteilt und klassifiziert.

Tabelle 7: Bewertung aerobe Schwelle

Aerobe Schwelle (Watt/kgKgew)

männlich	sehr gut	gut	durchschnittlich	unterdurchschnittlich	schlecht
18-29	2,40	2,28	2,04	1,80	<1,80
30-39	2,10	2,00	1,79	1,58	<1,58
40-49	1,80	1,71	1,53	1,35	<1,35
50-59	1,65	1,57	1,40	1,24	<1,24
60+	1,56	1,48	1,33	1,17	<1,17

weiblich	sehr gut	gut	durchschnittlich	unterdurchschnittlich	schlecht
18-29	1,80	1,71	1,53	1,35	<1,35
30-39	1,68	1,60	1,43	1,26	<1,25
40-49	1,56	1,48	1,33	1,17	<1,17
50-59	1,44	1,37	1,22	1,08	<1,08
60+	1,32	1,25	1,12	0,99	<0,99

Tabelle 8: Bewertung anaerobe Schwelle

Anaerobe Schwelle (Watt/kgKgew)

männlich	sehr gut	gut	durchschnittlich	unterdurchschnittlich	schlecht
18-29	3,20	3,04	2,72	2,40	<2,40
30-39	2,80	2,66	2,38	2,10	<2,10
40-49	2,40	2,28	2,04	1,80	<1,80
50-59	2,20	2,09	1,87	1,65	<1,65
60+	2,08	1,98	1,77	1,56	<1,56

weiblich	sehr gut	gut	durchschnittlich	unterdurchschnittlich	schlecht
18-29	2,40	2,28	2,04	1,80	<1,80
30-39	2,24	2,13	1,90	1,68	<1,68
40-49	2,08	1,98	1,77	1,56	<1,56
50-59	1,92	1,82	1,63	1,44	<1,44
60+	1,76	1,67	1,50	1,32	<1,32

6.2. Fragebögen

Weiters kamen verschiedene Fragebögen zum Einsatz.

6.2.1. Anamnesebogen t1

Vor der sportwissenschaftlichen Testung wurden die Teilnehmer/innen gebeten, einen Anamnese-Fragebogen auszufüllen (vgl. FB 1 im Anhang).

Dieser Fragebogen beinhaltet die Themen:

- Daten zur eigenen Person (Alter, Geschlecht, etc.)
- Bewegungsverhalten (Ausgeführte Sportarten und dessen Quantität, etc.)
- Ernährungsverhalten (Qualität und Quantität der Nahrung, etc.)
- Stressbelastungen (am Arbeitsplatz, Familie, etc.)

Ein Teil dieses Fragebogens fließt in die Auswertung und Diskussion mit ein, da das Ausmaß körperlicher Betätigung im Zusammenhang mit betrieblicher Gesundheitsförderung (sportwissenschaftliche Testung mit geringer Intervention) eine zentrale Frage dieser Arbeit darstellt.

6.2.2. Erweiterter Anamnesebogen t2

Ergänzend wird im Fragebogen t2 (vgl. FB2 im Anhang) noch erhoben, wie die gesetzten Bewegungsziele von den Teilnehmer(inne)n erreicht wurden und welche Gründe aus ihrer Sicht dafür ausschlaggebend waren. Die Teilnehmer/innen haben hier die Möglichkeit gehabt mehrere Gründe anzugeben.

7. Untersuchungsgruppe

In diesem Unternehmen werden diese Testungen bzw. Untersuchungen 2 x jährlich durchgeführt. Es wurde je eine Testung im Frühjahr und Herbst angeboten um so die Teilnehmer(innen)zahl zu erhöhen. Wie schon oben erwähnt, werden für diese Arbeit die Ergebnisse von 2009 und 2011 herangezogen.

Im folgenden Text wird die Testung 2009 als t1 und die Testung 2011 als t2 bezeichnet. Es werden nur die Teilnehmer verglichen, welche wirklich bei beiden Testungen teilgenommen haben. So kommt es, dass beim Test1 teilweise über 120 Datensätze vorhanden sind, beim Test2 nur noch ca. 87 Datensätze. Dies ist auf die Veränderung des Personals zurückzuführen. Weiters besteht die Möglichkeit, dass nicht alle Test von allen Teilnehmenden, aufgrund von Verletzungen, Erkrankungen, körperlichen Beschwerden etc. durchgeführt wurden. Aus diesen Gründen, werden alle Daten auch in Prozent angegeben, um so die Vergleichbarkeit zu gewährleisten.

8. Auswertung

Als Basis für die Auswertung dienen sowohl die erhobenen Daten der sportmotorischen Testung, als auch die erhobenen und angegebenen Daten des Fragebogens zu den Zeitpunkten t1 und t2.

Die erhobenen Daten wurden statistisch aufbereitet und grafisch dargestellt. In den Grafiken werden sowohl die Leistungen zu dem Zeitpunkt t1 als auch zu dem Zeitpunkt t2 aufgezeigt. Ab dem Kapitel 8.1. werden die erhobenen Daten und Ergebnisse des sportmotorischen Tests aufbereitet und grafisch dargestellt. Bei diesen Tests wurde überprüft, ob signifikante Veränderungen zu den zwei Testzeitpunkten (t1, t2) vorliegen.

Ab dem Kapitel 8.3. werden die Daten des Fragebogen, der sowohl vor der Testung t1 als auch vor der Testung t2 von allen Probanden ausgefüllt wurde, ausgewertet und diskutiert. In diesen Kapiteln geht es vorrangig um die Erwartungen an BGF Projekten sowie um die Gründe für beabsichtigte Veränderungen des Lebensstils und der körperlichen Aktivität.

Die sportmotorische Testung wurde im Rahmen des Projekts „Unternehmen in Bewegung“ vom IMSB Consult – Institut für medizinische und sportwissenschaftliche Beratung durchgeführt. Die Fragebogen zu den Zeitpunkten t1 und t2 sind Teil dieses Projektes und werden genauso wie die Daten der sportmotorischen Testung anonymisiert dargestellt. Lediglich der/die einzelne Teilnehmer/in bekommt die persönlichen Daten und Auswertungen. Diese wurden sowohl nach der Testung t1 als auch nach der Testung t2 jeweils mit den Probanden persönlich besprochen.

8.1. Teilnehmer/innen

8.1.1. Geschlecht

Tabelle 9: Teilenehmer/innen nach Geschlecht

	t1	t2	% t1	% t2
männlich	58	43	48%	49%
weiblich	62	44	52%	51%
Gesamt	120	87	100,00%	100,00%

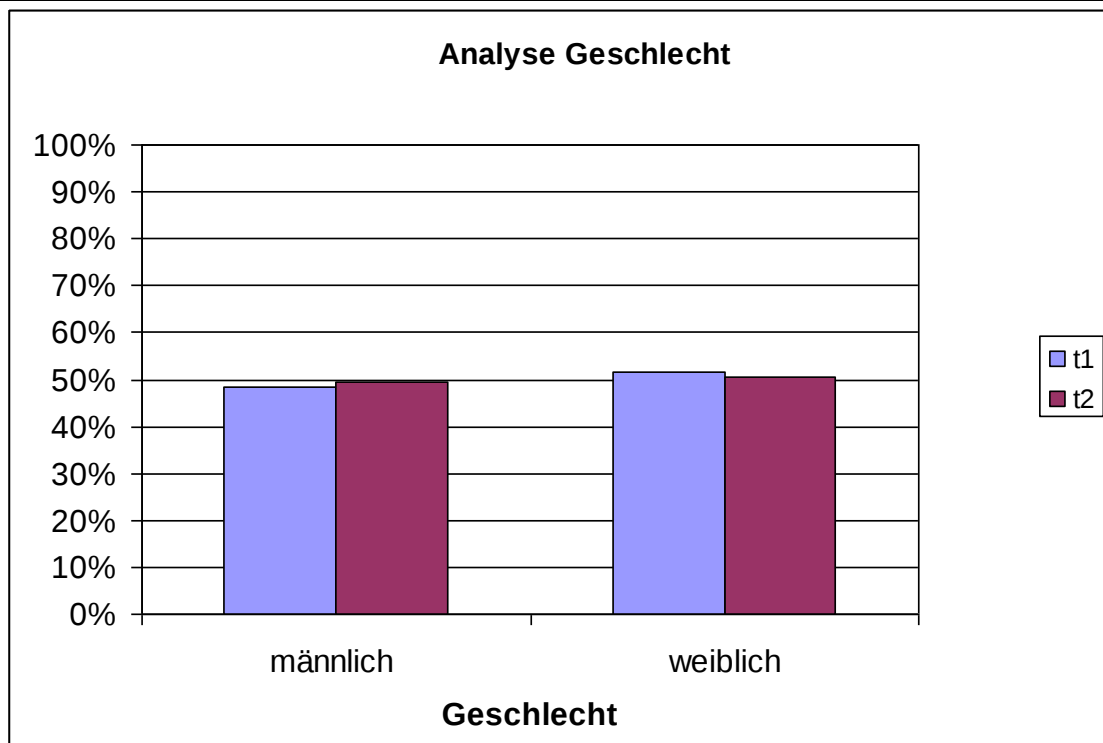


Abb11: Geschlecht der Teilnehmer/innen bei den Testungen t1 (n=120) und t2 (n=87)

8.1.2. Alter

Tabelle 10: Teilenehmer/innen nach Alter

	t1	t2	% t1	% t2
bis 30 Jahre	36	15	30%	17%
31 - 40 Jahre	44	23	37%	26%
41 - 50 Jahre	32	32	27%	37%
über 50 Jahre	8	17	7%	20%
Gesamt	120	87	100%	100%

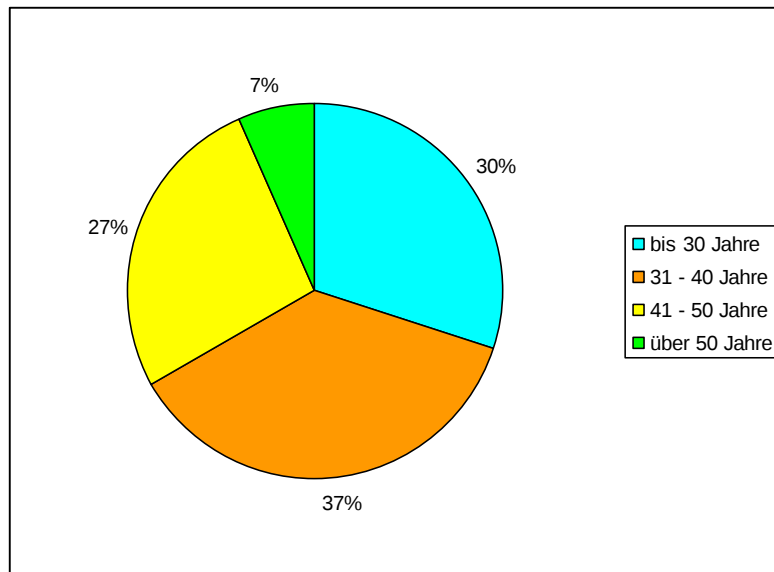


Abb12: Zusammensetzung des Samples nach Altersgruppen t1 (n=120)

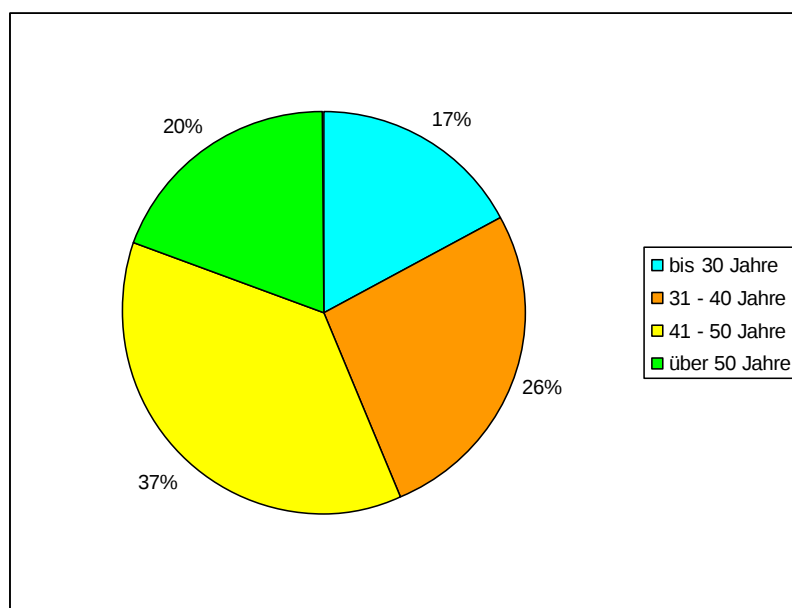


Abb13: Zusammensetzung des Samples nach Altersgruppen t2 (n=87)

Betrachtet man die Teilnehmer/innen, so kann man sagen, dass das Sample ein ausgewogenes Geschlechterverhältnis aufweist. Hinsichtlich des Alters weist t2 ein deutlich höheres Durchschnittsalter auf. Inwiefern das höhere Durchschnittsalter bei t2 Auswirkungen auf die Testergebnisse hat, wird weiter unten veranschaulicht und diskutiert.

8.1.3. BMI

Tabelle 11: Teilnehmer/innen nach BMI

	t1	t2	% t1	% t2
Untergewicht	8	8	7%	9%
Normalgewicht	61	47	53%	55%
Übergewicht	40	28	35%	33%
starkes Übergewicht	6	2	5%	2%
Gesamt	115	85	100%	100%

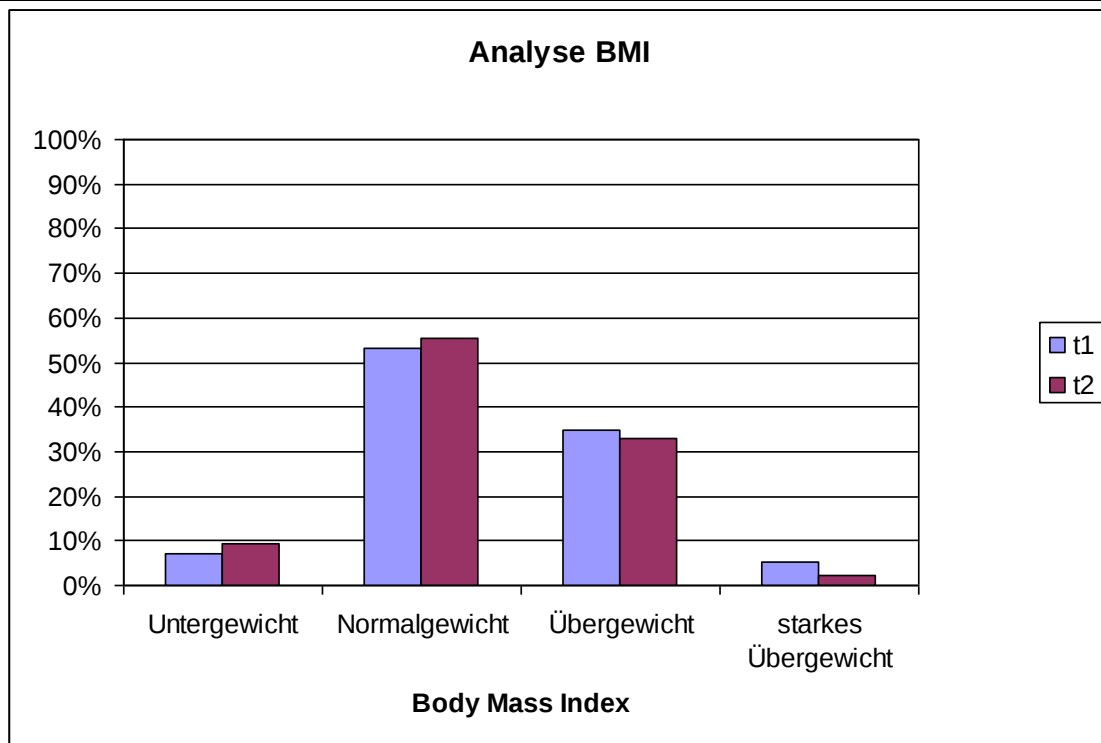


Abb14: BMI zu den Testzeitpunkten t1 (n=115) und t2 (n=85)

Die BMI-Werte haben sich von t1 auf t2 insgesamt verbessert. Betrachtet man die Werte, so haben beim Vortest über 50% Normalgewicht. 2011 hatten nur 2,35% der Teilnehmer/innen „starkes Übergewicht“ (2009 waren es noch mehr als 5%).

