

Veranstaltungsdokumentation der
Expert/innentagung 14. Dezember 2009

Gesundheitsförderungs- forschung in Österreich

Aktuelle Entwicklungen und
Zukunftsthemen



4	Vorwort	29	Sammlung von Abstracts zu Forschungsideen
5	Eröffnung	29	1. Intersektorale Gesundheitsförderung und Gesundheitsziele, Health in all Policies
6	Plenarvorträge	36	2. Evaluation, Wirksamkeitsforschung
11	Workshops	42	3. Kommunale Gesundheitsförderung: Partizipation, Empowerment
11	Nationale Gesundheitsförderungsforschung	47	4. Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte oder Menschen, die von der Finanzkrise betroffen sind
12	Praxisrelevante Forschung	57	5. Andere Themen: Betriebliche Gesundheitsförderung
14	Gemeinsame Evaluationskriterien	70	6. Weitere Themen
15	Lernen aus Evaluationen	83	Teilnehmerliste
17	Verhältnisprävention		
18	Aktive Mobilität		
19	Veränderte Arbeitswelt		
18	Das Gelingen des Lebens		
20	Wie erreicht man alle sozialen Schichten		
21	Forschung mit Angehörigen Demenzkranker		
23	Gesundheitsselbsthilfe		
24	GFF-online		
25	Health Promotion Research am Ludwig Boltzmann Institut		



Liebe Leserin, lieber Leser!

Ich freue mich, Ihnen die Veranstaltungsdokumentation zu unserer Expert/innentagung „Gesundheitsförderungsforschung in Österreich“ zu präsentieren.

Mit der Veranstaltung wollte der Fonds Gesundes Österreich in Kooperation mit der Österreichischen Gesellschaft für Public Health die Vernetzung und Kooperation von Akteur/innen der Gesundheitsförderungsforschungspraxis und -politik anregen, eine Diskussion und einen Dialog über die Bedeutung von Gesundheitsförderungsforschung und Möglichkeiten zu deren Weiterentwicklung ermöglichen und gemeinsam Ideen und Impulse zur Weiterentwicklung von Themen und Strukturen der Gesundheitsförderungsforschung entwickeln.

Insgesamt 113 Teilnehmer/innen aus fast allen Bundesländern haben unsere Einladung zur Diskussion angenommen. Durch gemeinsames Nachdenken und Diskutieren haben wir versucht herauszuarbeiten, wo das Thema im Moment steht und wo Handlungsbedarf besteht. Viele konkrete Vorschläge wurden entwickelt.

Da es sich nicht um eine wissenschaftliche Tagung handelte, sondern vor allem um ein Forum zur Diskussion und zur Entwicklung von Ideen, ist auch die Veranstaltungsdokumentation anders gestaltet als sonst. Sie soll noch einmal die Vielfalt der entwickelten Meinungen, Ideen und Vorschläge aus der Veranstaltung nutzbar machen, erhebt aber keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Zu Beginn versuchen wir, die einführenden Worte der Veranstalter/innen und den organisatorischen Ablauf kurz zusammenzufassen. Die Themen, die an den runden Tischen am Vormittag besprochen wurden, werden durch Zitate, transkribiert aus den Tonaufzeichnungen, in Erinnerung gerufen. Einige der Workshopleiter/innen haben uns eine Zusammenfassung ihrer Diskussionsrunden zur Verfügung gestellt, die wir ebenfalls durch einzelne Zitate ergänzt haben.

Im Vorfeld der Expert/innentagung haben wir außerdem eine Sammlung von Forschungsideen erstellt. Die Sammlung stellt Ideen und Vorschläge für Forschungsthemen der Zukunft vor und enthält auch kurze Informationen zu den eingeladenen Einrichtungen oder Personen. Die Sammlung bildet den 2. Teil des Tagungsbandes.

Viel Vergnügen beim Lesen!

Mag.^a Gerlinde Rohrauer-Näf

Gesundheitsreferentin und Stv. Leiterin FGÖ

Eröffnungsstatements

Bundesminister Alois Stöger brachte in seinen Begrüßungsworten die Ausgangslage auf den Punkt: „Das österreichische Gesundheitssystem braucht viel mehr Auseinandersetzung über das Thema Gesundheitsförderung. Wie wirkt Gesundheitsförderung? Welche Instrumente und Mittel sind am besten geeignet? Wann und wo gibt es den wirksamsten Output? All diese Fragen gelte es zu beantworten, so Stöger. Bundesminister Stöger weiter: „Ich bin immer angetan, wenn es gelingt, Praxis und Theorie zusammenzubringen, und gerade Gesundheitsförderungsforschung muss ein sehr praxisorientiertes Feld der Forschung sein.“ Es ginge nicht darum, für den wissenschaftlichen Elfenbeinturm zu forschen, sondern daran zu arbeiten, dass Menschen bei guter Gesundheit länger leben können. Es gelte, einen Beitrag zu leisten, damit unter ökonomischen Bedingungen gesunde Verhältnisse in Österreich geschaffen werden. Bundesminister Stöger zur Expert/innenrunde: „Ich wünsche mir, dass Ihre Erfahrungen gehört und aufgenommen werden und dass wir in einigen Jahren sagen können, diese Tagung war ein guter Start.“

Dr. Arno Melitopoulos, Geschäftsführer der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), unterstrich die Wichtigkeit eines strategischen Ansatzes und einer gesamthaften Koordinierung der Gesundheitsförderungsprojekte und -forschung. Dies sei ein erklärtes, auch politisches Ziel für die kommenden Jahre. Es gehe um Antworten auf die Frage, welche Maßnahmen die richtigen, die effizienten und effektiven für Gesundheitsförderung und Prävention sind. Wie die aktuelle OECD-Studie Health at a glance zeige, sei erfolgreiche Gesundheitsförderung nicht eine Frage der Menge der gesetzten Maßnahmen, sondern der Qualität dieser Maßnahmen. Dies sei auch der Anlass für diese Veranstaltung. Von der Idee, von der Wissenschaftlichkeit zur Umsetzung – dies ist für 2010 ein Arbeitsmotto der Gesundheit Österreich GmbH. Denn bereits im Gründungsgesetz der GÖG ist der Auftrag klar verankert, nicht nur alle Stakeholder einzubinden, sondern die Maßnahmen der Gesundheitsförderung auf eine wissenschaftliche Basis zu stellen, welche auch internationalen Standards entsprechen.

Der Obmann der Österreichischen Gesellschaft für Public Health, **Univ.-Prof. Dr. Bernhard Güntert**, unterschied

in seiner Begrüßungsrede die Eigenverantwortung und die kollektive Verantwortung im Gesundheitsbereich und mahnte ein, dass das vorhandene gesellschaftliche Ungleichgewicht reduziert werden müsse. Für den Bereich der Forschung im Bereich Gesundheitsförderung hofft Prof. Güntert auf Offenheit und Toleranz. Denn Public Health sei eben inter- und multidisziplinär, und es könne nicht alles mit double-blind-studies erforscht werden. Es sei daher nötig, sich für neue, ungewohnte und unterschiedliche Forschungsansätze zu öffnen.

Mag. Christoph Hörhan, Leiter des Fonds Gesundes Österreich, stellte vorab die Frage: Was versteht man unter Gesundheitsforschungsförderung und wer macht diese? Diese Frage sei nicht so einfach zu beantworten, denn es handle sich eben um ein sehr interdisziplinäres Gebiet. Die erfreuliche und überraschend hohe Teilnehmer/innenzahl von 120 engagierten Diskussionsteilnehmern mache aber erstmals sichtbar, was sich in Österreich diesbezüglich bewegt. Expertinnen und Experten aus nahezu 20 Fachdisziplinen hatten sich Zeit genommen, gemeinsam über die Erforschung der Gesundheitsförderung nachzudenken. Bereits im Vorfeld der Tagung gingen 46 Ideen und Abstracts beim Fonds Gesundes Österreich ein, zeigte sich Mag. Hörhan erfreut. Und ein Vielfaches solcher Ideen und Konzepte tragen die versammelten Expert/innen sicher noch in ihren Köpfen und in ihrem Herzblut, so Mag. Hörhan. Der Fonds Gesundes Österreich fördere seit elf Jahren Forschungsprojekte zur Gesundheitsförderung. Wenn allerdings keine Ziele und Forschungsbereiche vorgegeben werden, treffen eben sehr unterschiedliche Forschungsanträge ein, und diese folgen keiner Strategie, berichtete Mag. Hörhan aus dem derzeitigen Forschungsförderalltag. Auch gebe es sehr viele Anträge, die als wichtig beurteilt wurden und denen der Fonds eine Mitfinanzierung zugesagt hatte. Jedoch konnte vielfach die restliche Projektfiananzierung nicht aufgebracht werden, und somit wurden viele Forschungsprojekte nie begonnen.

Neu sei daher der Weg, dass der Fonds die Forschungsbereiche und -ziele selbst definiere und für strategiegerechte Forschungsprojekte auch die Gesamtfinanzierung übernehmen könne. Bereits 2008 wurde unter den wesentlichen Finanziers der Gesundheitsförderungsforschung eine Erhebung gemacht, und es gab eine hohe Übereinstimmung bezüglich des Forschungsbedarfs.

Nun gelte es, die Umsetzung anzugehen, so Mag. Hörhan. Und dies will der Fonds Gesundes Österreich einerseits in Kooperation mit starken Partnern wie dem Ludwig Boltzmann Institut oder der Public Health Gesellschaft, andererseits durch das Einbinden vieler in diesem Bereich aktiver Expert/innen. Diese Tagung bildete einen Auftakt. Mag. Hörhan: „Heute geht es nicht darum, Abgeschlossenes zu präsentieren, sondern Zukünftiges zu gestalten!“

Forschung und Anwendung von Gesundheitswissenschaften und Public Health in Österreich

Wie entsteht mehr Gesundheit – was kann und soll dafür getan werden? Das diesbezüglich vorhandene Wissen und Engagement zu bündeln, die österreichische Public-Health-Community zu stärken und gemeinsam die künftigen Forschungsschwerpunkte herauszuarbeiten, dies war das Ziel der Expert/innentagung „Gesundheitsförderungsforschung in Österreich“. Univ.-Prof. Dr. Bernhard Güntert, Obmann der Österreichischen Gesellschaft für Public Health (ÖGPH), unterstrich in seinem Eröffnungsstatement die Wichtigkeit von mehr Zusammenarbeit.

Güntert: „Die Idee zu dieser Veranstaltung hat eine längere Geschichte und reifte an verschiedenen Orten. Ausgangsbasis ist, dass Public Health-Forschung allgemein, aber im Speziellen die Forschung über Gesundheitsförderung in Europa noch wenig entwickelt ist. Konzepte und Vorgehensweisen im Bereich der Gesundheitsförderung beruhen weitgehend auf Alltagserfahrungen und Anlehnungen an andere Bereiche wie etwa der Organisationsforschung.“ Und es gibt erst wenig Evaluation und Evidenz in diesem Bereich. Damit kann sich der Bereich der Gesundheitsförderung mit dem regen Forschungsbetrieb in der Medizin und zunehmend auch in der Pflege nicht vergleichen, so Güntert weiter. Auch sei das Feld von Public Health und Gesundheitsförderung sehr weit, die Forschungsfragen sehr unterschiedlich und die Situationen kaum vergleichbar, in denen Maßnahmen ein- und umgesetzt werden. Daher hätten es weder Public Health-Professionals an Universitäten noch Antragsteller bei der Vergabe von Forschungsmitteln leicht.

„Dies führt immer wieder zu Diskussionen in unserer Gesellschaft, aber auch beim Fonds Gesundes Österreich und in anderen Kreisen“, so der Obmann der Österreichischen Gesellschaft für Public Health. Daraus entwickelte sich die Idee dieser gemeinsamen Veranstaltung.

Mehr Zusammenarbeit für höhere Effektivität

Zentrale Absicht war es, auch durch diese Expert/innentagung die Public Health-Community in Österreich zu stärken. Es ging vor allem darum, Kontakte und Kooperationen zwischen den verschiedenen Akteur/innen im Bereich von Public Health und Gesundheitsförderungs-

forschung zu schaffen. Konkret sollten Vertreter/innen verschiedener Disziplinen und Public Health-Expertinnen und -Experten zusammengeführt werden. Dies ganz im Sinne von „coopetition“, also Kooperation in vorhandenen Konkurrenzsituationen, um eine höhere Zusammenarbeit und damit gesteigerte Effektivität von Public-Health-Forschung in Österreich zu erreichen.

Die Forderung nach mehr Forschung im Bereich der Gesundheitsförderung kommt nicht nur von Seiten der ÖGPH, so Güntert. Evidenz von Maßnahmen und Vorgehensweisen wird auch zunehmend von Entscheidungsträgern verlangt. Dies seien nicht nur die Finanziere von Gesundheitsförderungsprogrammen wie z. B. Krankenkassenversicherer, sondern auch die Entscheidungsträger in Settings wie Gemeinden oder Unternehmen. Evidenz sei auch deshalb von Bedeutung, da sich zunehmend auch durchaus ernstzunehmende Stimmen sehr kritisch zu Gesundheitsförderung und Prävention äußerten. Evidenz zu generieren sei aber im Bereich der Gesundheitsförderung nicht einfach, räumte Güntert ein. Das Feld ist komplex, interdisziplinär und multidisziplinär. Es prallen unterschiedliche Wissenschaften mit ihren Wissenschafts- und Forschungstraditionen aufeinander. Medizin, Soziologie, Psychologie, Sportwissenschaften, Ernährungswissenschaften, Organisations- und Managementwissenschaften und Politikwissenschaften spielen dabei eine Rolle. Dies bedeute, dass nicht nur die Forscher/innen, sondern auch die Finanzierungsstellen eine große Toleranz gegenüber unterschiedlichen qualitativen und quantitativen Forschungsansätzen haben müssen. Güntert: „Zu hoffen ist, dass die für die Forschung in der Gesundheitsförderung benötigte gegenseitige Offenheit und Toleranz Basis für diesen Expertentag wird und damit neue Kooperationen ermöglicht.“

Strukturen und Prozesse der Gesundheitsförderungsforschung in Österreich

Josef Weber

Dialogische Interviews und World Café

Der Organisationsberater Josef Weber hat den Ablauf der Expert/innentagung „Gesundheitsförderungsforschung in Österreich“ begleitet und die 120 Tagungsteilnehmer/innen zur aktiven Mitarbeit eingeladen. Mit den Methoden Dialogische Interviews, World Café und Open Space wurde das Wissen der Expertinnen und Experten zum Tagungsinhalt. Gemeinsam wurden Problemdiagnosen erstellt, Ideen entwickelt und Zukunftskonzepte skizziert. Im folgenden Beitrag geht Josef Weber näher auf die angewendete Form der Konferenzgestaltung ein.

„Wenn Neues entstehen soll, also etwas, das bisher nicht gedacht oder umgesetzt wurde, dann ist von Innovation die Rede. Zwei Bedeutungen beinhaltet dieser Begriff: Innovation im Sinne des Prozesses und Innovation im Sinne des Ergebnisses. In der ersten Bedeutung (Innovation als Prozess) geht es um die Art und Weise und den Prozess, wie Innovation hervorgebracht werden kann. Dieser Prozess ist nicht linear, kennt keine feste Schrittfolge oder logische Verkettung von Zwischenergebnissen. Vielmehr handelt es sich um ein System von Wechselwirkungen, von scheinbar unkoordinierten Suchbewegungen zwischen einzelnen Akteurinnen/Akteuren und Funktionen, deren Wissen, Erfahrungen und Fähigkeiten sich wechselseitig anregen, ergänzen, relativieren oder verstärken. Dieses System gibt emergente, aus sich heraus entstehende Tendenzen und Ideen Raum zur Verbreitung. Deshalb wird der Einbeziehung von Mitarbeiter/innen, unterschiedlichen Abteilungen sowie von verschiedenen Organisationen, Fachzentren, Forschungseinrichtungen (Netzwerke, Cluster etc.) immer mehr Bedeutung beigemessen. Die Beziehungen zu den Bedarfsträger/innen, die Berücksichtigung des von ihnen geäußerten Bedarfs, die Feststellung der künftigen Bedürfnisse werden wichtiger als beispielsweise die Beherrschung bestehender Verfahren oder Technologien. In der zweiten Bedeutung (Innovation als Ergebnis) geht es um neue Produkte, Verfahrensprozesse oder Dienstleistungen. Dabei unterscheidet man zwischen radikaler Innovation, die einen Bruch dar-

stellt, und progressiver oder auch inkrementeller Innovation, bei der die Produkte, Verfahrensprozesse oder Dienstleistungen kontinuierlich verbessert werden. Zwischen Innovation als Prozess und Innovation als Ergebnis liegt die Phase des Kreierens.

Dialog, World Café und Open Space sind besonders geeignete Kommunikationsarchitekturen, die darauf ausgerichtet sind, das Wissen aller Beteiligten abzurufen. Durch diesen intensiven Austausch der Teilnehmer/innen sind Innovations- und Lernprozesse möglich. In ihrer Verbindung entsteht eine sogenannte Metalog-Konferenz, die bei einem Minimum an Strukturen ein Höchstmaß an Selbststeuerung anstrebt und dialogische Gesprächsqualität fördert. Sie stellt auch eine Möglichkeit dar, eine komplexe Aufgabe innerhalb eines komplexen Gefüges von Zuständigkeiten und Verantwortung zu bewältigen. Und sie erlaubt einen besseren Umgang mit den bestehenden Beziehungsstrukturen und führt so zu besseren Ergebnissen als ein Eingriff von außen, wie etwa eine vom Management oder von Expert/innen verordnete ‚Lösung‘.“

Zukunftsfragen brauchen den Dialog

Speziell bei Zukunftsfragen, bei denen es meist keine allgemein akzeptierten Antworten mehr gibt, versagen traditionelle Konferenzen. Vorbereitete Vorträge und voneinander getrennte Podiums- und Publikumsdiskussionen lassen die Sichtweisen und Gedanken aller Beteiligten in ihrer Unterschiedlichkeit und Widersprüchlichkeit nicht zu Tage treten. Die Teilnehmenden einer Metalog-Konferenz lassen sich gemeinsam in einen herausfordernden und offenen Prozess des Gesprächs ein. Sie erforschen und reflektieren ihr Handeln zwischen innerer Freiheit und äußeren Beschränkungen, zwischen kurzfristigem Erfolg und nachhaltiger Wirkung.

Sich auf derartige Arbeitsformen einzulassen, ist selbst ein Lernprozess für alle Beteiligten und deren Organisationen und nicht selten auch irritierend. Doch meist wird sehr rasch gespürt, dass sich darin potenziell neue Möglichkeiten auftun. Denn sie führen zu einer Identifikation der Einzelnen mit den Fragestellungen, lassen einen vielräumigen Gedankenpalast entstehen, ermöglichen den Teilnehmenden, ausgleichende Perspektiven zu gewinnen, und bieten die Chance, aus festgetretenen gedanklichen Spuren hervorzutreten. Gerade in Berei-

chen, wo wie bei der Gesundheitsförderungsforschung Neues entwickelt und interdisziplinär gearbeitet werden muss, haben solche Konferenzformen oft erstaunlich praktikable, neue Lösungsansätze aufgezeigt.

Quo vadis Gesundheitsförderungsforschung

Die Leitfrage des Vormittags war auf einem Flipchart festgehalten, diese lautete: Gesundheitsförderungsforschung in Österreich – was entwickelt sich aktuell und was würde diese Entwicklung unterstützen?

