



universität
wien

MASTERARBEIT

Titel der Masterarbeit

Bewegung in der Betrieblichen Gesundheitsförderung:
Ein Konzept für die Entwicklung von Gesundheitsförderungs-
programmen zur Steigerung körperlicher Aktivität erwerbstätiger
Erwachsener

angestrebter akademischer Grad
Master of Science (MSc)

Verfasserin: Irene Umschaden, Bakk.rer.nat.
Studienrichtung: Ernährungswissenschaften
Betreuerin: Ass.-Prof. Dr. Petra Rust

Wien, im September 2010

Vorwort

„Wenn wir jedem Individuum das richtige Maß an Nahrung und Bewegung zukommen lassen könnten, hätten wir den sichersten Weg zur Gesundheit gefunden.“

Hippokrates (460-377 v. Chr.)

Danksagung

Zu allererst möchte ich mich bei Frau Prof. Dr. Petra Rust für die Übernahme der Masterarbeit bedanken und dafür, dass sie die Thematik von Anfang an befürwortet und viel Organisatorisches erleichtert hat. Vielen Dank!

Besonders danke ich Frau Dr. Alexandra Wolf für ihre fachlich kompetente, sozial engagierte und mental beruhigende Unterstützung. Durch ihr kritisches Hinterfragen und ihre qualifizierten Anregungen konnte ich das anfängliche Chaos entwirren und mein Ziel geradlinig erreichen. Dankeschön!

Weiters möchte ich mich bei meinem privaten sozialen Netzwerk für die moralische Unterstützung bedanken und das offene Ohr für meine Anliegen. Besten Dank!

Wolfgang - Danke für deine Achtsamkeit, deinen Gleichmut und dein Verständnis. Du lässt mich niemals (ver-)zweifeln.

Zu guter Letzt richtet sich meine Dankbarkeit an meine Familie. Bettina, danke dass du immer an mich glaubst. Danke Mama und Papa für die uneingeschränkte Unterstützung, Euer Vertrauen und den Rückhalt während des gesamten Studiums.

„Nicht die Glücklichen sind dankbar.

Es sind die Dankbaren, die glücklich sind.“

Francis Bacon

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	I
Danksagung	II
Inhaltsverzeichnis	III
Abbildungsverzeichnis	VI
Tabellenverzeichnis	VII
Abkürzungsverzeichnis	VIII
1 Einleitung und Fragestellung	1
2 Gesundheit und Lebensstil in Österreich	2
2.1 Lebenserwartung, Mortalität und Todesursache	2
2.2 Gesundheitsrisiken	3
2.2.1 Chronische Krankheiten	3
2.2.2 Übergewicht und Adipositas	4
2.2.3 Inadäquate Ernährung	5
2.2.4 Bewegungsmangel	6
3 Gesundheitsförderung und Prävention	7
3.1 Definition	7
3.2 Historische Entwicklung	8
3.2.1 Griechische Antike bis Neuzeit	8
3.2.2 Alma-Ata Deklaration 1978.....	9
3.2.3 Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung 1988.....	9
3.2.4 Jakarta Erklärung zur Gesundheitsförderung 1997	10
3.3 Gesundheitsförderung in Österreich	11
3.3.1 Gesundheitsförderungsgesetz 1998.....	11
3.3.2 Gesundheit Österreich GmbH 2006	11
3.3.3 Fonds „Gesundes Österreich“	11
3.4 Betriebliche Gesundheitsförderung	12
3.4.1 Definition und Entwicklung auf europäischer Ebene	12
3.4.2 Luxemburger Deklaration 1997	12
3.4.3 Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich	13
3.5 Gesundheitsausgaben	14

3.6	Sozialkapital	14
3.7	Soziale Ungleichheit	15
3.8	Verhaltens- und Verhältnisprävention	16
4	Körperliche Aktivität	18
4.1	Definition	18
4.1.1	Körperliche Aktivität (Bewegung)	18
4.1.2	Dosis-Wirkungs-Prinzip	19
4.2	Bewegungsempfehlungen	20
4.3	Auswirkungen auf die Gesundheit	22
4.4	Synergien Ernährung und Bewegung	23
4.5	Bewegung und betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)	24
5	Darstellung konzeptueller Grundlagen	26
5.1	Intervention Mapping Protokoll (IMP)	26
5.2	Precede-Proceed Model	27
5.3	Sozial kognitive Theorie	29
5.4	Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung	30
5.5	Gemeinschaftsorganisations-Theorie	31
5.6	Kommunikationstheorie (Gesundheitskommunikation)	33
5.7	Gesetzliche Richtlinien (Public Policies)	34
5.8	Soziales Marketing	35
6	Konzept für die BGF [map-4-motion]	36
6.1	Stufe 1: Bedarfsanalyse	37
6.1.1	Determinantenanalyse	37
6.1.2	Kapazitätsanalyse	41
6.1.3	Stakeholderanalyse.....	46
6.2	Stufe 2: Zielsetzung	49
6.2.1	Beispiel für die Zieldefinition in der BGF	50
6.2.2	Indikatoren.....	52
6.2.3	Definition von Nichtzielen	53
6.3	Stufe 3: Theorie, Methoden und Strategien	54
6.3.1	Verknüpfung von Determinanten und Theorie	54
6.3.2	Diskrepanz zwischen Methoden und Strategien	59
6.4	Stufe 4: Interventionsmaßnahmen	62
6.4.1	Individuelle Faktoren	62

6.4.2	Soziales Umfeld.....	63
6.4.3	Lebens- und Arbeitsbedingungen.....	63
6.4.4	Gebaute Umwelt, politisches Umfeld.....	65
6.4.5	Maßnahmenkatalog - Beispiele.....	65
6.5	Stufe 5: Implementierungsplan.....	67
6.5.1	3-Phasen-Plan.....	68
6.5.2	Schnittstellen.....	70
6.5.3	Projektmanagement.....	70
6.6	Stufe 6: Evaluierungskonzept & Monitoring.....	72
6.6.1	Prozessevaluierung.....	73
6.6.2	Effektevaluierung.....	74
6.6.3	Ergebnisevaluierung.....	74
6.6.4	Evaluierungsplan.....	74
7	Konzeptmanagement.....	77
7.1	Definition.....	77
7.2	Problembetrachtung Klein- und Mittelbetriebe.....	78
7.2.1	Charakteristika.....	79
7.2.2	Lösungsansätze.....	80
7.2.3	Kosten-Nutzen-Aspekte.....	81
7.3	Modellprojekte.....	83
7.3.1	"WEG - Wirtschaftlicher Erfolgsfaktor Gesundheit".....	83
7.3.2	"switch2006.at".....	84
7.3.3	"Men health work".....	85
7.3.4	Einschätzung der Modellprojekte.....	86
7.4	Vorgehensmodell am Beispiel KMU in Österreich.....	88
7.4.1	Konzeptmanagement.....	88
7.4.2	Vorprojektphase.....	88
7.4.3	Projektphase.....	90
7.4.4	Nachprojektphase.....	91
8	Schlussbetrachtung.....	92
9	Zusammenfassung.....	94
10	Summary.....	95
	Literaturverzeichnis.....	96

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Anteil Todesursachen in Österreich	3
Abbildung 2 Intervention Mapping Protokoll.....	27
Abbildung 3 Precede-Proceed Modell.....	28
Abbildung 4 Determinantenanalyse Precede-Modell	38
Abbildung 5 Einflussfaktoren Verhalten und Verhältnisse.....	40
Abbildung 6 Stakeholderanalyse allgemein	46
Abbildung 7 Stakeholderanalyse BGF & Bewegung	49
Abbildung 8 Verknüpfung von Zielen und Determinanten.....	53
Abbildung 9 Verknüpfung von Theorie und Einflussbereich.....	55
Abbildung 10 Überblick Evaluierungsschritte	75
Abbildung 11 Abgrenzung Konzept bzw. -management	77

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Kapazitätsanalyse	45
Tabelle 2 Bsp. für Verknüpfung von Theorie, Methode und Strategie	61
Tabelle 3 Maßnahmenkatalog Bewegung und BGF	67
Tabelle 4 Gantt Chart inkl. Bsp. für Arbeitspakete	71
Tabelle 5 Beispiele Evaluierungsplan	76

Abkürzungsverzeichnis

AP	Arbeitsplatz
ASchG	ArbeitnehmerInnenschutzgesetz
BA	Betriebsarzt
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BMI	Body Mass Index
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
CO	Community Organization (Gemeinschaftsorganisation)
DALY	disability adjusted life year
FGÖ	Fonds „Gesundes Österreich“
GF	Gesundheitsförderung
GGK	Gebietskrankenkasse
GfG	Gesundheitsförderungsgesetz
HALE	healthy life expectancy
IM	Intervention Mapping
IMP	Intervention Mapping Protokoll
IPAQ	International Physical Activity Questionnaire
KMU	Kleine und mittlere Unternehmen
MA	MitarbeiterInnen
Mio.	Millionen
Mrd.	Milliarden
Ö	Österreich
PAL	Physical Activity Level
PH	Public Health (Gesundheitswesen, öffentliche Gesundheit)
PM	Projektmanagement
ROI	return on investment
SM	Soziales Marketing
SozVers.	Sozialversicherung
UN	Unternehmen
WHO	World Health Organization

1 Einleitung und Fragestellung

Regelmäßige körperliche Bewegung ist neben einer ausgewogenen Ernährung wesentlicher Bestandteil eines gesunden Lebensstils. Körperliche Inaktivität hingegen gilt als unabhängiger Risikofaktor für Erkrankungen des Herzkreislaufsystems. Daraus resultierende gesundheitliche Beeinträchtigungen wirken sich nicht nur auf das individuelle Wohlbefinden, sondern auf die gesamte Volkswirtschaft aus. Daher hängt die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit eines Unternehmens mitunter von der Gesundheit seiner Beschäftigten ab.

Dem Begriff der betrieblichen Gesundheitsförderung kommt deswegen eine außerordentliche Bedeutung zu. Besonders deshalb, weil die Arbeitsstätte an sich ein großes Potential für gesundheitsfördernde Maßnahmen bietet. Bewegungsförderung kann jedoch nur unzureichend durch einzelne Aktivitäten umgesetzt werden, da sich sowohl persönliche Verhaltensmuster als auch Einflüsse aus dem Umfeld auf das Bewegungsverhalten auswirken. Vielmehr ist die gleichzeitige Miteinbeziehung von unterschiedlichen Bereichen essentiell. In der vorliegenden Arbeit soll ein Konzept erarbeitet werden, dass bei der Entwicklung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen eine Hilfestellung leistet. Mit dem Ziel einer nachhaltigen Verhaltensänderung bezogen auf das Ausmaß körperlicher Aktivität sollen etablierte Theorien, Strategien, Strukturen und Kompetenzen genutzt und miteinander verknüpft werden. Besteht die Notwendigkeit körperlicher Aktivität im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung mehr Aufmerksamkeit zu schenken? Welche Einflussfaktoren bieten potentielle Möglichkeiten für Ansätze innerhalb der betrieblichen Gesundheitsförderung? Welches konzeptuelle Rahmenwerk bietet eine gute Ausgangsbasis um die körperliche Aktivität im Kontext von betrieblicher Gesundheitsförderung zu unterstützen? Welche Stufen sind zur Erstellung eines ganzheitlichen Gesundheitsförderungsprogramms erforderlich und wie werden diese erreicht?

Diese Fragen sollen im Rahmen der vorliegenden Arbeit diskutiert und eine Vorgehensweise für die Entwicklung von Projekten zur Steigerung körperlicher Aktivität im Kontext betrieblichen Gesundheitsförderung erarbeitet werden.

2 Gesundheit und Lebensstil in Österreich

Gesundheit stellt ein bedeutendes persönliches Gut dar. Gesundheit bedeutet nicht nur die Abwesenheit von Krankheit, sondern wird von unterschiedlichsten Faktoren bestimmt. Die Fähigkeit sein Leben eigenständig meistern zu können, psychische Ausgeglichenheit oder gebührende soziale Beziehungen zählen zu den positiven Aspekten, die den Gesundheitszustand beeinflussen. Das Auftreten von Krankheiten oder Altersbeeinträchtigungen zeigen oft erst zu spät die Bedeutung dieser Faktoren [WHO, 2010].

2.1 Lebenserwartung, Mortalität und Todesursache

Die Sterblichkeitsrate ist ein wesentliches Merkmal für den medizinischen und sozialen Entwicklungsstand einer Gesellschaft. Seit der zweiten Hälfte des 20. Jh. ist die Lebenserwartung aufgrund eines Sterblichkeitsrückganges in fast allen Regionen der Welt deutlich angestiegen [KRÖHNERT und MÜNZ, 2008]. Die Lebenserwartung (bei Geburt) österreichischer Frauen lag im Jahr 2009 bei 82,86 Jahren und bei 77,42 Jahren bei den Österreichern [STATISTIK AUSTRIA, 2010c].

Haupttodesursachen sind mit 43% Herz-Kreislaufkrankungen und mit 25% Krebserkrankungen. Herzinfarkt und Schlaganfall sind somit die Todesursache Nr. 1 in Österreich. Übrige Todesursachen machen Krankheiten der Atmungsorgane (5%), Krankheiten der Verdauungsorgane (4%), sonstige Krankheiten (17%) sowie äußere Todesursachen (vorwiegend Verletzungen und Vergiftungen; 6%) aus. Abbildung 1 zeigt den prozentuellen Anteil der Todesursachen der österreichischen Bevölkerung im Jahr 2009 [STATISTIK AUSTRIA, 2010a].

Neben der Todesursache spielt auch der Anteil in Gesundheit verbrachter Lebensjahre für die Beurteilung des Gesundheitszustandes einer Bevölkerung eine wesentliche Rolle. Hierfür werden zwei Messwerte verwendet; einerseits die gesunde Lebenserwartung (HALE = healthy life expectancy) und andererseits die behinderungsbereinigten Lebensjahre (DALY = disability adjusted life year) [WHO, 2006g].

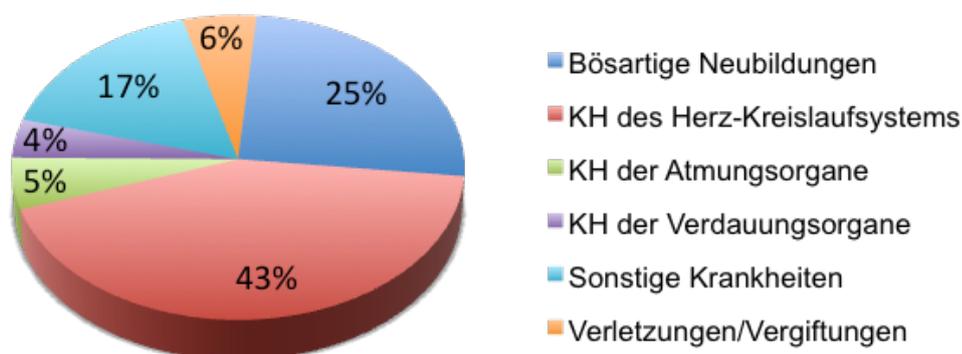


Abbildung 1 Anteil Todesursachen in Österreich

[nach STATISTIK AUSTRIA, 2010].

Die gesunde Lebenserwartung (HALE) gibt die *gesamte Lebenserwartung in gelebten Jahren bei umfassender Gesundheit an*. Jahre, die von Krankheiten und Verletzungen geprägt sind, werden von der Gesamtlebenszeit subtrahiert, da sie nicht zu einem umfassenden Gesundheitszustand gezählt werden können. Behinderungsbereinigte Lebensjahre (DALY) stellen verlorene gesunde Lebensjahre dar, die durch vorzeitige Sterblichkeit oder durch Behinderungen verursacht werden [WHO, 2006g].

2.2 Gesundheitsrisiken

2.2.1 Chronische Krankheiten

Als häufigstes gesundheitliches Problem werden Wirbelsäulenbeschwerden (Beschwerden im Kreuz-, Nacken- oder Brustwirbelbereich) angegeben. Rund 2,3 Millionen Menschen in Österreich leiden unter diesen Krankheitszeichen. Bluthochdruck stellt für 1,3 Millionen ÖsterreicherInnen ein gesundheitliches Risiko dar. Neben genetischer Prädisposition (Anlage), Diabetes Mellitus, Alkoholmissbrauch, ungesunder Ernährung, zu wenig Bewegung, Rauchen und Stress zählt Bluthochdruck zu den Hauptrisikofaktoren koronarer Herz-Kreislaufkrankungen.

Lt. Gesundheitsbefragung 2006/2007 - durchgeführt von der Statistik Austria - sind rund 390.000 Personen (davon ca. 70% im Alter von 65+ Jahren) von Diabetes Mellitus (DM) und rund 380.000 Personen (hauptsächlich Frauen) von Osteoporose betroffen. Zu erwähnen ist, dass es sich bei der Gesundheitsbefragung 2006/2007 um eine subjektive Selbsteinschätzung und freiwilliger Rückmeldung ausgewählter Personen handelt. Daraus gewonnene Daten ergeben eine Prävalenz (Krankheitshäufigkeit) von DM in der österreichischen Bevölkerung von 6% [STATISTIK AUSTRIA, 2007b].

2.2.2 Übergewicht und Adipositas

In den letzten Jahren hat der Anteil übergewichtiger und adipöser (fettleibiger) Menschen vor allem in westlichen Industriestaaten stark zugenommen. Eine zu hohe Energieaufnahme einerseits und Bewegungsmangel andererseits sind Gründe für diese Entwicklung. In der Europäischen Region gingen im Jahr 2000 rund 1 Million Todesfälle auf durch erhöhten Body-Mass-Index (BMI) verursachte Krankheiten zurück [WHO, 2007]. Werden die Daten aus der Gesundheitsbefragung zwischen 1999 und 2007 verglichen, ist eine deutliche Zunahme der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas in Österreich zu erkennen [STATISTIK AUSTRIA, 2007a].

Vor allem Herz-Kreislaufkrankungen, Bluthochdruck, Hyperlipidämie (erhöhte Blutfettwerte) und Diabetes Mellitus Typ-2 zählen zu den häufigsten Auswirkungen von Übergewicht bzw. Adipositas und tragen somit zu erhöhter Morbidität und Mortalität innerhalb der Bevölkerung bei [WHO, 2007]. In Österreich ist mehr als die Hälfte der männlichen Bevölkerung übergewichtig (43%) oder adipös (12%). Frauen sind zu 29% übergewichtig und 13% adipös. Österreich liegt demnach im EU-weiten Vergleich mit 860.000 fettleibigen Menschen im Mittelfeld [STATISTIK AUSTRIA, 2007b]. Gemäß des Österreichischen Ernährungsberichtes sind in Österreich 42% der 18- bis 65-Jährigen übergewichtig und 11% davon adipös. Überaus besorgniserregend ist die Zunahme der Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas in allen Altersgruppen [ELMADFA et al., 2009].

2.2.3 Inadäquate Ernährung

Detaillierte Auskünfte über das Ernährungsverhalten der österreichischen Bevölkerung werden im Rahmen des Ernährungsberichtes erhoben. Diese sollen unter anderem den Bedarf gesundheitspolitischer Maßnahmen ermitteln. Übergewicht stellt in der österreichischen Bevölkerung ein verbreitetes Gesundheitsrisiko dar. Trotz dieser Entwicklung liegt die Nahrungsenergiezufuhr unter den Empfehlungen und weist damit auf eine zu geringe körperliche Aktivität in der Bevölkerung hin. Die Österreicher nehmen anteilmäßig zu viel Fett, jedoch zu wenig Energie über Kohlenhydrate und Ballaststoffe auf. Mikronährstoffe wie Folsäure, Vitamin D und Calcium liegen in allen Altersgruppen unter den empfohlenen Referenzwerten. Die Aufnahme von Natrium in Form von Speisesalz ist dagegen durchwegs zu hoch. Obst und Gemüse - als wesentlicher Bestandteil einer ausgewogenen und vollwertigen Ernährung - spielen für viele Bevölkerungsgruppen nur eine untergeordnete Rolle. Mit Ausnahme der Frauen im Alter zwischen 18 und 65 Jahren erreicht keine Bevölkerungsgruppe die im Durchschnitt von der WHO empfohlenen 400g Obst und Gemüse pro Tag [ELMADFA et al., 2009; WHO/FAO, 2003].

Die Aufnahme von tierischen Produkten leistet einen wesentlichen Beitrag zur Versorgung des Organismus mit essentiellen Nährstoffen. Jedoch werden dadurch auch große Mengen an gesättigten Fettsäuren, Cholesterin und Kochsalz zugeführt. In Österreich ist vor allem der Verzehr von rotem Fleisch, Wurstwaren und Eiern zu hoch, wohingegen der Verzehr von Fisch zu niedrig ist [ELMADFA et al., 2009].

Wasser erfüllt im Körper unterschiedliche Funktionen und ist lebensnotwendig. Die tägliche Flüssigkeitszufuhr gesunder Erwachsener liegt zwischen 2,1 und 2,8 Liter [ELMADFA, 2004]. Der Richtwert für die tägliche Aufnahme durch Getränke beträgt zwischen 1,2 und 1,5 Liter. In Österreich wird dieser Wert von allen Altersgruppen übertroffen und zur Hälfte durch den Konsum von Wasser (Trinkwasser, Mineralwasser) gedeckt. Daneben stellen Fruchtsäfte und Tees eine wichtige Flüssigkeitsquelle dar [ELMADFA et al., 2009].

2.2.4 Bewegungsmangel

Regelmäßige körperliche Bewegung hilft gesund und fit zu bleiben und hat viele positive Auswirkungen. Insbesondere wirkt sie sich günstig auf viele chronische Krankheiten aus. Das beschränkt sich nicht nur auf Prävention oder Eindämmen eines Krankheitsverlaufs, sondern bezieht sich vornehmlich auf eine verbesserte körperliche Fitness, Muskelstärke und Lebensqualität. Bewegungsmangel hingegen ist für den Verlust von Millionen gesunder Lebensjahre infolge frühzeitiger Todesfälle und Behinderungen pro Jahr verantwortlich [WHO, 2010].

Laut der Gesundheitsbefragung 2006/2007 treiben in Österreich circa 32% der Männer und 23% der Frauen regelmäßig Sport. Das entspricht einer Häufigkeit von etwa 3x pro Woche durch sportliche Betätigung (Radfahren, Laufen oder Aerobic) ins Schwitzen zu kommen [STATISTIK AUSTRIA, 2007a].

Als Maß für körperliche Aktivität dient die Ermittlung des *Physical Activity Levels* (PAL). Dieser steht für den Quotienten Gesamtenergieumsatz/Grundumsatz und ist ein von Körpergröße und -gewicht unabhängiges Aktivitätsmaß. Die im Zuge des Österreichischen Ernährungsberichtes durchgeführte Studie (ÖSES.pal07) ermittelte einen durchschnittlichen PAL von 1,64 bei Erwachsenen. Der von der WHO empfohlene Wert von 1,7 wird nur von rund jedem zweiten Mann und rund jeder fünften Frau erreicht. Diese Empfehlung geht mit einem reduzierten Risiko für chronische Erkrankungen einher. Besonders in diesem Bereich wird ein beachtliches Potential der Gesundheitsförderung gesehen und fordert deshalb Handlungsbedarf zur Steigerung körperlicher Aktivität in der österreichischen Bevölkerung [ELMADFA et al., 2009].

3 Gesundheitsförderung und Prävention

Gesundheit ist ein elementares menschliches Gut und stellt einen wichtigen Faktor für das Humankapital einer Volkswirtschaft dar. Einerseits sichert sie die wirtschaftliche Produktivität einer Gesellschaft, andererseits verursachen gesundheitsbezogene Interventionen Kosten, die zu Lasten anderer Bereiche der Volkswirtschaft getätigt werden [AHRENS und GÜNTERT, 2004]. Sinkende Geburtenraten und steigende Lebenserwartung bewirken eine langfristig demographische Alterung, die für die Finanzierung sozialer Systeme problematisch ist. Eine Änderung der Altersstruktur hat ebenso massive Auswirkungen auf die Arbeitswelt. Steigendes Durchschnittsalter der Belegschaft und weniger nachrückende Nachwuchskräfte machen neue Handlungsstrategien erforderlich um die Erhaltung der "Aging Workforce" (alternde Belegschaft) zu gewährleisten [BRENNEIS J, 2008].

3.1 Definition

Prävention

Das Wort "Prävention" kommt vom lateinischen Verb "praevenire" und bedeutet "verhindern bzw. zuvorkommen". Prävention ist auf die Bewahrung der Gesundheit sowie auf Verhütung und Früherkennung einer Krankheit gerichtet. Die Unterteilung in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention dient zur weiteren Spezifizierung. Primärprävention trägt zur Vermeidung von gesundheits-schädigenden Faktoren bei um die Entstehung von Krankheiten zu verhindern. Sekundärprävention soll den Verlauf und das Fortschreiten einer Krankheit beeinflussen und versucht bestehende Risikosituationen abzuwenden. Tertiärprävention bezieht sich auf die Wiederherstellung des Gesundheitszustandes nach einem Krankheitsereignis bzw. auf die Vorbeugung von Folgeschäden [FGÖ, 2005f].

Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung (GF) ist durch Maßnahmen, die auf Veränderung und Förderung - sowohl des individuellen und kollektiven Verhaltens als auch der Lebensverhältnisse - abzielen, gekennzeichnet [TROJAN, 2004].

Darunter wird weiters ein Prozess verstanden, der Menschen befähigen soll, Kontrolle über ihre Gesundheit und dazugehörige Faktoren zu erlangen um dadurch den Gesundheitszustand zu verbessern [WHO, 2006g]. Nach der Ottawa-Charta der WHO umfasst Gesundheitsförderung folgende Kernbereiche:

1. Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik
2. Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten
3. Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen
4. Neuorientierung des Gesundheitsdienste und anderer gesundheitsrelevanter Einrichtungen
5. Förderung der Entwicklung persönlicher Kompetenzen [WHO, 1988].

3.2 Historische Entwicklung

3.2.1 Griechische Antike bis Neuzeit

Der Begriff der Gesundheitsförderung geht aus dem Bereich der medizinischen Prävention hervor. Prävention gibt es im Abendland seit der griechischen Antike. Gesundheitsförderung hingegen erst seit ca. 50 Jahren.

In der **griechischen Antike** (etwa 800 v. Chr. bis 600 n. Chr.) wird Krankheit als ein Ungleichgewicht der Körpersäfte beschrieben. Der griechische Arzt Hippokrates (460-370 v. Chr.) gilt als Begründer dieser sogenannten Hippokratischen Diätetik, die sich mit der Bezeichnung der ganzheitlichen Gesundheitsförderung beschreiben lässt. In erster Linie geht es in dieser Epoche um die Gesunderhaltung und weniger um die Behandlung von Krankheiten.

Diese Anschauungsweise tritt im christlichen **Mittelalter** (6. bis 15. Jh.) weitestgehend in den Hintergrund und erfährt durch die Christianisierung des Abendlandes eine Umkehrung. Die Medizin - im klassischen Sinne - beschäftigt sich vorwiegend mit der Behandlung von Krankheiten und nicht mit deren Vermeidung. Die rasante wirtschaftliche Entwicklung in der **Neuzeit** (ab 15. Jh.) beeinflusst die christliche mittelalterliche Auffassung über Gesundheit und Krankheit entscheidend.

Gesundheit wird als Voraussetzung für Arbeitsfähigkeit gesehen und erfährt dadurch eine beträchtliche Aufwertung. Die Zeit der Aufklärung (17. bis 18. Jh.) lässt sich im Grunde als die Epoche der Prävention bezeichnen, da das öffentliche Gesundheitswesen als wesentlicher Bestandteil der Wissenschaft gesehen wird. Bezog sich Gesundheit in Form von Arbeitsfähigkeit anfänglich eher auf die gesellschaftliche Führungsschicht, so wird im 19. Jahrhundert der Gesundheitszustand der gesamten Bevölkerung bedeutungsvoll. Die Sozial-epidemiologie wird in dieser Zeit aus der Wiege gehoben, da nun Sterbe- und Geburtenraten für die Gesundheitsberichterstattung unabdingbar sind. Begriffe wie Bakteriologie, Mutterschutzdienste, Arbeitsmedizin und Gewerbehygiene prägen die medizinische Prävention in diesem Zeitraum [KLOTTER C, 2002].

3.2.2 Alma-Ata Deklaration 1978

In der „Internationalen Konferenz zur Primären Gesundheitsversorgung“ im Jahr 1978 wird erstmals zum Schutz und zur Förderung der Gesundheit aller Menschen aufgerufen. In der damals von der WHO formulierten Deklaration wird Gesundheit als ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht lediglich als Freisein von Krankheit formuliert [WHO, 1978]. Auf Grundlage der Alma-Ata Deklaration erzielten Fortschritte fand 1986 die „1. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung“ in Ottawa statt [WHO, 2006b].

3.2.3 Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung 1988

Die daraus resultierende Charta hält u. a. folgende zentrale Punkte zur GF fest:

- Gesundheitsförderung soll allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung bezüglich ihrer Gesundheit ermöglichen.
- Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt sowohl auf individueller als auch auf gemeinschaftlicher und politischer Ebene.
- Gesundheitsförderung soll anregende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen schaffen [WHO, 1988; KLOTTER C, 2002].

GF ist demnach nicht alleinige Aufgabe des Staates, sondern vor allem auch Teil der Eigenverantwortlichkeit der Bevölkerung gegenüber ihrer Gesundheit [KLOTTER C, 2002].

Soziale, ökonomische und persönliche Entwicklung sind entscheidende Bestandteile der Lebensqualität und sollen seitens GF ermöglicht werden. Menschen sollen dort erreicht werden, „...*wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben...*“. Die Entwicklung von Persönlichkeit und sozialen Fähigkeiten muss daher sowohl in Schulen wie auch zu Hause, am Arbeitsplatz und innerhalb der Gemeinde ermöglicht und erleichtert werden [WHO, 1988]. Die Ottawa-Charta gilt seither als Leitfaden der GF [WHO, 1997].

3.2.4 Jakarta Erklärung zur Gesundheitsförderung 1997

Die Konferenz „Neue Akteure für eine neue Ära. Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert " wurde fast genau 20 Jahre nach der Alma Ata Deklaration abgehalten. In der daraus resultierenden Erklärung werden Handlungsrahmen zur GF zum ersten Mal unter Miteinbeziehung des privaten Sektors vorgelegt.

Zu den vorrangigen Handlungszielen zählen u. a.:

- Gesundheitsbewusstsein stärken
- Aufbau von Gesundheitsnetzwerken forcieren
- Ressourcen für die GF mobilisieren
- Gemeinschaftliches Handeln fördern und Lernen ermöglichen [WHO, 1997].

Die GF wird somit nicht nur als individuelle Lebensführung, sondern vielmehr als die Kontrolle über die eigene Gesundheit zu erlangen, angesehen und diese in jeglichen Lebensbereichen zu verbessern [FGÖ, 2005a].

3.3 Gesundheitsförderung in Österreich

3.3.1 Gesundheitsförderungsgesetz 1998

In Österreich wurde 1998 das Bundesgesetz über Maßnahmen und Initiativen zur Gesundheitsförderung, -aufklärung und -information (Gesundheitsförderungsgesetz/GfG) vom Nationalrat beschlossen. Dadurch erfährt die GF eine gesetzliche Verankerung im österreichischem Recht und wird jährlich mit 7,25 Millionen Euro budgetiert. Das Gesetz beruht auf den Grundlagen der Ottawa-Charta und dient der Erhaltung, Förderung und Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung. Mit der Durchführung von Maßnahmen und Initiativen wird im GfG der gemeinnützige Fonds „Gesundes Österreich“ (FGÖ) betraut [FGÖ, 2005b; GfG, 1998].