Tabelle 12: Body-Mass-Index (BMI) 2006/07 (Grundgesamtheit) (STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07)

Untergewicht	3%
Normalgewicht	50%
Übergewicht	35%
starkes Übergewicht	12%
Gesamt	100%

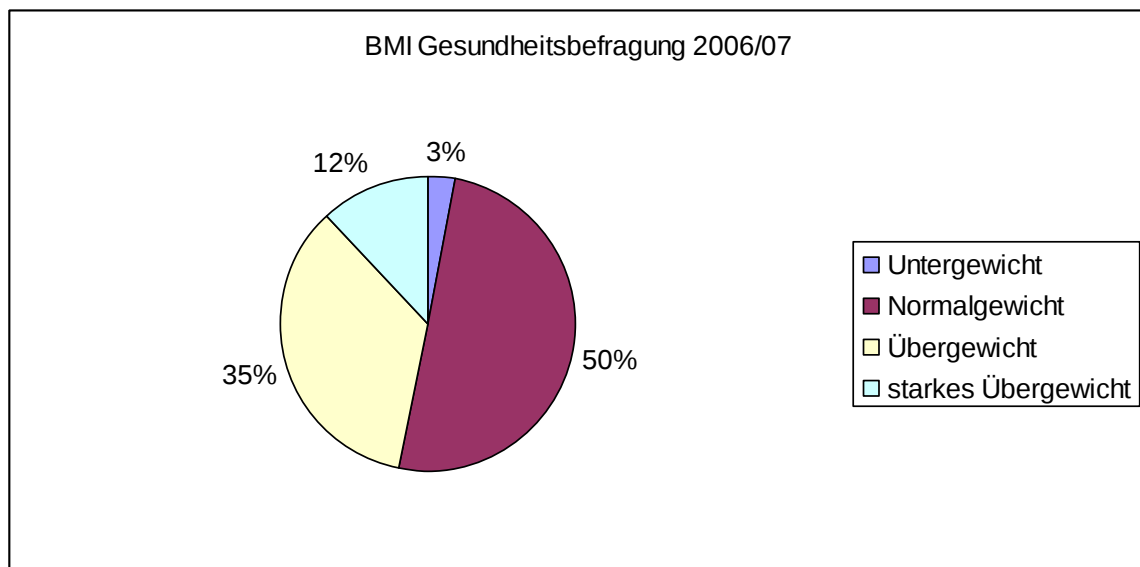


Abb15: Body-Mass-Index (BMI) 2006/07 (Grundgesamtheit) (STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07)

Betrachtet man die BMI-Werte der Testgruppe im Vergleich mit den Werten der Statistik Austria (Grundgesamtheit), so sieht man, dass bei dieser Testung, minimal weniger Untergewichtige sowie stark Übergewichte Probanden, teilnehmen als die Grundgesamtheit aufweist.

8.2. Ergebnisse der sportmotorische Testung (t1, t2)

Im Folgenden werden die Daten von t1 und t2 verglichen (Querschnittsvergleich).

8.2.1. Kraft der Bauchmuskulatur

Tabelle 13: Ergebnisse der sportmotorischen Testung - Kraft und Bauchmuskulatur

	t1	t2	% t1	% t2
kein Messwert	1	0	1%	0%
sehr gut gekräftigt	38	23	34%	27%
gut gekräftigt	20	10	18%	12%
noch ausreichend gekräftigt	27	21	24%	24%
vorhandene Abschwächung	23	31	21%	36%
starke Abschwächung	3	1	3%	1%
sehr starke Abschwächung	0	0	0%	0%
Gesamt	112	86	100%	100%

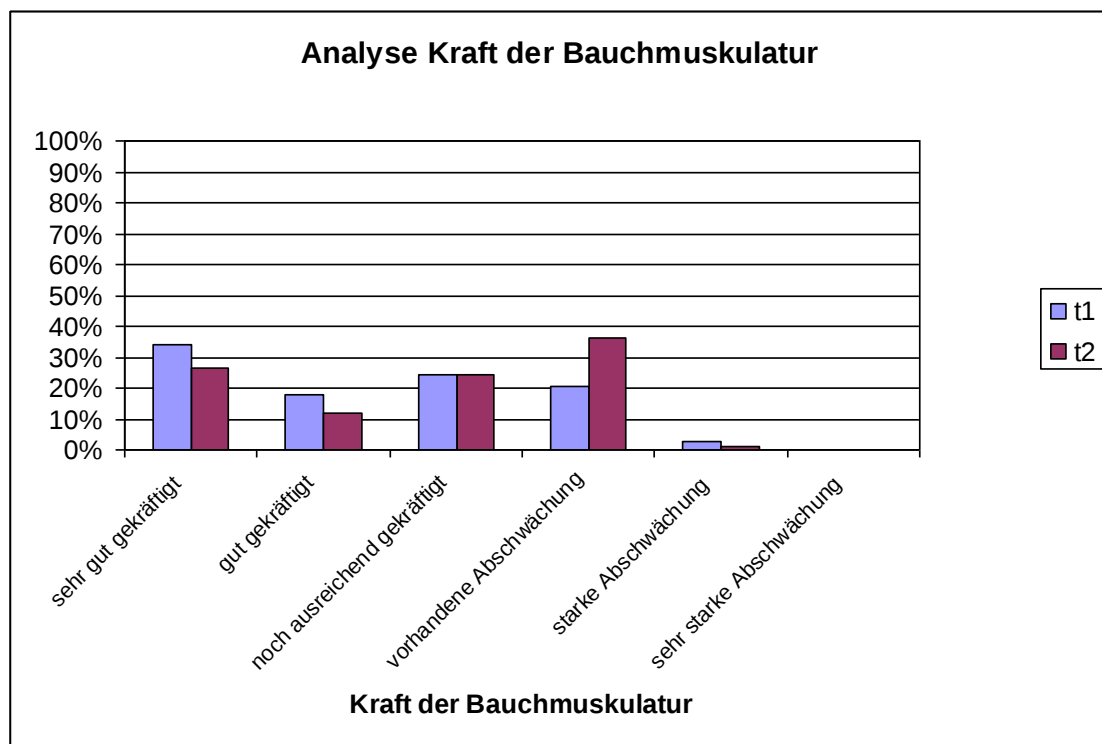


Abb16: Kraft der Bauchmuskulatur bei den Testungen t1 (n=112) und t2 (n=86)

Einige Teilnehmer/innen haben innerhalb dieser 2 Jahre an Bauchmuskelfkraft verloren. Die Anzahl der Teilnehmer/innen mit einer „sehr gut gekräftigten“ und „gut gekräftigten“ Bauchmuskulatur hat sich reduziert. Besonders auffällig ist, dass über 36% der Teilnehmer/innen bei t2 eine „leicht abgeschwächte“ Bauchmuskulatur haben (t1 20,54%). Zusammenfassend kann man sagen, dass die Kraft der Bauchmuskulatur 2009 besser als 2011 war sprich sich verschlechtert hat.

8.2.2. Analyse Kraft der Rückenmuskulatur

Tabelle 14: Ergebnisse der sportmotorischen Testung - Rückenmuskulatur

	t1	t2	% t1	% t2
kein Messwert	1	0	1%	0%
gut gekräftigt	0	0	0%	0%
ausreichende gekräftigt	38	57	34%	66%
vorhandene Abschwächung	72	28	64%	33%
starke Abschwächung	1	1	1%	1%
Gesamt	112	86	100%	100%

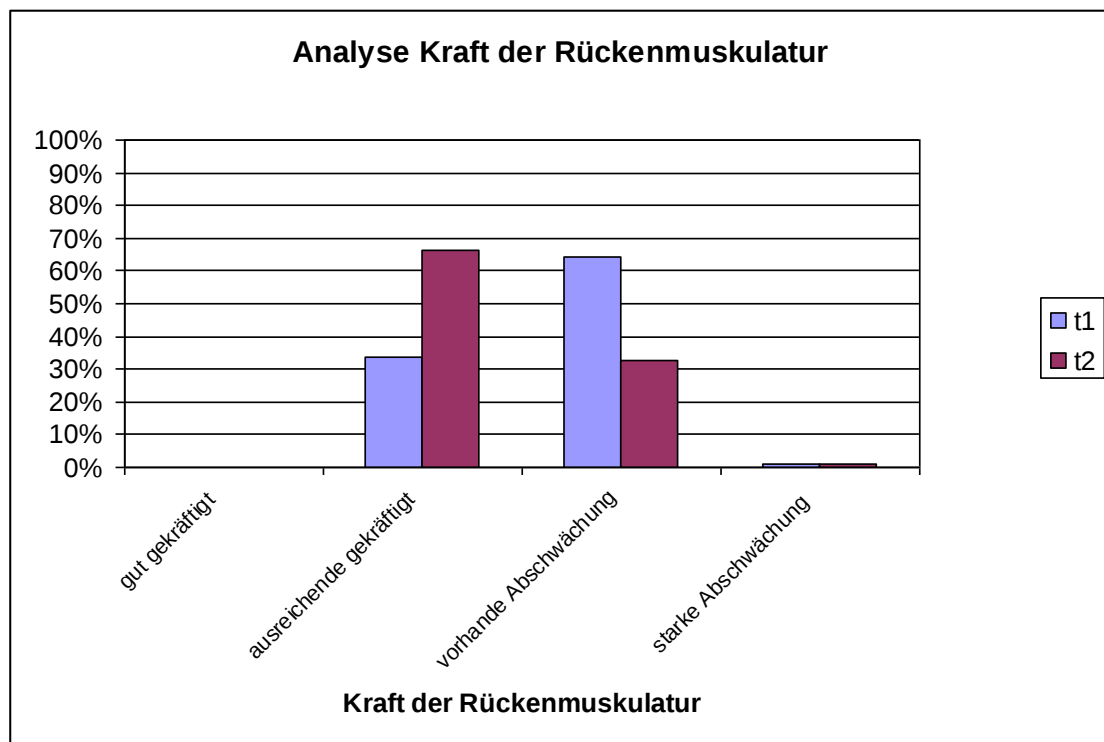


Abb17: Kraft der Rückenmuskulatur bei den Testungen t1 (n=112) und t2 (n=86)

Im Gegensatz zu der Kraft der Bauchmuskulatur konnte die Kraft der Rückenmuskulatur verbessert werden. So haben 2011 über 66% der Teilnehmenden eine „ausreichend gekräftigte“ Rückenmuskulatur.

8.2.3. Analyse Armkraft

Tabelle 15: Ergebnisse der sportmotorischen Testung - Armkraft

	t1	t2	% t1	% t2
kein Messwert	0	2	0%	2%
sehr gut	8	10	7%	12%
gut	25	25	22%	29%
durchschnittlich	29	30	26%	35%
unterdurchschnittlich	36	14	32%	16%
schlecht	14	5	13%	6%
Gesamt	112	86	100%	100%

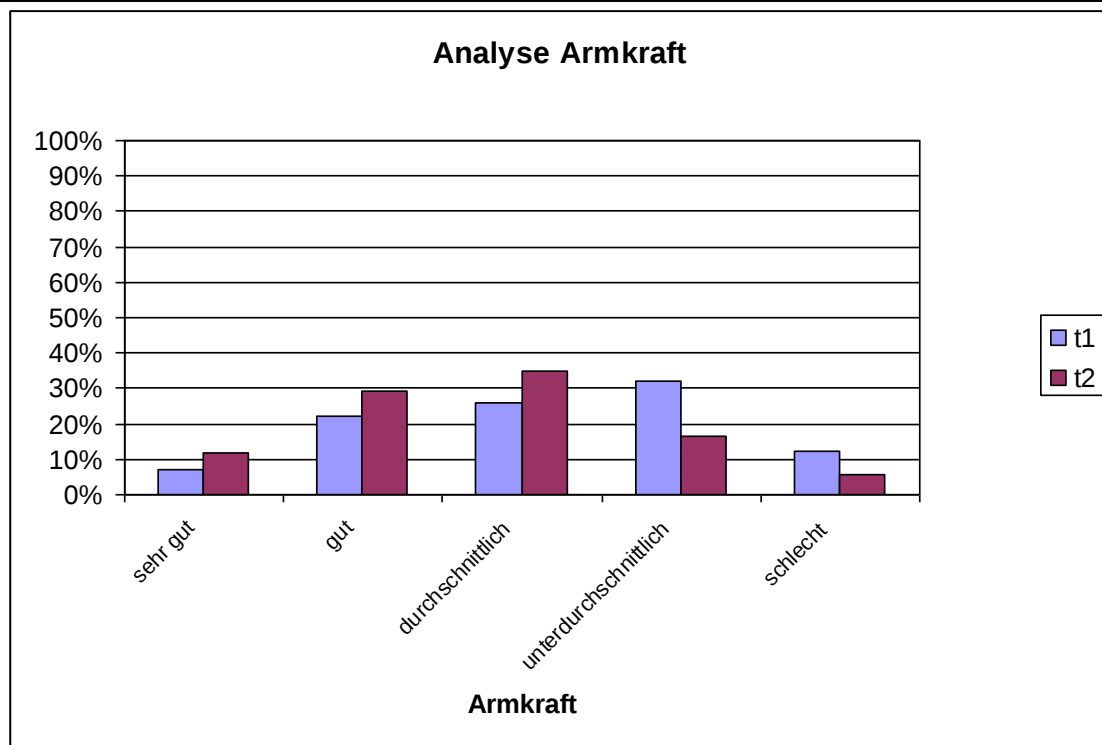


Abb18: Analyse Armkraft zu den Testzeitpunkten t1 (n=112) und t2 (n=86)

Auswirkungen und Erfolge von betrieblicher Gesundheitsförderung

Auch die Armkraft der meisten Teilnehmer/innen hat sich innerhalb von 2 Jahren verbessert. 2011 hatten über 75% der Teilnehmer/innen eine „sehr gute“, „gute“ oder durchschnittliche Armkraft. 2009 waren 55% der Teilnehmenden „durchschnittlich“ oder besser.

Tabelle 16: Signifikanzprüfung Oberkörperkraft (Watt/kgKgew) Männer:

Test bei gepaarten Stichproben									
		Gepaarte Differenzen				T	df	Sig. (2-seitig)	
		Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes	95% Konfidenzintervall der Differenz				
					Untere				Obere
Paaren 1	Bankdrücken (Dyno) T1 - Bankdrücken (Dyno) T2	-,038095	,2205673	,0340343	-,106829	,030638	-1,119	41	,270

Tabelle 17: Signifikanzprüfung Oberkörperkraft (Watt/kgKgew) Frauen:

Test bei gepaarten Stichproben									
		Gepaarte Differenzen					T	df	Sig. (2-seitig)
		Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes	95% Konfidenzintervall der Differenz				
					Untere	Obere			
Paaren 1	Bankdrücken (Dyno) T1 - Bankdrücken (Dyno) T2	-,017222	,1088803	,0181467	-,054062	,019618	-,949	35	,349

Betrachtet man die Signifikanzprüfung der Geschlechter, so kann kein signifikanter Unterschied zwischen t1 und t2 aufgezeigt werden ($\alpha=0,05$).

8.2.4. Analyse Beinkraft

Tabelle 18: Ergebnisse der sportmotorischen Testung - Beinkraft

	t1	t2	% t1	% t2
kein Messwert	0	1	0%	1%
sehr gut	1	0	1%	0%
gut	11	10	10%	12%
durchschnittlich	40	43	36%	50%
unterdurchschnittlich	46	27	41%	31%
schlecht	14	5	13%	6%
Gesamt	112	86	100%	100%

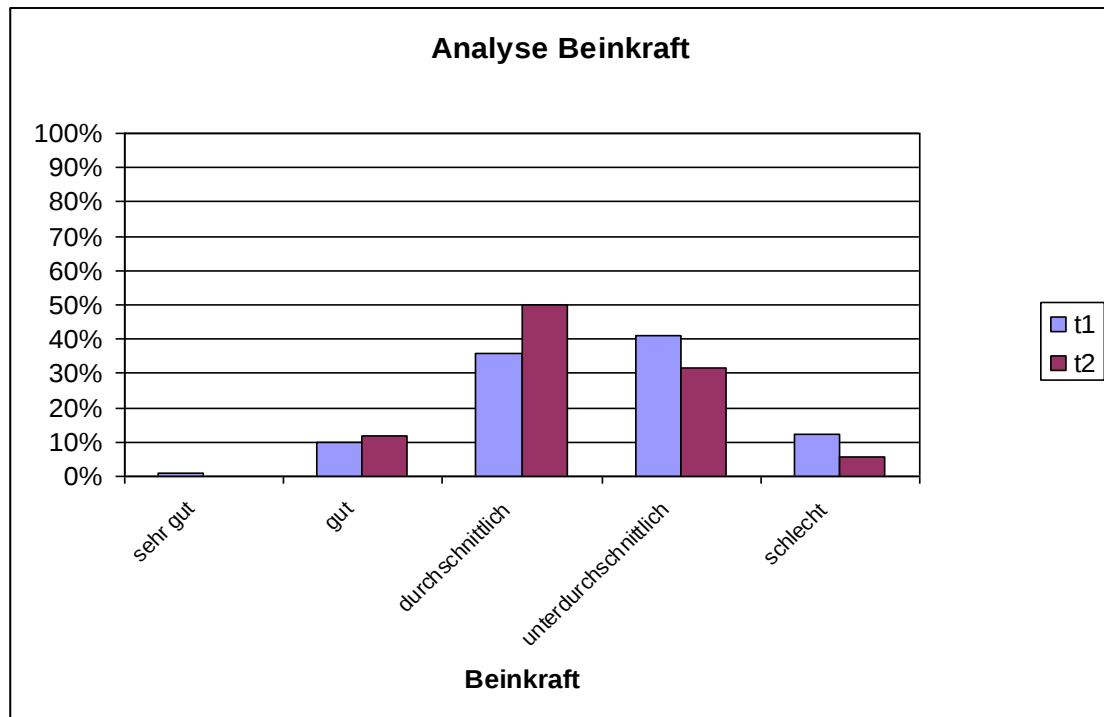


Abb19: Analyse der Beinkraft zu den Testzeitpunkten t1 (n=112) und t2 (n=86)

Ähnlich wie die Armkraft konnte auch die Beinkraft einiger Testpersonen gesteigert werden. Ein großer Anteil hatte jedoch auch beim Re-Test eine unterdurchschnittliche Beinkraft (über 31%).

Tabelle 19: Signifikanzprüfung Beinkraft (Watt/kgKgew) Männer:

Test bei gepaarten Stichproben									
		Gepaarte Differenzen					T	df	Sig. (2-seitig)
		Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes	95% Konfidenzintervall der Differenz				
					Untere	Obere			
Paaren 1	Beinpresse (Dyno) T1 - Beinpresse (Dyno) T2	-,061628	,4700351	,0716797	-,206283	,083028	-,860	42	,395

Tabelle 20: Signifikanzprüfung Beinkraft (Watt/kgKgew) Frauen:

Test bei gepaarten Stichproben									
		Gepaarte Differenzen					T	df	Sig. (2-seitig)
		Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes	95% Konfidenzintervall der Differenz				
					Untere	Obere			
Paaren 1	Beinpresse (Dyno) T1 - Beinpresse (Dyno) T2	,007838	,3205129	,0526920	-,099027	,114702	,149	36	,883

Auch bei der Beinkraft kann kein signifikanter Unterschied zwischen t1 und t2 aufgezeigt werden ($\alpha=0,05$).