Durch dialogische Interviews wurde ein konstruktiver und kreativer Dialog und Informationsaustausch zu dieser Leitfrage gestartet. Die erste Aufgabe war, sich einen Gesprächspartner oder eine Gesprächspartnerin zu suchen und sich dann mit diesem/dieser zu der Fragestellung auszutauschen. Im darauf folgenden sogenannten World Café wurde das Thema vertieft. Die Teilnehmer/innen saßen dabei wieder zu je vier bis fünf Personen an ihren Tischen, entspannte Kaffeehaus-Atmosphäre war erwünscht. Es wurde gebeten, Meinungen zu den aktuellen Entwicklungen der österreichischen Gesundheitsförderungsforschung auszutauschen. Damit ein Gesprächsthema beibehalten, aber weitere Ansichten dazu gesammelt werden konnten, wechselte man nach einer Diskussionsrunde den Tisch. Lediglich eine Person, der sogenannte Gastgeber bzw. die Gastgeberin, blieb am Tisch. Diese/r gab das bisher Diskutierte an die neuen Gesprächsteilnehmer/innen weiter. Nach drei solchen Durchgängen bat der Moderator die Tischrunden, aus dem Besprochenen eine, maximal zwei Fragen bzw. Kernaussagen zu formulieren.

Diese Kernaussagen, die die Teilnehmer/innen im World Café diskutiert und entwickelt haben, werden hier gekürzt wiedergegeben. Vor allem zu folgenden Themenbereichen wurden Fragen und Anregungen formuliert:

- das Dreieck Forschung – Praxis – Politik
- Vernetzung, Kooperation, Koordination
- Finanzierung, Leadership, Strategie
- Forschungsdisziplinen – interdisziplinäre Gesundheitsförderung(sforschung)
- Evaluation, Wirksamkeit

Die Berichte der Tischrunden werden in Folge kurz wiedergegeben: Das Dreieck Forschung – Praxis – Politik

- Forschung in der Praxis: Wie gut lassen sich Forschungsergebnisse in der Praxis implementieren? Wie gut funktioniert das Lernen aus der Forschung?
- Publikation, Wissen zur Verfügung stellen: Wo kann angewandte Forschung publiziert werden? Wo soll dieses Fachwissen verfügbar gemacht werden? Kann das Wissen z. B. in Form von Datenbanken zur Verfügung gestellt werden?
- Dreieck Theorie – Praxis – Politik: Unser Wunsch: Theorie und Praxis z. B. durch ein interdisziplinäres Forschungsinstitut oder interdisziplinäre Forschungsprojekte bewusst zu verknüpfen. So soll nicht alles publiziert werden müssen, sondern das Wissen schneller und besser zur praktischen Anwendung gelangen. Damit dies funktioniert, bedarf es finanzieller Mittel – und hier ist die Politik gefragt.
- Lobbying: Forschungsergebnisse und Verbesserungen müssten sichtbar gemacht werden, und zwar durch Lobbying und gezielte Informationsarbeit.
- Checkliste für Politiker: Wir sollten die Dos and Don'ts für Politiker in einer Liste zusammenschreiben, damit bessere Entscheidungen fallen.
- Umsetzungswissen verbreiten: Wenn Ergebnisse nicht signifikant sind, wird nicht berichtet; oft sind aber diese Erkenntnisse genauso wichtig. Vernachlässigt ist auch noch die Information darüber, welche Dinge wie am besten umgesetzt werden können.

Vernetzung, Kooperation, Koordination

- Konkurrenz, Kooperation, Koopetition: Es geht darum, sich nicht gegenseitig Ideen wegzunehmen, um dann für sich Forschungsgelder zu gewinnen, sondern: Wie kann man sich so organisieren, dass man zusammenarbeitet, um mehr für Österreich zu erreichen?
- Gemeinsam statt gegeneinander: Der gepflegte Föderalismus in Österreich verhindert Vernetzung. Der Konkurrenzdruck, der durch die finanzielle Situation ent-

steht, führt zum Gegeneinander, nicht Miteinander. Eine Idee, dies zu verändern war, dass bei Projektausschreibungen bereits das Einreichen von mehreren Partnern gemeinsam gefordert wird.

- Diskussionsplattform einrichten: Wir brauchen ein neues Kommunikationssystem, eine Plattform, wo Erfahrungen ausgetauscht werden. Auch für die Zielsetzung in der Gesundheitsförderungsforschung könnte z.B. der Fonds ein Gremium einrichten.

Finanzierung, Leadership, Strategie

- Mittelvergabe: Wer entscheidet über die Mittelvergabe (öffentliche Verwaltung, Betroffene ...)
- Forschungsfinanzierung: Wie kann ein nationaler Gesundheitsforschungsfonds eingerichtet werden?
- Gesundheitsförderungsforschung in einer Bundesforschungsstrategie verankern: Diese Aufgabe soll sowohl inhaltlich als auch personell verankert sein. Es braucht jemanden, der sich darum kümmert; es braucht Personen oder Strukturen, die dies wirklich bearbeiten, sonst wird nichts geschehen.
- Forschungsstrategie: Wir haben eine bunte Landschaft, sehen aber die Landkarte nicht. Es braucht die Entwicklung von Kompetenzzentren, die auch die „kritische Masse“ überschreiten.
- Zielorientierung: Es sollen auch österreichische Gesundheits- und -Schwerpunktziele formuliert werden, diese können die Geldvergabe lenken.
- Forschungsziele fehlen: Man sollte an Zielen arbeiten; heterogene Zuständigkeit ist eine Herausforderung.
- Monitoring: Es wäre notwendig, diese Monitoring-Systeme langfristig zu implementieren.
- Verankerung: Dazu sollen Informationen aufbereitet sein: Wo ist die Gesundheitsförderungsforschung verankert, wer ist zuständig, wie werden Ergebnisse verbreitet, wer finanziert?
- Finanzierung von Vorprojekt-Phasen: Es herrscht zu

viel Konkurrenz untereinander, es braucht mehr Zusammenspiel von Projektwerbern. Lösungsvorschlag: Vorprojektphasen finanzieren, damit gute Teams zusammengestellt werden können. Wie schafft man neue Team- und Forschungsstrukturen?

- Grenzüberschreitend miteinander arbeiten: Um es tun zu können, braucht es Zeit und Geld (Projekte von 5 bis 10 Jahren Laufzeit).
- Kritik am fragmentierten Arbeiten: Die Auswirkung der Projektorientierung: wunderbares Projekt, wunderbare Ergebnisse. Wohin damit? In den Papierkorb. Nächstes Projekt, wieder gute Ergebnisse, wieder für den Papierkorb. In der Praxis kommt nicht viel an. Es bräuchte eine langfristige übergreifende Steuerung. Kontinuität und Strategie sind gefragt, sonst geht's so weiter.
- Projektarbeit versus längerfristige Kooperationen: Sowohl universitäre als auch außeruniversitäre Forschung ist oft sehr projektorientiert und daher auf Zeit begrenzt. Es ist daher der sinnvolle Anschluss sehr schwierig.
- Jungen Wissenschaftler/innen eine Perspektive geben durch mehrjährige Anstellungen.

Forschungsdisziplinen – Interdisziplinäre Gesundheitsförderung(sforschung)

- Health in all policies: Gesundheitsförderungsforschung ist ein Querschnittsthema und betrifft mehrere Ministerien. Wie kann dieses Thema – genauso wie Gender-Mainstreaming – in den verschiedenen Aufgabenbereichen der Politik verankert werden?
- Wo ist die Gesundheitsförderungsforschung am besten aufgehoben? In der Universität, außeruniversitär, bei der Medizin, den Sozialwissenschaften, im Bereich Sport, Ernährung? Wer kann das beurteilen und wer bekommt die Mittel?
- Interdisziplinarität: Gibt es überhaupt eine Gesundheitssystemforschung oder Gesundheitsförderungsforschung?

Nachhaltigkeit und Evaluation

- Forschungsfragen und Evaluation: Wie stelle ich vertiefende Forschungsfragen? Wie erreicht man sozial benachteiligte Menschen? Wie funktioniert projektbegleitende Evaluation am besten?
- Evaluationskultur verändern: Oft kommt die qualitative Evaluation zu kurz, es sollte ein Evaluationsmix möglich sein.
- Evaluation: Derzeit gibt es viel Evaluation und wenig Forschung, und der Transfer zwischen Forschung und Praxis ist ein Problem. Auch an der Fehlerkultur gibt es Veränderungsbedarf.
- Lernerfahrungen nutzen: Eine mangelhafte Transparenz hängt mit der Fehlerkultur zusammen. Aus Evaluierungen kann man wirklich lernen – was in einem Feld nicht geht, bringt vielleicht in einem anderen Feld Fortschritte.
- Nachhaltigkeit: Über die Nachhaltigkeit von Projekten soll mehr publiziert werden. Nur eine Homepage, die nach zwei Jahren gelöscht wird, ist zu wenig.
- Längerfristige Forschungsprojekte: Es brauche eine Mindestlaufzeit von 6 Jahren für Nachhaltigkeitsfeststellung.
- Fehlerkultur: Der Druck, abgeleitet von Forschungsprojekten aus der Medizin, führt dazu, Erfolge vorweisen zu müssen. Scheitern ist auch eine Chance, man soll auch über Fehler berichten, damit andere daraus lernen können.
- Komplexe Interventionen – Ergebnisse schwer messbar: Wie viele Gemüseweckerln in einer Schule mehr gegessen werden, ist leicht zu zählen, aber je komplexer das Projekt ist, umso schwerer lassen sich Ergebnisse messen. Dies darf nicht dazu führen, dass komplexere Projekte nicht umgesetzt werden.

Forschungsbedarf aus Sicht von Entscheidungsträger/innen und Themen der eingesandten Forschungsideen

Den Vormittag haben die Tagungsteilnehmer/innen damit verbracht, sich kennenzulernen, auszutauschen und all jenes anzusprechen, wo sie Diskussions- und Handlungsbedarf sehen. Am Nachmittag ging es darum, einige der angeregten Themen aufzugreifen und weiterzuentwickeln. Der Logik der Open-Space-Methode folgend forderte der Moderator die Teilnehmer/innen daher auf, Themenvorschläge für die Workshops am Nachmittag vorzustellen und zur Diskussion anzubieten.

Diese Aufforderung wurde bereitwillig aufgegriffen – insgesamt 20 Arbeitsthemen standen zur Wahl. Alle Expert/innen waren eingeladen, an jeweils zwei verschiedenen Workshops mitzuwirken. Einige der vorgeschlagenen Themen erhielten regen Zuspruch, für andere Themen fanden sich kleine Gruppen. Jeweils für eine Stunde wurde in diesen Arbeitsgruppen intensiv über mögliche Strategien, Lösungsansätze und Zukunftskonzepte diskutiert. Die Resultate dieser Gruppendiskussionen wurden zum Tagungsabschluss von den Workshopleiter/innen im großen Kreis präsentiert. Auf den folgenden Seiten werden die Ergebnisse dieser Workshops zusammengefasst. Die meisten der Workshopmoderator/innen haben einen kurzen Bericht für diese Tagungsdokumentation erstellt. Auch ein Großteil der Diskussionen konnte akustisch aufgezeichnet werden; aufgrund der großen Vielfalt an Themen allerdings nicht alle. Die Tagungsband-Beiträge setzen sich somit aus den schriftlichen Berichten der Expert/innen und Zitaten aus den Tonaufzeichnungen zusammen.

Workshop: Nationale Gesundheitsförderungsforschung

Franz Piribauer, Wolfgang Dür

Gleich zwei Arbeitsgruppen widmeten sich nacheinander der Idee der Konzeption und Finanzierung eines neuen Fonds zur Förderung der Gesundheitsförderungsforschung (GF-Forschung). Dr. Franz Piribauer und Dr. Wolfgang Dür leiteten die Diskussion, Teilnehmer/innen: 8 bis 10 Personen.

Im ersten Teil präsentierte Franz Piribauer einen gesundheitspolitischen Vorschlag, wie durch Reduktion der Ausgaben für Medikamente Gelder freigemacht werden können, die für die Finanzierung eines Fonds zur Förderung von GF-Forschung zur Verfügung stünden.

Der Vorschlag wurde kontrovers diskutiert, vor allem der damit implizierte Transfer von Geldern aus dem Versorgungssystem in das Gesundheitsförderungssystem.

Konsens bestand dahingehend, dass GF-Forschung mehr Geld benötigt und, da in den vergangenen zehn Jahren die fachlichen Kapazitäten im Land wesentlich gesteigert werden konnten, auch sinnvoll einzusetzen imstande wäre. Ausgehend von diesen personellen Kapazitäten, die auf etwa 200 Forscher/innen unterschiedlicher Fachrichtungen beziffert worden sind, erscheint eine jährliche Ausschüttung von fünf bis zehn Millionen Euro als ungefähr benötigte Größenordnung.

Diese Forschungsmittel sollten teilweise in Grundlagenforschung und epidemiologisches Monitoring investiert werden. Diese Forschungsarbeit würde wahrscheinlich in etablierten Forschungsinstitutionen, Universitäten und Fachhochschulen stattfinden. Praxisnahe Interventions- und Evaluationsforschung könnte Erkenntnisse über die spezifischen österreichischen Bedingungen und Möglichkeiten von Gesundheitsförderungsprojekten erarbeiten. Die Ergebnisse dieser Forschung sollten den Projektmachern und Akteur/innen als Grundlage für ihre Weiterentwicklung und Qualitätssteigerung dienen.

Ebenfalls Konsens bestand dahingehend, dass für die Vergabe solcher Gelder ein nach internationalen Standards professionell agierender Fonds einzurichten wäre, entweder als eigenständige Einrichtung oder integriert in vorhandene Einrichtungen (wie etwa dem FGÖ oder dem FWF) als Abteilung oder Funktion. Als zentral wurde dabei ein unabhängiges Reviewer-System erachtet, das sicherlich akademisch basiert sein muss.

Autoren: Dr. med. MPH Franz Piribauer, PiCo – Unternehmensberatung; Doz. Dr. Wolfgang Dür, Ludwig Boltzmann Institut für Gesundheitsförderungsforschung.

Zitate aus dem Workshop „Nationaler GFF-Fonds“

„Warum einen neuen Fonds, es gibt Forschungsfonds, die dem Gesundheits- und Krankheitswesen offenstehen?“

„Der FGÖ war auch ein neuer Fonds, dadurch wurden damals große Impulse ausgelöst.“

„Wir haben im Vergleich zu anderen Ländern einen Nachholbedarf, wir sind zum Teil nicht gut genug, in vielen Bereichen haben wir gar keine Forscher/innen.“

„Für die Grundlagenforschung gibt alle möglichen Uni-Institute. Es bräuchte wissenschaftliche Begleitforschung, um zu sehen, unter welchen Bedingungen etwas chancenreich umgesetzt werden kann.“

„In der biomedizinischen Forschung zahlt 90 Prozent die Industrie.“

„Wir haben keine wirklichen Gesundheitsziele fixiert. Es braucht auch Prioritäten. Priorität 1 bekommt höhere Mittel als Ziel 2.“

„Aber derzeit hat das Gesundheitsministerium keine Agenden in Richtung Forschung.“

„Wie hoch wäre das Budget für einen nationalen Gesundheitsförderungsfonds anzusetzen? Die Frage ist, wie viel Geld können wir diesbezüglich qualitätsgesichert ausgeben, zum Teil auf Unis, an den Fachhochschulen oder an privaten Institutionen?“

„Wir haben jetzt ziemlich viel Know-how-Kapazität aufgebaut, in Lehrgängen, der Ausbildung im Gesund-

heitsmanagement und dergleichen. Es gibt viele junge Leute und einen guten Stock an wissenschaftlicher Kapazität – aber die arbeiten derzeit alle unkoordiniert.“

„Wir hätten also unser Ziel fixiert: pro Jahr einen bestimmten Betrag für die Gesundheitsförderungsforschung.“

„Im medizinischen Bereich gibt es Mittel und Fonds, aber wir kommen nicht dran.“

„Wir müssen dahin kommen, dass Gesundheitsförderungsforschung ein gemeinsames Ziel ist. Wenn dies so ist, finden sich immer Mittel.“

„Wir machen eine andere Forschung als im kurativen Bereich. Es sind andere Forscher, andere Berufsgruppen, andere Disziplinen. Die Fachhochschulen und Unilehrgänge produzieren seit zehn Jahren wissenschaftliche Kapazität, die ist jetzt da. Diese Menschen sind derzeit meist in der Praxis tätig.“

„Bei der Forschungsförderung muss auf alle Fälle darauf geachtet werden, dass junge Leute mit eingebunden werden, das ist „learning by doing“. Auch dadurch schaffen wir eine Basis für gute Forschung.“

Workshop: Praxisrelevante Forschung

Herbert Mackinger

Im Workshop „Praxisnahe Forschung“ wurde ausgetlotet, welche Besonderheiten bzw. Probleme mit der Zusammenarbeit von Forschung und Praxis einhergehen.

Wenn es Sinn machen soll, über „praxisnahe Forschung“ (= pnF) zu reden, muss man diese von der traditionellen Forschung im „elfenbeinernen Turm“ abgrenzen können. Mit der Metapher vom elfenbeinernen Turm wird allerdings ein Verständnis von wissenschaftlicher Forschung transportiert, dem Begriffe wie weltfremd, theoretisch, Selbstzweck – in Summe: irrelevant für die Praxis – anhaften. Das Gegenteil trifft zu, denn von der Philosophie bis zur naturwissenschaftlichen Grundlagenforschung liegen der Mensch und seine Lebensbedingungen immer im direkten oder indirekten Forschungsinteresse. Somit dient die Einführung des Begriffs pnF zunächst

lediglich der Charakterisierung eines bestimmten Segments von Forschung in Praxisfeldern, und es gilt zu überlegen, ob es Merkmale gibt, die einer „praxisnahen Forschung“ schwerpunktmäßig oder sogar ausschließlich zukommen. Die Auswahl der nachfolgenden Merkmale muss in diesem Rahmen eher willkürlich und unvollständig sein.

Erfahrungen aus der Praxis nutzbar machen

Wer kann ein Interesse an einer pnF zur Gesundheit haben? Traditionell folgt wissenschaftliche Forschung einem Programm, das vom Studium vorhandenen Wissens über die Entwicklung von Messinstrumenten, Vor-testungen in Analogstudien, Testung von Zielpopulationen (und vielen anderen Zwischenschritten) bis hin zur Veröffentlichung etc. besteht und auch entsprechend lange Zeitperioden in Anspruch nimmt. Über weite Strecken bleibt dieser Arbeitsaufwand tatsächlich auf die „Academia“ beschränkt, und schließt potenzielle Anwender und Nutznießer aus. Praxisnahe Forschung ist unbedingt zu fordern, da einerseits die „traditionelle“ wissenschaftliche Forschung viele Fragen von Praktikern nicht beantwortet und es andererseits einer gigantischen volkswirtschaftlichen Verschwendung gleichkommt, die vielfältigen Praxiserfahrungen nicht nutzbar zu machen. Interessiert an pnF sind immer jene Personen, die einen Handlungsdruck verspüren (= „bottom up“), seien es direkt Betroffene (z. B. übergewichtige Menschen) oder indirekt Betroffene (z. B. zuständige Behörden wie Jugendämter). Gelegentlich wird sich ein konkretes zu beforschendes Problem kurzfristig ergeben, in manchen Fällen im Voraus abschätzen lassen, verschiedentlich wird aber gerade die Abschätzung von Art und Ausmaß eines erwarteten Problems zum Forschungsgegenstand werden.

Aus dieser Feststellung folgert, dass Praxisforschung stärker (wenn auch nicht ausschließlich) auf einen unmittelbaren Nutzen von Ergebnissen ausgerichtet ist als herkömmliche Wissenschaft („universitären Typs“).

Dieses rasche Reagieren auf einen Handlungsdruck und die Nutzbarmachung von Forschungsergebnissen implizieren, dass in der pnF die Problemstellung (Forschungsfrage) und die Ergebnisse/Lösungen stärker situationsgebunden sind. Während traditionelle wissenschaftliche

Forschung häufig nach Gesetzmäßigkeiten sucht, wäre dieser Anspruch in der Praxis nur schwer einlösbar.