3.3.2 Gesundheit Österreich GmbH 2006

Die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) wurde 2006 als Kompetenz- und Förderstelle für die GF per Bundesgesetz errichtet. Neben dem Österreichischem Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) und dem Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG) stellt der FGÖ eine der drei Geschäftsbereiche der GÖG dar. Diese Holdinggesellschaft wird durch den Bundesminister für Gesundheit vertreten und befindet sich somit im alleinigem Besitz des Bundes [GÖG, 2010].

3.3.3 Fonds „Gesundes Österreich“

Der FGÖ wurde 1998 als nationale Kompetenzstelle für GF und Prävention gegründet. Er ist einer der drei Kernbereiche der GÖG und zentrale Anlaufstelle für Förderungen und Projekte im Bereich der GF und Prävention. Die Unterstützung von praxisnahen, wissenschaftlichen Projekten, Aufbau und Vernetzung von Strukturen und Öffentlichkeitsarbeit sind u. a. die Hauptaufgabengebiete des FGÖ. Jährlich stehen dem FGÖ für die Umsetzung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen 7,25 Millionen Euro aus öffentlichen Mitteln zur Verfügung.

Als Handlungsfelder stehen u. a. die Bereiche Bewegung, Ernährung und Menschen am Arbeitsplatz (BGF) im Vordergrund [FGÖ, 2005c; GÖG, 2010].

3.4 Betriebliche Gesundheitsförderung

3.4.1 Definition und Entwicklung auf europäischer Ebene

Der Arbeitsplatz beeinflusst Gesundheit und Krankheit auf verschiedene Art und Weise. Wenn MitarbeiterInnen z. B. unter gesundheitsgefährdenden Bedingungen arbeiten oder nicht ausreichend unterstützt werden, kann Arbeit krank machen. Arbeit kann aber auch die berufliche und persönliche Entwicklung fördern [ENWHP, 2010]. Die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit eines Unternehmens (UN) hängt vor allem von der Gesundheit und dem Wohlbefinden seiner Beschäftigten ab [FGÖ, 2005c]. Deshalb stellt die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) ein effektives Werkzeug für die Investition in die Gesundheit der ArbeitnehmerInnen dar. Einerseits umfasst BGF Krankheitsprävention, andererseits wird die Stärkung von Gesundheitspotentialen am Arbeitsplatz als Hauptaufgabe der BGF gesehen [WKO, 2005].

Auf europäischer Ebene spielt der Begriff der BGF seit der Luxemburger Deklaration 1997 gesundheitspolitisch eine wesentliche Rolle. Auf Grundlage der EG-Rahmenrichtlinie Arbeitsschutz (RL 89/391/EWG) und der zunehmenden Bedeutung des Handlungsfeldes "Arbeitsplatz" wurde diese Deklaration als Initiative zum Aufbau eines Europäischen Netzwerkes für die BGF in Europa vorgestellt. Derzeit hat dieses Netzwerk nationale Kontaktstellen in 28 Ländern Europas [ENWHP, 2010].

3.4.2 Luxemburger Deklaration 1997

In diesem Dokument wird BGF als gemeinschaftliche Maßnahme von ArbeitgeberInnen, ArbeitnehmerInnen und der Gesellschaft definiert. Ziel ist es, die Gesundheit und das Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu verbessern. Um dies zu erreichen, wird die Verknüpfung von unterschiedlichen Vorgehensweisen (Verbesserung von Arbeitsbedingungen, Förderung von MitarbeiterInnenpartizipation, Stärkung persönlicher Kompetenzen) empfohlen.

BGF kann lt. Deklaration nur dann nachweislich erfolgreich sein, wenn alle Schlüsselpersonen miteinbezogen werden (Partizipation), alle Unternehmensbereiche berücksichtigt werden (Integration), eine systematische Durchführung aller Maßnahmen erfolgt (Projektmanagement) und die Ganzheitlichkeit von Maßnahmen (Verhältnis- und Verhaltensorientierung) beachtet wird [ENWHP, 2010].

3.4.3 Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich

Der Beginn BGF in Österreich reicht bis in die 1990er Jahre zurück. Nach dem Aufbau eines Netzwerkes auf europäischer Ebene 1995 wurde auch in Österreich 1996 eine nationale Kontaktstelle eingerichtet. Nach und nach wurde die österreichische Plattform für Informationsaustausch betreffend BGF auf Bundesebene etabliert und stellt mittlerweile ein bundesweites Netzwerk zur Verbesserung von Verhältnissen und Verhaltensweisen am Arbeitsplatz dar. Eine außerordentliche Stellung nehmen dabei die Sozialversicherungsträger ein, die mit Wirtschaftskammer, Bundesarbeiterkammer und anderen unterstützenden Partnern die Basis und Anlaufstelle für Fragen hinsichtlich BGF bilden [KOHLBACHER und MEGGENEDER, 2006].

In Österreich sind über 4 Millionen Menschen (15 Jahre und älter) nach internationaler Definition (Labour Force Konzept) erwerbstätig [STATISTIK AUSTRIA, 2010c]. Der Arbeitsplatz stellt daher nicht nur zeitlich einen der wichtigsten Lebensbereiche für den Großteil österreichischer Erwachsener dar, sondern beeinflusst außerdem das psychische und physische Wohlbefinden. Gesetzlich liegt dem Schutz der ArbeitnehmerInnen das ArbeitnehmerInnen-schutzgesetz (ASchG) zugrunde, das im Wesentlichen die Verminderung von Gesundheitsbelastungen am Arbeitsplatz regelt. Neben Vermeidung von Sicherheitsrisiken und krankmachenden Faktoren ist das ASchG hauptsächlich auf passive Beteiligung der ArbeitnehmerInnen ausgerichtet. Aktive Beteiligung der Beschäftigten (Partizipation) ist jedoch unverzichtbarer Bestandteil BGF und muss deshalb zwangsläufig in Strategien und Programmen betrieblicher Gesundheitsförderung implementiert werden [KOHLBACHER und MEGGENEDER, 2006].

3.5 Gesundheitsausgaben

Obwohl sich der Gesundheitszustand in den letzten Jahrzehnten verbessert hat, reichen möglicherweise die immer knapper werdenden Ressourcen nicht aus, da Krankheiten mit Bedarf an dauerhafter Therapie zunehmen. Stütz- und Bewegungsapparat betreffende Erkrankungen, Diabetes oder psychosoziale Störungen verbrauchen zum Großteil finanzielle Kontingente und sind daher wesentlich an den überproportional steigenden Gesundheitsausgaben beteiligt. Aus Sicht des Gesundheitswesens (Public Health) muss deshalb GF und Prävention ein höherer Stellenwert beigemessen werden um die steigenden Kosten von vermeidbaren Krankheiten zu bewältigen. Trotzdem erfolgt eine Verteilung des Gesundheitsbudgets zu Gunsten von Behandlung, Rehabilitation und Pflege [AHRENS und GÜNTERT, 2004]. In Österreich betrug 2008 der Anteil der gesamten Gesundheitsausgaben rund 30 Mrd. Euro. Davon wurden nur rund 440 Mio. Euro für Prävention- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen ausgegeben [STATISTIK AUSTRIA, 2010b].

Welche gesundheitsbezogenen Interventionen den größten Zugewinn an Gesundheit von Bevölkerung und Bevölkerungsgruppen und das größtmögliche ökonomische Potential erwirken können, muss oberste Priorität bei der Entwicklung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen sein [AHRENS und GÜNTERT, 2004]. BGF ist aufgrund der Erreichbarkeit größerer Personengruppen besonders geeignet um zu einer nachhaltigen Gesundheitsverbesserung beizutragen. GF im *Setting* (Handlungsort) Arbeitsplatz macht sich vor allem durch Senkung der Arbeitsunfähigkeitszeiten und Verringerung der Krankheitskosten bezahlt [AHRENS, 2004].

3.6 Sozialkapital

Es ist allgemein bekannt, dass die Eingebundenheit in gesellschaftliche Netzwerke einen starken Einfluss auf die Gesundheit hat. Ein großer Teil der Lebenszeit berufstätiger Menschen wird am Arbeitsplatz verbracht. Daher ist es auch anzunehmen, dass das soziale Eingebundensein am Arbeitsplatz eine große Bedeutung für die Gesundheit der MitarbeiterInnen hat.

ArbeitgeberInnen und ArbeitnehmerInnen besitzen ein gemeinsames ökonomisches Interesse am guten Gesundheitszustand der MitarbeiterInnen. Einerseits entstehen Kosten aus verminderter Leistungsfähigkeit erkrankter ArbeitnehmerInnen oder krankheitsbedingter Abwesenheit. Andererseits entgeht dem/der ArbeitnehmerIn zumindest bei langfristig verminderter oder aufgehobener Leistungsfähigkeit Einkommen [UEBERLE und GREINER, 2009]. Soziale Beziehungen beschreiben nicht nur den Austausch von materiellen und immateriellen Leistungen im betrieblichen Umfeld, sondern sind zentrales Merkmal von Organisationen und sozialen Gruppen. Begriffe wie *Vertrauen*, *Kooperationsbereitschaft* und *Gegenseitigkeit* entstehen aus diesen sozialen Interaktionen und prägen die Bezeichnung des *Sozialkapitals*. Soziale Kontakte bilden somit den Baustein einer betrieblichen Beziehungskultur, die Menschen glücklicher, zufriedener und gesünder machen. Daher sollte innerhalb jeder Maßnahme der BGF Ziel sein, in den Aufbau sozialkapitalreicher, vertrauenswürdig und stabiler Beziehungen zu investieren [FUCHS, 2009].

Hohes Sozialkapital im Betrieb umfasst Strukturen, die eine reibungslose Zusammenarbeit, eine verbesserte Gesundheit, verringerte Fehlzeiten und eine erhöhte Leistungsfähigkeit der MitarbeiterInnen kennzeichnet [UEBERLE und GREINER, 2009]. Sozialkapitalreiche Netzwerke z. B. Familie, Verein oder Unternehmen (UN), erweitern nicht nur die Ressourcen per se, sondern befähigen deren Mitglieder die Nutzung dieser Ressourcen zu verbessern [FUCHS, 2009].

3.7 Soziale Ungleichheit

Werden Menschen nach den Ursachen von Krankheiten gefragt, so werden meist Bakterien, Viren oder andere biologische Veränderungen genannt. Kaum aber werden soziale Faktoren als Krankheitsursachen angesehen. Die Stellung der Menschen in einem Gefüge von sozialer Ungleichheit hat jedoch für die Entstehung von Krankheitsrisiken eine besondere Bedeutung. Als soziale Ungleichheit werden gesellschaftliche Vor- und Nachteile bezeichnet, die eine ungleiche Verteilung von knappen, begehrten Ressourcen beschreiben (z. B. Bildungsabschlüsse, Einkommen).

Aber auch unvorteilhafte Lebensumstände (z. B. belastende Arbeitsverhältnisse) oder vorteilhafte (z. B. gesunde Umweltbedingungen) können soziale Ungleichheiten ausmachen [HRADIL, 2006].

Trotz positiver gesamtgesellschaftlicher Entwicklungen in industrialisierten Ländern sind gravierende soziale ungleiche Verteilungen vorhanden. Die gesundheitliche Situation sozial schlechter gestellter Personen verbessert sich im Gegensatz zu sozial begünstigten Menschen nur langsam. In Abhängigkeit von sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Faktoren ändert sich die Verteilung von Gesundheit und Krankheit folgend einem gesellschaftlichen Muster [RICHTER und HURRELMANN, 2006].

Aufgabe einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik ist es, diese Ungleichheiten zu vermeiden und ein auf Chancengleichheit ausgerichtetes politisches Engagement in allen Bereichen zu bewirken (Ottawa-Charta) [WHO, 1988]. Demnach müssen bei der Entwicklung von Gesundheitsförderungsprogrammen soziale Ungleichheiten berücksichtigt werden um den Forderungen der Ottawa-Charta zu entsprechen.

3.8 Verhaltens- und Verhältnisprävention

Das Menschliche Verhalten wird nicht nur von individuellen Faktoren kontrolliert, sondern wird zusätzlich von sozialen Gefügen und Umweltfaktoren gelenkt. Ziel in der BGF ist eine systematische Umsetzung von Gesundheitswirkung (z. B. Stärkung von physischen Gesundheitsressourcen, Verminderung von Risikofaktoren etc.), Gesundheitsverhalten (z. B. Bindung an eine gesundheitssportliche Aktivität) und gesunden Verhältnissen (z. B. Verbesserung von Bewegungsverhältnissen) [BÖS et al., 2004].

BGF lässt sich in verhaltensorientierte oder verhältnisorientierte Maßnahmen untergliedern. Die Kombination aus Verhältnis- und Verhaltensprävention bildet ein umfassendes betriebliches Gesundheitsmanagement [AHRENS, 2004]. Verhaltens- und Verhältnisprävention umschreiben Teilbereiche der allgemeinen Präventivmedizin. Verhaltensprävention lässt sich mit Individualprävention gleichsetzen, da hier die individuelle Beeinflussung menschlichen Denkens und Handelns im Vordergrund steht [ÖAPG, 2010].

Gesundheitliche Risikofaktoren und Verhaltensweisen sollen dabei nachhaltig verändert werden und einen gesunden Lebensstil ermöglichen [FGÖ, 2005d]. Zu den Instrumenten der Verhaltensorientierung zählen Information, Instruktion, Motivation und praktisches Training. Diese zielen auf ein generell gesundheitsförderliches Verhalten ab [AHRENS, 2004].

Der Mensch lebt nicht in Isolation, sondern ist Teil seiner Umwelt. Mitmenschen repräsentieren das soziale Umfeld, die Natur die physische Umwelt. Wesentlich ist jedoch, dass jeder Mensch die einzelnen Aspekte der Umwelt unterschiedlich wahrnimmt und auf eigene Weise interpretiert. Er ist der Umwelt nicht hilflos ausgeliefert, sondern gestaltet sich seine eigene persönliche Umwelt [LISBACH und ZACHAROPOULOS, 2007]. Verhältnisprävention hingegen bezieht sich auf die Umgebung von Personen und somit auf Veränderungen ihrer Lebensverhältnisse. Das Wohlbefinden der Menschen ist eng mit dem Umfeld, in dem sie leben, arbeiten, lernen, wohnen und lieben verbunden und muss Gegebenheiten bieten, die förderlich für ihre Gesundheit und nicht krank machend sind [FGÖ, 2005d; WHO, 1988].

Verhältnisprävention zielt auf die Ausschaltung von Einflussfaktoren und Förderung von Ressourcen ab, die aufgrund Änderungen des Lebensumfeldes eine größere Gruppe von Personen erreichen kann [ÖAPG, 2010]. Sowohl die Gestaltung der Arbeit als auch Arbeitsbedingungen werden miteinbezogen. In der Praxis ist jedoch BGF meist verhaltenspräventiv ausgerichtet. Der Schwerpunkt BGF liegt nach wie vor vielmehr bei personenbezogenen Maßnahmen, die leider nur geringfügige Effekte bei gleichzeitig gleichbleibenden ungünstigen Verhältnissen erzielen können [AHRENS, 2004].

4 Körperliche Aktivität

Bewegung ist eine der Hauptfunktionen des menschlichen Körpers. Über Millionen von Jahren haben sich komplexe Mechanismen entwickelt, die die Steuerung großer Muskelgruppen zum Gehen, Laufen oder Klettern optimieren. Als Jäger und Sammler mussten große Distanzen zur Nahrungsbeschaffung und Überlebenssicherung überwunden werden. Häufig waren Nahrungsvorräte knapp und der menschliche Organismus war gezwungen, Energie in Form von Fett für Hungerperioden zu speichern.

Mit der Entwicklung von Landwirtschaft, Bauwesen und Transport wurde das ursprüngliche Bewegungsverhalten der Menschen immer mehr in den Hintergrund gedrängt. Nun - zu Beginn des 21. Jh. - ist die meiste körperliche Aktivität aus dem Leben der Menschen verdrängt worden und die Nahrungsverfügbarkeit in den Industriestaaten dermaßen in Überfluss vorhanden, dass sich die Entwicklung von sogenannten Zivilisationskrankheiten (Adipositas, Diabetes Mellitus Typ-2, kardiovaskuläre Erkrankungen) auf die Gesundheit und das Gesundheitswesen negativ auswirkt [WHO, 2006d].

Die Bedeutung regelmäßiger körperlicher Aktivität für die Gesundheit wird in der Gesellschaft zunehmend wahrgenommen und akzeptiert. Auch nationale Public Health Maßnahmen berücksichtigen vermehrt die Auswirkungen körperlicher Bewegung. Damit soll nicht nur die Risikoreduktion von Krankheiten bewirkt werden, sondern ein umfassendes Wohlbefinden im Sinne von Lebensqualität und Gesundheitszufriedenheit herbeigeführt werden [TITZE et al., 2010]. Die Messung von körperlicher Leistungsfähigkeit wird unter anderem zur Prognose von Gesamtsterblichkeit und Auftreten von Erkrankungen in der Bevölkerung herangezogen [WEISSER, 2005].

4.1 Definition

4.1.1 Körperliche Aktivität (Bewegung)

Körperliche Bewegung umfasst alle Aktivitäten bei denen gleichzeitig große Muskelgruppen beansprucht werden.

Die daraus resultierenden Kontraktionen der Skelettmuskulatur gehen mit einem erhöhten Energieverbrauch einher und können weiters in Basisaktivitäten, gesundheitswirksamer körperlicher Aktivität und Training unterteilt werden [TITZE et al., 2010].

4.1.1.1 Basisaktivitäten (Alltagbewegung)

Unter Basisaktivitäten werden Bewegungen verstanden, die alltäglich wie z. B. Stehen, langsames Gehen, Tragen geringer Lasten, erforderlich sind [TITZE et al., 2010].

4.1.1.2 Gesundheitswirksame körperliche Aktivität

Alle Bewegungsformen die einen höheren Energieverbrauch haben als Basisaktivitäten und sich positiv auf die Gesundheit auswirken, werden als gesundheitswirksame körperliche Aktivität bezeichnet. Dazu zählt z. B. zügiges Gehen, Tanzen, Gartenarbeit etc. [TITZE et al., 2010].

Auch Übungen zur Verbesserung von koordinativen und sensomotorischen Bewegungsabläufen haben große Bedeutung für die Bewältigung von Alltagsaktivitäten [HABER, 2007].

4.1.1.3 Training

Im Gegensatz zu den oben genannten Bewegungsformen kann nur ein entsprechendes sportliches Training im engeren Sinn die Leistungsfähigkeit eines Menschen beeinflussen. Darunter werden Bewegungen verstanden, die bestimmten qualitativen und quantitativen Vorgaben entsprechen und Wachstumsvorgänge in den beanspruchten Organen bzw. Organsystemen auslösen. Prinzipiell kann von Zunahme der Kraft (Muskelmasse) und Ausdauer (maximaler Sauerstoffaufnahme) gesprochen werden [HABER, 2007].

4.1.2 Dosis-Wirkungs-Prinzip

Um physiologisch wirksame Anpassungsmechanismen in Gang zu setzen, müssen bestimmte Kriterien erfüllt werden.

Die Komponenten Dauer, Häufigkeit und Intensität bilden die Grundlage für die Erreichung von Trainingsziel bzw. Steigerung körperlicher Leistungsfähigkeit [TITZE et al., 2010].

4.1.2.1 Dauer

Als Dauer wird eine zeitliche Belastungseinwirkung spezifischer körperlicher Aktivitäten verstanden, die üblicherweise in Minuten oder Stunden angegeben wird. Bei Kräftigungsübungen wird anstelle der Dauer die Anzahl der Wiederholungen angegeben [TITZE et al., 2010].

4.1.2.2 Intensität

Die Intensität gibt Auskunft über den Anstrengungsgrad körperlicher Bewegung. Hierbei kann zwischen einzelnen Anstrengungsstufen unterschieden werden. Ausgehend von Aktivitäten geringer Intensität, die zum Durchführen von Basisaktivitäten aufgewendet werden müssen, werden weiters Aktivitäten mittlerer und höherer Intensität systematisiert. Während bei Bewegungen mittlerer Intensität noch gesprochen, aber nicht mehr gesungen werden kann, sind bei höheren Anstrengungsgraden nur noch kurze Wortwechsel möglich. Verglichen mit ruhigem Sitzen sind Aktivitäten mit mittleren bzw. höheren Intensitäten 3 - 5,9mal bzw. mindestens 6mal anspruchsvoller [TITZE et al., 2010].

4.1.2.3 Häufigkeit

Die Anzahl der Bewegungseinheiten pro Woche wird mit der Häufigkeit umschrieben [TITZE et al., 2010].

4.2 Bewegungsempfehlungen

Die Österreichischen Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung befürworten jede Gelegenheit zu nützen um körperlich aktiv zu sein. Ein dementsprechender Lebensstil fördert die Gesundheit und hilft diese aufrecht zu erhalten [TITZE et al., 2010].

Ein zusätzlicher Energieverbrauch von 1500 bis 2000 kcal pro Woche wird als generelle Empfehlung angeraten. Diese Empfehlung beruht vor allem auf Studien, die sich insbesondere auf die Senkung von kardiovaskulärem Risiko beziehen [WEISSER, 2005].

Die Empfehlungen für gesunde Erwachsene im Alter zwischen 18 und 64 Jahren, die keine Kontraindikationen im Bezug auf körperliche Aktivität aufweisen, werden im Folgenden beschrieben:

AUSDAUER

Aktivitäten mittlerer Intensität

(A) 2,5 Stunden/Woche oder (B)

(A1) 5 Stunden/Woche oder (B1) - für zusätzliche gesundheitliche Effekte

Aktivitäten höherer Intensität

(B) 1,25 Stunden/Woche oder (A)

(B1) 2,5 Stunden/Woche oder (A1) - für zusätzliche gesundheitliche Effekte

KRAFT

Muskelkräftigendes Training

(C) mind. 2mal/Woche Beanspruchung aller großen Muskelgruppen

[TITZE et al., 2010]

Erwachsene sollten jede Gelegenheit nutzen um die Gesundheit zu fördern und aufrecht zu erhalten. Durch Ausdaueraktivitäten werden große Muskelgruppen über einen längeren Zeitraum rhythmisch belastet (z. B. Laufen, Radfahren, Langlaufen, Schwimmen etc.) und führen unter Einhaltung entsprechender Kriterien (Dauer, Intensität, Häufigkeit) zu Anpassungsvorgängen im Herz-Kreislaufsystem. Dafür sind wöchentliche Aktivitäten mittlerer Intensität (A) oder höherer Intensität (B) grundlegend. Für zusätzliche und weiter reichende Gesundheitseffekte ist jedoch eine entsprechende Erhöhung des Bewegungsumfanges notwendig (A1 oder B1).

Möglich ist auch eine Kombination aus Bewegungseinheiten mit unterschiedlichen Anstrengungsgraden. Die Einheiten sollten auf möglichst viele Tage der Woche aufgeteilt werden, jedoch mindestens zehn Minuten ohne Pause ausgeübt werden. Eine Kombination aus verschiedenen Abläufen ist jedoch flexibel gestaltbar. Durch Krafttraining wird die muskuläre Fitness verbessert und Knochendichte erhöht. Daher sollten zusätzlich oder in Kombination mit Ausdaueraktivitäten an mindestens zwei Tagen der Woche muskelkräftigende Bewegungen (C) durchgeführt werden. Diese Aktivitäten beziehen sich auf Bewegungen, bei denen z. B. das eigene Körpergewicht (z. B. Liegestütz) oder Gewichte (z. B. Hanteln) als Widerstand eingesetzt werden (mittlere oder höhere Intensität). Diese Empfehlungen sind nicht nur für gesunde Erwachsene, sondern auch für Personen mit chronischen, nicht übertragbaren Krankheiten (Bluthochdruck, Diabetes Mellitus etc.) ratsam [TITZE et al., 2010].

4.3 Auswirkungen auf die Gesundheit

Körperliche Inaktivität kann als unabhängiger Risikofaktor für Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems angesehen werden. Studienergebnisse, die sich mit dem Einfluss körperlicher Aktivität auf das kardiovaskuläre Risiko bzw. die Mortalität beschäftigen, beschreiben ein fast doppelt so hohes Risiko für Herz-Kreislauferkrankungen bei körperlicher Inaktivität. Positive Effekte körperlicher Bewegung sind vor allem auf die Entwicklung von kardiovaskulären Erkrankungen (Herzinfarkt, Schlaganfall, Hypertonie etc.), Stoffwechselerkrankungen (Fettstoffwechselstörungen, Diabetes mellitus Typ-2 etc.) und Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems (Osteoporose, Arthrose, Bandscheibenerkrankungen etc.) zu erkennen. Auch neurologisch-psychiatrische Erkrankungen (endogene Depression, Psychosen etc.) sind durch den präventiven und therapeutischen Nutzen von körperlicher Aktivität beeinflussbar [WEISSER, 2005].

4.4 Synergien Ernährung und Bewegung

Die Lebenserwartung nimmt weltweit durch verbesserte medizinische Versorgung und hygienische Maßnahmen zu. Um ein längeres, aber vor allem auch gesünderes Leben zu führen, muss vermehrt die Aufmerksamkeit auf einen ausgewogenen Lebensstil gerichtet werden. Die Herausforderung besteht besonders darin, wissenschaftliche Daten über die Wechselwirkung zwischen Ernährung, Bewegung, persönlichen Entscheidungen und Umweltbedingungen zu generieren, damit Einflussfaktoren auf ein gesundes Altern bestimmt und modifiziert werden können [KENNEDY, 2006]. Der Lebensstil nimmt großen Einfluss auf das Auftreten von chronischen Erkrankungen [MÜLLER, 2005]. Sowohl gesundheitliche Belastungen als auch Potentiale, diese Belastungen zu bewältigen sind nach wie vor auch in wohlhabenden Gesellschaften sozial ungleich verteilt [AHRENS und GÜNTERT, 2004].

Soziale Unterschiede im Gesundheitszustand sind auch in Gesellschaften mit günstigen Lebensbedingungen vorhanden. Dabei steht fest, dass sowohl Mortalität als auch Morbidität in Bezug auf verschiedene Krankheiten umso häufiger ist, je tiefer der soziale Status der betreffenden Bevölkerungsgruppe ist [ÖBIG, 2002].

Die Bedeutung der Ernährung für Gesundheit und Krankheit steht in engen Zusammenhang mit körperlicher Aktivität bzw. Inaktivität. Körperliche Aktivität bestimmt einerseits das Stoffwechsellniveau und hat eine gesteigerte Leistungsfähigkeit zur Folge. Andererseits findet eine Interaktion mit Nährstoffen in denselben Regelkreisen statt. Inaktivität und ungesunde Ernährung erhöhen somit das Risiko und die Entwicklung von chronischen Erkrankungen und werden durch Rauchen, Alkohol- und Drogenmissbrauch negativ verstärkt [MÜLLER, 2005]. Durch regelmäßige körperliche Aktivität werden biochemische Anpassungsprozesse hervorgerufen, die mit einer Steigerung der Aufnahme und/oder der Absorption von Spurenelementen und Vitaminen einhergehen [MARGERITIS und ROUSSEAU, 2008].

4.5 Bewegung und betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)

Nach der neuen Definition der WHO bedeutet Gesundheit die Fähigkeit und Motivation, ein wirtschaftlich und sozial aktives Leben zu führen. Krankheit bedeutet demnach nicht nur Einschränkungen auf individueller Ebene, sondern auch erhebliche Kosten für die Wirtschaft aufgrund von krankheitsbedingter Abwesenheit. Vor allem Krankheiten der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes stehen an der Spitze von Krankheitsstatistiken. Daneben nehmen Abwesenheitstage hinsichtlich psychischer Belastungen immer mehr zu [ULICH und WÜLSER, 2009]. Arbeitsbedingte Erkrankungen und Unfälle besitzen hohe gesundheits- und sozialpolitische Bedeutung. Diese verursachen sowohl direkte als auch indirekte Krankheitskosten in zunehmendem Maße. Während Kosten für Therapie, Pflege, Verwaltung, Transport usw. zu den direkten Ausgaben zählen, werden Produktivitätsausfälle durch Arbeitsunfähigkeit, Frühpensionierung und vorzeitiger Tod zu den volkswirtschaftlichen Kosten gerechnet [AHRENS, 2004].

Österreich liegt mit einer durchschnittlichen Anzahl von 12,5 Krankenstandstagen im EU-weiten Vergleich unterdurchschnittlich im Mittelfeld. Gegenüber den Jahren 2006 und 2007 ist ein leichter Anstieg zu erkennen. Wichtigste Krankenstandsursachen sind Muskel-, Skelett- und Bindegewebserkrankungen und Erkrankungen der oberen Atemwege. Zusammen verursachen diese Erkrankungen über 45% der Krankenstandsfälle und 40% der Fehlzeiten. Krankheiten des Muskels, des Skeletts und des Bindegewebes besitzen den größten Anteil an Krankenstandstagen in Österreich und belaufen sich auf rund 22% [WIFO, 2008; 2010].

Maßnahmen der BGF sind einerseits humanitäre und soziale Verpflichtung, andererseits eine wirtschaftliche Notwendigkeit [BAMBERG et al., 2004]. Handlungen in Bezug auf Skelett-, Muskel- und Bindegewebserkrankungen sind vor allem für GF, Vorsorge und Rehabilitation sowie Arbeitsplatzgestaltung von großer Bedeutung, da dieser Diagnosegruppe ein Viertel aller Krankenstände zuzuschreiben ist und sie die bedeutendste Ursache von Invalidität darstellt [WIFO, 2008].

Studien haben gezeigt, dass körperliche Aktivität die Motivation der Angestellten und die Atmosphäre am Arbeitsplatz beeinflussen kann. Vor allem hinsichtlich einer verbesserten Kommunikation und erhöhten Flexibilität. Neben einer Reduktion der krankheitsbedingten Abwesenheit, zeigen sich positive Auswirkungen auf Kreativität und Konzentrationsfähigkeit der Mitarbeiter. BGF wirkt sich weiters vorteilhaft auf das Image des Unternehmens aus und macht es attraktiv für ArbeitnehmerInnen und GeschäftspartnerInnen [HPA, 2005].

5 Darstellung konzeptueller Grundlagen

Durch die Entwicklung in Richtung Dienstleistungsgesellschaft stehen in der BGF nicht nur die Reduktion von Belastungen im Vordergrund, sondern vor allem die Förderung von personalen, sozialen und organisatorischen Ressourcen. Interventionen in diesem Setting haben gezeigt, dass *multi-faktorielle* Maßnahmen wirksamer und wirtschaftlicher sind als *monofaktorielle* Interventionen [AHRENS, 2004].

5.1 Intervention Mapping Protokoll (IMP)

Theorien und empirische Nachweise bilden die Basis von Gesundheitsförderungsprogrammen, die sowohl individuelle Faktoren als auch Umweltbedingungen berücksichtigen. In der Praxis ist es jedoch oftmals schwierig, Theorien durch Interventionen gezielt umzusetzen. Dennoch ist die Anwendung von theoretischen Ansätzen erwünscht und kann gleichzeitig auf unterschiedlichen Ebenen durchgeführt werden. Das *Intervention Mapping* (IM) beschreibt eine Vorgehensweise für die Entwicklung von theorie- und evidenzbasierten Gesundheitsförderungsprogrammen. Einerseits werden Richtlinien und Instrumente zur Auswahl von theoretischen Grundlagen bereitgestellt. Andererseits können Empfehlungen zur adäquaten Anwendung und Umsetzung von Projekten gegeben werden. Das von Bartholomew et al. (2001) entwickelte Konzept beinhaltet folgende Schritte:

- Formulierung von Projektzielen
- Auswahl von geeigneten theoretischen Methoden
- Umsetzung von Theorie in Interventionsmaßnahmen
- Erstellung von Implementierungs- und Evaluierungskonzepten

Intervention Mapping stellt keine neue Strategie dar, sondern liefert ein Instrument für die Planung und Entwicklung von Projekten in der Gesundheitsförderung.