8.2.5. Analyse Gleichgewicht

Tabelle 21: Ergebnisse der sportmotorischen Testung - Gleichgewicht

	t1	t2	% t1	% t2
kein Messwert	0	0	0%	0%
sehr gut	2	12	2%	14%
gut	4	8	4%	9%
durchschnittlich	12	6	11%	7%
unterdurchschnittlich	38	19	34%	22%
schlecht	56	41	50%	48%
Gesamt	112	86	100%	100%

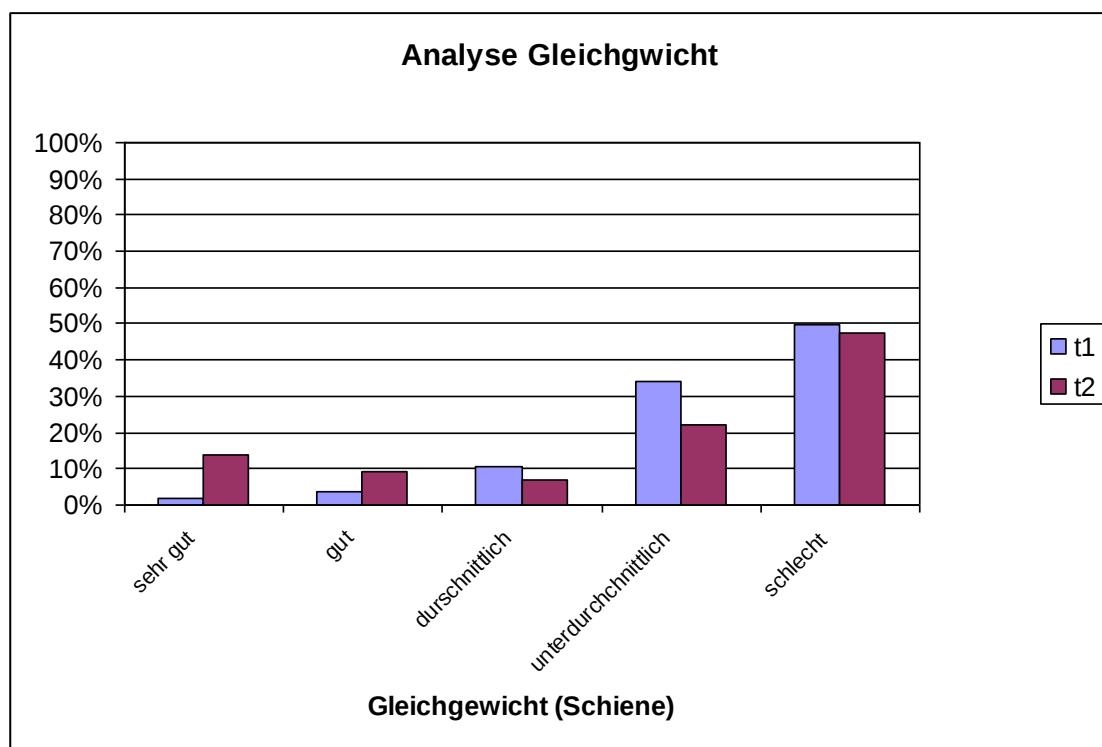


Abb20: Analyse des Gleichgewichts zu den Testzeitpunkten t1 (n=112) und t2 (n=86)

Die Ergebnisse des Gleichgewichtstests sind insgesamt 2009 und 2011 schlecht ausgefallen. Nicht einmal 1/3 der Teilnehmer/innen hatten 2011 eine „durchschnittliche“ oder besser bewertete Gleichgewichtsfähigkeit. 2009 konnten überhaupt nur knapp über 16% der Teilnehmenden eine „durchschnittliche“ oder bessere Gleichgewichtsfähigkeit aufweisen. Auffallend ist aber auch die Steigerung um fast 15% bei den sehr gut und gut bewerteten.

Tabelle 22: Signifikanzprüfung Gleichgewicht (sek.) Männer:

Test bei gepaarten Stichproben									
		Gepaarte Differenzen					T	df	Sig. (2-seitig)
		Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes	95% Konfidenzintervall der Differenz				
					Untere	Obere			
Paaren 1	Gleichgewicht (Schiene) T1 - Gleichgewicht (Schiene) T2	-2,937442	22,6834869	3,4591993	-9,918389	4,043505	-,849	42	,401

Tabelle 23: Signifikanzprüfung Gleichgewicht (sek.) Frauen:

Test bei gepaarten Stichproben									
		Gepaarte Differenzen					T	df	Sig. (2-seitig)
				Standardfehler des Mittelwertes	95% Konfidenzintervall der Differenz				
					Untere	Obere			
Paaren 1	Gleichgewicht (Schiene) T1 - Gleichgewicht (Schiene) T2	2,995263	22,0783912	3,5815880	-4,261724	10,252250	,836	37	,408

Obwohl sich die Gruppe verbessert hat, gibt es keinen signifikanten Unterschied zwischen t1 und t2 ($\alpha=0,05$).

8.2.6. Analyse komplexe Reaktion

Tabelle 24: Ergebnisse der sportmotorischen Testung – komplexe Reaktion

	t1	t2	% t1	% t2
kein Messwert	0	0	0%	0%
sehr gut	12	33	11%	38%
gut	57	39	51%	45%
durchschnittlich	37	14	33%	16%
unterdurchschnittlich	5	0	4%	0%
schlecht	1	0	1%	0%
Gesamt	112	86	100%	100%

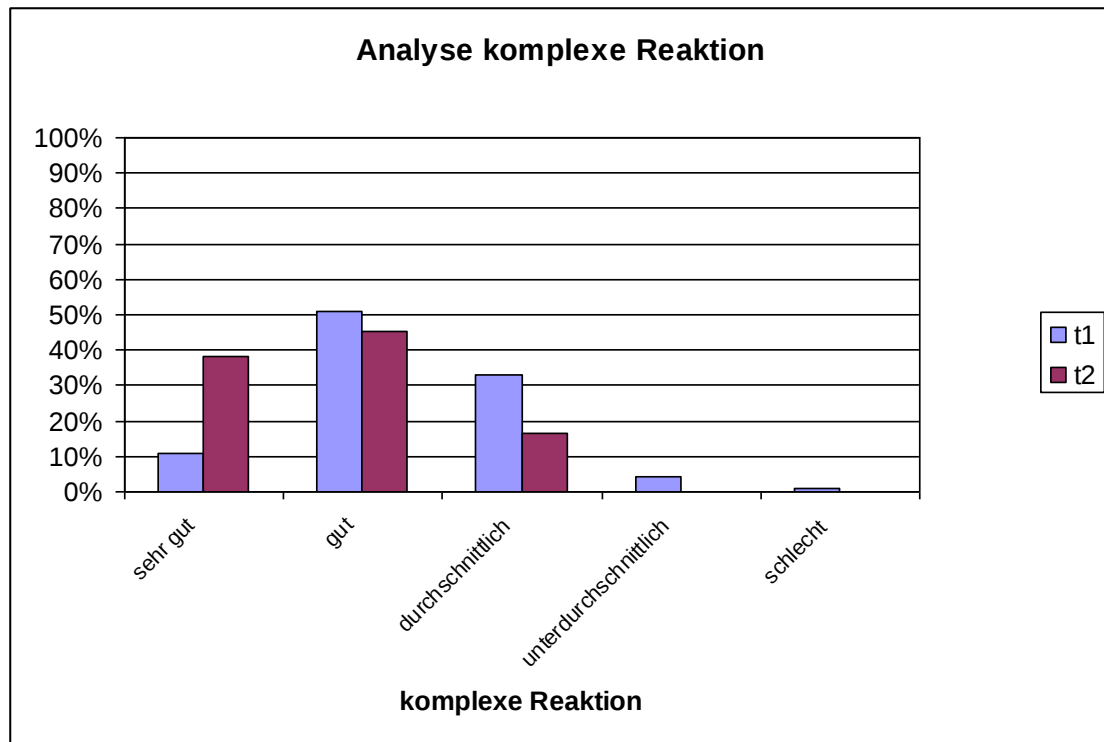


Abb21: Analyse der Reaktion zu den Testzeitpunkten t1 (n=112) und t2 (n=86)

Besonders auffällig ist, dass 2011 die Reaktionsfähigkeit aller Proband(inn)en zumindest „durchschnittlich“ war. Der Anteil an Teilnehmer/innen mit einer „sehr guten“ Reaktionsfähigkeit wurde von 10,71% auf über 38% gesteigert. Gründe für diese Verbesserung der Reaktion sind leicht erklärt. Durch die Zunahme an körperlicher Aktivität und des damit zusammenhängenden Fitnessgrades, verbessert sich die Reaktionszeit der Probanden. Dies wurde oftmals wissenschaftlich bewiesen. Auch Brisswalter et. al. (1997) ist zu diesem Ergebnis: „The mean reaction time at rest was significantly different depending on the level of physical fitness.“

Tabelle 25: Signifikanzprüfung komplexe Reaktion (ms) Männer:

Test bei gepaarten Stichproben									
		Gepaarte Differenzen					T	df	Sig. (2-seitig)
		Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes	95% Konfidenzintervall der Differenz				
					Untere	Obere			
Paaren 1	Kompl.Reak. T1 - Kompl.Reak. T2	59,65	147,469	22,489	14,27	105,04	2,652	42	,011

Tabelle 26: Signifikanzprüfung komplexe Reaktion (ms) Frauen:

Test bei gepaarten Stichproben									
		Gepaarte Differenzen					T	df	Sig. (2-seitig)
		Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes	95% Konfidenzintervall der Differenz				
					Untere	Obere			
Paaren 1	Kompl.Reak. T1 - Kompl.Reak. T2	42,63	179,751	29,160	-16,45	101,71	1,462	37	,152

Die Unterschiede zwischen t1 und t2 sind nicht nur in der Grafik zu sehen, die männliche Gruppe konnte einen signifikanten Unterschied erreichen ($\alpha=0,011$). Bei den Frauen kam es zu keinem signifikanten Unterschied zwischen t1 und t2 ($\alpha=0,05$).

8.2.7. Belastung an der aeroben Schwelle (Watt/kg)

Tabelle 27: Ergebnisse der sportmotorischen Testung – Belastung an der aeroben Schwelle

	t1	t2	% t1	% t2
kein Messwert	5	5	4%	6%
sehr gut	22	38	20%	44%
gut	9	7	8%	8%
durchschnittlich	17	11	15%	13%
unterdurchschnittlich	9	11	8%	13%
schlecht	50	14	45%	16%
Gesamt	112	86	100%	100%

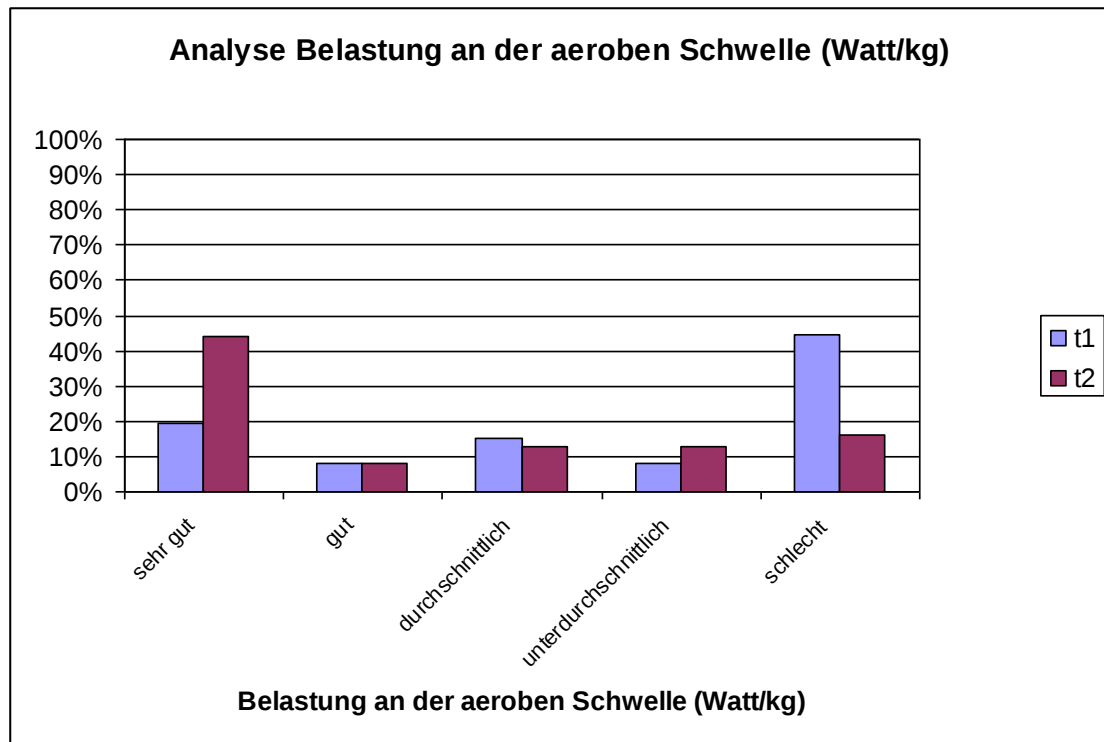


Abb22: Belastung an der aeroben Schwelle zu den Testzeitpunkten t1 (n=112) und t2 (n=86)

Einer der aussagekräftigsten Tests für Hobbysportler/innen aller Art ist die Fahrradergometrie. Die Ausdauerfähigkeit an der aeroben Schwelle konnte in den meisten Fällen verbessert werden. Fast die Hälfte (44,19%) der Teilnehmenden hatte 2011 eine „sehr gute“ aerobe Ausdauerfähigkeit. Das zeigt, dass die Teilnehmer/innen vermehrt im Grundlagenausdauerbereich sportlich aktiv waren.

Tabelle 28: Signifikanzprüfung AS/Watt/kg Männer:

Test bei gepaarten Stichproben									
		Gepaarte Differenzen				T	df	Sig. (2-seitig)	
		Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes	95% Konfidenzintervall der Differenz				
					Untere				Obere
Paaren 1	AS/Watt/kg T1 - AS/Watt/kg T2	-,233333	,8112152	,1298984	-,496299	,029632	-1,796	38	,080

Tabelle 29: Signifikanzprüfung AS/Watt/kg Frauen:

Test bei gepaarten Stichproben									
		Gepaarte Differenzen					T	df	Sig. (2-seitig)
		Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes	95% Konfidenzintervall der Differenz				
					Untere	Obere			
Paaren 1	AS/Watt/kg T1 - AS/Watt/kg T2	-,219444	,6984961	,1164160	-,455782	,016893	-1,885	35	,068

Trotz einer sichtbaren positiven Veränderung in der Grafik, kann kein signifikante Unterschied aufgezeigt werden, sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen ($\alpha=0,05$).

8.2.8. Analyse Belastung an der anaeroben Schwelle (Watt/kg)

Tabelle 30: Ergebnisse der sportmotorischen Testung – Belastung an der anaeroben Schwelle

	t1	t2	% t1	% t2
kein Messwert	5	4	4%	5%
sehr gut	37	50	33%	58%
gut	7	6	6%	7%
durchschnittlich	11	7	10%	8%
unterdurchschnittlich	22	12	20%	14%
schlecht	30	7	27%	8%
Gesamt	112	86	100%	100%

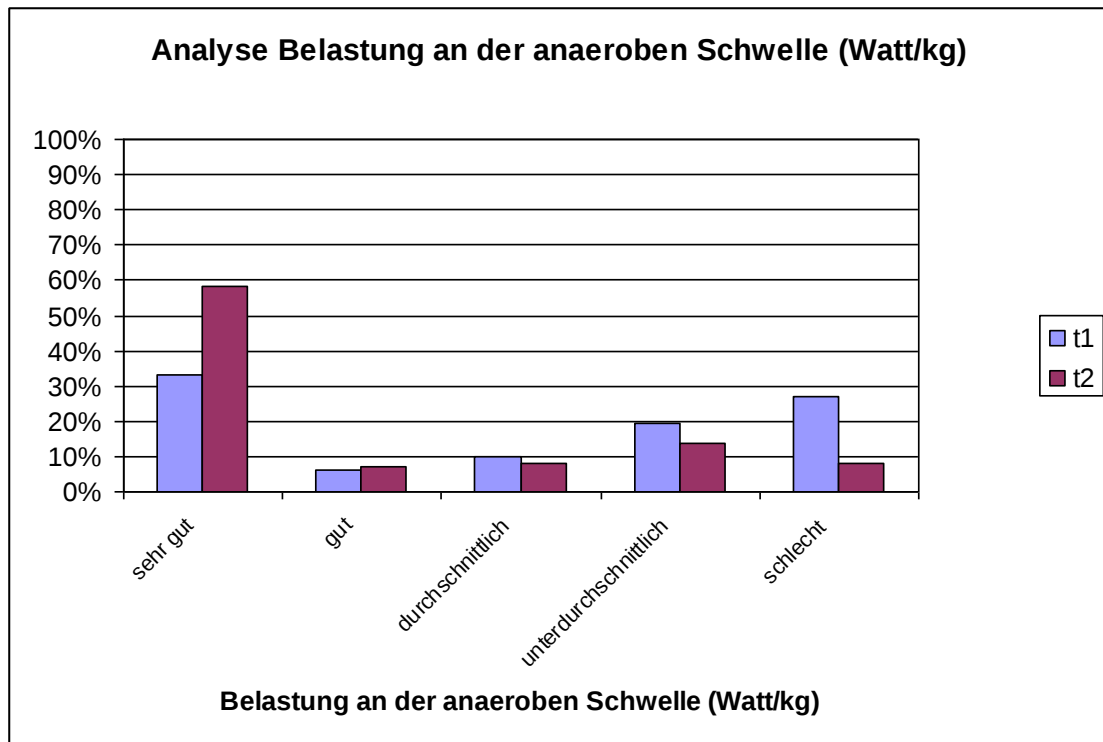


Abb23: Belastung an der anaeroben Schwelle zu den Testzeitpunkten t1 (n=112) und t2 (n=86)

Ähnlich der aeroben Ausdauerleistungsfähigkeit, konnte in den meisten Fällen auch die anaerobe Ausdauerleistungsfähigkeit verbessert werden. Über 50% der Teilnehmer/innen hatten 2011 eine „sehr gute“ Ausdauerleistungsfähigkeit an der anaeroben Schwelle.