Da Beschäftigungsverhältnisse bzw. Arbeitsauftrag für Praktiker/innen meist nur wenig Zeit für Forschungsfragen vorsehen, wird es notwendig sein, Praktiker/innen für ihre Forschungsanliegen externe Unterstützung anzubieten. Dies kann die Entwicklung von Instrumenten, die statistische Auswertung von Daten u. v. a. betreffen.

Gestaltung der Schnittstellen Forscher/innen und Praktiker/innen

Diese Schnittstelle zwischen Forscher/innen und Praktiker/innen kann unterschiedlich gestaltet werden. Modell A: Evaluator/innen als Wissenschaftler/innen; dies würde implizieren, dass diesen Personengruppen ein größerer Gestaltungsspielraum bei Projektfragen zugestanden wird. Modell B: Dialog- bzw. Verhandlungsmodell; hier würden im Einzelfall sämtliche zutreffenden Schritte ausführlich miteinander diskutiert und vereinbart. Modell C: Zentral weiterverarbeitendes System; Praktiker/innen liefern ihre Daten (meist von Einzelfällen) in einem vereinbarten, standardisierten, Format an eine „Praxis-Forschungszentrale“, die diese Daten weiterverarbeitet. Von den zuletzt erwähnten Modellen hängt es letztlich ab, wie sehr wissenschaftliche Standards eingehalten werden können (Anforderungen an Datengüte, Design etc.). Die zur Zeit herrschende Publikationspraxis (aber auch der Stand der Methodologie) stellt sehr hohe Hürden für hochrangige Publikationen dar. Solche müssten für pnF gesondert vereinbart werden.

Jedes Forschungsergebnis ist nur so viel wert, wie es kommuniziert wird. Nachdem es aufgrund von Praxiszwängen – z. B. wird man häufig den hohen Methodenstandards nicht genügen können (z. B. homogene Gruppen und Kontrollgruppen; s. o.). Ergebnisse sind oft von regionaler Bedeutung, daher ist es nur schwer möglich, in hochrangigen wissenschaftlichen Journalen zu publizieren. Ein Publikationswesen müsste aufgebaut werden, das über das Niveau der rein journalistischen Mitteilung hinausgeht, jedoch möglichst hohe Gütekriterien der wissenschaftlichen Projekte anstrebt, hinreichend offen ist für jene Praktiker/innen, welche Informationen liefern, aber auch abrufen wollen.

Zitate aus dem Workshop „Praxisrelevante Forschung“

„Wir sollten uns einige Fragen stellen: Was ist überhaupt der Sinn der Forschung und wie brauchbar sind wissenschaftliche Arbeiten für die Praxis?“

„Was ist mit den Schnittstellen zwischen Wissenschaft und Praxis? Wie sind diese organisiert? Wo sind die Berührungspunkte? An welchen Orten treffen sie wie aufeinander und was machen sie miteinander? Dies sollte man sich anschauen.“

„Eine Herausforderung ist die Kommunikation. Wir wissen vieles: wie es gemacht werden sollte, was gemacht werden sollte. Aber die Ergebnisse so aufzubereiten, dass tatsächlich Schlüsse und Lehren daraus gezogen werden können, da fehlt es noch. Wir müssen auch auf die politische Ebene hinaus.“

„Wie kann man die Ergebnisse so aufbereiten, dass es für die Praxis relevant, lesbar und interessant wird? Vielleicht sollte man Leitfäden oder Handbücher entwickeln.“

„Für die Aufbereitung der Ergebnisse für eine interessierte Praxisebene, da braucht es Medien. Die wissenschaftlichen Fachzeitschriften tun es nicht.“

„Es gibt mehr Anerkennung dafür, was die Praxis von der Forschung haben kann, weniger aber dafür, was die Praxis für die Forschung leistet. Es muss ein Geben und Nehmen sein.“

„Bei der Auftragsforschung ist man Dienstleister. Da geht's nicht immer darum, wem die Ergebnisse gehören sollen, sondern wem sie gefallen sollen.“

„Sind die Methoden, die wir in der Wissenschaft zur Verfügung haben, überhaupt geeignet, diese Fragen zu beantworten? Die Fragen aus der Praxis gibt es schon, aber können wir diese so bearbeiten, dass eine effiziente Forschung folgt? Das ist die Herausforderung.“

„Evaluierung – hier beginnt das Lernen. Prüfung – hier hat das Lernen aufgehört.“

„Es gibt auch Forschung, die von der Praxis ausgeht. Diese formuliert ein Problem und trägt es an die Forschung heran.“

„Der Dialog muss stattfinden, damit gemeinsam die Fragestellungen entwickelt werden können.“

„Gerade in der Gesundheitsförderung sind ja Anwendung und Forschung sehr eng zusammen. Da entsteht in jedem Projekt und laufend Wissen. Jetzt geht es darum, wie kann dieses Wissen verarbeitet werden.“

Workshop: Gemeinsame Evaluationskriterien

Roland Ernst, IBG – Institut für humanökologische Unternehmensführung

Ausgangspunkt für den Workshop „Gemeinsame Evaluationskriterien“ war die Idee, dass eine Vergleichbarkeit der Evaluationen der BGF-Projekte in Österreich sehr zum Interesse an diesen Projekten und dem Erkenntnisgewinn aus diesen Projekten beitragen könnte.

Natürlich ist nicht davon auszugehen und es wäre auch nicht sinnvoll, dass alle Projekte die gleichen Evaluationsinstrumente verwenden. Die Gründe dafür sind vielfältig. Fest steht, dass diese Vorgehensweise nicht zur Qualität der Projekte und deren Evaluation beitragen würde. Daher hat sich die Arbeitsgruppe für einen pragmatischen Weg entschieden, die Projekte vergleichbar

zu machen, ohne die Wahl des richtigen Evaluationsinstruments einzuschränken: Es sollten einige wenige Kriterien gefunden werden, die in allen Projekten eingesetzt werden, um diese vergleichbar zu machen.

Danach wurden Beispiele für mögliche Kriterien gesucht. Folgende Liste zeigt die Ergebnisse:

- subjektive Gesundheitseinschätzung
- subjektive Lebensqualität
- Stellenwert von Gesundheit im Setting
- Rahmenbedingungen des Projekts
- Motivation

Diese Liste gibt nur das Ergebnis eines Brainstormings mit anschließender Diskussion wieder und hat keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Da es den Mitgliedern der Arbeitsgruppe wichtig war, einen ersten Eindruck über die Durchführbarkeit zu hinterlassen, wurde dieser Weg eines raschen Kriterienvorschlags gewählt.

Um die Evaluationen der BGF-Projekte des FGÖ vergleichbarer zu machen, wurde zusätzlich vorgeschlagen, dass es ein standardisiertes Berichtswesen geben sollte. Weiters sollten bestimmte Angaben zur Sozialstatistik auf jeden Fall in allen Projekten erfragt werden und die Nachhaltigkeit der Projekte bei der Evaluation eine Rolle spielen.

Um die Machbarkeit einer kurzen und vergleichbaren Evaluationskriterienliste zu unterstreichen, wurde noch auf folgende Beispiele für ähnliche Kriterienlisten hingewiesen: Gesundheitsberichterstattung in Österreich und Deutschland, subjektiver Gesundheitszustand der WHO, Outcome-Messung, bei der Behandlungsunterschiede oft aufgrund weniger Ergebniskriterien sichtbar werden (z. B. Mortalität bei Herzinfarkt), internationaler Glücksindex.

Abschließend sei gesagt, dass die Mitglieder des Workshops mit der entsprechenden Finanzierung und dem entsprechenden Interesse des FGÖ an dieser Idee weiterarbeiten und sicher zu einem überzeugenden Ergebnis kommen würden, das sich auch international durchsetzen könnte.

Zitate aus dem Workshop „Gemeinsame Evaluationskriterien“

„Jedes Projekt ist mit so unterschiedlichen Informationen versehen, dass man eine Vergleichbarkeit mit gemeinsamen Fragen gar nicht in den Griff bekommt.“

„Können wir nicht etwas Gemeinsames finden, um die Ausgangssituationen zumindest für Österreich vergleichbar zu machen?“

„Vielleicht findet man fünf Fragen, also einen eher kleinen Frageblock, der aber in jedem Projekt untergebracht werden kann. Das könnte etwas Vergleichbarkeit

bringen. Zum Beispiel: Wie gesund fühlen Sie sich? Welchen Stellenwert hat Gesundheit für Sie?“

„Ziel ist doch herauszufinden, wirkt dieses oder wirkt jenes, was wirkt wann und bei wem besser? Ich denke, diese Zusatzfragen ersparen uns sicher nicht, uns mit dem Projekt selber auseinanderzusetzen.“

„Die Instrumente müssen sich nach der Machbarkeit richten, sie sollten eine Empfehlung sein, können und müssten nicht überall angewendet werden, weil es eben nicht überall geht oder Sinn macht.“

Workshop: Lernen aus Evaluationen

Karin Waldherr, Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research, Wien

Zum Workshop „Lernen aus Evaluationen“ wurde eingeladen, um die Idee zu diskutieren, dass man Projekt- und Evaluationsberichte nutzen sollte, um in systematischer Weise aus den Erfahrungen zu lernen und diese bei der Planung zukünftiger Projekte berücksichtigen zu können.

Zu Beginn wurde die Frage aufgeworfen, wie mit Fehlern umgegangen wird, das heißt, inwieweit Kritikpunkte in den Evaluationsberichten überhaupt dargestellt werden. Es wurde diskutiert, dass es vorkommen könnte, dass sich Evaluator/innen in einer Unterstützungsfunktion für die Projektleitung sehen und sich diese daher verpflichtet fühlen oder sich sogar selbst sehr stark mit dem Projekt identifizieren und für das Gelingen mitverantwortlich sehen. Das interne Feedback an die Projektleitung würde dann zwar sehr wohl die Kritikpunkte erhalten. In den offiziellen Evaluationsberichten an den FGÖ würden diese aber vielleicht nicht dargestellt aus Sorge, dass diese öffentlich bekannt werden und ein negatives Licht auf das Projekt werfen könnten.

Es wurde festgestellt, dass die Tatsache, dass der Auftraggeber der Evaluation nicht der FGÖ, sondern die Projektleitung ist, dies unter Umständen fördern könnte. Trotzdem wurde der Vorgangsweise, dass die Projektleitung Auftraggeber der Evaluation ist und der FGÖ

nur Mitspracherecht hat, der Vorzug gegeben gegenüber der Alternative, dass der FGÖ diese/n bestimmt und Auftraggeber der Evaluation ist. Basis für eine gute Zusammenarbeit und eine gelungene Evaluation ist ein kooperatives Verhältnis zwischen Projektleitung und Evaluator/in. Dies bedingt, dass sich die Projektleitung den/die Evaluator/in wählen kann.

Die Workshopteilnehmer/innen befürworten, dass Evaluators/innen auf ihre Rolle als unabhängige Beobachter achten und sowohl Positives als auch Negatives im Evaluationsbericht darstellen sollten. Evaluation dürfe nicht mit Projektbegleitung verwechselt werden. In letzterem Fall besteht die Tendenz, sich zu sehr mit dem Projekt und dem Auftraggeber zu identifizieren und die objektive Perspektive zu verlieren.

Aus Fehlern lernt man am meisten

Als Abschluss dieses Diskussionspunktes wurde die These festgehalten, dass man gerade „aus Fehlern und gescheiterten Projekten am meisten lernen kann“. Daher sei es wichtig, diese auch in den Evaluationsberichten darzustellen. Auf dieser Grundlage ließe sich ein „Katalog von hinderlichen Faktoren“ erstellen.

Der zweite große Diskussionspunkt waren die Probleme sowie das mögliche Scheitern von Evaluationen selbst. Diskutiert wurden:

- Die Frage der Repräsentativität der Teilnehmer/innen an der Evaluation für die Projekt-Teilnehmer/innen und das Erreichen der Zielgruppe für die Evaluation: Es besteht das Problem, dass oftmals nur die an Gesundheitsförderung interessierten Personen, deren Einstellung zum Projekt besonders positiv ist, bereit wären, die Fragen der Evaluation zu beantworten, was aber ein vollkommen verfälschtes Bild liefert. Manchmal kommen zu den vereinbarten Terminen sogar ausschließlich Personen, die nicht der Zielgruppe des Projekts bzw. der Evaluation angehören.
- Die beschränkten Möglichkeiten für die Evaluation aufgrund des praktisch immer zu geringen Evaluationsbudgets und die Frage, welche Erwartungen von der Evaluation unter diesen Voraussetzungen überhaupt erfüllt werden können: Oftmals sind die Er-

wartungen der Auftraggeber unrealistisch bzw. würden ein viel höheres Evaluationsbudget erforderlich machen. An die Evaluators/innen werden Fragen herangetragen, die mit den zur Verfügung stehenden Mitteln nicht in seriöser Art und Weise zu beantworten sind. Es wurde diskutiert, ob Evaluators/innen nicht öfter Aufträge ablehnen sollten mit der Begründung, dass der Auftrag mit dem zur Verfügung gestellten Budget nicht durchführbar ist. Derzeit ist es Usus, mit dem Evaluationsbudget irgendwie zurechtzukommen und das Beste daraus zu machen. Die Qualität der Evaluationen ist daher natürlich teilweise stark eingeschränkt.

- Das Problem, dass mit dem Ende des Projekts auch die Evaluation endet: Es wäre zumindest eine weitere Erhebung mindestens ein Jahr nach dem Projektende notwendig. Erst dies würde Aussagen über den Erfolg eines Projekts ermöglichen.

Die wesentlichsten Ergebnisse der Diskussion waren, dass die Darstellung von Kritikpunkten in Evaluationsberichten unbedingt erforderlich ist und eine Erstellung eines „Katalogs hinderlicher Faktoren“ auf der Grundlage von Evaluationsberichten wünschenswert wäre. Weiters soll ein verstärktes Augenmerk auf die Nachhaltigkeit von Projekten gelegt werden.

Zitate aus dem Workshop „Lernen aus Evaluationen“

„Die Ausgangsfrage ist: Wie können wir Ergebnisse vergleichbar machen? Wie können wir systematisch aus Evaluationen lernen? Es gibt kaum zusammenfassende Analysen, weil Interventionen, Zielgruppen und Fragebögen so verschieden sind.“

„Eine Homepage mit Best-Practice-Beispielen wäre spannend.“

„Wichtig ist der Umgang mit Fehlern. Dieser ist meist abhängig von den Auftraggeberstrukturen: Die interne Reflexion ist durchaus offen, aber nach außen, also in Richtung Öffentlichkeit oder Fonds, ist man sehr vorsichtig.“

„Einfach den Spieß mal umdrehen. Aus Projekten, die scheitern, kann man zehnmal so viel lernen. Da kann man herausfinden, wo gibt es Gegner, wo sind die Schwierigkeiten.“

„Es kann ja nicht nur ein Projekt scheitern, es kann auch die Evaluation scheitern.“

„Wichtig ist auch die richtige Darstellung der Kritik. Sie darf nicht verletzend sein und muss doch sagen, wo die Fehler liegen, sonst werden Widerstände aufgebaut.“

„Man kann 100-mal auf irgendwelche Gefahren hinweisen, manche müssen den Fehler einfach auch selber machen, um daraus zu lernen.“

„Wenn früher ein Evaluator erschien, hatten alle Angst. Jetzt, wenn sich ein Evaluator als Unterstützer und Berater versteht, ist das anders.“

„Es kommt auch drauf an, welches Selbstverständnis die Evaluator/innen mitbringen und wer sie bestellt. Ich sage den Projektverantwortlichen vorher, wie es läuft, um diese Angst abzubauen. Es geht um einen neuen Blick von außen.“

„Unterfinanzierung ist immer ein Problem. Viel Geld heißt aber nicht immer gute Qualität, aber wenig Geld heißt immer schlechte Qualität.“

„Wenn die Chemie zwischen Projektleitung und Evaluator/innen nicht stimmt, dann geht gar nichts.“

„Manchmal ist das Budget so schmal, dass es für mich bei Großprojekten nicht zu verantworten ist. Und die Erwartungen an den Evaluationsprozess sind so groß, dass diese so gar nie erfüllt werden können.“

Workshop: Verhältnisprävention

Sabine Haas, Gesundheit Österreich GmbH, GB ÖBIG

Die Verhältnisprävention kommt in der Gesundheitsförderung immer noch zu kurz. Eine Stärkung dieses Ansatzes wäre aber sehr wichtig – insbesondere auch in Hinblick auf Maßnahmen für sozial benachteiligte Gruppen. Elemente der Verhältnisprävention sind in Projekten/Programmen zwar oft vorgesehen, die praktische Umsetzung scheint aber sehr schwierig zu sein. Dies liegt zum einen daran, dass es noch wenig Erfahrungen mit erprobten Vorgehensweisen bei der Verhältnisprävention gibt, zum anderen stößt sie häufig an Projektgrenzen, zum Beispiel wenn der Umbau einer Schule erforderlich wäre, um Bewegung auf „Verhältnisebene“ zu fördern. Zu bedenken ist weiters,

dass Verhältnisprävention einen stärkeren bzw. direkteren Bezug zu Politik hat als Maßnahmen auf Verhaltensebene.

Forschung könnte hier Unterstützung leisten, sodass Praktiker/innen eine bessere Anleitung erhalten und zugleich für die Politik Überzeugungsarbeit hinsichtlich der Relevanz von Verhältnisprävention geleistet wird. Ideen für Forschungsaktivitäten

- „Grundlagenforschung“ im Bereich Gesundheitsförderung: z. B. Forschung zum Thema „Gesunde Schule der Zukunft“ in Richtung der Fragestellung „Wie muss eine Schule gestaltet sein, damit sie ihr gesundheitsförderliches Potential optimiert? Die zu berücksichtigenden Faktoren reichen von der Architektur über den Tagesablauf bis zum Ernährungsangebot und der Schulkultur etc. Diskutiert wurden dazu die Grenzen der Legitimation: Verhaltensprävention ist häufig auch Gesellschaftspolitik und basiert auf bestimmten Werten und Welt-/ Menschenbildern; Problem der Legitimation wurde aber relativiert, da jeweiliges Setting bzw. jeweiliger Sektor selbst entscheiden, was sie von den Forschungsergebnissen/-empfehlungen übernehmen und was nicht.
- Formative Evaluation, d.h. Forschung als projektgestaltende Begleitung, von Maßnahmen, die nur die Verhältnisprävention anbieten: z. B. formative Evaluation eines Projekts zur Verhältnisprävention bei „frisch gebackenen“ Eltern mit Schwerpunkt auf psychosoziale Gesundheit; u. a. Diskussion zum Aspekt der veränderten sozialen Umwelten (Kleinfamilien, veränderte soziale Netzwerke etc.) und möglicher Auswirkungen (Wegfall des Lernen durch Zusammenleben mehrerer Generationen, soziale Isolation etc.) sowie Maßnahmen dagegen (Bildung neuer sozialer Netzwerke, Angebote zum Zusammentreffen unterschiedlicher Generationen).
- Systematische Aufbereitung bzw. Untersuchung hinsichtlich relevanter Verhältnisfaktoren in bestimmten Sektoren und Settings und Bereitstellung der diesbezüglichen „Evidenz“

Dies kann zur Bewusstmachung hinsichtlich der Notwendigkeit und zur Legitimation von VERHÄLT-

NISPRÄVENTION beitragen. Wesentlich ist hierbei der Wissenstransfer in Richtung Politik und Praxis.