Abbildung 2 zeigt den linearen Aufbau des *Intervention Mapping* Protokolls, das aus sowohl sich wiederholenden als auch aufeinander aufbauenden Stufen angesehen werden kann [KOK et al., 2004].

Die einzelnen Schritte werden in Kapitel 6 beschrieben und anhand der Prämisse eines Projektes in der BGF zur Steigerung körperlicher Aktivität erarbeitet.

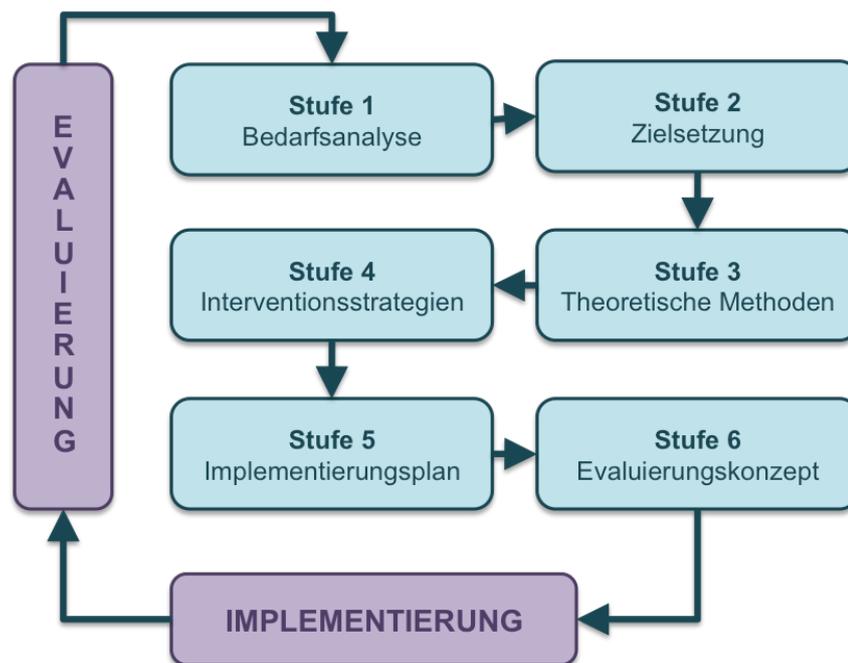


Abbildung 2 Intervention Mapping Protokoll

[modif. nach Bartholomew et al., 2006].

5.2 Precede-Proceed Model

Das von Green und Kreuter (1999) entwickelte Modell bildet die Grundlage der ersten Stufe im *Intervention Mapping* Protokoll. Das Rahmenkonzept des *Precede-Proceed* Modells basiert auf den Grundsätzen der Epidemiologie, Sozial-, Verhaltens-, Bildungswissenschaften und dem Gesundheitswesen. Ziel des *Precede-Proceed* Modells ist die Beschreibung von Zusammenhängen zwischen gesundheitsbezogenen Verhaltens- und Verhältnisfaktoren. Generell werden in diesem Planungsmodell zwei elementare Thesen hervorgehoben:

(1) Gesundheit und Gesundheitsrisiken werden von *multiplen* Faktoren gesteuert; (2) daher müssen alle Bemühungen, die Veränderungen in Verhalten, Verhältnissen und Sozialgefüge bewirken sollen, gleichsam *multidimensional* oder *multisektoral* und *partizipativ* (mitbestimmend) sein [GREEN, 2010].

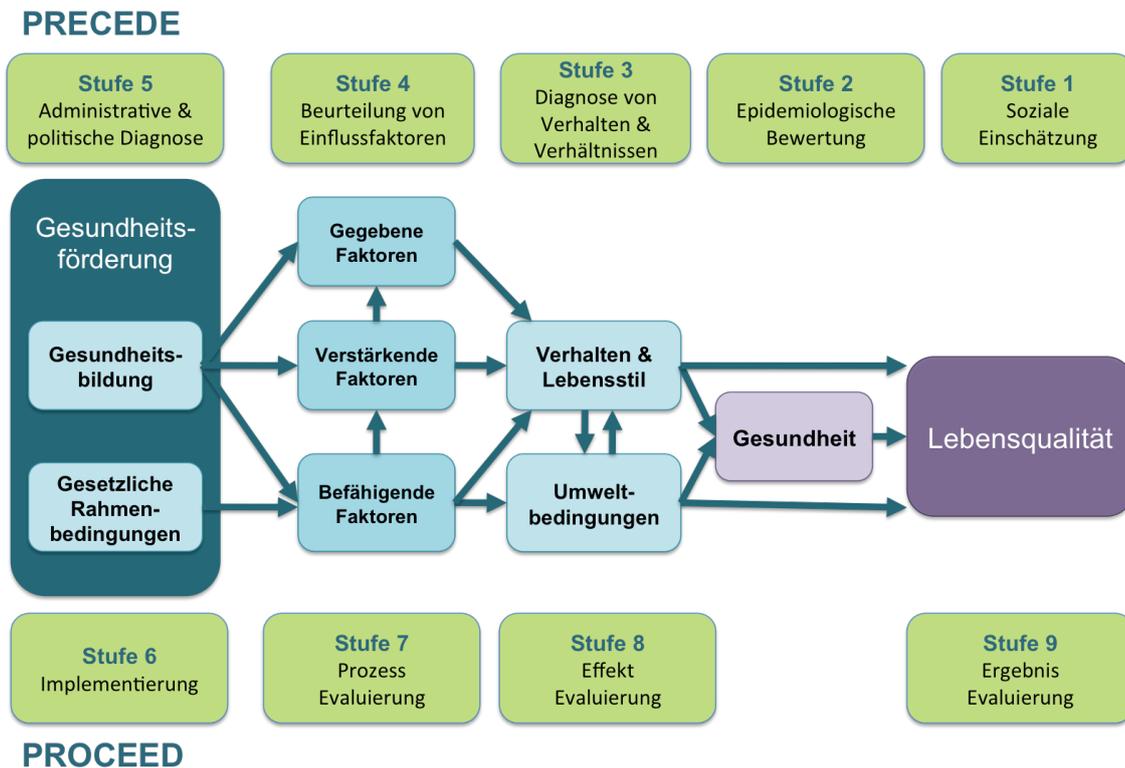


Abbildung 3 Precede-Proceed Modell

[modif. nach GREEN und KREUTER, 1999].

Das *Precede-Proceed* Modell nach GREEN und KREUTER (1999) kommt in der ersten Stufe (Bedarfsanalyse) des *Intervention Mapping* Protokolls zur Anwendung und wird in Kapitel 6.1 anhand der Prämisse zur Steigerung körperlicher Aktivität beschrieben.

Individuelles Verhalten wird - wie bereits erwähnt - von unterschiedlichsten Faktoren beeinflusst. Aus diesem Grund soll nachfolgend eine Ableitung aus theoretischen Modellen erfolgen und Determinanten des Gesundheitsverhaltens erläutert werden.

5.3 Sozial kognitive Theorie

Gesundheitsverhaltensmodelle wie z. B. das sozial-kognitive Modell, zeigen Faktoren auf, die gesundheitsfördernde bzw. -schädigende Verhaltensweisen hervorrufen bzw. verändern. Neben einer Vielzahl von Einflüssen (w. z. B. soziale Unterstützung oder sozioökonomischer Status) werden vor allem kognitive (geistige) Faktoren für die Erklärung von gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen herangezogen.

Im Gegensatz zu soziökonomischen Faktoren (wie z. B. Einkommen, Bildung, Wohnort) lassen sich kognitive Variablen einfacher durch eine Person selbst bzw. durch Interventionen ändern. Die sozial-kognitive Theorie zählt zu den linearen motivationalen Modellen. D.h., dass sich einerseits das Verhalten kontinuierlich (linear) verändert und diese Veränderung umso stärker von der Ausprägung der jeweiligen Modellkomponente abhängig ist. Andererseits bildet die Motivation - um eine Verhaltensänderung (Verhaltensabsicht) herbeizuführen - die Hauptbestimmungsgröße [FASELT et al., 2010].

Die von Albert Bandura entwickelte Theorie geht davon aus, dass sich Menschen durch Beobachten neue Verhaltensweisen aneignen können. Vor allem die Selbstwirksamkeitserwartung (Selbstwirksamkeit) spielt hierbei eine wesentliche Rolle. Diese beschreibt das Ausmaß, inwiefern sich eine Person in der Lage sieht, sich so zu verhalten, dass ein bestimmtes Ziel erreicht werden kann. Der Grad an Selbstwirksamkeit ist Resultat aus eigener Erfahrung und Lernprozessen, die die persönliche Kompetenz einer Person kennzeichnen. Weitere Bestandteile der sozial-kognitiven Theorie bilden Ergebniserwartungen, die sowohl physischer (z.B. körperliche Veränderungen), sozialer (z. B. Anerkennung) oder selbstbewerteter Natur (z. B. Zufriedenheit) sein können. Diese Ergebniserwartungen werden sehr stark von der Selbstwirksamkeit beeinflusst: Geht jemand davon aus, ein bestimmtes Verhalten gut ausführen zu können, nimmt er auch an, dass dies erfolgversprechend ist. Weiters wird in diesem Modell der Formulierung von persönlichen Zielen eine wichtige Funktion beigemessen. Die sozial-kognitive Theorie bezieht sich nicht nur auf individuelle Faktoren, sondern schließt zusätzlich *sozio-strukturelle* Faktoren mit ein.

Diese sind durch politische, ökonomische und umweltbezogene Rahmenbedingungen gekennzeichnet und können individuelle Zielsetzungen sowohl positiv als auch negativ beeinflussen. Der Selbstwirksamkeit kommt hier zum wiederholten Male große Bedeutung zu, da sie entscheidet, inwiefern eine Person ihre Aufmerksamkeit auf bestimmte externe Faktoren richtet und diese für sich wahrnimmt [FASELT und HOFFMANN, 2010].

Eine randomisierte Studie von Griffin-Blake und DeJoy gibt Anlass dazu, dass die Anwendung der sozial-kognitiven Theorie am Arbeitsplatz zur Steigerung der regelmäßigen Teilnahme an körperlichen Aktivitäten beitragen kann [GRIFFIN-BLAKE und DEJOY, 2006].

5.4 Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung

Nicht nur kognitive Gegebenheiten wirken sich auf das individuelle Verhalten aus, sondern auch Einflüsse durch soziale Gefüge bestimmen die Verhaltensweisen von Menschen. Soziale Netzwerke bilden die Grundlage menschlicher Existenz. Darunter wird nicht die alleinige Interaktion zwischen Einzelpersonen mit anderen verstanden, sondern vor allem auch Beziehungen zwischen Gruppen oder Gemeinschaften. Durch die Einbindung in soziale Netzwerke können Individuen ein Sicherheitsgefühl entwickeln, das durch Verwandtschaft, Freundschaft, ethnische Zugehörigkeit oder andere soziale Strukturen entsteht [BARTHOLOMEW et al., 2001].

Daten aus einer von der Europäischen Union geförderten Studie liefern starke Zusammenhänge zwischen berichteter körperlicher Aktivität und dem Ausmaß an sozialer Unterstützung. Jene Personen, die wenig sozialen Rückhalt aus ihrem Umfeld (Familie, FreundInnen, ArbeitskollegInnen etc.) erhielten, waren doppelt so häufig durch eine sitzenden Lebensweise gekennzeichnet als jene, die viel soziale Unterstützung aus ihrem persönlichen Lebensumfeld bezogen. In Übereinstimmung mit den Grundlagen der sozial kognitiven Theorie, weisen die Ergebnisse aus der Studie darauf hin, dass je besser die Unterstützungen aus sozialen, physischen und gesetzlichen Netzwerken sind, desto wahrscheinlicher ist eine körperlich aktive Lebensweise [STÄHL et al., 2001].

Der Austausch von Hilfestellungen, der aus diesen sozialen Netzwerken resultiert, wird als soziale Unterstützung bezeichnet. Es werden vier Haupttypen von sozialer Unterstützung unterschieden: emotionale, instrumentelle, informative Unterstützung und soziale Bewertung. Liebe, Fürsorge und Mitgefühl sind Teil von emotionaler Unterstützung, wohingegen Hilfestellung in Form einer Dienstleistung (z. B. Geld leihen oder Babysitten) als instrumentelle Hilfe angesehen werden. Informative Unterstützung kann als gut gemeinter Rat oder Vorschlag gegeben werden. Des Weiteren wird eine Bewertung aus einem sozialen Netzwerk in Form von konstruktiven Feedback oder Zustimmung von gleichen Ansichten und Wertvorstellungen als Hilfeleistung verstanden [BARTHOLOMEW et al., 2001].

Von sozialer Unterstützung kann dann gesprochen werden, wenn das Wohlbefinden einer Person erhöht und Probleme gemindert werden. So können Partner, Familienmitglieder oder Freunde den Entschluss, ein bestimmtes Verhalten zu verändern, im Sinne eines sozialen Rückhalts positiv verstärken. Im Gegensatz dazu kann aber auch sozialer Druck aus dem Umfeld gesundheitsschädigendes Verhalten initiieren und stabilisieren [HORNUNG, 1997]. Am Handlungsort Arbeitsplatz stellen sozial kompetente MitarbeiterInnen eine wesentliche Quelle betrieblichen Sozialkapitals dar. Sie sind teamfähiger und eher in der Lage gegenseitige Hilfe und Unterstützung anzubieten. Sind diese sozialen Bedingungen nicht vorhanden, kann sich Stress chronisch ausbreiten und zur Förderung von Reizbarkeit, gesundheitsschädigendem Verhalten, Burnout und zur Entstehung von Herz-Kreislaufkrankungen beitragen [ZWW, 2010a].

5.5 Gemeinschaftsorganisations-Theorie

Die Gemeinschaftsorganisation beruht auf den Grundlagen von sozialen Netzwerken und sozialer Unterstützung (siehe Kapitel 5.4) [NCI, 2002]. Diese Theorie basiert auf einem Prozess, in dem Gruppen unterstützt werden sollen, gemeinsame Probleme zu identifizieren, Ressourcen zu mobilisieren und eigens dafür Strategien zu entwickeln und umzusetzen.

Diese Maßnahmen haben nicht individuelle Ziele zum Zwecke, sondern dienen der Erreichung einer gemeinschaftlichen Zielvorstellung. Wichtig hierbei ist, dass die Gemeinschaft von Anfang an in die Entwicklung von Gesundheitsförderungsprojekten miteinbezogen wird, und es nicht zu einer externen Zuweisung von Prioritäten kommt [NCI, 2005].

Grundlegend existieren drei Modelle von Gemeinschaftsorganisation: (1) Gemeinschaftsentwicklung, (2) Sozialplanung und (3) gesellschaftliches Handeln [BARTHOLOMEW et al., 2001].

In der Gemeinschaftsentwicklung sollen sich Personen aus der Zielgruppe mit der Problemidentifikation und Lösungsansätzen auseinandersetzen. Außenstehende ExpertInnen können jedoch ihre Hilfestellung bei der Koordinierung und der erfolgreichen Umsetzung anbieten. Die Sozialplanung funktioniert aufgabenorientiert und legt Ziele mit Unterstützung von ExpertInnen fest. Gesellschaftliches Handeln zielt auf Problemlösungsfähigkeiten innerhalb der Gemeinschaft ab um Kapazitäten zu schaffen und Veränderungen zu bewirken. Die Gemeinschaftsorganisation verwendet kein klar abgegrenztes Modell, integriert jedoch bestimmte Konzepte um unterschiedliche Herangehensweisen festzulegen.

Diese Konzepte können mit den Schlagwörtern *Befähigung*, *Gemeinschaftskompetenz*, *Beteiligung*, *Relevanz*, *Themenwahl* und *gesellschaftliches Handeln* beschrieben werden. Wesentlich hierbei ist, dass Mitglieder der Gemeinschaft in ein Projekt miteinbezogen werden und Kompetenzen entwickeln um Veränderungen innerhalb der Gemeinschaft hervorzurufen. Unter Mithilfe der Medien kann dadurch das Bewusstsein geschaffen werden auch auf höherer (politischer) Ebene bestimmte Themenschwerpunkte aufzugreifen und Diskussionen zu initiieren. Hierfür ist die Bezeichnung Medienanwaltschaft (media advocacy) maßgebend. Sie beschreibt eine Interessensdurchsetzung durch Massenmedien, die gesellschaftliche und politische Verhältnisse, in denen gesundheitsrelevante Entscheidungen getroffen werden, beeinflusst werden können. Dies geschieht durch die Auswahl von bestimmten Themenbereichen und Führung von öffentlichen Diskussionen [NCI, 2002].

Bezogen auf das Setting Arbeitsplatz sind gemeinsame Überzeugungen, Werte und Regeln wichtige Bausteine betrieblichen Sozialkapitals. Diese motivieren zu gemeinschaftlichem Handeln und verpflichten zu gemeinsamen Ziele und verbindlichen Verhaltensstandards. Gemeinsame Überzeugungen, Werte und Regeln helfen Stress zu vermeiden. Je geringer der Vorrat an diesen elementaren Faktoren, desto eher werden Motivation, Wohlbefinden und körperliche Gesundheit der Beschäftigten und somit auch das Betriebsergebnis negativ beeinträchtigt [ZWW, 2010b].

5.6 Kommunikationstheorie (Gesundheitskommunikation)

Die Kommunikationstheorie beschäftigt sich vordergründig mit der Frage, wie Botschaften formuliert, übermittelt, empfangen und angepasst werden. Die zentrale Frage im Sinne von Gesundheitskommunikation ist: Wie können Kommunikationsprozesse zu einer Verhaltensänderung beitragen? [NCI, 2005]. Bernhardt (2004) definiert diese Kommunikationstheorie als wissenschaftliche Entwicklung, strategische Verbreitung und kritische Evaluierung von relevanter, zielgenauer, zugänglicher und verständlicher Gesundheitsinformation zwischen bestimmten Zielgruppen in Bezug auf GF. Diese Disziplin bildet eine *transdisziplinäre* Einheit, in der Massenmedien, Gesundheitsbildung, Marketing, Werbung, Psychologie und Epidemiologie integriert werden. Gesundheitskommunikation richtet sich an Einzelpersonen bzw. Personengruppen und wirkt mittels Bewusstseinschaffung, Wissenssteigerung, Meinungsbildung und Verhaltensänderung. Obwohl diese Kommunikationsstrategien hauptsächlich auf Eigenschaften abzielen, die direkt mit Morbidität und Mortalität assoziiert sind, werden außerdem gesellschaftliche, physische und umweltbedingte Veränderungen in Gang gesetzt [BERNHARDT, 2004].

Die längste Kommunikationskampagne zur Förderung körperlicher Aktivität (PartizipACTION) wurde über 30 Jahre in Kanada durchgeführt. Mittels öffentlichen Anzeigen im Fernsehen, Printmedien und Werbung wurden Medienkampagnen, Gesundheitserziehung und spezielle Events veranstaltet um Gemeinschaftsaktivitäten bezüglich körperlicher Bewegung zu unterstützen.

Untersuchungen haben gezeigt, dass durch eine sehr hohe Bewusstseinssteigerung die Befragten von höherer körperlicher Aktivität berichteten. Weiters wurden Steigerungen des Aktivitätslevels auf nationaler Ebene beobachtet. Obwohl dieses Ergebnis nicht direkt auf die Kampagne bezogen werden konnte, ist ein direkter Zusammenhang mit dieser Langzeitinitiative sehr wahrscheinlich [DH, 2009].

5.7 Gesetzliche Richtlinien (Public Policies)

Gesundheitspolitik bezieht sich direkt auf öffentliche Gesundheit (Public Health) und Gesundheitswesen. Aber auch andere gesetzliche Regelungen aus dem Wirtschafts-, Wohnbau- oder Sicherheitssektor beinhalten großes Potential die Gesundheit zu beeinflussen. Die Erschaffung und Erhaltung einer gesunden Umwelt mit leicht zugänglichen, kostengünstigen und in der Überzahl vorhandenen Auswahlmöglichkeiten bilden die Grundlage für *Public Policies* im Sinne der GF. Finanzielle Unterstützung (Förderungen), Bewilligungen, Verträge, die Produktion von Gütern und Dienstleistungen, Richtlinien, Kontrollen oder steuerliche Begünstigungen stellen wichtige Instrumente auf diesem Gebiet dar [BARTHOLOMEW et al., 2001].

Nach einer Studie von Dodson et al. steht das mehrfache Vorhandensein von Richtlinien am Arbeitsplatz in Zusammenhang mit dem Erreichen von Empfehlungen für körperliche Aktivität. Vor allem Bestimmung über die Zugänglichkeit von Stiegenhäusern, personalen Dienstleistungen (z. B. Fitnesstests, Beratung etc.) und speziellen Einrichtungen (Fitnessraum, Duschen, Laufbänder, Hanteln etc.) heben die Bedeutung von Richtlinien und Verhältnissen am Arbeitsplatz hervor. Dodson et al. empfehlen deshalb eine Kombination von Gesundheitsförderungsprogrammen mit gleichzeitiger Anpassung von gesetzlichen Richtlinien [DODSON et al., 2008].

Daher ist es wesentlich, nicht nur auf individueller und gesellschaftlicher Ebene das Wohlbefinden zu steigern, sondern auch auf politischer Ebene Grundlagen für die GF zu schaffen und einen gesetzlichen Rahmen für die Umsetzung von Strategien und Maßnahmen vorzugeben.

5.8 Soziales Marketing

Um Gesundheitsförderungsprojekte möglichst wirksam umzusetzen ist die Anwendung von Marketingstrategien vorteilhaft. Dazu liefert das soziale Marketing (SM) eine Vorgehensweise um das Wohlbefinden der Menschen zu steigern. Hierbei werden Techniken verwendet, die das Verhalten der Zielgruppe im Sinne der GF beeinflussen. Der Unterschied zum herkömmlichen Marketingbegriff liegt darin, dass der Vorteil auf der Seite der Zielpopulation liegt und nicht auf Seite der Initiatoren. Weiters wird der Erfolg der "Marketingorganisation" hinsichtlich positiver Effekte auf die Gesellschaft gemessen und nicht an finanziellen Erträgen. Programme basierend auf SM werden grundlegend von Konsumenten (Zielgruppe) und nicht von ExpertInnen gelenkt. Der Prozess des sozialen Marketings inkludiert die Identifizierung eines effektiven "*Marketings-Mix*", gebildet aus den vier P's: Produkt, Preis, Plattform und Promotion [NCI, 2005].

Das Produkt repräsentiert das gewünschte Verhalten der Zielgruppe inklusive aller Vorteile, materieller Verhältnisse und/oder Dienstleistungen, die eine Verhaltensänderung unterstützen können. Der Preis umschreibt finanzielle, emotionale, psychologische oder zeitbezogene Kosten oder Barrieren mit denen die Zielgruppe im Zuge einer Verhaltensänderung konfrontiert wird. Die Plattform stellt die örtliche Begebenheit dar, wo der Zugang zu entsprechenden Programmen oder Dienstleistungen ermöglicht wird. Promotion steht für Kommunikationsmittelungen, Hilfsmittel, Übertragungskanäle und Aktivitäten, die die Zielgruppe wirkungsvoll erreichen können. Zusätzlich sind vier weitere Begriffe bei der Entwicklung von SM Maßnahmen hilfreich: Partnerschaften, *Policy* (Richtlinien), Politik und Prüfen von Ausgaben [TURNING POINT, 2006].

Die Ergebnisse einer sozialen Marketing Kampagne zur Steigerung körperlicher Aktivität von Peterson et al. zeigen einen positiven Zusammenhang zwischen Marketingmaßnahmen und der Wahrscheinlichkeit einer Verhaltensänderung [PETERSON et al., 2005]. Demzufolge bildet das soziale Marketing Konzept ein ganzheitliches Verfahren um Maßnahmen für Programme innerhalb der GF zu setzen.

6 Konzept für die BGF [map-4-motion]

Die soziale Entwicklung eines Landes ist besonders von gesunden, hoch motivierten und gut qualifizierten MitarbeiterInnen geprägt. Die Durchführung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen im Setting Arbeitsplatz bildet hierfür eine günstige institutionelle Voraussetzung für die GF. Hauptsächlich auch deshalb, weil die Erreichbarkeit der Zielgruppe erwerbstätiger Erwachsener nahezu vollständig gegeben ist. Lediglich 10% der Erwachsenen betreiben regelmäßig gesundheitsförderlichen Sport [BÖS et al., 2004]. Gemäß selbst berichteter körperlicher Aktivität (Validierung erfolgte durch Beschleunigungsmessungen) im Österreichischen Ernährungsbericht erreichen nur rund 53% der Männer und 23% der Frauen das Mindestmaß von 1,7 PAL [ELMADFA et al., 2009]. Infolgedessen ist die Chance für eine präventiv wirksame Förderung sehr groß. Viele stehen an der Schwelle zu chronischen Schäden, haben diese aber noch nicht überschritten. Die Aufgabe besteht darin, eine Einsicht in die Notwendigkeit einer Verhaltensänderung zu bewirken [BÖS et al., 2004].

Der persönliche und volkswirtschaftliche Nutzen von körperlicher Aktivität ist unumstritten. Die Umsetzung einzelner Aktivitäten für eine nachhaltige Verhaltensänderung ist jedoch begrenzt erfolgversprechend und oftmals auf die Applikation von individuellen Komponenten beschränkt. Nachdem die bisher diskutierten theoretischen Grundlagen eine Vielzahl an Einflussbereichen vermuten lassen, werden diese dennoch des Öfteren separat betrachtet und auch getrennt zum Einsatz gebracht. Werden im Gegensatz dazu alle Teilgebiete gleichermaßen in ein und dasselbe Konzept integriert, so könnte die Wahrscheinlichkeit für eine nachhaltige Verhaltensänderung im positiven Sinne beeinflusst werden. Das vorliegende Konzept, soll die Bedeutung der vier (map-4-motion) Haupteinflussbereiche hervorheben und eine Art Landkarte (**map-4-motion**) für die Entwicklung von Maßnahmen in der BGF bezogen auf körperliche Bewegung (**map-4-motion**) zur Verfügung stellen. Die Einflussbereiche sollen demnach nicht getrennt von einander angesehen werden, sondern vielmehr wie ein Ineinandergreifen einzelner Zahnräder zur Förderung von individuellen Verhaltensweisen.

Basierend auf den Schritten des Intervention Mapping Protokolls und Modellen der Verhaltens- und Verhältnisänderung (siehe Kapitel 3.8) werden nachfolgend stufenweise erforderliche Maßnahmen zur Entwicklung von Aktivitäten beschrieben und anhand der Prämisse von BGF und Steigerung körperlicher Aktivität mit Beispielen untermauert. Die Beispiele sollen einerseits einen Überblick für die Anwendung der Konzeption geben und andererseits denkbare Ansätze für die Praxis liefern.

6.1 Stufe 1: Bedarfsanalyse

Die Bedarfsanalyse gilt als wesentlicher Ausgangspunkt von Gesundheitsförderungsprojekten. Sie hilft dabei, wirksame Programme zu entwickeln und durchzuführen [HUGHES, 2009a]. Ob die Notwendigkeit vorliegt, Aktionen gemäß der GF ins Leben zu rufen oder nicht, ist Aufgabe einer Bedarfsanalyse. Dabei werden alle Einflussfaktoren erhoben, die auf ein bestehendes Gesundheitsproblem hinweisen. Weiters erfolgt die Beurteilung von Kapazitäten, die für die Entwicklung von Maßnahmen grundlegend sind. Sind bestimmte Strukturen oder Ressourcen nicht in ausreichendem Maße vorhanden, müssen in Laufe der Planungsphase entsprechende Kapazitäten definiert und geschaffen werden. Außerdem ist die Stakeholderanalyse ein relevantes Mittel um eventuelle Risiken seitens oppositioneller Interessensgruppen zu erwägen.

6.1.1 Determinantenanalyse

Die Determinantenanalyse eignet sich dazu, ausgehend vom Hauptproblem durch Rückverfolgung einzelner Wirkmechanismen Zusammenhänge zu erklären. Im IMP wird dies anhand des Precede-Modells (siehe Kapitel 5.2) veranschaulicht [BARTHOLOMEW et al., 2006]. Abbildung 4 zeigt dieses Modell bezogen auf Gesundheit bzw. Lebensqualität. Es werden hier Beziehungen zwischen Bestimmungsgrößen und deren Auswirkungen auf die Gesellschaft dargestellt.

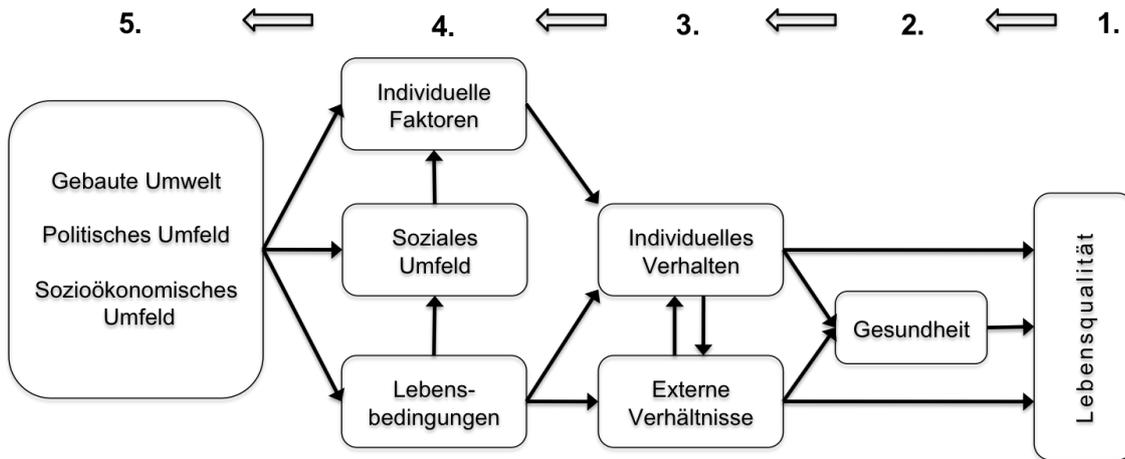


Abbildung 4 Determinantenanalyse Precede-Modell

[modif. nach GREEN und KREUTER, 1999].

Im Folgenden werden die Punkte 1. bis 5. (siehe Abbildung 4) näher erläutert:

6.1.1.1 Soziale Diagnose - Punkt 1

Die soziale Einschätzung bezieht sich vordergründig auf die Beurteilung der Lebensqualität in der Bevölkerung. Sie ist ein wesentliches Kennzeichen für die Gesundheit und vice versa. In Österreich wird diese vor allem durch das Vorhandensein von chronischen Krankheiten beeinträchtigt (siehe Kapitel 2 und 4.5).

6.1.1.2 Epidemiologische Diagnose - Punkt 2

Die Lebensqualität wird vor allem durch die Lebenssituation der Menschen bestimmt. Wie und in welchem Umfang kausale Zusammenhänge bestehen kann mit Hilfe der Epidemiologie festgestellt werden.

Die meisten Erwachsenen leiden einerseits durch physische Unterforderung und Fehlbelastung, andererseits bestimmen psychische Fehl- und Risikobelastung den Arbeitsalltag [BÖS et al., 2004].

