

DISSERTATION

Titel der Dissertation

„Betriebliche Gesundheitsförderung
mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität“

Verfasserin

Mag.DI Sigrid Panovsky

Angestrebter akademischer Grad

Doktorin der Philosophie (Dr.phil.)

Wien, im August 2009

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 092 481

Dissertationsgebiet lt. Studienblatt: Sportwissenschaften

Betreuer: O.Univ.-Prof.Dr.Michael Kolb

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
1 Einleitung	7
2 Theoretische Grundlagen	13
2.1 Gesundheitsförderung	14
2.1.1 Die Bedeutung von Gesundheit in Geschichte und Gegenwart	15
2.1.2 Gesundheitsverständnis	20
2.1.3 Perspektiven auf die Gesundheitsförderung	26
2.1.3.1 Politik	26
2.1.3.2 Wirtschaft	31
2.1.3.3 Public Health	34
2.1.3.4 Medizin	36
2.1.3.5 Nichtmedizinische Institutionen und Expert(inn)en	44
2.1.3.6 Psychologie	49
2.1.3.7 Soziologie	57
2.1.3.8 Pädagogik	64
2.1.3.9 Zusammenfassung zu den Perspektiven	65
2.1.4 Interventionsformen der Gesundheitsförderung	67
2.1.5 Grundsätze von Gesundheitsförderung	73
2.1.5.1 Gesundheitsverständnis	73
2.1.5.2 Vorgehensweise bei Interventionen	76
2.1.5.3 Politische Dimension	80
2.1.5.4 Qualitätsdimension	81
2.1.5.5 Zusammenfassung: Grundsätze der Gesundheitsförderung	83
2.1.6 Zusammenfassung: Gesundheitsförderung	83
2.2 Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten	84
2.2.1 Perspektiven auf die Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten	84
2.2.2 Interventionsformen der Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten	92
2.2.3 Grundsätze für die Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten	96
2.2.3.1 Gesundheitsverständnis	96
2.2.3.2 Vorgehensweise bei Interventionen	98
2.2.3.3 Politische Dimension	100
2.2.3.4 Qualitätsdimension	102
2.2.4 Zusammenfassung: Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten	104
2.3 Betriebliche Gesundheitsförderung	104
2.3.1 Arbeit und Gesundheit	105
2.3.1.1 Der Wandel der Arbeitswelt	105
2.3.1.2 Krankheit und andere Störungen in der Arbeitswelt	111
2.3.1.3 Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt	114
2.3.2 Perspektiven auf die betrieblichen Gesundheitsförderung	119
2.3.2.1 Politik	119
2.3.2.2 Wirtschaft	122
2.3.2.3 Recht	125
2.3.2.4 Betriebliche Interessensgruppen	127
2.3.2.5 Wissenschaftliche Forschung im Betrieb	135
2.3.2.6 Zusammenfassung zu den Perspektiven	137
2.3.3 Interventionsformen betrieblicher Gesundheitsförderung	138
2.3.3.1 Ansatzpunkt Organisation	142
2.3.3.2 Ansatzpunkt Schnittstelle Individuum / Organisation	149
2.3.3.3 Ansatzpunkt Individuum	153

2.3.3.4 Zusammenfassung: Interventionsformen betrieblicher Gesundheitsförderung	159
2.3.4 Grundsätze betrieblicher Gesundheitsförderung	160
2.3.4.1 Gesundheitsverständnis	160
2.3.4.2 Vorgehensweise bei Interventionen	163
2.3.4.3 Politische Dimension	167
2.3.4.4 Qualitätsdimension	168
2.3.5 Zusammenfassung: Betriebliche Gesundheitsförderung	170
2.4 Betriebliche Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten	172
2.4.1 Expert(inn)en der betrieblichen Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten	174
2.4.2 Interventionsformen der betrieblichen Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten	176
2.4.3 Grundsätze der betrieblichen Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten	178
2.4.3.1 Gesundheitsverständnis	178
2.4.3.2 Vorgehensweise bei Interventionen	179
2.4.3.3 Politische Dimension	182
2.4.3.4 Qualitätsdimension	183
2.4.4 Zusammenfassung: Betriebliche Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten	185
2.5 Betriebliche Gesundheitsförderung im Setting Universität	187
2.5.1 Universitäten und ihre Bedeutung im Wandel	187
2.5.2 Statusgruppen der Universität und ihre Situation	194
2.5.3 Geschichte der „Gesundheitsförderung an der Universität“	204
2.5.4 Interventionsformen betrieblicher Gesundheitsförderung im Setting Universität	210
2.5.5 Grundsätze betrieblicher Gesundheitsförderung im Setting Universität	214
2.5.5.1 Gesundheitsverständnis	214
2.5.5.2 Vorgehensweise bei Interventionen	216
2.5.5.3 Politische Dimension	218
2.5.5.4 Qualitätsdimension	219
2.5.6 Zusammenfassung: Betriebliche Gesundheitsförderung im Setting Universität	221
2.6 Betriebliche Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität	221
2.6.1 Interventionsformen betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität	221
2.6.2 Grundsätze der betrieblichen Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität	224
2.6.2.1 Gesundheitsverständnis	224
2.6.2.2 Vorgehensweise bei Interventionen	225
2.6.2.3 Politische Dimension	227
2.6.2.4 Qualitätsdimension	229
2.6.3 Zusammenfassung: Betriebliche Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität und Erstellung eines Analyseschemas	230
3 Auf der Suche nach Bewegungsaktivitäten zur betrieblichen Gesundheitsförderung im Setting Universität	243
3.1 Fragestellung	243
3.2 Forschungsmethodisches Vorgehen	244
3.2.1 Ausgangspunkt	244

3.2.2 Informationssuche	244
3.2.2.1 Wissenschaftliche Literatur	245
3.2.2.2 Nichtwissenschaftliche („graue“) Literatur und weitere Informationsquellen	248
3.2.3 Analysevorgang	251
4 Ergebnisse und Diskussion	254
4.1 Interventionen mit Bewegungsaktivitäten zur betrieblichen Gesundheitsförderung im Setting Universität	267
4.1.1 Angewendete Interventionsformen mit Bewegungsaktivitäten zur betrieblichen Gesundheitsförderung im Setting Universität	267
4.1.1.1 Gibt es ein „Teilsystem Bewegung“ zur betrieblichen Gesundheitsförderung im Setting Universität?	267
4.1.1.2 Bewegungsaktivitäten als Einzelmaßnahmen oder Programme im Rahmen von Systemen und Projekten der betrieblichen Gesundheitsförderung im Setting Universität	271
4.1.1.3 Bewegungsaktivitäten im Rahmen allgemeiner gesundheitsthematischer Programme an Universitäten	278
4.1.1.4 Bewegungsaktivitäten als vereinzelte Maßnahmen an Universitäten	280
4.1.1.5 Zusammenfassung: Angewendete Interventionsformen	283
4.1.2 Berücksichtigung der Grundsätze von Gesundheitsförderung	283
4.1.3 Einsatz von „Bewegung als Medium“	287
4.2 Vorbilder aus anderen Settings der betrieblichen Gesundheitsförderung?	287
4.3 Unausgeschöpfte Potentiale	293
5 Schlussfolgerungen, Grenzen und offene Fragen	297
5.1 Schlussfolgerungen	297
5.2 Grenzen und offene Fragen	303
6 Zusammenfassung	306
Literatur	309
Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	329

Vorwort

Wenn man als Neuling im wissenschaftlichen Arbeiten ein Thema wählt, das abseits vom Mainstream der eigenen Fachdisziplin liegt, benötigt man neben der persönlichen Begeisterung für die Sache auch einen Betreuer, der sich offen für neue Fragestellungen und unterstützend bei deren Bearbeitung zeigt. Als ich, nach einigen Jahren in der sportwissenschaftlichen Praxis, eine Stelle als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Sportwissenschaft der Universität Wien antrat, und mich aufgrund meiner vorherigen Berufserfahrung sehr lebhaft für das Thema „betriebliche Gesundheitsförderung“ interessierte, hatte ich das Glück, mit dem Leiter der Abteilung für Bewegungs- und Sportpädagogik, O. Univ.-Prof. Dr. Michael Kolb, einen Dissertationsbetreuer zu finden, der nicht nur in vielfältigen Bereichen seiner Fachdisziplin, darunter eben auch in der Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten, ausgewiesen ist, sondern der darüberhinaus immer an neuen Forschungsfeldern interessiert bleibt. Von Prof. Kolb stammt unter anderem der Vorschlag, die „betriebliche Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten“ speziell für das Setting Universität zu untersuchen.

Prof. Kolb ermöglichte es mir somit, ein in der Bewegungs- und Sportpädagogik noch kaum beachtetes Thema zu beforschen, und brachte seine Erfahrungen und Ideen dazu in hilfreicher Weise mit ein. Ich konnte meinen Arbeitsprozess selbständig strukturieren, doch an den entscheidenden Knotenpunkten nachvollziehbare und gut umzusetzende Orientierungshinweise von ihm bekommen. Als Abteilungsleiter achtete Prof. Kolb weiters besonders darauf, dass mir neben den Aufgaben in Lehre und Selbstverwaltung ausreichend Zeit für die Arbeit an der Dissertation zur Verfügung stand. Er war auch jederzeit für Fragen zu erreichen und hielt mich stets am laufenden über Möglichkeiten zur Weiterbildung und beruflichen Weiterentwicklung, sowie zur Präsentation und Publikation meiner Arbeit. Besonders beeindruckend fand ich schließlich in diesem Zusammenhang die Übereinstimmung seines Führungsverhaltens mit dem, was auch in der Literatur (siehe auch im Kapitel 2.3) als „gesundheitsfördernd“ beschrieben wird.

So erlebte ich in meiner Zeit an der Abteilung für Bewegungs- und Sportpädagogik ein Klima der Wertschätzung und eine freundliche Gesprächskultur auf gleicher Augenhöhe, für die ich auch allen anderen Professor(inn)en und sonstigen Kolleg(inn)en der Abteilung bzw. der Nachbarabteilungen herzlichst danken möchte.

Nicht nur die Erstellung und die Betreuung, sondern auch die Begutachtung meiner Arbeit erforderte Zeit und Mühe. Für diese möchte ich dem Zweitbegutachter, A.o. Univ.-Prof. Dr. Konrad Kleiner, Leiter des Arbeitsbereiches Bewegungs- und Sportdi-

daktik, besonders danken. Ebenso danke ich Emerit. Univ.-Prof. Dr. Raimund Sobotka für sein freundliches Interesse an meiner Arbeit.

Mein Dank gilt auch allen weiteren Menschen, die mich unterstützt haben, die ich hier aber nicht nennen kann; dies darf nicht als geringere Wertung ihrer Hilfe verstanden werden, sondern liegt in den Beschränkungen einer wissenschaftlichen Arbeit begründet. Soweit dies möglich ist, werde ich diesen Dank persönlich nachholen.

1. Einleitung

„Betriebliche Gesundheitsförderung“ ist in den letzten ca. zwanzig Jahren zu einem bekannten Schlagwort in der Wirtschaft, in den Medien und in der Politik geworden. Dieses Thema hat sich auf der Grundlage eines zunehmenden Bewusstseins dafür entwickelt, wie sehr Arbeit und Gesundheit miteinander im Zusammenhang stehen, und welche hohe Bedeutung ihrem Wechselspiel sowohl für wirtschaftliche Leistungsfähigkeit als auch für menschliche Lebensqualität zukommt (vgl. z.B. WHO 1994).

In der wissenschaftlichen Forschung eröffnet die Beschäftigung mit „betrieblicher Gesundheitsförderung“ eine breite Palette an herausfordernden Fragestellungen, denen sich mittlerweile so unterschiedliche Wissenschaftsdisziplinen wie etwa die Medizin, die Soziologie, die Psychologie, oder die Wirtschaftswissenschaften widmen. Auch für die Sportwissenschaften ergibt sich in diesem Zusammenhang ein mögliches Forschungsfeld: Erstens, da sich die Gesundheitsförderung mit Sport- und Bewegungsaktivitäten als sportwissenschaftliches Querschnittsthema etabliert hat, und zweitens, da im Rahmen von Interventionen, die unter dem Titel „betriebliche Gesundheitsförderung“ laufen, häufig Bewegungsaktivitäten durchgeführt werden. So liegt auch der Fokus der vorliegenden, von einer Sportwissenschaftlerin erstellten Arbeit darauf, jene Bewegungsaktivitäten zu untersuchen, die im Rahmen der Zielsetzungen betrieblicher Gesundheitsförderung stattfinden, wobei ein spezielles Setting innerhalb der Arbeitswelt zur näheren Untersuchung ausgewählt wurde – das Setting Universität.

Universitäten erschienen im Zusammenhang mit dem gewählten Thema aus mehreren Gründen besonders interessant: Sie spielen eine wichtige Rolle in der modernen Wissensgesellschaft, unter anderem in der Gesundheitsförderungsforschung, und sie sind ihrerseits Teil der Arbeitswelt. An Universitäten haben die Themenbereiche „Betriebliche Gesundheitsförderung“ und „Bewegungsaktivitäten zur Gesundheitsförderung“ seit Jahrzehnten als Forschungsgegenstände Einzug gehalten. Betrachtet man jedoch die Struktur der Universität in ihrer Funktion als Arbeitsplatz und damit als Art betriebliches Umfeld für Wissenschaftler(innen), nichtwissenschaftlich Beschäftigte und auch für Studierende, dann stellt sich die Frage, wie es denn dort selbst mit der praktischen Umsetzung von Gesundheitsförderung aussieht.

Dazu lässt sich zunächst feststellen, dass in den letzten ca. zehn Jahren eine Auseinandersetzung mit dem Thema Gesundheitsförderung im Setting Universität auf Ebene der Forschung (z.B. Sonntag, Gräser, Stock & Krämer 2000; Faller 2005; Krämer, Sonntag, Steinke, Meier & Hildebrand 2007) wie auch in der Praxis

(www.gesundheitsfoerderung.de) ihren Anfang genommen hat. Während sich manche dieser Projekte einzelnen Aspekten oder Zielgruppen (z.B. Studierenden) universitärer Gesundheitsförderung widmen, soll der Schwerpunkt dieser Arbeit hier auf den Bewegungsaktivitäten zur betrieblichen Gesundheitsförderung im Setting Universität liegen. Dies bedeutet erstens, dass Universität hier vor allem in ihrer Funktion als – wenn auch in gewisser Weise einzigartiger und sehr vielfältiger, wie in Kapitel 2.5 genauer ausgeführt wird – Bereich der Arbeitswelt interessiert, zweitens, dass ein bestimmter Ansatz betrieblicher Gesundheitsförderung (siehe Kapitel 2.1 und 2.3) gewählt wird, und drittens, dass unter diesen Voraussetzungen die zentralen Forschungsfragen der vorliegenden Arbeit auf jene Bewegungsaktivitäten bezogen sind, die im Rahmen von betrieblicher Gesundheitsförderung im Setting Universität stattfinden.

Wenn nun eine Sportwissenschaftlerin das Thema „betriebliche Gesundheitsförderung“ aufgreift, um sich der Frage zu widmen, in welcher Form die Bewegungsaktivitäten darin eingebunden sind, und dabei die Universität als Setting betrieblicher Gesundheitsförderung genauer betrachtet, dann ergibt sich zu Beginn eine *Reihe grundlegender Fragen*, die den Aufbau der Arbeit maßgeblich beeinflussen, und die Bearbeitung der zentralen Forschungsfragen erst ermöglichen.

Die erste dieser der Entwicklung einer zentralen Fragestellung vorangehenden Frage lautet: Wie sollen die *Begriffe* „Gesundheitsförderung“, „betriebliche Gesundheitsförderung“, und „betriebliche Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten“ im Kontext der vorliegenden Arbeit verstanden werden? Diese Festlegung verlangt eine Auseinandersetzung mit der Theorie der multidisziplinären Gesundheitsförderung und innerhalb ihrer verschiedenen Perspektiven, um das eigene Begriffsverständnis, den eigenen Standpunkt und die gewählten Ansätze zu klären. Aus diesem Grund erscheint es erforderlich, in einem ersten Schritt einen Überblick über die Grundlagenliteratur zur (betrieblichen) Gesundheitsförderung (mit Bewegungsaktivitäten) zu gewinnen, um in einem zweiten Schritt Entscheidungen über die Positionierung der eigenen Arbeit und in einem dritten Schritt die entsprechende theoretische Fundierung der Forschungsfragen (siehe Kapitel 2) vornehmen zu können. Im Mittelpunkt dieser Forschungsfragen stehen dabei allerdings nicht einzelne gesundheitswissenschaftliche Definitionen und Modelle, sondern die Bewegungsaktivitäten, die auf der Folie dieser theoretischen Prinzipien analysiert werden.

Ziel dieser theoretischen Grundlegung ist es also, eine Fragestellung in bezug auf Bewegungsaktivitäten zu entwickeln, die einem umfassenden Verständnis von Gesundheitsförderung folgend untersucht werden sollten. Um dieses Ziel nicht aus den Augen

zu verlieren, erscheint es als notwendig, zwar eine Vielzahl von *Termini und Theorien* und ihre mögliche Kritikwürdigkeit in der Arbeit zu berücksichtigen, und zu klären, wie diese im Rahmen der vorliegenden Arbeit verstanden werden sollen, auf eine umfangreiche Rückverfolgung und Diskussion einzelner Prinzipien jedoch im Sinne der angezielten Hauptforschungsfragen zu verzichten. Was die Auswahl der hier dargestellten Perspektiven (Medizin, Politik, Wirtschaft, Recht, Soziologie, Psychologie, Pädagogik...) betrifft, so werden hier jene übernommen, die in der multidisziplinären Gesundheitsförderungsliteratur (siehe Kapitel 2.1) am häufigsten behandelt werden. In diesen Werken erfolgen meist, wenngleich in geringem Umfang, Verweise z.B. auf ethische Grundfragen. Diese kommen zum Teil in Prinzipien der Gesundheitsförderung zur Geltung und werden somit auch in dieser Arbeit berücksichtigt. Aus Gründen der thematischen Abgrenzung muß hier jedoch auf eine einzelweise Darstellung philosophischer Probleme der Gesundheitsförderung wie auch auf eine tiefergehende Auseinandersetzung damit verzichtet werden.

Als wesentlich für die Erforschung von Bewegungsaktivitäten ergibt sich als zweite Grundfrage, wie es um den *Forschungsstand* zum Thema „betriebliche Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten“ im Bereich der Sportwissenschaften steht. Aus Ergebnissen der Literaturrecherche wird hier geschlossen, dass der Umfang der bisherigen sportwissenschaftlichen Arbeiten zum Thema nicht ausreicht, um eine konsensfähige theoretische Basis für die angezielte Fragestellung zu entwickeln. Aufgrund der vorgefundenen Fülle an Literatur zur allgemeinen und betrieblichen Gesundheitsförderung einerseits, und den im Vergleich dazu eher raren Forschungsbeiträgen aus der Sportwissenschaft andererseits, wird daher entschieden, die zentralen Forschungsfragen, die sich auf Bewegungsaktivitäten beziehen, aus dem Blickwinkel der (betrieblichen) Gesundheitsförderung (im Setting Universität) zu stellen, das bedeutet, aus der Literatur erschlossene Informationen über Interventionsformen und Grundsätze dieser Gesundheitsförderung als Basis für eine Analyse dieser Bewegungsaktivitäten zu verwenden.

Da in der vorliegenden Arbeit jene Bewegungsaktivitäten im Mittelpunkt stehen sollen, die im Rahmen von betrieblicher Gesundheitsförderung in dem speziellen Setting Universität angewendet werden, und sich Universität von anderen Bereichen der Arbeitswelt (siehe Kapitel 2.5) in einigen Merkmalen deutlich abhebt, stellt sich eine dritte Grundfrage: Welche *Besonderheiten von Universitäten* gilt es in der betrieblichen Gesundheitsförderung zu beachten? Um dies herauszufinden, bedarf es als Grundlage der Sammlung bisheriger Befunde zum Thema Gesundheitsförderung an Universitäten. Dabei zeigt sich, daß Gesundheitsförderung im Setting Universität als relativ

neues Thema wissenschaftlich noch deutlich weniger erschlossen ist als die (betriebliche) Gesundheitsförderung im Allgemeinen. Aus diesem Grund erscheint es unvermeidlich, sich bei der Erarbeitung eines Analyseschemas für die Bewegungsaktivitäten überwiegend an den – in weit höherem Ausmaß flächendeckenden – Befunden aus der (allgemeinen) betrieblichen Gesundheitsförderung zu orientieren, und die spezifisch universitätsbezogenen Quellen – als eben noch nicht so durchgängig vorhandene Informationen – ergänzend dazu so gut wie möglich zu auszuschöpfen, um daraus Schlüsse über einen jeweils plausiblen Transfer auf das spezielle Setting Universität zu ziehen.

Entsprechend diesen Befunden aus der Grundlagenliteratur und den dort erkannten Forschungslücken wird schließlich die zentrale Frage, in welcher Form die Bewegungsaktivitäten in die betriebliche Gesundheitsförderung in der Universität eingebunden sind, in mehrere Teilfragen ausdifferenziert und ein forschungsmethodisches Vorgehen zu ihrer Beantwortung geplant.

Die zentrale Fragestellung wird in folgende *Forschungsfragen* aufgegliedert:

- Welche Interventionsformen betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten kommen im Setting Universität zur Anwendung?
- Lassen die gefundenen Interventionen zur betrieblichen Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität eine Berücksichtigung der Grundsätze von Gesundheitsförderung erkennen? Und:
- Welche Potenziale von betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität erscheinen bisher unausgeschöpft?

Zur Bearbeitung der genannten Fragen wird als forschungsmethodisches Vorgehen eine internetbasierte *Dokumentenanalyse* gewählt, die im Folgenden näher beschrieben wird:

Zuerst wird, um Interventionen betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität zu bewerten, ein *Analyseschema* erstellt. Als Grundlage dafür dienen die Grundsätze der Gesundheitsförderung, wie sie in der wissenschaftlichen Literatur beschrieben und für den speziellen Teilbereich der vorliegenden Arbeit weiter zugeschnitten werden. Auf diese Weise werden Beurteilungsmerkmale für Interventionen betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität bestimmt.

Danach erfolgt die *Suche nach Informationen* über solche Interventionen, die mit dem Titel oder in naheliegender inhaltlichem Zusammenhang mit „betrieblicher Gesundheitsförderung“ im Setting Universität angeboten werden. Ob bzw. in welchem Ausmaß diese Interventionen auch tatsächlich als gesundheitsförderlich im Sinne der zuvor erarbeiteten Analysekriterien bezeichnet werden können, wird erst im Zuge der Analyse sichtbar. Um an Informationen über die genannten Interventionen zu kommen werden Dokumente, Veröffentlichungen, Homepages von Universitäten etc. im Internet recherchiert.

Die *Entscheidung für diese Vorgehensweise* begründet sich damit, dass zunächst nicht bekannt ist, ob bzw. wo an Universitäten in Europa, Asien, Amerika, Afrika oder Australien betriebliche Gesundheitsförderungsinterventionen mit Bewegungsaktivitäten durchgeführt werden, und ob sich darunter vielleicht sogar solche mit Modellcharakter finden lassen. Da nicht von vornherein ausgeschlossen werden kann, dass an Universitäten anderer Kontinente Gesundheitsförderungsinterventionen stattfinden, deren genauere Betrachtung sich zur Beantwortung der Fragestellung der vorliegenden Arbeit besonders anbietet, wird der Beschluss gefasst, weltweit nach solchen möglichen Beispielen zu suchen. Aufgrund der dadurch sehr großen Anzahl an somit zu untersuchenden Universitäten wird, um innerhalb eines angemessenen Zeitrahmens zu bleiben, die Recherche ausschließlich über Internet durchgeführt.

Die dabei gefundenen *Dokumente* werden einer Dokumentenanalyse, in diesem Fall einer Bewertung nach dem zuvor erstellten Analyseschema unterzogen um, als Antwort auf die zentralen Forschungsfragen, zu Schlussfolgerungen darüber zu kommen, ob die derzeitige Situation der bewegungsorientierten betrieblichen Gesundheitsförderung an der Universität den Ansprüchen, wie sie in einer aktuellen Gesundheitsförderung gestellt werden, genügt.

Die Arbeit gliedert sich in folgende *Kapitel*:

Nach der Einleitung (Kapitel 1) werden in Kapitel 2 die theoretischen Grundlagen erläutert. Das Ziel dieser Darstellung ist es, aus wissenschaftlichen Literaturbefunden Grundsätze der Gesundheitsförderung zu erarbeiten, die so bestimmten Merkmale Schritt für Schritt auf die spezielle Fragestellung einzugrenzen und schließlich daraus ein Analyseschema zur Bewertung von Interventionen zur betrieblichen Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität zu erstellen. Zu diesem Zweck wird dabei innerhalb dieses zweiten Kapitels von der allgemeinen Gesundheitsförderung (2.1) und der Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten (2.2) über die betriebliche Gesundheitsförderung (2.3) und die betriebliche Gesundheitsförderung mit

Bewegungsaktivitäten (2.4) bis zur betrieblichen Gesundheitsförderung im Setting Universität (2.5) und zur betrieblichen Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität (2.6) fortgeschritten. In jedem dieser sechs Unterkapitel werden zunächst kurz die Bedeutung des jeweiligen Themenausschnittes, seine verschiedenen Perspektiven, Interventionsformen und schließlich die jeweiligen Grundsätze in bezug auf Gesundheitsförderung dargestellt. Auf diesem Weg wird ein Analyseschema zur Bewertung von Interventionen betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität entwickelt.

Im Kapitel 3 wird beschrieben, auf welche Weise bei der Suche nach Interventionen betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität vorgegangen werden soll. Dazu werden zunächst die Fragestellung (3.1) und sodann die zu ihrer Beantwortung gewählte Methodik (3.2), nämlich die Informationssuche sowie der Analysevorgang (3.2), genauer erläutert.

Die Ergebnisse dieser Analyse werden in Kapitel 4 dargestellt, indem zuerst die Interventionen zur betrieblichen Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität (4.1) im Hinblick auf Interventionsformen, Grundsätze und Rolle der Bewegungsaktivitäten, beschrieben werden; dann die Frage nach Vorbildern aus anderen Settings der betrieblichen Gesundheitsförderung behandelt wird (4.2); und aus den Ergebnissen schließlich bisher unausgeschöpfte Potentiale betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität (4.3) abgeleitet werden.

Im Kapitel 5 werden die daraus gezogenen Schlussfolgerungen (5.1) sowie die Grenzen und offenen Fragen (5.2) dieser Arbeit dargestellt, und im Kapitel 6 wird schließlich eine Zusammenfassung gegeben.

2. Theoretische Grundlagen

Ziel dieses Kapitels ist die Erstellung eines Analyseschemas zur Bewertung von Interventionen betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität. Zu diesem Zweck werden aus gesundheitswissenschaftlicher Literatur Interventionsformen und Grundsätze der Gesundheitsförderung ermittelt und stufenweise auf die spezielle Fragestellung der vorliegenden Arbeit – betriebliche Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität – zugeschnitten.

In jedem der folgenden *Unterkapitel* gilt es daher zunächst die Bedeutung des jeweiligen Themenausschnittes aus verschiedenen Perspektiven zu beleuchten, dann eine Einteilung jeweils möglicher Interventionsformen durchzuführen und schließlich auf Grundlage der Literaturbefunde die Grundsätze der Gesundheitsförderung bzw. deren Übertragung und Abstimmung auf den jeweiligen Teilanwendungsbereich genauer zu beschreiben.

Unterkapitel 2.1, „*Gesundheitsförderung*“, dient dazu, die vorliegende Arbeit dem Ansatz der Gesundheitsförderung einzuordnen. Zu diesem Zweck wird zunächst eine begriffliche und perspektivische Abgrenzung von Gesundheit und Gesundheitsförderung, wie sie im Zuge der folgenden Untersuchung verstanden werden soll, vorgenommen. Diese Standortbestimmung dient als Grundlage für die Unterscheidung ihrer möglichen Interventionsformen sowie für die Herausarbeitung von Grundsätzen der Gesundheitsförderung, die in späteren Unterkapiteln im Hinblick auf die spezielle Fragestellung weiter ausdifferenziert werden sollen.

In Unterkapitel 2.2., „*Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten*“, werden die im vorangegangenen Unterkapitel herausgearbeiteten Interventionsformen und Grundsätze der Gesundheitsförderung, unter Berücksichtigung der für Bewegungsaktivitäten spezifischen Perspektiven und Interventionsformen, auf die Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten umgelegt.

Im Unterkapitel 2.3., „*Betriebliche Gesundheitsförderung*“, sollen die im Unterkapitel 2.1 ermittelten Interventionsformen und Grundsätze der Gesundheitsförderung auf das Setting Betrieb übertragen werden. Damit dies sachangemessen geschehen kann, werden zunächst die in der interdisziplinären Literatur beschriebenen Zusammenhänge zwischen Arbeit und Gesundheit, die unterschiedlichen Perspektiven auf die betriebliche Gesundheitsförderung sowie deren Interventionen erläutert und daraus entsprechende Folgerungen für Interventionsformen und Grundsätze betrieblicher Gesundheitsförderung abgeleitet.

Unterkapitel 2.4. widmet sich dann der „*betrieblichen Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten*“, um die in Unterkapitel 2.2 und 2.3 entwickelten Interventionsformen und Grundsätze der Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten mit jenen der betrieblichen Gesundheitsförderung im Hinblick auf die betriebliche Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten abzustimmen.

Im Unterkapitel 2.5., „*Betriebliche Gesundheitsförderung im Setting Universität*“ werden die Besonderheiten des Settings Universität in Bezug auf ihre Bedeutung, ihren Wandel, und ihre verschiedenen Statusgruppen erörtert, mit dem Ziel, die in Unterkapitel 2.3 erarbeiteten Interventionsformen und Grundsätze der betrieblichen Gesundheitsförderung an die Erfordernisse des Settings Universität anzupassen.

Im Unterkapitel 2.6., „*Betriebliche Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität*“, werden schließlich die in den Unterkapiteln 2.4. und 2.5 ermittelten Interventionsformen und Grundsätze betreffend die betriebliche Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten sowie die betriebliche Gesundheitsförderung im Setting Universität miteinander verknüpft. Am Ende der beschriebenen thematischen Zusammenführung und Eingrenzung ergibt sich aus dem solcherart in Bezug auf Interventionen und Grundsätze gewonnenen Wissen ein Analyseschema, das in den Folgekapiteln zur Bewertung betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität eingesetzt wird. Dieses Analyseschema bildet den Abschluss von Kapitel 2.

2.1 Gesundheitsförderung

Ziel dieses Unterkapitels ist es, mithilfe gesundheitswissenschaftlicher Literatur Interventionsformen von Gesundheitsförderung herauszuarbeiten sowie ihre Grundsätze zu bestimmen und zu begründen.

Um die Interventionsformen und Grundsätze der Gesundheitsförderung herzuleiten, bedarf es zunächst einer Einordnung des der vorliegenden Arbeit zugrunde liegenden Verständnisses von Gesundheitsförderung; das bedeutet, dass Gesundheitsbegriff und gewählter wissenschaftlicher Ansatz im Zuge der folgenden *Teilkapitel* geklärt werden sollen:

In 2.1.1 wird die gesellschaftliche Bedeutung des Themas „Gesundheit“ angesprochen, um von dessen wichtigen Herausforderungen auf die Ziele und Grundsätze, die Gesundheitsförderung verfolgen sollte zu schließen.

Um die Grundsätze der Gesundheitsförderung festzulegen, bedarf es weiters einer Klärung des im Rahmen dieser Arbeit gewählten Begriffsverständnisses von Gesundheit; dies erfolgt in 2.1.2.

Interventionsformen und Grundsätze von Gesundheitsförderung müssen auch berücksichtigen, dass diese innerhalb von Spannungsfeldern unterschiedlicher Interessen gestaltet wird; in 2.1.3 werden daher unterschiedliche Perspektiven – von Politik, Wirtschaft, Public Health, Recht, Medizin, von Institutionen und Expert(inn)en der Gesundheitsförderung, sowie von Psychologie, Soziologie und Pädagogik, auf die Gesundheitsförderung dargestellt. Auf Grundlage der vorangegangenen Befunde werden so dann Interventionsformen und Grundsätze der Gesundheitsförderung entwickelt und erklärt.

Um Interventionen der Gesundheitsförderung entsprechend ihren Grundsätzen zu bewerten, bedürfen diese zunächst einer Abgrenzung von Maßnahmen der Prävention und weiters der Darstellung ihrer verschiedenen Interventionsformen, die sich nach Zielebenen, Ansatzpunkten, Umfangsbereichen, Inhalten und Methoden unterscheiden können; dies wird in 2.1.4 erläutert.

Die Grundsätze der Gesundheitsförderung werden in 2.1.5 in vier Gruppen unterteilt: solche die den Gesundheitsbegriff, die Vorgehensweise, die politische Dimension und die Qualität betreffen.

2.1.1 Die Bedeutung von Gesundheit

Ziel dieses Teilkapitels ist es, die Bedeutung des Themas „Gesundheit“ darzustellen, um aus diesen Erkenntnissen Ziele der Gesundheitsförderung abzuleiten.

Der Förderung von Gesundheit kommt sowohl hohe gesellschaftliche als auch individuelle Bedeutung zu. Das *Thema* „Gesundheit“ betrifft Menschen auf der ganzen Welt und ist besonders in Politik und Wirtschaft im Europa des beginnenden 21. Jahrhunderts allgegenwärtig. Es wird in den Medien, in der Erwachsenenbildung, in verschiedenen Branchen der Güter- und Dienstleistungsproduktion wie Lebensmittel-, Arzneimittel-, und Sportgerätehandel sowie Tourismus, umfangreich angeboten und kräftig nachgefragt. Wirtschaftsunternehmen, die mit dem Gesundheitsversprechen arbeiten, bilden zusammengezählt einen der größten Arbeitgeber (vgl. Schnabel 2007a).

Das große *Interesse an Gesundheit* kommt nicht von ungefähr; denn, wie Kessler, Weitkunat & Haisch (1997) aufzählen, sind in der zweiten Hälfte des zwanzigsten Jahrhunderts eine Reihe neuer Herausforderungen zur Lebensbewältigung entstan-

den: Technologisierung und globale Mobilität haben Lebens- und Arbeitswelten der Menschen tief greifend verändert. Sie haben Erleichterungen und neue Möglichkeiten, aber auch neue Anforderungen an die Menschen gebracht – vor allem jene, eine zunehmend komplexere Umwelt zu bewältigen. Mit den veränderten Lebensbedingungen hat sich die Art der auftretenden Krankheiten und Todesursachen in den letzten Jahrzehnten verändert. Und während in den Entwicklungsländern der Kampf gegen Hungersnöte und große Epidemien andauert, nehmen in den industrialisierten Ländern psychosoziale Erkrankungen einen immer höheren Stellenwert ein.

Auch *demographische Veränderungen* (siehe z.B. Kessler, Weitkunat & Haisch 1997) wirken sich einschneidend auf das Gesundheitspanorama aus. Die Erdbevölkerung hat sich in den letzten hundert Jahren in etwa vervierfacht. Die Lebenserwartung und damit die Gesamtzahl sowie der Anteil älterer Menschen, vor allem in industrialisierten, aber auch in Schwellen- und Entwicklungsländern, steigen. Eine höhere Lebenserwartung der Menschen geht mit dem Wunsch einher, die gewonnenen Lebensjahre im Einklang mit persönlichen Bedürfnissen und Zielen nützen und genießen zu können.

Weiters liegt es im Interesse der Gesellschaft, dass Menschen über einen im Verhältnis zu Ihrer Lebenszeit möglichst großen Zeitraum einen positiven Beitrag für die Allgemeinheit leisten, und dieser möglichst wenig zur Last fallen - sie sind also gefordert, ihre *Arbeitsfähigkeit* über einen längeren Zeitraum aufrechtzuerhalten, wenn sie selbständig überleben wollen, und sie sind angesichts der technologischen Möglichkeiten weniger bereit, Leiden und Einschränkungen hinzunehmen. „Gesundheitsförderung“ wird demnach von verschiedenen Autor(inn)en (Kessler, Weitkunat & Haisch 1997; Hurrelmann 2006; Schnabel 2007a) als bedeutende Aufgabe der Gegenwartsgesellschaften behandelt.

Ein Blick von dieser Gegenwart aus zurück in die *Geschichte* zeigt, dass die Lebensbedingungen der Menschen als Voraussetzung für Gesundheit, die Art wie Gesundheit verstanden wird und die Erwartungen, die Menschen an ihr Leben und ihre Gesundheit knüpfen, regional, zeitlich und kulturell sehr unterschiedlich aussehen können und sich ständig weiter verändern. Es liegt daher nahe, dass das Bewusstsein über diesen Prozesscharakter des Phänomens Gesundheit eine handlungsleitende Voraussetzung für Gesundheitsförderung darstellen sollte.

Wohl aus diesem Grund wird zur Einführung in gesundheitswissenschaftliche Schriften immer wieder ein geschichtlicher Überblick über den *wechselvollen Verlauf* des Themas „Gesundheit“ gegeben, wie etwa bei Labisch & Woelk (2006) und Schnabel (2007b), deren Darstellungen im folgenden zusammengefasst werden. Diese veran-

schaulichen, dass der Umgang mit „Gesundheit“ auch im Zusammenhang mit der jeweiligen technologischen, gesellschaftlichen, politischen und wirtschaftlichen Lage steht, und dem in einem oder mehreren dieser Bereiche vor sich gehenden Wandel Rechnung zu tragen hat.

Der Begriff „Gesundheit“ ist demnach (vgl. Labisch & Woelk 2006, Schnabel 2007b) zumindest *seit dem Altertum* in verschiedenen Sprachen und Kulturen bekannt; es standen hierbei jedoch jeweils unterschiedliche Problemwahrnehmungen im Vordergrund. Zeugnisse einer Beschäftigung mit dem Thema „Gesundheit“ finden sich mindestens seit der Antike: Griechische und römische Autoren beschrieben gesundheitsorientierte Gepflogenheiten ihrer Zeit und Philosophen empfahlen etwa maßvolle Lebensweise, Bewegung, Körperpflege und Freundschaften. Jedoch gab es schon damals Auffassungsunterschiede in bezug auf Wesen und Erreichbarkeit von Gesundheit. So folgten Anhänger der Göttin Hygieia einem ganzheitlich-lebensweltorientierten Ansatz, während die des Äskulap ihre Hauptaufgabe darin sahen, einzelne Krankheiten zu erkennen und zu heilen. Einige Jahrhunderte später, im jenseitsorientierten Mittelalter, geriet eher Krankheit – die als Strafe Gottes galt – in den Blickpunkt: Die Bevölkerung litt unter großen Seuchen und Hungersnöten, deren Lebenserwartung ohnehin gering war.

Als sich dann *ab dem Spätmittelalter* durch einschneidende Ereignisse wie der großen Pest, den Entdeckungen der Seefahrer und kirchenreformatorischen Bewegungen die Welt-, Menschen- und Gottesbilder veränderten, wurden mehr und mehr die Überwindung von Sterblichkeit und Siechtum zum Leitbild menschlichen Handelns (vgl. Labisch & Woelk 2006, Schnabel 2007b). Aufklärung und Entwicklung der Natur- und Ingenieurwissenschaften im 17. und 18. Jahrhundert weckten die Hoffnung, noch mehr Kontrolle über Leben und Gesundheit zu gewinnen. Ärzte spielten hier eine entscheidende Rolle, und wissenschaftliche Untersuchungsverfahren wurden entwickelt, wobei Krankheiten sowie die Entdeckung ihrer Ursache, Diagnose und Therapie im Mittelpunkt standen, und Regierende sich bestrebt zeigten, im Rahmen ihrer Ordnungspolitik auch hygienische Belange zu regeln und zu überwachen.

Mit *Industrialisierung* und Bevölkerungsexplosion in den Ballungsräumen wurde der Zusammenhang zwischen Lebensbedingungen (Lebensraum, Wohndichte, Licht, Frischluft, Wasserqualität, Abfall und Abwasserentsorgung, Ernährungsbedingungen u.a.) immer deutlicher. Unter Mitwirkung der Medizin entstand im 19. Jahrhundert die Hygiene- und Sanitärbewegung, die sich vor allem auf Stadtgestaltung und Versorgung sichtbar auswirkte. Weiters entwickelten sich in der zweiten Hälfte des neunzehnten Jahr-

hunderts mehrere medizinische und gesundheitspolitische Richtungen, einige davon für die Vorsorge und Heilung von Krankheiten bis in die Gegenwart hinein bedeutsam, andere davon teilweise irreführend, missbraucht und in Verruf geraten. Weiters bildeten sich – als Reaktion auf die Verstädterung und Industrialisierung – die Naturheilkunde und die Lebensreform-Bewegung heraus; und ab der Jahrhundertwende konnten Wohlfahrtspflege und Sozialhygiene über Beobachtung, Fürsorge und Gesundheitsämtern ihren Einfluss entfalten (vgl. Labisch & Woelk 2006, Schnabel 2007b).

Im 20. Jahrhundert wurden Krankheiten und Todesfälle zu einem Großteil durch veränderte Lebensweisen, Bewegungsarmut, Überernährung und Genussmittel verursacht (bzw. hängen mit dem Erreichen höherer Lebensalter zusammen). In der Folge wurde Gesundheitsbildung als erzieherische Aufgabe wahrgenommen. Immer mehr kam es allerdings zur Gleichsetzung von „Medizinsystem“ mit „Gesundheitssystem“, obwohl die Medizin nur einen Teilauftrag zur Erreichung von Gesundheitszielen erfüllen kann. Denn im System und mit den Methoden der Medizin lassen sich zwar gewisse Krankheiten bekämpfen – ein Leben in Selbstbestimmung und mit Bedürfnisbefriedigung ist damit aber noch nicht gesichert (für ausführlichere Beschreibungen siehe Labisch & Woelk (2006) und Schnabel (2007b)). Begriffsverständnis von Gesundheit, Vorgehensweisen mit dem Ziel Gesundheitsförderung, Qualitätsvorstellungen und politische Anschauungen erfuhren also im Laufe der Geschichte mehrfache Veränderungen. Im Hinblick darauf erscheint die Berücksichtigung gesellschaftlicher Verhältnisse sowie ihrer Veränderungen als wichtige Handlungsvoraussetzung in der Gesundheitsförderung.

Die *weitere geschichtliche Entwicklung* wird unter anderem von Baric & Conrad (1999), Helmenstein, Hofmarcher, Kleissner, Riedel, Röhring & Schnabel (2004), sowie Schnabel (2007b) folgendermaßen beschrieben: Mitte des zwanzigsten Jahrhunderts erkannten einige internationale Politiker/innen, dass die Gesundheit der Menschen mehr und anderes bedeuten sollte als die bloße Abwesenheit von Krankheit, und dass sie nicht dem Medizinsystem allein überantwortet werden kann, sondern Anliegen aller Bereiche der Gesellschaft und Politik sein müsste.

Dieser neuen Sichtweise trug die WHO (World Health Organisation, Weltgesundheitsorganisation) – als Teil der UNO (United Nations Organization, Vereinte Nationen), einer internationalen politischen Organisation – in ihrer Gesundheitsdefinition von 1946 erstmals Rechnung. Sie stellte fest, dass wesentliche Voraussetzungen zur Gesundheitsförderung im Bereich alltäglicher menschlicher Lebensbedingungen geschaffen werden müssen. In ihrer 1978 verabschiedeten „Primary Health Care Declaration“ wur-

de ein Modell vorgestellt, das die Entstehungsbedingungen von Gesundheit in den Mittelpunkt stellt. Gesundheit wurde als Grundrecht für alle und Gesundheitsförderung als Verbindung von Umweltgestaltung und Lernen beschrieben. In der Ottawa-Charta von 1986 wurde dieses Verständnis von Gesundheitsförderung dann in erweiterter Form erläutert. Auf weiteren Konferenzen der WHO wurden in Adelaide 1988 die Notwendigkeit einer gesundheitsfördernde Gesamtpolitik und in Sundsvall 1991 die Rolle unterstützender Umwelten betont. In Jakarta 1997 wurden Leitlinien für die Präventionspolitik des 21. Jahrhunderts entwickelt, die die Notwendigkeit von sozialer Verantwortung, Sachangemessenheit, Bedürfnisorientierung, Nachhaltigkeit und gerechter Verteilung besonders hervorheben (vgl. Baric & Conrad 1999, Helmenstein et al. 2004, Schnabel 2007b).

„Vollkommene Gesundheit“ muss zwar als unerreichbar angesehen werden (vgl. Hurrelmann 2006, Schnabel 2007b). Doch gerade die Auseinandersetzung mit Störungen und Leiden, mit der Überwindung von Missbefindlichkeit und mit dem Kampf gegen Behinderungen, sowie auch mit den Bedingungen, die Gesundheit verhindern, könnte helfen, auch andere Problembereiche menschlichen (Zusammen-) Lebens besseren Möglichkeiten zuzuführen. Schnabel (2007, S. 13) sieht darin auch die Chance, dass „Gesundheit Leitthema eines weltweiten Umdenkens und einer internationalen Reformpolitik sowie Gegenstand neuer Wissenschaften werden“ könnte. Gesundheitsförderung wird also im 21. Jahrhundert als politische Aufgabe gesehen (in 2.1.3.1 wird darauf noch näher eingegangen).

Der geschichtliche Überblick zeigt die *Veränderlichkeit*, nicht nur der Gesundheitsbedingungen, sondern auch des Verständnisses von Gesundheit und ihrer Beeinflussbarkeit. Aus diesem Bewusstsein der Wandelbarkeit heraus scheint es nahe liegend, Gesundheitsförderung stets als Prozess zu betrachten – so wie dies auch von der WHO in der Ottawa-Charta von 1986 beschrieben wird - und die Voraussetzungen dafür immer wieder aufs Neue zu überprüfen und zu berücksichtigen.

Zusammengefasst spielt Gesundheit also in der Gegenwart eine *wichtige Rolle* im Kanon gesellschaftlich, politisch und wirtschaftlich relevanter Probleme. Wie aus der Geschichte des Themas ersichtlich, verändern sich die Voraussetzungen für Gesundheit sowie die Vorstellungen und Werthaltungen, die Menschen damit verbinden können. Bevor gemeinsames Handeln für die Gesundheit stattfinden kann, bedarf es daher laut Hurrelmann (2006) zunächst eines Einverständnisses darüber, was Gesundheit und Gesundheitsförderung bedeuten sollen. Hier ergeben sich bereits die ersten Schwie-

rigkeiten. Denn obwohl „Gesundheit“ ein alltäglicher Begriff ist, wird er von Menschen sehr unterschiedlich verstanden und gelebt.

2.1.2 Gesundheitsverständnis

Ziel der Beschreibung unterschiedlicher Arten des Verständnisses von Gesundheit ist es, das der vorliegenden Arbeit zugrunde liegende Verständnis von Gesundheit einzugrenzen. Zu diesem Zweck werden zunächst die Wortbedeutung von Gesundheit und weiters lebensweltliches, medizinisches, politisches (damit ist hier die Definition der WHO gemeint) und gesundheitswissenschaftliches Gesundheitsverständnis beschrieben.

Für die Behandlung des Themas „Betriebliche Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität“ wird hier vom *Ansatz* der Gesundheitswissenschaften ausgegangen; die Darstellung der anderen Sichtweisen (lebensweltlich, medizinisch, politisch) dient der Verdeutlichung seiner Abgrenzungen. Aus diesem gesundheitswissenschaftlichen Begriffverständnis leiten sich dann im weiteren Verlauf dieses Kapitels auch die Grundsätze der Gesundheitsförderung ab, die im weiteren Verlauf der Arbeit auf betriebliche Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität abgestimmt werden und zur Erstellung des Analyseschema dienen.

Wortbedeutung von Gesundheit und Krankheit

„Gesundheit“ und sein Gegenbegriff „Krankheit“ bezeichnen jeweils ein Feld zwar miteinander verwandter Bedeutungsmöglichkeiten, die je nach Sprache und Verwendungszusammenhang aber mehr oder weniger weit auseinander liegen können.

Die Ausgangsbedeutung von „gesund“ liegt *im Deutschen* bezüglich Wortverwandtschaft am ehesten bei „geschwind“ sowie bei „mächtig, stark“ (Kluge, 2002, S. 354). „Krank“ steht in ursprünglichem Sinnzusammenhang mit „schmal, gering, schwach“ und „hinfällig“ (Kluge, 2002, S. 353), wobei die Wortherkunft unklar und seine Bedeutungen unheimlich sind.

Im Englischen gibt es sogar mehrere Bezeichnungen für Krankheit: Als „ill“ (ursprüngliche Bedeutung: Abweichung vom Normalen) wird das subjektive Empfinden, krank zu sein, begriffen, als „disease“ (ursprünglich als innere Unruhe, Unbehagen) die biomedizinische Fremdwahrnehmung durch Professionelle, als „sickness“ (im Zusammenhang mit Ekel empfinden – Missbefinden) der Status, gesellschaftlich als krank betrachtet und versorgt zu werden (vgl. Wydra 1996, Schwarzer et al. 2002, Naidoo & Wills 2003, Hurrelmann 2006).

Anhand dieser *Bandbreite an Wortbedeutungen* zeigt sich bereits, dass Menschen, wenn sie von Gesundheit oder Krankheit sprechen, damit nicht unbedingt dasselbe meinen.

Lebensweltliches Gesundheitsverständnis

Menschen in aller Welt kennen das Wort „Gesundheit“, verbinden damit aber je nach Herkunft, Kultur, Geschlecht, Alter, Ausbildung, usw. oft sehr unterschiedliche Vorstellungen. Gleiches gilt für die Überzeugung, inwieweit sie Einfluss auf ihre Gesundheit nehmen können. Aufzählungen dieser verschiedenen Sichtweisen finden sich unter anderem bei Naidoo & Wills (2003), Kickbusch & Payne (2003), Kernen (2005), Baumgarten & Joensson (2005), und Hurrelmann (2006): Demnach kann Gesundheit von Laien als funktionale Fitness (entsprechend sozialen Normen); als geistig-körperliche Handlungs-, Bewältigungs-, und Leistungsfähigkeit; als körperliche und seelische Stärke, Kraft und Energie; als Wohlbefinden; als Vakuum (Abwesenheit von Krankheiten, Beschwerden, Behinderungen); als sich allmählich leerendes, biologisch-organisches Reservoir; als regenerierbares Gut; als wachsendes Potential; als Gleichgewicht zwischen Anforderungen und Bewältigungsmöglichkeiten, zwischen den Bedürfnissen und Fähigkeiten der Person und den Gegebenheiten und Möglichkeiten ihrer Umwelt, zwischen verschiedenen Zuständen von Stimmung, Aktivierung; als Kontrolle; oder als Ware (aus Sicht verschiedener Anbieter von Gütern und Dienstleistungen, die das Gesundheitsversprechen einsetzen) verstanden werden.

Dementsprechende Unterschiede bestehen auch in den subjektiven Theorien zur Entstehung von Gesundheit und Krankheit, wie Schwarzer et al. (2002) ausführen: Diese werden mit Veranlagung, Lebensweise, Umwelt, Alter oder Schicksal erklärt, und weichen mehr oder weniger von wissenschaftlichen Meinungen ab; sodass es, laut Naidoo & Wills (2003), eine Aufgabe von Gesundheitsexpert(inn)en wäre, sich um eine gemeinsame Sprache mit ihren Klient(inn)en zu bemühen. Diese bilde die Voraussetzung, sich über Ziele und Handlungsweisen zur Gesundheitsförderung zu verständigen. Demzufolge bekommt es die Gesundheitsförderung als Wissenschaft und Praxis, die für und mit Menschen arbeitet, auch mit lebensweltlichen Sichtweisen von Gesundheit zu tun; damit stellt sich ihr wohl die Aufgabe, zu Beginn stets die bestehenden Auffassungsunterschiede sowie die eigenen Grundsätze klarzulegen.

Medizinisches Gesundheitsverständnis

In medizinischer Denkweise (unter anderem beschrieben bei Franzkowiak (2004) und unter 2.1.3.5 noch weiter ausgeführt) wird Gesundheit selbst nicht anhand positiver Merkmale beschrieben, sondern dann angenommen, wenn keine Krankheiten oder Gebrechen, Störungen des körperlichen Erscheinungsbildes, der Leistungsfähigkeit und/oder der Befindlichkeit festgestellt werden können. Für Krankheiten hingegen werden genaue Beschreibungen und meist auch Behandlungsvorschriften gegeben. Mit ihrer erfolgreichen Beseitigung stelle sich dann die so verstandene „Gesundheit“ von selbst wieder ein.

Soll Gesundheit aber als Erscheinungsform erfüllten menschlichen Lebens verstanden werden, dann reicht dafür aus Sicht der Gesundheitswissenschaften (z.B. Hurrelmann 2006, Schnabel 2007b) die bloße Abwesenheit von Krankheit nicht aus. Denn ob Menschen das für sie Bedeutsame in ihrem Leben verwirklichen können, ist damit noch nicht gewährleistet. Außerdem werden in der Medizin Gesundheit und Krankheit meistens als Gegensätze dargestellt. Gesundheitswissenschaftler(innen) (wie z.B. Hurrelmann 2006 und Schnabel 2007b) können sich dieser Vorstellung nicht anschließen. Sie haben Gesundheit und Krankheit als disparate Prozesse erkannt, also als Phänomene, die so verschieden voneinander sind, dass das eine nicht als Gegenpol zum anderen bezeichnet werden kann. So betrachtet Schnabel (2007b) etwa Krankheit und Gesundheit als zwei Geschehen, die im Lebenslauf zeitweise nebeneinander und nacheinander verlaufen und sich gegenseitig beeinflussen, grundsätzlich aber unabhängig voneinander sein können. Während Krankheit auch einfache, kurzfristige, einmalige Ursachen haben könne, fließen in die Entstehung und Aufrechterhaltung von Gesundheit die gesamte Lebensgeschichte und die gegenwärtigen Lebensbedingungen einer Person, sowie ihre Handlungen in Wechselwirkung mit ihrer unmittelbaren Umwelt mit ein. Gesundheitsexpert(inn)en können Menschen in ihrer Entwicklung unterstützen, die Gesundheitsbildung sei aber vor allem deren Eigenleistung.

Dieser gesundheitswissenschaftlichen Argumentation folgend, soll das der vorliegenden Arbeit zugrunde liegende Verständnis von Gesundheit und Gesundheitsförderung weit über die Grenzen der engen medizinischen Definition hinaus reichen.

Gesundheitsdefinition der WHO

Ein erster Schritt zu einer erweiterten Sichtweise von Gesundheit und Gesundheitsförderung ging nach Ende des zweiten Weltkrieges von der WHO aus. Als politische Organisation (Unterorganisation der UNO) deklarierte sie Gesundheit als politische Auf-

gabe. Erstmals definierte sie Gesundheit in positiver Weise, und beschrieb Gesundheitsförderung als Prozess, der Menschen Selbstbestimmung und Bedürfnisbefriedigung ermöglicht. Die Forderungen der WHO bezogen sich dabei auf sehr grundlegende Voraussetzungen für Gesundheit, wie Friede, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, und ein stabiles Ökosystem. Entwicklungs- und Schwellenländer sind teilweise noch weit davon entfernt, während die genannten Ziele für Menschen in industrialisierten Ländern eher bescheiden klingen mögen. Denn dort, wo große Teile der Bevölkerung materiellen Wohlstand genießen, haben sich längst andere Gesundheitsprobleme ausgebreitet, etwa chronische und psychosoziale Erkrankungen, deren Vorbeugung und Bewältigung komplexer ist als die von der WHO geforderten Voraussetzungen (vgl. Hurrelmann 2006).

Die WHO-Deklarationen erwiesen sich als politisch aussagekräftig, wissenschaftlich aber zu wenig greifbar. Hurrelmann (2006) kritisiert an ihnen folgende Merkmale: Gesundheit werde hier auf Eigenwahrnehmung und Selbsteinschätzung eines Menschen bezogen, in einseitiger Betonung der Betroffenenansicht; mit „vollständigem Wohlbefinden“ (laut Franzkowiak (2004) allerdings mit „umfassend“ ein wenig passender zu übersetzen) werde ein unerreichbares Ziel vorgegeben – vollkommenes, dauerhaftes Wohlbefinden zu genießen, bedeutet eine nicht verwirklichte Wunschvorstellung, da menschliche Entwicklung ohne die Fähigkeit mit Misserfolgen und Mühsal umzugehen nicht möglich wäre (vgl. Wydra 1996); Gesundheit werde zwar mehrdimensional (körperlich und psychosozial), aber ungenau bestimmt, und werde der Krankheit unmittelbar gegenübergestellt, zumal ohne das Verhältnis zwischen beiden genauer zu klären. Hurrelmann (2006) bezeichnet daher die WHO-Definition als für die wissenschaftliche Arbeit nicht mehr aktuell, da sie zu stark politisch ausgerichtet sei, um Verbindungen zwischen verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen und Theorien herstellen zu können.

Die WHO-Definition bildet folglich auch für die vorliegende Arbeit eine notwendige, aber noch nicht hinreichende Grundlage zur Bestimmung des Gesundheitsverständnisses. Dieses schließt sich dem Stand der Gesundheitswissenschaften an.

Wissenschaftliche Gesundheitsdefinitionen

In der Wissenschaft herrschen je nach Forschungsdisziplin höchst unterschiedliche Definitionen von Gesundheit und Krankheit vor. Auch gesellschaftliche Machtverhältnisse spielen hier mit hinein. Die *Uneinheitlichkeit und Unschärfe* der Ansätze zur Begriffsbestimmung von Gesundheit erschwert die wissenschaftliche und vor allem multidisziplinäre Zusammenarbeit. Um Gesundheitsförderung umfassend durchführen zu

können, muss nach Hurrelmann (2006) jedoch ein Austausch über die Grenzen der jeweiligen disziplinspezifischen Denkansätze hinweg und unter Anknüpfung an den Sprachgebrauch der Bevölkerung stattfinden.

Dabei kann es (vgl. Westermayer & Stein 2006) zu einer Annäherung, aber kaum zu einer vollständigen Übereinstimmung kommen. Gesundheit genau in allen ihren Ausprägungen zu beschreiben, den Begriff also zu normieren, würde nämlich eine starke Einschränkung von Verhaltensmöglichkeiten bedeuten, einen Zwang zur einseitigen Ausrichtung persönlicher Lebensweisen an solchen Gesundheitsrichtwerten, und, wie zum Beispiel Blättner (1998) zu bedenken gibt, die Gefahr der Ausgrenzung von allen in welchem Bereich auch immer davon Abweichenden mit sich bringen.

Außerdem lässt sich, wie etwa Greiner (1998) feststellt, Gesundheit selbst nicht messen; Indikatoren dafür müssen gefunden und von Fall zu Fall auf ihre Gültigkeit geprüft werden. Ducki (2000) vergleicht wissenschaftliche Gesundheitsdefinitionen und findet unter anderem die Merkmale Anpassung, dynamisches Gleichgewicht, positiv bewertete Erfahrung, Kapazität bzw. Potential und Prozess zielgerichteter Handlung bzw. erfolgreicher Bewältigung. Sie nennt als Probleme der Gesundheitsdefinition die schwierige Operationalisierbarkeit und Überprüfbarkeit von Gesundheit, die Frage nach der Einbeziehung der Dimension Zeit und das Zirkularitätsproblem (die gegenseitige Erklärung von Bestimmungsmerkmalen mit einander). Sie schlägt ein handlungsregulations-theoretisches Verständnis von Gesundheit vor, das Lern- und Entwicklungsprozesse betont. Auch dieses bleibe allerdings ohne die Berücksichtigung von Gefühlen und Bewertungen unvollständig.

Aus all diesen Überlegungen heraus scheint es fraglich, ob die Gesundheitswissenschaften je zu einem einheitlichen und eindeutigen Gesundheitsbegriff als Bezugspunkt ihrer Forschung gelangen können, und zweifelhaft, ob sie überhaupt einen solchen festlegen sollten. Um verschiedene Teilprobleme der Gesundheitswissenschaft zu bearbeiten wird es dennoch von Fall zu Fall erforderlich, sich für jeweils eine Begriffsbestimmung von Gesundheit zu entscheiden. Zur Erleichterung dieses Unterfangens wird Gesundheit in der Wissenschaft häufig in mehrere Dimensionen unterteilt. Als solche *Dimensionen* der Gesundheit nennen Naidoo & Wills (2003) die physische, psychische, emotionale, soziale, spirituelle, und sexuelle. Bei den meisten anderen Autor(inn)en findet sich häufig die Einteilung in physisch sowie psychisch und sozial oder nur psychosozial.

Die *psychische Gesundheit* wird als „Fähigkeit zur Problemlösung und Gefühlsregulierung beschrieben, durch die ein positives Befinden und ein unterstützendes Netzwerk

sozialer Beziehungen erhalten oder wiederhergestellt wird“ (Badura & Hehlmann 2003, S.18). Für Greiner (1998) und Ducki (2000) ist dies vor allem mit der Entwicklung von Handlungsfähigkeit verbunden, also mit der Fähigkeit, sich Ziele zu setzen und diese über einen sich teils anpassenden, teils gestaltenden Umgang mit Umweltbedingungen unter Berücksichtigung der eigenen Handlungsvoraussetzungen zu verfolgen.

Vom *soziologisch - sozialisationstheoretischen Standpunkt zur Gesundheit* aus, wie ihn Hurrelmann (2006) vertritt, kommt der Entwicklung der Fähigkeit zum Aufbau von unterstützenden und wertschätzenden Beziehungen und Netzwerken, zur Anpassung an Umfeldgegebenheiten sowie zum ständigem Ausgleich zwischen Bedürfnissen, Wünschen, Möglichkeiten und Anforderungen besondere Bedeutung zu.

In einer *Definition*, die körperliche, psychische und soziale Dimension von Gesundheit sowie einige Gesundheitsmerkmale, bezüglich derer Gesundheitswissenschaftler(innen) großteils übereinstimmen, mit einschließt, fasst Hurrelmann (2006, S.7) folgendermaßen zusammen:

„Gesundheit bezeichnet den Zustand des Wohlbefindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich körperlich, psychisch und sozial im Einklang mit jeweils gegebenen inneren und äußeren Lebensbedingungen befindet. Gesundheit ist nach diesem Verständnis ein angenehmes und durchaus nicht selbstverständliches Gleichgewichtsstadium von Risiko- und Schutzfaktoren, das zu jedem lebensgeschichtlichen Zeitpunkt erneut hergestellt werden muss. Gelingt dieses Gleichgewicht, dann kann dem Leben Freude und Sinn ab gewonnen werden, ist eine produktive Entfaltung eigener Kompetenzen und Leistungspotentiale möglich und steigt die Bereitschaft, sich gesellschaftlich zu integrieren und engagieren.“ (Hurrelmann 2006, S.7)

Darüber hinaus schlägt Hurrelmann (2006) eine *konsensfähige Definition* von Gesundheit für die interdisziplinäre Wissenschaftsarbeit vor. Einigen könne man sich darauf, daß sich Gesundheit und Krankheit aus einem Wechselspiel von sozialen und personalen Bedingungen ergeben, während erstere den „Möglichkeitsraum“ für die Entfaltung zweiterer bilden; dass ein Gleichgewicht zwischen Risikofaktoren (die im Leben nicht vermeidbar sind) und Ressourcen (Stärken, Fähigkeiten und Hilfsquellen) auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene Gesundheit kennzeichne und dass die Bewältigung von Herausforderungen sowie die Lebensführung Gesundheit bestimmen, wobei deren Ausprägungen subjektiv bewertet werden und Fremd- und Selbsteinschätzung sehr unterschiedlich ausfallen können.

Lebensweltliches, medizinisches, politisches und wissenschaftliches *Gesundheitsverständnis* verschiedener Disziplinen unterscheiden sich also deutlich voneinander. Wie oben beschrieben, haben Gesundheitswissenschaftler/innen die Unzulänglichkeit sowohl medizinischer als auch politischer Gesundheitsdefinitionen aufgezeigt und auf die Notwendigkeit eines mehrperspektivischen und mehrdimensionalen Gesundheitsver-

ständnisses hingewiesen. Aus diesem Grund soll in dieser Arbeit dem gesundheitswissenschaftlichen Ansatz gefolgt werden, wie er in der Definition von Hurrelmann (2006) beschrieben steht. Weiters wird, auf Grund der vielfältigen Bedeutungsmöglichkeiten von Gesundheit, der Schluss gezogen, dass es ein wesentlicher Grundsatz von Gesundheitsförderung sein sollte, den der ihren Interventionen zugrunde liegenden Gesundheitsbegriff im Rahmen der Zielsetzungen klarzulegen bzw. darüber Verständigung zu erzielen. Denn, wie im folgenden Unterkapitel erläutert werden wird, kann Gesundheitsförderung aus sehr unterschiedlichen Perspektiven betrachtet werden.

2.1.3 Perspektiven auf die Gesundheitsförderung

Ziel der Beschreibung unterschiedlicher Perspektiven auf die Gesundheitsförderung ist die Präzisierung dessen, was im Rahmen der vorliegenden Arbeit unter Gesundheitsförderung verstanden werden soll. Diese Einordnung erscheint deshalb erforderlich, weil verschiedene Gesellschaftsbereiche und Interessensgruppen unterschiedliche Motive und Ansätze für Gesundheitsförderung sehen. Im Folgenden werden daher die unterschiedliche Sichtweisen von Politik, Wirtschaft, Public Health, Recht, Medizin, von Expert(inn)en und Institutionen der Gesundheitsförderung, sowie von Psychologie, Soziologie und Pädagogik dargestellt.

2.1.3.1 Politik

Gesundheitsförderung ist auch ein *politisches Thema*, da die Rahmenbedingungen für Gesundheit unter anderem auf politischer Ebene liegen. Wie schon von der WHO 1986 erkannt, wie von Gesundheitswissenschaftler(inne)n, v.a. Nutbeam & Harris (2001), Naidoo & Wills (2003) und Hurrelmann (2006) beschrieben, und wie sich dies unter anderem in der Entstehung von Public Health, der öffentlichen Gesundheitsvorsorge ausdrückt, beeinflussen Entscheidungen nahezu aller Politikbereiche, z.B. in Wirtschaft, Verkehr, Umwelt und Bildung, zum Teil tief greifend die gesundheitswirksamen Lebensverhältnisse und Verhaltensspielräume der Menschen. Die Gesundheit der Menschen zu fördern stellt sich daher als politische Aufgabe dar. Aufgrund der Vielfalt möglicher Einflussbereiche auf die Gesundheit sollte Gesundheitspolitik als Querschnittspolitik behandelt werden, die über die Gestaltung des medizinischen Versorgungssystems hinausgeht; denn Ziel von Gesundheitsförderung muss es laut WHO sein, Menschen in allen Lebensbereichen zu ermöglichen, sich für gesündere Umfeldbedingungen und Verhaltensweisen zu entscheiden.

In diesem Sinne wurden von der WHO folgende *politische Handlungsfelder* bezeichnet: Die Gesamtpolitik, um die Gesamtbevölkerung in ihren alltäglichen Lebenszusammenhängen zu erfassen; die Schaffung und Gewährleistung gesundheitsfördernder Umwelten; die Verbindung unterschiedlicher Methoden und Ansätze zur Kompetenzentwicklung Einzelner; die Mitwirkung der Bevölkerung und Stärkung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen; Gesundheit als Querschnittsthema, der alle gesellschaftlichen Bereiche angehören; sowie eine Neuorientierung der Gesundheitsdienste. Als drei wesentliche Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung werden Anwaltschaftliches Eintreten für Gesundheit, Vermitteln und Vernetzen sowie Befähigen und Ermöglichen genannt (vgl. WHO 1986; Nutbeam & Harris 2001; Naidoo & Wills 2003; Hurrelmann 2006).

Die so beschriebenen Vorgehensweisen lassen sich auf verschiedenen gesellschaftlichen Ebenen realisieren. Dies ist bisher vor allem auf der Ebene großer Organisationen geschehen, indem – der Aussage der Ottawa Charta von 1986 „Gesundheit wird dort hergestellt, wo die Menschen leben, arbeiten, spielen und lieben“ folgend – der so genannte „*Setting-Ansatz*“ der WHO entwickelt wurde. Der Begriff „Setting“ wurde aus dem Bereich der Psychologie entlehnt und in seinem Bedeutungsgehalt erweitert; Setting bezeichnet nun eine umgrenzte Lebenswelt von Menschen bzw. ein soziales System, das einem bestimmten Ziel dient und Menschen als Träger verschiedener Rollen in seinen Aufbau, seine Regelwerke und Abläufe einbindet (vgl. Grossmann & Scala 1994). Seine übergeordneten und verbindlichen Werte, seine Zwecke und Gegebenheiten beeinflussen die Handlungsweisen und Umgangsformen der darin einbezogenen Menschen (vgl. Sonntag, Gräser, Stock & Krämer 2000, Rolfmeier 2003). Diese bewegen sich im Laufe ihres Lebens gleichzeitig und nacheinander in und zwischen unterschiedlichen Settings hin und her, wie z.B. Familie, Schule, Krankenhaus, Betrieb, Gemeinde, usw.

Die WHO widmete also ihr Augenmerk in den letzten beiden Jahrzehnten verstärkt der gesundheitsfördernden Gestaltung solcher Settings. Während die Einführung einzelner gesundheitsbezogener Maßnahmen („Gesundheitsförderung in einem Setting“) seit langer Zeit und mit sehr begrenzter Wirkung durchgeführt wird, bedeutet ein „*gesundheitsförderndes Setting*“ etwas grundlegend Anderes (vgl. Hartmann & Siebert 2005), nämlich die Selbstentwicklung von sozialen Systemen durch Offenheit für Einflüsse von außen sowie Beteiligung aller ihrer Mitglieder (siehe Baric & Conrad 1999). Auch innerhalb dieser Settings spielt gesundheitspolitisches Handeln eine führende Rolle, und ebenso wie auf gesamtgesellschaftlicher Ebene gilt es zwischen verschiedenen Interessen zu vermitteln.

Die Entwicklung gesundheitsfördernder Settings gestaltet sich allerdings meist langwierig und aufwendig (vgl. Grossmann & Scala 1994). Hilfreich kann dabei eine Vernetzung verschiedener Organisationen zum Zwecke von Erfahrungsaustausch, Zusammenarbeit und Verwendung gemeinsamer Mittel wirken – durch *Netzwerkarbeit* ergibt sich dann die Möglichkeit, etwa Wissensbestände zu vertiefen, zu erweitern und breiter zu nutzen sowie Kosten zu verringern.

Netzwerke (vgl. z.B. Hurrelmann 2006) können durchaus unterschiedlich aussehen und zustande kommen, etwa durch gemeinsame Ziele oder durch Umweltbedingungen geformt werden; Beziehungen innerhalb von Netzwerken können mehr oder weniger formal, gleichartig oder einander ergänzend, von Zusammenarbeit oder Wettbewerb, und von unterschiedlicher räumlicher Entfernung geprägt sein und unterscheiden sich demnach in ihrem Aufbau, ihrer Arbeitsweisen und -ergebnissen; sie können sich auf den Austausch von Ressourcen beschränken, gewisse Ziele gemeinsam anstreben, oder ein System bilden; als grundlegend für die Netzwerkarbeit gelten Gegenseitigkeit, offene Kommunikation, langfristige Ausrichtung und einvernehmliche Entscheidungsfindung. Die Chancen der Netzwerkarbeit für die Gesundheitsförderung wurden von der WHO erkannt, die verschiedene Netzwerke gründete und deren Vertreter(innen) unter anderem auf ihrer Konferenz 1996 „Networking for Health“ versammelte (siehe Paulus 2000).

Gesundheitspolitik hat in- und außerhalb solcher Settings und Netzwerke auf allen Ebenen zu berücksichtigen, dass auch im Hinblick auf Gesundheitsförderung unterschiedliche politische *Ansichten* herrschen können, wie etwa Naidoo & Wills (2003) und Schnabel (2007b) beschreiben: Die ideologischen Ausrichtung kann sich auf die Art und Weise, wie Gesundheit und Gesundheitsförderung erklärt und behandelt werden, auswirken; zum Beispiel in der Frage, ob die Verantwortung für Gesundheit entweder vorwiegend der Gesellschaft bzw. dem Staat oder den Einzelnen zugeschrieben wird; oder in darin, wie stark Gesundheitsförderung durch politische und wirtschaftliche Mechanismen gesteuert werden soll.

Aufgrund solcher Auffassungsunterschiede behandelt Gesundheitsförderung auch immer das *Aushandeln* von Zielen und Vorgehensweisen im Spannungsfeld unterschiedlicher Sichtweisen. Immer wieder gilt es in der Gesundheitspolitik, wie Schnabel (2007b) feststellt, Entscheidungen bezüglich der Handlungsschwerpunkte von Gesundheitspolitik zu treffen; zum Beispiel ob in die Verbesserung allgemeiner Lebensbedingungen oder in Medizintechnik investiert werden soll.

Diesbezüglich bestehen wohl auch deutliche Unterschiede zwischen unterschiedlich entwickelten Ländern. Während nach Schnabel (2007b) in den Entwicklungs- und Schwellenländern abgewogen werden sollte, ob die begrenzten Mittel dort nicht gesundheitswirksamer für vielfältige Verbesserungen der Lebensbedingungen wie Ernährung, Wohnen oder Arbeitsbedingungen eingesetzt werden sollte als für den Ausbau einer Hochleistungsmedizin, stellt sich für die Industrieländer die Frage nach Über-, Unter- und Fehlversorgungen innerhalb seiner durch ein hochtechnisiertes Medizinsystem beherrschten Einrichtungen. Bedarfsgerechtigkeit erweist sich somit als weiterer wesentlicher Grundsatz der Gesundheitsförderung.

Obwohl Gesundheitspolitik als notwendige Voraussetzung für Gesundheitsförderung gesehen wird, können in gesundheitspolitischen Interventionen auch *Gefahren* liegen - wie etwa Schwenkmezger & Schmidt (1994) anführen – etwa darin, dass es politische Strömungen gab und gibt, die versuchten, Gesundheit auf bestimmte Weise normativ festzulegen, und die davon Abweichenden auszugrenzen. Besonders bekannte und eindrucksvolle Beispiele dafür lieferten einige totalitäre Regimes des 20. Jahrhunderts, welche Menschen aus verschiedensten Gründen als krank und daher minderwertig einstufen, aus der Gesellschaft ausschlossen und ermordeten. Beliebige gesetzte Begriffe von „Gesundheit“ und daraus folgende Entschlüsse zur Bekämpfung des Unge-sunden wurden also als Vorwand zur Durchsetzung von Machtinteressen einzelner Gruppen und zur Unterdrückung anderer missbraucht; und diese Gefahr der Instrumentalisierung des Gesundheitsbegriffs ist nicht überwunden, sondern durch seine bereits vorher beschriebene Mehrdeutigkeit weiterhin gegeben. Dies zeigt die hohe Bedeutung des Findens eines geeigneten und nicht zu engen Gesundheitsbegriffes als Grundsatz von Interventionen zur Gesundheitsförderung.

Wie sollte nun nach Ansicht von Gesundheitswissenschaftler(inne)n eine umsichtige Gesundheitspolitik ausgerichtet sein? Nach Hurrelmann (2006) müsste sich diese *sozialökologisch* ausrichten, indem sie verhaltens- und verhältnisbezogenes Vorgehen, wirtschaftliche Anreize und Sanktionen, sowie passiven Schutz vor Umweltrisiken verbindet und das gesundheitsbezogene Informationsangebot steuert. Eine wesentliche Rolle dabei spielt die Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit, die – wie später noch genauer erläutert wird – eng mit der sozialen Ungleichheit zusammenhängt. Daher sollen laut Naidoo & Wills (2003) bei der Verbesserung der sozioökonomischen Situation, der Lebensbedingungen, Lebensweisen und Gesundheitsdienste soziale und gesundheitliche Chancengleichheit angezielt werden. Chancengleichheit erweist sich demnach als wesentlicher Grundsatz von Gesundheitsförderung.

Allerdings hängt die Wirksamkeit der Gesundheitsförderung von der Auswahl und Durchführung ihrer Interventionen, und diese wiederum von der Wirklichkeitsnähe ihrer handlungsleitenden *Grundannahmen* ab: Dass diese nicht immer richtig seien, stellt Noack (1996) fest: So werden hohe Summen in ein hochtechnisiertes Krankenversorgungssystem gesteckt, mit fraglichen Gesundheitsgewinnen; gesundheitlich – für Befinden und Verhalten der Menschen wesentlich prägender erweisen sich nämlich die Einflüsse ihrer unmittelbaren Wohn- und Lebensverhältnisse. Verhältnisorientierung ist daher als entscheidender Grundsatz von Gesundheitsförderung anzusehen.

Verhältnisorientierung im Sinne der WHO bedeutet darüberhinaus, dass Menschen an der Gestaltung ihrer Lebensverhältnisse beteiligt werden. Um dieses Ziel der Selbst- und *Mitbestimmung* in gesundheitlichen Angelegenheiten zu erreichen, gilt es nach Nutbeam & Harris (2001), den Betroffenen von gesellschaftlichen und umweltbezogenen Veränderungen die Beteiligung an diesen zu ermöglichen, also Gemeinschaftsaktionen ins Leben zu rufen und damit die Betroffenen zur eigenständigen Problemlösung befähigt und daran beteiligt werden sollen. Partizipation – das bedeutet, Menschen an Gestaltung und Mitbestimmung bei Entscheidungen der Gesundheitspolitik teilhaben zu lassen, um ihnen möglichst weitgehende Selbstbestimmung und Bedürfnisbefriedigung zu ermöglichen – stellt demnach einen wichtigen Grundsatz von Gesundheitsförderung dar. Will man die Gesundheitsverhältnisse verändern, müssen Menschen also zur Mitgestaltung ihrer Lebensbedingungen ermächtigt werden (vgl. Hurrelmann 2006).

Die Wirkungen von Gesundheitspolitik sichtbar und bewertbar werden zu lassen und notwendige Neuorientierungen herbeizuführen, gestaltet sich allerdings als schwierig; denn die Wege von gesundheitspolitischen Maßnahmen über Veränderungen der Lebensverhältnisse und Verhaltensweisen bis zum Ziel verbesserter Bevölkerungsgesundheit können lange Zeiträume in Anspruch nehmen (vgl. Fuchs 2003), und zu kurz aufeinander folgende Wechsel – etwa gesetzlicher Bestimmungen – dabei zur Verunsicherung führen. Gesundheitsförderung sollte daher *prozessorientiert* betrieben und prozessbegleitend evaluiert werden.

Gesundheitsförderung wird also im 21. Jahrhundert als politische Aufgabe gesehen; als ihre wesentlichen *Strategien* (übergeordnete Handlungslinien) nennt die WHO anwaltschaftliches Eintreten für Gesundheit (advocacy), das Ermöglichen von Veränderungen (change facilitation) sowie das Befähigen und Ermächtigen Betroffener zur aktiven Beteiligung an Gesundheitsförderung (empowerment); als weitere wichtige Grundsätze werden Chancengleichheit (equity) und Geschlechtergerechtigkeit (gender equity) genannt (vgl. Naidoo & Wills 2003). Diese – später noch näher zu beschreibenden –

Grundsätze sollen auch im Rahmen der vorliegenden Arbeit in die Bewertung von Interventionen mit einbezogen werden.

Allerdings kennt die politische Steuerung der Gesundheitsförderung auch *Grenzen*, wie Grossmann (1996) aufzeigt, und feststellt, dass sich viele Gesundheitsprobleme nur in Zusammenarbeit mehrerer Teilsysteme der Gesellschaft lösen lassen. Diese folgen jedoch ihren eigenen Gesetzmäßigkeiten und können von der Politik häufig nur in geringem Ausmaß beeinflusst werden. Zusammenarbeit verschiedener Aufgabenbereiche der Gesellschaft und vielfältiger Disziplinen der Wissenschaft – also Intersektoralität und Multidisziplinarität – erweisen sich demnach ebenfalls als bedeutender Grundsätze der Gesundheitsförderung.

Politische Entscheidungen und Handlungen bilden also notwendige, aber nicht hinreichende Voraussetzungen, um die Gesundheit der Bevölkerung zu fördern. Es bedarf der gezielten Einbeziehung weiterer gesellschaftlicher Bereiche und deren Vertreter(inn)en, unter anderem der Führungshandelnden in der Wirtschaft.

2.1.3.2 Wirtschaft

Wirtschaftliches Denken spielt im Zusammenhang mit Gesundheitsförderung eine mehrfache Rolle (vgl. Kickbusch & Payne 2003, Helmenstein 2004, Etienne 2006):

Erstens benötigen Betriebs- und Volkswirtschaft gesunde und leistungsfähige Menschen, die sich an der Wertschöpfung in hohem Ausmaß beteiligen und gleichzeitig geringe Krankheitskosten verursachen. Gesundheitsförderung ist also von Wirtschaftsverantwortlichen auch als Aufgabe der Produktivitätssteigerung erkannt worden.

Zweitens stellt der neu gewachsene Gesundheitsmarkt eine Quelle von Einkommen und Steuern dar.

Drittens liegt in der Gesundheitsförderung selbst die Bedeutung wirtschaftlichen Denkens darin, dass, wie auch in anderen Bereichen menschlichen Handelns, die Möglichkeiten durch Güterknappheit begrenzt sind. Es gilt, mit den vorhandenen Mitteln den bestmöglichen Nutzen zu erzielen und zu begründen, warum diese nicht für einen anderen Zweck besser eingesetzt werden konnten.

Der *Nutzen von Gesundheitsförderung* kann in gesicherter oder gesteigerter Leistungsfähigkeit der Arbeitnehmer(innen) sowie in der Erhaltung oder Verbesserung von Zufriedenheit, Wohlbefinden, Zusammenhalt und anderer Werte der Gesamtbevölkerung liegen (vgl. Helmenstein 2004, Hurrelmann 2006); im Idealfall geht die Verbesserung der Gesundheitsverhältnisse in einem System mit einer besseren Erfüllung seiner

Kernziele einher (Effektkongruenz). Kosten entstehen für Lebensbedingungen und Lebensweisen, Schutz und Sicherheit, medizinische Versorgung, Güter und Dienstleistungen des Gesundheitsmarktes, sowie als Opportunitätskosten (welche dadurch auftreten, dass andere Möglichkeiten der Mittelverwendung verhindert wurden). Dabei fallen Kosten- und Nutzenwirkungen auf einzel- bzw. betriebswirtschaftlicher und volkswirtschaftlicher Ebene jedoch nicht gleich aus.

Volkswirtschaftlich können einnahmenseitig die Steuern und Versicherungsbeiträge der gesunden Erwerbstätigen sowie die Abgaben des „freien Gesundheitsmarkts“ verbucht werden. Ausgaben fließen in das medizinische Versorgungssystem, sowie in Sozialleistungen für kranke, alte, arbeitslose bzw. erwerbsunfähige Menschen (vgl. Etienne 2006). Dabei leiden die staatlichen Gesundheitssysteme nach Etienne (2006) unter folgenden Schwierigkeiten: Finanzierungsprobleme, laufend neue Reglementierungen, die die Veränderungsbereitschaft hemmen, Wettbewerbsverschärfung, zu große Zahl von Betrieben mit zu unterschiedlichem Angebot für eine gemeinsame Preisgestaltung, und Überwiegen von Gruppeninteressen gegenüber gemeinsamen Ansätzen.

Die *Kostensteigerung* der letzten Jahrzehnte rührt unter anderem davon, dass Menschen immer älter werden, aber auch von Fortschritten in der Medizintechnik und dementsprechenden Investitionen, von einer steigenden Anzahl an Dienstleistungen, von der Behandlungsfreiheit, sowie von den gestiegenen Ansprüchen der Leistungsempfänger her (Etienne 2006). Die Betonung der finanziellen Seite des Problems kann aber auch übertrieben werden: Bamberg et al. (1998) bemängeln in diesem Zusammenhang, dass es in der öffentlichen Diskussion um Gesundheit anscheinend nur noch um zu hohe Kosten gehe, und Kostenkontrolle anstelle der Suche und Bekämpfung von Krankheitsursachen gesetzt werde.

Betriebswirtschaftlich kann die Gesundheitsförderung aus Eigenmitteln oder allenfalls unterstützt durch öffentliche Fördergelder finanziert werden. Ihr Nutzen kommt nicht nur dem Unternehmen, sondern auch der Gesamtgesellschaft zugute; umgekehrt ziehen auch Schäden an der Gesundheit ihrer Mitarbeiter(innen) weitere Kreise, man spricht von „externalisierten“ (ausgelagerten) Kosten (vgl. Robinson 2006).

Der *Gesundheitsmarkt* - der sich nach Kickbusch & Payne (2003) aus dem Medizinsystem und „freien Anbietern“ (mit Gütern wie Ernährung, Pharmazie, medizintechnische Produkte, Sportartikel, und Dienstleistungen wie Beratung, Therapie, Training) - zusammensetzt, weist einige Besonderheiten auf, die ihn von anderen Wirtschaftszweigen unterscheiden.

Seine *Kund(inn)en* sind einerseits Konsument(inn)en der Gesundheit versprechenden Dienstleistungen und Güter, andererseits selbst Produzent(inn)en ihrer eigenen Gesundheit. Ihre Zeit und ihr sonstiger Aufwand für Konsum und Produktion von Gesundheitsgütern und -leistungen, könnte auch für andere Zwecke und Gelegenheiten eingesetzt werden, die ihnen nun entgehen – man spricht von Opportunitätskosten; diese entstehen zum Beispiel durch Verdienstentgang, wenn Zeit für Erholung oder Behandlung statt für Erwerbsarbeit genützt wird (vgl. Adam & Dirk-Henke 2003; Etienne 2006).

Betrachtet man weiters zum Beispiel das Medizinsystem als Teilsystem des Gesundheitssystems, so zeigt sich, dass dieses anders arbeitet als andere Wirtschaftsbetriebe. Es verfügt über eine hohe *Grundausstattung* und kann sich Nachfrageschwankungen nur wenig anpassen – es kommt hier zu einem partiellen Marktversagen (Etienne 2006). Der Erfolg von gesundheitsbezogenen Maßnahmen lässt sich nicht immer genau bemessen. In der Medizin liegt dies in der Unsicherheit des Auftretens von Krankheiten und der Frage, inwieweit sie durch Prävention oder Therapie verhindert wurden, begründet; in der sozialökologischen Gesundheitsförderung an der Vielzahl von Faktoren und deren Wechselwirkungen, die in Bewertungen mit einzubeziehen sind.

Für Gesundheitsgüter und -dienstleistungen besteht laut Etienne (2006) auch keine direkte *Preisabhängigkeit der Nachfrage*, da es bestimmte Grundbedürfnisse gibt, für welche die Zahlungsbereitschaft ins Unendliche geht, und zum anderen durch den Versicherungsschutz die Nachfrage höher ausfällt, als wenn die Patienten die Kosten in vollem Ausmaß selbst tragen müssten. Die Preise für bestimmte Leistungen bleiben außerdem bei steigender Nachfrage gleich hoch, und Leistungserbringer verbleiben im Wettbewerb, obwohl sie Leistungen vergleichsweise teurer und/oder von minderer Qualität erbringen als andere Anbieter. Dort, wo mehr gesundheitsbezogene Leistungen angeboten werden, steigt außerdem die Nachfrage danach. Kunden bzw. Patient(inn)en fehlt darüberhinaus das fachliche Wissen, um die Güte und Angemessenheit der Behandlung einzuschätzen. Noch dazu sind sie oft nicht in der Lage, die Anbietenden hinreichend über ihre Befindlichkeit und Bedürfnisse zu informieren. Dies erschwert die Zusammenarbeit und erhöht die Kosten. Da Gesundheit als nicht eindeutig in öffentlich oder privat einordenbares, sondern als „meritorisches“ Gut (Etienne 2006) – dessen Verdienst für das Gemeinwohl die Bedeutung für einzelne, die sich eher entlang persönlicher Vorlieben entscheiden, übersteigen kann – gilt, sind in manchen Fällen staatliche Eingriffe oder Zwänge zu ihrer Sicherung notwendig.

Der Gesundheitsmarkt erweist sich demnach als *unberechenbarer* als andere Bereiche der Wirtschaft; an seinem Beispiel zeigt sich, dass die Gegenüberstellung von Kosten und Nutzen von Gesundheitsförderung auf mehreren Ebenen, zu verschiedenen Zeitpunkten und unter wechselnden Blickwinkeln sehr unterschiedlich ausfallen kann. Daraus lässt sich schließen, dass Wirtschaftlichkeitskennwerte von Interventionen der Gesundheitsförderung (z.B. Effizienz) zwar in deren Evaluationen eine Rolle spielen, aber nicht der als einziger Gesichtspunkt gelten, und durch weitere, aus unterschiedlichen Blickwinkeln erhobene Ergebniswerte (z.B. Akzeptanz) ergänzt werden sollten. Daraus lässt sich schließen, dass es zwar angeraten scheint, Wirtschaftlichkeitskennwerte von Interventionen der Gesundheitsförderung (z.B. Effizienz) in Evaluationen zu berücksichtigen, aber nicht als einzigen Gesichtspunkt, sondern im Kontext weiterer, aus verschiedenen Blickwinkeln erhobener Ergebniswerte (z.B. Akzeptanz).

Gesundheitsförderung kann also auch als Teil betriebs- und volkswirtschaftlichen Handelns gesehen werden, und wirtschaftliches Denken erweist sich auch für Handelnde in der Gesundheitsförderung als vonnöten. Daraus ergibt sich der Grundsatz, Interventionen zur Gesundheitsförderung einer Evaluation, in die mehrere (auch nichtwirtschaftliche) Perspektiven mit einfließen, zu unterziehen. Da Kosten-Nutzen-Rechnungen je nach ihrem Ansatz sehr unterschiedliche Ergebnisse liefern können, kann empfohlen werden, diese Evaluationen aus mehreren Perspektiven und zu verschiedenen Zeitpunkten einer Intervention durchzuführen (wie weiter unten noch genauer beschrieben wird). Besonderer Stellenwert kommt Evaluationen wohl dort zu, wo öffentliche Gelder in Gesundheitsförderung investiert werden – im Bereich der Public Health.

2.1.3.3 Public Health

Dass Gesundheitsförderung als politische und wirtschaftliche Aufgabe verstanden wird, schlägt sich in der Entstehung von Public Health, der öffentlichen Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsforschung, nieder. Public Health bedeutet zum einen ein politisches *Handlungsfeld*, das auf die Gesundheit der Gesamtbevölkerung zielt, wobei Gesundheit als öffentliches Gut und Organisationsentwicklung als Schlüssel zu ihrer umfassenden Förderung angesehen werden. Zum anderen stellt sich Public Health als eine interdisziplinäre *Wissenschaft* (Gesundheitswissenschaften) aus vielen Teildisziplinen, z.B. Epidemiologie, Biometrie, Demographie, Informatik, Sozial-, Umwelt-, und Arbeitsmedizin, Arbeitswissenschaft, Ethik, Geschichte des Gesundheitswesens, Gesundheitssystemanalyse, Psychologie, Soziologie, Politologie, Wirtschafts-, und Rechtswissenschaften, dar (vgl. Noack 1996; Schwarzer et al. 2002; Hurrelmann & Laaser 2003; Gutzwiller 2003).

In der *Public-Health-Forschung* geht es nach Hurrelmann (2006) um die Verteilung von gesundheitlichen Ressourcen und Risikofaktoren in der Bevölkerung, sowie von deren Bedürfnissen. Konzepte von Public Health unterscheiden sich laut Härtel (2003) im Hinblick auf ihre Interdisziplinarität, die Stellung der Medizin darin, und ihre Schwerpunktsetzung (auf entweder Epidemiologie oder Gesundheitsmanagement und Versorgung). Anhand dieser Vielfalt der Ansätze in der Public Health wird ersichtlich, dass der Grundsatz der Multidisziplinarität und Intersektoralität in der Gesundheitsförderung von entscheidender Bedeutung ist.

Inhaltlich beschäftigte sich – wie z.B. bei Schnabel (2007b) beschrieben – Public Health als Gesundheitsforschung bis zur Mitte des zwanzigsten Jahrhunderts mit dem Kampf gegen Infektionskrankheiten und danach mit der verhaltensorientierten Bekämpfung von Risikofaktoren wie etwa Rauchen oder Fehlernährung, und als Gesundheitsversorgung zunächst mit der Verbesserung der Hygiene und der Vermeidung von Infektionskrankheiten, und in den letzten Jahrzehnten vor allem mit chronisch-degenerativen Erkrankungen. Ab den 1970er Jahren entwickelte sich die so genannte „*New Public Health*“, mit einer sozialökologischen Orientierung in Bezug auf Gesundheitsförderung.

Die Verwendung eines biopsychosozialen Gesundheitsbegriffes sollte demnach einen Grundsatz von Gesundheitsförderung bilden. Nach Schwartz et al. (2003) erkennt diese an, dass die Gesundheitsvoraussetzungen der Menschen maßgeblich in ihren Lebensumwelten und -systemen geprägt werden und will Gesundheitsvorstellungen von Laien dabei ebenso berücksichtigen wie jene der Vertreter(innen) verschiedener Berufsgruppen und Wissenschaftsdisziplinen. Demnach gelten für Gesundheitsförderung die Grundsätze der Verhältnisorientierung sowie einer partizipativen Vorgehensweise. New Public Health richtet ihre Aufmerksamkeit auf die Zusammenhänge des Entstehens von Gesundheit mit unterschiedlichen Ausprägungsformen von Zivilisationen, Kulturen und Lebensweisen, auf psychosoziale Faktoren, und auf die Ressourcen der Bevölkerung in aller Welt. Handlung leitend sind dabei die Fragen nach der Entstehung von Gesundheit – damit folgt New Public Health, wie weiter unten erklärt wird, dem Grundsatz salutogenetischen Denkens – sowie zu nachhaltigen Struktureffekten von Gesundheitsförderung in der Gesellschaft. Nachhaltigkeit bildet also einen weiteren Grundsatz der Gesundheitsförderung. Da sich im Zuge von Forschung und Praxis der Public Health zeigt, dass Gesundheitsvoraussetzungen nicht gleich verteilt sind, kristallisiert sich als wesentlicher Grundsatz von Gesundheitsförderung das Streben nach Chancengleichheit heraus.

Allerdings stösst die Public Health in ihrer Umsetzung auch auf allerlei *Probleme*. Diese liegen etwa laut Hurrelmann & Laaser (2003) in einer Rechtslage, die Krankheit von Expert(inn)en definieren und Versicherungsansprüche begründen lässt, in den Vorbehalten der Bevölkerung gegenüber stärkerer politischer Einflussnahme auf die Gesundheit, und im Wesen, der Stellung und dem Anspruch des Medizinsystems. Auf die Sichtweisen des Medizinsystems soll daher im Folgenden näher eingegangen werden.

2.1.3.4 Medizin

Die Begriffe Gesundheitssystem und Medizinsystem werden in der öffentlichen Verwaltung häufig synonym verwendet. Dabei wird der Begriff Gesundheit allerdings sehr eng definiert und stimmt so nicht mehr mit dem Verständnis der Gesundheitswissenschaften überein. Um die Abgrenzung zwischen dem Ansatz der Biomedizin und jenem der Gesundheitsförderung zu verdeutlichen, werden im Folgenden das Medizinsystem und seine biomedizinische Perspektive in Anlehnung an Faltermaier (1994), Ducki (2000), Naidoo & Wills (2003), Franzkowiak (2004), und Schnabel (2007b) beschrieben.

Das *Medizinsystem* hat sich, wie Schnabel (2007b) überblicksartig zusammenfasst, folgendermaßen entwickelt: Die naturwissenschaftlich ausgerichtete Medizin spielte eine tragende Rolle in der Aufklärung (im 17.-18. Jahrhundert). Krankheiten galten nicht länger als Schicksal, sondern konnten auf ihre Ursachen hin untersucht und mit Sachverstand geheilt oder gemildert werden. Das biomedizinische Modell erwies sich später (im 19. Jahrhundert) bei der Bekämpfung von Infektionskrankheiten als höchst erfolgreich. Im Zuge dieser Errungenschaften sicherten sich seine Vertreter(innen) den Alleinanspruch in der Behandlung von Krankheiten. Obwohl sich das biomedizinische Modell, das Medizinsystem und das im Medizinstudium vermittelte Fachwissen nicht für alle Arten der Krankenbehandlung und -vorsorge und vor allem nicht der Gesundheitsförderung eignet, weitete die Medizin ihre Vormachtstellung über alle anderen beruflichen und wissenschaftlichen Disziplinen des Gesundheitswesens aus. Dies hat zum einen Über- Unter- und Fehlversorgungen im Umgang mit Krankheiten gebracht (siehe z.B. Kuhlmann & Kolip 2005), und zum anderen vor allem die Entwicklung umfassender Gesundheitsförderung bis zum heutigen Tag verhindert bzw. erschwert – wie im folgenden genauer erläutert wird.

Kritik an dieser Medizin wurde und wird seit Jahrzehnten vor allem von Sozialwissenschaftler(inne)n und gesellschaftlichen Protestbewegungen geübt (vgl. z.B. Naidoo & Wills 2003). Diese bezieht sich auf den Alleinanspruch der Medizin in Gesundheitsfragen, auf ihre mangelnde Verantwortung und Achtung im Umgang mit Menschen, auf

die Einseitigkeit ihrer Problemsichten, die Unzulänglichkeit ihres Versorgungssystems und ihren Beitrag zur Aufrechterhaltung gesamtgesellschaftlicher Ungerechtigkeiten.

Die *vorliegende Arbeit* schließt sich einem sozialwissenschaftlichen Verständnis von Gesundheitsförderung und demnach der Kritik an den genannten Grenzüberschreitungen des Medizinsystems an. Diese richtet sich jedoch ausschließlich gegen Fehlentwicklungen eines Systems und nicht gegen Mediziner(innen) im Allgemeinen. Zumal soll hier jenen Menschen – Wissenschaftler(inne)n oder Praktiker(inne)n – besondere Hochachtung ausgesprochen werden, die im Rahmen dieses Systems und seiner Widersprüche versuchen, ihre persönlichen Werte zu verwirklichen: Leben zu retten, Menschen in wertschätzender und gleichberechtigter Weise bei ihrer Heilung bzw. Entwicklung zu unterstützen; und die gegebenenfalls auch zu versuchen, an der Veränderung des Systems und seiner Ideologien und Hierarchien mitzuwirken.

Die *biomedizinische Perspektive* wird laut Franzkowiak (2004) dadurch gekennzeichnet, dass sie Gesundheit in erster Linie auf der körperlichen Ebene und dabei Körper und Seele als voneinander getrennt wahrnimmt. Ihr Untersuchungsgegenstand ist die „systematische Analyse von (Erb-) Anlagen, Strukturen und Funktionen des Organismus auf allen Funktionsebenen mit dem Ziel kausaler Erklärungen“ (Franzkowiak 2004, S. 24). In der Unterscheidung zwischen Gesundheit und Krankheit folge sie einer Grenzwert- und Normlogik, wobei teilweise unklar bleibt, ob die Norm einen statistischen Durchschnitt oder ein Ideal darstellt; als Krankheit gilt die Abweichung von dieser Norm. Gesundheit wird vorwiegend über die Leistungsfähigkeit, für die ebenfalls Normen aufgestellt werden, beschrieben. Der Ansatz der Gesundheitsförderung betrachtet im Gegensatz dazu auch neben biologischen auch psychische, soziale und ökologische Phänomene und Einflüsse in Bezug auf gesundheitliche Befindlichkeit und gesundheitsbezogenes Handeln.

Die Biomedizin sucht (vgl. Franzkowiak 2004, Schnabel 2007b) nach Krankheiten und meint auch dann Krankheit, wenn sie von Gesundheit spricht. Sie fragt nach den Ursachen der Entstehung von Krankheiten und vermutet diese in schädigenden biologischen, chemischen oder physikalischen Umwelteinflüssen und in Verhaltensweisen sowie genetischen Defekten, ist also pathophysiologisch und *pathogenetisch* orientiert. Dabei geht sie stark vereinfachend vor, indem sie Krankheiten auf einzelne Ursachen zurückführt, ihr spezifische Symptome, einen beschreibbaren Verlauf, eine Wirkung, einen eindeutigen Schluss von Ursache auf Wirkung sowie den dazugehörigen Umkehrschluss zuweist, und dieses Erreger-Modell unzulässiger Weise auf andere Krankheitsbilder überträgt oder überhaupt verallgemeinert. Für die Entstehung und Behand-

lung chronisch-degenerativer Erkrankungen liefert sie daher zum Beispiel keine ausreichende Erklärung. Gesundheitsförderung hingegen beschäftigt sich mit der Entstehung von Gesundheit, ist also salutogenetisch orientiert (wie weiter unten noch genauer beschrieben wird), fragt also nach der Entstehung von Gesundheit und nimmt dafür ein komplexes Zusammenspiel nicht nur biologischer, sondern auch psychischer, sozialer und ökologischer Faktoren an.

Frankzkowiak (2004) und Schnabel (2007b) befinden, dass die Medizin Hilfe für fast jedes Krankheitsproblem versprechen könne – vorausgesetzt, es lasse sich in der Sprache der Naturwissenschaft beschreiben und mit technischen Mitteln lösen. Zur Herstellung von Gesundheit erscheinen aber die Versuche der Medizin, ihre mechanistische Art und Weise der technischen Behebung von Störungen auch psychosozialen Krankheitserregern gegenüber anzuwenden, ungeeignet, da sie das komplexe Zusammenspiel psychosozialer Einflussfaktoren auf die Gesundheit zu wenig berücksichtigen.

Weiters werden Menschen, nach Frankzkowiak (2004) und Schnabel (2007b), aus medizinischer Perspektive als Behandlungsobjekt und als passive Krankheitsträger gesehen, während im Ansatz der Gesundheitsförderung Menschen als handelnde Subjekte betrachtet werden. Gesundheitsförderung habe sich demgegenüber an deren Lebensverhältnissen zu orientieren und auf soziale Chancengleichheit abzielen, da der Einfluss dieser letztgenannten Bedingungen auf die Gesundheit der Menschen wesentlich höher ist als jener der wissenschaftlichen Medizin. Gesundheitsförderung lässt daher unter anderem Raum für kulturspezifische Festlegungen von Gesundheit und Krankheit, und ermöglicht den betroffenen Menschen Partizipation, also die Beteiligung an der Gestaltung der ihrer Interventionen.

Die biomedizinischen Perspektive erfuhr zwar zwischen 1960 und 1990 eine Ergänzung um das präventivmedizinisches *Risikofaktorenmodell*, das Anfang der 1950er Jahre von in den USA zur flächendeckenden Bekämpfung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen entwickelt worden war und die Grundlage für Gesundheitserziehung, -aufklärung und -beratung bildete. Allerdings behielt dieses einige Grundanschauungen der Biomedizin bei, wie etwa die Beschränkung auf Körper und Krankheit. Risikoorientierung bedeutet außerdem, dass die Aufmerksamkeit hauptsächlich den Schwächen der Menschen, bedingt durch ihre Erbanlagen und ihr Verhalten, sowie den Gefahren aus ihrer Umwelt gilt. Dies wird von Seiten der Gesundheitswissenschaft (z.B. Frankzkowiak 2004, Hurrelmann 2006) bemängelt, denn eine einseitige Bekämpfung von Risikofaktoren reicht weder aus, um nachhaltig vor Krankheiten und Tod zu schützen,

noch um Gesundheit in umfassendem Sinne herzustellen; demgegenüber gibt es im Laufe des Lebens viele Entscheidungen zu treffen, die eine Abwägung zwischen verschiedenen Risiken erfordern.

Darüber hinaus stehen die Risikoverhaltensweisen, von denen abgeraten wird, oft im Zusammenhang mit Umweltrisiken und Bewältigungsversuchen schwieriger Lebensbedingungen (vgl. Hurrelmann 2006). Verhaltensänderungen werden oft durch die Lebensverhältnisse erschwert oder verhindert oder genügen für sich alleine nicht für eine Gesundheitsverbesserung. Außerdem können Entscheidungen für ein Risiko bisweilen – auch wenn sie mit (oft vor allem auf der körperlichen Ebene erkennbaren) Nachteilen verbunden sind – besser mit dem Lebenszusammenhang des jeweiligen Menschen, und mit bedeutsamen Bedürfnissen und Werten im Einklang stehen, als wenn dieses Risiko gemieden würde – und so kann sich in manchen Fällen eine selbst bestimmte und persönlich als sinnvoll empfundene risikoreichere Verhaltenwahl gesundheitsförderlicher auswirken als eine fremdbestimmte Risikovermeidung. Überdies besteht zwischen Risikoverhalten und Risikovermeidung auf der einen Seite und damit in Zusammenhang gebrachten Schädigungen auf der anderen Seite kein sicherer, sondern nur ein mehr oder weniger wahrscheinlicher (statistisch errechneter) Zusammenhang; und die aus diesen Wahrscheinlichkeitszusammenhängen zwischen Risikofaktoren und Krankheitsentstehungen abgeleiteten Verhaltensumstellungen erweisen sich nur beschränkt als erfolgreich (am ehesten in der sekundären und tertiären Prävention, also dort wo Risikofaktoren bzw. Krankheitssymptome bereits aufgetreten sind, während sie im primären Bereich kaum Wirkung entfalten).

Auch die Art und Weise des Vorgehens von Vertreter(inne)n des Medizinsystems, um Menschen von Risikoverhalten abzubringen, eignet sich häufig nur wenig zur Erreichung der gewünschten Ziele: Vor allem Versuche der *Abschreckung* können hier zu unerwünschten Ergebnissen führen (vgl. Naidoo & Wills 2003) – die durch sie ausgelöste Angst bewirkt Problemverdrängung statt -bewältigung. Und die reine Aufklärung vermittelt zwar Wissen; auf dem Weg bis zum Handeln liegen jedoch mehrere Barrieren wie persönliche Wünsche und Antriebe (Motivation), Willenskraft (Volition), sowie strukturelle und soziale Umweltbedingungen (vgl. Faltermaier 1994), die durch Wissen allein nicht zu überwinden sind. Gesundheitsförderung versucht stattdessen, Menschen zu befähigen und zu ermächtigen (empowerment), ihre Lebensverhältnisse zu verbessern (Verhältnisorientierung) und ihre Ressourcen - das bedeutet ihre persönlichen Fähigkeiten sowie die Möglichkeit der Unterstützung aus ihrer sozialen und ökologischen Umwelt zu stärken, um sie so einem höheren Maß an Selbstbestimmung und Bedürfnisbefriedigung näher zu bringen, wie dies die WHO 1986 als Ziel genannt hat.

(siehe bei Faltermaier 1994, Ducki 2000, Naidoo & Wills 2003, Franzkowiak 2004, und Schnabel 2007b).

Ein weiteres Problem des biomedizinischen Ansatzes und des Medizinsystems liegt darin, dass die mittlerweile in der westlichen Welt vorherrschenden Krankheiten meist durch das Zusammenwirken verschiedener, nicht nur physischer, sondern auch *psychosozialer Einflüsse* bedingt sind. Für ihre Behandlung sind klinische Mediziner(innen) längst nicht mehr ausreichend ausgebildet. Sie sollten Verstärkung durch Fachleute aus psychologischen, soziologischen, pädagogischen, ernährungs-, sport-, und pflegewissenschaftlichen Fachgebieten bekommen. Diese wird aber nur in sehr begrenzter Form gestattet. In der Gesundheitsförderung hingegen bildet die Zusammenarbeit unterschiedlicher gesellschaftlicher und settingbezogener Aufgabenbereiche (Intersektoralität) sowie verschiedener Wissenschaftsdisziplinen (Multidisziplinarität) einen wesentlichen Grundsatz ihrer Interventionen (vgl. Hurrelmann & Laaser 2003).

Gesundheitswissenschaftler(innen) (z.B. Grossmann 1996, Hurrelmann 2006, Schnabel 2007b) betonen, dass das Medizinsystem auf die Versorgung einzelner Menschen im Krankheitsfall ausgerichtet ist, die *Entstehungsbedingungen* von Krankheit und vor allem von Gesundheit jedoch nicht wesentlich beeinflussen kann – die Gesundheit der Menschen entsteht nämlich überwiegend nicht im Medizinsystem, sondern in ihrem beruflichen und privaten Lebensalltag – und daran ändert auch die Benennung des Medizinsystems als Gesundheitssystem nichts. Dass die Kosten für Versäumnisse in anderen Lebensbereichen auf das Medizinsystem abgewälzt werden, bedeutet eine Überforderung, da somit eine Aufgabe zugeteilt wurde die es gar nicht bewältigen kann. Für Gesundheitsförderung ergibt sich demgegenüber der Grundsatz, mit ihren Interventionen an den Lebenszusammenhängen der Menschen – ihren verschiedenen Settings – anzusetzen, und ihr Augenmerk auf die Entstehungsbedingungen von Gesundheit zu richten, also salutogenetisch zu denken (wie weiter unten beschrieben wird).

Wo das Medizinsystem Anspruch auf die Zuständigkeit für Gesundheitsförderung erhebt oder ihm diese aufgetragen wird, setzen sich (z.B. laut Grossmann 1996, Hurrelmann 2006, Schnabel 2007b) nur jene Ansätze und Verfahren durch, die sein *System* am wenigsten verändern. Werden ihm etwa Vorsorgeleistungen abverlangt, dann ähneln deren Vorgangsweise jener bei der Krankenbehandlung: Menschen werden damit gleichsam als zukünftige Kranke gesehen, die sich bereits vorbeugend dem Urteil und den Vorschriften der Mediziner(innen) zu unterwerfen haben. Im Gegensatz zu dieser expert(inn)en- und risikoorientierten Sichtweise im Medizinsystem stehen Grundsätze

der Gesundheitsförderung, die Selbst- und Mitbestimmung der Betroffenen (Partizipation) sowie die Wahrnehmung und Stärkung ihrer Ressourcen (Stärken, Fähigkeiten und Hilfsquellen) betonen.

Allerdings wird von Seiten der Medizin anderen Ansätzen der Gesundheitsförderung wenig Anerkennung entgegengebracht: Schnabel (2007b) stellt fest, dass von Seiten der klinischen Medizin das Gesundheitsverständnis anderer Disziplinen (vor allem das sozialwissenschaftliche) als zu wenig greifbar messbar, und beweisbar und damit als keinesfalls der Medizin gleichberechtigt dargestellt wird und dass nichtmedizinische Interventionsmethoden dementsprechend geringe Anerkennung erfahren, denn als Therapiemittel oder -verfahren sollen aus ihrer Sicht nur jene zugelassen werden, die augenscheinliche Wirksamkeit entfalten – also den Grundsätzen der von ihm entwickelten „*Evidence Based Medicine*“ (EBM) entsprechen.