- Forschung zu VERHÄLTNISPRÄVENTION bei sozial benachteiligten Gruppen: Hier könnte es beispielsweise auch darum gehen, vorhandene (kollektive) Ressourcen und Strukturen zu erkennen, die in Folge bei Maßnahmen gezielt gestärkt und genutzt werden können.
- Methoden, Werkzeuge für Maßnahmen der VERHÄLTNISPRÄVENTION entwickeln: Die praktische Umsetzung könnte durch die Entwicklung und Testung von Methoden beispielsweise zur Ist-Analyse, Bedarfsanalyse oder Vorgehensweisen im Zusammenhang mit verhältnispräventiven Ansätzen unterstützt werden.

Abschließend wurde festgestellt, dass vermutlich die – häufig eher auf Verhalten ausgerichteten etablierten – Forschungszugänge oft zu kurz greifen und daher zur Verhältnisprävention innovative, kreative Forschung (Zugänge, Methoden, etc.) erforderlich ist.

Workshop: Aktive Mobilität

**Sylvia Titze, Institut für Sportwissenschaft,
Universität Graz**

Der Workshop „Aktive Mobilität“ widmete sich vor allem dem Thema Förderung des Radfahrens. Ausgehend vom sozial-ökologischen Modell wurden Maßnahmen auf der individuellen und sozialen Ebene sowie Maßnahmen auf der Ebene der gebauten Umwelt angesprochen. Mit Interesse wurde diskutiert, dass man die gebaute Umwelt mit dem Geographischen-Informationen-System (GIS) abbilden kann.

Prinzipiell erachtete man es als interessant, zu untersuchen, ob Personen, die eine positive Einstellung zum Radfahren haben, die gebaute Umwelt anders wahrnehmen als Personen, die nicht daran denken, aktiv mobil zu sein. Weiters wisse man noch wenig über die subjektive Wahrnehmung der gebauten Umwelt

und der tatsächlich vorhandenen Infrastruktur. Welche Rolle spielen zum Beispiel für die Wohnungswahl Faktoren wie „Nähe zu öffentlichen Verkehrsmitteln“, „Nähe zu Zielorten“, „Nähe von Grünflächen“?

Eine Studie am Institut für Sportwissenschaft der Universität Graz (Daten in Absprache mit dem Land Steiermark noch nicht veröffentlicht) zeigte, dass vor allem die Häufigkeit des Radfahrens eine Rolle spielt, wie sicher und kompetent sich das Kind im Straßenverkehr verhält. Die Radfahrworkshops der AUVA sind hier sicherlich eine zukunftsweisende Maßnahme, weil auch schon Kinder der 1. Klasse Volksschule daran teilnehmen können. Auch im Workshop war die Möglichkeit, wie Kinder sicherer Radfahren lernen können, ein Thema.

Schließlich wurde noch die Vorbildwirkung angesprochen. Wobei den Workshopteilnehmern noch keine Studien bekannt sind, die in einem experimentellen Design zeigten, dass Mitarbeiter/innen eher das Rad als Transportmittel verwenden, wenn das gehobene Management eines Betriebes gezielt körperlich aktiv zur Arbeit kommt. Sicherlich spielt die Distanz eine Rolle. In Graz sinkt der Anteil Radfahrer/innen ab einer Distanz über vier Kilometer Entfernung. Da in anderen Ländern mit dem Rad durchaus längere Distanzen zurückgelegt werden, erschien es auch interessant, ob sich innerhalb Österreichs die Raddistanzen unterscheiden.

In einem europäischen Projekt mit dem Namen ALPHA (Assessing Levels of Physical Activity, <http://sites.google.com/site/alphaprojectphysicalactivity/>) wurde ein Fragebogen entwickelt, um die gebaute Umwelt in Bezug auf die aktive Mobilität beurteilen zu können. Der Fragebogen existiert in mehreren Sprachen, auch in Deutsch. Es wird gewünscht, dass in vielen europäischen Ländern Erfahrungen damit gesammelt werden.

Zitate aus dem Workshop „Aktive Mobilität“

„Wichtige Fragen: Wie beeinflusst Bewegung mich und meine Entwicklung? Was führt dazu, dass ich mich gerne bewege? Welche Interventionen kann ich setzen, damit ich Menschen vermittele, dass sie sich gerne selbst bewegen, und das möglichst ihr Leben lang?“

„Ich bin da mit meiner Arbeit noch recht am Anfang, komme aber aus der Praxis und habe viel mit Kindern und Jugendlichen zwischen 10 und 15 Jahren gearbeitet. Was passiert in diesem Alter, dass die Freude an der Bewegung aufhört? Bis zum Kindergarten zumindest ist der Mensch an sich ein bewegter.“

„Beim Thema Bewegung spielen soziale Netzwerke, Kommunikation und Naturerlebnis stark hinein.“

„Wichtig ist auch, was ich von meinen Eltern mitgegeben bekomme. Auch wenn ich als Jugendlicher fünf Jahre nichts mehr machen wollte, mit 17 ist die Bewegungsfreude wieder gekommen.“

Workshop: Veränderte Arbeitswelt – Neue Ansätze in der Gesundheitsförderung ergänzend zur Betrieblichen Gesundheitsförderung?!

Friederike Weber, Prospect Unternehmensberatung

Ausgangspunkt der Diskussion waren folgende Beobachtungen: Neben den „typischen“ unselbständigen Beschäftigungsverhältnissen zeigen sich verstärkt andere Beschäftigungsformen wie befristete Dienstverhältnisse, freie Dienstverträge, Leiharbeit oder Ein-Personen Unternehmen. Diese Gruppen werden mit der „klassischen“ betrieblichen Gesundheitsförderung kaum erreicht. Braucht es hier neue Konzepte?

Die Arbeitswelt ist zunehmend von Entstandardisierung gekennzeichnet: Lebensläufe werden individueller. Es werden nicht nur die Arbeitsplätze, sondern auch die Beschäftigungsformen und die Arbeitsinhalte rascher gewechselt. Personen sind laufend gefordert, sich auf neue Situationen einzustellen und die dafür notwendigen Kompetenzen zu erwerben. Diese Entstandardisierung birgt gesundheitliche Chancen und Risiken und es stellt sich die Frage, wie laufende Veränderungen im Arbeitsleben und Phasen der Unsicherheit gesund bewältigt werden können.

Wesentliche Punkte der Diskussion:

- Es ist notwendig, zu den unterschiedlichen Beschäftigungsgruppen den passenden Zugang zu finden. So wäre für die Leiharbeiter/innen beispielsweise die Arbeitsmedizin ein Zugang, Ein-Personen-Unternehmen könnten über Netzwerke oder das Gründer/innenservice erreichbar sein. Für gewisse Gruppen ist das AMS ein guter Zugang.
- Gerade bei Leiharbeiter/innen ist über die richtige Verortung nachzudenken: soll mit Gesundheitsfördermaßnahmen bei den Verleihfirmen angedockt werden oder jenen Unternehmen, die Leiharbeiter/innen einsetzen? Vermutlich braucht es Ansätze auf beiden Seiten. Anmerkung: In Anträgen von BGF Projekten wird immer wieder erwähnt, dass auch die Leiharbeiter/innen integriert werden, aber in den Berichten lassen sich dann keine spezifischen Informationen über diese Gruppe herausfiltern.
- Ein genauer Blick auf den Bedarf und die Bedürfnisse ist notwendig: Mit welchen spezifischen Ressourcen und Belastungen sind unterschiedliche Beschäftigungsformen wirklich verbunden?
- Um dem Bedarf und den Bedürfnissen gerecht zu werden, braucht es eventuell auch Maßnahmen, die sich an Einzelpersonen richten. Auch diese sollten förderbar sein.
- Bei dem genauen Blick auf den Bedarf und die Bedürfnisse ist eine hohe Reflexivität der Forscher/innen notwendig, denn aus einer gewissen Werthaltung heraus werden bestimmte Beschäftigungsformen wie beispielsweise Leiharbeit tendenziell als „schlechtere“ Formen eingestuft. Es könnte aber durchaus Arbeitskräfte geben, die gerade diese Formen präferieren und die sich dort wohl fühlen.
- Im Zusammenhang mit Destandardisierung von Berufsbiographien stellt sich die Frage, inwieweit eine „gesunde“ (berufliche) Identitätsbildung bei permanentem Wandel möglich ist und welche Voraussetzungen es dafür braucht, weil daraus auch Selbstwert und Sinn, also wesentliche Gesundheitsressourcen, gewonnen werden können.

Workshop: Das Gelingen des Lebens

Günther Diem, aks – Arbeitskreis
für Vorsorge- und Sozialmedizin, Vorarlberg

Der Sozialmediziner Dr. Günther Diem stellte in seinem Arbeitskreis die Frage, was ein Mensch können oder lernen muss, damit das Gelingen eines Lebens gesichert ist.

„Durch das Konzept ‚health in all policies‘ zeichnet sich immer stärker ab, dass wir den bisherigen Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention verlassen und auch viele weitere Segmente und Sektoren für die Gesundheit verantwortlich machen müssen“, so Diem. Es stelle sich die Frage: Was will man eigentlich mit der Gesundheitsförderung und Prävention erreichen? Denn häufig sei darauf die Antwort: ein Gelingen des Lebens.

Zitate aus dem Workshop „Das Gelingen des Lebens“

„Für mich aus der Sicht einer Unternehmensberaterin ist für eine hohe Lebensqualität auch die Chancengleichheit wichtig.“

„Es sind sicher soziale Kompetenzen, die verantwortlich sind, dass man gesund bleibt und eine hohe Lebensqualität hat.“

„Gesundheit ist nicht unbedingt das Zentrale, jeder kennt viele Leute, die gar nicht so gesund sind, die aber sagen, mir geht’s eigentlich gut.“

„Diese Menschen sind nicht so unrealistisch, dass alles perfekt funktionieren muss. Diese können sehr realistisch einschätzen, welche eigenen Möglichkeiten sie haben, und dies mit ihren individuellen Zielen in Verbindung bringen. Wenn diese Ziele erreicht werden können, dann könnte man das Lebensqualität nennen.“

„Wir kommen damit weg vom gängigen Gesundheitsbegriff. Früher gab es durch die Religion eine sinnerfüllte Welt, jetzt ist hier oft eine Leere eingetreten, und es wird Gesundheit dafür eingesetzt.“

„Es gibt auch das Spannungsfeld Gesundheit, Gesundheitsrisiken und Lebensqualität. Risikosportarten oder

Rauchen, Alkohol und gutes Essen empfinden viele als Teil der eigenen Lebensqualität.“

„Lebens-Sinnfindung kann unter widrigsten Bedingungen stattfinden.“

„Gesundheit wird meist individualistisch gedacht: meine Gesundheit, aber nicht unsere Gesundheit. Für die Allgemeinheit wichtig erscheint zum Beispiel die Demokratie, nie die Gesundheit.“

Workshop: Wie erreicht man alle sozialen Schichten?

Hubert Löffler, IfS-Familienarbeit

Vom gelungenen Zugang zu bestimmten Zielgruppen hängt der Erfolg von Gesundheitsförderungsprojekten wesentlich ab. Insbesondere der Zugang zu Personen mit niedrigem sozialem Status wie arbeitsgefährdete, arbeitslose oder bildungsferne Personen stellt eine große Herausforderung für Gesundheitsförderung dar. Es gibt eine Reihe von Praxisprojekten, die bereits Erfahrungen gesammelt haben. In der Workshopgruppe wurden Erfahrungen aus Projekten in Zusammenarbeit mit dem AMS, mit der Jugendwohlfahrt und der Arbeit mit Stadtteilen ausgetauscht.

Diese Erfahrungen zeigen:

- Voraussetzung dafür, dass Gesundheitsförderung bei dieser Personengruppe ankommen kann, ist, dass ein persönlicher Kontakt zu diesen Personen und dass zwischen ihnen und den Vermittler/innen ein Mindestmaß an Vertrauen vorhanden ist.
- Dazu können besonders bestehende Kontakte von Institutionen genutzt werden, die mit dieser Zielgruppe arbeiten (Jugendwohlfahrt, AMS, Schuldenberatung, Notschlafstellen, Obdachloseneinrichtungen, etc)
- Diese Einrichtungen benötigen allerdings auch zusätzliche, z.B. zeitliche Ressourcen, um Gesundheitsförderung zu implementieren.

- Je nach Einrichtung und Tätigkeit der Institution sind die persönlichen Kontakte zu den Klient/innen unterschiedlich intensiv.
- Der Wechsel des Settings von der herkömmlichen Tätigkeit zu Gesundheitsförderung ist unterschiedlich gut möglich.
- Stadtteil-Projekte haben das Problem, dass sich Menschen heute wegen der zunehmenden Flexibilisierung weniger räumlich identifizieren.

Solche und andere Erfahrungen aus dem In- und Ausland sollten in einer Gesundheitsförderungsforschung zusammengetragen werden und mit wissenschaftlichen Erkenntnissen der Psychologie, Soziologie etc. kombiniert werden. Daraus soll eine Grundlage für den Zugang der Gesundheitsförderung zu Personen mit niedrigem Status erstellt werden. Dazu könnten auch einzelne Settings wie z.B. das der Jugendwohlfahrt genauer untersucht werden. Das Deutsche Jugendinstitut DJI München hat z.B. für Deutschland ganz aktuell einen Bericht über die Kombination von Jugendhilfe und Gesundheitsförderung erstellt.

Die Workshopgruppe ist sich einig, dass die Erforschung des Zugangs (insbesondere zu Personen mit niedrigem sozialen Status) auch eine besondere Chance zur Überwindung der Kluft zwischen Theorie und Praxis in der Gesundheitsförderungsforschung darstellen könnte.

Workshop: Forschung mit Angehörigen Demenzkranker

**Elisabeth Seidl, Abteilung Pflegeforschung Wien
des Instituts für Pflege- und Gesundheitssystemforschung (IPG) der Universität Linz**

Problemstellung, Intention und Ziel des Workshops

Sowohl die internationale Literatur zum Thema als auch die von der Abteilung Pflegeforschung selbst getätigten Untersuchungen machen darauf aufmerksam, dass Angehörige Demenzkranker spezifischen gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt sind. Hinzu kommt die gesellschaftliche Tabuisierung von Alter und Demenz, die einer sozialen Anerkennung der Tätigkeiten pflegender Angehöriger entgegensteht und eine öffentlich produktive Thematisierung der Problemlage erschwert. Durch geeignete Unterstützung könnte ein wesentlicher Beitrag zur Gesundheitsförderung dieser immer zahlreicher werdenden Bevölkerungsgruppe geleistet werden.

Dem Vorschlag, die Forschung mit Angehörigen Demenzkranker zum Thema eines Workshops zu machen, lag die Intention zugrunde, im interdisziplinären Kontext der Tagung auf die besonderen Belastungen dieser Personengruppe hinzuweisen und vor dem Hintergrund kommunaler Gesundheitsförderung den entsprechenden Forschungsbedarf zu diskutieren. Der Titel des Workshops deutete bereits den partizipativen Charakter an, den solche Forschungsprojekte haben sollten, um auch zum Empowerment der betroffenen Personengruppe beizutragen.

Inhalt und Ergebnisse

Die Teilnehmer/innen des Workshops waren sich einig, dass solche Forschung sinnvoll und dringend nötig ist. In der zur Verfügung stehenden Zeit wurden zunächst zwei Forschungsschritte und einige globale Forschungsfragen formuliert. In einem ersten Schritt der Forschung sollte im Sinne eines Assessments gemeinsam mit Angehörigen/Familien Demenzkranker in Erfahrung gebracht werden,

- welche sozialen Netzwerke Familien/Angehörige von Demenzkranken haben

- welche Hilfe sie im familiären und stationären Setting benötigen und
- welche Ressourcen vorhanden sind und wie sie sichtbar gemacht und mobilisiert werden können.

In einem zweiten Schritt der Forschung gilt es, unter Einbeziehung aller relevanten Stakeholder und auf Grundlage der im Assessment erhobenen Informationen, ein Unterstützungsmodell zu entwerfen, das die pflegenden Angehörigen demenzkranker Menschen zur positiven Bewältigung ihrer Aufgaben befähigt und sie in ihrer betreuenden Tätigkeit umfassend unterstützt. Um zu einem guten und nachhaltigen Gelingen des Unterstützungsmodells beizutragen, hat die Forschung nicht nur die Konzeption des Modells zu begleiten, sondern auch dessen jeweilige Implementierung in den unterschiedlichen lokalen Kontexten. Ferner ist die hier skizzierte Forschung mit Demenzkranken dazu angehalten, die Wirksamkeit des in die Praxis umgesetzten Modells zu untersuchen und gegebenenfalls eine Modifikation der unterstützenden Maßnahmen vorzuschlagen.

In der zweiten Phase des Workshops wurde insofern eine Konkretisierung der Vorschläge vorgenommen, als einige methodische Anforderungen formuliert wurden, denen ein diesbezügliches Forschungsprojekt mit Angehörigen Demenzkranker genügen sollte. Im Einzelnen wurden folgende Kriterien genannt:

- Neben der aktiven Einbeziehung der Angehörigen/der Familien Demenzkranker soll auch die Teilnahme lokaler Unterstützungseinrichtungen und sozialer Netzwerke die partizipative und kommunale Ausrichtung des Forschungsprojekts garantieren. Gedacht wurde hier etwa an Pflegeeinrichtungen, Expert/innen für die Demenzerkrankung, Selbsthilfegruppen oder Nachbarn. Ein starker Praxisbezug ist anzustreben.
- Das Forschungsteam des Projekts, das explorativen Charakter hat, sollte interdisziplinär zusammengesetzt sein, um die komplexe Sachlage des Gegenstandes adäquat erfassen zu können.

- Aus demselben Grund sollte auch eine Triangulation sowohl in Bezug auf die Methoden als auch auf die Theoriebildung angestrebt werden.
- Da sich ländliche Regionen nicht zuletzt auch in ihrer bestehenden Infrastruktur von Städten unterscheiden, wären zwei parallele Projekte vorteilhaft. Dies entspricht der starken Bedarfsorientierung der hier angedachten Form der Forschung. Das Unterstützungsmodell könnte dann zunächst in je einem kommunalen Setting – wie etwa einem „Grätzel“ in der Stadt oder einer Gemeinde am Land – umgesetzt werden.
- Eine solche modellhafte Umsetzung sollte dazu geeignet sein, Möglichkeiten zur Nachahmung sichtbar zu machen (Multiplikatorenfunktion).
- Das Projekt sollte Bundesländer übergreifend sein.

Resümee

Ziel des Unterstützungsmodells für Angehörige Demenzkranker, das aus der partizipativ verfahrenen Forschung mit Angehörigen Demenzkranker hervorgegangen ist, ist es, im Sinne der kommunalen Gesundheitsförderung für ein Empowerment der Betroffenen zu sorgen. Gestärkt würden dadurch aber mit Sicherheit nicht nur die Angehörigen von Demenzkranken und deren Gesundheit. Auch die von den Angehörigen betreuten Demenzkranken würden davon profitieren.