6.1.1.3 Diagnose von Verhalten und Verhältnissen - Punkt 3

Ein bestimmtes Verhalten wird nicht allein von individuellen Verhaltensweisen determiniert, sondern steht in Wechselwirkung mit der Umwelt.

Infolgedessen wird der persönliche Lebensstil sowohl von individuellen Faktoren einerseits und vom sozialen und physischen Umfeld andererseits gefördert bzw. eingeschränkt.

6.1.1.4 Diagnose von Einflussgrößen - Punkt 4

Einflussgrößen beschreiben detailliert die Faktoren, die letztendlich Verhalten und Verhältnisse bestimmen. Prinzipiell können hier drei verschiedene Teilbereiche differenziert werden: Individuelles Verhalten, soziales Umfeld und Lebens- bzw. Arbeitsbedingungen. Jeder einzelne Abschnitt bietet großes Potential für die GF, da gezielt Aktivitäten gesetzt werden können um Änderungen der Einflussgrößen und damit Änderungen in Verhalten bzw. Verhältnissen zu bewirken.

6.1.1.5 Administrative und politische Diagnose - Punkt 5

Interventionsstrategien in der GF bedingen eine vorausgehende Analyse von politischen und administrativen Gegebenheiten. Hier ist es essentiell, nicht nur gesetzliche Sachverhalte zu prüfen, sondern auch bestehende Systeme und Strukturen zu hinterfragen und auf Möglichkeiten bzgl. GF einzuschätzen.

6.1.1.6 Einflussbereiche

Daraus ergeben sich vier Haupteinflussbereiche, die eine optimale Grundlage für die Steigerung körperlicher Aktivität darstellen. Abbildung 5 zeigt, wie sich individuelle Faktoren, soziales Umfeld und Lebens- bzw. Arbeitsbedingungen auf das Verhalten bzw. Verhältnisse auswirken können.

Nachfolgend werden die vier Einflussbereiche in Bezug auf körperliche Aktivität und BGF näher erläutert.

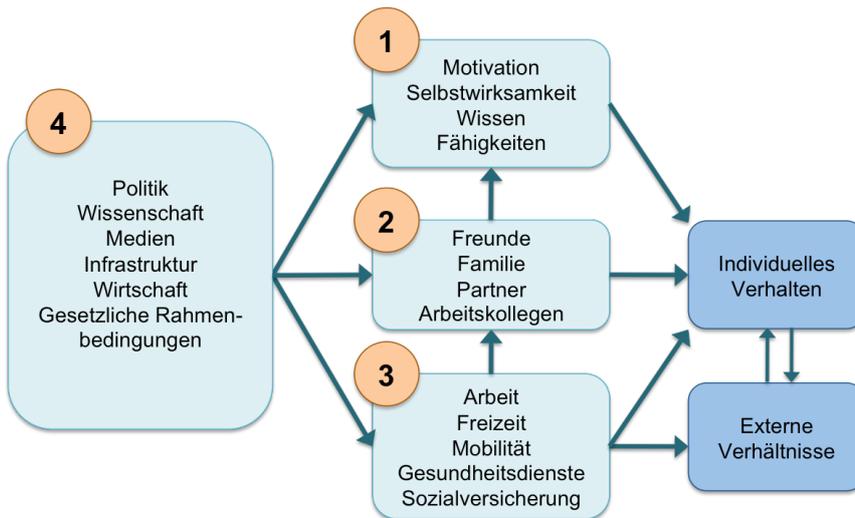


Abbildung 5 Einflussfaktoren Verhalten und Verhältnisse

1. Individuelle Faktoren

Persönlichkeitsmerkmale wie Selbstmanagement, Motivation, Erwartungshaltung, Einstellung oder Volitionsstärke (Willensbildung zur Verhaltensänderung) wirken sich hier auf das Bewegungsverhalten aus. Weiters tragen auch Wissen über die Gesundheitswirksamkeit, Fähigkeiten und Fertigkeiten körperliche Aktivität ausführen zu können zum individuellen Verhalten eines Menschen bei [TITZE et al., 2010].

2. Soziales Umfeld und Netzwerke

Ein soziales Netzwerk bestehend aus Freunden, Familie, Bekannten, Arbeitskollegen etc. ist eine wichtige Ressource für die Bewegungsförderung. Die Unterstützung und Akzeptanz aus diesem sozialen Gefüge ist für das individuelle Wohlbefinden sehr bedeutsam. Auch die Einbindung in Vereine, informelle Netzwerke oder die Zugehörigkeit zu ethnischen und religiösen Gruppen wirken sich auf das Bewegungsverhalten aus [TITZE et al., 2010].

3. Lebens- und Arbeitbedingungen

Arbeitsplatz, Arbeit, Mobilität, Freizeit, Freizeit- und Sportindustrie, Gesundheitsdienste und Sozialversicherung sind Faktoren, die nicht nur das individuelle Verhalten beeinflussen, sondern ganze Bevölkerungsgruppen durch ihr Vorhandensein oder ihre Abwesenheit betreffen.

Insbesondere die Gruppe der Gesundheitsberufe ist bei der Initiierung von präventiv-medizinischen Interventionen maßgebend und nimmt deshalb eine wichtige Stellung in der GF ein. Wird im Umfeld die Möglichkeit und Unterstützung sowohl seitens Arbeitgeber als auch seitens Sozialversicherungen und ÄrztInnen gegeben, bestehen weniger Barrieren um eine Verhaltensänderung erfolgreich umzusetzen. Diese Mensch-Umwelt-Beziehung wird jedoch von der letzten Ebene des politischen Umfeldes und der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen entscheidend beeinflusst [TITZE et al., 2010].

4. Gebaute Umwelt, politisches und sozioökonomisches Umfeld

Durch die Modernisierung sämtlicher Alltagsabläufe kann Bewegung nur noch begrenzt stattfinden. Im Gegensatz dazu bieten ansprechend gestaltete Fuß- und Radwege sowie naturbezogene Naherholungsgebieten potentielle Möglichkeiten zur Förderung von körperlicher Aktivität. Die Planung von Lebensräumen, Wirtschaftslage, Einkommensregelungen (z.B. Kollektivverträge), Gesetzestexte im Arbeitsrecht und nationale Aktionspläne sind für das Vorliegen einer bewegungsfördernden Umwelt mitentscheidend [TITZE et al., 2010].

6.1.2 Kapazitätsanalyse

Die Entwicklung von nachhaltigen Strukturen und Ressourcen ist eine essentielle Aufgabe im Zuge von Gesundheitsförderungsprojekten.

Stehen nicht genügend Kapazitäten z.B. im Bezug auf Leitung, Organisation oder Ressourcen zur Verfügung, ist die erfolgreiche Umsetzung von Maßnahmen gefährdet und vermutlich wenig erfolgversprechend. Daher ist eine genaue Analyse von vorhandenen und verfügbaren Kapazitäten für die Entwicklung von Interventionen im Vorfeld unabdingbar [NSW, 2001].

Um die Frage nach zugänglichen Ressourcen zu erleichtern, werden nachfolgend sämtliche Bereiche, die potentielle Hilfsmittel zur Verfügung stellen könnten, diskutiert.

Die Abgrenzung zu anderen Kapiteln des IMPs erfolgt hier in erster Linie durch den Bezug auf das Projekt an sich und nicht auf dessen Inhalt. De facto kommt es jedoch zu Überschneidungen, da die Grenzen teilweise fließend und ineinandergreifend sind.

6.1.2.1 Ressourcenzuordnung (Geldmittel, Personen, Expertise, Einrichtungen)

Unter Ressourcenzuordnung wird ein wirtschaftlicher Prozess verstanden, der den effektiven Einsatz von verfügbaren Hilfsmitteln gewährleistet. Der Begriff *Ressource* kann sich auf unterschiedlichste Weise definieren:

Stehen ausreichend finanzielle Mittel zur Verfügung um das Projekt umzusetzen? Wie viele Personen unterstützen das Projekt und die Implementierung? Gibt es genügend Fachpersonal bzw. ExpertInnen um die wissenschaftliche Basis zu sichern? Sind ausreichend Seminarräume oder Möglichkeiten um die Interventionen durchzuführen vorhanden? [NSW, 2001]. Diese Fragen helfen gleichzeitig dabei, sämtliche Budgetpunkte für das Projekt festzulegen. Hier geht es vorwiegend darum, sämtliche Kostenstellen im Voraus zu beschreiben um die Grundlage für alle Projektaktivitäten zu sichern.

6.1.2.2 Wissenspool (Ideenfindung, Hintergrundinformationen)

Diese Kapazität beschreibt alle Prozesse, die sich mit Ideenfindung und Hintergrundinformationen beschäftigen. Die Frage "Welche Informationen benötige ich um gute Entscheidungen zu treffen?" steht hier im Vordergrund. Zu diesem Punkt wird z. B. eine genaue Problem- oder Determinantenanalyse gezählt (siehe Kapitel 6.1.1).

6.1.2.3 Leitung (Projektmanagement, Interventionsleitung)

Der Leitung eines Projektes wird eine wesentliche Rolle zugesprochen. Sie gewährleistet nicht nur die gerechte Verteilung von finanziellen Mitteln und eine adäquate Aufgabenzuordnung, sondern sorgt dafür, dass sämtliche Prozesse strukturiert und koordiniert ablaufen können. Die Aufgabe der Leitung beinhaltet Funktionen von Ausbildung, Erfahrung und Persönlichkeit.

Dabei wird der Entwicklung und dem Aufbau von Führungsqualitäten in der verantwortlichen Person selbst und in Anderen große Bedeutung beigemessen. Hier stellt sich nicht nur die Frage "Wer kann dieser Rolle gerecht werden", sondern auch "Wie kann diese Position versorgt, entwickelt und unterstützt werden?" [NSW, 2001].

6.1.2.4 Bildung von Partnerschaften (Netzwerke)

Die Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Organisationen und Stakeholdern bildet ein weiteres Kriterium um ein Projekt erfolgreich zu implementieren. In diesem Kontext ist es essentiell eine detaillierte und umfassende Stakeholderanalyse durchzuführen um zu erkennen, wer welche Rolle übernimmt und in welchem Ausmaß eine Unterstützung bzw. Widerstand zu erwarten ist. Weiters ist die Entwicklung von effektiven Partnerschaften deswegen bedeutsam, da viele der Einflussfaktoren außerhalb der Reichweite von Gesundheitssystemen liegen [NSW, 2001].

6.1.2.5 Schaffung von Arbeitskräftepotential (workforce)

Die Kapazität der sogenannten *workforce* (engl. Belegschaft, Arbeitskraft) bezieht sich auf die Größe, die Zusammensetzung und die bestehenden Kompetenzen innerhalb eines Settings. Müssen externe Personen bestimmte Aufgaben übernehmen oder können sämtliche Funktionen mit Personen aus dem Umfeld abgedeckt werden? Welche Strategien sind zur Entwicklung oder Stärkung von Arbeitskräftepotential notwendig? - bilden die zentralen Fragen hierbei.

Die *workforce* bezieht sich sowohl auf bezahlte als auch unbezahlte Arbeitskräfte innerhalb von Organisationen und Gemeinschaften [NSW, 2001].

6.1.2.6 Organisationsentwicklung (Koordination vorhandener Strukturen)

Auch die Organisation eines Projektes - um erfolgreiche Abläufe zu gewährleisten - stellt bestimmte Anforderungen: Welche Strukturen, Organisationen und Koordinationen gibt es, die Interventionsmaßnahmen unterstützen können? Welche Lücken gilt es zu schließen?

Welche Pläne sind notwendig um Desorganisation zu vermeiden? Organisation ist auch ein wesentlicher Bestandteil von Monitoring und Evaluierung. Sobald der Überblick über das Projekt verloren geht, ist eine Überwachung oder Auswertung von laufenden Prozessen nicht mehr möglich und wirkt sich sowohl auf Wirkmechanismen als auch auf Ergebnis und Prozessqualität aus.

Organisationsentwicklung bezieht sich auf jene Prozesse, die gewährleisten, dass sich Strukturen, Systeme, Richtlinien, Vorgehensweisen und Gewohnheiten eines Unternehmens in dessen Absichten, Funktionen, Werten und Zielen widerspiegeln [NSW, 2001].

6.1.2.7 Stärkung der Gemeinschaft (Zielgruppe berücksichtigen)

Das Potential, die Zielgruppe als Gemeinschaft anzusehen und zu fördern, bringt eine weitere Kapazität hervor. In welchem Ausmaß ist die Zielgruppe von dem Problem betroffen? Wie ist eine Beteiligung an der Problemlösung zu erreichen bzw. zu erleichtern? Das Vermögen einer guten Gemeinschaft an ein gemeinsames Ziel heranzutreten, darf hier nicht unterschätzt werden. Bestehen in einer Zielgruppe große Diskrepanzen hinsichtlich des Projektes bzw. Interventionsmaßnahmen, ist die Wirkung der einzelnen Aktivitäten in hohem Maße durch externe Einflüsse beeinträchtigt.

In Tabelle 1 werden die Kapazitätsbereiche am Beispiel Bewegung in der BGF beschrieben. Da es sich um kein bestimmtes Unternehmen handelt, wird eine allgemeine Übersicht an Möglichkeiten über vorhandene Kapazitäten gegeben. Weiters erfolgt eine Empfehlung, wie diese gegebenenfalls gebildet, gestärkt oder vernetzt werden könnten.

Kapazitätsbereich	Beschreibung vorhandener Kapazität	Strategien um Kapazitäten zu bilden
Ressourcenzuordnung	Arbeitskraft, Fähigkeiten und Fertigkeiten von Personen, die im UN tätig sind; finanzielle Ressourcen von UN, Sozialversicherung, Förderungen; Expertise von Betriebsarzt, Human Resource Abteilung, externe PH-Experten, räumliche Gegebenheiten, Know-How für Vorträge, Unterlagen oder Aktivitäten	vorhandene Ressourcen miteinander verknüpfen, neue finanzielle Ressourcen identifizieren, vorhandene Ressourcen mit geplanter Intervention abstimmen, Zustimmung von Entscheidungsträgern einholen (Verbrauch von Ressource), Leistungsbereitschaft erfragen
Wissenspool	Gesundheitswesen (Betriebsarzt/-ärztin, praktische Ärztinnen, Gebietskrankenkasse), BMG, GÖG, Netzwerk betriebliche Gesundheitsförderung, FGÖ, Publikationen, Unternehmensberichte, Statistik Austria, Ernährungsbericht, Sportwissenschaft, Psychologie, Ernährungswissenschaft, Public Health & Public Health Nutrition, Arbeiterkammer, Zielgruppenbefragung (focus groups)	Zusammenarbeit mit Experten forcieren, Erhebung von Möglichkeiten für Kooperation GF-Organisationen, Erhebung des Ist-Zustandes im UN (Krankenstandsstatistik, Fehlzeiten-erhebung, Gesundheitszustand, objektive Beschwerden etc.), Sammlung von Auswertungen und Erhebungen, Initiierung von Zielgruppenbefragungen
Leitung	UN interne oder externe Personen: Human Resource, Personalentwicklung, Freelancer, Betriebsarzt, Ernährungs- oder Sportwissenschaftler	Unterstützung für externe Personen seitens UN; Unterstützung UN seitens externer Expertise; Zusammenarbeit Projektleitung mit UN-Leitung, Verteilung von Zuständigkeiten und Verantwortung innerhalb des Projektes und darüber hinausgehend, Zustimmung von Zielgruppe einholen
Partnerschaften	vorhandene Gesundheitsdienste (GKK, Sozialversicherung), Netzwerke mit Ministerien, politische Stakeholder, Industrie (Sponsoring), Wissenschaft/Universität (Know-How), Gesundheitsförderungsorganisationen, Wirtschaft	Partnerschaften mit wissenschaftlich fundiertem Hintergrundwissen aufbauen und festigen, Zusammenarbeit auf lokaler und regionaler Ebene errichten, unterschiedliche Stakeholder zusammenbringen und befähigen (um nachhaltige Entwicklung von gesetzlichen Rahmenbedingungen zu bewirken), Sponsoringverträge/Gegengeschäfte aushandeln
Arbeitskräftepotential	Größe, Zusammensetzung und Kompetenzen von vorhandenen Kapazitäten (Personen); Personen, die sich bereits mit Gesundheitsförderung in diesem Setting beschäftigen; bestehendes Interesse an Mitarbeit, gesetzliche Regelungen für Unterstützung (ASchG, GfG)	erforderliche Maßnahmen bestimmen und einleiten, Umstrukturierung, Fertigkeiten und Kompetenzen stärken (Schulung, Seminare, Workshops)
Organisation	gesetzliche Rahmenbedingungen für BGF, UN-Philosophie und Unterstützung seitens UN-Führung, bereits durchgeführte Aktivitäten im Bereich der GF (Zugriff auf vorhandene Strukturen), bestehende Mitarbeiterbeteiligung	Integration von Zielgruppe in Organisationsabläufe, klare Strukturierung und Aufgabenverteilung, finanzielle Ressourcenmanagement, klare Abgrenzung von Aufgabebereichen
Gemeinschaft	vorhandene Maßnahmen im UN, Zielgruppe bereits in Gesundheitsförderung miteinbezogen, Gesundheitszirkel, gemeinsame Aktivitäten, Möglichkeit für Familienangehörige sich bei bereits bestehenden Maßnahmen zu beteiligen, soziale Netzwerke, ethnische Gruppen	Teambuildingmaßnahmen, Möglichkeiten zur Diskussion/Dialog/Zusammenkunft bieten, Interesse steigern, Zugang zu Informationen ermöglichen, Integration bei Entscheidungsfindung, Interaktion auf multisektoraler Ebene

Tabelle 1 Kapazitätsanalyse

6.1.3 Stakeholderanalyse

Die Stakeholderanalyse bildet ein wesentliches Instrument um einen Überblick über alle an einem Projekt interessierten Personen und Institutionen zu erhalten. Jegliche Interessensgruppe - sei es nun in positiver oder negativer Hinsicht - kann die Durchführung und das Ergebnis einer Intervention grundlegend beeinflussen. Deshalb ist eine exakte Identifizierung von Stakeholdern im Vorfeld bedeutsam.

Stakeholder sind jede Personen, Gruppen oder Institutionen, die ein eigennütziges Interesse an einer Aktivität besitzen. Auch im Bezug auf die Ermittlung von Kapazitäten stellt die Stakeholderanalyse ein wichtiges Hilfsmittel dar. In welcher Art und Weise unterschiedliche Interessensgruppen sich gegenseitig beeinflussen und ob sich daraus Risiken für die Projektumsetzung ergeben, wird durch die Definition und Zuordnung zu bestimmten Einfluss- und Handlungsgruppen festgestellt [GTZ, 2005; HUGHES, 2009a].

6.1.3.1 Zuordnung nach Interesse und Einflussgrad

Abbildung 6 zeigt die Einteilung von Stakeholdern nach Interessens- und Einflusszugehörigkeit.

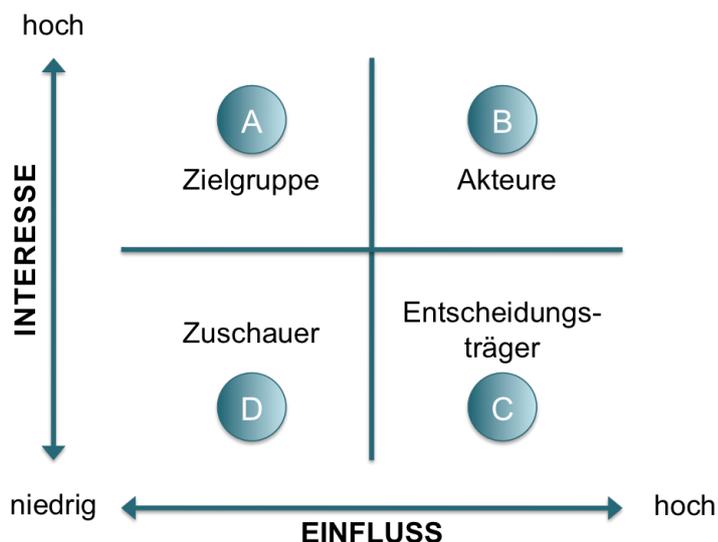


Abbildung 6 Stakeholderanalyse allgemein

[modif. nach GTZ, 2004].

Gruppe A bildet die Zielgruppe des Projekts. In diesem Personenkreis besteht - im besten Fall - ein hohes Interesse eine Situation oder Verhalten zu verändern. Jedoch bezieht sich das Interesse nicht nur auf die subjektive Einschätzung, sondern auch auf die objektive Bewertung aus Sicht der GF und Prävention.

In **Gruppe B** befinden sich Interessenvertreter, die sowohl hohes Interesse als auch große Einflussmöglichkeiten besitzen. Hier sind in erster Linie Akteure aus der Politik und Wirtschaft zu finden, deren Aufgabe es ist, Gesundheit und Wohlbefinden von Bevölkerungsgruppen zu schützen bzw. zu fördern. Weiters spielt die Kategorie der Medien in dieser Gruppe eine wichtige Rolle, indem sie wichtige Ansätze für die strategische Umsetzung von Projektinterventionen liefern kann.

Die **Gruppe C** enthält vorwiegend politische Entscheidungsträger und bürokratische Akteure, die zwar hohe Entscheidungsgewalt jedoch geringes Interesse Umstände in Gruppe A (Zielgruppe) zu ändern, besitzen. Hier ist es bedeutsam, diesen Personenkreis als Projektunterstützer zu gewinnen, da diese andernfalls beträchtliche Hürden darstellen könnten.

Gruppe D repräsentiert die Gruppe der sekundären Stakeholder. Personengruppen oder Organisationen, die nicht unmittelbar betroffen sind, aber dennoch von den Auswirkungen des Projektes beeinflusst werden, werden unter dem Begriff der Zuschauer zusammengefasst. Es besteht z. B. die Möglichkeit, dass Familie, Freunde oder Bekannte der Zielgruppe durch Vorbildwirkung zu einer eigenen Verhaltensänderung motiviert werden. Zusätzlich können bestimmte Trends Auswirkungen auf Industrie oder den Dienstleistungssektor bewirken.

6.1.3.2 Fragestellungen

Um die Definition und Zuordnung der einzelnen Stakeholder zu erleichtern, können folgende Fragestellungen für die Analyse für die Annahme Bewegung in der BGF hilfreich sein:

1. Wer ist am meisten von körperlicher Inaktivität betroffen?
2. Welcher Bereich lässt sich am ehesten verändern?
3. Wer ist resistent gegenüber Änderungsversuchen oder schwierig zu überzeugen/motivieren/begeistern?
4. Wer ist in der Lage bzw. Position, problemorientierte Entscheidungen zu treffen?
5. Bei welcher Personengruppe besteht ein eigennütziges Interesse, den Ist-Zustand aufrecht zu erhalten und das Projekt nicht zu unterstützen?
6. Wer hat Interesse daran, körperliche Inaktivität als relevantes Handlungsfeld zu sehen?
7. Welche behördlichen Zuständigkeiten und Kompetenzen sind in der Entscheidungsfindung involviert oder sollten daran beteiligt sein?

[HUGHES, 2009a].

Abbildung 7 zeigt die Stakeholderanalyse am Beispiel Bewegung in der BGF. Dabei ist zu beachten, dass auch innerhalb eines Bereiches unterschiedliche Interessens- und Einflussmöglichkeiten gegeben sind und sich mehr oder weniger stark auf die Zielgruppe bzw. das gesamte Projekt auswirken können.

Im Projektfall ist es unerlässlich die einzelnen Überbegriffe (z. B. Welche Medien? Welche Sozialversicherungsträger? Welche Bauvorschriften und Stadtplanungsreglements?) durch konkrete Formulierungen zu ersetzen.

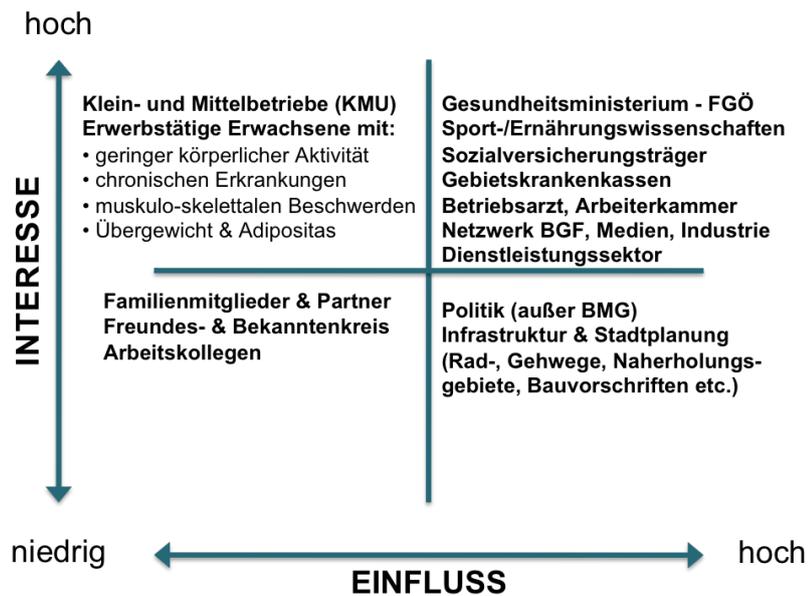


Abbildung 7 Stakeholderanalyse BGF & Bewegung

6.2 Stufe 2: Zielsetzung

Die Zielsetzung ist die wichtigste Aufgabe in der Entwicklung von Gesundheitsförderungsprojekten. Ist das Ziel zu wagen formuliert und nicht messbar, sind auch Überwachung und Evaluation des Projektes nur von geringer Qualität und verhindern eine valide Auswertung der Ergebnisse. Ein wesentliches Kriterium für die Zieldefinition ist die Formulierung nach S.M.A.R.T. - Merkmalen.

Das Akronym steht für **S**pezifiziert, **M**essbar, **A**nnehmbar, **R**ealistisch, **T**erminbezogen und gilt nur dann, wenn alle fünf Bedingungen erfüllt werden [WAGNER und PATZAK, 2007]. Für weiterführende Literatur siehe Happy Projects [GAREIS, 2006].

Aufgabe dieses Kapitels ist es, einen Hinweis auf die Bedeutung von Zielformulierungen auf unterschiedlichen Levels zu geben. Ausgehend von einem Hauptziel, sollen durch Aufgliederung über Nebenziele letztendlich die Formulierung von Subzielen die Grundlage für Theorie- und Methodenfindung im nächsten Kapitel bilden. Je genauer die Zielformulierung erfolgt, desto leichter kann eine Zuordnung von Messinstrumenten während der Evaluierungs- bzw. Überwachungsphase erfolgen.

6.2.1 Beispiel für die Zieldefinition in der BGF

Einerseits sollen sowohl individuelle Verhaltensmuster modifiziert als auch Umweltfaktoren berücksichtigt werden. Da eine Änderung vom Umfeld - vor allem eine Adaptierung auf politischer Ebene - lange Prozesse zur Folge hat, können an dieser Stelle nur Vorschläge unterbreitet werden, die im Rahmen eines Projektes mittelfristig umsetzbar sind.

6.2.1.1 Hauptziele

Die Formulierung des Hauptziels soll den Hauptzweck des gesamten Projektes widerspiegeln. Es werden Veränderungen auf allen vier Ebenen der Einflussbereiche in Bezug auf Steigerung körperlicher Aktivität angestrebt: (1) Individuelle Faktoren, (2) soziales Umfeld, (3) Lebens- und Arbeitsbedingungen und (4) gebaute Umwelt, politisches und sozioökonomisches Umfeld.

Beispiel:

A Steigerung körperlicher Aktivität von erwerbstätigen Erwachsenen in KMU durch Interventionen bzw. Maßnahmen auf allen vier Einflussebenen (s.o.) um 30% innerhalb von 3 Jahren.

6.2.1.2 Nebenziele

Nebenziele befinden sich auf der nächsten Ebene und lassen einen tieferen Einblick in das geplante Vorhaben zu. Diese beschreiben Interventionsergebnisse, die auch als Grundlage für die statistische Auswertung dienen.

Beispiele:

- B1 Steigerung von Basisaktivitäten in der Freizeit in Häufigkeit (Anzahl/Woche) und Dauer (Minuten oder Stunden/Woche).
- B2 Steigerung von Bewegung mittlerer Intensität in der Freizeit in Häufigkeit (Anzahl/Woche) und Dauer (Minuten oder Stunden/Woche).
- B3 Steigerung körperlicher Bewegung am Arbeitsplatz (Stiegen anstatt Lift)

B4 Schaffung einer bewegungsfreundlichen und unterstützenden Umwelt (Arbeitsplatz, -ort, Wohnort etc.)

6.2.1.3 Subziele

Um eine Feinbestimmung zu erreichen, sind Zielformulierungen notwendig, die Änderungsdeterminanten für die Verknüpfung mit theoretischen Grundlagen liefern. Dafür sind jene Determinanten, die in der Bedarfsanalyse ermittelt wurden ausschlaggebend (siehe Kapitel 6.1.1.6). Hier muss nochmals darauf hingewiesen werden, dass es sich um Beispiele handelt, die im Projektfall - wenn möglich - präzise (S.M.A.R.T.) ausformuliert werden sollten.

Beispiele für alle vier Einflussbereiche:

Individuelle Faktoren

- C1 Steigerung des Wissens über die Vorteile körperlicher Aktivität
- C2 Steigerung von Fertigkeiten zur Ausübung körperlicher Aktivität
- C3 Steigerung der Selbstwirksamkeit für die Durchführung körperlicher Aktivität

Soziales Umfeld

- C4 Miteinbeziehung von Arbeitskollegen, Partner, Familie, Freunden
- C5 Vernetzung und Einbindung in soziale Netzwerke (Vereine etc.)
- C6 Mitbestimmung und -gestaltung bei Entwicklung von Maßnahmen

Lebens- und Arbeitsbedingungen

- C7 Unterstützung seitens des Arbeitgebers (Geld, Zeit, Räumlichkeiten etc.)
- C8 Anreize seitens Sozialversicherungsträger/Gebietskrankenkasse (MA+UN)
- C9 Adaptierung der Angebote von Freizeiteinrichtungen (Fitnessclubs, Lauf-treffs, Sportvereine etc.)

Gebaute Umwelt, politisches und sozioökonomisches Umfeld

- C10 Steigerung des Bewusstseins für die Bedeutung körperlicher Aktivität bei infrastrukturellen Maßnahmen (Rad- und Gehwege, Parkanlagen, Nah-erholungsgebiete etc.)

C11 Steigerung des Bewusstseins für Bedeutung körperlicher Aktivität und deren gesetzliche Verankerung (ASchG, Sozialleistungen etc.)

C12 Priorisierung von staatlichen Ausgaben für die GF

C13 Beteiligung der Medien zur Stärkung sämtlicher Zielvorhaben (nicht nur am Arbeitsplatz; Erreichbarkeit auch von anderen Gruppen)

6.2.2 Indikatoren

Die Festlegung von Indikatoren soll dazu dienen, sich über die weitere Vorgehensweise hinsichtlich Theorie und Methoden klar zu werden. Jede Determinante muss auch eine wissenschaftlich fundierte Basis aufweisen um die Durchführung einer entsprechenden Maßnahme auf diesem Gebiet zu rechtfertigen. Im Falle eines Gesundheitsförderungsprojektes zur Steigerung körperlicher Aktivität und in Anlehnung an o.a. Zielformulierungen (siehe Kapitel 6.2.1.3), werden nachfolgend Vorschläge für Indikatoren unterbreitet.

Beispiele:

Selbstwirksamkeit, Fertigkeiten, Ergebniserwartung, Motivation, soziale Vernetzung, soziale Unterstützung, Beteiligung (Partizipation), Befähigung (Stärkung von Kompetenzen), Bewusstsein, Anreize, Einrichtungen etc.