Tabelle 31: Signifikanzprüfung ANS/Watt/kg Männer:

Test bei gepaarten Stichproben									
		Gepaarte Differenzen				T	df	Sig. (2-seitig)	
		Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes	95% Konfidenzintervall der Differenz				
					Untere				Obere
Paaren 1	ANS/Watt/kg T1 - ANS/Watt/kg T2	-,335897	,9590256	,1535670	-,646778	-,025017	-2,187	38	,035

Tabelle 32: Signifikanzprüfung ANS/Watt/kg Frauen:

Test bei gepaarten Stichproben									
		Gepaarte Differenzen					T	df	Sig. (2-seitig)
		Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes	95% Konfidenzintervall der Differenz				
					Untere	Obere			
Paaren 1	ANS/Watt/kg T1 - ANS/Watt/kg T2	-,245946	,8071192	,1326896	-,515053	,023161	-1,854	36	,072

Bei der anaeroben Schwelle sind die positiven Veränderungen nicht nur sichtbar in der Grafik, die männliche Gruppe konnte sich von bei dem zweiten Testtermin signifikant verbessern ($\alpha=0,035$). Bei den Frauen kam es zu keiner signifikanten Verbesserung bei t2 ($\alpha=0,05$).

8.3. Veränderung der Freizeitgestaltung und aktiven Betätigung jedes/jeder Einzelnen

Wie man im vorherigen Kapitel erkennen kann, haben sich einige Testergebnisse verändert. Bei den meisten Untersuchungen, ausgenommen Bauchmuskulatur, haben sich die Ergebnisse der gesamten Gruppe verbessert. Sprich die Prozentpunkte haben sich in Richtung der besseren Werte verschoben.

Da man in diesem Unternehmen aber keine Interventionen gesetzt hat, müssen die Teilnehmer/innen selbst die sportliche Betätigung gesteigert haben. Es stellt sich nun also die Frage:

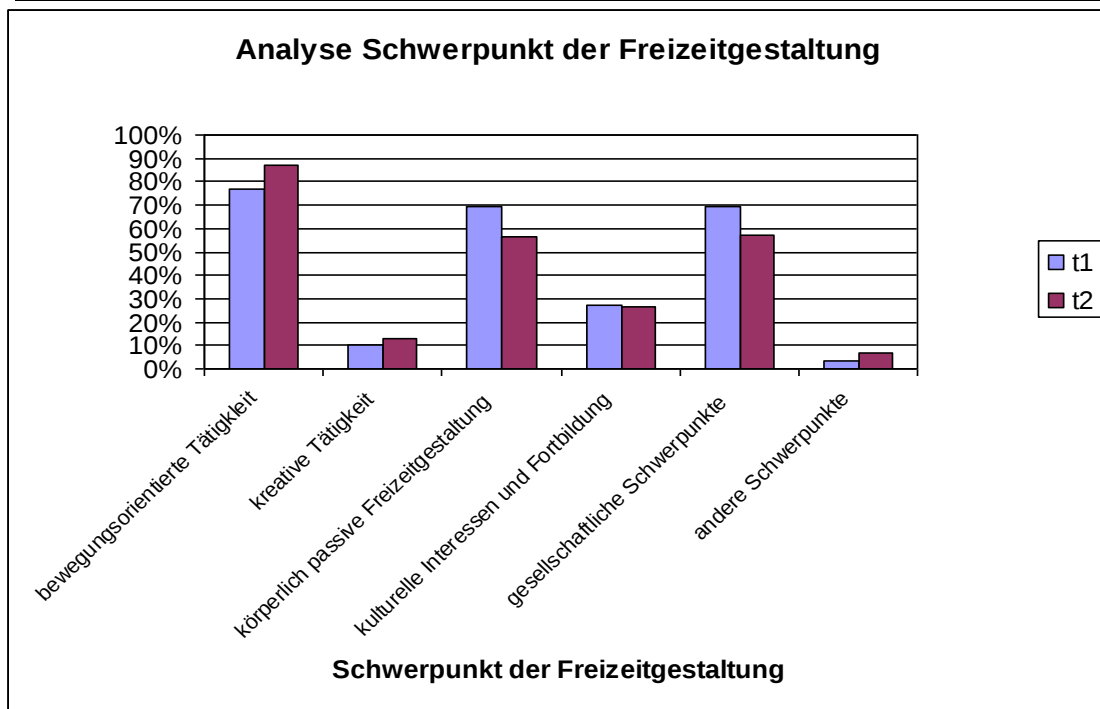
Wie verändert sich das Bewegungs- und Sportverhalten von Mitarbeiter(inne)n in einem konkreten Unternehmen, wo die Intervention auf einem sportwissenschaftlichen Assessment und einer Beratung der Teilnehmer/innen basierte?

Um diese Frage zu klären, muss man die Antworten und Ergebnisse, des vorab ausgefüllten Fragebogen, näher betrachten. In diesem Fragebogen wurden, wie schon weiter oben erwähnt, auch Fragen bezüglich der Quantität und Qualität von sportlichen und körperlichen Aktivität der Teilnehmer, gestellt.

8.3.1. Analyse Schwerpunkt der Freizeitgestaltung

Tabelle 33: Schwerpunkt der Freizeitgestaltung

	t1	t2	% t1	% t2
bewegungsorientierte Tätigkeit	92	76	77%	87%
kreative Tätigkeit	12	11	10%	13%
körperlich passive Freizeitgestaltung	83	49	69%	56%
kulturelle Interessen und Fortbildung	33	23	28%	26%
gesellschaftliche Schwerpunkte	83	50	69%	57%
andere Schwerpunkte	4	6	3%	7%
Gesamt	120	87		



Abb

24: Schwerpunkt der Freizeitgestaltung zu den Testzeitpunkten t1 (n=120) und t2 (n=87)

(Zu beachten ist, dass diese Frage eine multiple Choice Frage war.)

Wie man sehr gut aus obiger Grafik erkennen kann, ist der Anstieg der bewegungsorientierten Tätigkeit der Teilnehmer/innen und die Abnahme der körperlich passiven Freizeitgestaltung.

8.3.2. Analyse Betreiben Sie derzeit Sport?

Tabelle 34: Betreiben Sie derzeit Sport?

	t1	t2	% t1	% t2
ja, regelmäßig	53	57	44%	65%
ja, gelegentlich	51	25	43%	29%
nein	16	5	13%	6%
Gesamt	120	87	100%	100%

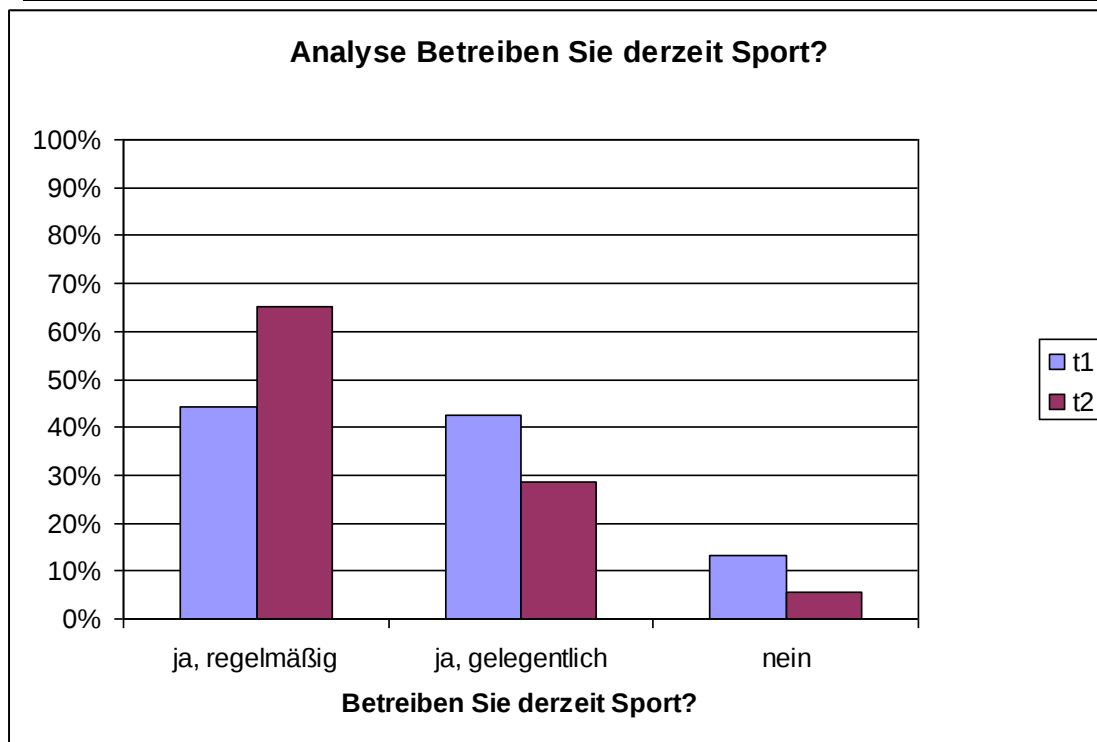


Abb25: Sporttreiben der Teilnehmer/innen zu den Testzeitpunkten t1 (n=120) und t2 (n=87)

Auch dieses Balkendiagramm (Abb25) zeigt eindeutig, dass die sportliche Aktivität der Teilnehmenden in der Freizeit verändert hat. Fast 95% haben zu diesem Zeitpunkt Sport betrieben. Mehr als 65% haben in ihrer Freizeit sogar regelmäßig körperliche Aktivitäten durchgeführt.

8.3.3. Analyse „Welche Sportarten betreiben Sie und wie oft?“

In der nachstehenden Tabelle (Tabelle35) werden die Sportarten angeführt, welche von den Teilnehmer/innen durchgeführt werden. Weitere Informationen wie Anzahl/Woche, Zeit in Minuten und der Anteil in Prozent ist abzulesen.

Tabelle 35: Analyse Welche Sportart betreiben Sie und wie oft? Angaben Vortest

Sportart	gelegentlich	regelmäßig				Gesamt
		Anzahl	Anzahl/Wo.	Zeit in min.	Anteil	
Radfahren	44	26	2,08	274	22%	70
Laufen	29	34	1,91	93	28%	63
Schwimmen	40	5	1,60	61	4%	45
Fußball	5	7	2,14	124	6%	12
Volleyball	7	4	1,00	108	3%	11
Tennis	12	6	1,83	193	5%	18
Krafttraining	15	18	1,56	60	15%	33
Gymnastik, Stretching	19	16	1,75	62	13%	35
andere Sportarten	72	30	2,17	68	25%	102

Tabelle 36: Analyse Welche Sportart betreiben Sie und wie oft? Angaben Re-Test

Sportart	gelegentlich	regelmäßig				Gesamt
		Anzahl	Anzahl/Wo.	Zeit in min.	Anteil	
Radfahren	41	16	3,38	446	18%	57
Laufen	18	34	1,91	93	39%	52
Schwimmen	24	4	2,00	76	5%	28
Fußball	4	5	3,00	174	6%	9
Volleyball	4	1	4,00	4,3	1%	11

Tennis	9	5	2,20	232	6%	18
Krafttraining	18	16	1,75	68	18%	34
Gymnastik, Stretching	17	19	1,47	52	22%	36
andere Sportarten	45	27	1,63	79	31%	72

Wie man in der obigen Tabelle sehen kann, betreibt der größte Anteil der Teilnehmer/innen Individualsportarten und hier v.a. Ausdauersportarten. Spielsportarten (Tennis, Fussball, Volleyball,...) werden nur von kleinen Gruppen regelmäßig durchgeführt. Auffallend ist auch, dass die Durchführung von Gymnastik und Stretching von 13% (t1) auf 22% (t2) angestiegen ist. Die Gruppe der Läufer/innen hat von 28% (t1) auf 39% (t2) zugelegt.

8.3.4. Erreichen der gesetzten Bewegungsziele

Die Proband(inn)en haben im Zuge der Fragebogenerhebung (t1) angegeben, ob und welche sportlichen Ziele sie haben. Bei der anschließenden Testung 2011 (t2) wurden sie befragt, ob sie diese Ziele erreicht hätten bzw. ob sie ihre körperliche Aktivität erfolgreich steigern konnten.

**Erfolg bei Änderung der Bewegung/sportlicher Betätigung
nach Testform**

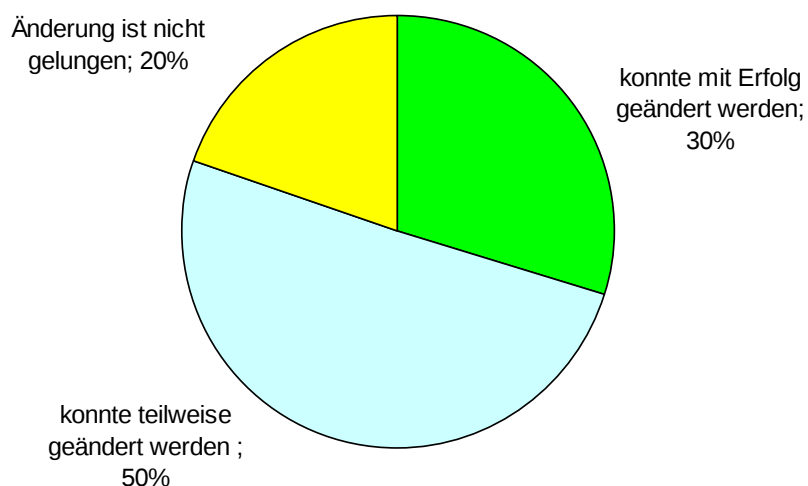


Abb26: Änderungen der Bewegung/sportlicher Betätigung der Teilnehmer/innen zum Testzeitpunkt t2 (n=71)

Wie die Abbildung26 zeigt, konnten 30% der Teilnehmer/innen ihre sportlichen Ziele erreichen bzw. ihre körperliche Aktivität steigern. Immerhin die Hälfte der Proband(inn)en konnte ihre selbst gesteckten Ziele teilweise erreichen. Bei den restlichen 20% ist eine positive Änderung der körperlichen Aktivität nicht erreicht worden.

8.3.5. Analyse Gründe für eine erfolgreiche Veränderung

Tabelle 37: Gründe für eine erfolgreiche Veränderung

	Gesamt	% Gesamt
Beratung durch Expert(inn)en (Sportwissenschaften)	26	30%
Motivation durch Arbeitskolleg(inn)en	6	7%
Motivation durch Familie und Freund/innen	19	22%
Motivation durch Re-Test	8	9%
gesteigertes Gesundheitsbewusstsein	61	70%
Veranstaltungen (Vorträge, Kurse, Fortbildungen, etc.)	5	6%
Gesamt	87	

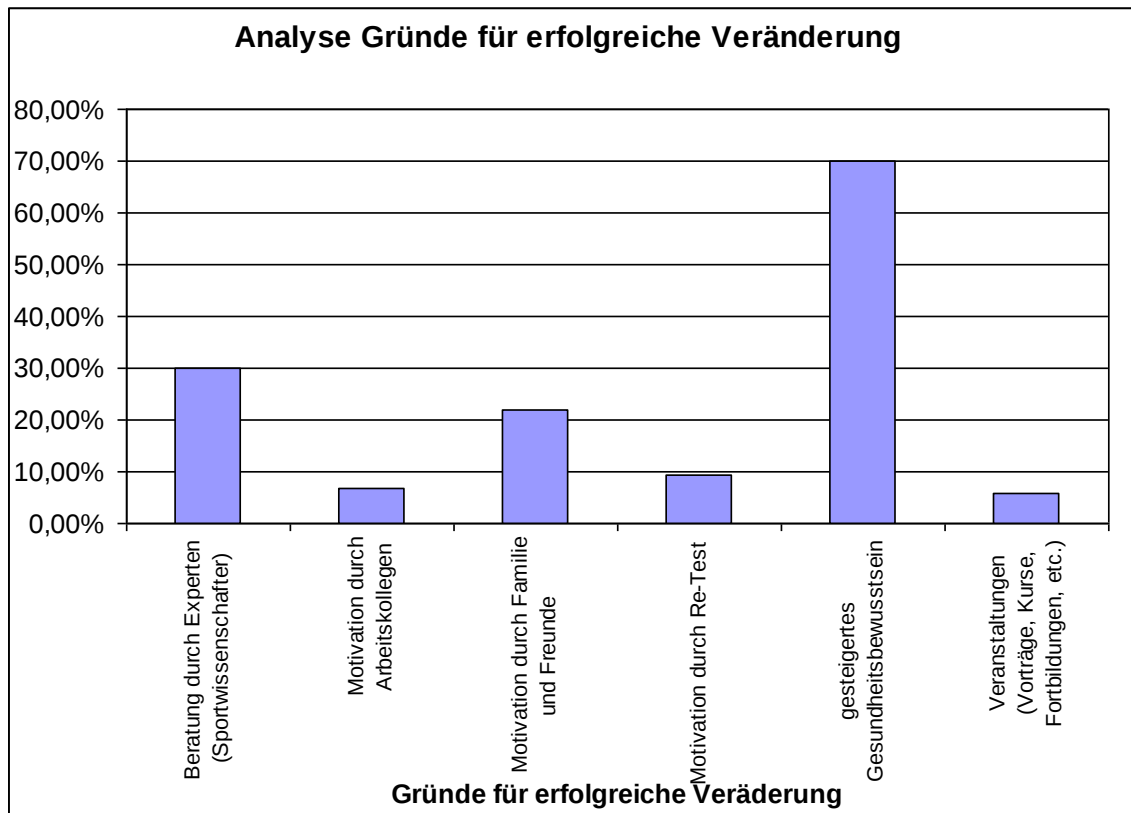


Abb27: Gründe für erfolgreiche Veränderung der sportlichen Betätigung der Teilnehmer/innen zu dem Testzeitpunkt t2 (n=87)

Wie man in der Abbildung 27 sieht, ist das gesteigerte Gesundheitsbewusstsein einer der größten Faktoren und Gründe für die erfolgreiche Veränderung der Aktivität bzw. der sportlichen Betätigung der Probanden. Auch erwähnenswert ist, dass als zweit wichtigster Grund die Beratung durch Sportwissenschaftler bei 30% der Teilnehmer/innen angegeben wurde.