„Der Großteil der Demenzkranken ist in den Gemeinden verstreut, erfasst sind davon etwa 20 Prozent, die anderen sind unbekannt.“

„Einen Großteil der Betreuung leisten die Angehörigen.“

„Selbst das Krankenhaus, wo so viele demenzkranke Menschen gepflegt werden, ist ein Ort, wo Angehörige einbezogen werden könnten. Da könnten Projekte entwickelt werden.“

„International gibt es zu diesem Forschungsbereich breite Ansätze. In Österreich entwickelt sich das recht langsam. In drei Wiener Spitälern wurden Demenzkranke selbst befragt, wie sie ihre Lebensqualität sehen. Diese Demenzkranken fühlen sich subjektiv weit wohler, als deren Angehörige es gedacht hätten.“

„Bei der Forschung mit Angehörigen wäre die Präferenz der häusliche Bereich. Dort findet die Problematik am wenigsten Beachtung. Es geht um die Sichtweise der Betroffenen, aber es soll auch um das ganze Familiensystem gehen, inklusive Nachbarn.“

„Die Frage wäre: Welche sozialen Netzwerke gibt es und welches brauchen die Angehörigen, um ihre Aufgabe zu leisten?“

„Interessant ist auch die Befragung von Selbsthilfegruppen. Die sehen die eigene Arbeit gar nicht und sagen, sie leisten keine Arbeit.“

„Ressourcen können da sein und es funktioniert trotzdem nicht, weil man nicht weiß, wie. Das ist so wie wenn ein Land Rohstoffe hat und trotzdem nichts weiterbringt.“

„Ziel ist jetzt was? Ein Forschungsprojekt, das dann in ein Praxisprojekt übergehen soll?“

Workshop: Gesundheitsselbsthilfe

Frederic Fredersdorf, FH Vorarlberg

In einem ersten Schritt stellten sich die Kollegen einander als Person und ihre bisherigen Arbeiten und Forschungsfragen aus dem Bereich der Gesundheitsselbsthilfe vor. Einigkeit herrschte über die Einschätzung des Stellenwerts der Gesundheitsselbsthilfe: dem Selbsthilfesektor messen die drei Fachleute eine hohe Bedeutung zu. Der anschließende Diskurs zeigte, dass die Kollegen unterschiedliche Aspekte im Bereich der Gesundheitsselbsthilfe erforschen.

Rudolf Forster und Peter Nowak erkunden schwerpunktmäßig die systemisch-strukturellen Aspekte der Gesundheitsselbsthilfe, also etwa die Frage nach dem Zusammenwirken und dem Verhältnis professioneller Hilfe und Selbsthilfe oder die Frage, welche Rolle Gesundheitsselbsthilfe in professionell geführten Gesundheitseinrichtungen spielt. Die Kollegen haben vor kurzem eine repräsentative Studie zum Ist-Stand der Selbsthilfe in Österreich umgesetzt und Ergebnisse daraus im Dezember 2009 publiziert (siehe beigefügte Literaturliste).

Ein zentrales Ergebnis bildet eine theoretisch deduzierte Typologie von Selbsthilfe-Ansätzen, die empirisch verifiziert werden konnte: Österreichische Selbsthilfegruppen können mehrheitlich durch drei Funktionen – bzw. einer Kombination daraus – charakterisiert werden. Diese Hauptfunktionen der Selbsthilfe sind:

1. wechselseitige Unterstützung,
2. komplementäre Dienstleistung durch individuelle Unterstützung und
3. kollektive Interessenvertretung.

Ein zweites Hauptergebnis ihrer Studien besteht in der Herausarbeitung der Funktion von Ärzt/innen als wesentliche Umwelt-Beziehungsgröße von Selbsthilfegruppen. Ärzt/innen tragen durch ihre gegenseitige Vermittlerrolle wesentlich zum Aufbau und Erhalt von Gesundheitsselbsthilfe bei.

Weiters konnten die Kollegen empirisch nachweisen, dass eine wesentliche Bedeutung von Selbsthilfegruppen darin besteht, gesundheitsspezifisches und weiteres hilfreiches Wissen in der (betroffenen) Bevölkerung zu verbreiten. Zukünftige Forschungsfragen richten sich aus Sicht der Kollegen in diesem Sektor darauf, inwiefern Selbsthilfegruppen über Gesundheitseinrichtungen gefördert werden, wie sich systematische Kooperationen implementieren lassen und wie das Verhältnis zwischen dem professionellen System und dem der Betroffenen selbsthilfe optimiert werden kann.

Frederic Fredersdorf realisierte Mitte/Ende der 90er Jahre, bevor er seit 2001 an der Fachhochschule Vorarlberg tätig wurde, im Auftrag des deutschen Gesundheitsministeriums zwei deutschlandweit repräsentative Studien über die stationäre sowie ambulante Drogen-selbsthilfe. Derzeit setzt er u.a. im Auftrag des Landes Vorarlberg, Vorarlberger Zukunftsbüro, eine Studie zum Ehrenamt und Sozialen Kapital in Vorarlberg um. Es ist geplant, diese Studie als konstantes Monitoring-System zu etablieren. Der Kollege erkundet vor allem die individuellen und psychosozialen Aspekte der (Gesundheits) Selbsthilfe, also etwa die Frage nach dem Umfang, der Bedeutung, dem Nutzen und der Entwicklung egozentrierter Netzwerke und bürgerschaftlichen Engagements. Seine beiden deutschen Selbsthilfestudien (siehe beigefügte Literaturliste) konnten zeigen, inwiefern von Gruppen der drogenspezifischen Gesundheitsselbsthilfe in Deutsch-

land salutogenetische Effekte ausgehen und sie zudem in einem Zeitraum von über 15 Jahren Initialzündungen für die Gründung weiterer Selbsthilfeinitiativen bilden. Letzteres Ergebnis wurde vor allem für die stationäre Drogenselbsthilfe am Beispiel von über 30 miteinander vernetzten Initiativen dargestellt. Die Ergebnisse der zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses umgesetzten Vorarlberger Studie werden voraussichtlich im laufenden Jahr 2010 vorliegen und publiziert. Zukünftige Forschungsfragen richten sich aus Sicht des Kollegen, angelehnt an den Stand der deutschen Debatte, in diesem Sektor darauf, wie breiteres bürgerschaftliches Engagement im Bereich der Selbsthilfe gefördert und nachhaltig aufrechterhalten werden kann, welche qualitativen und quantitativen Effekte von spezifischen Initiativen der Gesundheitsselfhilfe ausgehen – in Bezug auf primäre Zielgruppen, sekundäre Zielgruppen, Gesundheitskosten und (primärer bis tertiärer) Prävention – und wie viel Professionalität die Selbsthilfe verträgt.

Abschließend konstatierten die drei Kollegen gegenseitiges Interesse an ihren Arbeiten und hielten sich die Option einer potentiellen Kooperation offen.

Literatur:

Forster, Rudolf ; Braunegger-Kallinger, Gudrun; Nowak, Peter & Österreicher, Sonja: Funktionen gesundheitsbezogener Selbstorganisation – eine Analyse am Beispiel einer österreichischen Untersuchung. In: SWS-Rundschau (49. Jg.) Heft 4/ 2009, S. 468–490.

Forster, Rudolf ; Nowak, Peter; Braunegger-Kallinger, Gudrun; Österreicher, Sonja & Krajic, Karl: Patienten- und Angehörigenorganisationen bzw. -gruppen in Österreich. Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus einem bundesweiten Forschungsprojekt. In: Soziale Sicherheit, Dezember 2009, S. 614–629

Fredersdorf, Frederic: Sucht, Selbsthilfe und Soziale Netzwerke, Neuland: Geesthacht 21998

Fredersdorf, Frederic: Verantwortung leben – Ambulante Drogenselbsthilfe in Deutschland, Neuland: Geesthacht 2002.

Fredersdorf, Frederic: Drogenakzeptanz von Mitgliedern Ambulanter Drogenselbsthilfe in Deutschland – Sekundäranalyse einer Vollerhebung akzeptanz- und abstinenzorientierter Selbsthilfegruppen. In: Zeitschrift Sucht 2/2003, S. 117–125

Workshop: „GFF-online“ - Konzept für ein Fachjournal

Peter Nowak, LBI für
Gesundheitsförderungsforschung

Anlässlich der Expert/innentagung „Gesundheitsförderungsforschung in Österreich“ wurde in einer von Peter Nowak initiierten Arbeitsgruppe der Bedarf für ein neues Fachjournal im deutschsprachigen Raum festgestellt. Untenstehend werden die Ergebnisse dieser Arbeitsgruppe als erster Konzeptvorschlag für ein solches Fachjournal formuliert.

Ziele des Journals:

- Inhaltliche Ausrichtung ist die Verbreitung und Diskussion von Forschung zur Gesundheitsförderung. Gesundheit soll im Sinne des salutogenen Ansatzes der Referenzwert sein. Krankheit soll kein Fokus sein, daher keine explizite Schwerpunktsetzung auf Prävention (auch wenn Arbeiten zur Prävention ggf. Eingang finden sollen)
- Zugang zu aktuellen Forschungsergebnissen der Gesundheitsförderungsforschung im deutschsprachigen Raum
- Anregung eines qualitätsorientierten Fachdiskurses zwischen Forscher/innen und mit Praktiker/innen im Arbeitsbereich der Gesundheitsförderung

Zielgruppen des Journals:

- Gesundheitsförderungsforscher/innen im deutschsprachigen Raum
- Auszubildende im Bereich der Gesundheitsförderung(sforschung)
- Gesundheitsförderungsexpert/innen (Praktiker/innen, Umsetzer/innen)
- Fachexpert/innen der relevanten Fördergeber und Politikbereiche

Inhaltliche Schwerpunkte:

- Ergebnisse der Grundlagenforschung (inkl. Theoriearbeiten)
- Aktuelle angewandte Forschungen, sowohl Konzepte als auch Ergebnisse sowie Primärforschung und Forschungssynthese (Reviews); Spezifischer Raum für Jungforscher/innen

- Praxisnah formuliertes Interventionswissen (Tools, Empfehlungskataloge, Leitlinien)

Journalorganisation und technische Eckpunkte

- Erscheinungsart:
 - nur web-basiert (wie z.B.: <http://bildungsforschung.org/>)
 - halb- oder vierteljährlich
- Verfügbarkeit: open access (z.B. entsprechend europäischer Empfehlungen: http://ec.europa.eu/research/eurab/pdf/eurab_scipub_report_recomm_dec06_en.pdf)
- Die Artikel werden von Forscher/innen selbst geschrieben (nicht redaktionell überarbeitet)
- Es werden nur Artikel auf Basis eines peer-review-Verfahrens aufgenommen.
- Herausgeberschaft: z.B. FGÖ und ÖGPH
- Redaktion
 - Aufgaben: inhaltliche Schwerpunktsetzung; Auswahl der Beiträge (Anleitung peer-review-Verfahren; editoriale Beiträge schreiben,)
 - ehrenamtlich
 - Ein größeres unabhängiges Redaktionsteam, das die oben genannten Zielgruppen repräsentiert: Vertreter/innen namhafter Gesundheitsförderungs-Forschungseinrichtungen, Gesundheitsförderungs-Praktiker/innen
 - Gewählter Redaktionsvorsitz (ev. rotierend)
- Organisatorische Umsetzung:
 - Aufgaben: Layout, Vertrieb, Web-Betreuung; ev. Marketing,...
 - hauptamtlich;
 - im FGÖ (od. Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research)
- Nächste Schritte
 - Gründung einer vorbereitenden Arbeitsgruppe (am 14.12.2009 erfolgt, Teilnehmer/innen siehe unten)
 - Zusammenstellung Workshop-Ergebnisse = Erstkonzept (Peter Nowak)

- Diskussion mit dem „Arbeitskreis - Medien und Öffentlichkeitsarbeit“ der ÖGPH (Karin Reis-Klingspiegel)
- Abklärung Unterstützung FGÖ (Gerlinde Rohrauer)
- Abklärung Beteiligung Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research (Peter Nowak)
- Analyse „Konkurrenz-Journals“ (Peter Nowak)
- Rückmeldungen der Arbeitsgruppe auf Erstkonzept an Peter Nowak und Gerlinde Rohrauer
- Virtuelle Weiterentwicklung des Konzeptes: Zeitplanung, Mission Statement, Editorial-Board, Finanzierung, grafisches Layout
- Arbeitsgruppe:
 - peter.nowak@lbihpr.lbg.ac.at
 - ilonka.horvath@goeg.at
 - katharina.resch@w.rotekreuz.at
 - petra.plunger@chello.at
 - karin.reis-klingspiegel@styriavitalis.at
 - gerlinde.rohrauer@fgoe.org
 - marlies.jauk@praeventionsinstitut.at

Health Promotion Research am Ludwig Boltzmann Institut

Wolfgang Dür, Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research

Das Ludwig Boltzmann Institut gilt als das österreichische Aushängeschild in punkto Gesundheitsförderungsforschung. Der Leiter des Forschungsteams, Univ.-Doz. Mag. Dr. Wolfgang Dür informiert im folgenden Beitrag über die Komplexität, die Wurzeln, die Entwicklung und den aktuellen Stand der Gesundheitsförderungsforschung.

Gesundheitsförderungsforschung bezieht die Komplexität, der sie ihre Existenzberechtigung verdankt, aus zwei konzeptuellen Entscheidungen. Diese reichen in die siebziger und achtziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts zurück, und deren Wurzeln liegen noch weit tiefer in der Vergangenheit. Zum einen ist die Konzeption von „Gesundheit“ eine facettenreiche, physische, organische, psychische und soziale Systeme übergreifende und verbindende, daher hypermultifaktoriell determinierte und doch nur aus sich selbst verständliche

Fähigkeit der Menschen, sich selbst am Leben, glücklich und wohlbefindlich zu erhalten. Zum anderen die Konzeption von „Förderung“ als eine politisch zu ermöglichende, sozialtechnologisch zu beratende und in konkreten Settings zu realisierende Praxis. Dabei wird unterstellt, dass sich die multifaktoriellen Determinanten der Gesundheit, die in dieser Praxis zusammenlaufen, durch das Zusammenwirken von politischem Willen, sozialtechnischer Veränderungskompetenz und praktischer Anstrengung am Ende kontrollieren und in die gewünschte Richtung steuern werden lassen.

Es ist politisch und intellektuell „gesund“, sich von Zeit zu Zeit die Unwahrscheinlichkeit dieser Konzeptionen vor Augen zu führen. Und sich zu fragen, in welchem allgemeinen, gesellschaftlichen Kontext diese Entwicklung stattgefunden hat bzw. stattfindet und welche gesellschaftliche Funktion in spätmodernen Gesellschaften damit erfüllt wird. Diese Frage kann zum gegebenen Zeitpunkt sicher noch nicht abschließend beantwortet werden. Man kann aber davon ausgehen, dass es mehr mit den Folgen der Individualisierung zu tun hat, die aufgefangen und bearbeitet werden müssen, als mit einer Zunahme christlich-humanistischen Gedankenguts in der Gesellschaft. Weiters hat es sicher mehr mit einem allgemeinen endemischen Kontroll- und Steuerungsdefizit in diesen Gesellschaften zu tun als nur mit Kostenüberlegungen im Gesundheitssektor.

Magatrends als Chance oder Belastung

Die enorme Komplexität, die sich um die Termini Gesundheit und Förderung kommunikativ aufgebaut hat, resultiert letztlich aus dem Versuch, der grundlegenden Desintegration von Mensch (Individuum) und Gesellschaft, die historisch ohne Parallele ist, etwas entgegenzusetzen. Megatrends wie die zunehmende Individualisierung, Demokratisierung, Flexibilisierung der Arbeit und Globalisierung der Gesellschaft sind für die individuelle Gestaltung des Lebens Chance und Belastung zugleich. Inwieweit das eine oder das andere zutrifft, hängt von den sozialen Verhältnissen ab, die durch Partizipation zu eigenverantwortlichem Handeln auffordern. Das gilt insbesondere in Organisationen, in denen die Mitarbeiter und User über die sozialen und ökologischen Bedingungen mitentscheiden und damit letztlich auch über Erfolg oder Misserfolg der Organisation.

Die Rolle der Forschung

Die Rolle der Forschung besteht angesichts dieser Komplexität genau darin, diese auf brauchbare, handlungsleitende Vereinfachungen zu reduzieren. Sie tut das auf zwei Weisen, die miteinander zusammenhängen: einmal dadurch, dass sie zeigt, welche der hypermultifaktoriellen Determinanten für Gesundheit relevanter sind als andere und wie die relevanten zusammenwirken und verändert werden könnten – mit dem impliziten Ziel, dass sich daran der politische Wille heften möge, um veränderte Praktiken in den Settings bzw. Lebenswelten der Individuen anzuregen und zu fördern. Zum anderen überprüft die Forschung, ob und inwieweit die angeregten Veränderungsprozesse in den Settings tatsächlich zu dem erwarteten Ergebnis verbesserter Gesundheit geführt haben.

Forschungsfragen am Ludwig Boltzmann Institut

Genau für diesen doppelten Forschungsauftrag ist am Ludwig Boltzmann Institut die Health Promotion Research-Gruppe (LBIHPR) gegründet worden, allerdings mit der Zuspitzung, die Forschung auf sogenannte Expertenorganisationen (Müntzberg) zu fokussieren. Das sind Organisationen, in denen die Herstellung des eigentlichen Organisationszieles – eines Produkts oder einer Dienstleistung – nur im Zusammenwirken von Experten und Laien (Klienten, Kunden) möglich ist. Dieses Zusammenwirken kann unterschiedliche Ausmaße annehmen: von der Bereitschaft, das Handeln des Experten über sich ergehen zu lassen, wie das in extremis bewusste Patienten tun müssen, über das einfache Unterstützen der Handlungen des Experten bis hin zur aktiven und kreativen Teilnahme am Produktionsprozess, wie das etwa von Schülerinnen und Schülern in der Schule erwartet wird.

Die Forschungsarbeit am LBIHPR folgt daher diesen beiden Fragen: (a) Welchen Einfluss haben die Prozesse und Strukturen in Expertenorganisationen (Schulen, Krankenhäuser, Einrichtungen der Langzeitbetreuung, Wirtschaftsbetriebe) auf die Gesundheit der Mitarbeiter/innen, der User/innen und deren Angehörigen? (b): Wie können die gesundheitsrelevanten Prozesse und Strukturen in diesen Organisationen in günstiger Richtung beeinflusst werden? Eine Fragestellung (b Strich) hängt sich fast unbemerkt an diese letzte an: Was haben die Organisationen davon? Oder anders: Inwieweit sind

denn die Organisationen von der physischen und psychischen Funktionsfähigkeit und Leistungsbereitschaft der Mitarbeiter/innen und von der Kooperationsbereitschaft der User/innen abhängig? Inwieweit ist Gesundheit auch aus Sicht der Organisationen funktional?

Eine junge Disziplin macht Fortschritte

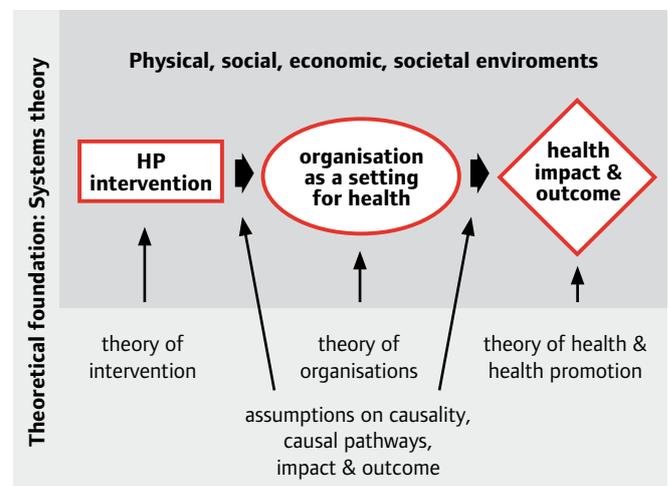
Es versteht sich von selbst, dass diese Forschungsfragen für die einzelnen Bereiche heruntergebrochen und definitorisch enggeführt werden müssen. Als schwieriger erweist es sich, ein tragfähiges Design für die Umsetzung der Forschungsfragen zu entwickeln, da die Gesundheitsförderungsforschung eine sehr junge Disziplin ist. In der Beginnphase ging es vorerst um grundlegende Nachweise der Möglichkeit von Gesundheitsförderung und darum, die verbundenen Paradigmenwechsel und deren Folgen abzuschätzen. Erst in den vergangenen Jahren hat man angefangen, sich mit den theoretischen und methodischen Herausforderungen auseinanderzusetzen und Konzepte zu überdenken und zu überarbeiten, die aus anderen Bereichen übernommen worden waren. Erst die Forschung der vergangenen vielleicht zehn Jahre hat gezeigt, wie differenziert die Bedingungen und Möglichkeiten von Gesundheitsförderung zu betrachten sind.