Die Verknüpfung von Zielen mit Indikatoren auf den jeweiligen Einflussbereichen soll eine logische Schlussfolgerung für den theoretischen Hintergrund darstellen. Abbildung 8 zeigt diese Verknüpfung anhand eines *Wirkungsmodells*, das den Ausgangspunkt für den nächsten Schritt, die Beschreibung des theoretischen Konzepts, bildet. Die Buchstaben A, B und C kennzeichnen hier die einzelnen Ebenen der Zieldefinition (siehe Kapitel 6.2.1). Bereich A bildet das Projektziel; Bereich B bezeichnet die Stufe der Nebenziele und Abschnitt C umfasst Indikatoren, an denen die Wirksamkeit der Maßnahmen überprüft werden können.

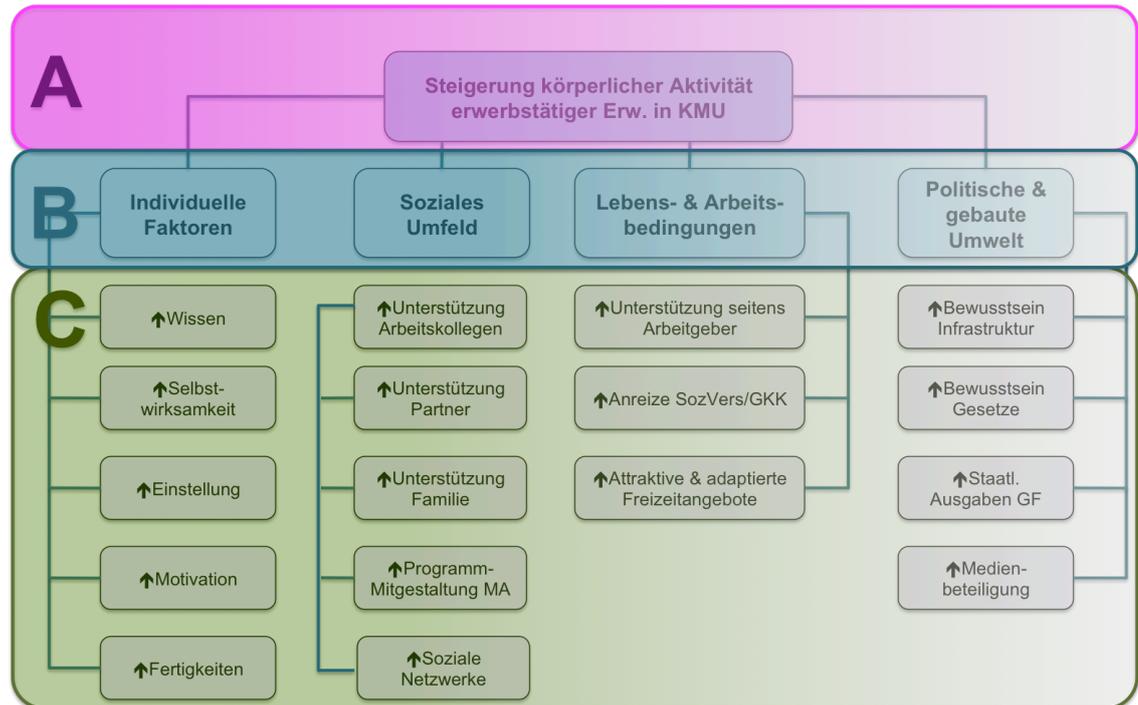


Abbildung 8 Verknüpfung von Zielen und Determinanten

6.2.3 Definition von Nichtzielen

Die Formulierung von Nichtzielen ist in der strategischen Planung von Projekten einerseits weil es zu einer klaren Abgrenzung von Projektzielen und -inhalt kommt und andererseits weil die Nachvollziehbarkeit einzelner Zielsetzungen gewährleistet wird bedeutsam.

Im Fall eines Gesundheitsförderungsprojektes zur Steigerung der körperlichen Aktivität können u.a. Ziele ausgeschlossen werden. Diese Nichtziele beziehen sich beispielsweise auf die Synergien zwischen Ernährung und Bewegung. Da das Thema Ernährung viele andere Aspekte beinhaltet, sollen dafür in gleicher Art und Weise Programme erstellt werden, damit eine optimale Balance zwischen Energieverbrauch und -zufuhr gegeben ist. Sämtliche Kriterien zu berücksichtigen, würde jedoch den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Die vorliegende Ausarbeitung eines ganzheitlichen Konzeptes könnte allerdings auch im Rahmen einer Änderung des Ernährungsverhaltens in der BGF als Grundlage dienen, da sowohl Bewegungs- als auch Ernährungsverhalten weitestgehend auf den gleichen internen und externen Gegebenheiten (Verhalten bzw. Verhältnissen) beruhen.

Beispiele:

- Steigerung der Zufuhr an Vitamin- oder Mineralstoffpräparaten
- Änderung des Ernährungsverhaltens (Kalorienrestriktion)
- Steigerung des Obst- und Gemüsekonsums (Obst-/Gemüsekorb für MA)
- Erweiterung des Angebotes in der Kantine (falls vorhanden)
- Steigerung des Wissens über Sport & Ernährung
- Bereitstellung von Kochkursen für die Mitarbeiter
- Führung von Ernährungsprotokollen etc.

Diese Beispiele stellen jedoch weitere bedeutende Ziele hinsichtlich Synergieeffekten zwischen Ernährung und Bewegung dar, die generell bei der Entwicklung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen berücksichtigt werden sollten um eine ganzheitliche Umsetzung eines ausgewogenen Lebensstils zu gewährleisten.

6.3 Stufe 3: Theorie, Methoden und Strategien

Um eine wissenschaftlich fundierte Basis für ein Gesundheitsförderungsprojekt zu schaffen, ist die Verknüpfung der in Kapitel 6.2 festgelegten Indikatoren mit entsprechenden Theorien wesentlich. Wie aus der Abbildung 8 hervorgeht, handelt es sich nicht um eine geringe Anzahl an Bestimmungsgrößen, die im Zuge einer Intervention beeinflusst werden können, sondern um eine Vielzahl von Faktoren auf unterschiedlichen Ebenen. Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, ein ganzheitliches Konzept für die Entwicklung von Interventionen im Bereich Bewegung für die BGF zu erarbeiten.

6.3.1 Verknüpfung von Determinanten und Theorie

Entscheidend bei der Entwicklung von Maßnahmen in der GF ist die entsprechende Verknüpfung von Einflussfaktoren mit einer theoretischen und wissenschaftlich basierten Grundlage. Dazu zählen einerseits nicht nur Modelle zur Verhaltensänderung, sondern auch wissenschaftliche Publikationen, die deren Anwendung unterstützen bzw. kritisch hinterfragen.

Im Folgenden soll hier am Beispiel der Steigerung körperlicher Aktivität im Sinne der BGF eine Möglichkeit zur Verknüpfung von Determinanten mit ausgewählten Theorien gegeben werden. Durch die Anhäufung oder Überschneidung von *multifaktoriellen* Gegebenheiten ist es in der Praxis einfacher und überschaubarer, Theorien anzuwenden, die mehrere Bestimmungsgrößen gleichzeitig beeinflussen.

6.3.1.1 Theorien anhand des Beispiels "Bewegung in der BGF"

Für die Anwendung in der BGF werden folgende Theorien bzw. Ausgangspunkte vorgeschlagen: Sozial-kognitive Theorie, soziale Netzwerke, soziale Unterstützung, Gemeinschaftsorganisations-Theorie, Kommunikationstheorie und gesetzliche Richtlinien. Diese Grundlagen beinhalten den Großteil aller Einflussgrößen und decken die Anforderungen in diesem Schritt des IMPs weitgehend ab. Abbildung 9 zeigt die Verknüpfung der Determinanten aus allen Einflussbereichen zu einer Einheit.

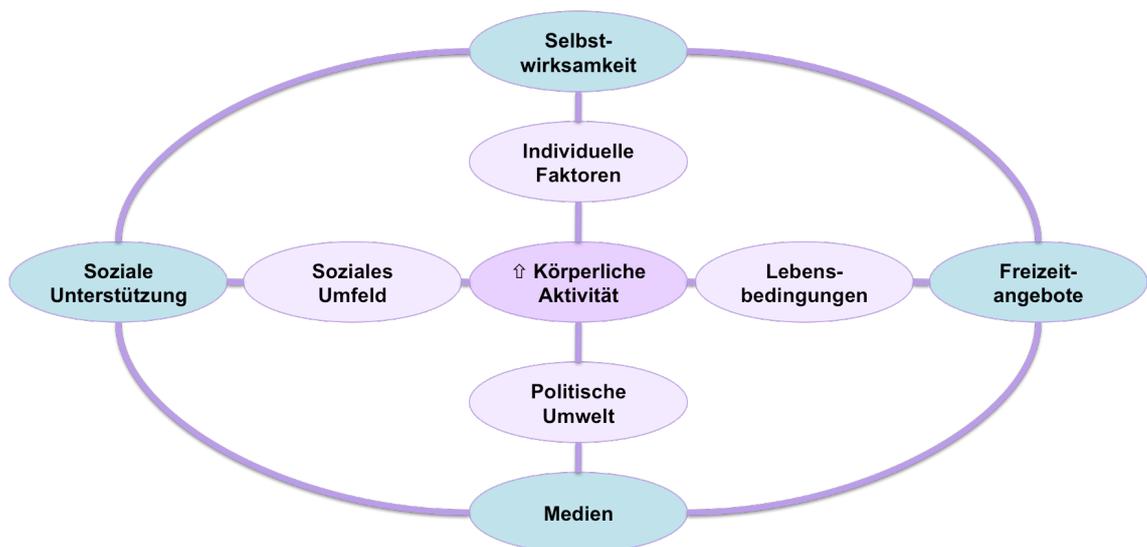


Abbildung 9 Verknüpfung von Theorie und Einflussbereich

Anhand der in Abbildung 9 angegebenen Beispielgrößen (Selbstwirksamkeit, soziale Unterstützung, Freizeitangebote, Medien) werden anschließend die theoretischen Grundlagen erläutert und mit Beispielen aus wissenschaftlichen Publikationen untermauert.

Inwiefern diese Einflussfaktoren durch gezielte Interventionen in der Praxis umgesetzt werden können, werden im Kapitel 6.4 (Interventionsmaßnahmen) weitere Publikationen bezogen auf theoretische Indikatoren vorgestellt.

Selbstwirksamkeit

Die Selbstwirksamkeit als Beispiel für individuelle Faktoren spielt in der Theorie des sozial-kognitiven Handelns eine bedeutende Rolle (siehe Kapitel 5.3). Erst wenn eine Person - die sich bisher kaum sportlich betätigt hat - sich selber eine bestimmte Maßnahme zutraut z. B. wöchentlich an einer Langsam-Laufgruppe teilzunehmen, erst dann kann eine Verhaltensänderung in Angriff genommen werden. Natürlich ist hier nicht nur die persönliche Einstellung ausschlaggebend, sondern auch z. B. der gute Zuspruch von Freunden, die den Grad an Selbstwirksamkeit beeinflussen können.

Reviews weisen darauf hin, dass Selbstwirksamkeit bzw. das Vertrauen in die eigene Fähigkeit eine Verhaltensänderung herbeizuführen, als bester Indikator in der Gruppe der ArbeitnehmerInnen anzusehen ist [KAEWTHUMMANUKUL und BROWN, 2006].

Soziale Unterstützung

Wie in Kapitel 5.4 beschrieben, nehmen soziale Netzwerke eine sehr wichtige Stellung ein. Wenn in erster Linie die Selbstwirksamkeit einer Person gegeben ist z. B. mit dem Vorsatz sich regelmäßig jede Woche körperlich zu betätigen und es keine Einwände aus dem Umfeld gibt, dann liegen schon zwei grundlegende Rahmenbedingungen für eine Verhaltensänderung vor.

Interventionen bezogen auf die Festigung sozialer Netzwerke und sozialer Unterstützung werden hinsichtlich Steigerung körperlicher Aktivität aufgrund starker wissenschaftlicher Belege empfohlen. Vor allem das Setting Arbeitsplatz wird als spezielles Handlungsfeld befürwortet. Durch Aktivitäten, die in Zusammenhang mit sozialer Unterstützung stehen, wurden Effekte bezüglich Dauer und Häufigkeit körperlicher Aktivität, gesteigerte körperliche Fitness und aerobe Ausdauerleistung beobachtet. Weiters wurde die Selbstwirksamkeit der TeilnehmerInnen gesteigert [Task Force on Community Preventive Services, 2005].

Freizeitangebote

Der Vorsatz jeden Tag mit dem Rad in die Arbeit zu fahren z. B. hätte wenig Sinn, wenn nicht die entsprechende Infrastruktur (Radwege) vorhanden ist. Deshalb ist es im dritten Punkt elementar, dass spezifische Verhältnisse gegeben sind, die das Umsetzen der persönlichen Absichten ermöglicht und erleichtert. Freizeitangebote spielen insofern eine große Rolle, da Menschen sich gerne auf neue *innovative* Freizeitsportarten einlassen. Hierbei nimmt die Kommunikation über die Medien (Radio, Fernsehen, Internet) eine außerordentlich wichtige Stellung ein.

Es gibt starke Zusammenhänge zwischen der Wirksamkeit verbesserter Erreichbarkeit von Freizeiteinrichtungen und Steigerung körperlicher Aktivität gekoppelt mit Informations- und Beratungsmaßnahmen. Zunahmen in der Häufigkeit von körperlicher Aktivität, aerober Kapazität, Energieverbrauch und anderen Fitnessindikatoren wurden bereits festgestellt [Task Force on Community Preventive Services, 2005].

Medien und Gesundheitskommunikation

Neue *Lifestyle-Trends* liefern täglich unzählige Inputs, die zur Meinungsbildung der Gesellschaft beitragen. Marketing-Konzepte richten sich mit psychologischen Instrumenten an Konsumenten und versuchen "das" Produkt zu verkaufen um den wirtschaftlichen Erfolg von Unternehmen zu steigern. Wird die Absicht sich körperlich zu betätigen, von sozialem Umfeld, entsprechenden Angeboten bzw. Verhältnissen zusätzlich von aktuellen Medienaussendungen gestützt, besteht eine höhere Wahrscheinlichkeit für die Umsetzung von geplanten Aktivitäten.

In einer Kohortenstudie von Wen et al. wurde über einen Zeitraum von 12 Monaten eine kombinierte soziale und individualisierte Marketingkampagne am Arbeitsplatz durchgeführt. Ziel der Intervention war es, mittels Werbematerialien (Poster, Flyer, Newsletter, Kühlschrankmagneten etc.) und individuellen Transportplänen (aus Interviewergebnissen mit den StudienteilnehmerInnen) aktive Transportformen (zu Fuß gehen, Radfahren etc.) zu fördern.

Die Studienergebnisse deuten auf signifikante Änderungen der persönlichen Einstellungen hin und lassen positive Haltungen in Bezug auf aktive Fortbewegungsmittel erkennen. Außerdem wurde der gesteigerte Einsatz aktiver Transportmittel auch an Wochenenden beobachtet. Zu erwähnen dabei ist jedoch, dass es sich um keine Kontrollstudie handelt und weitere Interventionen mit größeren Stichproben erforderlich sind um mögliche Zusammenhänge zu bestätigen [WEN et al., 2005]. Franklin et al. weisen darauf hin, dass Email- und Internetbasierte Interventionen am Arbeitsplatz großes Potential besitzen mittels elektronischen Kommunikationsstrategien GF in diesem Setting zu betreiben [FRANKLIN et al., 2006].

Eine andere Studie zeigte, dass motivierende Informationen via Medien nicht den gleichen Effekt zu haben scheinen wie spezifische Informationen über verfügbare Einrichtungen und Bewegungsmöglichkeiten. Ein hoher Grad an Bewusstsein hinsichtlich Unterstützung für körperliche Aktivität durch Medien (Magazine, Zeitungen, Radio, Fernsehen) steht lt. Ståhl et al. in Verbindung mit einem inaktiven Lebensstil [STÅHL et al., 2001].

In der Vermittlung von Medienaussagen liegt nicht nur ein großer Vorteil für den Erfolg des Wirtschaftssektors, Medien können auch hinsichtlich Gesundheitskommunikation (siehe Kapitel 5.6) zur GF beitragen und im Auftrag von Gesundheitsministerien gesundheitsrelevante Themen in der Bevölkerung propagieren. Jedoch sind große Erwartungen hinsichtlich Gesundheitseffekte mit Vorsicht zu betrachten.

Um die Nachhaltigkeit von Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu gewährleisten, sind zwei weitere Theorien essentiell: die Gemeinschaftsorganisation und gesetzliche Richtlinien (siehe Kapitel 5.5 und 5.7).

6.3.1.2 Bedeutung der Gemeinschaftsorganisation

Gemeinschaftsorganisation ist immer erst dann sinnvoll, wenn die betroffene Zielgruppe bzw. Gemeinschaft in die Lösung von bestehenden Problemen miteinbezogen wird [NCI, 2005]. Deshalb ist es von außerordentlicher Bedeutung, dass die Zielgruppe bei der Entwicklung, Gestaltung und Umsetzung von bewegungsfördernden Programmen mitwirkt.

6.3.1.3 Bedeutung von politischen Strukturen

Gesetzliche Richtlinien sind vor allem im Bereich der Gesundheitsförderung wünschenswert, da sie wenig Spielraum zulassen und zu gesundheitsförderlichem Handeln verpflichten. Das kann einerseits große Vorteile, aber auch andererseits, durch zu starre Vorgaben, auch Nachteile verursachen. Grundsätzlich ist es jedoch schwierig kurzfristige Änderungen auf gesetzlicher Ebene im Bereich der GF zu bewirken. Mehrjährige Anstrengungen vor allem durch *Lobbying* sind auch hier unumgänglich. Neben den staatlichen Organisationen, die für GF zuständig sind, müssen auch andere Sektoren die Bedeutung der Bewegungsförderung erkennen und sich dafür engagieren. In der BGF bedeutet das, dass innerhalb der Unternehmen Strukturen geschaffen werden müssen, die sowohl vom Gesetzgeber als auch von der Geschäftsleitung unterstützt und implementiert werden.

Nachdem der theoretische Hintergrund beschrieben und mit Beispielen untermauert wurde, sollen in Kapitel 6.3.2 denkbare Methoden bzw. Strategien geschildert werden.

6.3.2 Diskrepanz zwischen Methoden und Strategien

Eine theoretische Methode entspricht einem generellen Prozess, der bestimmte Faktoren von Verhalten oder Verhältnissen beeinflusst. Eine praxisorientierte Strategie hingegen ist die Anwendung einer spezifischen Technik um theoretische Methoden innerhalb der Zielgruppe in einem bestimmten Setting umzusetzen [BARTHOLOMEW et al., 2001]. Basierend auf einem theoretischen Modell (z. B. sozial-kognitive Theorie), werden bestimmte Methoden (z. B. Steigerung der Selbstwirksamkeit) durch die Durchführung von spezifischen Strategien (z. B. Schnupperkurse) umgesetzt. Die Unterscheidung zwischen Methode und Strategie ist oftmals schwierig und die Zugehörigkeit zu beiden Kategorien gegeben.

Beispiel:

Im Folgenden soll ein Überblick über die Auswahlmöglichkeiten zur Steigerung körperlicher Aktivität gegeben werden. Wie in Tabelle 2 zu sehen ist, ist hier der Übergang von Einflussbereich über Theorie, Methoden bis hin zur Strategie zu erkennen. Jeder einzelne Bereich der vier Haupteinflussbereiche ist mit Theorien beschrieben, wird mittels Methoden genauer ausformuliert, um schließlich in der letzten Spalte in praktische Strategien überzugehen. Damit ist die Grundlage für Interventionsmaßnahmen als nächsten Schritt geschaffen und kann im folgenden Abschnitt weiter definiert werden.

Einflussbereich	Theorie	Methode	Strategie
Individuelles Verhalten	sozial-kognitive Theorie	Steigerung des Wissens Steigerung der Selbstwirksamkeit Steigerung der Ergebniserwartung Steigerung der Motivation Steigerung von Fertigkeiten Festlegen von Zielen	individuelle Beratung Wissensvermittlung e-health/Newsletter Fitness-checks Schnupperkurse Workshops Seminare
Soziales Umfeld	soziale Unterstützung soziale Netzwerke Gemeinschaftsorganisation	Steigerung der sozialen Unterstützung Einbindung in soziale Netzwerke Partizipation Befähigung	Workshops Seminare e-health/Newsletter Gesundheitszirkel Networking mit bestehenden Vereinen Events
Lebens- und Arbeitsbedingungen	Gemeinschaftsorganisation Kommunikationstheorie	Steigerung von Gemeinschaftskompetenz Förderung gesellschaftlichen Handelns Bewusstseinschaffung Wissenssteigerung Verhältnisse schaffen Steigerung Unterstützung von Arbeitgeber	Networking mit Experten Networking mit Fitnessorganisationen Geschäftsleitung mit ins Boot holen Medienpräsenz Ressourcen mobilisieren Angebote/Incentives
politische Umwelt	Kommunikationstheorie politische Richtlinien (policies)	Steigerung des Bewusstseins für BGF (Infrastruktur, Gesetzgebung etc.) Thematisierung über Medien Schaffen von Transdisziplinarität Budgetverhandlungen forcieren	Media advocacy Lobbying vh Netzwerke nutzen und integrieren Partnerschaften eingehen mit staatlichen Organisationen

Tabelle 2 Bsp. für Verknüpfung von Theorie, Methode und Strategie

6.4 Stufe 4: Interventionsmaßnahmen

Interventionsmaßnahmen bilden die praktische Komponente eines Projektes. Oftmals wird vor allem auf diesen Baustein Hauptaugenmerk gelegt, doch ohne die entsprechende Analyse und Vorbereitung (siehe Bedarfsanalyse) fehlen wesentliche Module, die einerseits die wissenschaftliche Basis sichern und andererseits die generelle Notwendigkeit für Interventionen in Frage stellen. In Kapitel 6.4 werden die einzelnen Einflussbereiche im Bezug auf Interventionsmaßnahmen diskutiert und anschließend in einer Übersichtstabelle eine Auswahl an realisierbaren Aktivitäten aufgezeigt.

6.4.1 Individuelle Faktoren

Das individuelle Verhalten wird - wie bereits erwähnt - von sozial kognitiven Fähigkeiten charakterisiert und auch durch eine Vielzahl von äußeren Faktoren beeinflusst. Interventionen, die lediglich auf die Stärkung von individuellen Verhaltensweisen abzielen und äußere Gegebenheiten vernachlässigen, sind nur begrenzt wirksam. Jedoch bietet das Einwirken auf Persönlichkeitsmerkmale (wie z. B. Selbstwirksamkeit, Motivation, Selbstmanagement etc.; siehe Kapitel 6.1.1.6) eine sehr gute Möglichkeit, um das individuelle Verhalten zu verändern. Aus der sozial kognitiven Theorie geht die Bedeutung der Selbstwirksamkeit hervor.

Studien haben gezeigt, dass die zu Hilfenahme von Selbstmanagementstrategien die Selbstwirksamkeit erhöhen können. Die Anwendung von Interventionen, die Gedanken, Zielsetzungen, Ausarbeitung von Plänen und Handlungen berücksichtigen, kann zu einer gesteigerten Selbstwirksamkeit führen und geht letztendlich mit einer gesteigerten körperlichen Aktivität einher [DISHMAN et al., 2005].

Das "*self-monitoring*" (Eigenkontrolle, Selbstüberwachung) nimmt hierbei eine wichtige Stellung ein und ist in vielen Theorien zu Gesundheitsverhalten integriert. Das an sich positive Instrument kann jedoch bei übertriebener Anwendung zu zusätzlichem Stress und zu einer Verminderung von Selbstwirksamkeit führen [JEFFERY, 2004].

Die Möglichkeit kognitive Faktoren zu beeinflussen, bieten Interventionen mit individueller Beratung. Eine Studie von Proper et al. konnte signifikante Effekte zwischen persönlichen Konsultationen am Arbeitsplatz und der Steigerung körperlicher Aktivität einschließlich Gesundheitsparametern nachweisen. Die Applikation von Beratungseinheiten, gepaart mit Interviews und Messungen, konnte - verglichen mit der Kontrollgruppe - bessere Ergebnisse liefern. Auch eine konkrete Zielsetzung war für eine signifikante Verbesserung bezogen auf die Steigerung körperlicher Aktivität verantwortlich [PROPER et al., 2003].

6.4.2 Soziales Umfeld

Das soziale Umfeld in dem wir leben, kann individuelles Verhalten fördern, aber auch ungünstig beeinflussen. Daher sind Begriffe wie soziale Unterstützung und die Einbindung in soziale Netzwerke von ausschlaggebender Bedeutung. Das Vorhandensein eines sozial unterstützenden Umfeldes trägt vor allem auch zur Beibehaltung einer Verhaltensänderung bei. Interventionen in diesem Bereich konzentrieren sich auf die Bildung, Festigung und Aufrechterhaltung sozialer Netzwerke, die günstige Verhältnisse für eine Verhaltensänderung schaffen. Grundsätzlich werden entweder neue soziale Netzwerke entwickelt oder bereits bestehende gestärkt.

Als Beispiel für die Anwendung von sozialer Unterstützung wird in der Literatur das "*buddy-System*" erwähnt. Der Abschluss von Verträgen mit anderen Personen kann unter Einhaltung einer vereinbarten Verfahrensweise zur Steigerung körperlicher Aktivität beitragen. Auch die Bildung von Laufgruppen o.ä. kann eine soziale Unterstützung durch die Gesellschaft von Teamkollegen anbieten. Studien belegen weiters, dass Bewegungsinterventionen vor allem in Gemeinschaftssettings wirkungsvoll sein können [KAHN et al., 2002].

6.4.3 Lebens- und Arbeitsbedingungen

Lebens- und Arbeitsbedingungen sind Teil externer Verhältnisse und stellen ein wichtiges Segment für den Einfluss auf individuelles Verhalten dar. Bewegungsfördernde Lebens- und Arbeitsbereiche sind demnach wesentliche Elemente in der GF.

Das Vorhandensein von Naherholungsgebieten in unseren Lebensräumen beispielsweise, wo die meisten Strecken auch zu Fuß zurückgelegt werden können, ist durchwegs mit einem höheren Grad an körperlicher Aktivität verbunden [SALLIS und GLANZ, 2009]. Studien haben gezeigt, dass auch der Zugang zu Sporteinrichtungen in der Nachbarschaft effektiv zu einer Steigerung körperlicher Bewegung beitragen kann [KAHN et al., 2002]. Hier spielt eine Vielzahl von unterschiedlichen Verhältnissen eine wesentliche Rolle, die vor allem durch das Minimieren von Barrieren und das Anbieten von mehreren Möglichkeiten hinsichtlich körperlicher Bewegung wirkungsvoll sein könnte [SALLIS et al., 1998].

Außerdem stellt die Vernetzung von vorhandenen Freizeit- und Sporteinrichtungen eine Chance dar, Verhältnisse an die Bedürfnisse von ArbeitnehmerInnen im Sinne der BGF anzupassen. In diesem Zusammenhang werden auch Interventionen unter Einsatz von Marketingmethoden und Bonusprogrammen gesetzlicher Krankenversicherungen diskutiert. Die Gestaltung von Gesundheitskampagnen, um ein bestimmtes Verhalten zu beeinflussen, erfolgt über das Erzeugen von Aufmerksamkeit oder Anknüpfen an vorhandene Einstellungen. Dies geschieht vordergründig durch emotionale, kognitive oder physische Reize [KNAACK, 2010].

Bonusprogramme stellen eine Besonderheit zwischen Marketing und Prävention dar. Im Gesundheitswesen können sie sich sowohl auf das Zurückdrängen von Krankheiten als auch auf die Förderung von gesundheitlichen Ressourcen beziehen. Das ursprüngliche Gesundheitsziel besteht darin, jene Versicherten zu erreichen, die bis dato nicht erreicht werden konnten. Werden bestimmte Kriterien erfüllt, kommt es zur Ausschüttung von Geldprämien, Gutscheinen, Erlebnis- oder Sachprämien. Denn die Bereitschaft zur Verhaltensänderung wirkt nur dann stimulierend, wenn ein bestimmter Nutzen zur persönlichen Bedürfnisbefriedigung vorliegt. Auch immaterielle Anreize wie Lob oder Ehrungen tragen zur Aktivierung von gesundheitsbewussten Verhaltensweisen bei und steigern die Aufmerksamkeit. Diese Maßnahmen tragen jedoch erst dann Früchte, wenn sie nicht isoliert betrachtet werden, sondern Teil einer integrativen Kampagne sind [SCHERENBERG und GLAESKE, 2010].

6.4.4 Gebaute Umwelt, politisches Umfeld

Interventionen in diesem Bereich sind nicht auf einzelne Personen gerichtet, sondern hauptsächlich auf physische und organisatorische Strukturen. Das Ziel hierbei ist, durch Änderung von organisatorischen Normen und Richtlinien, physischen Verhältnissen und Gesetzen, die körperliche Aktivität zu fördern [KAHN et al. 2002]. Nachdem ein bewegungsfreundliches Umfeld festgelegt wurde, müssen adäquate Richtlinien erarbeitet werden, die die Ausübung körperlicher Aktivität ermöglichen und festigen können [SALLIS et al., 1998]. Interventionen auf dieser Ebene sind nur sehr begrenzt umsetzbar. Hier können Partnerschaften mit staatlichen Organisationen oder *Lobbying*einflüsse geltend gemacht werden. Auch die Mitwirkung der Medien kann das Bewusstsein für die Relevanz von Maßnahmen innerhalb der BGF auf politischer Ebene erhöhen. Eine Schnittstelle zwischen Ministerien und bestimmten Settings (Betrieb) könnte weitreichende Möglichkeiten für die BGF liefern (siehe Kapitel 7).

6.4.5 Maßnahmenkatalog - Beispiele

Um eine geeignete Auswahl an Interventionen und Maßnahmen zu finden, stehen in der GF eine Vielzahl an Projekten zur Verfügung, die Denkanstöße liefern und als Vorbild fungieren können. Dafür soll in jedem Fall der Erfahrungsaustausch mit anderen Unternehmen, ExpertInnen oder wissenschaftlichen Institutionen gesucht und forciert werden.

In Tabelle 3 werden mögliche Maßnahmen um körperliche Aktivität im Setting Betrieb zu steigern dargestellt. Es handelt sich hierbei um eine kleine Auswahl an Interventionen, die auf allen vier Ebenen umgesetzt werden sollen. Das Hauptaugenmerk soll immer auf allen vier Teilbereichen der Einflussebenen liegen und nicht auf eine einzelne Maßnahme aus einem Teilbereich beschränkt sein.