Die EBM (vgl. Schnabel 2007b) unterscheidet verschiedene Stufen der Evidenz, wobei als „Gold Standard“ Metaanalysen randomisierter kontrollierter Studien gelten. Bei diesen Metaanalysen werden die Ergebnisse mehrerer Studien statistisch zu einer Gesamtbewertung zusammengeführt. Dazu muss eine ausreichend Zahl von Studien vorhanden sein, in denen ein Experiment jeweils über einen längeren Zeitraum durchgeführt wird; eine Interventionsgruppe (an der etwa ein neues Therapieverfahren getestet wird) wird dabei mit einer Kontrollgruppe bezüglich ausgewählter Merkmale (Therapieerfolg) verglichen. Die Personen der Interventions- und Kontrollgruppe sollen sich mit Ausnahme der Interventionswirkungen in ihren Eigenschaften statistisch nicht voneinander unterscheiden, daher soll die Gruppenzuteilung nach dem Zufallsprinzip erfolgen (Randomisierung); dabei sind möglichst sämtliche Einflüsse außer der Intervention, die einen Gruppenunterschied hervorrufen können (Störgrößen) auszuschalten (Kontrolle) – im Idealfall betrifft dies auch das Wissen von Untersuchern und Untersuchten darüber, welche der Testpersonen zur Interventionsgruppe gehören und welche nicht (Doppelblindstudien) – dieses letztere Verfahren lässt sich aber nicht für alle Arten von Interventionen anwenden – denn wenn z.B. ein Programm mit Bewegungsaktivitäten getestet wird, kann es den Proband(inn)en kaum entgehen, ob sie darin involviert sind oder nicht.

All diese wissenschaftsmethodischen Anforderungen bringen es mit sich, dass viele medizinische Untersuchungen jedoch unter alltagsfernen Bedingungen durchgeführt werden – ihre Wirksamkeit und Sicherheit bei der breiten *Anwendung im Alltag* kann aber von vielfältigen Störgrößen beeinflusst werden, die zuvor nicht ausgetestet wurden. Es bedarf daher meist weiterer Studien, um die Wirksamkeit der getesteten The-

rapien in ihren tatsächlichen Anwendungsfeldern bzw. -zusammenhängen zu überprüfen (efficacy). Diese erfüllen dann allerdings meist nicht mehr den „Gold Standard“. Für die meisten sozialwissenschaftlich-gesundheitsbezogener Forschungsfragen sind Bedingungen der EBM nicht annähernd erfüllbar. Und viele Phänomene psychosozialer Gesundheit blieben unerforscht, wenn die EBM den Alleinanspruch auf Gültigkeit durchsetzte (vgl. Schnabel 2007b).

Wie aber kann nun die *Wirksamkeit* von Gesundheitsförderung überhaupt überprüft werden, wenn die Methoden der EBM sich dafür nicht eignen? Dies lässt den Schluss zu, dass Interventionen der Gesundheitsförderung – weil, wie zuvor erklärt, die Bereitstellung von Mitteln dafür gerechtfertigt sein will – zwar einerseits einer Evaluation unterzogen werden müssen, um ihre Wirkungen sichtbar und bewertbar werden zu lassen, und andererseits, dass Interventionen der Gesundheitsförderung andere Gütemaßstäbe benötigen als die in der Biomedizin angewendeten, also zum Beispiel für ihre Evaluationen auch Kennwerte wie die Akzeptanz mit erhoben werden sollten. Diese könnte sich unter anderem auch auf den Umgang der Expert(inn)en mit den Betroffenen, oder auf die Rollenverteilung bei Interventionen insgesamt beziehen.

Auch die *Rollenverteilung* gestaltet sich im Medizinsystem anders als in der Gesundheitsförderung. Zunächst gibt es innerhalb des Medizinsystems eine feste Hierarchie, die bedingt, dass die Angehörigen mehrerer anerkannte Heilberufe mit unterschiedlicher Aufgabenstellung und Ausbildung (wie etwa Pflegekräfte, Physiotherapeut(inn)en, oder medizinisch-technische Assistent(inn)en) in ihrem beruflichen Handeln der Entscheidungsmacht der Ärzteschaft unterworfen sind. In der Gesundheitsförderung hingegen gilt der Grundsatz des multidisziplinären und intersektoralen Zusammenarbeitens unterschiedlicher Fachleute (siehe z.B. Weitkunat 1997); Hierarchien zwischen diesen sind nicht zwangsläufig aufgestellt.

Weiters handeln Menschen im Medizinsystem, so Schwarzer et al. (2002), Naidoo & Wills (2003) und Schnabel (2007b) in einem *Spannungsfeld zahlreicher Widersprüche*. Zum einen nehmen Mediziner(innen) zwar eine gesellschaftlich hoch anerkannte Ausnahmestellung mit Sonderrechten wie dem des Eingriffs in Körper und Leben anderer ein. Zum anderen werden ihnen aber nicht nur hohe Arbeitsumfänge zugemutet und meist rasch zu treffende Entscheidungen über Leben und Tod abverlangt; sie müssen auch mit ständigen Wertekonflikten zwischen Wirtschaftlichkeit und Sorgfalt, wissenschaftlicher Distanz und menschlicher Nähe, Lebensrettung und Achtung vor menschlicher Selbstbestimmung umgehen, ohne durch ihre Fachausbildung hinreichend darauf vorbereitet zu sein.

Schließlich unterscheidet sich das Medizinsystem von der Gesundheitsförderung auch in bezug auf das *Verhältnis zu ihrer Klientel*. Die Rolle der Patient(inn)en bedeutet zwar im beginnenden 21. Jahrhundert nicht mehr, nur geduldig die Entscheidungen und Behandlungen des Arztes über sich ergehen zu lassen; mittlerweile wird auch deren wissende Mitwirkung am Heilungsprozess durch umfangreiche Aufklärung und Beteiligung an Entscheidungen unterstützt. Dennoch (wie etwa Naidoo & Wills (2003) und Hurrelmann (2006) aufzeigen), werden Menschen im Medizinsystem von mündigen Bürgern zu Patient(inn)en, und gerade dieser Rollenwechsel kann verhindern, dass sie so schnell wie möglich in eine selbstbestimmte und bedürfnisgerechte Lebensführung zurück gelangen. Im Gegensatz zu dieser expert(inn)enorientierten Ausrichtung des Medizinsystems gelten in der Gesundheitsförderung die (schon erwähnten) Grundsätze von Partizipation und Empowerment (die weiter unten nochmals näher ausgeführt werden).

Systeme (wie später noch genauer erläutert wird) streben nach Selbsterhaltung (vgl. Grossmann 1996). Sollen sich das Medizinsystem und die darin Tätigen wandeln, indem sie sich selbst als *Teil einer gesamtpolitischen Gesundheitsförderung* verstehen, dann scheint es folgerichtig, dass sie die damit einhergehenden Veränderungen einerseits als Entlastung von ungerechtfertigtem Verantwortungsdruck und überwältigten gesamtgesellschaftlichen Problemen wahrnehmen können. Und weiters, dass für sie erkennbar wird, dass sie damit ihre Kernaufgaben erfolgreicher erfüllen (also Effektkongruenz erzielen) können. Die Vertreter(innen) des Medizinsystems müssten dafür aber auch bereit sein, die Sichtweisen von Laien sowie von Angehörigen nichtmedizinischer Berufs- und Wissenschaftsdisziplinen, anzuerkennen, und in der Zusammenarbeit zu gemeinsam und gleichrangig ausgehandelten Entscheidungen zu kommen. Um dies zu erreichen ist es ferner wichtig, die Kund(inn)en des Systems zu befähigen, ihre Bedürfnisse zu äußern und damit etwaige Veränderungserfordernisse des Systems sichtbar zu machen (Schnabel 2007b). Intersektoralität, Multidisziplinarität, Partizipation und Empowerment erscheinen somit als wesentliche Grundsätze, um die genannten Unzulänglichkeiten im Medizinsystem zu überwinden, und um dem Ansatz der Gesundheitsförderung zu folgen. Die nichtmedizinischen Institutionen und Expert(inn)en der Gesundheitsförderung sowie deren Situation werden im Folgenden kurz dargestellt.

2.1.3.5 Nichtmedizinische Institutionen und Expert(inn)en von Gesundheitsförderung

Wie bereits erwähnt besteht der Gesundheitsmarkt nicht nur aus dem Medizinsystem und seinen Vertreter(inne)n, sondern auch aus anderen *Anbieter(inne)n*. Diese gehören unterschiedlichen Fachrichtungen (z.B. Psychologie, Ernährungswissenschaft, Sportwissenschaft, Sonder- und Heilpädagogik, Alternativen Heilverfahren, ...) und Ausbildungsstufen (vom Wochenendkurs bis zum akademischen Abschluss) an. Diese Expert(inn)en verschiedener Fachrichtungen können untereinander in Beziehungen wie Kooperation (z.B. zwischen Mediziner(inne)n und Physiotherapie) und Konkurrenz (am freien Gesundheitsmarkt) stehen.

Die Arbeit dieser nicht-medizinischen Anbieter(innen) am Gesundheitsmarkt spielt sich allerdings unter ganz anderen Voraussetzungen ab, als die innerhalb des Medizinsystems. Das Medizinsystem – als Krankenbehandlungssystem – kann (siehe Schnabel 2007b) auf eine lange Geschichte, auf Gesetze, gewachsene Machtverhältnisse und großzügige Mittel zurückgreifen und verfügt hierbei über die Zuständigkeit für ambulante und stationäre, öffentliche und private Heilbehandlung und Pflege, sowie über geregelte Finanzierung und Förderung durch Kranken- und Unfallversicherer sowie Förderungsfonds. Der Gesundheitsförderung fehlt hingegen die Einbettung in ein System, die abgestimmte Ausgestaltung und rechtliche Absicherung. Sowohl die Nutzung von Nischen des Medizinsystems als auch die Gründung eigenständiger Einrichtungen können am Widerstand der Vertreter(innen) des Medizinsystems scheitern.

Obwohl die *Arbeit von Gesundheitsförderungsexpert(inn)en* nichtmedizinischer Fachrichtungen durch ihr Wissen und ihr Menschenbild die Möglichkeit zu einer umfassenderen biopsychosozialen Gesundheitsförderung in sich trägt, und z.B. Expert(inn)en der Pädagogik oder der Organisationsentwicklung für die Umsetzung wesentlicher Gesundheitsförderungsgrundsätze wie Partizipation und Empowerment besser ausgebildet sind (vgl. Schnabel 2007b), erscheinen die Angebote der nichtmedizinischen Gesundheitsförderungs-Expert(inn)en und Institutionen unter den so beschriebenen Gegebenheiten schwieriger vermittelbar als die des Medizinsystems.

Ein weiteres Hindernis für eine zielgerichtete Zusammenarbeit unterschiedlicher Institutionen und Expert(inn)en in der Gesundheitsförderung besteht darin, wie etwa Schnabel (2007b) feststellt, dass in der Gesundheitsbildung für Laien und in der Ausbildung für Professionelle Unübersichtlichkeit der Anbieter und Angebote, Uneinheitlichkeit der Gesundheitsverständnisse und mangelnde Zielgerichtetheit der vermittelten Inhalte

herrschen. Darüber hinaus besteht wenig Wissen über die Ausbildungserfordernisse von in der Gesundheitsförderung Tätigen, und diese stoßen auch auf Schwierigkeiten, ihre Daseinsberechtigung zu begründen; denn wenn (so Schnabel 2007b) Gesundheit in einigen Begriffsbestimmungen als vorhandenes Eigentum, über das jede/r von Natur aus verfügt, dargestellt werde, dann entstehe der Eindruck, dass hier etwas verkauft werden soll, was im Grunde niemand benötigt.

Aus den genannten Gründen erscheint es für die Arbeit der nichtmedizinischen Gesundheitsförderungsexpert(inn)en als besonders wichtig, erstens verbindliche *Qualitätskriterien* zu entwickeln und die Qualität ihrer Interventionen zu sichern, zweitens die Wirkungen ihrer Interventionen regelmäßig zu überprüfen und zu bewerten, also der Evaluation zu unterziehen, und drittens, ihre Interventionen bekanntzumachen und im Austausch mit anderen Expert(inn)en sowie mit allen Beteiligten weiterzuentwickeln, also die Kommunikation zu fördern.

Was die Qualitätssicherung betrifft, so bezieht sich der *Begriff Qualität* (vgl. Meggeneder 1997; Bös & Brehm 1998; Drupp & Osterholz 2001; Schwarzer et al. 2002; Naidoo & Wills 2003; Hartmann, Opper & Sudermann 2005; Faller 2005; Schnabel 2007b) darauf, in wie weit ein Satz von Merkmalen von Gütern oder Dienstleistungen die an sie gestellten Anforderungen erfüllt. Dabei ist nicht nur die Expert(inn)ensicht, sondern auch die Kunden- und Mitarbeiter(innen)zufriedenheit zu berücksichtigen. In Bezug auf das Erreichen von Qualität sind zwei Grundanschauungen zu unterscheiden: Entweder gibt es Qualitätsmaßstäbe bzw. genügt es, diese zu erreichen (Erfüllungsparadigma) oder es soll unabhängig davon die ständige Verbesserung angestrebt werden (Optimierungsparadigma). In beiden Fällen bedarf es des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung. Qualitätsmanagement umfasst Zielsetzung, Soll-Ist-Vergleich, Planung, Durchführung, Sicherung, und Auswertung in Bezug auf Qualitätsverbesserung und -erhalt. Qualitätssicherung bedeutet die laufende Überwachung, Bewertung und Verbesserung der Interventionen. Als Dimensionen der Qualität gelten nach Donabedian die Struktur- (z.B. materielle Rahmenbedingungen, Programme, Qualifikationen von Personen), Prozess- (Durchführung) und Ergebnisqualität, wobei Qualitätskriterien bestimmte Eigenschaften als Unterscheidungsmerkmale bezeichnen, Teilmerkmale die Art ihrer Umsetzung und Merkmalsausprägungen deren jeweiligen Grad festlegen. Da Interventionen zur Gesundheitsförderung meist im Spannungsfeld unterschiedlicher Interessen stattfinden, bedeutet dies, dass, wenn sie auf allgemeine Unterstützung stoßen wollen, ihre Qualitätskriterien, Teilmerkmale und Merkmalsausprägungen von Vertretern aller Beteiligten auszuhandeln sind.

Von Autor(inn)en der Gesundheitsförderung (Faller 2005; Schnabel 2007b): wurden folgende *Qualitätskriterien* hervorgehoben, die in der vorliegenden Arbeit besonders berücksichtigt werden: Bedarfsgerechtigkeit, Sachangemessenheit, Effektkongruenz und Nachhaltigkeit:

Bedarfsgerechtigkeit (vgl. Faller 2005; Schnabel 2007b) bedeutet, Erfordernisse aus Sicht von Fachleuten mit Bedürfnissen von Betroffenen abzugleichen, und dabei die gemeinsame Arbeit, die Lebenszusammenhänge und Wünsche der Betroffenen anstatt der Angebote der Expert(inn)en in den Mittelpunkt zu stellen.

Sachangemessenheit bezeichnet die Eignung der gesetzten Interventionen für die Zielerreichung, wobei im Vorfeld von deren Planung wohl zunächst das fachliche Wissen der Gesundheitsförderer/innen zu einer ersten Einschätzung und Entscheidung verhilft, im Laufe der Durchführung aber zunehmend die Bewertung durch die Betroffenen Gewicht bekommt (vgl. Faller 2005; Schnabel 2007b).

Effektkongruenz meint die Fähigkeit von Interventionen zur Gesundheitsförderung, das Erreichen der Systemziele, der Kernaufgaben des jeweiligen Settings, zu unterstützen. Sie spielt laut Faller (2005) für die Annahme und Beibehaltung von Interventionen zur Gesundheitsförderung eine entscheidende Rolle.

Nachhaltigkeit soll heißen, Gesundheitsförderung in den Strukturen von Organisationen zu verankern, sodass gesundheitsfördernde Prozesse und deren Wirkungen darin dauerhaft – auch nach dem Ende von Interventionen – weiter bestehen. (vgl. Schnabel 2007b).

Bedarfsgerechtigkeit, Sachangemessenheit, Effektkongruenz und Nachhaltigkeit, sowie die Qualitätssicherung im Hinblick auf diese Kriterien, gelten also (vgl. Schnabel 2007b) als wesentliche Grundsätze von Interventionen zur Gesundheitsförderung; weiters sollten diese einer Evaluation unterzogen werden.

Die Notwendigkeit von *Evaluation* in der Gesundheitsförderung ergibt sich daraus, dass Interventionen zur Gesundheitsförderung Zeit, persönlichen und politischen Einsatz, finanzielle und materielle Mittel, usw. benötigen. Da diese nicht unbegrenzt zur Verfügung stehen, bedarf es einer Rechtfertigung dieser Aufwendungen durch Gegenüberstellung mit ihren Erträgen. Darüber hinaus wird in der Planungsphase weiterer Interventionen eine Bewertungsgrundlage benötigt, um Entscheidungen über deren Auswahl und Gestaltung zu treffen. Diese Aufgaben erfüllt die Evaluation (vgl. Pfaff

2001; Ovreteit 2002): Das bedeutet die systematische, datengestützte Bewertung beziehungsweise vergleichende Einschätzung von Interventionen in soziale Systeme.

Dabei soll gezeigt werden (vgl. Ovreteit 2002), dass mit der Durchführung der Interventionen zur Gesundheitsförderung bedeutsame und gewünschte Ziele erreicht wurden (Effektivität) und dass Nutzen und Kosten dieser Interventionen für alle Beteiligten in einem günstigen Verhältnis zueinander stehen (Effizienz) sowie für alle annehmbar sind (Akzeptanz); weiters sollen die Interventionen und ihre Wirkungen nachvollziehbar werden (Dokumentation, Öffentlichkeitsarbeit). In der Evaluationsforschung werden Verfahren der Sozialforschung (Beobachtung, Befragung, Dokumentenanalyse, u.a.) angewendet.

Ziel der Evaluation ist nach Ovreteit (2002) Veränderung; allenfalls kann diese auch darin bestehen, das Bestehende beizubehalten, wenn es sich in der Evaluation bewährt, und es danach mit besserem Vertrauen weiterzuführen. Evaluationen können sich nach Dlugosch & Wottawa (1994) vielfach voneinander unterscheiden, etwa nach ihren Rahmenbedingungen, nach der Zielrichtung des Evaluationsmodells, nach Untersuchungsgegenständen und Ebenen, dem Zeitpunkt ihrer Durchführung, nach möglichen Bearbeitungsformen, und nach einfacher oder zusammenfassender Meta-Evaluation.

Die Evaluation kann laut Ovreteit (2002) aus verschiedenen *Perspektiven* erstellt werden: experimentell (es werden vor allem Zielerreichung und Wirkungsweisen der Intervention betrachtet); ökonomisch (Kosten-Nutzen-Gegenüberstellung); entwicklungsorientiert (um allenfalls in die laufenden Intervention einzugreifen); managementorientiert (um die Managementleistung im Verhältnis zu ihren Kosten zu verbessern); und phänomenologisch (bezieht die Erfahrungen der Betroffenen mit ein). Als Evaluationsstandards nach Sanders (2006) gelten die Nützlichkeit, die Durchführbarkeit (technisch-organisatorisch, politisch und wirtschaftlich), die Unterstützung der Dienstleistungsorientierung, sowie die Genauigkeit.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit soll eine für Interventionen der Gesundheitsförderung geeignete Evaluation in dem Sinne verstanden werden, dass sie entsprechend den übergeordneten Zusammenhängen und Bedingungen, unter denen die jeweilige Gesundheitsförderungsintervention stattfindet, auszugestalten sind.

Evaluation als Grundsatz für Interventionen der Gesundheitsförderung soll zu besseren Übersichtlichkeit und Bewertbarkeit ihrer Angebote beitragen, auch dadurch, dass ihre Ergebnisse ausreichend dokumentiert und nach Möglichkeit publiziert werden.

Um Interventionen der Gesundheitsförderung gemeinsam mit allen Beteiligten weiterzuentwickeln, und für mögliche Interessent(inn)en sichtbar werden zu lassen, bedarf es überdies einer gezielten *Kommunikation*; Schnabel (2007b) sieht darin sogar die wichtigste Aufgabe der Gesundheitsfördernden, unter anderem um gegenseitiges Verstehen von Expert(inn)en und ihren Klient(inn)en zu vermitteln; denn Expert(inn)en – die nach Berufsgruppe unterschiedliche Rollen einnehmen, mehr oder weniger Mitbestimmung und Nähe der Betroffenen zulassen, und diese in verschiedener Weise (als Patient(inn)en, Klient(inn)en, oder anders) bezeichnen - unterscheiden sich in ihrer Sicht- und Verhaltensweise deutlich von Betroffenen.

Dies liegt zum einen daran, dass Fremd- und Selbsteinschätzung von physischen, psychischen und sozialen Gesundheits- und Krankheitsstadien, sowie Meinungen von Fachleuten verschiedener Disziplinen, wie z.B. von Hurrelmann (2006) erwähnt, höchst unterschiedlich ausfallen können. Außerdem wird in vielen Berufsausbildungen nicht vermittelt, wie Betroffene als Beteiligte und Arbeitspartner(innen) mit ihrer persönlichen Sicht zur Problemlösung mit einbezogen werden, und auch Erfahrungen im Umgang mit größeren Gruppen fehlen (vgl. Naidoo & Wills 2003). Die Partizipation der jeweiligen Zielgruppen der Gesundheitsförderung, und ihre Befähigung und Ermächtigung (Empowerment), die eigenen Lebensverhältnisse mitzugestalten und zu verbessern, wird jedoch in den Gesundheitswissenschaften als wesentlicher Grundsatz und Voraussetzung erfolgreicher Gesundheitsförderung gesehen.

Da wie zuvor erwähnt erkannt wurde, dass Gesundheit maßgeblich in den verschiedenen Lebensbereichen bzw. Systemen in die die Menschen eingebunden sind, geprägt wird, erscheint es, wie Baric & Conrad (1999) und Schnabel (2007b) betonen, als wesentlich, dass Expert(inn)en der Gesundheitsförderung lernen, sich vor allem als *Organisationsentwickler(innen)* zu verstehen und sich dementsprechend neben pädagogischem, medizinischem und psychologischem Grundwissen vor allem sozialwissenschaftliche Kenntnisse und Managementfähigkeiten aneignen. Weiters raten etwa Naidoo & Wills (2003) den Expert(inn)en, im Umgang mit Klient(inn)en der Gesundheitsförderung die Grundsätze der Fürsorge, Gerechtigkeit, Schadensabwendung und Vertraulichkeit walten zu lassen; fachliche Begründungen ihrer Empfehlungen sowie allfällige Gegenmeinungen offen zu legen und ihre Vermittlung den Bedürfnissen der Nutzer anzupassen. Aufgrund der soeben beschriebenen mangelnden Übersichtlichkeit am Gesundheitsmarkt, stellt sich im Zusammenhang mit der Arbeit von Gesundheitsförderungsexpert(inn)en und Institutionen weiters die Frage nach ihrer Qualität, daher spielen Qualitätssicherung und Evaluation in der Gesundheitsförderung eine entscheidende Rolle.

Denn, wie schon erwähnt, herrscht bei den Dienstleistungen am Gesundheitsmarkt Unübersichtlichkeit der Ansätze zur Gesundheitsförderung, und diese mangelnde Überschaubarkeit lässt sich auch in der *wissenschaftlichen Auseinandersetzung* mit Gesundheit antreffen, wo sich eine große Bandbreite an Disziplinen und deren Grundanschauungen, Gesundheitsdefinitionen, Untersuchungsgegenständen und Methoden findet.

Wie sollten nun aber Gesundheitswissenschaften betrieben werden? Wie bereits dargestellt, betrachtet die Medizin Gesundheit nicht in jenem umfassenden Sinn, wie er von den Gesundheitswissenschaften verstanden wird, und auch in Bezug auf deren Aufgaben zeigen sich Unterschiede zwischen Medizin- und Gesundheitswissenschaft, wie unter anderem von Hurrelmann & Laaser (2003) beschrieben: Als Hauptaufgaben von Gesundheitswissenschaft – im Gegensatz zur Krankheitswissenschaft – sehen sie die Anleitung von Modellen zur Verbesserung gesundheitsrelevanter Lebens- und Arbeitsbedingungen, deren Umsetzung und Evaluation, sowie die Weiterentwicklung des Versorgungssystems. Zur Erreichung dieser Ziele empfehlen sie die Zusammenarbeit mehrerer Wissenschaftsdisziplinen, um die Gesundheit von Menschen in ihrem gesamten Lebenslauf sowie das gesundheitsbezogene Lernen von Organisationen zu fördern. In diesem Zusammenhang bedürfen Austausch und Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Praxis laut Bamberg et al. (1998) besonderer Sorgsamkeit. Multidisziplinäre Zusammenarbeit scheint demnach als wesentlicher Grundsatz von Gesundheitsförderung auf.

Die vorliegende Arbeit schließt sich dem *Gesundheitsförderungsansatz* der Gesundheitswissenschaft an, befürwortet somit verhältnisorientierte und partizipative Vorgehensweise im Rahmen multidisziplinärer und intersektoraler Zusammenarbeit, und betont die Notwendigkeit von begleitender Qualitätssicherung und Evaluation. Um im Rahmen der vorliegenden Arbeit weitere Grundsätze der Gesundheitsförderung herauszuarbeiten, wird die Berücksichtigung von Erkenntnissen aus ihren Grundlagenwissenschaften als notwendig erachtet; im folgenden werden daher in bezug auf Gesundheitsförderung bedeutsame Ansätze der Psychologie, der Soziologie sowie der Pädagogik kurz umrissen.

2.1.3.6 Psychologie

Den Untersuchungsgegenstand der Psychologie bilden psychische Strukturen und Abläufe. Zum Grundlagenwissen der Gesundheitsförderung tragen einige psychologische Subdisziplinen, wie z.B. die Persönlichkeits-, Sozial-, Gesundheits-, Arbeits- und

Organisationspsychologie (die beiden letzteren spielen speziell in der betrieblichen Gesundheitsförderung eine Rolle und sollen daher im nächsten Kapitel behandelt werden), bei.

In der *Persönlichkeitspsychologie* geht es um die Frage, in wie weit Gesundheit mit besonderen Veranlagungen und Mustern des Wahrnehmens und Handelns einzelner Personen zusammenhängt. Innerhalb der Persönlichkeitspsychologie findet sich eine Vielzahl von Ansätzen, die aber kaum erklären, warum manche Menschen krank werden und andere nicht (vgl. Schwenkmezger 1994). Eine reine Betrachtung und Beeinflussung des Verhaltens einzelner Menschen scheint daher im Sinne der Gesundheitsförderung zu kurz zu greifen; diese sollte demnach auch die sozialen und ökologischen Lebensverhältnisse der Menschen mit berücksichtigen.

Eine Stufe weiter in diese Richtung geht die *Sozialpsychologie*; diese betrachtet das Verhalten und Erleben einzelner Menschen in ihrer Wechselwirkung mit Gesellschaft bzw. Umwelt. Die Umwelt dient dabei nach Schwenkmezger & Schmidt (1994) als Objekt, Medium, Rahmenbedingung und Produkt. Der Sozialpsychologie lassen sich zum Beispiel Sozialisationstheorien, wie bei Hurrelmann (2006) beschrieben, zuordnen; diese gehen davon aus, dass Menschen ihre Persönlichkeit über die gesamte Lebensspanne hinweg in einer ständigen Auseinandersetzung mit ihrer inneren und äußeren Wirklichkeit entwickeln, wobei sie versuchen zu lernen und sich anzupassen, aber auch ihre Umwelt zu verändern; dabei stellen sich ihnen verschiedene Entwicklungsaufgaben, deren Bewältigung es erfordert, dass sie die Bedingungen ihres eigenen Körpers, ihre Psyche, ihrer Umwelt, sowie deren Veränderung, annehmen und im Rahmen der Möglichkeiten gestalten lernen; dafür müssen sie eine Identität, also eine überdauerndes Selbsterleben auf der Grundlage eines Selbstbildes entwickeln und aufrechterhalten. Prozessorientierung scheint somit als wesentlicher Grundsatz von Gesundheitsförderung auf.

Speziell auf das Thema „Gesundheit“ richtet sich die *Gesundheitspsychologie* (siehe u.a. bei Weitzkunat et al. 1997, Schwarzer et al. 2002) aus. Diese beschäftigt sich vor allem mit der psychischen Gesundheit, mit Modellen des Gesundheitsverhaltens, mit den Auswirkungen von Interventionen zur Gesundheitsförderung sowie mit deren Gestaltung.

Psychische Gesundheit kann nach Badura & Hehlmann (2003) als Fähigkeit zur Problemlösung und Gefühlsregulierung definiert werden. Dies bedeutet, zu erkennen und zu handeln, wo gestaltendes Eingreifen in die Lebensbedingungen möglich und sinnvoll ist, und gegenüber dem Unabänderlichen Gelassenheit zu entwickeln. Aus dieser

Beschreibung wird als wesentlicher Grundsatz von Gesundheitsförderung ersichtlich, Menschen zur besseren Lebensbewältigung zu befähigen und zu ermächtigen (Empowerment).

Als wesentlicher Einflussfaktor der Gesundheit gilt *Stress* (vgl. Zimbardo 1988), verstanden als "Muster spezifischer und unspezifischer psychischer und körperlicher Reaktionen des Organismus auf in- oder externe Reizereignisse, die das Gleichgewicht stören und Fähigkeiten zur Bewältigung strapazieren bzw. überschreiten und somit von den Individuen eine Anpassungsleistung verlangen" (S.575). Zu hohe wie auch zu niedrige Anforderungen, tägliche Widrigkeiten (daily hassles) und große Lebensereignisse (major life events) können von Menschen als willkommen, herausfordernd, bedrohlich oder gemischt wahrgenommen werden. Sie können psychische und physiologische, akute und chronische Wirkungen hervorrufen. Ihr Bewältigungsverhalten kann sich auf Aufmerksamkeitserhöhung oder Ablenkung, Problemlösung oder Gefühlsregulierung richten. Es kann je nach den gegebenen Wechselbeziehungen zwischen Mensch und Umgebung mehr oder weniger Entlastung bringen. Stress wird dann gesundheitsschädigend, wenn eine hohe Belastung sehr häufig auftritt, die Gewöhnung und Anpassung daran nicht gelingt, die Reaktion unangemessen heftig erfolgt oder nicht beendet werden kann (vgl. Kaluza 2000; Schwarzer et al. 2002). Im Laufe des Lebens kann es zur Aufschaukelung von Risikofaktoren kommen. Vor allem nach einem schwer beeinträchtigenden Ereignis, das über lange Zeit hinweg wirkt, ist Hurrelmann (2006) die Verletzbarkeit erhöht.

Zur Beantwortung der Frage, unter welchen Bedingungen sich Stress gesundheitsförderlich oder -schädlich auswirkt, wurden verschiedene theoretische Konzepte entwickelt; als besonders bedeutsam für den Ansatz der Gesundheitsförderung hat sich darunter das von Antonovsky (1987) erarbeitete *Konzept der Salutogenese* erwiesen; es erklärt die Entstehung von (vor allem psychischer) Gesundheit damit, dass Menschen in der Lage seien, schwerste Belastungen zu bewältigen, sofern sie in der Lage sind, diese in einen übergeordneten Sinnzusammenhang einzuordnen (Kohärenzsinn); dies äußert sich darin, dass sie die Ereignisse ihres Lebens als zu einem gewissen Grad vorhersehbar, bedeutsam, handhabbar sowie als lohnende Herausforderungen wahrnehmen (wie weiter unten noch genauer ausgeführt wird). Obwohl die Reichweite von Antonovskys Konzept in Forschung und Ergebnisanwendung begrenzt ist, hat sich „Salutogenese“ zu einem Schlüsselbegriff und wesentlichen Grundsatz der Gesundheitsförderung entwickelt. Der Salutogenese-Ansatz stellt die Frage nach der Entstehung von Gesundheit in den Mittelpunkt. Er bildet damit den Gegenbegriff zur „Patho-

genese“ (diese befasst sich mit der Entstehung von Krankheiten und steht, wie bereits beschrieben, im Mittelpunkt vor allem der biomedizinischen Sichtweise).

In der Salutogenese werden Krankheit und Gesundheit als zwei mögliche Lebensäußerungen gesehen, die als Pole auf einem *Kontinuum* oder mehreren Kontinua „vollständig gesund“ - überhaupt nicht gesund“ bzw. „vollständig krank - überhaupt nicht krank“ liegen und zwischen denen sich Menschen in verschiedenen Bereichen ihrer Befindlichkeit im Laufe des Lebens hin- und herbewegen. Dabei werden ständige Veränderung, Störung des Gleichgewichts und Unordnung (Heterostase) als dem Leben innewohnend betrachtet. Dass Menschen dabei auch krank werden, muss daher nicht verwundern. Als entscheidend erweist sich viel mehr die Frage, warum es immer wieder Menschen gelingt, in ihrem Leben voller Gefahren und Belastungen überhaupt vorwiegend gesund zu bleiben. Dies lässt sich laut Antonovsky (1997) eher dadurch erklären, dass man die Geschichte einer Person versteht, als durch die Kenntnis über den Erreger einer spezieller Krankheiten. Hier ist allerdings einzuräumen, dass er sich in erster Linie mit der seelischen Gesundheit auseinandersetzt.

Dass Menschen trotz widrigster Umstände ihre Widerstandskraft und ihr Selbstwertgefühl aufrechterhalten können, erklärt Antonovsky (1997) mit dem *Kohärenzsinn*: Dieser umfasst die Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit der eigenen Lebensverhältnisse. Die Summe der von innen und außen wirkenden Reize, auch wenn sie unerwünscht kommen, wird als geordnet, zusammenhängend, klar und vorhersehbar wahrgenommen. Weiters herrscht Zuversicht darüber, dass man selbst über die geeigneten Mittel und Möglichkeiten verfügt, die so eingeschätzte Herausforderung zu bewältigen, und dass sich der Einsatz und Aufwand zu diesem Unterfangen vernunft- und gefühlsmäßig lohnt. Ein weiterer wesentlicher Baustein der Salutogenese ist ihre Orientierung an Ressourcen – darunter können persönliche Fähigkeiten und Stärken sowie nutzbare Hilfsquellen verstanden werden – die Antonovsky (1997) in physikalische, biochemische, materielle, kognitive, emotionale, motivationale, soziale und makrostrukturelle unterteilt. Diese zu stärken, stellt demgemäß einen wesentlichen Baustein von Gesundheitsförderung dar.

Antonovsky (1997) empfiehlt, sowohl salutogenetische als auch pathogenetische orientierte Interventionen in gegenseitiger *Ergänzung* einzusetzen. Schnabel (2007b) argumentiert allerdings dagegen, dass die Vermengung beider Vorgehensweisen in der Praxis eher das falsche Bild aufrechterhält, dass Gesundheit auf dieselbe Weise gefördert werde, wie Krankheit verhindert wird. Antonovsky (1997) vermerkt Ähnlichkeiten und Überschneidungen seiner „Salutogenese“ mit anderen Auffassungen und Maßen

seelischer Gesundheit. Seine Untersuchungen belegen einen hohen Zusammenhang zwischen Kohärenzsinn und anderen Konzepten der Psychologie, wie Selbstwertgefühl, Optimismus, psychische Gesundheit, und Kontrollüberzeugung. Er sieht allerdings auch Grenzen der „Salutogenese“ in Bezug auf ihre Verallgemeinerbarkeit.

An Antonovskys Konzept wird unter anderem die nicht eindeutige Einordnung des Kohärenzsинns als Gesundheitsmerkmal oder Ressource, sowie seine bisher mangelnde Messbarkeit kritisiert (Hurrelmann 2006). Weiters bleiben darin das Gesundheitsverständnis der Betroffenen wie auch gesellschaftliche Zusammenhänge der Gesundheitsentstehung unberücksichtigt. Benger, Strittmatter & Willmann (2001) sehen in der „Salutogenese“ zum einen Entwicklungsmöglichkeiten für die Gesundheitswissenschaften, wie zum Beispiel in der einseitig auf Krankheitswirkungen ausgerichtete Stressforschung zusätzlich zur „Pathodiagnostik“ auch eine „Salutodiagnostik“ einzuführen. Schwierigkeiten vermuten sie im Rahmen der Gesundheitsförderung auch dadurch, dass Krankheit und Tod als zum Leben gehörig hingenommen werden, aber auf eine medizinisch-pathogenetisch sozialisierte Klientel stossen. Eine Gefahr wird auch in der Berücksichtigung und damit in einer möglichen Beeinflussung oder Bevormundung aller – auch sehr privater – Lebensbereiche gesehen.

Insgesamt hilft das Konzept der Salutogenese, „den Menschen als ein deutendes, fühlendes und planendes Wesen, dessen Befinden zuallererst von der Verfügbarkeit sinnstiftender Tätigkeiten, von der Aufmerksamkeit, Zuneigung und Anerkennung durch Mitmenschen sowie von der Versteh- und Beeinflussbarkeit seiner Lebensumstände abhängt“ (Badura & Hehlmann 2003, S.8) zu begreifen und bei der Gesundheitsförderung zu berücksichtigen.

Grundlinie von Modellen des *Gesundheitsverhaltens*, die z.B. bei Schwarzer et al. (2002) beschrieben werden, ist es, dass Menschen als handelnde Personen gesehen werden, die immer wieder Hinweisreize wahrnehmen und diese als Bedrohungen, Herausforderungen bzw. Chancen deuten; dies motiviert sie zur Verhaltensänderung (Lernen), und einer darauf bezogenen Kosten-Nutzen-Abwägung und Entscheidung, sowie zur Planung, Vorbereitung, Durchführung und Auswertung ihres Vorhabens. Der Weg zum gewählten Ziel ist von Unsicherheit, Entscheidungen und Barrieren geprägt. Mitentscheidend für deren Überwindung und zur Zielerreichung ist dabei ihre Volition (Willensstärke). Während die statischen Gesundheitsverhaltenstheorien und ihre Derivate von gleich bleibenden Einstellungen und Entschlossenheiten sowie starker Verunsicherorientierung ausgehen, messen die dynamischen Theorien dem Wechsel von

einer Stufe der Veränderungsbereitschaft zur nächsten die besondere Bedeutung zu, wobei Entscheidungsabwägung und Selbstwirksamkeit den Ausschlag geben.

Weiters spielen, wie bei Schnabel (2007b) und Hurrelmann (2006) beschrieben, Theorien gesundheitsbezogenen Lernens eine entscheidende Rolle, wobei unter Lernen erfahrungsbedingte Verhaltensänderung verstanden wird. Der Nachteil dieser Theorien des Gesundheitsverhaltens ist die mangelnde Berücksichtigung emotionaler Einflüsse. Dies bedeutet für Interventionen zur Gesundheitsförderung, dass reine Wissensvermittlung zur Verhaltensänderung nicht ausreicht – damit Menschen gesündere Verhaltensweisen wählen, benötigen sie unterstützende Umwelten – die Grundsätze der Verhältnisorientierung und des „die gesündere Wahl zur leichteren machen“ (change facilitation) kommen also zum Tragen.

Diese Erkenntnisse betreffen vor allem das sogenannte „*Risikoverhalten*“. Darunter werden meist Verhaltensweisen, die zu einer kurz- oder langfristigen, vor allem körperlichen Schädigung oder Gefährdung führen – wie Suchtmittelmissbrauch, Fehlernährung, Bewegungsmangel, sowie selbst- und fremdschädigende Handlungen – verstanden. Risikoverhalten stellt häufig einen Bewältigungsversuch schwieriger Lebensverhältnisse dar (vgl. z.B. Schwarzer 2002). Es wird je nach Veranlagung, sozialer Herkunft, Lebensgeschichte und Umfeld in bestimmten Arten und Ausprägungen ausgeübt, die mit persönlichem Sinn unterlegt sind. Es stimmt mit anerkannten Werten bedeutsamer Bezugspersonen bzw. -gruppen überein und ist mit geglaubten Vorteilen oder tatsächlichen Belohnungen für die Person verbunden.

Risikoverhalten bildet, wie etwa Beckers (1991) und Hurrelmann (2006) erklären, unter anderem einen unverzichtbaren Bestandteil der Lebensphase Jugend mit der Bewältigung einer dichten Abfolge von Entwicklungsaufgaben wie Ablösung von den Eltern, Finden der eigenen Geschlechterrolle und Übernahme von Erwachsenenverhalten. Bei Erwachsenen dient Risikoverhalten dazu, Angst, Depressivität und Ärger zu bekämpfen, die Stimmung zu verbessern, die Aktivierung zu regulieren, oder unbefriedigte Bedürfnisse in anderen Handlungsbereichen auszugleichen. Dabei besteht ein enger Zusammenhang zwischen individuellem Verhalten und den Lebensverhältnissen der Menschen. Für die Gesundheitsförderung ergibt sich daraus als wesentliche Grundlage Verhaltens- und Verhältnisorientierung ihrer Interventionen.

Analog zum Risikoverhalten kann demnach auch von *Risikoverhältnissen* (z.B. von Badura & Hehlmann (2003), Grande (2003), und Hurrelmann (2006) beschrieben) gesprochen werden; darunter werden gefährdungsreiche physische und soziale Umwelten verstanden. In vielen Ländern der Erde äußern sich diese in Form von Nahrungs-

mangel, Wohnungsnot, Umweltgefahren, Naturkatastrophen, körperlichen Arbeitsbelastungen und -gefährdungen, Krankheiten und Kriegen, die die Menschen im täglichen Überlebenskampf fordern; in der industrialisierten Welt zielen die Alltagsbedrohungen, wie Hurrelmann (2006) es schildert, mehr auf den unsicheren Stellenwert der einzelnen in der Gesellschaft, auf die persönliche Lebensplanung oder das Selbstwertgefühl; sie werden nicht mehr gemeinschaftlich erlebt und geteilt, daher erfahren sich einzelne Menschen damit ganz auf sich gestellt und für allfälliges Scheitern allein verantwortlich – diese Entwicklung wird von Hurrelmann (2006) als für den Anstieg psychosozialer Probleme in diesen Gesellschaften verantwortlich gesehen.

Für die Gesundheitsförderung kann diese letztere Erkenntnis bedeuten, den Aufbau von sozialen Netzwerken und gegenseitiger Unterstützung als wesentliche Aufgabe zu betrachten, und dabei zu berücksichtigen, dass jede Art von Einbindung in Gruppen und Gemeinschaften auch sozialen Druck bedeutet, der bis hin zu schweren Konflikten und Gesundheitsbelastungen reichen kann. Weiters kommen Menschen nicht umhin, einen großen Teil ihrer Lebensaufgaben im Rahmen der Regelwerke und Abläufe großer Organisationen erfüllen und sich deren Machtverhältnissen unterordnen zu müssen – die dort erfahrene Fremdbestimmung kann sich ebenfalls „krankmachend“ auswirken. Gesundheitsförderung sollte daher auf die Entwicklung der Systeme, in die Menschen eingebunden sind, hinzielen (vgl. Grossmann & Scala 1994), also dem Grundsatz systemischer Vorgehensweise folgen.

Systemisches Vorgehen ist deshalb vonnöten, weil Risikofaktoren aus Lebensbedingungen und solche aus den Verhaltensweisen der Menschen, so Schnabel (2007b) *komplex* zusammenwirken (in vielen Fällen können daher auch nur Schädigungs- bzw. Erkrankungswahrscheinlichkeiten errechnet werden). Außerdem können manche Verhaltensweisen und Umweltgegebenheiten je nach Zusammenhang und Ausprägung als Ressource oder Risiko wirken, wie etwa starke soziale Bindungen als mögliche Unterstützung aber auch als Einschränkung von Selbstbestimmung und Bedürfnisbefriedigung erlebt werden können. Dies ist jedoch nicht typisch; laut Ducki (2000) liegen Belastungen und Ressourcen nicht spiegelbildlich zueinander. Erstere scheinen eher mit Krankheiten und Störungen, zweitere eher mit Verbesserungen in Handlungsfähigkeit und Zufriedenheit zusammenzuhängen.

Es ist also nicht immer einfach und eindeutig zu entscheiden, welches Verhalten und welche Lebensbedingungen als gesundheitsförderlich oder -schädlich zu beurteilen sind – vor allem nicht aus der Außensicht (auch) von Expert(inn)en. Versuchen Expert(inn)en, das Risikoverhalten von Menschen – auch gegen deren Widerstand – zu

verändern, wird meist nicht berücksichtigt, welchen Bedürfnissen und Befindlichkeiten der Betroffenen dieses Verhalten folgt, und dass diese damit versuchen, mit für sie sonst unerträglichen Lebensbedingungen zurechtzukommen (vgl. Hurrelmann 2006). Dies bedeutet für Gesundheitsförderung, dass sie dem salutogenetischen Grundsatz folgen sollte, Menschen ihr Handeln im Rahmen verstehbarer und handhabbarer Anforderungen, in Übereinstimmung mit bedeutsamen persönlichen Werten und übergeordnet wahrgenommenen Sinnzusammenhängen zu ermöglichen und dabei ihre Ressourcen zu stärken.

Um der Frage nach der Verbesserung von Gesundheitsverhalten und Gesundheitsverhältnissen nachzugehen, erarbeitet die Psychologie auch verschiedene Theorien und Modelle zur *Gestaltung von Gesundheitsinterventionen*, wie z.B. bei Dlugosch (1994) beschrieben; in diesem Zusammenhang kristallisierten sich als entscheidende Grundsätze der Gesundheitsförderung die Verhaltens- und Verhältnisorientierung, die intersektorale Zusammenarbeit, und das Erleichtern von Veränderungen (change facilitation) heraus.

Nicht nur die Gestaltung, sondern auch die *Auswirkungen von Interventionen* – etwa auf Wohlbefinden, Angst bzw. Ängstlichkeit, Depressivität, Stimmung, und Aktivierung, sowie auf das Gesundheitsverhalten von Menschen – werden im Rahmen psychologischer Forschung in der Gesundheitsförderung untersucht. (vgl. Schwarzer et al. 2002).

Die *Grenzen der Psychologie* liegen allerdings darin, dass sie in erster Linie einzelne Menschen betrachtet und dementsprechend auch ihre Interventionen vorwiegend individuumszentriert gestaltet. Weiters liegt einigen gesundheitspsychologischen Modelle und Theorien teilweise ein unscharfes oder an Krankheit ausgerichtetes Gesundheitsverständnis zugrunde (wie zum Beispiel Antonovsky (1987), der Gesundheit als Endpunkt eines Kontinuums mit dem Gegenpol Krankheit beschreibt).

Einige ihrer Aussagen liefern jedoch wesentliche Ausgangspunkte für Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. So etwa mit dem Einverständnis darüber, dass Menschen in ihrem Verhalten nicht einfach durch Außenreize steuerbar sind, sondern sich selbst und ihre Umwelt eigenständig wahrnehmen und erleben, sich Ziele setzen, Pläne schmieden, diese durchführen und auswerten. Damit diese Fähigkeiten im Einklang mit den Anforderungen, die an sie gestellt werden, mit eigenen Bedürfnissen, und Werten übereinstimmen, müssen Menschen darin Sinnhaftigkeit (siehe Antonovsky 1987) erkennen und Selbstbestimmung erleben können. Wenn Gesundheitsförderung folglich an bedeutsame Motive der Menschen anknüpft und ihnen hilft, allfällige Hindernisse für das Erreichen von Verhaltens- und Lernzielen zu überwinden – ist anzu-

nehmen, dass Menschen ihre Handlungsfähigkeit und Gesundheit verbessern und erhalten können.

Da Gesundheit in den Gesundheitswissenschaften nicht nur als Angelegenheit von Individuen, sondern als in engem Zusammenhang mit gesellschaftlichen Verhältnissen (siehe Hurrelmann 2006) verstanden wird, stammt weiteres wesentliches Grundlagenwissen zur Gesundheitsförderung aus den Sozialwissenschaften.

2.1.3.8 Soziologie

Im Rahmen der Gesundheitswissenschaften liefern vor allem die soziologischen Subdisziplinen Gesundheits-, Medizin-, Arbeits- und Organisationssoziologie (die letzteren beiden sind vor allem für die betriebliche Gesundheitsförderung bedeutsam und sollen daher im folgenden Kapitel behandelt werden) Handlung leitende Erkenntnisse. Während die Medizinsoziologie sich hauptsächlich mit dem Medizinsystem auseinandersetzt, beforscht die Gesundheitssoziologie (siehe Hurrelmann 2006) gesellschaftliche Bedingungen für die Entstehung von Gesundheit und Krankheit, Gesundheitssysteme, sowie den Einfluss gesellschaftlicher Teilsysteme auf die Gesundheit. Sie definiert zum einen die soziale Gesundheit, zum anderen legt sie einige soziologische Theorien und Modelle auf die Gesundheitsförderung um.

Soziale Gesundheit kann, ausgehend von der teils soziologisch, teils psychologisch beeinflussten Sozialisationstheorie, nach Hurrelmann (2006) auch als Ergebnis einer gelungenen Entwicklung eines Gleichgewichts zwischen gesellschaftlichen Anforderungen und eigenen Bedürfnissen, zwischen Selbsterleben und Austausch mit anderen, also als Fähigkeit zur sozialen Rollenerfüllung definiert werden. Umgekehrt gesehen, wirken sich die Blockierung von Handlungschancen, der Entzug sozialer Positionen, das Vorenthalten angemessener Belohnungen (Gratifikationskrisen) und der Ausschluss aus signifikanten gesellschaftlichen Bindungen besonders gesundheitsschädigend auf Menschen aus (vgl. Schwarzer et al. 2002). Dies bedeutet für die Grundsätze der Gesundheitsförderung, dass die Fähigkeit zur sozialen Rollenerfüllung Bestandteil eines umfassenden (biosychoökosozialen) Gesundheitsverständnisses, und die Einbindung von Menschen in soziale Netzwerke sowie das Schaffen gegenseitiger Unterstützung ein wesentliches Ziel von Interventionen zur Gesundheitsförderung bilden sollte.

Was die für die Gesundheitswissenschaften bedeutsamsten soziologische *Theorien und Konzepte* betrifft, so nennt Hurrelmann (2006) vor allem die Rollen- und System-

theorie, Konzepte sozialer Netzwerke, Gesellschaftstheorien, Konzepte von sozialer Ungleichheit sowie von sozialen Krisen.

Rollentheoretische Ansätze sehen Gesundheit vor allem auch als Fähigkeit, gesellschaftlich gestellten Verhaltenserwartungen zu entsprechen. Gesundheitsstörungen können eine Veränderung dieser Anforderungen bewirken, zum Beispiel indem die Krankenrolle angenommen wird und damit neue Rechte und Pflichten begründet werden (Hurrelmann 2006). Diese Sichtweisen lassen erstens darauf schließen, dass die soziale Gesundheit nicht unbedingt eng mit der biologischen Gesundheit zusammenhängen muss, und zweitens, dass Gesundheitsverhältnisse und soziale Rollenverteilungen wandelbar sind; dies verdeutlicht demnach die Notwendigkeit, in der Gesundheitsförderung einerseits die Fähigkeit zur sozialen Rollenerfüllung und andererseits mögliche Veränderungen im Sozialgefüge und in den Gesundheitsverhältnissen im Auge zu behalten – also prozessorientiert zu handeln.

Unter *systemtheoretischem Blickwinkel* (vgl. Hurrelmann 2006) werden Menschen als in verschiedene Systeme (z.B. Settings) eingebunden betrachtet. Ein System besteht aus Elementen, die zu einem übergeordneten Ganzen zusammengesetzt sind. Diese Gesamtheit verfügt über andere Eigenschaften und mehr Möglichkeiten als ihre Einzelteile, die in unterschiedlicher Form miteinander zusammenhängen und wechselwirken können; sie dient bestimmten Zielen und Zwecken, behandelt im Rahmen ihres Aufbaus und ihrer Beziehungen zur Umgebung gewisse Aufgaben und folgt dabei eigenen Regeln und Abläufen. Systeme zeichnen sich meist durch bestimmte Strukturen (z.B. Politik, Einrichtungen, Person(en), Regelungen, Ressourcen), Prozesse (z.B. Analyse, Diagnose, Planung, Durchführung, Qualitätssicherung, Evaluation) und Außenbeziehungen (z.B. Einbindung in Netzwerke von Systemen) aus; sie entwickeln sich gemäß ihres selbst gegebenen Sinnes und ihrer selbst entwickelten Arbeits- und Austauschverfahren.

Systeme können laut Grossmann & Scala (1994) nur jenen Ausschnitt der Wirklichkeit wahrnehmen, der zur Selbsterhaltung und Erfüllung ihrer Ziele beiträgt; neue Probleme können von einem System nur dann aufgegriffen werden, wenn sie mit den Werten des Systems vereinbar, in seiner Sprache fassbar, mit seinen Mitteln bearbeitbar sind und mit der Lösung seiner Kernaufgaben verknüpft werden können. Jede innere Veränderung des Systems erfordert dabei Abstimmung seiner Verbindungen nach außen und umgekehrt. Umwelteinflüsse werden im System nach bestimmten Spielregeln verarbeitet. Durch Störungen kann Systementwicklung angestoßen werden, ihre Richtung ist dabei aber nicht vorhersehbar, und da jede Veränderung innerhalb eines Systems

mehrfache Auswirkungen zeitigen kann, gilt es mögliche Streu-, Neben- und Wechselwirkungen von Interventionen mitzudenken bzw. gezielt zu planen. Um die Gesundheit von Menschen in einem System umfassend zu fördern, bedarf es daher einer gezielten Organisationsentwicklung, die wohl an mehreren Punkten ansetzen sollte – am Individuum (Lernen und Persönlichkeitsentwicklung), an den sozialen Bedingungen (Kommunikation und Führung), und an der Organisation als Ganzes.

Da *Veränderung in Organisationen* (siehe Grossmann & Scala 1994) vielfach Widerstand erzeugt, gilt es dabei gemeinsam zu klären, was bewahrt werden soll und welches Ausmaß der Veränderung in der jeweiligen Entwicklungsphase der Organisation verarbeitet werden kann. Erkenntnisse aus der Systemtheorie lassen darauf schließen, dass systemische Vorgehensweise einen wesentlichen Grundsatz von Interventionen der Gesundheitsförderung darstellt und dass Gesundheitsförderung somit als Organisationsentwicklung betrieben werden soll.

Organisationen stellen einen wesentlichen, aber nicht den einzigen Ansatzpunkt von Interventionen der Gesundheitsförderung dar. Eine weitere tragende Rolle im Hinblick auf Gesundheitsförderung kommt nach Schwarzer et al. (2002) den *sozialen Netzwerken* zu.

Während die zunehmende Verbreitung psychosozialer Erkrankungen in den Gegenwartsgesellschaften z.B. von Hurrelmann (2006) damit erklärt wird, dass sich Menschen in individualisierten Gesellschaften – durch Verlust verbindlicher Werte und der Zugehörigkeit zu Gemeinschaften, durch Auflösung von Bindungen und Grenzen, und auch in Bezug auf ihre Lebensabschnitte und -übergänge – mit wesentlichen Entwicklungsaufgaben als auf sich allein gestellt erleben, können soziale Netzwerke die Gesundheit stärken, indem sie soziale Unterstützung vermitteln; dabei helfen laut Badura & Hehlmann (2003) „starke“ partnerschaftliche, verwandtschaftliche oder freundschaftliche Bindungen vor allem im Umgang mit eigenen Gefühlen und hohen Belastungen; aber auch die „schwachen“ Bindungen innerhalb größerer Gemeinschaften werden benötigt, um Alltagsprobleme in vielfältigen Lebensbereichen zu lösen, und allenfalls auch, um sich von zu starkem Druck innerhalb der engeren Beziehungen und Gruppen frei zu spielen.

Hurrelmann (2006) sieht in der Geborgenheit innerhalb dieser Netzwerke Möglichkeiten zur Sinnstiftung, zur Aufrechterhaltung von Selbstwertgefühl sowie zur Bewältigung von Krisen; allerdings seien die Chancen, sich solche Netzwerke aufzubauen bzw. darin aufgenommen zu werden, also „soziales Kapital“ zu bilden, sozial ungleich verteilt. Die innerhalb solcher Netzwerke erfahrene soziale Unterstützung kann nach

Schwarzer et al. (2002) die seelische Gesundheit fördern; allerdings kann der Einfluss belastender Beziehungen noch schwerer wiegen. Gesundheitsförderung als Beitrag zur sozialen Rollenerfüllung einerseits und als Ermöglichung von mehr Selbstbestimmung kann also gefordert sein, mit widersprüchlichen Zielsetzungen umzugehen.

Dies legt die Schlussfolgerung nahe, dass es als wichtiger Grundsatz der Gesundheitsförderung gelten muss, sich grundsätzlich an den sozialen Lebensverhältnissen der Menschen zu orientieren (biopsychosoziales Gesundheitsverständnis und Verhältnisorientierung), Netzwerke zu bilden, sowie Menschen dabei zu befähigen und zu ermächtigen (empowern), ihre Gesundheitsbedingungen (und damit ihre Voraussetzungen für selbst bestimmte bedürfnisgerechte soziale Rollengestaltung) zu verbessern.

Gesellschaftstheorien setzen sich unter anderem mit dem soeben erwähnten schwierigen Ausgleich zwischen Selbst- und Fremdbestimmung, mit Krankheit auslösenden Merkmalen sozialer Normen und Anforderungen, mit der gesellschaftlichen Aushandlung des Verständnisses von Gesundheit und Krankheit, sowie mit sozialer Ungleichheit, auseinander (vgl. Hurrelmann 2006).

Letzterer Punkt – die *soziale Ungleichheit* – erscheint aus Sicht der Gesundheitswissenschaft (z.B. Naidoo & Wills 2003) besonders bedeutsam für Gesundheitsverhalten und Gesundheitsverhältnisse der Menschen. Von sozialer Ungleichheit bzw. Ungerechtigkeit wird dann gesprochen, wenn die in jeder Gesellschaft zwischen einzelnen Menschen und Gruppen gegebenen Unterschiedlichkeiten in Bezug auf Lebenschancen als unnatürlich, nicht mehr nachvollziehbar und ungerechtfertigt erscheinen.

Zwar bildet die Unterschiedlichkeit bzw. *Vielfalt (diversity)* von Lebensformen und Lebensweisen eine wesentliche Voraussetzung für Überleben und Weiterentwicklung einzelner Lebewesen und deren Gesellschaften. Sie erhöht die Bandbreite an Möglichkeiten, neue Herausforderungen zu bewältigen, zu lernen und die eigenen Lebensbedingungen zu verbessern; und Menschen unterscheiden sich zwangsläufig nach Alter, Geschlecht und Veranlagung sowie nach ihrer Herkunft, Lebensgeschichte, Kultur, und anderen Merkmalen. Weiters bestehen bis zu einem gewissen Grad – zwischen einzelnen Menschen und zwischen Gruppen – immer auch Unterschiede hinsichtlich ihrer Möglichkeiten zur Bedürfnisbefriedigung, das heißt in bezüglich ihrer materiellen Lebensbedingungen, ihrem Schutz und ihrer Sicherheit inklusive Versorgung im Bedarfsfall, ihrer sozialen Einbindung, ihrer Anerkennung durch Bildung, Beruf und Einkommen sowie ihrer Möglichkeiten zur Selbstverwirklichung (sieh z.B. Naidoo & Wills 2003).

Was diese Unterschiede betrifft, so gehen Gesellschaftstheorien (siehe bei Hurrelmann 2006) davon aus, dass jede Gesellschaft ein gewisses Maß an solcher Ungleichheit (inequality) hinnimmt, solange dies mit den darin allgemein geltenden Vorstellungen von Gerechtigkeit (*equity*) vereinbar sei. Tritt allerdings ein dauerhaftes Benachteiligungsgefühl auf, so führe dies zum Verlust des grundlegenden Zusammengehörigkeitsgefühls, sowie des Regel- und Wertbewusstseins. Werden einzelne Menschen oder Gruppen ausgegrenzt (Exklusion), also bei der Verteilung bedeutsamer Güter nicht berücksichtigt, werden ihnen Anerkennung und Rechte vorenthalten, Mittel und Möglichkeiten zur Bedürfnisbefriedigung entzogen, werden sie aus bestimmten Lebensbereichen und Handlungsfeldern ausgeschlossen, und in anderen abgewertet, so führe dies auch zur Verschlechterung ihrer Gesundheit. Soziale und gesundheitliche Chancengleichheit bzw. Ungleichheit erscheinen demnach als eng miteinander verknüpft.

Soziale Ungleichheit geht somit auch mit Ungleichheit bzw. Ungerechtigkeit bezüglich der Gesundheitschancen einher, wie dies z.B. Borgers & Steinkamp (1994) genauer ausführen – wobei noch nicht hinreichend geklärt sei, ob die beobachteten Gemeinsamkeitsverläufe als soziale Verursachung von Gesundheitsproblemen, als soziale Auslese Gesunder oder als Kombination von beiden anzusehen seien – die erste Erklärung werde jedoch am ehesten durch Forschungsergebnisse bestätigt.

Ein häufig im Zusammenhang mit sozialer Ungleichheit (z.B. von Hurrelmann 2006) zitiertes Konzept ist der „Habitus“ von Bourdieu. Darunter werden die im Laufe der persönlichen Entwicklung durch Zugehörigkeit zu einer bestimmten gesellschaftlichen Gruppe entstandenen und verfestigten Ausdrucksformen der Lebensführung mit einem jeweils bestimmten Muster von Einstellungen, Fähigkeiten und Gewohnheiten beschrieben, welche Gruppenzugehörigkeit sowie Unterstützung vermitteln, und Verhaltensweisen mit Einfluss auf die Gesundheit prägen. Auf diese Weise führt soziale Ungleichheit, so Hurrelmann (2006) zu Unterschieden in Belastungen, Bewältigungsmöglichkeiten und der Versorgung (wobei in den Gegenwartsgesellschaften zunehmend der Einfluss finanzieller Ressourcen (Einkommen plus Vermögen) zum Tragen kommt), und damit wiederum zu Unterschieden im gesundheitsbezogenen Verhalten und der Gesundheit.

Noch dazu erreichen derzeitige Aktivitäten zur Krankheitsvorbeugung vor allem jene Bevölkerungsgruppen, die wenig Risiken aufweisen, aber kaum die Angehörigen der unteren sozialen Schichten, deren Risiko mehrfach erhöht ist – man spricht hier vom „Präventionsdilemma“ (vgl. Kickbusch & Payne 2003; Hurrelmann 2006, Schnabel

2007b): Die Ursache dafür wird darin gesehen, dass viele Maßnahmen bislang am Verständnis und den Möglichkeiten der Unterschichtangehörigen vorbeigehen. In vielen Ländern entstehe ein Zwei-Klassen-Medizinsystem, und es stelle sich laut Kickbusch & Payne (2003) die Frage, ob es nicht auch bald eine Zwei-Klassen-Gesundheitsförderung geben werde. Soziale und gesundheitliche Chancengleichheit stellen ein entscheidendes Problem der Gegenwartsgesellschaften dar, denn obwohl sich in den letzten Jahrzehnten nach Hurrelmann (2006) und Bauer & Bittlingmayer (2006) die Grenzen zwischen Bevölkerungsschichten verändert haben, wurden Ungleichheitsverhältnisse nicht gänzlich aufgelöst; darüber hinaus kommt es häufiger zur Statusinkonsistenz – indem sich Bildungsstand, Einkommen und gesellschaftliches Ansehen nicht auf der selben Stufe befinden – wodurch sich Widersprüche zwischen verschiedenen Rollenerwartungen und Handlungsmöglichkeiten, und damit besonders starke Gesundheitsgefährdungen ergeben. Soziale und gesundheitliche Chancengleichheit bilden demnach wesentliche Grundsätze der Gesundheitsförderung im Sinne der Zielsetzung „Gesundheit für alle“ der WHO (1986).

Erreicht soziale Ungleichheit ein für die Betroffenen unerträgliches Ausmaß, dann kann es zu *sozialen Krisen* kommen. Darunter werden nach Schwarzer et al. (2002) Veränderungen im Verhalten der Menschen verstanden, die wesentliche Grundwerte und Institutionen der Gesellschaft bedrohen. Diese Krisen können durch starken Mangel an Gegenseitigkeit und empfundener Gerechtigkeit im Geben und Nehmen entstehen, welche Selbstwirksamkeit und Selbstwert der Menschen, sowie deren Zusammenhalt innerhalb von Gemeinschaften schwer beeinträchtigen; und diese sozialen Krisen wirken sich ihrerseits schwerwiegend auf Gesundheitsverhalten und -verhältnisse der Menschen aus. Dies zeigt, als wie wichtig sich soziale und gesundheitliche Gerechtigkeit nicht nur für die Gesundheit einzelner Menschen, sondern auch für gesellschaftlichen Zusammenhalt und das Funktionieren verschiedener gesellschaftlicher Systeme erweist. Die Grundsätze der Chancengleichheit, der systemischen Vorgehensweise und der Stärkung von sozialen Netzwerken erscheinen demnach als besonders wesentlich für Interventionen der Gesundheitsförderung.

In einem weiteren Zusammenhang mit gesundheitlicher Chancengleichheit steht auch die Frage nach der *Geschlechtergerechtigkeit* (vgl. Kuhlmann & Kolip 2005), mit der sich die Geschlechterforschung (gender studies) beschäftigt. Diese geht davon aus, dass Geschlechtlichkeit Lebensentwürfe und Verhaltensweisen von Menschen nicht als rein biologisches Merkmal (sex) mit nur zwei möglichen Ausprägungen männlich-weiblich bestimmt, sondern von Menschen durch gesellschaftliche Einflüsse geprägt

entwickelt und immer wieder aufs Neue in nahezu allen Bereichen seines Handelns hergestellt wird (doing gender).

Die *Geschlechterforschung* setzt sich damit auseinander, wie sich diese soziale Konstruktion von Geschlechtlichkeit auf das Zusammenleben der Menschen auswirkt (vgl. Franzkowiak 2004, Kuhlmann & Kolip 2005): Auch wenn Unterschiede einzelner Merkmale innerhalb von Frauen- oder Männergruppen größer ausfallen können als zwischen Männern und Frauen, durchdringe Geschlechtlichkeit alle Bereiche der Gesellschaft, selbst dort wo dies in ihrem verflochtenen Bedingungsgefüge nicht immer offensichtlich erscheint.

Die *traditionelle Gesellschaft* sei in ihren Machtgefügen zweigeschlechtlich geordnet; dies entspreche aber nicht den vielschichtigen Bedürfnissen der Menschen, und erschwere auch die Bewältigung gesellschaftlicher Herausforderungen. Damit Menschen ihre Möglichkeiten zur Lebensgestaltung im Einklang zwischen eigenen Wünschen und übergeordneten gesellschaftlichen Zielen entfalten können, müssen sie daher befähigt und ermächtigt werden, bei der Ausgestaltung ihrer Frauen- oder Männerrolle aus einer Vielzahl von Verhaltensweisen auszuwählen, ihre persönlichen Werte eigenständig zu verwirklichen und sich mehreren und unterschiedlichen Gruppen zugehörig zu fühlen (Pluralismus).

Es komme demnach dort zur *Benachteiligung* von Frauen oder Männern, wo geschlechtliche Unterschiede in verschiedenen Handlungsfeldern ausgeblendet werden (Geschlechterblindheit, Genderinsensibilität); indem Merkmale von Frauen als Abweichungen von Männer-Normen gesehen werden (Androzentrismus) und umgekehrt; oder wo davon ausgegangen werde, dass für Männer und Frauen stets verschiedene Bewertungsmaßstäbe zu gelten haben (vgl. Kuhlmann & Kolip 2005).

Geschlechtergerechte Politik zielt daher meist darauf ab, bei allen ihren Entscheidungen geschlechterbezogene Sichtweisen zu berücksichtigen, diese also als Querschnittsthema „in den Hauptstrom“ zu bringen (gender mainstreaming) (siehe Franzkowiak 2004, Kuhlmann & Kolip 2005), denn erst wenn geschlechtlich bedingte Ungerechtigkeiten erkannt werden, können Ziele wie „Gesundheit für alle“ erreicht werden; es bedürfe daher Aktivitäten wie Bewusstseinsbildung, Schulung, Ausbildung, Bewertung und Prüfung von Verhältnissen und ihrer dementsprechenden Veränderung. Dabei erfordert die Bearbeitung verschiedener Aufgaben in manchen Fällen geschlechtsspezifische (eingeschlechtliche), in anderen wiederum geschlechtssensible (gemischte) Gruppen.

Gender wirkt sich laut Franzkowiak (2004) und Kuhlmann & Kolip (2005) wesentlich auf *Gesundheitsverhalten und -verhältnisse* aus, indem Männer und Frauen unterschiedliche Bedingungen in ihrer Lebens- und Arbeitsumgebung vorfinden, sich unterschiedlichen Rollenerwartungen stellen müssen, unterschiedlichen Belastungen ausgesetzt sind und zu ihrer Bewältigung auf unterschiedliche Ressourcen zurückgreifen greifen; sie unterscheiden sich weiters nach ihrem Gesundheitsverständnis und der Art, wie sie über Gesundheit sprechen, Angebote nutzen, und Hilfe in Anspruch nehmen.

Daher kommt der *Geschlechtergerechtigkeit* für die Bevölkerungsgesundheit hohe Bedeutung zu, wie Kuhlmann & Kolip (2005) am Beispiel der medizinischen Versorgung aufgezeigt haben: Sie gelangen zu dem Ergebnis, dass eine wirksame und umfassende Gesundheitsförderung die Berücksichtigung von biologischem und sozialem Geschlecht in allen Bestandteilen und Arbeitsschritten von Forschung und Praxis erfordere, wobei sowohl die Expert(inn)en- als auch Betroffenenrolle von Frauen und Männern ins Auge zu fassen sei und weiters vor allem die Bedürfnisse jener Ziel-Untergruppen von Männern und Frauen Geltung bekommen sollten, die von Gesundheitsförderungsaktivitäten besonders schwer erreicht werden. Geschlechtergerechtigkeit sollte folglich zu den wesentlichen Grundsätzen von Gesundheitsförderung zählen.

Wie aber kann nun erreicht werden, dass Menschen gesundheitsförderlich handeln, das heißt, Gesundheitsförderung als bedeutsames Ziel erkennen, über entsprechend Wissen, Fähigkeiten und Einflussmöglichkeiten verfügen, und – so selbst bestimmt wie möglich – im Spannungsfeld zwischen persönlichen Bedürfnissen und gesellschaftlichen Erfordernissen darauf hinarbeiten? Hier kommen Fragen aus dem Bereich der Pädagogik mit ins Spiel.

2.1.3.8 Pädagogik

„Gegenstandsfrage der Pädagogik ist die spezifische Interaktion zwischen Individuen, bei der Personen andere in dem Sinne beeinflussen, sie in ihrer Entwicklung / in ihrem Verständnis zur Welt zu fördern. Dieser Prozess kann Einstellungen und Werte, Verhaltensweisen und ihre Veränderung betreffen.“ (Erdmann 1998, S.65).

In der Pädagogik soll zum einen die *Frage* nach der Rechtfertigung von Erziehung allgemein und nach ihren möglichen und zulässigen Zielen gestellt (normative Pädagogik), zum anderen sollen erfahrungsgeleitet die Bedingungen, Gestaltungsformen und Wirkungen pädagogischen Handelns erforscht werden (empirische und pragmatische Pädagogik) (vgl. z.B. Franke 1998). Im Zusammenhang mit der Gesundheitsförderung

widmen sich pädagogische Subdisziplinen unterschiedlichen Handlungsfeldern wie z.B. dem Sport, mit Zielsetzungen wie Gesundheits-, Sonder- und Heilpädagogik, in Settings wie der Schule, und für Zielgruppen wie Kinder, Erwachsene und Ältere. Aus Sicht der Pädagogik können und sollen Menschen dabei unterstützt werden, verantwortungsbewusst und selbst bestimmt handelnd ihr Leben zu gestalten. Sie lernen selbst und werden durch Lehrende darin nur angeregt.

Dabei ist die *Einzigartigkeit der Persönlichkeit*, ihrer Lebenserfahrung und ihrer Eigständigkeit in Bezug auf Bewusstsein, Sinnfindung, Werthaltung, Wirklichkeitsdeutung und Gefühle, zu achten (vgl. Franzkowiak 2004). Dies soll laut Beckers (1991) auch in der Gesundheitsförderung berücksichtigt werden. Krankheit, Behinderung und Tod lassen nicht immer vermeiden; die Auseinandersetzung damit sowie mit den verbliebenen Möglichkeiten können aber das Bewusstsein für Wert und Würde des Menschen und den Sinn seines Lebens vertiefen; Gesundheitsbildung soll den Menschen dabei unterstützen.

Die *Stellung der Pädagogik* im Bereich der Gesundheitsförderung ist allerdings randständig; eine mögliche Ursache dafür sieht Beckers (1991), der eine Parallele zwischen der Verengung des Gesundheitsbegriffes zum biomedizinischen Modell und dem Bedeutungsverlust der Pädagogik zieht, in dem Paradigmenwechsel am Ende des 19. Jahrhunderts, mit dem Übergang vom philosophischen zum naturwissenschaftlichen Zeitalter, der persönliche Sinnfindung ausgeklammert und die Leistungsfähigkeit und Rollenerfüllung des einzelnen als ausschlaggebend gewertet habe. Betrachtet man diesen Vergleich, so legt dies den Schluss nahe, dass pädagogische Grundanschauungen den Ansatz der Gesundheitsförderung in gewisser Weise unterstützen können, indem etwa ihr Menschenbild es nahe legt, Grundsätze wie das Eintreten für bessere Gesundheitsbedingungen (advocacy), die Stärkung von Ressourcen (persönlicher Fähigkeiten und Unterstützung aus der sozialen und Umwelt), sowie das Befähigen und Ermächtigen der Menschen (empowerment) in der Gesundheitsförderung besonders zu beachten. .

2.1.3.9 Zusammenfassung zu den Perspektiven

Um das der vorliegenden Arbeit zugrundeliegende Verständnis von Gesundheitsförderung zu bestimmen und begründen, wurden die unterschiedlichen Perspektiven von Politik, Wirtschaft, Public Health, Medizin, weiterer Expert(inn)en und Institutionen der Gesundheitsförderung, sowie der Grundlagenwissenschaften Psychologie, Soziologie und Pädagogik beschrieben, und daraus Schlussfolgerungen in Bezug auf die Grund-

sätze, wie sie nach dem Ansatz der Gesundheitsförderung in der vorliegenden Arbeit verstanden werden sollen, gezogen.

Gesundheitsförderung wird somit als politische Aufgabe aller Teilbereiche der Gesellschaft (Intersektoralität) gesehen, die anwaltschaftliches Eintreten (advocacy), Verbesserung der Gesundheitsverhältnisse und Erleichtern gesundheitsorientierter Verhaltenswahl (change facilitation) sowie Befähigen und Ermächtigen (empowerment) und Beteiligen (Partizipation) der Betroffenen beinhaltet und mit dem Bemühen um Chancengleichheit und Geschlechtergerechtigkeit verbunden ist.

Wirtschaftliches Denken erweist sich auch bei Gesundheitsförderung als unumgänglich, und bei Interventionen der Gesundheitsförderung soll eine gemeinsame Wirkungsrichtung auf Verbesserung sowohl der Gesundheitsverhältnisse als auch der Kernziele des jeweiligen Systems angestrebt werden (Effektkongruenz); neben dem Grad der Zielerreichung (Effektivität) und dem Kosten-Nutzen-Verhältnis (Effizienz) kommt aber auch ihrer Akzeptanz Bedeutung zu.

Public Health, die öffentliche Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderungsforschung, trägt der Bedeutung von Gesundheitsförderung als politischer und wirtschaftlicher Aufgabe Rechnung; der Grundsatz des intersektoralen und multidisziplinären Vorgehens spielt dabei eine wesentliche Rolle, da das Medizinsystem aus Sicht der Gesundheitswissenschaften eher als Krankenbehandlungs- denn als Gesundheitsförderungssystem arbeitet.

Die biomedizinische Sichtweise auf Gesundheit und die Vorgehensweise des Medizinsystems werden von Gesundheitswissenschaftler(inne)n und auch im Rahmen dieser Arbeit als für Gesundheitsförderung unzulänglich bewertet, da sie von einem engen, negativen, biologischen, pathogenetisch und risiko-orientierten, Gesundheitsbegriff ausgeht, und in ihrem Vorgehen einseitig auf individuelles Verhalten abzielt, dass sie in expert(inn)en- und programmorientierter Weise zu beeinflussen sucht.

Nach dem Ansatz der Gesundheitsförderung wird Gesundheit hingegen positiv und biopschoökosozial verstanden. Zu dieser umfassenderen Gesundheitsförderung können nichtmedizinische Expert(inn)en und Institutionen verschiedener Arbeitsbereiche und Wissenschaftsdisziplinen beitragen – intersektorales und multidisziplinäres Vorgehen stellt demnach einen wesentlichen Grundsatz von Interventionen zur Gesundheitsförderung dar. Für diese Interventionen ist es wichtig, Qualitätskriterien zu entwickeln und Qualitätssicherung sowie Evaluationen durchzuführen, zu dokumentieren und wo-

möglich zu publizieren, um ihre Wirkungen zu überprüfen und sichtbar werden zu lassen.

In der Gesundheitsförderung richtet sich der Blick auf die Entstehung von Gesundheit (Salutogenese). Eine bedeutsame Rolle spielen hierbei die Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit von Lebensereignissen, ihre Einordenbarkeit in übergeordnete Sinnzusammenhänge, sowie die Stärkung der Ressourcen von Menschen. Dazu zählt etwa die von der Psychologie als Merkmal seelischer Gesundheit benannte Fähigkeit zur Problemlösung und Gefühlsregulierung, worin sich zeigt, dass es für die Gesundheit der Menschen wichtig ist, dass sie sowohl ihr Verhalten als auch ihre Lebensverhältnisse selbst bestimmt beeinflussen können.

Dass diese Chancen nicht gleich verteilt sind, und in der Schaffung von mehr Gerechtigkeit wesentliches Gesundheitsförderungspotential liegt, zeigt die soziologische Forschung. Diese beschreibt als wesentliches Merkmal sozialer Gesundheit die Fähigkeit zur sozialen Rollenerfüllung sowie dazu, ein Gleichgewicht zwischen persönlichen Bedürfnissen und gesellschaftlichen Anforderungen zu finden. Als wesentliche Gesundheitsvoraussetzungen erkennt sie soziale Netzwerke und die darin erfahrene Unterstützung, sowie die schon erwähnte Herstellung von sozialer und gesundheitlicher Chancengleichheit. Auf der Suche nach Möglichkeiten, Menschen zur Herstellung gesunder Lebensverhältnisse zu bewegen, zeigen sich gemeinsame Grundsätze der Pädagogik und der Gesundheitsförderung darin, dass sie beide darauf abzielen, Menschen zu selbst bestimmtem Handeln zu befähigen und ermächtigen (empowerment) und an der Gestaltung ihrer Lebensbedingungen zu beteiligen (Partizipation).

2.1.4 Interventionsformen der Gesundheitsförderung

Ziel der Beschreibung unterschiedlicher Interventionsformen zur Gesundheitsförderung ist es, Voraussetzungen für die Erstellung eines Analyseschemas zu erarbeiten, mithilfe dessen in späteren Kapiteln Interventionen betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität beurteilt werden. Dafür muss zuerst geklärt werden, wie der Begriff „Intervention“ im Rahmen der vorliegenden Arbeit verstanden werden soll, um danach eine Unterscheidung ihrer verschiedenen Formen vorzunehmen.

Als Bezeichnung für verschiedene Formen gesundheitsfördernden Handelns finden sich in der wissenschaftlichen Literatur und im nichtwissenschaftlichen Sprachgebrauch *Begriffe* wie „Maßnahmen, Programme, Projekte, Aktivitäten, Veranstaltungen, Aktionen, Training, Coaching, Management, System...“ und schließlich auch „Interven-

tionen“. Diese werden nicht überall mit der jeweils selben Bedeutung verwendet, und sie beziehen sich manchmal nur auf vereinzelte Handlungen, in anderen Fällen auf grössere Vorhaben bis hin zu umfassenden systemischen Ansätzen.

Um die verschiedenen Handlungsformen in der Gesundheitsförderung nach Umfang und Reichweite ordnen und beurteilen zu können, wurde für die vorliegende Arbeit eine eigene Einteilung getroffen. Als Überbegriff dafür wurde „*Intervention*“ (vgl. Scala 1997), abgeleitet vom lateinischen Verb „*intervenire*“ – dazwischentreten, eingreifen – gewählt. Der ursprünglich in der militärischen und medizinischen Fachsprache verwendete Terminus „*Intervention*“ hat sich mittlerweile auch in der Gesundheitsförderungsliteratur etabliert (häufig ohne eigens definiert zu werden) und erscheint aufgrund seiner Anwendung auf Aktivitäten verschiedenster Art, sowie im Rahmen unterschiedlicher Zielsetzungen und Strategien, als Sammelname besonders geeignet. Dies vor allem deshalb, weil Gesundheitsförderung hier (siehe 2.1.6) so verstanden werden soll, dass sie mit einem Eingreifen in bestehende Systeme verbunden ist (vgl. z.B. Grossmann & Scala 1994; Scala 1997; Hurrelmann 1999), und zwar gezielt von Seiten öffentlicher und/oder professionell autorisierter Handelnder (siehe Hurrelmann, Klotz & Haisch 2004, S.11).

Um zu klären, wie Interventionsformen im Rahmen der vorliegenden Arbeit eingeteilt werden sollen, gilt es eingangs diejenigen *Strategien*, die dem Ansatz der Gesundheitsförderung entsprechen, von anderen, nämlich von der Therapie und vor allem von der Prävention, abzugrenzen. Die diesbezüglichen Unterschiede wurden unter anderem von Hurrelmann (2006) und Schnabel (2007b) genauer beschrieben: Unter Prävention wird die Verhütung von Störungen, Unfällen, Krankheiten und Behinderungen verstanden. Dies geschieht in erster Linie durch Verringerung von Risiken. Vorsorge ist zwar besser als Heilen (Therapie). In beiden Fällen rückt aber Krankheit und nicht Gesundheit in den Mittelpunkt. Beide Strategien sind im Medizinsystem verankert. Nur für einige ausgewählte Erkrankungen sind Präventionsmaßnahmen eindeutig und erfolgreich zu bestimmen (z.B. Infektionen und bestimmte Stoffwechselkrankheiten); vielen anderen Störungen liegt jedoch ein Gefüge vielfältig verflochtener Ursachen zugrunde. Maßnahmen zur Vorbeugung von Krankheit sind nicht dieselben wie die zur Herstellung und Erhaltung von Gesundheit, wenn Gesundheit als Fähigkeit zur Problemlösung und Gefühlsregulierung, soziale Rollenerfüllung und individuelle Sinnfindung gesehen wird.

Zur Frage nach der Beziehung zwischen Prävention und Gesundheitsförderung bestehen gegensätzliche Auffassungen: Die beiden Strategien seien demnach voneinander

entweder grundlegend verschieden, oder nicht eindeutig trennbar; oder Gesundheitsförderung bilde einen Teil der Primärprävention; oder Gesundheitsförderung schließe die Prävention mit ein. Dazu kommt, dass Gesundheitsförderung als Überbegriff für völlig unterschiedliche medizinische, pädagogische, psychologische, soziale und ökologische Maßnahmen verwendet wird. Diese werden in verschiedener Mischung zwischen krankheits- und gesundheitsorientierten Anteilen angeboten: Mehrheitlich von organisatorischen Rahmenbedingungen abhängig und zielungenau; manchmal auf bestimmte Krankheiten ausgerichtet, mit meist kurzfristigen Erfolgen; und nur selten überwiegend gesundheitsorientiert – wobei Verbesserungen auf Ebene der Organisationen zu beobachten sind, die Gesundheitswirkung auf einzelne aber ungewiss bleibt. Um nachhaltige Erfolge auf allen Ebenen zu erzielen, müssten Grundlagen und Mittel der Gesundheitsförderung und der Prävention sachangemessen und bedarfsgerecht miteinander verbunden werden (siehe Schnabel 2007b).

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit sollen unter Interventionen zur Gesundheitsförderung nur jene verstanden werden, die dem *Ansatz der Gesundheitsförderung* und deren (weiter unten noch genauer erläuterten) Grundsätzen entsprechen – wobei ein positiver biopsychosozialer Gesundheitsbegriff und ein systemisches Vorgehen der Gesundheitsförderung als hervorragende Merkmale gesehen werden.

Die so gekennzeichneten *Interventionsformen der Gesundheitsförderung* sollen dann entsprechend ihrer möglichen Reichweite, die, wie im folgenden genauer ausgeführt wird, je nach ihrer Zielebene, ihren Ansatzpunkten, Umfangsbereichen, Inhalten und Methoden der Intervention unterschiedlich ausfallen kann, noch weiter untergliedert werden. Diese Einteilung erfolgt in Anlehnung an Pfaff (2001) sowie aufgrund von in der gesundheitswissenschaftlichen Literatur häufig anzutreffender Klassifizierungen von Interventionen.

Was die *Zielebenen* der Interventionen betrifft, so kann Gesundheitsförderung auf Gruppen von Individuen in ihrem unmittelbaren Lebensumfeld (Mikroebene), einzelne Organisationen und deren Subeinheiten (Mesoebene) oder Netzwerke von Organisationen, Kommunen oder Regionen (Makroebene) abzielen.

Ansatzpunkt von Interventionen kann die einzelne Person, die Organisation, oder die Schnittstelle zwischen Individuum und Organisation, also an den Beziehungen zwischen Menschen sein. Dementsprechend unterstützt eine Intervention entweder Persönlichkeitsentwicklung im Allgemeinen bzw. in Bezug auf Gesundheitsthemen (mittels Gesundheitsaufklärung, -erziehung, -beratung und -bildung). Oder sie versucht soziale Vernetzung und Unterstützung zu stärken, Führung sowie das von Verhältnis zwischen

Expert(inn)en und Laien zu verbessern; oder sie befördert die Entwicklung der gesamten Organisation.

In bezug auf die *Umfangsbereiche* der Interventionen können Maßnahmen, Programmen, Projekte / Interventionen und Managementsysteme unterschieden werden (vgl. Pfaff 2001).

Bei *Maßnahmen* handelt es sich um Veränderungen einzelner physischer oder regulatorischer Merkmale einer Person, Beziehung oder Organisation. Diese können zeitweilig, vorübergehend oder dauerhaft gesetzt werden.

Ein *Programm* setzt sich aus mehreren aufeinander teilweise abgestimmten Maßnahmen zusammen, die gleichzeitig, überlappend und nacheinander ablaufen können. Es kann Rückkopplungsschleifen und Entscheidungsknoten enthalten.

Im Rahmen von *Projekten* erfolgt eine jedenfalls zeitlich, möglicherweise auch nach Umfang und Reichweite begrenzte bzw. versuchsweise Intervention in eine Organisation, vor allem zur Bewältigung neuartiger und bereichsübergreifender Aufgaben in oder zwischen Organisationen (vgl. Grossmann & Scala 1994). Projekte ermöglichen ein Art Systementwicklung auf Probe in einem zunächst ausgelagerten Teilbereich.

Ein *Gesundheitsförderungssystem* oder Gesundheitsmanagementsystem zu entwickeln bedeutet schließlich, nach Schnabel (2007b), die Einbindung von gesundheitsfördernden Strukturen und Prozessen in die Funktionszusammenhänge der Organisation. Gesundheitsförderung soll dabei auch helfen, die Kernziele des Systems besser zu erreichen. Es erscheint vorstellbar, dass dies am wirksamsten durch den Aufbau eines „Teilsystems Gesundheitsförderung“ geschehen kann, das sich durch eigene Systemstrukturen (z.B. Politik, Einrichtungen, verantwortliche Personen sowie Expert(inn)en, Regelungen, Ressourcen), Systemprozesse (z.B. Analyse, Diagnose, Interventionsplanung, Durchführung, Qualitätssicherung, Evaluation), mehrfache Ansatzpunkte der Interventionen sowie durch Vernetzung mit anderen Arbeitsbereichen in- und außerhalb des intervenierten Systems auszeichnet.

Da alle Aspekte menschlicher Lebensbedingungen und Lebensweisen Gesundheit berühren, können die *Inhalte* von Gesundheitsförderung in unterschiedlichsten Bereichen liegen wie in der physischen Umwelt (Luft, Boden, Wasser, Landschaft, Bauten, usw.), in Produktions-, Transport- und Kommunikationsstrukturen und -prozessen, in rechtlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen, in der Arbeitsteilung und

-gestaltung, in der Bildung, im sozialen und kulturellen Klima, in der Krankenversorgung, der Notfallhilfe und der psychologischen Hilfe, in der Infrastruktur sowie in Ressourcen für Freizeitaktivitäten, Ernährungs-, Bewegungs-, Erholungs- und Entspannungsangebote.

Die *Methoden*, mit denen diese jeweiligen Inhalte bearbeitet werden, können aus unterschiedlichen Wissenschaftsdisziplinen und Berufsbereichen kommen, wie Technik, Wirtschaft, Pädagogik, und vielen anderen mehr. Häufig genannt werden etwa für den Ansatzpunkt Persönlichkeitsentwicklung die Methoden der Gesundheitsaufklärung, Gesundheitsberatung, Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung:

Bei der *Gesundheitsaufklärung* wird themenbezogenes Wissen weitergegeben. Dies geschieht zu einem großen Teil über die Massenmedien. Ihre Wirksamkeit kann allerdings kaum überprüft werden. Bedarfsgerechter gestaltet sich die Gesundheitsberatung: Sie wird in der Regel freiwillig aufgesucht und unterstützt selbst bestimmte Problemlösungsfindung, wobei sie die Selbstwirksamkeit stärkt. Die Begriffe *Gesundheitsbildung* und *Gesundheitserziehung* werden nicht von allen Autor(inn)en gleich eingeordnet (vgl. Schnabel 2007b). Hier sollen sie in Anlehnung an Kolb (1995) und Hurrelmann (2006) verstanden werden: In der *Gesundheitserziehung* werden bestimmte Verhaltensweise als wünschenswert und vorteilhaft vermittelt, auch mittels Anreizen und Strafen; ihre einseitige Ausrichtung auf Risikofaktoren und Fremdbestimmung stoßen aber oft auf wenig Gegenliebe der so Angesprochenen und ihre Nachhaltigkeit steht daher ebenfalls in Frage. In der *Gesundheitsbildung* hingegen geht es vor allem um die Lernen in Beziehung zur eigenen Lebensgeschichte und zum Lebensalltag, um das Finden persönlichen Lebenssinns und um die Fähigkeit zur Selbstentwicklung (vgl. Blättner 1998). Sie soll sich klar von Therapie abgrenzen, indem allfälliger Widerstand, wie Holzapfel (1996) betont, keinesfalls durchbrochen werden soll.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit werden Interventionen der *Gesundheitsförderung* also deutlich von solchen der Prävention abgegrenzt, vor allem indem sie einem positiv-biopsychosozialen Gesundheitsbegriff folgen und systemisch vorgehen.

Interventionsformen der Gesundheitsförderung können ihrerseits nach ihren Zielebenen (Makro-, Meso-, Mikroebene), ihren Ansatzpunkten (einzelne Person, Organisation oder Schnittstelle zwischen Individuum und Organisation), ihren Umfangsbereichen (Systeme, Programme, Maßnahmen), ihren Inhalten und Methoden unterschieden werden und dementsprechend unterschiedliche Reichweite entfalten. Diese bildet ein erstes Beurteilungsmerkmal für das im Verlauf der folgenden Unterkapitel zu erstellen-

de Analyseschema, mit dem dann später die Fragestellung der vorliegenden Arbeit beantwortet werden soll.

In dieses Analyseschema wird vor allem das Vorhandensein eines Teilsystems zur Gesundheitsförderung und seiner Merkmale – Systemstrukturen und -prozesse, mehrfache Ansatzpunkte der Interventionen und Vernetzung mit anderen Systemen – einfließen. Die nächste Stufe in der Bewertung von Interventionen zur Gesundheitsförderung ist die Frage danach, ob diese auch mit den Grundsätzen der Gesundheitsförderung übereinstimmen.



Abb.1: Möglichkeiten der Einteilung von **Interventionsformen** der Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderungssystem	
Systemprozesse • Analyse und Diagnose • Interventionsplanung • Durchführung und Qualitätssicherung • Evaluation	Systemstrukturen • Politik • Einrichtungen • Expert(inn)en • verantwortliche Personen • Regelungen • Ressourcen
Anwendung verschiedener Inhalte und Methoden mit den Ansatzpunkten • Organisation • Schnittstelle Individuum / Organisation • Individuum	Vernetzung Kontakte und Kooperation mit anderen Systemen

Abb. 2: Interventionen nach dem der vorliegenden Arbeit zugrunde liegenden Verständnis von Gesundheitsförderung: **Systemische Interventionen**

2.1.5 Grundsätze der Gesundheitsförderung

Ziel der Beschreibung von Grundsätzen der Gesundheitsförderung ist die Entwicklung eines Analyseschemas. Einige dieser Grundsätze sind im Zuge der Beschreibung der verschiedenen Perspektiven auf Gesundheitsförderung bereits kurz angesprochen worden; im Folgenden sollen sie genauer erklärt werden. Sie wurden für die vorliegende Arbeit aus Übersichtsgründen in vier Unterbereiche eingeteilt, je nachdem ob sie vorwiegend das Gesundheitsverständnis, die Vorgehensweise bei der Gesundheitsförderung, die politische Dimension oder die Qualitätsdimension betreffen.

2.1.5.1 Gesundheitsverständnis

Es wurde bereits beschrieben, dass sich lebensweltliches, medizinisches, politisches und gesundheitswissenschaftliches Verständnis von Gesundheit deutlich voneinander unterscheiden. Da die vorliegende Arbeit dem Ansatz der Gesundheitsförderung folgt, soll Gesundheit im Rahmen dieser Arbeit positiv, biopsychosozial, salutogenetisch und ressourcenorientiert verstanden werden.

Positives Gesundheitsverständnis

Positives Gesundheitsförderung bedeutet, in Weiterführung der Gesundheitsdefinition der WHO, dass Gesundheit im Folgenden als Erscheinungsform des Lebens beschrieben wird, die sich durch Möglichkeiten und Fähigkeiten zur Selbstbestimmung über die

Bewältigung der Herausforderungen des eigenen Lebens auszeichnet. Sie beinhaltet die Befriedigung grundlegender und höherer Bedürfnisse wie physiologische (Energieversorgung, Lebensraum für Erholung und Bewegung, Fortpflanzung); Schutz und Sicherheit; soziale; Anerkennung; und Selbstverwirklichung.

Weiters ermöglicht Gesundheit Selbstentwicklung in Prozessen des Lernens (also der Veränderung von Verhaltensweisen) und Trainings (also der Verbesserung ausgewählter Fähigkeiten und Fertigkeiten). Und sie äußert sich darin, dass dem eigenen Leben Sinn und seinen Geschehnissen gefühlsbezogene Bedeutsamkeit ab gewonnen werden kann (vgl. Antonovsky 1997).

Menschliches Leben endet mit dem Tod und kann auch Krankheiten, Beschwerden und Behinderungen mit sich bringen. Diese sollen hier als eigenständige Erscheinungen betrachtet werden. Sie können in wechselnder Form, Ausprägung und Dauer Bestandteil eines gesunden Lebens sein (siehe z.B. Beckers 1991), dessen Ausgestaltung sie zwar Einschränkungen auferlegen, ohne jedoch in völligem Gegensatz dazu stehen zu müssen.

Biopsychosoziales Gesundheitsverständnis

Biopsychosoziales Gesundheitsverständnis soll im Rahmen der vorliegenden Arbeit heißen, dass „Gesundheit“ als Merkmal lebender Menschen betrachtet wird, welches nicht nur körperliche, sondern auch seelische und auf die Um- und Mitwelt bezogene Befindlichkeiten und Vorgänge umfasst; also nicht nur chemisch-physikalisch-biologische Strukturen und Funktionen des Körpers, sondern auch das Erleben und Verhalten von Menschen – etwa ihre Fähigkeit zur Problemlösung und Gefühlsregulierung sowie zur sozialen Rollenerfüllung innerhalb von Gemeinschaften sowie der Gesellschaft im allgemeinen, und die Wechselwirkung mit ihrer Umgebung. Um gesund zu bleiben, müssen, wie z.B. Hurrelmann (2006) betont, die Einflüsse der vier Systeme Körper, Seele, Gesellschaft und Umwelt über den gesamten Lebenslauf hinweg verarbeitet und aufeinander abgestimmt werden.

Salutogenese-Ansatz

Der Grundsatz der Salutogenese bedeutet, dem Konzept von Antonovsky (1997) folgend, daß die Frage nach der Entstehung von Gesundheit den Ausgangspunkt des Handelns in der Gesundheitsförderung bildet. Diese wird unter anderem damit angezielt, dass es Menschen ermöglicht werden soll, ein höheres Ausmaß an Kohärenzsinn zu entwickeln – er umfasst die Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit der

eigenen Lebensverhältnisse – und bedeutet Menschen zu befähigen, die Summe der von innen und außen wirkenden Reize, auch wenn sie unerwünscht kommen, als geordnet, zusammenhängend, klar und vorhersehbar wahrzunehmen und Zuversicht darüber zu gewinnen, dass man selbst über die geeigneten Mittel und Möglichkeiten verfügt, die so eingeschätzte Herausforderung zu bewältigen, und dass sich der Einsatz und Aufwand zu diesem Unterfangen vernunft- und gefühlsmäßig lohnt.

Für Interventionen zur Gesundheitsförderung liegt die Folgerung nahe, dass salutogenetisches Denken sich nicht nur auf ihren Zielbereich, sondern auch auf die Intervention selbst beziehen sollte – indem ihre Gestaltung für alle Beteiligten versteh-, handhabbar und in sinnvoll erfolgt. Um die genannten Ziele zu erreichen, richten sich Interventionen zur Gesundheitsförderung weiters auf die Stärkung von Ressourcen aus.

Ressourcenorientierung

Der Grundsatz der Ressourcenorientierung spielt eine wichtige Rolle dabei, Menschen mit Interventionen der Gesundheitsförderung wirksam und nachhaltig zu erreichen und zu unterstützen (vgl. Hurrelmann 2006). Als Ressourcen können persönliche Fähigkeiten und Stärken sowie nutzbare Hilfsquellen aus der materiellen und sozialen Umwelt verstanden werden.

Im Rahmen der Gesundheitsförderung bedeutet Ressourcenorientierung, die Fähigkeiten und Möglichkeiten der Menschen zur Lebensbewältigung sowie die sie unterstützenden Umfeldbedingungen zur Gesundheitsförderung zu erkennen, zu erweitern und zu verbessern; diese Ressourcen können in persönlichen Anlagen und entwickelten Einstellungen und Fähigkeiten, in der unmittelbaren Lebenswelt der Menschen und in der Gesamtgesellschaft und Umwelt, auf physischer, psychischer und sozialer Ebene bestehen und sind unterschiedlich zwischen Menschen verschiedener Lebensräume, Generationen, Geschlechter, Kulturen, sozialer Schichten, Berufsgruppen, usw. verteilt. Geht man von einer nicht selbstverständlichen Grundsicherung (Friede, Nahrung, Lebens- und Wohnraum u.a.) aus, wie sie etwa in der WHO Charta 1986 als Voraussetzung für Gesundheit genannt wird, so kommt, was die Stärkung von Ressourcen betrifft, dem Ausbau sozialer Netzwerke und sozialer Unterstützung ein besonderer Stellenwert in der Gesundheitsförderung zu. Darin eingebettet, soll es Menschen ermöglicht werden, ein Gleichgewicht zwischen eigenen Bedürfnissen und Werten mit Anforderungen der Umwelt und Gesellschaft (vgl. Hurrelmann 2006) zu finden; dies soll in selbst bestimmter Weiterentwicklung geschehen, und indem sie darin Sinn, Selbstwirksamkeit und Selbstwert erkennen können.

2.1.5.2 Vorgehensweise bei Interventionen der Gesundheitsförderung

Dem Ansatz der Gesundheitsförderung folgend, wurden für das Vorgehen bei ihren entsprechenden Interventionen mehrere Grundsätze identifiziert: Prozessorientierung, Verhaltens- und Verhältnisorientierung, Setting-Ansatz, systemisches und partizipatives Vorgehen, intersektorale und multidisziplinäre Zusammenarbeit, Netzwerkarbeit und Zielgruppenorientierung. Diese Grundsätze werden im Folgenden näher beschrieben.

Prozessorientierung

Prozessorientierung in der Gesundheitsförderung bezieht sich darauf, dass sich menschliches Leben ständig im Fluss befindet und eine Abfolge mehr oder weniger rascher und spürbarer Veränderungen auf den Ebenen Körper, Psyche, soziale und physische Umwelt darstellt. Folglich geht es (wie Hurrelmann 2006 darlegt) für Menschen darum, die jeweiligen Veränderungen zu erkennen, anzunehmen und sich darauf teilweise einzustellen, sie aufeinander abzustimmen und bewusst so weit wie möglich Einfluss darauf zu nehmen. Gesundheitsförderung benötigt Prozessorientierung weiters deshalb, weil, wie die Geschichte zeigt, sich Lebensverhältnisse, Verständnis von Gesundheit sowie Ansprüche und Möglichkeiten in diesem Bereich ändern; Prozessorientierung bedeutet, diesen Gegebenheiten Rechnung zu tragen. Gesundheitsförderung versteht sich daher als Anregung und Unterstützung zur Bewältigung des stetigen Wandels, dem Menschen und ihre Umwelt unterworfen sind, und zur Ermöglichung von Selbstentwicklung der Menschen auf ihrem Lebensweg.

Verhaltens- und Verhältnisorientierung

Verhaltens- und Verhältnisorientierung trägt der Tatsache Rechnung, dass Gesundheit in einer Wechselwirkung zwischen dem Verhalten der Menschen und deren Lebensverhältnissen entsteht (vgl. Kernen 2005). Gesundheitserhaltung fordert vom einzelnen Menschen immer wieder, die eigene Lebensweise mit den Lebensbedingungen abzustimmen; menschliches Handeln wird jedoch nicht nur durch Wissen, Werte, Einstellungen, Fähigkeiten, Fertigkeiten, Gefühle, Motivation und Volition (Willenskraft) bestimmt, sondern durch die Verhältnisse ihrer physischen und sozialen Umwelt geprägt und begrenzt (siehe Kolb 1995; Hurrelmann 2006; Schnabel 2007b). Gesundheitsbezogene Verhaltensänderung einzelner kann nur dann nachhaltig und erfolgreich wirken, wenn sie von ihrer Umgebung darin unterstützt werden, wie dies etwa Fuchs (2003) beschreibt: Es bedarf für einzelne Menschen ausreichender Entscheidungs-

möglichkeiten und Gestaltungsspielräume, damit diese überhaupt Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen in der Lage sind.

Setting-Ansatz

Der Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung bedeutet, dass Interventionen zur Gesundheitsförderung mit dem Ziel der Selbstentwicklung von sozialen Systemen durchgeführt werden (vgl. Baric & Conrad 1999, Hartmann & Siebert 2005). Ein Setting wird dabei als umgrenzte Lebenswelt von Menschen bzw. als soziales System, das einem bestimmten Ziel dient und Menschen als Träger verschiedener Rollen in seinen Aufbau, seine Regelwerke und Abläufe einbindet, verstanden (vgl. Grossmann & Scala 1994). Interventionen zur Gesundheitsförderung sollten, dem Setting-Ansatz zufolge, die übergeordneten und verbindlichen Werte, seine Zwecke und Gegebenheiten, die Handlungsweisen und Umgangsformen der darin einbezogenen Menschen beeinflussen (vgl. Sonntag et al. 2000, Rolfmeier 2003), berücksichtigen. Der Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung beinhaltet demnach den Grundsatz, dass die Gesundheit von Menschen in und mit ihren Lebenszusammenhängen – systemisch – gefördert werde sollte (vgl. Schnabel 2007b).

Systemisches Vorgehen

Systemisches Vorgehen soll heißen, Gesundheitsförderung als Organisationsentwicklung zu verstehen und somit die Systeme, in welche Menschen eingebunden sind, durch Interventionen der Gesundheitsförderung dahingehend zu verändern, dass sie ihren Angehörigen mehr Selbstbestimmung und Bedürfnisbefriedigung ermöglichen. Diese Interventionen sollten sich, um nach Grossmann & Scala (1994) erfolgreich wirken zu können, mit den Werten des jeweiligen Systems vereinbaren, in seine Sprache fassen, mit seinen Mitteln bearbeiten und mit der Lösung seiner Kernaufgaben verknüpfen lassen. In diesem Zusammenhang erscheint es nahe liegend, dass Interventionen der Gesundheitsförderung an mehreren Punkten ansetzen sollten: am Individuum (Lernen und Persönlichkeitsentwicklung), an den sozialen Bedingungen (Kommunikation und Führung), und an der Organisation als Ganzes.

Um den Widerstand der Systeme gegen Veränderung zu verringern, gilt es nach Grossmann & Scala (1994) bei Interventionen der Gesundheitsförderung mit allen Beteiligten gemeinsam zu klären, was bewahrt werden soll und welches Ausmaß der Veränderung in der jeweiligen Entwicklungsphase der Organisation verarbeitet werden kann. Um Gesundheitsförderung im System zu verankern, erscheint es nahe liegend, innerhalb des intervenierten Systems ein „Teilsystem Gesundheitsförderung“ aufzu-

bauen, das sich durch eigene Systemstrukturen (z.B. Politik, Einrichtungen, verantwortliche Person(en), Expert(inn)en, Regelungen, Ressourcen), Systemprozesse (z.B. Analyse, Diagnose, Interventionsplanung, Durchführung, Qualitätssicherung, Evaluation) und Einbindung in Netzwerke in- und außerhalb des Systems auszeichnet.

Diese Merkmale – Systemstrukturen und -prozesse sowie Netzwerke eines Teilsystems zur Gesundheitsförderung – werden wie schon erwähnt in ihrer speziellen Umlegung auf Bewegungsaktivitäten, Übertragung auf das Handlungsfeld betriebliche Gesundheitsförderung und Anpassung an das Setting Universität in das im Zuge der vorliegenden Arbeit zu erstellende Analyseschema einfließen.

Partizipatives Vorgehen

Partizipatives Vorgehen meint, betroffene Menschen an den Entscheidungen über Ziele, Inhalte und Vorgehensweisen der Gesundheitsförderung teilhaben zu lassen (vgl. Nutbeam & Harris 2003, Franzkowiak 2004). Dies gilt für die Mitgestaltung und Mitbestimmung sowohl in Bezug auf ihre Lebensbedingungen (Verhältnisse) als auch auf ihre persönliche Weiterentwicklung. Dabei sollen die eigenen Kräfte für die gelingende Bewältigung von Herausforderungen unterstützt werden. (vgl. Hurrelmann 2006). Stufen steigender Beteiligungsmacht stellen Information, Beratung, Mit-Entscheidung und Mit-Bestimmung dar (vgl. Bamberg et al. 1998), wobei die Möglichkeit, selbst bestimmt zu lernen und Einfluss auf die eigene Umwelt ausüben zu können, für sich allein bereits gesundheitsfördernd wirken kann.

Intersektorale und multidisziplinäre Zusammenarbeit

Intersektorale Zusammenarbeit (vgl. z.B. Nutbeam & Harris 2001) zeigt sich darin, dass alle Sektoren der Gesellschaft bzw. alle Bereiche eines Settings in die Gesundheitsförderung mit einbezogen werden. Multidisziplinäre Zusammenarbeit (vgl. z.B. Noack 1996) heißt, dass die Ansätze, Methoden und Ergebnisse verschiedener Wissenschaftsdisziplinen auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung zusammengeführt werden. Beide Grundsätze leiten sich davon ab, dass alle Bereiche der Gesellschaft Einfluss auf die Gesundheit der Menschen nehmen. Intersektorale Zusammenarbeit in der Gesundheitsförderungspraxis sieht vor, Gesundheit als Querschnittsthema zu behandeln; dabei wird versucht, mit Gegensätzen und Widersprüchen in Bezug auf Standpunkte, Zielsetzungen und Verfahrensweisen umzugehen. Multidisziplinarität in der wissenschaftlichen Begründung und Begleitung von Gesundheitsförderung meint, die große Bandbreite an Grundanschauungen, Untersuchungsgegenständen, Arbeitsweisen und Bewertungsmaßstäben verschiedener Wissenschaftsdisziplinen zu be-

rücksichtigen, wobei die Unterschiede zwischen den verschiedenen Ansätzen, wie etwa Faller (2007) feststellt, fruchtbar werden könnten, indem sie helfen, Forschungslücken und Umsetzungsmängel aufzudecken. Für die Gesundheitsförderung erscheint es demnach empfehlenswert, sich mit unterschiedlichen Werten, Wahrnehmungen, Sprachregelungen und Umgangsformen der Beteiligten aller Arbeitsbereiche auseinanderzusetzen, die Bereitschaft zum Gedankenaustausch und zur Zusammenarbeit herzustellen und ein Gleichgewicht zwischen gegenseitiger Abgrenzung und Übereinkunft zu ermöglichen, indem unterschiedliche Interessensgruppen in die Problembestimmung und Lösungsentwicklung mit einbezogen werden.

Netzwerkarbeit

Netzwerkarbeit bedeutet, mit dem Ziel der Gesundheitsförderung vielfältige Kontakte sowohl zwischen Menschen als auch zwischen Organisationen herzustellen, zu pflegen, zu erweitern und zu nutzen. Netzwerkarbeit in der Gesundheitsförderung scheint deshalb angeraten, weil sich die Entwicklung gesundheitsfördernder Settings langwierig und aufwendig gestaltet (vgl. Grossmann & Scala 1994) und die Vernetzung von Organisationen mit einem Austausch von Erfahrungen, Zusammenarbeit und Verwendung gemeinsamer Mittel auf eine bessere Durchsetzbarkeit der Gesundheitsförderungsinteressen hoffen lässt, indem Wissensbestände vertieft und erweitert und Handlungsmöglichkeiten vergrößert werden. Für Interventionen zur Gesundheitsförderung lässt sich daher empfehlen, innerhalb und außerhalb des Settings Netzwerkarbeit zu betreiben.

Zielgruppenorientierung

Zielgruppenorientierung von Interventionen der Gesundheitsförderung meint, die Frage zu stellen, an welche Zielgruppen sie sich wenden und wo deren jeweilige besonderen Bedürfnisse und Förderungs- bzw. Entwicklungsbedarfe liegen, und diese dann entsprechend zu berücksichtigen. Zielgruppen innerhalb der Gesamtbevölkerung oder innerhalb von Settings (vgl. Fehr, Kobusch & Wichmann 2006) lassen sich z.B. nach Alter; Geschlecht; Ethnizität, Nationalität, Kultur und Religion; Wohngegend; sozialer Herkunft und Umgebung; Ausbildung und Berufserfahrung; Lebensgeschichte; gesundheitlicher Veranlagung, Stressbewältigungsvermögen, Krankheitsneigung und Vorerkrankungen, chronischen Erkrankungen; und besonderen Fähigkeiten und Bedürfnissen einteilen.