Für die Realisierung des Forschungsprogramms des LBIHPR haben sich insbesondere die Theorien und Konzepte der Organisation und der Intervention als für unseren Anwendungsbereich adaptierungsbedürftig erwiesen.

Dazu beispielhaft nachfolgende Grafik, die zeigt, welche Theorietraditionen zu einem gemeinsamen Verständnis verknüpft werden müssen. Vor allem die gut etablierten Vorstellungen bezüglich der Potenziale von Interventionen in Organisationen im Sinne der Organisationsentwicklung erweisen sich bei näherem Hinsehen als zu einfach. Das gilt schon ganz allgemein für kleinere und mittlere Betriebe, in denen neueren Untersuchungen zufolge zwei Drittel aller Organisationsentwicklungs-Projekte scheitern. Und noch mehr unter der Bedingung, dass diese OE-Projekte Interventionen setzen, die bis auf die physischen und psychischen Prozesse in Individuen durchschlagen sollen, also nicht nur einen beliebigen Impact, sondern einen bestimmten Gesundheits-Outcome „bewirken“ sollen.

In der neueren Literatur (z. B. Weiner et al. 2008, Flixsen et al. 2005) wird daher vor allem der Differenzierung dessen Beachtung geschenkt, was gemeinhin als Implementation bezeichnet wird. Da wird häufig allzu selbstgewiss geglaubt, dass es in der Kette von der Grundlagenforschung über die Programmentwicklung und Implementation zur Evaluation der einfachste Schritt sei. Lange Zeit wurde vor allem die Programmentwicklung unter so eingängigen Titeln wie „from knowledge to action“ oder „bridging the knowledge action gap“ als das Hauptproblem der Gesundheitsförderung angesehen. Die insgesamt irritierend geringe Teilnahme an Gesundheitsförderungsprogrammen im Settings-Approach sowohl in der Wirtschaft wie in den Bereichen Schule und Krankenhaus und die bescheidenen Ergebnisse, die in den teilnehmenden Organisationen real erzielt wurden, haben zuletzt das Augenmerk der Forschung jedoch auf die Bedingungen gelingender Implementation und ihrer Anfälligkeit gerichtet.

Beanspruchte theoretische Konzepte für die Erforschung der komplexen Zusammenhänge zwischen relevanten Umwelten, Organisationen, Interventionen und der Gesundheit von Individuen

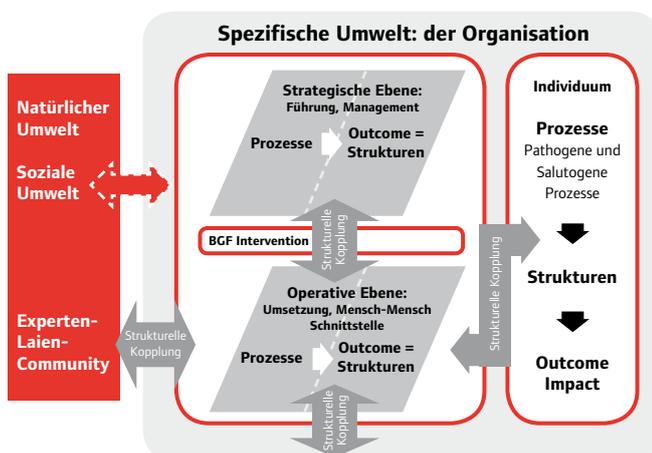


Das „Vienna Organisational Health Impact Model“

Am Beginn der Forschungsarbeit am LBIHPR stand dementsprechend – und steht noch immer – die Entwicklung eines Modells, das die Komplexität der gesundheitsrelevanten Vorgänge in und um Organisationen nachvollziehbar abbilden und ausreichend reduzieren kann. Dadurch sollen Forschungsvorhaben organisierbar gemacht werden. Das „Vienna Organisational Health Impact Model“ (VOHIM) leistet dies unter Verwendung moderner systemtheoretischer und konstruktivistischer The-

orien und Theoreme. Zu den wesentlichen Merkmalen des Modells gehören daher die Vorstellungen, die sich mit den Konzepten autopoietischer Systeme, nicht-trivialer Maschinen, zirkulär-kausaler und nicht-linearer Zusammenhänge, Kausalitätsunterbrechungen an Systemgrenzen und struktureller Kopplungen verschiedenartiger Systeme verbinden.

Das VOHIM versteht sich als theoretisches Modell realer Vorgänge, das trotz der offenkundigen wissenschaftstheoretischen Schwierigkeiten im Stande ist, wissenschaftliche Forschungsfragen anzuregen und bearbeitbar zu machen. Durch die Unterscheidung von Prozessen und Strukturen auf verschiedenen Ebenen der Organisation kann die ge-läufige Trias von Einflussfaktor – Determinante – Outcome/Impact im Modell mehrfach dargestellt werden. Die wissenschaftlich interessanten und weiterführenden Fragestellungen entstehen dann an den Schnittstellen dieser Bereiche. Zu deren Beschreibung wird die Theorie der strukturellen Kopplung verwendet. Zu den wesentlichen Implikationen dieses Modells gehört, dass Interventionen für Gesundheitsförderung in Organisationen so lange ein Eigenleben führen, dessen Lebensende absehbar ist und mehr oder weniger rasch eintritt, solange sie es nicht schaffen, sich mit Kern- und/oder Supportprozessen in Interaktionen strukturell zu koppeln, sowie dass Interventionen, die von der Führung ausgehen, nicht mehr Gewicht haben als Interventionen, die eine Experten-Community von außen auf die Experten der Organisation ausüben. Die Fragen, die sich daraus und aus anderen Konsequenzen ergeben, werden in den Projekten des LBIHPR in den kommenden Jahren untersucht.



Die Partner des LBIHPR

Entsprechend seiner doppelten Forschungsfragestellung befasst sich das LBIHPR sowohl mit Grundlagenforschung wie mit anwendungsorientierter Interventions- und Evaluationsforschung. Ersteres macht es erforderlich, dass Interventionen, deren Wirkungsweise man untersuchen will, erst noch in vivo implementiert werden müssen. Dazu unterhält das LBIHPR Arbeitsbeziehungen zu fünf sogenannten Praxispartnern: dem Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur, dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger, der Gemeinde Wien und dem FGÖ. Die Grundlagenforschung wird mit drei akademischen Partnern umgesetzt: der Universität Wien, der Universität Bielefeld und der Universität von Edinburgh.

Die Programmlinien

Die Forschungsarbeiten werden in sechs Programmlinien umgesetzt, denen jeweils ein Key Researcher vorsteht:

Health Promoting Schools (Wolfgang Dür), Health Promoting Hospitals (Jürgen Pelikan), Health Promotion Long Term Care (Karl Krajic), User and Community Participation (Rudolf Forster), Health Promoting Organisations (Wolfgang Dür), Evaluation in Health Promotion (Karin Waldherr).

Zumindest zwei Bereiche werden in Kooperation mit internationalen Netzwerken erforscht: die Studien zur Gesundheitsförderung bei Kindern, Jugendlichen und in der Schule werden gemeinsam mit der HBSC-Gruppe der WHO (www.hbsc.org), Studien zur Gesundheitsförderung im Krankenhaus gemeinsam mit dem International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services der WHO und dem WHO Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals and Health Care (www.hph-hc.cc) durchgeführt.

Sammlung von Abstracts zu Forschungsideen

1. Intersektorale Gesundheitsförderung und Gesundheitsziele, Health in all Policies

Bedingungsloses Grundeinkommen – sinnvoller Lösungsansatz oder Utopie

Thomas Amegah

Problembeschreibung

Nicht nur im Zusammenhang mit der aktuellen Wirtschaftskrise, sondern auch bei Diskussionen rund um die Themen Arbeitslosigkeit, Prekariat, Working Poor, gerechte Entlohnung, Armut etc. taucht immer wieder die Idee des bedingungslosen Grundeinkommens als mögliche Lösung auf.

Auf Basis der vermeintlich aus der Bibel stammenden Weisheit „Wer nicht arbeitet, soll auch nicht essen“ und mit dem Hinweis „Leistung muss sich lohnen“ wird meist jede sachliche Diskussion darüber, welche Implikationen ein bedingungsloses Grundeinkommen mit sich brächte bzw. ob und unter welchen Bedingungen eine Finanzierung möglich wäre, im Keim erstickt. Die philosophischen Überlegungen im Hintergrund – z. B. das Menschsein an sich statt der Leistung als Basis für das Anrecht auf ein Einkommen – werden meist ignoriert, obwohl sich dabei häufig Gemeinsamkeiten mit den Anliegen der Verringerung von Chancenungleichheit, Abbau der Vererbung von Armut und geringer Bildung etc. finden lassen.

Da ein niedriger sozioökonomischer Status in ursächlichem Zusammenhang mit einer geringeren Lebenserwartung steht und eine bedingungslose Existenzsicherung zu einer Verlagerung des Fokus vom „Überlebenskampf“ zur „Führung eines selbstbestimmten Lebens“ führen könnte, erscheint es sinnvoll, sich mit der Idee des bedingungslosen Grundeinkommens objektiv auseinanderzusetzen und beispielsweise bisher bekannte Umsetzungsversuche auf deren Einfluss auf die Gesundheit sowie die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Länder und Regionen zu untersuchen.

Forschungsfragen

Welche gesundheits(determinanten)bezogenen Auswirkungen sind durch die Einführung eines bedingungslosen Grundeinkommens zu erwarten?

Welche Lehren können für die Gesundheitsförderung aus den verschiedenen Umsetzungsversuchen zum bedingungslosen Grundeinkommen, der Tätigkeit von einschlägigen Untersuchungskommissionen sowie den Ergebnissen bisheriger Forschungsvorhaben gezogen werden?

Literatur

(alle Downloads vom 20. November 2009)

Wikipedia: Bedingungsloses Grundeinkommen

http://de.wikipedia.org/wiki/Bedingungsloses_Grundeinkommen

M. Schlagitweit: Bedingungsloses Grundeinkommen.

Eine theologische Annäherung

www.ksoe.at/grundeinkommen/Library/Grundeinkommen_Theologie.pdf

S. Lessenich: Das Grundeinkommen in der gesellschaftspolitischen Debatte

<http://library.fes.de/pdf-files/wiso/06193.pdf>

C. Strawe: Überlegungen zur Finanzierung eines bedingungslosen Grundeinkommens

www.archiv-grundeinkommen.de/strawe/Finanzartikel_06_Endfassung-1.pdf

G. W. Werner: Finanzierung und Wirkung eines bedingungslosen Grundeinkommens

www.unternimm-die-zukunft.de/index.php?id=54

BDA: Bedingungsloses Grundeinkommen

www.bda-online.de/www/arbeitgeber.nsf/res

[2FB044F531DDA73CC12574F200330E8E/\\$file/BedingungslosesGrundeinkommen.pdf](http://www.bda-online.de/www/arbeitgeber.nsf/res/2FB044F531DDA73CC12574F200330E8E/$file/BedingungslosesGrundeinkommen.pdf)

Angaben zur Person/Organisation

Dr. Thomas Amegah, MAS (ÖGD),
Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B – Gesundheitswesen (Sanitätsdirektion) ist schwerpunktreferent für Gesundheitsförderung.

Gesundheitsförderungsbezogene Aktivitäten/Themen:

- Begutachtung von Förderungsanträgen in den Bereichen Gesundheitsförderung und –vorsorge sowie sonstige Initiativen im Gesundheitswesen
- Weiterentwicklung des Förderungssystems
- Betriebliche Gesundheitsförderung (u. a. Jurymitglied „Fit im Job“ Gesundheitspreis)
- Mitwirkung an der Entwicklung und Umsetzung der Gesundheitsziele Steiermark
- Gesundheitsberichterstattung

Hörraum Schule

Peter Androsch

Problembeschreibung

In der gesamten uns bekannten Baugeschichte wird darauf geachtet, dass Räume, die eine hohe Sprachverständlichkeit erfordern, keine parallelen Wände aufweisen. Beginnend beim Amphitheater über Theater- und Kinosäle bis zu Rathaussitzungssälen und Parlamenten wird dieser Grundsatz nahezu durchgehend berücksichtigt. Trotzdem bauen wir Schulen wie Schuhschachteln. Dies ist eines der großen Rätsel der Baugeschichte und leider eines mit massiven Folgen und Folgekosten. Die bisherigen Versuche, aus den Schuhschachteln durch nachträgliche Maßnahmen unterrichtsgerechte Räume zu schaffen, zeitigen nur unzureichende Ergebnisse. Schon Ende der 1990er Jahre wurden in der Heriot-Watt-Studie der Universität Edinburgh Zusammenhänge zwischen schlechten akustischen Bedingungen und Erkrankungen und sozial deviantem Verhalten von Schüler/innen und Lehrer/innen hergestellt. Auch das Oldenburger Hörzentrum geht von diesem Zusammenhang aus. Die bisherigen Zugänge sind explizit raumakustische, die sich auf Messung und Analyse von Lautstärkeverhältnissen und Nachhallzeiten stützen. Außer Acht gelassen sind Analysen von Raumformen und Art und Richtung der Reflexion (doppelte und dreifache Sprachinformation als Grund von Konzentrationschwäche),

Frequenzanalyse von Reflexion unter Berücksichtigung phylo- und ontogenetischer Disposition, Verstärkungseffekte schallharter Materialien im Bezug auf die Raumform, Klanganalyse von Schulräumen in Anlehnung an den Zürcher Klangplan von Andres Bossard, der Klangqualitäten quantitativen Messmethoden zur Seite stellt. „Hörraum Schule“ gliedert sich in folgende Teilbereiche:

- Bestandsaufnahme der akustischen Verhältnisse der österreichischen Schulen
- Untersuchung der Korrelationen zwischen akustischen Verhältnissen und der Leistungsfähigkeit von Schüler/innen anhand der Ergebnisse der jeweils gültigen PISA-Studien
- Analyse akustischer Eigenschaften nicht zum Unterricht verwendeter Räumlichkeiten (Foyers, Konferenzräume u. Ä.) in Bezug auf gesundheitliche Phänomene
- Untersuchung der Zusammenhänge zwischen akustischen Eigenschaften von Schulgebäuden und den gesundheitsrelevanten Problemen von Lehrpersonal und Schüler/innen unter bes. Berücksichtigung der auralen Sinne Gehör, Orientierung und Gleichgewicht
- Untersuchung zur Korrelation zwischen akustischen Verhältnissen und Konfliktfeldern in Schulen mit hohem Anteil von Kindern mit Migrationshintergrund
- Kriterienkatalog für Sanierungs- und Neubau im österreichischen Schulbauwesen inkl. Selbsthilfeeinleitung

Literatur

Sedmak, Florian und Androsch, Peter (2009): „Hörstadt – Reiseführer durch die Welt des Hörens“.

Kurt Eggenschwiler Forum Gesundes Bauen „Akustik von Schulzimmern und Auditorien“ 2002, u. a.

Angaben zur Person/Organisation

Das Akustikon, die europäische Forschungs- und Vermittlungsstelle zur nachhaltigen Entwicklung des akustischen Raums, ist ein Spin-off der Europäischen Kulturhauptstadt Linz 2009 und möchte die Bedeutung der Sinneswahrnehmung Hören in der modernen Gesellschaft bewusst machen, sie in einen politisch-gesellschaftlichen Zusammenhang stellen und den Großraum Linz zu einem akustischen Kompetenzzentrum machen.

Peter Androsch, geboren 1963 in Wels (OÖ), ist Komponist, Autor, Lehrbeauftragter, Journalist und Musikalischer Leiter von Linz 2009 Kulturhauptstadt Europas. In dieser Funktion entwickelte er „Hörstadt“, ein Aktionsprogramm, um die akustischen Lebensbedingungen zu einem politischen Thema zu machen, und gründete das Akustikon.

Intersektorale Gesundheitsförderung:

Zur möglichen Rolle des Gesundheitssektors in der umfassenden und systematischen Implementierung

Christina Dietscher

Problembeschreibung

Die Gesundheitswissenschaften beschreiben Gesundheit als Phänomen, das neben individuellen persönlichen Voraussetzungen von zahlreichen Faktoren (Determinanten) in den Umwelten von Menschen beeinflusst wird.

Um möglichst viele dieser Faktoren in möglichst vielen Lebensbereichen – von der Familie über die Schule und die Arbeitswelt über Einrichtungen des Gesundheitssystems bis hin zur Seniorenbetreuung – umfassend beeinflussen zu können, bedarf es der intersektoralen Abstimmung und Kooperation. Für ein systematisches Vorgehen muss die Gesundheitsförderung jedoch zumindest zwei wesentliche Hürden bewältigen: Es bedarf einer z. T. erst zu entwickelnden und regelmäßig zu aktualisierenden Wissensbasis darüber, welche Gesundheitsfaktoren für welche Zielgruppen am effektivsten in welchem Setting beeinflusst werden können.

Und es bedarf für die systematische Implementierung von Maßnahmen kompetenter und weitreichender Koordinationsstrukturen, um sowohl Lücken als auch Doppelgleisigkeiten zu vermeiden. Vor dem Hintergrund tendenziell sinkender öffentlicher Finanzierungsmöglichkeiten, die die Einrichtung neuer Strukturen zumindest unwahrscheinlich machen, stellt sich die Frage, welche vorhandenen Strukturen geeignet sind, zur systematischen Entwicklung und Umsetzung von Zielen der intersektoralen Gesundheitsförderung beizutragen, die dafür nötige Wissensbasis auszubauen und die Maßnahmenimplementierung zu koordinieren. Ein Ansatz könnte die Nutzung von unterschiedlichen Einrichtungen des Gesundheitssystems sein.

Forschungsvorschlag

Vor dem Hintergrund der Problemstellung werden folgende Forschungsfragen vorgeschlagen:

- Welche internationalen Erfahrungen – etwa aus Schweden, Großbritannien, Italien oder Kanada – gibt es hinsichtlich der Rolle von Einrichtungen des Gesundheitswesens in der intersektoralen Gesundheitsförderung?
- Können die Systematik intersektoraler Gesundheitsförderung und die Erreichbarkeit benachteiligter Gruppen durch eine koordinative Rolle des Gesundheitssektors verbessert werden?
- Welche internationalen Erfahrungen können auf Österreich übertragen werden?
- Als Methoden werden Literaturrecherchen, Experteninterviews und Fokusgruppen sowie die Sekundäranalyse von Daten aus dem HPH-Netzwerk vorgeschlagen.

Literatur

Allin S., Mossialos E., McKee M. und Holland, W. (2004): Making decisions on public health. A review of eight countries. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies.

MacLellan-Wright, M. F., Anderson, D., Barber, S., Smith, N., Cantin, B., Felix, R. und Raine, K. (2007): The development of measures of commu-

nity capacity for community-based funding programs in Canada. In: *Health Promotion International* 22 (4), 299–306.

Mittelmark, M. B., Wise, M., Nam, E. W., Santos-Burgoa, C., Fosse, E., Saan, H., Hagard, S. und Tang, K. C. (2006): Mapping national capacity to engage in health promotion. Overview of issues and approaches. In: *Health Promotion International* 21 (Supplement 1), 91–98.

Angaben zur Person/Organisation

Das Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research (LBHIPR) untersucht den Zusammenhang von Organisation und Gesundheit, insbesondere für die Settings Schule, Krankenhaus und Langzeitbetreuung.

Mag. Christina Dietscher ist Senior Researcher in der Programmlinie „Health Promoting Hospitals“.