Bezeichnung	Ziele	Vorgehensweise
Einflussbereich 1 Individuelle Faktoren		
Persönliche Beratung	<ul style="list-style-type: none"> • Festlegen von Zielen • Anleitung zu Eigenkontrolle • Steigerung Selbstwirksamkeit • Wissensvermittlung 	<ul style="list-style-type: none"> • Individuelle Beratung durch ExpertInnen am AP • Erstellen von geeigneten Plänen • Entwicklung von realistischen Zielen • Möglichkeiten für Rückfragen/Feedback • Belohnungen festlegen • Vorteile körperlicher Aktivität vermitteln
Fitness-Checks	<ul style="list-style-type: none"> • Steigerung Selbstwirksamkeit • Steigerung Ergebniserwartung • Steigerung Motivation 	<ul style="list-style-type: none"> • Messung von anthropometrischen Größen • Beurteilung Gesundheitszustand (Betriebsarzt/-ärztin) • Anreize für körperliche Aktivität anbieten
e-health	<ul style="list-style-type: none"> • Wissensvermittlung • Anleitung zu Eigenkontrolle • Festlegen von Zielen • Vermindern von Barrieren 	<ul style="list-style-type: none"> • Reduktion von Barrieren durch anonyme Teilnahme an PC-gestütztes Programm • Rückmeldung/Feedback zu Zielsetzungen • Ermittlung von geeigneten Bewegungsarten • Einbau von Quiz, Gewinnspielen etc.
Workshops	<ul style="list-style-type: none"> • Vermittlung von Fertigkeiten • Steigerung Selbstwirksamkeit • Steigerung Motivation 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausprobieren von unterschiedlichen Sportarten • Eigenen Körper kennenlernen • Spielerische, lockere Atmosphäre • Coaching/Persönlichkeitstraining
Einflussbereich 2 Soziales Umfeld		
Gesundheitszirkel	<ul style="list-style-type: none"> • Partizipation in Projekt • Befähigung zur Mitbestimmung • Einbindung in Netzwerk • Kompetenzsteigerung 	<ul style="list-style-type: none"> • Einschätzung des IST-Zustandes (Problem?) • Zieldefinition für SOLL-Zustand • Gemeinsame Entwicklung von Maßnahmen • Ermitteln von Potentialen und Ressourcen
Events	<ul style="list-style-type: none"> • Steigerung sozialer Unterstützung • Bildung sozialer Kontakte • Stärkung Gemeinschaft • Integration von Familie etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Firmenevents + Familie • Sportaktivitäten (Wanderausflüge etc.) • Beteiligung Mitarbeiter bei Planung der Events
Vereine	<ul style="list-style-type: none"> • Einbindung in soziale Netzwerke • Steigerung sozialer Unterstützung • Steigerung Zugehörigkeitsgefühl 	<ul style="list-style-type: none"> • Auswahl vh. Vereine/Clubs etc. ermitteln • Schnupperkurse anbieten • Kennenlernen der Institutionen (Events, Tag der offenen Tür etc.) • eigene Ziele mit Vereinszielen vergleichen
Einflussbereich 3 Lebens- und Arbeitsbedingungen		
"Networking"	<ul style="list-style-type: none"> • Einbindung in Netzwerke • Steigerung von Kompetenzen • Entwicklung von Partnerschaften • Unterstützung von ExpertInnen 	<ul style="list-style-type: none"> • Auffrischen von bestehenden Kontakten • Meetings/Konferenzen/Tagungen etc. • Kontakte nutzen/Unterstützung ansuchen • Öffentlichkeitsarbeit (Modellprojekte, Internet) • Gegengeschäfte
Bewegungsangebote	<ul style="list-style-type: none"> • Verhältnisse schaffen • Bewusstsein schaffen • Wissenssteigerung 	<ul style="list-style-type: none"> • Speziellen Angebote in Fitness-, Sportclubs • Zusammenarbeit mit Industrie/Wirtschaft • Entwicklung von Partnerschaften
Anreizsysteme	<ul style="list-style-type: none"> • Verhältnisse schaffen • Förderung gesellschaftlichen Handelns • Bewusstsein schaffen 	<ul style="list-style-type: none"> • Networking mit gesetzlichen Krankenkassen • Entwicklung von Bonusprogrammen • Unterstützung seitens Arbeitgeber einholen • Überzeugungsarbeit durch Modellprojekte

Bezeichnung	Ziele	Vorgehensweise
Einflussbereich 4 Gebaute Umwelt, politisches Umfeld		
Lobbying	<ul style="list-style-type: none"> • Steigerung Bewusstsein BGF • Steigerung Bedeutung Bewegung • Steigerung Handlungsbedarf 	<ul style="list-style-type: none"> • Netzwerke nutzen innerhalb Branche • NGO's ansprechen und mit ins Boot holen • Persönliche Kontakte nutzen • Engagement von Geschäftsleitung • Sozialpartner miteinbeziehen
FGÖ	<ul style="list-style-type: none"> • Plattform für Networking stärken • Unterstützung bei "policies" • Transdisziplinäre Zusammenarbeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansprechperson festlegen (UN+FGÖ) • zu Meetings ins UN einladen • Teilnahme an FGÖ Veranstaltungen • Themenpunkte auf Agenda (FGÖ) • eigene Anlaufstelle/Service Point einrichten
Media advocacy	<ul style="list-style-type: none"> • Thematisierung Bewegung • Fürsprache für Programmprojekte • Akzeptanz schaffen 	<ul style="list-style-type: none"> • Konzepte für Einbindung der Medien erstellen • Schwerpunkt "Bewegung" • Berichterstattung, Dokumentationen • neue Kampagnen (TV) • Kontakt mit Medien aufnehmen und Interesse anfragen

Tabelle 3 Maßnahmenkatalog Bewegung und BGF

6.5 Stufe 5: Implementierungsplan

Ziel dieser Stufe ist es, alle erforderlichen Maßnahmen zu beschreiben, die für die Umsetzung eines Gesundheitsförderungsprogramms bedeutsam sind. Hier geht es sowohl um die praktische Durchführung von einzelnen Aktivitäten, als auch um die nachhaltige Verankerung von ganzheitlichen Maßnahmen im Sinne der BGF.

Ein Implementierungsplan gliedert sich in unterschiedliche Phasen. Die erste Phase beschreibt die Ausbreitung einer neuen Idee, an die die eigentliche Implementierungsphase anschließt. Die dritte und letzte Phase bildet eine fixe Anbindung in ein bestimmtes Setting (Institutionalisierung). Neben der Beschreibung dieser drei Phasen, wird in Kapitel 6.5 die Bedeutung von Schnittstellen und deren Relevanz innerhalb eines Implementierungsplans erläutert. Außerdem erfolgt in Punkt 6.5.3 die Darstellung der Aufgaben des Projektmanagements.

6.5.1 3-Phasen-Plan

Die Gliederung von Implementierung in drei Phasen erfolgt aufgrund unterschiedlicher Aufgaben und Zielsetzungen. Bevor ein Gesundheitsförderungsprojekt implementiert werden kann, muss im Vorfeld eine entsprechende Bekanntmachung der einzelnen Maßnahmen erfolgen. Ist die Umsetzung der durchgeführten Maßnahmen erfolgreich, so ist eine nachhaltige Verankerung in dem entsprechenden System (Setting) erforderlich. Darüber gibt eine Institutionalisierungsphase Aufschluss.

6.5.1.1 Projektverbreitung

Die Verbreitung einer neuen Idee oder Vorgehensweise zählt zu den ersten Schritten in der fünften Stufe des IMPs. Der Bekanntheitsgrad einer Innovation ist ausschlaggebend für die darauffolgenden Phasen der Implementierung. Die sozial kognitive Theorie liefert auch hier Ansatzpunkte für die psychologischen Hintergründe: zuerst muss das Bewusstsein für eine Neuheit geschaffen werden, damit anschließend positive Ergebniserwartungen, Selbstwirksamkeit und Fähigkeiten zur Übernahme beitragen können. Die Verbreitung der Projektmaßnahmen erfolgt entweder über Medien oder interpersonell. In Unternehmen findet die Thematisierung des Programms vor allem über "*Agenda setting*" (Setzen von konkreten Themenschwerpunkten) statt. Werden neue Fragestellungen auf die Tagesordnung gesetzt, kann in weiterer Folge ein Abgleich mit der bestehenden Situation im UN bzw. Neudefinition und -gliederung für den eigenen Nutzen erfolgen. Der erfolgreiche Abschluss dieser Stufe geht mit der Bestätigung des Entscheidungsträgers einher und ist durch verschiedene Bestimmungsgrößen (Ausfüllen des Übernahmeformulars, Unterfertigung, Rücksendung an Projektmanagement) gekennzeichnet [BARTHOLOMEW et al., 2000].

Die Verbreitung von neuen Ideen erfordert oftmals die Anwendung von Marketingstrategien (siehe Kapitel 5.8). Häufig ist der erste Eindruck für die Meinungsbildung ausschlaggebend und wirkt sich auch auf die Beteiligung an beworbenen Interventionsaktivitäten aus [HUGHES, 2009b].

Produkt: das Programm selbst und Angebot an die Zielgruppe
 Preis: Kosten für die Teilnahme (finanziell, sozial, psychologisch)
 Promotion: Art der Bekanntmachung/Werbung (z. B. Infomails an MA)
 Plattform: Art und Weise des Zugangs zu Programmunterlagen
 [HUGHES, 2009b].

6.5.1.2 Implementierungsmaßnahmen

Maßnahmen, um eine erfolgreiche Implementierung zu gewährleisten, werden vor allem durch Begriffe wie Wiedergabetreue und Vollständigkeit geprägt. Dennoch soll die Möglichkeit für eine wechselseitige Anpassung von Gesundheitsförderungsprogramm und UN gegeben sein und eine ausreichende Flexibilität zulassen. In der Phase der Umsetzung müssen, wie bei allen anderen Projekten auch, eigens Ziele, Prozesse und Strukturen aufeinander abgestimmt werden. Eine entsprechende Kapazitätsanalyse hilft dabei, das Niveau an Fertigkeiten richtig abzuschätzen. Persönliche Determinanten wie z.B. Ergebniserwartungen für einen positiven Projektabschluss und externe Faktoren wie z. B. das Vorhandensein von ausreichenden Einrichtungen sind für die Implementierungsphase grundlegend [BARTHOLOMEW et al., 2000].

6.5.1.3 Institutionalisierung

Nach erfolgreicher Übernahme und Implementierung des Konzeptes, ist es wichtig, dass nach Ablauf der letzten Projektphase Grundsteine für die Nachhaltigkeit gelegt werden. Ziel ist es daher, entwickelte Maßnahmen in die Unternehmenskultur zu integrieren, um damit verbundene gesundheitliche Vorteile längerfristig zu sichern. Der Begriff *Institutionalisierung* bezeichnet diesen Vorgang und basiert auf Schaffung von spezifischen Kapazitäten im Sinne der GF. Dazu zählen z. B. die Verankerung von Maßnahmen im Budget, Stellenbeschreibungen, Evaluierung von Betriebsmaßnahmen usw. [BARTHOLOMEW et al., 2000].

6.5.2 Schnittstellen

Ferner ist die Einrichtung von Schnittstellen zwischen ExpertInnen und AnwenderInnen wesentlich. Schnittstellen dienen dazu, effektive Strukturen zu sichern, damit eine Interaktion bzgl. Ideen- bzw. Erfahrungsaustausch gegeben ist. Weiters sind auf diese Weise Informationen zu Planungsprozessen für die Anwender frei zugänglich und erleichtern die Entwicklung von Projektmaßnahmen. Schnittstellen verknüpfen Ressourcen (-systeme) mit Programmnutzern (Anwendersysteme). Ressourcensysteme umfassen Personal, Förderungen, Materialien und Dienstleistungen, die die Entwicklung von Programmaktivitäten unterstützen. Anwendersysteme werden von Individuen bzw. Gruppen gebildet, die für die Implementierung der Maßnahmen verantwortlich sind. Entscheidend ist auch die Berücksichtigung von möglichen Widerständen gegen eine Projektimplementierung [BARTHOLOMEW et al., 2000].

6.5.3 Projektmanagement

Unter Projektmanagement (PM) werden Aktivitäten, die für Definition, Planung, Kontrolle und Abschluss eines Projektes erforderlich sind, verstanden. Die Definition nach Deutscher Industrie Norm (DIN 69901-...) beschreibt Grundlagen, Prozesse, Methoden, Daten und Begriffe, die zu der Bezeichnung *Projektmanagement* zu zählen sind. Demnach stellt dieser Bereich weiters den Koordinationspunkt zwischen allen Projektablaufsphasen dar. Zu den Funktionen des PM gehören Aufgaben wie die Definition von Arbeitspaketen, die Erstellung eines Zeitplans und die Verteilung von Ressourcen (finanzielle, personelle Ressourcen etc.). Diese Teilbereiche des PM werden in den Kapiteln 6.5.3.1 bis 6.5.3.3 allgemein diskutiert und anhand von Beispielen erläutert.

6.5.3.1 Arbeitspakete und -ergebnisse

Arbeitspakete stellen für die Strukturierung von Projekten ein wichtiges Hilfsmittel dar. Sie gliedern sämtliche Maßnahmen in einzelne Abschnitte und garantieren dadurch die Abgrenzung einzelner Verantwortungsbereiche.

Arbeitspakete beschreiben einzelne Aufgaben und Aktivitäten, die erfüllt werden müssen um das Projekt zu vollenden. Weiters dienen Arbeitspakete als Grundlage für die Bestimmung von Zeitplänen, Budget und Ressourcen.

6.5.3.2 Zeitpläne

Ein termingerechter Ablauf ist ein wesentliches Merkmal eines gut durchdachten und ausgearbeiteten Projektes. Dabei ist die Festlegung von Projektmeilensteinen von Vorteil, da sie die Erreichung von wichtigen Zwischenschritten im Zuge eines Projektes definiert. Die Kombination von Meilensteinen und zeitlichen Fristen wird mit Hilfe eines Diagramms (Gantt-Chart) graphisch dargestellt [GAREIS, 2006].

Beispiel:

Tabelle 4 zeigt, wie ein Gantt-Chart anhand der Prämisse Bewegung und BGF in Kombination mit Arbeitspaketen aussehen könnte.

Gantt-Chart		Zeitraum [Monate]							
Arbeitspakete		1	6	12	18	24	30	36	
1 Projektmanagement									
2 map-4-motion Stufe 1-3									
Bedarfsanalyse									
Zielsetzung									
Auswahl Theorie, Methoden, Strategien									
3 map-4-motion Stufe 4-5									
Maßnahmenkatalog									
Implementierungsplan									
z.B. Gesundheitszirkel									
4 Umsetzung der Maßnahmen (Bsp.)									
e-Health									
Initiierung UN-Laufgruppe									
Kooperation mit Fitnesscentern									
Bonusprogramm Sozialversicherung									
Medienpräsenz									
5 map-4-motion Stufe 6									
Evaluierung									
Monitoring									

Tabelle 4 Gantt Chart inkl. Bsp. für Arbeitspakete

6.5.3.3 Ressourcenzuordnung und -verwaltung

In diesem Bereich ist die Verteilung und Verwaltung von Ressourcen aller Art angesiedelt. Hier geht es nicht um die Festlegung, welche Mittel generell notwendig sind, sondern um die in der Bedarfsanalyse festgelegten finanziellen, personellen oder andere physischen Ressourcen (Räumlichkeiten, Materialien etc.). Die Administration der einzelnen Betriebsmittel gewährleistet, dass nicht aufgrund eines z.B. finanziellen Mangels das gesamte Projekt gefährdet ist bzw. unnötig Abläufe verzögert werden. Die Erstellung von Budgetplänen zählt hier zu den Aufgaben des PM, die im Vorfeld sehr präzise erarbeitet werden müssen um Förderungen rechtfertigen zu können.

Werden z. B. Projekte im Sinne der BGF vom FGÖ gefördert, müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt werden. Es werden hierbei ausschließlich Projektmaßnahmen subventioniert, die partizipative und prozesshafte Vorgehen beinhalten [FGÖ, 2010b].

6.6 Stufe 6: Evaluierungskonzept & Monitoring

Bewertung (Evaluierung) und Überwachung (Monitoring) sind unverzichtbare Bestandteile um die Wirkung eines Projektes nachhaltig strukturiert aufzeigen zu können. Durch *Monitoring* von Projektabläufen können auftretende Schwierigkeiten sofort in Angriff genommen und Vorgehensweisen adaptiert werden. Deshalb leistet ein *Monitoringplan* einen wesentlichen Beitrag zur Zielerreichung indem im Vorfeld Komplikationen erkannt und Strategien für den sogenannten Plan B entwickelt werden. Eine Evaluierung gibt Aufschluss darüber, ob die Projektziele erreicht wurden, welche Effekte dazu beigetragen haben und ob auch Prozesse während des Projekts nach bestimmten Qualitätskriterien stattgefunden haben. Das Evaluierungskonzept liefert somit einerseits die wissenschaftliche Evidenz für die durchgeführten Interventionen, andererseits wird auch die finanzielle Rechtfertigung über eventuell erhaltenen Förderungen etc. legitimiert. Der Zweck von Evaluierungsmaßnahmen ist es, bestmögliche Effekte mit geringstem Ressourceneinsatz zu erzielen.

Die Projektevaluierung stellt eine essentielle Komponente für die Praxis von Gesundheitsförderungsprojekten dar. Ihre Aufgabe ist dabei Verantwortung gegenüber Projektteilnehmern (Zielgruppe, Mitarbeiter etc.), Beratern, finanziellen Unterstützern und der gesamten Öffentlichkeit zu übernehmen und daher Informationen zu sammeln und zur Verfügung zu stellen. Besonders für die Entwicklung von zukünftigen Gesundheitsförderungsprojekten spielt die Evaluierung eine wesentliche Rolle, da nur mit Hilfe von hoch qualitativen Aussagen Folgeprojekte verbessert werden und etwaige Fehler vermieden werden können [BARTHOLOMEW, 2001]. Die sogenannten *lessons learned* (Erkenntnisse, Erfahrungen) liefern einen wichtigen Beitrag zur Entwicklung von neuen Programmen und Projekten in der GF.

Ziel des Kapitels 6.6 ist es, wesentliche Teilbereiche von Evaluierungsmaßnahmen zu beschreiben und anhand des Beispiels Bewegung und BGF einen Evaluierungsplan zu erstellen. Aufgrund der Fülle an Evaluierungsmethoden, wird hier lediglich zu einem geringen Anteil relevante Information an Evaluierungskriterien zur Verfügung gestellt.

6.6.1 Prozessevaluierung

Die Prozessevaluierung bildet die erste Ebene von Evaluierungsmaßnahmen. Sie gibt Auskunft darüber, warum eine Intervention erfolgreich war oder nicht. In diesem Teilbereich werden Projektstrategien (Implementierung) und -aktivitäten (Interventionen), Projektqualität und die Qualität der eingesetzten Ressourcen gemessen. Die Prozessevaluierung ist notwendig, um die Ergebnisse aus der Effektevaluierung (siehe Kapitel 6.6.2) zu verstehen. Hauptsächlich geht es jedoch um die Projektimplementierung; ein Projekt kann zwar gut geplant, jedoch nicht trefflich umgesetzt werden. Die Antwort darauf, warum ein Projekt fehlgeschlagen ist, kann anderen Projektplanern bei der Entwicklung von Maßnahmen für Gesundheitsförderungsprogramme helfen [BARTHOLOMEW, 2001].

6.6.2 Effektevaluierung

Die Effektevaluierung repräsentiert die zweite Ebene der Evaluierung und lässt Aussagen über den Erfolg bzw. Misserfolg von Projektaktivitäten (Interventionen) zu.

Sie misst direkte Interventionseffekte und zeigt an, ob die gesetzten Ziele erreicht wurden. Oftmals wird unter dem Begriff *Effektevaluierung* auch eine *Ergebnisevaluierung* (siehe Kapitel 6.6.3) verstanden. In der vorliegenden Arbeit werden jedoch diese Bezeichnungen getrennt voneinander betrachtet. Unter Effektevaluierung wird die Abgrenzung von Effekten mit bzw. ohne entsprechende Interventionsmaßnahmen verstanden. Dafür ist in jedem Fall eine Kontroll- bzw. Vergleichsgruppe notwendig, um die Unterschiede zwischen beiden Gruppen zu messen. Auch die Zuteilung in eine Interventions- bzw. Kontroll- oder Vergleichsgruppe sollte im Optimalfall *randomisiert* erfolgen [BARTHOLOMEW, 2001].

6.6.3 Ergebnisevaluierung

Im Kontext von Ergebnisevaluierungen werden - im Gegensatz zur Effektevaluierung - Langzeiteffekte ermittelt. Sie wird in Anschluss an eine Effektevaluierung durchgeführt und erhebt, ob das Projekthauptziel sowie Nebenziele erreicht wurden [BARTHOLOMEW, 2001]. In der Praxis ist es oft schwierig nachhaltige Effekte von Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu messen, da diese nicht unmittelbar die Lebensqualität verbessern, sondern erst nach Jahren - nach Beibehaltung einer geänderten Lebensweise - Auswirkungen erkennen lassen. Die Integration von Nachkontrollen (*Follow-up's*) in der Planung von Gesundheitsförderungsprojekten ist aus diesem Grund sinnvoll und für die Bewertung von Nachhaltigkeitseffekten unerlässlich.

6.6.4 Evaluierungsplan

Abbildung 10 zeigt die einzelnen Stufen des IMPs aufgeteilt nach zugehöriger Evaluierungsphase. Die Zahlen beziehen sich auf die einzelnen Stufen des [map-4-motion] Konzeptes angelehnt an das IMP.

Die Prozessevaluierung erfasst qualitative und quantitative Daten in Implementierung (Stufe 5), Interventionsmaßnahmen (Stufe 4), theoretische Methoden (Stufe 3) und Zieldefinitionen (Stufe 2). Effekte werden vor allem in Zielerreichungen und Verhaltens- bzw. Verhältnisänderungen gemessen. Die nachhaltige Wirksamkeit und somit die Beeinflussung der Lebensqualität wird mit Hilfe der Ergebnisevaluierung ermittelt.

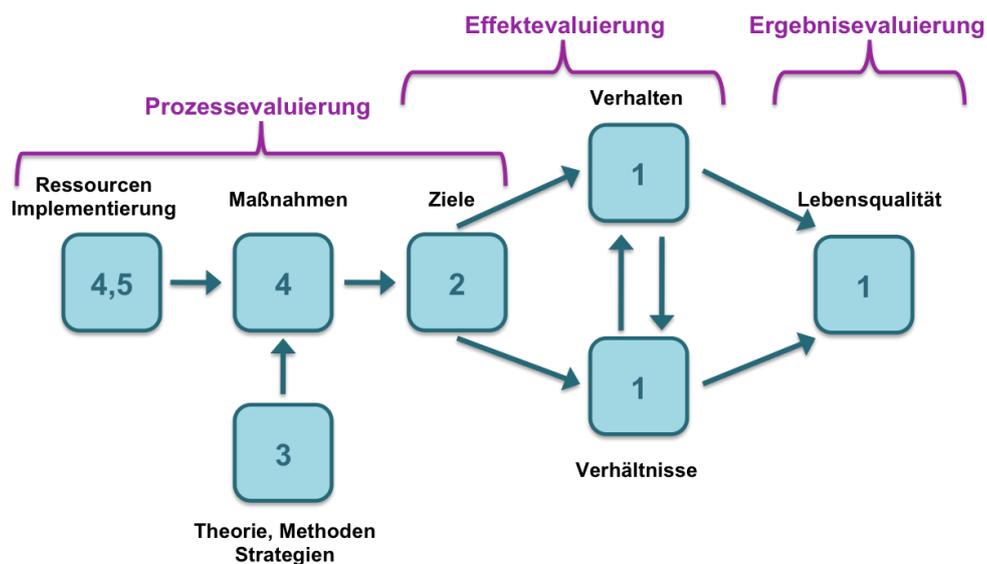


Abbildung 10 Überblick Evaluierungsschritte

[modif. nach BARTHOLOMEW et al., 2001].

Beispiel:

Tabelle 5 zeigt anhand der Prämisse Bewegung und BGF Möglichkeiten für Evaluierung und Monitoring. Hier können nur einzelne Beispiele angegeben werden, da im Projektfall je nach Umfang und Inhalt Evaluierungs- bzw. Überwachungsinstrumente entwickelt werden müssen. Die Grenzen zwischen Evaluierung und Monitoring sind nur schwer zu trennen, da während des Projektes (z.B. Implementierungsphase) mit Hilfe von Evaluierungsmethoden der Status (z.B. Implementierungsstatus) erhoben und bewertet wird. Monitoring bezieht sich im Beispiel hauptsächlich auf den Prozessfortschritt bzw. -entwicklung und Rückmeldung der Projektbeteiligten an das Projektmanagement bzw. Konzeptmanagement (siehe Kapitel 7.1).

Prozessevaluierung		
Indikator	Erhebungsmethode	Datenursprung
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Projekt - Wahrnehmung ▪ Projekt - Zustimmung ▪ <i>Agenda setting</i> ▪ Vollständigkeit (4 Bereiche) ▪ Wiedergabetreue (Verknüpfung) ▪ Gründung von Gesundheitszirkel ▪ Soziales Marketing Konzept ▪ Teilnahme UN bzw. Zielgruppe ▪ Erstellung Maßnahmenkatalog ▪ Budgetausgaben (UN für GF) 	Fragebogen Interview Beobachtung Aufzeichnungen	Projektmanagement Projektdokumentation ProjektplanerInnen (Unternehmen) Anwesenheitslisten Übernahmeformulare Checklisten Zeitpläne
Effektevaluierung		
Indikator	Erhebungsmethode	Datenursprung
Determinanten <ul style="list-style-type: none"> ▪ Selbstwirksamkeit ▪ Wissen ▪ Soziale Unterstützung ▪ Soziales Netzwerk ▪ Anreizsysteme ▪ Freizeitangebote ▪ Unterstützung am AP ▪ Bewusstsein Politik ▪ Medienpräsenz/-beteiligung Verhalten <ul style="list-style-type: none"> ▪ Körperliche Aktivität Verhältnisse <ul style="list-style-type: none"> ▪ Betrieb/Arbeitsplatz 	Fragebogen Interview Fokusgruppendifkussion Aufzeichnungen IPAQ (International Physical Activity Questionnaire)	Zielgruppe (TeilnehmerInnen) UN-Leitung Umfeldanalysen (Freizeit, AP) Medieninhalte (Themen) Betriebsarzt GesundheitszirkelleiterInnen
Ergebnisevaluierung		
Indikator	Erhebungsmethode	Datenursprung
Lebensqualität <ul style="list-style-type: none"> ▪ Chronische Krankheiten ▪ Psychische Verfassung ▪ Übergewicht etc. 	Fragebogen Interview Krankenstandsstatistik Gesundheitschecks	Zielgruppe (Teilnehmer) Krankenstandsstatistik

Tabelle 5 Beispiele Evaluierungsplan

7 Konzeptmanagement

Das Konzeptmanagement beschreibt eine überbetriebliche Stelle für die Koordination und Unterstützung von Projekten der BGF auf nationaler Ebene. In diesem Kapitel sollen Aufgaben und Vorgehensweisen eines übergeordneten Konzeptmanagements vorgestellt werden. Weiters erfolgt eine Problem-betrachtung von Klein- und Mittelbetrieben, die Abbildung und kritische Hinterfragung von verschiedenen Modellprojekten und die Erläuterung eines Vorgehensmodells zur Planung und Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen in KMU.

7.1 Definition

Das Konzeptmanagement stellt keine weitere Stufe des [map-4-motion] Konzeptes dar, sondern bildet eine übergeordnete Stelle, die für die qualitative Unterstützung, Umsetzung und Evaluierung aller Projekte im Rahmen der BGF verantwortlich ist. In Abbildung 11 ist die Abgrenzung von Konzept - untergliedert in die vier Einflussbereiche inkl. Maßnahmen - und Konzeptmanagement als Überbegriff dargestellt.

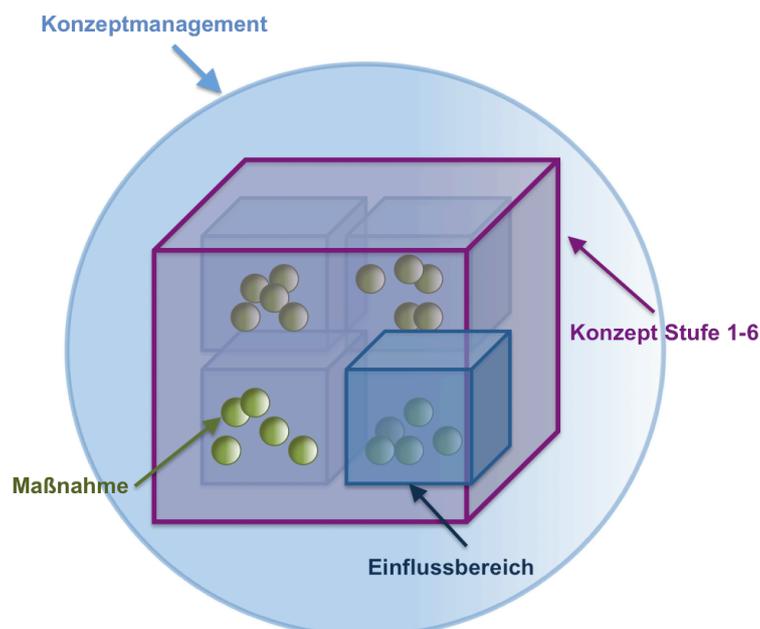


Abbildung 11 Abgrenzung Konzept bzw. -management

Inhaltliche Qualitätskriterien sind durch das Durchlaufen der einzelnen Stufen ohnehin vorgegeben, bedürfen jedoch einer kompetenten Stelle, die für Fragen hinsichtlich aller relevanten Themengebiete zur Verfügung steht. Dieses *Kompetenzzentrum* ist mit sämtlichen Aufgaben eines Projektmanagements betraut, steht jedoch über den PM in den einzelnen UN.

Funktionen wie z. B. Marketing oder Controlling beziehen sich auf die z.B. Österreichweite Bekanntmachung des Konzeptes, Koordination von Informations- bzw. Planungssystemen oder die Datensammlung bzw. -auswertung der Evaluierungsergebnisse aus den Einzelprojekten. Auch die Verteilung von finanziellen Förderungen obliegt den Angelegenheiten dieser zentralen Projektmanagementstelle und könnte von bereits bestehenden Institutionen - wie dies z. B. der FGÖ darstellt - übernommen werden. Der FGÖ könnte auch hinsichtlich der Umsetzung von Maßnahmen im Bereich *gebaute Umwelt, politisches Umfeld* eine essentielle Rolle übernehmen, da er als Bindeglied zwischen Gesundheitsministerium und Projektanwendern fungiert und für die finanzielle Unterstützung von gesundheitsfördernden Maßnahmen verantwortlich ist. Das ist einerseits für die Weiterentwicklung von Aktivitäten innerhalb der BGF wesentlich, andererseits würde hier ein neues Netzwerk entstehen. Durch Analyse von zentral zusammenlaufenden Evaluierungsergebnissen könnten somit Aussagen über die Entwicklung von Verhalten bzw. Verhältnissen und damit auch über die Entwicklung der Lebensqualität in Österreich Rückschlüsse gezogen werden.

7.2 Problembetrachtung Klein- und Mittelbetriebe

In Österreich leisten vor allem kleine und mittlere Unternehmen (KMU) einen wesentlichen Beitrag zum Wirtschaftswachstum. Kleinunternehmen (MitarbeiterInnenzahl 10-49) und mittlere Unternehmen (MitarbeiterInnenanzahl 50-249) nehmen folglich eine erhebliche Stellung in der BGF ein. Projekte, die Gesundheit und Wohlbefinden im Unternehmen steigern sollen, sind bisher insbesondere in großen Betrieben in Österreich initiiert und umgesetzt worden.

Im Unterschied dazu besteht im Bereich der KMU ein höherer Nachholbedarf [ROPIN, 2006; WKO, 2010]. KMU weisen im Gegensatz zu Großbetrieben mit mehr als 250 MitarbeiterInnen andere Strukturen auf. Der Einfluss von Eigentümern auf Arbeitsabläufe und das familiäre Umfeld beinhalten hier ein wichtiges Potential für die GF. Demgegenüber steht jedoch oft das Fehlen von Ressourcen und Strukturen um Projekte der BGF umsetzen zu können. Das Konzept der BGF hat sich in großen Unternehmen in den letzten Jahren erfolgreich etabliert. In KMU stößt es vielfach an organisatorische und finanzielle Grenzen [FGÖ, 2005c].