2.1.5.3 Politische Dimension

Wie bereits erwähnt stellt Gesundheitsförderung auch eine politische Aufgabe dar. Ziel der folgenden Beschreibung der Grundsätze zur politischen Dimension von Gesundheitsförderung ist die Klarlegung der für die vorliegende Arbeit als maßgeblich erachteten Grundsätze in Bezug auf ihre politische Dimension; diese werden entsprechend dem Ansatz der Gesundheitsförderung gewählt. Darin wird davon ausgegangen, dass es, um Gesundheitsförderung in allen Bereichen gesellschaftlichen Handelns durchzusetzen, des anwaltschaftlichen Eintretens für Gesundheit (advocacy), des Ermöglichens gesundheitsförderlicher Veränderungen (change facilitation) sowie des Ermächtigens und Befähigens (empowerment) von Betroffenen bedarf (vgl. WHO 1986), und dass dabei Chancengleichheit und Geschlechtergerechtigkeit als soziale und gesundheitsbezogene Ziele besondere Berücksichtigung erfahren (vgl. z.B. Franzkowiak 2004).

Advocacy – change facilitation – empowerment (vgl. WHO 1986)

Anwaltschaftliches Eintreten für Gesundheit (advocacy) wird im Rahmen der vorliegenden Arbeit so verstanden, Gesundheit als Querschnittsthema in alle gesellschaftlichen Handlungsbereiche einzuführen, Gesundheitsexpert(inn)en in allen Gremien Mitspracherecht zu gewähren, Gesundheitsförderungsziele in die Leitlinien von Organisationen und Konzepte von Interventionen mit ein zu binden, sowie sämtliche Maßnahmen und Programme auf ihre Gesundheitsförderlichkeit hin zu untersuchen und zu verändern sind; Ermöglichen von Veränderungen (change facilitation) meint, mit Hilfe von Umfeldveränderungen und Anreizen die Entscheidung für den jeweils „gesündesten“ Weg zur leichteren Wahl werden zu lassen (vgl. z.B. Nutbeam & Harris 2001). Besonderes Gewicht kommt der Befähigung und Ermächtigung Betroffener (empowerment) zu, sich an der Gestaltung ihrer Lebensverhältnisse zu beteiligen. Denn es wird angenommen, dass sie den jeweiligen Handlungsbedarf am genauesten einschätzen können, selbst bestimmte Ziele am ehesten erreichen und dass die dabei erfahrene Selbstwirksamkeit sich besonders günstig auf ihre Gesundheit auswirkt. Es geht also darum, den Menschen Hilfe zur Selbsthilfe zu geben (siehe z.B. Schnabel 2007b).

Chancengleichheit

Chancengleichheit bedeutet, dass Menschen gerechten Zugang zu Lebens- und Gesundheitschancen, also zu Möglichkeiten der Selbstbestimmung und Bedürfnisbefriedigung bekommen, da die Verbesserung von gesellschaftlicher und gesundheitlicher Chancengleichheit nach Hurrelmann (2006) eine Voraussetzung für langfristigen Frie-

den und Zusammenhalt in Gemeinschaften sowie für erfolgreiches Zusammenwirken unterschiedlicher Personen und Gruppen bei der Erreichung gemeinsamer (z.B. gesellschaftlicher oder settingbezogener) Ziele bildet.

Einen möglichen Weg zur angestrebten Chancengleichheit innerhalb von Settings kann dabei z.B. „diversity management“ (siehe z.B. bei Faller 2005; Gräser, Hartmann & Sonntag 2007) darstellen. Dabei wird versucht, die vorhandenen Unterschiede zwischen einzelnen Personen sowie zwischen Gruppen als Quelle der Weiterentwicklung zu nutzen und dabei eine Vielfalt von Lebenslagen zu berücksichtigen. Verschiedenartigkeit wird hier als Voraussetzung für die Vergrößerung von Handlungsmöglichkeiten für einzelne, Gruppen sowie für die gesamte Gesellschaft gesehen. Im Sinne der Chancengleichheit wird nach unterschiedlichen Bedürfnissen, Stärken und Wünschen aller Zielgruppen gefragt, in deren Sprache gesprochen und werden diese in die Planung, Durchführung und Auswertung ihrer Vorhaben mit einbezogen, damit diejenigen besonders gefördert werden, die ihre Interessen nicht so leicht durchsetzen können.

Geschlechtergerechtigkeit

Geschlechtergerechtigkeit wird im Rahmen der vorliegenden Arbeit, ausgehend von den weiter oben dargelegten Begriffsbestimmungen und Erkenntnissen von Franzkowiak (2004) und Kuhlmann & Kolip (2005) folgendermaßen verstanden: Geschlechtergerechtigkeit in der Gesundheitsförderung zielt darauf ab, Menschen in ihrer geschlechtlich geprägten Einzigartigkeit zu achten, dabei ihre unterschiedlichen Bedarfe zu berücksichtigen ihnen und auf dieser Grundlage gerecht verteilte Möglichkeiten der Selbstbestimmung und Bedürfnisbefriedigung in ihrem Leben zu ermöglichen. In diesem Zusammenhang sollten, der Idee des Gender Mainstreaming folgend, Interventionen zur Gesundheitsförderung, den Grundsatz der Geschlechtergerechtigkeit auf alle ihre Ebenen, Ansatzpunkte, Inhalte und Methoden, Struktur- und Prozesselemente anwenden.

2.1.5.4 Qualitätsdimension

Ziel der Darstellung der Qualitätsdimension von Interventionen zur Gesundheitsförderung ist die Klärung der im Rahmen der vorliegenden Arbeit als Grundlage für die Planung, Durchführung und Auswertung von Interventionen gewählten Kriterien und Prozesse der Qualitätsbeurteilung. Diese folgen dem Ansatz der Gesundheitsförderung, wobei folgende Punkte besonders berücksichtigt werden sollen (vgl. Faller 2005; Schnabel 2007b): Die Qualitätskriterien Bedarfsgerechtigkeit, Sachangemessenheit, Effektkongruenz und Nachhaltigkeit und die regelmäßige Durchführung sowohl von

Qualitätssicherung als auch von Evaluation, wobei letztere mindestens Effektivität, Effizienz und Akzeptanz der Interventionen beurteilt.

Qualität (vgl. Meggeneder 1997; Bös & Brehm 1998; Drupp & Osterholz 2001; Schwarzer et al. 2002; Naidoo & Wills 2003; Hartmann, Opper & Sudermann 2005; Faller 2005; Schnabel 2007b) wird als Ausmaß verstanden, in dem die Interventionen die an sie gestellten Ansprüche erfüllen; da diese von unterschiedlichen Seiten gestellt werden können, empfiehlt sich für Interventionen zur Gesundheitsförderung – wenn diese auf allgemeine Unterstützung stoßen sollen – die Teilmerkmale und Merkmalsausprägungen ihrer Qualitätskriterien, sowie die genauen Verfahrensweisen für Qualitätssicherung und Evaluation für unterschiedliche Settings unter Beteiligung von Vertreter(inn)en aller Zielgruppen auszuhandeln.

Die *Qualitätskriterien* für Interventionen zur Gesundheitsförderung (vgl. Faller 2005, Schnabel 2007b) werden im Rahmen der vorliegenden Arbeit, wie weiter oben beschrieben, folgendermaßen verstanden: *Bedarfsgerechtigkeit* als Berücksichtigung sowohl von Erfordernisse aus Sicht von Expert(inn)en als auch von Bedürfnissen, Lebenszusammenhängen und Wünschen aller Betroffenen bzw. Beteiligten; *Sachangemessenheit* als Eignung der gesetzten Interventionen für die Zielerreichung, wobei für die ersten Einschätzungen und Entscheidungen das fachliche Wissen der Expert(inn)en, im Laufe der Durchführung aber zunehmend die Bewertung durch die Betroffenen Gewicht bekommt; *Effektkongruenz* als Fähigkeit, die Ziele von Gesundheitsförderung mit einer besseren Erfüllung der Kernaufgaben des jeweiligen Settings zu verbinden; und *Nachhaltigkeit* als dauerhafte Selbstveränderung des Systems mit Entstehung gesundheitsfördernder Strukturen und Prozesse.

Damit diese Qualitätskriterien erfüllt werden, soll regelmäßig *Qualitätssicherung* durchgeführt werden. Dies bedeutet die laufende Überwachung, Bewertung und Verbesserung der Interventionen zur Gesundheitsförderung. Weiters gilt es, wie bereits erwähnt, die Wirkung der Interventionen mittels Evaluation zu überprüfen.

Über *Evaluation* – das bedeutet (nach Pfaff 2001; Ovreteit 2002) die systematische datengestützte Bewertung bzw. vergleichende Einschätzung von Interventionen – soll gezeigt werden, dass die Ziele der Interventionen zur Gesundheitsförderung erreicht wurden (*Effektivität*) und dass der Nutzen der Intervention möglichst hoch im Verhältnis zu ihren Kosten ausfällt (*Effizienz*), und dass sie und für alle Beteiligten annehmbar ist (*Akzeptanz*). Die Intervention und ihre Wirkungen sollen weiters mittels *Dokumentation* und Publikation bzw. Öffentlichkeitsarbeit nachvollziehbar werden.

2.1.5.5 Zusammenfassung: Grundsätze der Gesundheitsförderung

Auf Grundlage der Gesundheitsförderungsliteratur wurden Grundsätze (siehe Abb. 2 im Überblick) erarbeitet – eingeteilt in vier Unterbereiche: Gesundheitsverständnis, Vorgehensweise, politische Dimension und Qualitätsdimension. Sie dienen als Voraussetzung für das im Verlauf der nächsten Unterkapitel zu erstellende Analyseschema.

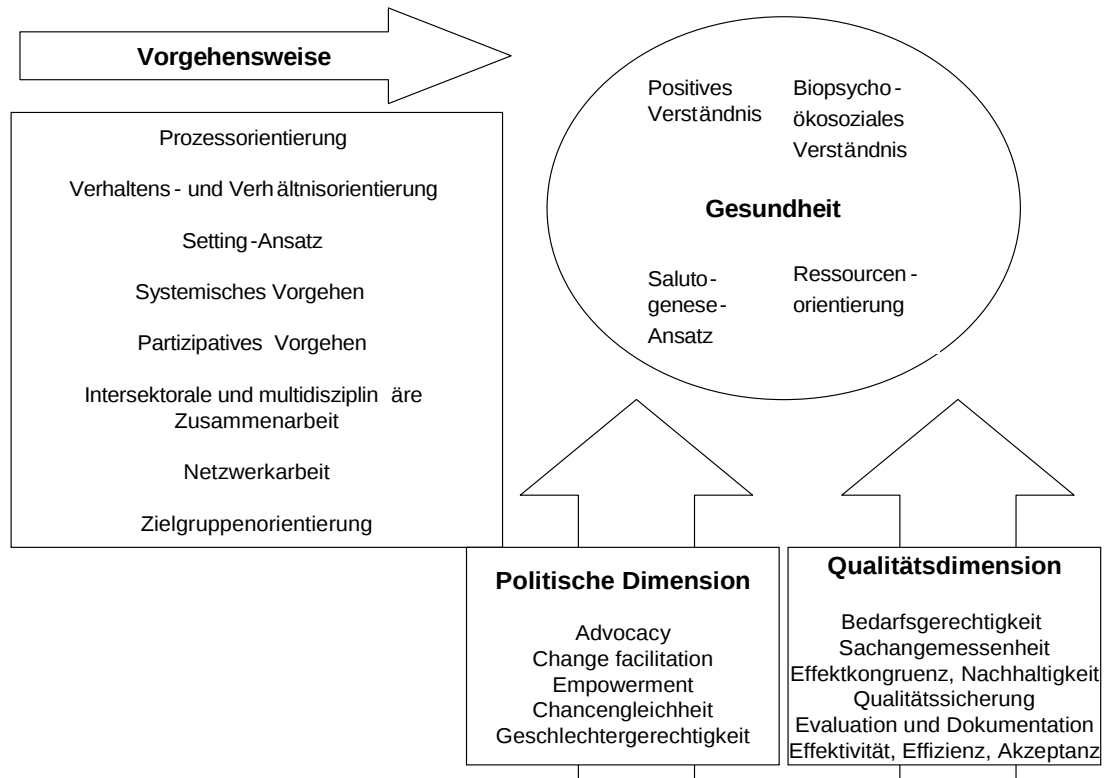


Abb. 3: Grundsätze der Gesundheitsförderung

2.1.6 Zusammenfassung: Gesundheitsförderung

Wie in der gesundheitswissenschaftlichen Literatur beschrieben, stellt Gesundheit ein wichtiges Thema und Gesundheitsförderung eine gesellschaftlich und individuell bedeutsame Aufgabe in Gegenwartsgesellschaften dar, wobei ein Blick in die Geschichte die Veränderbarkeit des Verständnisses von Gesundheit und Gesundheitsförderung zeigt, und sich auch in der Gegenwart lebensweltliches, medizinisches, politisches und wissenschaftliches Gesundheitsverständnis, sowie die Sichtweisen verschiedener Gesellschaftsbereiche und Wissenschaftsdisziplinen auf Gesundheitsförderung deutlich voneinander unterscheiden; aus diesem Grund wurde es im Rahmen der vorliegenden Arbeit als notwendig erachtet, den eigenen Ansatz der Gesundheitsförderung innerhalb verschiedener Perspektiven – von Politik, Wirtschaft, Public Health, Medizin, Ex-

pert(inn)en und Institutionen der Gesundheitsförderung, Psychologie, Soziologie und Pädagogik – einzuordnen und abzugrenzen.

Aufgrund dieser Literaturbefunde wurden *Interventionsformen* und *Grundsätze* der Gesundheitsförderung ermittelt, als Grundlage für ein Analyseschema, das im Laufe der nächsten Unterkapitel weiter ausdifferenziert wird.

2.2 Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten

Ziel dieses Unterkapitels ist es, mithilfe von sportwissenschaftlicher Literatur die im vorigen Unterkapitel erarbeiteten Interventionsformen und Grundsätze der Gesundheitsförderung auf den Teilbereich Bewegungsaktivitäten anzuwenden.

Zu diesem Zweck bedarf es zunächst einer Einordnung dessen, was im Rahmen der vorliegenden Arbeit unter Bewegungsaktivitäten zur Gesundheitsförderung verstanden werden soll; es werden daher zunächst unterschiedliche Perspektiven auf Bewegungsaktivitäten zur Gesundheitsförderung dargestellt und auf Grundlage dieser Befunde werden die Grundsätze der Gesundheitsförderung auf Bewegungsaktivitäten zur Gesundheitsförderung übertragen.

2.2.1 Perspektiven auf die Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten

Bewegungsaktivitäten werden in der Gesundheitsförderung als möglicher Inhalt von Interventionen behandelt (vgl. Fuchs 2003). Allerdings werden die Möglichkeiten von Bewegungsaktivitäten, zur Gesundheitsförderung beizutragen, sowie die Anforderungen, die in diesem Zusammenhang an sie zu stellen sind, je nach Perspektive – von Politik, Public Health, Medizin, Expert(inn)en der Praxis und der Sportwissenschaft – unterschiedlich gesehen. Um das der vorliegenden Arbeit zugrunde liegende Verständnis von Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten klarzulegen und abzugrenzen, werden diese verschiedenen Sichtweisen im Folgenden kurz dargestellt.

Im Bereich *Politik* (wie von Martin, Kahlmeier, Racioppi, Berggren, Miettinen, Oppert, Rutter, Slachta, Von Poppel, Zakotnic, Meusel, Oja & Sjöström 2006 beschrieben) wurde die Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten als Aufgabe wahrgenommen; auf internationaler Ebene zeigt sich dies, indem die WHO Bewegungsaktivitäten als Teil von Gesundheitsförderung in ihrer “Global Initiative for Active Living”, ihrer “Charter on Transport, Environment and Health”, dem “Move for Health Day “ und der “Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health” berücksichtigt; aber auch die

Nicht-Regierungs-Organisation (NGO) „Agita Mundo“ hat weltweite Veranstaltungen zu diesem Thema ins Leben gerufen; auf europäischer Ebene verfolgt die „EU Platform for Action on Diet, Physical Activity and Health“ ebenso das Ziel der Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten. Das “European Network for the Promotion of Health-Enhancing Physical Activity” (HEPA Europe) bewirbt gesundheitsfördernde Bewegung in Freizeit, Arbeit, Haushalt und Transport und sucht nach wissenschaftlichen Beweisen für ihre Wirksamkeit. Demnach erweist es sich als notwendig, für die Möglichkeit, für Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten anwaltschaftlich einzutreten (advocacy), Veränderungen in diese Richtung zu erleichtern (change facilitation) und Menschen dazu befähigen und zu ermächtigen, Bewegungsaktivitäten selbst bestimmt und bedürfnisgerecht auszuüben. Der politische Einsatz für diese Ziele liegt darin begründet, dass (vgl. Fuchs 2003) sowohl aus Sicht der Politik als auch der *Public Health*, und der Medizin, Bewegungsaktivitäten einschließlich Sport als wertvolles Gesundheitsverhalten gelten.

Die *Medizin* interessiert sich dabei vorrangig für jene Bewegungsaktivitäten (physical activity), die körperlich, durch Arbeit von Skelettmuskeln, verursacht werden und den Energieumsatz deutlich über Ruhewerte hinaus anheben (vgl. Bös & Brehm 1998).

Sie betrachtet die Wechselwirkung zwischen Bewegungsaktivitäten einerseits und körperlicher Gesundheit und Leistungsfähigkeit andererseits. Gesundheit wird dabei anhand von Normwerten für anatomisch-funktionale und physiologische Messgrößen definiert.

Die *Sportmedizin* im Besonderen untersucht dabei die körperlichen Voraussetzungen für bestimmte sportliche Leistungen und deren Verbesserung sowie kurz- und langfristige Auswirkungen sportlicher Belastungen auf Körperstrukturen und -funktionen (vgl. Bös & Brehm 1998).

Zusammenhänge zwischen regelmäßiger körperlicher Aktivität und Kennwerten körperlicher Gesundheit bzw. Leistungsfähigkeit wurden vorrangig in Bezug auf Herzkreislaufsystem und Stoffwechsel erforscht. Als Ergebnis daraus wurden Empfehlungen zur körperlichen Aktivität ausgegeben, zum Beispiel die des American College of Sports Medicine (ACSM) von täglich 30 min. mittlerer Aktivität. Weiters wurde gezeigt, dass Krankheitshäufigkeit und Sterblichkeit in Abhängigkeit vom wöchentlichen Energieverbrauch durch Bewegung in einer U-förmigen Kurve verlaufen: zu wenig, aber auch zu viel an Bewegung sei also ungesund (vgl. z.B. Samitz & Mensink 2002).

Einen weiteren sportmedizinischen Forschungsschwerpunkt bilden die weit verbreiteten musculo-skelettalen Erkrankungen. Beziehungen zwischen Muskelkraft und Er-

krankungen des „Bewegungsapparates“ wurden immer wieder hergestellt, ließen sich aber nicht übergreifend und eindeutig belegen (vgl. Samitz & Mensink 2002). Da die vorliegende Arbeit vom Ansatz der Gesundheitsförderung ausgeht, wird eine rein medizinische Sicht auf Bewegungsaktivitäten als für die Gesundheitsförderung unzulänglich angesehen. Demgegenüber werden für Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten die Grundsätze eines positiven und biopsychosozialen Gesundheitsverständnisses als wesentlich erachtet.

Als *problematisch* an der (sport-)medizinischen Sicht erweist sich laut Beckers (1991) weiters die Gleichsetzung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit. Noch dazu bezeichnet sie Bewegung als Medikament, das in genau festgelegter Menge, Stärke und Verabreichungsform angewendet werden muss. Dabei wird Bewegung aus ihren vielfältigen menschlichen Lebens- und Bedeutungszusammenhängen herausgerissen und nur mehr nach ihren unmittelbar messbaren körperlichen Wirkungen bewertet; ihre psychischen und sozialen Vor- und Rahmenbedingungen, Neben- und Folgeerscheinungen werden ausgeklammert. Im Unterschied dazu folgen Bewegungsaktivitäten, die nach dem Ansatz der Gesundheitsförderung gestaltet werden, den Grundsätzen eines salutogenetischen und ressourcenorientierten Gesundheitsverständnisses; ihrer Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und ihrer Einordenbarkeit in höhere Sinn- und Bedeutungszusammenhänge wird demnach besondere Aufmerksamkeit gewidmet.

Über diese umfassenderen Sinnzusammenhänge von Bewegung wissen vermutlich Expert(inn)en der Bewegungs- bzw. Sportpraxis – im Vergleich zu Mediziner(inne)n – besser bescheid. Zu diesen *Expert(inn)en der Praxis* zählen sich Übungsleiter(innen) und Trainer(innen) unterschiedlicher Ausbildungen und Stufen, Lehrer(innen), sowie Angehörige von „Gesundheitsberufen“ (des Medizinsystems und des freien Gesundheitsmarktes). Allerdings stützt sich ihre Tätigkeit nicht zwangsläufig auf die Umsetzung wissenschaftlich abgesicherter Erkenntnisse.

Als *Expert(inn)en der Wissenschaft* sind die Sportwissenschaftler(innen) zu sehen, wobei es beim Thema Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten wohl Überschneidungsbereiche mit den Gesundheitswissenschaften gibt. Gesundheit wurde zu einem Querschnittsthema der Sportwissenschaft, in den unterschiedlichen Teildisziplinen der Sportwissenschaft stößt man allerdings auf weit auseinander gehende Gesundheitsbegriffe. Dies erschwert bzw. verhindert in vielen Fällen eine Zusammenführung ihrer Forschungsergebnisse (z.B. Bös & Brehm 1998). Wie schon erwähnt soll Gesundheit in der vorliegenden Arbeit positiv und biopsychosozial verstanden werden, wobei Salutogenese-Ansatz und Ressourcenorientierung als wesentlich angesehen werden.

Handlungsleitende Erkenntnisse für die Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten sind in den Sportwissenschaften am ehesten aus den sportwissenschaftlichen Teildisziplinen Trainingswissenschaft, Sportpsychologie (an der Schnittstelle zur Gesundheitspsychologie) und vor allem Bewegungs- und Sportpädagogik zu erwarten, deren wichtigste Befunde im folgenden – als grundlegend für die Erarbeitung von Grundsätzen der Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten, und da multidisziplinäre Zusammenarbeit als wesentlicher Grundsatz von Gesundheitsförderung gilt – überblicksartig dargestellt werden.

Aus der *Trainingswissenschaft*, die sich mit der Verbesserung der motorischen Leistungsfähigkeit beschäftigt und an Grundlagenwissen aus mehreren Wissenschaftsdisziplinen – im Bereich der Bewegungsaktivitäten zur Gesundheitsförderung vor allem aus der Medizin – anknüpft, ergeben sich folgende Hinweise für die Durchführung von Bewegungsaktivitäten (vgl. Weineck 2004): Um die körperliche Entwicklung in Richtung auf Steigerung der Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit anzustoßen, bedarf es regelmäßig wiederholter Aktivitäten (Zyklisierung), die eine bestimmte Reizschwelle überschreiten und im Laufe der Zeit eine Steigerung erfahren. Dabei sollen verschiedene Anteile der Bewegungsfähigkeit in ihrem Verhältnis abgestimmt (Proportionalität) sowie in geeigneter Reihenfolge und mit ausreichenden kurz- und langfristigen Erholungsphasen durchgeführt werden.

Eine wichtige Rolle spielt die *Anpassung* des Trainings an die Ziele und Leistungsvoraussetzungen einzelner Menschen (Individualisierung) und die jeweilige Lebens- und Trainingsphase (Periodisierung) in der sie sich befinden, wobei im Laufe der Zeit wechselnde Schwerpunkte gesetzt und eine Vielfalt an Trainingsformen (varierte Belastung) abgewechselt werden sollen (vgl. Weineck 2004).

Im Hinblick auf sportmedizinische *Richtwerte* zur Verbesserung körperlicher Gesundheitsvoraussetzungen (z.B. Samitz und Mensink 2002) werden folgende Mindestumfänge der Bewegungsaktivität angegeben: Im Bereich Ausdauer (im Hinblick auf Herzkreislaufsystem und Stoffwechsel) täglich 30 Minuten mittlerer Intensität, noch besser drei bis fünf mal wöchentlich 20-60 Minuten mittlerer bis hoher Intensität; in Bezug auf Kraft ein bis drei Mal wöchentlich mit je nach Trainingszustand unterschiedlicher Wiederholungszahl und Intensität (ACSM).

Allgemeine Grundsätze der Trainingswissenschaft zu berücksichtigen gilt als Notwendigkeit für die Stärkung körperlicher Gesundheitsvoraussetzungen sowie für die Vermeidung von Fehlbeanspruchungen. Sie ist aber keine für sich alleine hinreichende Bedingung für eine umfassende Gesundheitsförderung mittels Bewegungsaktivitäten,

da, wie schon erwähnt, Bewegungsaktivitäten auch auf der psychischen und sozialen Ebene wirken und mit den Lebenszusammenhängen von Menschen in vielfältiger Verbindung stehen können. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit soll Sachangemessenheit von Interventionen mit Bewegungsaktivitäten zur Gesundheitsförderung so verstanden werden, dass die Grundsätze der Trainingswissenschaft beachtet werden, aber gleichzeitig ein positives, biopsychosoziales Gesundheitsverständnis handlungsleitend wirkt.

Solche möglichen Beziehungen zwischen Bewegungsaktivitäten und psychischen Strukturen und Prozessen werden an der Schnittstelle zwischen Sport- und Gesundheits-*Psychologie* untersucht – einen Überblick über entsprechende Befunde geben Bös & Brehm (1998), Bös et al. (2002) und Fuchs (2003): Erstens, zur Auswirkung von Bewegungs- und Sportaktivitäten auf die psychische Gesundheit, zweitens, zu Bewegungs- und Sportaktivitäten als Teil von Gesundheitsverhalten.

Mögliche *Auswirkungen von Bewegungs- und Sportaktivitäten* auf die psychische Gesundheit werden in der (sport-/gesundheits-)psychologischen Forschung untersucht, vor allem anhand von Messwerten für Befindlichkeit, Depressivität, Angst, Selbstkonzept (Selbstwahrnehmung und -bewußtsein), Stressverarbeitung und internale Kontrollüberzeugung (der Vorstellung, durch eigenes Verhalten bedeutsame Vorgänge im Lebenslauf in einem hohen Ausmaß beeinflussen zu können). In einigen Studien (vgl. Bös & Brehm 1998) wurde eine Steigerung des psychischen Wohlbefindens durch Bewegungsaktivitäten gefunden, die unter anderem durch Verringerung von Beschwerden, durch verstärkte Wahrnehmung sozialer Unterstützung sowie durch Stimmungsverbesserung erklärt werden konnte.

Auch ein Beitrag von Bewegungs- und Sportaktivitäten zur Stressbewältigung erscheint – nach Fuchs (2003) – denkbar, etwa durch Schaffung besserer physischer und psychosozialer Gesundheitsvoraussetzungen sowie durch Krankheitsvorsorge, durch Verhinderung der Entstehung von Stress und Abmilderung ihrer Auswirkung, sowie durch Erhöhung des Selbstwertgefühls. Einige Studien (vgl. Bös & Brehm 1998; Bös, Gröben & Wöll 2002) deuten auch darauf hin, dass körperlich-sportliche Aktivität kurzfristig zur Verbesserung von Selbstkonzept und Befindlichkeit sowie zu einer Verminderung von Angst und Depressivität führen kann, wobei langfristige Wirkungen allerdings schwer nachweisbar sind. Es ist demnach nicht auszuschließen, dass Bewegungsaktivitäten einen Beitrag zur Stärkung psychischer Ressourcen beitragen können, und im Sinne des Grundsatzes „biopsychosoziales Gesundheitsverständnis“ erscheint dies auch als wesentliches Teilziel von Bewegungsaktivitäten zur Gesundheitsförderung.

Bevor Bewegungsaktivitäten ihre Wirkung entfalten können, müssen sie jedoch zuerst einmal ausgeübt, und auf Dauer beibehalten werden – damit ergibt sich das Problem der *Teilnahme und Bindung an Bewegungs- und Sportaktivitäten*, das ebenfalls in der psychologischen Forschung beleuchtet wird. In diesem Zusammenhang erscheint für die Bewegungsaktivitäten zur Gesundheitsförderung am wesentlichsten, dass sich „Gesundheit“, wie Bös & Brehm (1998) sowie Fuchs (2003) feststellen, nur als Einstiegs-, nicht aber als Bleibe-Motiv für die Teilnahme an Bewegungs- und Sportaktivitäten eignet. Aussteiger(innen) aus entsprechenden Angeboten kennzeichnen sich dadurch, dass sie sich zu ergebnisorientierte, unklare, unerreichbare und weniger bedeutsame Ziele setzen, während langfristig an Gesundheitssportangeboten Teilnehmende bei den Bewegungs- bzw. Sportaktivitäten etwa auch Wettkampf, Neugier, Freude, Entspannung, Geselligkeit, Abenteuer, Ausgleich, und gesteigertes Selbstbewusstsein erleben. Weiters entscheiden – wie auch in anderen Bereichen des Gesundheitsverhalten – die Bedingungen der sozial-ökologischen Umwelt darüber, ob ein angestrebtes Bewegungsverhalten auch in die Tat umgesetzt werden kann.

Demzufolge erscheinen für Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten besonders die Grundsätze der Verhaltens- und Verhältnisorientierung, des Setting-Ansatzes, der Förderung sozialer Unterstützung, des Ermöglichens von Veränderungen (change facilitation), sowie des Befähigens und Ermächtigens (empowerment) zur Ausübung gesundheitsfördernder Bewegungsaktivitäten bedeutsam.

Zur Umsetzung dieser Grundsätze könnten sich pädagogische Ansätze als hilfreich erweisen, da diese darauf abzielen, Menschen in ihrer Selbstentwicklung zu fördern und sie dabei zu unterstützen, die eigenen Lebensverhältnisse überdenken und verändern zu lernen; denn in der *Bewegungs- und Sportpädagogik* werden Bewegungsaktivitäten nicht bloß als Mittel zur Verbesserung motorischer Fähigkeiten gesehen (vgl. Kruse & Thiele 1991), sondern auf ihren möglichen Einsatz unter der Zielsetzung Persönlichkeitsentwicklung hin erforscht.

So stellt sich aus pädagogischem Blickwinkel unter anderem die Frage, ob bzw. unter welchen Bedingungen Bewegungsaktivitäten dazu beitragen können, die Fähigkeit, sich der eigenen und fremden Handlungen zugrunde liegenden Werte bewusst zu werden (Reflexion), in Gespräch und Zusammenarbeit mit anderen gemeinsame Bedürfnisse zu erfüllen und Ziele zu erreichen (Kommunikation und Kooperation), sowie durch schöpferische Selbstentwicklung und Gestaltung eigener Lebensbedingungen Herausforderungen zu bewältigen und Wünsche zu verwirklichen (Kreativität) verbessert werden können.

Demnach erscheint es *denkbar*, dass Bewegungsaktivitäten Ausgangspunkt des verstehenden Nachvollziehens von Wahrnehmungen, Handlungen und Umfeldbedingungen bilden könnten, indem die Aufmerksamkeit geweckt und Gelegenheit zum Nachdenken, -spüren, -besprechen und -bearbeiten, alleine und in der Gruppe, gegeben wird, und dass Bewegungsaktivitäten auf diese Weise zu Gedankenaustausch, gegenseitiger Unterstützung und dem Finden von neuen Wegen und Lösungen anregen könnten. Dabei ist zu berücksichtigen, dass diese möglichen sich aus Bewegungsaktivitäten ergebenden Erfahrungen nicht durchgängig plan- und steuerbar sind – Pädagog(inn)en können nur versuchen, den Wunsch nach „Selbstbildung“ zu wecken und Offenheit für neue Erfahrungsfelder und -möglichkeiten zu erzeugen (Kolb et al. 1991).

In diesem Zusammenhang erscheinen die Gesundheitsförderungs-Grundsätze der Prozessorientierung, des partizipativen Vorgehens und der mehrperspektivischen Evaluation besonders bedeutsam, um herauszufinden, auf welchem Erfahrungsstand sich die Teilnehmer(inne)n von Bewegungsaktivitäten befinden und welche Entwicklungsziele sie anstreben, um sie auf dem Weg dort hin ihren Bedürfnissen gerecht begleiten zu können.

Im Falle ihres Gelingens könnten *pädagogisch aufbereitete Bewegungsaktivitäten* somit einen Beitrag zur Gesundheitsentstehung (Salutogenese) leisten, indem sie – bei den dabei entstehenden Anlässen zur Reflexion und Kommunikation – die Verstehbarkeit eigenen und fremden Verhaltens, der eigenen Lebensverhältnisse und Handlungsbedingungen verbessern; die Handhabbarkeit der damit verbundenen Herausforderungen erleichtern; ihre Lösungswege in einen übergeordneten Zusammenhang von gesellschaftlichen und persönlichen Werten und Zielen einordnen und dabei ihre Bedeutsamkeit erkennen helfen. Durch geeignete Aufgabenstellung sowie Begleitung und Auswertung der Durchführung von Bewegungsaktivitäten – verbunden etwa mit Anregungen zur Kooperation und Kreativität – ließe sich die Stärkung psychosozialer Ressourcen, wie etwa von Selbstwirksamkeit und sozialer Unterstützung anzielen.

All dies würde bedeuten, dass die Durchführung von Bewegungsaktivitäten nicht bloß als Zielverhalten, das vorwiegend an einzelnen Personen und deren körperlicher Befindlichkeit ansetzt, gesehen werden kann (im folgenden stets mit „Bewegung als Ziel“ abgekürzt), sondern dass *Bewegungsaktivitäten auch als Medium* für Reflexion, Kommunikation, Kooperation und Kreativität eingesetzt werden und auf diese Weise auch gegenseitige soziale Unterstützung und Entwicklungsprozesse auf der Ebene von Gruppen oder Organisationen fördern könnten (diese Möglichkeit des Einsatzes wird im folgenden mit „Bewegung als Medium“ umschrieben).

Während sich die Bewegungs- und Sportpädagogik mit Grundsatzfragen der Erziehung und Bildung durch Bewegung und Sport auseinandersetzt, beschäftigt sich die *Bewegungs- und Sportdidaktik* auf Grundlage pädagogischer Zielsetzungen vor allem mit Fragen der sachangemessenen Vermittlung von Bewegungs- und Sportaktivitäten. Einige wesentliche Grundsätze dazu wurden z.B. von Scherler (1999) genannt: 1. Der Grundsatz der lehrreichen Erfahrung (Lernen mit methodischen Hilfen zu ermöglichen), 2. der Grundsatz der weitgehenden Mitbestimmung, 3. der Grundsatz der gebotenen Beteiligung (Aktivität zu unterstützen, aber nicht zu erzwingen), 4. der Grundsatz der anschaulichen Erklärung, 5. der Grundsatz der einsichtigen Ordnung, 6. der Grundsatz der kritischen Auswertung, und 7. der Grundsatz der situativen Planung. Diese didaktischen Grundsätze zeigen Überschneidungen mit Grundsätzen der Gesundheitsförderung – wie Partizipation und Salutogenese-Ansatz (in dem Bewegungs- und Sportaktivitäten verstehbar, handhabbar und sinnhaft wahrnehmbar dargeboten werden). Grundsätze der Bewegungs- und Sportdidaktik zu beachten, erscheint daher als wesentliche Voraussetzung zur Gesundheitsförderung mit Bewegungs- und Sportaktivitäten.

Die zuvor genannten Möglichkeiten pädagogisch angeleiteter Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten sind allerdings empirisch noch nicht sehr zahlreich untersucht, und so stammen die meisten bisherigen *Aussagen* über die Wirksamkeit von Bewegungs- bzw. Sportaktivitäten auf die Gesundheit aus Untersuchungen in Medizin und Psychologie; dies wirkt sich leider auf die gegebenen Empfehlungen zu ihrer Durchführung aus, in denen häufig wesentliche Grundsätze etwa der Pädagogik und Didaktik missachtet werden (vgl. Beckers 1991; Kolb 1995; Wydra 1996). Aus diesem Grund kann auch für Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten eine multidisziplinäre und intersektorale Vorgehensweise empfohlen werden.

Als *Beispiel für disziplinübergreifende Aussagen* zum Thema Gesundheit können die von Brehm, Janke, Sygusch & Wagner (2006) aufgelisteten Ziele des Gesundheitssports genannt werden: Stärkung körperlicher Gesundheitsressourcen, Reduktion von Risikofaktoren, Stärkung psychosozialer Ressourcen, Bewältigung von Beschwerden und Missbefinden, Bindung an gesundheitssportliches Verhalten sowie Schaffung und Verbesserung gesundheitsfördernder Verhältnisse. Brehm et al. (2006) empfehlen in diesem Zusammenhang, dass Vielfalt und Abwechslung gerade auch Bestandteil von Gesundheitssportprogrammen mit sehr klar umgrenzten Zielvorgaben sein sollen, und dass demnach Bewegungsaktivitäten zur Gesundheitsförderung beinahe die gesamte Bandbreite an Bewegungsformen und Sportarten umfassen können, wobei jede wohl

nur in Abhängigkeit von ihren übergeordneten Zusammenhängen und ihrer Ausgestaltung mehr oder weniger gesundheitsfördernd wirken kann.

Zusammenfassend lässt sich bezüglich der verschiedenen Perspektiven auf die Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten sagen, dass diese als Aufgabe der Politik sowie der Public Health erfasst worden ist, dass der Beitrag der Bewegungsaktivitäten zur Gesundheitsförderung jedoch teils sehr eng begrenzt, als Gesundheitsverhalten einzelner Personen mit überwiegend körperlichen Auswirkungen, wahrgenommen wird; diese Sichtweise nimmt besonders die Medizin und teilweise auch die Trainingswissenschaft ein, während an der Schnittstelle von Gesundheits- und Sportpsychologie immerhin auch Beziehungen zwischen Bewegungsaktivitäten und psychischen Strukturen und Prozessen betrachtet werden.

Ergebnisse psychologischer Forschung deuten auf die Möglichkeit der Stärkung psychischer Ressourcen durch Bewegungsaktivitäten hin, und zeigen die Herausforderung auf, Menschen langfristig an gesundheitsfördernde Bewegungsaktivitäten zu binden. Für das Gelingen dieses Vorhabens erscheinen die Gesundheitsförderungs-Grundsätze Verhaltens- und Verhältnisorientierung, Setting-Ansatz, Partizipation, advocacy, empowerment, change facilitation, als entscheidend, und einen wesentlichen Beitrag zu deren Umsetzung könnten Ansätze der Bewegungs- und Sportpädagogik leisten, da aus pädagogischem Blickwinkel Bewegungsaktivitäten nicht als bloßes Zielverhalten (Bewegung als Ziel) angesehen, sondern auch Möglichkeiten, Bewegung als Medium der Reflexion, Kommunikation, Kooperation und Kreativität einzusetzen, in Erwägung gezogen werden.

2.2.2 Interventionsformen von Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten

Ziel der Beschreibung unterschiedlicher Interventionsformen von Bewegungsaktivitäten zur Gesundheitsförderung ist es, die Voraussetzungen für die Erstellung eines Analyseschemas weiterzuentwickeln, in dem die im vorangegangenen Unterkapitel beschriebenen Interventionsformen der Gesundheitsförderung auf den Teilbereich Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten übertragen werden, wobei zuvor die Besonderheiten des Teilbereiches Bewegungsaktivitäten innerhalb der Gesundheitsförderung erläutert werden.

Worin liegt nun die *Besonderheit von Interventionsformen mit Bewegungsaktivitäten* im Rahmen der Gesundheitsförderung? In Anlehnung an die oben beschriebene Sicht-

weise der Bewegungs- und Sportpädagogik wird im Zusammenhang der vorliegenden Arbeit davon ausgegangen, dass Bewegungsaktivitäten in der Gesundheitsförderung zwei verschiedene Rollen einnehmen können – erstens, mit Bewegung als Ziel (-aktivität), und zweitens, mit Bewegung als Medium – die im Folgenden näher erläutert werden.

Ziel von Bewegungsaktivitäten zur Gesundheitsförderung kann es also erstens – wie oben und wie etwa bei Bös, Gröben & Wöll (2002) und Fuchs (2003) erwähnt – sein, dauerhaft persönliche Bindung und geeignete Umwelten für selbst bestimmte, bedürfnisgerechte und mit der Stärkung körperlicher, psychischer und sozialer Ressourcen verbundener Bewegungs- und Sportaktivitäten zu schaffen – *Bewegung als Ziel* steht im Mittelpunkt. Zweitens kann versucht werden, mithilfe von *Bewegung als Medium* der Reflexion, Kommunikation, Kreativität und Kooperation Ziele der Gesundheitsförderung zu erreichen (vgl. Beckers und Schmidt-Millard 1991).

Abgesehen von dieser Doppelrolle der Bewegungsaktivitäten in der Gesundheitsförderung kann die Einteilung von Interventionsformen zu Gesundheitsförderung, wie sie im vorhergegangenen Kapitel vorgenommen wurde, auf Interventionen mit Bewegungsaktivitäten zur Gesundheitsförderung folgendermaßen übertragen werden:

Zunächst werden Bewegungsaktivitäten zur Gesundheitsförderung im Hinblick auf ihre *Strategie* von jenen abgegrenzt, die in Prävention und Therapie eingesetzt werden. Die letzteren kreisen um Krankheitsbilder, Störungen und Behinderungen einzelner Menschen und laufen weitgehend von medizinischen Experte(inn)en bestimmt ab. Sie blenden jene Sinngehalte von Bewegung, die über die Vorbeugung oder Heilung ganz bestimmter Schädigungen hinausgehen, sowie die weiteren Lebenszusammenhänge der Patient(inn)en, großteils aus (vgl. Beckers 1991). Als Interventionen mit Bewegungsaktivitäten zur Gesundheitsförderung sollen dagegen hier nur jene verstanden werden, die den im vorigen Kapitel erarbeiteten Grundsätzen der Gesundheitsförderung entsprechen, wobei ein positives biopsychosoziales Gesundheitsverständnis und systemische Vorgehensweise als hervorragende Merkmale angesehen werden.

Weiters werden Interventionen zur Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten hier in Anlehnung an die im vorigen Kapitel getroffene *Unterscheidung* eingeteilt, also nach Zielebenen, Ansatzpunkten, Umfangsbereichen, Inhalten und Methoden unterschieden. Dementsprechend können Interventionen zur Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten auf unterschiedliche *Ebenen* abzielen: Auf Gruppen von Personen in ihrem unmittelbaren Lebensumfeld (Mikroebene), auf Settings und deren Umgebung

(Mesoebene), und auf Netzwerke von Organisationen, Gemeinden, Regionen, Verbände usw. (Makroebene).

Sie können dabei unterschiedliche *Umfangsbereiche* – Maßnahmen, Programme, Projekte und Systeme – aufweisen. Im Zuge der vorliegenden Arbeit soll als Merkmal von Interventionen der Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten in erster Linie die Einrichtung eines „Teilsystems Bewegung“ innerhalb eines Systems zur Gesundheitsförderung gelten, das sich durch eigene Systemprozesse (Analyse und Diagnose, Interventionsplanung, Durchführung und Qualitätssicherung, Evaluation – jeweils bezogen auf Bewegungsaktivitäten), Systemstrukturen (Politik, Einrichtungen, Expert(inn)en, verantwortliche Personen, Regelungen und Ressourcen für Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten), mehrfache Ansatzpunkte der Interventionen und Vernetzung mit anderen Systemen in- und außerhalb des Settings auszeichnet.

Weiters werden Interventionen zur Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten hier nach ihren *Ansatzpunkten* (vgl. Unterkapitel 2.1) – Organisation, Schnittstelle zwischen Organisation und Individuum (soziale Unterstützung und Führung), und Individuum – eingeteilt und mit einem Konzept von Kolb (1995) verknüpft; er unterscheidet in Bezug auf Interventionen zur Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten zwischen solchen, die einzelnen Menschen eine gesundheitsfördernde bewegte Lebensführung vermitteln, und solchen, die eine gesundheitsfördernde Bewegungskultur in der Gesellschaft aufbauen helfen.

Unter ersteren, den verhaltensorientierten Interventionen (also solchen mit dem Ansatzpunkt Individuum) versteht Kolb (1995) Gesundheitserziehung als Anleitung zu gesundheitsförderndem Bewegen; Gesundheitsaufklärung als Vermittlung von Wissen um die Wirkungen von Bewegung und um gesundheitsförderliches Sporttreiben; und Gesundheitsbildung als Anstoß zum Nachdenken über das eigene Leben und die Entwicklung der Gestaltungsfähigkeit der eigenen Lebensführung in Bewegung (im weiteren Verlauf der vorliegenden Arbeit werden diese bewegungsbezogene Gesundheitserziehung, Gesundheitsaufklärung und Gesundheitsbildung zusammengefasst als individuelle Bewegungsförderung bezeichnet).

Zu den verhältnisorientierten Interventionen (also solchen mit dem Ansatzpunkt Organisation/en) zählt Kolb (1995) eine gesundheitsfördernde Politik - sie soll für eine bewegungsfördernde Gesetzgebung sorgen; gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung (darunter soll im Rahmen der vorliegenden Arbeit die Verbesserung der organisationalen Rahmenbedingungen für selbstbestimmte bedürfnisgerechte Bewegungsaktivitäten sowie die Einbindung von Bewegungsaktivitäten in beteiligungsorientierte

Verfahren der Organisationsentwicklung verstanden werden), um Bewegung in verschiedene Lebenswelten einzubeziehen; und Gesundheitsselbsthilfe, um Gesundheitsförderung in sportliche Netzwerke einzuknüpfen; diese soll hier als Teilaufgabe von Interventionen zur Verbesserung sozialer Unterstützung (also mit dem Ansatzpunkt Schnittstelle Individuum / Organisation) verstanden werden. Darüberhinaus wird im Folgenden die Verbesserung von sozialer Unterstützung und Führung in Organisationen sowohl als Voraussetzung als auch als Ziel von Interventionen mit Bewegungsaktivitäten zur Gesundheitsförderung angesehen.

Als *Inhalte* von Interventionen mit Bewegungsaktivitäten zur Gesundheitsförderung eignen sich nach Brehm et al. (2006) vielfältige Bewegungsformen und Sportarten; was die Methoden zu ihrer Umsetzung anbelangt, so wird im Folgenden danach unterschieden, ob die Bewegungsaktivitäten jeweils als Zielverhalten (Bewegung als Ziel) betrachtet oder als Medium von Reflexion, Kommunikation, Kooperation und Kreativität eingesetzt werden sollen.

Für Interventionen mit Bewegung als Ziel erscheint es aus Sicht der Sportwissenschaft angeraten, sportdidaktische und trainingswissenschaftliche *Methoden* anzuwenden; aus diesem Grund liegt es nahe, die Gestaltung dieser Bewegungsaktivitäten sportwissenschaftlichen Expert(inn)en zu überantworten, die sowohl sportdidaktische Grundsätze – wie etwa die von Scherler (1999) erwähnten: lehrreiche Erfahrung, weitgehende Mitbestimmung, gebotene Beteiligung anschauliche Erklärung, einsichtige Ordnung, kritische Auswertung und situative Planung – als auch trainingswissenschaftliche Prinzipien – wie z.B. die der Zyklisierung, Variation und Individualisierung von Belastungen – zu berücksichtigen wissen. Beim Einsatz von Bewegung als Medium der Reflexion, Kommunikation, Kooperation und Kreativität kommen wohl zusätzlich zu den Bewegungsaktivitäten auch weitere Inhalte und Methoden, etwa aus verschiedenen Bereichen der beruflichen, künstlerischen, oder gesundheitsthematischen Erwachsenenbildung mit in Frage (vgl. z.B. Holzapfel 1996).

Zusammengefasst werden Interventionsformen zur Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Rahmen der vorliegenden Arbeit also folgendermaßen eingeteilt: Zunächst im Hinblick darauf, ob Bewegung darin als Ziel(-verhalten) betrachtet oder als Medium von Reflexion, Kommunikation, Kooperation und Kreativität eingesetzt wird.

Daraus ergibt sich ein neues Unterscheidungsmerkmal für das zur Beantwortung der Fragestellung dieser Arbeit zu erstellende Analyseschema, nämlich zwischen:

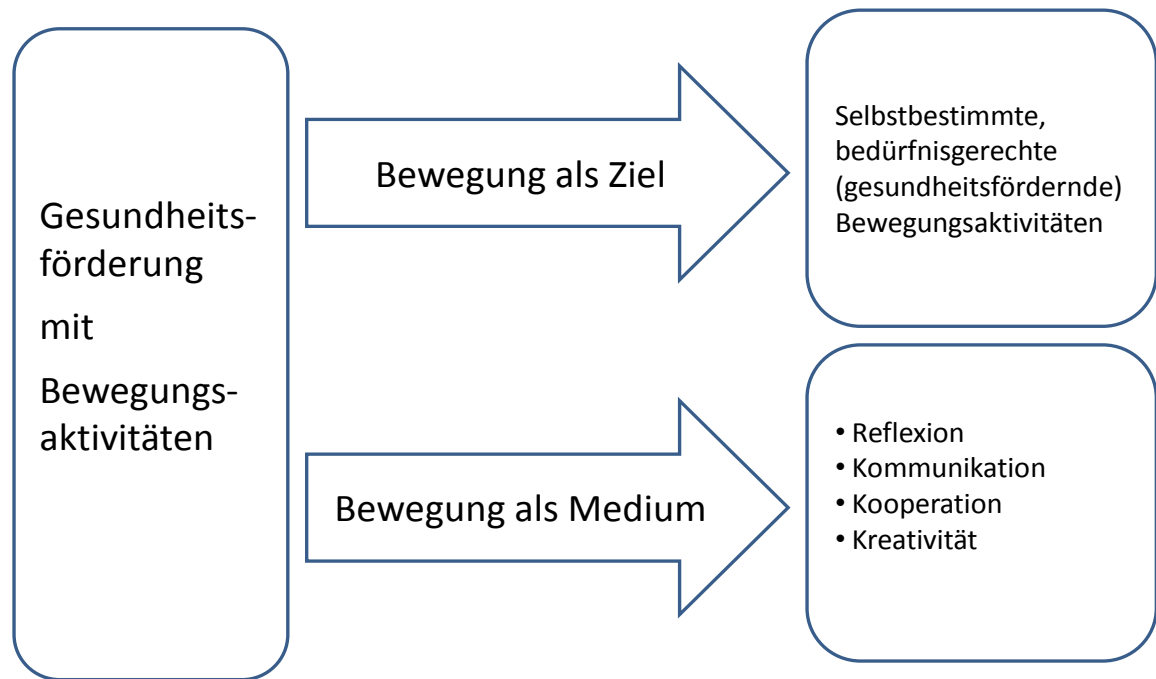


Abb. 4: Doppelrolle von Bewegungsaktivitäten zur Gesundheitsförderung

Die hier vorgenommene Einteilung der Interventionsformen der Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten bildet einen weiteren Schritt zum späteren Analyseschema, ebenso wie ihre im Folgenden erarbeiteten Grundsätze.

2.2.3 Grundsätze für die Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten

Ziel der Beschreibung von Grundsätzen für die Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten ist hier die Weiterentwicklung des Analyseschemas. Dazu werden nun die Grundsätze der Gesundheitsförderung auf Bewegungsaktivitäten übertragen.

2.2.3.1 Gesundheitsverständnis

Wie im Unterkapitel 2.1 beschrieben, wird Gesundheit im Rahmen der vorliegenden Arbeit positiv und biopsychosozial verstanden, wobei der Salutogenese-Ansatz und Ressourcenorientierung als weitere wichtige Kennzeichen gelten. Im Folgenden wird beschrieben, wie diese erwähnten Grundsätze auf Bewegungsaktivitäten übertragen werden.

Positives Gesundheitsverständnis

Positives Gesundheitsverständnis bedeutet – ausgehend davon, dass Gesundheit mehr ist als die Abwesenheit von Krankheit (WHO 1986) – für Bewegungsaktivitäten zur Gesundheitsförderung, daß diese daraufhin ausgerichtet werden, einen möglichen Beitrag zu einem selbst bestimmten Leben, zur Bewältigung der damit verbundenen Herausforderungen und zur Befriedigung persönlicher Bedürfnisse zu leisten.

Biopschoökosoziales Gesundheitsverständnis

Biopschoökosoziales Gesundheitsverständnis meint, dass Bewegungsaktivitäten nicht nur auf die Verbesserung von Strukturen und Funktionen des Körpers (physische Gesundheit), sondern auch der Fähigkeit zur Problemlösung und Gefühlsregulierung (psychische Gesundheit (vgl. Badura & Hehlmann 2003)), der zufrieden stellenden Rollenerfüllung innerhalb von Gemeinschaften und der Gesellschaft (soziale Gesundheit (vgl. Hurrelmann, Laaser & Razum 2006)) und schließlich auch der Wechselbeziehung mit ihrer Umwelt (ökologische Gesundheit) abzielen.

Salutogenese-Ansatz

Der Salutogenese Ansatz (vgl. Antonovsky 1997) soll beinhalten, dass einerseits innerhalb von Bewegungsangeboten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit in bezug auf Lebensgeschichte und den Lebensbedingungen der Menschen angezielt werden; dies würde etwa bedeuten, die Umsetzbarkeit der Bewegungsaktivitäten selbst und die Übertragbarkeit des dabei Gelernten auf andere Lebensbereiche dadurch abzusichern, dass didaktischen und trainingsmethodischen Grundsätzen gefolgt wird, während die Beteiligten lernen, sich selbst einzuschätzen, sowie Herausforderungen angemessen zu gestalten und so zu wählen, dass sie ihnen Selbstwirksamkeitserleben ermöglichen. Andererseits wird versucht, die Verstehbarkeit eigener und fremder Handlungsweisen und Umweltbedingungen, den Umgang damit und ihre Einordnung in übergeordnete Sinnzusammenhänge dadurch zu fördern, dass Bewegung als Medium der Reflexion, Kommunikation, Kooperation und Kreativität eingesetzt wird.

Ressourcenorientierung

Unter Ressourcenorientierung wird hier verstanden, den Blick auf die körperlichen (z.B. Kraft, Ausdauer, Beweglichkeit und Koordination) – und psychischen (wie Selbstwirksamkeit oder die Fähigkeit zum Umgang mit Gefühlen) Stärken und Entwicklungsmöglichkeiten einzelner Menschen, sowie auf die unterstützenden Bedingungen ihres sozialen und ökologischen Lebensumfeldes im Hinblick auf selbst bestimmte, bedürf-

nisgerechte Bewegungsaktivitäten zu richten (vgl. Bös & Brehm 1998; Brehm et al. 2006).

2.2.3.2 Vorgehensweise bei Interventionen

Wie im Unterkapitel 2.1 beschrieben, gelten für die Vorgehensweise in der Gesundheitsförderung die Grundsätze von Prozessorientierung, Verhaltens- und Verhältnisorientierung, Setting-Ansatz, systemischem und partizipativem Vorgehen, intersektoraler und multidisziplinärer Zusammenarbeit sowie Netzwerkarbeit.

Im Folgenden werden die erwähnten Grundsätze auf Bewegungsaktivitäten umgelegt.

Prozessorientierung

Prozessorientierung, übertragen auf Bewegungsaktivitäten, bedeutet, dass – wie im vorangegangenen Kapitel erläutert – Gesundheitsförderung dabei helfen soll, ständigen Wandel als Merkmal des Lebens zu betrachten und anzunehmen, zu besprechen, zu berücksichtigen und seine gemeinsamen Bewältigung und Beeinflussung zu ermöglichen. Dementsprechend lässt sich für Bewegungsaktivitäten zur Gesundheitsförderung folgern, dass diese im Lebenslauf der Menschen und im Zuge ihres langfristigen sich Austauschens, Zusammenarbeitens, Lernens und Trainierens immer wieder an veränderte Bedingungen angepasst werden sollten, und dass auch versucht werden könnte, Bewegung als Medium einzusetzen, um die Veränderungen, die Menschen und ihre Umwelt durchlaufen, zu reflektieren, darüber zu kommunizieren, und kreativ und kooperativ einen passenden Umgang damit zu finden.

Verhaltens- und Verhältnisorientierung

Verhaltens- und Verhältnisorientierung, in Bezug auf Bewegungsaktivitäten meint, dass das Verhalten einzelner Menschen und die Verhältnisse ihrer sozialen und ökologischen Umwelt dahingehend verändert werden, dass sie selbst bestimmte bedürfnisgerechte Bewegungsaktivitäten ermöglichen (vgl. Kolb 1995).

Setting-Ansatz

Der Setting-Ansatz löst die bisherige Programmorientierung ab und kennzeichnet sich dadurch, dass die Ziele von Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten mit den Kernzielen des jeweiligen Settings in Beziehung gesetzt und die Art ihrer Umsetzung auf seine Regelwerke und Abläufe abgestimmt werden, unter Beachtung der unterschiedlichen Rollen und Werthaltungen der Menschen im Setting, sowie der Einflüsse aus anderen Lebensbereichen.

Systemisches Vorgehen

Systemisches Vorgehen soll hier so verstanden werden, dass im Rahmen eines Systems „Gesundheitsförderung“ ein „Teilsystem Bewegung“ eingerichtet wird, dessen Merkmale eigene Systemstrukturen und Systemprozesse sowie Vernetzung mit anderen Systemen in- und außerhalb des Settings bilden. Zu den Systemprozessen des „Teilsystems Bewegung“ zählen Analyse (Bedarfserhebung), Diagnose, Interventionsplanung, Durchführung, Qualitätssicherung und Evaluation, jeweils bezogen auf Bewegungsaktivitäten; zu seinen Systemstrukturen Politik, Einrichtungen (Leitung, Koordination), Einbindung von Expert(inn)en (Sportwissenschaftler(inne)n) und Institutionen (Sportorganisationen), verantwortliche Person(en), Regelungen und Ressourcen (Zeit, finanzielle Ressourcen, Raum für Bewegungsaktivitäten und Verwaltung, Infrastruktur, Material, und Informationen).

Partizipatives Vorgehen

Partizipatives Vorgehen (vgl. 2.1) bedeutet, dass bei der Auswahl, Planung, Durchführung und Auswertung der Bewegungsaktivitäten weitgehende Mitbestimmung und Mitgestaltung ermöglicht wird, die Beteiligten über mögliche Zielsetzungen, Inhalte und Methoden genau aufgeklärt werden und über deren Auswahl mitentscheiden können.

Intersektorale und multidisziplinäre Zusammenarbeit

Intersektorale und multidisziplinäre Zusammenarbeit meint, dass versucht werden sollte, im Hinblick auf Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten als Querschnittsthema Expert(inn)en aus verschiedenen Praxisbereichen und Sektoren der Gesundheitsförderung und des Sports sowie verschiedener Wissenschaftsdisziplinen der Gesundheits- und Sportwissenschaften zusammenzuführen und deren unterschiedliche Ansätze und Methoden zu berücksichtigen.

Netzwerkarbeit

Netzwerkarbeit zeigt sich darin, dass Menschen, Settings, Bewegungsaktivitäten und andere Angebote zur Gesundheitsförderung miteinander vernetzt werden (vgl. Brehm et al. 2006), indem vielfältige Kontakte hergestellt, gepflegt, erweitert und genutzt werden (z.B. zum Erfahrungsaustausch, zur gemeinsamen Verwendung verschiedener Ressourcen, oder zur Zusammenarbeit).

Zielgruppenorientierung

Zielgruppenorientierung bedeutet – wie in 2.1 erwähnt – die unterschiedlichen Bedürfnisse und Voraussetzungen verschiedener Zielgruppen in mehrfacher Hinsicht zu berücksichtigen. In Bezug auf Bewegungsaktivitäten gilt es dabei einige Besonderheiten zu beachten (z.B. Brehm et al. 2006), etwa die verschiedenen Lebensphasen der Menschen betreffend: So gibt es im Kindes- und Jugendalter Abschnitte, in denen der Entwicklung jeweils bestimmter körperlich-motorischer und psychosozialer Kompetenzen besondere Bedeutung zukommt. Bei Erwachsenen zeigt sich, dass Angebote sehr dicht an ihrer Lebenslage und ihren lebensgeschichtlich geprägten Erwartungen und Wissensbeständen ansetzen müssen, um ihre nachhaltige Teilnahme zu sichern (Kolb 1999a)). Bei älteren Menschen schließlich ist zwar einerseits die alltägliche Lebensbewältigung und Aufrechterhaltung bedeutsamer Aktivitäten und Kontakte mit Bewegungsfähigkeiten verknüpft, andererseits muss ihnen angesichts der Endlichkeit menschlichen Lebens aber zugestanden werden, dass sie sich von der Verpflichtung zur Aufrechterhaltung ihrer Leistung verabschieden dürfen (vgl. Kolb 1999b). Aber auch Unterschiede in Geschlecht, ethnischer und sozialer Herkunft, sowie in der gesundheitlichen Befindlichkeit (etwa durch Behinderungen gegeben), spielen bei Bewegungsaktivitäten eine bedeutsame Rolle (vgl. z.B. Kuhlmann & Kolip 2005).

2.2.3.3 Politische Dimension

Wie im Unterkapitel 2.1 beschrieben, umfasst die politische Dimension von Gesundheitsförderung die Grundsätze von Advocacy – Change facilitation – Empowerment, von Chancengleichheit und Geschlechtergerechtigkeit. Im Folgenden wird beschrieben, wie diese hier im Hinblick auf Bewegungsaktivitäten verstanden werden.

Advocacy – Change facilitation – Empowerment

Anwaltschaftliches Eintreten für Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten meint, sich dafür einzusetzen, dass Menschen die Möglichkeit zu selbstbestimmten, bedürfnisorientierten Bewegungsaktivitäten bekommen.

Change facilitation, der Grundsatz, dass das Ermöglichen von Veränderungen Voraussetzung für Gesundheitsförderung bildet, heisst, mit Hilfe von Umfeldgestaltung und Anreizen die Entscheidung für gesundheitsfördernde Bewegungsaktivitäten zur leichten Wahl werden zu lassen.

Der Gesundheitsförderungsgrundsatz *Empowerment* bedeutet, Menschen erstens zur Mitgestaltung von Bewegungsaktivitäten sowie ihrer Voraussetzungen im jeweiligen Setting zu befähigen und zu ermächtigen. Zweitens könnte, mit Bewegung als Medium der Reflexion, Kommunikation, Kooperation und Kreativität, versucht werden, ein Erleben eigener Fähigkeiten und Selbstwirksamkeit der Beteiligten zu ermöglichen und so eine Grundlage dafür zu schaffen, dass ihnen Entsprechendes zugetraut wird und sie selbst dafür auch das nötige Selbstvertrauen entwickeln.

Chancengleichheit

Gesundheitliche Chancengleichheit (vgl. 2.1) wird hier als Streben nach Gerechtigkeit im Hinblick auf die Chance, selbst bestimmt und bedürfnisgerecht Bewegungsaktivitäten auszuüben, begriffen.

Geschlechtergerechtigkeit

Geschlechtergerechtigkeit (vgl. 2.1) wird hier so verstanden, dass Menschen unter Berücksichtigung ihrer geschlechtlich geprägten Einzigartigkeit darin unterstützt werden, Bewegungsaktivitäten selbst bestimmt und bedürfnisgerecht auszuüben.

Da Geschlechtlichkeit über vielfältige Handlungen hergestellt wird (vgl. z.B. Kuhlmann & Kolip 2005), wozu auch die Auswahl von Bewegungsaktivitäten sowie deren Sinngebungen, Ziele, Rahmenbedingungen und Inszenierungsformen zählen, liegt die Herausforderung darin, herauszufinden, ob Unterschiede zwischen den Geschlechtern hier jeweils selbstgewählt oder fremdbestimmt sind (wie etwa durch festgefahrene gesellschaftliche Vorstellungen von Weiblichkeit und Männlichkeit, die die Beurteilung von angemessenem Bewegungsverhalten prägen – indem sich z.B. Männer eher am Leistungsgedanken und einem Männlichkeitsbild, das Härte und Unverwundbarkeit betont, ausrichten und Bewegungsaktivitäten mit hoher körperlicher Beanspruchung aufsuchen, während Frauen in erster Linie Gesundheit anzustreben, entsprechend einem Frauenbild, das Empfindsamkeit, Selbst-Fürsorge und Nachgiebigkeit beinhaltet (vgl. Kuhlmann & Kolip 2005)) und ob Hindernisse für die Ausübung gesundheitsfördernder Bewegungsaktivitäten bestehen.

Weiters stellt sich die Frage, ob bzw. wie mit Bewegungsaktivitäten erreicht werden kann, dass Menschen ihre eigene Geschlechterrolle im Einklang mit persönlichen Werten und Bedürfnissen zu entwickeln und zu gestalten vermögen; wie sie zu gleichberechtigtem und selbstbestimmtem Zugang zu Bewegungsaktivitäten sowie zur Anpassung letzterer an ihre geschlechtlich geprägten Lebensentwürfe befähigt und ermäch-

tigt werden können, indem sie einerseits dabei unterstützt werden, durch gesellschaftliche Rollenbilder vorgegebene und zu eng erlebte Grenzen (auch ihrer Bewegungsmöglichkeiten) zu erweitern, unter weiterer Achtung ihrer geschlechtlich geprägten Besonderheiten. In diesem Zusammenhang könnte auch versucht werden, Bewegung als Medium der Reflexion und Kommunikation von Geschlechterrollen und deren Übereinstimmung mit Selbstbestimmung und Bedürfnisbefriedigung einzusetzen.

2.2.3.4 Qualitätsdimension

Wie im Unterkapitel 2.1 beschrieben, ist das Ziel der Darstellung der Qualitätsdimension von Interventionen zur Gesundheitsförderung die Klärung der im Rahmen der vorliegenden Arbeit als Grundlage für Planung, Durchführung und Auswertung von Interventionen gewählten Grundlagen und Prozesse der Qualitätsbeurteilung. Im Folgenden wird beschrieben, was dies für die Qualitätskriterien Bedarfsgerechtigkeit, Sachangemessenheit, Effektkongruenz und Nachhaltigkeit sowie für Qualitätssicherung und Evaluation von Effektivität, Effizienz und Akzeptanz von Interventionen in Bezug auf Bewegungsaktivitäten bedeuten soll.

Im Hinblick auf Qualitätskriterien von Interventionen zur Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten meint *Bedarfsgerechtigkeit* demnach die Berücksichtigung sowohl von Erfordernissen aus Sicht (sportwissenschaftlicher) Expert(inn)en als auch der Bedürfnisse ihrer Teilnehmer(innen). *Sachangemessenheit* bezeichnet die Eignung der gesetzten Interventionen mit Bewegungsaktivitäten für die Zielerreichung, wobei für die ersten Einschätzungen und Entscheidungen wohl das fachliche Wissen der (sportwissenschaftlichen) Expert(inn)en (didaktische und trainingsmethodische Wissensbestände und Fähigkeiten), im Laufe der Durchführung aber zunehmend die Bewertung durch die Teilnehmer(inn)en an den Bewegungsaktivitäten Gewicht bekommt. *Effektkongruenz* bedeutet, dass die Ziele und Wirkungen von Bewegungsaktivitäten persönliche, gruppen- und settingbezogenen Ziele unterstützen und dass ihre Lernergebnisse auch auf Verhalten und Verhältnisse in anderen Lebenswelten übertragen werden können. *Nachhaltigkeit* meint die dauerhafte Selbstveränderung des Systems mit Entstehung von Strukturen und Prozessen, die selbst bestimmte bedürfnisgerechte Bewegungsaktivitäten ermöglichen. Die Nachhaltigkeit von Interventionen mit Bewegungsaktivitäten benötigt ihre Verankerung im Setting, unabhängig von Einzelpersonen; günstig erscheint demnach die Einrichtung eines „Teilsystems Bewegung“ im Rahmen eines Systems zur Gesundheitsförderung.

Nach einer anderen Einteilung von Qualitätskriterien, aus dem Bereich der Sportwissenschaft für den Gesundheitssport, die unter anderem von Fuchs (2003), Hartmann, Oppen & Sudermann (2005), und Brehm et al. (2006) aufgelistet wurden, wird zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unterschieden. Als Merkmale guter *Strukturqualität* gelten demnach die Benennung und Begründung einer ganzheitlichen Zielsetzung mit Berücksichtigung mehrerer Zielebenen; die Umgrenzung der Zielgruppen mit Begründung ihrer Ausschlusskriterien; die zielgruppengerechte und an ihr jeweiliges Stadium der Veränderungsbereitschaft angepasste Inhalte; ein systematisches Vorgehen mit Analyse, Problem- und Zieldefinition, Planung, Intervention und Kontrolle; genaue Angabe des Programmaufbaus, seiner Bausteine, Dauer, Übungseinheiten und -folgen sowie begleitender Maßnahmen; qualifizierte Übungsleiter(innen); Gesundheitsvorsorge-, Anfangs- und Enduntersuchungen; geeignete Räumlichkeiten und Ausstattungen; Beschränkungen der Teilnehmer(innen)zahl; weiterreichende Programmangebote; sowie Niedrigschwelligkeit der Programme durch Berücksichtigung allfälliger Teilnehmerehindernisse für verschiedene Zielgruppen. *Prozessqualität* drückt sich in der Berücksichtigung medizinisch-sportwissenschaftlicher und sozialwissenschaftlich begründeter Vorgaben; in der Auswahl und Abfolge der Maßnahmen; in klaren Zuständigkeits-, Verantwortlichkeits- und Schnittstellenregeln; in interner und externer Vernetzung sowie Kommunikation des Programms; in der Überprüfung, ob die Zielgruppe und Passung des Programms erreicht wurden; und in der Durchführung von Evaluation, Dokumentation und Qualitätssicherung aus. *Ergebnisqualität* lässt sich anhand von Verbesserungen der Körperfunktionen und -strukturen, der Bewegungsfähigkeit, der Einstellung zur Bewegung, des Bewegungswissens, Bewegungsverhaltens und der Beteiligung an Bewegungsangeboten beurteilen.

Da diese Kriterien vorwiegend auf Interventionen mit dem Ansatzpunkt Individuum ausgerichtet erscheinen, werden sie im Rahmen der vorliegenden Arbeit als Bestandteile bedarfsgerechten und sachangemessenen Vorgehens erachtet; und nachdem Gesundheitsförderung hier in einem umfassenderen Sinn, und maßgeblich als Systementwicklung gesehen wird, bleiben Effektkongruenz und Nachhaltigkeit demnach zusätzlich zu berücksichtigen.

Damit diese Qualitätskriterien für Interventionen mit Bewegungsaktivitäten zur Gesundheitsförderung erfüllt werden, sollen diese regelmäßig einer *Qualitätssicherung* unterzogen werden; dies bedeutet ihre laufende Überwachung, Bewertung und Verbesserung. Weiters gilt es, ihre Wirkungen, vor allem Effektivität, Effizienz, und Akzeptanz, mittels *Evaluation* zu überprüfen und mittels *Dokumentation* und Publikation bzw. Öffentlichkeitsarbeit sichtbar werden zu lassen. Da es denkbar erscheint, dass sich die

Wirkungen von Interventionen im Vollzug von Bewegungsaktivitäten im Falle ihres Gelingens besonders anschaulich zeigen können (als höhere Bewegungsfähigkeit oder Bewegungsfreude einzelner Menschen, oder als verbesserte soziale Unterstützung), könnte versucht werden, Bewegung als Medium der Reflexion und Kommunikation dafür zu nutzen, Erfolge von Interventionen der Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten deutlicher wahrzunehmen. Mögliche Ergebnisse dieser Interventionen wären dann auch die Verbesserung der Möglichkeit und Bereitschaft zum Nachdenken, zum Gedankenaustausch, zum Gespräch und zur Zusammenarbeit in der Gruppe, und allgemein der Qualität dieser Abläufe und der damit erzielten Leistungen.

2.2.4 Zusammenfassung:

Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten

Ziel dieses Unterkapitels war die Übertragung der zuvor ermittelten Interventionsformen und Grundsätze der Gesundheitsförderung auf den Teilbereich Bewegungsaktivitäten. Zu diesem Zweck wurden zunächst verschiedene Perspektiven von Politik, Public Health, Sportmedizin, Trainingswissenschaft, Sportpsychologie, Sportpädagogik und Sportdidaktik dargestellt, um auf dieser Grundlage das der vorliegenden Arbeit zugrunde liegende Verständnis von Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten einzuordnen und abzugrenzen. Eine weitere Spezifizierung von Interventionen und Grundsätzen im Hinblick auf den thematischen Schnittbereich dieser Arbeit folgt.

2.3 Betriebliche Gesundheitsförderung

Ziel dieses Unterkapitels ist es, mithilfe von Literatur zur betrieblichen Gesundheitsförderung die im ersten Kapitel erarbeiteten Interventionsformen und Grundsätze der Gesundheitsförderung auf den Handlungsbereich betriebliche Gesundheitsförderung zu übertragen, als weiterer Schritt zur Erstellung des in dieser Arbeit angewendeten Analyseschemas.

Zu diesem Zweck werden im Teilkapitel 2.3.1 Zusammenhänge zwischen Arbeit und Gesundheit dargestellt, um Bedeutung und Entwicklung betrieblicher Gesundheitsförderung zu erläutern; in 2.3.2 verschiedene Perspektiven auf die betriebliche Gesundheitsförderung beschreiben, um innerhalb dieser das der vorliegenden Arbeit zugrunde liegende Verständnis von betrieblicher Gesundheitsförderung einzuordnen und abzugrenzen, und auf dieser Grundlage (in 2.3.3) Interventionsformen und (in 2.3.4) Grundsätze der Gesundheitsförderung auf das Handlungsfeld betriebliche Gesundheitsförderung zu übertragen.

2.3.1 Arbeit und Gesundheit

Ziel der folgenden Beschreibung der Zusammenhänge zwischen Arbeit und Gesundheit ist es, davon ausgehend Bedeutung und Ziele der betrieblichen Gesundheitsförderung zu ermitteln, die die Grundlage für die Unterscheidung ihrer Interventionsformen sowie für die Übertragung der im ersten Unterkapitel erarbeiteten Grundsätze der Gesundheitsförderung auf das Handlungsfeld betriebliche Gesundheitsförderung bilden.

Zu diesem Zweck wird zunächst der vor allem in den letzten Jahrzehnten beobachtbare Wandel in der Arbeitswelt erläutert (2.3.1.1), um die Arbeitsverhältnisse der Gegenwart als Voraussetzung für die Beziehung zwischen Arbeit und Gesundheit zu verstehen; sodann werden Krankheiten und andere Störungen in der Arbeitswelt beschrieben, um die Bedeutung von betrieblicher Gesundheitsförderung zu erkennen (2.3.1.2); und schließlich die Entwicklung der betrieblichen Gesundheitsförderung dargestellt, um ihre bisherigen Fortschritte und Ansprüche ermessen zu können.

2.3.1.1 Der Wandel der Arbeitswelt

Wir leben gegenwärtig in einer Gesellschaft, die die Arbeit in den Mittelpunkt stellt und die Befriedigung grundlegender Bedürfnisse mit der Berufstätigkeit verknüpft. Obwohl ein Blick in die Geschichte (wie etwa von Schäfers 2003) zeigt, dass der Arbeit nicht zu allen Zeiten und in allen Gesellschaften gleich hoher Stellenwert zukommt, und obwohl eine fortlaufende Steigerung menschlicher Arbeitsproduktivität und Konsumaktivität – unter anderem im Hinblick auf soziale und ökologische Entwicklungen – von einigen Autor(inn)en (z.B. Robinson 2006) als problematisch angesehen wird, erfüllt die Erwerbsarbeit eine wichtige Rolle in mehreren Bereichen des menschlichen Lebens: Sie verschafft Menschen Einkommen, ermöglicht ihnen zielgerichtete Tätigkeit, Entwicklung und Anwendung von Fähigkeiten und strukturiert ihre Zeit; sie bindet sie in soziale Netzwerke ein, die über die engen familiären Beziehungen hinausgehen, und verhilft ihnen zu gesellschaftlicher Anerkennung; damit erweist sie sich laut Kieselbach (2003) für Menschen der Gegenwartsgesellschaften als nahezu unersetzbar. Dennoch unterliegen Bedeutung und Erscheinungsformen der Arbeit gesellschaftlichem Wandel.

Gesellschaftlicher Wandel, wie Globalisierung, Entstehung einer Wissens- und Dienstleistungsgesellschaft und demographische Entwicklung (steigender Anteil von Frauen und älteren Mitarbeiter(inne)n (vgl. Fricke 2003; Höfle 2004)), bringt die Veränderung von Organisationen, Arbeitsverhältnissen, und Gesundheitsbedingungen in der Ar-

beitswelt mit sich. Dieser Wandel spielt sich auf den Ebenen der Gesamtgesellschaft, ihrer Organisationen bzw. Betriebe, sowie auf der individuellen Ebene ab.

Auf gesamtgesellschaftlicher Ebene zeigen sich als Tendenzen und Folgen der Globalisierung in der „neoliberal-kapitalistischen“ Welt nach Chu & Dwyer (2002) unter anderem die Zurücknahme staatlicher Lenkung (Deregulierung), die vorrangige Ausrichtung auf den internationalen Wettbewerb, Privatisierung, Abbau von sozialer Sicherheit, Verkehrs- und Steuererleichterungen für die Kapitalwirtschaft und Produktionsauslagerung in Niedriglohnländer.

Mit diesem gesamtgesellschaftlichen Wandel geht eine ständige Veränderung *auf Ebene der Organisationen*, in denen Menschen arbeiten, einher. Diese beinhaltet ein fortlaufendes Sich-Erneuern, in immer kürzeren Abständen, um das Überleben der Organisation zu sichern; dabei wird die Planbarkeit immer geringer, und es verändern sich Organisationsformen und Arbeitsbedingungen. Im Zuge dessen kommt es zu Entlassungen von Mitarbeitern, Ausgründungen, Privatisierungen usw. „Lean management“ (Abbau von verwaltenden Stellen) und Verflachung von Hierarchien. Teamarbeit und computergestützte Programmierung werden zur Leistungssteigerung eingesetzt, und es verändern sich Organisationskulturen und Wertvorstellungen (Scala 1996; Westermayer & Stein 2006; Friedrichs & Schröder 2006)

Auf der individuellen Ebene wirkt sich dies auf die Art der Arbeitsverträge und auf die Arbeitsplatzsicherheit aus. Arbeitsvertragsverhältnisse verändern sich, indem Normalarbeitszeitverhältnisse zur Ausnahme, Übergänge von einem Beschäftigungsverhältnis zum anderen („Patchwork-Biographien“) zur Normalität werden. Es entsteht Flexibilisierungsdruck auf Arbeitskräfte: Zum einen „externe Flexibilisierung“ arbeitsorganisatorischer Bedingungen durch Gleitzeitregelungen, Teilzeitarbeit, befristete Tätigkeit, Telearbeit (von zuhause aus), Kontingentarbeit (abhängig von zeitweilig anfallenden Arbeitsumfängen), neue Selbständigkeit, oder Leiharbeit; zum anderen „interne Flexibilisierung“ durch Anforderungen wie: Lebenslanges Lernen, laufende Einstellung auf neue Aufgaben und Verantwortlichkeiten, und Notwendigkeit zu steigendem Einsatz von Arbeits- und Lebenszeit, um den Arbeitsplatz zu erhalten. Zugleich nehmen Arbeitsplatzunsicherheit, Arbeitslosigkeit und prekäre Arbeit zu, soziale, Sicherheits- und Umweltstandards hingegen ab. Der Erfolgsdruck am Arbeitsplatz erhöht sich, soziale und wirtschaftliche Ungleichheit steigen. Verschiedene Studien weisen auf ungünstige gesundheitliche Veränderungen etwa bei Befristungen und flexiblen, bzw. prekären Arbeitsformen hin. Und diese wirtschaftlichen Veränderungen scheinen sich immer

mehr der politischen Einflussnahme zu entziehen (Chu & Dwyer 2002; Fricke 2003; Staman 2003; Kieselbach 2003; Friedrichs & Schröder 2006).

Der Wandel in der Arbeitswelt beinhaltet die Zunahme der *Erwerbstätigkeit von Frauen*; die Auswirkungen dessen werden von verschiedenen Autor(inn)en (z.B. Messing & Östlin 2003; Messing, Punnett, Bond, Alexanderson, Pyle, Zahm, Wegman, Stock & De Grosbois 2003; Groth & Rasky 2003; Höfle 2004; Pirolt & Schauer 2005) folgendermaßen beschrieben: Erwerbstätigkeit kann sich auf die Lebensbedingungen von Frauen in unterschiedlicher Weise auswirken, also Gewinne und Verluste in verschiedenen Lebensbereichen bringen. Erwerbstätigkeit von Frauen kann teilweise materielle Not und familiäre Abhängigkeit abwehren – manchmal aber nicht vollständig; sie kann mehr private Selbstbestimmung und -entfaltung ermöglichen – aber auch mehr Fremdbestimmung bedeuten und Entwicklungsmöglichkeiten behindern, etwa wenn Zeit für Familie, Bildung, Kultur, Sport, Erholung und anderes fehlt, weil die beruflichen Lern- und Handlungsmöglichkeiten gering und die Belastungen hoch sind.

Geschlechterunterschiede in der Arbeitswelt (vgl. Messing & Östlin 2003; Messing et al. 2003; Groth & Rasky 2003; Höfle 2004; Pirolt & Schauer 2005) betreffen Tätigkeitsfelder, Arbeitsverträge (Frauen sind oft nicht vollzeitangestellt – je nach Verhältnissen kann dies mit Entlastung oder mit Zusatzbelastungen verbunden sein), stellenbezogene Aufgaben, Löhne und Gehälter (Frauen verdienen im Durchschnitt weniger als Männer, dies bekommen in der Folge die Kinder von Alleinerzieherinnen zu spüren) und die berufliche Anerkennung (die Frauen oft vorenthalten wird). Frauen leisten mehr unbezahlte Arbeit in der Familie, dadurch kommt es zu Doppelbelastungen. Die Zweigleisigkeit kann allerdings auch für gesundheitsfördernde Abwechslung und für private Erfüllung von Bedürfnissen sorgen, die in der Arbeitswelt nicht befriedigt werden. Forschungsergebnisse fallen unterschiedlich aus, je nach dem in welchem Land, in welchem Arbeitssetting und in welcher Zielgruppe untersucht wird.

So fanden Collins, Hollander, Koffmann, Reeve & Seidler (1997) bessere Gesundheit und *Wohlbefinden* bei erwerbstätigen Frauen im Vergleich zu jenen, die zuhause bleiben, räumen aber ein, dass dies nur gilt, wenn Arbeitszufriedenheit und Passung zwischen Person und Stelle gegeben sind. Vergleiche zwischen Männern und Frauen deuten auf unterschiedliche Art und Weise von Arbeitsverhalten und -erleben hin; so wurde etwa in einer ethnographischen Studie von Hodson (2004) beobachtet, dass Frauen weniger Arbeitsfreude und -stolz zeigen als Männer, dagegen aber mehr Kooperationsbereitschaft und weniger Konfliktfreudigkeit aufweisen. Weibliche Formen des

Widerstands am Arbeitsplatz befindet er für leiser und untergründiger, aber gleich erfolgreich bei der Aushandlung gegenseitiger Erwartungen an Zusammenarbeit.

Einige Erscheinungen der Arbeitswelt betreffen zwar beide Geschlechter, wie die Entgrenzung der Arbeitszeit, diese wirkt sich bei Frauen mit Betreuungspflichten allerdings stärker aus. Da soziale Bedingungen der Arbeitswelt wie alle menschlichen Lebensbereiche geschlechtlich geprägt sind, erscheint es notwendig, sämtliche ihrer Gegebenheiten auf ihre unterschiedliche Bedeutung und Auswirkung in Bezug auf Männer und Frauen zu überprüfen, und dies bei ihrer Gestaltung zu berücksichtigen (vgl. Messing & Östlin 2003; Groth & Rasky 2003; Höfle 2004; Pirolt & Schauer 2005): *Gender Mainstreaming* sollte daher zu einem Pfeiler der Personal- und Organisationspolitik werden, da Ressourcen und Belastungen der Arbeit zwischen den Geschlechtern nicht gleich verteilt sind.

Auch wenn im Bereich der Forschung noch viele Fragen darüber offen geblieben sind, in welcher Weise arbeitsbedingte Einflüsse auf die Gesundheit von Männern und Frauen unterschiedlich erlebt, ausgedrückt, bestimmt und behandelt werden, gibt es Belege dafür, dass Männer und Frauen in vielen Bereichen der Arbeitswelt unterschiedliche Arbeitsverhältnisse vorfinden, und bei gleichen äußeren Bedingungen verschiedene Bewältigungsmöglichkeiten dafür zur Verfügung haben (vgl. Messing & Östlin 2003; Groth & Rasky 2003; Höfle 2004; Pirolt & Schauer 2005): Höhere Risiken für Frauen ergeben sich oft dadurch, dass Frauen auf untergeordneten Stellen arbeiten, die häufiger mit gesundheitsschädigenden Arbeitsbelastungen, geringeren Entscheidungsspielräume, Arbeitsplatzunsicherheit, mangelnder Wertschätzung, niedrigerem Einkommen und weniger Bildungs- und Aufstiegsmöglichkeiten verbunden sind. Andererseits wohnen bestimmten Arbeitsfeldern mit hohem Frauenanteil auch Tätigkeiten inne, die ein höheres Ausmaß an Sinnfindung und wertschätzendem Umgang mit Menschen ermöglichen, oder im Zuge derer sich für das Privatleben nützliche Fähigkeiten aneignen lassen, und teilweise erfahren Frauen auch mehr Unterstützung von ihren Mitarbeiter(inne)n – diese Ressourcen wären demnach bei Männern bevorzugt zu fördern. Dem Gesundheitsförderungsgrundsatz Geschlechtergerechtigkeit kommt also auch in der Arbeitswelt hohe Bedeutung zu.

Weiters zeigen sich folgende, einander teils gegenläufige Strömungen in der *Gestaltung des Arbeitslebens* (vgl. Westermayer & Stein 2006): Die Industrialisierung des 19. Jahrhunderts hatte eine hochgradige Arbeitsteilung, mit genauer Festlegung aufeinander folgender Tätigkeiten und ihrer Schnittstellen (tayloristische Arbeitsweise) gebracht, in der die Eigenheiten und Unvorhersehbarkeiten menschlicher Arbeitskraft als Stör-

größe angesehen und behandelt wurden. Menschliches Wissen um übergeordnete Arbeitszusammenhänge, ihre Fähigkeit zur Zielsetzung, Planung, Durchführung und Auswertung ihrer Ergebnisse wurden enteignet, und die Menschen ihrer Arbeit entfremdet. Um den Menschen den Sinn ihrer Tätigkeit und ihren Selbstwert bei deren Ausführung zurück zu geben, aber auch weil mechanische Handgriffe immer mehr an Maschinen abgegeben und menschliche Fähigkeiten für die Arbeit mit Informationen benötigt wurden, entstand in der zweiten Hälfte des zwanzigsten Jahrhunderts die Bewegung zur Humanisierung der Arbeit, die durch Aus- und Weiterbildung der Arbeitskräfte und angemessene Entlohnung gekennzeichnet war. Es konnte gezeigt werden, dass sich dadurch auch die Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit steigern ließ.

Arbeit in der Wissens- und Dienstleistungsgesellschaft des 21. Jahrhunderts bedeutet zwar, dass einige Grundsätze menschengerechter Arbeitsgestaltung leichter zu erfüllen sind. So kann der Großteil ihrer Tätigkeiten nicht in messbare Arbeitsschritte zerlegt werden. Viele Aufgaben sind mit persönlicher Entwicklung der Beteiligten verbunden und benötigen Vertrauen, Respekt und Disziplin (vgl. Badura & Hehlmann 2003; Milles 2003; Braun 2004). Allerdings stellt sich humane Arbeitsgestaltung nicht von selbst oder nebenbei ein. Und mit verschärftem Wettbewerb und Ausrichtung am möglichst kurzfristigen Erfolg kam es vielerorts zu Rückschritten. Mit der Begründung durch wirtschaftlichen Druck werden Beschäftigte mit Angst vor Arbeitsplatzverlust zur bedingungslosen Anpassung an betriebliche Erfordernisse gebracht. Dies beeinträchtigt den Betriebsfrieden sowie die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Beschäftigten (vgl. Fricke 2003; Urban 2004; Braun 2004; Westermayer & Stein 2006).

Die genannten Veränderungen auf Ebene der Gesamtgesellschaft, der Organisationen, sowie in den individuellen Arbeitsbedingungen haben eine Reihe an *Belastungen und Gefahren* mit sich gebracht, die im Folgenden näher erläutert werden:

Durch *Veränderungen der Arbeitsorganisation* werden bisher ungekannte Bedingungen geschaffen. So werden etwa Aufgabenbereiche neu aufgeteilt und Arbeitsgruppen gebildet. Diese sollen weitgehend eigenständig und weisungsfrei ihren Aufträgen nachkommen (Dezentralisierung); woher sie die dafür erforderliche Mittel nehmen und wie sie diese bewältigen, haben sie größtenteils alleine zu lösen. Doch sie erhalten eng und hoch gesteckte Zielvorgaben in Bezug auf Umsatz und Qualität, und sollen diese in möglichst kurzer Zeit und mit möglichst geringen Kosten erreichen. Jede Tätigkeit wird dabei entweder auf ihren Nutzen und ihre Möglichkeit zur Kostensenkung geprüft (activity based costing) oder unter Annahme eines Fixpreises und einer vorgegebenen Gewinnspanne in ihren Kosten begrenzt (target costing). Innerhalb der Arbeitsgruppen

entstehen dadurch ein starker Druck und oft ein schwer durchschaubares informales Machtgefüge (Westermayer & Stein 2006). Zusätzlicher Leistungsdruck wird durch Konfrontation der Beschäftigten mit Marktrisiken aufgebaut (Vermarktlichung). Sie sollen also gleichzeitig die Güte (Gebrauchswert) ihrer Leistungen, und deren Verkauf (Verwertung) verantworten (Höfle 2004).

Für die einzelnen Beschäftigten kommt es dadurch zu sehr *ambivalenten Arbeitssituationen*. Westermayer & Stein (2006) sprechen von „kontrollierter Autonomie“, das bedeutet den Zwang, eine Vielfalt widersprüchlicher Anforderungen eigenständig zu bewältigen. Einerseits soll eigenverantwortlich unternehmerisch gedacht und geplant werden, vor allem in Bezug auf die Arbeitsorganisation; andererseits kann über die Ziele und Rahmenbedingungen der Arbeit nicht mitbestimmt werden. Höhere Anforderungen gehen mit Beschränkung der Ressourcen (Zeit, Informationen, Budget) einher. Mitarbeiter sollen ihre eigenen Aktivitäten als Produktivitäts- und Kostenfaktor sehen und ihre persönlichen Fähigkeiten und Leistungen stets aufs Neue hinterfragen bzw. an neu erkannte Anforderungen anzupassen suchen. Sie sollen nicht mehr an langfristigen Regeln und bleibenden Werten hängen, nicht Schuld für Fehler suchen, sondern einem sich immer weiter bewegenden Ziel ständiger Verbesserung und Beschleunigung folgen. Dies führt zur Selbstaussbeutung, zu „Arbeit ohne Grenzen“ – die Erreichung der Betriebsziele wird mit der Sicherung des eigenen Arbeitsplatzes, der eigenen Daseinsgrundlage gleichgesetzt. Die in diesem Geschehen enthaltene Fremdbestimmung entzieht sich der Sichtbar- und Greifbarkeit, es wird schwierig, die daraus ergebenden „subtilen Belastungen“ zu erkennen, zu verstehen und hand zu haben. Die Flexibilität gewährt scheinbar mehr persönliche Freiheit, bewirkt aber eine Entgrenzung von Arbeit und Freizeit (vgl. auch Staman 2003; Fricke 2003). Obwohl Informations-Kommunikations-Technologie-Betriebe dafür ein besonders anschauliches Musterbeispiel abgeben, haben sich die beschriebenen Phänomene längst in vielen anderen Branchen festgesetzt (Führung 2006).

Dies zeitigt entsprechende *Folgen für Gesundheit und Arbeitsschutz*: Beschäftigte fürchten um ihre Arbeitsplätze, wagen daher nicht (wie Höfle (2004) berichtet), ihr Grundrecht auf gesunde und sichere Arbeitsbedingungen einzufordern, und gehen teilweise krank zur Arbeit (presenteeism). Dies kann gesundheitliche Dauerschäden nach sich ziehen, wobei die Angst selbst zur Krankheitsentstehung beiträgt. Weil der wirtschaftliche Erfolg ihrer Unternehmenseinheit Voraussetzung für den Arbeitsplatzert halt ist, halten Beschäftigte selbst die gesetzlichen Bestimmungen zum Arbeitsschutz nicht ein; diese Gesetze und für ihre Übertretung gedachte Strafen scheinen sich nun auf einmal gegen diejenigen zu richten, die sie schützen sollten (vgl. Höfle 2004).

Trotz all dieser Entwicklungen ist betriebliche Gesundheitsförderung ein bedeutsames Thema geworden; denn dass die Gesundheit der Mitarbeiter(inne)n auch eine wesentliche Rolle für die betriebliche Leistungsfähigkeit, und damit für die Erreichung der Kernziele der Unternehmen spielt, zeigt sich – spätestens wenn Krankheiten und andere Störungen auftreten, wie im folgenden dargestellt wird.

2.3.1.2 Krankheit und andere Störungen in der Arbeitswelt

Die Gesundheit von Mitarbeiter(inne)n zu fördern erweist sich für Betriebe als wichtige Aufgabe, da Krankheiten und andere Störungen im Arbeitsleben unproduktive Kostenfaktoren darstellen. Gesundheitsförderung wird daher als Beitrag zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit von Unternehmen angesehen. Aufmerksamkeit für dieses Thema entsteht allerdings oft erst durch Krankheiten (Berufskrankheiten und arbeitsbedingte) und andere Störungen wie erhöhte Arbeitsunfähigkeitszeiten, „Innere Kündigung“, Mobbing oder Burnout.

Am vordergründigsten erscheint der Zusammenhang zwischen Arbeit und Gesundheit wohl in Bezug auf Krankheiten, speziell auf arbeitsbedingte und Berufskrankheiten.

Unter den *arbeitsbedingten Erkrankungen* gelten als Berufskrankheiten jene, wo die Schadeinwirkungen im Arbeitszusammenhang rechtlich wesentlich die Erkrankung verursacht haben und entsprechende Entschädigungszahlungen durch die Unfallversicherung fällig werden. Die häufigsten Störungen der erwerbstätigen Bevölkerung lassen sich allerdings keiner eindeutigen Ursache zuordnen und unterliegen daher nicht diesem Anspruch (Braun 2004). Zu diesen zählen muskuloskelettale Erkrankungen, Herzkreislauferkrankungen, psychosomatische Beschwerden, Suchterkrankungen (Alkohol, Nikotin-, Drogenabhängigkeit, Essstörungen), Unfälle, Depressionen, Angststörungen, und andere psychische Störungen.

Dabei sind physische und psychosoziale Belastungen als Ursachen miteinander stark verflochten, wie z.B. Shannon, Robson & Sale (2001) für die muskuloskelettale Erkrankungen zusammenfasst – ein biopsychosoziales Verständnis von Gesundheit erscheint demnach gerade für betriebliche Interventionen besonders vonnöten. Die Bedeutung einzelner Belastungsfaktoren bzw. ihrer Anteile daran ist schwierig herauszufiltern und daher umstritten. Ihr jeweiliger Einfluss hängt auch von der Gestaltung der jeweiligen Untersuchung ab. Besonders starke und langfristige Belastungsauswirkungen ergeben sich nach Siegrist (2002) bei fehlender Möglichkeit zum Arbeitsplatzwechsel, Ungerechtigkeiten in Vertragsbedingungen und Arbeitsorganisation, sowie bei überengagierten Mitarbeiter(inne)n. Demnach erscheinen Interventionen, die dem Grundsatz der

Verhältnisorientierung folgen und unter anderem systemisch und mit dem Ansatzpunkt Organisation durchgeführt werden, im Handlungsfeld betriebliche Gesundheitsförderung besonders angeraten.

In einem gewissen, aber nicht eindeutigen Zusammenhang mit Krankheiten stehen die Arbeitsunfähigkeitszeiten oder Fehlzeiten. *Arbeitsunfähigkeitszeiten* werden von Mitarbeiter(inne)n nicht immer in Anspruch genommen, und wenn sie dies tun, dann hängt dies nicht immer mit einer Erkrankung zusammen. Fehlzeiten gelten als Störgröße in Unternehmen und werden mit unterschiedlichen, aber oft nicht langfristig wirksamen Maßnahmen bekämpft. Schuldzuweisungen an die Mitarbeiter(inne)n haben sich hier nicht bewährt. Denn ein Mehr an Anwesenheit der Mitarbeiter(inne)n bringt nur dann nachhaltigen Gewinn, wenn diese gesund und leistungsfähig zur Arbeit erscheinen (vgl. Kentner 2001, Burton, Chen, Conti, Schultz & Edington 2005; Burton, Chen, Conti, Schultz, Pransky & Edington 2006). Dies ist allerdings nicht immer der Fall. Erscheinen Mitarbeiter(innen), etwa aus Angst vor Arbeitsplatzverlust (vgl. Höfle 2004) krank zur Arbeit („Presenteeism“), so ist nicht unbedingt damit zu rechnen, dass sie dabei noch gute Leistungen erbringen.

Auch wenn Mitarbeiter(inn)en weder durch Krankheit noch durch Abwesenheit auffallen, können sich unbefriedigende Arbeitsbedingungen auf ihre Befindlichkeit und ihr Verhalten schwerwiegend auswirken – was etwa im Falle der „*Inneren Kündigung*“ zum Ausdruck kommt. Damit ist gemeint, dass sie sich innerlich aus dem Unternehmen zurückziehen und nur einen Teil der möglichen Leistung bringen. Der Grund dafür ist häufig eine Verletzung gegenseitiger nicht-vertraglicher Erwartungen, die als Voraussetzung für Arbeitsfreude und Leistungsbereitschaft gelten; werden diese von Führung und Personalentwicklung nicht erfüllt, so kann innere Kündigung als Mittel gewählt werden, mit der eigenen Unzufriedenheit umzugehen; als Hilfe werden (siehe etwa Richter 2003) klärende Gespräche empfohlen, um einen von beiden Seiten annehmbaren und erfüllbaren „inneren Vertrag“ wieder her zu stellen. Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit der Arbeitsverhältnisse zu vermitteln erscheint demnach als wesentlicher Grundsatz auch von betrieblicher Gesundheitsförderung, ebenso wie die Stärkung von persönlichen Ressourcen und die Verbesserung von Führung und sozialer Unterstützung im Betrieb.

Eine weitere Gefahr für die Gesundheit von Mitarbeiter(inn)en besteht in betrieblichen Gegebenheiten, die Arbeit im Einklang mit persönlichen Werten, Bedürfnissen und Fähigkeiten nicht zulassen oder zur dauerhaften Überforderung führen; diese können bei ihren Mitarbeiter(inn)en zum „Ausbrennen“ (*Burnout*) führen. Dies zeigt sich als

inneres und äußeres Rückzugsverhalten bei Personen, die ihre berufliche Tätigkeit ursprünglich mit viel Freude und Einsatzbereitschaft begonnen haben; nach ersten Scheiternserfahrungen erhöhen sie zunächst ihre Anstrengungen, bis zur Erschöpfung und zur Aufgabe. Dieses Geschehen ist durch Gefühlsverarmung („emotionale Erschöpfung“), Verlust der Anteilnahme und Wertschätzung (Depersonalisation) sowie Leistungsabfall gekennzeichnet (Ducki 2000; Leppin 2003; Kernen 2005). Die Grundsätze von Verhaltens- und Verhältnisorientierung, empowerment und Ressourcenorientierung erweisen sich demnach als besonders bedeutsam für die betriebliche Gesundheitsförderung.

Belastende Arbeitsbedingungen wirken sich nicht nur auf einzelne Menschen, sondern auch auf deren soziales Miteinander aus. So können Unklarheiten im Unternehmensgeschehen und in seinem Rollengefüge, Fehlen von gegenseitiger Unterstützung und andere Unzulänglichkeiten die Zusammenarbeit beeinträchtigen, und sogar zu zerstörerischen Verhaltensweisen wie dem *Mobbing* („Anpöbeln“) (vgl. Backes, Riebes, Korbeslühr & Gerdes 2003; Grande 2003; Eiselen & Nowosad 1998) führen. Darunter versteht man fortgesetzte Angriffe einer Gruppe oder Gesamtheit gegen eine einzelne Person. Diese zielen auf ihre Möglichkeit, sich mitzuteilen, auf ihre sozialen Beziehungen, ihr Ansehen, ihre Arbeits- und Lebensbedingungen und schließlich auf ihre seelische und körperliche Gesundheit. Mobbing beginnt oft mit einem ungelösten Konflikt und hat seine Ursache in Missständen des Unternehmens; als Ansatzpunkt für die Vorbeugung solcher Geschehnisse empfehlen sich daher, soziale Unterstützung und Führung im Unternehmen zu verbessern, sowie – gemäß dem Salutogenese-Ansatz – die Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit der betrieblichen Zusammenhänge zu vermitteln.

Krankheiten und andere Störungen in der Arbeitswelt wie Fehlzeiten, innere Kündigung, Burnout und Mobbing erzeugen Aufmerksamkeit für die Bedeutung von Gesundheit und schaffen Bewusstsein für die Notwendigkeit von betrieblicher Gesundheitsförderung – wobei Gesundheitsförderung im Rahmen der vorliegenden Arbeit mehr bedeuten soll als die bloße Bekämpfung von Krankheiten und Risikofaktoren, und darüber hinaus so verstanden wird, dass sie auf die Verbesserung von Selbstbestimmung und Bedürfnisbefriedigung der Mitarbeiter(innen) abzielt (einem positiven Gesundheitsverständnis folgend) und nach einer besseren Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit der betrieblichen Geschehnisse beizutragen strebt (dem Salutogenese-Ansatz entsprechend). Zum Zwecke einer genaueren Einordnung des in der vorliegenden Arbeit gewählten Verständnisses von betrieblicher Gesundheitsförderung wird im Folgenden ein Überblick über ihre Entwicklung gegeben.

2.3.1.3 Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt

Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt wurde als politische und wirtschaftliche *Aufgabe* erkannt (siehe WHO 1994), da erstens die Gesundheit von Mitarbeiter(inn)en als Mitvoraussetzung für die Produktivität von Betrieben gesehen wird, zweitens arbeitende Menschen eine gesamtgesellschaftlich bedeutende Zielgruppe darstellen, und drittens das betriebliche Umfeld als besonders geeignetes Setting für Interventionen zur Gesundheitsförderung erkannt wurde: Gesundheit von Mitarbeiter(inn)en wird im Zusammenhang mit Leistungsfähigkeit, Arbeitszufriedenheit und Anwesenheit bei der Arbeit gesehen. Betriebe versprechen sich demnach von Gesundheitsförderung Vorteile bei der Erhaltung und Verbesserung ihrer Wettbewerbsfähigkeit. Auch gesamtgesellschaftlich gesehen handelt es sich bei arbeitenden Menschen um eine bedeutsame Zielgruppe, die über ihre Mitarbeit im Betrieb hinaus ja auch als Angehörige, Konsument(inn)en, Steuerzahler(innen), Wähler(innen), Entscheidungsträger(innen) in Familien und damit als Multiplikator(inn)en von gesundheitsbezogenem Verhalten auftreten; indem man ihre Gesundheit fördert, lassen sich vielfache Wirkungen weit über die betrieblichen Zusammenhänge hinaus erwarten.

Für Interventionen zur Gesundheitsförderung eignet sich das *betriebliche Umfeld* in besonderer Weise (vgl. WHO 1994, 2006). Zum einen prägt die Arbeitswelt wesentlich die Gesundheitsverhältnisse der Menschen, zum anderen kann im Betrieb eine Reihe von Aktivitäten an einem Ort umgesetzt werden. Die Nähe zum Arbeitsplatz ermöglicht es, Personengruppen in die Gesundheitsförderung miteinzubeziehen, die sonst nur schwer zu erreichen sind, etwa Männer der jüngeren und mittleren Altersgruppen. Die Wirksamkeit dieser Maßnahmen kann durch Unterstützung innerhalb des Betriebs verstärkt werden. Zum Teil können diese auch besser ausgewertet werden, da auf betriebliche Daten der Mitarbeiter(innen) zurückgegriffen werden kann.

Allerdings können sich Betriebe auch in mancher Hinsicht als schwierige Handlungsfelder für Gesundheitsförderung erweisen. Ein *Hindernis* bei der Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz kann etwa darin bestehen, dass, wie Gordon (1987) es beschreibt, dieser in gewisser Weise auch als „feindliches Umfeld“ gesehen werden kann. Die „Freiwilligkeit“ der Teilnahme an Interventionen im Betrieb bleibe daher immer anzuzweifeln, vor allem dort, wo Arbeitsplätze unsicher und Interessensvertretungen schwach oder nicht vorhanden sind. Daher kann Gesundheitsförderung in Unternehmen immer auch auf Widerstände von mehreren Seiten stoßen. Diese sind besonders dort zu erwarten, wo Veränderungen vor sich gehen; in manchen Fällen liegen diesen schlechte Erfahrungen zugrunde, vor allem dahingehend, dass Gewinne und Verluste

nicht gerecht verteilt werden. Die Grundsätze von Partizipation, Empowerment, Chancengleichheit und Evaluation der Akzeptanz von Interventionen erscheinen folglich für die betriebliche Gesundheitsförderung von besonderer Bedeutung.

Das Bewusstsein über Bedeutung und Stellenwert der betrieblichen Gesundheitsförderung hat sich im Laufe der *Geschichte* entwickelt bzw. verändert, wie etwa Bös & Brehm (1998), Chu et al. (2000), Zoller (2003), oder Helmenstein et al. (2004) beschreiben. Die betriebliche Wohlfahrt mit Augenmerk auf Wohnverhältnisse, Hygiene und Fitness ihrer Mitarbeiter(inne)n hat Tradition. Teilweise nahm sie aber die Form strenger Kontrolle bis hin zu Hausbesuchen und Einmischung ins Privatleben an und stieß daher auf wenig Gegenliebe; darüber hinaus widersprach diese bevormundende Vorgehensweise wesentlichen Grundsätzen der Gesundheitsförderung wie Partizipation, Empowerment, und – indem sie betriebliche Einflüsse auf Gesundheit ausblendete – Verhältnisorientierung.

Im Verlaufe der zunehmenden *Technologisierung* in der zweiten Hälfte des zwanzigsten Jahrhunderts veränderten sich die Vorstellungen von der Beziehung zwischen Gesundheit und Arbeit (vgl. Fricke 2003). Zunächst verbreitete sich die Erwartung, dass sich die Lebensqualität in der Arbeit damit von selbst verbessern würde. Dies geschah aber erst durch die Politik „Humanisierung des Arbeitslebens“, die eine stärkere Beteiligung der Arbeitnehmer(inne)n brachte. Diese Ansätze zur Demokratisierung, sowie die damit verbundenen eigenständigen Aktivitäten der Arbeitnehmer(innen)schaft, kamen jedoch Anfang der 1980er Jahre wieder zum Stillstand. Anstöße zu Veränderungen gingen nunmehr vorwiegend von der Unternehmensebene aus, die im 21. Jahrhundert von „innovativer Arbeitsgestaltung“ spricht.

Die *betriebliche Gesundheitsförderung* (BGF) (siehe z.B. Kuhn 2004) begann sich Mitte der 1980er Jahre in Deutschland zu entwickeln, in Österreich erfolgte ihr Start mit einem Pilotprojekt 1993 (Helmenstein et al. 2004). Zunächst bestand die betriebliche Gesundheitsförderung vorwiegend aus Aktivitäten der „innerbetrieblichen Selbsthilfe“, ins Leben gerufen von gesundheitlich angeschlagenen Beschäftigten, Gewerkschafter(inne)n, und Angehörigen kirchlicher oder medizinkritischer Gruppen, und verstand sich eher als Gegenbewegung zu den Handlungsweisen der Unternehmer(innen) sowie der Expert(inn)en aus Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin; das Verhältnis zu diesen war durch wechselseitige Vorbehalte und Abgrenzungen geprägt.

In den 1990er Jahren kam es nach und nach zur *Verberuflichung* und Verwissenschaftlichung der betrieblichen Gesundheitsförderung, sowie zur Einbeziehung aller Akteursgruppen (Handlungsträger(innen)) aus der Unternehmensführung, dem Kreis der Ar-

beitnehmer(inne)n und der Expert(inn)en). Im Zuge dessen wurden konzeptionelle Grundlagen, Methoden und Institutionen entwickelt. Betriebliche Gesundheitsförderung bot verschiedenen Berufsgruppen ein neues Betätigungsfeld und der Wissenschaft neue Forschungsthemen. Sie kann mittlerweile auf eine breite Grundlagenliteratur zurückgreifen. Die wissenschaftliche Unterstützung der betrieblichen Gesundheitsförderung war allerdings laut Badura & Hehlmann (2003) anfangs von kämpferischer Auseinandersetzung zwischen Soziolog(inn)en und Psycholog(inn)en, Arbeitswissenschaftler und Medizin um Konzepte, Strategien und Prioritäten gezeichnet.

Auf internationaler Ebene wurde betriebliche Gesundheitsförderung von der WHO als wichtiges Handlungsfeld erkannt. Die europäische Regionalstelle der WHO erweiterte ihre Tätigkeit in der betrieblichen Gesundheitsförderung und schuf ein Netz von Unternehmen, die sich mit Gesundheitsförderung befassen (Helmenstein et al. 2004). Beim zweiten Treffen der „WHO Collaborating Centres in Occupational Health“, 1994 in Peking, wurde die „WHO Global strategy on occupational health for all“ herausgegeben: Sie beschreibt gegenwärtige und zukünftige arbeitsbedingte Gesundheitsprobleme und Herausforderungen, die Notwendigkeit eines nachhaltigen Umgangs mit Umweltressourcen, und empfiehlt den Austausch von Technologien und Erfahrungen in Bezug auf Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit. Grundsätze wie Verhältnisorientierung, Recht auf Information und Beteiligung werden genannt. Dies bedeutet eine Erweiterung des Gesundheitsverständnisses der bisherigen Fachkräfte. Weiters gibt es Hinweise auf besonders gefährdete Bereiche der Arbeitswelt, z.B. den informalen Sektor.