Geographische Informationssysteme

Potenziale für eine determinanten- und gesundheitsförderungsorientierte Gesundheitsberichterstattung

Gerlinde Grasser

Problembeschreibung:

Um den Ansprüchen der Gesundheitsförderung gerecht zu werden, ist es Aufgabe der Gesundheitsberichterstattung, nicht nur über den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu informieren, sondern auch über die Determinanten der Gesundheit. Beispielsweise sollen Informationen über das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung um Informationen zu den Lebensverhältnissen der Bevölkerung ergänzt werden.

Nachdem die Gestaltung dieser Umweltfaktoren nicht in den unmittelbaren Entscheidungsbereich der Gesundheitspolitik fallen, kommt somit auch in der Gesundheitsberichterstattung die multisektorale Verantwortung für Gesundheit zum Ausdruck, und Zusammenarbeit zwischen mehreren Sektoren wie auch verhältnisorientierte Maßnahmen würden gefördert werden.

Die Berichterstattung zu den Lebensverhältnissen und den Determinanten von Gesundheit und Gesundheitsverhalten scheitert allerdings meist am Mangel an verfügbaren Daten. Eine Möglichkeit, Lebensverhältnisse basierend auf bestehenden Routinedaten abzubilden, bietet die Verwendung von Geographischen Informationssystemen. Die Verwendung von GIS wird als vielversprechende Möglichkeit gesehen, Umweltdaten für epidemiologische Analysen – nicht nur in der Wissenschaft, sondern auch in der Praxis der Gesundheitsberichterstattung und -planung – zu nützen (Higgs und Gould 2001). GIS-Daten haben in Studien bereits Potenzial zur Analyse von verhältnisorientierten Einflussfaktoren beispielsweise zum Thema Ernährung, Alkohol, Tabak und Bewegung gezeigt (siehe z. B. McKinnon et al. 2009, Schonlau et al. 2008, Brownson et al. 2009, Purciel et al. 2009). Der Einsatz von GIS für die Gesundheitsberichterstattung erfordert allerdings die Entwicklung valider Indikatoren aufbauend auf den vorhandenen Daten.

Diese Aufgabenstellung soll als erster Versuch anhand eines spezifischen Themas bearbeitet werden, um die Machbarkeit und Grenzen zu testen. Ein mögliches Thema ist die körperliche Aktivität. Körperliche Aktivität wird u. a. von der gebauten Umwelt (z. B. Straßen- und Wegenetz, Nähe zu Einrichtungen etc.) beeinflusst. Diese gebauten Umweltfaktoren können anhand von GIS-Daten abgebildet und für eine gesundheitsförderungsorientierte Gesundheitsberichterstattung genutzt werden.

Daraus ergibt sich folgende Forschungsfrage:

Welche Indikatoren der gebauten Umwelt (gemessen mit GIS) zeigen einen Zusammenhang mit der körperlichen Aktivität der Bevölkerung und können für die Gesundheitsberichterstattung verwendet werden?

Literatur

Brownson, R., Hoehner, C., Day, K., Forsyth, A. und Sallis, J. (2009): Measuring the built environment for physical activity. State of the science. *American Journal of Preventive Medicine* 36 (4S), 99–123.

Higgs, G. und Gould, M. (2001): Is there a role for GIS in the „new NHS“? *Health & Place* 7, 247–259.

McKinnon, R., Reedy, J., Morrissette, M., Lytle, L. und Yaroch, M. (2009): Measures of the food environment. A compilation of the literature, 1990–2007. *American Journal of Preventive Medicine* 36 (4S), 124–132.

Purciel, M., Neckermann, K., Lovasi, G., Quinn, J., Weiss, C., Bader, M., Ewing, R. und Rundle, A. (2009): Creating and validating GIS measures of urban design for health research. *Journal of Environmental Psychology*. Doi:101016/j.jenvp.2009.03.004.

Schonlau, M., Scribner, R., Farley, T., Theall, K., Bluthenthal, R., Scott, M. und Cohen, D. (2008): Alcohol outlet density and alcohol consumption in Los Angeles county and southern Louisiana. *Geospatial Health* 31 (1), 91–101.

Angaben zur Person/Organisation

Das Kompetenzzentrum für Gesundheitsberichterstattung (KoGB) am Studiengang Gesundheitsmanagement im Tourismus an der FH JOANNEUM befasst sich mit der Weiterentwicklung und der Erstellung von Gesundheitsberichten in Österreich. Im Speziellen gibt es ein Forschungsinteresse an der Ausrichtung der Gesundheitsberichterstattung an Public-Health-Prinzipien und -Paradigmen. So wurden in den letzten Jahren Methoden und Zugänge der Gesundheitsberichterstattung erarbeitet, die stärker an der Gesundheitsförderung, an Determinanten und an der multisektoralen Verantwortung für Gesundheit anschließen. Darüber hinaus beschäftigt sich das KoGB mit der Konzeption und Evaluation von Gesundheitsförderungsmaßnahmen und -strategien, mit einem Fokus auf sektorenübergreifende Zusammenarbeit.

Mag. Gerlinde Grasser MSc PH ist Hochschullehrende und leitet Forschungs- und Entwicklungsprojekte im Bereich Public Health, Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung.

Der Einsatz von GPS zur Erfassung von Bewegungsräumen verschiedener Zielgruppen

Patricia Krenn

Problembeschreibung

Der Zusammenhang zwischen regelmäßiger körperlicher Aktivität und Gesundheit wird anhand vieler Studien belegt. Einer der aktuellen Forschungsschwerpunkte im Bereich Bewegung und Public Health ist die Beurteilung des Einflusses der uns umgebenden Umwelt auf den Bewegungsumfang von Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen und älteren Menschen. Der landschaftliche und bauliche Rahmen der (Wohn-)umgebung bzw. die dabei gebotenen Möglichkeiten für körperliche Aktivitäten wie z. B. Radwege oder Parks beeinflussen Menschen in ihrem Bewegungsverhalten. Der Forschungsansatz basiert auf dem sozial-ökologischen Modell, das Interventionen auf vier Ebenen vorsieht, um die Bewegung der Bevölkerung anzukurbeln: die individuelle Ebene, die soziale Ebene, die politische Ebene und die Ebene der Umweltfaktoren.

Aktuell liegt die Herausforderung in der Erfassung des Zusammenhanges zwischen körperlicher Aktivität und Umweltfaktoren. Bauliche und natürliche Umgebungsmerkmale sowie Informationen zu körperlicher Aktivität wurden bisher oft anhand von Fragebögen erfasst, die jedoch ein subjektives Messinstrument darstellen. Objektive Messmethoden um Umweltfaktoren bzw. körperliche Aktivität zu erfassen, sind z. B. Auditinstrumente, Geographische Informationssysteme (GIS), Beschleunigungsmesser, Pedometer, Herzfrequenzmesser und das Globale Positionierungssystem, kurz GPS genannt. GPS ist dabei das einzige Instrument, das in der Lage ist, die Bewegung räumlich zu erfassen. Bisherige Studien belegen den Nutzen von GPS, um objektiv den Zusammenhang zwischen Umgebung und menschlichem Bewegungsverhalten zu analysieren. Ziel der Studie ist es, die Eignung von GPS zur Erfassung von Bewegungsräumen in Österreich zu testen. Im Speziellen soll untersucht werden, welche räumlichen Strukturen Personen für die aktive Mobilität (Gehen, Radfahren) wählen.

GPS bietet eine breite Palette an Parametern, die im Sinne der Bewegungserfassung von Menschen relevant

ist. Von Bedeutung sind vor allem Positionen, Distanzen und Geschwindigkeiten. Um den Zusammenhang zur Umgebung herzustellen, werden die mittels GPS aufgezeichneten Strecken in GIS-Datenbanken eingespielt. Anhand von digitalen Karten (Orthofoto, Flächenwidmungsplan usw.) können bestimmte Parameter des Umfeldes analysiert werden. In Norwegen setzte man GPS bei Schulkindern ein, um die Bewegungen der Schüler/innen im Schulumfeld zu lokalisieren (Fjørtoft et al. 2009), während in Neuseeland der zurückgelegte Weg von Schulkindern in der Mittagspause anhand von GPS erfasst wurde (Duncan et al. 2009). Ein Nachteil von GPS liegt im städtischen Gebiet, wo durch die Signalabschattung durch Gebäuden Ungenauigkeiten bzw. Signalausfälle entstehen können. Moderne GPS-Receiver besitzen einen hochwertigeren Chip, um solche Signalausfälle zu vermeiden. GPS wird oft nicht als alleiniges Instrument in der Erfassung von Bewegung verwendet. Die Kombination von GPS mit Beschleunigungssensoren und Herzfrequenzmessern wurde bereits in einigen Studien erfolgreich getestet und erhöhte die Genauigkeit der Ergebnisse (Jones et al. 2009, Webber et al. 2009).

Die Möglichkeit, bevölkerungsrepräsentativ Informationen zu Mustern und Tendenzen körperlicher Aktivität in Bezug auf Bewegungsräume zu erfassen, würde neue Strategien anbieten, das Aktivitätsniveau der Bevölkerung durch angepasste infrastrukturelle Maßnahmen zu steigern und dadurch die Gesundheit nachhaltig zu fördern.

Die Möglichkeit, bevölkerungsrepräsentativ Informationen zu Mustern und Tendenzen körperlicher Aktivität in Bezug auf Bewegungsräume zu erfassen, würde neue Strategien anbieten, das Aktivitätsniveau der Bevölkerung durch angepasste infrastrukturelle Maßnahmen zu steigern und dadurch die Gesundheit nachhaltig zu fördern.

Literatur

Duncan, J. S. et al. (2009): Combining GPS with heart rate monitoring to measure physical activity in children. *JSMS* 12, 583–585.

Fjørtoft, I. et al. (2009): Tracking movement patterns and physical activity in schoolyards using

global positioning system and heart rate monitoring. *Landscape and urban planning* (im Druck).

Jones, A. P. et al. (2009): Environmental supportiveness for physical activity in English schoolchildren. A study using global positioning systems. *IJBNPA* 6, 42.

Webber, S. C. et al. (2009): Monitoring mobility in older adults using global positioning system (GPS) watches and accelerometers. *JAPA* 17, 455–467.

Angaben zur Person/Organisation

Institut für Sportwissenschaften, Universität Graz
DI Mag. Patricia Krenn: Studienabschlüsse: TU Graz: Vermessung und Geoinformation (2007); KF Uni Graz: Sportwissenschaften (2008); Diplomarbeit: GPS Applikationen im Sport; Doktoratsstudium Sportwissenschaften seit WS 2009 im Bereich Public Health: Titel: Korrelation von baulicher und natürlicher Umgebung und körperlicher Aktivität. Optimierung der Beurteilung der Verhältnisse durch den Einsatz von Geographischen Informationssystemen (GIS).

Verknüpfung von Maßnahmen der Jugendwohlfahrt mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung

Hubert Löffler

Die vorliegende Forschungsidee ist sowohl dem Bereich der Intersektoralen Gesundheitsförderung und Gesundheitsziele (Health in all Policies) als auch dem Bereich der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte oder Menschen, die von der Finanzkrise betroffen sind, zuzurechnen (Priorität 1 im Arbeitsprogramm 2009).

Problembeschreibung

Die öffentliche Jugendwohlfahrt in Österreich hat die Aufgabe, Gefährdungen (physische, psychische, soziale) von Kindern und Jugendlichen zu erkennen und Maßnahmen zu ihrer Abwendung zu setzen. Solche

Maßnahmen sind vor allem die „Unterstützung der Erziehung“ oder die Fremdunterbringung als Maßnahme der „Vollen Erziehung“.

Von den 1,6 Millionen Kindern/Jugendlichen in Österreich erhielten am Stichtag 31. 12. 2007 über 23.800 eine Unterstützung der Erziehung, und über 10.000 waren als Maßnahme der „Vollen Erziehung“ fremd untergebracht, d. h., dass laufend zirka 2 Prozent der österreichischen Kinder/Jugendlichen von Maßnahmen der öffentlichen Jugendwohlfahrt betroffen sind. (1) Nimmt man die Eltern und andere Familienmitglieder der ambulant betreuten 23.000 Kinder dazu, so beträgt die potenzielle Zielgruppe bis zu 90.000 Personen. Diese Personen können zu einem überwiegenden Teil der sozioökonomisch benachteiligten Personengruppe zugeordnet werden, was u. a. auch die Daten des Projekts „...trotz allem gesund!“ (2) belegen.

Forschungsfrage

Die Studie sollte darauf abzielen, Wege und Strategien für die Gesundheitsförderung in der Jugendwohlfahrt zu finden. Sie sollte vor allem erheben, welche Möglichkeiten, aber auch welche Schwierigkeiten in Bezug auf eine Implementierung von Gesundheitsförderung in diesem Bereich zu erwarten sind.

Dabei sollten sowohl die möglichen Formen eines Zugangs zu dieser Zielgruppe untersucht bzw. aufgezeigt werden als auch sinnvolle und praktikable Interventionsbereiche und Interventionsmethoden vorgeschlagen werden.

Da die Jugendwohlfahrts-Strukturen in den österreichischen Bundesländern recht unterschiedlich sind (ungleiche öffentliche und private Dienste, andersgeartete Zugänge ...), müssen allfällige Implementierungsmöglichkeiten bundesländerspezifisch erhoben und vorgeschlagen werden. Aufbauen könnte man sowohl auf den Ergebnissen der 9. Österreichischen Präventionstagung „Soziale Ungleichheit und Gesundheit“ 2007 (3), auf einer Meta-Studie der Europäischen Union, in der 40 Projekte untersucht wurden, die nachweislich zu einer Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit bei Kindern geführt haben (4), und auf den Erfahrungen des Projektes „... trotz allem gesund!“, das 2004 bis 2008 in Vorarlberg durchgeführt wurde (5) Praktische Kenntnisse über die Strukturen und Ab-

läufe in der Jugendwohlfahrt, über die Umstände, unter denen Maßnahmen von der Jugendwohlfahrt verfügt werden, und die Erwartungen bzw. Befürchtungen der Betroffenen sind für die Studie zur Planung einer Verknüpfung von Jugendwohlfahrt und Gesundheitsförderung von großem Vorteil.

Literatur

1 http://bmwa.cms.apa.at/cms/content/attachments/7/3/6/CH0947/CMS1234877055102/aa_-_statistik_2007_bmwfj_neu.pdf.

2 Abschlussbericht „... trotz allem gesund!“ – IfS-Familienarbeit, 2009 bzw. FGÖ.

3 Tagungsband der 9. Österreichischen Präventionstagung.

4 Mielck, Andreas (2002): Gesundheitliche Ungleichheit. Empfehlungen für Prävention und Gesundheitsförderung. In: Homfeldt/Laaser/Prümel-Philippson (Hg.): Studienbuch Gesundheit. Neuwied. Krißel: Luchterhand, 60 ff.).

5 Abschlussbericht „... trotz allem gesund!“ – IfS-Familienarbeit, 2009.

Angaben zur Person/Organisation

Institut für Sozialdienste, Familienarbeit Feldkirch
Dachverband Österreichischer Jugendwohlfahrtseinrichtungen DÖJ: Zusammenschluss von Einrichtungen aus allen Bundesländern (bisher 40), die stationäre oder ambulante Maßnahmen der Jugendwohlfahrt durchführen.

Dr. Hubert Löffler ist Vorstandsmitglied DÖJ, Geschäftsführer der IfS-Familienarbeit gemnGmbH, Projektleiter des Projektes „... trotz allem gesund!“, Gesundheitspsychologe, Psychotherapeut.

2. Evaluation, Wirksamkeitsforschung

Warum Gesundheitsförderungsprojekte scheitern?

Eine Analyse von FGÖ-Projekten mit fehlender oder eingeschränkter Zielerreichung Bedingungsanalyse-Versuch einer Typologie

Michael Brenner

Problembeschreibung

Evidenzbasierte Gesundheitsförderung bedeutet, dass Interventionen in breiterer, z. B. bevölkerungsweiter Durchführung nur durchgeführt werden sollen, wenn der Nachweis von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit erbracht ist.(1) Zur Weiterentwicklung von Inhalten und Methoden der Gesundheitsförderung sind innovative Ansätze erforderlich, deren Wirksamkeit durch eine begleitende Evaluation zu untersuchen ist. Der FGÖ hat hierzu unsere Empfehlungen zur Evaluation(2) zügig und umfassend umgesetzt.

Die Evaluationsforschung untersucht mit wissenschaftlichen Methoden, ob Interventionen in Bezug auf Struktur-, Produkt-, Prozess- und Ergebnisziele wirksam, nur eingeschränkt wirksam oder unwirksam sind. Das Ergebnis einer Evaluation ist grundsätzlich immer offen. Allerdings sind die Politik, die Akteure der Gesundheitsförderung, der FGÖ als Institution, die Gesundheitsreferenten, die Projektnehmer und manchmal die Evaluationsforscher selbst immer eher an positiven Effekten interessiert als am Nachweis der eingeschränkten Wirksamkeit oder gar der Unwirksamkeit. Interventionen unterliegen so der Gefahr von Bias, der z. B. in der Selbstevaluation als „recognition bias“ und in der Veröffentlichungspraxis als „publication bias“ auftreten kann. Die Tendenz zur Nichtbefassung mit negativen oder unklaren Befunden ist zwar verständlich, für die Optimierung von Qualität in der Projektdurchführung und Evaluation aber fehlerhaft. Aus wenigen gescheiterten Projekten kann u. E. mehr gelernt werden als aus vielen erfolgreichen.

Wir gehen davon aus, dass „negative or inconclusive outcomes“ Ergebnisse eines multifaktoriellen Prozesses sind, der eine Vielzahl von Bedingungen aufweist, wie z. B. die Qualität und Präzision der Ansuchen, die Qualität der Projektbegutachtung, die Qualifikation der In-

terventoren, die Zielgruppen und das Interventionsfeld und seine Störgrößen, die Qualität von Dokumentation und Evaluation, die personellen und finanziellen Ressourcen und schließlich die Kommunikation und Kooperation zwischen allen Beteiligten.

Forschungsfragen

1. Welche Bedingungskonstellationen weisen Praxisprojekte der Gesundheitsförderung mit „negative or inconclusive outcomes“ auf?
2. Ab welchem Zeitpunkt war dieser spezifische Outcome erkennbar?
3. Welche Bedeutung hatte die begleitende Evaluation im Projekt beim Erkennen von Problemen?
4. Durch welche Maßnahmen hätte der Outcome gegebenenfalls verhindert werden können?
5. Welche Konsequenzen wurden FGÖ-intern aus dem Outcome gezogen?

Auf der Grundlage der Evaluation von Einzelprojekten der Gesundheitsförderung beim FGÖ gehen wir davon aus, dass zirka 10 Prozent aller Projekte in diese Kategorie fallen. In Bezug auf die 330 abgeschlossenen Praxisprojekte(3) gehen wir von insgesamt zirka 30 Projekten aus.

Arbeitsschritte

- Auswahl der ca. 30 Projekte in Zusammenarbeit mit den Gesundheitsreferenten
- Analyse der Projektordner (Projekttablauf)
- Analyse der Projektdokumentationen
- Analyse der Projektevaluationen (soweit vorliegend)
- Hypothesengenerierung zu Bedingungen des Scheiterns
- Bedingungsanalyse in Bezug auf die Projekte
- Versuch einer Typologie
- Präsentation und Diskussion der Ergebnisse mit den Gesundheitsreferenten
- Präsentation und Diskussion der Ergebnisse mit den beteiligten Evaluationsinstitutionen

Zeitbedarf

Ca. 6 Monate

Nutzen

1. Unterstützung der Gesundheitsreferenten in der Projektbetreuung
2. Unterstützung der Evaluationsinstitute in der Projektbegleitung
3. Klärung der Bedeutung der Evaluationsbudgets für das Erkennen von Problemen
4. Qualitätssicherung der Arbeit des FGÖ

Hinweise

- (1) Auf den Aspekt der Wirtschaftlichkeit wird in diesem Abstract nicht weiter eingegangen.
- (2) Vgl. FB+E: Evaluation der Tätigkeit des FGÖ, 2002, 2005.
- (3) Recherche in der FGÖ-Projektdatebank vom 21. 8. 2009.