8.3.6. Analyse Gründe für wenig bzw. keine erfolgreiche Veränderung

Tabelle 38: Gründe für wenig bzw. keine erfolgreiche Veränderung

	Gesamt	% Gesamt
keine Zeit	43	49%
gesundheitliche Einschränkungen	7	8%
Einfluss von Arbeitskolleg(inn)en	1	1%
Einfluss von Familie und Freund/innen	11	13%
mangelnde Eigenmotivation	35	40%
mangelnde Information	0	0%
mangelndes Angebot im Betrieb	16	18%
Gesamt	87	

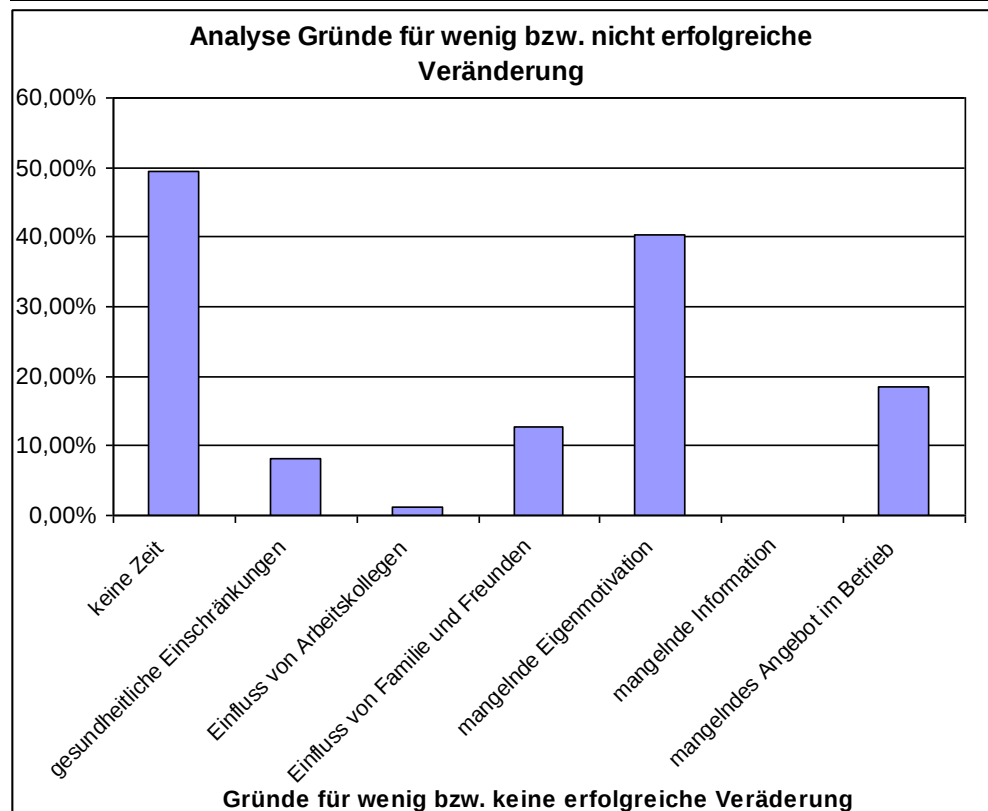


Abb28: Gründe für wenig bzw. keine erfolgreiche Veränderung der sportlichen Betätigung der Teilnehmer/innen zu dem Testzeitpunkt t2 (n=87)

Den höchsten Anteil für das Nichterreichen der sportlichen Ziele und die Steigerung der körperlichen Aktivität der Probanden erreichten die Argumente „keine Zeit“ (49%) und

„mangelnde Eigenmotivation“ (40%). Weiters gaben 18% als Grund für die Nichterreichung der sportlichen Ziele an, dass es zu wenige bzw. mangelnde Angebote im Unternehmen gab. Kein(e) einzige(r) Teilnehmer/in gab als Grund „mangelnde Information“ an. Das bedeutet, dass sich die Proband(inn)en mit dem Inhalt und den im Projekt angebotenen Beratungsgesprächen gut informiert fühlen.

8.3.7. Analyse Faktoren von Wohlbefinden

Tabelle 39: Faktoren von Wohlbefinden

	Gesamt	% Gesamt
gesunde Ernährung	59	68%
Bewegung/sportliche Aktivität	74	85%
Entspannungsmaßnahmen	36	41%
andere Maßnahmen	4	5%
Gesamt	87	

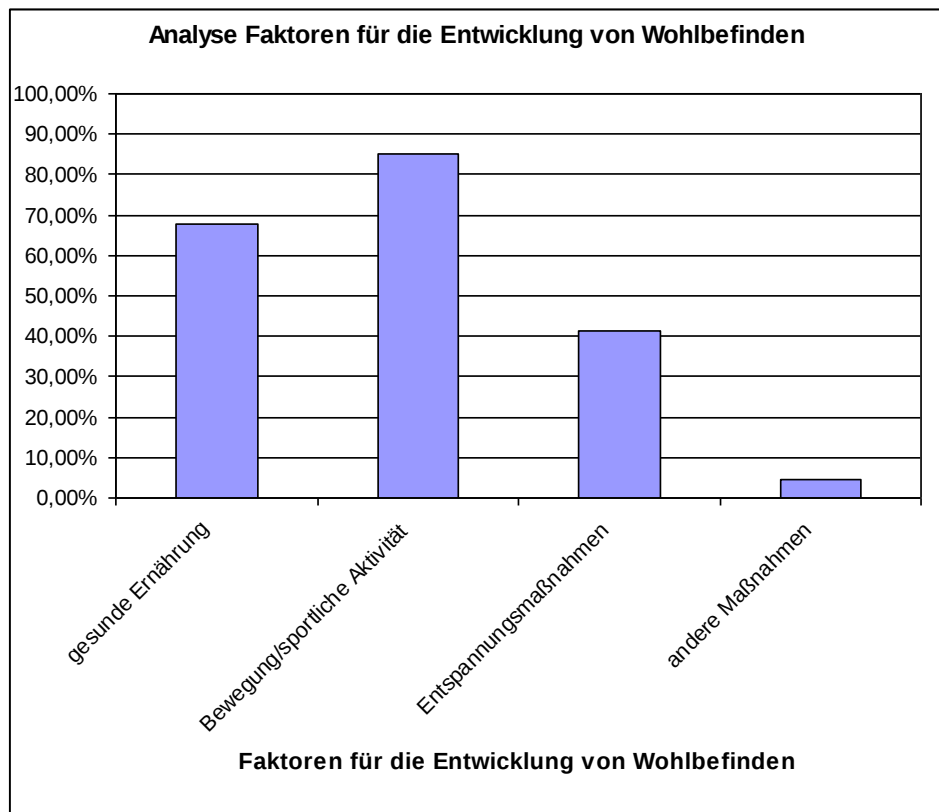


Abb29: Faktoren für die Entwicklung von Wohlbefinden der Teilnehmer/innen zu dem Testzeitpunkt t2 (n=87)

Von den Teilnehmer/innen, die ihre sportliche Aktivität steigern konnten, geben über 85% an, dass das Plus an Bewegung durch das BGF-Angebot einer der wesentlichen Faktoren für die Entwicklung des Wohlbefindens war. Als weitere Gründe wurden „gesunde Ernährung“ (68%), „Entspannungsmaßnahmen“ (41%) und „andere (individuelle) Maßnahmen“ (5%) genannt. Man sieht auf einen Blick, dass „Bewegung/sportliche Aktivität“ und „gesunde Ernährung“ die am häufigsten genannten Faktoren für eine positive Entwicklung des Wohlbefindens waren.

9. Diskussion der Ergebnisse

2009 haben etwa 120 Mitarbeiter/innen an der Testung teilgenommen. Bei der Erhebung 2011 beteiligten sich knapp 90 Personen, die sich sowohl aus Teilnehmer(inne)n aus 2009 sowie neuen Mitarbeiter/innen zusammensetzte. Es handelt sich demnach nicht um eine „Re-Test“ bzw. eine Vorher-Nachher-Untersuchung, sondern um eine Querschnitterhebung zu zwei Erhebungszeitpunkten, sodass man nur von Unterschieden zwischen t1 und t2 sprechen kann. Daher ist es schwierig, konkrete Aussagen über die Steigerung der Fitness bzw. über das gesteigerte Gesundheitsbewusstsein zu treffen, da es sich nicht um die gleiche Grundgesamtheit handelt.

Dennoch ist es nicht uninteressant, diese Unterschiede zwischen t1 und t2 näher anzusehen. 2011 haben zwar weniger Teilnehmer/innen an den Tests teilgenommen, dennoch fällt auf, dass z.B. 50 Personen (58 %) eine „sehr gute“ Ausdauerleistungsfähigkeit an der anaeroben Schwelle hatten, während dies 2009 nur bei (37 Personen 33 %) der Fall war.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die körperliche Aktivität und das Gesundheitsbewusstsein der Teilnehmer/innen, die an beiden Testungen teilgenommen haben, innerhalb dieser 2 Jahre gestiegen sind. Die Teilnehmer/innen haben nicht nur das Ausmaß ihrer körperlichen Aktivität erhöht, sondern auch neue/andere

Bewegungsangebote und Sportarten aufgegriffen. Es ist zu beachten, dass sich bei einigen Teilnehmenden die Ausdauerleistungsfähigkeit sowohl im aeroben als auch im anaeroben Bereich verbessert hat. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Teilnehmenden das Angebot einer Trainingsberatung und Trainingsempfehlung genutzt haben, die oft speziell auf die Ausdauerleistungsfähigkeit abgezielt hat.

Für die Zukunft wäre es für dieses Unternehmen empfehlenswert, aktivierende Bewegungsinterventionen in das Projekt aufzunehmen und in betriebliche Abläufe und Räume zu integrieren. Damit könnte man Barrieren wie „mangelnde Eigenmotivation“ und „keine Zeit“ verhindern. In vielen Unternehmen gibt es derartige Aktiveinheiten schon. Oftmals werden diese aber ohne vorheriger Testung der Teilnehmer/innen, und somit ohne zu wissen, wo die konkreten Bedürfnisse und Interessen, aber auch die Probleme der Mitarbeiter/innen liegen, eingesetzt. Eine Testung wie die in diesem Modellprojekt durchgeführte, würde eine hervorragende Grundlage für eine gezielte Interventionen darstellen, da Defizite jedes/r Einzelnen und auch der gesamten Gruppe der Mitarbeiter/innen erkannt werden können. So kann gezielt genau auf eventuelle Defizite eingegangen werden, um diese auszugleichen. So wäre in diesem Fall eine Gruppenintervention für z.B. Kräftigung des Bauches und Rumpfes sowie Kräftigung der oberen Extremitäten empfehlenswert. Durch diese „Community-wide-Interventions“ wird die körperliche Aktivität zwar nicht in demselben Ausmaß wie bei individuumsbezogenen Interventionen gesteigert, aber dennoch ist diese Methode effektiv. „Insgesamt wiesen individuumsbezogene Interventionen zur Förderung körperlicher Aktivität eine bessere Evidenzbasis auf als „Community-wide-Interventions“.“ (Foster & Baker, 2012, S. 96)

Abschließend kann man sagen, dass dieses Unternehmen auf dem richtigen Weg ist und in Österreich ein Umdenken in Richtung Prävention im Gange ist. Diese im Setting Betrieb umzusetzen, scheint ein vielversprechender Zugang zu sein, da mit diesem Ansatz Gesundheit und Lebensqualität in den Alltag der Zielgruppe der berufstätigen Menschen integriert werden könnte.

9.1. Zusammenfassung und Vergleich mit internationalen Studien

Die Testergebnisse zeigen, dass sich das Gesundheitsbewusstsein von den Teilnehmer/innen durch betriebliche Gesundheitsförderung ändern kann. Bei diesem Projekt, das die Untersuchungen und Testungen in den Vordergrund stellt, liegt die Änderung des Lebensstils und des Gesundheitsbewusstseins in den Händen der einzelne/n Mitarbeiter/innen, da keine fix vorgegebene Bewegungsintervention integriert ist. Jene Teilnehmenden, welche ihren Lebensstil positiv verändern und mehr Bewegung in ihren Alltag integrieren konnten, geben an, dass sich durch die Information und die Darstellung des Ist-Zustands ihr Zugang zu Gesundheit und Bewegung positiv verändert hat. Die von den Teilnehmer(inne)n angegebenen Gründen für eine wenig bzw. nicht erfolgreiche Veränderung ihres Lebensstils sind sehr individuell. Deutlich ist aber, dass Gründe wie „keine Zeit“ und „mangelnde Eigenmotivation“ sehr oft angegeben wurden. Diese Ergebnisse liegen damit durchaus im Trend internationaler Ergebnisse.

Will ein Unternehmen nachhaltig das Bewegungs- und Gesundheitsverhalten seiner Mitarbeiter/innen verändern, dann benötigt es konkrete Gelegenheiten für mehr Bewegung und körperliche Aktivität im Arbeitsalltag der Mitarbeitenden. Ein gutes Beispiel dafür wäre die Durchführung von Bewegungsinterventionen innerhalb des Unternehmens, welche die Teilnehmer/innen während der Arbeitszeit besuchen können bzw. dürfen. Wichtig ist in diesem Zusammenhang die Akzeptanz von betrieblicher Gesundheitsförderung innerhalb der gesamten Unternehmensleitung und der erweiterten Führungsebene. Im Projekt „Ich tu‘ was für mich“ war dies der Fall. Neben einer nachhaltigen Verankerung der Bewegungsinterventionen wurde eine eigene Planstelle für Gesundheitsförderung eingerichtet, die auch nach Projektende „die Maßnahmen im Bereich Arbeitszufriedenheit und „Wellness“ koordiniert.“ (Dikemüller, 2007, S. 84).

Dass der Arbeitsplatz bzw. das Unternehmen ein vielversprechendes Setting, sind, dessen sind sich auch Goetzel und Ozminkowski einig (2008, S. 306):

„The workplace presents a useful setting for introducing and maintaining health-promotion programs for working-age adults. It contains a concentrated group of people, usually situated in a small number of geographic sites, who share a common purpose and common culture. Communication and information exchange with workers are relatively straightforward. Individual goals and organizational goals, including those related to increasing profitability, generally are aligned with one another.“

Selbst wenn derartige Bewegungsinterventionen angeboten werden, muss man sich laut Proper et al. (2003) bewusst sein, dass dies nur ein Schritt für die einzelnen Mitarbeiter/innen ist, um Gesundheit und Gesundheitsbewusstsein zu steigern. Proper et al. sind zu dem Ergebnis gekommen, dass diese Angebote seitens der Unternehmen eine Steigerung des Aktivitätslevels der Mitarbeiter/innen nach sich ziehen können, aber nur selten zu konkret nachweisbaren Trainingseffekten bei den Teilnehmenden führen:

„Our results indicate that the primary goal of such programs (i.e., enhancing general physical activity levels) is achieved. According to the model of Bouchard et al.,⁷ which describes the relationship between physical activity, fitness, and health, one would expect that this enhancement of physical activity would result in an improvement of cardiorespiratory fitness. However, no such evidence was found. One plausible explanation might be the fact that enhancement of cardiorespiratory fitness requires quite intensive physical activity (at least three times a week at 40 or 50 to 85% of maximum oxygen uptake reserve for at least 20 minutes),⁵¹ and it is likely that participants in WPAPs (Work Site Physical Activity Programs) do not reach this frequency, intensity, and duration.“ (Proper et al., 2003, S. 115).

Ein wichtiger Punkt, um die Gesundheit und somit auch die Produktivität eines Teams zu steigern, sind Rahmenbedingungen zu schaffen, um die Nachhaltigkeit des Gesundheitsbewusstseins aufrecht zu erhalten.

„The individual worker needs to take responsibility for his or her own health and solely rely on the health care system and the employer. Of course, the individual cannot be expected to achieve a transformation towards a healthier lifestyle on his or her own. Next to a good working environment, the employer, and society at large, should provide information, resources, and policies to enable behavior change. Typically, workers will welcome assistance and guidance for the improvement of their health as they directly benefit from these, also in their personal life.“ (Kirsten, 2010, S. 254)

Wie oben auch schon angeführt ist eine dauerhafte Unterstützung seitens der Betriebe und ihrer Leitungen ist laut Gomel et al. (1993, S.1237) ein wichtiger Faktor, um das Gesundheitsbewusstsein der Mitarbeiter/innen nachhaltig zu beeinflussen und positiv zu verändern. In der Studie von Gomel et al. (1993) erhielten die Probanden einen Vortrag zwischen 30 und 60 Minuten (Gruppe RFE und HRA) mit fallweise Ergänzung mit einem 10-wöchigen Interventionsprogramm (Gruppe BC und BCI9).