Auf Ebene der Europäischen Union entstand ein Referat für betriebliche Gesundheitsförderung der europäischen Kommission, zur Finanzierung von Forschungs- und Entwicklungsprojekten, weiters das „EU-Netzwerk BGF“. In der Folge wurden in Österreich die „Nationale Kontaktstelle“ sowie Regionalstellen für jedes Bundesland eingerichtet und viele, auch international beachtete, Aktivitäten durchgeführt (Helmenstein et al. 2004). 1997 verfasste die EU die Luxemburger Deklaration, welche betriebliche Gesundheitsförderung als Aufgabe von Arbeitgeber(inne)n, Arbeitnehmer(inne)n und Gesellschaft festlegt und dafür Ansätze zur Verbesserung der Arbeitsverhältnisse, zur Mitarbeiterbeteiligung und Kompetenzstärkung vorsieht. Als rechtliche Grundlagen dafür wurden die EU-Rahmenrichtlinien zu Arbeitsschutz und Arbeitsplatz, als Handlungsfeld die Public Health genannt.

Betriebliche Gesundheitsförderung hat sich also in den vergangenen Jahrzehnten zu einem anerkannten politischen, wirtschaftlichen und wissenschaftlichen Thema auf nationaler und internationaler Ebene entwickelt. Dennoch wird betriebliche Gesund-

heitsförderung in der Gegenwart immer wieder vor neue *Herausforderungen*, wenn nicht bisweilen sogar in Frage gestellt. Einerseits sollte zwar, wie etwa Badura & Hehlmann (2003) und Höfle (2004) betonen, die soziale Aufgabe, menschengerechte und sichere Arbeitsbedingungen zu schaffen sowie die Gesundheit der Mitarbeiter(inne)n zu fördern, keinem Begründungszwang unterliegen; andererseits werde diese soziale Aufgabe aber gerade in der Gegenwart zunehmend mit einzelwirtschaftlichen Überlegungen abgewogen. Manche Betriebe mögen Gesundheitsförderung wohl auch eher als bloße Kostenbelastung betrachten.

In diesem Zusammenhang liegt ein wesentliches Problem in der *Sichtbarkeit des Nutzens* betrieblicher Gesundheit. Je erfolgreicher die Gesundheitsförderung wirkt, desto weniger offensichtlich erscheint ihre Notwendigkeit. Denn bei einer durchschnittlichen Auslastung der Unternehmen von unter 90 % lassen sich Ausfälle von etwa fünf Prozent weitgehend ausgleichen. Darüber hinausgehende Aktivitäten und deren Wirkungen, wie die Verbesserung von Gesundheitszustand, Motivation und Leistung, lassen sich schwer in betriebswirtschaftlichen Kennzahlen bemessen, da ihr Wert unter anderem mit der gesamtwirtschaftlichen Lage schwankt. Obwohl Gesundheit in Zusammenhang mit Anwesenheit von (versus Arbeitsunfähigkeit) und Produktivität („Gesundheit fördert Arbeit“) gesehen wird, stellen Fehlzeiten (wie u.a. Ducki (2000), Braun (2004), Westermayer & Stein (2006) und Whitehead (2006) betonen), keine geeignete Schätzgröße für die betriebliche Gesundheit dar. Gerade hohe Anwesenheitsquoten (presenteism) können auf Angst und damit einhergehende Gesundheitsstörungen hinweisen. Niedrige Fehlzeiten bringen nur dann langfristige Gewinne, wenn sie mit hoher Arbeitszufriedenheit, Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft einhergehen. Dies ist die Voraussetzung, damit im Wandel der Arbeitswelt nachhaltig gute Leistungen in und von Unternehmen erbracht werden können.

Es erscheint daher notwendig, Wege zu finden, den *Nutzen* von betrieblicher Gesundheitsförderung sichtbar werden zu lassen, und zwar für alle Beteiligten im Unternehmen: Als Grundlage dafür kann im Vorfeld der Einführung von betrieblicher Gesundheitsförderung auf positive Ergebnisberichte aus der Literatur zurückgegriffen werden. Als überprüfte Wirkungen (vgl. z.B. Bull, Gillette, Glasgow & Eastabrooks 2003; Schnabel 2007b) gelten unter anderem aus Sicht der Beschäftigten die individuelle Risikosenkung, die Verbesserung der Arbeitszufriedenheit, der Fähigkeit zur Problemlösung und der Möglichkeit, über Gesundheit zu sprechen; aus Sicht des Unternehmens Verbesserungen der Kommunikation, des Innovationsklimas, der Arbeitszufriedenheit und Motivation, der Identifikationsbereitschaft und die Verminderung von Fehlzeiten, Krankenständen und Fluktuation sowie die Steigerung der Leistungs- und Wett-

bewerbsfähigkeit und des Ansehens; aus Sicht der Krankenversicherungsträger Kostensenkungen, sowie bessere Zusammenarbeit mit Unternehmen und Versicherten. Dabei überwiegt der Gewinn durch gestiegene Wertschöpfung nach Badura & Hehlmann (2003) die Kosten der betrieblichen Gesundheitsförderung. Eine wesentliche Rolle spielt wohl die Überprüfung der Effektkongruenz von Interventionen, also das Ausmaß, in dem Gesundheitsförderung die Kernziele des Betriebes zu unterstützen vermag. Weiters erscheint es empfehlenswert, Interventionen der betrieblichen Gesundheitsförderung einer Evaluation zu unterziehen, in der der wirtschaftliche Nutzen geprüft wird, aber auch andere Perspektiven (wie z.B. die Berücksichtigung von Bedürfnissen der Mitarbeiter(inn)en) mitbewertet werden.

Wie sieht nun die *tatsächliche Umsetzung* von betrieblicher Gesundheitsförderung aus? Interventionen zur betrieblichen Gesundheitsförderung werden vielfach in großen Unternehmen, die mit Personalproblemen kämpfen, ins Leben gerufen (siehe Helmenstein et al. 2004). Betriebliche Gesundheitsförderung ist allerdings noch nicht in alle Bereiche der Wirtschaft und zu allen Beschäftigtengruppen gleichermaßen vorgegangen. Dringender Bedarf besteht nach Chu et al. (2000) vor allem für Mitarbeiter(innen) in isolierten Gegenden bzw. Arbeitssituationen, für Migrant(inn)en, für Kleinbetriebe, Landwirtschaft, den informellen Sektor, Hochrisikoidustriebetriebe und Joint-Ventures (mit allenfalls mehreren Arbeitgeber(inne)n). Die Grundsätze des anwaltschaftlichen Eintretens für Gesundheit, der intersektoralen Zusammenarbeit und der Zielgruppenorientierung erscheinen demnach besonders bedeutsam.

Den tatsächlichen *Umsetzungsstand* betrieblicher Gesundheitsförderung in Europa beschreiben Mißler & Theuringer (2004) folgendermaßen: Maßnahmen der Arbeitsplatzgestaltung und psychologische Interventionen überwiegen; es zeigt sich ein Nord-Süd-Gefälle in der Verbreitung von betrieblicher Gesundheitsförderung und eine ungleichmäßige Verteilung innerhalb der Länder, sowie eine Vielzahl an öffentlichen und privaten Angeboten mit wenig Transparenz und Kontrolle. Bislang habe betriebliche Gesundheitsförderung nach nordeuropäischem Verständnis noch keine weitgreifende Annahme und Umsetzung erfahren. Viele Unternehmen sehen Gesundheitsförderungsausgaben immer noch als „costly goody“ das sich wirtschaftlich nicht lohnt, während US-amerikanische Unternehmer sich von davon großteils Gewinn versprechen; die Verhältnisse sind in den US jedoch so verschieden von den europäischen, dass eine Übertragbarkeit kaum denkbar ist.

Interventionen zur betrieblichen Gesundheitsförderung *im deutschsprachigen Raum* entsprechen häufig ebensowenig dem Stand des Wissens (vgl. Schnabel 2007b), in-

dem sie sich oft auf einzelne Gesundheitsdimensionen, bestimmte Interessensgruppen und eine fachlich einseitige Sichtweise beschränken, dabei nur gesetzliche Mindestanforderungen erfüllen, kurzfristig und wenig entwicklungsgerichtet aufgebaut und nicht systemisch eingebunden sind (vgl. Drupp & Osterholz 2001). So geht es, wie Schnabel (2007b) zusammenfasst, in der Mehrzahl der durch Krankenkassen finanzierten Angebote um die Bekämpfung von Rückenproblemen sowie anderen individuellen Risikofaktoren auf der Verhaltensebene.

Ein weiterer folgenschwerer Mangel betrieblicher Gesundheitsförderung besteht nach Zahnd (2000) darin, dass sie lange Zeit mit einer Vielfalt mehrdeutig verwendeter und unzureichend voneinander abgegrenzter *Begrifflichkeiten* arbeitete. Dadurch lässt sich in vielen Fällen nicht sicherstellen, dass Interventionen tatsächlich jenen Grundsätzen folgen, denen sie ihren Namen verdanken.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Gesundheit als Voraussetzung für betriebliche Produktivität und betriebliche Gesundheitsförderung als wirtschaftliche und soziale Aufgabe erkannt wurde, und dass sich daraus die betriebliche Gesundheitsförderung entwickelt hat, die aber noch nicht überall und nach dem Stand des Wissens umgesetzt wird. Darüberhinaus gilt es verschiedene Perspektiven auf die betriebliche Gesundheitsförderung zu berücksichtigen, die im folgenden Unterkapitel erläutert werden.

2.3.2 Perspektiven auf die betriebliche Gesundheitsförderung

Ziel der Darstellung unterschiedlicher Perspektiven auf die Gesundheitsförderung ist die Einordnung und Abgrenzung des der vorliegenden Arbeit zugrunde liegenden Verständnisses von betrieblicher Gesundheitsförderung, um darauf aufbauend die zuvor erarbeiteten Interventionsformen und Grundsätze der Gesundheitsförderung auf den Handlungsbereich betriebliche Gesundheitsförderung zu übertragen. Zu diesem Zweck werden die Sichtweisen von Politik, Wirtschaft, Recht, betrieblichen Interessensgruppen sowie Expert(inn)en und Institutionen aus Praxis und Wissenschaft der betrieblichen Gesundheitsförderung dargestellt.

2.3.2.1 Politik

Wie zuvor beschrieben und wie sich aus der Global Strategy for Health der WHO und aus der Luxemburger Deklaration der EU herauslesen lässt, wurde Gesundheitsförderung als politische Aufgabe erkannt, die damit auch immer ein Aushandeln von Zielen und Vorgehensweisen im Spannungsfeld unterschiedlicher Interessen erfordert. Was die Politik betrifft, so nimmt einerseits erstens ihre Vormachtstellung ab, zum Beispiel

zugunsten der Wirtschaft, und zweitens wird der Wirtschaftspolitik häufig Vorrang vor anderen Aufgaben gegeben; andererseits geben politische Organisationen, auf internationaler und nationaler Ebene Empfehlungen und Anreize für die betriebliche Gesundheitsförderung.

Die *gegenwärtige politische Lage* wird von Höfle (2004) so charakterisiert, dass im globalen Wettstreit der Erreichung wirtschaftlicher Ziele immer wieder und auf mehreren Ebenen der Vorrang vor dem Arbeits- und Gesundheitsschutz eingeräumt zu werden scheint. Dabei werde vergessen, dass Gesundheit einen wesentlichen Beitrag zur Leistungsfähigkeit von Unternehmen leisten kann (vgl. Westermayer & Stein 2006). Da auf Seiten der Wirtschaft kein selbständiges und rasches Umdenken zu erwarten ist, sollte die Gesetzgebung entsprechend eingreifen (vgl. Mills 1996). Doch die Politik hat in Mitteleuropa keine Vormachtstellung gegenüber anderen gesellschaftlichen Subsystemen (vgl. Grossmann 1994) (mehr). Ihr Einfluss auf die Lebensbedingungen der Menschen ist damit auf die Schaffung gesetzlicher Rahmenbedingungen begrenzt. Die Grundsätze anwaltschaftlichen Eintretens für Gesundheitsförderung sowie einer systemischen Vorgehensweise erweisen sich demnach als für das Handlungsfeld Betrieb besonders vonnöten.

In Bezug auf die Förderung der Gesundheit in der Arbeitswelt können nach Midha & Sullivan (1999) *auf internationaler Ebene* grundlegend der nordamerikanische und der nordeuropäische Ansatz unterschieden werden. Ersterer zielt darauf, Arbeitsausfälle zu vermindern und versucht dies vor allem über lebensstilbezogene Maßnahmen zu erreichen. Zweiterer sieht die Beteiligung der Beschäftigten als Ziel und Mittel der betrieblichen Gesundheitsförderung und misst vor allem der Wechselwirkung zwischen arbeits- und gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen und Verhältnissen Bedeutung zu. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit sollen Partizipation und Verhältnisorientierung als wesentliche Grundsätze betrieblicher Gesundheitsförderung gelten, somit orientiert sich diese eher am nordeuropäischen Ansatz. Als wesentlichste weltweite Organisationen betrieblicher Gesundheitsförderung sind wohl die WHO und die International Commission on Occupational Health (ICOH) zu nennen.

Die WHO stellt in ihrer „Global strategy on occupational health for all“ in Übereinstimmung mit den „Conventions on Occupational Safety and Health and on Occupational Health Services“ der ILO (international labour organization) fest, dass allen Beschäftigten ein Grundrecht auf Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit zu kommt. Sie nennt als wichtigste Herausforderungen Probleme durch neue (Informations-)technologien, Demographie, und die mangelnde Verbreitung von betrieblicher Gesundheitsförderung.

Sie betont die Notwendigkeit besonderer Unterstützung für die Unternehmensformen Klein- und Mittelbetriebe, Selbständige, Landwirtschaft und den informalen Sektor. Als Ziele einer weltweiten Strategie werden die Stärkung nationaler und internationaler Gesundheitsförderungspolitik, die Entwicklung gesunder Arbeitsumgebungen und Arbeitsweisen, Gesundheits- und Unterstützungsdienste, Sicherheitsstandards, Expert(inn)en- und Dokumentationssysteme, sowie Forschung und Zusammenarbeit genannt.

Die „WHO Declaration on Workers Health“ (2006) bezieht sich auf den raschen Wandel der Arbeitswelt mit neuen Beschäftigungsformen und veränderten Belastungen. Sie betont den Zusammenhang zwischen Arbeitsbedingungen, Gesundheit und Leistungsfähigkeit, weist auf steigende Ungerechtigkeiten sowie auf die Folgen der Globalisierung hin und fordert einen ganzheitlichen Problemlösungsansatz. Der Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung, Netzwerkarbeit, intersektorale und multidisziplinäre Zusammenarbeit Chancengleichheit, erscheinen somit als wichtige Grundsätze betrieblicher Gesundheitsförderung.

Neben der WHO verfolgt auch die „International Commission on Occupational Health“ (ICOH) als Nicht-Regierungsorganisation (NGO) die Ziele wissenschaftliche Erforschung und Entwicklung umfassender Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit. Sie ist die heute führende Wissenschaftsgesellschaft, von der UNO anerkannt und arbeitet eng mit anderen internationalen Organisationen zusammen.

Auf Europäischer Ebene beschreibt die Luxemburger Deklaration der EU betriebliche Gesundheitsförderung als gemeinsames Bemühen von Arbeitgeber(inne)n, Arbeitnehmer(inne)n und der Gesellschaft um die Steigerung von Gesundheit und Wohlbefinden der Menschen in der Arbeitswelt. Dies soll durch Verbesserung von Arbeitsorganisation und Arbeitsumwelt, Beteiligung der Mitarbeiter und Entwicklung persönlicher Kompetenzen angestrebt werden.

Seit 1996 besteht das *Europäische Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung*; dieses widmet sich (Breucker 2001) dem Austausch und der Zusammenarbeit seiner nationalen Kontaktstellen und internationaler Institutionen sowie der Beratung der zuständigen Stellen bei der Europäischen Kommission und dem Europäischen Rat. Grundlage seiner Arbeit bildet das Gemeinschaftsprogramm der Europäischen Union zur Gesundheitsförderung, -aufklärung und -erziehung; seine Mitglieder sind größtenteils staatliche Institutionen des Arbeitsschutzes und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Es wurden Beispiele guter Praxis gesammelt und eine „Toolbox“ von Methoden und Praktiken für betriebliche Gesundheitsförderung erstellt, um nützliche Werk-

zeuge zu finden und zu überprüfen, etwa Programme, Projekte (Models of Good Practice), und Instrumente (Fragebögen, Leitlinien, Informationsmaterial). Die Bedeutung von betrieblicher Gesundheitsförderung wurde erkannt, es stellt sich nun die Frage, wie die weitere Entwicklung der betrieblichen Gesundheitsförderung auf verschiedenen Zielebenen (Nationen, Organisationen, u.a.) verlaufen wird.

Anwaltschaftliches Eintreten für Gesundheit, Verhältnisorientierung, Empowerment, Partizipation, Setting-Ansatz, Netzwerkarbeit, intersektorale Zusammenarbeit und Chancengleichheit erscheinen demnach als wesentliche Grundsätze auch der betrieblichen Gesundheitsförderung.

2.3.2.2 Wirtschaft

Wie schon erwähnt, wurde Gesundheitsförderung als volks- und betriebswirtschaftliche Aufgabe erkannt. In der betrieblichen Gesundheitsförderung geht es unter anderem darum, die Wertschöpfung des Unternehmens, die Leistungsfähigkeit, Einsatzbereitschaft und Zufriedenheit der Mitarbeiter(innen) sowie das Unternehmensimage zu verbessern. Unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten gilt es, verschiedene Interventionen der betrieblichen Gesundheitsförderung hinsichtlich ihrer Wirksamkeit (Effektivität) und ihres Wertes sowie ihres Kosten-Nutzen-Verhältnisses (Effizienz) zu vergleichen. Als Verfahren dafür kommen Kosten-Nutzen-Analysen, Nutzwertanalysen, Kosten-Wirksamkeits-Analysen, erweiterte Wirtschaftlichkeitsanalysen und die Einbeziehung „weicher Kennzahlen“ in Frage (vgl. Rosenbrock 2000; Ennals 2003; Helmenstein et al. 2004; Braun 2004; Fritz 2005).

Bei der *Kosten-Nutzen-Analyse* (vgl. Rosenbrock 2000; Ennals 2003; Helmenstein et al. 2004; Braun 2004; Fritz 2005) handelt es sich um einen monetären Vergleich, der vor allem für die Ermittlung kurzfristiger Gewinne angewendet wird und voraussetzt, dass sich alle Kosten- und Nutzenwirkungen erfassen und berechnen lassen. Für Interventionen der betrieblichen Gesundheitsförderung mit langfristigen Wirkungen ergeben sich hierbei jedoch mehrere Probleme – mangelnde Sichtbarkeit des Nutzens, verzögerter Eintritt des Nutzens, die Zuordenbarkeit gewisser Nutzenwirkungen zu bestimmten Interventionen, die Bemessung der Höhe des Nutzens, sowie Grenzen des Nutzens.

Der Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung ist schwierig zu veranschaulichen, denn während Aufwendungen für Aktivitäten meist vollständig in Geldwert ausgedrückt werden können, sind ihre Erträge nicht mit ähnlicher Genauigkeit abschätzbar bzw. berechenbar. Der Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung tritt meist verzögert ein,

Kosten und Nutzen der Maßnahmen werden also nicht gleichzeitig wirksam; das heißt, die entgangene Verzinsung muss mit ein berechnet werden (Diskontierung), dies erschwert die Gegenüberstellung von Kosten und Nutzen noch zusätzlich (vgl. Rosenbrock 2000; Ennals 2003; Helmenstein et al. 2004; Braun 2004; Fritz 2005).

Der Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung – z.B. in Form bestimmter Gesundheitswirkungen – lässt sich oft nicht eindeutig bestimmten Interventionen zuordnen. Und die Bemessung des Nutzens gestaltet sich schwierig (während die Kosten von aufgetretenen Krankheiten einfach ermittelt werden können – sie ergeben sich aus Leistungsstörungen sowie Krankenbehandlungskosten), vor allem, wenn dieser im Nicht-Eintreten von Ereignissen (Arbeitsunfähigkeit, Leistungsminderung) liegt; denn Kennzahlen wie die „Kosten der ungestörten Arbeitsstunde“, das heißt die Kosten des Arbeits- und Gesundheitsschutzsystems dividiert die durch damit „eingekaufte“ Arbeitsstunden, erfassen immer nur einen Teil der Voraussetzungen für wirtschaftliche Leistungsfähigkeit. Und sie gehen mit ihrer Ausrichtung an „Abwesenheit von Krankheit“ an einem zeitgemäßen Gesundheitsverständnis vorbei (vgl. Rosenbrock 2000; Ennals 2003; Helmenstein et al. 2004; Braun 2004; Fritz 2005).

Es gibt außerdem einen Grenznutzen von betrieblicher Gesundheitsförderung – einen Punkt, ab dem die Kosten weiterer Interventionen ihren Nutzen durch Störfallverhinderung übersteigen. Es kann über diesen Punkt hinaus zur weiteren Verbesserung von Gesundheit, Arbeitszufriedenheit, Motivation, Leistung und Unternehmensimage kommen; diese Wirkungen sind jedoch nur schwer in Geldwert berechenbar, weil es dafür keinen Marktpreis gibt, und sie außerdem gesamtwirtschaftlichen Einflüssen unterworfen sind. All diese Schwierigkeiten sprechen dafür, in Evaluationen betrieblicher Gesundheitsförderung mehr Perspektiven und Kriterien als die einer rein monetären Berechnung einfließen zu lassen (vgl. Rosenbrock 2000; Ennals 2003; Helmenstein et al. 2004; Braun 2004; Fritz 2005).

Dem bei der Kosten-Nutzen-Analyse auftretenden Problem, den Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung in Geldwert auszudrücken, kann mit einer *Nutzwertanalyse* begegnet werden; bei dieser fließen auch nichtmonetäre Zielkriterien durch gewichtete Einstufung der Zielerfüllung in die Bewertung mit ein. Doch auch bei solchen Beurteilungen treten Schwierigkeiten auf – z.B. wenn gefordert wird, Entscheidungen in Anlehnung an Richtlinien der Evidence Based Medicine zu treffen. Denn deren Voraussetzungen können in Studien zur Prävention und Gesundheitsförderung oft nicht ausreichend erfüllt werden, und außerdem führt eine solche Ausrichtung dazu, dass besser untersuchte Interventionen (z.B. Rückenschulen) schwieriger auszuwertenden,

aber lebensweltnäheren (z.B. partizipativer Aktivierung von Zielgruppen) vorgezogen werden (vgl. Rosenbrock 2000; Ennals 2003; Helmenstein et al. 2004; Braun 2004; Fritz 2005).

Einen Versuch zu einer noch genaueren Ermittlung des Nutzens von Interventionen der betrieblichen Gesundheitsförderung stellen *Kosten-Wirksamkeits-Analysen* dar; dabei wird von mehreren Unternehmenszielen ausgegangen, und diese werden in Teilziele auf mehreren Ebenen zerlegt. Aus dem Zielerreichungsgrad untergeordneter Ebenen wird ihre Wirksamkeit in Bezug auf das Gesamtziel errechnet. Dieses Verfahren gestaltet sich allerdings sehr aufwendig, und eignet sich daher eher für Großbetriebe. Es setzt die Offenlegung und Einschätzung der Ziele in allen Bereichen des Unternehmens voraus (vgl. Rosenbrock 2000; Ennals 2003; Helmenstein et al. 2004; Braun 2004; Fritz 2005).

Noch umfassendere Einflussfaktoren auf den Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung werden bei der *erweiterten Wirtschaftlichkeitsanalyse* berücksichtigt, welche Kosten-Nutzen-Analyse und Nutzwertanalyse verbindet und die Zahlungsbereitschaft miteinbezieht (vgl. Rosenbrock 2000; Ennals 2003; Helmenstein et al. 2004; Braun 2004; Fritz 2005).

Fritz (2005) sieht einen bedeutenden Nachteil dieser verschiedenen Analysen darin, daß bestimmte Leistungsergebnisse von Aktivitäten zur Gesundheitsförderung nicht in Zahlen gefasst werden können, sondern nur die Kosten dafür sichtbar werden. Sie stellt in der Folge ein Konzept zur zahlenmäßigen Erfassung von „*weichen Kennzahlen*“ auf mehreren Ebenen, zur Verbesserung der Aussagekraft bezüglich der Wirkungen von betrieblicher Gesundheitsförderung, vor. Dieses fasst Zusammenarbeit, Einsatzbereitschaft, Kreativität, Angstfreiheit, Verantwortungsbewusstsein und Loyalität in Zahlen. Es hilft dabei, für alle Aktivitäten Möglichkeiten der Kostensenkung und der inhaltlichen Verbesserung zu überprüfen und damit eine Entscheidungshilfe zu ihrer (Nicht-) Fortsetzung zu bieten. Die Entscheidung aufgrund der gewonnenen Kennzahlen muss dabei durch eine qualitative Bewertung ergänzt werden. Die drei Variablen Effizienz, Nutzwert und qualitative Einschätzung, denen jeweils die Werte 1 (erfüllt) oder 0 (nicht erfüllt) zugewiesen werden können, werden dazu in der Formel „Fortsetzung der Maßnahme = (Effizienz + Nutzwert) x qualitative Einschätzung“ zusammengeführt. Es erscheint demnach empfehlenswert, bei der Evaluation von Interventionen zur betrieblichen Gesundheitsförderung mehrere Perspektiven miteinzubeziehen.

Die *Berechnung wirtschaftlicher Ergebnisse* von betrieblicher Gesundheitsförderung erfordert auch eine Abgrenzung zwischen volks- und betriebswirtschaftlicher Ebene.

Denn ihr gesamtwirtschaftlicher und betriebswirtschaftlicher Nutzen liegen nicht gleich hoch; die Befunde über das Verhältnis zwischen beiden sind uneinheitlich und nicht verallgemeinerbar. Durch Umweltverschmutzung, Gesundheitsschäden, Auslagerungen von Arbeit in Niedriglohnländer, Arbeitslosigkeit und ähnliches werden die Folgen betrieblicher Einsparungen als Kosten auf die Gesellschaft bzw. den Staat übergewälzt (vgl. Robinson 2006). Einer genauen Berechnung der Auswirkungen kann man sich nur versuchsweise annähern. Daraus lässt sich ableiten, dass (wirtschafts-)politische Unterstützung für betriebliche Gesundheitsförderung eine wichtige Rolle spielt, die Grundsätze anwaltschaftlichen Eintretens für Gesundheit und Erleichtern gesundheitsfördernder Veränderungen also in Bezug auf betriebliche Gesundheitsförderung eine wichtige Rolle spielen.

2.3.2.3 Recht

Die rechtliche Lage stellt einen wesentlichen Teil der Rahmenbedingungen für wirtschaftliches Handeln dar, und es zeigt sich darin auch, wie sich das Verständnis von der Beziehung zwischen Arbeit und Gesundheit im Laufe der Zeit wandelt. Aus diesem Grund wird im Folgenden die rechtliche Situation in Europa (da sich die vorliegende Arbeit am europäischen Verständnis von betrieblicher Gesundheitsförderung orientiert) und speziell im deutschsprachigen Raum umrissen.

Mit der *europäischen Gesetzgebung* im Arbeitsschutz ergibt sich seit Mitte der 1990er-Jahre ein Mehr an Handlungsfreiheit der Unternehmen und Selbstverantwortung aller Beteiligten („Verbetrieblichung“) (vgl. Braun 2004; Höfle 2004; Lenhardt & Rosenbrock 2006). Diese Arbeitsschutzgesetzgebung zeichnet sich durch ein erweitertes Arbeitsschutzverständnis aus. Sie bezieht sich auf Sicherheit und die Gesundheit von Beschäftigten und von Dritten sowie auf die Wettbewerbs- und Innovationsfähigkeit der Betriebe. Sie verlangt menschengerechte Arbeitsgestaltung – also Schädigungslosigkeit, Ausführbarkeit, Zumutbarkeit, Persönlichkeitsförderlichkeit und Sozialverträglichkeit, wobei die drei letzteren Bedingungen der Beurteilung durch die Arbeitnehmer(inne)n selbst unterliegen. Sie beschreibt vielfältige Gefährdungsarten und fordert eine sachgerechte Verknüpfung aller wesentlichen Einflussfaktoren und Gestaltungsebenen bei der Maßnahmenplanung. Ihre Geltung erstreckt sich auf alle Bereiche der Erwerbsarbeit. Dabei soll sie in Unternehmen als Querschnittsaufgabe wahrgenommen werden, wobei Arbeitgeber(innen) zur stetigen Verbesserung der Arbeitsbedingungen verpflichtet sind. In bezug auf die genannte Forderung nach Persönlichkeitsförderlichkeit und Sozialverträglichkeit kann aus der europäischen Arbeitsschutzgesetzgebung eine Empfehlung dahingehend herausgelesen werden, Grundsätze der Gesundheits-

förderung wie Ressourcenorientierung, Partizipation, systemische betriebliche Gesundheitsförderung als Beitrag zur Organisationsentwicklung, sowie Interventionen mit dem Ansatzpunkt Schnittstelle Individuum / Organisation, also zur Verbesserung sozialer Unterstützung und Führung, umzusetzen.

Auf *Ebene der einzelnen Staaten* ist die Entwicklung allerdings noch nicht so weit fortgeschritten (vgl. Braun 2004; Lenhardt & Rosenbrock 2006). In Deutschland wird Gesundheitsförderung noch sehr stark mit Arbeitsschutz gleichgesetzt; dieser Arbeitsschutz spielt, wie weiter unten noch ausführlicher erklärt wird, eine bedeutsame Rolle in der Schaffung von Voraussetzungen für die Erreichung betrieblicher Kernziele wie auch von Gesundheitsförderungszielen, aber seine Perspektive unterscheidet sich doch von jener der Gesundheitsförderung, da Arbeitsschutz vorwiegend auf die Risikoprävention mit technischen Mitteln und weniger auf umfassende Gesundheitsförderung ausgerichtet ist. Doch alleine die Tatsache, dass ein Arbeitsschutzrecht besteht, bedeutet Fortschritt gegenüber früheren Zeiten.

In Deutschland wurden die Grundlinien des Arbeitsschutzrechts durch das seit 1996 geltende *Arbeitsschutzgesetz* gezogen. Dieses stellt eine Art Rahmengesetz dar, das den Unternehmen Gestaltungsspielräume zur Anpassung an seine jeweiligen Betriebsbedingungen gewährt. Damit will es auch über die Mindestvorgaben hinaus gehende Fortschritte in Sachen Sicherheit und Gesundheit ermöglichen. Allerdings führt diese rechtliche Offenheit vermehrt auch zu Unsicherheiten sowie zur Möglichkeit, Schutzziele zu unterlaufen (Braun 2004; Lenhardt & Rosenbrock 2006).

Im Vergleich zum Arbeitsschutz verfügt die betriebliche Gesundheitsförderung über keine vergleichbare rechtliche Grundlage, immerhin wird sie aber im Jahressteuergesetz 2009 (siehe unter Bundesfinanzministerium 2008) berücksichtigt: Leistungen der Arbeitgeber/innen (externe Kurse oder betriebliche Angebote), die den allgemeinen Gesundheitszustand der Arbeitnehmer/innen verbessern, sollen bis zu einem Betrag von 500 Euro grundsätzlich von der Steuer freigestellt werden.

In *Österreich* besteht nicht einmal ein einheitliches Arbeitsrecht, sondern nur eine Fülle einzelner Regelungen: Die Suche zum Thema „Arbeitnehmer(innen)schutz“ auf www.ris-bka.gv.at/bundesrecht fördert mehr als 2000 Gesetze und Verordnungen zutage. Diese betreffen etwa die physischen Rahmenbedingungen der Arbeit (Arbeitsstätten, Arbeitsmittel, biologische Arbeitsstoffe, Grenzwerte, Arbeitszeit und Arbeitsruhe); die Rücksichtnahme auf bestimmte Zielgruppen wie Kinder, Jugendliche, Frauen, Eltern, Arbeitnehmer(innen) mit Behinderungen; sowie die Rechte und Pflichten von

Arbeitgeber(inne)n und Arbeitnehmer(inne)n, Betriebsrat, Sicherheitsvertrauenspersonen, Sicherheitsfachkräften, und Arbeitsmediziner(inne)n.

Sie nennen Grundsätze der Gefahrenverhütung und schreiben die Ermittlung und Beurteilung von Gefahren, die Festlegung von Maßnahmen und die Erstellung von Sicherheits- und Gesundheitsschutzdokumenten vor. Sie enthalten Vorschlags-, Anhörungs-, Beteiligungs-, Informations-, Zusammenarbeits-, Koordinations-, Beratungs- und Beauftragungsrechte und -pflichten für die verschiedenen Beteiligten. Sie sehen weiters die Bestellung von Expert(inn)en, die Errichtung z.B. von Arbeitsschutzausschüssen, und allenfalls auch behördliche Zwangs- und Sicherungsmaßnahmen vor. Diese genannten rechtlichen Bedingungen erscheinen als notwendige, jedoch für eine umfassende Gesundheitsförderung noch nicht hinreichende Grundlage.

Zur *Wirksamkeit* der Gesetzgebung auf den tatsächlichen Umsetzungsstand von Arbeitsschutz und betrieblicher Gesundheitsförderung stellt Höfle (2004) fest, dass die Gesetzgebung offenbar noch nicht ausreichend auf die neuen Gegebenheiten eingestellt ist. Außerdem können vor allem die neuen Belastungen der Wissens- und Dienstleistungsarbeit mit herkömmlichen physiologischen Belastungsgrenzwerten, Standardisierung von Arbeitszeit und -menge nicht erkannt und gesteuert werden, sondern erforderten es laut Fricke (2003), die Beschäftigten in die Bewertung und Gestaltung der Arbeitsorganisation und deren Rahmenbedingungen mit einzubeziehen. Partizipation, Verbesserung sozialer Unterstützung und Führung, und Organisationsentwicklung werden demnach als wesentliche Grundsätze betrieblicher Gesundheitsförderung angesehen.

2.3.2.4 Betriebliche Interessensgruppen

Betriebliche Gesundheitsförderung findet im Spannungsfeld unterschiedlicher Interessen statt, wie denen von Arbeitgeber(inne)n und Führungskräften, Arbeitnehmer(inne)n und deren Interessensvertretungen, Expert(inn)en der Praxis und der Wissenschaft.

Arbeitgeber(innen) und Führungskräfte

Mit dieser Gruppe werden Arbeitgeber/innen, Führungskräfte verschiedener Abteilungen der Organisation, von denen die Personalverantwortlichen eine besonders bedeutende Rolle spielen, wie auch die Organisationsentwickler/innen – die von inner- oder außerhalb des Betriebes kommen können – miteinbegriffen.

Arbeitgeber(innen) und Führungskräfte üben wesentlichen Einfluss auf Arbeitsvertragsverhältnisse, Arbeitsorganisation und soziale Bedingungen im Betrieb aus, und

tun dies darüberhinaus durch die Art ihrer Führung – etwa durch Anerkennung, durch Gestaltung der Arbeit und Vermittlung ihrer Sinnhaftigkeit (vgl. Müller & Westerhoff 2003; Gunkel 2004; Höfle 2004; Westermayer & Stein 2006); damit prägt ihr Handeln wesentlich die betrieblichen Gesundheitsvoraussetzungen. Gleiches gilt für die Entscheidung über eine allfällige Einführung betrieblicher Gesundheitsförderung sowie über die Gestaltung entsprechender Interventionen in ihrem Betrieb bzw. dessen Abteilungen.

Auch für die verbindliche Einführung von betrieblichen Gesundheitsförderung spielt die Verantwortung von Entscheidungsträger(inne)n und Führungskräften eine wesentliche Rolle, wie die Jakarta-Deklaration (WHO 1997) betont; denn Veränderungen in Richtung auf Gesundheitsziele müssen von denen ausgehen, die dafür nötige Mittel und Einfluss besitzen – den Arbeitgeber(inne)n. “Employers need to become change agents and visionary leaders who adopt a proactive, interdisciplinary and integrative system approach to formulate and develop company policies and workplace culture that facilitates employee participation, professional growth and team work – Employers now called ,the new gatekeepers of healthcare” (Chu & Dwyer 2002, S.176).

Das *Interesse* von Arbeitgeber(inne)n und Führungskräften an betrieblicher Gesundheitsförderung ergibt sich vor allem im Hinblick auf die Verbesserung der Erreichung der betrieblichen Kernziele. Der Grundsatz der Effektkongruenz spielt demnach in der betrieblichen Gesundheitsförderung eine entscheidende Rolle, um die Unterstützung der Arbeitgeber(inne)n und Führungskräfte zu erhalten. Führungskräfte sind gleichzeitig Partner/innen und Zielgruppe von Gesundheitsförderung. Allerdings treten im Umgang mit Führungskräften mehrfache Herausforderungen auf: Zunächst muss ihnen erst einmal bewusst werden, wie groß ihr Einfluss auf die Gesundheitsbedingungen im Betrieb ist, damit sie Beratung und Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung in Anspruch nehmen. Weitere Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit Führungskräften stellen sich in Form von Zeitmangel, Entscheidungsunwilligkeit, Misstrauen und mangelnder Überzeugung vom Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung (vgl. Müller & Westerhoff 2003; Gunkel 2004; Höfle 2004; Westermayer & Stein 2006). Auch widersprüchliche Rollenanforderungen können dabei hinderlich wirken.

Was die Personalverantwortlichen betrifft, so stehen diese in einem berufsbedingtem Zwiespalt, weil sie einerseits Personalentwicklung und -pflege, andererseits Personalkosten zu verantworten haben. Und Organisationsentwickler/innen, ob von innerhalb oder außerhalb des Betriebes, haben ebenfalls immer eine belastende Zwischenstellung inne: Einerseits, die Unternehmenswirklichkeit zu erkennen, die nie eindeutig mit

einem theoretischem Modell übereinstimmt; andererseits, betriebliche Gewohnheiten mit wissenschaftlichem Abstand zu hinterfragen (Westermayer & Stein 2006).

Arbeitnehmer/innen und ihre Interessensvertretungen

Aus Sicht der Arbeitnehmer/innen und ihrer Interessensvertretungen kann betriebliche Gesundheitsförderung einerseits als Chance, andererseits als Bedrohung erscheinen. Um mit dieser Zweiseitigkeit des Themas angemessen umgehen zu können, erscheint der Grundsatz der Partizipation besonders wichtig. Mit Arbeitnehmer(inne)n sind (BGBI.Nr. 450/ § 2. (1)) alle Personen gemeint, die im Rahmen eines Beschäftigungs- oder Ausbildungsverhältnisses tätig sind, mit ihren Interessensvertretungen Betriebsrat und Gewerkschaft.

Die *Interessen* von Arbeitnehmer(inne)n und ihrer Interessensvertretungen an betrieblicher Gesundheitsförderung lassen sich folgendermaßen begründen: Sie wollen in einer Zeit steigender wirtschaftlicher Unsicherheit ihren Arbeitsplatz und gleichzeitig ihre Gesundheit erhalten; sie sind kaum mehr bereit, Entschädigungszahlungen für steigenden Belastungen hinzunehmen; unter anderem wohl auch deshalb, weil sie sich im Falle einer Kündigung um eine neue Stelle besser nicht gesundheitlich angeschlagen bewerben wollen (Höfle 2004). Daher kann betriebliche Gesundheitsförderung als Unternehmensstrategie angenommen werden, von der sie eine Verbesserung ihrer persönlichen Chancen erhoffen können und der sie grundsätzlich zustimmend gegenüberstehen.

Gesundheitsförderung im Betrieb kann von ihnen allerdings auch als Kontrollstrategie des Managements gesehen werden (siehe z.B. Midha & Sullivan 1999), die die Aufmerksamkeit von belastenden Arbeitsverhältnissen weg auf Verhaltensweisen einzelner Mitarbeiter(innen) hin lenken will. Wenn in ihrem Rahmen Normen für den persönlichen Lebensstil gesetzt und deren Einhaltung überwacht werden, dann bedeutet dies, die Einsatzbereitschaft der Beschäftigten für Zwecke des Unternehmens auch auf dieses Gebiet auszudehnen. Dies bedeute dann laut Midha & Sullivan (1999) nichts anderes als eine Fortsetzung herkömmlicher Kontrollstrategien (traditionell durch Anweisung und Zwang; technisch; und bürokratisch – über Aufgabenabgrenzung, Verantwortungsaufteilung, Regeln und Stufenleitern) die in der Wissens- und Informationsgesellschaft nicht mehr greifen, in Form von sozialer Kontrolle, die die Grenzen zur Privatsphäre überschreitet. Dann findet ein ständiges Wettrüsten zwischen den Kontrollbemühungen der Arbeitgeber/innen und den Versuchen der Arbeitnehmer/innen, sich diesem zu entziehen, statt.

Dementsprechend können auch ihre *Gewerkschaften* sich allenfalls als misstrauisch gegenüber Interventionen der betrieblichen Gesundheitsförderung erweisen, vor allem gegenüber verhaltensorientierten Maßnahmen (siehe Peltomäki, Johansson, Ahrens, Sala, Wesseling, Brenes, Font, Husman, Janer, Kallas-Tarpila, Kogevinas, Lopenen, Solé, Tempel, Vasama-Neuvonen & Partanen 2003; Fricke 2003), wenn sie vermuten, dass hier die Arbeitnehmer(innen) einseitig für Gesundheitsverhältnisse verantwortlich gemacht werden. Außerdem hat der gewerkschaftliche Einfluss insgesamt abgenommen.

Auch die Stellung der *Betriebsräte* bringt im Zusammenhang mit der betrieblichen Gesundheitsförderung Widersprüche mit sich (vgl. Braun 2004; Höfle 2004; Göbel 2004; Lenhardt & Rosenbrock 2006; Westermayer & Stein 2006). Betriebsräte sind zur Mitwirkung an Arbeits- und Gesundheitsschutz berechtigt und verpflichtet, und Veränderungen im Unternehmen können dann am ehesten mit Gesundheitsförderung verbunden werden, wenn sie diese im Sinne der Mitarbeiter(inne)n beeinflussen können; ihre Unterstützung als Voraussetzung für erfolgreiche Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung ist aber oft schwierig zu gewinnen und leicht zu verlieren weil sich Betriebsräte im Spannungsfeld unterschiedlicher Ziele (Arbeitsplatzerhalt, Fürsorge, aber auch Wahrung der eigenen Stellung im Betrieb) bewegen. Die Grundsätze partizipativen Vorgehens, Verhaltens- und Verhältnisorientierung, empowerment und change facilitation spielen demnach in der betrieblichen Gesundheitsförderung eine entscheidende Rolle.

Betriebliche Expert(inn)en

Als traditionelle Expert(inn)en bzw. Institutionen für das Thema Gesundheit im Betrieb verstehen sich Arbeitsmedizin und Arbeitsschutz.

Unternehmen sind rechtlich in verschiedenen Fällen zur Heranziehung und Information von Arbeits- bzw. Betriebsmediziner(inne)n verpflichtet. Diese untersuchen Arbeitsbedingungen, stellen Erste-Hilfe-Maßnahmen bereit und führen Einstellungs- und Vorsorgeuntersuchungen durch. (Müller & Westerhoff 2003; Braun 2004; Westermayer & Stein 2006).

Im Mittelpunkt der *Arbeitsmedizin* stehen nach Kohte (2001) vor allem Belastungen des biologischen Organismus.

Obwohl die Arbeitsmedizin einen wichtigen Beitrag dazu geleistet hat, die Aufmerksamkeit für Gesundheit bei der Arbeit zu erhöhen, fiel dieser nicht immer und überall

positiv aus. So sah Gordon (1987) ihre Rolle teilweise problematisch: In manchen Unternehmen schienen sie sich dazu herzugeben, Entscheidungen der Personalabteilungen auf medizinischer Ebene auszuführen, oder Arbeitskräfte mit Gesundheitsrisiken vorzeitig als ungeeignet einzustufen, um dem Unternehmen Krankheitskosten zu ersparen. Sie schrieben in der Ursachendiagnose für arbeitsbedingte Probleme dem einzelnen Menschen mit seinen Anlagen, seiner Vorgeschichte, seinem Lebensstil und seinen Privatproblemen die Schuld zu, um das Unternehmen von Entschädigungszahlungen freizuspielen; sie stellten gesundheitsgeschädigten Menschen Tauglichkeitsbescheinigung für Arbeitsplätze aus, die ihre Probleme verschlimmerten, beschönigten die Auswirkung von Arbeitsbelastungen und sagten ihnen angeblich auch nicht immer die volle Wahrheit über medizinische und sonstige wissenschaftliche Ergebnisse. Darüber hinaus wurde die Schweigepflicht verletzt, indem Führungskräfte und andere Zugang zu hochsensiblen persönlichen Gesundheitsdaten bekamen. Dementsprechend wenig Vertrauen kam ihnen von Mitarbeiter(inne)n entgegen (abgesehen von dieser Stellungnahme Gordons wurde allerdings im Rahmen der Literaturanalyse zur vorliegenden Arbeit keine ähnlich gelagerte Schilderung von Missbräuchen gefunden).

Bei anderen Autor(inn)en (z.B. Peltomäki et al. 2003; Westermayer & Stein 2006) werden betriebsmedizinische Dienste als mögliche und starke Partner für die betriebliche Gesundheitsförderung genannt; allerdings seien diese in vielen Ländern nicht durchgängig vorhanden, nicht gut genug ausgestattet oder zu einseitig verwendet, z.B. mit Untersuchungen (Diagnostik) oder Heilbehandlungen (kurativen Aufgaben) überladen, und bisweilen kann es schwierig sein, sich mit ihnen auf ein weiter gefasstes Gesundheitsverständnis zu einigen. Arbeitsmedizin sollte in den betrieblichen Arbeitsschutz, im Rahmen interdisziplinärer Zusammenarbeit mit Psycholog(inn)en, Soziolog(inn)en, Ingenieur(inn)en, Techniker(inne)n eingebunden werden; in Wirklichkeit herrscht jedoch eine vielfach eingeschränkte Sicht auf Krankheit und Krankheitsgeschehen, fehlende Einbeziehung der Betroffenen, und ebenso für die Berücksichtigung multifaktorieller Ursachenbündel (vgl. Kohte 2001).

Neben den Arbeitsmediziner(inne)n verstehen sich Beauftragte für *Arbeitsschutz* als betriebliche Expert(inn)en zum Thema Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit. Aufgabe des Arbeitsschutzes ist die Bewahrung von Leben und Gesundheit der Arbeitskräfte mittels geeigneter Maßnahmen zur Verhütung von Unfällen und Gesundheitsgefahren, sowie die Schaffung menschengerechter Arbeitsbedingungen (Kohte 2001, Slesina 2001, Braun 2004, Höfle 2004), bei deren Erfüllung Führungskräfte von Fachkräften für Arbeitssicherheit unterstützt werden und ehrenamtlich tätige Sicherheitsbe-

auftragte bzw. Sicherheitsvertrauenspersonen mitwirken können. Ab einer bestimmten Betriebsgröße muss ein Arbeitsschutzausschuss eingerichtet werden (Braun 2004).

Zusätzlich gibt es noch Berufsgenossenschaften. Diese betreuen Betriebe sicherheitstechnisch und arbeitsmedizinisch und arbeiten mit den staatlichen Arbeitsschutzbehörden, den Krankenkassen, dem deutschen Institut für Normung und dem Deutschen Verkehrssicherheitsrat zusammen (Bindzius 2003).

Als *Grundsätze* des Arbeitsschutzes gelten die Berücksichtigung des Standes von Wissen und Technik, die sachgerechte Verknüpfung der Maßnahmen und die Unterweisung aller Beteiligten. Weiters sollen Maßnahmen zur Ausschaltung von Schädigungs- oder Gefahrenquellen stets Vorrang vor Schutzvorrichtungen und diese wiederum vor räumlicher oder zeitlicher Trennung bekommen. Erst wenn beides nicht möglich ist, sollen persönlichen Sicherheitsausrüstungen und -verhaltensweisen eingesetzt werden. In Betrieben besteht Verpflichtung zur Gefährdungsbeurteilung, Maßnahmenumsetzung und Wirkungskontrolle (vgl. Braun 2004).

Problematisch erscheint am Arbeitsschutz, dass seine Maßnahmen teilweise Zwang erfordern, da sie teilweise erheblichen Aufwand mit sich bringen und ihr Nutzen nicht unmittelbar ersichtlich ist oder weit in der Zukunft liegt, und dass sie oft auch von Führungskräften eher als Bürde denn als Mittel zur Leistungssicherung betrachtet werden (Janssen, Kentner & Rockholtz 2004; Höfle 2004). Arbeitsschutz wird (vgl. Braun 2004) häufig nur als Befolgung von Vorschriften gesehen. Regelwerke alleine erscheinen für seine erfolgreiche Umsetzung aber nicht ausreichend. Es lässt sich feststellen, dass es bislang wenige Betriebsvereinbarungen zum Arbeitsschutz gibt, dass die Pflicht zur Durchführung von Gefährdungsbeurteilungen häufig nicht erfüllt wird, und dass Verbesserungen im Arbeitsschutz oft anderen betrieblichen Zielen untergeordnet werden (vgl. Höfle 2004; Lenhardt & Rosenbrock 2006). Um Wirkung zu zeigen, müsste der Arbeitsschutzgedanke in alle betrieblichen Entscheidungen, Regelungen und Abläufe miteinbezogen werden und die Bedarfe verschiedener Zielgruppen berücksichtigen.

Es zeigt sich, dass sich Arbeitsmedizin und Arbeitsschutz vor allem am biologischen Aspekt der Gesundheit und an Risiken orientieren und eher autoritativ arbeiten. Demgegenüber soll betriebliche Gesundheitsförderung im Rahmen der vorliegenden Arbeit so verstanden werden, dass sie diese Expert(inn)en – dem Grundsatz multidisziplinärer und intersektoraler Zusammenarbeit folgend – miteinbezieht, darüber hinaus aber, einem positiven und biospsychoökosozialen Gesundheitsbegriff sowie dem Salutogenese-Ansatz folgend, bei ihren Interventionen ressourcenorientiert, partizipativ und systemisch vorgeht – Personal- und Organisationsentwickler(inn)en sollten demnach

eine tragende Rolle spielen. Als geeignete weitere Expert(inn)en für eine intersektorale und multidisziplinäre Zusammenarbeit kommen Vertreter(inn)en von psychosozialen Dienst, Betriebssport und Koordinator/in bzw. Beauftragte/r für betriebliche Gesundheitsförderung bzw. betriebliches Gesundheitsmanagement in Frage (vgl. Badura & Hehlmann 2003).

Auch auf der *überbetrieblichen Ebene* (Gusy & Kleiber 2000; Breucker 2001; Peltomäki et al. 2003; Braun 2004) benötigt betriebliche Gesundheitsförderung die Mitwirkung aller möglichen Handlungspartner(innen), politischen Unterstützer(innen) und finanziellen Förderer(innen), z.B. von Sicherheitsausschüssen, Gesundheitsbehörden, Forschungs-, Ausbildungs-, und Dienstleistungseinrichtungen, technischen Aufsichtspersonen, Unfallversicherungen und deren Präventionszentren, Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Kammern, und Behörden. Es wird empfohlen, sie alle zur Zusammenarbeit anzusprechen.

Betriebliche Hindernisse für die Gesundheitsförderung

Die Einführung von betrieblicher Gesundheitsförderung stößt immer wieder auf Probleme (Braun 2004), die mit den unterschiedlichen Perspektiven der verschiedenen Expert(inn)en zusammenhängen und etwa in fehlender Einsicht für die Notwendigkeit betrieblicher Gesundheit, Unvereinbarkeit des Selbstverständnisses von Expert(inn)en mit Aufgaben der betrieblichen Gesundheitsförderung, begrifflicher Uneinheitlichkeit, engem Gesundheitsbegriff, mangelnder Zusammenarbeit bis hin zu Machtkämpfen zwischen Expert(inn)en, und Ablehnung der Interventionen durch die Mitarbeiter(innen) zum Ausdruck kommen.

Die Schwierigkeiten beginnen also damit, dass die meisten Verantwortlichen in Unternehmen glauben, bereits genug für den Arbeitsschutz zu tun oder dass eine weitere Verbesserung der betrieblichen Gesundheit der Mitarbeiter(innen) eine Angelegenheit des persönlichen Verhaltens der Mitarbeiter(innen) sei (Braun 2004). Ein weiteres Grundproblem der betrieblichen Gesundheitsförderung besteht darin, dass in der Regel von allen Beteiligten im Betrieb das Verhältnis von Gesundheit der Mitarbeiter(innen) und Gewinnorientierung eines Unternehmens irrtümlicherweise als grundsätzlich gegenläufig angenommen wird (Westermayer & Stein 2006).

Wird Gesundheitsförderung zum Ziel erklärt, so erschwert eine Vielfalt an Begriffen und Unklarheit über deren gegenseitige Abgrenzung das gemeinsame Vorgehen (Höfle 2004). Mit der Durchführung z.B. der gesetzlich vorgeschriebenen Gefährdungsbeurteilung werden meist Fachkräfte für Arbeitsschutz betraut; diese sind technisch ausge-

bildet und kümmern sich meist nicht um psychosoziale Belastungen (Höfle 2004). Gesundheitsförderer/innen verstehen sich möglicherweise eher als Expert(inn)en für Medizin, Psychologie, u.ä., aber nicht als Beratende für Organisationsentwicklung (Drupp & Osterholz 2001). Anbietende umfassender Interventionen in Unternehmen werden häufig abgewiesen und beschränken sich in der Folge auf besser verkäufliche Teilleistungen, z.B. „Stressbewältigung“ oder „bewegter Arbeitsplatz“. Diese Aufträge lassen sich dann auch mit Führungskräften der mittleren Ebene abwickeln, ohne dass der lange Weg über die Unternehmensleitung gegangen werden muss (Zahnd 2000).

Unverträglichkeiten können zwischen verschiedenen Expert(inn)en auftreten, z.B. indem der Arbeitsschutz die betriebliche Gesundheitsförderung als Zusatzangebot sieht und die betriebliche Gesundheitsförderung wiederum den Arbeitsschutz als Teil des eigenen Handlungsfeldes. Weiters können unterschiedliche Diskurse (Meinungen und Stellungnahmen, die zusammenhängen und gemeinsame Werte und Vorstellungen über ein Thema ausdrücken) nebeneinander herlaufen, zum Beispiel „Gesundheit als Sicherheit“ und „Gesundheit als Lebensstil“. Dabei können betriebliche Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz als unterschiedlich aufgebaute und beeinflusste Handlungsbereiche einander nicht ersetzen. Betriebliche Gesundheitsförderung muss daher auf einem verpflichtenden Arbeitsschutz aufbauen, ihn inhaltlich erweitern und die Beteiligung der Mitarbeiter(inne)n einführen (Zahnd 2000; Urban 2004; Müller & Strattmann 2005; Allender, Colquhoun & Kelly 2006; Lenhardt & Rosenbrock 2006). Auf Seiten der Mitarbeiter/innen können langwierige einseitige Beanspruchungen inneren Rückzug und Abwehr auch gegenüber gesundheitsfördernder Erweiterung von Handlungsspielräumen bedingen. Es bedarf dann der Hilfe von Expert(inn)en, um Neugestaltungen überhaupt einzuleiten (Ducki 2000).

Die Grundsätze eines positiven, biopsychosozialen, ressourcenorientierten Gesundheitsverständnisses, der Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit betrieblicher Gegebenheiten, Verhaltens- und Verhältnisorientierung, der Partizipation, der intersektoralen und multidisziplinären Zusammenarbeit, aber auch der Evaluation und der Effektkongruenz, um den betrieblichen Nutzen von Gesundheitsförderung sichtbar werden zu lassen, erweisen sich demnach als wesentlich, da eine nachhaltige wirkungsvolle Gesundheitsförderung die Zusammenarbeit aller Beteiligten im Unternehmen erfordert; dazu müssen Problembewusstsein, Gesprächsbereitschaft und eine gemeinsame Sprache gefunden werden (Thul & Zink 2001). Auch die Einbeziehung von Expert(inn)en verschiedener Wissenschaftsdisziplinen scheint angeraten.

2.3.2.5 Wissenschaftliche Forschung im Betrieb

Betriebe bieten günstige Voraussetzungen für die Feldforschung verschiedener *Wissenschaftsdisziplinen*: Sie ermöglichen den Zugang zu „gesunden“ (da erwerbsfähigen) Erwachsenen; sie eignen sich zumindest teilweise für Interventionen und Evaluationsforschung, weil die Menschen dort über einen längeren Zeitraum beobachtet werden können. Und sie ermöglichen die Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Praxis.

Problematisch kann sich dabei auswirken, dass im Verlaufe von Studien vielfältige Veränderungen innerhalb des Unternehmens und der Belegschaft stattfinden können, deren Einfluss auf die Forschungsergebnisse nicht genau erfasst werden kann. Weiters können sich Verständnisschwierigkeiten zwischen handelnden Personen des Unternehmens und den Wissenschaftler(innen) ergeben, in bezug auf Wertmaßstäbe, Begrifflichkeiten, Arbeitsverfahren, Umgangsformen und anderes.

Besonderes Interesse wird der Arbeitswelt von folgenden *Wissenschaftsdisziplinen* zuteil: Wirtschaftswissenschaften (Volkswirtschaftswissenschaft, Betriebswissenschaft, Organisationswissenschaft, Personalwirtschaftswissenschaft); Soziologie (Arbeits-, Organisationssoziologie); Technik (Verfahrenstechnik, Ergonomie, u.a.); Naturwissenschaft (Biomechanik, Biochemie, u.a.); Arbeitsmedizin; Psychologie (Arbeits-, Organisations-, Wirtschaftspsychologie); Pädagogik (Berufs-, und Erwachsenenpädagogik), u.a. - das heißt, der Grundsatz multidisziplinärer Zusammenarbeit, übertragen auf betriebliche Gesundheitsförderung, bedeutet, Ansätze und Erkenntnisse dieser genannten Wissenschaftsdisziplinen zu berücksichtigen.

Theoretische Grundlagen für systemisches Handeln stellen *Organisationstheorien* bereit. Hier können die klassische („scientific management“ von Taylor), der Bürokratieansatz von Max Weber (der die bürokratische Organisation als entpersonalisierten, kaum zu steuernden Herrschaftsverband beschrieb), neoklassische (die soziale Einflüsse auf Verhalten und Erleben der Arbeit entdeckten, wie z.B. der Human-Relations-Ansatz), systemtheoretische Organisationstheorien, Kontingenztheorie (mit der Grundaussage, dass es keine verallgemeinerbaren Regeln für Organisationen gäbe), und Unternehmenskulturkonzepte (die ihren Blick auf das Bestehen bzw. Schaffen gemeinsamer Sinngebungen, Werte, Normen und Zeichen lenken) voneinander unterschieden werden (Westermayer & Stein 2006). Organisationstheorien erscheinen bedeutsam vor dem Hintergrund, dass betriebliche Gesundheitsförderung im Rahmen der vorliegenden Arbeit als Organisationsentwicklung verstanden wird.

Was die *empirische* Forschung betrifft, so kann in bezug auf qualitative Methoden aus arbeitssoziologischer Sicht die teilnehmende Beobachtung der Forschenden (workplace ethnographies) dazu beitragen, die Wechselwirkung zwischen Arbeitsverhalten und -verhältnissen zu untersuchen (vgl. Hodson 2004); und der phänomenologische Ansatz der Arbeitssoziologie nützt das Erfahrungswissen der Beschäftigten, um eine Verknüpfung zwischen Arbeitsbedingungen und gesundheitlicher Befindlichkeit herzustellen und Verbesserungsvorschläge zu entwickeln. Dieses wird in Gruppendiskussion und schriftlicher Befragung freigelegt (Slesina, Beuels & Sochert 1998); bei beiden Methoden kommt der Grundsatz der Verhaltens- und Verhältnisorientierung zur Geltung. Und auch die in der Pädagogik, Management- und Sozialwissenschaft verbreitete (wenngleich nur geteilte wissenschaftliche Anerkennung findende) Aktionsforschung ließe sich auf den Bereich Gesundheitsförderung übertragen. Hier wird eine soziale Situation durch Beteiligte gemeinsam mit Forschenden untersucht; die Untersuchungsergebnisse werden rückgemeldet und auf dieser Grundlage Interventionen gesetzt und ausgewertet, wobei bereits die Möglichkeit der Mitbestimmung und -gestaltung – gemäß dem Grundsatz der Partizipation – gesundheitsfördernd wirken kann (Whitehead, Taket & Smith 2003).

Quantitativ-empirisch wurden vor allem aus Sicht der Psychologie verschiedenste Bereiche menschlichen Verhaltens und Erlebens im Rahmen ihres Arbeitsumfeldes, mit und ohne Intervention, untersucht und außerdem personen- und bedingungsbezogene Arbeitsanalyseverfahren entwickelt. Die meisten Studien zum Thema betriebliche Gesundheitsförderung wurden unter Alltagsbedingungen ohne Versuchsanordnung durchgeführt, da fortlaufende Veränderungen im Betrieb ein kontrolliertes experimentelles Vorgehen erschweren (Pfaff 2001).

Literaturüberblicke (reviews) zum Thema betriebliche Gesundheitsförderung unterscheiden sich nach Auswahl der Quellen, inhaltlichen Schwerpunkten, Anspruch an die darin miteinbezogenen Studien, und Zusammenstellung ihrer Ergebnisse (statistisch (Metaanalyse) oder als Einschätzung hinsichtlich ihrer Aussagekraft (Rating)) (vgl. Kreis & Bödeker 2003); ihre Ergebnisse sind bisher schwer vergleichbar bzw. zusammenfassbar.

Methodische Mängel bisheriger Studien, die ihre Aussagekraft meist wesentlich einschränken, werden von zahlreichen Autor(inn)en beanstandet (Sochert 1998; Shannon, Robson & Sale 2001; Kreis & Bödeker 2003; Fritz 2005; Grawitch, Gottschalk & Munz 2006); diese liegen in der Vielzahl an Untersuchungsgegenständen und Methoden, in der mangelnden Mitbetrachtung übergeordneter betrieblicher oder gesellschaft-

licher Zusammenhänge, und im Untersuchungsdesign: Sehr oft handelt es sich um Querschnittstudien, die kein Vorher-Nachher und daher keine Ursache-Wirkungs-Beziehung festzustellen erlauben. Bei Interventionen gibt es oft keine Kontrollgruppe, und nur ungenaue Beschreibungen; oft wird von den ursprünglichen Plänen abgewichen; weiters fehlen Nacherhebungen, oder es kommt zum Schwund von Teilnehmer(innen), oder die Stichproben sind zu klein. Und schließlich erschwert häufig eine Vielzahl anderer zwischenzeitlicher Einflüsse die Zuordnung von Veränderungen zu Interventionen. Darüberhinaus besteht ein Hang dazu, positive Ergebnisse eher zu veröffentlichen als negative (publication bias).

Zusätzlich zu wissenschaftlichen Quellen gibt es eine Fülle so genannter „*grauer Literatur*“, z.B. Projektberichte und Veröffentlichungen von „models of good practice“; hier fehlen allerdings meist genaue Beschreibungen der durchgeführten Maßnahmen, ihrer Auswirkungen, der Rahmenbedingungen usw. (Kreis & Bödeker 2003), und dadurch sind diese schwierig auszuwerten. Forschung im Bereich Arbeitsschutz bevorzugt Untersuchungsgegenstände, für die es eindeutige Vorgaben und Vorschriften gibt, daher erfolgte dort eine bisher nur unzureichende Beurteilung psychosozialer Gefährdungen (vgl. Höfle 2004; Lenhardt & Rosenbrock 2006); weiters zeigen sich die unterschiedlichen Erkenntnisse einzelner Wissenschaftsdisziplinen in bezug auf die betriebliche Gesundheitsförderung noch ungenügend miteinander verknüpft, und es klafft eine Lücke zwischen verfügbarem Wissen und tatsächlicher Umsetzung. Die genannten Befunde zur Forschung in der betrieblichen Gesundheitsförderung verdeutlichen die Notwendigkeit multidisziplinärer Zusammenarbeit sowie der Evaluation ihrer Interventionen unter mehreren Perspektiven

2.3.2.6 Zusammenfassung zu den Perspektiven

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass betriebliche Gesundheitsförderung als politische Aufgabe auf internationaler (WHO), europäischer (EU) und nationaler Ebene erkannt wurde, was sich in der Gründung von Organisationen und Netzwerken zur betrieblichen Gesundheitsförderung ausdrückt. Aus dem Blickwinkel der Wirtschaft lässt sich feststellen, dass Kosten und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung je nach Berechnungsart sowie zwischen volkswirtschaftlicher und betriebswirtschaftlicher Ebene unterschiedlich ausfallen können; für Evaluationen von Interventionen der betrieblichen Gesundheitsförderung kann daher ein mehrperspektivischer Zugang empfohlen werden. Von Seiten der Gesetzgebung bestehen Schutzbestimmungen für die Gesundheit bei der Arbeit, die teilweise rein risikoorientiert sind; die europäische Gesetzgebung hat mit den Forderungen nach „Persönlichkeitsförderlichkeit“ und „Sozialver-

träglichkeit“ jedoch zumindest einen ersten Schritt in Richtung Ressourcenorientierung getan. Was die betrieblichen Interessensgruppen betrifft, so stoßen auch im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderungen unterschiedliche Sichtweisen von Arbeitgeber(inne)n und Arbeitnehmer(inne)n, Expert(inn)en der Wissenschaft und Praxis aufeinander.

Um die Unterstützung aller Beteiligten zu gewinnen und deren Bedürfnissen gerecht zu werden, empfehlen sich für die betriebliche Gesundheitsförderung besonders die Grundsätze der multidisziplinären und intersektoralen Zusammenarbeit, der Partizipation, der Netzwerkarbeit, weiters scheint die Verständigung auf einen positiven, biopsychosozialen und salutogenetischen Gesundheitsbegriff zwischen den unterschiedlichen Interessensgruppen grundlegend; Verhaltens- und Verhältnisorientierung, Setting-Ansatz und systemische Vorgehensweise sollen dabei helfen, Arbeitnehmer(innen) tatsächlich zu unterstützen und vom Nutzen der Gesundheitsförderung zu überzeugen, und Effektkongruenz, um Arbeitgeber(innen) und Führungskräfte dafür zu gewinnen.

2.3.3 Interventionsformen der betrieblichen Gesundheitsförderung

Auf Grundlage der Befunde aus der Literatur zur betrieblichen Gesundheitsförderung werden die in 2.1 dargestellten Interventionsformen auf dieses Handlungsfeld übertragen. Dabei erfolgt zunächst die Einordnung in die Strategie „Betriebliche Gesundheitsförderung“, und danach die Unterteilung in verschiedene Interventionsformen, die sich nach Zielebene, Umfangsbereich, Ansatzpunkt, Inhalten und Methoden sowie deren Ausrichtung (allgemein, das heißt auf Kernziele des Betriebes bezogen oder gesundheitsthematisch, also auf spezielle Gesundheitsziele gerichtet) bezieht.

Um Gesundheit in Unternehmen zu fördern, können unterschiedliche *Strategien* miteinander verbunden werden. Strategien legen Ziele, Handlungsbereiche und Regeln, Grenzen, eingesetzte Mittel, Beteiligte, deren Rollen und Aufgaben fest. Sie sind durch Unwägbarkeit der Lage, große Planungszeiträume, Unabsehbarkeit von Störungen und Ungewissheit ihrer Ergebnisse gekennzeichnet (vgl. Braun 2004; Westermayer & Stein 2006). Folgende vier Strategien werden in der Literatur häufig voneinander unterschieden: Gesundheitsförderung im Betrieb, betriebliche Gesundheitsförderung, Salutogenic Management, und betriebliches Gesundheitsmanagement.

„Gesundheitsförderung im Betrieb“ zielt auf das Verhalten der Mitarbeiter(innen) ab ohne betriebliche Gesundheitsbedingungen zu verändern (vgl. Braun 2004; Westermayer & Stein 2006).

„Betriebliche Gesundheitsförderung“ verbindet Personalentwicklung mit der Beteiligung der Mitarbeiter(innen) an der Organisationsentwicklung, unter Einhaltung und Ausgestaltung gesetzlicher Arbeitsschutzvorschriften und unter Berücksichtigung arbeitsmedizinischer und -psychologischer Erkenntnisse (vgl. Braun 2004; Westermayer & Stein 2006).

„*Salutogenic Management*“ will für die Mitarbeiter(innen) Verstehbarkeit, ausreichende Vorhersehbarkeit und Durchschaubarkeit der Vorgänge im Unternehmen schaffen. Es will ihnen die Handhabbarkeit von Herausforderungen ihrer Arbeit durch vielfältige Formen der Unterstützung ermöglichen. Und es will ihnen die Bedeutsamkeit ihres Beitrages im übergeordneten Zusammenhang sinnvoller und mit persönlichen Werten vereinbarer Unternehmensziele vermitteln (vgl. Braun 2004; Westermayer & Stein 2006).

„*Betriebliches Gesundheitsmanagement*“ bezieht Gesundheitsförderungsziele dauerhaft in betriebliche Regelkreise mit ein. Es bildet ein Teilführungssystem des Unternehmens und kann in seinem Aufbau und seinen Abläufen ganz oder teilweise an andere Systeme (z.B. Qualitäts-, Umweltschutz-, Arbeitsschutz-Managementsysteme) angeschlossen oder darin eingegliedert sein, damit überlappen oder diese mit einschließen. Es zielt auf die ständige Verbesserung der Arbeitsbedingungen und des Gesundheitsverhaltens aller Beteiligten im Unternehmen ab. Seine Einführung erfolgt meist in Projektform, mit dem Ziel einer festen Verankerung von Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe im Unternehmen (Vgl. Ritter 2000; Drupp & Osterholz 2001; Thul & Zink 2001; Görres 2001; Badura & Hehlmann 2003).

Die genannten Strategien können einander, je nach Ausgangslage im Unternehmen, ergänzen, aber nicht ersetzen. Die begriffliche Trennung zwischen betrieblicher Gesundheitsförderung und betrieblichem Gesundheitsmanagement erfolgt innerhalb einzelner Werke jeweils klar, geht aus dem Literaturgesamtüberblick jedoch nicht eindeutig hervor.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde die Entscheidung getroffen, die Bezeichnung „*betriebliche Gesundheitsförderung*“ zu wählen – als deren wichtigste Merkmale hier ein positives, salutogenetisches Gesundheitsverständnis sowie eine systemische Vorgehensweise – die sich durch Einrichtung eines Teilsystems „betriebliche Ge-

sundheitsförderung“ mit eigenen Systemprozessen, Systemstrukturen und Vernetzung mit anderen Systemen ausgezeichnet – betrachtet werden.

Weiters werden die Interventionsformen betrieblicher Gesundheitsförderung, in Anlehnung an 2.1, nach Zielebene, Ansatzpunkt, Umfangsbereichen, Inhalten und Methoden eingeteilt.

Interventionen der betrieblichen Gesundheitsförderung können sich auf die *Zielebenen* Arbeitsgruppe oder Abteilung (Mikroebene), auf einzelne Betriebe und deren Umgebung (Mesoebene), oder auf Netzwerke von Unternehmen (Makroebene) richten.

Weiters unterscheiden sich Interventionen nach ihren *Umfangsbereichen* (siehe 2.1) - Maßnahmen, Programme, Projekte oder Systeme. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit soll die Einrichtung eines Teilsystems „betriebliche Gesundheitsförderung“ mit eigenen Systemprozessen und Systemstrukturen, als Bewertungsmerkmal in das später zu erstellende Analyseschema eingehen. Die Systemprozesse betrieblicher Gesundheitsförderung umfassen: Analyse und Diagnose (z.B. über Gesundheitszirkel, Gesundheitsbericht, Befragungen), Interventionsplanung, Durchführung und Qualitätssicherung, sowie Evaluation (vgl. Gusy & Kleiber 2000; Münch, Walter & Badura 2003; Badura & Hehlmann 2003). Zu den Systemstrukturen werden hier betriebliche Gesundheitspolitik, Einrichtungen (zur Leitung und Koordination z.B. Arbeitskreis, Gesundheitszirkel, Arbeitsgruppen), Expert(innen), verantwortliche Personen (z.B. Koordinator(in)), Regelungen, und Ressourcen gezählt.

Ansatzpunkte betrieblicher Gesundheitsförderung bilden einzelne Mitarbeiter(inn)en (Individuum) für Personalmanagement und Personalentwicklung; die Schnittstelle zwischen Individuum und Organisation (I/O) zur Verbesserung der sozialen Vernetzung, Unterstützung und Führung; und die Organisation als Ganzes zur Verbesserung von Arbeitsbedingungen und zur beteiligungsorientierten Organisationsentwicklung (z.B. über Gesundheitszirkel)

Gegenüber der allgemeinen Gesundheitsförderung gibt es in der betrieblichen Gesundheitsförderung zwei *Ausrichtungen*, die beide gesundheitsfördernde Wirkung entfalten können: Inhalte und Methoden von Interventionen der betrieblichen Gesundheitsförderung können allgemein, also auf die Kernziele des Betriebs hin, oder gesundheits-thematisch, das heißt auf bestimmte Gesundheitsziele hin, ausgerichtet sein.

Interventionen zur betrieblichen Gesundheitsförderung können demnach verschiedenste *Inhalte und Methoden* umfassen. Verbesserungen von Gesundheitsbedingungen

können sich zum Beispiel auf die physische Arbeitsumgebung (Temperatur, Feuchtigkeit, Licht, Luft, Lärm, Schwingung, Strahlung), auf Produktions-, Transport- und Kommunikationsstrukturen und -prozesse, auf rechtliche und wirtschaftliche Rahmenbedingungen, auf Arbeitsteilung und Arbeitsgestaltung, auf Arbeitssicherheit, Arbeitsmedizin, Bildung (berufsspezifisch, berufsübergreifend, persönlichkeitsbezogen), auf soziales und kulturelles Klima, auf psychologische Hilfe, oder auf Infrastruktur und Ressourcen für Freizeitaktivitäten, Ernährung, Bewegung sowie körperliche Entlastung, Erholung und Entspannung beziehen (vgl. Zoller 2003).

Die *Auswahl und Zusammenstellung der Interventionen* hängen mit dem Betrieb, seiner inneren und äußeren Bedingungs-lage, dem Verständnis von betrieblicher Gesundheit, und mit der Ursachenzuschreibung für Probleme zusammen. Dabei sollten (vgl. Gusy & Kleiber 2000; Chu & Dwyer 2002) nicht Notlagen und Sparsamkeitsgrundsätze, sondern die Möglichkeiten, Gesundheitsförderung mit Unternehmenszielen zu verknüpfen, ausschlaggebend sein. Interventionen müssen von Fall zu Fall neu überdacht und geplant werden. In diesem Zusammenhang erscheint es notwendig, Aktivitäten zur Organisationsentwicklung und solche zur Personalentwicklung aufeinander abzustimmen, da sie einander gegenseitig voraussetzen. Zum einen erfordert Organisationsentwicklung gemeinsames Lernen der beteiligten Personen, zum anderen hängen die Möglichkeiten zur Anwendung der neuen Handlungsfähigkeiten einzelner Personen in hohem Maße von ihren Umfeldbedingungen ab.

Die *Passung* der Werte, Ziele, Bedürfnisse und Fähigkeiten einzelner Menschen mit den Gegebenheiten ihrer Arbeitsumwelt beeinflusst entscheidend Gesundheit, Arbeitszufriedenheit und Leistung (vgl. Caldwell, Herold & Fedor 2004; Höfle 2004). Veränderungen im Unternehmen erfordern eine Neuausformung dieser Passung. Mitarbeiter(innen) müssen informiert, in Entscheidungen miteinbezogen und gerecht behandelt werden, damit sie Veränderungen mittragen. Es ist also wichtig, diese behutsam zu planen und durchzuführen, wobei es notwendig erscheint, dass Führungskräfte hier Unterstützung geben, sich langfristig für die Veränderungsziele einsetzen und ausreichend Zeit und Mittel für deren Umsetzung zur Verfügung stellen.

In der Literatur zur betrieblichen Gesundheitsförderung finden sich zu einigen Interventionsformen umfangreiche Informationen; ein Überblick über diese Befunde wird im Folgenden, untergliedert nach den Ansatzpunkten Organisation, Schnittstelle Individuum / Organisation und Individuum, gegeben.

2.3.3.1 Ansatzpunkt Organisation

Organisationsentwicklung als betriebliche Aufgabe kann sowohl betrieblichen Kernzielen dienen (im Folgenden als „allgemeine“ Organisationsentwicklung beschrieben) als auch auf spezielle Gesundheitsziele ausgerichtet sein (im Weiteren als „gesundheitsthematische“ Organisationsentwicklung bezeichnet).

Allgemeine Organisationsentwicklung

Unter *Organisationsentwicklung* versteht man Wissenschaft und Praxis der Veränderung von Organisationen. Ihre Verfahren und Werkzeuge erscheinen damit geeignet, auf eine in diesem Sinn verstandene betriebliche Gesundheitsförderung übertragen zu werden. Organisationsentwicklung bedarf der Veränderungsbereitschaft auf allen Ebenen und sollte sich danach richten, ob es sich um ein neu gegründetes, wachsendes, reifes oder an einer Wende stehendes Unternehmen handelt (vgl. Slesina, Beuels & Sochert 1998; Westermayer & Stein 2006; Sulzberger 2006).

Organisationsentwicklung beinhaltet Lernen innerhalb von Organisationen zur Veränderung von Organisationskultur, Kommunikation, Arbeitsorganisation und damit der Arbeitsbedingungen, sowie um neue Belastungen zu erfassen und zu bearbeiten. Dieses Lernen kann auf personaler, Gruppen-, Organisations- und Netzwerkebene stattfinden und sollte im Zusammenhang mit ihren übergeordneten Zielsetzungen stehen. Im gemeinsamen Lernen werden neue Denk- und Handlungsweisen entwickelt; Problemlösungsversuche können dann auf den so erarbeiteten geteilten Grundvorstellungen aufbauen. Mit dem Ziel, die Arbeitsergebnisse einzelner Personen bzw. Gruppen in die jeweils übergeordnete Einheit einzubringen, werden im Unternehmen für eine Wissensverbreitung und -erweiterung geeignete Strukturen und Kulturen benötigt, um Anregungen von außen aufzunehmen, die Wahrnehmungen aller Beteiligten miteinander einzubeziehen, und diese in ständigem wechselseitigen Austausch zu verändern (vgl. Pfaff & Bentz 2001; Docherty, Huzzard, De Leede & Totterdill 2003; Kernen 2005). Lernen kann unter anderem dazu eingesetzt werden, die Organisationskultur zu verbessern.

Organisationskultur (siehe z.B. Shelton, McKenna & Darling 2002), beinhaltet die Pflege gemeinsamer Werte innerhalb eines Unternehmens. Diese drückt sich unter anderem in den Zielsetzungen, Regelungen, in Aufbau und Ablauf der Zusammenarbeit (Kooperation); in Verständigungsformen und Ausdrucksweisen (Kommunikation); in Art und Gegenstand des Gedankenaustausches (Reflexion); und in Möglichkeiten des schöpferischen Mitgestaltens (Kreativität) aus. Als Merkmale einer gesundheitsförderli-

chen Organisationskultur gelten etwa Grundsätze wie Teilhabe, Vertrauen, Transparenz, soziale Unterstützung und Anerkennung.

Organisationskulturen unterscheiden sich voneinander auch darin (vgl. Shelton, McKenna & Darling 2002), ob in erster Linie Zusammenhalt (Cultural cohesion: Ausmaß in dem Werte, Einstellungen und Normen geteilt und verstärkt werden) oder Vielfalt (diversity) angestrebt wird, und ob dies schon bei der Auswahl der Mitarbeiter(innen) oder erst im Zuge ihrer Eingliederung zum Tragen kommt. Beschäftigt das Unternehmen einander sehr ähnliche Menschen, dann kann es möglicherweise auf Umweltveränderungen nicht schnell genug reagieren. Lebt es von großer Vielfalt an Kulturen und Arbeitsweisen, dann können immer wieder Steuerungsprobleme auftreten. Zwingt es ursprünglich verschiedenartige Menschen in ein starres Gefüge aus Regeln und Abläufen, dann kann es zu erheblichen inneren Reibungsverlusten kommen. Shelton, McKenna & Darling (2002) sehen dennoch die Möglichkeit, dass Menschen, die sich in ihren Neigungen und Fähigkeiten in Bezug auf ihre Arbeitsweise, sowie in ihrem Problemlösungsverhalten stark voneinander unterscheiden, trotzdem gemeinsame Wertüberzeugungen teilen, zusammenhalten, und sich gegenseitig gewinnbringend ergänzen können; es bedürfe dazu einer Kultur, die diese Gegensätze nicht als unüberwindlich, sondern als fruchtbar ansieht.

Mit einer Verbesserung der Organisationskultur wird unter anderem auch die Hoffnung verbunden, gesundheitliche und betriebliche Kernziele besser zu erreichen. Es fällt auf (siehe Lenhardt & Rosenbrock 2006), dass sich im Kreis der für vorbildliche Organisationskultur bekannten Unternehmen besonders viele wirtschaftlich starke finden; dies kann allerdings damit zusammenhängen, dass Unternehmen erst dann auf ihre „Kultur“ achten, wenn sie glauben, sich diese auch leisten zu können.

Als wesentlicher Bestandteil einer gesundheitsförderlichen Organisationskultur wird *Kommunikation* gesehen. Kommunikation schafft die Voraussetzung für Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit des Arbeitsgeschehens, für soziale Vernetzung und Unterstützung. Sie findet innerhalb der Arbeitsgruppe, Abteilung, abteilungsübergreifend, betriebsübergreifend; mit Gleichrangigen, Vorgesetzten, Kund(inn)en bzw. Klient(inn)en, außerbetrieblichen Partner(inne)n, nachgeordneten Mitarbeiter(inne)n; arbeitsbezogen und nicht-arbeitsbezogen; persönlich – mit Worten oder nonverbal, telefonisch, schriftlich, mittels mail, Webcam, Forum, oder Chat statt. Zu ihrer Verbesserung sind allenfalls Veränderungen von Infrastruktur, Abläufen, Regeln, Anreizen im Betrieb sowie von persönlichen Einstellungen und Verhaltensweisen (Seminare, Workshops) einzuleiten. Dabei ist besonders auf Wertschätzung und Wis-

sens austausch zwischen den verschiedenen Gruppen, z.B. Jüngeren und Älteren, Angehörigen verschiedener Ebenen und Abteilungen, zu achten, denn diese wirken sich für Gesundheit und Arbeitserfolg entscheidend aus (Elmiger 2004).

So kann eine *gesprächsfördernde Organisationskultur* die Voraussetzung dafür bilden, dass Aktivitäten zur Verbesserung der Arbeitsverhältnisse überhaupt erst das richtige Ziel finden und erreichen. Dabei kann schon die Tatsache, dass mit Mitarbeiter(inne)n Gespräche gesucht und geführt werden, einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung ihrer Lage leisten – indem sie erleben, dass sie und ihre Meinung ernst genommen werden. Diese Gesprächs-Kultur, wo nicht vorhanden, muss aber erst schrittweise aufgebaut werden (Blättner 1998).

Die Wirkung von Organisationsentwicklung wurde unter anderem im Zusammenhang mit *Reorganisation* untersucht. Reorganisation kann je nach ihrer Ausgestaltung und Umsetzung die Bedingungen für Gesundheitsförderung sowohl verbessern als auch verschlechtern. Sie verläuft dort reibungsloser, wo Mitarbeiter(innen) von Anfang an darin einbezogen und unterstützt werden. Betriebliche Gesundheitsförderung wird eher dort eingeführt, wo ein Wandel im Gange ist und wird von den Mitarbeiter(inne)n umso besser angenommen, je mehr diese an ihrer Gestaltung mitbeteiligt werden (siehe Lenhardt & Rosenbrock 2006).

Im Zuge des „Innoflex-Projekts“ mit dem Ziel, Bedingungen herauszufinden, unter denen Gesundheit und wirtschaftliche Leistungsfähigkeit durch neue Formen der Arbeitsorganisation gefördert werden können, stellten Docherty et al. (2003) allerdings fest, dass viele Neuerungen in Unternehmen nur Umbenennungen bedeuten, und in vielen Fällen herkömmliche Kontroll- und Selbstbestimmungsformen einfach nur durch weniger offensichtliche, aber genauso druckvolle, ersetzt werden.

Demgegenüber wird betriebliche Gesundheitsförderung im Rahmen der vorliegenden Arbeit so verstanden, dass sie zu einer nachhaltigen Verbesserung der Gesundheitsverhältnisse führt, etwa im Hinblick auf die Arbeitsbedingungen. Veränderungen der Arbeitsbedingungen können Arbeitsverträge und deren Nachvollziehbarkeit, Befristung, anforderungs-, leistungs- und sozialgerechte Entgeltbestimmungen und Verdienstauegleichsregelungen bei allfälligem Übergang auf einen neuen Arbeitsplatz; Arbeitsstätte, -umgebung-, -wege, Arbeitsmittel und -stoffe; Arbeitszeitgestaltung – sowie Zeit für Erholung, Familie und Weiterbildung im Laufe des Arbeitslebens, etwa durch Wahlarbeitszeit, Langzeitkonten und Lebensarbeitszeitmodell, oder Freistellungen (Sabbaticals); die Arbeitsaufgabe – ihre Anpassung an persönliche Eignungen, Neigungen und Belastbarkeit, Arbeitsbereicherung durch anspruchsvollere und zusammengehörige

Verrichtungen (Jobenrichment), Aufgabenerweiterung (Jobenlargement) oder Arbeitsplatzwechsel (Jobrotation) betreffen (vgl. Elmiger 2004).

Ziel dieser Veränderungen der Arbeitsorganisation sowie anderer Maßnahmen der Organisationsentwicklung ist es, das Erreichen betrieblicher Kernziele zu fördern, und den Mitarbeiter(inne)n mehr Selbstbestimmung und Bedürfnisbefriedigung innerhalb und außerhalb des Betriebes, sowie bessere Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit ihrer Arbeitszusammenhänge zu ermöglichen.

Gesundheitsthematische Organisationsentwicklung

Unter gesundheitsthematischer Organisationsentwicklung sollen hier Interventionen mit dem Ansatzpunkt Organisation verstanden werden, die vorrangig auf Gesundheitsziele ausgerichtet sind. Als ihr Ziel wird hier die Einführung eines Teilsystems „betriebliche Gesundheitsförderung“ mit eigenen Systemstrukturen und -prozessen gesehen.

Diese Einführung betrieblicher Gesundheitsförderung in ein Unternehmen erfolgt in der Regel in Form eines *Projekts* (vgl. Grossmann 1994). Dieses schafft Freiräume für die Erprobung neuer Handlungsweisen im Unternehmen. Neuerungen, die sich erfolgreich zeigen, sollen danach zu ständigen Einrichtungen werden.

Zu Beginn bedarf es dabei (vgl. Grossmann 1994; Bueren 2002; Münch 2003) einer überlegten Grenzziehung zwischen Projekt und Gesamtbetrieb; dennoch sollte ein Projekt immer in Verbindung mit Kernzielen und Kultur des Unternehmens bleiben. Im Zuge der Verankerung von Gesundheitsförderung im Betrieb übernehmen nach und nach bestimmte Stellen diese Aufgaben auf Dauer. Als wesentlich für den Erfolg von Projekten erweist sich Klarheit in Bezug auf die übernommenen Rahmenbedingungen, Verantwortung, Zielfindung, Zielvereinbarung und Umsetzung. Zu vermeiden sind ein Übergehen von Gruppen oder Interessen, Widersprüche im Vorgehen, fehlende Mittel und mangelnde Verständlichkeit, sowie ungeeignete personale Besetzung. Daher wird empfohlen, vor Beginn genaue Prüfungen und Planungen und allenfalls ein Vor-Projekt anzusetzen, und weiters Projektphasen- und Projektstrukturpläne, Projektablaufplan, Kapazitätsplanung, Kostenplan, Kerngruppe, Handbuch und Dokumentation zu erstellen, sowie Projektsteuerung und -controlling (in Bezug auf Zielerreichung sowie Einhaltung der Kosten und Termine) vorzunehmen.

Als langfristiges Ziel solcher Projekte wird hier die Einrichtung eines Teilsystems „Betriebliche Gesundheitsförderung“ betrachtet, die sich durch Systemstrukturen, Systemprozesse und Vernetzung mit anderen Systemen auszeichnet. Folgende Elemente

dieses Teilsystems „Betriebliche Gesundheitsförderung“ werden in der Literatur zur betrieblichen Gesundheitsförderung am häufigsten genannt:

Von den *Systemstrukturen* (betriebliche Gesundheitspolitik, Einrichtungen, verantwortliche Personen, Expert(inn)en, Regelungen, Ressourcen) werden häufig die Einrichtungen Arbeitskreis Gesundheit und Gesundheitszirkel beschrieben.

Von den *Systemprozessen* (Analyse und Diagnose, Interventionsplanung, Durchführung und Qualitätssicherung, Evaluation) werden häufig folgende Verfahren der Analyse und Diagnose genauer beschrieben: Expert(inn)engeleitete Untersuchungsverfahren (Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz), Gesundheitsberichte, Gesundheitszirkel und andere beteiligungsorientierte Verfahren.

Der *Arbeitskreis* bzw. *Steuerungskreis für Gesundheit* besteht aus Personalleitung, Betriebsrat, Expert(inn)en der Arbeitsmedizin, -psychologie, und -sicherheit, externer Moderation, Vertreter(inne)n des Sozialwesens, Abteilungsleitungen, Mitgliedern der Jugend- und Auszubildendenvertretung, Gleichstellungsbeauftragten und Berater(inne)n der Krankenkasse, wobei diese Personen hier gleichberechtigt zusammenarbeiten. In Klein- und Mittelbetrieben kann diese Aufgabe von dem (gesetzlich verpflichtenden) Arbeitsschutzausschuss oder von einem überbetrieblichen Steuerungskreis übernommen werden (Bueren 2002; Münch, Walter & Badura 2003; Westermayer & Stein 2006). Dem Arbeitskreis Gesundheit obliegen Entscheidungen über Interventionen der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Gesundheitszirkel (vgl. Atzler, Kiesewetter & Kohlbacher 1998; Slesina, Beuels & Sochert 1998; Slesina 2001; Kohte 2001; Bueren 2002; Westermayer & Stein 2006) sind innerbetrieblichere Arbeitskreise, zur gemeinsamen Ermittlung von Belastungen und zur Entwicklung gemeinsamer Lösungs- und Umsetzungsvorschläge. Sie gehen vom Erfahrungs- und Änderungswissen der Beschäftigten aus und zielen auf die gesundheitsfördernde Gestaltung der Arbeitsverhältnisse ab. Gesundheitszirkel entstanden im Zusammenhang mit der Qualitätszirkel-Bewegung zur Verbesserung der Wettbewerbsfähigkeit von Unternehmen (in den 1960er Jahren in Japan), und wurden in den 1980er Jahren in Deutschland im Hinblick auf Gesundheitsziele weiter entwickelt. Bueren (2002) empfiehlt übrigens, die Bezeichnung „Optimierungszirkel“ vorzuziehen, da Führungskräfte der Einrichtung von Gesundheitszirkeln häufig ein eher medizinisches Gesundheitsverständnis zugrunde legen und die Organisationsentwicklung dabei ausklammern wollen.

Es können zwei Grundmodelle von Gesundheitszirkeln unterschieden werden (vgl. Slesina, Beuels & Sochert 1998; Slesina 2001): Der Gesundheitszirkel im Berliner Modell setzt sich aus gleichrangigen Mitarbeiter(innen) zusammen. Dies begünstigt einen offenen und zielgruppengerechten Meinungsaustausch. Im Düsseldorfer Modell treffen Arbeits- und Führungskräfte mehrerer Ebenen aufeinander. Dies kann sich für die Umsetzung von Lösungsvorschlägen als erfolgreicher erweisen.

Die beiden Formen werden in der Praxis sinnvoller Weise oft miteinander verknüpft und in verschiedenen Spielarten durchgeführt. Sie umfassen meist fünf bis acht Sitzungen, die ein bis zwei Stunden dauern und im Abstand von einer bis drei Wochen, aber auch geblockt innerhalb von zwei Tagen stattfinden. Die Gruppe sollte aus sieben bis zwölf Teilnehmer(innen) bestehen; eine geringere Anzahl beschränkt den Umfang der Sichtweisen und Ideen und eine höhere gibt einzelnen zuwenig Möglichkeit, zu Wort zu kommen. Zirkel laufen in mehreren Phasen ab, deren wichtigste Bestandteile die Belastungs- und Ressourcenanalyse sowie die Erarbeitung und Umsetzung von Verbesserungsvorschlägen darstellen. Die Teilnahme beruht auf Freiwilligkeit und sorgfältiger Auswahl (vgl. Atzler, Kiesewetter & Kohlbacher 1998; Slesina, Beuels & Sochert 1998; Slesina 2001; Kohte 2001; Bueren 2002; Westermayer & Stein 2006).

Die Sitzungen werden von geeigneten Personen in- oder außerhalb des Unternehmens moderiert und folgen klaren Regeln. Sie sind thematisch offen und sollen einen freien und gleichberechtigten Austausch themenbezogener und begründeter Meinungen ermöglichen. Dabei sollen gegenseitiges Verständnis und Lernen der Beteiligten die Grundlage für gesundheitsförderliche Veränderungen innerhalb des Betriebes schaffen. Lernen, Vertraulichkeit und einvernehmliche Lösungsfindung gesichert sein und die Ergebnisse des Zirkels fortlaufend umgesetzt, dokumentiert, ausgewertet und veröffentlicht werden. Gesundheitszirkel und die Arbeit von Arbeitsschutz oder Arbeitsmedizin-Experten sollten einander dabei ergänzen; sie können einander gegenseitig nicht ersetzen (vgl. Atzler, Kiesewetter & Kohlbacher 1998; Slesina, Beuels & Sochert 1998; Slesina 2001; Kohte 2001; Bueren 2002; Westermayer & Stein 2006).

Gesundheitszirkel werden im Rahmen der vorliegenden Arbeit sowohl als Teil der Systemstrukturen (Einrichtungen), ihre Durchführung aber auch als Teil der Systemsprozesse (Analyse und Auswertung) betrachtet.

Expert(inn)engeleitete Untersuchungsverfahren (vgl. Sochert 1998; Bueren 2002; Badura & Hehlmann 2003; Pfaff & Pühlhofer 2003; Braun 2004; Richter 2007) dienen der Feststellung von Gesundheitsverhältnissen im Betrieb; sie können sich auf Personen, Arbeitsbedingungen oder beides beziehen und z.B. im betrieblichen Gesundheitsbe-

richt dokumentiert werden, um als Informationsgrundlage für die Planung von Interventionen der betrieblichen Gesundheitsförderung zu dienen.

Zu den bedingungsbezogenen Verfahren zählen Gefährdungsbeurteilungen (diese sind gesetzlich verpflichtend für alle Arbeitsplätze, bei allen Neuerungen, beim Auftreten von Unfällen und arbeitsbedingten Erkrankungen, sowie bei wesentlichen Änderungen von Arbeitsschutzvorschriften durchzuführen), Unfallanalysen (diese erfolgen im Nachhinein, entweder auf Einzelfälle bezogen (kasuistisch) oder als statistische Auswertung von Ereignissen), Sicherheitsanalysen (Gefährdungen werden vorausschauend erkannt) und Arbeitsanalysen. Personenbezogene Daten können von Krankenkassen und Unfallversicherungen (über Arbeitsunfähigkeiten) sowie aus arbeitsmedizinischen Untersuchungen stammen. Sowohl bedingungs- als auch personenbezogene Informationen liefern Expert(inn)eninterviews mit einzelnen Personen eines Betriebs über ihre Tätigkeit und ihr Arbeitswissen, Mitarbeiterbefragungen und komplexe Arbeitsanalysen (wissenschaftliche Fragebögen). Da jede Untersuchung Erwartungen schafft, wird Führungskräften empfohlen, Verfahren und Inhalte mit allen Beteiligten abzusprechen, ihren Willen zu zeigen, die Rückmeldungen der Mitarbeiter(innen) zu berücksichtigen, und nachvollziehbar weitere Schritte in die gewünschte Richtung zu setzen (vgl. Sochert 1998; Bueren 2002; Badura & Hehlmann 2003; Pfaff & Pühlhofer 2003; Braun 2004; Richter 2007).

Die Ergebnisse der genannten Untersuchungen sollen möglichst in *Gesundheitsberichte* einfließen (vgl. Sochert 1998; Bueren 2002; Badura & Hehlmann 2003; Westermayer & Stein 2006); Gesundheitsberichte dienen als Entscheidungsgrundlage und Ergebnisbericht, wobei das Rückspielen ihrer Ergebnisse bereits Wirkung auf gesundheitsbezogene Verhältnisse und Verhaltensweisen ausüben kann. Sie setzen sich aus regelmäßig oder eigens erhobenen Daten inner- und außerbetrieblicher Quellen zusammen, was erfordert, den Datenschutz hier unbedingt einzuhalten.

Betriebliche Gesundheitsverhältnisse können aber auch über *beteiligungsorientierte Arbeitsverfahren* untersucht werden; darunter werden im Rahmen der vorliegenden Arbeit die (zuvor beschriebenen) Gesundheitszirkel, Fokusgruppen oder Arbeitssituationsanalysen verstanden (vgl. Atzler, Kieseewetter & Kohlbacher 1998; Slesina, Beuels & Sochert 1998; Slesina 2001; Kohte 2001; Bueren 2002; Westermayer & Stein 2006).

Fällt die Möglichkeit, Gesundheitszirkel zu bilden, aus, so bietet sich die Arbeit mit Fokusgruppen an. Hierbei handelt es sich um eine moderierte Gruppendiskussion von Mitarbeitern und anderen Unternehmensmitgliedern. Sie finden als zwei bis drei halb- bis ganztägige Treffen im Abstand von ca. zwei bis drei Wochen statt. Ihr Ziel ist es,

möglichst vielfältige Sichtweisen eines Themas zu beleuchten und dazu Problemlösungsansätze zu erarbeiten (Walter 2003).

Mit noch weniger Zeit kommt die Arbeitssituationsanalyse aus. Hier diskutieren Kleingruppen von acht bis fünfzehn Beschäftigten eines Arbeitsbereiches und einer Ebene zweieinhalb Stunden lang und erarbeiten dabei einen Maßnahmenplan (Baumeister 2003).

Beteiligungsorientierte Verfahren können nicht nur für die Analyse und Diagnose, sondern auch für Interventionsplanung, Durchführung, Evaluation und Qualitätssicherung eingesetzt werden und bilden gleichzeitig auch Bestandteil der Interventionen, da die Möglichkeit mitzubestimmen und zu gestalten, also Einfluß auf die eigenen Arbeitsbedingungen zu nehmen, für sich allein bereits gesundheitsfördernde Wirkung zeitigen kann, durch mehr Selbstbestimmung, Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit in bezug auf die Zusammenhänge der eigenen Arbeit (vgl. Atzler, Kieseewetter & Kohlbacher 1998; Slesina, Beuels & Sochert 1998; Slesina 2001; Kohte 2001; Bueren 2002; Westermayer & Stein 2006).

2.3.3.2 Ansatzpunkt: Schnittstelle Individuum / Organisation

Mit den Interventionen am Ansatzpunkt Schnittstelle Individuum / Organisation ist hier gemeint, auf die Beziehungen zwischen Menschen innerhalb einer Organisation einzuwirken, vor allem in bezug auf Führung und soziale Unterstützung, sowohl im Hinblick auf allgemeine betriebliche als auch spezielle gesundheitsthematische Aufgaben. Diese Interventionen erscheinen deshalb besonders bedeutsam, da Gesundheit, Arbeitsfreude und Leistung wesentlich durch soziale Unterstützung, Wertschätzung und Anerkennung durch Führungskräfte und Kolleg(inn)en, gefördert werden (vgl. Jinks et al. 1999; Gunnarsdottir & Bjornsdottir 2003; Münch, Walter & Badura 2003).

Führung

Führungskräfte können durch ihren Einfluss auf Arbeitsorganisation und soziales Klima zu einer gesundheitsförderlichen Entwicklung von Arbeitsverhältnissen beitragen, und ungünstige Verhaltensweisen von Führungskräften können umgekehrt dazu führen, dass Mitarbeiter(innen) häufiger bei der Arbeit fehlen (vgl. z.B. Westermayer & Stein 2006). In der Literatur zur Organisationsentwicklung und zur betrieblichen Gesundheitsförderung finden sich unterschiedliche Meinungen in bezug auf die wichtigsten Schwerpunkte von betrieblichem Führungshandeln.

Als entscheidend für die Güte des Führungshandelns gelten nach Westermayer & Stein (2006) die Merkmale: Mitarbeiter- und Aufgabenorientierung, Gleichgewicht zwischen Freiräumen und Kontrolle, Gerechtigkeit und Lesbarkeit. Strenge, ungerechte Führungskräfte werden als Belastung empfunden; noch schlimmer, und in der Gegenwart häufiger, scheint sich jedoch die „Unlesbarkeit“ einer Führungsperson auszuwirken – Lesbarkeit als positives Merkmal von Führungsverhalten bedeute demgegenüber, eigene Werte und Standpunkte zu verdeutlichen und die Auseinandersetzung mit den Mitarbeiter(inne)n zu suchen und damit Verlässlichkeit und Vertrauen zu vermitteln.

Shelton, McKenna & Darling (2002) sehen eine Schlüsselfähigkeit von Führungskräften auch darin, im Denken Widersprüche aufzulösen. Sie empfehlen die Anwendung von Kreativitätstechniken wie die der Zentrierung (Bewusstseinslenkung – z.B. über Bewegungsaktivitäten), um scheinbar gegensätzliche Ziele miteinander zu verbinden. Der Grundsatz der Salutogenese, übertragen auf die betriebliche Gesundheitsförderung, bedeutet demnach unter anderem, Führungsverhalten in gewisser Weise vorhersehbar, verstehbar, handhabbar, und in übergeordnete Zusammenhänge einordenbar zu gestalten.

Bruch (2006) versteht als wesentliche Aufgabe von Führung, die Energien ihrer Mitarbeiter/innen in Richtung Unternehmensziele laufende Bahnen zu lenken, also ihnen eine Bedrohung von außen oder ein begehrenswertes Eroberungsziel zu vermitteln, um die Einsatzbereitschaft der Mitarbeiter(inne)n zu erhöhen; aufgeregte Stimmung in der Belegschaft zu beruhigen und die Kräfte wieder den Kernaufgaben zuzuführen; Erholungsmöglichkeiten zu schaffen; gefühlsmäßige Bindungen aufzubauen; und die Mitarbeiter(inne)n zu befähigen, selbst ihre Arbeit mitzugestalten, aber auch Entlastungsmaßnahmen zu treffen. Sofern diese Aufgaben nicht nur Unternehmenszwecken untergeordnet werden, sondern auch Werte, Ziele und Bedürfnisse der Mitarbeiter(inne)n einbezogen werden, erscheint es nachvollziehbar, dass sich damit ein Beitrag dahingehend leisten lässt, dass Mitarbeiter(innen) ihr Tun als bedeutsam und erfolgreich erleben. Die Grundsätze Ressourcenorientierung, Verstehbarkeit, Handhabbarkeit, Bedeutsamkeit und Partizipation werden demnach gerade bei betrieblichen Interventionen zur Verbesserung von Führung als besonders wichtig angesehen.

„Führung“ als Schlüsselaufgabe verstehbarer, handhabbarer und sinnstiftender Zusammenarbeit sollte folglich, nach Gunkel (2004), in Auswahl, Weiterbildung, Zusammenarbeit und Beurteilung der Führungskräfte stärker gewichtet werden. Gegenseitiges Vertrauen und Anerkennung als Voraussetzung für Offenheit und Lernbereitschaft

muss auf der Führungsebene hergestellt werden, um auch soziale Probleme des Unternehmens gemeinsam bearbeiten zu können. Weiters sollten Vorgesetzte laut Gunkel (2004) als „Berater für Gesundheit“ erkannt und eingesetzt werden, indem sie ihre arbeitsbezogenen sowie gesundheitsthematischen Erfahrungen weitergeben

Ein wichtiges Werkzeug der Führung stellen verschiedene Arten von *Gesprächen* dar (vgl. Kuhn 2000; Hehlmann 2003; Westermayer & Stein 2006). Im Rahmen von Mitarbeitergesprächen werden Zielvereinbarungen abgeschlossen, Jahresleistungen bewertet oder persönliche Belange besprochen. Fürsorgegespräche erlauben persönliche und vertrauliche Aussprache über gegenseitige Wahrnehmung von Mitarbeiter(inne)n und Führungskräften, über ihre Ziele und Bedürfnisse. Mitarbeiterentwicklungsgespräche handeln z.B. von Weiterbildungsmöglichkeiten der Mitarbeiter(inne)n, von möglichen Gefährdungen für diese und von ihren Bedürfnissen bezüglich Gesundheitsförderung. Wiedereingliederungs-Gespräche mit Langzeiterkrankten beinhalten die Einigung über die Belastbarkeit und den möglichst schonenden Wiedereinstieg der Mitarbeiter(inne)n. Während die zuvor genannten Gesprächsformen von einem fürsorglichen Grundgedanken ausgehen, stellen die so genannten Rückkehrgespräche eine Form der Einschüchterung dar, die sich mit Gesundheitsförderung nicht verträgt. Sie verlaufen in vier Stufen steigender Strenge: Vom Ausdruck des Bedauerns, der Ungeduld, und der Ankündigung von Folgen bis zur Kündigungsdrohung, und sind allenfalls noch mit einer betriebsöffentlichen Anprangerung verbunden. Sie bringen letztendlich für keine der beiden Seiten Gewinn (vgl. Kuhn 2000), denn: Betriebliche Ursachen für Krankheit anzusprechen sei in diesem Rahmen aufgrund des Abhängigkeitsverhältnisses sowie der mangelnden Wissensgrundlage der Beteiligten, nicht möglich.

Nicht nur das Führungsverhalten von Vorgesetzten, sondern auch die soziale Unterstützung durch Arbeitskolleg(inn)en wird – sowohl im allgemeinen als auch im besonderen dort, wo Gruppenarbeit erforderlich ist oder mit der Hoffnung auf gesteigerte Produktivität verbunden wird, als wesentlicher Bestandteil der Gesundheitsverhältnisse im Betrieb gesehen (vgl. Elmiger 2004). Demnach sollte *soziale Unterstützung* im Betrieb gefördert werden, indem Zusammenarbeit ermöglicht wird und Freiräume und Gelegenheiten sowohl für aufgabenbezogene als auch für persönliche Gespräche geschaffen werden. Damit die gemeinsame Bewältigung der Arbeitsaufgaben zu einem besseren gegenseitigen Verstehen und Zusammenhalt führt, wird empfohlen, dass Arbeitsgruppen klare Aufgaben, ausreichende Mittel und Vertrauen erhalten, dass die Art und Weise ihres Umgangs miteinander überprüft und weiter entwickelt wird, und Anreize bzw. Belohnungen für gegenseitige Unterstützung gegeben werden.

Weiters rät Elmiger (2004) dazu, Gruppenarbeit auch altersgemischt durchzuführen, um Wissensaustausch und Ergänzung altersspezifischer Fähigkeiten und Erfahrungen zu gewährleisten, dabei allerdings eine zu scharfe Arbeitsteilung zu vermeiden, da sich diese ungünstig auf Beziehung sowie Weiterentwicklung auswirke, und zu einem Abschieben leichter aber unbeliebter Aufgaben an Ältere verleite.

Die Entwicklung von Gruppenarbeit (vgl. Leonard & Freedman 2000) wird heute vielerorts als Voraussetzung für Unternehmensleistung gesehen. So können etwa gemeinsame Normen in Gruppen das Verhalten einzelner entscheidender prägen als andere Einflüsse (zum Beispiel jene der physischen Arbeitsumgebung; wie dies Studien mit dem Ziel der betrieblichen Leistungssteigerung bereits in den 1920er-Jahren zutage förderten). Leonard & Freedmans geschichtlicher Überblick über die Entwicklung von Gruppenarbeit weist in diesem Zusammenhang allerdings auf einige Schwierigkeiten hin, die teilweise in der Gegenwart weiterzubestehen scheinen. Gruppenarbeit kann zwar wohl auch als Methode zur Förderung von Selbst- und Mitbestimmung in allen Bereichen menschlicher Arbeit eingesetzt werden – wodurch sich Anknüpfungspunkte mit dem Gesundheitsförderungs-Grundsatz der Partizipation ergeben, dies ist jedoch nicht zwangsläufig der Fall, und so rückte im Laufe der Zeit eher die Persönlichkeitsentwicklung statt der Organisationsentwicklung in den Vordergrund. Außerdem werden auf die Gruppenarbeit abzielende Interventionen wie das „Teambuilding“ (Spiele und Übungen, die das Nachdenken über Zusammenarbeit, gegenseitige Anerkennung und den Zusammenhalt fördern sollen) von Führungspersonen in vielen Fällen eher als Belohnung oder Ausgleich für Mitarbeiter(innen), als Spaß und Spiel betrachtet („touchie-feelie-exercises“), anstatt als nachhaltige Entwicklung sozialer Unterstützung; darüber hinaus kann es zu Enttäuschungen kommen, wenn Führungskräfte Übungsformen in engem Zusammenhang mit tatsächlichen Arbeitsvollzügen vermittelt sehen wollen, während Berater(innen) von Gruppenarbeit das Verhältnis der Personen und die Art, wie die Gruppe Entscheidungen trifft und miteinander umgeht, zu behandeln versuchen.

Leonard & Freedman (2000) weisen weiters darauf hin, dass, in bezug auf Gruppenarbeit, Möglichkeiten zur Erprobung bereits seit Jahrzehnten bestehender Theorien zur Teamarbeit nicht ausgeschöpft wurden, und stattdessen diese Theorien immer wieder in verkürzter und vereinfachter Form und mangelhafter Anwendung, auftauchen, obwohl in ihrer vollständigen und erfahrungsgeleiteten Überprüfung auf Gültigkeit in der Gegenwart bislang unerschlossene Wege zur gesundheits- und leistungsfördernden Gruppenarbeit liegen könnten.

Diesen Aussagen lässt sich entnehmen, dass Gruppenarbeit nur unter bestimmten Bedingungen gesundheitsförderliche Wirkungen entfalten kann; im Hinblick auf Gesundheitsförderung erscheinen erstens die Gestaltung von Interventionen mit dem Ziel der Organisationsentwicklung sowie der Verbesserung von sozialer Unterstützung und Führung mithilfe beteiligungsorientierter Arbeitsverfahren (z.B. Gesundheitszirkel), zweitens die Beachtung der Grundsätze der Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit betrieblicher Zusammenhänge, der Partizipation der Mitarbeiter(innen) an bedeutsamen Entscheidungen und an der Evaluation von Gruppenarbeit besonders angeraten.