7.2.1 Charakteristika

Kleine Unternehmen weisen eine Reihe spezifischer Merkmale auf, die wesentlichen Einfluss auf die Umsetzbarkeit von BGF haben. In manchen Gegebenheiten kleinerer Betriebe liegen wesentliche Vorteile und Anknüpfungspunkte für Maßnahmen im Sinne der BGF [KRIENER, 2005].

Im Unterschied zu Großbetrieben sind Kleinbetriebe heute noch häufig Familienunternehmen, wo vertraute Umgangsformen zwischen Firmenleitung und MitarbeiterInnen vorherrschen. Kurzfristig orientiertes Handeln auf Personal-, Logistik- und Finanzierungsprobleme kennzeichnet diese Unternehmensgröße. Personalentwicklung und betriebliche Ablaufplanung ist erst mit wachsender Betriebgröße zu erkennen [GEORG, 2005].

Flache Hierarchien und damit in Zusammenhang stehende kurze Kommunikationswege stellen eine wesentliche und typische Ressource in Kleinbetrieben dar, die durch stärkere gegenseitige Abhängigkeit und soziale Verpflichtung geprägt ist. Ein hoher Autonomiegrad der MitarbeiterInnen bildet hierbei eine gute Voraussetzung für präventive und gesundheitsfördernde Aufgaben. Wohingegen hoher wirtschaftlicher Druck, kaum finanzielle, personelle oder zeitliche Spielräume Hauptprobleme für die GF in Kleinbetrieben darstellen. Für die BGF bedeutet das, dass punktuelle Aktivitäten ansprechender sind, da sie zeitlich befristet und kalkulierbar sind. Der bestehende Mangel an Projekten in der BGF in KMU ist jedoch nicht nur auf oben genannte Charakteristika zurückzuführen.

Oftmals ist auch ein geringer Bekanntheitsgrad der BGF in kleinen Unternehmen und mangelnde überbetriebliche Unterstützung vorhanden, die eine Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen in systematischer und verbindlicher Weise erschweren. Neben der betrieblichen und überbetrieblichen Ebene spielen individuelle Einstellungen und Überzeugungen der BetriebsinhaberInnen und MA eine sehr bedeutsame Rolle für die BGF. Assoziationen, Vorstellungen und Befürchtungen - verursacht durch mangelnde Kenntnis an BGF - lösen häufig Desinteresse oder sogar Ablehnung von gesundheitsfördernden Maßnahmen aus. Wenn der mögliche Nutzen für MA und Unternehmen nicht transparent und ersichtlich ist, besteht naturgemäß kein Interesse an der Umsetzung von BGF. Auch die Skepsis gegenüber externer Bevormundung und mögliche aufkommende Konflikte beeinflussen die Umsetzbarkeit von Programmen in der BGF [KRIENER, 2005].

7.2.2 Lösungsansätze

Mögliche Strategien um bestehende Schwierigkeiten zu überwinden, liegen vor allem darin, dass die UN gezielt angesprochen werden und spezifische Öffentlichkeitsarbeit durch AkteurInnen in der BGF bewirkt wird. Eine möglichst konkrete und bildhafte Illustration gelungener Praxisbeispiele ist dabei wichtig um positive Effekte zu vermitteln. Die Darbietung von individuellem Nutzen orientiert sich am spezifischen Bedarf des Unternehmens und versucht konkrete Beiträge zur Veränderung vorhandener Problematik zu liefern. Außerdem sollten Netzwerke für UN geschaffen werden, die Synergien zwischen verschiedenen Stakeholdern im Handlungsfeld *Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz* generieren.

Auch die Integration von BGF in umfassende Managementsysteme und die Entwicklung von Anreizsystemen ist für die dauerhafte Einbettung und Verankerung gesundheitsfördernden Denkens und Handelns im UN maßgebend. Der Entwurf von alltagstauglichen und kostengünstigen Programmen ist für die BGF in kleinen Unternehmen in diesem Rahmen unerlässlich [KRIENER, 2005].

Solange die Durchführung von gesundheitsfördernden Maßnahmen auf Einzelengagement und alleinigen Ressourcen eines kleinen Unternehmens basiert, und unkoordiniert nebeneinander bestehende Institutionen versuchen, GF am Arbeitsplatz zu propagieren, solange wird sich BGF in KMU kaum auf breiter Ebene durchsetzen können [KRIENER, 2005].

7.2.3 Kosten-Nutzen-Aspekte

Kosten-Nutzen-Analysen erlauben einen direkten Vergleich unterschiedlicher Maßnahmen in der BGF [FRITZ, 2009]. Die Zugänglichkeit und Qualität von Informationen über Maßnahmen machen eine Wirksamkeitsanalyse ausgesprochen schwierig [LENHARDT, 2005]. Eine wissenschaftliche Evidenzbasierung spielt hierbei eine tragende Rolle. Wie lassen sich jedoch Maßnahmen gestalten, die evidenzbasiert sind? Diese Frage lässt sich überwiegend mit systematischen Übersichtsarbeiten (Reviews) beantworten, die die Wirksamkeit arbeitsweltbezogener Maßnahmen zur Förderung der allgemeinen Gesundheit und des Wohlbefindens untersuchen. Für Maßnahmen hinsichtlich Bewegungssteigerung bei Beschäftigten im Bereich Verhaltensprävention liegen überzeugende Belege vor. Programme, die zur Steigerung physischer Aktivität der MA beitragen und Erkrankungen des Muskel- und Bewegungsapparates vorbeugen, zeigen zusätzlich positive Effekte auf Erschöpfungs- und Müdigkeitszustände. Mit Hilfe dieser Programme lassen sich sowohl Fehlzeiten als auch *Inzidenz* (Anzahl der Neuerkrankungen) und *Prävalenz* von Muskel- und Skeletterkrankungen reduzieren. Daten über Kosteneffektivität lassen jedoch nur begrenzte Aussagen zu, wobei möglicherweise entsprechende Wirkungen noch nicht ausreichend nachgewiesen wurden. Nichtsdestotrotz können positive Resultate hinsichtlich eines ökonomischen Nutzens durch BGF beobachtet werden. Einsparungen werden vor allem durch Zielgrößen wie Krankheitskosten und krankheitsbedingten Fehlzeiten dargestellt. Eine Studie von Chapman zeigt, dass Maßnahmen durch BGF eine durchschnittliche Reduktion der Krankheitskosten um 26,1% und der krankheitsbedingten Fehlzeiten um 26,8% erreichen können.

Als Zielgröße wird weiters der sogenannte "return on investment" (ROI) verwendet, der beschreibt, welchen geschätzten Nutzen ein investierter Euro innerhalb eines bestimmten Zeitraumes erbringt [CHAPMAN, 2005; FRITZ, 2009; KRAMER et al., 2009].

Der ROI setzt Nutzen bzw. Gewinn in eine Beziehung zum investierten Kapital und stellt dies in Form eines Verhältnisses dar. Das investierte Kapital entspricht den Kosten für Maßnahmen der BGF. Nutzen bzw. Gewinn beschreiben Kosteneinsparungen durch entsprechende gesundheitsfördernde Interventionen. Recherchen und Analysen zeigen, dass die verstärkte Nutzung des ROI in Nordamerika nicht nur bei der Evaluierung von Maßnahmen verwendet wird, sondern bereits im Vorfeld bei der Planung von Projekten eingesetzt wird. Im Zuge dessen wird die Entwicklung von unterschiedlichen Softwareprogrammen beobachtet, die gesteigertes Interesse an Kalkulatoren für die Rentabilität von BGF Maßnahmen im Vorhinein erkennen lassen. Auch für Krankenkassen könnte ein solches Instrument von Bedeutung sein [KRAMER und BÖDEKER, 2008].

Oftmals wird jedoch bei der Effektmessung von Maßnahmen in der BGF alleinige Aufmerksamkeit auf Krankenstand, Fluktuation und Unfallquoten gelegt. Durch diese Maßzahlen ist zwar ein direkter Bezug zum ökonomischen Nutzen gegeben, jedoch wäre eine Kombination mit anderen Effektkriterien sinnvoll. Vor allem auch deswegen, weil z. B. durch die Krankenstandsquote nur ein Teilbereich vom Gesundheitsbegriff der WHO umschrieben wird. Andere Größen hingegen wie der BMI, die Häufigkeit von Rückenschmerzen oder das Betriebsklima könnten qualitative Veränderungen besser interpretieren. Diese qualitativen Kriterien sollten in Zahlen umgewandelt werden, damit Kosten und Nutzen besser beschrieben werden können [FRITZ, 2009].

Als weitere Zielgröße soll hier nochmals auf die Bedeutung des Sozialkapitals hingewiesen werden, das auch in KMU eine bedeutsame und entscheidende Funktion hinsichtlich Kosten-Nutzen-Analysen übernimmt (siehe Kapitel 3.6).

7.3 Modellprojekte

Modellprojekte stellen ein wichtiges Instrument innerhalb der GF dar, da sie bestimmte Vorgehensweisen hinsichtlich verbesserter Lebensbedingungen liefern und Projektmaßnahmen unterstützen. Nachfolgend werden ausgewählte Gesundheitsförderungsprojekte vorgestellt und einige Ansatzpunkte kritisch diskutiert.

7.3.1 "WEG - Wirtschaftlicher Erfolgsfaktor Gesundheit"

GF bei Berufstätigen in Klein- und Mittelbetrieben - Old Economy

Im Auftrag vom FGÖ wurde die österreichische Kontaktstelle für BGF mit der Entwicklung und Umsetzung eines Modellprojektes betraut. Das Projekt wandte sich an Klein- und Mittelbetriebe (max. 100 MitarbeiterInnen) in drei Bundesländern. Modellbetriebe aus verschiedenen Branchen (Bau- und Bauneben-gewerbe, Bergbau, Tourismus, Hotellerie, Gastronomie) dienen als Plattform für die Umsetzung von betrieblichen Gesundheitsförderungsprojekten. Neben einer unternehmensspezifischen Gesundheitsdiagnose und praxisorientierten Modulen, wurden für Entscheidungsträger im Unternehmen spezielle Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen entwickelt; die Teilnahme am Projekt war für die ausgewählten Unternehmen kostenlos. Das Modellprojekt WEG wurde in vier Phasen gegliedert und umfasste folgende Bereiche: Diagnose, Planung, Umsetzung und Evaluierung (extern). Die Diagnosephase wurde mittels schriftlicher Gesundheitsbefragung, Auswertung der Krankenstände und einem abschließenden Gesundheitsbericht durchgeführt. Darauf folgte die Installierung von Gesundheitszirkeln, in denen sich die MitarbeiterInnen mit ihren Arbeitsbedingungen, Belastungen und Auswirkungen auf die Gesundheit auseinandersetzten. Innerhalb der Gesundheitszirkel wurden unternehmensspezifische Lösungen und Vorschläge für die Praxis erarbeitet, die gesundheitsrelevante Handlungsfelder lieferten. Die beiden zentralsten Themen für alle beteiligten Modellpartner stellten die Bereiche Konflikt- und Stressmanagement dar.

Der Aktionsradius bezog sich auf folgende Inhalte: Psychosoziale Gesundheit, Bewegung/Ernährung, Organisationsentwicklung, Führungskräftebildung und Fehlzeitenmanagement. Die Erhebungen aus den Endberichten lieferten folgende Ergebnisse: BGF durch Organisationsgestaltung konnte sich bewähren und wird demnach empfohlen. In den teilnehmenden Modellunternehmen kam es zu einer deutlichen Verbesserung im Bereich Arbeitsgestaltung, Betriebsklima und MitarbeiterInnenzufriedenheit. Dies spiegelte sich u. a. in der Reduktion von Fehlzeiten zwischen 10% in den Branchen Baugewerbe bzw. Bergbau und 20% im Bereich Hotellerie bzw. Gastronomie wider [BGF, 2010a; FGÖ, 2005].

7.3.2 "switch2006.at"

GF bei Berufstätigen in Klein- und Mittelbetrieben - New Economy

Mittelpunkt des vom Linzer Forschungs- und Beratungsinstitut umgesetzten Projekts stellten typische Belastungsbilder und gesundheitsschädigende Arbeitsbedingungen dar. Zielgruppe bildeten Klein- und Mittelbetriebe (max. 100 MitarbeiterInnen) aus der IT Branche, die in der Entwicklung von Lösungsvorschlägen für Probleme im betrieblichen Alltag unterstützt werden sollten. Methoden wie beteiligungsorientierte Informations- und Kommunikationsplattformen im Internet, Chatrooms oder Gesundheitszirkel mit virtuellen Elementen bildeten die Grundlage für das Projekt. Aber auch Arbeitsgruppen- und Veranstaltungselemente, die auf direkter Kommunikationsebene stattfanden, wurden integriert [FGÖ, 2005g].

Zentrale Phasen des Modellprojektes bildeten Diagnose, Planung, Umsetzung und Evaluation. Die Kerninstrumente stellten die Bildung einer Steuerungsgruppe, die Ist-Analyse, Erstellung eines Gesundheitsberichts und Abhalten von Gesundheitszirkeln dar. switch2006.at wurde im Zeitraum von drei Jahren durch den FGÖ finanziert und war dadurch für die teilnehmenden Unternehmen kostenlos. Dies inkludierte eine externe Beratung gekennzeichnet durch folgende Leistungen: Ist-Analyse, moderierte Gesundheitszirkel, Moderation der Präsentation und Evaluation. Durch die Analyse der jeweils betrieblichen Situation haben sich branchenspezifische Schwerpunkte herauskristallisiert.

Die Belastungen erstreckten sich auf die Dimensionen organisatorische Belastungen, psychosoziale Belastungen, körperliche Belastungen und Umgebungsbelastungen [ppm, 2010]. Ergebnisse hinsichtlich gesundheitlicher Effekte wurden nicht publiziert.

7.3.3 "Men health work"

Bei diesem Projekt handelte es sich um ein settingorientiertes Gesundheitsförderungsprojekt mit geschlechterspezifischem Ansatz in der BGF. Das Projekt wurde in Betrieben und Institutionen eines Unternehmens aus der Finanzdienstleistungsbranche umgesetzt. Die Zielgruppe bildeten Männer zwischen 30 und 65 Jahren, das Projekt wurde jedoch durch starke Forderung auch für Frauen geöffnet [BGF, 2010b; FGÖ, 2010a].

Nach der Bildung einer Steuerungsgruppe wurde durch qualitative und quantitative Methoden eine Ist-Analyse durchgeführt. In den darauffolgenden Gesundheitszirkeln wurden Maßnahmen sowohl auf der Verhaltens- als auch auf der Verhältnisebene erarbeitet. Die Miteinbeziehung der MA war ein wesentliches Kriterium im Zuge dieses Projektes. In den Gesundheitszirkeln wurden umfangreiche Projektziele erarbeitet. Themenbereiche wie Krankheitsprävention, Gesundheitsvorsorge, Gesundheitsförderung, Gesundheitsverhalten und Erfahrungsaustausch durch Networking wurden in der anschließenden Phase der Maßnahmenumsetzung und -implementierung bearbeitet. Neben dem bereits jahrelangen kostenlosen Zugang zu frischem Obst und Quellwasser (Wasserspender) wurden vom Betriebsrat Gesundheits- und Sportveranstaltungen angeboten. Diese beinhalteten neben Gesundheitsvorträgen, gemeinsame Jogging-Termine, Radfahr- und Wanderausflüge auch längere Betriebsausflüge (Skiwochenende etc.) zur Stärkung der Gemeinschaft. Neben der Bereitstellung von Massagestunden für MA (50% der Kosten wurden vom Betriebsrat übernommen) und der Anschaffung von Büchern, wurden Einkaufsgutscheine für die Teilnahme an freiwilligen Gesundenuntersuchungen (alle 2 Jahre) ausgegeben. Die Berücksichtigung eines geregelten und ausgefüllten Familienlebens der MA wurde durch flexible Arbeitszeitmodelle und jährliche Familienfeste bzw. -ausflüge sichergestellt.

Generelles Rauchverbot und die Unterstützung für eine Raucherentwöhnung waren weiters Ergebnis des Projekts. Ferner wurde eine private Krankenzusatzversicherung durch das Unternehmen mit 50% bezuschusst. Verhältnisänderungen wurden auch bezogen auf die Gestaltung des Arbeitsplatzes realisiert. Ein weiteres Projekt (Vereinbarkeit Familie und Beruf) wurde durch die resultierende Kommunikation ins Leben gerufen. Verhaltensorientierte Maßnahmen wurden durch die Veranstaltung eines Gesundheits- und Vorsorgetages gestärkt, wo alle MA in einer Gesundheitsstraße Messungen verschiedener Parameter (Gewicht, Cholesterin, Blutdruck etc.) und Fachvorträge in Anspruch nehmen konnten. Die Evaluierung der Projektergebnisse wurde durch eine externe, wissenschaftliche Begleitforscherin durchgeführt [BGF, 2010b].

7.3.4 Einschätzung der Modellprojekte

Grundsätzlich liefern diese Praxisbeispiele sowohl positive als auch weniger positive Ansätze für die BGF. Bewertungskriterien spielen vor allem für die Erfüllung von Zielsetzungen, Partizipation, Vernetzung, Wirksamkeit, Nachhaltigkeit, Modellhaftigkeit und Umsetzbarkeit eine wesentliche Rolle. BGF ist - wie auch in den Projekten zu erkennen ist - ein breiter Begriff und bezieht sich auf sehr viele unterschiedliche Komponenten. Daher ist es schwierig, BGF als allgemeine Herausforderung anzusehen, da die Messbarkeit begrenzt möglich ist und Ergebnisse nur auf einzelne Komponenten bezogen erhalten werden. In dem Modellprojekt *WEG* wurden genaue Zielsetzungen formuliert und konnten daher abschließend erfolgreich evaluiert werden. Dass jedoch Konflikt- bzw. Stressmanagement und Organisationsentwicklung nahezu alleinige Ausgangspunkte für BGF sind und für eine Fehlzeitenreduktion verantwortlich sind, scheint eher fraglich. In allen Projekten wurde das Instrument einer Steuerungsgruppe bzw. Projektleitung und die Durchführung von Gesundheitszirkeln implementiert, das hinsichtlich Partizipation als sehr positiv zu bewerten ist. Netzwerke stellen ein weiteres wichtiges Kriterium für die Beurteilung von einzelnen Modellprojekten dar. Die Zusammenarbeit zwischen relevanten Beteiligten wurde allgemein unzureichend beschrieben.

Im Maßnahmenkatalog des Projekts *Men health work* wurde jedoch die Zusammenarbeit mit bestehenden Initiativen und Einrichtungen als auch der Erfahrungsaustausch zur Förderung der Handlungskompetenz hervorgehoben. Die Berücksichtigung des Settingansatzes liegt in allen drei Modellen vor und beinhaltet eine eigene Projektphase für die Evaluierung. Diese beiden Faktoren allein reichen wahrscheinlich dennoch nicht aus, um die Wirksamkeit der einzelnen Maßnahmen zu belegen. Die überwiegend externe Evaluierung kann jedoch als Qualitätskriterium für die Beurteilung von einzelnen Effekten gesehen werden. Detailliertere Ergebnisse mit Daten über die Wirksamkeit des gesamten Projektes liegen in unterschiedlichen Publikationen allerdings nicht vor. Die Nachhaltigkeit von Maßnahmen im Bereich der BGF ist unerlässlich. In den beiden Modellprojekten *WEG* und *switch2006.at* wurde nicht explizit auf nachhaltige Effekte hingewiesen. Wohingegen nachhaltige Maßnahmen im Projekt *Men health work* durch regelmäßige und koordinierte Aktivitäten von der Unternehmensleitung implementiert und institutionalisiert wurden. Modellprojekte dienen als Vorbild für weitere Gesundheitsförderungsmaßnahmen und sind bestenfalls für andere Regionen oder Länder reproduzierbar. Da es sich in allen Fällen um sehr umfangreiche Themengebiete und Maßnahmen handelt, ist die Modellhaftigkeit gegeben. Dennoch sind Effekte aufgrund der weitreichenden Teilgebiete nur schwer auf einzelne Aktivitäten zurückzuführen. Die Umsetzbarkeit ist für die Applikation der Modelle in Österreich wahrscheinlich. Da jedoch die Projektteilnehmer branchenspezifisch ausgewählt wurden und je nach Projektleitung Schwerpunkte festgelegt wurden, ist die flächendeckende Umsetzung in Österreich fraglich. Gesundheitsfördernde Maßnahmen werden vor allem in Zusammenhang mit Ernährungs- und Bewegungsverhalten und den dafür verantwortlichen Verhältnissen in Verbindung gebracht. Diese Kategorien wurden jedoch überwiegend außer Acht gelassen und mehr Hauptaugenmerk auf Organisations- und Belastungsfaktoren gelegt, was eher dem Verantwortungsbereich von Arbeitsschutz und optimierten Arbeitsabläufen zuzuschreiben wäre und weniger dem Gebiet der BGF, die einerseits die Krankheitsprävention und andererseits die Stärkung von Gesundheitspotentialen am Arbeitsplatz als Hauptaufgabe sieht.

7.4 Vorgehensmodell am Beispiel KMU in Österreich

Da es für KMU eher eine Belastung darstellt, den oftmals als fremd empfundenen Begriff der BGF in ihrem Unternehmen zu integrieren, müssen vorrangig Programme und Modelle entwickelt werden, die den Einstieg in die BGF erleichtern. Nachfolgend soll eine Möglichkeit umrissen werden, die den Weg in die BGF - bezogen auf die einzelnen Schritte des [map-4-motion]-Konzeptes - vereinfachen und unterstützen soll.

7.4.1 Konzeptmanagement

Wie bereits in Kapitel 7.1 beschrieben, stellt das Konzeptmanagement einerseits das wissenschaftliche Know-how zur Verfügung, andererseits gewährleistet es - sofern eine Institution wie es der FGÖ darstellt der Aufgabe gerecht wird - die politische Einbindung von gesundheitsfördernder Maßnahmen auf der vierten Ebene des [map-4-motion]-Konzeptes. Der Aufbau von Netzwerken zwischen unterschiedlichsten AkteurInnen und ein Wissenspool an evidenzbasierten Daten sind neben Projektmarketing und -controlling die Hauptaufgabengebiete dieser zentralen Stelle. Ausgehend von diesem Experten- und Wissenspool werden Österreichweit KMU bei der Planung und Implementierung von Maßnahmen in der BGF unterstützt. Wie diese Unterstützung aussehen könnte soll im Folgenden je nach Projektphase kurz erläutert werden.

7.4.2 Vorprojektphase

In der ersten Phase eines Projektes in der BGF soll die Unterstützung vorwiegend in Analyse und Planung der Stufen 1 bis 6 des [map-4-motion]-Konzeptes erfolgen.

7.4.2.1 Bedarfsanalyse

Hier werden in erste Linien Unterlagen zur Verfügung gestellt um sich in die Materie einlesen zu können (z. B. Projekthandbuch). Ansprechpartner für Rückfragen und Hilfestellungen werden definiert.

Online-Fragebögen und Checklisten, die für diesen Zweck entwickelt wurden, werden ausgefüllt und ermitteln eine grobe Einschätzung, ob und in welchem Umfang Maßnahmen notwendig sind. Auch persönliche Beratungen der Unternehmen durch ExpertInnen (z. B. MultiplikatorInnen) stellen ein wesentliches Kennzeichen dieser Phase dar.

7.4.2.2 Zielsetzung

In der Zielsetzungsphase sollen gemeinsame Ziele erarbeitet werden. Dabei steht eine fachliche Unterstützung durch das Konzeptmanagement und MultiplikatorInnen zur Verfügung. Unternehmen sollen nach einer Bedarfsanalyse weiterhin in der Umsetzung von Maßnahmen betreut werden. Je nach Unternehmen stehen unterschiedliche Möglichkeiten zur Verfügung um im Unternehmen Ziele zu definieren. Ob Gesundheitszirkel, Workshop oder Betriebsausflug - jede Variante bietet Gelegenheit gemeinsam mit den MA Themenbereiche der GF zu analysieren und Ziele zu setzen. Hauptaufgabe ist es, mindestens ein Ziel für jeden Bereich (individuelle Faktoren, soziales Umfeld und Lebens-/Arbeitsbedingungen) zu bestimmen.

7.4.2.3 Theorien, Strategien, Modelle

Dieser Schritt wird nicht als direkte Aufgabe der KMU gesehen, da eindeutig einschlägiges Fachwissen bzgl. der Anwendung und Verknüpfung von Theorien mit Strategien notwendig ist. Expertenwissen wird von der übergeordneten Stelle des Konzeptmanagements bereitgestellt. Vielmehr sollen bereits in der Zielfindungsphase spezifische Indikatoren identifiziert und als Messgröße festgesetzt werden.

7.4.2.4 Interventionsmaßnahmen

Für jedes festgelegte Ziel, soll mindestens eine entsprechende Maßnahme individuell mit Unterstützung von Konzeptmanagement (ExpertInnennetzwerk) gefunden werden. Was kann getan werden um die körperliche Aktivität zu steigern?

Hierbei steht ebenso eine ganze Palette an Möglichkeiten zur Verfügung, die bestenfalls vorher in einem Projekthandbuch oder -leitfaden vorgeschlagen werden.

7.4.2.5 Implementierungsplan

Praxisbeispiele können eine Anleitung für die realistische Planung von Maßnahmen geben. Die fachliche Betreuung der KMU durch zuständige Ansprechpersonen (sowohl intern als auch extern) kann in dieser Phase Unterstützung in vielerlei Hinsicht anbieten (z. B. Zuordnung der Aktivitäten zu Projektphasen, Erstellung von Zeitplänen, Festlegen von Projektmeilensteinen etc.)

7.4.2.6 Evaluierung und Monitoring

In diesem Planungsschritt stellt das Konzeptmanagement sämtliche Tools für eine einheitliche Evaluierung zur Verfügung, da andernfalls die einzelnen Projektergebnisse nicht miteinander verglichen und Effekte nicht extrapoliert werden können. Es handelt sich hier vorwiegend um Fragebogenerhebungen, die vor und nach den umgesetzten Maßnahmen durchgeführt werden. Diese Erhebungsmethode stellt ein ressourcen- und vor allem kostenschonendes Verfahren dar, die eine Vergleichbarkeit von nationalen Daten sicherstellt. Für die Beobachtung des Projektfortschrittes ist ein Monitoringplan und eine etwaige Modifizierung der Vorgehensweise notwendig. Diese Planungsaktivitäten können durch entsprechenden Support vom Konzeptmanagement (ExpertInnenpool) unternehmensspezifisch entwickelt werden.

7.4.3 Projektphase

In der eigentlichen Projektphase werden ausgewählte Maßnahmen umgesetzt, Fragebogenerhebungen durchgeführt und der Projektverlauf beobachtet. Das Monitoring ist eindeutig als Aufgabe von KMU zu sehen, da kurzfristig Auswirkungen und Effekte erkannt und etwaige Änderungen initiiert werden können.

Seitens Konzeptmanagement besteht jedoch die Möglichkeit mit Hilfe von Erinnerungsmails, vereinbarten Statusberichterstattungen, Meetings etc. den planmäßigen Verlauf der einzelnen Interventionen zu beobachten (bereits bei Projektübernahme festgesetzt).

7.4.4 Nachprojektphase

Die Schlussphase des Projektes umschreibt Aktivitäten, die hauptsächlich die Evaluierung und Auswertung der Interventionsergebnisse betreffen. In diesem Abschnitt erfolgt wiederholt die Unterstützung von ExpertInnen, die eine qualitative Verwendung der erhobenen Daten gewährleistet. Weiters werden hier Erfahrungen und Erkenntnisse, die durch die Anwendung von BGF entstanden sind, in einem Projektendbericht zusammengetragen und für weitere Programm- bzw. Projektplanungen zur Verfügung gestellt.

8 Schlussbetrachtung

Zweifellos kann - aufgrund vorliegender Studienergebnisse - auf die Notwendigkeit zur Steigerung körperlicher Aktivität im Rahmen der BGF hingewiesen werden. Besonders deshalb, weil dadurch vorhandenes Human- bzw. Sozialkapital in Österreich zusätzlich unterstützt und gefördert werden kann. Wissenschaftliche Evidenz liegt vornehmlich in Bezug auf Kosten und Nutzen von Maßnahmen zur Bewegungsförderung vor, die Inzidenz und Prävalenz von Muskel- und Skeletterkrankungen und somit krankheitsbedingte Fehlzeiten und Krankheitskosten reduzieren können. Dennoch sind Daten über Kosteneffektivität von bewegungsfördernden Ansätzen mit Vorsicht zu interpretieren, da einzelne gesundheitliche Messgrößen nur begrenzt in finanzielle Parameter übertragbar sind.

Die Entwicklung und Implementierung von Modellprojekten spielt in der BGF eine wichtige Rolle, da der Transfer von theoretischen Konzepten in die Praxis entscheidende Hinweise über Wirksamkeit, Umsetzbarkeit und Nachhaltigkeit liefert. Die Praxis zeigt dagegen, dass hinsichtlich BGF einige gut strukturierte Ansätze für Modellprojekte vorhanden sind, aber keine optimalen Gegebenheiten für die Integration von Gesundheitsförderung im betrieblichen Umfeld vorliegen.

Durch unterschiedliche theoretische Ansätze ist die Identifikation von multiplen Einflussfaktoren möglich, die durch strategische Planung und Verknüpfung mit vorhandenen Konzepten positive Ansatzpunkte für die gezielte Entwicklung von Maßnahmen in der BGF liefert. Spezielle Beachtung liegt dabei auf den vier Haupteinflussbereichen des [map-4-motion] Konzeptes, das eine ganzheitliche Herangehensweise für eine Verhaltensänderung im Sinne eines gesunden und ausgewogenen Lebensstils repräsentiert. Die Haupteinflusskriterien für das menschliche Verhalten werden durch individuelle Faktoren, das soziale Umfeld, Lebens- bzw. Arbeitsbedingungen und das politische Umfeld bzw. die gebaute Umwelt bestimmt. Jeder der einzelnen Bereiche steht in gegenseitiger Wechselwirkung mit den anderen Einflussfaktoren und kann durch spezifische und ganzheitliche Berücksichtigung in der Entwicklung von Gesundheits-

förderungsprojekten zur Verhaltensänderung beitragen. Grundlegend für diese Vorgehensweise ist das IMP, das aufgrund seiner sehr umfangreicher Planungs- und Implementierungsinstrumente eine optimale Anleitung zur Entwicklung von Gesundheitsförderungsprogrammen gibt.

Aufgrund der Tatsache, dass bereits BGF in vielen großen Unternehmen in Österreich institutionalisiert wurde, muss vermehrt Rücksicht auf die Einbindung und Umsetzung von Maßnahmen in KMU genommen werden. Viele KMU werden von mehreren Seiten durch überbetriebliche Institutionen zu Aktivitäten eines ihnen weitgehend unbekanntes Bereiches aufgefordert. Daher ist es empfehlenswert - ausgehend von einer zentralen Stelle - BGF in KMU in Österreich zu forcieren und auf allen Teilgebieten von Verhalten- und Verhältniswirkungen Schritte zu setzen, die eine Steigerung körperlicher Aktivität innerhalb der GF, im Speziellen jedoch in der BGF begünstigen. Durch den strukturierten und koordinierten Aufbau von Netzwerken unter Leitung eines übergeordneten Konzeptmanagements könnte die Verankerung von BGF in Österreich eine bedeutsame Weiterentwicklung erfahren.