Shepard hat 1996 eine Studie durchgeführt, bei der die Proband(inn)en die Möglichkeit hatten, an Aerobic-Einheiten teilzunehmen. Diese Bewegungseinheiten fanden bis zu 3-mal pro Woche statt und dauerten zwischen 30 – 45 Minuten. Zu erwähnen ist, dass Shepard in seiner Zusammenfassung über die sehr geringe Teilnahmerate klagte. Bei dieser Studie wurden folgende Ergebnisse erzielt:

1. BMI:

- Abnahme von 1 - 2 % innerhalb von 8 bis 12 Wochen

2. Hautfalten und Körperfett

- Durchschnittliche Veränderung 10 – 15%

3. Muskelstärke und Ausdauer:

- Verbesserungen von 7 % in der Greifstärke (über Zeitraum von 12 Monaten)
- Verbesserung der „Aerobic Power“ und der Flexibilität um durchschnittlich 20 %

(vgl. Shepard, 1996, S. 436 – 452)

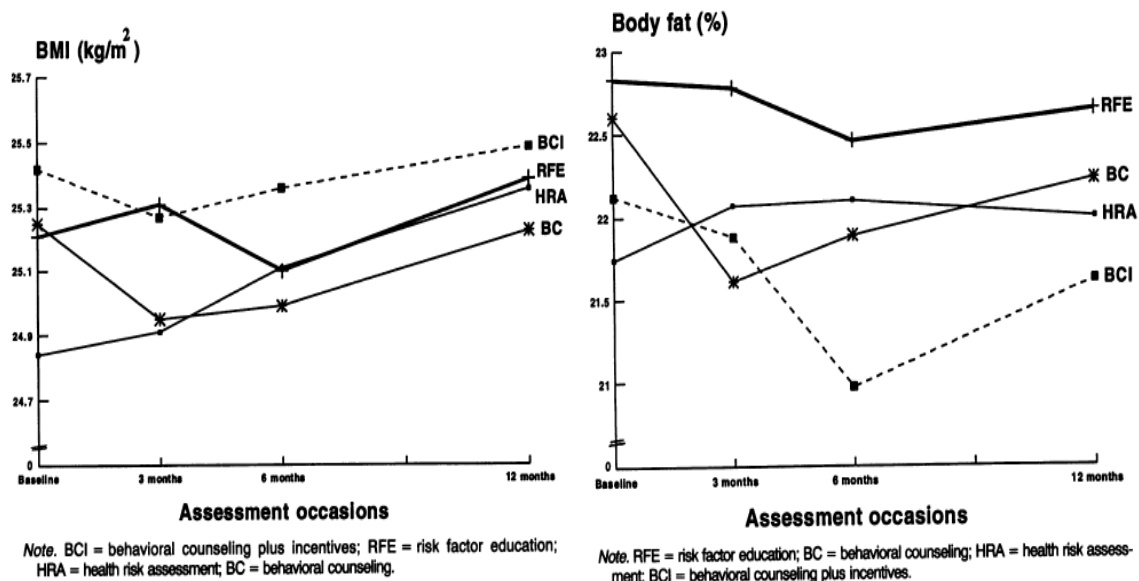


Abb30: Veränderung BMI und Körperfettanteil (Gomel et al., 1993, S.1235)

In dieser Abbildung ist sehr gut zu erkennen, dass die Durchschnittswerte des Body-Mass-Index und der Körperfettanteil der Probanden eines 10-wöchigen Interventionsprogramms innerhalb von 3 bis 6 Monaten gesenkt werden konnten, jedoch spätestens nach 6 Monaten wieder anstiegen. An dieser Studie kann man erkennen, dass die nur die nachhaltige und langfristige Planung von Interventionen sowie die ständige Implementierung von Beratungen einen langfristigen Effekt auf die Teilnehmenden hat.

Gomel et al. beschreiben die Ergebnisse und zeigen die Wichtigkeit der Verhaltensänderungen auf um langfristige Effekte zu erzielen: „The interventions incorporating behavior change strategies achieved larger reductions in body fat than did the health risk assessment and risk factor education interventions. However, this was only a short-term effect; there were no differences between groups from baseline to 12 months.” (Gomel et al., 1993, S. 1236) Gomel et al. zeigten zusammenfassend die Wichtigkeit von kontinuierlichen Interventionen auf: „The current study provides evidence that interventions making use of behavioral counseling strategies produced larger changes.” (Gomel et al., 1993, S. 1236)

Auch Janer et al. (2002, zit in Helmenstein et al., 2004, S. 23) unterstreichen die Wichtigkeit und die Stärke von Bewegungsinterventionen und Rahmenbedingungen: „Als förderlich kristallisiert sich heraus, dass das Anbieten von Sporteinrichtungen oder Sportkursen zu signifikanteren Ergebnissen führt als Interventionen, die auf Information und Schulungen basierten.“

Die meisten Wissenschaftler/innen sind sich einig, dass signifikante Veränderungen bzw. Verbesserungen nur dann möglich sind, wenn ausführliche Analysen, wöchentliche Bewegungsinterventionen (am besten mit verschiedenen Inhalten) und die zur Verfügungsstellung der bestmöglichen Rahmenbedingungen gegeben sind.

Solche betrieblichen Gesundheitsprogramme bzw. Interventionsprogramme zeigen nicht nur positive Auswirkungen und Effekte der Teilnehmenden, sondern haben auch tatsächlich gemessene Auswirkungen auf die Unternehmung, ökonomischen Auswirkungen und Auswirkungen auf die Produktivität. Aldana (2001, zit. in Helmenstein et al., 2004, S. 35) fasst 14 internationale Studien zusammen: „So zeigen Ergebnisse, dass Teilnehmer an Gesundheitsförderungsprogrammen eine Reduktion der Fehlzeiten von 12 % bis 36 % und eine Verringerung der mit Fehlzeiten verbundenen Kosten um 34 % verzeichnen konnten.“ (Helmenstein, 2004, S. 35) Weiters: „Auch in den von Chapman zusammengefassten Ergebnissen von 42 Studien zu den ökonomischen Auswirkungen betrieblicher Gesundheitsförderung liegen starke Beweise vor, dass die Fehlzeiten gesenkt werden konnten. Ebenso bei Golaszewski, der zu dem Fazit kommt, dass die positiven Auswirkungen von Gesundheitsförderungsprogrammen auf die Fehlzeiten mittlerweile ausreichend gestützt sind.“

Zusammenfassend kann man sagen, dass betriebliche Gesundheitsförderung und alle damit zusammenhängenden präventiven Maßnahmen die Berechtigung und Akzeptanz für die Implementierung in die Unternehmung verdient haben, da die positiven Auswirkungen und Effekte sowohl für die einzelnen Teilnehmer/innen als auch für die Unternehmung als bewiesen angesehen werden können. Helmenstein et al. (2004, S. 35) kommt zu dem Fazit, „dass die positiven Auswirkungen von Gesundheitsförderungsprogrammen auf die Fehlzeiten mittlerweile ausreichend gestützt sind“ und die positive Beeinflussung der

Gesundheit und vor allem die Auswirkungen auf das Gesundheitsbewusstsein, der Teilnehmenden, als bewiesen gilt.

9.2. Ausblick

Sockoll, Helmenstein, Kreis und Bödeker und andere Wissenschaftler/innen haben den positiven Nutzen von betrieblichen Gesundheitsförderinitiativen für die einzelnen Mitarbeiter/innen sowie für die Unternehmungen in verschiedenen Studien nachgewiesen. Auch in Zukunft wird das Thema betriebliche Gesundheitsförderung eine große Rolle in der Industrie und Wirtschaft bei der Bindung und Prävention von Arbeitskräften spielen. Dessen sind sich auch Kirsten und Karch (2012, S. xx) sicher, da: „the workplace setting provides a unique opportunity to tackle noncommunicable diseases and improve global health, for it is in the workforce where the largest majority of adults can be found in any given country – even within countries with unemployment rates as high as 20-30%.“ Weiters meinen Kirsten und Karch, dass eine kurzsichtige Betrachtungsweise und kurzweilige Projekte eine Barriere für die Implementierung von betrieblicher Gesundheitsförderung Strategien darstellen. Die beiden Wissenschaftler fordern für das weitere Wachstum von Gesundheitsförderung die Zusammenarbeit von mehreren Staaten und Kulturen sowie den Austausch und die Dokumentation von geografisch begrenzten Projekten.

„Finally, workplace health promotion will assume a greater role in improving employees overall well-being at the workplace. Employers are often struggling with sagging employee morale and dissatisfaction, making a holistic approach to health and well-being necessary. In summary, future needs for the field of workplace health promotion are following:

- Evaluation and measurement
- Integration of health-related programs

- Focus in all employees – sick and health
- Tailoring of interventions utilizing new technologies
- Cultural adaptation and sensitivity
- Holistic approach to health and well-being.“

(Kirsten & Karch, 2012, S. xxii)

Laut einigen Wissenschaftlern, wie z.B. Quintiliani (2007) stellen Incentives in der Zukunft einen wichtigen Faktor im Bereich Gesundheitsförderung dar, da sie langfristige und nachhaltige Verbesserungen der Gesundheit durch gesteigerte Motivation ermöglichen. Wie auch schon in der Studie von Gomel (1993) konnte die Gruppe, bei der ein Belohnungssystem implementiert wurde, mitunter die größten Verbesserungen erzielen. Quintiliani beschreibt die verschiedenen Anreize und Motivationsanregungen wie folgt:

„Incentives provide a mechanism to increase participation in the WHP program as well as build and maintain motivation in the WHP program. There are several types of incentives available, which can be broadly defined as intrinsic (e.g. the participant received a monthly chart of his or her progress in increasing number of steps to 10,000 steps per day) or extrinsic. Examples of extrinsic incentives, those provided by an outside source, can be built into WHP programs in several ways, ranging from:

- 1. Reduced co-pays, lower premiums, and more attractive benefits given by insurance providers for employees performing healthy behaviors,*
- 2. Wellness opportunities including sponsored classes such as supermarket tours, health screenings, and walking clubs, and*
- 3. Financial incentives to participate in wellness activities.“*

(Quintiliani, 2007, S. 15)

Die Wissenschaftlerin Quintiliani ist der Ansicht, dass das Incentive-Modell des Unternehmens Virgin Health Miles (USA) ein Best-Practice-Modell darstellt.

“Virgin Health Miles Health Rewards Program provides an incentive program to increase individual’s participation in healthy lifestyle behaviors, such as physical activity (68). For example, participants wear a pedometer to track their daily step count, then upload this information into a web-based program. Upon meeting higher levels of physical activity, participants are able to gain higher levels of incentives, which are in the form of gift cards to numerous different retailers. Employers can also offer kiosks so that participants can measure and track other health indicators such as blood pressure, body fat, and weight.” (Quintiliani, 2007, S. 16)

Dies ist nur ein Detailausblick, wie wichtig in Zukunft Incentive-Modelle werden könnten. Wissenschaftler/innen sind sich einig, dass in Zukunft die Unternehmen für mehr Gesundheit der Angestellten sorgen müssen und dieses Thema auch für die Mitarbeiter/innen interessant aufzubereiten ist. So sind Incentives eine gute Möglichkeit, die Teilnehmer/innen zu motivieren und die betrieblichen Rahmenbedingungen bereitzustellen, damit diese auf einen gesünderen Lebensstil auch in ihrem Arbeitsumfeld achten können. Dies kommt nicht nur den Mitarbeiter(inne)n zugute, sondern auch dem Unternehmen und dem gesamten Gesundheitssystem.

Literaturverzeichnis

- Aldana, S. (2001). Financial Impact of Health Promotion Programs: A Comprehensive Review of the Literature. *American Journal of Health Promotion*, V 15 (5), 296-320.
- Badura, B. & Hehlmann, T. (2002). *Die Gesunde Organisation – Theorie und Praxis Betrieblichen Gesundheitsmanagements*. Berlin: Springer.
- Badura B. & Hehlmann T. (2003). *Betriebliche Gesundheitspolitik - Der Weg zur gesunden Organisation*. Berlin: Springer.
- Badura, B., Litsch, M. & Vetter, C. (Hrsg.) (2002). *Fehlzeitenreport 2001 – Gesundheitsmanagement im öffentlichen Sektor*. Berlin: Springer.
- Badura, B. & Ritter, W. (1998). Qualitätssicherung in der betrieblichen Gesundheitsförderung. In E. Bamberg, A. Ducki & A. Metz (Hrsg.), *Handbuch betriebliche Gesundheitsförderung*. (S. 223–235). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Badura, B. & Scala, K. (2001). *Gesundheit durch Projekte fördern – Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement*. (3. Aufl.) Bündingen: Juventa Verlag Weinheim und München.
- Bamberg, E., Ducki, A. & Metz, A. (1998). *Handbuch betrieblicher Gesundheitsförderung*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Becker, P. (2006). *Gesundheit durch Bedürfnisbefriedigung*. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.
- Bengel, J. Strittmacher, R. & Willmann, H. (2001). *Was erhält Menschen gesund? : Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg). Bergisch Gladbach: Schiffmann Verlag.
- Bödeker, W. (2010). Lohnt sich Betriebliche Gesundheitsförderung? Ökonomische Indikatoren und Effizienzanalysen. In G. Faller (Hrsg.), *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung* (S. 165-170). Kempten: Verlag Hans Huber.
- Brisswalter, J., Arcelin, R., Udifren, M. A. & Delignieres, D. (1997). Influence of Physical Exercise on simple Reaction Time: Effect of Physical Fitness. *Perceptual and Motor Skills*, 1997, 85, 1019 - 1027.

- Buck Consults (2009). Report of working well: A global survey of health promotion and workplace wellness strategies. In W.Kirsten & R. C. Karch (Hrsg.), *Global Perspectives in Workplace Health Promotion*. (S. i - xxxiv). Sudbury: Jones & Bartlett Learning.
- Chapman, L. (2003). Meta-Evaluation of Worksite Health Promotion Economic return Studies. *The Art of Health Promotion*, 6 (6), 1-10.
- Conn, V., Hafdahl, A., Cooper, P., Brown, L. & Lusk, S. (2009). Meta-Analyse of Workplace Physical Activity Interventions. *American Journal of Preventive Medicine*, 37 (4), 330 – 339.
- Dikettmüller, R. (2007). Betriebliche Gesundheitsförderung auf dem Prüfstand – Evaluation des Projektes „Ich tu´ was für mich“ – Arbeitsbewältigung und langfristiger Verbleib am Arbeitsplatz „mobile Pflege“. *Spectrum für Sportwissenschaften*, 19 (2), 73 – 87.
- Faller, G. (2010). *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung*. Kempten: Verlag Hans Huber.
- Fonds Gesundes Österreich: *Arbeitsprogramm 2008*
<http://www.fgoe.org/der-fonds/infos/archiv/arbeitsprogramm-2008-erschieden>
(Zugriff: 23.11.2013).
- Foster, C. & Baker, P. (2012). Bewegungsförderung und Gesundheit - Evidenzen und Perspektiven. In G. Geuter & A. Holleder (Hrsg.), *Handbuch Bewegungsförderung und Gesundheit* (1. Aufl., S. 95-114). Bern: Hans Huber.
- Froböse, I. Wellmann, H. & Weber, A. (Hrsg.) (2008). *Betriebliche Gesundheitsförderung. Möglichkeiten der betriebswirtschaftlichen Bewertung*. Wiesbaden: Universum Verlag.
- Geuter, G. & Holleder, A. (2012). *Handbuch Bewegungsförderung und Gesundheit*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Goetzel, R. Z. & Ozminkowski, R. J. (2008). The Health and Cost Benefits of Work Site Health-Promotion Programs. *Annu. Rev. Public. Health*, 29, 303 – 325.
- Gomel, M., Oldenburg, B., Simpson, J. & Owen, N. (1993) Work-Site Cardiovascular Risk Reduction: A Randomized Trial of Health Risk Assessment, Education, Counseling, and Incentives. *American Journal of Public Health*, 83 (9), 1231 – 1238.
- Helmenstein C., Hofmarcher M., Kleissner A., Riedel M., Röhring G. & Schnabl A. (2004). *Ökonomischer Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung*. Wien: Institut für höhere Studien.

- Institute of Medicine of America. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington: National Academy Press.
- Janer, G., Sala, M. & Kogevinas, M. (2002) Health Promotion trials at worksites and risk factors for cancer. In J. Scand (Hrsg.), *Work Environ Health*, 28 (3), 141 – 157.
- Kirsten, W. (2010). Making the Link between Health and Productivity at the Workplace — A Global Perspective. *Industrial Health*, 48, 251–255.
- Kirsten, W. & Karch, R. C. (2012). *Global Perspectives in Workplace Health Promotion*. Sudbury: Jones & Bartlett Learning.
- Kreis, J. & Bödeker, W. (2003). *IGA-Report 3 - Gesundheitlicher und ökonomischer Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz*. Essen: BKK Bundesverband.
- Lauterbach, M. (2005). *Strategien und Methoden für Fitness und Lebensbalance im Beruf*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.
- Lindstedt, B. & Lehmann, C. (2008). *Sport als betriebliche Gesundheitsförderung – Initiierung und Durchführung betriebssportlicher Freizeitangebote*. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller.
- Meggeneder O. (1997): Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich. In Österreichische Kontaktstelle für betriebliche Gesundheitsförderung (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich* (Schriftenreihe Gesundheitswissenschaften, Band 2, S. 35-84). Linz: Forschungsinstitut für Sozialplanung.
- Meggeneder O. & Hinterlehner H. (Hrsg) (2006). *Zehn Jahre Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich. Forschungsstand – Strukturen – Entwicklung*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH.
- Meifert, T. & Kesting, M. (2004). Gesundheitsmanagement – ein unternehmerisches Thema? In M. T. Meifert & M. Kesting (Hrsg.), *Gesundheitsmanagement im Unternehmen. Konzepte – Praxis – Perspektiven* (S. 3 – 13). Berlin: Springer.
- Meifert, M.T. & Kesting, M. (Hrsg.) (2004). *Gesundheitsmanagement im Unternehmen – Konzepte, Praxis, Perspektiven*. Berlin: Springer.
- Naidoo, J. & Wills, J. (2003). *Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Umfassend und anschaulich mit vielen Beispielen und Projekten aus der Praxis der Gesundheitsförderung*. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- ÖBIG (2004): *Öffentliche Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung in Österreich 2001*, Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen.