Gesundheitsthematische soziale Unterstützung

Gesundheitsthematische soziale Unterstützung zu fördern soll hier bedeuten, soziale Unterstützung im Bereich gesundheitsbezogenen Verhaltens aufzubauen (ein interessantes Beispiel dazu findet sich bei Tessaro, Campbell, Benedict, Kelsey, Heisler-MacKinnon, Belton & DeVellis (2000) und Campbell, Tessaro, DeVellis, Benedict, Kelsey, Belton & Sanhueza (2002): Die Ausbildung von Landarbeiterinnen als Laienhelferinnen und Beraterinnen in Sachen Gesundheitsverhalten; das bestehende soziale Netzwerk wurde dabei genützt, Beteiligung ermöglicht und die Selbsthilfefähigkeit gestärkt (allerdings stießen die Frauen bald an die Grenzen ihrer unbeeinflussbaren Arbeitsbedingungen: Hätten sie diese mitgestalten können, dann wäre das Projekt vielleicht vorbildwirksam für andere geworden. Dieses Beispiel zeigt einerseits, in wie hohem Maße soziale Unterstützung und Partizipation die persönliche Entwicklung antreiben können, andererseits, dass für nachhaltige Wirkungen von Gesundheitsförderungsinterventionen Verhältnisorientierung und systemisches Vorgehen vonnöten sind).

Gesundheitsthematische soziale Unterstützung soll im Rahmen der vorliegenden Arbeit weiters nicht nur dahingehend verstanden werden, dass Mitarbeiter(innen) durch soziale Unterstützung darin bestärkt werden, als gesundheitsförderlich angesehene Verhaltensweisen zu entwickeln, sondern darüberhinaus (vgl. Amhof 2004) auch dazu beizutragen, dass mit jenen Mitarbeiter(inn)en, deren gesundheitliche Befindlichkeit und Leistungsfähigkeit nicht voll (wieder)herstellbar ist, ein wertschätzender und rücksichtsvoller Umgang gepflegt wird.

2.3.3.3 Ansatzpunkt Individuum

Interventionen, die an einzelnen Personen ansetzen, werden hier unter Personalentwicklung zusammengefasst und so nach allgemeiner (auf die betrieblichen Kernziele

bezogener) und gesundheitsthematischer (auf spezielles Gesundheitsverhalten gerichteter) Personalentwicklung unterschieden.

Allgemeine Personalentwicklung

Personalentwicklung kann als Teil- oder Nachbarbereich zum *Personalmanagement* (vgl. Kieselbach 2003; Elmiger 2004) gesehen werden. Personalmanagement bildet einen Sammelbegriff für betriebliche Aufgaben und beinhaltet Personalpolitik, Personalstrategie, Personalbedarfsplanung und Personalabbau.

Personalpolitik soll die Bedürfnisse unterschiedlicher Anspruchsgruppen ausgleichen und im Einklang mit den Zielen und Werten der Unternehmensverfassung handeln. Personalstrategie zielt darauf ab, geeignete Mitarbeiter(innen) auszuwählen, an das Unternehmen zu binden und ihre Arbeitsfreude und Leistungsbereitschaft zu erhalten; sie sollte (siehe Kieselbach 2003; Elmiger 2004) langfristig und ganzheitlich angelegt werden, sich möglichst auf alle Bereiche beziehen, inner- und außerbetriebliche Wechselwirkungen sowie laufende Veränderungen berücksichtigen, alle Altersgruppen einbeziehen und von Fürsorglichkeit getragen sein, auch dort wo sich ein Personalabbau nicht umgehen lässt – etwa indem Mitarbeiter(innen) bei ihrem Ausscheiden nach Kündigung oder in den Ruhestand, aber auch bei anderen Übergängen im Laufe ihres Arbeitslebens begleitend und fortlaufend Unterstützung erfahren; dies beeinflusst entscheidend das Zugehörigkeitsgefühl der verbliebenen Mitarbeiter(innen). Personalbedarfsplanung geht mit Personalentlassung, -beschaffung und -entwicklung einher. Personalmanagement nimmt demnach vor allem den Betrieb mit seinen Abläufen in den Blickpunkt, wirkt sich aber auf die Arbeitsbedingungen einzelner Personen im Betrieb aus.

Im Zusammenhang mit dem Personalmanagement steht die *Personalentwicklung*, die demgegenüber auf die Mitarbeiter(innen) als Einzelpersonen ausgerichtet ist. Personalentwicklung sollte nach Elmiger (2004) im Laufe ihres Erwerbslebens ihrer Mitarbeiter(innen) Anforderungen, Anreize und Belastungen zeitlich so aufeinander folgen lassen, dass deren Arbeitsfähigkeit und -freude erhalten werden, wobei Maßnahmen gegen vorzeitigen gesundheitlichen Verschleiß gleichzeitig Weiterbildung beinhalten, dass Laufbahnplanung ermöglicht wird, und zwar als „Karriere“ im Sinne steigender Fähigkeiten, wachsenden Einkommens und/oder Ansehens – entweder vertikal als beruflicher Aufstieg (Führungskarriere) oder horizontal als Fachkarriere – sodass jede Stufe der Leiter mehr Gewinne als Verluste bringt. Planung der Personalentwicklung wird laut Elmiger (2004) als Mittel gesehen, eine Abnutzung der Mitarbeiter(inne)n zu verhindern. Mit solchen Planungen kann die Hoffnung verknüpft werden, die Ressour-

cen der Mitarbeiter(innen) zu stärken und ihnen bessere Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit ihrer Arbeits- und sonstigen Lebenszusammenhänge zu vermitteln.

Spezielle Programme der Personalentwicklung sollen Mitarbeiter(inne)n über die unmittelbare Arbeitsaufgabe hinaus zugute kommen, wie (vgl. Grawitch, Gottschalk & Munz 2006): Unterstützung von Familien (Work life balance programs): Gleichgewicht zwischen Beruf und Privatleben soll zum einen das Leben von Familien verbessern, sich aber nicht auf Familienväter oder -mütter beschränken, da es auch weitere wertvolle Aufgaben und Selbstverwirklichungsmöglichkeiten im Privatleben gibt, die Förderung verdienen. Beratung und Hilfe (Employee assistance programs) beziehen sich auf Risiken wie Alkohol und Drogen, Stress, Sicherheit, u.a. Anerkennungen (Recognition programs) sollen Beschäftigte materiell und immateriell für ihre Leistungen belohnen und dadurch motivierend wirken. Beteiligung (Employee involvement programs) soll Mitarbeiter(innen) in Entscheidungs- und Problemlösungsprozesse mit einbeziehen. Der Grundsatz der Zielgruppenorientierung spielt in der Personalentwicklung demnach eine besondere Rolle.

Empfehlungen zur Personalentwicklung und besonders zum Thema Lernen, werden z.B. von Ennals (2003), Höfle (2004) und Sloman & Philpott (2006) gegeben. Sloman & Philpott (2006) unterscheiden zwischen Training und Lernen. Beim Training werden durch Lehrer(innen) oder Trainer(innen) bestimmte Verhaltensziele über vorgegebene Methoden erreicht, während sich das Lernen durch selbständige Zielsetzung, Planung und Steuerung auszeichne. Ein großer Teil beruflichen Lernens gehe im Verlauf des Arbeitens „nebenbei“ vor sich, daher sollten die Rahmenbedingungen und Gestaltungsformen dieser informalen Weitergabe von nicht durchgehend bewusstseinspflichtigem Handlungswissen geprüft und gestaltet werden; dies könne sich nützlicher erweisen, als aus dem Arbeitszusammenhang gerissene Fertigkeiten in Trainingseinheiten einzuüben. Für die Personalentwicklung in Betrieben empfiehlt sich daher, Lernverfahren einzusetzen, die Menschen unmittelbar persönlich miteinander in Beziehung bringen (Ennals 2003) sowie zu berücksichtigen, dass viele Teilnehmer(innen) an Aus- und Weiterbildungen bereits sehr eigenständig und selbst bestimmt nach Wissen suchen. Beim Lernen sollte man daher von ihren alltäglichen Handlungszusammenhängen ausgehen (vgl. Höfle 2004). Die Grundsätze der Settingorientierung, der Verstehbarkeit Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit der Arbeitszusammenhänge, sowie Effektkongruenz erscheinen demnach für die Personalentwicklung besonders wesentlich.

Gesundheitsthematische Personalentwicklung

Gesundheitsthematische Personalentwicklung meint hier, dass Interventionen mit gesundheitsbezogener Hauptzielsetzung durchgeführt werden, wie etwa Stressbewältigung, Veränderung des Gesundheitsverhaltens, oder Verbesserung bestimmter Gesundheits- bzw. Krankheitsparameter (Kennwerte). Betrachtet man wissenschaftliche, aber auch graue Literatur zur betrieblichen Gesundheitsförderung, so zeigt sich, dass sich ein Großteil ihrer Interventionen der hier bezeichneten Interventionsform „gesundheitsthematische Personalentwicklung“ zuordnen lässt.

So führen Betriebe verschiedene Programme zur *Stressbewältigung* durch (vgl. Giga, Cooper & Faragher 2003), mit einer großen Bandbreite an Zielen, Aufbau, Zielgruppen, und mit Konzepten, die meist ohne die Berücksichtigung betrieblicher Bedingungen übernommen werden. Obwohl die seit längerem allenthalben angewendeten verhaltensbezogenen Maßnahmen ohne unterstützende Organisationsentwicklung langfristig nicht wirksam erscheinen (vgl. Giga et al. 2003), halten viele Unternehmen trotzdem daran fest; dies liegt laut Giga et al. (2003) an der mangelnden Bereitschaft der Führungskräfte, Verantwortung zu übernehmen; lieber geben sie dem persönlichen Verhalten der Mitarbeiter Schuld; auch Psycholog(inn)en fassen dabei nur die Einzelperson ins Auge. Ein systemischer Ansatz erscheint den Beteiligten unter sich ständig ändernden Organisationsbedingungen schwierig einzuführen und aufrechtzuerhalten. Insgesamt fehlen eindeutige Ergebnisse in Bezug auf Kosten und Nutzen der bisherigen Stressbekämpfungsmaßnahmen (Giga et al. 2003).

Weiters bieten viele Betriebe Programme zur Veränderung von *Gesundheitsverhalten* an (vgl. Shannon, Robson & Sale 2001; Kreis & Bödeker 2003; Zoller 2003). Diese wurden vor allem in einer großen Zahl US-amerikanischer Studien evaluiert. Sie erscheinen in Bezug auf bestimmte Risikoverhaltensweisen als wirksam, wobei die Beweislage unterschiedlich eindeutig ist – es kommt häufig zu einer Senkung der Arbeitsunfähigkeitszeiten, deren genaue Ursachenzusammenhänge aber wenig geklärt sind.

Am bisherigen Vorgehen können die mangelnde Ausnutzung des betrieblichen Umfeldes und die künstliche Trennung von Lebensbereichen *kritisiert* werden. Beispielsweise sind Frauen Belastungen aus ihren verschiedenen Rollenverpflichtungen ausgesetzt; sie benötigen Veränderungen der Arbeitsbedingungen und Unterstützungsangebote wie z.B. Kinderbetreuung (vgl. Pirolt & Schauer 2005). Weiters werden die Inhalte oft unzureichend an die jeweilige Zielgruppe angepasst. So werden Mitarbeiter(innen) in Kursen teilweise so behandelt, als seien sie Manager mit Bestimmungsmacht über eigene und fremde Arbeitsbedingungen, wie Zoller (2003) bemerkt; außerdem werde

Gesundheit immer wieder als freudlose Disziplinsache dargestellt. Die Vorstellung, Gesundheit sei nur durch hartes Training zu gewinnen, entspreche dann erwünschten Einstellungen zum Beruf – Gesundheitsziele werden von Machtinteressen der Arbeitgeber(innen) beherrscht, die Gesundheit der Mitarbeiter mit dem Unternehmenserfolg gleichgesetzt und als persönlicher Wert dargestellt. Das Gesundheitsverhalten erfahre, so Zoller (2003), in diesem Zusammenhang innerhalb des Betriebes eine moralische Bewertung, und innerhalb von Arbeitsgruppen weite sich dadurch der gegenseitige Druck bis ins Privatleben hinein aus; wenn Arbeitskräfte, die vielleicht Überstundenarbeit leisten dazu angehalten werden, zusätzlich zur Arbeitszeit im betrieblichen Fitnesscenter zu trainieren, bringe dies etwa eine noch stärkere Beschränkung ihrer Freizeit, die sie der Erholung, der Familie und privaten Interessen widmen wollten.

Insgesamt scheint es den meisten Programmen an Langfristigkeit und Nachhaltigkeit zu fehlen, da die Verhältnisse im Setting gesundheitsförderndes Verhalten zu wenig unterstützen; dies zeigt sich unter anderem am Problem der geringen Teilnahmequote vieler Programme (auch fehlende Berichte von Teilnahmeraten und uneinheitliche Festlegung lassen eine niedrige Beteiligung vermuten, wobei gesunde Mitarbeiter(innen) unter den Teilnehmer(innen) überrepräsentiert sein dürften). Als Gründe für Nichtteilnahme werden Zeit- und Ressourcenmangel, die persönliche Einstellung, Überlastung, starke Arbeitsmotivation, sowie fehlende Bereitschaft, sich untersuchen zu lassen, genannt. Die Rahmenbedingungen im Unternehmen zeigen sich jedoch einflussreicher als persönliche Merkmale (vgl. Glasgow, McCaul & Fisher 1993; Crump, Earp & Kozma 1996; Grosch, Alterman, Petersen & Murphy 1998; Elo et al. 1999; Linnan, Sorensen, Colditz, Klar & Emmons 2001; Kreis & Bödeker 2003; Kwak et al. 2006).

Um die Teilnahmerate zu erhöhen, werden, vor allem in US-Programmen, häufig Anreize eingesetzt (incentives). Sie sollen gewünschtes Verhalten durch soziale (Lob und Anerkennung) oder materielle (Zeitausgleich, Geld, Preise) Vergütungen verstärken. Zum Beispiel erhalten Mitarbeiter(innen) im „LIFE Programm“ Geld für die Teilnahme an verhaltensorientierten Aktivitäten wie Ausdauer-, Kraft-, Freizeitsport, Stressmanagement, Ernährung, Nichtrauchen, medizinische Untersuchungen und gesundheitsthematischen Kursen. Weiters wird öffentlich aufgelistet, wer wie viel verdient hat. Vergünstigungen, Anreize und Belohnungen können Mitarbeiter anlocken und motivieren; ob sie jedoch – an den Betrieb und an gesundheitsförderliches Verhalten – gebunden bzw. zufrieden und leistungsfähig bleiben, entscheidet sich nicht allein damit (Brey, Tyler & Brooks 1998; Grawitch, Gottschalk & Munz 2006). Ausschließlich am Verhalten einzelner Mitarbeiter(innen) anzusetzen, verfehlt demnach die gewünschte Wir-

kung. Interventionen zur Gesundheitsförderung bedürfen demnach wesentlich auch der Verhältnisorientierung, Settingorientierung, und Zielgruppenorientierung.

Als Ziele der gesundheitsthematischen Interventionen werden teilweise auch Verbesserungen von *Gesundheits- bzw. Krankheitsparametern* (Kennwerten) genannt, zum Beispiel die Verringerung von Rückenbeschwerden bzw. dadurch bedingten Arbeitsunfähigkeitszeiten.

Rückenbeschwerden, als Untergruppe der *muskuloskelettalen Erkrankungen*, gelten als eine Hauptursache für Probleme im Zusammenhang mit Krankheit und Produktivitätsausfällen. Den muskuloskelettalen Erkrankungen kommt, nach Bindzius et al. (2005) – sie reihten berufsbedingte Erkrankungen anhand der Kriterien Latenzzeit, bestätigte Fälle, Eintrittsalter, Zahl der Frühpensionierungen, Leistungseinschränkungen, Rehabilitationsfälle, Gesamtkosten, und Sterblichkeit – gemäß allen Kriterien (außer der Sterblichkeit) die höchste Bedeutung (gefolgt von Herz-Kreislauf-Erkrankungen) zu. Diese muskuloskelettalen Erkrankungen (MSE) (siehe z.B. Schnabel 2007b) können auf eine Vielzahl von Ursachen zurückgeführt werden; entsprechend unsicher erscheinen die Erfolge verschiedener Behandlungsverfahren, obwohl sich in den letzten 30 Jahren eine rege arbeitswissenschaftliche und -medizinische Forschung an diesem Gegenstandsbereich entfaltet hat. Inzwischen geht die Abnahme körperlicher Arbeitsbelastungen mit einer Zunahme der MSE einher; selbst Rückenschulen, obwohl sie von allen Beteiligten gut angenommen werden, bringen beispielsweise keine nachweisbare Senkung von Beschwerden, verringern allerdings Arbeitsunfähigkeit und Zahl der Arztbesuche. Auch Fitnesstraining schneidet nicht wesentlich besser ab. Verbesserungen des Betriebsklimas oder der Arbeitsplatzgestaltung können hingegen Wirkungen zeigen, ein Allheilmittel wurde jedoch bislang nicht gefunden (vgl. Bindzius et al. 2005).

Um den genannten Problemen mit Krankheit und Arbeitsunfähigkeit sachangemessen zu begegnen, erscheint demnach ein biopsychosoziales Verständnis von Gesundheit, eine Orientierung an den Arbeitsverhältnissen sowie intersektorale und multidisziplinäre Zusammenarbeit vonnöten. Da im Rahmen der vorliegenden Arbeit Gesundheit positiv verstanden wird, stellt sich weiters die Frage, welche persönlichen, sozialen und betrieblichen Ressourcen genutzt werden können, um die Betriebsziele besser zu erreichen und gleichzeitig Selbstbestimmung und Bedürfnisbefriedigung aller Mitarbeiter(innen) in höherem Maße zu gewähren, und wie etwa Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit betrieblicher und persönlicher Lebenszusammenhänge vermittelt werden können.

Befunde zu den gesundheitsthematischen Interventionen

Zwischen dem Interesse der Betriebe, die Gesundheit und Leistungsfähigkeit ihrer Mitarbeiter(innen) zu fördern, der Umsetzung dieses Vorhabens und den messbaren Wirkungen liegen allerdings mehrere Barrieren. Zwar ist das Interesse an betrieblicher Gesundheitsförderung durchaus hoch – z.B: erfreut sich die Plattform „Gesundheitsförderung“, die im Sozialnetz Hessen Arbeitsunterlagen für Anwender/innen bereitstellt, regen Besuchs (Bös, Gröben & Woll 2002), und die Wahrscheinlichkeit, dass ein Unternehmen betriebliche Gesundheitsförderung einführt, steigt sowohl mit hoher Beschäftigungsstabilität als auch mit drohendem Arbeitsplatzabbau (Lenhardt & Rosenbrock 2006).

In der *Gesamtbetrachtung* zeigt sich jedoch, dass zwar viele Unternehmen einzelne Maßnahmen durchführen, umfassende betriebliche Gesundheitsförderung mit systemischem Ansatz jedoch nur bei 10-15% dieser Betriebe in Angriff genommen wird – und dass viele Interventionen auf das Verhalten der Mitarbeiter(innen) und weniger auf die Verhältnisse, die diese im Betrieb vorfinden, abzielen: So konzentriert sich die eindeutige Mehrheit der durch Krankenkassen finanzierten Präventionsangebote auf Rückenschmerzen, individuelle Risikofaktoren und auf Verhaltenskorrekturen (vgl. Gusy & Kleiber 2000; Bös, Gröben & Wöll 2002; Schnabel 2007b). Da sich verhältnisorientierte Interventionen in der Minderheit befinden, konnten laut Kreis (2005) bisher auch noch nicht Befunde über ihre Wirkungen in ausreichender Breite und Tiefe zusammengestellt werden. Es zeigt sich also die Notwendigkeit von Evaluation, Dokumentation und Publikation vor allem verhältnisorientierter Interventionen zur betrieblichen Gesundheitsförderung.

2.3.3.4 Zusammenfassung: Interventionsformen der betrieblichen Gesundheitsförderung

Um Interventionsformen zur betrieblichen Gesundheitsförderung einer Einteilung zu unterziehen, wurde zunächst zwischen verschiedenen möglichen Strategien die betriebliche Gesundheitsförderung als Verbindung von Personalentwicklung, Organisationsentwicklung, Arbeitsmedizin und Arbeitsschutz, die durch einen salutogenetischen und systemischen Ansatz gekennzeichnet ist, abgegrenzt. Weiters werden ihre Interventionsformen voneinander nach ihrer Zielebene (Makro-, Meso-, Mikroebene), ihrem Ansatzpunkt (einzelne Person, Organisation oder Schnittstelle zwischen Individuum und Organisation), ihrem Umfangsbereich (Systeme, Programme, Maßnahmen), ihren Inhalten und Methoden unterschieden. Als entscheidend wird hier vor allem das Vor-

handensein eines Teilsystems zur betrieblichen Gesundheitsförderung und seiner Merkmale – Systemstrukturen und -prozesse, mehrfache Ansatzpunkte der Interventionen sowie Vernetzung mit anderen inner- und außerbetrieblichen (Teil-) Systemen betrachtet.

Eine wichtige Frage ist dabei auch hier, ob die Interventionen auch mit den Grundsätzen der Gesundheitsförderung übereinstimmen.

2.3.4 Grundsätze betrieblicher Gesundheitsförderung

Ziel dieses Teilkapitels ist es daher, die ersten Kapitel erarbeiteten Grundsätze der Gesundheitsförderung auf Grundlage der zuvor aus der Literatur zur betrieblichen Gesundheitsförderung gewonnenen Erkenntnisse auf den Handlungsbereich betriebliche Gesundheitsförderung zu übertragen.

2.3.4.1 Gesundheitsverständnis

Das der vorliegenden Arbeit zugrunde liegende – positive, biopsychosoziale, dem Salutogenese-Ansatz folgende und ressourcenorientierte - Gesundheitsverständnis (vgl. 2.1) wird im Folgenden für den Handlungsbereich betriebliche Gesundheitsförderung angewendet.

Positives Gesundheitsverständnis

Positives Gesundheitsverständnis (vgl. 2.1) bedeutet für den Handlungsbereich betriebliche Gesundheitsförderung, dass sichere und gesunde Arbeit als Teil eines selbst bestimmten Lebens es Menschen ermöglicht, ihre Lebensgrundlagen zu erhalten, indem sie unter möglichst gefährdungs- und schädigungsfreien Bedingungen Aufgaben erhalten, die ihren Fähigkeiten entsprechen und mit ihren persönlichen Werten vereinbar sind; und dass sie die Pflege und Erweiterung ihrer sozialen Netzwerke, das Wählen und Gestalten ihrer sozialen Rollen und das Geben und Empfangen von sozialer Unterstützung erlaubt, indem sie Gelegenheiten zum wertschätzenden Umgang mit anderen Menschen in – und außerhalb des Betriebes schafft und die Vereinbarkeit von Arbeit und außerberuflichen Lebensfeldern vorsieht; und den Menschen Anerkennung und Erfahrungen der Selbstwirksamkeit, sowie Anreize zur Selbstentwicklung in persönlich bedeutsamen Bereichen verschafft.

Biopsychosoziales Gesundheitsverständnis

Biopsychosoziales Gesundheitsverständnis (vgl. 2.1) im Handlungsbereich betriebliche Gesundheitsförderung drückt sich darin aus, dass gesundheitsfördernde Unternehmen ihre Leistungen in einer Weise erstellen, die die körperliche und psychische Befindlichkeit aller Beteiligten, sowie die Verhältnisse ihrer sozialen und ökologischen Umwelt günstig beeinflusst.

Salutogenese-Ansatz

Salutogenetisches Gesundheitsverständnis im Handlungsbereich betriebliche Gesundheitsförderung geht davon aus, dass Gesundheit bei der Arbeit entstehen kann, wenn ihre übergeordneten Zusammenhänge erkannt (Kohärenzsinn), mit eigenen Werten vereinbart und in die eigene Geschichte und Handlungen eingebunden werden können.

Demnach soll die Verstehbarkeit des sich immer wieder wandelnden Geschehens in- und außerhalb des Unternehmens durch Lernmöglichkeiten in Abstimmung mit den Aufgaben, und durch Klarheit der Aufträge, Abläufe, und Entscheidungsvorgänge ermöglicht werden; die Handhabbarkeit der gestellten Aufgaben durch die Passung persönlicher Fähigkeiten mit den Anforderungen, und durch deren Weiterentwicklung erleichtert werden; und die Sinnhaftigkeit der Tätigkeit durch die Möglichkeit, Lebensziele mit Unternehmenszielen zu verbinden, erfahrbar werden (vgl. Lüde 1993; Kern 2005; Westermayer & Stein 2006).

Ressourcenorientierung

Ressourcenorientierung (vgl. Karazman & Morawetz 1996; Bamberg & Metz 1998; Sochert 1998; Gussy & Kleiber 2000; Drumm 2000; Ducki 2000; Shannon, Robson & Sale 2001; Kieselbach 2003; Badura & Heilmann 2003; Naidoo & Wills 2003; Oppolzer 2003; Docherty et al. 2003; Elmiger 2004; Gunkel 2004; Janczak 2004; Braun 2004; Wieland, Tint-Antusch & Hölper 2005; Kern 2005; Osterloh & Weibel 2006; Grawitch, Gottschalk & Munz 2006; Graf 2006; Frankó 2006) im Handlungsbereich betriebliche Gesundheitsförderung meint, die Stärken und Fähigkeiten der Mitarbeiter(innen) sowie die organisationalen und sozialen Möglichkeiten zu ihrer Unterstützung zu erkennen und zu verbessern, indem berücksichtigt wird, dass Arbeit Verausgabung und Bereicherung bringen kann – wobei es auf ihre Rahmenbedingungen und ihre Ausgestaltung ankommt.

Ressourcen der Arbeit können etwa im Bereich der betrieblichen Rahmenbedingungen, der Arbeitsverträge, der Arbeitszeitgestaltung, des Arbeitsplatzes, der sozialen Bedingungen, der Arbeitsorganisation, oder der Arbeitsaufgabe liegen. Durch betriebliche Rahmenbedingungen wie Arbeitsplatzsicherheit, einen gerechten Arbeitsvertrag und angemessene Entlohnung, erholungs- und familienfreundliche Arbeitszeitgestaltung, eine klar erfüllbare Rolle im Unternehmen, sowie die Aussicht auf Weiterentwicklung, sind günstige Einflüsse auf die Gesundheit der Mitarbeiter(innen) zu erwarten.

Wichtig erscheinen weiters Vorhersehbarkeit, Durchschaubarkeit und Klarheit von Aufbau, Ablauf und Regeln im Unternehmen, sowie Möglichkeiten der Selbstbestimmung, Mitbestimmung, der Beteiligung an der Zielsetzung, Planung, Gestaltung, Umsetzung, Überprüfung und Auswertung der Betriebsaktivitäten. Auch die Anlage von Arbeitsort, -umgebung, und -weg können gesundheitsförderlich wirken, wenn sie z.B. Gestaltungs-, Bewegungs-, Begegnungs-, Erholungs-, und / oder Lernmöglichkeiten bieten.

Weiters gilt die Stärkung sozialer Ressourcen – durch Verbesserung von Führung, sozialer Vernetzung und Unterstützung durch entsprechende Lenkung der Zusammenarbeit und Möglichkeit zu aufgabenbezogenen und persönlichen Gesprächen – als für die betriebliche Gesundheit und Leistung entscheidend. Gesundheitsfördernde Führung zeichnet sich durch fürsorgliche Gestaltung der Arbeitsverhältnisse, durch Gesprächsbereitschaft, Setzen von Anregungen, Anreizen und Belohnungen, Anerkennung und Wertschätzung, Vermitteln von Verständlichkeit, Vorbildwirkung, gemeinsames Lernen und ein Gleichgewicht von Kontrolle und Vertrauen aus.

Arbeitsaufgaben vermögen die Menschen im Unternehmen zu stärken, wenn sie Vereinbarkeit mit persönlichen Werten und Zielen und Sinnhaftigkeit vermitteln; wenn sie Planung, Entscheidung, Durchführung, Auswertung, und Wechsel zwischen verschiedenen Tätigkeiten fordern; wenn sie mit Fähigkeiten, Ausbildungen, Erfahrung, Begabungen, und Neigungen der Mitarbeiter(inne)n zusammenpassen und Herausforderungen, aber auch Spielräume für Planung, Durchführung und Auswertung schaffen (durch Ermächtigung dazu sowie durch zur Verfügung stellen von ausreichend Zeit und Mitteln); wenn Gesamtumfang, Gesamtzeit und Arbeitsumfang pro Zeiteinheit der Aufgaben ein angemessenes Verhältnis von Belastung zu Erholung sicherstellen und Freiheit in der Aufteilung, Reihenfolge und Gestaltbarkeit von Belastungs- und Erholungsphasen gewährt wird. (vgl. Karazman & Morawetz 1996; Bamberg & Metz 1998; Sochert 1998; Gusy & Kleiber 2000; Drumm 2000; Ducki 2000; Shannon, Robson & Sale 2001; Kieselbach 2003; Badura & Hehlmann 2003; Naidoo & Wills 2003; Oppol-

zer 2003; Docherty et al. 2003; Elmiger 2004; Gunkel 2004; Janczak 2004; Braun 2004; Wieland, Tint-Antusch & Hölper 2005; Kernen 2005; Osterloh & Weibel 2006; Grawitch, Gottschalk & Munz 2006; Graf 2006; Frankó 2006)

2.3.4.2 Vorgehensweise bei Interventionen

In Anlehnung an die Vorgehensweise bei Interventionen der Gesundheitsförderung, wurden ihre Grundsätze – Prozessorientierung, Verhaltens- und Verhältnisorientierung, Setting-Ansatz, systemisches und partizipatives Vorgehen, intersektorale und multidisziplinäre Zusammenarbeit, Netzwerkarbeit und Zielgruppenorientierung – auf das Handlungsfeld betriebliche Gesundheitsförderung übertragen wie folgt.

Prozessorientierung

Prozessorientierung in der betrieblichen Gesundheitsförderung bedeutet, dem ständigen Wandel in Gesellschaft (vgl. z.B. Höfle 2004, Westermayer & Stein 2006) und Unternehmen Rechnung zu tragen, indem betriebliche Gesundheitsförderung die Veränderungen in den Verhältnissen der Arbeitswelt und in der Befindlichkeit ihrer Menschen beobachtet, neue Herausforderungen und Bedürfnisse erkennt und nach fortlaufender Verbesserung ihrer Verfahren und Ergebnisse strebt. Auf diese Weise soll sie neue Bereiche erschließen, Unternehmen in ihrer Entwicklung und Menschen im Verlaufe ihres Erwerbslebens begleiten.

Verhaltens- und Verhältnisorientierung

Verhaltens- und Verhältnisorientierung in der betrieblichen Gesundheitsförderung berücksichtigt, dass Gesundheit im Betrieb in einer Wechselwirkung zwischen dem Verhalten der Mitarbeiter(innen) und den Verhältnissen des betrieblichen Umfeldes entsteht; das heißt, ein Hand in Hand Gehen der Bereitschaft aller Beteiligten zur Verhaltensänderung, und eine entsprechende Personalentwicklung, mit einer unterstützenden Veränderung der Arbeitsverhältnisse, über Organisationsentwicklung, erweist sich als unverzichtbar. Von Mitarbeiter(inne)n hingegen zu fordern, sich um die eigene Gesundheit selbst zu kümmern, oder Mitarbeiter(innen), die berufsbedingt erkranken oder verunfallen als überempfindlich, wenig belastbar oder "typische Unfallere" zu bezeichnen, schiebt den Opfern die Schuld zu und geht an den wahren Einflüssen vorbei (vgl. Gordon 1987; Bös, Gröben & Wöll 2002; Naidoo & Wills 2003). Es zeigt sich, dass günstige Gesundheitsverhältnisse am Arbeitsplatz eine Verbesserung des persönlichen Gesundheitsverhaltens in- und außerhalb der Arbeit deutlich erleichtern, bzw. oft überhaupt die Voraussetzung dafür bilden (z.B. Midha & Sullivan 1999, Gerisch 2005).

Setting-Ansatz

Der Setting-Ansatz (vgl. WHO 1994), übertragen auf das Handlungsfeld betriebliche Gesundheitsförderung, bedeutet, ihre Interventionen mit dem Ziel der Organisationsentwicklung durchzuführen, da Gesundheit unter anderem dort entsteht, wo Menschen arbeiten. Einen Gesundheit fördernden Betrieb zu entwickeln fordert, sich mit seinen jeweils besonderen Gegebenheiten und übergeordneten Werten auseinander zu setzen, seine Ziele, Aufgaben, Rollen, seinen Aufbau, sowie seine Regelwerke und Abläufe zu berücksichtigen und in Richtung auf bessere Selbstbestimmung und Bedürfnisbefriedigung aller seiner Mitarbeiter(innen) und Partner(innen) auszugestalten. Interventionen in dieses Setting sollen demnach so geplant werden, dass sie betriebliche Ziele unterstützen und nicht auf Abwehr stoßen, sondern als Anregungen aufgenommen werden können. Dem Setting-Ansatz zu folgen meint für die betriebliche Gesundheitsförderung weiters, systemisch vorzugehen.

Systemisches Vorgehen

Systemisches Vorgehen (vgl. Grossmann 1994) in der betrieblichen Gesundheitsförderung wird hier so verstanden, dass ein eigenes Teilsystem zur betrieblichen Gesundheitsförderung eingerichtet wird, das sich durch eigene Systemprozesse, Systemstrukturen und Vernetzung mit anderen inner- und außerbetrieblichen Systemen auszeichnet. Als Systemprozesse werden hier Analyse und Diagnose (mittels Gesundheitsbericht und beteiligungsorientierter Verfahren), Interventionsplanung, Durchführung und Qualitätssicherung, Evaluation; als Systemstrukturen betriebliche Gesundheitspolitik, Einrichtungen wie Arbeitskreis (Steuerkreis) und Gesundheitszirkel, Einbindung von Expert(inn)en (z.B. aus Organisationsentwicklung, Personalentwicklung, Gesundheitswissenschaft, Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz u.a.), verantwortliche Personen, betriebliche Regelungen (in Bezug auf die Arbeit oder auf die Beteiligung an betrieblicher Gesundheitsförderung) und Ressourcen (wie Finanzierung, Zeit, Raum, Infrastruktur, Material, Informationen) verstanden. Als Partner(innen) für Netzwerkarbeit erscheinen z.B. innerbetrieblich verschiedene Leitungs- und Dienstleistungsstellen, Betriebsrat und Gewerkschaft, außerbetrieblich Organisationen der betrieblichen Gesundheitsförderung, wissenschaftliche Institutionen, Berufsgenossenschaften und Versicherungen geeignet.

Partizipatives Vorgehen

Partizipatives Vorgehen in der betrieblichen Gesundheitsförderung bedeutet, die Betroffenen ihrer Interventionen an Entscheidungen über ihre Ziele, ihre Gestaltung und

ihre Grenzen (z.B. zwischen Arbeit und Privatleben) zu beteiligen. Es benötigt klare Vereinbarungen, Führung, Vertrauen und gegenseitige Unterstützung und soll sämtliche Zielgruppen sowie die Mitwirkung des Betriebsrates berücksichtigen. Partizipatives Vorgehen wird von Gesundheitswissenschaftler(inne)n (z.B. Bueren 2002; Badura & Hehlmann 2003; Höfle 2004; Sulzberger 2006; Grawitch, Gottschalk & Munz 2006; Westermayer & Stein 2006) als Voraussetzung für gesundheitsförderliche Selbstbestimmung und Bedürfnisbefriedigung; für die Leistungsfähigkeit; für das Erkennen von betrieblichen Schwächen und Schwierigkeiten sowie für das Finden von Lösungsmöglichkeiten dazu; für das Mittragen von Unternehmensentscheidungen und Interventionen der betrieblichen Gesundheitsförderung, sowie für deren Effektivität, Effizienz und Nachhaltigkeit, gesehen.

Intersektorale und multidisziplinäre Zusammenarbeit

Intersektorale Zusammenarbeit in der betrieblichen Gesundheitsförderung bedeutet, alle Bereiche eines Betriebes in die Gestaltung einer gesundheitsförderlichen Organisationsentwicklung miteinzubeziehen. Multidisziplinäre Zusammenarbeit heißt, die Ansätze, Methoden und Ergebnisse verschiedener Wissenschaftsdisziplinen (z.B. Volkswirtschaftswissenschaft, Betriebswissenschaft, Organisationswissenschaft, Personalwirtschaftswissenschaft, Arbeits- und Organisationssoziologie; Verfahrenstechnik, Ergonomie, Biomechanik, Biochemie, Arbeitsmedizin, Arbeits-, Organisations- und Wirtschaftspsychologie, Berufs-, und Erwachsenenpädagogik, u.a.) zusammenzuführen. Intersektorale und multidisziplinäre Zusammenarbeit beinhaltet demnach die Einbeziehung von Personen und Wissen aus allen Arbeits- und Fachbereichen, um Aufgaben der betrieblichen Gesundheitsförderung umsichtig zu bearbeiten.

Netzwerkarbeit

Mit Netzwerkarbeit in der betrieblichen Gesundheitsförderung (vgl. Docherty et al. 2003) ist gemeint, Kontakte zwischen Menschen und zwischen Organisationen bzw. deren Teilbereichen in- und außerhalb des Betriebes herzustellen, zu pflegen, zu erweitern und zu nutzen. Solche Netzwerke können einzelne Unternehmen, Einrichtungen der Gesundheitsförderung, Verbände, Orte oder Länder umfassen; sie können sich nach Größe, Aufnahmebedingungen, Mitgliedern, Art und Stärke ihrer Verbindungen, Durchgängigkeit und Form voneinander unterscheiden. Netzwerke empfehlen sich z.B. zum gemeinsamen Lernen im Sinne der Weiterentwicklung betrieblicher Gesundheitsförderung. Hier können Anregungen und Wissensbestände ausgetauscht und in

der Folge verschiedene Denk- und Handlungsweisen in Anpassung an unterschiedliche Anwendungsbedingungen erprobt werden.

Zielgruppenorientierung

Zielgruppenorientierung betrieblicher Gesundheitsförderung bedeutet, die Frage zu stellen, welche Zielgruppen von Interventionen im Betrieb unterschieden werden können, um ihre Stärken und besonderen Bedürfnisse ins Auge zu fassen. Mögliche Einteilungsgesichtspunkte solcher Zielgruppen könnten Alter, Geschlecht, gesundheitliches Befinden bzw. Vorliegen von Krankheiten oder besonderen Bedürfnissen, ethnische, nationale, kulturelle oder religiöse Zugehörigkeit, Bildung, Beruf, Einkommen, regionale und soziale Herkunft bilden.

Einige Autor(inn)en geben Hinweise darauf, in welcher Zielgruppenorientierung (vgl. Kloimüller & Schierl 1997; Dobbins, Simpson, Oldenburg, Owen & Harris 1998; Shephard 2000; Bös, Gröben & Wöll 2002; Staman 2003; Elmiger 2004; Naumanen 2006) in der betrieblichen Gesundheitsförderung berücksichtigt werden soll. So wird etwa berichtet, dass es sich als schwierig erweisen kann, Angehörige sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen zur Teilnahme an betrieblicher Gesundheitsförderung zu bekommen, wenn diese mit zusätzlichen Kosten (und seien diese nur für die Hin- und Rückfahrt) verbunden ist.

Einen weiteren wesentlichen Beobachtungspunkt stellen Unterschiede zwischen verschiedenen Altersgruppen dar (vgl. Elmiger 2004); so soll die Entwicklung älterer Mitarbeiter(innen) genauso berücksichtigt werden wie die der jüngeren, Zusammenarbeit und Wertschätzung zwischen den Altersgruppen soll gefördert werden, und gesundheitsthematische Angebote sollen Ältere nicht unter Vergleichsdruck mit Jüngeren setzen.

Was Mitarbeiter(innen) mit gesundheitlichen Einschränkungen (z.B. chronischen Krankheiten oder Behinderungen) betrifft, so liegt es erstens nahe, ihre besonderen Bedürfnisse zu berücksichtigen, zweitens, ihnen trotz ihrer Leistungsminderung mit gleicher Wertschätzung zu begegnen. Und in Bezug auf Gesundheitsverhalten von Mitarbeiter(innen) stellt sich die Frage, wie dem Problem begegnet werden kann, dass gerade die weniger Gesundheitsbewussten auf Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung meist in geringerem Ausmaß ansprechen.

2.3.4.3 Politische Dimension

Die Grundsätze zur politischen Dimension der Gesundheitsförderung – advocacy, change facilitation, empowerment, Chancengleichheit und Geschlechtergerechtigkeit – erhalten im Handlungsfeld Betrieb eine besondere Bedeutung, die im folgenden näher erläutert wird.

Advocacy – Change Facilitation – Empowerment

Anwaltschaftliches Eintreten für betriebliche Gesundheit bedeutet, dass sich alle Beteiligten im Betrieb dafür einsetzen, wobei der Einsatz der Unternehmensführung als entscheidend gesehen wird, da diese über die Macht verfügt, Veränderungen in Richtung besserer organisationaler und sozialer Bedingungen einzuleiten (vgl. Sulzberger 2006).

Chancengleichheit

Chancengleichheit in der betrieblichen Gesundheitsförderung meint, Mitarbeiter(inne)n gerechten Zugang zu Gesundheitschancen, also zu Selbstbestimmung und Bedürfnisbefriedigung, und gleichzeitig eine Vielfalt von selbstgewählten Lebensweisen (diversity), auch in Bezug auf ihren Lebensbereich Arbeit, zu ermöglichen. Dies erscheint deshalb angeraten, da Beruf, Bildung, Einkommen, Stellung im Betrieb und die damit verbundene Befähigung, Sicherheit, gesellschaftliche Stellung, Einfluss und Anerkennung, sowie Belastungen und Bewältigungsmöglichkeiten in Betrieben, nicht gleich verteilt sind. Als wesentliche Aufgabe von betrieblicher Gesundheitsförderung kristallisiert sich daher heraus, unterschiedliche Gesundheitsbedingungen der Mitarbeiter(inne)n im Betrieb zu erkennen und gerechtere Gesundheitsverhältnisse anzustreben, indem besonders darauf geachtet wird, dass bislang benachteiligte Mitarbeiter(innen) von ihren Angeboten erreicht werden, dass diese für sie zugänglich und maßgeschneidert sind und dass sie in ihrer Beteiligung unterstützt werden (vgl. Crump, Earp & Kozma 1996; Dobbins et al. 1998; Bös, Gröben & Wöll 2002). Weiters wird von mehreren Autor(inn)en (z.B. Groth & Rasky 2003; Elmiger 2004) „diversity management“ als Voraussetzung dafür gesehen, dass eine gleich berechnigte Vielfalt selbst gewählter Lebensweisen innerhalb des Betriebs eine erfolgreiche Zusammenarbeit in gegenseitiger Unterstützung und Wertschätzung, mit gerechter Verteilung von Lohn und Anerkennung erlaubt, und dass Chancengleichheit auf allen betrieblichen Ebenen geprüft und verbessert wird.

Geschlechtergerechtigkeit

Geschlechtergerechtigkeit in der betrieblichen Gesundheitsförderung (vgl. Messing & Östlin 2003; Groth & Rasky 2003; Höfle 2004; Pirolt & Schauer 2005) zielt darauf ab, Menschen im Betrieb in ihrer geschlechtlich geprägten Einzigartigkeit zu achten, dabei ihre unterschiedlichen Bedarfe zu berücksichtigen und ihnen auf dieser Grundlage gerecht verteilte Möglichkeiten, in ihrer Arbeit mehr Selbstbestimmung und Bedürfnisbefriedigung zu erlangen, zu ermöglichen. Da soziale Bedingungen der Arbeitswelt wie in allen menschlichen Lebensbereiche geschlechtlich geprägt sind, erscheint es demnach als notwendig, sämtliche ihrer Gegebenheiten auf ihre unterschiedliche Bedeutung und Auswirkung in Bezug auf Männer und Frauen zu überprüfen, und dies bei ihrer Gestaltung zu berücksichtigen. Gender Mainstreaming sollte daher zu einem Pfeiler der Personal- und Organisationspolitik werden.

Da auch in der betrieblichen Gesundheitsförderung die Lebensbedingungen und Bedürfnisse von Frauen bislang oft nicht ausreichend berücksichtigt werden (vgl. Pirolt & Schauer 2005), sollten im Sinne von Gender Mainstreaming alle Interventionen der betrieblichen Gesundheitsförderung auf ihre Geschlechtergerechtigkeit geprüft und verbessert werden – sowohl in Bezug auf ihre Systemprozesse als auch auf ihre Systemstrukturen. Als Voraussetzung dafür wird gesehen, ein Bewusstsein für die Bedeutung von Geschlechtergerechtigkeit sowohl auf gesamtgesellschaftlicher (Rechtslage) als auch auf betrieblicher Ebene zu schaffen.

2.3.4.4 Qualitätsdimension

Die Qualitätsdimension der Gesundheitsförderung auf den Handlungsbereich betriebliche Gesundheitsförderung zu übertragen bedeutet, die betriebswirtschaftliche Qualitätsdimension mit jener der Gesundheitsförderung zu verknüpfen. Wie von mehreren Autor(inn)en (z.B. Rosenbrock 2000; Görres 2001; Breucker 2001; Badura & Hehlmann 2003) erwähnt, wurde Qualitätsmanagement von vielen Betrieben bereits eingeführt, und zukünftig werden wohl die meisten Betriebe damit arbeiten. Von ihrer Verknüpfung mit der betrieblichen Gesundheitsförderung wird erwartet, dass beide Zielrichtungen (betriebswirtschaftliche Kernziele und Gesundheitsförderungsziele) an Reichweite und Wirkungstiefe gewinnen können.

Von Expert(inn)en der betrieblichen Gesundheitsförderung wurden in diesem Sinne bereits Qualitätskriterien ausgearbeitet; die europäischen Qualitätskriterien für betriebliche Gesundheitsförderung sind an das Modell der „European Foundation for Quality Management“ (EFQM) angelehnt; dieses unterscheidet zwischen Befähigerkriterien

(50%: Führung, Mitarbeiterorientierung, Politik und Strategie, Ressourcen, Prozesse) und Ergebniskriterien (50%: Mitarbeiterzufriedenheit, Kundenzufriedenheit, Gesellschaftliche Verantwortung und Image, Geschäftsergebnisse); diese Qualitätskriterien wurden übrigens von Münch, Walter & Badura (2003) für die Rahmenbedingungen und Kernprozesse betrieblicher Gesundheitsförderung (Diagnose, Interventionsplanung, Intervention und Evaluation) noch weiter ausgearbeitet.

Ergänzend bzw. quer zu den genannten Qualitätskriterien erscheint es in Anlehnung an jene der allgemeinen Gesundheitsförderung (vgl. Schnabel 2007b) sinnvoll, Interventionen der betrieblichen Gesundheitsförderung auch auf Bedarfsgerechtigkeit, Sachangemessenheit, Effektkongruenz und Nachhaltigkeit zu überprüfen, wobei die Einhaltung der gewählten Kriterien durch Qualitätssicherung zu gewährleisten ist. Da betriebliche Gesundheitsförderung, wie sie im Rahmen der vorliegenden Arbeit verstanden werden soll, sich durch systemisches Vorgehen bzw. die Einrichtung eines eigenen Teilsystemes auszeichnet, besteht die Hoffnung, dass Systemprozesse wie Analyse-Diagnose (Bedarfserhebung), Interventionsplanung, Durchführung und Qualitätssicherung, dabei helfen, die Bedarfsgerechtigkeit und Sachangemessenheit zu sichern; dass Systemstrukturen Nachhaltigkeit ermöglichen; und dass Vernetzung mit anderen Systemen sowie Evaluation der Interventionen ihrer Effektkongruenz dienen.

Evaluation

Evaluation als systematische datengestützte Bewertung bzw. Einschätzung von Interventionen der betrieblichen Gesundheitsförderung soll dabei helfen, diese zielgerichtet auszuwählen, laufend zu verbessern und ihre Kosten rechtfertigen, und zwar mittels vorausschauender (Input-, Strukturevaluation), begleitender (Prozessevaluation) und nachbereitender (Ergebnisevaluation) Bewertung. Als kurzfristige Ergebnisse werden dabei Veränderungen von Einstellungen, Fähigkeiten, Wissen und Verhalten aller Beteiligten im Betrieb, als langfristige unter anderem der Aufbau einer gesundheitsförderlichen Betriebskultur gesehen (Chu et al. 2000; Münch, Walter & Badura 2003).

Evaluation im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung bringt einige Herausforderungen mit sich, da ein Einvernehmen über Bewertungsmaßstäbe dabei nicht leicht zu erzielen ist; Arbeitsmediziner(innen) erachten zum Beispiel die Verringerung von Risikoverhalten, Führungskräfte das Kosten-Nutzen-Verhältnis als am bedeutendsten (vgl. Sherman 2002). Weiters fehlen allgemein gültige Messgrößen für das Wohlbefinden der Mitarbeiter, und es werden unterschiedlichste Kennwerte verwendet, z.B. für allgemeine körperliche und seelische Gesundheit, Arbeitszufriedenheit,

Stress, Motivation, Einsatzbereitschaft und Arbeitsklima, ohne dass das Verhältnis zwischen diesen Eigenschaften wissenschaftlich erforscht wäre (vgl. Grawitch, Gottschalk & Munz 2006).

Etwas geeigneter erscheinen schon die EFQM-Ergebniskriterien Mitarbeiterzufriedenheit, Kundenzufriedenheit, gesellschaftliche Verantwortung und Image, Geschäftsergebnisse; und unter Berücksichtigung mehrerer Evaluationsperspektiven bietet sich weiters die Erstellung von z.B. „benchmarks“ (Richtmaß: Bester Wert aus dem Vergleich ähnlicher Betriebe bzw. Arbeitsbereiche) als Sollwert oder die „Balanced Scorecard“ (gewichtete Punkte-Karte, in der mehrere, auch nicht-finanzielle Kennzahlen berücksichtigt werden) an.

Das Problem bei der Anwendung von Kennzahlen liegt allerdings darin, dass die Mitarbeiter(innen) meist versuchen, diese zu beeinflussen; allerdings geht dies meist nicht nur durch erwünschtes Verhalten im Sinne der Unternehmensziele von sich (vgl. Erfkamp 2003; Böckem, Schiller & De Vegt 2006).

Ein gänzlich anderes Verfahren der Bewertung von Arbeitsbedingungen (vor und nach Interventionen) empfiehlt Ducki (2000): Die Untersuchung von Belastungen und Ressourcen der Arbeit sowie von physiologischen und psychosozialen Beeinträchtigungen und Positivindikatoren der Gesundheit, mittels experten- und beteiligungsorientierter, bedingungs- und personen-bezogener Verfahren. In mehreren Schritten soll zunächst ein Überblick über den Gesamtbetrieb mithilfe von Dokumentenanalysen und Expert(inn)engesprächen, dann über den jeweiligen Arbeitsbereich mittels Beobachtung und Befragung geschaffen werden, und danach ein Beobachtungsinterview an einem typischen Arbeitsplatz erfolgen.

Mit Evaluation alleine ist es aber noch nicht getan, auch die genaue und einheitliche Dokumentation ihrer Ergebnisse erscheint als notwendig (vgl. Bull et al. 2003), damit Evaluation der Organisationsentwicklung die Richtung weisen kann; dabei sollen auch ihre negativen oder nur neutralen Wirkungen nicht verschwiegen werden, und darüber hinaus sollten auch aufwendigere, aber wirksame Aktivitäten mit einbezogen werden.

2.3.5 Zusammenfassung: Betriebliche Gesundheitsförderung

Arbeit stellt einen wesentlichen Lebensbereich der Menschen dar, der auch maßgeblich die Entstehung von Gesundheit mitprägt. Die Arbeitswelt befindet sich in laufendem Wandel; und gesunde Mitarbeiter(innen) werden benötigt, um diesen Wandel bewältigen zu können und betriebs- und volkswirtschaftliche Ziele zu erreichen. Aus die-

sem Grund hat sich die betriebliche Gesundheitsförderung entwickelt; da dieser Handlungsbereich aus verschiedenen Perspektiven – von Politik, Wirtschaft, Recht, betrieblichen Interessensgruppen, Expert(inn)en der Praxis und verschiedener Wissenschaftsdisziplinen – unterschiedlich gesehen wird, wurde es als notwendig erachtet, ihre verschiedenen Ansätze kurz zu umreißen, um das im Rahmen der vorliegenden Arbeit gewählte Verständnis von betrieblicher Gesundheitsförderung innerhalb dieser verschiedenen Sichtweisen einzuordnen und die in 2.1 erarbeiteten Interventionsformen und Grundsätze der Gesundheitsförderung auf das Handlungsfeld Betrieb zu übertragen. Als entscheidend wird dabei die Einrichtung eines Teilsystems „Betriebliche Gesundheitsförderung“ innerhalb des Betriebes angesehen:

Teilsystem „Betriebliche Gesundheitsförderung“ - 1
Systemprozesse Verbindung von expert(inn)engeleiteten und beteiligungsorientierten Verfahren (z.B. Gesundheitszirkel) in den Phasen: • Analyse und Diagnose (z.B. Gesundheitsberichterstattung, Arbeitssituationsanalyse, Fokusgruppen) • Interventionsplanung • Durchführung • Qualitätssicherung • Evaluation
Systemstrukturen • Betriebliche Gesundheitspolitik • Einrichtungen betrieblicher Gesundheitsförderung (z.B. Arbeitskreis Gesundheit, Gesundheitszirkel, spezielle Arbeitsgruppen ...) • Einbeziehung von Expert(inn)en (z.B. Organisationsentwicklung, Personalentwicklung, Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz, Psychologie, Ernährung, Bewegung) • verantwortliche Personen (z.B. Koordinator(in) für BGF, Leiter(in) für Arbeitsgruppen) • Regelungen (z.B. Arbeitsfreistellung für die Teilnahme an Interventionen) • Ressourcen (Raum, Zeit, Infrastruktur, Material, Informationen, Finanzen) für Sitzungen, Veranstaltungen, Verbesserung der Arbeitsbedingungen ...

Abb. 5-1: Merkmale eines Teilsystems „Betriebliche Gesundheitsförderung“

Teilsystem „Betriebliche Gesundheitsförderung“ - 2
Anwendung verschiedener Inhalte und Methoden mit den Ansatzpunkten • Organisation: Beteiligungsorientierte Organisationsentwicklung, Veränderung von Arbeitsbedingungen • Schnittstelle Individuum / Organisation: Verbesserung von sozialer Unterstützung und Führung • Individuum: allgemeine und gesundheitsthematische Personalentwicklung
Vernetzung Kontakte und Kooperationen innerhalb des Betriebs mit • Leitungsstellen • Dienstleistungsstellen • Betriebsrat • Gewerkschaft Außerhalb des Betriebs, z.B. mit • Organisationen der betrieblichen Gesundheitsförderung • Berufsgenossenschaften • Versicherungen • Wissenschaftlichen Expert(inn)en und Institutionen • Anbietern von gesundheitsbezogenen Dienstleistungen

Abb. 5-2: Merkmale eines Teilsystems „Betriebliche Gesundheitsförderung“

Ein weiterer Zuschnitt der genannten Kriterien auf die angezielte Fragestellung der vorliegenden Arbeit erfolgt im Zuge der nächsten Unterkapitel.

2.4 Betriebliche Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten

Ziel dieses Unterkapitels ist es, die in 2.2 und 2.3 erarbeiteten Interventionsformen und Grundsätze der Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten mit jenen der betrieblichen Gesundheitsförderung abzustimmen. Zu diesem Zweck werden zunächst die Besonderheiten des Handlungsbereiches betriebliche Gesundheitsförderung in bezug auf Bewegungsaktivitäten umrissen, um diese für die Erarbeitung von Interventionsformen und Grundsätzen der betrieblichen Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten entsprechend zu berücksichtigen.

Das *Verhältnis zwischen Arbeit, Gesundheit und Bewegung* befindet sich in stetigem Wandel. In weiten Bereichen der Arbeitswelt in den Industrieländern haben körperliche Belastungen abgenommen. Es verbleiben einige Tätigkeiten und Berufe, die mit hohem Bewegungsumfang verbunden sind, aber auch solche, die Bewegungseinschränkung mit sich bringen.

Zur Vorbereitung auf körperlich fordernde Arbeitsaufgaben, aber auch als Ausgleich zu einseitigen Beanspruchungen, wurden seit dem 19. Jahrhundert Bewegungsaktivitäten eingesetzt, wobei zunächst zwischen Betriebssport (Mitterbauer 1994) und Arbeitersport (vgl. Teichler 1987) unterschieden werden kann. Der Betriebssport stand für unternehmerische Fürsorge und betriebliches Zusammengehörigkeitsgefühl, und brachte auch eine Möglichkeit zur Selbstdarstellung des Unternehmens – zusätzlich zu allfälligem Sportsponsoring. Der Arbeitersport fand in der Freizeit statt und war mit dem politischen Gedanken der Befähigung und Ermächtigung der Arbeiter(innen) zur Teilhabe an Wohlstand, gesellschaftlicher Anerkennung und Einfluss verbunden.

Mit der Entwicklung von Gesundheitsförderung in den Betrieben wurden Bewegungsaktivitäten dann auch häufig als eine von mehreren inhaltlichen Maßnahmen, die schwerpunktmäßig auf das individuelle Verhalten abzielten, eingeführt oder erweitert (z.B. Helmenstein 2004). So wurden neben dem bestehenden Betriebssport mit seinen Wettkämpfen bald auch Rückenschulen und verschiedene andere Bewegungs-Kurse und Veranstaltungen angeboten, Anlagen und Einrichtungen für Bewegungsaktivitäten zur Verfügung gestellt und Vergünstigungen für Außer-Haus-Bewegungsangebote gegeben.

Diese Angebote werden auch oft als Belohnung für Mitarbeiter(innen) eingesetzt, allerdings meist ohne sich darüber hinaus weitere Wirkungen zu erwarten. Bewegungsaktivitäten genießen in vielen Fällen sowohl in der Meinung der Arbeitnehmer(innen) als auch bei Vorgesetzten und anderen betrieblichen Expert(inn)en, z.B. den Arbeitsmediziner(inne)n, einen hohen Stellenwert; im Rahmen von Gesundheitsförderung werden Bewegungsaktivitäten offenbar als verhältnismäßig harmlos für alle Seiten, weil „unabhängig“ von „gefährlicheren“ Themen bzw. von den Arbeitsbedingungen betrachtet (vgl. Elo et al. 1999, Sala, Janer, Font, Garau, Solé, Corbella, Partanen & Kogevinas 2002); die Teilnahmeraten der Bewegungsaktivitäten allerdings können mit deren Beliebtheit nicht mithalten.

Außerdem wird Bewegung zwar als Teil persönlichen Gesundheitsverhaltens in seinen körperlichen Auswirkungen für bedeutsam erachtet, jedoch finden sich kaum Belege dafür, dass auch übergeordnete Sinnzusammenhänge von Bewegung im Bereich der

betrieblichen Gesundheitsförderung Beachtung finden, bzw. daß die (weiter oben genannten) Möglichkeiten, Bewegung als Medium von Reflexion, Kommunikation, Kooperation und Kreativität einzusetzen, ausgelotet würden, etwa jene, inwieweit sie als „Türöffner“ für Gesundheitsförderung dienen könnten.

Umgekehrt könnte mit betrieblicher Gesundheitsförderung versucht werden, den Mitarbeiter(innen) die Ausübung selbst bestimmter bedürfnisgerechter Bewegungsaktivitäten zu erleichtern. Im Folgenden soll erörtert werden, welche Expert(inn)en dabei helfen könnten, und welche Interventionsformen und Grundsätze für betriebliche Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten ratsam erscheinen.

2.4.1 Expert(inn)en der betrieblichen Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten

Angebote betrieblicher Bewegungsaktivitäten kommen von innerhalb (Arbeitsmedizin, Physiotherapie, Personalmanagement und -entwicklung) und außerhalb des Unternehmens, von Expert(inn)en der Praxis und solchen der Wissenschaft.

Als *Expert(inn)en der Praxis*, die sich berufen fühlen, Betriebe und ihre Mitarbeiter(innen) in Bezug auf Bewegungsaktivitäten zur Gesundheitsförderung zu betreuen, verstehen sich Angehörige verschiedener Berufsgruppen und Wissenschaftsdisziplinen – etwa Sportmediziner(innen) (um Richtlinien für Bewegungsprogramme zu liefern, mit den drei Säulen Ausdauer, Kraft und Beweglichkeit) (Di Nubile & Sherman 1999), und sogar Pflegekräfte (als Berater(innen)) (Purat, Miller, McCabe & Wilbur 2004); deren Arbeit kann dann ja wohl hauptsächlich auf eine Vermittlung biomedizinischer Wissenszusammenhänge über die Wirkung von Bewegungsaktivitäten auf einige ausgewählte körperliche Gesundheitsvoraussetzungen hinauslaufen und ist damit von einer umfassenden Gesundheitsförderung weit entfernt.

Im Gegensatz zu Angehörigen medizinischer Berufsgruppen haben Sportwissenschaftler(innen) in ihrer Ausbildung gelernt, Bewegungsaktivitäten auch im Hinblick auf die Stärkung von physischen, psychischen und sozialen Ressourcen ihrer Teilnehmer(innen) anzuleiten, und sind mit Inhalten, Methoden und Didaktiken verschiedenster Bewegungsaktivitäten für mehrere Zielgruppen und Settings vertraut. Die betriebliche Gesundheitsförderung könnte daher für sie zu einem Berufsfeld werden, in dem sie einen wesentlichen Beitrag leisten können (vgl. Bös, Gröben & Wöll 2002), vorausgesetzt, dass sie sich dafür zusätzliche Fähigkeiten in Projektmanagement, Personal- und Organisationsentwicklung, sowie zur Herstellung von Verbindungen z.B. zwischen

Sportvereinen und Betrieben aneignen. Im Rahmen der folgenden Arbeit soll Sachangemessenheit betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten daher so verstanden werden, dass ihre Interventionen auf Grundlage multidisziplinärer (vor allem sportwissenschaftlicher – und hier wiederum bewegungs- und sportdidaktischer und trainingswissenschaftlicher – gesundheitswissenschaftlicher, und arbeitswissenschaftlicher) Wissensbestände sowie unter Beteiligung von Sportwissenschaftler(inne)n geplant, durchgeführt und ausgewertet werden.

Unter den *Expert(inn)en der Wissenschaft* beschäftigen sich in erster Linie Mediziner(innen) und Psycholog(inn)en mit betrieblichen Bewegungsaktivitäten zur Gesundheitsförderung. Für sie bietet der Betrieb häufig eine günstige Versuchsstätte für die Erprobung ihrer Modelle, Methoden und Instrumente in einem Feld, wo gesunde erwachsener Untrainierte in Gruppen eingeteilt und über längeren Zeitraum beobachtet, also in Längsschnittstudien einbezogen werden können. Allerdings wird die bestehende Literatur über Bewegungsaktivitäten zur Gesundheitsförderung von Evanoff (2006) als von minderer Qualität beurteilt: Die jeweiligen Bewegungsaktivitäten in den Untersuchungen stellen meist einzelne Maßnahmen dar, die ihre Aufmerksamkeit auf einzelne Personen, deren Gesundheitsverhalten bzw. einzelne ihrer körperlichen oder psychischen Fähigkeiten richten, nicht langfristig durchgeführt werden und das betriebliche Umfeld nicht miteinbeziehen, und also nicht in eine systemische, verhältnisorientierte betriebliche Gesundheitsförderung eingebettet sind.

Bewegungsaktivitäten als Teilbereich der betrieblichen Gesundheitsförderung, wie sie im Rahmen der vorliegenden Arbeit verstanden werden soll (positiv, biopsychosozial, am Salutogenese-Ansatz und an Ressourcen orientiert) scheinen noch nicht in den Blickpunkt gerückt zu sein. Da Gesundheit in dem umfassenden Sinn, wie sie hier verstanden werden soll, durch Verhalten und Verhältnisse bedingt werden, werden in solchen Studien, die sich auf die Untersuchung verschiedener personaler Parameter (physische wie Kraft, Ausdauer, und psychische wie Selbstwirksamkeit oder Coping) beschränkten, teils wesentliche Einflüsse aus dem Umfeld übersehen, und teils wird zwar vielleicht die Veränderung dieser Parameter korrekt untersucht, die Ergebnisse sagen aber nichts über die Wirkung auf Gesundheit in umfassendem Sinne aus.

Darüberhinaus können die genannten Studien eine Reihe methodischer Mängel (vgl. Evanoff 2006) aufweisen (z.B. indem Selbstbericht als Maß für Bewegungsaktivität verwendet wird). Erscheinen die Literaturbefunde aus Medizin und Psychologie unzulänglich, so sind jene der Sportwissenschaft so gut wie nicht vorhanden. Ihre Vertreter(innen) scheinen sich für Bewegungsaktivitäten im Zuge der betrieblichen Gesund-

heitsförderung kaum zu interessieren. Um Interventionsformen und Grundsätze für Betriebliche Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten herzuleiten, kann demnach kaum auf unmittelbar zu diesem Thema erstellte Literatur zurückgegriffen werden; daher werden die in den vorangegangenen Unterkapiteln erarbeiteten Interventionsformen und Grundsätze für Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten mit jenen der betrieblichen Gesundheitsförderung im Folgenden abgestimmt.

2.4.2 Interventionsformen der betrieblichen Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten

Im Folgenden werden die in den Unterkapiteln 2.2 und 2.3 beschriebenen Interventionsformen der Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten und der betrieblichen Gesundheitsförderung aufeinander abgestimmt.

Zunächst soll hier die in 2.3 definierte Strategie „betriebliche Gesundheitsförderung“ auch als handlungsleitend für die in diesem Rahmen angebotenen Bewegungsaktivitäten gelten. Weiters wird die bisherige Einteilung von Interventionsformen nach verschiedenen Zielebenen, Ansatzpunkten, Umfangsbereichen, sowie unter Anwendung unterschiedlicher (allgemeiner bzw. gesundheitsthematischer) Inhalte und Methoden auch auf die Bewegungsaktivitäten zur Gesundheitsförderung übertragen, unter Berücksichtigung ihrer in 2.2 beschriebenen besonderen Doppelrolle (Bewegung als Ziel und Bewegung als Medium).

Mögliche *Zielebenen* dieser Interventionen bilden die Arbeitsgruppe oder Abteilung (Mikroebene), einzelne Betriebe und deren Umgebung (Mesoebene), oder Netzwerke von Unternehmen (Makroebene).

Als *Ansatzpunkte* kommen einzelne Personen (mit individueller Bewegungsförderung), die Schnittstelle zwischen Individuum und Organisation (zur Verbesserung der sozialen Unterstützung und der Führung), sowie die Organisation als Ganzes (im Sinne einer Verbesserung von Arbeitsbedingungen zur Bewegungsförderung sowie mittels Einbindung von Bewegungsaktivitäten in beteiligungsorientierte Verfahren) in Frage.

Eine große Bandbreite an *Inhalten und Methoden* (vgl. Brehm 2006) erscheint für die betriebliche Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten, in Abhängigkeit von Lage und Geschichte des Unternehmens sowie Erfahrungen und Wünschen seiner Mitarbeiter(inne)n vorstellbar. Neben dem Lernen und Training von Bewegungs- und Entspannungsfähigkeiten, der Wissensvermittlung über ihre Grundlagen und ihre zweckmäßige Durchführung kommen verschiedenste Bewegungs- und Sportaktivitäten ein-

schließlich Spiel und Tanz sowie Unternehmungen in der freien Natur in Frage, unter Anwendung trainingswissenschaftlicher und sportdidaktischer Methoden; und weiters Arbeitsweisen aus der Personal- und Organisationsentwicklung, z.B. Gruppenarbeit und beteiligungsorientierte Verfahren (wie Gesundheitszirkel) zur Verbesserung von Bewegungsverhältnissen im Betrieb.

Nach ihren *Umfangsbereichen* werden Interventionsformen zur Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten in Maßnahmen, Programme, Projekte und Systeme eingeteilt.

Einzelne *Maßnahmen* beinhalten zum Beispiel Angebote von Kursen, Beratung, Seminaren und Workshops, aber auch Verbesserungen der Rahmenbedingungen für eigenständige Bewegungsaktivitäten der Mitarbeiter(inne)n, zum Beispiel die Einrichtung von rauchfreien Zonen, Duschen und Umkleide- und Ablagegelegenheiten, Fahrradständern, Fitnessräumen, Wegen; die Bereitstellung bzw. Verleihung von Schrittzählern, Punktekarten, Pulsuhren, Geräten (z.B. Fahrrädern), oder das Setzen von Anreizen und Belohnungen.

In *Programmen* werden teilweise allgemeine und bewegungsbezogene gesundheits-thematische Maßnahmen miteinander verknüpft, mit übergeordneten Zielen und Titeln wie z.B. „Rückengesund“, „Entspannung“, „Herzgesund“ und ähnliches.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit soll Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten als Systementwicklung verstanden werden, indem ein eigenes „*Teilsystem Bewegung*“ in das Gesamtsystem des Betriebes bzw. in ein bestehendes oder einzuführendes „*Teilsystem betriebliche Gesundheitsförderung*“ eingebunden wird; dieses „*Teilsystem Bewegung*“ zeichnet sich dann durch eigene Systemprozesse, Systemstrukturen, mehrfache Ansatzpunkte der Interventionen sowie Vernetzung mit anderen inner- und außerbetrieblichen Systemen aus.

Im Zuge der *Systemprozesse* Analyse und Diagnose könnten z.B. Gesundheitsbericht und Gesundheitszirkel auch Auskunft über die Bewegungsverhältnisse im Betrieb geben; weiters könnten Umsetzung und Ergebnisse von Interventionen mit Betriebliche Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten dokumentiert, evaluiert und publiziert werden.

Systemstrukturen des Teilsystems Bewegung beinhalten Politik (z.B. indem die Förderung selbstbestimmter bedürfnisgerechter Bewegungsaktivitäten in der betrieblichen Gesundheitsförderungspolitik verankert wird), Einrichtungen (z.B. Arbeitsgruppen und

Angebote zum Thema Bewegungsaktivitäten), Einbindung von Expert(inn)en (z.B. die Einbeziehung von Sportwissenschaftler(inne)n in den Arbeitskreis Gesundheit), Einsatz verantwortlicher Personen, Regelungen (z.B. Anreize zur Teilnahme an Bewegungsaktivitäten) und Ressourcen (z.B. Bewegungsraum, Infrastruktur, Geräte, Finanzen, Zeit).

Vernetzung des „Teilsystems Bewegung“ bietet sich mit anderen (Teil-) Systemen des Betriebes, der inner- und außerbetrieblichen Gesundheitsförderung und des Sports an.

In diesem Zusammenhang erscheint auch denkbar, über *Projekte* Bewegungsaktivitäten als Beitrag zur systemischen Gesundheitsförderung probeweise in den betrieblichen Alltag einzuführen.

Die Besonderheit von Interventionsformen der betrieblichen Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten wird zudem, wie weiter oben erwähnt, darin gesehen, dass Bewegung dabei zwei verschiedene Rollen einnehmen kann: Erstens, indem selbstbestimmte, bedürfnisgerechte *Bewegung als Ziel* von Interventionen der betrieblichen Gesundheitsförderung angestrebt wird, zweitens, indem *Bewegung als Medium* der Reflexion, Kommunikation, Kreativität und Kooperation verwendet wird, um Ziele der betrieblichen Gesundheitsförderung zu erreichen.

2.4.3 Grundsätze der betrieblichen Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten

Im Folgenden werden die Grundsätze der Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten mit jenen der betrieblichen Gesundheitsförderung abgestimmt.

2.4.3.1 Gesundheitsverständnis

Hier wird beschrieben, was positives, biopsychosoziales, dem Salutogenese-Ansatz folgendes und ressourcenorientiertes Gesundheitsverständnis für die betriebliche Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten bedeuten sollen.

Positives Gesundheitsverständnis

Positives Gesundheitsverständnis wird für die betriebliche Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten so verstanden, dass diese die Ausübung selbst bestimmter und bedürfnisgerechter Bewegungsaktivitäten der Mitarbeiter(innen) unterstützt.

Biopsychosoziales Gesundheitsverständnis

Biopsychosoziales Gesundheitsverständnis meint für die betriebliche Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten, dass diese in der Weise umgesetzt wird, dass sie sowohl die körperliche und psychische Befindlichkeit aller Beteiligten, als auch die Verhältnisse ihrer sozialen und ökologischen Umwelt zu berücksichtigen und günstig zu beeinflussen sucht.

Salutogenese-Ansatz

Der Salutogenese-Ansatz heißt für betriebliche Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten darauf zu achten, dass Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit von übergeordneten Zusammenhängen zwischen Gesundheit, Bewegung und Arbeit im Betrieb, sowie innerhalb der angebotenen Bewegungsaktivitäten, vermittelt werden, unter anderem auch dadurch, dass Bewegung als Medium der Reflexion, Kommunikation, Kooperation und Kreativität eingesetzt wird.

Ressourcenorientierung

Ressourcenorientierung wird für betriebliche Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten so verstanden, dass sowohl die körperlichen (z.B. Kraft, Ausdauer, Beweglichkeit und Koordination) und psychischen (wie Selbstwirksamkeit oder die Fähigkeit zum Umgang mit Gefühlen) Stärken, Fähigkeiten und Entwicklungsmöglichkeiten der Mitarbeiter(innen) als auch die organisationalen und sozialen Unterstützungsmöglichkeiten im Betrieb erkannt und verbessert werden.

2.4.3.2 Vorgehensweise bei Interventionen

Im Folgenden werden die Grundsätze der Vorgehensweise in der Gesundheitsförderung – Prozessorientierung, Verhaltens- und Verhältnisorientierung, Setting-Ansatz, systemisches und partizipatives Vorgehen, intersektorale und multidisziplinäre Zusammenarbeit sowie Netzwerkarbeit – auf die betriebliche Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten wie folgt abgestimmt.

Prozessorientierung

Prozessorientierung in der betrieblichen Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten bedeutet, dem ständigen Wandel in der Gesellschaft, im Betrieb und im Leben der einzelnen Mitarbeiter(innen) Rechnung zu tragen, neue Herausforderungen und Bedürfnisse zu erkennen, ihre gemeinsame Bewältigung und Beeinflussung zu ermögli-

chen und dabei nach fortlaufender Verbesserung betrieblicher Verfahren und Ergebnisse zu streben, wobei auch versucht werden könnte, Bewegung als Medium einzusetzen, um die Veränderungen die der Betrieb und seine Mitarbeiter(innen) durchlaufen zu reflektieren, darüber zu kommunizieren, und kreativ und kooperativ einen passenden Umgang damit zu finden.

Verhaltens- und Verhältnisorientierung

Verhaltens- und Verhältnisorientierung in der betrieblichen Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten berücksichtigt, dass Gesundheit im Betrieb in einer Wechselwirkung zwischen dem Verhalten der Mitarbeiter(innen) und den Verhältnissen des betrieblichen Umfeldes entsteht, und zielt darauf ab, dass das Verhalten einzelner Mitarbeiter(innen) und die Verhältnisse im Betrieb dahingehend verändert werden, dass diese eine selbst bestimmte bedürfnisgerechte Ausübung von Bewegungsaktivitäten ermöglichen.

Setting-Ansatz

Der Setting-Ansatz bedeutet für betriebliche Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten, dass diese die jeweils besonderen Gegebenheiten des Betriebes berücksichtigt und bei der Ausgestaltung des Betriebes in Richtung auf bessere Selbstbestimmung und Bedürfnisbefriedigung aller seiner Mitarbeiter(inne)n und Partner(innen) mitzuhelfen sucht. Dieser Setting-Ansatz löst die bisherige Programmorientierung ab und kennzeichnet sich dadurch, dass die Ziele von Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten mit den Kernzielen des Betriebs in Beziehung gesetzt werden und die Art ihrer Umsetzung auf seinen Aufbau, seine Regelwerke und Abläufe abgestimmt werden, unter Beachtung der unterschiedlichen Aufgaben, Rollen und Werthaltungen der Menschen im Betrieb, sowie von Einflüssen aus anderen Lebensbereichen, denen diese unterliegen. Dem Setting-Ansatz zu folgen meint für die betriebliche Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten weiters, systemisch vorzugehen.

Systemisches Vorgehen

Systemisches Vorgehen in der betrieblichen Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten wird hier so verstanden, dass innerhalb eines Teilsystems zur betrieblichen Gesundheitsförderung ein eigenes „Teilsystem Bewegung“ eingerichtet wird, das sich durch eigene Systemprozesse, Systemstrukturen und Netzwerkarbeit mit anderen inner- und außerbetrieblichen Systemen auszeichnet.

Partizipatives Vorgehen

Partizipatives Vorgehen in der betrieblichen Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten bedeutet, die Betroffenen ihrer Interventionen an Entscheidungen über ihre Ziele, ihre Gestaltung und ihre Grenzen (z.B. Arbeit – Privatleben) zu beteiligen, sodass bei der Auswahl, Planung, Durchführung und Auswertung der Bewegungsaktivitäten weitgehende Mitbestimmung und Mitgestaltung ermöglicht wird, die Beteiligten über mögliche Zielsetzungen, Inhalte und Methoden genau aufgeklärt werden und über deren Festlegung mitentscheiden können. Als Voraussetzungen dafür werden klare Vereinbarungen, Führung, Vertrauen und gegenseitige Unterstützung sowie die Einbeziehung sämtlicher Zielgruppen einschließlich der Mitwirkung des Betriebsrates betrachtet.

Intersektorale und multidisziplinäre Zusammenarbeit

Intersektorale und multidisziplinäre Zusammenarbeit in der betrieblichen Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten heißt, Expert(inn)en aus verschiedenen Sektoren der des Betriebs, Praxisbereichen der Gesundheitsförderung und des Sports sowie verschiedener Wissenschaftsdisziplinen der Arbeits-, Gesundheits- und Sportwissenschaften zusammenzuführen und deren unterschiedliche Ansätze und Methoden zu berücksichtigen.

Netzwerkarbeit

Mit Netzwerkarbeit in der betrieblichen Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten ist gemeint, Kontakte zwischen Menschen und Systemen bzw. deren Teilbereichen in- und außerhalb des Betriebes (z.B. mit Organisationen der betrieblichen Gesundheitsförderung, der Sportwissenschaft und der Sportpraxis) herzustellen, zu pflegen, zu erweitern und zu im Sinne der Förderung selbstbestimmter, bedürfnisgerechter Bewegungsaktivitäten für die Mitarbeiter(inne)n im Betrieb zu nutzen.

Zielgruppenorientierung

Zielgruppenorientierung, abgestimmt auf betriebliche Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten, bedeutet, die Frage zu stellen, welche Zielgruppen von Interventionen im Betrieb unterschieden werden können, um ihre Voraussetzungen, Stärken und besonderen Bedürfnisse ins Auge zu fassen, und in mehrfacher Hinsicht zu berücksichtigen, und dies nicht nur in Bezug auf Alter, Geschlecht und gesundheitliche Befindlichkeit bzw. Bewegungserfahrung, sondern auch auf Unterschiede zwischen Ar-

beitsbereichen bzw. Abteilungen, Rollen und Stellungen der Mitarbeiter(inne)n im Betrieb.

2.4.3.3 Politische Dimension

Wie die Grundsätze der politischen Dimension der Gesundheitsförderung – advocacy, change facilitation, empowerment, Chancengleichheit und Geschlechtergerechtigkeit – auf die betriebliche Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten abgestimmt werden, wird im folgenden näher erläutert.

Advocacy – Change facilitation – Empowerment

Anwaltschaftliches Eintreten für betriebliche Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten meint, dass sich alle betrieblichen Beteiligten, vor allem die Führungskräfte, dafür einsetzen, dass alle Mitarbeiter(innen) des Betriebes die Möglichkeit zu selbstbestimmten, bedürfnisorientierten Bewegungsaktivitäten bekommen.

Change facilitation – der Grundsatz, dass das Ermöglichen von Veränderungen Voraussetzung für betriebliche Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten darstellt – soll heissen, mit Hilfe von betrieblicher Umfeldgestaltung und unterstützenden Anreizen die Entscheidung für gesundheitsfördernde Bewegungsaktivitäten zur leichteren Wahl werden zu lassen.

Der Gesundheitsförderungsgrundsatz Empowerment, abgestimmt auf die betriebliche Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten, bedeutet, Menschen zur Mitgestaltung von Bewegungsaktivitäten sowie ihrer Voraussetzungen im Betrieb zu befähigen und zu ermächtigen. Mit Bewegung als Medium der Reflexion, Kommunikation, Kooperation und Kreativität könnte dabei auch versucht werden, das Selbstwirksamkeitserleben der Mitarbeiter(innen) und ihre Bereitschaft zur Beteiligung an betrieblicher Gesundheitsförderung zu erhöhen.

Chancengleichheit

Chancengleichheit in der betrieblichen Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten meint, allen Mitarbeiter(inne)n im Betrieb gerechten Zugang zu selbst bestimmten bedürfnisgerechten und vielfältigen Bewegungsaktivitäten zu verschaffen und dabei besonders darauf zu achten, dass bislang Benachteiligte von den Angeboten der betrieblichen Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten erreicht werden, dass diese für sie zugänglich und maßgeschneidert sind und dass sie in ihrer Beteiligung daran unterstützt werden.

In diesem Zusammenhang ist zu bedenken (vgl. Daykin 1998), dass z.B. für die untersten Einkommensklassen ein besonders schwieriger Zugang zu betrieblichen Bewegungsaktivitäten besteht. Dies liegt an teilweise ihren Arbeitsvertragsverhältnissen und teilweise am Fehlen von Mitteln für die Teilnahme (z.B. für Kosten von Transport und Kleidung, allfällige Beiträge); zu den Wenigverdienern gehören besonders häufig Teilzeit- und Schichtarbeitskräfte, Frauen mit familiären Verpflichtungen und Mitarbeiter(innen) die mehrere Jobs verbinden, deren Belastungs- und Gefährdungssituation häufig sowohl im Alltag als auch in der Freizeit höher ist, und die möglicherweise eher und berechtigter Weise fürchten, dass im Zuge der Bewegungsaktivitäten Gesundheits- oder Leistungseinschränkungen für Vorgesetzte sichtbar werden, was sich speziell in Berufen mit körperlichen Anforderungen nachteilig auswirken könnte. Demnach sollte dafür gesorgt werden, dass diese Mitarbeiter(innen), um an Angeboten betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten teilnehmen zu können, besondere organisationale, materielle und soziale Unterstützung erhalten.

Geschlechtergerechtigkeit

Geschlechtergerechtigkeit in der betrieblichen Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten zielt darauf ab, Mitarbeiter(innen) im Betrieb in ihrer geschlechtlich geprägten Einzigartigkeit zu achten, dabei ihre unterschiedlichen Bedarfe zu berücksichtigen - im Zuge dessen auch herauszufinden, ob Unterschiede zwischen den Geschlechtern im Hinblick auf die Ausübung von Bewegungsaktivitäten selbstgewählt oder fremdbestimmt sind, ob diesbezüglich Zwänge oder Hindernisse bestehen – und ihnen auf dieser Grundlage gerecht verteilte Möglichkeiten zur selbst bestimmten und bedürfnisgerechten Ausübung von Bewegungsaktivitäten zu ermöglichen.

2.4.3.4 Qualitätsdimension

Im Folgenden werden die Grundsätze der Qualitätsdimension – die Qualitätskriterien Bedarfsgerechtigkeit, Sachangemessenheit, Effektkongruenz und Nachhaltigkeit, die Qualitätssicherung und Evaluation von Effektivität, Effizienz und Akzeptanz der Interventionen – auf die betriebliche Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten abgestimmt.

Im Hinblick auf Qualitätskriterien von Interventionen zur betrieblichen Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten meint *Bedarfsgerechtigkeit* demnach die Berücksichtigung sowohl von Erfordernissen aus Sicht (sportwissenschaftlicher, gesundheitswissenschaftlicher und betrieblicher) Expert(inn)en als auch der Bedürfnisse der Mitarbei-

ter(innen), und drückt sich weiters darin aus, dass gesundheitsbezogene Bedarfserhebungen auch für den Teilbereich Bewegungsaktivitäten durchgeführt werden.

Sachangemessenheit bezeichnet die Eignung der gesetzten Interventionen mit Bewegungsaktivitäten für die Erreichung der Ziele betrieblicher Gesundheitsförderung, und wird im Rahmen der vorliegenden Arbeit so verstanden, dass in ihren Interventionen auf Grundlage multidisziplinärer (vor allem sportwissenschaftlicher, gesundheitswissenschaftlicher und arbeitswissenschaftlicher) und intersektoraler betrieblicher Wissensbestände sowie unter Beteiligung von Sportwissenschaftler(inne)n geplant, durchgeführt und ausgewertet werden, wobei zu Beginn wohl das fachliche Wissen der Expert(inn)en (Wissensbestände und Fähigkeiten in Bezug auf Kommunikation, Kooperation, Didaktik, Trainingswissenschaft ...), im Laufe der Durchführung aber zunehmend die Bewertung durch die Teilnehmer(inn)en an den Bewegungsaktivitäten Gewicht bekommt.

Effektkongruenz bedeutet, dass die Ziele und Wirkungen von Bewegungsaktivitäten betriebliche Kern- und Gesundheitsziele unterstützen und dass die Lernergebnisse der betrieblichen Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten auch auf Verhalten und Verhältnisse in anderen Lebenswelten ihrer Beteiligten übertragen werden können.

Nachhaltigkeit von Interventionen mit Bewegungsaktivitäten benötigt ihre Verankerung im Betrieb, unabhängig von Einzelpersonen; günstig erscheint demnach die Einrichtung eines „Teilsystems Bewegung“ mit eigenen Strukturen und Prozessen im Rahmen eines Teilsystems zur betrieblichen Gesundheitsförderung.

Damit diese Qualitätskriterien für Interventionen betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten erfüllt werden, sollen diese regelmäßig einer *Qualitätssicherung* unterzogen werden; dies bedeutet ihre laufende Überwachung, Bewertung und Verbesserung.

Evaluation

Evaluation als systematische datengestützte Bewertung bzw. Einschätzung von Interventionen der betrieblichen Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten soll dabei helfen, diese zielgerichtet auszuwählen, laufend zu verbessern und ihre Kosten zu rechtfertigen, und zwar mittels vorausschauender (Input-, Strukturevaluation), begleitender (Prozessevaluation) und nachbereitender (Ergebnisevaluation) Bewertung.

Zu diesem Zweck sollten Bewegungsaktivitäten aus mehreren Perspektiven (z.B. unterschiedlicher betrieblicher Interessensgruppen, sowie gesundheitswissenschaftlicher,

sportwissenschaftlicher und arbeitswissenschaftlicher Expert(innen)) beurteilt werden, wobei die Effektivität – zum Beispiel in bezug auf Bewegungsverhalten und Bewegungsverhältnisse, Trainingswirkungen, Lerneffekte, auf die Verbesserung arbeitsbezogener und gesundheitsbezogener Kompetenzen, sowie von Kommunikations- und Kooperations-, Reflexions- und kreativen Fähigkeiten – die Effizienz (Kosten/Nutzen-Verhältnis) und die Akzeptanz erhoben und mittels *Dokumentation* und Publikation sichtbar gemacht werden. Darüberhinaus könnte versucht werden, Bewegung als Medium der Reflexion und Kommunikation dafür zu nutzen, Erfolge von Interventionen der Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten deutlicher wahrzunehmen.

2.4.4 Zusammenfassung:

Betriebliche Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten

Die betriebliche Gesundheitsförderung stellt einen *speziellen Handlungsbereich* der Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten dar, wobei sich hier Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen und verschiedener Wissenschaftsdisziplinen als Expert(inn)en verstehen. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wird der Einsatz von Sportwissenschaftler(inne)n als Voraussetzung für die Sachangemessenheit der Planung, Durchführung und Auswertung von Interventionen betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten angesehen, da diese in ihrer Ausbildung gelernt haben, Bewegungsaktivitäten auch im Hinblick auf die Stärkung von physischen, psychischen und sozialen Ressourcen ihrer Teilnehmer(innen) anzuleiten, und mit Inhalten, Methoden und Didaktiken verschiedenster Bewegungsaktivitäten für mehrere Zielgruppen und Settings vertraut sind.

Da bisherige Forschungsbefunde zu betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten noch keine umfassende Wissensgrundlage ergeben, wurde hier, zum Zwecke der Weiterentwicklung der angezielten Analysekriterien, so verfahren, dass die in 2.2. und 2.3 erarbeiteten Interventionsformen und Grundsätze auf die betriebliche Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten abgestimmt wurden.

Entscheidend für die Bewertung von betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten erscheinen demnach die Merkmale systemischen Vorgehens (Interventionen des Umfangbereichs System), nämlich die Einrichtung eines Teilsystems „Bewegung“ (Abb 4) (innerhalb des Teilsystems „Betriebliche Gesundheitsförderung“) mit eigenen Systemprozessen (Analyse und Diagnose, Interventionsplanung, Durchführung und Qualitätssicherung, Evaluation), Systemstrukturen (wie: Politik, Einrichtungen, Expert(inn)en, verantwortliche Personen, Regelungen, Ressourcen), mehrfache Ansatzpunkte der Interventionen und Vernetzung mit anderen Systemen (Abb. 5).

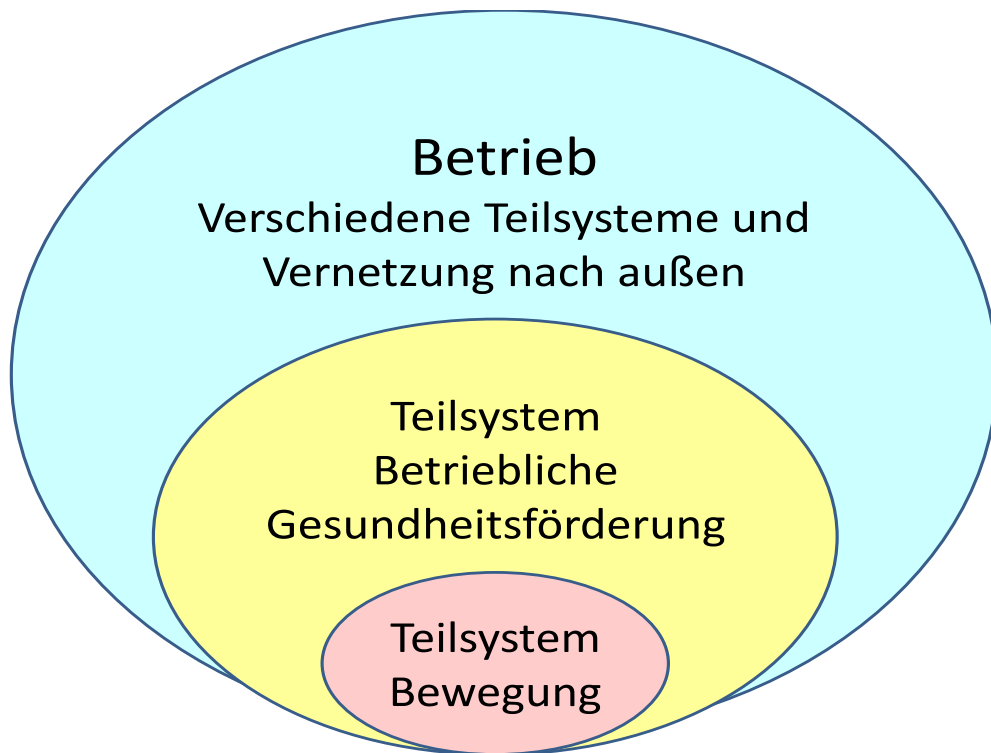


Abb. 6: „Teilsystem Bewegung“ im System der betrieblichen Gesundheitsförderung

Vernetzung mit anderen inner- und außerbetrieblichen Akteuren

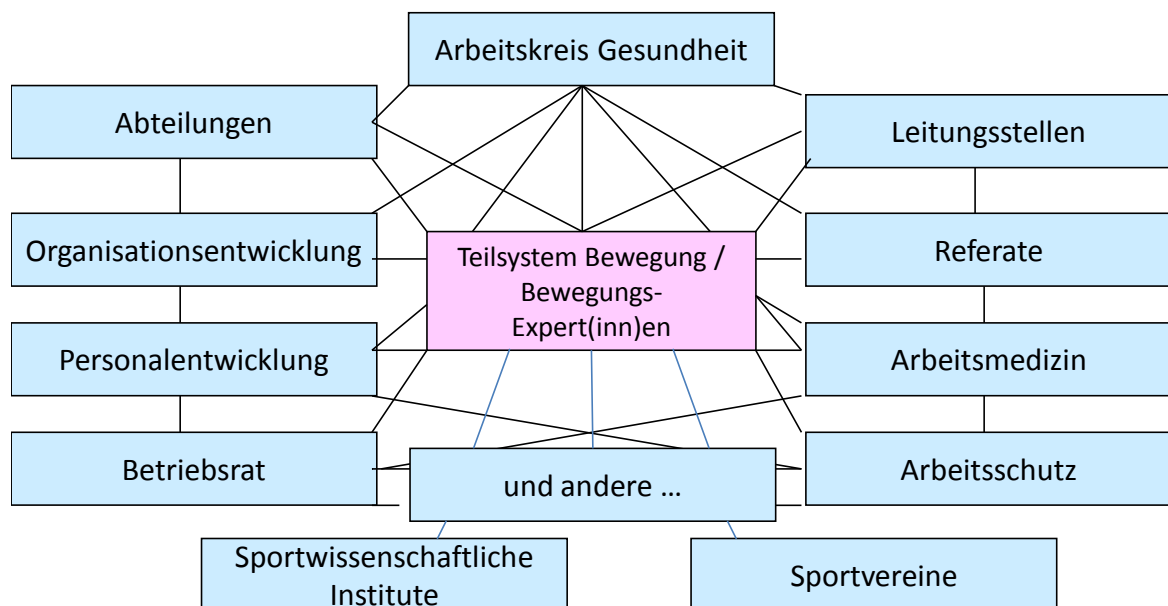


Abb. 7: Vernetzung des Teilsystems Bewegung

Die genannten Merkmale werden in den folgenden Unterkapiteln im Hinblick auf die angezielte Fragestellung und darauf bezogene Analyse noch weiter ausdifferenziert.

2.5 Betriebliche Gesundheitsförderung im Setting Universität

Ziel dieses Unterkapitels ist es, mithilfe von Literatur zur Gesundheitsförderung im Setting Universität die in Kapitel 2.3 erarbeiteten Interventionsformen und Grundsätze der betrieblichen Gesundheitsförderung an das Setting Universität anzupassen.

Zu diesem Zweck werden zunächst (2.5.1) Universitäten und ihre Bedeutung im Wandel dargestellt, um daraus eine Begründung für betriebliche Gesundheitsförderung im Setting Universität abzuleiten, und dann ihre rechtliche Lage erläutert, um ihre Handlungsbedingungen genauer kennenzulernen. Danach wird die Situation unterschiedlicher Statusgruppen der Universität beschrieben (2.5.2), um die besonderen Herausforderungen betrieblicher Gesundheitsförderung im Setting Universität aufzuzeigen. Weiters werden die Geschichte der Gesundheitsförderung im Setting Universität (2.5.3), deren Expert(inn)en und die derzeitige Lage in den Blick genommen, um den Stand der diesbezüglichen Entwicklung zu zeigen. Auf Grundlage all dieser Befunde werden schließlich Interventionsformen (2.5.4) und Grundsätze (2.5.5) der betrieblichen Gesundheitsförderung an das Setting Universität angepasst.

2.5.1 Universitäten und ihre Bedeutung im Wandel

Ziel dieses Teilkapitels ist die Klärung der Frage nach der Notwendigkeit bzw. die Begründung betrieblicher Gesundheitsförderung im Setting Universität. Zu diesem Zweck wird zunächst die Bedeutung der Universitäten sowie der Wandel, dem sie unterliegen, mit den daraus folgenden Herausforderungen umrissen, sodann der Stellenwert des Themas Gesundheit an Universitäten dargestellt, und schließlich auf die rechtliche Lage der Universitäten in Deutschland und Österreich näher eingegangen.

Universitäten (vgl. Sonntag et al. 2000; Franzkowiak 2000; Müller & Stratmann 2005; Faller 2005; Beck-Dossler 2007; Hildebrand, Michel & Surkemper 2007) bilden Stützen der weltweiten Wissensgesellschaft, auch wenn ihre rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen innerhalb und zwischen Erdteilen und Ländern sehr unterschiedlich aussehen können. Als Groß-Organisationen, die gleichzeitig Lehr-, Forschungseinrichtungen und Unternehmen sind, stellen sie eine Lebens- und Arbeitswelt für Mitarbeiter und Student(inn)en dar. Als Arbeitgeber/innen und Ausbilder/innen tragen sie

Verantwortung für (in Deutschland ca. 2,5 Millionen) Menschen. Als Wissensdienstleister/innen unterstützen sie andere Gesellschaftssysteme wie z.B. Politik, Wirtschaft und Bildung. Sie weisen aufgrund ihrer Geschichte Besonderheiten im Vergleich mit sonstigen Wirtschaftsbetrieben und Verwaltungen auf; denn ihre inneren Angelegenheiten entscheiden und verwalten Wissenschaftler(innen) selbst; die „Freiheit von Forschung und Lehre“ verringert Eingriffsmöglichkeiten von oben oder außen. „Bildung durch Wissenschaft“ formt künftige Entscheidungsträger/innen in verschiedensten Bereiche der Gesellschaft und übt starken Einfluss auf ihre Persönlichkeitsentwicklung, Einstellung und Verhaltensweisen aus. Die Ergebnisse universitärer Arbeit vervielfachen sich also in der Gesellschaft (Multiplikatorwirkung).

Einige europäische Universitäten können auf eine jahrhundertealte Geschichte voller Veränderungen zurückblicken, die auch vor der Gegenwart nicht Halt machen: Mit gesellschaftlichem *Wandel* kommt es auch zu Veränderungen für die Universität, die sich auf mehreren Ebenen (demographisch, politisch und strukturell) zeigen und widersprüchliche Herausforderungen mit sich bringen (vgl. Sonntag et al. 2000; Franzkowiak 2000; Müller & Stratmann 2005; Faller 2005; Beck-Dossler 2007; Hildebrand, Michel & Surkemper 2007):

Erstens findet ein demographischer Wandel an den Universitäten statt (vgl. Sonntag et al. 2000; Franzkowiak 2000; Müller & Stratmann 2005; Faller 2005; Beck-Dossler 2007; Hildebrand, Michel & Surkemper 2007), indem Beschäftigtenzahlen nicht ausreichend mit den steigenden Student(inn)enzahlen mitwachsen und immer mehr Frauen studieren, deren Anteil jedoch mit steigender Ausbildungs- und Anstellungsstufe stark abnimmt. Zweitens führt politischer Wandel zur Privatisierung von akademischer Bildung; die Universitäten verwalten sich selbst, die Mittelzuweisung ist an Zielvereinbarungen gebunden und erfordert zusätzliches Anwerben von Drittmitteln; der Staat legt zwar gesetzliche Richtlinien fest und fordert bestimmte Leistungen, kürzt ihnen jedoch andererseits die Mittel dafür – zumindest dann, wenn sie nicht zu sogenannten „Elite-Universitäten“ erklärt werden – und erlegt ihnen Zusatzaufgaben wie Reorganisation auf.

Daraus ergibt sich eine Reihe widersprüchlicher Anforderungen (vgl. Sonntag et al. 2000; Franzkowiak 2000; Müller & Stratmann 2005; Faller 2005; Beck-Dossler 2007; Hildebrand, Michel & Surkemper 2007): Universitäten sollen im internationalen Wettbewerb der Hochschulen bestehen und gleichzeitig verkraften, dass ihnen andere Anbieter(innen) von Informationen und Ausbildungen ihre Kundschaft abspenstig machen wollen; sie sollen die „Ware Wissenschaft“ in Anpassung an die Marktnachfrage erstel-

len und verkaufen – dabei sollen sie sich nach äußeren Anforderungen richten und ständigen Bewertungsverfahren unterziehen, in die ihre ureigenen wissenschaftlichen Grundsätze nur mehr teilweise mit einfließen (so soll bei der Forschungsförderung und der Erarbeitung ihrer Ergebnisse in erster Linie deren Verwertbarkeit, und in der Lehre vorwiegend die spätere Beschäftigungsfähigkeit der Student(inn)en zählen).

Als Folge des politischen Wandels verändern sich drittens auch die universitären Strukturen: Einige Hochschulen und Studiengänge werden aufgelöst und die verbleibenden nach dem Vorbild von Wirtschaftsunternehmen aufgezogen, deren Führungspersonen (Rektoren, und auf Fakultätsebene die Dekane) eine nahezu umfassende Gestaltungsmacht und Weisungsbefugnis innehalten. Für bestehende Stellen gibt es zahlreiche Veränderungen in ihren Aufgaben; daneben entstehen neue Arbeitsverträge und Befristungen. Arbeitsabläufe in Lehre und Forschung werden in steigendem Ausmaß von ihrer Anpassung an neue Informationstechnologien und vom betriebswirtschaftlichen Rechnungswesen bestimmt, und die Eigenverantwortlichkeit für Mittel und Leistungskennwerte auf alle Leistungsbereiche erstreckt, was dazu führt, dass viele Universitäten mit Geld und Mitarbeiter(inne)n unzureichend ausgestattet werden bzw. bleiben. All diese hohen und widersprüchlichen Anforderungen an die Universitäten werden letztlich an ihre Mitglieder weitergegeben, und führen bei diesen zu Belastungen, die später noch genauer erläutert werden (vgl. Sonntag et al. 2000; Franzkowiak 2000; Müller & Stratmann 2005; Faller 2005; Beck-Dossler 2007; Hildebrand, Michel & Surkemper 2007).

Den Wandel an den Universitäten bekommen ihre Mitglieder zu spüren (vgl. Chur 2000; Gusy & Kleiber 2000; Hartmann & Siebert 2005; Unnold 2005; Faller 2005; Schnabel 2007a): Für ihre Mitarbeiter(innen) zeigt sich dieser in Form von Befristungen ihrer Arbeitsverträge, Arbeitszeitverlängerung und -entgrenzung, Arbeitsverdichtung, Zeit- und Leistungsdruck, Zunahme von Verantwortung und veränderten Anforderungen – etwa, indem ihre Arbeitsbedingungen teils im Widerspruch zu Grundsätzen und Selbstverständnis der Universität und ihrer Angehörigen stehen: So wird ein Gutteil der Arbeitszeit von Wissenschaftler(inne)n für die Anwerbung von Fördergeldern und das Dokumentieren und Auswerten der eigenen Lehr- und Forschungsaktivitäten verbraucht (vgl. Schnabel 2007a; Chur 2000). Für Student(inn)en stellen sich neue Herausforderungen durch die Einführung von Studiengebühren – über deren soziale Folgen ein uneinheitliches Meinungsbild besteht – sowie des (ebenfalls teils umstrittenen) Bologna-Systems (mit neuen Bachelor- und Masterabschlüssen). Student(inn)en und Mitarbeiter(innen) finden also deutlich andere Bedingungen vor als noch vor wenigen Jahren. Ihre persönlichen Ziele und Bedürfnisse haben sich dem entgegen wohl weni-

ger verändert; und ihre Fähigkeiten werden von den Universitäten in hohem Ausmaß gebraucht; Universitäten benötigen leistungsfähige und einsatzfreudige Mitglieder auf allen Ebenen, um den Wandel zu bewältigen und erfolgreich Forschungsmittel aufzutreiben, hochwertige Lehr- und Forschungsleistungen zu erbringen und mit knappen Mitteln marktfähiger Ergebnisse zu erzielen.

Da die Arbeitsleistung von Wissenschaftstreibenden lange Ausbildungszeiten mit hohen Belastungsumfängen, fachliche Spezialisierung und gleichzeitig Kompetenzen in unterschiedlichen Bereichen (fachwissenschaftlich, wirtschaftlich, organisational, didaktisch) voraussetzt, sind einzelne Personen gerade im hoch arbeitsteiligen Wissenschaftsbetrieb kaum ersetzbar. Darüberhinaus streben Universitäten danach, zahlreiche und begabte Student(inn)en sowie fähige Mitarbeiter(innen) anzuwerben, wobei die wahrgenommene Lebensqualität, die die Arbeit an dieser Universität im Gegenzug zu bieten vermag, vermutlich eine Rolle spielen kann. All das sollte dafür sprechen, dass der Gesundheit ihrer Mitglieder für das Unternehmensergebnis der Universitäten eine nicht zu vernachlässigende Bedeutung zukommt.

Tatsächlich bildet Gesundheit einen wichtigen Gegenstandsbereich universitärer Forschung, aber kein Strukturmerkmal ihrer Arbeitswelt, denn ein *Interesse für die eigene Gesundheit* scheint zumindest im Bereich der Forschung bislang kaum vorhanden zu sein. Dies kann in mehrere Richtungen gedeutet werden, wie etwa von Faller (2005) dargestellt: Zum einen entspreche es dem Wesen der Wissenschaftswelt, ihr zentrales Ziel in der Wissensproduktion zu sehen; aus Sicht vieler, vor allem naturwissenschaftlich-technisch Denkender, gelte es daher die Menschen, die Wissenschaft treiben, mit ihrer Körperlichkeit, ihren Gefühlen und Befindlichkeiten aus der wissenschaftlichen Betrachtung auszuklammern, um „Objektivität“ zu gewährleisten. Außerdem können gesundheitliche Beeinträchtigungen durchaus auch als Merkmal persönlicher Aufopferung für hohe Wissenschaftsziele dargestellt; sich sichtbar um die eigene Gesundheit zu kümmern, hingegen als Zeichen von Schwäche oder mangelnder Einsatzbereitschaft gewertet werden.

Weiters (vgl. Faller 2005) erschweren unterschiedliche Begriffe von Gesundheit innerhalb und zwischen verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen und Arbeitsbereichen die Bedingungen, überhaupt darüber zu sprechen und gemeinsame Probleme, Zielsetzungen und später Lösungsansätze zu finden. Gerade diese Verständigungsschwierigkeit betrifft aber auch andere Bereiche der Zusammenarbeit innerhalb der Universität – solche, die mit ihren Kernzielen und ihrer Wertschöpfung in offensichtlicherem Zusammenhang stehen. Verbindungen über das Gesundheitsthema herzustellen könnte

helfen, den Austausch und das Zusammenwirken unterschiedlichster Wissensformen, Erfahrungsbereiche, Arbeitsweisen und Persönlichkeiten zur Leistungssteigerung auf mehreren Ebenen der Hochschule zu verbessern.

Eine Verbindung zwischen Kernzielen und Gesundheitsförderungszielen der Universität herzustellen und damit Effektkongruenz anzustreben, indem die Verstehbarkeit, Handhabbarkeit, Bedeutsamkeit universitärer Arbeitszusammenhänge, und multidisziplinäre Zusammenarbeit verbessert werden, erscheinen demnach als wesentliche Grundsätze für betriebliche Gesundheitsförderung im Setting Universität. In diesem Zusammenhang stellt sich nun auch die Frage, ob es zulässig ist, den Gedanken betrieblicher Gesundheitsförderung auf das Setting Universität übertragen zu wollen.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wird davon ausgegangen, dass dies versucht werden kann, mit folgender Begründung: Obwohl sich Hochschulen durch ihre jahrhundertalte Tradition, durch ihre ursprüngliche Verpflichtung gegenüber den Werten der Wissenschaft, und durch die Verbindung von Forschung, Lehre und Verwaltung von anderen Wirtschaftsbetrieben unterscheiden, verdeutlicht der Wandel ihrer inneren und äußeren Verhältnisse aber auch zunehmende Gemeinsamkeiten der arbeitgebenden Hochschule mit anderen Unternehmen – wie etwa das durch immer neue Verfahren der Bewertung und des Vergleichs ständig erinnerte Wettbewerbsdenken, den Zwang zum Haushalten mit knappen Mitteln oder zur Bevorzugung von materiell und technisch aufwendigeren Arbeitsverfahren (für die Drittmittel angeworben und ausgewiesen werden können), die Entgrenzung der Arbeit, die Unsicherheit ihrer wirtschaftlichen Lage sowie vieler Arbeitsplätze, die Notwendigkeit zum lebenslangen Lernen, und die Erfordernis für viele ihre Angehörigen, außerhalb der Universität berufliches Unterkommen zu finden. Dies lässt darauf schließen, dass diese zahlreichen Belastungen eines Gegengewichtes bedürfen, in dem die Ressourcen ihrer Mitglieder gestärkt werden und die Organisationsentwicklung dahin gelenkt wird, ihnen mehr Selbstbestimmung und Bedürfnisbefriedigung in ihrer Arbeit an der Universität zu verschaffen.

Da in der Literatur zur Gesundheitsförderung an Universitäten in hohem Anteil Autor(inn)en aus Europa bzw. dem deutschsprachigen Raum vertreten sind, deren Universitäten sich durch Geschichte, Selbstverständnis und Lage deutlich zum Beispiel von US-amerikanischen Universitäten unterscheiden, und da sich die vorliegende Arbeit im späteren Verlauf noch genauer auf die Universitäten im deutschsprachigen Raum bezieht, wird im folgenden kurz die *rechtliche Lage* der Hochschulen in Deutschland und Österreich beschrieben; rechtliche Rahmenbedingungen des Settings werden hier als Voraussetzungen für Handlungsmöglichkeiten mit Auswirkung auf die Gesundheit gesehen.

Nach der *Rechtsform* stellen Universitäten in Deutschland Körperschaften öffentlichen Rechts und zugleich staatliche Einrichtungen dar, deren Träger die Länder sind. Ihre rechtliche Grundlage beschreibt das Hochschulrahmengesetz (2002), das durch Landeshochschulgesetze ausgestaltet werden kann (vgl. Faller 2005). Auch in Österreich sind Hochschulen juristische Personen öffentlichen Rechts, mit Weisungs- und Satzungsfreiheit. Rechtsgrundlage ist das Universitätsorganisationsgesetz (UOG 2002). Ihre Leitungen bestehen aus Universitätsrat, Rektor/in und Senat, wobei ihre Rektor(inn)en mit sehr umfassender Entscheidungsbefugnis ausgestattet sind. Diese hätten demnach die rechtliche Möglichkeit, Gesundheit in ihrer Universitätspolitik stärker zu gewichten.