9 Zusammenfassung

Gesundheit ist ein elementares menschliches Gut. Sie stellt einen wichtigen Faktor für das Humankapital einer Volkswirtschaft dar und sichert die wirtschaftliche Produktivität einer Gesellschaft. Die betriebliche Gesundheitsförderung bildet ein effektives Werkzeug für die Investition in die Gesundheit der ArbeitnehmerInnen. In den letzten Jahren hat der Anteil übergewichtiger und adipöser Menschen vor allem in westlichen Industriestaaten stark zugenommen. Eine zu hohe Energieaufnahme einerseits und Bewegungsmangel andererseits sind Gründe für diese Entwicklung. Regelmäßige körperliche Bewegung ist neben einer ausgewogenen Ernährung wesentlicher Bestandteil eines gesunden Lebensstils. Körperliche Inaktivität hingegen gilt als unabhängiger Risikofaktor für Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems.

Unser Verhalten wird nicht nur von individuellen Faktoren bestimmt, sondern wird zusätzlich von sozialen Gefügen und Umwelteinflüssen gelenkt. Werden alle Teilgebiete gleichermaßen in ein und dasselbe Konzept integriert, so könnte die Wahrscheinlichkeit für eine nachhaltige Verhaltensänderung im positiven Sinne beeinflusst werden.

Das [map-4-motion] Konzept, soll die Bedeutung der vier Haupteinflussbereiche (individuelle Faktoren, soziales Umfeld, Lebensbedingungen, politische Umwelt) hervorheben und eine mögliche Vorgehensweise für die Entwicklung von Maßnahmen in der BGF bezogen auf körperliche Bewegung zur Verfügung stellen. Basierend auf den Schritten des Intervention Mapping Protokolls und Modellen der Verhaltens- und Verhältnisprävention können stufenweise erforderliche Maßnahmen zur Entwicklung von Aktivitäten abgeleitet werden. Aufgrund der Tatsache, dass bereits BGF in vielen großen Unternehmen in Österreich institutionalisiert wurde, muss vermehrt Rücksicht auf die Einbindung und Umsetzung von Maßnahmen in KMU genommen werden. Ein zentrales Konzeptmanagement mit strukturierten und koordinierten Netzwerken könnte dabei einen wesentlichen Beitrag leisten.

10 Summary

Health is a decisive determinant for human beings. It is essential for the national economy and ensures the workforce in the society. Especially human capital provides an important factor for the working capacity. Therefore the field of workplace health promotion represents an effective tool for the investment in employees' health. In recent years the rates of overweight and obesity in industrial countries has increased dramatically. An high energy intake on the one hand and the lack of exercise on the other hand are the purposes for these developments. Additionally physical inactivity is known to be an independent riskfactor for cardiovascular diseases. On the contrary, regular physical activity and a well balanced diet are the main components of a healthy lifestyle.

Human behavior is determined by several circumstances: apart from individual factors, social frameworks and environmental influences specify people attitudes. Because of that it is important to incorporate all determinants in one and the same concept. This could raise the likelihood for a desirable and sustainable behavior change outcome in the concerned population.

The [map-4-motion] concept could provide such an approach to emphasize the four main determinants (individual factors, social network and support, living and working conditions, public policies). Furthermore possible procedures for the development of health promotion programs could be generated. Various activities could be evolved gradually based on the particular steps of the intervention mapping protocol and behavioral and environmental prevention models. Due to the fact that workplace health promotion is common in large scale enterprises in Austria, augmented consideration should be taken on small and medium sized businesses. To coordinate and structure all activities and networks on a high level a centrally controlled management body could contribute to a wholesome work environment significantly.

Literaturverzeichnis

AHRENS D. Ökonomische Aspekte gesundheitsbezogener Interventionen im Setting Betrieb. In: Gesundheitsökonomie und Gesundheitsförderung (Ahrens D, Güntert B, Hrsg.). Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 2004; 191-219

AHRENS D, GÜNTERT B. Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung. In: Gesundheitsökonomie und Gesundheitsförderung (Ahrens D, Güntert B, Hrsg.). Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 2004; 11-18

BAMBERG E, DUCKI A, GREINER B. Betriebliche Gesundheitsförderung: Theorie und Praxis, Anspruch und Realität. In: Betriebliche Gesundheitsförderung (Steffgen G, Hrsg.), Hogrefe Verlag GmbH & Co KG, Göttingen/Bern/Toronto/Seattle/Oxford/Prag, 2004; 11-35

BARTHOLOMEW K, PARCEL G, KOK G, GOTTLIEB N. Intervention Mapping: Designing theory and evidence-based health education programs, Mayfield Publishing Company, Mountain View - California, 2001; 74-129, 171-227, 290-319; 320-352

BARTHOLOMEW K, PARCEL G, KOK G, GOTTLIEB N. Planning Health Promotion Programs - An Intervention Mapping Approach, Jossey-Bass: A Wiley Imprint, San Francisco, 2006; 16

BERNHARDT JM. Communication at the Core of Effective Public Health. Am J Public Health, 2004; 94 (12): 2051-2052

BGF - Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich: WEG - Wirtschaftlicher Erfolgsfaktor Gesundheit. Online im WWW unter URL: http://www.netzwerk-bgf.at/portal27/portal/bgfportal/channel_content/cmsWindow?p_tabid=4&p_menuid=64842&action=2 [Stand 24.08.2010a]

BGF - Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich: Men health work. Online im WWW unter URL: http://www.netzwerk-bgf.at/portal27/portal/bgfportal/channel_content/cmsWindow?p_tabid=5&p_menuid=66292&action=2 [Stand 25.08.2010b]

BÖS K, BREHM W, GRÖBEN F. Sportliche Aktivierung. In: Betriebliche Gesundheitsförderung (Steffgen G, Hrsg.), Hogrefe Verlag GmbH & Co KG, Göttingen/Bern/Toronto/Seattle/Oxford/Prag, 2004; 171-198

BRENNEIS J. Aging Workforce - Eine empirische Untersuchung zum Zusammenhang von Arbeitsfähigkeit, körperlicher Leistungsfähigkeit, sportlicher Aktivität, Übergewicht, sozialen Ressourcen und Alter. In: Gesundheit im Unternehmen (Baumann K, Brenneis J, Tintor M, Hrsg.). Mabuse-Verlag GmbH, Main, 2008; 55-56

CHAPMAN LS. Meta-evaluation of worksite health promotion economic return studies. *Art Health Promot* 2005; 1–11

DH - Department of Health: Be Active, Be Healthy: A Plan for Getting the Nation Moving (2009). Online im WWW unter URL: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_094359.pdf [Stand 28.08.2010]

DISHMAN RK, MOTL R, SALLIS JF, DUNN AL, BIRNBAUM AS, WELK GJ, BEDIMO-RUNG AL, VOORHEES CC, JOBE JB. Self-Management Strategies Mediate Self-Efficacy and Physical Activity. *Am J Prev Med* 2005; 29(1): 10-18

DODSON EA, LOVEGREEN SL, ELLIOT MB, HAIRE-JOSHU D, BROWNSON RC. Worksite policies and environments supporting physical activity in midwestern communities. *Am J Health Promot* 2008; 23(1): 51-5

ELMADFA I: Wasserhaushalt und Durst. In: Ernährungslehre. Verlag Eugen Ulmer GmbH & Co, Stuttgart, 2004; 33-35

ELMADFA I, FREISLING H, NOWAK V, HOFSTÄTTER D, et al.: Österreichischer Ernährungsbericht 2008, 1. Auflage, Wien, März 2009; 134, 145, 405-413, 418-422

ENWHP (The European Network for Workplace Health Promotion): ENWHP Publications - The Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union. Online unter URL: <http://www.enwhp.org/publications.html> [Stand 08.04.2010]

FASELT F, HOFFMANN S, HOFFMANN S: Theorien des Gesundheitsverhaltens. In: Gesundheitsmarketing: Gesundheitspsychologie und Prävention (Hoffmann S, Müller S, Hrsg.). Hans Huber Verlag - Hogrefe AG, Bern, 2010; 15-34

FASELT F, HOFFMANN S: Sozial kognitive Theorie. In: Gesundheitsmarketing: Gesundheitspsychologie und Prävention (Hoffmann S, Müller S, Hrsg.). Hans Huber Verlag Hogrefe AG, Bern, 2010; 55-64

FGÖ - Fonds Gesundes Österreich: Gesundheitsförderung (19.08.2005a). Online im WWW unter URL: <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung> [Stand 02.04.2010]

FGÖ - Fonds Gesundes Österreich: Der Fonds Gesundes Österreich (22.09.2005b). Online im WWW unter URL: <http://www.fgoe.org/der-fonds> [Stand 06.04.2010]

FGÖ - Fonds Gesundes Österreich: Menschen am Arbeitsplatz - BGF (22.09.2005c). Online im WWW unter URL: <http://www.fgoe.org/der-fonds/inhaltliche-handlungsfelder/Menschen%20am%20Arbeitsplatz%20-%20BGF/erwerbstatige-in-kleinen-und-mittleren-unternehmen-kmu> [Stand 07.04.2010]

FGÖ - Fonds Gesundes Österreich: Verhaltensprävention und Verhältnisprävention (19.08.2005d). Online im WWW unter URL: <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/glossar/?&view=verhaltensprvention-und-verhaltnisprvention> [Stand 28.04.2010]

FGÖ - Fonds Gesundes Österreich: Projektzusammenfassung Modellprojekt WEG (07.12.2005e). Online im WWW unter URL: <http://www.fgoe.org/projektfoerderung/modellprojekte/berufstaetige-in-kmu-old-economy> [Stand 24.08.2010]

FGÖ - Fonds Gesundes Österreich: Glossar (19.08.2005f). Online im WWW unter URL: <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/glossar> [Stand 18.08.2010]

FGÖ - Fonds Gesundes Österreich: Switch 2006.at" - Gesundheitsförderung bei Berufstätigen in Klein- und Mittelbetrieben - New Economy (07.12.2005g). Online im WWW unter URL: <http://www.fgoe.org/projektfoerderung/modellprojekte/berufstaetige-in-kmu-new-economy/switch-2006-at-gesundheitsforderung-bei-berufstatigen-in-klein-und-mittelbetrieben-new-economy/?searchterm=switch> [Stand 31.08.2010]

FGÖ - Fonds Gesundes Österreich: Projektförderung Men health work. Online im WWW unter URL: http://www.fgoe.org/projektfoerderung/geoerderte-projekte/FgoeProject_219751/?searchterm=men%20health%20work [Stand 25.08.2010a]

FGÖ - Fonds Gesundes Österreich: Fact Sheet zur Förderung von Betrieblicher Gesundheitsförderung durch den Fonds Gesundes Österreich (Mai 2010b). Online im WWW unter URL: <http://www.fgoe.org/projektfoerderung/umsetzungsprojekte-der-modernen-settingorientierten-bgf> [Stand 26.08.2010]

FRANKLIN PD, ROSENBAUM PF, CAREY MP, ROIZEN MF. Using Sequential Email Messages to Promote Health Behaviors: Evidence of Feasibility and Reach in a Worksite Sample. J Med Internet Res 2006; 8(1):e3

FRITZ S. Wie lassen sich Effekte betrieblicher Gesundheitsförderung in Euro abschätzen? - Ergebnisse von Längsschnittuntersuchungen in drei Unternehmen. In: Fehlzeiten-Report 2008 - Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen. (Badura B, Schröder H, Vetter C, Hrsg.). Springer Medizin Verlag, Heidelberg, 2009; 111-120

FUCHS M. Bestimmungsfaktoren für Sozialkapital und Vertrauen in Unternehmen. In: Fehlzeiten-Report 2008 - Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen. (Badura B, Schröder H, Vetter C, Hrsg.). Springer Medizin Verlag, Heidelberg, 2009; 23-31

GAREIS R. Happy Projects! Projekt- und Programmmanagement, Projektportfolio-Management, Management der projektorientierten Organisation. 3. Auflage. MANZ'sche Verlags- und Universitätsbuchhandlung GmbH, Wien, 2006

GEORG A. Klein, gesund und wettbewerbsfähig - Rahmenbedingungen und Strategien für Gesundheit und Sicherheit in Kleinbetrieben. In: Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen (Meggeneder O, Pelster K, Sochert R, Hrsg.). Verlag Hans Huber - Hogrefe Ag, Bern, 2005: 173-180

GfG - Gesundheitsförderungsgesetz: 51. Bundesgesetz über Maßnahmen und Initiativen zur Gesundheitsförderung, -aufklärung und -information (27.03.1998). Online im WWW unter URL: http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1998_51_1/1998_51_1.pdf [Stand 06.04.2010]

GÖG - Gesundheit Österreich GmbH: Aufgaben. Online im WWW unter URL: <http://www.goeg.at/de/Ueber-Uns.html> [Stand 06.04.2010]

GREEN LW. The Precede-Proceed Model of Health Program Planning and Education. Online im WWW unter URL: <http://lgreen.net/precede.htm> [Stand 13.06.2010]

GRIFFIN-BLAKE CS, DEJOY DM. Evaluation of social-cognitive versus stage-matched, self-help physical activity interventions at the workplace. Am J Health Promot 2006; 20(3): 200-9

GTZ - Deutsche Gesellschaft für technische Zusammenarbeit GmbH: Guidelines on Capacity Building in the Regions. Module B: Methods and Instruments for the Capacity Building Cycle ("Toolkit") (02.2005). Online im WWW unter URL: http://www.recoftc.org/site/fileadmin/docs/CBNRMtrain/capacity_building/GTZ_cab_assess_2.pdf [Stand 26.06.2010]

HABER P. Körperliches Training gegen biologisches Altern. Universum Innere Medizin (2007). Online im WWW unter URL: http://www.trainingstherapie.at/fileadmin/tt/ups/UIM3_Haber1.pdf [Stand 25.04.2010]

HEALTH PROMOTION AGENCY (HPA): Promoting physical activity at work: A guide for employers (2005). Online im WWW unter URL: <http://www.healthpromotionagency.org.uk/Resources/workwell/pdfs/Workwell%20PHYSICAL%20ACTIVITY.pdf> [Stand 28.04.2010]

HORNUNG R: Determinanten des Gesundheitsverhaltens. In: Public Health und Gesundheitspsychologie (Weitkunat R, Haisch J, Kessler M, Hrsg.). Hans Huber Verlag Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, 1997; 29-40

HRADIL S. Was prägt das Krankheitsrisiko: Schicht, Lage, Lebensstil? In: Gesundheitliche Ungleichheit - Grundlagen, Probleme, Konzepte (Richter M, Hurrelmann K, Hrsg.). VS Verlag für Sozialwissenschaften - GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden, 2006; 33-51

HUGHES R. Lecture notes: Intelligent health promotion intervention management: Need, Problem and Determinant analysis. Course 4FH039 Health Promotion in Nutrition and Physical Activity (ANSARI AL U, 08.10.2009), Karolinska Institut, Stockholm, 2009a

HUGHES R. Lecture notes: Planning for implementation. Course 4FH039 Health Promotion in Nutrition and Physical Activity (ANSARI AL U, 22.10.2009), Karolinska Institut, Stockholm, 2009b

JEFFERY RW. How can Health Behavior Theory be made more useful for intervention research? Int J Behav Nutr Phys Act 2004; 1(10)

KAHN EB, RAMSEY LT, BROWNSON RC, HEATH GW, HOWZE EH, POWELL KE, STONE EJ, RAJAB MW, CORSO P. Task Force on Community Preventive Services. The Effectiveness of Interventions to Increase Physical Activity - A Systematic Review. Am J Prev Med 2002; 22(4S):73-107

KAEWTHUMMANUKUL T, BROWN KC. Determinants of employee participation in physical activity: critical review of the literature. AAOHN J 2006; 54(6): 249-261

KENNEDY ET. Evidence for nutritional benefits in prolonging wellness. Am J Clin Nutr 2006; 83: 410S-4S

KLOTTER C. Gesundheitsförderung - Ein Blick zurück. In: Prävention und Gesundheitsförderung Bd.II (Röhrle B, Hrsg.). dgvt-Verlag, Tübingen, 2002; 15-29.

KNAACK N. Der Einsatz von Werbemethoden im Gesundheitsmarketing. In: Gesundheitsmarketing: Gesundheitspsychologie und Prävention (Hoffmann S, Müller S, Hrsg.). Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern, 2010; 185-199

KOHLBACHER M, MEGGENEDER O. Zehn Jahre Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich. In: Zehn Jahre Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich (Meggeneder O, Hirtenlehner H, Hrsg.). Mabuse-Verlag GmbH, Frankfurt am Main, 2006; 17-36

KOK G, SCHAALMA H, RUITER R, EMPELEN VAN P. Intervention Mapping: A Protocol for Applying Health Psychology Theory to Prevention Programmes. J Health Psychol 2004; 9(1): 85-98

KRAMER I, BÖDEKER W. Return on Investment im Kontext der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention. Die Berechnung des prospektiven Return on Investment: eine Analyse von ökonomischen Modellen. IGA-Report 16 (2008). Online im WWW unter URL: <http://www.iga-info.de/veroeffentlichungen/iga-reporte/iga-report-16.html> [Stand 30.08.2010]

KRAMER I, SOCKOLL I, BÖDECKER W. Die Evidenzbasis für betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention. In: Fehlzeiten-Report 2008 - Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen. (Badura B, Schröder H, Vetter C, Hrsg.). Springer Medizin Verlag, Heidelberg, 2009; 65-76

KRIENER B. Bei uns geht es um's Überleben - Charakteristika kleiner Unternehmen und ihre Bedeutung für die Durchführung betrieblicher Gesundheitsförderung. In: Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen (Meggeneder O, Pelster K, Sochert R, Hrsg.). Verlag Hans Huber - Hogrefe Ag, Bern, 2005: 181-188

KRÖHNERT S, MÜNZ R. Sterblichkeit und Todesursachen - Lebensspanne und Todesursachen früher und heute (2008), Berlin Institut für Bevölkerung und Entwicklung. Online im WWW unter URL: <http://www.berlin-institut.org/online-handbuchdemografie/bevoelkerungsdynamik/faktoren/mortalitaet.html> [Stand 15.04.2010]

LENHARDT U. Wie ist die Effektivität Betrieblicher Gesundheitsförderung einzuschätzen? In: Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen (Meggeneder O, Pelster K, Sochert R, Hrsg.). Verlag Hans Huber Hogrefe Ag, Bern, 2005: 209-221

LISBACH B, ZACHAROPOULOS M. Krankheit, Gesundheit und die Rolle der Psyche. In: Gesundheitsbewusstes Verhalten fördern - Psychologisches Basiswissen für Physio-, Sport- und Ergotherapeuten. Elsevier - Urban & Fischer Verlag, München, 2007; 2-21

MARGERITIS I, ROUSSEAU AS. Does physical exercise modify antioxidant requirements? Nutr Res Rev 2008; 21:3-12

MÜLLER MJ. Prävention ernährungsabhängiger Erkrankungen. In: Gesundheit und Ernährung - Public Health Nutrition (Müller M J, Trautwein E A, Hrsg.). Eugen Ulmer Verlag KG, Stuttgart, 2005; 155-167

NSW Health Department: A Framework for Building Capacity to Improve Health (03.2001). Online im WWW unter URL: http://www.health.nsw.gov.au/pubs/2001/pdf/framework_improve.pdf [Stand 28.08.2010]

NATIONAL CANCER INSTITUTE (NCI): Community Organization and other Participatory Models. In: Theory at a Glance - A Guide for Health Promotion Practice (Second Edition). National Institutes of Health (NIH) - U.S. Department of Health and Human Services, NIH Publication No. 05-3896, 2005

NATIONAL CANCER INSTITUTE (NCI): Making Health Communication Programs work. National Institutes of Health (NIH) - U.S. Department of Health and Human Services (2002). NIH Publication No. 02-5145. Online im WWW unter URL: http://www.cancer.gov/PDF/41f04dd8-495a-4444-a258-1334b1d864f7/Pink_Book.pdf [Stand 07.07.2010]

ÖBIG - Österreichischer Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Soziale Ungleichheit und Gesundheit (2002). Online im WWW unter URL: http://www.gesundheitsministerium.at/cms/site/attachments/6/0/0/CH0620/CMS1192607318788/soziale_ungleichheit_-_nachdruck_2008.pdf [Stand: 23.08.2010]

PETERSON M, ABRAHAM A, WATERFIELD A. Marketing Physical Activity: Lessons Learned From a Statewide Media Campaign. Health Promot Pract 2005; 6: 437-446

ppm forschung + beratung: switch2006.at - gesund in die new economy. Ein Leitfaden zur Stärkung von Gesundheit und Wohlbefinden in ihrem Unternehmen. Online im WWW unter URL: <http://www.switch2006.at/> [Stand 25.08.2010]

PROPER KI, HILDEBRANDT VH, BEEK VAN DER AJ, TWISK JWR, MECHELEN VAN W. Effect of Individual Counseling on Physical Activity Fitness and Health - A Randomized Controlled Trial in a Workplace Setting. Am J Prev Med 2003; 24(3): 218-226

RICHTER M, HURRELMANN K. Gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangsfragen und Herausforderungen (Richter M, Hurrelmann K, Hrsg.). VS Verlag für Sozialwissenschaften - GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden, 2006; 11-32

ROPIN K. Betriebliche Gesundheitsförderung aus Sicht des Fonds Gesundes Österreich. In: Zehn Jahre Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich (Meggeneder O, Hirtenlehner H, Hrsg.). Mabuse-Verlag GmbH, Frankfurt am Main, 2006; 73-82

SALLIS JF, BAUMAN A, PRATT M. Environmental and Policy Interventions to Promote Physical Activity. *Am J Prev Med* 1998; 15(4): 379-397

SALLIS JF, GLANZ K. Physical Activity and Food Environments: Solutions to the Obesity Epidemic. *Milbank Q* 2009; 87(1): 123-154

SCHERENBERG V, GLAESKE G. Bonusprogramme der gesetzlichen Krankenversicherungen. In: *Gesundheitsmarketing: Gesundheitspsychologie und Prävention* (Hoffmann S, Müller S, Hrsg.). Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern, 2010; 259-275

STÄHL T, RÜTTEN A, NUTBEAM D, BAUMAN A, KANNAS L, ABEL T, LÜSCHEN G, RODRIQUEZ DIAZ JA, VINCK J, ZEE van der J. The importance of the social environment for physically active lifestyle - results from an international study. *Soc Sci Med* 2001; 52:1-10

STATISTIK AUSTRIA: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007-
Hauptergebnisse und methodische Dokumentation, Wien (2007a); 13-20; 28-34
Online im WWW unter URL: http://www.statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/gesundheitszustand/publdetail?id=85&listid=85&detail=457 [Stand 09.04.2010]

STATISTIK AUSTRIA: Gesundheitszustand - Mehr gesunde Lebensjahre;
Wirbelsäulenbeschwerden, Bluthochdruck und Allergien bereiten die größten
Probleme Ergebnisse der Gesundheitsbefragung 2006/2007 (21.08.2007b).
Online im WWW unter URL: http://www.statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/gesundheitszustand/025390 [Stand 09.04.2010]

STATISTIK AUSTRIA: Todesursachen im Überblick - Todesursachen gesamt
(23.07.2010a). Online im WWW unter URL: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheitszustand/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/index.html
[Stand 18.08.2010]

STATISTIK AUSTRIA: Gesundheitsausgaben in Österreich laut System of Health Accounts (OECD) 1990 - 2008 (26.02.2010b). Online im WWW unter URL: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsausgaben/index.html [Stand 16.04.2010]

STATISTIK AUSTRIA: Gestorbene nach ausgewählten Merkmalen, Lebenserwartung und Säuglingssterblichkeit seit 1999 (19.05.2010c). Online im WWW unter URL: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/sterbefaelle/022911.html [Stand 18.08.2010]

Task Force on Community Preventive Services. Physical activity - Behavioral and Social Support Approaches to Increasing Physical Activity. In: The Guide to Community Preventive Services: What Works to Promote Health? (Zaza S, Briss PA, Harris KW, Hrsg.), Oxford University Press, Atlanta (GA), 2005; 90-98

TITZE S, RING-DIMITRIOU S, SCHOBER PH, HALBWACHS C, SAMITZ G, MIKO HC, LERCHER P, STEIN KV, GÄBLER C, BAUER R, GOLLNER E, WINDHABER J, BACHL N, DORNER TE & Arbeitsgruppe Körperliche Aktivität/Bewegung/Sport der Österreichischen Gesellschaft für Public Health. Österreichische Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung (Bundesministerium für Gesundheit, Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich, Hrsg.), Eigenverlag, Wien, 2010

TROJAN A. Theorien der Gesundheitsförderung. In: Gesundheitsökonomie und Gesundheitsförderung (Ahrens D, Güntert B, Hrsg.). Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 2004; 27

TURNING POINT National Program Office: The Basics of Social Marketing - How to Use Marketing to Change Behaviour (09.02.2006). Online im WWW unter URL: http://www.turningpointprogram.org/Pages/pdfs/social_market/smc_basics.pdf [Stand 18.07.2010]

ULICH E, WÜLSER M. Einführung. In: Gesundheitsmanagement im Unternehmen - Arbeitspsychologische Perspektiven, 3. Auflage, Gabler GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden, 2009; 3-8

UEBERLE M, GREINER W. Rentabilität von Sozialkapital im Betrieb. In: Fehlzeiten-Report 2008 - Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen. (Badura B, Schröder H, Vetter C, Hrsg.). Springer Medizin Verlag, Heidelberg, 2009; 55-63

WAGNER KW, PATZAK G. Abkürzungsverzeichnis. In: Performance Excellence - Der Praxisleitfaden zum effektiven Prozessmanagement. Carl Hanser Verlag, München, 2007; 457

WEISSER B. Körperliche Aktivität und Gesundheit. In: Gesundheit und Ernährung - Public Health Nutrition (Müller M J, Trautwein E A, Hrsg.). Eugen Ulmer Verlag KG, Stuttgart, 2005; 168-175

WHO (World Health Organization): Grundsatzserklärungen - Declaration of Alma-Ata, 1978 (01.04.2006a). Online im WWW unter URL: http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_1?language=German [Stand 02.04.2010]

WHO (World Health Organization): Grundsatzserklärungen - Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung, 1988 (01.04.2006b). Online im WWW unter URL: http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German [Stand 02.04.2010]

WHO (World Health Organization): Jakarta Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert, 1997. Online im WWW unter URL: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_german.pdf [Stand 02.04.2010]

WHO/FAO (World Health Organization/Food and Agriculture Organization): Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases - Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation, WHO technical report series 916 (2003). Online im WWW unter URL: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/download/en/> [Stand 20.09.2010]

WHO (World Health Organization): Gesundheit im Schlaglicht: Österreich 2004, (2006c). Online im WWW unter URL: http://test.cp.euro.who.int/document/chh/aut_highlights_ger.pdf [Stand 18.08.2010]

WHO (World Health Organization): Physical activity and health in Europe: evidence for action (2006d). Online im WWW unter URL: <http://www.euro.who.int/document/e89490.pdf> [Stand 24.04.2010]

WHO (World Health Organization): Bewegung und Gesundheit in Europa: Erkenntnisse für das Handeln (2006e). Online im WWW unter URL: <http://www.fgoe.org/presse-publikationen/downloads/broschueren-folder/bewegung-und-gesundheit-in-europa-erkenntnisse-fur-das-handeln/2010-05-19.5848625027> [Stand 18.08.2010]

WHO (World Health Organization): Health Promotion and Education - Definition of Concepts (01.08.2006f). Online im WWW unter URL: <http://www.searo.who.int/en/Section1174/Section1458/Section2057.htm> [Stand 19.08.2010]

WHO (World Health Organization): Die Herausforderung Adipositas und Strategien für ihre Bekämpfung in der Europäischen Region der WHO (Zusammenfassung) (2007). Online im WWW unter URL: <http://www.euro.who.int/document/E89858G.pdf?language=German> [Stand 13.04.2010]

WIFO - Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung: Fehlzeitenreport 2008, Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich von Thomas Leoni und Helmut Mahringer (November 2008). Online im WWW unter URL: http://www.wifo.ac.at/wwa/jsp/index.jsp?typeid=8&display_mode=2&fid=23923&id=34220 [Stand 19.08.2010]

WIFO - Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung: Fehlzeitenreport 2009, Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich von Thomas Leoni (Juni 2010). Online im WWW unter URL: [http://www.wifo.ac.at/wwa/downloadController/displayDbDoc.htm?item=S_2010_FEHLZEITENREPORT_39561\\$.PDF](http://www.wifo.ac.at/wwa/downloadController/displayDbDoc.htm?item=S_2010_FEHLZEITENREPORT_39561$.PDF) [Stand 19.08.2010]

WKO (Wirtschaftskammer Österreich): Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) (26.07.2005). Online im WWW unter URL: <http://wko.at/sp/bgf/bgf.htm#Was%20ist%20BGF?> [Stand 07.04.2010]

WKO (Wirtschaftskammer Österreich): Klein und Mittelbetriebe in Österreich (2010). Online im WWW unter URL: http://portal.wko.at/wk/format_detail.wk?AngID=1&StID=527514&DstID=17 [Stand 19.06.2010]

ZWW - Zentrum für wissenschaftliche Weiterbildung an der Universität Bielefeld e.V.: Informationsbroschüre zum Betriebliches Gesundheitsmanagement. Online im WWW unter URL: <http://www.bgm-bielefeld.de/downloads.html> [Stand 27.08.2010a]

ZWW - Zentrum für wissenschaftliche Weiterbildung an der Universität Bielefeld e.V.: Aktionsfelder im Betrieblichen Gesundheitsmanagement. Online im WWW unter URL: http://www.bgm-bielefeld.de/bgm_aktionsfelder2.html#Aktionsfeld:_Arbeitssysteme [Stand 27.08.2010b]

Lebenslauf

Persönliche Daten

Name: Irene Umschaden
Familienstand: ledig
Geburtsdatum/- ort: 19. November 1978 in Wolfsberg/Knt.
Staatsbürgerschaft: Österreich

Ausbildung

03.2008 - Masterstudium Ernährungswissenschaft (Public Health Nutrition)
08.-12.2009 Erasmus Aufenthalt - Stockholm - Karolinska Institut - PHN
06.2009 Fernstudium - Stockholm - Karolinska Institut - PHN
04.2008 Abschluss Bakkalaureatsstudium
09.2007 - 02.2008 Bakkalaureatsstudium Ernährungswissenschaft
10.2004 - 08.2007 Universität Wien Diplomstudium Ernährungswissenschaft
09.2000 Diplomprüfung in Möbelbau und Innenausbau
09.1998 - 09.2000 Kolleg für Möbelbau und Innenausbau an der HTBLVA Villach
02.1998 - 09.1998 Universität Klagenfurt Studium Französisch und Italienisch
09.1997 - 01.1998 Kolleg für Textildesign HTBLVA Spengergasse, Wien 5
06.1997 Reifeprüfung
09.1989 - 06.1997 Stiftsgymnasium der Benediktiner St. Paul/Lav.
09.1985 - 07.1989 Volksschule St. Paul/Lav.

Berufliche Tätigkeiten

02.2003 - 05.2009 Einwaller und Partner GmbH Wien - Einrichtungsberaterin
12.2000 - 12.2002 Bene Büromöbel KG Wien - Verkaufsassistentin

Praktika Ernährungswissenschaften

02.2010 Praktikum Institut für Ernährungswissenschaften der Universität Wien
02.2009 Praktikum SIPCAN im Rahmen des präventivmedizinischen Projektes
"Gesund essen an Wiener Schulen. Gescheite Jause – Coole Pause"
09.-11.2008 Praktikum SIPCAN - im Rahmen des präventivmedizinischen Projektes
"Gesund essen an Wiener Schulen. Gescheite Jause – Coole Pause"

Wien, im September 2010