- Pelikan, J. M., Demmer, H. & Hurrelmann, K. (Hrsg.) (1993). *Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen*. Weinheim: Juventa.
- Posth, M. (1990). Internationale Personalentwicklung bei Volkswagen. *Betriebswirtschaftliche Forschung und Praxis*, 42, 369 - 378.
- Prober, K., Koning, M., van der Beek, A., Hildebrandt, V., Bosscher, R. & van Mechelen W. (2003). The Effectiveness of Worksite Physical Activity Programs on Physical Activity, Physical Fitness, and Health. *Clinical Journal of Sport Medicine*, 13, 106 – 117.
- Proper K., Staal B.J., Hildebrandt V.H., van der Beek A.J., van Mechelen W. (2002) Effectiveness of physical activity programs at worksites with respect to work-related outcomes. *Work Environ Health*, V 28(2), 75 - 84
- Shepard, R.J. (1996) Worksite Fitness and Exercise Programs: A Review of Methodology and Health Impact. *American Journal of Health Promotion*, 10 (6), 436 – 452.
- Sockoll I., Kramer I. & Bödeke W. (2008). *iga Report 13 - Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention*. Essen: BKK Bundesverband.
- STATISTIK AUSTRIA (2006/2007): *Gesundheitsbefragung 2006/07*.
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsdeterminanten/bmi_body_mass_index/index.html (Zugriff: 20.10.2014).
- WHO (1986): *Ottawa Charta*
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf (Zugriff: 23.11.2013).
- WHO (2005): *Bangkok Charta*
http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_German_version.pdf (Zugriff: 23.11.2013).
- Woll, A., Brehm, W. & Pfeifer, K. (2004). *Interventionen und Evaluation im Gesundheitssport und in der Sporttherapie Beiträge aus Tagungen der dvs-Kommission Gesundheit*. Hamburg: Feldhaus Verlag GmbH & Co. KG.

Internetseiten:

Fond Gesundes Österreich: www.fgoe.org, Zugriff am 05.01.2014
Gesundes Österreich GmbH: <http://www.goeg.at>, Zugriff am 06.01.2014
Österreichisches Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung:
www.netzwerk-bgf.at, Zugriff am 23.11.2013

Abbildungsverzeichnis

Abb1: Krankheitsdefinitionen. (Quelle: Becker, 2006, S. 21-23).....	22
Abb2: Abgrenzung der Begriffe Gesundheitsförderung und Prävention nach dem Fonds Gesundes Österreich. (Fonds Gesundes Österreich (2008), S. 11)	26
Abb3: Interessenüberschneidung nach Lindstedt (Lindstedt, 2008, S. 163).	30
Abb4.: Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz (STATISTIK AUSTRIA, Mikrozensus- Arbeitskräfteerhebung Ad-hoc-Modul 2007 „Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme“)	32
Abb5: Krankenstände in Tage von 2000 bis 2012 in Österreich (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Erstellt am 17.07.2013)	35
Abb6: Ergebnisse Meta-Analyse von Chapman (Sackoll, 2013, S. 59)	43
Abb7: Aufteilung der Mittel des „Fond Gesundes Österreich“ im Jahr 2001 (ÖBIG).	48
Abb8: Verteilung der Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung in Österreich 2001(ÖBIG).	49
Abb9: globale Verbreitung von Gesundheitsförderungsprogrammen (Buck Consultants, 2009)	51
Abb10: Teilkomponenten und Kriterien in sechs Bereiche eingeteilt. (vgl: BKK Bundesverband; Quelle: <a href="http://www.netzwerk-
bgf.at/mediaDB/MMDB123869_qualitaetskriterien.pdf">http://www.netzwerk- bgf.at/mediaDB/MMDB123869_qualitaetskriterien.pdf ; Zugriff am 18.03.2014)	57
Abb11: Geschlecht der Teilnehmer/innen bei den Testungen t1 (n=120) und t2 (n=87).....	69
Abb12: Zusammensetzung des Samples nach Altersgruppen t1 (n=120)	70
Abb13: Zusammensetzung des Samples nach Altersgruppen t2 (n=87)	70
Abb14: BMI zu den Testzeitpunkten t1 (n=115) und t2 (n=85)	71
Abb15: Body-Mass-Index (BMI) 2006/07 (Grundgesamtheit) (STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07)	72
Abb16: Kraft der Bauchmuskulatur bei den Testungen t1 (n=112) und t2 (n=86).....	73
Abb17: Kraft der Rückenmuskulatur bei den Testungen t1 (n=112) und t2 (n=86).....	74
Abb18: Analyse Armkraft zu den Testzeitpunkten t1 (n=112) und t2 (n=86)	75
Abb19: Analyse der Beinkraft zu den Testzeitpunkten t1 (n=112) und t2 (n=86).....	77
Abb20: Analyse des Gleichgewichts zu den Testzeitpunkten t1 (n=112) und t2 (n=86)	78
Abb21: Analyse der Reaktion zu den Testzeitpunkten t1 (n=112) und t2 (n=86).....	80
Abb22: Belastung an der aeroben Schwelle zu den Testzeitpunkten t1 (n=112) und t2 (n=86).....	82
Abb23: Belastung an der anaeroben Schwelle zu den Testzeitpunkten t1 (n=112) und t2 (n=86).....	84
Abb24: Schwerpunkt der Freizeitgestaltung zu den Testzeitpunkten t1 (n=120) und t2 (n=87).....	86
Abb25: Sporttreiben der Teilnehmer/innen zu den Testzeitpunkten t1 (n=120) und t2 (n=87)	87
Abb26: Änderungen der Bewegung/sportlicher Betätigung der Teilnehmer/innen zum Testzeitpunkt t2 (n=71).....	90
Abb27: Gründe für erfolgreiche Veränderung der sportlichen Betätigung der Teilnehmer/innen zu dem Testzeitpunkt t2 (n=87)	91
Abb28: Gründe für wenig bzw. nicht erfolgreiche Veränderung der sportlichen Betätigung der Teilnehmer/innen zu dem Testzeitpunkt t2 (n=87)	92

Abb29: Faktoren für die Entwicklung von Wohlbefinden der Teilnehmer/innen zu dem Testzeitpunkt t2 (n=87)	94
Abb30: Veränderung BMI und Körperfettanteil (Gomel et al., 1993, S.1235)	99

Tabellenverzeichnis:

Tabelle 1: Bewertung der Kraft der Bauchmuskulatur	61
Tabelle 2: Bewertung der Kraft der Rückenmuskulatur	62
Tabelle 3: Bewertung Armkraft- und Oberkörperkrafttest	62
Tabelle 4: Bewertung Beinkraft	63
Tabelle 5: Bewertung der Gleichgewichtsfähigkeit	64
Tabelle 6: Bewertung komplexe Reaktionsfähigkeit	64
Tabelle 7: Bewertung aerobe Schwelle	65
Tabelle 8: Bewertung anaerobe Schwelle	65
Tabelle 9: Teilnehmer/innen nach Geschlecht	69
Tabelle 10: Teilnehmer/innen nach Alter	69
Tabelle 11: Teilnehmer/innen nach BMI	71
Tabelle 12: Body-Mass-Index (BMI) 2006/07 (Grundgesamtheit)	72
Tabelle 13: Ergebnisse der sportmotorischen Testung - Kraft und Bauchmuskulatur	73
Tabelle 14: Ergebnisse der sportmotorischen Testung - Rückenmuskulatur	74
Tabelle 15: Ergebnisse der sportmotorischen Testung - Armkraft	75
Tabelle 16: Signifikanzprüfung Oberkörperkraft (Watt/kgKgew) Männer:	76
Tabelle 17: Signifikanzprüfung Oberkörperkraft (Watt/kgKgew) Frauen:	76
Tabelle 18: Ergebnisse der sportmotorischen Testung - Beinkraft	76
Tabelle 19: Signifikanzprüfung Beinkraft (Watt/kgKgew) Männer:	77
Tabelle 20: Signifikanzprüfung Beinkraft (Watt/kgKgew) Frauen:	77
Tabelle 21: Ergebnisse der sportmotorischen Testung - Gleichgewicht	78
Tabelle 22: Signifikanzprüfung Gleichgewicht (sek.) Männer:	79
Tabelle 23: Signifikanzprüfung Gleichgewicht (sek.) Frauen:	79
Tabelle 24: Ergebnisse der sportmotorischen Testung – komplexe Reaktion	79
Tabelle 25: Signifikanzprüfung komplexe Reaktion (ms) Männer:	80
Tabelle 26: Signifikanzprüfung komplexe Reaktion (ms) Frauen:	81
Tabelle 27: Ergebnisse der sportmotorischen Testung – Belastung an der aeroben Schwelle	81
Tabelle 28: Signifikanzprüfung AS/Watt/kg Männer:	82
Tabelle 29: Signifikanzprüfung AS/Watt/kg Frauen:	83
Tabelle 30: Ergebnisse der sportmotorischen Testung – Belastung an der anaeroben Schwelle	83
Tabelle 31: Signifikanzprüfung ANS/Watt/kg Männer:	84
Tabelle 32: Signifikanzprüfung ANS/Watt/kg Frauen:	85
Tabelle 33: Schwerpunkt der Freizeitgestaltung	86
Tabelle 34: Betreiben Sie derzeit Sport?	87
Tabelle 35: Analyse Welche Sportart betreiben Sie und wie oft? Angaben Vortest	88
Tabelle 36: Analyse Welche Sportart betreiben Sie und wie oft? Angaben Re-Test	88
Tabelle 37: Gründe für erfolgreiche Veränderung	90
Tabelle 38: Gründe für wenig bzw. nicht erfolgreiche Veränderung	92
Tabelle 39: Faktoren von Wohlbefinden	93

Anhang¹

Fragebogen

Herzlich willkommen beim Fragebogen. Bitte füllen Sie die Fragen auf den folgenden Seiten gewissenhaft aus. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre persönlichen Angaben dem Datenschutz und werden streng vertraulich behandelt. Vielen Dank für Ihre Kooperation!

Fragen zu SPORT und FREIZEIT

Teilnahme an der Umfrage

Haben Sie am Projekt "Unternehmen in Bewegung" schon einmal teilgenommen?

Ja

Nein

Lebensgewohnheiten

Welche Änderungen in Ihren Lebensgewohnheiten wollten Sie seit der letzten Untersuchung vornehmen?

	wollte ich nicht ändern	konnte ich mit Erfolg ändern	konnte ich teilweise ändern	wollte ich ändern, ist mir nicht gelungen
Ernährungsverhalten				
Bewegung/sportliche Betätigung				
Stressbewältigung				

¹ Die hier beschriebenen Fragebögen wurden nicht im Rahmen der vorliegenden Diplomarbeit erstellt und evaluiert, sondern schon vorab entwickelt und eingesetzt. In dieser Arbeit wurden lediglich die damit erhobenen Daten einer Re-/Analyse unterzogen.

Lebensgewohnheiten

Worauf führen Sie die erfolgreichen Veränderungen zurück? (Mehrfachantworten möglich)

Beratung durch die Experten des IMSB
Motivation durch Arbeitskollegen
Motivation durch Familie und Freunde
Motivation durch den Re-Test
gesteigertes Gesundheitsbewusstsein
Veranstaltungen (Vorträge, Kurse)

Worauf führen Sie die nicht bzw. weniger erfolgreichen Veränderungen zurück?

Lebensgewohnheit
keine Zeit
gesundheitliche Einschränkungen
Einfluss von Arbeitskollegen
Einfluss von Familie und Freunden
mangelnde Eigenmotivation
mangelnde Information
mangelndes Angebot im Betrieb

Lebensgewohnheiten

Welche konkreten Maßnahmen haben Sie im vergangenen Jahr bezüglich Bewegung und Sport gesetzt? (Mehrfachantworten möglich)

Ich nehme mir mehr Zeit für Bewegung und Sport.
Ich nehme organisierte Sport- und Bewegungsangebote (Betriebssport, Verein, Fitnesscenter, ...) wahr.
Ich betreibe neue Sportarten.

Körperliche Beanspruchung

Grad der körperlichen Beanspruchung im Beruf?

leicht (vorwiegend sitzende Tätigkeit - Büro, Kassa, ...)
mittel (vorwiegend stehende/gehende Tätigkeit - Verkäufer, Kellner, Hausfrau, ...)
schwer (vorwiegend hohe körperliche Belastung - Landwirt, Bauarbeiter, ...)

Freizeitverhalten

In welchen Bereichen liegen derzeit die Schwerpunkte Ihrer Freizeitgestaltung?

Kreuzen Sie nur jene Freizeitaktivitäten an, welche Sie regelmäßig ausüben!

(Mehrfachantworten möglich)

bewegungsorientierte Tätigkeiten (Sport, Spaziergehen, Gartenarbeit, Handwerken,...)

kreative Tätigkeiten (Fotografieren, Musizieren, Malen/Zeichnen, Schreiben, Dichten,...)

körperlich passive Freizeitgestaltung (Lesen, Computer, Kartenspielen, Fernsehen, Musik hören, Kino, ...)

kulturelle Interessen und Fortbildung(Theater, Konzerte, Vorlesungen, Ausstellungen, ...)

gesellschaftliche Schwerpunkte (Familie, Freunde, Stammtisch, Vereinstätigkeit, ...)

andere: welche?

Freizeitverhalten

Betreiben Sie Sport?

ja, regelmäßig

ja, gelegentlich

nein

Freizeitverhalten

Welche Sportarten betreiben Sie regelmäßig oder gelegentlich?

Anmerkung: im nächsten Fragenblock sind weitere Sportarten aufgelistet, deren Angabe in "Tage pro Jahr" erfolgen soll (z.B. Alpiner Skilauf).

	regelmäßig	gelegentlich	nie	Anzahl/Woche	Gesamtzeit in Minuten
Rad fahren					
Laufen					
Schwimmen					
Rollerskaten					
Fußball					
Volleyball					
Basketball					
Handball					
Badminton					
Tennis					
Squash					
Krafttraining					
Aerobic					

Auswirkungen und Erfolge von betrieblicher Gesundheitsförderung

Gymnastik/Stretching					
andere					
Andere					
andere					

Freizeitverhalten

Welche Sportarten betreiben Sie regelmäßig oder gelegentlich?

Anmerkung: im vorhergehenden Fragenblock sind weitere Sportarten aufgelistet, deren Angabe in "Anzahl/Woche" erfolgen soll (z.B. Laufen).

	regelmäßig	gelegentlich	nie	Tage/Jahr
Wandern				
Segeln/Surfen				
Alpiner Skilauf				
Lang-/Tourenskilauf				
Golf				
Andere				
andere				

Freizeitverhalten

Trainieren Sie alleine oder in der Gruppe?

alleine

im Verein

in einer privaten Gruppe

unterschiedlich

Freizeitverhalten

Aus welchen Gründen treiben Sie Sport? (Mehrfachantworten möglich)

Freude an der Bewegung

Gesundheit und Wohlbefinden

Ausgleich zu Schule und Beruf

Naturerlebnis

soziale Kontakte/Geselligkeit

Selbstbestätigung

Abenteuer/Herausforderung

Leistungsverbesserung

Auswirkungen und Erfolge von betrieblicher Gesundheitsförderung

Wettkampf/Leistungsvergleich

sonstige Gründe:

Freizeitverhalten

Aus welchen Gründen treiben Sie keinen bzw. nur gelegentlich Sport?

kein Interesse

Zeitmangel

mangelndes Sportangebot

weiß nicht, welche Sportart für mich richtig ist

hohe Belastung im Beruf

gesundheitliche Probleme

andere Freizeitaktivitäten sind mir wichtiger

sonstige Gründe:

Freizeitverhalten

Nehmen Sie an sportlichen Wettbewerben teil?

ja, regelmäßig

ja, gelegentlich

nein

Wenn ja: welche Sportart?

Freizeitverhalten

Beabsichtigen Sie zukünftig Sport zu betreiben?

ja, regelmäßig

ja, gelegentlich

nein

Freizeitverhalten

Welche Sportmöglichkeiten interessieren Sie besonders?

(Mehrfachantworten möglich)

Ausdauertraining

Laufen

Radfahren

Schwimmen

andere:

Auswirkungen und Erfolge von betrieblicher Gesundheitsförderung

Krafttraining

mit Kraftmaschinen

ohne Kraftmaschinen

andere

Gymnastik

Aerobic

Stretching

andere:

Spiele

Ballspiele

Tennis

Golf

andere:

Sportangebote im Betrieb

An welchen der folgenden Sportaktivitäten nehmen Sie teil bzw. würden Sie teilnehmen, wenn es ein entsprechendes Angebot gäbe?

	Nehme teil	Würde teilnehmen	Würde nicht teilnehmen
Jogging/Laufen			
Radfahren			
Gymnastik/Aerobic			
Bodystyling (Kräftigungsgymnastik)			
Wirbelsäulengymnastik			
Entspannungstraining			
Fußball			
Tennis			
Badminton			
Squash			
andere			

Sportangebote im Betrieb

Wären Sie bereit, für diese Sportangebote Ihre Dienstzeit entsprechend zu verlängern?