Was die *Finanzierung* der Universitäten betrifft, so werden diese in Deutschland leistungsorientiert sowie unter Berücksichtigung ihres Gleichstellungsauftrages finanziert und können sich auf dieser Grundlage selbst verwalten – zur Mitwirkung daran sind sämtliche Mitglieder berechtigt und verpflichtet – und zusätzliche Drittmittel anwerben (vgl. Faller 2005). Österreichische Universitäten (siehe UOG 2002) erhalten Mittel vom Bund, als Globalbudget aus Grund- und formelgebundenem Recht, wobei Drittmittel gesondert auszuweisen und ohne Einfluss darauf sind. Mit dem Bund werden Leistungsvereinbarungen für jeweils drei Jahre abgeschlossen. Weiters haben Unniversitäten die Evaluierung und Qualitätssicherung all ihrer Aufgaben durchzuführen. Dabei können sie unter Einhaltung der Gebarungsgrundsätze frei über ihre Einnahmen verfügen. Das Eingehen von Verbindlichkeiten bedarf der Zustimmung durch den Universitätsrat; der Bund übernimmt keine Haftung dafür. Die Universitäten werden vom Rechnungshof überprüft. Rein rechtlich gesehen wären damit Finanzierungsspielräume für die Gesundheitsförderung vorhanden.

Die *Mitglieder* der Universitäten setzen sich aus verschiedenen Statusgruppen zusammen: Student(inn)en, nichtwissenschaftliche und wissenschaftliche Mitarbeiter(innen). Im Rahmen der vorliegenden Arbeit sollen, dem Verständnis der Einheit von Forschung und Lehre folgend, Student(inn)en nicht als bloße Kund(inn)en der Universität, sondern als Mitschaffende von Wissen und vorübergehende oder zukünftige Mitarbeiter(innen) betrachtet werden. „Betriebliche Gesundheitsförderung im Setting Universität“ soll sie also auch in dieser Rolle mitberücksichtigen.

Darüberhinaus unterscheiden sich ihre Mitarbeiter(innen) durch unterschiedliche Dienstverträge: Mitarbeiter(innen) österreichischer Universitäten gelten als Angestellte, aber von jenen, die vor 2002 eingestellt wurden unterliegen viele auch dem Beamtendienstrecht. Es herrscht ein teils unüberblickbares Nebeneinander unterschiedlicher

Arbeitsverträge auf alter und neuer gesetzlicher Grundlage. Demnach ergibt sich allein aus der rechtlichen Lage, dass betriebliche Gesundheitsförderung im Setting Universität verschiedene Zielgruppen berücksichtigen sollte.

Die Beschreibung von *Aufgaben, Zielen und Grundsätzen* kennzeichnet das Setting Universität folgendermaßen: Als Aufgaben der österreichischen Universitäten (siehe UOG 2002) gelten die Entwicklung von Wissenschaft und Kunst, die Bildung durch Wissenschaft bzw. Kunst, die Berufsvorbildung und Ausbildung wissenschaftlicher und künstlerischer Fähigkeiten bis zur höchsten Stufe, die Nachwuchsförderung, Weiterbildung, Koordination im inneren und Zusammenarbeit nach außen, die Gleichstellung, die Kontaktpflege mit Absolvent(inn)en, und die Information der Öffentlichkeit.

Die Ziele österreichischer Universitäten lauten (I. Teil, 1. Abschnitt, 1. Unterabschnitt, § 1) unter anderem: „Bewältigung gesellschaftlicher Herausforderungen im Rahmen einer sich wandelnden humanen und geschlechtergerechten Gesellschaft“, „Beitrag zur Lösung der Probleme der Menschen sowie zur gedeihlichen Entwicklung der Gesellschaft und der natürlichen Umwelt (...) im gemeinsamen Wirken von Lehrenden und Student(inn)en in einer aufgeklärten Wissensgesellschaft und im Streben nach Bildung und Autonomie der Individuen ...“ sowie „Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses“.

Zu ihren leitenden Grundsätzen (§ 2) gehören unter anderem Freiheit von Wissenschaften und Lehre, Verbindung von Forschung bzw. Kunst und Lehre und von Wissenschaft und Kunst, Vielfalt der Theorien, Methoden und Lehrmeinungen, Gewissens- und Forschungsfreiheit, Lernfreiheit, Berücksichtigung von Erfordernissen der Berufszugänge, Mitsprache der Student(inn)en, Mobilität, Zusammenwirken der Universitätsangehörigen, Gleichstellung von Frauen und Männern, soziale Chancengleichheit, besondere Berücksichtigung der Erfordernisse Behinderter und die einer ordentlichen Gebarung.

Als Aufgaben der bundesdeutschen Hochschulen (siehe Hochschulrahmengesetz 2002) werden unter anderem die Nachwuchsförderung, die Weiterbildung des Personals, die Mitwirkung bei der sozialen Förderung von Student(inn)en, die besondere Berücksichtigung der Bedürfnisse von Student(inn)en mit Kindern, die Gestaltung der Bedingungen in einer Weise, die behinderte Student(inn)en nicht benachteiligt, sowie die Förderung des Sports in ihrem Bereich, und die Grundsätze der Gleichberechtigung sowie der Freiheit von Forschung, Lehre und Studium genannt.

Sowohl im bundesdeutschen Hochschulrahmengesetz als auch im österreichischen Universitätsorganisationsgesetz finden sich demzufolge Werte, Ziele und Richtlinien verankert, die sich mit Grundsätzen der Gesundheitsförderung decken oder Anknüpfungspunkte für ihre Umsetzung bieten. Von gesetzlicher Seite her erscheinen demnach Möglichkeiten für Selbstbestimmung, Bedürfnisbefriedigung, Stärkung von Ressourcen, Erleben von Sinnhaftigkeit, Geschlechtergerechtigkeit und Chancengleichheit in der universitären Arbeit grundsätzlich gegeben – allerdings nur als Zielrichtungen und nicht als Sicherheiten.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass betriebliche Gesundheitsförderung im Setting Universität aufgrund der Bedeutung von Universitäten in der Wissensgesellschaft sowie der Herausforderungen, die ihr Wandel mit sich bringt, als bedeutsame Aufgabe erscheint, die allerdings bis jetzt noch kaum Aufmerksamkeit erfahren hat. Von seiten der Gesetzgebung her erscheinen universitäre Ziele und Aufgaben mit Grundsätzen der Gesundheitsförderung vereinbar, es gibt aber keine rechtliche Verpflichtung der Universitäten zur Gesundheitsförderung. Es stellt sich nun die Frage, wie die Ausgestaltung dieses Gesetzesrahmens – im Sinne von Arbeitsbedingungen für die Mitglieder der Universitäten – aussieht und wie sich die Lage der verschiedenen Statusgruppen beschreiben lässt; diese wird im folgenden Teilkapitel behandelt.

2.5.2 Statusgruppen der Universität und ihre Situation

Ziel der Beschreibung der Situation der verschiedenen Statusgruppen ist es, jene besonderen Ziele und Herausforderungen, die betriebliche Gesundheitsförderung im Setting Universität auszeichnen, zu ermitteln.

Einige Autor(inn)en (z.B. Stock & Krämer 2000; Faller 2005; Müller & Stratmann 2005; Hartmann & Siebert 2005; Unnold 2005; Schnabel 2007a; Hildebrand, Michel & Surkemper 2007) haben in den letzten Jahren untersucht, wie sich die *Situation* für die Mitglieder österreichischer und bundesdeutscher Universitäten gestaltet und welche besonderen Ressourcen und Belastungen sich für diese ergeben. Dabei hat sich herausgestellt, dass – da die Universität ein besonderes soziales System darstellt, das sich durch die Inklusion unterschiedlicher Gruppen mit unterschiedlichen Rollen auszeichnet – sinnvollerweise zwischen unterschiedlichen Statusgruppen unterschieden werden sollte. Zu den Mitgliedern der Universitäten gehören die Student(inn)en (in Deutschland: 80%), die nichtwissenschaftlich (11 %) und die wissenschaftlich Mitarbeiter(inne)n (8%). Ihre jeweilige Zugehörigkeit zu Universität, Fakultät oder Verwal-

tungseinheit, Abteilung und Statusgruppe bringt unterschiedliche Belastungen und Bewältigungsmöglichkeiten mit sich.

Es erscheint daher notwendig, die Arbeitsverhältnisse der Universitätsangehörigen von Fall zu Fall zu prüfen, denn einige Bedingungen für Gesundheit an der Universität gestalten sich für verschiedene Statusgruppen ähnlich, andere nicht: zum Beispiel verbringen Student(inn)en nur wenige Jahre an der Universität, als einer mit der Schule vergleichbaren Bildungseinrichtung, bzw. einem Lernort; Universität stellt sich für sie als Teil des Bildungssystems dar und inkludiert sie nur teilweise, während Mitarbeiter(innen) hier in Abhängigkeit von ihrem Arbeitsvertrag auch über Jahrzehnte hinweg an der Universität als ihrem Arbeitsort verbleiben können; unter ihnen ergibt sich aber ihrerseits eine große Unübersichtlichkeit der verschiedenen Arbeitsverträge. Dementsprechend steht Gesundheitsförderung im Setting Universität vor dem Problem, die Bedürfnisse ganz unterschiedlichen Zielgruppen zu beachten; die Aufgabe Gesundheitsförderung erweist sich demnach schwieriger als in homogenen Organisationen.

Probleme, die sowohl wissenschaftliche als auch nichtwissenschaftliche Mitarbeiter(innen) und Student(inn)en betreffen, ergeben sich etwa aus der Gestaltung universitärer Arbeitsorte und Arbeitsplätze, von Infrastruktur, Arbeitsverträgen, Arbeitsaufgaben, universitärer Politik, und Informationsfluss. Arbeitsplätze und -wege, Arbeitsmittel und -stoffe wie auch Arbeitsaufgaben können an verschiedenen Universitäten und deren Arbeitsabteilungen, sehr unterschiedlich aussehen, z.B. zwischen Labor- bzw. Technikbereichen, Werkstätten und Büros; Sonderbereiche sind unter anderem in den Fachgebieten Archäologie, Sport, Landwirtschaft, Veterinärmedizin sowie in den Verwaltungsbereichen Logistik, Gebäudemanagement und Lagerung festzustellen (vgl. Stratmann & Müller 2001).

Die Begegnungsmöglichkeiten mit anderen Menschen können dabei von überfüllten Hörsälen bis zur zeitweisen oder überwiegenden Alleinarbeit reichen (welche eine Reihe von Angestellten, Student(inn)en und Auftragnehmer(inne)n der Universität betrifft, durch die Arbeitszeit, den Arbeitsort oder das Arbeitsverfahren bedingt sein kann und bisweilen Gefährdung der Sicherheit und Einschränkung der Befindlichkeit mit sich bringt (vgl. UCLAN 2003)).

Weiters können sich Arbeitsaufgaben, Regelungen, Beziehungen und Umgangsformen innerhalb und zwischen Universitäten stark voneinander unterscheiden und eine wesentliche Rolle für die Befindlichkeit ihrer Mitglieder spielen; in diesem Zusammenhang wirken unklare oder unangemessene Leistungsanforderungen, mangelnde Übersich-

lichkeit, Nachvollziehbarkeit und Vermittlung der Sinnhaftigkeit des Geschehens, auf alle Betroffenen belastend. Unterschiede zwischen einzelnen Statusgruppen bestehen in bezug auf Stelle, Anforderungen, Ausbildung, Einkommen, Ansehen, und dementsprechend auf die Belastungen, denen sie ausgesetzt sind (vgl. Faller 2005). Im Folgenden wird die diesbezügliche Lage der Statusgruppen Student(inn)en, nichtwissenschaftlich und wissenschaftlich Beschäftigte genauer beschrieben.

Student(inn)en

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit werden, dem Verständnis der Einheit von Forschung und Lehre folgend, Student(inn)en nicht als bloße Kund(inn)en der Universität, sondern als Mitschaffende von Wissen und vorübergehende oder zukünftige Mitarbeiter(innen) betrachtet. „Betriebliche Gesundheitsförderung im Setting Universität“ berücksichtigt sie also auch in dieser Rolle mit.

Dennoch ergeben sich einige Unterschiede zu anderen Mitgliedern der Universität, vor allem aufgrund ihrer nur zeitweiligen Inklusion in die Universität sowie aufgrund der Besonderheiten der Lebensphase Spätadoleszenz, in der sich der Großteil der Student(inn)en befindet.

Im Unterschied zu anderen Statusgruppen verbringen Student(inn)en also grundsätzlich begrenzte Zeit an der Universität. Diese prägt jedoch das gegenwärtige und zukünftige Leben der Student(inn)en auf entscheidende Weise, da sich die Student(inn)en in diesem Lebensabschnitt wesentliche Erfahrungen, Einstellungen und Verhaltensweisen aneignen. Der Studienbeginn wird als bedeutsamer *Übergang* erlebt, der meist mit dem Auszug aus dem Elternhaus, dem sich Zurechtfinden in einem neuen Lebensumfeld, dem Aufbau neuer Beziehungen und fachlicher bzw. beruflicher Orientierung einhergeht. Das Studium stellt einerseits einen Teil des Erwachsenwerdens dar, und kann mit Partnerfindung, Elternschaft, und Berufstätigkeit verbunden sein; andererseits hält es die jungen Menschen meist länger in wirtschaftlicher Abhängigkeit (oft von den Eltern) fest, und ihre Lebenslage kann sich durch finanzielle Schwierigkeiten, den Zwang zum Sparen und zum Bedürfnisaufschub äußerst prekär gestalten (vgl. Stock & Krämer 2000; Faller 2005; Müller & Stratmann 2005; Hartmann & Siebert 2005; Unnold 2005; Schnabel 2007a; Hildebrand, Michel & Surkemper 2007).

In diesem Zusammenhang steht weiters das *Problem der sozialen Ungleichheiten*, deren Ausgleich von Siebert & Hartmann (2007) sogar sogar als vorrangiges Handlungsziel universitärer Gesundheitsförderung angesehen wird, da der Anteil beispiels-

weise von Angehörigen der Unterschicht im Setting Hochschule gering sei und in den vergangenen 25 Jahren abgenommen habe, und darüber hinaus in den Lebenslagen der Student(inn)en große Unterschiede bestünden; diesbezüglich gilt es laut Faller (2005) auch zu untersuchen, in wie fern Universität zur Aufrechterhaltung von Ungleichheits- und Ungerechtigkeitsverhältnissen beiträgt, da Menschen, die aufgrund ihrer Lebensgeschichte oder ihres Umfeldes wenig vorbereitet in Bildungseinrichtungen kommen, sehr bald und heftig durch Erlebnisse des Ungenügens und Nicht-Dazugehörens abgeschreckt werden können (Faller 2005); zwar müsse in der Hochschule auch eine Auslese stattfinden; diese sollte allerdings leistungsabhängig erfolgen und nicht auf Merkmalen schicht- und geschlechtsspezifischer Sozialisationsbedingungen beruhen. Weiters soll Gesundheitsförderung nach Faller (2005) Bewusstsein und Willen zum Nachdenken und Sprechen über diese sozialen Ungleichheiten wecken, und sozial benachteiligte Personen mit weniger Durchsetzungsmacht hier besonders fördern.

Abgesehen von diesen sozioökonomischen Fragen, stellt sich die *Rolle der Student(inn)en* an der Universität widersprüchlich dar (vgl. Stock & Krämer 2000; Faller 2005; Müller & Stratmann 2005; Hartmann & Siebert 2005; Unnold 2005; Schnabel 2007a; Hildebrand, Michel & Surkemper 2007). Einerseits wird von ihnen traditionell erwartet, ihre Weltsicht, ihre Gedanken und Änderungswünsche in universitäre Lehr-, Forschungs- und Verwaltungsprozesse mit einzubringen, andererseits verfügen sie aber über nur geringe Möglichkeiten, tatsächlich Einfluss auszuüben. Probleme ergeben sich für sie im Studium durch vielfältige Anforderungen, fehlende Sicherheit und Durchschaubarkeit, durch fehlenden Raum und mangelnde soziale Ressourcen. Zum einen sind die universitären Regelungen und Abläufe sowie deren Veränderungen für sie schwer zu überblicken und zu durchschauen. Zum anderen bindet die Ungewissheit über ihre berufliche Zukunft sowie die Unsicherheit ihres Studienerfolgs ihre Aufmerksamkeit an das Überleben im Alltag und Bestehen von Ausleseverfahren in Studium und Arbeitswelt; vor allem dort, wo ein unausgewogenes Verhältnis von Studienplan und Regelstudienzeit besteht und für jene, denen Mehrfachbelastung (Familie, Beruf, ...) auferlegt ist. Der Grundsatz der Gesundheitsförderung, die Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit von Studienbedingungen im Rahmen der persönlichen und gesellschaftlichen Lebenszusammenhänge zu vermitteln, erweist sich daher als für die Zielgruppe der Student(inn)en als besonders bedeutsam.

Über die grundlegenden Probleme der Lebensphase Studium hinaus zeigt sich das Setting Universität Student(inn)en gegenüber häufig als *wenig lebensfreundlich* (vgl. Stock & Krämer 2000; Faller 2005; Müller & Stratmann 2005; Hartmann & Siebert

2005; Unnold 2005; Schnabel 2007a; Hildebrand, Michel & Surkemper 2007), indem es ihnen auch zu wenig Rückzugsmöglichkeiten, zu wenig geeignete Räume zum Lernen, Lesen, Schreiben, Zusammenarbeiten, Gespräche führen, für Erholung, Essen und Bewegung bietet und indem die bestehenden Räumlichkeiten und Wege Mängel in Bezug auf Anlage, Einrichtung, Licht, Luft, Temperatur, Feuchtigkeit, Lärm, Geruch, Sauberkeit usw. aufweisen. Vor allem aber wird dem Bedürfnis der Student(inn)en nach wertschätzenden unterstützenden Beziehungen, nach Gemeinschafts- und Zugehörigkeitsgefühl noch zu wenig Rechnung getragen, etwa in Lehrveranstaltungen, im Umgang mit anderen Student(inn)en sowie mit Mitarbeiter(inne)n. Dort, wo von Seiten der Universitätsleitung gewünscht wird, dass Student(inn)en sich über die Erfordernisse des eigenen Studienfortschritts hinaus an der Entwicklung der Universität und ihrer Angebote sowie an Gestaltungs-, Beratungs-, und Betreuungsaufgaben beteiligen, bedürfte es vermehrter Anreize, Anerkennungen und Belohnungen. Der Grundsatz der Verhältnisorientierung, und der Verbesserung vor allem ökologischer und sozialer Ressourcen der Universität erweist sich daher als wegweisend für die Gesundheitsförderung in diesem Setting.

Immerhin sind die Student(inn)en jene Statusgruppe, für die Universitäten am häufigsten Gesundheitsförderung anbieten (vgl. die Informationen auf Homepages internationaler Universitäten, die z.B. unter www.braintrack.com zu finden sind); dies hängt wohl mit der Tatsache zusammen, dass Student(inn)en gewissermassen auch als Kund(inn)en der Universität gesehen werden (wie dies etwa bei US-amerikanischen Universitäten besonders deutlich wird).

Mitarbeiter(innen) der Universität

Was die Mitarbeiter(inne)n der Universität betrifft (vgl. Stock & Krämer 2000; Faller 2005; Müller & Stratmann 2005; Hartmann & Siebert 2005; Unnold 2005; Schnabel 2007a; Hildebrand, Michel & Surkemper 2007), so weisen die Arbeitsbedingungen für nichtwissenschaftliche Beschäftigten wohl am ehesten Ähnlichkeiten zu jenen anderer Betriebe auf. Probleme liegen hier oft darin, dass *nichtwissenschaftlich Beschäftigte* für ihre Tätigkeit wenig Unterstützung und Anerkennung erfahren, wenig Handlungsfreiraum und Zeit für Weiterbildung, aber hohe Arbeitsumfänge und fremd bestimmte Zusatzaufgaben bekommen, und dass sie mit immer wieder wechselnden bzw. neuen Anforderungen und unklaren Zuständigkeiten umgehen müssen. Häufig sind ihre Tätigkeiten eintönig, aber mit Zeitdruck und / oder körperlichen Belastungen verbunden, bedingt durch Ergonomie, Umwelteinflüsse und Unfallgefahren. Welche Ressourcen

ihre Arbeit jeweils aufweist, unterliegt wohl den besonderen Gegebenheiten der jeweiligen Universität und Arbeitsabteilung, der sie zugeordnet sind.

Wissenschaftler(innen) (vgl. Faller 2005; Hildebrand, Michel & Surkemper 2007) galten demgegenüber lange Zeit als ausgenommen bevorzugte Gruppe, die weitgehend selbst bestimmt vielfältigen, sinnhaften und schöpferischen Tätigkeiten im Einklang mit persönlichen Werten nachging, dabei über freie Zeiteinteilung, und weite Entscheidungsspielräume, hohes gesellschaftliches Ansehen und ansehnliches Einkommen verfügte. Diese Einschätzung traf eher für die Professor(inn)en zu, deren Arbeit inhaltlich und thematische Freiheit und Abwechslungsreichtum gewährte und höchstens durch ihresgleichen bewertet wurde; denen die Auswahl des eigenen Nachwuchses zustand, denen Arbeitsplatzsicherheit und dabei ein lohnender Umgang mit wissbegierigen jungen Menschen beschert war. Weiters wird angenommen, dass Wissenschaftler(innen) über besonders gute Wahrnehmungs- und Lernfähigkeit verfügen, sich in ihrer langen Schul- und Hochschullaufbahn ausreichend gesundheitsthematisches Grundlagenwissen und Bewältigungsfähigkeiten aneignen konnten, und wenig Berührungängste gegenüber Gesundheitsberatungs- und Krankenversorgungsdiensten verspüren. Für eine gute gesundheitliche Befindlichkeit der Wissenschaftstreibenden scheinen zunächst auch ihre niedrigen Krankenstandsdaten zu sprechen. Gesundheitsförderung an der Universität sollte demnach an der Möglichkeit, diese persönlichen und auf die Arbeitsaufgabe bezogenen Ressourcen von Wissenschaftler(innen) zu stärken, vermehrt ansetzen.

Allerdings (vgl. Faller 2005; Hildebrand, Michel & Surkemper 2007) erweist sich diese zuversichtliche Einschätzung vor allem in den letzten Jahren nicht mehr als haltbar. Denn niedrige Abwesenheitszeiten hängen – wie ja auch die Forschung zur betrieblichen Gesundheitsförderung gezeigt hat – nicht eindeutig mit Wohlbefinden, Arbeitszufriedenheit und Leistungsfähigkeit zusammen. Hingegen sprechen verschiedene Begleiterscheinungen universitären Wandels dafür, dass ein erhöhter und dringender Bedarf zur Gestaltung der *Gesundheitsverhältnisse* an Universitäten besteht, wobei die besonderen Herausforderungen dabei in hohen, teils widersprüchlichen Anforderungen, Ungewissheit über Anerkennung und persönliche Zukunft, Verleugnung wissenschafts„fremder“ Einflüsse und in den eigenen Gesetzen der Wissenschaftswelt liegen; diese sind zu einem großen Teil dem Wandel der Universitäten geschuldet, der sich auf alle Wissenschaftler(innen) auswirkt, jedoch mit Unterschieden zwischen deren einzelnen Untergruppen.

Der Wandel der Universitäten stellt teilweise die gewachsenen Werte, Sinn- und Bedeutungszusammenhänge, die Verstehbarkeit des Handlungsgefüges Universität, und die Handhabbarkeit alter und neuer Aufgaben in Frage. Er hat ein Nebeneinander unterschiedlichster und teilweise undurchsichtiger Arbeitsbedingungen und vielfache, sich ständig verändernde und häufig undurchschaubare Anforderungen gebracht. Diese bestehen nicht nur in der Notwendigkeit, stets neue Erkenntnisse aufzunehmen und weiterzuentwickeln, in hochrangigen Zeitschriften und Verlagen zu veröffentlichen und sich auf Tagungen zu zeigen und darzustellen, Drittmittel anzuwerben, die Lehre dem neuesten Stand des Faches, der Didaktik und der Computertechnik anzupassen, sondern auch darin, dies in einem Umfeld zahlreicher Widersprüche durchzuführen (vgl. Faller 2005; Hildebrand, Michel & Surkemper 2007).

Diese Anforderungen treffen zunächst einmal alle Wissenschaftler(innen), auch Professor(inn)en mit Lebenszeitvertrag – auch diese können enttäuscht, gekränkt, und in Wert- bzw. Rollenkonflikten innerlich zerrieben werden, immerhin aber auf einen gesicherten Lebensunterhalt blicken, was für viele wissenschaftlichen Mitarbeiter(innen) der nachfolgenden Generationen nicht mehr gilt (vgl. Faller 2005; Hildebrand, Michel & Surkemper 2007). Über deren Belastungen kann aufgrund der großen Bandbreite verschiedener Arbeitsverhältnisse innerhalb der wissenschaftlich Mitarbeiter(inne)n, vor allem beim Mittelbau, keine verallgemeinernde Aussage getroffen werden; je nach Aufgabenbereich (Lehre / Forschung), Arbeitsvertrag (befristet oder unbefristet), Abhängigkeitsverhältnis (mit oder ohne Qualifikationsziel) und Geschlecht können Belastungsunterschiede zwischen Statusgruppen hier zum Teil größer ausfallen als jene zwischen Akademiker(inne)n und Verwaltungsbeschäftigten.

Für Mitarbeiter(innen) in befristeten Verträgen mit Qualifikationsziel besteht eine große Belastung etwa in der Ungewissheit über ihre zukünftigen Lebenserhaltungsgrundlagen. Ihr schwieriger, langwieriger und ungewisser Weg bis zur Aufnahme in den Kreis der Wissenschaftler(innen) (scientific community) ist von Abhängigkeitsverhältnissen – manchmal von einer Person mit gleichzeitiger Fach- und Personalverantwortung – und oft von mangelnder Anerkennung – auch durch zu wenige Rückmeldungen bis hin zur Fremdverwendung von Arbeitsergebnissen – gekennzeichnet. Durch fehlende Aufgabenabgrenzung und -gewichtung, unzureichende Ausbildung für einen großen Teil ihrer Aufgaben bei gleichzeitigem Leistungsdruck, durch unklare Absprachen und unzulängliche Führung kann bei ihnen häufig Unsicherheit bis hin zur Versagensangst auftreten. Ihr persönlicher Einsatz für wissenschaftliche Arbeit zeigt sich oftmals als Bedürfnisaufschub und Neigung zur Selbstausbeutung; dies kann zur Erschöpfung, zum Ausdünnen der privaten sozialen Netzwerke und der Unterstützung, bis hin zum

„Ausbrennen“ führen, wird aber immer weniger oft mit einer dauerhaften Beschäftigung an der Universität belohnt. Es verhindert aber, dass ausreichend Erfahrung in außer-universitären Berufsfeldern gesammelt werden kann. Mit steigendem Alter verschlechtern sich die Möglichkeiten am Arbeitsmarkt. Privat kann es zum Scheitern der Familienplanung oder des Familienlebens, oder zu einer kräftezehrenden Doppelbelastung bzw. Überlastung der unterstützenden Personen kommen. Besonderes Projektarbeit, die für in der Qualifikationsphase befindliche Wissenschaftler(innen) typisch ist, zeichnet sich durch hohe Belastungen aus, weil sie in zeitlich eng begrenzt aber schwer planbar ist, hohe Selbständigkeit und Einsatzbereitschaft erfordert und damit ein Eindringen der Arbeit in alle anderen Lebensbereiche bringt. Gleichzeitig hilft sie aber wenig dabei, Beziehungen zum Arbeitsplatz und zum Lebensraum Hochschule aufzubauen. Oft wird hier zwischen Erfolg und Gesundheit zu Ungunsten letzterer entschieden; denn wichtige Grundlagen: Haushaltseinkommen, Sicherheit im Erwerbsleben, Zukunftsvorsorge, Möglichkeit zur Lebensplanung, Frei- und Familienzeit sind hier dafür nicht gegeben (vgl. Müller & Stratmann 2005; Faller 2005).

In vielen Fällen leisten Wissenschaftler(innen) unbezahlte Überstunden. Der Arbeitsplatz wird zum Lebensraum – kann aber dabei wichtige Bedürfnisse nicht befriedigen: So sind die räumlichen Gegebenheiten bisweilen schon dem Arbeitsvorgang selbst nicht dienlich, und bieten keine oder kaum Möglichkeiten für Erholung, bewusstes Essen, Bewegung, oder Austausch mit anderen. Die Beziehungen und Gespräche kreisen um rein arbeitsbezogene Themen und lassen den Ausdruck persönlicher Gefühle und Befindlichkeiten nicht zu oder werten ihn ab. Arbeit ohne Grenzen zeigt sich also auch im Bereich der Wissenschaft. Im Arbeitsbereich universitäre Lehre kommt dazu noch, dass gute Leistung oft wenig belohnt wird, obwohl die eigene Lehrtätigkeit von vielen Wissenschaftler(inne)n als wichtig erachtet wird, und dass es in der Lehre nur wenig Austausch unter Kolleg(inn)en, wenig gegenseitige Unterstützung für Weiterbildung in diese Richtung, dass Anhaltspunkte für ihre Bewertung fehlen und dass es an Gesprächsbereitschaft über Schwierigkeiten mangelt (vgl. Müller & Stratmann 2005; Faller 2005).

Es bedürfte demnach einer besseren Berücksichtigung der Bedürfnisse verschiedener Zielgruppen wissenschaftlicher Mitarbeiterinnen, einer Gestaltung verstehbarer und handhabbarer Arbeitsverhältnisse in Lehre und Forschung und einer gezielte Stärkung der Ressourcen der Mitarbeiter(innen).

Die *Situation von Frauen an Universitäten* wird ebenfalls als schwierig dargestellt, wie etwa Faller (2005) erläutert: Die Universität sei an männlichen Leitbildern und Lebens-

entwürfen ausgerichtet, was sich darin ausdrückt, dass der Frauenanteil an der Universität umso geringer ausfällt, je höher die Ausbildung und Beschäftigungsstufe liegt (also von 50 % bei Student(inn)en auf 1/7 bei Habilitierten sinkt). Dies sei damit zu erklären, dass die Universität als unsicherer Arbeitsplatz Laufbahnen biete, die schwierig mit der herkömmlichen Familienplanung von Frauen zu vereinbaren seien. Außerdem werden die Leistungen von Frauen noch nicht selbstverständlich und überall anerkannt; einzelne Fachbereiche mit hohem Männeranteil gelten als „männlich“, was mit harter und hochwertiger Wissenschaft gleich gesetzt werde; in diesen Studiengängen haben sich Frauen teilweise mit großem Rechtfertigungsdruck auseinanderzusetzen, und sie leiden unter unpersönlichen, rein fachbezogenen Lehr- und Lernformen. Weiters werden Frau und „Weiblichkeit“ oft nicht als gleichwertige Lehr- und Forschungsinhalte anerkannt; die Lebensbezüge und Sichtweisen von Frauen werden nicht beachtet, als abweichend gesehen oder abgewertet.

Frauen werde zwar zum Beispiel mehr Fähigkeit in Körper- und Gefühlswahrnehmung und im Umgang mit Menschen zugestanden, in der Wissenschaftswelt werden diese Eigenschaften jedoch als störend betrachtet und müssen ausgeklammert werden. Frauen müssen oft überdurchschnittliche Leistungen erbringen, damit sie als gleichwertige Wissenschaftler(innen) anerkannt werden. Darüber hinaus werden ihnen zusätzliche Aufgaben zugemutet, die als weiblich gelten; dies führe zur Mehrfachbelastung, wenn sie auch noch in Familie und Haushalt die Hauptarbeit übernehmen. Wissenschaftlerinnen sprechen aber meist nicht gerne über Benachteiligung und versuchen diese durch besonderen Einsatz und Durchhaltevermögen zu verdrängen. Besonders heftig zeigt sich dies offenbar schon zu Beginn des Studiums, wo sich ihre seelische Befindlichkeit deutlich verschlechtere. Es sei daher wichtig, genau zu untersuchen, welche Belastungen und Bewältigungsmöglichkeiten sich je nach Geschlecht in den verschiedenen Arbeitsbereichen und Ebenen der Universität ergeben. In der Folge bedürfe es verschiedener Aktivitäten um beide Geschlechter allgemein, und gegebenenfalls in ihrer Eigenschaft als Eltern, zu unterstützen. Zum Beispiel über Teilleistungen auf allen Ebenen, Ausbau der Kinderbetreuung, flexiblere Arbeitszeitgestaltung, Lockerungen im Dienstrecht, sowie Abschaffung fester Altersgrenzen für die Einstellung (Sonntag, Kolip & Knoch 2000; Faller 2005). Der Grundsatz der Geschlechtergerechtigkeit spielt demnach für betriebliche Gesundheitsförderung im Setting Universität eine besondere Rolle.

Verbesserungsvorschläge verschiedener Autor(inn)en (vgl. Stock & Krämer 2000; Faller 2005; Müller & Stratmann 2005; Hartmann & Siebert 2005; Unnold 2005; Hildebrand, Michel & Surkemper 2007) zielen zum Teil auf eine universitätspolitische Neu-

ausrichtung ab, indem jenen Mitarbeiter(inne)n, für die keine Aussicht auf langfristige Anstellung besteht, Beschäftigungsmöglichkeit im außerwissenschaftlichen bzw. außeruniversitären Feld geschaffen und dafür neben ihrer universitären Arbeit Freiräume für den Erwerb zusätzlicher Kompetenzen und Herstellung von Kontakten hergestellt werden, wobei auch eine Anpassung an die besonderen Bedürfnisse weiblicher Beschäftigter notwendig erscheint.

Weiters sollten Abhängigkeitsverhältnisse besser überwacht werden, wobei vor allem die Unterstützung von Seiten der Dekane und Professor(inn)en als Vorgesetzte mit ausgeprägten Handlungs-, Gestaltungs- und Machtspielräumen hier von grundsätzlicher Bedeutung ist. Auf Ebene der Organisationskultur, der Führung und der sozialen Unterstützung gehe es weiters darum, unausgesprochene und ungeschriebene Regeln der Wissenschaftswelt zur Sprache zu bringen. Diese Regeln könnten zum Beispiel beinhalten, dass wissenschaftsfremde Einflüsse auf die eigene Arbeit, wie Gefühle, Werte aus anderen Lebensbereichen, körperliche Befindlichkeit und persönliche Beziehungen verleugnet und verschwiegen werden – so wie die Regeln selbst, die sich erst dann, wenn sie angesprochen würden, auf ihren Wahrheitsgehalt und ihre Berechtigung hin überprüfen ließen; auf diese Weise den Entstehungszusammenhang der Ergebnisse von Wissenschaft zu hinterfragen, wäre gleichzeitig für deren Bewertung mitentscheidend. Gesundheitsförderung könne und solle genau dies zur Sprache bringen, um so letztendlich dabei mitzuhelfen, den Anspruch der Wissenschaftlichkeit noch besser zu erfüllen (vgl. Faller 2005).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich für die universitären Statusgruppen – Student(inn)en, nichtwissenschaftliche und wissenschaftliche Mitarbeiter(innen) – unterschiedliche, teils sehr hohe Belastungen ergeben, bedingt durch hohe und teils widersprüchliche Arbeitsanforderungen und oft geringe Erwerbssicherheit, und dass daher im Setting Universität die Grundsätze der Ressourcenorientierung und der Verhältnisorientierung für die Gesundheitsförderung als wesentlich erscheinen. Weiters sollte Gesundheitsförderung darauf abzielen, gemäß dem Salutogenese-Ansatz die Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit von universitären Lern- und Arbeitszusammenhängen zu vermitteln, um Effektkongruenz zu erreichen, also mittels Gesundheitsförderung die Kernziele des Settings Universität besser erfüllen zu helfen.

2.5.3 Geschichte

der „Gesundheitsförderung an der Universität“

Ziel dieses Teilkapitels ist es, die geschichtliche Entwicklung sowie den gegenwärtigen Stand von Gesundheitsförderung an der Universität zu beschreiben, um auf dieser Wissensgrundlage später die Interventionsformen und Grundsätze der betrieblichen Gesundheitsförderung an das Setting Universität anzupassen.

Dass Gesundheit bzw. die weiter oben genannten Belastungen für Mitglieder der Universitäten nicht unerheblich sind, wurde von universitären Entscheidungsträger(inne)n teilweise erkannt. Weltweit finden sich Universitäten, die zumindest *einzelne Angebote* zum Thema Gesundheit, meist für ihre Student(inn)en und manchmal auch für ihre Mitarbeiter(innen) führen. So gibt es an US-amerikanischen Universitäten schon seit Jahren Angebote der gesundheitsthematischen Aufklärung, Erziehung, Beratung, Betreuung sowie der Krankheitsvorsorge und -versicherung. Diese verfolgen den Zweck, Student(inn)en und Mitarbeiter(innen) anzuwerben bzw. zu binden. Allerdings setzen sie Gesundheit in erster Linie mit persönlichem Verhalten und sportlicher Fitness gleich und verstehen Gesundheitsförderung nicht in dem umfassenden Sinn, wie er der vorliegenden Arbeit zugrunde liegt. Zwar bietet der Campus als Lebensmittelpunkt dieser Universitäten ein breites Feld anderer Aktivitäten (Sport, Freizeit, Student(inn)enverbindungen, Weiterbildung, u.a.) an, die nicht unter Gesundheit eingereiht werden, aber im Sinne eines umfassenden Verständnisses teilweise hineinpassen könnten; der Umfangsbereich dieser Interventionen ist jedoch auf einzelne Maßnahmen und Programme beschränkt, die ebenfalls sehr stark auf die Entwicklung von persönlichen Fähigkeiten und allenfalls von sozialer Vernetzung und Unterstützung, jedoch kaum auf Möglichkeiten, organisationale Gegebenheiten der Universität als Ganzes zu hinterfragen und mit zu gestalten abzielen (vgl. Faller 2005).

Nur verhältnismäßig wenige Universitäten haben bisher den *Setting-Ansatz* der Gesundheitsförderung mit systemischem Vorgehen und unter Nutzung von Netzwerkarbeit, gewählt. Vor einigen Jahren erkannten einzelne Universitäten, wie zum Beispiel die britische „University of Central Lancashire“, die Bedeutung der Gesundheitsförderung für die Weiterentwicklung des Gesamtsystems der Universitäten; ihre Ansätze bildeten den Ausgangspunkt für die Bildung eines neuen Netzwerkes innerhalb der WHO. Diese bezog die Universitäten in ihrer Eigenschaft als Arbeitspartner von Städten in ihr „Gesunde Städte“ - Programm mit ein: Seit 1997 gibt es also das europäische Projekt „Health Promoting Universities“ (vgl. Gräser & Belschner 2001).

Für das europäische Netzwerk gesundheitsfördernder Hochschulen der WHO wurden folgende *Qualitätskriterien* entworfen (vgl. Tsouros 2000): Ein klares Eintreten für Gesundheit, Nachhaltigkeit und Chancengleichheit soll das Leitbild der Universität sowie sämtliche ihrer Entscheidungs- und Handlungsbereiche prägen; die Sichtbarkeit und Verständlichkeit der Gesundheitsthemen soll erhöht, die Unterstützung der Führungsebene gesichert, und die Projektbearbeitung vorbereitet werden; die Universität soll gesunde, saubere und sichere Arbeitsumgebungen und -verfahren anbieten, die schädliche Wirkungen auf lokaler, regionaler und globaler Ebene so weit wie möglich vermindern, hochwertige und bedarfsgerechte Unterstützungsangebote geben, und die Persönlichkeitsentwicklung aller ihrer Angehörigen ermöglichen. Sie soll soziale, Freizeit-, kulturelle und sportliche Aktivitäten für verschiedene Gruppen von Student(inn)en anbieten und – wo immer möglich – die gesündere zur leichteren Wahl machen; dabei soll sie Student(inn)en und Mitarbeiter(innen) an Entscheidungen betreffend ihre Lern-, Arbeits- und sozialen Erfahrungen beteiligen, und deren Interesse an Gesundheitsthemen in Studium und Forschung fördern, Strukturen und Prozesse für horizontale und vertikale Kommunikation – zwischen Student(inn)en und Mitarbeiter(inne)n – schaffen und der Stadt bzw. Gemeinde als Partner der Gesundheitsförderung mit Wissensbeständen und Arbeitskraft zur Verfügung stehen.

Die Universität soll folglich (Tsouros 2000) Organisations- und Kulturentwicklung stetig weiter betreiben und sich dabei um neue Lösungen und Nachhaltigkeit bemühen; ihre Steuerungsgruppe kann einzelne Aufgabenbereiche auslagern, sollte aber die Gesamtverantwortlichkeit behalten und sich aus den wichtigsten Entscheidungs- und Funktionsträgern sowie Expert(inn)en der Schlüsselbereiche für Gesundheit an der Universität, Betroffenen, kommunalen Vertretern, Vertretern externer Beteiligter wie z.B. lokaler Gesundheitsdienste zusammensetzen; ihr Projektkoordinator sollte vorzugsweise hauptberuflich tätig, sozial- und gesundheitswissenschaftlich qualifiziert, Public-Health-erfahren und in einer Verwaltungs- oder Forschungsabteilung der Universität angesiedelt sein, und – als besondere Voraussetzungen für die Mitgliedschaft im europäischen Netzwerk – eine klare Projektstruktur, einen Zeitplan, die Veröffentlichung einer Stellungnahme, Bedarfserhebung, Evaluationsplan, umfassende Strategieentwicklung, Beurteilung und Erweiterung bisheriger Aktivitäten, klar abgegrenzte Interventionen, und jährliche Berichterstattung durchführen. Wesentliche Grundsätze der Gesundheitsförderung wurden hier also an das Setting Universität angepasst.

Bei der zweiten internationalen Konferenz zur *Gesundheitsförderung an Hochschulen* 2005 wurde die Edmonton-Charta herausgegeben (Siebert & Hartmann 2007); als Merkmale, die eine gesundheitsfördernde Universität auszeichnen, werden darin unter

anderem genannt, die Student(inn)en zur ganzheitlichen Selbsterfahrung und Selbstreflexion anzuregen und sie in den Wissenstransfer zwischen den Generationen einzubinden, in diesem Sinne also auch ihre außeruniversitäre Lebenswelt zu beeinflussen, sowie eine geeigneten Organisationsstruktur mit Steuerungskreis, Management-Teams, Arbeitsgruppen und „Task-Groups“ (zu Schwerpunktthemen) aufzubauen (Dooris 2000). Weiters würde die Bildung eines europaweiten Netzwerkes laut Gräser (2005) vor allem folgende Merkmale benötigen: Entwicklung von Leitlinien, Bewusstseinsarbeit, Unterstützung von Netzwerken und Hochschulpolitik, Austausch, Bereitstellung und Verbreitung von geeigneten Modellen, Methoden und Werkzeugen, sowie die Einbeziehung sämtlicher Interessensgruppen.

Auch außerhalb Europas schlossen sich Universitäten dem WHO Projekt an, zum Beispiel Hochschulen in China (in der Umgebung von Peking) und Amerika: So entstand das Pan-Amerikanische Netzwerk (aus Lateinamerika und den karibischen Staaten), sowie das „American Network of Health Promoting Universities“ mit 72 amerikanischen Hochschulen (Gräser, Hartmann & Sonntag 2007). Am WHO-Projekt ist allerdings zu bemängeln, dass es die Berücksichtigung der besonderen Gegebenheiten an Hochschulen vermissen lässt und sich sehr stark auf Erfahrungen mit der Gesundheitsförderung in Gemeinden bzw. Städten konzentriert, in welche die Universitäten darin aber noch wenig eingebunden zu werden scheinen (vgl. Faller 2005). Der Setting-Ansatz für Gesundheitsförderung an Universitäten bleibt demnach auf internationaler Ebene noch zu verbessern. Mittlerweile wurde in Deutschland der „Arbeitskreis gesundheitsfördernder Hochschulen gegründet“. Dieser ist spezieller auf Gesundheitsförderung im Setting Universität ausgerichtet. Auf seiner Homepage finden sich Leitlinien, Veranstaltungsankündigungen, Informationsmaterialien, Links sowie eine Projektdatenbank. In Österreich und der Schweiz gibt es kein Netzwerk gesundheitsfördernder Hochschulen, und bislang nur erste Versuche einzelner Universitäten, der Gesundheit ihrer Mitarbeiter(inne)n Aufmerksamkeit zu schenken.

Die *Lage im deutschsprachigen Raum* sieht so aus, dass es in Deutschland vielfältige, gesundheitsbezogene Angebote gibt, an zahlreichen Universitäten Projekte ins Leben gerufen und öffentlich gemacht wurden (Müller & Stratmann 2005), und an einigen Universitäten auch Bestrebungen bestehen, den Setting-Ansatz umfassend zu verwirklichen (Stock 2007). Am häufigsten sind dabei auf einzelne Personen gerichtete Maßnahmen zu finden (medizinische, ergonomische, Fortbildungsangebote der Personalweiterbildung, Bewegung und Sport) (siehe Hartmann & Siebert 2005; Heinichen, Hildebrand & Bös 2007).

Seltener sind einzelne Struktur- und Prozesselemente dessen, was vielleicht einmal ein „Teilsystem Gesundheitsförderung“ werden könnte, anzutreffen, also z.B. in bezug auf Systemstrukturen ein Leitbild (Politik), Dienstvereinbarungen (Regelungen) (Arbeitskreise und / oder Gesundheitszirkel (Einrichtungen) (vgl. Hartmann & Siebert 2005; Heinichen, Hildebrand & Bös 2007; Faller 2007). In Einzelfällen kann von der Errichtung eines „Teilsystems Gesundheitsförderung“, so wie es im Rahmen der vorliegenden Arbeit verstanden wird, gesprochen werden, z.B. bei den Gesundheitsmanagementsystemen der Unis Bielefeld und Paderborn (z.B. Büthe 2005; Faller 2007). An österreichischen Universitäten gibt es vereinzelte gesundheitsthematische Angebote (Gesundheitstage, Beratungen) sowie allgemeine Maßnahmen etwa der Personalentwicklung, die gesundheitsförderliche Teilwirkung entfalten können. Ansätze zur umfassenderen, systemischen Gesundheitsförderung wurden bislang noch nicht sichtbar.

In *Gesamtbetrachtung* der Gesundheitsförderung an Unversitäten zeigt sich (vgl. Unold 2001; Faller 2005; Müller & Stratmann 2005), dass Gesundheitsförderung an einigen Universitäten bereits thematisiert wurde und einzelne Ideen dazu umgesetzt sind; diesen fehlt aber meist die Zusammenführung, Steuerung und Verankerung im System. Oft handelt es sich um Maßnahmen, die nur für auf einzelne Zielgruppen oder Angebote ausgerichtet und nicht an eine Gesamtplanung angebunden sind. Die Zielgruppen der Gesundheitsförderung wurden auch bislang kaum in die Gestaltung der Interventionen mit einbezogen. So gibt es zum Beispiel bisher kaum Entwürfe zur gesundheitsfördernden Gestaltung von Studienbedingungen. Hindernisse für die Umsetzung geplanter Interventionen liegen auf mehreren Ebenen; unter anderem in mangelnder Veränderungsbereitschaft. Um die erforderliche Unterstützung durch Leitungsebene, Führungs- und Lehrpersonen zu gewinnen, bedarf es offenbar ihrer Verpflichtung dazu, da sie dazu neigen, außerwissenschaftliche Elemente eher abzuwerten. Weiters müssen Nachweise bezüglich der Wirksamkeit der jeweiligen Aktivitäten erbracht werden.

Die Grundsätze systemischer, partizipativer, zielgruppenorientierter Vorgehensweise, anwaltschaftlichen Eintretens für Gesundheitsförderung und Betonung ihrer Effektkongruenz erweisen sich demnach für die Gesundheitsförderung im Setting Universität als besonders beachtenswert.

Im Zuge der Einführung von Gesundheitsförderung an der Universität haben sich einige *Herausforderungen* herauskristallisiert: Zunächst erweist es sich als schwierig, über den Zusammenhang von wissenschaftlicher Arbeit mit Gesundheit überhaupt ins Gespräch zu kommen. Dennoch bzw. vielleicht gerade deshalb könnte Gesundheitsförde-

rung zum Beispiel dabei helfen, wissenschaftliches Handeln in übergeordnete Zusammenhänge einzuordnen, neue Ansätze zu entdecken, sowie Möglichkeiten zum Gedankenaustausch und zur Selbstentwicklung bieten (vgl. Faller 2007). Mögliche Effektkongruenz (zwischen universitären Kernzielen und Gesundheitszielen) anzustreben und sichtbar werden zu lassen erscheint demnach bereits im Vorfeld von Interventionen als besonders wesentlich.

Außerdem treten zum Beispiel bei Erhebungen zur Gesundheit der Mitarbeiter(inne)n an der Universität Widersprüche, etwa zwischen Gesundheitsberichten und selbst berichtetem Gesundheitszustand, auf. Schnabel (2007b) empfiehlt daher, in Befragungen psychosoziale Variablen mit ein zu beziehen, parallel dazu Arbeitsausfallszeiten anzusehen, und zuerst verschiedene qualitative Methoden wie Tiefeninterviews, dann erst quantitative Untersuchungen anzuwenden.

Im Übrigen zeigt sich Gesundheitsförderung an Universitäten *noch wenig erforscht*, weil bislang hauptsächlich Einzelmaßnahmen, aber kaum Interventionen systemischer Gesundheitsförderung an Universitäten wissenschaftlich untersucht wurden. Eine große Zahl an Einzelstudien, bzw. von zusammenfassenden Übersichten und Auswertungen dazu, findet sich nur zu Maßnahmen der Verhaltensprävention, wie etwa von Kreis (2005) zusammengestellt. Zu den zahlreichen kleinen und größeren Gesundheitsförderungs-Projekten gibt es wenig öffentlich zugängliche Ergebnisse (Hildebrand, Michel & Surkemper 2007). Nichtwissenschaftliche Berichte sind, wenn überhaupt, eher nur in Form grober Übersichten zu bekommen. So konnte Faller (2005) auf ihrer Suche bei US-, UK- und deutschen Universitäten trotz persönlicher Anfragen keine abschließenden Auskünfte in Form einer Zusammenstellung gesundheitsfördernder Aktivitäten erhalten; im besten Fall wurde sie auf die Homepages verwiesen. Offenbar bestehen zu große Bedenken bezüglich der Herausgabe interner Dokumente. Möglicherweise werden aber auch nicht alle Interventionen aufgezeichnet oder fehlt auch den dafür Zuständigen der Gesamtüberblick.

Aus den genannten Gegebenheiten wurden *Schlußfolgerungen* dahingehend gezogen (vgl. Belschner & Gräser 2001; Unnold 2005), dass gesundheitsfördernde Universitäten Gesundheit als Teil ihrer Hochschulpolitik festlegen und sie in ihre Leitlinien und als Querschnittsaufgabe auf allen Handlungsebenen mit einbeziehen sollten; durch Umsetzung dieser Ausrichtung sollte langfristig Verbesserungen der Selbstbestimmung, Zufriedenheit und Leistung der Mitarbeiter(inne)n und Student(inn)en, sowie der Studien-, Arbeits- und Forschungsergebnisse der Universität angezielt werden. Die Grundsätze anwaltschaftlichen Eintretens für Gesundheit sowie intersektoraler und

multidisziplinärer Zusammenarbeit – gewinnen demnach im Setting Universität hervorragende Bedeutung – etwa durch Besetzung von Arbeitskreisen und Steuerungsgruppen zur Gesundheitsförderung mit Mitarbeiter(innen) verschiedener Wissenschaftsdisziplinen und Verwaltungsbereiche, mit Führungspersonen verschiedener Abteilungen und Ebenen, mit Interessensvertretungen der Statusgruppen, und mit außeruniversitären Fachleuten und Partner(inne)n der Universität.

Da sich diese zum Teil erheblich in ihren Grundannahmen, Denk- und Handlungsweisen in Bezug auf Gesundheitsförderung unterscheiden, kann, wenn es gelingt, gegensätzliche Standpunkte offenzulegen, ihren gleichberechtigten Austausch sicherzustellen, und Vertreter aller Richtungen ins Gespräch und zur Zusammenarbeit zu bringen, eine Vielfalt von Wissensbeständen und Deutungsmöglichkeiten genutzt werden, um wichtige Herausforderungen zu erkennen und gemeinsame Lösungen zu finden (vgl. Faller 2007).

Ein Beispiel für das Zusammenwirken so unterschiedlicher Expert(inn)en bietet z.B. die Uni Potsdam (Krieger 2001): Wissenschaftliche Mitarbeiter(innen) der Arbeits-, Betriebs- und Organisationspsychologie, der Sportwissenschaft, der Sportmedizin, der Humanbiologie, Gleichstellungsbeauftragte, Gesamtpersonalrat, Schwerbehindertenbeauftragte, Vertreter/innen der Student(inn)en, Vertreter des Kanzlers, Sicherheitsingenieurin und Betriebsarzt wirken hier im Arbeitskreis Gesundheit mit. Ein anderes Beispiel stellt das Projekt der Uni Bielefeld (Sonntag et al. 2000) zur Rückengesundheit von Student(inn)en dar. Dieses beteiligt ein Gesundheitslabor, die Betriebseinheit Hochschulsport, die gesundheitswissenschaftliche Fakultät, die Arbeitsbereiche Psychologie und Sportwissenschaft, die Universitätsverwaltung, die Zentrale Studienberatung, das Student(inn)enwerk, den allgemeinen Student(inn)enausschuss (AStA) und die studentische Selbsthilfe an der Zusammenarbeit.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass international viele Universitäten (einschließlich der österreichischen) einzelne verhaltensorientierte gesundheitsthematische Maßnahmen anbieten, aber nur eine kleine Zahl bislang dem Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung folgt. In Deutschland finden innerhalb des Arbeitskreises gesunde Hochschulen verschiedene Maßnahmen, Programme und Projekte, aber nur wenig systemische Interventionen zur betrieblichen Gesundheitsförderung im Setting Universität, wie sie im Zusammenhang der vorliegenden Arbeit verstanden werden soll, statt. Aufgrund der besonderen Herausforderungen im Setting Universität erscheint es für eine erfolgreiche Anwendung betrieblicher Gesundheitsförderung hier besonders angeraten, die Grundsätze systemischer, partizipativer, zielgruppenorientierter Vorge-

hensweise, anwaltschaftlichen Eintretens für Gesundheitsförderung und Betonung ihrer Effektkongruenz besonders zu beachten.

2.5.4 Interventionsformen

der betrieblichen Gesundheitsförderung im Setting Universität

Auf Grundlage der oben dargestellten besonderen Bedingungen im Setting Universität werden die in Unterkapitel 2.3 eingeteilten Interventionsformen der betrieblichen Gesundheitsförderung an dieses angepasst.

Dabei wird die in 2.3 gewählte Strategie "betriebliche Gesundheitsförderung" für das Setting Universität übernommen. Weiters werden die Interventionsformen, in bezug auf auf Zielebenen, Ansatzpunkte, Inhalte und Methoden sowie deren Ausrichtung (allgemein oder gesundheitsthematisch), und Umfangsbereiche unterteilt.

Interventionen der betrieblichen Gesundheitsförderung im Setting Universität können sich auf die *Zielebenen* Arbeitsgruppe oder Abteilung (Mikroebene), auf die Universität und deren Umgebung (Mesoebene), oder auf Netzwerke von Universitäten (Makroebene) richten.

Ansatzpunkte betrieblicher Gesundheitsförderung im Setting Universität bilden einzelne Mitarbeiter(inn)en und Student(inn)en (Individuum) für Personalmanagement und Personalentwicklung; die Schnittstelle zwischen Individuum und Organisation (I/O) zur Verbesserung der sozialen Vernetzung, Unterstützung und Führung – dieser Ansatzpunkt wird im Zusammenhang mit Gesundheitsförderung im Setting Universität als besonders entscheidend angesehen (siehe Faller 2005); und die Universität als Ganzes zur Verbesserung von Studien- und Arbeitsbedingungen und zur beteiligungsorientierten Organisationsentwicklung (z.B. über Gesundheitszirkel).

Weiters werden zwei *Ausrichtungen* der Interventionen unterschieden, allgemein oder gesundheitsthematisch; demnach können die Interventionen verschiedenste *Inhalte und Methoden* umfassen.

Sodann werden die Interventionsformen nach ihren *Umfangsbereichen* – Maßnahmen, Programme, Projekte oder Systeme – unterschieden. Als entscheidend wird auch hier die Einrichtung eines Teilsystems „Betriebliche Gesundheitsförderung“ im Setting Universität mit eigenen Systemprozessen und Systemstrukturen, mehrfachen Ansatzpunkten der Interventionen und Vernetzung mit anderen Systemen gesehen.

Als wesentlichste universitätsspezifische Systemstrukturen werden hier universitäre Politik (z.B. Leitbild Gesunde Universität), Einrichtungen (z.B. Arbeits- oder Steuerkreis, Arbeitsgruppen), Einbindung von Expert(innen) bzw. Institutionen der Gesundheitsförderung (z.B. Lehr- und Forschungsinstitute von Wissenschaften mit Bezug zum Gesundheitsthema, Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz), verantwortliche Personen, Regelungen, und Ressourcen angesehen.

Einige besonders *häufig genannte Interventionen* im Setting Universität (Paulus 2000; Simm & Unnold & Walter 2007; Belschner & Gräser 2001; Faller 2005; Faller 2007; Schnabel 2007a) betreffen die Systemprozesse Analyse und Diagnose und Systemstrukturen wie Politik und Einrichtungen.

Für die Systemprozesse Analyse und Diagnose – also für die Erhebung von Problemlagen und für die Vorschlagsentwicklung zu deren Lösung – werden die einzelweises oder gemeinsame Anwendung mehrerer Verfahren als geeignet erachtet: Hochschul-Gesundheits-Berichterstattung (HGBE) (Gräser & Belschner 2001) zur Ableitung von vorrangigen Zielen und Bedarfen, Gesundheitszirkel, Arbeitssituationsanalyse, Fokusgruppendifkussion, Diskussionsgruppen (Meier 2007), und Gesundheitswerkstatt (wie zum Beispiel an der Uni Karlsruhe) (Dann & Steinke 2007), wobei empfohlen wird, nicht möglichst viele Maßnahmen auf einmal umzusetzen, sondern einige ausgewählte frühzeitig, andere zeitversetzt anzugehen und die Teilnehmer(innen) und Betroffenen über den Bearbeitungsstand auf dem Laufenden zu halten. In Bezug auf die Systemstrukturen werden Veränderungen der universitären Politik als bedeutsam gesehen, um zunächst zu klären, was unter einer gesundheitsfördernden Hochschule verstanden werden soll, sich auf ein Gesamtziel zu einigen und dann Gesundheitsförderung in die Leitlinien einzubeziehen und alle Entscheidungen und Verfahrensweisen auf ihre Gesundheitswirkungen zu prüfen. Weiters erscheinen Arbeits- oder Steuerkreise, Arbeitsgruppen und bisweilen Gesundheitszirkel als jene Strukturelemente, die am ehesten an Universitäten eingeführt werden.

Um ein Teilsystem „betriebliche Gesundheitsförderung im Setting Universität“ zu entwickeln, bieten sich *Projekte* an. Für diese werden in der Literatur folgende Empfehlungen gegeben: Projekte benötigen Freiräume zur Erprobung neuer Ansätze und sollten gleichzeitig im laufenden Austausch mit den Entscheidungstragenden der Universität bleiben. In ihrem Steuerungskreis sollten daher Hochschulleitung, Projektkoordination, gegebenenfalls Vertreter(innen) des mittleren Managements, eine Planungsgruppe aus Expert(inn)en, sowie Arbeitsgruppen mit Betroffenenbeteiligung, vertreten sein. Für die Zuverlässigkeit der Projektumsetzung empfiehlt sich die Selbstverpflich-

tung der Hochschulleitung, untermauert mit vertraglichen Vereinbarungen, die Bereitstellung ausreichende Mittel, die Evaluation, und das Festhalten von Vorschlägen bzw. Vereinbarungen zur Weiterführung (Faller 2005).

Als gelungene Beispiele werden z.B. das Heidelberger Modellprojekt – die Einrichtung einer Abteilung Schlüsselkompetenzen des Zentrums für Studienberatung und Weiterbildung (Chur 2000), das Lehrprojekt „Gesunder Campus Magdeburg-Stendal“ (Faller 2005), die Koordinationsstelle Rückengesundheit der Uni Bielefeld (Sobhan-Sarbandi, Stock & Krämer 2000) und das Dresdener Netzwerk Studienbegleitender Hilfen (DNS) (Faller 2005) – es verbindet bessere Beratung und Betreuung der Student(inn)en mit Weiterbildung und Aufwertung von Mitarbeiter(inne)n (alltäglichen Helfern) – gesehen. Innerhalb von Systemen und Projekten können Programme und Maßnahmen zur Anwendung kommen (wie zuvor erwähnt, beschränkt sich Gesundheitsförderung an Universitäten bislang häufig auf diesen Umfangsbereich ihrer Interventionen).

Programme und Maßnahmen mit dem *Ansatzpunkt Organisation* (vgl. Arnold 2000; Sonntag et al. 2000; Gastorf & Neukirchen 2000; Faller 2005) können z.B. die Verbesserung von Arbeitsverträgen, Arbeitsorganisation, Umfeldbedingungen am Arbeitsort – etwa die Schaffung von Rückzugsmöglichkeiten für Arbeiten und Entspannung, die Bereitstellung von Kommunikationsräumen (Austausch, Erholung), die Verbesserung des Raumklimas (Temperatur, Luftfeuchtigkeit, Luftgüte) und das zur Verfügung stellen z.B. von Stehtischen, Sitz- und Schreibtischaufsätzen – und gesundheitsthematische Veränderungen oder Angebote – etwa Maßnahmen zum Nichtraucherschutz, Ernährungsberatung und entsprechende Essensangebote, sowie Bewegungskurse, auch zu unüblichen Zeiten, oder eine Börse für selbst organisierte Sportangebote und frei verfügbare Sportstätten für Mitarbeiter(innen) und Student(inn)en – beinhalten.

Von mehreren Autor(inn)en (Arnold 2000; Gastorf & Neukirchen 2000; Sonntag et al. 2000; Faller 2005) vorgeschlagene universitäre Programme und Maßnahmen mit den *Ansatzpunkten Individuum sowie Führung und soziale Unterstützung* können im Bereich Personalmanagement, Lehre und Studium angesiedelt sein. Das Personalmanagement kann Mitarbeiter(innen) durch Informations- und Begrüßungsveranstaltungen und -unterlagen, durch Beratungs- und Weiterbildungsangebote, durch eine Dienstvereinbarungen zur Beteiligung von Beschäftigten an der Arbeitsgestaltung, durch Zielvereinbarungen, die Gesundheit mit einbeziehen, durch Abteilungsbesprechungen und Mitarbeitergespräche, durch Freiheiten bei der Arbeitszeitplanung, Betreuungs- und Hilfsangebote sowie durch eine behindertengerechte Gestaltung der Hochschule unterstützen.

Im Bereich der Lehre könnte Verstehbarkeit, Handhabbarkeit, und Sinnhaftigkeit durch selbst bestimmtes, bedürfnisorientiertes Lernen im Austausch von Student(inn)en und Lehrenden gefördert werden, wobei auch eine Mischung von Online- und Anwesenheits-Lernzeiten (blended learning) dazu beitragen könnte, dass Student(inn)en und Lehrende ihre Aufmerksamkeit auf das Wesentliche lenken, indem Wegzeiten wegfallen, Massenlehrveranstaltungen vermieden werden können und zusätzliche Räume, z.B. für Entspannung oder Gesprächsgruppen, frei werden. Zur Handlungssicherheit und Arbeitszufriedenheit Lehrender könnte die Möglichkeit, in Gruppen untereinander Austausch zu pflegen, gemeinsam neue Inhalte und Verfahren zu entwickeln und sich gegenseitig Anregung und Rückmeldungen zu geben, beitragen, wobei dieser Zusatzaufwand voraussetzt, dass die Lehre von Seiten der Hochschule auch aufgewertet wird, etwa durch Berücksichtigung der Lehrleistung bei der Entlohnung, in Bewertungsverfahren und bei Stellenbesetzungen (Arnold 2000; Sonntag et al. 2000; Gastorf & Neukirchen 2000; Faller 2005).

Wesentliche Inhalte der Gesundheitsförderung von Student(inn)en bestehen in Angeboten zur Studienorientierung, Studiengestaltung und Berufsorientierung (wie z.B. an den Universitäten Potsdam und Dresden) (Gastorf & Neukirchen 2000; Stiehler & Nestmann 2000; Gräser 2000; Sobhan-Sarbandi, Stock & Krämer 2000; Unnold 2005; Faller 2005): Die Wahl des Studiums können etwa Internetinformationen, Studienberatung, Schnupperstudium, Orientierungskurse und „Sommeruniversität“ für Oberstufenschüler, sowie Orientierungstage zu Beginn des Grundstudiums erleichtern; beim Zurechtfinden im neuen Lebensumfeld Universität erweisen sich Tutoriumsprojekte von fortgeschrittenen Student(inn)en für Erstsemestrige, Einführungskurse zu Arbeitsmethoden, Lerntechniken und Schlüssel Fähigkeiten, Unterstützung bei der Studienorganisation, Selbsthilfegruppen, Förderung alltäglicher Hilfen, Beratungsangebote durch alltägliche Helfer(innen) und Student(inn)en sowie die Vernetzung von Beratungsdiensten als hilfreich; im Studienverlauf kann ein Teilzeitstudium mit bedarfsgerechten Vorlesungszeiten die Lage der Student(inn)en mit Mehrfachbelastungen entschärfen; die Schaffung von Gesprächsgelegenheiten zwischen Student(inn)en und Professor(inn)en (z.B. bei Themenabenden) kann helfen, Ängste zu verringern; und Kurse zu Fähigkeiten, die als im Berufsleben nützlich angesehen werden, sowie Veranstaltungen, die Begegnungen mit und Vernetzung zwischen möglichen Arbeitspartner(inne)n der Zukunft bringen, können vor allem in der Studienabschlussphase die Sorgen in Bezug auf Berufseinstieg vermindern.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass im Hinblick auf Interventionen zur Gesundheitsförderung an Universitäten einige universitätsspezifische Inhalte und Metho-

den gefunden werden können, die bereits einzeln oder in Kombination miteinander angewendet werden. Was die weiteren Merkmale zur Unterscheidung von Interventionsformen (Zielebenen, Ansatzpunkte, Umfangsbereiche), die hier aus 2.3 übertragen wurden, betrifft, so gilt hier als entscheidendes Merkmal wiederum das Bestehen eines Teilsystems Gesundheitsförderung innerhalb der Universität.

In der Folge werden Interventionen dann danach beurteilt, ob diese auch mit den Grundsätzen der betrieblichen Gesundheitsförderung im Setting Universität übereinstimmen, die im folgenden Teilkapitel näher erläutert werden.

2.5.5 Grundsätze betrieblicher Gesundheitsförderung im Setting Universität

Auf Grundlage der zuvor ermittelten Befunde werden die in 2.3 für betriebliche Gesundheitsförderung entwickelten Grundsätze hier an das Setting Universität angepasst.

2.5.5.1 Gesundheitsverständnis

Die Grundsätze betrieblicher Gesundheitsförderung – positives, biopsychosoziales, dem Salutogenese-Ansatz folgendes und ressourcenorientiertes – Gesundheitsverständnis werden im Folgenden auf das Setting Universität übertragen.

Positives Gesundheitsverständnis

Positives Gesundheitsverständnis wird für betriebliche Gesundheitsförderung im Setting Universität so verstanden, dass sichere und gesunde Arbeit in Forschung, Lehre, Studium und Verwaltung als Teil eines selbst bestimmten und bedürfnisgerechten Lebens es Mitarbeiter(inne)n und Student(inn)en ermöglicht, ihre Lebensgrundlagen zu erhalten und ihre persönlichen und beruflichen Entwicklungsziele zu erreichen, indem sie die Freiheit wissenschaftlichen Forschens, Lehrens, Gestaltens und Lernens mit gesellschaftlicher Verantwortung in einer Weise verbindet, die alle ihrer Mitglieder Selbstwirksamkeit und Anerkennung erfahren lässt.

Biopsychosozial

Biopsychosoziales Gesundheitsverständnis meint, dass gesundheitsfördernde Universitäten in Forschung, Lehre, Gestaltung, Verwaltung und Studium die körperliche und psychische Befindlichkeit aller ihrer Mitglieder, sowie die Verhältnisse ihrer sozialen

und ökologischen Umwelt berücksichtigen, und diese günstig zu beeinflussen versuchen.

Salutogenese-Ansatz

Ein salutogenetisches Gesundheitsverständnis geht davon aus, dass Gesundheit im Zuge der universitären Arbeit entstehen kann, wenn die übergeordneten Zusammenhänge ihrer Forschungs-, Lehr-, Lern- und Verwaltungs- Aufgaben mit den Zielen der Universität erkannt (Kohärenzsinn) und mit persönlichen Werten vereinbart werden können; wenn die Handhabbarkeit der gestellten Aufgaben durch Maßnahmen der Mitbestimmung, der Aus- und Weiterbildung erleichtert wird; wenn die Sinnhaftigkeit der Tätigkeit durch die Möglichkeit, im Rahmen der Erfüllung universitärer Aufgaben persönliche Ziele zu verwirklichen, ermöglicht wird; und wenn die Verstehbarkeit des vielschichtig verwobenen und in sich ständigem Wandel befindlichen Geschehens in- und außerhalb der Universität sowie ihrer Arbeitsbereiche durch Offenheit, Durchgängigkeit, Zielgerichtetheit und Klarheit des Informationsflusses, durch ständige Einrichtungen wie Auskunftsstellen, Arbeitskreise, Gespräche und durch ein Klima, das Fragen und freie Meinungsäußerung ermutigt, gefördert wird.

Merkmale salutogener Universitäten werden in Grundzügen folgendermaßen beschrieben (vgl. Unnold 2005; Schnabel 2007a; Gräser 2007): Partnerschaftlicher Führungsstil, verbindliche Werte und Überzeugungen und Verhaltensregeln, Vereinbarkeit mit persönlichen Werten, Stolz auf die Zugehörigkeit, Vertrauen und Hilfe, Nachvollziehbarkeit von Entscheidungen, Beteiligungsmöglichkeiten und Handlungsspielräume, Vermitteln von Bewältigungsfähigkeit, wenige Konflikte und geeignete Einrichtungen zu deren Bewältigung, annehmbare und Sicherheit vermittelnde Sprach- und Umgangsformen, geregelte Pflichten und Verantwortlichkeiten, eindeutige Rollenzuweisungen, geringe persönliche Abhängigkeit, Entwicklung von Beziehungen zwischen Organisationsmitgliedern, Zuwachs an Vertrauen in die Organisation, ausgewogene Belastung und Gestaltungsspielräume, Stärkung von Verantwortungs- und Selbstwertgefühl und leistungsangemessene Entlohnung. Interventionen zur Gesundheitsförderung an Universitäten sollten diesen Aufgaben demnach besonderen Stellenwert einräumen.

Ressourcenorientierung

Ressourcenorientierung siehe (z.B. Faller 2005, 2007) bedeutet für Gesundheitsförderung im Setting Universität, dass ihre Interventionen an Stärken und Möglichkeiten anknüpfen, die im Bereich ihrer Organisation, im sozialen Miteinander und bei einzelnen Personen liegen, und dadurch Ausgleich vorhandener Belastungen zu erreichen

versuchen. In diesem Zusammenhang wird empfohlen, Student(inn)en und Mitarbeiter(inne)n im universitären Umfeld Raum, Mittel, Zeit, Gelegenheiten und Anreiz zur (Mit-)Gestaltung, Bewegung, Begegnung, Erholung, und zum Lernen zu verschaffen; soziale Vernetzung, Unterstützung und wertschätzende Formen des Gesprächs und der Zusammenarbeit zu fördern; Arbeitsaufgaben so zu gestalten, dass sie die persönliche Weiterentwicklung der Mitarbeiter(innen) im Gleichgewicht von Anforderungen und Bewältigungsfähigkeit unterstützen; auf fürsorgliche und wertschätzende Führung zu achten, und dabei die besonderen Stärken, Entwicklungsmöglichkeiten und Bedürfnisse unterschiedlicher Personen und Zielgruppen zu beachten (vgl. Sonntag et al. 2000; Unnold 2005); und, besonders wichtig, soziale Fähigkeiten, Netzwerke und Unterstützung zu stärken – z.B. durch Einrichtung kleinerer Lern- und Arbeitsgruppen, Beratung und Betreuung durch Peers (gleich alte bzw. fort geschrittene Student(inn)en), Tutor(inn)en und Mentor(inn)en (erfahrene Student(inn)en), gemeinsame Aktivitäten mit den Mitarbeiter(inne)n, Beteiligung an Gestaltungsaufgaben, Selbsthilfegruppen u.ä. (vgl. Sonntag; Kolip & Knoch 2000; Faller 2005).

2.5.5.2 Vorgehensweise bei Interventionen

In Anlehnung an die Vorgehensweise bei Interventionen der betrieblichen Gesundheitsförderung, wurden ihre Grundsätze – Prozessorientierung, Verhaltens- und Verhältnisorientierung, Setting-Ansatz, systemisches und partizipatives Vorgehen, intersektorale und multidisziplinäre Zusammenarbeit, Netzwerkarbeit und Zielgruppenorientierung – an das Setting Universität angepasst wie folgt.

Prozessorientierung

Prozessorientierung in der betrieblichen Gesundheitsförderung im Setting Universität soll heißen, dass die Menschen an der Universität bei der Bewältigung des ständigen Wandels auf den Ebenen Gesamtgesellschaft, Wissenschaft und ihrer einzelner Fachrichtungen, der Universität und ihrer Arbeitsbereiche, aber auch ihres eigenen Lebens und seiner verschiedenen Bereiche unterstützt werden, mit besonderem Augenmerk auf Übergänge von einem Abschnitt des (Arbeits-) Lebens zum nächsten.

Verhaltens- und Verhältnisorientierung

Verhaltens- und Verhältnisorientierung in der betrieblichen Gesundheitsförderung im Setting Universität meint, ein Gleichgewicht aus Gestaltung der universitären Verhältnisse und Anpassung des Verhaltens ihrer Mitglieder herzustellen, indem Personalentwicklung und Organisationsentwicklung einander ergänzen.

Setting-Ansatz

Der Setting-Ansatz bedeutet für die betriebliche Gesundheitsförderung im Setting Universität, ihre Interventionen mit dem Ziel der Organisationsentwicklung durchzuführen, da Gesundheit unter anderem dort entsteht, wo Menschen forschen, lehren, studieren, verwalten und gestalten. Eine Gesundheit fördernde Universität zu entwickeln erfordert demnach, sich mit ihren jeweils besonderen Gegebenheiten und übergeordneten Werten auseinanderzusetzen, ihre Ziele, Aufgaben, Rollen, ihren Aufbau, sowie ihre Regelwerke und Abläufe zu berücksichtigen, diese in Richtung auf bessere Selbstbestimmung und Bedürfnisbefriedigung aller ihrer Mitglieder auszugestalten und zu zeigen, wie sie durch Gesundheitsförderung unterstützt werden können. Dem Setting-Ansatz zu folgen meint für die betriebliche Gesundheitsförderung im Setting Universität weiters, systemisch vorzugehen.

Systemisches Vorgehen

Systemisches Vorgehen wird hier so verstanden, dass ein eigenes Teilsystem zur betrieblichen Gesundheitsförderung im Setting Universität eingerichtet wird, das sich durch eigene Systemprozesse, Systemstrukturen und Netzwerkarbeit mit anderen inner- und außeruniversitären Systemen auszeichnet. Als Systemprozesse werden hier Analyse und Diagnose, Interventionsplanung, Durchführung und Qualitätssicherung, Evaluation, als Systemstrukturen z.B. universitäre Gesundheitspolitik, Einrichtungen, Einbindung von Expert(inn)en und verantwortlichen Personen, universitäre Regelungen und Ressourcen verstanden.

Partizipatives Vorgehen

Partizipatives Vorgehen in der betrieblichen Gesundheitsförderung im Setting Universität bedeutet, die Mitglieder der Universität an Entscheidungen über Ziele, Gestaltung und Grenzen von Interventionen zu beteiligen, wobei auch die Art und Weise des Zusammenarbeitens, des Umgangs und Gesprächs miteinander zum Gegenstand der Betrachtung, des Austausches von Sichtweisen und des Findens von Verbesserungsmöglichkeiten werden sollen (Metakommunikation) (vgl. Faller 2005).

Intersektorale und multidisziplinäre Zusammenarbeit

Intersektorale und multidisziplinäre Zusammenarbeit in der betrieblichen Gesundheitsförderung im Setting Universität heisst, Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe der Universität und ihrer Netzwerke zu betrachten und in ihre Interventionen Angehörige unterschiedlicher Statusgruppen und Wissenschaftsdisziplinen (Sozial- und Natur-

wissenschaften) sowie nichtwissenschaftliche Gesundheitsförderungsexpert(inn)en mit ein zu beziehen (vgl. Belschner & Gräser 2001; Faller 2005; Hartmann & Siebert 2005; Faller 2007; Gräser, Hartmann & Sonntag 2007; Stock 2007).

Netzwerkarbeit

Mit Netzwerkarbeit in der betrieblichen Gesundheitsförderung im Setting Universität ist gemeint, Kontakte zu Menschen und Organisationen in- und außerhalb der Universität herzustellen, zu pflegen, zu erweitern und zu nutzen, wofür sich innerhalb der Universität Leitungs-, Dienstleistungsstellen und Arbeitsbereiche, außerhalb der Universität andere Organisationen des Forschungs- und Bildungssystems sowie der Gesundheitsförderung besonders anbieten.

Zielgruppenorientierung

Zielgruppenorientierung betrieblicher Gesundheitsförderung im Setting Universität bedeutet, die Frage zu stellen, welche Zielgruppen von Interventionen im Setting Universität unterschieden werden können, um ihre Stärken und besonderen Bedürfnisse ins Auge zu fassen. Merkmale wie Alter, Geschlecht, gesundheitliches Befinden bzw. Vorliegen von Krankheiten oder besonderen Bedürfnissen, ethnische, nationale, kulturelle oder religiöse Zugehörigkeit, Bildung, Beruf, Einkommen, regionale und soziale Herkunft, Arbeitsbereich, Statusgruppe, Ebene und Arbeitsvertrag, können alleine und in Wechselwirkung miteinander zu besonderen Gesundheitsvoraussetzungen führen, die der Berücksichtigung bedürfen (vgl. auch Faller 2005).

2.5.5.3 Politische Dimension

Die Grundsätze der betrieblichen Gesundheitsförderung – Advocacy, change facilitation, empowerment, Chancengleichheit und Geschlechtergerechtigkeit – erhalten im Setting Universität eine besondere Bedeutung, die im folgenden näher erläutert wird.

Advocacy – change facilitation – empowerment

Anwaltschaftliches Eintreten (advocacy) für betriebliche Gesundheit im Setting Universität bedeutet, dass sich alle ihre Mitglieder, besonders aber die universitären Entscheidungsträger (Rektor(inn)en und Dekan(inn)en) für dieses Ziel einsetzen und durch ihr Handeln Veränderungen der Universität (change facilitation) und Befähigen und Ermächtigen (empowerment) ihrer Mitglieder in diese Richtung in die Wege leiten.

Chancengleichheit

Chancengleichheit in der betrieblichen Gesundheitsförderung im Setting Universität meint, ihren Student(inn)en, nichtwissenschaftlichen und wissenschaftlichen Mitarbeiter(inne)n gerechten Zugang zu Gesundheitschancen, also zu Selbstbestimmung und Bedürfnisbefriedigung, zu ermöglichen, eine Vielfalt von selbstgewählten Lebensweisen (diversity) zuzulassen und soziale Ungerechtigkeiten aufzuspüren und auszugleichen (vgl. Faller 2005; Siebert & Hartmann 2007) .

Geschlechtergerechtigkeit

Geschlechtergerechtigkeit in der betrieblichen Gesundheitsförderung im Setting Universität zielt darauf ab, Student(inn)en und Mitarbeiter(innen) in ihrer geschlechtlich geprägten Einzigartigkeit zu achten, dabei ihre unterschiedlichen Bedarfe zu berücksichtigen und ihnen auf dieser Grundlage gerecht verteilte Möglichkeiten, in ihrem Forschen, Lehren, Studieren, Verwalten und Gestalten mehr Selbstbestimmung und Bedürfnisbefriedigung zu erlangen, zu ermöglichen. Da soziale Bedingungen der Universität geschlechtlich geprägt sind, erscheint es als notwendig, sämtliche ihrer Gegebenheiten auf ihre unterschiedliche Bedeutung und Auswirkung in Bezug auf Männer und Frauen zu überprüfen, und dies bei ihrer Gestaltung zu berücksichtigen (Gender Mainstreaming).

2.5.5.4 Qualitätsdimension

Die Qualitätsdimension der betrieblichen Gesundheitsförderung an das Setting Universität anzupassen bedeutet, Bedarfsgerechtigkeit, Sachangemessenheit, Effektkongruenz und Nachhaltigkeit (vgl. Faller 2005) ihrer Interventionen anzustreben, wobei die Einhaltung der gewählten Kriterien durch *Qualitätssicherung* zu gewährleisten ist. Da betriebliche Gesundheitsförderung im Setting Universität, wie sie im Rahmen der vorliegenden Arbeit verstanden werden soll, sich durch systemisches Vorgehen bzw. die Einrichtung eines eigenen Teilsystemes auszeichnet, besteht die Hoffnung, dass Systemprozesse wie Analyse-Diagnose (Bedarfserhebung), Interventionsplanung, Durchführung und Qualitätssicherung dabei helfen, die Bedarfsgerechtigkeit und Sachangemessenheit zu sichern; dass Systemstrukturen Nachhaltigkeit ermöglichen; und dass Vernetzung mit anderen Systemen und Evaluation von Interventionen der Effektkongruenz dienen.

Der bislang ausführlichsten Qualitätsbeurteilung der Gesundheitsförderung an ausgewählten Universitäten widmete sich die Dissertation von Faller (2005):

Sie nennt als Voraussetzungen für die Herstellung von *Bedarfsgerechtigkeit* Bedarfserfassung, Berücksichtigung von Bedürfnissen, Einbeziehung Betroffener, Rückmeldungen, Zugänglichkeit, Beteiligung und Durchschaubarkeit (z.B. von Leistungsanforderungen, Unterstützungsmöglichkeiten, Entscheidungsspielräumen, Machtverhältnissen), und gemeinsame Erarbeitung nachvollziehbarer Regeln.

Sachangemessenheit bedeutet laut Faller (2005), dass Gesundheitsförderung als Führungs- und Lehraufgabe der Universität gesehen wird. Entscheidend für gezielte wirkungsvolle Aktivitäten sind dabei die Abstimmung zwischen den Beteiligten und die Möglichkeit, über die Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit und des Umgangs miteinander offen zu sprechen.

Mit *Effektkongruenz* meint sie, dass Gesundheitsförderung die Kernziele der Universität unterstützen und ihr bei der Bewältigung neuer Herausforderungen helfen soll, wozu es gemeinsamer Begriffsbestimmungen, Zielsetzungen und Bewertungsgrundlagen sowie der regelmäßigen Erfassung ihrer Auswirkungen und einer zugänglichen Dokumentation und längerfristiger Beobachtung, aus der Folgerungen gezogen werden können, bedarf. Weiters werden Öffentlichkeitsarbeit und deren Überprüfung sowie die Einbindung außeruniversitärer Partner sowie die Verankerung von Gesundheitsförderung in Lehre und Forschung, unter Einbeziehung der Mitarbeiter(inne)n und Student(inn)en, als entscheidend gesehen.

Nachhaltigkeit zeigt sich nach Faller (2005) schließlich in dauerhaften Einrichtungen und Abläufen der Gesundheitsförderung sowie in der laufenden Veröffentlichung ihrer Ergebnisse. Als Voraussetzung und Kennzeichen dafür wird die Einbeziehung von Entscheidungsträgern und Führungskräften, von Arbeitskreisen mit vielfältiger Zusammensetzung, und von einer Verstetigung mannigfaltiger Maßnahmen, die der Kommunikation dienen, gesehen, wobei sich diese nach den Gegebenheiten der Universität richten, und ständige Verbesserung anstreben sollen.

Evaluation

Evaluation als systematische datengestützte Bewertung bzw. Einschätzung von Interventionen der betrieblichen Gesundheitsförderung im Setting Universität soll dabei helfen, diese zielgerichtet auszuwählen, laufend zu verbessern und ihre Kosten rechtfertigen, wobei nach Faller (2005) die Wahrnehmungen und Deutungen der Beteiligten entscheidend sein sollen, indem ein offener Aushandlungsprozess über ihre kurz-, mittel- und langfristigen Ziele und Erfolgsmaßstäbe stattfinden kann (Faller 2005).

2.5.6 Zusammenfassung:

Betriebliche Gesundheitsförderung im Setting Universität

Universitäten spielen eine bedeutsame Rolle in der weltweiten Wissensgesellschaft, wobei sie sich gegenüber anderen Wirtschaftsbetrieben durch die Vielfalt ihrer Aufgabenbereiche – Lehre, Forschung, Verwaltung – und ihrer Mitglieder, die je nach Statusgruppenzugehörigkeit – Student(inn)en, nichtwissenschaftliche oder wissenschaftliche Mitarbeiter(innen), Arbeitsbereich, Vertragsverhältnis und Geschlecht unterschiedlichen und teils sehr hohen Belastungen ausgesetzt sind, auszeichnen.

Da Universitäten durch demographischen, politischen und strukturellen Wandel vor großen Herausforderungen stehen, erscheint *Gesundheitsförderung im Setting Universität* als wichtige Aufgabe, die aber in ihrer umfassenden Bedeutung erst von wenigen ihrer Entscheidungsträger(inne)n wahrgenommen wurde. Die weiter oben genannten Befunde über die spezielle Situation an Universitäten lieferten die Grundlage dafür, die für betriebliche Gesundheitsförderung erarbeiteten Interventionsformen und Grundsätze an das Setting Universität anzupassen wie beschrieben. Im folgenden Unterkapitel werden diese noch einmal weiter ausdifferenziert.

2.6 Betriebliche Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität

Ziel dieses Unterkapitels ist es, die zuvor ermittelten Interventionsformen und Grundsätze von betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten sowie jene von betrieblicher Gesundheitsförderung im Setting Universität miteinander zu verknüpfen, und damit das Analyseschema zur Bewertung von Interventionen betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität fertigzustellen.

2.6.1 Interventionsformen der betrieblichen Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität

Im Folgenden werden die Interventionsformen betrieblicher Gesundheitsförderung im Setting Universität und jene betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten miteinander *verknüpft*. Um verschiedene Interventionsformen betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität zu unterscheiden, werden diese zunächst in bezug auf die gewählte Strategie eingeordnet, und weiters nach Zielebenen, Ansatzpunkten, Umfangsbereichen, sowie allgemeinen bzw. ge-

sundheitsthematischen Inhalten und Methoden unterschieden, unter Hinweis auf die besondere Doppelrolle der Bewegungsaktivitäten (Bewegung als Ziel und Bewegung als Medium).

Als *Strategie* wird „betriebliche Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität“ im Rahmen der vorliegenden Arbeit vor allem als durch ein positiv, biopsychoökosoziales und salutogenetisches Gesundheitsverständnis sowie systemische Vorgehensweise gekennzeichnet verstanden.

Betriebliche Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität kann auf die *Zielebenen* Mikro- (Arbeitsgruppe, Abteilung), Meso- (Universitäten und deren unmittelbare Umgebung) oder Makroebene (Netzwerke von Universitäten und anderen kommunalen, regionalen oder (inter-) nationalen Organisationen) ausgerichtet werden.

Ansatzpunkte betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität bilden einzelne Mitarbeiter/innen und Student(inn)en (Individuum) für Personalmanagement und Personalentwicklung; die Schnittstelle zwischen Individuum und Organisation (I/O) zur Verbesserung der sozialen Vernetzung, Unterstützung und Führung; und die Universität als Ganzes zur Verbesserung von Studien- und Arbeitsbedingungen und zur beteiligungsorientierten Organisationsentwicklung (z.B. über Gesundheitszirkel). Die Interventionen können dabei jeweils entweder auf allgemeine oder gesundheitsthematische Ziele ausgerichtet sein.

Eine große Bandbreite an *Inhalten und Methoden* erscheint für die betriebliche Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität vorstellbar, auch abhängig von ihrer Ausrichtung (allgemein oder gesundheitsthematisch). Neben dem Lernen und Training von Bewegungs- und Entspannungsfähigkeiten sowie der Wissensvermittlung über ihre Grundlagen und über ihre zweckmäßige Durchführung kommen verschiedenste Bewegungs- und Sportaktivitäten einschließlich Spiel und Tanz sowie Unternehmungen in der freien Natur in Frage, unter Anwendung trainingswissenschaftlicher und sportdidaktischer Methoden.

Nach ihren *Umfangsbereichen* können Interventionsformen zur Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität in Maßnahmen, Programme, Projekte und Systeme eingeteilt werden.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit soll Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität als Systementwicklung verstanden werden, in dem ein eige-

nes „*Teilsystem Bewegung*“ in das Gesamtsystem der Universität bzw. in ein bestehendes oder einzuführendes „Teilsystem betriebliche Gesundheitsförderung“ eingebunden wird; dieses „Teilsystem Bewegung“ zeichnet sich dann durch eigene Systemprozesse, Systemstrukturen, mehrfache Ansatzpunkte der Interventionen sowie Vernetzung mit anderen inner- und außeruniversitären Systemen aus.

Im Zuge der *Systemprozesse* Analyse und Diagnose könnten z.B. Hochschulgesundheitsbericht und Gesundheitszirkel auch Auskunft über die Bewegungsverhältnisse an der Universität geben; weiters könnten Umsetzung und Ergebnisse von Interventionen betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten dokumentiert, evaluiert und publiziert werden.

Systemstrukturen des „Teilsystems Bewegung“ beinhalten Politik (z.B. indem die Förderung selbstbestimmter bedürfnisgerechter Bewegungsaktivitäten in den Leitlinien der Universität verankert wird), Einrichtungen (z.B. Arbeitsgruppen und Angebote zum Thema Bewegungsaktivitäten), Expert(inn)en (z.B. die Einbeziehung von Sportwissenschaftler(inne)n in den Arbeitskreis Gesundheit), verantwortliche Personen, Regelungen (z.B. Anreize zur Teilnahme an Bewegungsaktivitäten) und Ressourcen (z.B. Bewegungsraum, Infrastruktur, Geräte, Finanzen, Zeit).

Vernetzung des „Teilsystems Bewegung“ bietet sich mit anderen (Teil-) Systemen der Universität (z.B. Leitungsstellen, Dienstleistungsstellen, Fachabteilungen), des Bildungs- und Forschungssystems, der Gesundheitsförderung und des Sports an.

In diesem Zusammenhang erscheint es auch denkbar, über *Projekte* Bewegungsaktivitäten als Beitrag zur systemischen Gesundheitsförderung probeweise in den universitären Alltag einzuführen.

Darüberhinaus wird die Besonderheit von Interventionsformen der betrieblichen Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität, wie weiter oben erwähnt, darin gesehen, dass Bewegung dabei zwei verschiedene Rollen einnehmen kann: erstens kann selbstbestimmte, bedürfnisgerechte *Bewegung als Ziel* von Interventionen der betrieblichen Gesundheitsförderung angesehen werden, zweitens kann *Bewegung als Medium* der Reflexion, Kommunikation, Kreativität und Kooperation eingesetzt werden, um Ziele der betrieblichen Gesundheitsförderung zu erreichen.

Zusammengefasst bilden die hier beschriebenen Interventionsformen Bestandteil eines Analyseschemas, das im Folgenden zum Zwecke der Bewertung von Interventionen betrieblicher Gesundheitsförderung im Setting Universität erstellt wird. Dabei soll hier

die Einrichtung eines „Teilsystems Bewegung“ innerhalb einer betrieblichen Gesundheitsförderung im Setting Universität als entscheidendes Merkmal gelten. Weiters werden die Rolle der Bewegungsaktivitäten (Bewegung als Ziel und / oder als Medium) und schließlich auch die Übereinstimmung mit Grundsätzen der Gesundheitsförderung, wie im folgenden Teilkapitel erläutert, zu Analysekriterien.

2.6.2 Grundsätze der betrieblichen Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität

Ziel dieses Teilkapitels ist die Verknüpfung von Grundsätzen der betrieblichen Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten mit jenen der betrieblichen Gesundheitsförderung im Setting Universität.

2.6.2.1 Gesundheitsverständnis

Im Folgenden wird beschrieben, wie sich positives, biopschoökosoziales, dem Salutogenese-Ansatz folgendes und ressourcenorientiertes Gesundheitsverständnis bezug auf betriebliche Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität darstellen.

Positives Gesundheitsverständnis

Positives Gesundheitsverständnis bedeutet für betriebliche Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität, dass diese die Ausübung selbst bestimmter und bedürfnisgerechter Bewegungsaktivitäten der Mitarbeiter/innen und Student(inn)en unterstützt.

Biopschoökosoziales Gesundheitsverständnis

Biopschoökosoziales Gesundheitsverständnis meint für betriebliche Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität, dass diese in einer Weise umgesetzt werden, dass sie sowohl die körperliche und psychische Befindlichkeit aller Beteiligten, als auch die Verhältnisse ihrer sozialen und ökologischen Umwelt zu berücksichtigen und günstig zu beeinflussen suchen.

Salutogenese-Ansatz

Der Salutogenese-Ansatz heißt für betriebliche Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität darauf zu achten, dass Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit von übergeordneten Zusammenhängen zwischen Gesundheit,

Bewegung und Arbeit an der Universität, und auch innerhalb der angebotenen Bewegungsaktivitäten, vermittelt werden, unter anderem auch dadurch, dass Bewegung als Medium der Reflexion, Kommunikation, Kooperation und Kreativität eingesetzt wird.

Ressourcenorientierung

Ressourcenorientierung wird für betriebliche Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität so verstanden, die körperlichen (z.B. Kraft, Ausdauer, Beweglichkeit und Koordination) – psychischen (wie Selbstwirksamkeit oder die Fähigkeit zum Umgang mit Gefühlen) Fähigkeiten und Entwicklungsmöglichkeiten der Mitarbeiter(innen) und Student(inn)en zu stärken; ihnen im universitären Umfeld Raum, Mittel, Zeit, Gelegenheiten und Anreiz zur (Mit-)Gestaltung, Bewegung, Begegnung, Erholung, und zum Lernen zu verschaffen; soziale Vernetzung, Unterstützung und wertschätzende Formen des Gesprächs und der Zusammenarbeit zu fördern; und die organisationalen und sozialen Möglichkeiten dazu im Setting Universität zu erkennen und zu verbessern.

2.6.2.2 Vorgehensweise bei Interventionen

Im Folgenden wird beschrieben, wie die Grundsätze der Vorgehensweise in der betrieblichen Gesundheitsförderung im Setting Universität – Prozessorientierung, Verhaltens- und Verhältnisorientierung, Setting-Ansatz, systemisches und partizipatives Vorgehen, intersektorale und multidisziplinäre Zusammenarbeit sowie Netzwerkarbeit – auf den Teilbereich Bewegungsaktivitäten übertragen werden.

Prozessorientierung

Prozessorientierung in der betrieblichen Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität soll heißen, dass die Mitarbeiter(innen) und Student(inn)en bei der Bewältigung des ständigen Wandels in ihrem eigenen Leben wie auch in verschiedenen Bereichen ihres gesellschaftlichen und universitären Umfeldes unterstützt werden, wobei auch versucht werden könnte, Bewegung als Medium einzusetzen, um die Veränderungen, welche Menschen und ihre Umwelt durchlaufen, zu reflektieren, darüber zu kommunizieren, und kreativ und kooperativ einen passenden Umgang damit zu finden.

Verhaltens- und Verhältnisorientierung

Verhaltens- und Verhältnisorientierung in der betrieblichen Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität zielt darauf ab, dass das Verhalten einzel-

ner Mitarbeiter(innen) und Student(inn)en und die Verhältnisse an der Universität dahingehend verändert werden, dass sie selbst bestimmte bedürfnisgerechte Bewegungsaktivitäten ermöglichen, und versucht dies mittels allgemeiner und gesundheits-thematischer Interventionen von Personalentwicklung und Organisationsentwicklung, die einander ergänzen.

Setting-Ansatz

Der Setting-Ansatz bedeutet für betriebliche Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität, dass ihre Ziele mit den Kernzielen der Universität in Beziehung gesetzt werden und die Art ihrer Umsetzung auf ihren Aufbau, ihre Regelwerke und Abläufe abgestimmt werden, unter Beachtung der unterschiedlichen Aufgaben, Rollen und Werthaltungen ihrer Mitglieder, sowie von Einflüssen aus anderen Lebensbereichen, denen diese unterliegen. Dem Setting-Ansatz zu folgen meint für die betriebliche Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität weiters, systemisch vorzugehen.

Systemisches Vorgehen

Systemisches Vorgehen in der betrieblichen Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität wird hier so verstanden, dass innerhalb eines Teilsystems zur betrieblichen Gesundheitsförderung im Setting Universität ein eigenes „Teilsystem Bewegung“ eingerichtet wird, das sich durch eigene Systemprozesse, Systemstrukturen und Netzwerkarbeit mit anderen inner- und außeruniversitären Systemen auszeichnet. Als Systemprozesse werden hier Analyse und Diagnose, Interventionsplanung, Durchführung und Qualitätssicherung, Evaluation, als Systemstrukturen z.B. betriebliche Gesundheitspolitik, Einrichtungen, Einbindung von Expert(inn)en und verantwortlichen Personen, betriebliche Regelungen und Ressourcen verstanden.

Partizipatives Vorgehen

Partizipatives Vorgehen in der betrieblichen Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität bedeutet, bei der Auswahl, Planung, Durchführung und Auswertung der Bewegungsaktivitäten weitgehende Mitbestimmung und Mitgestaltung zu ermöglichen, die Beteiligten über mögliche Zielsetzungen, Inhalte und Methoden genau aufzuklären und über deren Auswahl mitentscheiden zu lassen.

Intersektorale und multidisziplinäre Zusammenarbeit

Intersektorale und multidisziplinäre Zusammenarbeit in der betrieblichen Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität heisst, in ihren Interventionen Expert(inn)en aus verschiedenen Arbeitsbereichen der Universität, der Gesundheitsförderung und des Sports sowie verschiedener Wissenschaftsdisziplinen der Arbeits-, Gesundheits- und Sportwissenschaften zusammenzuführen und deren unterschiedliche Ansätze und Methoden zu berücksichtigen.

Netzwerkarbeit

Mit Netzwerkarbeit in der betrieblichen Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität ist gemeint, Kontakte zu Menschen und Organisationen in- und außerhalb der Universität herzustellen, zu pflegen, zu erweitern und im Sinne der Förderung selbstbestimmter, bedürfnisgerechter Bewegungsaktivitäten für die Mitglieder der Universität zu nutzen, wofür sich innerhalb der Universität Leitungs-, Dienstleistungsstellen und Arbeitsbereiche, außerhalb der Universität andere Organisationen des Forschungs- und Bildungssystems sowie der Gesundheitsförderung besonders anbieten.

Zielgruppenorientierung

Zielgruppenorientierung betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität bedeutet, die Frage zu stellen, welche Zielgruppen von Interventionen im Setting Universität unterschieden werden können, um ihre Voraussetzungen, Stärken und besonderen Bedürfnisse ins Auge zu fassen, und in mehrfacher Hinsicht zu berücksichtigen, und dies nicht nur in Bezug auf Alter, Geschlecht und gesundheitliche Befindlichkeit bzw. Bewegungserfahrung, sondern auch auf Unterschiede zwischen Arbeitsbereichen bzw. Abteilungen, Rollen und Stellungen der Mitglieder der Universität.

2.6.2.3 Politische Dimension

Wie die Grundsätze der politischen Dimension der Gesundheitsförderung – Advocacy, change facilitation, empowerment, Chancengleichheit und Geschlechtergerechtigkeit – für betriebliche Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität hier verstanden werden, wird im folgenden näher erläutert.

Advocacy – Change facilitation – Empowerment

Anwaltschaftliches Eintreten für betriebliche Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität meint, dass sich alle ihrer Mitglieder, besonders aber ihre Entscheidungsträger(innen) dafür einsetzen, dass Mitarbeiter(innen) und Student(inn)en die Möglichkeit zur Ausübung selbstbestimmter, bedürfnisorientierter Bewegungsaktivitäten bekommen.

Change facilitation bedeutet das Ermöglichen von Veränderungen als Voraussetzung für betriebliche Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität, um mit Hilfe von Umfeldgestaltung in der Universität sowie unterstützenden Anreizen die Entscheidung für gesundheitsfördernde Bewegungsaktivitäten zur leichteren Wahl werden zu lassen.

Der Gesundheitsförderungsgrundsatz *Empowerment*, übertragen auf betriebliche Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität, heisst, ihre Mitglieder zur Mitgestaltung von Bewegungsaktivitäten sowie ihrer organisationalen und sozialen Voraussetzungen an der Universität zu befähigen und zu ermächtigen. Mit Bewegung als Medium der Reflexion, Kommunikation, Kooperation und Kreativität könnte dabei auch versucht werden, das Selbstwirksamkeitserleben der Mitarbeiter(innen) und ihre Bereitschaft zur Beteiligung an betrieblicher Gesundheitsförderung zu erhöhen.

Chancengleichheit

Chancengleichheit in der betrieblichen Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität meint, ihren Student(inn)en, nichtwissenschaftlichen und wissenschaftlichen Mitarbeiter(inne)n gerechten Zugang zu selbstbestimmten bedürfnisgerechten und vielfältigen Bewegungsaktivitäten zu verschaffen und dabei besonders darauf zu achten, dass bislang Benachteiligte von den Angeboten der betrieblichen Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten erreicht werden, dass diese für sie zugänglich und maßgeschneidert sind und dass sie in ihrer Beteiligung daran unterstützt werden.

Geschlechtergerechtigkeit

Geschlechtergerechtigkeit in der betrieblichen Gesundheitsförderung im Setting Universität zielt darauf ab, Student(inn)en und Mitarbeiter(innen) in ihrer geschlechtlich geprägten Einzigartigkeit zu achten, dabei ihre unterschiedlichen Bedarfe zu berücksichtigen – und im Zuge dessen auch herauszufinden, ob Unterschiede zwischen den

Geschlechtern im Hinblick auf die Ausübung von Bewegungsaktivitäten selbstgewählt oder fremdbestimmt sind, ob diesbezüglich Zwänge oder Hindernisse bestehen – um ihnen auf dieser Grundlage gerecht verteilte Möglichkeiten zur selbst bestimmten und bedürfnisgerechten Ausübung von Bewegungsaktivitäten zu ermöglichen.

2.6.2.4 Qualitätsdimension

Im Folgenden werden die Grundsätze der Qualitätsdimension – die Qualitätskriterien Bedarfsgerechtigkeit, Sachangemessenheit, Effektkongruenz und Nachhaltigkeit, die Qualitätssicherung und die Evaluation von Effektivität, Effizienz und Akzeptanz der Interventionen – für die betriebliche Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität dargestellt.

Im Hinblick auf Qualitätskriterien von Interventionen zur betrieblichen Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten meint *Bedarfsgerechtigkeit* demnach die Berücksichtigung sowohl von Erfordernissen aus Sicht (sportwissenschaftlicher, gesundheitswissenschaftlicher und weiterer universitärer) Expert(inn)en als auch der Bedürfnisse und Rückmeldungen der Mitarbeiter(innen) und Student(inn)en, und drückt sich weiters darin aus, dass gesundheitsbezogene Bedarfserhebungen auch für den Teilbereich Bewegungsaktivitäten durchgeführt werden.

Sachangemessenheit bezeichnet die Eignung der gesetzten Interventionen mit Bewegungsaktivitäten für die Erreichung der Ziele betrieblicher Gesundheitsförderung im Setting Universität, und wird im Rahmen der vorliegenden Arbeit so verstanden, dass ihre Interventionen auf Grundlage multidisziplinärer (vor allem sportwissenschaftlicher, gesundheitswissenschaftlicher und arbeitswissenschaftlicher) und intersektoraler universitärer Wissensbestände sowie unter Beteiligung von Sportwissenschaftler(inne)n geplant, durchgeführt und ausgewertet werden.

Effektkongruenz bedeutet, dass die Ziele und Wirkungen von Bewegungsaktivitäten universitäre Kern- und Gesundheitsziele unterstützen und dass die Lernergebnisse der betrieblichen Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität auch auf Verhalten und Verhältnisse in anderen Lebenswelten ihrer Beteiligten übertragen werden können.

Nachhaltigkeit von Interventionen mit Bewegungsaktivitäten benötigt ihre Verankerung im Setting Universität, unabhängig von Einzelpersonen; günstig erscheint demnach die Einrichtung eines „Teilsystems Bewegung“ mit eigenen Strukturen und Prozessen im Rahmen eines Teilsystems zur betrieblichen Gesundheitsförderung.

Damit diese Qualitätskriterien für Interventionen betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten erfüllt werden, sollen diese regelmäßig einer *Qualitätssicherung* unterzogen werden; dies bedeutet ihre laufende Überwachung, Bewertung und Verbesserung.

Evaluation

Evaluation als systematische datengestützte Bewertung bzw. Einschätzung von Interventionen der betrieblichen Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität soll dabei helfen, diese zielgerichtet auszuwählen, laufend zu verbessern und ihre Kosten rechtfertigen, und unter Einbeziehung der Wahrnehmungen und Deutungen aller Beteiligten sowie aus mehreren Perspektiven – z.B. unterschiedlicher betrieblicher Interessensgruppen, sowie gesundheitswissenschaftlicher, sportwissenschaftlicher und arbeitswissenschaftlicher Expert(innen) – zu beurteilen und mittels *Dokumentation* und Publikation sichtbar werden zu lassen .

2.6.3 Zusammenfassung: Betriebliche Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität und Erstellung eines Analyseschemas

Im Zuge der vorliegenden Arbeit sollen Interventionen mit Bewegungsaktivitäten, verstanden als Teil einer systemischen betrieblichen Gesundheitsförderung im Setting Universität, genauer betrachtet werden. Zu diesem Zweck wird ein *Analyseschema* erstellt, das sich aufgrund der Unterscheidung nach Interventionsformen, der Beachtung von Grundsätzen der Gesundheitsförderung sowie der Rolle der Bewegungsaktivitäten darin ergibt. Wie dieses auf den nächsten Seiten dargestellte Analyseschema im weiteren Verlauf dieser Arbeit angewendet werden soll, wird im nächsten Kapitel erläutert.

Die *Analyse* nach diesem Schema verläuft in folgenden Phasen:

1. Auswahl der zu analysierenden universitären Interventionen
2. Einordnung der an einer Universität stattfindenden Interventionen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nach ihrem Umfangsbereich
3. Bestimmung der für die jeweilige Universität gefundenen Interventionsformen betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten
4. Prüfung dieser Interventionen zur betrieblichen Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten auf ihre Übereinstimmung mit den in 2.6 beschriebenen Grundsätzen
5. Betrachtung der Rolle der Bewegungsaktivitäten im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung
(Bewegung als Ziel, Bewegung als Medium)

Die Bewertungsmerkmale dazu finden sich in den folgenden Tabellen (umseitig).

Tab. 1: Analyse, 1. Schritt: Auswahl der zu analysierenden Interventionen

Auswahlbedingung für die zu analysierenden Interventionen		
Interventionen betrieblicher Gesundheitsförderung	UND	Bewegungsaktivitäten für Mitarbeiter/innen
finden an der Universität statt -> Auswahl der Universität für die weitere Analyse		

Tab. 2: Analyse, 2. Schritt:

Einordnung der an einer Universität stattfindenden Interventionen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nach ihrem Umfangsbereich

Interventionsformen der betrieblichen Gesundheitsförderung an der ausgewählten Universität	
<i>Umfangsbereich der Intervention(en)</i>	<i>Erkennungsmerkmale</i>
Maßnahmen	Einzelne Veränderungen mit gesundheitsbezogener Zielsetzung
Programme	Verbindung mehrerer, miteinander abgestimmter und aufeinander folgender Maßnahmen, zur Erreichung eines oder mehrerer gesundheitsbezogener Ziele
Projekte	Zeitlich befristete Versuche zur Einführung systemischer Gesundheitsförderung
System	Einrichtung eines Teilsystems „Betriebliche Gesundheitsförderung“ oder zumindest wesentlicher Systemelemente dazu (siehe unten)

Tab. 3 - 1: ad Analyse, 2. Schritt: Merkmale eines Teilsystems „Betriebliche Gesundheitsförderung“ im Setting Universität

Merkmale eines Teilsystems „Betriebliche Gesundheitsförderung“ im Setting Universität	
<i>Merkmal</i>	<i>Erkennbarkeit an den Elementen</i>
Systemprozesse	• Analyse und Diagnose (z.B. Hochschulgesundheitsbericht) • Planung von Interventionen (Dokumente über Vorhaben) • Durchführung (Berichte darüber) • Qualitätssicherung (Hinweis darauf) • Evaluation und Dokumentation (Publikation)
Systemstrukturen	• Universitäre Gesundheitspolitik (z.B. in Leitlinien zu lesen) • Einrichtungen (z.B. Arbeitskreis Gesundheit) • Verantwortliche Personen (z.B. Koordinator/in für Gesundheitsförderung) • Einbindung von Expert(inn)en (z.B. aus Gesundheitswissenschaften, Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz, Personalentwicklung, Organisationsentwicklung) • Regelungen (aus Informationen für Mitarbeiter/innen zu ersehen) • Ressourcen (z.B. Bereitstellung von Zeit, Raum, Infrastruktur, Material, Finanzen, Informationen für Gesundheitsförderungsaktivitäten)
Mehrere Ansatzpunkte der Interventionen, allgemeine und gesundheitsthematische Ausrichtung, Anwendung verschiedener Inhalte und Methoden	• Individuum (Personalentwicklung) • I/O (als Ziel wird die Verbesserung von Führung und sozialer Unterstützung genannt) • Organisation (Organisationsentwicklung): Gesundheitszirkel und andere beteiligungsorientierte Verfahren zur Veränderung von Arbeits- bzw. Studienbedingungen

Tab. 3 - 2: Fortsetzung: ad Analyse, 2. Schritt: Merkmale eines Teilsystems „betriebliche Gesundheitsförderung“ im Setting Universität

Vernetzung innerhalb und außerhalb der Universität	Innerhalb der Universität: • Rektorat, Dekanate, Stabsstellen • Verwaltungs- und Forschungsabteilungen • Personalabteilung • Betriebsrat, Gewerkschaft • Studienreferate, Hochschülerschaft • Frauen- und Gender-Referat • Eltern-Kinder-Büro • Referat für cultural mainstreaming • Referat für Menschen mit Behinderungen • Referat für Ältere • und andere Außerhalb der Universität: • Andere Universitäten, Organisationen des Bildungs- und Forschungssystems, Settings (z.B. Städte) und deren Netzwerke • Personen, Organisationen und Netzwerke der Gesundheitsförderung
---	--

Tab. 4: Analyse, 3. Schritt:

Bestimmung der für die jeweilige Universität gefundenen Interventionsformen betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten

Interventionsformen in bezug auf die Bewegungsaktivitäten	
<i>Umfangsbereich der Intervention(en)</i>	<i>Erkennungsmerkmale</i>
Maßnahmen	Einzelne Veränderungen mit der Zielsetzung Bewegungsförderung (z.B. Regelungen, Anreize, Bereitstellung von Ressourcen oder Angeboten)
Programme	Verbindung mehrerer, miteinander abgestimmter und aufeinander folgender Maßnahmen, zur Erreichung eines oder mehrerer Ziele zur Bewegungsförderung
Projekte	Zeitlich befristete Versuche zur Einführung systemischer Bewegungsförderung
System	Einrichtung eines Teilsystems „Bewegung“ oder zumindest wesentlicher Systemelemente dazu (siehe unten)

Tab. 5 - 1: Ad Analyse, 3. Schritt:

Bestimmung der für die jeweilige Universität gefundenen Interventionsformen betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten

Teilsystem „Bewegung“ im System Universität bzw. innerhalb eines Teilsystems „betriebliche Gesundheitsförderung“	
<i>Merkmal</i>	<i>Erkennbarkeit an den Elementen</i>
Systemprozesse	Analyse und Diagnose, Interventionsplanung, Durchführung und Qualitätssicherung, Evaluation in bezug auf Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten
Systemstrukturen	• Politik zur Gesundheits- und Bewegungsförderung (z.B. in Leitlinien ersichtlich) • Einrichtungen zur Leitung, Koordination, Umsetzung von Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten • Einbindung der Institute für Sportwissenschaft sowie des Hochschulsports • verantwortliche Person(en) und Expert(inn)en (Sportwissenschaftler(innen) mit Zusatzqualifikation) • Regelungen (z.B. Bewegungspausen in der Arbeitszeit gestattet) • Ressourcen (Zeit für Teilnahme und Leitung, finanzielle, Raum für Aktivitäten und Verwaltung, Infrastruktur, Material, Informationen, Netzwerke ...)

Tab. 5 - 2: Fortsetzung: Ad Analyse, 3. Schritt:

Bestimmung der für die jeweilige Universität gefundenen Interventionsformen betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten:

Merkmale eines Teilsystems „Bewegung“

Mehrere Ansatzpunkte der Interventionen, allgemeine und gesundheitsthematische Ausrichtung, Anwendung verschiedener Inhalte und Methoden	• Individuelle Bewegungsförderung • I/O (Bewegungsaktivitäten mit dem Ziel der Verbesserung von Führung und sozialer Unterstützung) • Organisation (Organisationsentwicklung): * Gesundheitszirkel und andere beteiligungsorientierte Verfahren mit Bewegungsaktivitäten und * Veränderung von Arbeits- bzw. Studienbedingungen im Sinne einer Bewegungsförderung
Vernetzung innerhalb und außerhalb der Universität	• Verantwortliche / Expert(inn)en für Bewegungsaktivitäten im Arbeitskreis Gesundheit und den dazugehörigen Arbeitsgruppen vertreten • Zusammenarbeit mit allen Stellen der Universität, mit denen die betriebliche Gesundheitsförderung vernetzt ist (siehe oben), u.a. mit sportwissenschaftlichen Instituten • Verbindung mit Personen, Organisationen und Netzwerken des organisierten Sports

Tab. 6 -1: Analyse, 4. Schritt: Prüfung dieser Interventionen zur betrieblichen Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten auf ihre Übereinstimmung mit den in 2.6 beschriebenen Grundsätzen

Berücksichtigung der Grundsätze betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität		
Dimension	Grundsätze	Merkmale ihrer Berücksichtigung (aus Beschreibungen der Interventionen)
Gesundheitsverständnis	• Positives Gesundheitsverständnis • Biopsychoökosoziales Gesundheitsverständnis • Salutogenese-Ansatz • Ressourcenorientierung	-> Gesundheitsförderungsziele werden im Zusammenhang mit Positivindikatoren benannt bzw. angestrebt -> psychosoziale und ökologische Ziele werden intendiert -> Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit werden betont -> Die Aufmerksamkeit richtet sich auf Fähigkeiten, Stärken und Entwicklungsmöglichkeiten

Tab. 6 - 2: Analyse, 4. Schritt: Prüfung dieser Interventionen zur betrieblichen Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten auf ihre Übereinstimmung mit den in 2.6 beschriebenen Grundsätzen

Vorgehensweise	• Prozessorientierung • Verhaltens- und Verhältnisorientierung • Setting-Ansatz • Systemisches Vorgehen • Partizipatives Vorgehen	-> Interventionen zur Bewegungsförderung werden laufend entsprechend persönlichen, sozialen und organisationalen Weiterentwicklungen angepasst -> Bewegungsförderung zielt sowohl auf individuelle Verhaltensdispositionen, als auch auf die universitären Arbeits- und Studienverhältnisse ab -> Die besonderen Rahmenbedingungen und Rollen sowie deren Gestaltung im Setting Universität werden in der Bewegungsförderung berücksichtigt -> Einrichtung eines Teilsystems „Bewegung“ oder zumindest wesentlicher Systemelemente -> Beteiligungsmöglichkeiten für Interessierte an Planung, Durchführung, Auswertung von Interventionen zur Bewegungsförderung
----------------	---	--

Tab. 6 - 3: Fortsetzung: Analyse, 4. Schritt: Prüfung dieser Interventionen zur betrieblichen Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten auf ihre Übereinstimmung mit den in 2.6 beschriebenen Grundsätzen

ad Vorgehensweise	• Intersektorale und multidisziplinäre Zusammenarbeit • Netzwerkarbeit • Zielgruppenorientierung	-> Zusammenarbeit von wissenschaftlichen und nichtwissenschaftlichen, Bewegungs-, Gesundheits- und anderen Expert(inn)en sowie Arbeitsbereichen -> Vernetzung (siehe oben) innerhalb und außerhalb der Universität -> Bezugnahme auf die unterschiedlichen Bedürfnisse verschiedener Zielgruppen (nach Alter, Geschlecht, gesundheitlicher Befindlichkeit, ...) bei der Gestaltung der Interventionen zur Bewegungsförderung
Politische Dimension	• Advocacy – change facilitation – Empowerment • Chancengleichheit	-> Sichtbares Eintreten für Bewegungsförderung, sowie Ermöglichen selbst bestimmter und bedürfnisgerechter Bewegungsaktivitäten -> Chancengleichheit wird als Ziel genannt bzw. in Interventionen zur Bewegungsförderung durch entsprechende Differenzierung angestrebt

Tab. 6 - 4: Fortsetzung: Analyse, 4. Schritt: Prüfung dieser Interventionen zur betrieblichen Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten auf ihre Übereinstimmung mit den in 2.6 beschriebenen Grundsätzen

ad Politische Dimension	• Geschlechtergerechtigkeit	-> Interventionen zur Bewegungsförderung berücksichtigen explizit Bedürfnisse von Frauen und Männern
Qualitätsdimension	• Bedarfsgerechtigkeit • Sachangemessenheit • Effektkongruenz • Nachhaltigkeit • Qualitätssicherung	-> Bedarfserhebung bezüglich Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten, und entsprechende Abstimmung -> Sportwissenschaftler(inn)en als Hauptverantwortliche für die Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten -> Ausdrückliche Verbindung der Ziele der Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten mit den Kernzielen der Universität -> Nennung des Nachhaltigkeitszieles; Verankerung der Bewegungsförderung an der Universität durch Einführung dauerhafter Systemstrukturen und -prozesse -> Beschreibung, wie die Qualität der Bewegungsaktivitäten gesichert werden soll

Tab. 6 - 5: Fortsetzung: Analyse, 4. Schritt: Prüfung dieser Interventionen zur betrieblichen Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten auf ihre Übereinstimmung mit den in 2.6 beschriebenen Grundsätzen

ad Qualitätsdimension	• Evaluation und Dokumentation • Effektivität, Effizienz, Akzeptanz	-> Hinweis auf Evaluation und Dokumentation, eventuell Publikation von Ergebnissen der Bewegungsförderung -> Frage nach Zielerreichung, Kosten-Nutzen-Verhältnis, Akzeptanz der Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten behandelt
-----------------------	--	---

Tab. 7: Analyse, 5. Schritt: Betrachtung der Rolle, die Bewegungsaktivitäten im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung spielen

Rolle der Bewegungsaktivitäten	
Rolle	Merkmal
Bewegung als Ziel	Die Ausübung selbst bestimmter, bedürfnisgerechter Bewegungsaktivitäten aller Mitglieder der Universität wird explizit angezielt und gefördert
Bewegung als Medium	Als Zielsetzung von Bewegungsaktivitäten werden Verbesserung der • Reflexion • Kommunikation • Kooperation • Kreativität oder ähnliches genannt bzw. Bewegungsaktivitäten beschrieben, in denen die genannten Fähigkeiten eine zentrale Rolle spielen.

3 Auf der Suche nach Interventionen betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität

Ziel dieses Kapitels ist die Beschreibung und Erläuterung der Fragestellung der vorliegenden Arbeit sowie der zu ihrer Bearbeitung gewählten forschungsmethodischen Vorgehens. Zu diesem Zweck werden im Unterkapitel 3.1 die Fragestellung und ihre Zerlegung in Teilfragen formuliert und im Unterkapitel 3.2 das forschungsmethodische Vorgehen bestimmt und begründet.

3.1 Fragestellung

Auf Grundlage der in den vorhergegangenen Kapiteln vorgenommenen theoretischen Einordnung und Begriffsbestimmung sollen Interventionen betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität untersucht werden. Die Arbeit widmet sich damit folgenden Teilfragen:

- 1) Welche Interventionsformen betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten kommen im Setting Universität zur Anwendung?
- 2) Lassen die gefundenen Interventionen betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität eine Berücksichtigung der Grundsätze von Gesundheitsförderung erkennen?
- 3) Gibt es Hinweise darauf, dass Bewegungsaktivitäten im Rahmen von Interventionen der betrieblichen Gesundheitsförderung im Setting Universität auch als Medium der Reflexion, Kommunikation, Kooperation und Kreativität eingesetzt werden?
- 4) Gibt es in der wissenschaftlichen Literatur Modelle zur betrieblichen Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten für andere Settings, die sich auch auf das Setting Universität übertragen ließen?
- 5) Welche Potenziale von betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität erscheinen bisher unausgeschöpft?

Zur genauen Eingrenzung der Fragestellung sollen zwei Gesichtspunkte besonders betont werden: Erstens, zur allgemeinen Gesundheitsförderung an der Universität haben sich in den letzten Jahren andere Autor(inn)en (z.B. Faller 2005) zu Wort gemeldet; deren Ergebnisse sollen hier nicht neu aufgerollt werden, sondern als Grundlage für die Einordnung der Interventionen mit Bewegungsaktivitäten dienen. Zweitens, auf-

grund der großen Zahl von Universitäten im internationalen Raum sowie aufgrund der Unterschiedlichkeit ihrer Rahmenbedingungen wurde bei der Aufarbeitung der Rechercheergebnisse die Entscheidung getroffen, die genaue Ausführung der Analyseergebnisse auf die Universitäten im deutschsprachigen Raum zu beschränken.

3.2 Forschungsmethodisches Vorgehen

Ziel dieses Unterkapitels ist es, das für die vorliegende Arbeit gewählte forschungsmethodische Vorgehen zu bestimmen und zu begründen. Zu diesem Zweck wird zunächst der Ausgangspunkt der vorliegenden Arbeit (3.2.1) geschildert, um daraus das weitere Vorgehen abzuleiten, sodann die Informationssuche beschrieben (3.2.2) und schließlich der Analysevorgang erklärt (3.2.3).

3.2.1 Ausgangspunkt

Da die Fragestellung der vorliegenden Arbeit quer zu verschiedenen Forschungsdisziplinen liegt, galt es zunächst zu erkunden, ob die darin enthaltenen unterschiedlichen Ansätze schon von anderen Autor(inn)en unter ähnlicher Zielsetzung zusammengeführt worden waren. Ein erster Überblick über den Forschungsstand zeigte, dass dies bislang nicht der Fall war. Es wurde daher die Entscheidung getroffen, dass Analyse wissenschaftlicher Literatur den Schwerpunkt dieser Arbeit bilden sollte, ergänzt durch Informationen über bereits stattfindende bzw. durchgeführte Interventionen mit Betriebliche Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität, die mittels internetbasierter Dokumentenanalyse gewonnen werden sollten.

Im Folgenden werden die beiden hauptsächlichen Verfahrensschritte – Informationssuche und Analysevorgang – beschrieben.

3.2.2 Informationssuche

Um Informationen über Interventionen mit betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität zu bekommen, wurde nach zwei Arten von Quellen gesucht: Nach wissenschaftlicher Literatur und nach nichtwissenschaftlicher „grauer Literatur“ – das bedeutet, nach Dokumenten betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten, welche letztere auf Homepages von Universitäten und einiger anderer Organisationen recherchiert wurden.

3.2.2.1 Wissenschaftliche Literatur

Am Anfang des Suchvorganges stand das Sammeln wissenschaftlicher *Grundlagenliteratur*. Die dort gefundenen Grundsätze allgemeiner und betrieblicher Gesundheitsförderung dienten dazu, Richtlinien für Einsatz und Gestaltung von Interventionen betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität zu entwickeln bzw. ein Analyseschema für deren Beurteilung zu erstellen.

Der nächste Schritt war der Suche nach Forschungsarbeiten über solche *Interventionen der allgemeinen betrieblichen Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten* gewidmet, die entweder auf ein systemisches Vorgehen, auf eine Beachtung der vorliegenden Arbeit hervorgehobenen Gesundheitsförderungsgrundsätze, auf den Einsatz von Bewegung auch als Medium, oder auf neuartige Ansätze und Verfahren, bzw. Vorbildwirkung in einzelnen Teilbereichen hoffen liessen und noch nicht in der Grundlagenliteratur dargestellt wurden. Daran wurde die Hoffnung geknüpft, Beispiele guter Praxis zu finden, die sich allenfalls auch zur Erprobung im Setting Universität anbieten.

Zu diesem Zweck wurde in *Datenbanken* der Universität Wien und anderer Wissenschaftsorganisationen, in Zeitschriften- und Verlagsdatenbanken in den Fachbereichen Sport, Medizin, Psychologie, Soziologie, Betriebswirtschaft, Wirtschafts- und Sozialwissenschaften und Pädagogik nach Literatur gesucht.

Die *Schlagworteingabe* lautete dabei in den meisten Fällen:

- 1) („betriebliche Gesundheitsförderung“ OR „workplace health promotion“ OR “worksite health promotion” OR “occupational health promotion”)
AND (Bewegung OR Sport OR sports OR “physical activity” OR exercise)
- 2) (Personalentwicklung OR “personnel development”)
AND (Bewegung OR Sport OR sports OR “physical activity” OR exercise)
- 3) (Organisationsentwicklung OR “organizational development”)
AND (Bewegung OR Sport OR sports OR “physical activity” OR exercise)

Als ergiebigste Datenbanken, Verlage bzw. Zeitschriften erwiesen sich die folgenden:

1. *Fundstellen* zu „betriebliche Gesundheitsförderung“ OR „workplace health promotion“ OR “worksite health promotion” OR “occupational health promotion”
(Stand: Februar 2007):

SCOPUS	488
Pro Quest	445
Medline webspirs	394

Pubmed	376
Archivia Net	336
Psyndexplus	335
SSCI	333
Occupational Outlook Quarterly	277
Sport Discus	241
PsycInfo	227
Medline CSA	198
Get Info	175
Organization Science	147

2. Fundstellen zu: Personalentwicklung OR "personnel development"

ERIC 1 (research)	28252
SCOPUS	23717
JSTOR Busines Collection	16027
Psyndexplus	1986
Oxford Journals	1849
FIS Bildung	1789
ISI web	1241
ERIC 2 (webspirs)	1190
Get Info	1117
...	...
SportDiscus	8

3. Fundstellen zu: Organisationsentwicklung OR "organizational development"

JSTOR Business Collection	19733
ERIC 1 (research)	17237
SCOPUS	13489
Psyndexplus	10509
Oxford Journals	8796
ERIC 2 (webspirs)	4500
PsycInfo	3200
...	...
Sport Discus	346

4. Fundstellen zu: („betriebliche Gesundheitsförderung“ OR „workplace health promotion“ OR “worksite health promotion” OR “occupational health promotion”) AND (Bewegung OR Sport OR sports OR “physical activity” OR exercise)

ASSIA	92
SCOPUS	74
SSCI	59
PsynindexPlus	53
Medline webspirs	52
Pubmed	50
PsycInfo	45
Medline CSA	36
Emerald	31
Pro Quest	31
Sport Discus	26
Psycarticles	20
...	

5. Fundstellen zu: (Personalentwicklung OR “personnel development”) AND (Bewegung OR Sport OR sports OR “physical activity” OR exercise)

SCOPUS	424
ERIC 1 (research)	225
Emerald	165
...	

6. Fundstellen zu: (Organisationsentwicklung OR “organizational development”) AND (Bewegung OR Sport OR sports OR “physical activity” OR exercise)

Emerald	361
SportDiscus	217
SCOPUS	181
ERIC 1	160
Oxford Journals	122
PsynindexPlus	96
ProQuest	54
Emerald	54
ERIC 2 webspirs	53

...	
-----	--

Aus den Ergebnislisten von 4., 5. und 6. wurden die Quellen einzeln ausgesucht.

Zunächst erfolgte ihre *Auswahl* gemäß einer inhaltlichen Erstbeurteilung.

Wo ein Titel passend erschien, wurde der Abstract, und wo verfügbar auch der Volltext überblicksartig im Hinblick darauf durchgesehen, ob er brauchbare Haupt- oder Nebeninformationen zum Thema Bewegungsaktivitäten zu liefern versprach.

Ausgeschlossen wurden dabei jene Studien, in denen keine Intervention, sondern rein medizinische oder psychologische Tests durchgeführt wurden; sowie solche mit allgemeinen Interventionen ohne Bewegungsaktivität, die schon in Grundlagenliteratur aufgearbeitet worden waren. Bei jenen Quellen, die sich nicht unmittelbar auf den thematischen Schnittbereich der vorliegenden Arbeit (sowohl betriebliche Gesundheitsförderung als auch Bewegungsaktivitäten als auch Universität) bezogen, entschied über ihre tatsächliche Verwendung die Zugriffsmöglichkeit darauf – also ob sie als Download verfügbar oder über über Orts- bzw. Fernleihe entlehnbar waren.

3.2.2.2 Nichtwissenschaftliche („graue“) Literatur und weitere Informationsquellen

Ziel der weiteren Suche war es zum einen, ein Gesamtbild über Bewegungs- und Sportaktivitäten an Universitäten und, wo vorhanden, über ihre Verknüpfung mit Gesundheitsförderung zu bekommen; zum zweiten sollten zusätzliche Hinweise auf noch nicht wissenschaftlich aufgearbeitete und allenfalls übertragungsfähige Konzepte und Modelle von Bewegungsaktivitäten im Rahmen der allgemeinen betrieblichen Gesundheitsförderung gewonnen werden.

Da zunächst nicht bekannt war, ob bzw. wo an Universitäten in Europa, Asien, Amerika, Afrika oder Australien betriebliche Gesundheitsförderungsinterventionen mit Bewegungsaktivitäten durchgeführt werden, und ob sich darunter solche finden lassen, die zumindest in bezug auf einzelne Analyse Kriterien als vorbildhaft gewertet werden können, wurde die Entscheidung getroffen, weltweit nach möglichen Beispielen guter Praxis zu suchen. Aufgrund der dadurch sehr großen Anzahl an somit zu untersuchenden Universitäten wurde, im Sinne eines noch vertretbaren Zeitaufwandes, diese Recherche ausschließlich über Internet durchgeführt, mit dem Ziel, Dokumente über die interessierenden Interventionen zu finden und zu analysieren. Es wurden zu diesem Zweck *Homepages* von Universitäten, und zusätzlich einiger anderer Organisationen, für die betriebliche Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten ein Thema sein könnte, durchsucht, um relevante Informationen dazu zu gewinnen.

Da sich allein der Recherchevorgang dadurch sehr umfangreich gestaltete, und die Anzahl der Funde schwer einzuschätzen war, wurde weiters die Entscheidung für ein Auswertungsverfahren getroffen, das sich dazu eignet, in einem neuen Forschungsfeld einen ersten Überblick zu geben – die *Dokumentenanalyse*. Die Dokumentenanalyse, als qualitative Forschungsmethode, stützt sich grundsätzlich auf verschiedenste Quellen. Laut Mayring (2002, S.46) kann für die Humanwissenschaften alles Dokument sein, es muss nur „interessante Schlüsse auf menschliches Denken, Fühlen, Handeln zulassen, d.h. (...) interpretierbar sein“. Daraus lässt sich wohl schließen, dass auch Internetauftritte als Grundlage für eine Dokumentenanalyse herangezogen werden dürfen.

So wurden in der vorliegenden Arbeit all jene Informationen als Dokumente behandelt, die sich auf den untersuchten Homepages zu Interventionen betrieblicher Gesundheitsförderung sowie zur Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten finden, sie wurden gesammelt und analysiert. Analog zum von Bortz & Döring (1995, S. 306) beschriebenen *Ablauf der Dokumentenanalyse* und zu den Arbeitsschritten qualitativer Auswertung (ebd., 304), wurde zuerst, wie eben erläutert, auf Grundlage der Fragestellung definiert, was als Dokument gelten soll. Im Zuge dessen wurde Quellenkritik (Einschätzung der Aussagekraft der Dokumente und ihres Wertes für die Beantwortung der Fragestellung) schriftlich festgehalten (siehe unten). Es wurde notiert, auf welchen Homepages sich gesuchte Informationen über Interventionen finden liessen, und dann in einem zweiten Durchgang jeweils eine kurze Beschreibung dazu verfasst, um schließlich einige Interventionen für die Feinanalyse auszuwählen, und dabei Einzelfälle zu kennzeichnen, zu vergleichen, zusammenzufassen und widersprüchliche Fälle miteinzubeziehen, und darüber zur Interpretation der gefundenen Informationen zu gelangen.

Was die *Quellenkritik* betrifft, so stellt sich die Frage, inwiefern sich Informationen von Homepages für die Beantwortung der hier angezielten Forschungsfragen eignen. Dazu ergaben sich folgende Überlegungen: Betriebliche Gesundheitsförderung wird in vielen Fällen von Unternehmen auch zur Selbstdarstellung nach außen, zur Anwerbung und Bindung guter Mitarbeiter(innen) bzw. Kund(inn)en eingesetzt. Es wurde also erwartet, dass Universitäten, die betriebliche Gesundheitsförderung durchführen, diesen in ihren Veröffentlichungen gebührend Raum geben. Dies ist denkbar im Rahmen von wissenschaftlichen Arbeiten und Presseaussendungen, vor allem aber ihres Internetauftritts. Homepages der Universitäten geben in den letzten Jahren umfangreiche Informationen über die Organisation und ihr Umfeld, mit vielen Links, Veranstaltungshinweisen und Dokumenten, die herunter geladen werden können. Auch Faller

(2005) hatte im Zuge ihrer Studie festgestellt, dass über dieses Medium am ehesten Informationen zu bekommen waren.

Als hilfreich bei der Recherche nach Universitäten erwies sich dabei das Verzeichnis www.braintrack.com. Dieses stellt Links zu Homepages von 2473 Universitäten in Europa, 4297 in Amerika, 1632 in Asien, 312 in Afrika und 114 in Australasia (Stand: April 2007) bereit.

Der Großteil dieser Seiten konnte gefunden und durchsucht werden, mit Ausnahme eines jeweils kleinen Anteils nicht aufrufbarer Adressen sowie der chinesischen Universitäten, deren Homepages übermäßig viel Zeit für das Hochladen benötigten (es wurde daher auf ihre Verwendung verzichtet). Die meisten davon enthalten Informationen auch in englischer Sprache, wobei deutsch-, französisch-, italienisch- und spanischsprachige Seiten im Original durchgesehen wurden.

Zuerst wurde auf den Seiten der jeweiligen Universität - meist unter den Schlagworten „Gesundheit“ bzw. „health“, „santé“, „salute“ oder „salud“ sowie Bewegung bzw. „sport“, „sports“, „exercise“, „physical activity“, oder „deporte“ – nach Bewegungsaktivitäten zur Gesundheitsförderung und allenfalls zugehörigen Einrichtungen gesucht.

Danach wurden alle Abteilungen der Universität, die möglicherweise mit Gesundheitsförderung und /oder Bewegungsaktivitäten in Verbindung stehen, durchforstet, z.B. Verwaltung, Personalwesen, Services, Studium, und andere, da, gesundheitsthematische Angebote in den unterschiedlichsten Bereichen angetroffen werden können, und nicht nur die Universitäten selbst, sondern auch ihre Homepages eine große Vielfalt in ihrem Aufbau, ihrer Gliederung, der Zugänglichkeit und Fülle von Informationen und in ihren inhaltlichen Schwerpunkten aufweisen. In wenigen Fällen sind Detailinformationen nur über das Universitäts-Intranet verfügbar. In manchen Fällen können Präsentations-, Berichts-, Programm- und andere Dateien herunter geladen werden. In den meisten Fällen befinden sich übersichtsartige Beschreibungen auf einer oder mehreren Seiten.

Um die schon erwähnten weiteren, nicht-universitären und nicht-wissenschaftlich ausgewerteten *Interventionen betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten* zu finden, wurden Homepages verschiedener weiterer öffentlicher, halbstaatlicher und „non governmental“ Organisationen untersucht, die sich hauptsächlich oder teilweise mit dem Gesundheitsthema befassen. Dazu zählen die WHO, die EU, Wissenschaftseinrichtungen außerhalb der Universitäten, Bundesministerien, Versicherungen und Kassen, Interessensvertretungen (Kammern, Gewerkschaften), sowie Bundes- und Landesregierungen in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Dort, wo Links

zu weiteren Partnern der betrieblichen Gesundheitsförderung gefunden werden konnten, die auf zusätzliche Informationen in Bezug auf Bewegungsaktivitäten hoffen ließen, wurden auch diese weiterverfolgt. Als Suchbegriffe wurden auf diesen Seiten die schon in der Datenbanksuche verwendeten Schlagworte benutzt.

Die *Auswahl* innerhalb dieser nicht-wissenschaftlichen Quellen erfolgte in zwei Schritten. Zuerst wurden alle interessanten Links, Dateien usw. gespeichert und / oder ausgedruckt. In einem zweiten Sichtungsdurchgang wurden die Quellen auf solche eingeschränkt, die entweder auf ein systemisches Vorgehen, auf eine Beachtung der in der vorliegenden Arbeit hervorgehobenen Gesundheitsförderungsgrundsätze, auf den Einsatz von Bewegung auch als Medium, oder auf neuartige Ansätze und Verfahren, bzw. Vorbildwirkung in einzelnen Teilbereichen hoffen liessen und noch nicht in der Grundlagenliteratur dargestellt wurden.

Um nach Abschluss der Suche über neue Aktivitäten auf dem Laufenden gehalten zu werden, wurden „*google alerts*“ (das heißt, ein Service für regelmäßige Benachrichtigung über neue Internetbeiträge zu gewünschten Themen) für folgende Schlagworte eingerichtet: „betriebliche Gesundheitsförderung“, „workplace health promotion“, „worksite health promotion“, „occupational health promotion“, „gesunde Universität“, „gesundheitsfördernde Hochschule“, und „gesundheitsfördernde Hochschulen“. Dies gewährleistet eine regelmäßige Verständigung über neue Internet-Informationen zu den genannten Themen.

3.2.3 Analysevorgang

Im Folgenden wird die hier angewendete internetbasierte *Dokumentenanalyse* beschrieben, die sich am in 2.6.3 erstellten Analyseschema orientiert und sich in mehrere Phasen gliedert: Auswahl der zu analysierenden Universitäten bzw. Interventionen, Einordnung der gefundenen Interventionsformen betrieblicher Gesundheitsförderung, Bestimmung der gefundenen Interventionsformen von Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten, Prüfung dieser Interventionen auf ihre Übereinstimmung mit den in 2.6.2 beschriebenen Grundsätzen, und Betrachtung der Rolle der Bewegungsaktivitäten im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (Bewegung als Ziel, Bewegung als Medium).

Was die *Auswahl* zu analysierender Universitäten bzw. Interventionen betrifft, so wurde auf den Universitätshomepages nach zweierlei Informationen gesucht:

Erstens, nach Informationen über eine allenfalls stattfindende (betriebliche) Gesundheitsförderung, und zweitens, nach Informationen über Bewegungs- und Sportaktivitäten.

ten. Dort, wo Bewegungs- und Sportaktivitäten in Verbindung mit (betrieblicher) Gesundheitsförderung aufschienen, wurde das Analyseschema weiter angewendet.

Da bei der Recherche über www.braintrack.com im internationalen Raum mehrere tausend Universitäten gefunden wurden, und aufgrund der schon erwähnten Unterschiede zwischen Universitäten verschiedener Regionen hinsichtlich ihrer Rahmenbedingungen wurde die Entscheidung getroffen, die genaue Darstellung der Analyseergebnisse auf Universitäten im deutschsprachigen Raum (und zusätzlich einige Fachhochschulen, da sie sich in der Projektdatenbank des Arbeitskreises gesundheitsfördernder Hochschulen befinden und auf gute Beispielswirkung hoffen liessen) zu beschränken und sich in bezug auf andere Länder mit einer überblicksartigen Darstellung zu begnügen.

Die Tabellen 2 bis 5 des Analyseschemas dienen dazu, die *erste Frage* der vorliegenden Fragestellung zu beantworten. (Welche Interventionsformen betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten kommen im Setting Universität zur Anwendung?). Dazu wurde nach Hinweisen auf ein „Teilsystem Bewegung“ im Rahmen eines Teilsystems betriebliche Gesundheitsförderung an der jeweiligen Universität gesucht. Zu diesem Zweck wurde erstens erhoben, ob entsprechende Systemprozesse (Analyse und Diagnose, Interventionsplanung, Durchführung und Qualitätssicherung, Evaluation in bezug auf Bewegungsaktivitäten); zweitens, ob Systemstrukturen (Politik, Einrichtungen, Expert(inn)en, Verantwortliche, Regelungen, Ressourcen in bezug auf Bewegungsaktivitäten) vollständig oder teilweise vorhanden sind; drittens, ob Interventionen mit mehreren Ansatzpunkten (Individuum / Schnittstelle / Organisation) durchgeführt werden; und viertens, ob Vernetzung mit anderen inner- und außeruniversitären Systemen in Form einzelner oder mehrfacher Kontakte und Kooperationen besteht.

Die Tabelle 6 des Analyseschemas (Grundsätze zu Vorgehensweise, Gesundheitsverständnis, Qualitätsdimension und politischer Dimension) wurde herangezogen, um Antworten auf die *zweite Frage* (Lassen die gefundenen Interventionen zur betrieblichen Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität eine Berücksichtigung der Grundsätze von Gesundheitsförderung erkennen?) zu finden. Diese Frage konnte nur für solche Interventionen beurteilt werden, über die genauere Informationen in bezug auf Gesundheitsverständnis, Vorgehensweise, Qualitätsdimension und politische Dimension vorlagen, oder wo zumindest Hinweise darauf zu finden waren.

Die Tabelle 7 des Analyseschemas widmete sich der Beantwortung der *dritten Frage* (Gibt es Hinweise darauf, dass Bewegungsaktivitäten auch als Medium der Reflexion, Kommunikation, Kooperation und Kreativität bei Interventionen der betrieblichen Ge-

sundheitsförderung im Setting Universität eingesetzt werden?). Dies erforderte ebenfalls genauere Informationen über die Interventionen mit Bewegungsaktivitäten.

Das Analyseschema für die betriebliche Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten aus Kapitel 2.4 wurde herangezogen, um der *vierten Frage* nachzugehen (Gibt es in der wissenschaftlichen Literatur Modelle zur betrieblichen Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten für andere Settings, die sich auch auf das Setting Universität übertragen ließen?) und wurde auf jene Interventionen betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten angewendet, die in der wissenschaftlichen Literatur gefunden werden konnten.

Als Schlussfolgerungen aus der soeben beschriebenen Analyse ergeben sich die Antworten auf die *fünfte Frage* (Welche Potenziale betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität erscheinen bisher unausgeschöpft?).

Im folgenden Kapitel wird beschrieben, welche Ergebnisse die Informationssuche und der Analysevorgang zutage gebracht haben.

4 Ergebnisse und Diskussion

Ziel dieses Kapitels ist die Darstellung der Informationen, die mithilfe der gewählten Methodik zur Fragestellung der vorliegenden Arbeit gefunden wurden.

Zu diesem Zweck wird zunächst eine überblicksartige Beschreibung der Befunde an Universitäten im internationalen Raum und anschließend über jene im deutschsprachigen Raum gegeben, wobei für letztere auch ein tabellarischer Gesamtüberblick angefügt ist. Sodann werden, für die Hochschulen im deutschsprachigen Raum, im Unterkapitel 4.1 die Interventionen betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität, in 4.2 die Frage nach den Vorbildern aus der allgemeinen betrieblichen Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten, und in 4.3 die unausgeschöpften Potentiale dargestellt.

Wie schon erwähnt, wird die genaue Ausführung der Analyseergebnisse auf Universitäten (und zusätzlich einige Fachhochschulen) im deutschsprachigen Raum beschränkt, und in bezug auf die Universitäten anderer Länder eine überblicksartige Darstellung vorgenommen. Die Befunde an *Universitäten im internationalen Raum* lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

Erstens, der Großteil der Angebote zu Bewegungsaktivitäten richtet sich an Student(innen), nur ein kleiner Teil an Mitarbeiter(innen); zweitens, es konnten keine Hinweise auf systemische Interventionen betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität (Strukturelemente, Prozesselemente) gefunden werden; und drittens, die Informationen über die Interventionen mit Bewegungsaktivitäten reichten nicht aus, um diese darauf zu prüfen, ob sie den Grundsätzen von Gesundheitsförderung entsprechen, oder ob Bewegung auch als Medium eingesetzt wird.

Es zeigt sich, dass sich an vielen, aber nicht allen Universitäten der Welt sportwissenschaftliche Studiengänge (die unterschiedliche Schwerpunkte und Gliederung aufweisen und verschiedenen Fakultäten angehören können) finden, und *Hochschulsport* für Student(inn)en an nahezu allen Universitäten angeboten wird, wobei in vielen Fällen auch Mitarbeiter(innen) Zugang zu dessen Angeboten haben, die Kurszeiten und Kursinhalte allerdings eher auf Student(inn)en zugeschnitten erscheinen.

Eigens für *Mitarbeiter(innen)* wurden Kurse zu gesundheitsfördernden Bewegungsaktivitäten bisher eher vereinzelt ins Leben gerufen. Wo Universitäten sich bestrebt zeigen, die Bewegungsaktivität ihrer Mitarbeiter(inne)n zu fördern, geht es meist darum, dass diese entweder überhaupt an Angeboten teilnehmen, oder dass sie einen gewissen Trainingsumfang, und allenfalls bestimmte körperliche Verbesserungen (z.B. Ge-

wichtsabnahme) erreichen. Vor allem US-Amerikanische Universitäten setzen zu diesem Zweck häufig auf Aufrufe, Anreize, Belohnungen und / oder Wettbewerbe. Teilweise wird nur versucht, die Mitarbeiter(innen) zu mehr Bewegung zum und am Arbeitsplatz zu überreden, ohne zusätzlich Kurse anzubieten. Ein Beispiel dafür ist etwa die Maßnahme: „Walking Works“ der US-amerikanischen Baylor University: Hier wurden Schrittzähler an Mitarbeiter(innen) sowie Hinweise dafür ausgegeben, wie Arbeits-tätigkeiten mit Gehen verbunden werden können. Einzelne Universitäten warten mit einer größeren Bandbreite an Bewegungsangeboten auf, wie z.B. die britische University of Manchester: mit „campus lunchtime walks, jogging club, deskercise“, und „fitness classes“ (umfangreiches Programm) bereits um fünf Uhr morgens.

Die gefundenen Bewegungsaktivitäten weisen auf *keine Einbindung* in eine systemische betriebliche Gesundheitsförderung hin. Und dort, wo Kurse für Mitarbeiter(innen) angeboten werden, konnten im Rahmen der Suche auf den Homepages und in der Wissenschaftsliteratur keine genauen Angaben, etwa über ihre Ziele, Ansatzpunkte, Inhalte und Methoden gefunden werden; inwieweit sie also Grundsätzen von Gesundheitsförderung folgen und ob Bewegung darin auch als Medium der Reflexion, Kommunikation, Kooperation und Kreativität zum Einsatz kommt, ließ sich daher mit den Untersuchungsverfahren der vorliegenden Studie nicht bewerten.

Die Analyseergebnisse für *Universitäten im deutschsprachigen Raum* werden zunächst in der folgenden Übersichtstabelle aufgelistet und danach in den Unterkapiteln 4.1. und 4.2 genauer aufgeschlüsselt.

Die folgende *Übersichtstabelle* enthält folgende Informationen:

In der ersten Spalte wird vermerkt, ob eine systemische betriebliche Gesundheitsförderung, ein Projekt dazu oder einzelne Systemelemente bestehen.

In der zweiten Spalte wird festgehalten, ob zumindest einzelne Maßnahmen oder Programme zur betrieblichen Gesundheitsförderung durchgeführt werden.

In der dritten Spalte wird notiert, ob Prozesse eines Teilsystems Bewegung (mit einem Punkt markiert) oder zumindest einzelne Prozesselemente (mit einem Sternchen markiert) vorhanden sind.

In der vierten Spalte wird angemerkt, ob Strukturen eines Teilsystems Bewegung (mit einem Punkt markiert) oder zumindest einzelne Strukturelemente (mit einem Sternchen markiert) vorhanden sind.

In der fünften Spalte wird festgestellt, ob Vernetzungen eines Teilsystems Bewegung (mit einem Punkt markiert) oder zumindest einzelne Kontakte und Kooperation (mit einem Sternchen markiert) vorhanden sind.

In der sechsten Spalte steht geschrieben, ob Interventionen mit mehreren Ansatzpunkten vorhanden sind.

In der siebenten Spalte wird angeführt, ob Bewegung auch als Medium der Reflexion, Kommunikation, Kooperation und Kreativität eingesetzt werden.

Und in der achten Spalte ist zu sehen, ob zumindest einzelne Maßnahmen und Programme betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten durchgeführt werden oder wurden.

Tab. 8 – 1: Überblick: Hochschulen

	Betriebliche Gesundheitsförderung		Interventionen mit Bewegungsaktivitäten zur betrieblichen Gesundheitsförderung					
Hochschule	Systeme / Projekte	Programme / Maßnahmen	Teilsystem Prozesse	Teilsystem Strukturen	Teilsystem Vernetzung	Mehrere Ansatzpunkte	Bewegung als Medium	Programme Maßnahmen
RWTH Aachen	•	•						•
Uni Augsburg	•	•						•
Uni Bamberg		•						
Uni Bayreuth		•						
FU Berlin	•	•						
HU Berlin								
TU Berlin	•	•						•
Uni Bielefeld		•						•
Uni Bochum	•	•						•
Uni Bonn		•						
TU Braunschweig		•						
Uni Bremen	•	•					•	
TU Chemnitz		•						
TU Clausthal		•						
TU Cottbus								
TU Darmstadt	•	•						
TU Dresden		•						
Uni Düsseldorf								
Uni Duisburg								
Uni Eichstätt-Ingolstadt		•						
Uni Erfurt		•						
Uni Erlangen-Nürnberg		•						
Uni Essen								

Tab. 8 – 2: Überblick: Hochschulen

	Betriebliche Gesundheitsförderung		Interventionen mit Bewegungsaktivitäten zur betrieblichen Gesundheitsförderung					
Hochschule	Systeme / Projekte	Programme / Maßnahmen	Teilsystem Prozesse	Teilsystem Strukturen	Teilsystem Vernetzung	Mehrere Ansatzpunkte	Bewegung als Medium	Programme Maßnahmen
Uni Frankfurt		•						
TU Freiberg								
Uni Freiburg	•	•						
Uni Gießen		•						
Uni Göttingen		•						
Uni Greifswald								
Uni Halle-Wittenberg		•						
Uni Hamburg	•	•						
TU Hamburg								
Uni Hamburg B.	•	•						
Uni Hannover	•	•						•
Uni Heidelberg								
Uni Hildesheim								
Uni Hohenheim		•						
TU Ilmenau		•						
Uni Jena								
Uni Kaiserslautern	•							
TU Kaiserslautern	•	•						
Uni Karlsruhe	•	•						•
Uni Kassel		•						
Uni Kiel	•	•						•
Uni Koblenz-Landau		•						
Uni Konstanz	•	•		•				•

Tab. 8 – 3: Überblick: Hochschulen

	Betriebliche Gesundheitsförderung		Interventionen mit Bewegungsaktivitäten zur betrieblichen Gesundheitsförderung					
Hochschule	Systeme / Projekte	Programme / Maßnahmen	Teilsystem Prozesse	Teilsystem Strukturen	Teilsystem Vernetzung	Mehrere Ansatzpunkte	Bewegung als Medium	Programme Maßnahmen
Uni Köln		•						
Uni Leipzig		•						
Uni Lübeck		•						
Uni Lüneburg	•	•						
Uni Magdeburg	•	•						•
Uni Mainz	•	•						•
Uni Mannheim		•						
Uni Marburg		•						
TU München		•						
Uni Münster		•						
Uni Oldenburg		•						
Uni Osnabrück		•						
Uni Paderborn		•						•
Uni Passau		•						
Uni Potsdam		•						
Uni Regensburg								
Uni Rostock								
Uni Saarbrücken		•						
Uni Siegen		•						
Uni Stuttgart								
Uni Hohenheim								
Uni Trier		•						

Tab. 8 – 4: **Überblick: Hochschulen**

Hochschule	Betriebliche Gesundheitsförderung		Interventionen mit Bewegungsaktivitäten zur betrieblichen Gesundheitsförderung					
	Systeme / Projekte	Programme / Maßnahmen	Teilsystem Prozesse	Teilsystem Strukturen	Teilsystem Vernetzung	Mehrere Ansatzpunkte	Bewegung als Medium	Programme Maßnahmen
Uni Tübingen								
Uni Ulm		•						
Uni Weimar								
Uni Witten-Herdecke								
Uni Wuppertal	•	•						•
Uni Würzburg		•						
FH Erfurt		•						
FH Koblenz		•						
FHT Esslingen		•						
Hannover: Medizinische Hochschule		•						•
HS Bremen	•	•						•
HAW Hamburg		•						
FH Esslingen		•						
FH Frankfurt / Main		•						
FH Fulda		•						
FH Gießen-Friedberg		•						
HAW Hamburg		•						•
FH Heilbronn		•						
FH Hildesheim/Holzminen		•						

Tab. 8 – 5: Überblick: Hochschulen

	Betriebliche Gesundheitsförderung		Interventionen mit Bewegungsaktivitäten zur betrieblichen Gesundheitsförderung					
Hochschule	Systeme / Projekte	Programme / Maßnahmen	Teilsystem Prozesse	Teilsystem Strukturen	Teilsystem Vernetzung	Mehrere Ansatzpunkte	Bewegung als Medium	Programme Maßnahmen
FH Köln		•						•
DSHS Köln		•						
FH Ludwigshafen		•						
HS Magdeburg-Stendal		•						
FH Mainz		•						
FH Mannheim		•						
FH Münster		•						
FH Stralsund		•						
NW Kathol. FH		•						
FH Wiesbaden		•						
HS Wismar		•						
Theolog.HS Neuendettelsau								•
Uni Jena								
Uni München								
Uni Lübeck		•						
Uni des Saarlandes		•						
PH Karlsruhe		•						
FH Koblenz		•						
Aachen TH		•						
FH Amberg Weiden		•						
FH Aschaffenburg		•						

Tab. 8 – 6: **Überblick: Hochschulen**

	Betriebliche Gesundheitsförderung	Interventionen mit Bewegungsaktivitäten zur betrieblichen Gesundheitsförderung						
Hochschule	Systeme / Projekte	Programme / Maßnahmen	Teilsystem Prozesse	Teilsystem Strukturen	Teilsystem Vernetzung	Mehrere Ansatzpunkte	Bewegung als Medium	Programme Maßnahmen
FH Augsburg		•						
FH Bochum		•						
FH Braunschweig-Wolfenbüttel		•						
HS Harz		•						
FH Heilbronn-Holzminen		•						
FH Göttingen		•						
FH Coburg		•						
FH Deggendorf		•						
TU Dresden		•						
FH Eberswalde		•						
FH Neu-Ulm		•						
HS Niederrhein		•						
FH Nordhausen		•						
NRW Katholische FH		•						
Osnabrück FH		•						
FH Stralsund		•						
FH Ludwigshafen		•						
FH Merseburg		•						
FH München		•						
DSHS Köln		•						

Tab. 8 – 7: **Überblick: Hochschulen**

	Betriebliche Gesundheitsförderung	Interventionen mit Bewegungsaktivitäten zur betrieblichen Gesundheitsförderung						
Hochschule	Systeme / Projekte	Programme / Maßnahmen	Teilsystem Prozesse	Teilsystem Strukturen	Teilsystem Vernetzung	Mehrere Ansatzpunkte	Bewegung als Medium	Programme Maßnahmen
FH Köln		•						
Uni Konstanz		•						
Lahr-AKAD-WHL		•						
HS Vechta		•						
FH Wiesbaden		•						
TFH Wildau		•						
HS Wismar		•						

Tab. 8 – 8 **Überblick: Hochschulen**

	Betriebliche Gesundheitsförderung		Interventionen mit Bewegungsaktivitäten zur betrieblichen Gesundheitsförderung					
Hochschule	Systeme / Projekte	Programme / Maßnahmen	Teilsystem Prozesse	Teilsystem Strukturen	Teilsystem Vernetzung	Mehrere Ansatzpunkte	Bewegung als Medium	Programme Maßnahmen
Uni Wien		•						
Boku Wien								
TU Wien		•						
VU Wien								
WU Wien								
Med Uni Wien								
IU Wien								
Webster Wien								
Uni Graz								
TU Graz		•						•
Uni Innsbruck		•						
Uni Salzburg								
Uni Linz								
Uni Klagenfurt		•						•

Tab. 8 – 9: Überblick: Hochschulen

	Betriebliche Gesundheitsförderung		Interventionen mit Bewegungsaktivitäten zur betrieblichen Gesundheitsförderung					
Hochschule	Systeme / Projekte	Programme / Maßnahmen	Teilsystem Prozesse	Teilsystem Strukturen	Teilsystem Vernetzung	Mehrere Ansatzpunkte	Bewegung als Medium	Programme Maßnahmen
Uni Bern								•
Swiss Management Academy								
Uni Ticino								
Uni Genève								
Uni Lausanne								
Uni Neuchâtel								
Uni Basel								
Uni Freiburg								
Uni Luzern								
Uni St.Gallen								
Uni Zürich		•						

Übersicht: Interventionsformen betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten an Universitäten in D, Ö und CH

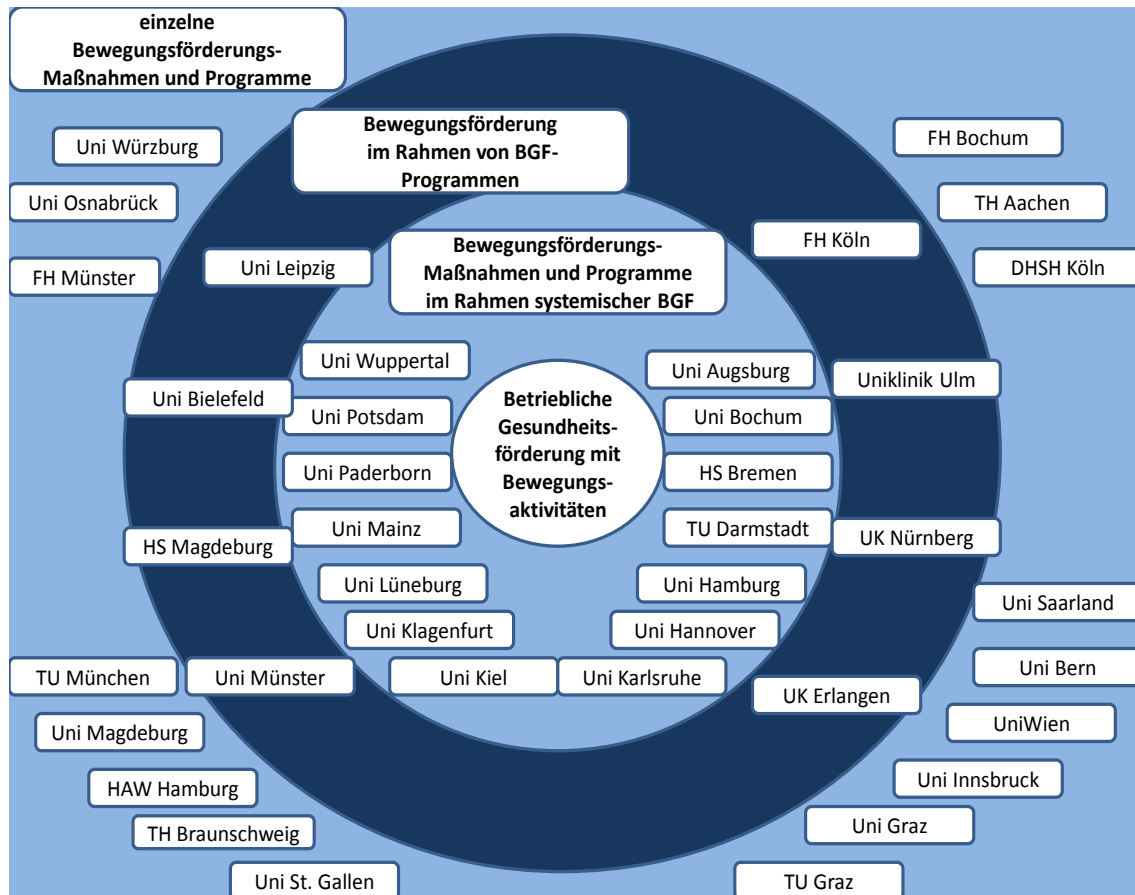


Abb.8: Übersicht: Interventionsformen betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten an Universitäten in Deutschland, Österreich und der Schweiz

4.1 Interventionen betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität

Im diesem Unterkapitel sollen mithilfe der Anwendung des Analyseschemas *drei Fragen* beantwortet werden: Welche Interventionsformen mit betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten kommen im Setting Universität zur Anwendung (4.1.1); lassen die gefundenen Interventionen zur betrieblichen Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität eine Berücksichtigung der Grundsätze von Gesundheitsförderung erkennen (4.1.2); und, gibt es Hinweise darauf, dass Bewegungsaktivitäten auch als Medium der Reflexion, Kommunikation, Kooperation und Kreativität in Interventionen der betrieblichen Gesundheitsförderung im Setting Universität eingesetzt werden (4.1.3) ?

4.1.1 Angewendete Interventionsformen betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität

In diesem Teilkapitel wird dargestellt, welche Interventionsformen betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten an Universitäten im deutschsprachigen Raum mithilfe der Recherche auf ihren Homepages gefunden werden konnten. Dazu wird zunächst die Frage behandelt, ob bzw. für welche Universitäten es Hinweise auf ein „Teilsystem Bewegung“ im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung im Setting Universität gibt (4.1.1.1); weiters wird beschrieben, an welchen Universitäten und auf welche Weise Bewegungsaktivitäten als einzelne Maßnahmen oder Programme in Systeme oder Projekte der betrieblichen Gesundheitsförderung einbezogen werden, sowohl überblicksartig als auch durch genauere Beschreibung weniger ausgewählter Beispiele (4.1.1.2); sodann werden die Befunde für jene Universitäten dargestellt, die Bewegungsaktivitäten im Rahmen von Programmen der betrieblichen Gesundheitsförderung einbeziehen (4.1.1.3); und schließlich jene Universitäten angeführt, wo Bewegungsaktivitäten in Form einzelner Programme / Maßnahmen stattfinden (4.1.1.4).

4.1.1.1 Gibt es ein „Teilsystem Bewegung“ zur betrieblichen Gesundheitsförderung im Setting Universität?

Im folgenden wird der Frage nach dem Bestehen eines „Teilsystems Bewegung“ zur betrieblichen Gesundheitsförderung im Setting Universität durch Anwendung der ersten vier Felder des Analyseschemas nachgegangen; es wird geprüft, ob sich Hinweise auf das Vorhandensein von Systemprozessen oder einzelnen Prozesselementen, Sys-

temstrukturen oder einzelnen Strukturelementen, Vernetzung mit anderen Systemen oder einzelnen Kontakten bzw. Kooperationen, und Interventionen mit mehreren Ansatzpunkten in wenigen (mit einem Sternchen gekennzeichnet) oder vielen Fällen (mit einem Punkt gekennzeichnet) ergeben.

In den folgenden Tabellen sind diese Ergebnisse dargestellt:

Tab. 9 - 1: Befunde zum Teilsystem Bewegung

Systemprozesse	Anmerkungen	
Analyse und Diagnose	*	Einzelne Hinweise gefunden: Bedarfsanalyse: - DSHS Köln (ohne folgende Interventionen?) - HS Bremen
Interventionsplanung		Keine Hinweise darauf gefunden
Durchführung mit Qualitätssicherung		Keine Hinweise auf Qualitätssicherung gefunden
Evaluation und Dokumentation		Keine Hinweise darauf gefunden

Systemstrukturen	Anmerkungen	
Politik	*	Keine Hinweise darauf gefunden (etwa in Leitlinien)
Einrichtungen	*	In wenigen Fällen gibt es einen Sitz für Vertreter(inn)en des Bereiches Bewegung / Sport in Arbeitskreisen, Steuerungs- oder Projektgruppen: - TU Darmstadt (Sportzentrum) - Uni Hamburg - Uni Karlsruhe (Institut für Sportwissenschaft) - Uni Konstanz (Hochschulsport, Sportwissenschaft)

Tab. 9 – 2: Befunde zum Teilsystem Bewegung

Ad Systemstrukturen Einrichtungen	*	- Uni Mainz - Uni Paderborn (Sportwissenschaftlerin) - Uni Potsdam (Mitarbeiter(innen) und Student(inn)en der Sportwissenschaften) - Uni Wuppertal (Sportwissenschaft) - Uni Klagenfurt (ÖH-Vertreter für Sport)
Expert(inn)en	*	Einzelne Hinweise gefunden: - Uni Hannover: Mitwirkung von Sportwissenschaftler(innen) am Gesundheitstag
Verantwortliche		Keine Hinweise darauf gefunden
Regelungen		Einzelne Hinweise gefunden: - Uni Konstanz: (30 min. pro Woche Teilnahme an Sportprogrammen als Arbeitszeit) - Uni Bielefeld, FH Köln: Kurse teilweise als Arbeitszeit
Ressourcen		- In vielen Fällen: Bestehende Räume und Infrastruktur des Hochschulsports; - Keine genauen Hinweise in Bezug auf kostenlose Angebote und Ähnliches gefunden.
Vernetzung	Anmerkungen	
Innerhalb der Universität		Uni Hannover: Arbeitsgruppe zur Rückenstärkung Uni Bielefeld: Gesundheitslabor
Außerhalb der Universität		Keine Hinweise darauf gefunden

Tab. 9 – 3: Befunde zum Teilsystem Bewegung

Ansatzpunkte	Anmerkungen	
Individuum	•	Nahezu alle gefundenen Angebote
Schnittstelle (soziales)	*	Einzelne Hinweise gefunden: Universitätsklinikum Ulm (Teamparcours)
Organisation	*	Einzelne Hinweise gefunden: - Uni Hannover (Arbeitsgruppe zur Rückenstärkung) - Uni Karlsruhe - Uni Paderborn („Paderborner Breaks“) Es finden sich keine Hinweise darauf, ob Bewegungsaktivitäten in beteiligungsorientierten Verfahren der Organisationsentwicklung (z.B. Gesundheitszirkeln) eingesetzt werden, und ob eine Veränderung von Arbeits- und Studienbedingungen zur Bewegungsförderung angezielt wurde.

Die Tabellen veranschaulichen, dass mittels der gewählten Erhebungsmethode (Research auf Universitätshomepages) keine Hinweise auf das Bestehen eines vollständigen „Teilsystems Bewegung „zur betrieblichen Gesundheitsförderung im Sinne des Analyseschemas an Universitäten im deutschsprachigen Raum gefunden werden konnten.

In einigen Fällen konnten an Universitäten einzelne Prozesselemente (Bedarfsanalyse) und Strukturelemente (Einrichtungen: Vertreter(innen) von Sport und Sportwissenschaft in Arbeitskreisen, Steuergruppen oder Projektgruppen; Expert(inn)en; Regelungen, Ressourcen) gefunden werden. An zwei Universitäten fand sich eine Vernetzung mehrere Arbeitsbereiche mit Bezug auch zu Bewegungsaktivitäten. In wenigen Fällen fanden sich Hinweise auf Interventionen mit dem Ansatzpunkt Organisation, nur in einem Fall ein Hinweis auf den Ansatzpunkt soziale Bedingungen.

An einigen Universitäten konnten immerhin Hinweise auf einen systemischen Ansatz der betrieblichen Gesundheitsförderung gefunden werden, in dessen Rahmen Bewe-

gungsaktivitäten – diese allerdings nur in Form von Maßnahmen und Programmen – einbezogen sind. Diese werden im Folgenden beschrieben.

4.1.1.2 Bewegungsaktivitäten als Einzelmaßnahmen oder Programme im Rahmen von Systemen und Projekten der betrieblichen Gesundheitsförderung im Setting Universität

Im Folgenden werden jene Universitäten angeführt, die Arbeits- oder Steuerkreise zur allgemeinen bzw. betrieblichen Gesundheitsförderung eingesetzt haben und gleichzeitig in irgendeiner Form auch Bewegungsaktivitäten durchführen. Sie bieten in vielen Fällen auch weitere gesundheitsthematische Programme und Maßnahmen an. Es wird zunächst ein Überblick über all diese Universitäten gegeben, um danach einige ausgewählte Interventionen dort beispielhaft genauer zu beschreiben.

Die *Universität Augsburg* hat betriebliches Gesundheitsmanagement eingeführt (siehe weiter unten beschrieben), das Kursangebote von Bewegungsaktivitäten zur Gesundheitsförderung (z.B. autogenes Training, Feldenkrais, Tai Chi) beinhaltet; dies in Zusammenarbeit mit dem Hochschulsport, der ein für Studierende und Beschäftigte differenziertes Sportprogramm anbietet, wobei regelmäßig ein Angebot speziell für Bedienstete erstellt wird, das auf die Bedürfnisse der Mitarbeiter(innen) zugeschnitten wird. Ziel ist es, ihre Teilnahme am Hochschulsport zu steigern und optimale Bedingungen für das arbeitsplatznahe Sporttreiben zu schaffen.

Auch am Gesundheitstag 2007 spielten Bewegungsaktivitäten eine Hauptrolle: Es gab drei Bereiche: eine Bewegungsinsel zum Mitmachen und Ausprobieren (von Tai Chi, Office-Yoga, Qi Gong, Nordic Walking, Salsa-Fitness, „5-Minuten-Fitness“ mit Student(inn)en, sowie von Trampolinprodukten und „Fit im Alltag“), eine Informations- und eine Testinsel.

Im Zuge des betrieblichen Gesundheitsmanagement der *Ruhr-Universität Bochum* wurden etwa die Programme Elterninitiative „Bochumer Uni-Zwerge“ und „Rauchfreie Universität“ eingeleitet. Als Bewegungsaktivitäten stehen Rückengymnastik-, Pilates-, Aquajogging-, Qi Gong- und Yoga-Kurse zur Verfügung.

Die *Hochschule Bremen* hat einen Arbeitskreis und eine Koordinationsstelle Gesundheit und Gesundheitszirkel eingerichtet. An Programmen laufen „Familiengerechte Hochschule“, „Rauchfreie Hochschule“ sowie „Bedarfs- und Akzeptanzanalyse“.

Letztere ergab unter anderem, dass mehr als die Hälfte der Mitarbeiter(inne)n gerne an angeleiteten Bewegungsaktivitäten, und zwar an Rückenschulen, Pausengymnastik, Fitnesstraining, Schwimmen, Radfahren und Gymnastik teilnehmen würde.

An Kursen wurden bisher Rückentraining, Aqua fitness, Laufen, Nordic Walking, Tanzen und „Rückenfit beim Doppelklick“ angeboten; weiters fanden Sportangebote auch im Rahmen des Gesundheitstages statt.

Die *TU Darmstadt* unterhält einen Arbeitskreis Gesundheit und hat einen Gesundheitsbericht, Gesundheitstage sowie ein Programm „Rauchfreie Universität“ durchgeführt. Das *Sport-* und Gesundheitszentrum sowie das Unisportzentrum treten im Arbeitskreis in Erscheinung.

Die *Universität Hamburg* hat ihren Arbeitskreis Gesundheitsförderung dem Hochschulsport zugeordnet; allerdings wurden keine Hinweise auf Bewegungsaktivitäten gefunden.

Die *Leibniz Universität Hannover* betreibt Gesundheitsmanagement mit Koordinationsstelle, Projekt- und Arbeitsgruppen und Gesundheitszirkeln. Ihr „Selbstverständnis“ genannten Leitbild enthält unter anderem einen Grundsatz zur Geschlechtergerechtigkeit.

In der Arbeitsgruppe „Ergonomie und Bewegung“ (Rückenstärkung) arbeitet der Hochschulsport mit Betriebsärzten, Personal- und Organisationsentwicklung zusammen. Im Bereich der Weiterbildung gibt es Kurse zur Rückenstärkung und Körperbewusstheit durch Bewegung in Grund- und Aufbaukurs „um gesundheitlichen Schäden durch falsches oder unökonomisches Alltagsverhalten vorzubeugen.“

Auch der Gesundheitstag 2006 stand unter Motto „Wir bewegen uns“, mit Bewegungsangeboten, Checks, und Informationen; sehr gefragt waren dabei die Mitmachangebote des Zentrums für Hochschulsport zu Yoga, Rückenschule und Tai Chi, weiters das Badminton- und Golf des Institutes für Sportwissenschaft. Die Landesunfallkasse Niedersachsen vermittelte darüber hinaus sicherheitsgerechtes Fahren auf Fahrrad, und es gab Vorträge zu positiven Auswirkungen von Sport und Bewegung auf Gesundheit und Lernfähigkeit von Sportwissenschaftler Peiffer.

Die *Universität Fridericiana zu Karlsruhe* hat ein Projekt zur Gesundheitsförderung eingeleitet (siehe weiter unten), in dessen Steuerungsgruppe ist das Institut für Sport und Sportwissenschaft vertreten ist.

Jahr für Jahr werden offenbar immer wieder unterschiedliche Angebote zur individuellen Bewegungsförderung durchgeführt: Arbeitsplatzbezogenes Bewegungsprogramm, Bewegungs- und Entspannungsangebote, Kurs „bewusst bewegen“ mit Reinigungskräften, Nordic Walking Kurse oder progressive Muskelentspannung.

Als Betriebssport zählen weiters Walking, Joggen, Schwimmen, Krafttraining, Badminton, Tischtennis, Fußball und Volleyball. Auch am Hochschulsport können die Beschäftigten teilnehmen. Weiters können Mitarbeiter(innen) Dienste eines Diagnostik- und Trainingsberatungsinstituts nutzen.

Die *Christian-Albrechts-Universität zu Kiel* verfügt über einen Arbeitskreis Gesundheit, hat sich den „Familiengerechten“ Universitäten angeschlossen, und veranstaltet Seminare und Gesundheitstage.

Es gibt eine bewegte Pause am Arbeitsplatz als Internet-Auftritt mit Rückfragemöglichkeiten sowie verschiedene Seminare zu Bewegungsaktivitäten.

An der *Universität Konstanz* wurde unter dem Namen „Gesunde Uni“ ein Steuerungsgremium eingerichtet, in das auch Vertreter(innen) von Hochschulsport und Sportwissenschaft miteinbezogen sind. Es gibt ein Fitnesszentrum „UniMotion“, und die Teilnahme an Sportprogrammen zur Rückenstärkung wird in einem Umfang von 30 min. pro Woche als Arbeitszeit angerechnet. Einige weitere Maßnahmen und Programme sind das Angebot „Bleib am Ball“ – es richtet sich an Personen zwischen 40 und 60 Jahren, die in jüngeren Jahren aktiv Ballsport betrieben haben – die Aktion „3000 Schritte extra“, und ein Bildschirmschoner, der Bewegungsaktivitäten anleitet.

Die *Leuphana Universität Lüneburg* hat sich einer umfassenden Nachhaltigkeit verschrieben, mit dem „Sustainable University - Teilprojekt Lebenswelt Hochschule“ (2004 bis 2007).

Der Hochschulsport bietet den Bediensteten eigene Bewegungsaktivitäten zur Gesundheitsförderung an (Brüggen & Wieneke 2005).

An der *Johann-Gutenberg-Universität Mainz* besteht ein Dreijahresprojekt „Gesunde Uni Mainz“, das mit einer halben Stelle gefördert wird und einige wesentliche Elemente eines Teilsystems betriebliche Gesundheitsförderung umfasst (siehe weiter unten).

An regelmäßigen Bewegungsangeboten finden sich Kurse zu Rückentraining, Yoga, Selbstbehauptung für Frauen; am Gesundheitstag 2009 werden Fahrradreparaturen, Feldtests mit Spirometrie, Mobile Laufbandanalyse und Schnuppertrainings zum Kurs

Selbstbehauptung für Frauen angeboten; und über den Sommer läuft die Aktion „Mit dem Fahrrad zur Arbeit“.

An der *Universität Paderborn* wird der Arbeitskreis Gesundheit des Projekts „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ (siehe weiter unten) von einer Sportwissenschaftlerin geleitet.

Der Hochschulsport bietet vielfältige Bewegungsaktivitäten für Student(inn)en und Mitarbeiter(innen), von Rückentraining bis zu Entspannung. Die gesundheitsfördernden Maßnahmen sollen zum Teil an das universitäre Fort- und Weiterbildungsprogramm angebunden werden. Weiters werden Bewegungspausen in Lehrveranstaltungen berichtet – die „Paderborner „Breaks“ (Büthe 2005).

Die *Universität Potsdam* hat einen Arbeitskreis Gesundheit, sowie die Maßnahme „Gesundheitsshuttle“ ins Leben gerufen: Dieses liefert Informationen und vermittelt Angebote und Beratung.

Im Arbeitskreis finden sich Mitarbeiter(innen) und Student(inn)en der Sportwissenschaften.

Student(inn)en sind auch in die Durchführung der Bewegungsangebote miteinbezogen (Faller 2005). Zu Bewegungsaktivitäten wird mittels Funktionsdiagnostik, Rehabilitations-Sport / Funktionstraining, Vorträgen („Wie trainiere ich richtig?“, Herz-Kreislauf-krankungen), und den Angeboten Nordic Walking, Rückenschule und Pausengymnastik angeregt.

An der *Universität Wuppertal* läuft das Projekt „Lebensraum Hochschule für alle gesund und erfolgreich gestalten“ (siehe weiter unten). Der Hochschulsport ist in der Projektgruppe vertreten; es werden Empfehlungen für Hochschulsport gegeben, und Bewegungsaktivitäten im Gesundheitspass vermerkt.

Die *Universität Klagenfurt* (Österreich) hat als einzige österreichische Universität betriebliches Gesundheitsmanagement bereits eingeführt, mit Steuerkreis und Gesundheitszirkeln (getrennt für allgemeine und wissenschaftliche Mitarbeiter(innen)).

Am Gesundheitsförderungstag 2006, „Gesundheitsförderung von Uni-Menschen für Uni-Menschen“ wurden von Student(inn)en Info-Points mit Posters zur Wissensvermittlung und mit Veränderungsvorschlägen für die Uni, gestaltet.

Im Steuerkreis sitzt auch der ÖH-Vertreter für Sport. Im Rahmen des Gesundheitstages gab es auch Wissensvermittlung im Bereich Bewegungsaktivitäten – an Informati-

onsständen, deren Kosten vom Sportartikelhandel getragen wurden, sowie sportmedizinische Tests; weiters bietet das Universitätssportinstitut einschlägige Kurse an.

Am Arbeitsmedizinischen Zentrum der *TU Wien* ist die Einführung von Gesundheitsmanagement, „TU GUT“, geplant; mit Gesundheitszirkel, Gesundheitstag und verschiedenen Programme dazu, die wohl auch Bewegungsaktivitäten enthalten sollen.

Im Folgenden wird anhand einiger vorbildhafter **Beispiele** (Universität Augsburg, TU Berlin, Universität Karlsruhe, Universität Mainz, Universität Paderborn, Universität Wuppertal) dargestellt, welchen Stand die betriebliche Gesundheitsförderung an einigen Universitäten schon erreicht hat. Viele Gesundheitsförderungsgrundsätze kommen hier bereits zur Anwendung, auch wenn es für die Bewegungsaktivitäten, die in diesem Rahmen durchgeführt werden, noch fraglich ist (siehe nächstes Unterkapitel, ob sie diesbezüglich ein vergleichbares Niveau erreichen.

So zeigt das betriebliche Gesundheitsmanagement der *Universität Augsburg*, das von einem eigenen Koordinator betreut wird, einen systemischen und partizipativen Ansatz, in dem Maßnahmen vom Gesundheitszirkel beschlossen und regelmäßig bekanntgegeben werden, z.B. während einer Personalversammlung, auf einer Sitzung des Konvents der Studierenden, per e-mail, Internet und Aushängen. Alle Mitglieder der Hochschule können an den Maßnahmen teilnehmen, die die Bereiche Bewegung, Ernährung, Stressmanagement, Suchtprävention, Arbeitsschutz, Konfliktvermeidung und -bewältigung umfassen. Ein biopsychosoziales Gesundheitsverständnis ist ebenso erkennbar wie eine multidisziplinäre und intersektorale Vorgehensweise, indem etwa zusammen mit dem Studentenwerk eine Optimierung des Essensangebotes und der Qualität der Speisen in den Mensen und Cafeterien angestrebt wird, wobei ökologische angebaute und regionale Produkte bevorzugt werden. Verhältnisorientierung, und Interventionen mit dem Ansatzpunkt Führung und soziale Unterstützung spielen ebenfalls eine wesentliche Rolle, indem Seminare für Führungskräfte sowie weitere Coaching-Möglichkeiten angeboten werden. Eine genauere Betrachtung der in diesem Rahmen zahlreich angebotenen Bewegungsaktivitäten mit anderen als in der vorliegenden Arbeit angewendeten Methoden muss zwar hier aus den in Kapitel 3 erläuterten Gründen entfallen, wird aber als lohnend eingeschätzt.

In der betrieblichen Gesundheitsförderung der *TU Berlin* werden ebenfalls zahlreiche Gesundheitsförderungsgrundsätze umgesetzt. Der Arbeitskreis Gesundheitsförderung plant und steuert seine Interventionen intersektoral, multidisziplinär und ressourcenorientiert, wobei Veränderungsziele verhaltens- und verhältnisorientiert gesetzt werden. Mit der Gestaltung von Arbeitsplätzen und Arbeitsabläufen, mit der Verbesserung der

Transparenz (als salutogenetisches Merkmal), mit der Förderung von Kooperation und von gesundheitsförderndem Führungsverhalten (als Ziele psychosozialer Art) sowie der Weiterqualifizierung (als Ressourcenstärkung) und mit betrieblichem Eingliederungsmanagement (als Beitrag zur Chancengleichheit) werden wesentliche Interventionen verschiedener Ansatzpunkte durchgeführt, die dann noch durch gesundheits-thematische Schwerpunkte ergänzt werden. Zu letzteren zählen z.B. die Bereitstellung persönlicher Schutzausrüstungen, die Rauchentwöhnung, Bewegungs- und Sportkurse, Zeitmanagementkurse, psychologische Beratung, Stressmanagement sowie individuelle Beratung zu gesundheitsgerechtem Verhalten. Weitere Angebote in Zusammenarbeit mit den TU-Bereichen sicherheitstechnische Dienste und Umweltschutz, betriebsärztlicher Dienst, Sozialberatung und dem Servicebereich Weiterbildung sind in Planung. Auch hier sind Bewegungsangebote vorhanden, zwar als einzelne Maßnahmen, aber bereits eingebettet in ein gut entwickelt erscheinendes betriebliches Gesundheitsförderungssystem.

Die *Universität Fridericiana zu Karlsruhe* entwickelte ein Gesundheitsförderungsprojekt, geleitet von einer multidisziplinären und intersektoralen Steuerungsgruppe – mit Kanzler, Personalrat, Betriebsarzt, Abteilung Arbeitssicherheit und Umweltschutz, Gleichstellungsbeauftragter, Beauftragter für Chancengleichheit, Abteilung für wissenschaftliche Weiterbildung, Abteilung für Arbeitswissenschaft des Instituts für Industriebetriebslehre und industrielle Produktion sowie mit dem Institut für Sport und Sportwissenschaft. Aus der Beschreibung dieses Projektes sind viele wesentliche Gesundheitsförderungsgrundsätze herauszulesen: Biopsychosoziales, salutogenetisches und ressourcenorientiertes Gesundheitsverständnis, Prozess- und Verhältnisorientierung mit dem Ziel der Nachhaltigkeit, Zielgruppenbezug, Chancengleichheit und Geschlechtergerechtigkeit. Dabei orientiert sich das Projekt an erfolgreichen Erfahrungen aus der betrieblichen Gesundheitsförderung, indem Interventionen mit mehreren Ansatzpunkten – bei einzelnen Personen (Bewegungs- und Entspannungsangebote), wie auch an der Organisation (Gesundheitswerkstätten sowie Arbeitsplatz- und Arbeitssituationsanalysen) stattfinden und Systemprozesse wie Analyse und Diagnose, Planung, Durchführung und Qualitätssicherung sowie Evaluation und Dokumentation (Gesundheitsbericht) durchgeführt werden. Bewegungsexpert(inn)en sind hier immerhin in das System der betrieblichen Gesundheitsförderung integriert.

An der *Johannes-Gutenberg-Universität Mainz* wurde ein dreijähriges Projekt „Gesunde Uni Mainz“ gestartet und mit einer halben Stelle gefördert. Auch hier sind Systemstrukturen und -prozesse betrieblicher Gesundheitsförderung erkennbar, indem etwa eine Mitarbeiterbefragung und Gesundheitszirkel durchgeführt werden, und Vernetzung

mit anderen Stellen der Universität – wie Frauenbüro, psychotherapeutischer Beratungsstelle, Konfliktberatung, betriebsärztlichem Dienst, Rauchersprechstunde, Abteilung Sportmedizin, allgemeinem Hochschulsport, Schwerbehindertenvertretung, Personalrat, Personalentwicklung, oder Weiterbildung – in intersektoraler und multidisziplinäre Kooperation – erfolgt. Aus den Projektschwerpunkten lassen sich ein biopsychosoziales Gesundheitsverständnis und Verhältnisorientierung als Grundsätze herauslesen. Was die Kursangebote betrifft, so gibt die „Selbstbehauptung für Frauen“ Anlaß zur Mutmaßung, dass hier möglicherweise Bewegungsaktivitäten als Medium der Reflexion eingesetzt werden, das vorhandene Informationsmaterial reicht aber hier nicht für einen klaren Beleg aus.

Auch die *Universität Paderborn* bietet ihren Mitgliedern systemische Gesundheitsförderung, die durch einen intersektoralen und multidisziplinären Arbeitskreis „Gesunde Hochschule“ geleitet wird, mit dem Ziel, gesundheitsfördernde Lebens- und Arbeitsbedingungen an der Universität Paderborn zu schaffen. Der Setting-Ansatz und Verhältnisorientierung spielen also eine wesentliche Rolle, weiters dienen Angebote der Gesundheitsbildung dem (salutogenen, ressourcenorientierten) Ziel der Stärkung der Identifikation mit der Universität,

Dabei werden sowohl zielgruppenspezifische als auch zielgruppenübergreifende Maßnahmen angeboten, die auf die Arbeitsbedingungen und Bedürfnisse von Mitarbeitenden, Auszubildenden und Studierenden zugeschnitten – bedarfsgerecht und auf Chancengleichheit gerichtet – sind. Gesundheitsförderndes Führungsverhalten stellt einen weiteren Ansatzpunkt der Interventionen dar. Damit sind auch an der Universität Paderborn mehrere Grundsätze betrieblicher Gesundheitsförderung umgesetzt, wenngleich hier nicht festgestellt werden konnte, inwiefern die eingebundenen Bewegungsaktivitäten diesen ebenso entsprechen.

An der *Bergischen Universität Wuppertal* besteht schon seit Ende der neunziger Jahre ein intersektoraler, multidisziplinärer und mehrperspektivischer Arbeitskreis "Gesunde Hochschule" unter der Leitung des Kanzlers. Die Mitglieder des Arbeitskreises initiieren und realisieren unterschiedliche Projekte, wie eine Mitarbeiterbefragung, Gesundheitstage, den Aufbau eines Internetportals, eine wissenschaftliche Tagung im Rahmen des NRW-Projektes "Jahr des Hochschulsports 2003", die Initiative "Rauchfreie Universität", sowie Workshops zu ausgesuchten gesundheitsrelevanten Themen, das Fitness- und Gesundheitszentrum „BergWerk“ auch für Studierende, und schließlich die Aufwertung der auf Leitung des Hochschulsports zu einer Gelenkstelle für Gesundheitsförderung. Die Universität tritt für die Förderung einer biopsychosozial verstandenen Gesundheit für alle ihrer Mitglieder anwaltschaftlich ein, geht dabei prozessorientiert und

partizipativ vor, indem sie gesellschaftlichen Wandel berücksichtigt und ihre Mitarbeiter(innen) dabei z.B. mittels Befragung in ihre darauf abgestimmten Interventionen einbezieht. Beachtenswert erscheint hier auch, dass es der Hochschulsport ist, dem hier ein wesentlicher Beitrag zur Gesundheitsförderung übergeben wird.

Den genannten Universitäten kommt in Bezug auf Gesundheitsförderung bislang noch eine Ausnahme- und Vorbildstellung zu. Die meisten anderen Universitäten sind noch nicht bei systemischer betrieblicher Gesundheitsförderung angelangt; einige davon bieten immerhin Programme an, in denen auch Bewegungsaktivitäten eine Rolle spielen; diese werden im Folgenden dargestellt.

4.1.1.3 Bewegungsaktivitäten im Rahmen allgemeiner gesundheitsthematischer Programme an Universitäten

Hier werden jene Universitäten eingereiht, die ein oder mehrere bestimmte gesundheitsthematische Ziele verfolgen und dafür Maßnahmen aus verschiedenen Bereichen aufeinander abgestimmt einsetzen.

Die *Universität Bielefeld* bietet ihren Student(inn)en im „Gesundheitslabor“ multidisziplinäre (durch ein Team von Mediziner(inne)n, Psycholog(inn)en, Biologen und Sozialpädagog(inn)en) Beratung an. Dabei werden Fragen zur Bewegungsaktivität gestellt und Zusammenhänge zwischen Bewegung und Stress, Herzkreislaufisiko und Übergewicht erklärt. Der Hochschulsport vermittelt Sportkurse, die Sportwissenschaft Fitness-Checks, sportmedizinische, biomechanische und ergonomische Beratung (Meier 2001).

Für die Mitarbeiter/innen gibt es neben psychosozialen Beratungsangeboten und Gesundheitstagen das Programm „Sitzen-Stehen-Gehen am Arbeitsplatz“. Dabei werden Übungen für den Arbeitsplatz durchgeführt und dazu auch schriftliche Unterlagen bereitgestellt. Im Zuge dessen wurden die Sicherheitsbeauftragten der verschiedenen Einrichtungen in speziellen Schulungen zu so genannten „Rückenfreunden“, d.h. zu Ansprechpartnern bei Rückenproblemen ausgebildet. Weitere Bewegungskurse umfassen Rückenschulen, Wirbelsäulengymnastik und Kursen zu Entspannungstechniken. Die Kurse werden aus Mitteln der Hochschule finanziert und können zum Teil während der Arbeitszeit absolviert werden (Unnold 2001).

Das *Universitätsklinikum Erlangen* berichtet als Beginn ihres Programms eine 30 km Radtour für Mitarbeiter(innen); weiters wurden Fitness- und Entspannungskurse, Kurse für Nordic Walking und Aquajogging eingeführt.

Die *Georg-August Universität Göttingen* führt neben dem Programm „Rauchfreie Uni“ auch das Hochschulsportprogramm „Rundum Gesund“ durch, mit dem Versprechen, sich nach deren Wünschen und Zielsetzungen zu richten. Wie dies geschieht, wird allerdings nicht beschrieben. Unter anderem werden die Bewegungsaktivitäten Aqua Fitness, Yoga und Pilates genannt (diese finden allerdings nicht während der Sommerferien statt); weiters erfolgen Einführung in Bewegungsübungen am Arbeitsplatz (die auch Online als Video verfügbar sind). Daneben stehen täglich die Schwimmhalle (morgens und abends) sowie das Fitness- und Gesundheitszentrum (ganztags) zur Verfügung.

Die *Fachhochschule Köln*, die unter anderem das Programm „Rauchfreie Universität“ sowie Gesundheitstage durchführt, hat ihr Gesundheitsförderungsprogramm nach den in einer Umfrage ermittelten Wünschen von Beschäftigten und Student(inn)en angepasst und so abgestimmt, dass Teil- wie Vollzeitkräfte dank flexibler Arbeitszeit bzw. individuellen Regelungen an einem Großteil der Kurse teilnehmen können. Die Bewegungsaktivitäten beinhalten Wirbelsäulengymnastik, Rückenschule und Pilates. Nordic Walking, Rücken Fit, Selbstbehauptung und Selbstverteidigung für Frauen, Tai Chi Chuan, Qi Gong, Yoga und Tanzen.

An der *Universität Leipzig* haben der betriebsärztliche Dienst und das Institut für Sportmedizin an der Sportwissenschaftlichen Fakultät eine Vereinbarung zur „Gesundheitsvorsorge“ getroffen. Dabei geht es um Lebensstil und Risikoprävention in Bezug auf Diabetes, Herz-Kreislauf-erkrankungen und Erkrankungen des Bewegungsapparates; zu diesem Zweck werden individuelle Pläne für Kursteilnehmer(innen) entwickelt. Der Gesundheitsbegriff dieses Programms entspricht allerdings nicht dem umfassenden Verständnis von Gesundheitsförderung, dem sich die vorliegende Arbeit anschließt.

Im *Klinikum Nürnberg* werden „Sport, Entspannung und Stressabbau“ angeboten, unter der Leitung eines Intensivkrankenpflegers und Lauftherapeuten des Instituts für Sportmedizin.

An der *Hochschule Magdeburg-Stendal* wurden im Rahmen des Programms „Gesunder Campus“, Arbeitsgruppen und Gesundheitsbericht eingeführt; unter den Maßnahmen fand sich z.B. „Trampelpfade“: Hier sollte durch Aufstellen von Schildern, dazu angeregt werden, nicht immer dieselben Wege zu nutzen. Obwohl dies in erster Linie geschah, um die Rasenflächen zu entlasten, könnte es auch als Anregung zur Bewegungsaktivität genutzt werden. Das subjektiven Bewegungsverhalten und die Fitness

Student(inn)en wurden 2006 mit Fragebogen und Test erhoben; über gezielte Bewegungsaktivitäten für die Mitarbeiter(inne)n konnte nichts herausgefunden werden.

An der *Westfälischen Wilhelms-Universität Münster* wurde neben Gesundheitstagen auch ein Programm des Hochschulsports „Fit durch eigene Ressourcen“ durchgeführt, mit den Schwerpunkten Ernährung, Sport und Entspannung; unter anderem wurden dabei theoretische Grundlagen sportlichen Trainings erläutert und verschiedene Gesundheitssportarten wie Aquafitness und Nordic Walking ausprobiert. Weiters gibt es Kurse für Tai Chi, Qi Gong, Schwimmen, tänzerische Gymnastik und Rückenschule.

Im Zuge der Weiterbildungsprogramme am *Universitätsklinikum Ulm* wurde Bewegung als Teil von Gesundheitsförderung eingesetzt, unter „Gemeinsam aktiv“ und „Mit Rückgrat im Job“. Bewegungsaktivitäten umfassen Ausgleichsgymnastik, Bauchtanz, Teamparours, Aqua fitness, Aqua Radeln, Nordic Walking, und Lauftraining mit Eingangs- und Abschlussergometrie. In den Kursbeschreibungen werden als Ziele Ausdauer, Entlastung, Kräftigung, Koordination und Mobilisation genannt, beim Waldseilgarten auch die Möglichkeit für Gruppen, eigene Grenzen auszutesten, den Zusammenhalt zu stärken und gemeinsam intensive Erfahrungen zu sammeln. „Gegenseitiges Helfen, Vertrauen, Kommunikation und Spass“.

Die genannten Programme stellen einen Fortschritt gegenüber den vereinzelten Maßnahmen dar, die an mehreren Universitäten angeboten werden und im Folgenden angeführt werden.

4.1.1.4 Bewegungsaktivitäten als vereinzelte Maßnahmen an Universitäten

Eine *Umfrage* zum Gesundheits- und Bewegungsverhalten ihrer Mitarbeiter(inne)n sowie zur Nachfrage nach Bewegungsaktivitäten führte die *Deutsche Sporthochschule Köln* (2005) durch, offenbar aber ohne in der Folge Angebote zu erstellen. Die Befragung zeigte den Wunsch nach mehr Sport bei der Mehrzahl der Beschäftigten, nach mehr Bewegung bei ca. einem Drittel. Nachfrage bestünde besonders an Rücken- und Entspannungskursen (ca. 50%), nach Bewegungspausen am Arbeitsplatz (von ca. 1/3) und nach anderen Aktivitäten wie Lauftreffen (30%), Schwimmen (28%), Aquagym (22%), Nordic Walking (20%). Gewünschte Zeiten für Angebote waren eher die Abendstunden.

Eine Reihe von Universitäten führt *Gesundheitstage* durch. Diese beinhalten Informationsstände, Vorträge, Test- und Mitmachangebote verschiedener gesundheitsthemati-

scher Bereiche. Im Folgenden werden ihre Beiträge zur Anregung von Bewegungsaktivität aufgelistet.

- Rheinisch-westfälische Technische Hochschule Aachen (2007):
Tai Chi, Yoga und Pilates;
- Fachhochschule Bochum (2007):
Fittestest, Wirbelsäulengymnastik, Yoga, Pilates, Rückencoaching, Krafttraining;
- Technische Universität Carolo-Wilhelmina zu Braunschweig:
Fitness- und Gesundheitstag 2006
(offen auch für alle Interessierten aus der Region);
- Uni Bremen: Radtour – Betriebsausflug mit der Gelegenheit,
mit Beschäftigten aus verschiedenen Bereichen der Universität
und mit Ruheständler(inne)n ins Gespräch zu kommen.
- Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg:
Gesundheitstag durch das Hochschulsportzentrum gestaltet
und mit Fittestest;
- Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg:
Fittestests und Information über Sportangebote;
- TU München: Gymnastik gegen Verspannungen und Rückenprobleme;
- Fachhochschule Münster (2005):Thema „Stress und Gesundheit“,
unter anderem mit Sport als Mittel zum Stressabbau;
- Universität Osnabrück (2004):Muskelcheck, bewegte Pause.
- Universität Würzburg (2005): Fittestest, bewegtes Sitzen, Vorträge,
Schnupperkurse zu Wirbelsäulengymnastik, Aerobic, sanftem Krafttraining an
Geräten, Nordic Walking; Fit in den Tag, Tai-Chi-Schnupperkurs; Ergometrie.
- Universität St. Gallen (Schweiz): „Fit for life“: Bewegungsangebote;
- Universität Wien (Österreich): Stabilitätstest, Anleitung zu Rückenübungen mit
Gym-Ball und Matten, „Back Check“ mit Kraftmessgerät und Wirbelsäulenbe-
weglichkeitsuntersuchung mit „Medi-Maus“, Nordic Walking, Rückenworkshop
„Fit im Büro“, Vortrag über Rückenprobleme

Auch *bewegte Pausen* wurden angeboten:

Von der Universität Oldenburg, mit dem Ziel der Anregung zur selbständigen Gestaltung von Mittagspause oder Arbeitsschluss, und dem Inhalt Bewegungsaufgaben, vor allem für Rücken- und Nackenmuskulatur – hier schlossen sich in der Folge mehrere Gruppen zur eigenständigen Weiterführung zusammen, und die Bewegungsübungen wurden auf eine Web-Plattform gestellt, und eine Befragung dazu ergab die Abnahme von Beschwerden, Zunahme an sportlicher Aktivität sowie sozialer Unterstützung in den Arbeitsgruppen (Faller 2005).

Die *HAW Hamburg* bietet „Lunchmove“ an, eine bewegte Mittagspause für die Mitarbeiter(innen), und bezuschusst die Kosten für die Kursangebote.

Bewegungskurse für Mitarbeiter(innen) als Einzelmaßnahme boten bzw. bieten folgende Universitäten an:

- Universität Münster
(nur für 2001 auf der Homepage dokumentiert,
mit Ankündigung seiner Fortsetzung);
- Universität des Saarlandes: „Uni in Bewegung“- Kurse des Hochschulsports,
weitere internetbasierte animierte Lehr-Lern-Module zu den Themen
Mobilisation, Kräftigen und Dehnen.
- Universität St. Gallen (Schweiz):
Kurse zu Fitness, Pilates, Qi Gong, Yoga, Nordic Walking, Fit und Spiel
- Karl-Franzens-Universität Graz (Österreich): Angebote des Universitätssportinstituts unter „Uni macht gesund“: „Funktionelle Gesundheitsprävention“:
Beweglichkeits-, Ausdauer- und Krafttraining; Walkingtest,
Seminar zur Körperarbeit;
- TU Graz: hat über den Betriebsrat und eine externe Firma ein Kursangebot eingerichtet, das sich „betriebliche Gesundheitsförderung“ nennt und unter anderem Kurse wie Yoga, Funktionelle Rückenprävention, „Mut zur Pause – Stress Ade – Power Nap“, „Mit Dynamik durch den Tag“ (Körperwahrnehmung), „Wake up – alles im Lot“, „Bleib aktiv – core training am Arbeitsplatz“ (Muskelaktivierung) anbietet
- Universität Innsbruck (Österreich): Bildschirmpausen-Fitnessübungen

Auch wenn es sich bei all diesen Bewegungsangeboten um einzelne Maßnahmen handelt, bleibt zu erinnern, dass viele Universitäten noch überhaupt kein Bewegungsangebot für ihre Mitarbeiter(innen) erstellt haben.

4.1.1.5 Zusammenfassung: Angewendete Interventionsformen

Mit der zur Beantwortung der vorliegenden Fragestellung gewählten Methode, also der Recherche auf Homepages der Universitäten, konnte kein Hinweis darauf gefunden werden, dass irgendeine deutschsprachige Universität ein „Teilsystem Bewegung“ zur betrieblichen Gesundheitsförderung (mit eigenen Systemstrukturen und -prozessen sowie vernetzt mit anderen Teilsystemen, und mit mehreren Ansatzpunkten ihrer Interventionen) eingerichtet hätte. In wenigen Fällen waren einzelne Prozesselemente, Strukturelemente, die Ansatzpunkte Organisation und Soziales oder Vernetzungen mit anderen Systemen erkennbar. Dies mag nicht verwundern, da auch für die betriebliche Gesundheitsförderung als Ganzes an Universitäten nur in verhältnismäßig wenigen Fällen ein systemischer Ansatz gefunden werden konnte; dort, wo dies der Fall war, wurden Bewegungsaktivitäten, wenn überhaupt, in Form vereinzelter Maßnahmen oder Programme angeboten.

4.1.2 Berücksichtigung der Grundsätze von Gesundheitsförderung

In diesem Teilkapitel wird die Frage untersucht, ob sich in den gefundenen Interventionen mit Bewegungsaktivitäten eine Berücksichtigung der Grundsätze von Gesundheitsförderung erkennen lässt. Die Befunde dazu werden einleitend im Überblick beschrieben und danach in vier Tabellen – nach den vier Unterbereichen Gesundheitsverständnis, Vorgehensweise bei der Gesundheitsförderung, politische Dimension sowie die Qualitätsdimension unterteilt – dargestellt.

Wie im vorigen Teilkapitel gezeigt, beschränken sich Interventionen betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität bislang auf den Umfangsbereich Programm oder Maßnahme; insgesamt wurden bei der Recherche auf den Homepages der Universitäten folgende *Maßnahmen von Bewegungsaktivitäten* gefunden:

- Regelmäßige oder „Schnupper“-Kurse zu: (am häufigsten) Wirbelsäulengymnastik, Pilates, Yoga, Tai Chi, und Qi Gong; Nordic Walking, Aqua Fitness, Laufen; (weitere auch) Feldenkrais, Körperbewusstsein, Rückenschule,

progressive Muskelentspannung; Salsa-Fitness, Aerobic; Krafttraining an Geräten; Spiel; Walking, Aqua Radeln;

- Am Arbeitsplatz: „bewegte Pausen“ allein oder in der Gruppe, mit Übungsleitung oder Anregungen über Videos/Bilder/Beschreibungen auf einer Web-Plattform;
- „Fitness“, Kraft, Ausdauer, und Beweglichkeit-Tests;
- Veranstaltungen: Teamparcours, Radtour, Badminton Golf am Gesundheitstag;
- Vorträge und Beratung über Ergonomie, Training und Stress

Weitere wichtige *Informationen*, um die Interventionen mit Bewegungsaktivitäten zu beurteilen – wie zum Beispiel: Teilziele der Angebote; Ausbildung, Erfahrung, Einstellungen und weitere Eigenschaften der Kursleiter(innen); Größe und Zusammensetzung der Gruppen; Kursaufbau; Ort, Termine, Kosten, Räumlichkeiten, Infrastruktur, Materialien; Stundenbilder; Lern-, Übungs- und Trainingsmethoden und Organisationsformen; Beteiligung der Teilnehmer(innen) an Planung, Durchführung und Auswertung; Art und Ausmaß an Reflexion, Kommunikation, Kooperation und Kreativität, die zugelassen und ermutigt wird, u.ä. – konnten allerdings nicht ermittelt werden, da sich zeigte, dass an Universitäten angebotene Interventionen betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten weder auf deren Homepages, noch in wissenschaftlichen Studien genauer beschrieben wurden (bei dem geringen Stellenwert, der der betrieblichen Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im System Universität offenbar zukommt, stellt sich auch die Frage, ob schriftliche Aufzeichnungen zu ihrer Planung und Durchführung überhaupt vorhanden wären; abgesehen vom Problem, in diese dann Einsicht gewährt zu bekommen). Demnach könnte es sein, dass im Zuge der Bewegungsangebote hauptsächlich vorgefertigte Übungsfolgen abgearbeitet werden, und mit der bloßen Tatsache, dass sich die Teilnehmer(innen) körperlich bewegen, die in den gefundenen Kursbeschreibungen häufig genannten Ziele so gut wie erreicht wären; aber dies lässt sich nur vermuten, da die Informationsgrundlage wie schon erwähnt für eine Beurteilung nicht ausreichen.

Tab. 10 – 1: Prüfung auf Übereinstimmung der Interventionen mit Bewegungsaktivitäten mit Gesundheitsförderungsgrundsätzen

Gesundheitsverständnis	Beurteilung
Positiv	Kein Hinweis gefunden
Biopsychosozial	Kein Hinweis gefunden

Tab. 10 – 2: Prüfung auf Übereinstimmung der Interventionen mit Bewegungsaktivitäten mit Gesundheitsförderungsgrundsätzen

Ad Gesundheitsverständnis: Salutogenese-Ansatz	Kein Hinweis gefunden
Ressourcenorientierung	Die Stärkung körperlicher Ressourcen wird häufig genannt; jene sozialer Ressourcen nur in einem einzelnen Fall (Uni-Klinikum Ulm)
Weitere Anmerkungen	Die Beschreibungen der Kursangebote sowie der Gesundheitstage lassen vermuten, dass Bewegungsaktivitäten vorrangig mit dem Ziel der Verbesserung körperlicher Ressourcen (Kraft, Ausdauer, Beweglichkeit) festgelegt werden. In den meisten Fällen liegt ihnen wohl ein biomedizinisches und häufig über Bekämpfung von Risikofaktoren definiertes Verständnis von Gesundheitsförderung zugrunde. Auch wenn in der betrieblichen Gesundheitsförderung einiger Universitäten Grundsätze von Gesundheitsförderung wie positives, biopsychosoziales Gesundheitsverständnis aufscheinen, scheinen ihre Interventionen mit Bewegungsaktivitäten nicht diesem umfassenden Gesundheitsverständnis zu folgen.
Vorgehensweise bei Interventionen	Beurteilung
Prozessorientierung	Kein Hinweis gefunden
Verhaltens- und Verhältnisorientierung	Teilweise arbeitsplatznahe Bewegungsangebote bereitgestellt, in einzelnen Fällen auch durch Verbesserung der Arbeitsbedingungen zur Bewegungsförderung (Uni Bielefeld, Uni Hannover)
Setting-Ansatz	Kein Hinweis gefunden
Systemisches Vorgehen	Kein Hinweis auf ein „Teilsystem Bewegung“ gefunden
Partizipatives Vorgehen	Kein Hinweis gefunden
Netzwerkarbeit	In einzelnen Fällen (Uni Hannover, Uni Karlsruhe, Uni Konstanz, Uni Bielefeld, Uni Klagenfurt, Uni Paderborn)
Intersektorale und multidisziplinäre Zusammenarbeit	In einzelnen Fällen (Uni Hannover, Uni Karlsruhe, Uni Konstanz, Uni Bielefeld, Uni Klagenfurt, Uni Paderborn)
Zielgruppenorientierung	In einzelnen Fällen

Tab. 10 – 3: Prüfung auf Übereinstimmung der Interventionen mit Bewegungsaktivitäten mit Gesundheitsförderungsgrundsätzen

Ad Vorgehensweise: Weitere Anmerkungen	Auch wenn die Gesundheitsmanagementsysteme einiger Universitäten einige Grundsätze von Gesundheitsförderung wie settingbezogenes, partizipatives und intersektoral-multidisziplinäres Vorgehen berücksichtigen, scheinen sie in ihren Bewegungsaktivitäten nur in wenigen Fällen diesem umfassenden Gesundheitsverständnis zu folgen.
Politische Dimension	Beurteilung
Advocacy	Keine Hinweise gefunden
Change facilitation	Teilweise (Arbeitsplatznahe Angebote)
Empowerment	Keine Hinweise gefunden
Chancengleichheit	Keine Hinweise gefunden
Geschlechtergerechtigkeit	Keine Hinweise gefunden
Qualitätsdimension	Beurteilung
Bedarfsgerechtigkeit	In einzelnen Fällen Bedarfserhebung
Sachangemessenheit	Unzureichende Informationsgrundlagen für eine Beurteilung
Effektkongruenz	Unzureichende Informationsgrundlagen für eine Beurteilung
Nachhaltigkeit	Unzureichende Informationsgrundlagen für eine Beurteilung
Qualitätssicherung	Keine Hinweise gefunden
Evaluation	Keine Hinweise gefunden
Effektivität	Unzureichende Informationsgrundlagen für eine Beurteilung
Effizienz	Unzureichende Informationsgrundlagen für eine Beurteilung
Akzeptanz	Unzureichende Informationsgrundlagen für eine Beurteilung
Dokumentation	Keine Hinweise gefunden

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die über die Recherche auf den Homepages von Universitäten in Bezug auf Interventionen betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten gefundenen Informationen nicht ausreichen, um zu be-

urteilen, ob diese den Grundsätzen der Gesundheitsförderung (wie diese im Rahmen der vorliegenden Arbeit verstanden und auf ihre besondere Fragestellung zugeschnitten wurden) entsprechen.

4.1.3 Einsatz von „Bewegung als Medium“

Dieses Teilkapitel widmet sich der folgenden Frage: Gibt es Hinweise darauf, dass Bewegungsaktivitäten im Rahmen von Interventionen der betrieblichen Gesundheitsförderung im Setting Universität auch als Medium der Reflexion, Kommunikation, Kooperation und Kreativität eingesetzt werden?

Da, wie im vorigen Teilkapitel erwähnt, die mittels Recherche auf den Homepages der Universitäten gefundenen Informationen über Bewegungsaktivitäten sich in vielen Fällen nur auf die Nennung einzelner Programme und Maßnahmen beschränken, ohne deren genauen Ziele und Zielgruppen, die Qualifikation ihrer Kursleiter(innen), ihre Rahmenbedingungen und ihre Inszenierungsformen zu beschreiben, kann die Frage nach dem Einsatz von „Bewegung als Medium“ mit der gewählten Methodik nicht beantwortet werden (insgesamt wurde nur ein einziger Hinweis darauf, dass Bewegungsaktivitäten als Medium der Reflexion, Kommunikation, Kooperation oder Kreativität eingesetzt würden (eine Radtour der Uni Bremen, die als Gelegenheit, mit Beschäftigten aus verschiedenen Bereichen der Universität und mit Ruheständler(inne)n ins Gespräch zu kommen, angekündigt wurde), gefunden).

4.2 Vorbilder aus anderen Settings der betrieblichen Gesundheitsförderung?

Aufgrund der schwachen Befundlage hinsichtlich der Universitäten, stellte sich eine weitere Frage: Gibt es in der Literatur Modelle für andere Settings der betrieblichen Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten, die sich auch auf das Setting Universität übertragen ließen? In diesem Zusammenhang sollte vor allem danach geforscht werden, erstens, ob bereits in einem oder mehreren Betrieben ein „Teilsystem Bewegung“ zur betrieblichen Gesundheitsförderung eingerichtet wurde und zweitens, ob Bewegungsaktivitäten im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung schon ein- oder mehrmals als Medium der Reflexion, Kommunikation, Kooperation und Kreativität eingesetzt wurden.

Auch diese Suche gestaltete sich herausfordernd. Denn die gefundenen Quellen „grauer Literatur“ lieferten auch in diesem Fall zu ungenaue Angaben zu den jeweiligen

Bewegungsangeboten. Und die wissenschaftliche Literatur über betriebliche Bewegungsaktivitäten bestach nicht eben durch methodische Strenge (zum Beispiel stützten sich mehrere Untersuchungen zur Bewegungsaktivität auf Selbstberichte), und auch nicht durch die Güte der beschriebenen Interventionen – die oft in einmaligen Anregungen oder reinen Trainingskursen bestanden, und meist nicht in Projekte oder Systeme umfassender betrieblicher Gesundheitsförderung eingebunden waren. Um den diesbezüglichen Forschungsstand noch besser zu veranschaulichen, werden im Folgenden die noch am ehesten zum Thema der vorliegenden Arbeit passenden Beispiele angeführt.

Einige Studien beschränkten sich darauf, die Auswirkungen bloßer *Aufforderungen zur Bewegungsaktivität* auf das Verhalten der Mitarbeiter(inne)n zu untersuchen.

So berichtet Plotnikoff, McCargar, Wilson & Loucaides (2005) davon, dass eine E-mail-Intervention genügte, Mitarbeiter(innen) zur Erhöhung ihrer Bewegungsaktivität zu bringen – allerdings handelte es sich erstens um selbst berichtete Aktivitäten, über deren Qualität zweitens auch nichts gesagt wurde.

Kerr, Yore & Ham (2004) untersuchten vier verschiedenen Methoden, Mitarbeiter(innen) zum Treppensteigen zu motivieren – unter anderem erwies sich dabei Musikbeschallung als erfolgreich. Ob Treppensteigen hier tatsächlich (zumindest physiologischen) Nutzen bringt, und welche Rolle dies im gesamten Bedingungsgefüge der Arbeitsverhältnisse spielt, kam dabei nicht zur Sprache.

Purath, Miller, McCabe & Wilbur (2004) wiederum beschrieben, dass eine kurze, maßgeschneiderte (an das Stadium motivationaler Veränderung in Bezug auf Bewegungsverhalten angepasste) Untersuchung und Beratung zu Bewegungsaktivitäten, mit einem Erinnerungsanruf nach zwei Wochen, und einer Zielvereinbarung in einer randomisierten kontrollierten Studie eine signifikante Steigerung der Aktivität im Vergleich mit der Kontrollgruppe brachte.

Aittasalo, Miilunpalo & Suni (2003) hingegen fanden, dass zielorientierte Beratung mit und ohne Test die Bewegungsaktivität, gemessen anhand von Bewegungstagebuch, Schrittzähler und Fragebogen zu Beginn sowie nach sechs und zwölf Monaten, nicht erhöhen konnte.

Die Studie von Griffin-Blake & Dejoy (2006) steht hier als Beispiel für viele Untersuchungen, die nicht an betrieblicher Gesundheitsförderung interessiert sind, sondern den Betrieb als günstiges Feld für das Testen verschiedener (in diesem Fall: psycholo-

gischer) Modelle nutzen. Sie verteilten Selbsthilfe-Skripten zum Thema gesundheitsfördernde Bewegungsaktivitäten und erfragten deren Auswirkungen auf das selbst berichtete Bewegungsverhalten. Sie verglichen dabei zwischen nach sozialkognitiver Theorie und stadienspezifisch ausgerichteter Skriptengestaltung. Wie in vielen anderen Studien auch, blieb offen, ob das allfällige Mehr an Bewegungsaktivitäten in bedarfsge rechter, sachangemessener und nachhaltiger Form erfolgte. In Studien wie dieser wurden also weder Angebote zu Bewegungsaktivitäten erstellt, noch andere Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung gesetzt, sondern der Betrieb als günstiges Forschungsfeld für verschiedene Modelle der Beeinflussung individuellen Verhaltens genutzt.

Mehrere Studien beschäftigten sich immerhin mit der Wirkung einzelner betrieblicher Bewegungs – *Maßnahmen* auf einzelne Mitarbeiter(innen).

Sjögren, Nissinen, Järvenpää, Ojanen, Vanharanta & Mälkiä (2006) ließen in einer Studie die Teilnehmer(innen) über fünfzehn Wochen hinweg täglich ein fünfminütiges leichtes Krafttraining unter Anleitung durchführen. Als besonderen Vorteil nannten sie, dass die Übungen zwischendurch ohne Duschen und Umziehen zu erledigen seien (Dazu stellt sich allerdings die Frage, ob dieser „Vorteil“ wirklich von allen Mitarbeiter(inne)n so wahrgenommen wird und ob damit auch nur physiologische Trainingswirkung zu erzielen sind). Sie vermerkten eine signifikante Steigerung des subjektiven Wohlbefindens der Mitarbeiter(innen). Dass sich andere (vor allem arbeitsbezogene) Wahrnehmungen der Mitarbeiter(innen) dabei nicht änderten, überrascht wenig.

In einer weiteren Studie widmeten sich Sjögren et al. (2006) Büroarbeitskräften mit Rückenschmerzen. Training konnte diese leicht, aber signifikant vermindern; die Ursache dafür war aber nicht eindeutig festzulegen; die Autoren vermuteten diese entweder in der Art der Bewegungsaktivität, der Anleitung dazu, oder der Wechselwirkung zwischen beidem, räumten aber auch einer Anzahl weiterer Einflussfaktoren im Arbeits- und Privatbereich diese Möglichkeit ein. Weiters erinnerten sie daran, dass verzögerte Wirkungen vor der Intervention gesetzter Maßnahmen, und weiters Störgrößen wie Lerneffekt, jahreszeitenbedingte Schwankungen in Betracht gezogen werden müssen. Auch im Falle dieser Studien erscheinen die Bewegungsaktivitäten eher dem Testen von Trainingsmodellen als einer betrieblichen Gesundheitsförderung zu dienen; die Maßnahmen zielen bloß auf die kurzfristige Verbesserung einzelner körperlicher Parameter, und zeigen sich in ihrer Vorgehensweise von Gesundheitsförderung, wie sie im Rahmen der vorliegenden Arbeit verstanden werden soll, weit entfernt.

Etwas umfassender erscheint da schon das *WHO-Programm „Prevention First“*, welches als gemeinsames Pilotprojekt von drei Unternehmen und zwei Versicherungen gestartet wurde, mit der Idee, ein rein auf Bewegungsaktivitäten beschränktes Gesundheitsförderungsprogramm, kostenlos, am Arbeitsplatz, für Mitarbeiter(innen) in deren Freizeit anzubieten. Brand, Schlicht, Grossmann & Duhnsen (2005) beobachteten in einer Begleitstudie dazu nach einem dreizehnwöchigen Training signifikante Verbesserungen der wahrgenommenen Lebensqualität sowie einiger anderer psychischer und physiologischer Gesundheitskennwerte. Das (in Bezug auf Trainingsmethodik und -technik) hochwertige, kostenfreie Programm wurde von den Teilnehmer(innen) offensichtlich sehr gut angenommen. Bezüglich der Verbesserung der psychologischen Wirkungen stellten Brand et al. allerdings selbst die Frage, ob sich nicht schon allein die Bereitschaft der Unternehmen, etwas für die Gesundheit der Mitarbeiter(innen) zu tun, positiv ausgewirkt habe. Die Studie liefert ein Beispiel für Ansätze, die davon ausgehen, mit Training motorischer Eigenschaften allein Gesundheit verbessern zu können, und demnach ein biopsychosoziales Gesundheitsverständnis sowie wesentliche Grundsätze der Gesundheitsförderung wie Stärkung sozialer Ressourcen, Verhältnisorientierung, Setting-Ansatz, u.a., außer acht lassen.

Schließlich wurden auch *Bewegungsprogramme im Rahmen von Projekten der betrieblichen Gesundheitsförderung* gefunden. Weber & Stich-Kreitner (2002) beschreiben etwa ein im Gesundheitszirkel von Reinigungskräften entwickeltes und umgesetztes Maßnahmenpaket. Dieses enthielt unter anderem Fitness- und Entspannungsübungen; Teil der Maßnahmen zur nachhaltigen Verankerung war auch z.B. eine Fitnessbrochure mit einer Reinigungskraft als Model. Hier wurden Grundsätze wie der Setting-Ansatz und partizipative Vorgehensweise berücksichtigt, und das Programm wurde von den Beteiligten gut angenommen und bewertet.

Von einem weiteren Projekt, in dem sich Grundsätze der Gesundheitsförderung erkennen lassen, einem *Projekt zur Rückengesundheit*, berichtete Finke (2003): Es wurden Videoaufzeichnungen von Bewegungsabläufen und Gefährdungsanalysen vorgenommen, arbeitsplatzbezogene Rückenschul-Trainingskurse, Kraft- und Entspannungstraining sowie Fokusgruppen zu Problemen der Arbeitsorganisation und des Vorgesetztenverhaltens veranstaltet. Experteninterviews und wiederholte Mitarbeiterbefragungen dienten zur Evaluation; so konnten auch Veränderungen erkannt werden. Diese beinhalteten vor allem die Verbesserung der ergonomischen Bedingungen und einen Zuwachs an Kenntnissen und Fähigkeiten. Weiters wurde eine Gruppe von Mitarbeiter(inne)n des Hauses zu einer Evaluationsgruppe weitergebildet. Im Arbeitskreis Gesundheit wurden die Ergebnisse besprochen, und zusammen mit Sportverein wurden

Angebote für Mitarbeiter/innen im Schichtdienst eingerichtet. Der Sportverein stellte weiters Übungsleiter/innen für Betriebssportgruppen zur Verfügung. Fortbildung in diesem Bereich (auch für Führungskräfte) wurde zur festen Einrichtung, mit einer hauptamtlichen Mitarbeiterin, und verschiedenen Vortragenden.