Ja

Nein

Sportangebote im Betrieb

An welchem Wochentag sollten die Sportaktivitäten angeboten werden?

(Mehrfachantworten möglich)

Montag

Dienstag

Mittwoch

Donnerstag

Freitag

Samstag

Sonntag

Sportangebote im Betrieb

Zu welcher Tageszeit sollten die Aktivitäten angeboten werden?

(Mehrfachantworten möglich)

7-9 Uhr

9-11 Uhr

11-13 Uhr

13-15 Uhr

15-17 Uhr

17-19 Uhr

später

Wohlbefinden

Welche Maßnahmen zur Entwicklung Ihres Wohlbefindens werden von Ihnen gesetzt?

(Mehrfachantworten möglich)

gesunde Ernährung

Bewegung/sportliche Betätigung

Entspannungsmaßnahmen

andere Maßnahmen

Rauchgewohnheiten

Rauchen Sie?

ja

ja, gelegentlich

nein, habe aufgehört

nein, habe noch nie geraucht

Rauchgewohnheiten

Was rauchen Sie?

(Mehrfachantworten möglich)

Zigaretten

Zigarren

Pfeife

Wieviel Stück (Zigaretten, Zigarren, Pfeifen) rauchen Sie am Tag?

/Tag

Seit wie vielen Jahren rauchen Sie?

...Jahren

Der Fragebogen zu Sport und Freizeit ist nun abgeschlossen.

Als nächstes bitten wir um die Beantwortung der Fragen zum Thema Ernährung.

Fragen zur ERNÄHRUNG

Ernährung - tägliche Mahlzeiten

Welche Mahlzeiten nehmen Sie täglich zu sich?

(Mehrfachantworten möglich)

Frühstück

Vormittagsjause

Mittagessen

Nachmittagsjause

Abendessen

Ernährung - Speisen

Wie oft essen Sie...?

	täglich	2-3x pro Woche	1x pro Woche	selten/nie
Milch, Joghurt, Topfen, Käse				
Eier				
Fleisch, Geflügel				
Wurst/Schinken				
Fisch				
Weißgebäck				
Brot, Nudeln, Reis, Erdäpfel, Getreide				
Gemüse, Salat, Hülsenfrüchte				
Obst				
Süßigkeiten, Mehlspeisen				
Fast Food, Knabbergebäck, Fertiggerichte				
Vollkornprodukte (Müsli, Naturreis, Vollkornnudeln,...)				

Ernährung - Fette

Welche Fette verwenden Sie häufig in Ihrer Ernährung?

Pflanzenöl (Olivenöl, Sonnenblumenöl, Maiskeimöl,...)

Margarine

Butter

Schmalz

Kokosfett

Ernährung - Fettarme Produkte

Achten Sie beim Einkauf von Lebensmitteln (Milch und Milchprodukte, Fleisch- und Wurstwaren, Mayonnaise, Saucen, ...) auf fettarme Produkte?

Ja

Nein

Ernährung - Zubereitung

Wie bereiten Sie Ihre Speisen am häufigsten zu?

paniert oder gebacken

gedünstet oder gekocht

gegrillt oder gebraten

Ernährung - Salz

Achten Sie darauf wenig Salz zu verwenden?

Ja

Nein

Ernährung - Nahrungsergänzung

Welche der folgenden Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie regelmäßig zu sich?

Vitamine/Mineralstoffe

Eiweißpräparate

Sportriegel

andere:

Ernährung - Flüssigkeit

Wieviel Flüssigkeit nehmen Sie täglich zu sich?

weniger als 2 Liter

2 Liter und mehr

Ernährung - Getränke

Welche Getränke trinken Sie vor allem?

(Mehrfachantworten möglich)

Wasser, Mineral

Limonaden (Fanta, Cola,...)

Light Limonaden

Fruchtsäfte

Tee

Ernährung - Alkohol

Konsumieren Sie alkoholische Getränke?

Ja

Nein

Ernährung - Alkohol

Wie viele alkoholische Getränke konsumieren Sie?

Anmerkung: Angaben in Komma sind möglich (z.B. 1 Stamperl sind 0,02 Liter).

Ernährung - koffeinhaltige Getränke

Welche Menge der folgenden koffeinhaltigen Getränke konsumieren Sie pro Tag/Woche?

.....Liter Cola **pro Woche**

.....Dosen Energy Drinks **pro Woche**

.....Tassen Kaffee **pro Tag**

Der Fragebogen zur Ernährung ist nun abgeschlossen.

	Wie oft pro Woche	Wieviel Liter pro Woche
Bier		
Wein		
Spirituosen		

**Als nächstes bitten wir um die Beantwortung der Fragen zum Thema
Arbeitssituation.**

Fragen zur ARBEITSSITUATION

Arbeitssituation

Wie lange sind Sie schon in der Firma beschäftigt?

bis zu 3 Jahren

3 bis 10 Jahre

10 bis 20 Jahre

länger als 20 Jahre

Arbeitssituation

In welchem Bereich sind Sie tätig?

Finanzen

Vertrieb

Verkauf

Produktion

Verwaltung

andere:

Arbeitssituation

Haben Sie eine Führungsfunktion?

Ja

Nein

Arbeitssituation

Wie viele Stunden pro Woche beträgt Ihre vereinbarte Arbeitszeit?

Wie viele Stunden arbeiten Sie tatsächlich in einer durchschnittlichen Arbeitswoche?

.....vereinbarte Wochenstunden

..... tatsächliche Wochenstunden

Arbeitssituation

Haben Sie eine Mehrdienstpauschale?

Ja

Nein

Arbeitssituation

Machen Sie zumindest gelegentlich Mehr- oder Überstunden?

Ja

Nein

Arbeitssituation

Wie werden Ihre Mehrstunden/Überstunden üblicherweise abgegolten?

durch Zeitausgleich

durch Auszahlung

unterschiedlich, sowohl als auch

Arbeitssituation

Gibt es regelmäßig Druck, geleistete Mehrstunden, Überstunden oder 9. Stunden durch Zeitausgleich abzubauen?

Ja

Nein

Arbeitssituation

Können Sie sich den Zeitausgleich selbst einteilen?

(fast) immer selbst

vorwiegend selbst

vorwiegend angeordnet

Arbeitssituation

Etwa an wie vielen Tagen in einer durchschnittlichen Arbeitswoche kommt es vor, dass Sie mehr als 10 Stunden arbeiten?

....Tage

Arbeitssituation

Etwa an wie vielen Tagen in einer durchschnittlichen Arbeitswoche kommt es vor, dass zwischen zwei Diensten weniger als 11 Stunden Ruhezeit liegen?

.....Tage

Arbeitssituation

Etwa wie viel beträgt Ihre tägliche Wegzeit zur und von der Arbeit (Hin- und Rückfahrt)?

.... Minuten

Auswirkungen und Erfolge von betrieblicher Gesundheitsförderung

Arbeitssituation

Wie sehr treffen folgende Eigenschaften auf Ihre Arbeit im Allgemeinen zu?

	Trifft voll und ganz zu				Trifft gar nicht zu
	1	2	2	4	5
herausfordernd					
eintönig, ermüdend					
verantwortungsvoll					
wichtig					

Arbeitssituation

Wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Bereichen Ihrer beruflichen Tätigkeit?

	Sehr zufrieden				Gar nicht zufrieden
	1	2	3	4	5
mit Ihrer beruflichen Tätigkeit insgesamt					
mit Art und Inhalt der Tätigkeit					
mit dem Einkommen					
mit dem Arbeitsumfang					
mit der Arbeitszeitregelung					
mit der Diensterteilung					
mit den Aufstiegs- und Entwicklungsmöglichkeiten					
mit den betrieblichen Sozialleistungen					
mit den Weiterbildungsmöglichkeiten					
mit den Beziehungen zu den Kollegen/-innen mit der Sicherheit Ihres Arbeitsplatzes					
mit den					

Auswirkungen und Erfolge von betrieblicher Gesundheitsförderung

Mitbestimmungsmöglichkeiten der ArbeitnehmerInnen im Betrieb					
mit den Möglichkeiten, über die Arbeitsabläufe (Art der Durchführung, Einteilung, Tempo usw.) selbst zu entscheiden					
mit der Anerkennung Ihrer Arbeit durch die/den unmittelbare/n Vorgesetzte/n					
mit der Anerkennung Ihrer Arbeit durch die Kollegen/-innen					

Arbeitssituation

Würden Sie sagen, dass Sie für Ihre Leistungen gerecht entlohnt werden?

Völlig gerecht				Gar nicht gerecht
1	2	3	4	5

Arbeitssituation

Wie gut können Sie Ihre Berufstätigkeit mit Ihren privaten Interessen, Freizeitaktivitäten und familiären Verpflichtungen vereinbaren?

Sehr gut				Sehr schlecht
1	2	3	4	5

Arbeitssituation

Wie gut können Sie die Urlaubsplanung mit den dienstlichen Notwendigkeiten vereinbaren?

Sehr gut				Sehr schlecht
1	2	3	4	5

Arbeitssituation

Sind Sie Schichtarbeiter?

Ja

Nein

Arbeitssituation

Wird die Diensteinteilung in Ihrer Abteilung grundsätzlich nach einem Dienstplan vorgenommen?

ja

nein

Arbeitssituation

Wie oft werden bei Ihnen Dienstplanänderungen angeordnet?

(fast) nie

maximal 1x pro Woche

2x pro Woche

öfter

Arbeitssituation

Hielten Sie in Ihrer Abteilung die Einführung von verbindlichen Dienstplänen für sinnvoll?

ja

nein

Arbeitssituation

Wie sehr fühlen Sie sich in Ihrer beruflichen Tätigkeit belastet durch ...?

Auswirkungen und Erfolge von betrieblicher Gesundheitsförderung

	Sehr stark belastet				Gar nicht belastet
	1	2	3	4	5
Zeitdruck					
seelisch belastende und aufreibende Arbeit					
schlechte Gesundheitsbedingungen am Arbeitsplatz (Lärm, Luft, Staub, Schmutz, usw.)					
Einsamkeit, Isolation am Arbeitsplatz					
technische und organisatorische Veränderungen					
ständiger Wechsel der Arbeitsabläufe und Arbeitsanforderungen					
Mangelnde Unterstützung durch die Kollegen/-innen					
mangelnde Unterstützung durch Vorgesetzte					
enge und nicht einhaltbare Zeitvorgaben					
widersprüchliche Vorgaben (z.B. Qualitätsanspruch und Zeitdruck)					
zunehmende Verantwortung bei mangelndem					

Auswirkungen und Erfolge von betrieblicher Gesundheitsförderung

Entscheidungsspielraum					
Arbeitsverzögerung durch technische Systeme					
Unregelmäßige Arbeitszeiten					
überlange Arbeitszeiten					

Arbeitssituation

Wie sehr fühlen Sie sich am Arbeitsplatz belastet durch ...?

	Sehr belastet				Gar nicht belastet
	1	2	3	4	5
Hitze (in Räumen)					
einseitige körperliche Belastung					
Lärm (Industrie-, Büro-, Straßenlärm; Musikberieselung)					
Zugluft durch Klimaanlage oder offenes Fenster					
ständig künstliches Licht, schlechte Beleuchtung					
nicht körpergerecht gestalteter Arbeitsplatz					
häufige Bildschirmarbeit					
mangelnde Rückzugsmöglichkeiten					

Auswirkungen und Erfolge von betrieblicher Gesundheitsförderung

Arbeitssituation

Wie häufig sind bei Ihnen in den letzten Wochen die folgenden gesundheitlichen Beschwerden aufgetreten?

	Sehr häufig	Häufig	Gelegentlich	Selten	Nie
Kopfschmerzen, Migräne					
Magenbeschwerden					
Verdauungsbeschwerden (Durchfall, Verstopfung, Blähungen)					
Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen					
Erschöpfung, Mattigkeit, Niedergeschlagenheit, rasche Ermüdbarkeit					
Nervosität, Zerrahrenheit					
Gedächtnisschwäche, Konzentrationsstörungen					
Muskelverspannungen im Nacken-, Schulterbereich					
274 Kreuzschmerzen, Probleme mit dem Rücken					
starkes Herzklopfen, - jagen, -rasen, Druck auf der Brust					
Augenprobleme					

Arbeitssituation

Wie oft treten bei Ihnen folgende Gefühle auf?

	Täglich	Ein paar Mal in der Woche	Einmal in der Woche	Ein paar Mal im Monat	Einmal im Monat oder seltener	Ein paar Mal im Jahr oder seltener	nie

Auswirkungen und Erfolge von betrieblicher Gesundheitsförderung

Ich fühle mich durch meine Arbeit ausgelaugt, ausgebrannt.							
Ich fühle mich am Ende eines Arbeitstages verbraucht.							
Wenn ich nach der Arbeit nach Hause komme, kann ich nicht abschalten							
Wenn ich morgens aufstehe und an meine Arbeit denke, bin ich gleich wieder müde.							
Der direkte Kontakt mit Menschen belastet mich.							
Ich vermeide immer öfter den direkten Kontakt mit Menschen.							
Ich fühle mich durch meinen Beruf frustriert							
Ich habe das Gefühl in meinem Beruf hart zu arbeiten.							
Ich habe das Gefühl am Ende meiner Kräfte zu sein.							
Ich habe die Lust an meinen Hobbys und Freizeitbeschäftigungen von früher verloren.							
Ich bin Menschen							

Auswirkungen und Erfolge von betrieblicher Gesundheitsförderung

gegenüber gleichgültiger geworden, seit ich meiner derzeitigen Arbeit nachgehe.							
Ich habe das Gefühl von anderen für deren Probleme verantwortlich gemacht zu werden.							
Ich kann mich gut in andere hineinversetzen							
Ich gehe erfolgreich mit auftauchenden Problemen um. Schwierigkeiten überwinde ich sehr effektiv und lösungsorientiert. Ich komme gut mit meinen beruflichen und privaten Herausforderungen zurecht.							
Ich habe das Gefühl, dass ich das Leben anderer durch meine Arbeit positiv beeinflusse.							
Ich fühle mich tatkräftig und weiß, was ich bewegen kann.							
Es fällt mir leicht, im Umgang mit Kolleg(inn)en und bei privaten							

Auswirkungen und Erfolge von betrieblicher Gesundheitsförderung

Kontakten eine entspannte Atmosphäre zu schaffen.							
Ich fühle mich nach der Arbeit aufgekratzt.							
Ich habe viele lohnende Ziele in meinem Beruf erreicht.							

Arbeitssituation

Verfügt die Geschäftsführung Ihrem Eindruck nach über klare Zielvorstellungen und Konzepte für die Zukunft?

weitgehend	eher schon	eher nicht	überhaupt nicht

Arbeitssituation

Wie gut fühlen Sie sich im Großen und Ganzen informiert?

	Sehr gut	Eher gut	Eher schlecht	Sehr schlecht
über die Tätigkeiten in Ihrem Arbeitsbereich				
über die Tätigkeiten in anderen Arbeitsbereichen				
über die Pläne der Geschäftsführung				

Auswirkungen und Erfolge von betrieblicher Gesundheitsförderung

Arbeitssituation

Erwarten Sie sich in den nächsten Jahren für Ihre Arbeitssituation in folgender Hinsicht eher Verbesserungen oder eher Verschlechterungen?

	Verbesserungen	Verschlechterungen	Weder noch
technische Ausstattung des Arbeitsplatzes			
Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten			
Gestaltungsmöglichkeiten, Spielraum			
Entwicklungsmöglichkeiten			
Aufstiegsmöglichkeiten			
generell die Einkommensentwicklung			
Arbeitsaufgaben, Tätigkeitsbereich			
Sicherheit des eigenen Arbeitsplatzes			
Arbeitsumfang, Arbeitsdruck			
interne Kommunikation und Zusammenarbeit			
Arbeitsklima			
Entscheidungsprozesse			
Qualität des Programms			

Umfrage beenden

Fragebogen abschließen

Gratulation!

Sie haben den Fragebogen fertig ausgefüllt. Betätigen Sie die Schaltfläche "Fragebogen abschließen" um die Eingabe abzuschließen und die Umfrage zu beenden.

Lebenslauf

Persönliche Daten

Name: Lukas Nord
Geburtsdatum: 09.12.1986
Geburtsort: Wien

Bildungsweg

Volksschule Perchtoldsdorf

Perchtoldsdorf, Österreich
Sept. 1993 – Juni 1997

Sportgymnasium Maria Enzersdorf

Ma. Enzersdorf, Österreich
Sept. 1997 – Mai 2005

Universität Wien / Zentrum für Sportwissenschaften und Universitätssport (Bakk. Sportwissenschaften)

Wien, Österreich
Sept. 2005 – April 2010

Universität Wien / Zentrum für Sportwissenschaften und Universitätssport (Mag. Sportwissenschaften)

Wien, Österreich
Sept. 2010 – April 2015

Berufsweg (auszugsweise)

Fit Inn Sportstudio

Wien, Österreich
Sept. 2005 – Mai. 2007

Golfclub Breitenfurt

Breitenfurt Österreich
Mai 2007 – Sept. 2009

Sport Eybl & Sport Experts GmbH

Wr. Neustadt, Österreich
Sept. 2009 – Feb. 2011

Golf Tech Golfartikelvertriebs GmbH

Wien, Österreich
Feb. 2011 – 2013

IMSB Austria - Sportwissenschaftler

Wien, Österreich
seit Sept. 2013

Sportliche Erfahrung

Sportwissenschaftlicher Berater der Landhockey Nationalmannschaft (Herren A-Kader, Herren U21, im Zuge der Tätigkeit bei IMSB Austria) & des österreichischen Landhockeyverbands
Athletiktrainer Hockeymannschaften
HIIT Kursleiter
Personal Fitnesstrainer
Skilehrer
Fussball- und Koordinationstrainer