In diesem Projekt können Elemente eines „Teilsystems betriebliche Gesundheitsförderung“ (mit den Systemprozessen Analyse und Diagnose, Planung, Durchführung, Evaluation; mit mehreren Ansatzpunkten der Interventionen; sowie mit dem Aufbau von Strukturen durch Einbeziehung und Weiterbildung von Expert(inn)en und Arbeitsgruppen), und sogar eines „Teilsystems Bewegung“, sowie die Umsetzung von Grundsätzen wie Stärkung personaler und sozialer Ressourcen, partizipatives Vorgehen, Verhältnisorientierung, Setting-Ansatz, intersektorale und multidisziplinäre Zusammenarbeit, Netzwerkarbeit, Bedarfsgerechtigkeit und Nachhaltigkeit, erkannt werden. Dieses Beispiel liefert einen Anhaltspunkt dafür, dass systemische betriebliche Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten in ähnlicher Form, wie sie im Rahmen der vorliegenden Arbeit beschrieben wurde, durchführbar erscheint; aus diesem Grund erscheint es auch für das Setting Universität nicht abwegig, den Versuch der Einführung eines Teilsystems zur betrieblichen Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten zu empfehlen.

Im Zusammenhang mit Interventionen betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten mit möglichem Vorbildcharakter für das Setting Universität erscheint schließlich noch eine Studie erwähnenswert, in der die *Verbesserung von Arbeits- und sozialen Bedingungen* für Bewegungsaktivitäten im Mittelpunkt steht (siehe Yancey, Lewis, Sloane, Guinyard, Diamant, Nascimento & Mc Carthy 2004). Ziel dieses Projekts war es, die Bewegungsaktivität unter Afroamerikaner(inne)n im Umland von Los Angeles zu erhöhen. Es erfolgte in Zusammenarbeit mit Gemeindeorganisationen die hier Vorbildwirkung schaffen sollten. Settingorientierung, Netzwerkarbeit, und Chancengleichheit war demnach wesentliche handlungsleitende Grundsätze dieses Projekts.

Die Studie (vgl. Yancey et al. 2004) untersuchte, auf welche Weise verschiedene Betriebe Bewegungsaktivitäten unterstützen, in dem sie Bewegungsaktivitäten oder (unbezahlte) Arbeitsfreizeiten anbieten; Verhältnisorientierung und Change facilitation standen also im Mittelpunkt der Betrachtung. Es sollten Bewegungsgelegenheiten während der Arbeit gezeigt und genutzt werden, z.B. Besprechungen im Spazierengehen zu erledigen („walking the talk“). Weiters wurden zehnminütige Bewegungspausen – geeignet auch für Untrainierte – bei langen Sitzungen und Veranstaltungen eingebaut.

Ein zwölfwöchiges Betriebsgesundheitsprogramm mit je einem Training pro Woche wurde durchgeführt und Walking Treffs ins Leben gerufen.

Dabei wurde angenommen (Yancey et al. 2004), dass gegenseitige Verstärkung und durch Führungskräfte vorgelebte Bewegungsaktivität sich fördernd auf das Bewegungsverhalten der Mitarbeiter(innen) auswirken. Daher wurden Trainingsseminare und sechswöchige Personal Trainings für Führungskräfte abgehalten, um ihr Vorbild- und Unterstützungsverhalten zu stärken, sowie Peer-Programme und Selbsthilfe-Diskussionsgruppen gegründet. Wesentlichen Ansatzpunkt des Projektes bildete neben einzelnen Personen und großen Organisationen auch die so entscheidende Schnittstelle zwischen Individuum und Organisation, die Führung und die soziale Unterstützung.

Weiters wurde (siehe Yancey et al. 2004) die Teilnahme an Bewegungsaktivitäten finanziell gefördert, und es konnte entsprechende Infrastruktur in der Gemeinde genutzt werden – was als weiterer Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitsverhältnisse, zur Chancengleichheit und zur change facilitation gewertet werden kann. In den Betrieben wurde angeregt, bequemere Kleidung zuzulassen, gute Wasserversorgung sicherzustellen, und allenfalls regelmäßige Bewegungszeiten zu gewähren.

Die bisherige Gesundheitspolitik von Gemeinden und Unternehmen wurde ausgewertet und besprochen. Über Telefonbefragung erfolgte die Auswertung der Bewegungsaktivitäten. Durch Auffrischungstreffen und Informationsmaterial sollte auch deren Nachhaltigkeit gesichert werden (vgl. Yancey et al. 2004). Die Gesundheitsförderungsgrundsätze Evaluation und Qualitätssicherung bildeten somit ebenfalls einen wichtigen Bestandteil des Projekts.

Auch in diesem Projekt finden sich einige Grundgedanken, deren Möglichkeit der Übertragung auf das Setting Universität überprüft werden könnte. Dies betrifft vor allem die Schaffung von Vernetzung, sozialer Unterstützung und bestärkender statt hemmender Führung in Bezug auf Bewegungsaktivitäten. Weiters erscheint vorstellbar, dass die hier angesprochene Vernetzung mit verschiedenen anderen Organisationen über das Gesundheitsthema für die Universität möglicherweise auch in Bezug auf ihre Kernziele Vorteile bringt.

Die *Befunde* zu den beiden letztgenannten Projekten könnten dafür sprechen, dass die Verwirklichung einer systemischen betrieblichen Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten nicht gänzlich unmöglich ist. Ob Bewegung auch als Medium für Reflexion, Kommunikation, Kooperation und Kreativität eingesetzt wird, ist einerseits nicht ausgeschlossen, andererseits aber nicht klar ersichtlich. Insgesamt zeigt sich in der

Analyse wissenschaftlicher Literatur zur Bewegungsaktivitäten im Betrieb, dass die untersuchten Interventionen nur in den allerwenigsten Fällen annähernd dem entsprechen, was im Rahmen der vorliegenden Arbeit unter betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten verstanden wird. Die meisten der hier angeführten Studien zeigen, dass die Forschung in dem thematischen Schnittbereich, dem sich die Fragestellung der vorliegenden Arbeit widmet, noch nicht sehr gewinnbringende Beispiele bringt.

Zumindest was die wissenschaftliche Begleitforschung zum Thema betriebliche Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten anbelangt, scheinen also auch *andere Settings* der Universität nicht weit voraus zu sein; einzig die Beispiele von Finke (2003) und Yancey et al. (2004) erscheinen geeignet, als Musterprojekte, die einigen in dieser Arbeit genannten Grundsätzen entsprechen, hervorgehoben zu werden. Für die betriebliche Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität lässt sich daraus am ehesten ableiten, dass systemische Interventionen zur betrieblichen Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten nicht undurchführbar sind, die besonderen Bedingungen des jeweiligen Settings jedoch für die Ausgestaltung der Interventionen maßgeblich erscheinen.

4.3 Unausgeschöpfte Potentiale

In diesem Teilkapitel wird die Frage behandelt, welche Potenziale betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität bisher unausgeschöpft erscheinen. Anhaltspunkte für ihre Beantwortung ergeben sich aus jenen Feldern des Analyseschemas, in denen bisherigen Interventionen keine ausreichende Bewertung bzw. Beurteilungsgrundlage zukommt.

Wie aus den vorangegangenen Unterkapiteln hervorgeht, werden unausgeschöpfte Potentiale der bisher bestehenden Interventionen betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität darin gesehen, dass diesen erstens der systemische Ansatz zu fehlen scheint, zweitens, dass eine Berücksichtigung der Grundsätze von Gesundheitsförderung bei diesen Interventionen nicht ersichtlich wird und drittens, dass die Möglichkeit, Bewegung als Medium der Reflexion, Kommunikation, Kooperation und Kreativität einzusetzen, vermutlich nicht genutzt wird. Aufgrund der in den ersten Kapiteln der vorliegenden Arbeit zusammengetragenen Befunde erscheint, wie im Folgenden erläutert wird, der Vorschlag angebracht, die Nutzung dieser Potentiale zu erproben.

Die Einrichtung eines *Teilsystems Bewegung* wird aufgrund der weiter oben dargestellten Befunde aus der wissenschaftlichen Literatur (vgl. Grossmann & Scala 1994, Hurrelmann 2006) als Voraussetzung für Qualität, Effektivität und Effizienz betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten erachtet. Ein solches Teilsystem wurde im Zusammenhang der vorliegenden Arbeit als durch die Merkmale Systemprozesse, Systemstrukturen, mehrfache Ansatzpunkte ihrer Interventionen, sowie Vernetzung mit anderen Systemen gekennzeichnet beschrieben.

Unter den Systemprozessen erscheinen Analyse und Diagnose in Bezug auf Bewegungsaktivitäten angeraten, um die Bedarfsgerechtigkeit von Interventionen zu sichern; Planung und Qualitätssicherung der Interventionen, um ihre Sachangemessenheit zu gewährleisten; und Evaluation und Dokumentation, um Effektivität, Effizienz und Akzeptanz der Intervention zu überprüfen bzw. zu erhöhen.

Was die Systemstrukturen betrifft, so werden eine Politik und der Erlass von Regelungen zur Unterstützung selbstbestimmter bedürfnisgerechter Bewegungsaktivitäten der Universitätsmitglieder; feste Einrichtungen (wie z.B. einer Koordinationsstelle für Bewegungsaktivitäten); die Einbeziehung von sportwissenschaftlichen Expert(inn)en und die Ernennung von Verantwortlichen; und die Bereitstellung von (räumlichen, infrastrukturellen, finanziellen, zeitlichen ...) Ressourcen als entscheidend für die nachhaltige Verankerung betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität eingeschätzt. Weiters erscheint die Durchführung von Interventionen mit mehreren Ansatzpunkten (Individuum, Soziales, Organisation) als wesentlich für ihre Wirksamkeit, da organisationale und soziale Rahmenbedingungen Gesundheitsverhältnisse und Gesundheitsverhalten stark beeinflussen. Die Vernetzung mit anderen inner- und außeruniversitären Teilsystemen erscheint schließlich als entscheidend, um die Universität nachhaltig zu einem gesundheitsfördernden Setting zu entwickeln.

In der Berücksichtigung der *Grundsätze von Gesundheitsförderung* werden Möglichkeiten (vgl. Faller 2005) gesehen, Gesundheitsförderungsziele und Kernziele der Universität miteinander zu verbinden (Effektkongruenz). Interventionen betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität, die diesen Grundsätzen folgen, zielen auf ein positives – an Selbstbestimmung, Bedürfnisbefriedigung und Lebenszufriedenheit ausgerichtetes Gesundheitsverständnis, auf bessere Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit universitärer Handlungszusammenhänge, und auf Stärkung biopsychosozialer Ressourcen der Universität und ihrer Mitglieder ab. Bezüglich der Vorgehensweise bei diesen Interventionen wird erhofft, dass Prozessorientierung hilft, die mit dem Wandel der Universität einhergehenden Herausforderun-

gen besser zu bewältigen; dass Verhältnisorientierung, Setting-Ansatz, systemische und partizipative Vorgehensweise, Zielgruppenorientierung, und Netzwerkarbeit dazu beitragen, universitäre Voraussetzungen für Gesundheit, aber auch für ihre Kernziele zu verbessern; was die politische Dimension betrifft, so werden die Grundsätze advocacy – change facilitation – empowerment, Geschlechtergerechtigkeit und Chancengleichheit als Möglichkeit gesehen, im Rahmen der Gesundheitsförderung einen gesellschaftlichen Auftrag an die Universität besser zu erfüllen; und in Bezug auf die Qualitätsdimension erscheinen Qualitätssicherung und Evaluation als Kernaufgaben der Universität, zu denen Gesundheitsförderung zusätzliche Erkenntnisse liefern könnte.

Im Hinblick auf die (weiter oben erwähnten und) im Rahmen der Sportpädagogik (vgl. z.B. Kolb, Seeger & Thiele 1991) in Erwägung gezogenen Möglichkeiten, Bewegungsaktivitäten nicht nur als motorisches Zielverhalten mit erwünschten körperlichen Wirkungen zu betrachten (vgl. z.B. Kruse & Thiele 1991), wird weiters vorgeschlagen, den Einsatz von Bewegung als *Medium* von Reflexion, Kommunikation, Kooperation und Kreativität zu erproben (vgl. z.B. Jansen 1991, Jansen & Schultz 1991). Dies scheint im Zuge von Interventionen betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität noch nicht gezielt stattgefunden zu haben. Es erscheint zwar denkbar, dass einzelne Kursleiter(innen) im Rahmen der von ihnen angebotenen Bewegungsaktivitäten auch zur Reflexion, Kommunikation, Kooperation und Kreativität anregen, oder dass Mitarbeiter(innen) von selbst Gelegenheiten dazu erkennen und nützen; ohne feste, systemische Einbindung dieser Interventionsformen in ein Teilsystem zur betrieblichen Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität können diese Anregungen aber wohl keine über die Grenzen des Kurses hinausgehenden sozialen und organisationalen Entwicklungsvorgänge auslösen.

Versuche, mit Bewegungsaktivitäten als Medium der Reflexion, Kommunikation, Kooperation und Kreativität, die Ziele betrieblicher Gesundheitsförderung und gleichzeitig auch die Kernziele der Universitäten zu unterstützen, *erscheinen vorstellbar*, indem im Zuge der Bewegungsaktivitäten (die z.B. in Kursen, Gesundheitszirkeln, oder Arbeitskreisen stattfinden) Anregungen dazu gegeben werden, über die Lebenswelt Universität und ihre gesundheitswirksamen Bedingungen nachzudenken, darüber Meinungen auszutauschen, wechselnde Standpunkte einzunehmen und neue Sichtweisen zu entwickeln; um persönliche Werte und Bedürfnisse ihrer Mitglieder und ihr Verhältnis zur Universität zu spiegeln, unter Herausfindung von Unterschieden und Gemeinsamkeiten zwischen und innerhalb verschiedener Gruppen; universitäre Bedingungen wie Mitbestimmung, intersektorales und multidisziplinäres Zusammenwirken, Zielgruppenbedürfnisse, Chancenverteilung und Geschlechterverhältnisse in den Blick zu nehmen und

Möglichkeiten ihrer Verbesserung zu überdenken; über soziale Unterstützung und Führung innerhalb der Universität ins Gespräch zu kommen und an ihrer Verbesserung zu arbeiten, mit dem Ziel, soziale Bedingungen zu schaffen, die ein selbstbestimmtes, bedürfnisgerechtes Ausüben von persönlich bedeutsamen Bewegungsaktivitäten für alle Betriebsangehörigen ermöglichen. All diese Versuche scheinen noch nicht durchgeführt, und wenn, dann nicht wissenschaftlich ausgewertet worden zu sein.

5 Schlussfolgerungen, Grenzen und offene Fragen

Ziel dieses Kapitels ist es, die aus den Ergebnissen gezogenen Schlussfolgerungen, sowie die Grenzen und offenen Fragen der vorliegenden Arbeit darzustellen. Im Unterkapitel 5.1 werden aus den (4.3 ermittelten) unausgeschöpften Potentialen Vorschläge entwickelt, die den Aufbau eines solchen Teilsystems Bewegung im Setting Universität betreffen, und Interventionen beinhalten, die den Grundsätzen der Gesundheitsförderung folgen und Bewegung auch als Medium nutzen. Diese Vorschläge werden in Form von Leitfragen dargestellt.

Im Unterkapitel 5.2 werden danach Grenzen und offene Fragen der vorliegenden Arbeit aufgezeigt.

5. 1 Schlussfolgerungen

Da mit der gewählten Methodik keine Hinweise darauf gefunden wurden, dass Interventionen betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität in systemischer Weise, unter Berücksichtigung der Grundsätze von Gesundheitsförderung sowie mit Einsatz von Bewegung als Medium durchgeführt werden, wird vorgeschlagen, solche, dem im Zuge der vorliegenden Arbeit erstellten Analyseschema entsprechenden Interventionen, zu erproben und zu prüfen. In diesem Zusammenhang wird im Folgenden versucht, aus den in 2.6.3 aufgestellten Analysemerkmalen von Interventionsformen und Grundsätzen der betrieblichen Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität Leitfragen zu generieren, die als Anregung dafür dienen könnten, sich mit der Frage nach dem Aufbau eines Teilsystems Bewegung im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität weiterführend auseinanderzusetzen.

Leitfragen zur Erstellung eines Teilsystems Bewegung

Den im Folgenden aus dem Analyseschema abgeleiteten Fragen soll hier die Funktion zukommen, als möglicher Ausgangspunkt für die Entwicklung neuer Forschungsfragen und / oder den Entwurf entsprechender Interventionen zu dienen. Es kommt ihnen demnach der Charakter eines Ausblicks bzw. offener Fragen zu, deren Wert erst im Zuge weiterer Forschungsarbeiten geprüft werden kann.

Systemprozesse

Analyse-Diagnose

- Erfolgen Analysen (Bedarfserhebungen) und Diagnosen in Bezug auf Bewegung?
- Werden Veränderungen der Bewegungsverhältnisse im Inneren und Äußeren der Universität durch regelmäßige Bestandsaufnahmen (im Rahmen von Gesundheitsberichten) Rechnung getragen? (Prozessorientierung)
- Werden sowohl Bewegungsverhalten ihrer Mitglieder, als auch Bewegungsverhältnisse und die Wechselwirkung zwischen beidem untersucht?
- Wird die Lebenswelt Universität auch im Hinblick auf ihre Eigenschaften als Bewegungswelt betrachtet? (Setting-Ansatz)
- Werden alle Betroffenen regelmäßig in Analysen und Diagnosen miteinbezogen, etwa durch beteiligungsorientierte Verfahren?
- Werden Wissensbestände und Personen verschiedener Arbeits- und Fachbereiche dabei genutzt? (Intersektorale und Multidisziplinäre Zusammenarbeit)
- Erfolgt die Vernetzung mit anderen Teilsystemen zum Zwecke einer umfassenderen bzw. sparsameren Gewinnung von Informationen?
- Werden die Bedürfnisse der unterschiedlichen Zielgruppen (nach Arbeitsbereich, Statusgruppe, Vertragsverhältnis, Altersgruppe, Geschlecht, sozialer und ethnischer Herkunft, gesundheitliche Voraussetzungen, Behinderungen, Bewegungserfahrungen u.a.) erhoben?
- Werden Ungleichheiten in den Lebens- Gesundheits- und Bewegungschancen unter den Mitgliedern der Universität ermittelt?
- Werden der Einfluss von Geschlecht sowie Geschlechterverhältnisse in verschiedenen Handlungsbereichen der Universität, sowie besonders in Bezug auf die Bewegungsbedingungen, untersucht?

Interventionsplanung

- Werden Verbesserungen sowohl von individuellem Bewegungsverhalten als auch von sozialen und organisationalen Bewegungsverhältnissen angestrebt?
- Wird die Zugehörigkeit einzelner Personen zu jeweils mehreren Lebenswelten mitgedacht?
- Werden übergeordnete Zusammenhänge der Universität und ihres Umfeldes mitbetrachtet?
- Erfolgen Zielsetzung und Auswahl von Aktivitäten unter weitgehender Beteiligung und Mitbestimmung der Betroffenen bzw. von deren Vertretern?

- Werden Wissensbestände und Personen aus verschiedenen Fach- und Arbeitsbereichen in die Planung miteinbezogen?
- Erfolgt eine Verknüpfung mit der Planung anderer Aufgaben der Universität bzw. ihrer Arbeitsbereiche (z.B. Forschung, Lehre, Verwaltung, Studium, Umweltschutz, Sicherheit, Arbeitsmedizin ...)?
- Werden Bedürfnisse verschiedener Zielgruppen (nach Arbeitsbereich, Statusgruppe, Vertragsverhältnis, Altersgruppe, Geschlecht, sozialer und ethnischer Herkunft, gesundheitliche Voraussetzungen, Behinderungen, Bewegungserfahrungen u.a.) in der Planung der Bewegungsaktivitäten zur Gesundheitsförderung berücksichtigt?
- Wird die mögliche Auswirkung von Aktivitäten auf Verteilungsgerechtigkeit und Geschlechtergerechtigkeit geprüft?
- Wird die Verbesserung von Lebens-, Gesundheits- und Bewegungschancen, deren gerechte Verteilung einschließlich Geschlechtergerechtigkeit als Teilziel von Bewegungsaktivitäten zur Gesundheitsförderung mit geeigneten Verfahren verfolgt?

Durchführung und Qualitätssicherung

- Wird die Bedarfserhebung als Grundlage der Planung genutzt?
- Wird die Sachangemessenheit – die Passung von Zielen, Inhalten und Verfahren, die Qualifikation der eingesetzten Personen, und die zielgerechte Durchführung – regelmäßig geprüft?
- Wird Effektkongruenz durch unterstützende Verbindung zwischen Zielen der Bewegungsaktivitäten zur Gesundheitsförderung und denen der Universität und ihrer Arbeitsbereiche sichergestellt?

Evaluation

- Werden geeignete Verfahren zur Bewertung von Wirksamkeit, Kosten-Nutzen-Verhältnis und Zufriedenheit aller Beteiligten gefunden und angewendet?
- Erfolgen die Auswahl der Bewertungsmaßstäbe sowie die Auswertung unter Beteiligung aller Betroffenen sowie von Expert(inn)en verschiedener Arbeits- und Fachbereiche?
- Wird die Verbesserung von Chancengleichheit und Geschlechtergerechtigkeit in die Bewertung miteinbezogen?

Systemstrukturen

- *Politik*: Stellt die Förderung von selbstbestimmten und bedürfnisgerechten Bewegungsaktivitäten einen Bestandteil von Leitlinien, politischen Programmen, Entwicklungsplänen, Vereinbarungen und Veröffentlichungen der Universität dar?
- Folgt diese Politik einem positiven, biopschoökosozialen, salutogenetisch und ressourcenorientierten Gesundheitsverständnis?
- Strebt diese Politik nach Chancengleichheit und Geschlechtergerechtigkeit?
- Schlägt sich dies in *Regelungen* nieder, die auf die Verbesserung der universitären Bedingungen für gesundheitsfördernde Bewegungsaktivitäten abzielen (z.B. Möglichkeit, flexible Bewegungspausen während der Arbeitszeit zu nutzen)?
- Wurde eine *Einrichtung* geschaffen, die mit Leitung und Koordination zur allgemeinen und / oder betrieblichen Gesundheitsförderung an der Universität beauftragt ist, oder ist die Schaffung einer solchen zumindest geplant?
- Gehört diese Einrichtung dem *Institut für Sportwissenschaft* und/oder dem Hochschulsport zu oder steht in enger Zusammenarbeit damit?
- Stehen dieser Einrichtung ausreichend *Ressourcen* (Personal einschließlich deren Arbeitszeit, Finanzen, Beratungs-, Informations- und Beteiligungsrechte, Raum, Infrastruktur und Arbeitsmaterial) zur Verfügung?
- Weisen die *verantwortlichen Personen* sportwissenschaftliche Ausbildung sowie allenfalls zusätzliche Fähigkeiten und Kenntnisse (etwa in den Bereichen Personal- und Organisationsentwicklung) auf?

Ansatzpunkte, Inhalte und Methoden der Interventionen

- Finden Gesundheitszirkel und andere *beteiligungorientierte Verfahren* unter Einbeziehung von Bewegungsaktivitäten bzw. des Themas Bewegungsförderung statt?
- Werden *Arbeits- bzw. Studienbedingungen*
 - Arbeitsverträge, Studienpläne
 - Arbeitszeit, Stundenpläne
 - Arbeits- / Studienort, -umgebung und -wege

- Arbeitsmittel und -stoffe
- Aufgabengestaltung

so gestaltet, dass sie selbst gewählte, im Setting Universität oder außerhalb durchgeführte Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten erlauben und ausreichend Zeit und Mittel dafür zur Verfügung stehen?

- *Verbesserung sozialer Bedingungen* (Führung, Vernetzung, Unterstützung):
 - Finden Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen für Gruppen und Führungskräfte unter Einbeziehung von Bewegung als Medium sowie mit dem Teilziel, unterstützende soziale Bedingungen für selbstbestimmte, bedürfnisgerechte Bewegungsaktivitäten zu schaffen, statt?
 - Wird dabei für ein positives, biopsychosoziales Verständnis von Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten eingetreten?
 - Werden Zusammenhänge zwischen Bewegungsaktivitäten und sozialer Unterstützung, sowie ihre Sinnhaftigkeit für die Erreichung persönlicher und gemeinsamer Ziele verstehbar und handhabbar vermittelt?
 - Werden vorhandene Stärken und Entwicklungsmöglichkeiten in Führung, sozialer Vernetzung und Unterstützung über Bewegungsaktivitäten aufgezeigt?
 - Werden Spielregeln und Grenzen für Bewegungsaktivitäten gemeinsam ausgehandelt?
 - Werden Chancengleichheit und Geschlechtergerechtigkeit bei der gemeinsamen Gestaltung der Bewegungsaktivitäten berücksichtigt?
- *Gibt es Angebote zur individuellen Bewegungsförderung?*
 - (Wissensvermittlung; Beratung; einzel- und gruppenweise Bewegungsaktivitäten; Bereitstellung eigener Räumlichkeiten, Wege, Geräte, Mittel, Zeiten und Anreize für Bewegungsaktivitäten) innerhalb der Universität?
 - Gehen diese von einem positiven, biopsychosozialen Verständnis von Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten aus?
 - Sind die Angebote in sich und in ihrem Zusammenhang mit persönlichen und arbeitsbezogenen Zielen verstehbar?
 - Werden im Rahmen dieser Angebote lohnende Herausforderungen gesetzt und Möglichkeit zu ihrer Bewältigung so vermittelt, dass diese handhabbar bleiben?
 - Wird ein Zusammenhang der im Zuge von Bewegungsaktivitäten erworbenen Fähigkeiten mit einer besseren Handhabbarkeit universitärer Aufgaben verdeutlicht?

- Dienen die Angebote dazu, persönliche Stärken und Entwicklungsmöglichkeiten aufzuzeigen?
- Wird der Weiterentwicklung von Personen, Gruppen und Organisation durch entsprechende Anpassung der Angebote Rechnung getragen?
- Werden die Angebote zur Bewegungsförderung mit solchen aus anderen gesundheitsthematischen Bereichen verknüpft?
- Werden die Angebote zielgruppengerecht gestaltet, im Hinblick auf Inhalte und Verfahren (sportwissenschaftliche, didaktische Grundsätze) sowie auf ihre Rahmenbedingungen; berücksichtigen sie unterschiedliche (nach Arbeitsbereich, Statusgruppe, Vertragsverhältnis, Altersgruppe, Geschlecht, sozialer und ethnischer Herkunft, gesundheitliche Voraussetzungen, Behinderungen, Bewegungserfahrungen u.a.) Bedürfnisse?

Vernetzung mit anderen Teilsystemen

- Sind Verantwortliche des Teilsystems Bewegung im Arbeitskreis Gesundheit und dazugehörigen Arbeitsgruppen vertreten?
- Stehen die Verantwortlichen des Teilsystems Bewegung in laufendem Austausch mit Rektorat, Dekanaten, Stabsstellen, Verwaltungs- und Forschungsabteilungen, Betriebsrat, Hochschülerschaft und Gewerkschaft?
- Stimmen die Verantwortlichen des Teilsystems Bewegung ihre Aktivitäten regelmäßig und wechselseitig vor allem mit Personalentwicklung, Organisationsentwicklung, Arbeitsmedizin und Arbeitsschutz ab?
- Werden im Rahmen von Veranstaltungen Aktivitäten mit Bewegung als Medium der Reflexion, Kommunikation, Kooperation und Kreativität gesetzt (z.B. bei Sitzungen, Ausbildungen, Tagungen oder Treffen vor allem von Betriebsrat, Hochschülerschaft, Eltern- bzw. Kinderbüro, Frauen- bzw. Genderreferat, Referat für cultural mainstreaming, für Ältere, für Menschen mit Behinderungen, u.a.) ?
- Werden für die genannten Bereiche besondere Angebote zur Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten erstellt (z.B. bewegtes Lernen, Bewegungskindergarten, Bewegungsförderung für behinderte Menschen ...)?

Bewegung als Ziel und als Medium

- Wird bei der Anleitung der Bewegungsaktivitäten auf die Übernahme eines positiven, biopsychosozialen Gesundheitsverständnisses hingewirkt?

- Werden Aufgaben versteh- und handhabbar und mit ihren übergeordneten Sinnzusammenhängen vermittelt?
- Wird der Blick auf Stärken und Entwicklungsmöglichkeiten, in Bezug auf Bewegungs- Reflexions-, Kommunikations-, Kooperations- und Kreativitätsfähigkeiten der Beteiligten gelenkt?
- Werden Lernergebnisse und Entwicklungsfortschritte verdeutlicht und berücksichtigt?
- Wird die Aufmerksamkeit auf Bewegungsverhalten, Bewegungsverhältnisse und den Wechselwirkungen zwischen beiden gelenkt?
- Werden Inhalte, Verfahren und Sprache geeignet für die Zielsetzung und angepasst an verschiedene Zielgruppen ausgewählt und angewendet?
- Werden Rahmenbedingungen, Spielregeln und Grenzen der Bewegungs-, Reflexions-, Kommunikations-, Kooperations- und Kreativitätsaufgaben gemeinsam bestimmt und die Aktivitäten in Zusammenarbeit zwischen Expert(inn)en und Beteiligten ausgestaltet?

Mithilfe dieser Leitfragen könnte versucht werden, einerseits bereits vorhandene Ansätze zur Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten zu erkennen, an die bei der Einführung oder Erprobung entsprechender Interventionen angeknüpft werden könnte, und andererseits dazu, noch bestehenden Handlungsbedarf aufzuzeigen.

5.2 Grenzen der Untersuchung und offene Fragen

Grenzen der Untersuchung

In Bezug für die Beantwortung der Fragestellung der vorliegenden Arbeit gewählte Methodik wurden zwei Probleme besonders deutlich: Erstens die Übertragung von Grundsätzen betrieblicher Gesundheitsförderung anderer Settings auf das Setting Universität, und zweitens die Suche nach Informationen über Interventionen mittels Recherche auf Homepages der Universitäten.

Es stellt sich also erstens die Frage, ob wissenschaftliche Befunde zur „betrieblichen Gesundheitsförderung“ überhaupt auf das *Setting Universität* übertragen werden dürfen, da dieses ja eine Reihe von Einzigartigkeiten aufweist.

Da Universität unter anderem als pädagogisches Setting fungiert, stellt sich etwa das Problem, dass einige ihrer Mitglieder relativ dauerhaft (Mitarbeiter(innen)), andere per definitionem nur vorübergehend (Studierende) darin inkludiert sind. Daraus ergibt sich die Frage, wie es unter diesen Bedingungen möglich ist, mit Interventionen zur Ge-

sundheitsförderung alle zu erreichen, und ob nicht etwa das Setting Schule in dieser Hinsicht für einen Transfer von Erfahrungen und Prinzipien auf die Universität geeigneter erschiene.

Da es in dieser Arbeit erklärtes Ziel war, Universität vor allem in ihrer Eigenschaft als Teil der Arbeitswelt zu betrachten, wurde versucht, diese Besonderheiten herauszuarbeiten, und gleichzeitig zu zeigen, dass Arbeit in der Wissens- und Dienstleistungsgesellschaft des 21. Jahrhunderts sowie universitäres Forschen, Lehren, Studieren und Verwalten einige wesentliche Gemeinsamkeiten aufweisen, wie den Zwang zum lebenslangen Lernen oder den Umgang mit einer Vielfalt teils widersprüchlicher und sich wandelnder Herausforderungen.

Zum zweiten Problem wurde bei der *Recherche auf Homepages* der Universitäten davon ausgegangen, dass die Darstellung von Interventionen zur betrieblichen Gesundheitsförderung im Sinne einer positiven Öffentlichkeitsarbeit erfolgen würde. Als Vorteil der gewählten Methode erscheint es, dass ein Überblick über den Großteil aller Universitäten der Welt erlangt werden könnte, als Nachteil, dass die erhaltenen Informationen oberflächlich blieben. Letzendlich lieferte die monatelange Durchsuchung tausender Homepages nur eine kleine Zahl brauchbarer Informationen, meist in Form kurzer Überblickstexte.

Somit erwies es sich als schwierig, die Frage der Existenz der im Rahmen der neuartigen Fragestellung der vorliegenden Arbeit gesuchten Interventionen an sich überhaupt erst zu beantworten. Um diese in einer ergiebigeren Weise zu klären, sind demnach *weitere Studien* durchzuführen, die etwa persönliche Kontaktaufnahmen mit Verantwortlichen, Interviews, allenfalls Beobachtungen etc. beinhalten, wobei eine Einschätzung der Schwierigkeit eines solchen Unterfangens zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht getroffen werden kann, wie auch Faller (2005) bemerkt, die darauf hinweist, dass die Informationsbereitschaft diesbezüglich oft gering ist.

Offene Fragen

Wie schon von anderen Autor(inn)en erwähnt (vgl. Faller 2005), scheint das Interesse der Universitäten an der Gesundheitsförderung im eigenen Arbeitsumfeld bislang gering auszufallen. Es stellt sich die Frage, ob dieses Interesse bei ihren Entscheidungsträger(inn)en und Mitgliedern angesichts zukünftiger Herausforderungen zunehmen wird, oder ob eher das Gegenteil der Fall sein wird. Was betriebliche Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität betrifft, so kam diesen den Befunden der vorliegenden Arbeit zufolge im Verhältnis zu ihren Möglichkeiten bisher

ein marginaler Stellenwert auch innerhalb der betrieblichen Gesundheitsförderung zu. Der Versuch, Interventionen mit Bewegungsaktivitäten in der Art und Weise, wie es hier vorgeschlagen wird (systemisch, den Grundsätzen der Gesundheitsförderung gemäß, und mit Bewegung auch als Medium), im Setting Universität einzuführen, wurde offenbar noch nicht durchgeführt, und ob er zur Erreichung von Gesundheitsförderungszielen beitragen und Akzeptanz finden würde, kann daher nicht gesagt werden. Angesichts der weiter oben beschriebenen Herausforderungen und Veränderungen an Universitäten sowie aller damit einhergehenden Belastungen könnte es leicht sein, dass ihre Angehörigen – zum Beispiel aufgrund mangelnder Mitbestimmungsmöglichkeiten in für ihre Lebensgrundlagen als entscheidender bewerteten Bereichen – auch an Gesundheitsförderung, und Bewegungsaktivitäten zur Gesundheitsförderung, desinteressiert bleiben.

Wollte man versuchen, die in der vorliegenden Arbeit entwickelten Vorschläge für betriebliche Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität zu erproben, so erschiene es daher als wichtig, dass Bewegungsaktivitäten den Mitgliedern der Universität nicht als Unterhaltungsprogramm zur Ablenkung von den Unbilden des universitären Alltags verkauft werden, sondern dass die ihnen innewohnenden Möglichkeiten zur Förderung von Reflexions-, Kommunikations-, Kooperations- und Kreativitätsfähigkeiten als Mehrwert für jede einzelne Person und ihre Weiterentwicklung, sei es für eine weitere Laufbahn in- oder außerhalb der Universität, erkannt und als Verbesserung der Bewältigungsmöglichkeiten und Befindlichkeiten im unmittelbaren sozialen und Arbeitsumfeld erlebt werden können.

6 Zusammenfassung

Gesundheitsförderung in Settings wurde in den letzten Jahrzehnten als wichtige gesellschaftliche, wirtschaftliche, wissenschaftliche und politische Aufgabe wahrgenommen, wobei – um die Herausforderungen der sich wandelnden Arbeitswelt zu bewältigen – unter anderem der *betrieblichen Gesundheitsförderung* hohe Bedeutung zukommt.

Eines der möglichen Settings betrieblicher Gesundheitsförderung stellen *Universitäten* dar, welche in der Wissensgesellschaft des 21. Jahrhunderts eine wesentliche Rolle spielen. Diese setzen sich auf Ebene der Forschung mit dem Thema Gesundheitsförderung auseinander, scheinen allerdings die gewonnenen Erkenntnisse aber noch kaum auf ihr eigenes universitäres Arbeitsumfeld zu übertragen. Einige wenige Studien (z.B. Faller 2005) sprechen jedoch dafür, dass (betriebliche) Gesundheitsförderung im Setting Universität einen wertvollen Beitrag zur Erfüllung ihrer Kernziele (Wissensproduktion in Lehre und Forschung sowie Verwaltung) leisten könnte.

Im Zusammenhang mit betrieblicher Gesundheitsförderung im Setting Universität widmete sich die vorliegende Arbeit der Frage, ob bzw. welche Interventionen mit Bewegungsaktivitäten zur Anwendung kommen und ob diese den Grundsätzen von Gesundheitsförderung entsprechen. Ihr Ziel war die Beantwortung folgender *Forschungsfragen*:

- 1) Welche Interventionsformen betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten kommen im Setting Universität zur Anwendung?
- 2) Lassen die gefundenen Interventionen betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität eine Berücksichtigung der Grundsätze von Gesundheitsförderung erkennen?
- 3) Gibt es Hinweise darauf, dass Bewegungsaktivitäten im Rahmen von Interventionen der betrieblichen Gesundheitsförderung im Setting Universität auch als Medium der Reflexion, Kommunikation, Kooperation und Kreativität eingesetzt werden?
- 4) Gibt es in der wissenschaftlichen Literatur Modelle der betrieblichen Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten für andere Settings, die sich auch auf das Setting Universität übertragen ließen?
- 5) Welche Potenziale betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität erscheinen bisher unausgeschöpft?

Zur Bearbeitung der genannten Fragen wurde als *forschungsmethodisches Vorgehen* eine Verbindung von Literaturanalyse und internetbasierter Dokumentenanalyse gewählt:

Zuerst wurden aus wissenschaftlichen Literaturbefunden Interventionsformen und Grundsätze der Gesundheitsförderung herausgearbeitet, die dann durch Umlegung auf Bewegungsaktivitäten, Übertragung auf das Handlungsfeld betriebliche Gesundheitsförderung und Anpassung an das Setting Universität Voraussetzungen für die Erstellung eines Analyseschemas bildete.

Anhand dieses Analyseschemas sollte erstens überprüft werden, ob Interventionen mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität systemisch durchgeführt werden – erkennbar an einem „Teilsystem Bewegung“ mit Systemprozessen, Systemstrukturen, mehreren Ansatzpunkten der Interventionen sowie Vernetzung mit anderen Systemen – bzw. ob zumindest einzelne Systemelemente dazu vorhanden sind. Zweitens, ob diese Interventionen den Grundsätzen von Gesundheitsförderung – aus Übersichtsgründen hier in vier Unterbereiche Gesundheitsverständnis, Vorgehensweise, politische Dimension und Qualitätsdimension eingeteilt – folgen. Und drittens, ob Bewegungsaktivitäten sowohl als (Ziel-) Verhalten betrieblicher Gesundheitsförderung angesehen, als auch als Medium der Reflexion, Kommunikation, Kooperation und Kreativität eingesetzt werden.

Mithilfe dieses Analyseschemas wurden Dokumente über Interventionen mit betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität ausgewertet, die mittels Recherche in wissenschaftlicher Literatur und auf Homepages von Universitäten gefunden worden waren.

In der vorliegenden Untersuchung zeigten sich folgende *Ergebnisse*:

Erstens konnten keine ausreichenden Hinweise auf systemische Interventionen betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität, gekennzeichnet durch ein Teilsystem Bewegung, recherchiert werden. Die angetroffenen Interventionen mit Bewegungsaktivitäten waren dem Umfangsbereich Programme oder Maßnahmen zuzuordnen.

Zweitens konnten nicht genügend Informationen darüber erhoben werden, ob die vorhandenen Programme und Maßnahmen den Grundsätzen der Gesundheitsförderung, wie sie im Zusammenhang der vorliegenden Arbeit verstanden werden, folgen.

Drittens konnten keine relevanten Anhaltspunkte zur Frage gefunden werden, ob Bewegung auch als Medium der Reflexion, Kommunikation, Kooperation und Kreativität eingesetzt wurde.

Viertens zeigte der Vergleich mit Befunden aus der wissenschaftlichen Literatur zu Interventionen betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten in anderen Settings, dass auch dort kaum systemische Vorgehensweise, Entsprechung mit den Grundsätzen der Gesundheitsförderung und Einsatz von Bewegung als Medium anzutreffen sind, und nur wenige der gefundenen Interventionen in Teilbereichen als vorbildlich bewertet werden können.

Fünftens ergibt sich aus alledem die Feststellung, dass in Bezug auf betriebliche Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität unausgeschöpfte Potentiale bestehen.

Die *Schlussfolgerungen* aus diesen Ergebnissen führten dahin, die versuchsweise Einführung systemischer betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität vorzuschlagen. Zu diesem Zweck wurden Leitfragen erstellt, die die Einrichtung eines Teilsystems Bewegung, die Einhaltung der Grundsätze von Gesundheitsförderung und den Einsatz von Bewegung als Medium zu unterstützen beabsichtigen.

Als *Grenzen* der vorliegenden Arbeit werden erstens das Problem der Übertragbarkeit von Befunden zur betrieblichen Gesundheitsförderung auf das Setting Universität – unter anderem aufgrund ihrer Besonderheit als pädagogisches Setting mit teils dauerhafter, teils nur vorübergehender Inklusion verschiedener Statusgruppen – und zweitens die Beschränkung des methodischen Vorgehens auf Literatur- und Dokumentenanalyse gesehen.

Zu den wichtigsten *offenen Fragen* zählt jene, ob sich Universitäten in Zukunft an betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten in höherem Ausmaß interessiert zeigen werden, und wie die Besonderheiten des Settings Universität bei Interventionen im Sinne einer „Gesundheitsförderung für alle“ angemessen berücksichtigt werden können.

Literatur

Aittasalo, M., Miilunpalo, S. & Suni, J. (2004). The effectiveness of physical activity counseling in a work-site setting: a randomized, controlled trial. *Patient education and counselling*, 55 (2), 1193-1202.

Allender, S. Colquhoun, D. & Kelly, P. (2006). Competing discourses of workplace health. *Health (London)*, 10, 75-93.

Amhof, R. (2004), Deutsche Bahn AG. In R. Busch & AOK Berlin (Hrsg.), *Unternehmensziel Gesundheit. Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Praxis - Bilanz und Perspektiven* (S.143-152). München und Mering: Rainer Hampp Verlag

Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie

Arnold, E. (2000). Gesundheitsförderung in Hochschulen durch hochschuldidaktische Qualifizierungsaktivitäten. In U. Sonntag et al. (Hrsg.), *Gesundheitsfördernde Hochschulen. Konzepte, Strategien und Praxisbeispiele* (S. 80-89). Weinheim, München: Juventa

Backes, H., Riebes, H., Korbeslühr, K. & Gerdes, M. (2003). Mobbing im Betrieb – drei Seiten einer Betroffenheit. In Wissenschaftliche Arbeitsstelle des Oswald-von-Nell-Breuning-Hauses (Hrsg.), *Hauptsache Gesund! Gesellschaftliche Widersprüche um Arbeit und Gesundheit* (S.49-60). Münster u.a.: Lit-Verlag

Badura, B. & Hehlmann, F. (2003). *Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation*. Berlin u.a.: Springer

Balz, E. (1997). *Die gesundheitspädagogische Perspektive des Schulsports*. In H. Ilg (Hrsg.), *Gesundheitsförderung. Konzepte, Erfahrungen, Ergebnisse aus sportpsychologischer und sportpädagogischer Sicht; Bericht über die Tagung der Arbeitsgemeinschaft für Sportpsychologie (ASP) in Zusammenarbeit mit der Kommission Gesundheit (DVS) vom 16. bis 18. Mai 1996 in Klink/Müritz* (S. 21-33). Köln: bps

Bamberg, E., Ducki A. & Metz, A.M. (1998). *Handbuch betriebliche Gesundheitsförderung. Arbeits- und organisationspsychologische Methoden und Konzepte*. Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie

Bamberg, E., Ducki, A. & Metz, A.-M. (1998). Handlungsbedingungen und Grundlagen der betrieblichen Gesundheitsförderung. In E. Bamberg et al. (1998), *Handbuch betriebliche Gesundheitsförderung. Arbeits- und organisationspsychologische Methoden und Konzepte* (S. 17-38). Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie

Bamberg, E. & Metz, A.-M. (1998). Intervention. In E. Bamberg et al. (1998), *Handbuch betriebliche Gesundheitsförderung. Arbeits- und organisationspsychologische Methoden und Konzepte* (S.177-210). Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie

Baric, L. & Conrad, G. (1999). *Gesundheitsförderung in Settings. Konzept, Methodik und Rechenschaftspflichtigkeit zur praktischen Anwendung des Settingsansatzes der Gesundheitsförderung*. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung Conrad.

Bauer, U. & Bittlingmayer, U.H. (2006). Zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung. In K. Hurrelmann, U. Laaser & O. Razum (Hrsg.) *Handbuch Gesundheitswissenschaft*

ten (4. vollst. überarb. Aufl.) (S. 781-818). Weinheim: Juventa, Baumeister, A. (2003). Arbeitssituationsanalyse. In B. Badura & F. Hehlmann, *Betriebliche Gesundheitspolitik* (S. 237-242). Berlin u.a.: Springer

Baumgarten, K. & Joensson, N. (2005). *Wellness und Gesundheitsförderung. Konzepte, Angebote und Zusammenhänge*. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung

Beck-Dossler, K. (2007). Vernetzung der Universitäten auf Landesebene: die bayrische AG Suchtprävention und Gesundheitsförderung. In A. Krämer et al. (Hrsg.), *Gesundheitsförderung im Setting Hochschule. Wissenschaftliche Instrumente, Praxisbeispiele und Perspektiven* (S.195-200). Weinheim u. München : Juventa

Beckers (1991). Von der Krankheitsprophylaxe zum Lebenssinn. In D. Küpper & L. Kottmann (Hrsg.), *Sport und Gesundheit* (S. 43-49). Schorndorf: Hofmann

Beckers, E. & Schmidt-Millard, T. (1991). Kursleiter - Anforderungen und Aufgaben. In C. Kruse & J. Thiele, J. (Hrsg.), *Gesundheit und Bewegung. Didaktische Perspektiven und praktische Umsetzung (Band 2 der Reihe „Gesundheitsbildung durch Wahrnehmungsentwicklung und Bewegungserfahrung“)* (S.75-94). Köln: „Sport u. Buch Strauß, Ed. Sport

Belschner, W. & Gräser, S. (2001). Die Oldenburger Charta der Gesundheitsförderung – Das Projekt gesundheitsfördernde Universität Oldenburg. In F. Stratmann & J. Müller, *Gesundheitsförderung in der Hochschule* (S.49-52). Hannover: HIS Kurzinformati-on Bau und Technik.

Benger, H., Strittmatter, R. & Willmann, H. (2001). *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese, Diskussionsstand und Stellenwert*. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, 6. Köln: BZgA.

Bindzius, F. (2003). Präventionsstrategien der Berufsgenossenschaften. In B. Badura & F. Hehlmann, *Betriebliche Gesundheitspolitik* (S. 273-280). Berlin u.a.: Springer

Blättner, B. (1998). *Gesundheit lässt sich nicht lehren. Professionelles Handeln von KursleiterInnen in der Gesundheitsbildung aus systemisch-konstruktivistischer Sicht*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt

Böckem, S., Schiller, U. & De Vegt, M. (2006). Die Balanced Scorecard als Instrument der Mitarbeitermotivation. In R. Zaugg & N. Thom (Hrsg.), *Handbuch Kompetenzmanagement. Durch Kompetenz nachhaltig Werte schaffen ; Festschrift für Norbert Thom* (S.315-324). Bern, Stuttgart, Wien: Haupt-Verlag

Bös, K. & Brehm, W. (Hrsg.) (1998). *Gesundheitssport. Ein Handbuch. Mit Beiträgen von Dorothee Alfermann*. Schorndorf: Hofmann.

Bös, K., Gröben, F. & Woll, A. (2002). Gesundheitsförderung im Betrieb – Was kann die Sportwissenschaft beitragen? *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 10 (2), 144-163.

Borgers, D. & Steinkamp, G. (1994). Sozialepidemiologie. Gesundheitsforschung zu Krankheit, Sozialstruktur und gesundheitsrelevanter Handlungsfähigkeit. In P. Schwenkmezger & L.R. Schmidt (Hrsg.), *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie* (S.133-148). Stuttgart: Enke.

Bortz, J., Döring, N. (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaften*. Berlin u.a.: Springer

Brand, R., Schlicht, W., Grossmann, K. & Duhnsen, R. (2006). Effects of a physical exercise intervention on employees' perceptions of quality of life: A randomized controlled trial. *Sozial- und Präventivmedizin*, 51(1), 14-23

Braun, M. (2004). *Unternehmensstrategie Gesundheit. Konzepte für einen zeitgemäßen Arbeitsschutz*. Renningen: Expert-Verlag

Brehm, W., Janke, A., Sygusch, R. & Wagner, P. (2006). *Gesund durch Gesundheits-sport. Zielgruppenorientierte Konzeption, Durchführung und Evaluation von Gesundheitsprogrammen. Unter Mitarbeit von Christine Gradel*. Weinheim: Juventa.

Breucker, G. (2001). Qualitätssicherung betrieblicher Gesundheitsförderung. Ergebnisse aus dem Europäischen Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung. In H. Pfaff & W. Slesina (Hrsg.), *Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung* (S. 127-144). Weinheim, München: Juventa

Brey R.A., Tyler, H.A. & Brooks, B.L. (1998). Lifestyle Improvements for Everyone (L.I.F.E): A Worksite Health Promotion Incentive Program. *Journal of Health Education*, 29 (6), 376-380

Bruch, H. (2006). Organisationale Energie. In R. Zaugg & N. Thom (Hrsg.), *Handbuch Kompetenzmanagement. Durch Kompetenz nachhaltig Werte schaffen ; Festschrift für Norbert Thom*. Bern, Stuttgart, Wien: Haupt-Verlag

Brüggen, I. & Wieneke, N. (2005). Betriebliche Gesundheitsförderung an der Universität Lüneburg. In J. Müller & F. Stratmann (Hrsg.), *Gesundheitsförderung in Hochschulen* (S. 27-30). Hannover: HIS Kurzinformation Bau und Technik.

Bueren, H. (2002). *Betriebliche Gesundheitsförderung*. Frankfurt: Bund Verlag.

Büthe, C. (2005). Akteure in einer gesunden Hochschule – Kooperationsmodell Techniker Krankenkasse, Landesunfallkasse NRW, Universität Paderborn. In J. Müller & F. Stratmann (Hrsg.), *Gesundheitsförderung in Hochschulen* (S. 31-34). Hannover: HIS Kurzinformation Bau und Technik

Bull, S.S., Gillette, C., Glasgow, R.E. & Eastabrooks, P. (2003). Work site health promotion research: To what extent can we generalize the results and what is needed to translate research to practice? *Health education behaviour*, 30, 536-549

Bundesfinanzministerium (2008). *Regierungsentwurf Jahressteuergesetz 2009*. Zugriff am 2.12.2008 unter www.bundesfinanzministerium.de/nr_54/DE/Wirtschaft__und__Verwaltung/Steuern/St_euerreform/005__jahressteuergesetz__kabinett.html?__nnn=true;

Burton, W., Chen, C.-Y., Conti, D.J., Schultz, A.B., & Edington, D.W. (2005). The association between health risk change and presenteeism change. *Journal of occupational & environmental medicine*, 48 (3), 252-263

- Burton, W., Chen, C.-Y., Conti, D.J., Schultz, A.B., Pransky, G. & Edington, D.W. (2006). The association of health risks with on-the-job productivity. *Journal of occupational & environmental medicine*, 47 (8), 316-332
- Busch, R. & AOK Berlin (Hrsg.) (2004). *Unternehmensziel Gesundheit. Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Praxis - Bilanz und Perspektiven*. München und Meining: Rainer Hampp Verlag
- Caldwell, S.D., Herold, D.M. & Fedor, D.B. (2004). Toward an understanding of the relationships among organizational change, individual differences, and changes in person-environment fit: a cross-level study. *Journal of applied psychology*, 89 (5), 868-82
- Campbell, M.K., Tessaro, I., DeVellis, B., Benedict, S., Kelsey, K., Belton, L. & Sanhueza, A. (2002). Effects of a tailored health promotion program for female blue-collar workers: Health works for women. *Preventive Medicine*, 34 (3), 313-323
- Chu, C. & Dwyer, S. (2002). Employer role in integrative workplace health management: A new model in progress. *Disease management & health outcomes*, 10 (3), 175-186
- Chur, D. (2000). Zur Produkt- und Prozessqualität universitärer (Aus-)Bildung. In U. Sonntag et al. (Hrsg.) (2000). *Gesundheitsfördernde Hochschulen. Konzepte, Strategien und Praxisbeispiele* (S. 186-205). Weinheim, München: Juventa
- Collins, B.S., Hollander, R.B., Koffmann, D.M., Reeve, R. & Seidler, S. (1997). Women, work and health: issues and implications for worksite health promotion. *Women & Health*, 25 (4), 3-38
- Crump, C.-E., Earp, J.A.L. & Kozma, C.M. (1996). Effect of organization-level variables on differential employee participation in 10 federal worksite health promotion activities. *Health Education Quarterly*, 23, 204-223
- Dann, P. & Steinke, B. (2007). Die Arbeitssituationsanalyse im Kontext einer TK-Gesundheitswerkstatt. In A. Krämer et al. (Hrsg.), *Gesundheitsförderung im Setting Hochschule. Wissenschaftliche Instrumente, Praxisbeispiele und Perspektiven* (S. 81-92). Weinheim u. München : Juventa
- Daykin, N. (1998). Workplace health promotion: benefit or burden to low-paid workers? *Critical public health*, 8 (2), 153-166.
- Di Nubile, N.A. & Sherman, C. (1999). Exercise and the bottom line: promoting physical and fiscal fitness in the workplace: a commentary. *Physician and sports medicine*, 27 (2), 37-38, 40, 43 f.
- Dlugosch, G. (1994). Modelle der Gesundheitspsychologie. In P. Schwenkmezger & L.R. Schmidt (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S.101-117). Stuttgart: Enke.
- Dlugosch, G.E. & Wottawa, H. (1994). Evaluation in der Gesundheitspsychologie. In P. Schwenkmezger & L.R. Schmidt (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 149-168). Stuttgart: Enke
- Dlugosch (1994). Gesundheitsberatung. In P. Schwenkmezger & L.R. Schmidt (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S.222-233). Stuttgart: Enke.

Dobbins, T.A., Simpson, J.M., Oldenburg, B., Owen, N. & Harris, D. (1998). Who comes to a workplace health risk assessment? *International Journal of behavioural medicine*, 5 (4), 323-334.

Docherty, P., Huzzard, T., De Leede, J. & Totterdill, P. (2003). *Innoflex Research Report Project, funded by the Key Action on Socio-Economic Research Within the EU's Fifth Framework Programme: Home and Away. Learning in and Learning from Organisational Networks in Europe*. Brussels.

Dooris, M. (2000). Promoting sustainable health within a university setting. A case study. In U. Sonntag et al. (Hrsg.) (2000). *Gesundheitsfördernde Hochschulen. Konzepte, Strategien und Praxisbeispiele* (S. 163-169). Weinheim, München: Juventa

Drumm, H.J. (2000). *Personalwirtschaft*. Berlin: Springer

Drupp, M. & Osterholz, U. (2001). Das „Bonusprojekt“ der AOK Niedersachsen. Kontext, Grundzüge, Möglichkeiten und Grenzen. In H. Pfaff & W. Slesina (Hrsg.), *Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung* (S.145-160). Weinheim, München: Juventa

Ducki, A. (2000). *Diagnose gesundheitsförderlicher Arbeit. Eine Gesamtstrategie zur betrieblichen Gesundheitsanalyse*. Zürich: vdf Hochschulverlag.

Eiselen, T. & Nowosad, M. (1998). Mobbing. In E. Bamberg et al. (1998). *Handbuch betriebliche Gesundheitsförderung. Arbeits- und organisationspsychologische Methoden und Konzepte* (S.301-314). Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie

Elmiger, I. (2004). *Betriebliche Gesundheitsförderung als Aufgabenfeld des Personalmanagements dargestellt am Beispiel der Zielgruppe „Ältere Mitarbeiter(innen)“*. Lizentiatsarbeit an der Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität Bern

Ennals, R. (2003). Innovationsstrategien und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit. In Wissenschaftliche Arbeitsstelle des Oswald-von-Nell-Breuning-Hauses (Hrsg.), *Hauptsache Gesund! Gesellschaftliche Widersprüche um Arbeit und Gesundheit* (S.41-48). Münster u.a.: Lit-Verlag

Erdmann, R. (1998). Empirische Sportpädagogik- Bilanz und Perspektive. In J. Thiele & M. Schierz (Hrsg.), *Standortbestimmung der Sportpädagogik - zehn Jahre danach (Schriften der Deutschen Vereinigung für Sportwissenschaft, 97)* (S. 59- 76). Hamburg: Czwalina.

Erfkamp, H. (2003). Kennzahlen im betrieblichen Gesundheitsmanagement. In B. Badura & F. Hehlmann, *Betriebliche Gesundheitspolitik* (S.255-260). Berlin u.a.: Springer

Etienne, M. (2006). Management im Gesundheitswesen. In R. Zaugg & N. Thom (Hrsg.), *Handbuch Kompetenzmanagement. Durch Kompetenz nachhaltige Werte schaffen ; Festschrift für Norbert Thom* (S. 399-406). Bern, Stuttgart, Wien: Haupt-Verlag

European Union (1997): *The Luxembourg Declaration on workplace health promotion in the European Union*.

Evanoff, B. (2006). Physical activity, psychological complaints, and occupational health. *Occupational and environmental medicine*, 63 (1).

Faller, G. (2005). *Qualitätsaspekte hochschulbezogener Gesundheitsförderung*. Frankfurt u.a.: Peter Lang. Europäischer Verlag der Wissenschaften

Faller, G. (2007). Qualitätskriterien für eine gesundheitsfördernde Hochschule. Bedeutung des Themas Qualität für die Gesundheitsförderung in Hochschulen. In A. Krämer et al. (Hrsg.), *Gesundheitsförderung im Setting Hochschule. Wissenschaftliche Instrumente, Praxisbeispiele und Perspektiven* (S.123-142). Weinheim u. München: Juventa

Fehr R., Kobusch A.B. & Wichmann (2006). Umwelt und Gesundheit. In K. Hurrelmann & U. Laaser, & O. Razum (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (4., vollst. überarb. Aufl.) (S. 679-718). Weinheim: Juventa.

Finke, M. (2003). Zwei Fallbeispiele. In B. Badura & F. Hehlmann, *Betriebliche Gesundheitspolitik* (S.109-126). Berlin u.a.: Springer

Franke, E. (1998). Sportpädagogik in der Postmoderne – neue Herausforderungen? In J. Thiele & M. Schierz (Hrsg.), *Standortbestimmung der Sportpädagogik - zehn Jahre danach*. Jahrestagung der dvs-Sektion Sportpädagogik vom 15.-17.5.1997 in Köln. Hamburg: Czwalina.

Frankó, K. (2006). Interkulturelle Kompetenz. Eine Herausforderung im Globalisierungskontext. In R. Zaugg & N. Thom (Hrsg.), *Handbuch Kompetenzmanagement. Durch Kompetenz nachhaltig Werte schaffen; Festschrift für Norbert Thom*. (S.255-262). Bern, Stuttgart, Wien: Haupt-Verlag

Franzkowiak, P. (2000). Gesundheitsberichterstattung im Setting Hochschule, Konzeption und Umsetzung. In U. Sonntag et al. (Hrsg.) (2000), *Gesundheitsfördernde Hochschulen. Konzepte, Strategien und Praxisbeispiele* (S.71-79). Weinheim, München: Juventa

Franzkowiak, P. (Red.): Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2004). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung*. Schwabenheim / Selz: Fachverlag Peter Sabo

Fricke, W. (2003). 30 Jahre Humanisierung der Arbeit. In Wissenschaftliche Arbeitsstelle des Oswald-von-Nell-Breuning-Hauses (Hrsg.), *Hauptsache Gesund! Gesellschaftliche Widersprüche um Arbeit und Gesundheit* (S.11-24). Münster u.a.: Lit-Verlag

Friedrichs, M. & Schröder, A.K. (2006). *Gesundheitliche Auswirkungen neuer Beschäftigungsformen. Kommentierte Zusammenstellung der einschlägigen Literatur. IGA-Report 10*. Initiative Gesundheit & Arbeit, Essen: BKK Bundesverband, Dresden: HVBG (Hrsg.)

Fritz, S. (2005). *Ökonomischer Nutzen „weicher“ Kennzahlen. (Geld)Wert von Arbeitszufriedenheit und Gesundheit*. Zürich: Vdf-Hochschulverlag

Fuchs, R. (2003). *Sport, Gesundheit und Public Health*. Göttingen: Hogrefe

Führung, I. (2006). Gesundheitsförderung in IKT-Betrieben. *Sichere Arbeit* 3 (2006), 23-26.

Gastorf, H. & Neukirchen, G. (2000). Gesundheit im Hochschul-Alltag aus studentischer Perspektive. In U. Sonntag et al. (Hrsg.), *Gesundheitsfördernde Hochschulen. Konzepte, Strategien und Praxisbeispiele* (S. 90-104). Weinheim, München: Juventa

Gerisch, S. (2005). Analyse der individuell erfahrenen Arbeitsumgebung als Ausgangspunkt betrieblicher Gesundheitsförderung. Eine explorative Studie mit dem Work Environment Impact Scale (WEIS). In J. Müller & F. Stratmann (Hrsg.), *Gesundheitsförderung in Hochschulen* (S. 21-24). Hannover: HIS Kurzinformation Bau und Technik

Giga, S.I., Cooper, C.L. & Faragher, B. (2003). The development of a framework for a comprehensive approach to stress management interventions at work. *International journal of stress management*, 10 (4), 280-296.

Glasgow, R.E., McCaul, K.D. & Fisher, K.J. (1993). Participation in worksite health promotion: A critiyue of the literature and recommendations for future practice. *Health education quarterly*, 20, 391-408.

Göbel, E. (2004). Bilanz und Perspektiven. Eine Standortbestimmung der betrieblichen Gesundheitsförderung. In R. Busch & AOK Berlin (Hrsg.), *Unternehmensziel Gesundheit. Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Praxis - Bilanz und Perspektiven* (S.34-43). München und Mering: Rainer Hampp Verlag

Görres, H.J. (2001). Von der betrieblichen Gesundheitsförderung zum betrieblichen Gesundheitsmanagement. Das Modellvorhaben „Prospektiver Beitragsbonus“ der AOK Niedersachsen. In F. Stratmann & J. Müller, *Gesundheitsförderung in der Hochschule* (S. 11-14). Hannover: HIS Kurzinformation Bau und Technik.

Gordon, J. (1987). Workplace health promotion: the right idea in the wrong place. *Health education research*, 2, 69-71.

Gräser, S. (2000). Psy Be: Modell zur Gesundheitsförderung in der Studienabschlussphase. In: Sonntag et al. (2000). In U. Sonntag et al. (Hrsg.) (2000). *Gesundheitsfördernde Hochschulen. Konzepte, Strategien und Praxisbeispiele* (S. 206-217). Weinheim, München: Juventa

Gräser, S. & Belschner, W. (2001). Ansatz und Ziele einer Gesundheitsfördernden Hochschule. In F. Stratmann & J. Müller, *Gesundheitsförderung in der Hochschule* (S.23-30). Hannover: HIS Kurzinformation Bau und Technik.

Gräser, S. (2005). Betriebliche Gesundheitsförderung an Hochschulen aus europäischer Perspektive. In J. Müller & F. Stratmann (Hrsg.), *Gesundheitsförderung in Hochschulen* (S. 50-52). Hannover: HIS Kurzinformation Bau und Technik.

Gräser, S., Hartmann, T. & Sonntag, U. (2007). Der Arbeitskreis gesundheitsfördernde Hochschulen als gestaltende und vernetzende Plattform für das Setting Hochschule. In A. Krämer et al. (Hrsg.), *Gesundheitsförderung im Setting Hochschule. Wissenschaftliche Instrumente, Praxisbeispiele und Perspektiven* (S.167-186). Weinheim u. München : Juventa

Graf, A. (2006). Selbstmanagement. Kompetenz der Zukunft. In R. Zaugg & N. Thom (Hrsg.), *Handbuch Kompetenzmanagement. Durch Kompetenz nachhaltig Werte schaffen; Festschrift für Norbert Thom* (S. 247-254). Bern, Stuttgart, Wien: Haupt-Verlag

Grande, G. (2003) Zwei Seiten sozialer Beziehungen: Mobbing und soziale Unterstützung. In B. Badura & F. Hehlmann, *Betriebliche Gesundheitspolitik* (S.129-140). Berlin u.a.: Springer

Grawitch, M., Gottschalk, M. & Munz, D.C. (2006). The Path to a Healthy Workplace: A Critical Review Linking Healthy Workplace Practices, Employee Wellbeing, and Organizational improvements. *Consulting psychology journal: practice and research*, 58 (3), 129-147.

Griffin-Blake, C.S. & Dejoy, D.M. (2006). Evaluation of social-cognitive versus stage-matched self-help physical activity interventions at the workplace. *American journal of health promotion*, 20 (3), 200-209.

Grosch, J.W., Alterman, T., Petersen, M.R. & Murphy, L.R.(1998). Worksite health promotion programs in the U.S.: Factors associated with availability and participation. *American Journal of Health Promotion*, 13 (1), 36-45.

Grossmann, R. & Scala, K. (1994). *Gesundheit durch Projekte fördern*. Weinheim, München: Juventa.

Grossmann, R. (1996). Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Organisationsentwicklung der Gesundheitsförderung in Österreich. In H. Lobnig & J.M.Pelikan (Hrsg.), *Gesundheitsförderung in Settings. Gemeinde, Betrieb, Schule und Krankenhaus. Eine österreichische Forschungsbilanz* (S. 55-72). Wien: Facultas-Universitätsverlag.

Groth, S. & Rasky, E. (Hrsg.) (2003). *Frauen-Gesundheitsprogramm Graz: Gender Health Audit in sechs Grazer Betrieben*. Linz: OÖGKK (Gesundheitswissenschaften, 25)

Gunkel (2004). Die gesundheitsfördernde Gestaltung von Führungshandeln im Betrieb. In R. Busch & AOK Berlin (Hrsg.), *Unternehmensziel Gesundheit. Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Praxis - Bilanz und Perspektiven* (S. 104-135). München und Mering: Rainer Hampp Verlag

Gunnarsdottir, S. & Bjornsdottir, K. (2003). Health promotion in the workplace: the perspective of unskilled workers in a hospital setting. *Scandinavian journal of caring sciences*, 17 (1), 66-73.

Gusy, B. & Kleiber, D. (2000). Programmatische Überlegungen zu betrieblichen Gesundheitsförderung an Hochschulen. In U. Sonntag et al. (Hrsg.), *Gesundheitsfördernde Hochschulen. Konzepte, Strategien und Praxisbeispiele* (S. 53-70). Weinheim, München: Juventa

Hammermeister, J. (2001). Occupational physical activity as an indicator of health and fitness. *Perceptual and motor skills*, 92 (1), 121-127.

Hartmann, H., Opper, E. & Sudermann, A. (2005). *Qualitätsmanagement von Gesundheitssport im Verein. Theoretische und konzeptionelle Grundlagen sowie Ergebnisse der Erprobung für die Qualitätssiegel-Angebote PLUSPUNKT.GESUNDHEIT.DTB*. Schorndorf: Hofmann.

Hartmann, T. & Siebert, D. (2005). Rahmenbedingungen der Gesundheitsförderung an Hochschulen in Deutschland. In J. Müller & F. Stratmann (Hrsg.), *Gesundheitsförderung in Hochschulen* (S. 1-10). Hannover: HIS Kurzinformation Bau und Technik.

Hehlmann, T. (2003). Mitarbeitergespräche. In B. Badura & F. Hehlmann, *Betriebliche Gesundheitspolitik* (S.243-248). Berlin u.a.: Springer

Heinichen, S. Hildebrand, C. & Bös, K. (2007). Betriebliche Gesundheitsförderung an baden-württembergischen Hochschulen - eine Umfrage. In A. Krämer et al. (Hrsg.), *Gesundheitsförderung im Setting Hochschule. Wissenschaftliche Instrumente, Praxisbeispiele und Perspektiven* (S.153-166). Weinheim u. München : Juventa

Helmenstein, C., Hofmarcher, M., Kleissner, A., Riedel, M., Röhrling, G. & Schnabel, A. (2004). *Ökonomischer Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung. Endbericht.Studie im Auftrag des Bundeskanzleramts, Sektion Sport.* Institut für Höhere Studien (IHS), Wien. Eisenstadt: ESCE Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Forschung,

Hess, S. (2002). *Entkörperungen – Suchbewegungen zur (Wieder-) Aneignung von Körperlichkeit.* Opladen: Leske & Budrich.

Hildebrand, C, Michel, S. & Surkemper, H.P. (2007) Die Gesundheit von Statusgruppen – eine Synopse. In A. Krämer et al. (Hrsg.), *Gesundheitsförderung im Setting Hochschule. Wissenschaftliche Instrumente, Praxisbeispiele und Perspektiven* (S.13-28). Weinheim u. München : Juventa

Höfle, M. (Hrsg.) (2004). *Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit. Grundlagen der Arbeitssicherheit, Spezielle Probleme, Umsetzung in Betrieb und Behörde.* Kissing: Turnus-Verlag.

Holzapfel, G. (1996). Anmerkungen zu den vorgestellten Modellen. In: K. Koddenberg & U. Papenkort: *Gesundheit und Allgemeine Weiterbildung. Erfahrungen und Empfehlungen zur Gesundheitsbildung* (S. 100-102). Würzburg: Echter

Hurrelmann, K. (Hrsg.) (1999). *Gesundheitswissenschaften.* Berlin u.a.: Springer.

Hurrelmann, K. (2006). *Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung.* Weinheim, München: Juventa

Hurrelmann, K., Laaser, U. & Razum, O. (Hrsg.) (2006). *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (4., vollst. überarb. Aufl.). Weinheim: Juventa.

Ilg, H. (Hrsg.) (1997). *Gesundheitsförderung. Konzepte, Erfahrungen, Ergebnisse aus sportpsychologischer und sportpädagogischer Sicht ; Bericht über die Tagung der Arbeitsgemeinschaft für Sportpsychologie (ASP) in Zusammenarbeit mit der Kommission Gesundheit (DVS) vom 16. bis 18. Mai 1996 in Klink/Müritz* Köln: bps

Janczak, Y. (2004). Bilanz und Perspektiven der betrieblichen Gesundheitsförderung bei KRONE. In R. Busch & AOK Berlin (Hrsg.), *Unternehmensziel Gesundheit. Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Praxis - Bilanz und Perspektiven* (S.192-198). München und Mering: Rainer Hampp Verlag

Jansen, U. (1991). Regeln als Thema gesundheitsbildender Bewegungspraxis. In C. Kruse, & J. Thiele (Hrsg.), *Gesundheit und Bewegung. Didaktische Perspektiven und praktische Umsetzung (Band 2 der Reihe „Gesundheitsbildung durch Wahrnehmungs-entwicklung und Bewegungserfahrung“)* (S. 96-104). Köln: Sport u. Buch Strauß, Ed. Sport

Jansen, U. & Schulz, H.G.(1991). Sportspiel und Gesundheitsbildung – das Beispiel Badminton. In C. Kruse, & J. Thiele (Hrsg.), *Gesundheit und Bewegung. Didaktische*

Perspektiven und praktische Umsetzung (Band 2 der Reihe „Gesundheitsbildung durch Wahrnehmungsentwicklung und Bewegungserfahrung“) (S. 116-123). Köln: Sport u. Buch Strauß, Ed. Sport

Janssen, P., Kentner, M. & Rockholtz, C. (2004). Balanced Scorecard und betriebliches Gesundheitsmanagement – Den Unternehmenserfolg steigern durch die effiziente Steuerung der Humanressourcen. In: M.T. Meifert & M. Kesting (Hrsg.), *Gesundheitsmanagement im Unternehmen – Konzepte, Praxis, Perspektiven* (S.41-56). Berlin: Springer.

Kaluza, G. (2000). Changing unbalanced coping profiles – A prospective controlled intervention trial in worksite health promotion. *Psychology and health*, 15 (3), 423 – 433.

Karazman, R.K. & Morawetz, I. (1996) in Lobnig & Pelikan, Sinnfindung und zwischenmenschliche Entwicklung als Kriterien betrieblicher Gesundheitsförderung. Evaluationsversuche mittels "Existenz-Typologie" und "Effekt-Typologie". In H.Lobnig & J. Pelikan. (Hrsg.), *Gesundheitsförderung in Settings: Gemeinde, Betriebe, Schule und Krankenhaus* (S. 87-100). Wien: Facultas-Universitätsverlag.

Kentner, M. (2001). Die Fehlzeitenquote – Aussagekraft und Beeinflussbarkeit von Arbeitsunfähigkeitsdaten. In F. Stratmann & J. Müller, *Gesundheitsförderung in der Hochschule* (S. 3-10). Hannover: HIS Kurzinformation Bau und Technik.

Kernen, H. (2005). *Arbeit als Ressource. Gesund und leistungsfähig dank persönlichem und betrieblichem Ressourcenmanagement*. Bern: Haupt

Kerr, N.A., Yore, M. & Ham, S.A. (2004). Increasing stair use in a worksite through environmental changes. *American journal of health promotion*, 18 (4), 312-315.

Kessler, M., Weitkunat, R. & Haisch, J. (1997). Versorgung und Behandlung chronischer Krankheiten aus der Sicht von Public Health und Gesundheitspsychologie. In R. Weitkunat (Hrsg.), *Public Health und Gesundheitspsychologie: Konzepte, Methoden, Prävention, Versorgung, Politik* (S. 203-208). Bern: Hans Huber

Kickbusch, I. & Payne, L. (2003). Twenty-first century health promotion: The public health revolution meets the wellness revolution. *Health promotion international*, 18 (4), 275-278.

Kieselbach, T. (2003). Arbeitslosigkeit als psychosozialer Stressor. In Wissenschaftliche Arbeitsstelle des Oswald-von-Nell-Breuning-Hauses (Hrsg.), *Hauptsache Gesund! Gesellschaftliche Widersprüche um Arbeit und Gesundheit* (S.77-94).Münster u.a.: Lit-Verlag

Kloimüller, I. & Schierl, R. (1997). Productive Ageing – Altersgerechte Umgestaltung der Arbeitswelt. In O. Meggeneder (Red.), *Österreichische Kontaktstelle für BGF (Hrsg.) (1997). Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich*. (S.85-102). Linz: Forschungsinstitut für Sozialplanung der Johannes Kepler Universität

Kluge, F. (2002). *Etymologisches Wörterbuch der deutschen Sprache*. Bearbeitet von Seebold, E..(24. durchgesehene und erweiterte Auflage). Berlin, New York: De Gruyter

Knoll, M. (1997). Sport und körperliche Gesundheit. Ausgewählte Ergebnisse einer Meta-Analyse. In H. Ilg et al. (Hrsg.), *Gesundheitsförderung. Konzepte, Erfahrungen,*

Ergebnisse aus sportpsychologischer und sportpädagogischer Sicht; Bericht über die Tagung der Arbeitsgemeinschaft für Sportpsychologie (ASP) in Zusammenarbeit mit der Kommission Gesundheit (DVS) vom 16. bis 18. Mai 1996 in Klink/Müritz (S. 91-99). Köln: bps.

Koddenberg, K. & Papenkort, U. (Hrsg.) (1996). *Gesundheit in der Weiterbildung. Erkenntnisse, Erfahrungen und Empfehlungen zur Gesundheitsbildung. Hrsg. im Auftr. der Katholischen Bundesarbeitsgemeinschaft für Erwachsenenbildung (KBE), Bonn. Würzburg: Echter*

Kohte, W. (2001). Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung. In H. Pfaff & W. Slesina (Hrsg.), *Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung* (S.27-52). Weinheim, München: Juventa

Kolb, M., Seeger, S. & Thiele, J. (1991). Perspektiven für eine Didaktik der Gesundheitsbildung. In C. Kruse, *Gesundheit und Bewegung. Didaktische Perspektiven und praktische Umsetzung*. Köln: Sport u. Buch Strauß, Ed. Sport

Kolb, M. (1995). Gesundheitsförderung und Sport. *Sportwissenschaft*, 25 (4), 335-359.

Kolb, M. (1999a). Zur Inszenierung von Bewegungsangeboten für Erwachsene. Erfahrungen aus einem gesundheitsbezogenen Vereinssportangebot. In B. Heinz & R. Laging (Hrsg.), *Bewegungslernen in Erziehung und Bildung. Tagung der dvs-Sektion Sportpädagogik vom 11.-13.6.1998 in Magdeburg* (S. 281-288). Hamburg: Czwilina.

Kolb, M. (1999b). *Bewegtes Altern. Grundlagen und Perspektiven einer Sportpädagogik*. Schorndorf: Hofmann

Kottmann, L. & Küpper, D. (Hrsg.) (1999). *Sportpädagogik zwischen Kontinuität und Innovation. Prof. Doris Küpper zum 65. Geburtstag gewidmet*. Schorndorf: Hofmann.

Krämer, A., Prüfer-Krämer, L., Tshiang-Tshiananga J. & Stock, C. (2000). Gesundheitssurvey bei ausländischen Student(inn)en an der Universität Bielefeld. In U. Sonntag et al. (Hrsg.) (2000). *Gesundheitsfördernde Hochschulen. Konzepte, Strategien und Praxisbeispiele*. (S. 115-126). Weinheim, München: Juventa

Krämer, A., Sonntag, U., Steinke, B. Meier, S., Hildebrand, C. (Hrsg.) (2007). *Gesundheitsförderung im Setting Hochschule. Wissenschaftliche Instrumente, Praxisbeispiele und Perspektiven*. Weinheim u. München : Juventa

Kreis, J. & Bödeker, W. (2003). *IGA-Report 3. Gesundheitlicher und ökonomischer Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz*. BKK Essen, HVBG Dresden (Hrsg.).

Kreis, J. (2005). Evidenzbasis von Gesundheitsförderung und Prävention. In J. Müller & F. Stratmann (Hrsg.), *Gesundheitsförderung in Hochschulen* (S. 46-49). Hannover: HIS Kurzinformation Bau und Technik.

Krieger, H. (2001). Gesundheitsförderung aus der Sicht einer Sicherheitsfachkraft am Beispiel der Universität Potsdam. In F. Stratmann & J. Müller, *Gesundheitsförderung in der Hochschule* (S.55-57). Hannover: HIS Kurzinformation Bau und Technik.

- Kriener, B. (2003). *Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen Unternehmen – eine qualitative Untersuchung zu bestehenden Hindernissen und ihre mögliche Umsetzung*. Diplomarbeit, Universität Wien.
- Kruse, C. & Thiele, J. (Hrsg.) (1991). *Gesundheit und Bewegung. Didaktische Perspektiven und praktische Umsetzung (Band 2 der Reihe „Gesundheitsbildung durch Wahrnehmungsentwicklung und Bewegungserfahrung“)*. Köln: Sport u. Buch Strauß, Ed. Sport
- Küpper, D. & Kottmann, L. (1991). *Sport und Gesundheit*. Schorndorf: Hofmann
- Kuhlmann, E. & Kolip, P. (2005). *Gender und Public Health*. Weinheim: Juventa
- Kuhn, J. (2000). Rückkehrgespräche statt Gesundheitszirkel – wohin steuert die betriebliche Gesundheitsförderung? *Prävention - Zeitschrift für Gesundheitsförderung*, 2.
- Kuhn, J. (2004). Die betriebliche Gesundheitsförderung zwischen konzeptioneller Erneuerung und praktischer Stagnation. In R. Busch & AOK Berlin (Hrsg.), *Unternehmensziel Gesundheit. Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Praxis - Bilanz und Perspektiven* (S.51-58). München und Mering: Rainer Hampp Verlag
- Kwak, L. et al. (2006). Participation rates in worksite-base intervention studies: health-promotion context as a crucial quality criterion. *Health promotion international*, 21, 66-69.
- Lenhardt, U. & Rosenbrock, R. (2006). *Wegen Umbau geschlossen? Auswirkungen betrieblicher Reorganisation auf den Gesundheitsschutz*. Berlin: edition sigma
- Leonard, H. & Freedman, A.M. (2000). From scientific management through fun and games to high-performing teams: A historical perspective on consulting to team-based organizations. *Consulting psychology journal: Practice & research*, 52 (1), 3-19.
- Leppin, A. (2003). Burnout. In B. Badura & F. Hehlmann, *Betriebliche Gesundheitspolitik* (S.141-148). Berlin u.a.: Springer
- Linnan, L.A., Sorensen, G., Colditz, G., Klar, N. & Emmons, K.M. (2001). Using theory to understand the multiple determinants of low participation in worksite health promotion programs. *Health education & behaviour*, 28 (5), 591-607.
- Lobnig, H. & Pelikan, J.M. (Hrsg.) (1996). *Gesundheitsförderung in Settings. Gemeinde, Betrieb, Schule und Krankenhaus. Eine österreichische Forschungsbilanz*. Wien: Facultas-Universitätsverlag.
- Lüde, R. (1993). Neue Konzepte der Organisationsentwicklung an Schulen. In J.M. Pelikan (Hrsg.), *Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen* (S. 317-327). Weinheim: Juventa
- Martin, B.W., Kahlmeier, S., Racioppi, F., Berggren, F., Miettinen, M., Oppert, J.M., Rutter, H., Slachta, R., Von Poppel, M., Zakotnic, J.M., Meusel, D., Oja, P. & Sjöström, M. (2006). Evidence-based physical activity promotion – HEPA Europe, the European Network for the Promotion of Health Enhancing Physical Activity. *Journal of Public Health* 14, 53-57.

- Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken*. Weinheim: Beltz
- Meggeneder, O. (Red.), Österreichische Kontaktstelle für BGF (Hrsg.) (1997). *Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich*. Linz: Forschungsinstitut für Sozialplanung der Johannes Kepler Universität
- Meggeneder, O. (Red.), Österreichische Kontaktstelle für BGF (Hrsg.) (1998). *Projektmanagement in der betrieblichen Gesundheitsförderung*. Linz: Institut für Gesellschafts- u. Sozialpolitik, Johannes-Kepler-Universität.
- Meier, S. (2001). Gesundheitslabor für Student(inn)en an der Universität Bielefeld. In F. Stratmann & J. Müller, *Gesundheitsförderung in der Hochschule* (S.53-54). Hannover: HIS Kurzinformation Bau und Technik.
- Meifert, M.T. & Kesting, M. (Hrsg.) (2004). *Gesundheitsmanagement im Unternehmen – Konzepte, Praxis, Perspektiven*. Berlin: Springer
- Messing, K. & Östlin, P. (2003) *Gender Equality, Work and Health: A Review of the Evidence*. WHO.
- Messing K., Punnett, L., Bond, M., Alexanderson, K., Pyle, J., Zahm, S., Wegman, D., Stock, S.R. & De Grosbois, S. (2003). Be the fairest of them all: challenges and recommendations for the treatment of gender in occupational health research. *American journal of industrial medicine* 43, 618-629.
- Midha, A. & Sullivan, M. (1999). Conflicting rationales for promoting health in the workplace. *Critical public health*, 9 (3), 223-232.
- Milles, D. (2003). Flexibilisierung der Erwerbsarbeit, Erwerbslosigkeit und Gesundheit. In Wissenschaftliche Arbeitsstelle des Oswald-von-Nell-Breuning-Hauses (Hrsg.), *Hauptsache Gesund! Gesellschaftliche Widersprüche um Arbeit und Gesundheit* (S.95-102). Münster u.a.: Lit-Verlag
- Mills, M. (1996). Casualties of corporate health schemes. Organisations using health promotion programmes are hitting the wrong target. *People management*, 2 (19), 36-39.
- Mißler, M. & Theuringer, T. (2003). Brave new working world? Europe needs investment in workplace health promotion – more than ever before. *Promotion & education*, 10 (4), 14-16.
- Mitterbauer, G. (1994). *Neue Wege für den Betriebssport präventivorientierte Bewegungsangebote zur Förderung von Gesundheit, Fitneß und Wohlbefinden als gemeinsames Unternehmensziel von Arbeitgeber(innen)Innen und ArbeitnehmerInnen*. Innsbruck: Eigenverlag G. Mitterbauer
- Müller, B. & Westerhoff, U. (2003). Qualifizierung für das Betriebliche Gesundheitsmanagement. In B. Badura & F. Hehlmann, *Betriebliche Gesundheitspolitik* (S.249-254). Berlin u.a.: Springer
- Müller, J. & Stratmann, F. (2005). *Gesundheitsförderung in Hochschulen*. Hannover: HIS Kurzinformation Bau und Technik.

- Münch, E. Walter, U. & Badura, B. (2003). *Führungsaufgabe Gesundheitsmanagement*. Berlin: Edition Sigma
- Münch, E. (2003). Projektmanagement. In B. Badura & F. Hehlmann, *Betriebliche Gesundheitspolitik* (S.191-200). Berlin u.a.: Springer
- Naidoo, J. & Wills, J. (2003). *Lehrbuch der Gesundheitsförderung*. Köln: BZgA.
- Naumanen, P. (2006). The health promotion model as assessed by ageing workers. *Journal of clinical nursing*, 15, 219-226.
- Noack, R.H. (1996). Public Health, Salutogenese und Gesundheitsförderung. In H. Lobnig & J.M.Pelikan (Hrsg.), *Gesundheitsförderung in Settings. Gemeinde, Betrieb, Schule und Krankenhaus. Eine österreichische Forschungsbilanz* (S. 26-36). Wien: Facultas-Universitätsverlag.
- Nutbeam & Harris (2001). *Theorien und Modelle der Gesundheitsförderung*. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung
- Oldenburg, B., Sallis, J.F., Harris, D. & Owen, N. (2002). Checklist of health promotion environments at worksites (CHEW): development and measurement characteristics. *American journal of health promotion*, 16 (5), 288-299.
- Oppolzer, A. (2003). Arbeits- und Gesundheitsschutz im Qualitätsmanagement. In B. Badura & F. Hehlmann, *Betriebliche Gesundheitspolitik* (S.267-272). Berlin u.a.: Springer
- Osterloh, M. & Weibel, A. (2006). Vertrauen und Kontrolle. In R. Zaugg & N. Thom (Hrsg.), *Handbuch Kompetenzmanagement. Durch Kompetenz nachhaltig Werte schaffen ; Festschrift für Norbert Thom* (S. 53-64). Bern, Stuttgart, Wien: Haupt-Verlag
- Ovretveit (2002). *Evaluation gesundheitsbezogener Interventionen. Einführung in die Bewertung von gesundheitsbezogenen Behandlungen, Dienstleistungen, Richtlinien und organisationsbezogenen Interventionen*. Bern: Huber
- Paulus, P. (2000). Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen. Übertragbare Erfahrungen und Empfehlungen für ein Netzwerk „Gesundheitsfördernde Hochschulen“. In U. Sonntag et al. (Hrsg.), *Gesundheitsfördernde Hochschulen. Konzepte, Strategien und Praxisbeispiele* (S. 25-36). Weinheim, München: Juventa
- Papenkort, U.(1997). Gesundheit. Versuch einer Definition, ausgehend von der WHO-Bestimmung von 1946. In: K. Koddenberg & U. Papenkort: *Gesundheit und Allgemeine Weiterbildung. Erfahrungen und Empfehlungen zur Gesundheitsbildung* (S.132-141). Würzburg: Echter
- Pelikan, J.M. (Hrsg.) (1993). *Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen*. Weinheim: Juventa
- Peltomäki P., Johansson, M., Ahrens, W., Sala, M., Wesseling, C., Brenes, F., Font, C., Husman, K., Janer, G., Kallas-Tarpila, T., Kogevinas, M., Loponen, M., Solé, M.D., Tempel, J., Vasama-Neuvonen, K. & Partanen, T. (2003). Social context for workplace health promotion: feasibility considerations in Costa Rica, Finland, Germany, Spain and Sweden. *Health promotion international*, 18 (2), 115-126.

Pfaff, H. & Slesina, W. (Hrsg.) (2001). *Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung*. Weinheim, München: Juventa

Pfaff, H. (2001). Evaluation und Qualitätssicherung im betrieblichen Gesundheitsmanagement. In H. Pfaff & W. Slesina (Hrsg.), *Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung* (S.27-52). Weinheim, München: Juventa

Pfaff, H. & Bentz, J. (2001). Lernbasiertes Gesundheitsmanagement. In H. Pfaff & W. Slesina (Hrsg.), *Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung* (S.181-198). Weinheim, München: Juventa

Pfaff, H. & Pühlhofer, F. (2003). Mitarbeiterbefragung. In B. Badura & F. Hehlmann, *Betriebliche Gesundheitspolitik* (S.215-222). Berlin u.a.: Springer

Pilz, G.A. (1991) in Küpper und Kottmann. Sport und Gesundheit – Anmerkungen aus soziologischer Sicht. In D. Küpper & L. Kottmann (Hrsg.), *Sport und Gesundheit* (S.109-126). Schorndorf: Hofmann.

Pirolt, E. & Schauer, G. (2005). *Gender Mainstreaming*. Linz: ppm Forschung und Beratung

Plotnikoff, R.C., McCargar, L.M., Wilson, P.M. & Loucaides, C.A. (2005). Efficacy of an e-mail intervention for the promotion of physical activity and nutrition behavior in the workplace context. *American journal of health promotion*, 19 (6), 422-429.

Purath J., Miller A.M., McCabe, G. & Wilbur, J.E. (2004). A brief intervention to increase physical activity in sedentary working women. *Canadian journal of nursing research*, 36 (1), 76-91.

Richter, G. (2003). Innere Kündigung und Gesundheit. In B. Badura & F. Hehlmann, *Betriebliche Gesundheitspolitik* (S.149-156). Berlin u.a.: Springer

Richter, G. (2007). Instrumentarium zur Erhebung psychischer Belastungen am Arbeitsplatz. In A. Krämer et al. (Hrsg.), *Gesundheitsförderung im Setting Hochschule. Wissenschaftliche Instrumente, Praxisbeispiele und Perspektiven* (S.101-112). Weinheim u. München : Juventa

Ritter (2000). Qualität und Effizienz durch Managementsysteme des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes. In A. Schröer (Hrsg.), *Wettbewerbsvorteil Gesundheit* (S.17-38). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NRW

Robinson, T. (2006). *Work, Leisure and the environment. The vicious circle of overwork and overconsumption*. Cheltenham, Northhampton: Edward Elgar.

Rolfsmeier, A. (2003). *Gesundheitsförderung durch Sport an einer Hochschule*. Aachen: Meyer & Meyer.

Rosenbrock (2000). Stand und Perspektiven der Qualitätssicherung. In A. Schröer (Hrsg.), *Wettbewerbsvorteil Gesundheit. Qualität und Effizienz der betrieblichen Gesundheitsförderung* (S.1-16). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NRW

Sala, M. , Janer, G., Font, C., Garau, I., Solé, M.D., Corbella, T., Partanen, T. & Kogevinas, M. (2002). Actitudes de los trabajadores frente a los programas de promoción de

salud para la prevención del cancer en el lugar del trabajo. *Faceta sanitaria* (S.E.S.P.A.S.), 16 (6), 521-525.

Samitz, G. & Mensink, G.B.M. (2002). *Körperliche Aktivität in Prävention und Therapie. Evidenzbasierter Leitfaden für Klinik und Praxis*. München: Hans Marseille.

Sanders (Hrsg.) (2006). *Joint Committee on Standards for Educational Evaluation : Handbuch der Evaluationsstandards. Die Standards des "Joint Committee on Standards for Educational Evaluation"*. Wiesbaden: Verlag Sozialwissenschaften

Scala, K. (1996). Beiträge der Organisationsforschung zur Gesundheitsförderung im Betrieb. In H. Lobnig & J.M.Pelikan (Hrsg.), *Gesundheitsförderung in Settings. Gemeinde, Betrieb, Schule und Krankenhaus. Eine österreichische Forschungsbilanz* (S. 76-86). Wien: Facultas-Universitätsverlag.

Scala, K. & Grossmann, R. (1997). *Supervision in Organisationen. Veränderungen bewältigen – Qualität sichern – Entwicklung fördern*. Weinheim u.a.: Juventa

Scala, K. (1997). Interventionsinstrumente der Supervision in Institutionen. In: K. Scala & R. Grossmann (Hrsg.), *Supervision in Organisationen. Veränderungen bewältigen – Qualität sichern – Entwicklung fördern* (S.95-103). Weinheim u.a.: Juventa

Schäfers, M. (2003). Arbeit als Beitrag zur Menschwerdung und Gesundheit. Historische Erinnerungen und Zukunftsaussichten. In Wissenschaftliche Arbeitsstelle des Oswald-von-Nell-Breuning-Hauses (Hrsg.), *Hauptsache Gesund! Gesellschaftliche Widersprüche um Arbeit und Gesundheit*. (S.5-10). Münster u.a.: Lit-Verlag

Scherler, K.H. (1999). *Elementare Didaktik. Vorgestellt an Beispielen aus dem Sportunterricht*. Weinheim: Beltz.

Schnabel, P. E. (2007a). Die Gesundheit von wissenschaftlich Beschäftigten - eine nicht einfach zu erreichende Statusgruppe. In A. Krämer et al., *Gesundheitsförderung im Setting Hochschule. Wissenschaftliche Instrumente, Praxisbeispiele und Perspektiven* (S.41-60). Weinheim u. München : Juventa

Schnabel, P.E. (2007b). *Gesundheit fördern und Krankheit prävenieren*. Weinheim, München: Juventa

Schröer, A. (Hrsg.) (2000). *Wettbewerbsvorteil Gesundheit. Qualität und Effizienz der betrieblichen Gesundheitsförderung*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NRW

Schwartz, F.W. et al. (Hrsg.) (2003). *Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen; Gesundheit fördern - Krankheit verhindern*. München: Urban und Fischer

Schwarzer, R. (Hrsg.) (2002). *Gesundheitspsychologie von A bis Z: Ein Handwörterbuch*. Göttingen: Hogrefe.

Schwenkmezger, P. (Hrsg.) (1994a) *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie*. Stuttgart: Enke

Schwenkmezger, P. (1994b). Die persönlichkeitspsychologische Perspektive. In P. Schwenkmezger (Hrsg.), *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie* (S. 47-64). Stuttgart: Enke

Shannon, H.S., Robson, L.S. & Sale, J.E.M. (2001). Creating safer and healthier workplaces: Role of organizational factors and job characteristics. *American Journal of Industrial Medicine*, 40 (3), 319-334.

Shelton, C.D., McKenna, M.K. & Darling, J.R. (2002). Leading in the age of paradox: Optimizing behavioural style, job fit and cultural cohesion. *Leadership & organization development journal*, 23 (7). 372-379.

Shephard, R.J. (2000). Workplace health promotion and the older worker. *International journal of industrial ergonomics*, 25 (5), 465-475.

Sherman, B. (2002). Worksite health promotion. A critical investment. *Disease Management Health Outcomes* 10 (2), 101-108.

Siebert, D. & Hartmann, T. (2007). Settingbezogene Gesundheitsförderung in Deutschland – ein Überblick. In A. Krämer et al. (Hrsg.), *Gesundheitsförderung im Setting Hochschule. Wissenschaftliche Instrumente, Praxisbeispiele und Perspektiven* (S.201-208). Weinheim u. München : Juventa

Simm, H.J. & Unnold, K. (2000). Personalentwicklung als Mittel zur Gesundheitsförderung an der Universität Bielefeld. In U. Sonntag et al. (Hrsg.), *Gesundheitsfördernde Hochschulen. Konzepte, Strategien und Praxisbeispiele*. (S. 218-228). Weinheim, München: Juventa

Sjögren, T., Nissinen, K.J., Järvenpää, S.K., Ojanen, M.T., Vanharanta, H. & Mäkiä, E.A. (2006). Effects of a physical exercise intervention on subjective physical well-being, psychosocial functioning and general well-being among office workers: A cluster randomized-controlled cross-over design. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 16, 381-390.

Sjögren, T., Nissinen, K.J., Järvenpää, S.K., Ojanen, M.T., Vanharanta, H. & Mäkiä, E.A. (2006). Effects of a workplace physical exercise intervention on the intensity of low back symptoms in office workers: A cluster randomized controlled cross-over design. *Journal of back and musculoskeletal rehabilitation* 19, 13-24.

Slesina, W., Beuels, F.R. & Sochert, R. (1998). *Betriebliche Gesundheitsförderung. Entwicklung und Evaluation von Gesundheitszirkeln zur Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen*. Weinheim und München: Juventa.

Slesina, W. (2001). Formen betrieblicher Gesundheitsförderung: Bedarf an Evaluation und Qualitätssicherung. In H. Pfaff & W. Slesina (Hrsg.), *Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung* (S.17-26). Weinheim, München: Juventa

Slesina, W. (2001). Evaluation betrieblicher Gesundheitszirkel. In H. Pfaff & W. Slesina (Hrsg.), *Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung* (S.75-96). Weinheim, München: Juventa

Sloman, M. & Philpott, J. (2006). Training and learning in the knowledge and service economy. *Journal of European Industrial Training*, 26 (2/3/4), 240-250.

Sobhan-Sarbandi, M., Stock, C. & Krämer, A. (2000). Die Rückengesundheit von Student(inn)en im Rahmen einer gesundheitsfördernden Hochschule. In U. Sonntag et al. (Hrsg.), *Gesundheitsfördernde Hochschulen. Konzepte, Strategien und Praxisbeispiele* (S. 139-148). Weinheim, München: Juventa

Sochert, R. (1998). *Gesundheitsbericht und Gesundheitszirkel. Evaluation eines integrierten Konzepts betrieblicher Gesundheitsförderung*. Bremerhaven: BKK

Sonntag, U., Gräser, S., Stock, C. & Krämer, A. (2000). *Gesundheitsfördernde Hochschulen:*

Konzepte, Strategien und Praxisbeispiele. Weinheim, München: Juventa

Sonntag, U., Kolip, P. & Knoch, D. (2000). Frauenspezifische Aspekte einer gesundheitsfördernden Hochschule. In U. Sonntag et al. (Hrsg.), *Gesundheitsfördernde Hochschulen. Konzepte, Strategien und Praxisbeispiele* (S. 37-52). Weinheim, München: Juventa

Staman, J. (2003) Arbeitsstrukturen in der Neuen Wirtschaft – gesundheitliche Konsequenzen entgrenzten Arbeitens. In Wissenschaftliche Arbeitsstelle des Oswald-von-Nell-Breuning-Hauses (Hrsg.), *Hauptsache Gesund! Gesellschaftliche Widersprüche um Arbeit und Gesundheit* (S.71-76). Münster u.a.: Lit-Verlag

Stiehler, S. & Nestmann, F. (2000). Das Dresdener Netzwerk studienbegleitender Hilfen. Theorie und Praxis eines Modells präventiver Studentenberatung. In U. Sonntag et al. (Hrsg.), *Gesundheitsfördernde Hochschulen. Konzepte, Strategien und Praxisbeispiele* (S. 175-185). Weinheim, München: Juventa

Stock, C. & Krämer, A. (2000). Psychosozialer Belastungen und psychosomatische Beschwerden von Student(inn)en. Ergebnisse einer Längsschnittstudie. In U. Sonntag et al. (Hrsg.) (2000). *Gesundheitsfördernde Hochschulen. Konzepte, Strategien und Praxisbeispiele* (S. 127-138). Weinheim, München: Juventa

Stock, C. (2007). Die Relevanz von Qualitätssicherung für die gesundheitsfördernde Hochschule. In A. Krämer et al. (Hrsg.), *Gesundheitsförderung im Setting Hochschule. Wissenschaftliche Instrumente, Praxisbeispiele und Perspektiven*. Weinheim u. München : Juventa

Stratmann, F. & Müller, J. (2001). Gefährdungsbeurteilung nach dem Arbeitsschutzgesetz – Ein Instrument auch für die BGF? In F. Stratmann & J. Müller, *Gesundheitsförderung in der Hochschule* (S. 31-36). Hannover: HIS Kurzinformation Bau und Technik.

Stratmann F.& Müller J. (2001). *Gesundheitsförderung in der Hochschule*. Hannover: HIS Kurzinformation Bau und Technik.

Sulzberger, M. (2006). Leading Development. In R. Zaugg & N. Thom (Hrsg.), *Handbuch Kompetenzmanagement. Durch Kompetenz nachhaltig Werte schaffen ; Festschrift für Norbert Thom* (S.117-130). Bern, Stuttgart, Wien: Haupt-Verlag

Teicher, H.J. (1987). *Illustrierte Geschichte des Arbeitersports*. Berlin: Dietz.

Tessaro, I., Campbell, M., Benedict, S., Kelsey, K., Heisler-MacKinnon, J., Belton, L. & DeVellis, B. (1998). Developing a worksite health promotion intervention: health works for women. *American journal of health behaviour*, 22 (6), 434-442.

Thiele, J. (Hrsg.) (1998). *Standortbestimmung der Sportpädagogik - zehn Jahre danach. Jahrestagung der dvs-Sektion Sportpädagogik vom 15.-17.5.1997 in Köln*. Hamburg: Czwalina.

Thul, M. & Zink, K. (2001). Selbstbewertung als Ansatz zur Bewertung betrieblicher Gesundheitsmanagementsysteme. Konzept, Möglichkeiten und Grenzen. In H. Pfaff & W. Slesina (Hrsg.), *Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung* (S. 161-180). Weinheim, München: Juventa

Tsouros, A. (2000). Health Promoting Universities: concept and strategy. In U. Sonntag et al. (Hrsg.), *Gesundheitsfördernde Hochschulen. Konzepte, Strategien und Praxisbeispiele* (S. 15-24). Weinheim, München: Juventa

UCLAN (2003). *Lone Working. Guidance for all Employees.*

Unnold, K. (2001). Organisations- und Personalentwicklung: Handlungsspielräume für Personaldezernenten und Personalräte. In F. Stratmann & J. Müller, *Gesundheitsförderung in der Hochschule* (S. 59-62). Hannover: HIS Kurzinformation Bau und Technik.

Unnold, K. (2005). Zehn Jahre Gesundheitsförderung an der Universität Bielefeld. In J. Müller & F. Stratmann (Hrsg.), *Gesundheitsförderung in Hochschulen* (S. 42-45). Hannover: HIS Kurzinformation Bau und Technik.

Unnold, K. & Walter, U. (2007). Universität Bielefeld – Konzept für eine gesunde Hochschule. In A. Krämer et al. (Hrsg.), *Gesundheitsförderung im Setting Hochschule. Wissenschaftliche Instrumente, Praxisbeispiele und Perspektiven* (S.143-152). Weinheim u. München : Juventa

Urban, H.-J. (2004). Perspektiven einer innovativen betrieblichen Gesundheitspolitik – aus gewerkschaftlicher Sicht. In R. Busch & AOK Berlin (Hrsg.), *Unternehmensziel Gesundheit. Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Praxis - Bilanz und Perspektiven* (S. 59-69). München und Mering: Rainer Hampp Verlag

Walter, U. (2003). Fokusgruppen. In B. Badura & F. Hehlmann, *Betriebliche Gesundheitspolitik* (S. 233-236). Berlin u.a.: Springer

Weber, T. & Stich-Kreitner, V. (2002). Gesundheitszirkel Reinigungsdienst. *Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin* 37 (12), 606-614.

Weineck, J. (2004). *Optimales Training. Leistungsphysiologische Trainingslehre unter besonderer Berücksichtigung des Kinder- und Jugendtrainings* (14. Auflage). Erlangen: Spitta

Weitkunat, R. (Hrsg.) (1997). *Public Health und Gesundheitspsychologie: Konzepte, Methoden, Prävention, Versorgung, Politik*. Bern: Hans Huber

Westermayer, G. & Stein, B.A. (2006). *Produktivitätsfaktor betriebliche Gesundheit*. Göttingen u.a.: Hogrefe

Whitehead, D., Taket, A. & Smith, P. (2003). Action research in health promotion. *Health education journal*, 62 (1), 5-22.

Whitehead, D. (2006). Workplace health promotion: the role and responsibility of health care managers. *Journal of Nursing Management*, 14 (1), 59-68.

WHO (1994). *Global strategy on occupational health for all: The way to health at work. Recommendation of the second meeting of the WHO Collaborating Centres in Occupational Health, 11-14 October 1994, Beijing, China.*

WHO (2006). *Declaration on Workers Health, approved at the 7th meeting of the WHO Collaborating centres for OH, Stresa, Italy, 8-9 June 2006.*

Wieland, R., Tint-Antusch, T. & Hölper, K. (2005). Lebensraum Hochschule – für alle gestalten und erfolgreich gestalten. Praxisbericht der Bergischen Universität Wuppertal. In J. Müller & F. Stratmann (Hrsg.), *Gesundheitsförderung in Hochschulen* (S. 35-41). Hannover: HIS Kurzinformation Bau und Technik.

Wissenschaftliche Arbeitsstelle des Oswald-von-Nell-Breuning-Hauses (Hrsg.) (2003). *Hauptsache Gesund! Gesellschaftliche Widersprüche um Arbeit und Gesundheit.* Münster u.a.: Lit-Verlag

Yancey, A.K. , Lewis, L.B., Sloane, D.C., Guinyard, J.J., Diamant, L., Nascimento, L.M.& Mc Carthy, W.J. (2004). Leading by example: a local health department-community collaboration to incorporate physical activity into organizational practice. *Journal of public health management and practice*, 10 (2), 116-123.

Zahnd (2000). Betriebliche Gesundheitsförderung in der Schweiz. Engagement und Kooperation von Kranken- und Unfallversicherern. In A. Schröer (Hrsg.), *Wettbewerbsvorteil Gesundheit. Qualität und Effizienz der betrieblichen Gesundheitsförderung* (S.127-146). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NRW

Zaugg, R. J. & Thom, N. (Hrsg. (2006). *Handbuch Kompetenzmanagement. Durch Kompetenz nachhaltig Werte schaffen ; Festschrift für Norbert Thom.* Bern, Stuttgart, Wien: Haupt-Verlag

Zimbardo, P. G. (1988). *Psychologie.* Berlin: Springer-Verlag

Zoller, H.M. (2003). Working out: Managerialism in Workplace Health Promotion. *Management Communication Quarterly* (17), 171.

Verzeichnis elektronischer Quellen

www.braintrack.com

www.gesundheitsfördernde-hochschulen.de

www.ris-bka.gv.at/bundesrecht

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Analyse, 1. Schritt: Auswahl der zu analysierenden Interventionen	232
Tab. 2: Analyse, 2. Schritt: Einordnung der an einer Universität stattfindenden Interventionen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nach ihrem Umfangsbereich	232
Tab. 3: ad Analyse, 2. Schritt: Merkmale eines Teilsystems „Betriebliche Gesundheitsförderung“ im Setting Universität	233
Tab. 4: Analyse, 3. Schritt: Bestimmung der für die jeweilige Universität gefundenen Interventionsformen betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten	235
Tab. 5: Ad Analyse, 3. Schritt: Bestimmung der für die jeweilige Universität gefundenen Interventionsformen betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten	236
Tab. 6: Analyse, 4. Schritt: Prüfung dieser Interventionen zur betrieblichen Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten auf ihre Übereinstimmung mit den in 2.6 beschriebenen Grundsätzen	238
Tab. 7: Analyse, 5. Schritt: Betrachtung der Rolle, die Bewegungsaktivitäten im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung spielen	242
Tab. 8: Überblick: Hochschulen	257
Tab. 9: Befunde zum Teilsystem Bewegung	268
Tab. 10: Prüfung auf Übereinstimmung der Interventionen mit Bewegungsaktivitäten mit Gesundheitsförderungsgrundsätzen	284

Abbildungsverzeichnis

Abb.1: Möglichkeiten der Einteilung von Interventionsformen der Gesundheitsförderung	72
Abb. 2: Interventionen nach dem der vorliegenden Arbeit zugrunde liegenden Verständnis von Gesundheitsförderung: Systemische Interventionen	73
Abb. 3: Grundsätze der Gesundheitsförderung	83
Abb. 4: Doppelrolle von Bewegungsaktivitäten zur Gesundheitsförderung	96
Abb. 5 : Merkmale eines Teilsystems „Betriebliche Gesundheitsförderung“	171
Abb. 6: „Teilsystem Bewegung“ im System der betrieblichen Gesundheitsförderung	186
Abb. 7: Vernetzung des Teilsystems Bewegung	186
Abb. 8: Übersicht: Interventionsformen betrieblicher Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten an Universitäten in Deutschland, Österreich und der Schweiz	266

„Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit *selbstständig verfasst habe* und nur die ausgewiesenen Hilfsmittel verwendet habe. Diese Arbeit wurde daher weder an einer anderen Stelle eingereicht (z.B. für andere Lehrveranstaltungen) noch von anderen Personen (z.B. Arbeiten von anderen Personen aus dem Internet) vorgelegt.“

Sigrid Panovsky

Curriculum vitae **Sigrid Panovsky**

geboren am 10.08.1970 in St.Pölten

Ausbildung

09 / 2006 – (voraussichtlich) 09 / 2009

Doktoratsstudium im Fach Bewegungs- und Sportpädagogik

03 / 1993 – 09 / 2000

Diplomstudium Sportwissenschaften und Prävention/Rekreation; Magistra

09 / 1988 – 03 / 1996

Studium der „Forstwirtschaft“ an der Universität für Bodenkultur Wien;

Diplomingenieurin

06 / 1988 Matura (BG St.Pölten, humanistisches Gymnasium)

Beruflicher Werdegang

01 / 2009 – 06 / 2009

Lehrerin (Wiener Montessorischulen)

01 / 2005 – 12 / 2008

Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Sportwissenschaften
der Universität Wien

02 / 2001 – 12 / 2004

Sportwissenschaftlerin (Rogner Bad Blumau Hotel & Spa)

01 / 1999 – 01 / 2001

Mitarbeit im Verein „Gesundheit durch Bewegung“ sowie an Volkshochschulen in Wien

03 / 1989 – 01 / 2001

Leitung von Bewegungs-, Spiel- und Sportangeboten für Kinder in Turnvereinen

08 / 1992 – 01 / 2001

Kartographische Arbeiten für die Österreichischen Bundesforste AG