Angaben zur Person/Organisation

Evidence Health Consultants
Dr. Kirschner & Brenner GbR

Metaanalyse partizipativer Elemente von kommunalen Gesundheitsförderungsprojekten in Österreich und Entwicklung von Standards und Handlungsanleitungen

Rudolf Forster, Peter Nowak

Problemstellung und Zielsetzung

Partizipation hat seit der Ottawa-Charta einen besonderen Status in der Gesundheitsförderung (GF) und gilt als Schlüsselprinzip (Rootman et al. 2001). Dass GF gerade in komplexen Settings nicht mit Top-down-Ansätzen erfolgreich sein kann, ist unmittelbar einsichtig. Allerdings ist die Rolle von Partizipation in Relation zur GF-Praxis und in ihrem Beitrag zur Gesundheit selten kritisch untersucht worden (Potvin 2007). Der Begriff wird in verschiedenen Programmen sehr unterschiedlich benutzt. In einem Übersichtsartikel beklagen Zakus

und Lysack (1998), dass „as a specific technique, community participation is not well understood“. Kritiker schreiben Partizipation gar einen „kosmetischen Wert“ zu, der sich dazu eignet, „to make whatever is proposed to look good“ (Morgan 2001). Ein laufender Literaturreview des LBIHPR (als Vorstudie vgl. Marent et al. 2009) lässt verstärkte Bemühungen zur theoretischen Fundierung und zur Spezifikation von Modellen in den letzten Jahren erkennen, die sich häufig auch auf kommunale GF beziehen. Gemäß dem Forschungsprogramm des LBIHPR werden die Ergebnisse dieses Reviews vor allem in der Diskussion und Spezifikation partizipativer Strategien der GF in Organisationen angewendet werden und nicht auf kommunale GF Bezug nehmen. Diese Ergebnisse könnten jedoch auch eine Grundlage für andere Forschungsgruppen bieten, um die bisherige Praxis partizipativer Gestaltung von kommunaler GF in Österreich zu untersuchen und Standards und Handlungsanleitungen für kommunale GF-Projekte in Österreich zu entwickeln.

Daraus ableitend, lassen sich folgende **Forschungsfragen** formulieren:

Wie partizipativ sind kommunale GF-Projekte in Österreich? Welches Verständnis von Partizipation liegt ihnen zugrunde? Wie wird Partizipation implementiert und evaluiert? Was sind die Erfahrungen und Ergebnisse, insbesondere in Hinblick auf die Inklusion von sozial benachteiligten, vulnerablen bzw. wenig artikulationsfähigen Bevölkerungsgruppen? Was sind effektive und effiziente Prozesse in der kommunalen Beteiligung? Wie werden im Besonderen die Kooperationen zwischen Beteiligungsprozess und Kommunalpolitik bzw. -verwaltung gestaltet? Diese Fragen könnten durch eine Meta-Analyse kommunaler GF-Projekte untersucht werden.

Auf den Ergebnissen der Meta-Analyse aufbauend und durch einen Literaturreview ergänzend, könnte man sich der Beantwortung folgender Fragen widmen: Welche Modelle guter Praxis lassen sich in der neueren internationalen Literatur identifizieren? Wie anschlussfähig sind diese an österreichische Verhältnisse? Welche Standards, Förderschwerpunkte, Prozessabläufe und Instrumente, die die partizipative Gestaltung kommunaler GF in Österreich anleiten und stärken könnten, lassen sich auf dieser Basis empfehlen?

Literatur

Marent, Benjamin, Nowak, Peter und Forster, Rudolf (2009): User and Community Participation. Eine Vorstudie zur Rekonstruktion kollektiver Nutzer und „Community“-Beteiligung in der Gesundheitsförderung und im Krankenbehandlungssystem. Wien: LBIHPR, Working Paper 1.

Morgan, Lynn M. (2001): Community participation in health. Perpetual allure, persistent challenge. *Health Policy and Planning* 16 (3), 221–230.

Potvin, Louise (2007): Managing uncertainty through participation. In: David McQueen et al. (Hg.): *Health and modernity*. New York: Springer, 103–128.

Rootman, Irving et al. (2001): A framework for health promotion evaluation. In: Irving Rootman et al. (Hg.): *Evaluation in health promotion*. Kopenhagen: WHO, 7–38.

Zakus, David L. und Lysack, Catherine L. (1998): Revisiting community participation. *Health Policy & Planning* 13 (1), 1–12.

Angaben zur Person/Organisation

Das Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research (LBIHPR) untersucht den Zusammenhang von Organisation und Gesundheit, insbesondere für die Settings Schule, Krankenhaus und Langzeitbetreuung. Ao. Univ.-Prof. Dr. Rudolf Forster ist Key Researcher, und Mag. Dr. Peter Nowak ist Senior Researcher in der Programmlinie „User and Community Participation“.

Evaluation des Programms Gesunde Volksschule – Schule zum Wohlfühlen

Doris Kuhness

Problembeschreibung

Das Programm „Gesunde Volksschule – Schule zum Wohlfühlen“ von Styria vitalis wurde in der Steiermark im Schuljahr 1989/90 gestartet und ist beinahe so alt wie die Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung. Am Anfang stand das Anliegen, das Thema Gesundheit in die Volksschulen zu bringen und zu versuchen, die Leitgedanken der Ottawa-Charta praktisch umzusetzen. Faktum ist, dass sich das Programm seit seinen Anfängen stark, wohl entlang des „state of the art“ gesundheitsbezogener Interventionen in der Gesundheitsförderung in den vergangenen 20 Jahren entwickelt hat und verschiedene Interventionsformen (Vorsorgemedizin, Gesundheitserziehung, Gesundheitsförderung, Vernetzung von Schulentwicklung und Gesundheitsmanagement) durchlaufen hat und durchläuft. Das Programm hat sich in vielen Facetten verändert, weist jedoch immer noch Spuren der Interventionen der frühen 1990er Jahren auf. Aktuell partizipieren rund 80 steirische Volksschulen am Programm.

Die Vision des Programms ist es, dass die Interventionen im Rahmen des Programms „Gesunde Volksschule – Schule zum Wohlfühlen“ einen Beitrag zu Gesundheit und Wohlbefinden der Schüler/innen und Lehrer/innen leisten und Schulen in der Erfüllung ihres Bildungs- und Erziehungsauftrags unterstützen.

Bisher wurden bereits einige Evaluationsstudien zu Teilaspekten der Gesunden Volksschule durchgeführt (Essverhalten der Schüler/innen, Zufriedenheit der Pädagog/innen). Nichtsdestotrotz steht eine größere Wirksamkeitsstudie in Bezug auf das Programm als Ganzes noch aus. Potvin et al. (2009) beschreiben bevölkerungsbezogene Maßnahmen folgendermaßen:

„Bevölkerungsbezogene Maßnahmen stellen komplexe Interventionen dar, welche viele lokale Akteure unterschiedlicher Herkunft und mit unterschiedlichen Interessen einbeziehen.“ (S. 243)

Sie

- sind allgemein, partizipatorisch, komplex, langlebig sowie flexibel und anpassungsfähig,
- umfassen eine Mehrebenen-Sicht und Mehrebenen-Strategie individuellen Wandels,
- sehen die Beteiligung der Zielgruppe(n) als Schlüsselvariable, um Veränderungsprozesse (individuell und strukturell) zu erzielen,
- sind langlebig, weil der Prozess, lokale Akteur/innen zu beteiligen, ein zeit- und kraftaufwändiger ist,
- sind flexibel und anpassungsfähig, womit sie auf geänderte Realitäten reagieren können. (Potvin et al. 2009)

Bei der „Gesunden Volksschule“ handelt es sich um solch eine komplexe Intervention mit allen oben genannten Merkmalen. Der Umstand, dass es sich um ein komplexes Programm handelt, beeinflusst die Gestaltung der Evaluation (Fragestellung, Evaluationsdesign, Ergebnisvariablen, Datenanalyse). Diese kann aus unserer Sicht nur über eine Kooperation von Wissenschaft und Praxis umgesetzt werden. In Bezug auf die Evaluation ergeben sich verschiedene Herausforderungen, z. B.:

- die Frage nach den Wirkungsmechanismen des Programms (mindestens ebenso wichtig wie die Frage nach der Wirksamkeit),
- die Frage nach dem Wirkungsmodell, welches die Basis der Evaluation sein könnte (z. B.: Wäre das Modell von Nutbeam als Rahmenmodell für die Evaluation geeignet? Welche anderen Rahmenmodelle würden sich dafür noch anbieten?),
- die Frage nach dem Forschungsdesign.

Literatur

Nutbeam, D. (2006): Health literacy as a public health goal. A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International* 15 (3), 259–267.

Potvin, L., Richard, L. und Mercille, G. (2009): Die Evaluation von bevölkerungsbezogenen Maßnahmen der Gesundheitsförderung. In: P. Kolip und V. E. Müller (2009): *Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention*. Bern: Verlag Hans Huber, 241–277

WHO (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung.

Gesunde Volksschule: www.styriavitalis.at

Angaben zur Person/Organisation

Styria vitalis leistet mit den Strategien Primärprävention und Gesundheitsförderung einen Beitrag zur Gesundheit der Steirer/innen. Mag. Doris Kuhness, MPH leitet die Abteilung Schule.

Herz- und Kreislauf-Gesundheit

Elisabeth Mayr-Frank

Die Forschungsidee bezieht sich auf die Evaluation und Wirksamkeitsforschung betreffend verhaltenspräventive Programme zum Schwerpunkt „Herz- und Kreislaufgesundheit“ (z. B. Adipositasprävention, Diabetesprävention, Prävention von metabolischem Syndrom, Raucher/innenentwöhnungsprogramme ...). Forschungsziel ist die Konzipierung von Wirksamkeitsmodellen, (1) deren Ziel der Nachweis von (positiven) Effekten auf Basis des Best-Practice-Ansatzes für Programme zur Lebensstilmodifikation in Settings darstellt und weiters (2) relevante Erfolgsfaktoren für die Implementierung von Pilotprogrammen in die Fläche berücksichtigt.

Problembeschreibung

Im Zuge der letzten Tagung des Europäischen Forums für evidenzbasierte Prävention (EUFEP) in Baden beschrieben Günter Ackermann und Wolfgang Dür die in der Praxis hinlänglich bekannten Probleme von verhaltensmodifizierenden Programmen in Settings wie etwa deren hohe Komplexität und die zahlreichen daraus resultierenden sowie schwer überprüfbaren exogenen Einflüsse für einen Wirksamkeitsnachweis. Für eine adäquate Bewertung von Programmen, allenfalls jedoch für zulässige Vergleiche zwischen verschiedenen Programmen sowie Aggregatdatenverfahren und metaanalytischer Methoden bedarf es vergleichbarer Indikatoren und standardisierter Dokumentationen.

Auftraggeber/innen und Financiers fordern Anbieter/innen/Durchführende von Verhaltensprogrammen ständig und zu Recht dazu auf, im Rahmen der Evaluierung die komplexen Interventionen in den unterschiedlichen Kontexten zu bewerten. Weiters wird erwartet, dass die angewandten Interventionen evidenzbasiert sind. Zudem stehen Fragen bezüglich der Wirtschaftlichkeit der Programme sowie des Return of Investments, also des ökonomischen Nutzens, im Zentrum des Interesses der Entscheidungsträger/innen. Letztlich folgt die Herausforderung, jene Mehrheit an Programmen, die zunächst in Form von Pilotprojekten realisiert wurden, entsprechend in die Fläche zu bringen. Aufgrund der Strukturkomplexität und der Kontextbezogenheit ist nämlich keinesfalls gesichert, dass sich der Erfolg von Pilotprogrammen problemlos übertragen lässt („transferability“).

Forschungsfrage

In Anlehnung an Ackermann und Dür stellt sich in einem ersten Schritt die Frage nach der Konzeption von einem einheitlichen Wirkungsmodell für verhaltensorientierte Programme. In diesem Zusammenhang gilt es auch die Nützlichkeit des Best-Practice-Ansatzes kritisch zu hinterfragen. Weiters soll geprüft werden, welchen Beitrag ExpertInnen- sowie Erfahrungswissen und Werte leisten können. Zudem muss über eine bestmögliche Integration von relevanten Kontextfaktoren für eine kontrollierte Wirkungsmessung nachgedacht werden.

In einem zweiten Schritt steht die Frage nach einer erfolgreichen Transferierbarkeit von Pilotprogrammen im Fokus, d. h., es sollen Faktoren identifiziert werden, die für eine gelungene Übertragbarkeit von bislang lokalen Interventionen trotz Kontextabhängigkeit maßgeblich sind. Ziel soll es somit sein, ein effektives Wirkungsmanagement bereitzustellen bzw. zu gewährleisten, auf dessen Basis (1) Umsetzungskonzepte von verhaltenspräventiven Programmen optimiert werden können, und (2) eine sachlich-wissenschaftliche Argumentation für die Durchführung von diesbezüglichen Programmen bereitzustellen, um auf die Entschlussfreudigkeit der (politischen) Entscheidungsträger/innen positiv einzuwirken.

Literatur

Präsentationen der EUFEP-Tagung, Baden bei Wien, Juni 2009: www.eufep.at/programmuebersicht (Stand: 22. 10. 2009)

Günter Ackermann (Gesundheitsförderung Schweiz): Wirkungsmanagement in der Gesundheitsförderung und Prävention. Herausforderungen und konkrete Umsetzung am Beispiel Gesundes Körpergewicht.

Wolfgang Dür: Schwierigkeiten in der Evaluation populationsbasierter Präventionsprogramme sowie gute und problematische Kompromisse.

Angaben zur Person/Organisation

Die Abteilung Gesundheitsförderung und Vorsorgemedizin in der OÖ Gebietskrankenkasse hat seit ihren Anfängen in den frühen 1990er Jahren eine Vorreiterrolle in der österreichischen Krankenversicherungslandschaft übernommen. Stetige inhaltliche Weiterentwicklung, die Erschließung neuer Themenfelder, aber auch ein personeller Ausbau haben die letzten Jahre geprägt. Innovation, Praxisorientierung und Qualitätssicherung sind nur einige Grundprinzipien unserer Arbeit, zudem suchen wir Kooperationen mit relevanten Partner/innen und sind national sowie international vernetzt. Mit unseren Gesundheitsförderungsangeboten und Projekten sind wir nicht nur in Betrieben und Schulen präsent. Insbesondere in der jüngsten Vergangenheit ist es auch gelungen, im gesamten oberösterreichischen Raum Verhaltensangebote für unsere Versicherten zu etablieren.

Dr. Elisabeth Mayr-Frank, BHC, ist Ärztin für Allgemeinmedizin mit Public-Health-Ausbildung (Bachelor of Science in Health Communication), Geschäftsfeldkoordinatorin für verhaltenspräventive Angebote (ambulante Raucher/innenentwöhnung, Adipositaspräventionsprogramme, kommunale Diabetesprävention).

Entwicklung eines theoretischen Rahmenmodells zur Implementierung und Evaluierung von Gesundheitsförderung im Kindergarten

Karin Waldherr

Problemstellung

Eine frühzeitig ansetzende Gesundheitsförderung (GF) im Kindergarten ist zweifellos von großer Bedeutung für die Verminderung von gesundheitlicher Ungleichheit. Soziale Benachteiligung, die bereits im Kindergartenalter manifest wird, kann nämlich als Bildungsbenachteiligung wirken, die sich dann im gesamten Lebenslauf fortsetzt (UNICEF 2007, OECD 2009). Darüber hinaus sind Maßnahmen im Kindesalter am effektivsten (ab einem Alter von 10 Jahren wird es immer schwerer, Gewohnheiten zu verändern); schlecht geplante und nicht erfolgreiche Maßnahmen können allerdings auch umso mehr schaden.

Die Planung, Implementierung und Evaluierung von GF im Kindergarten stellen jedoch aus folgenden Gründen eine besondere Herausforderung dar:

- Der Setting-Ansatz erfordert einen ganzheitlichen Zugang zum Kindergartenleben, was bedeutet, dass strukturelle Bedingungen, KindergartenpädagogInnen, Kinder und deren Eltern berücksichtigt und mit einbezogen werden müssen. Nicht nur, weil der Kindergarten familienergänzend ist, erfordert GF im Kindergarten besondere Berücksichtigung des sozialen Umfeldes der Kinder. Der Eintritt in den Kindergarten ist für den Großteil der Kinder eine Erweiterung der Erfahrungen mit sozialer Vielfalt. Untrennbarer Teil der persönlichen Identität eines Kindes ist seine Identifikation mit seinen sozialen Bezugsgruppen, insbesondere seiner Familie. Kleine Kinder konstruieren sich eine Bewertung von sich und anderen aus den Bewertungen von sozialen Bezugsgruppen, die sie in ihrer Umwelt wahrnehmen. D. h., ihre persönliche Identität hängt von den Bewertungen ihrer sozialen Bezugsgruppen ab, der daher im Kindergartenalter besondere Bedeutung zukommt.

- Das Gesamtkonzept muss den Entwicklungsstand der Kinder berücksichtigen.
- Die Evaluierung der GF-Maßnahmen in diesem Setting ist schwierig und bedarf Methoden der Datenerhebung, die den Entwicklungsstand der Kinder berücksichtigen.

Forschungsfrage

Um die o. a. inhaltlichen und methodischen Herausforderungen besser bewältigen zu können, ist die Entwicklung eines theoretischen Rahmenmodells unter Berücksichtigung entwicklungspsychologischer Theorien zur Planung, Implementierung und Evaluierung umfassender Gesundheitsförderungsprogramme in Kindergärten notwendig.

Literatur

UNICEF (2007): Child poverty in perspective. An overview of child well-being in rich countries.

Angaben zur Person/Organisation

Das Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research (LBIHPR) untersucht den Zusammenhang von Organisation und Gesundheit, insbesondere für die Settings Schule, Krankenhaus und Langzeitbetreuung. Mag. Dr. Karin Waldherr ist Key Researcher in der Programmlinie „Evaluation in Health Promoting“.

3. Kommunale Gesundheitsförderung: Partizipation, Empowerment

Kommunale Gesundheitsförderung in der Großstadt

Kristina Hametner

Problembeschreibung

Der Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit ist evident und soziale Chancengleichheit für die Gesundheitsförderung immer eine besondere Herausforderung. In Wien wird eine stark settingorientierte Gesundheitsförderung in ausgewählten Grätzeln, mit jeweils hohen Anteilen sozial benachteiligter Menschen, beginnen. Bei der Auswahl der Regionen berücksichtigte Merkmale waren: Arbeitslosigkeit, Migration, schlechte Schulbildung, Kategorie-C-Wohnungen etc. Menschen aus diesem Umfeld sind bekanntlich mit gesundheitsförderlichen Angeboten besonders schwer zu erreichen, da viele andere Probleme im Vordergrund stehen. Es braucht also spezielle Methoden und Ansätze, um auch sozial schwache Bevölkerungsgruppen für partizipative Prozesse der Gesundheitsförderung zu gewinnen. Von Interesse sind daher evidenzbasierte Ansätze und Erfolgsfaktoren dafür, wie diese Zielgruppe in Großstädten – bzw. in kleinregionalen Stadtraumteilen wie Grätzeln – partizipativ und nachhaltig erreicht werden können.

Forschungsfrage

Wie erreicht man sozial benachteiligte Menschen im Großstadtgrätzel partizipativ und nachhaltig mit gesundheitsförderlichen Angeboten auf der Verhaltens- sowie der Verhältnisebene mit speziellem Fokus auf

- Empowerment von Alleinerziehenden,
- sozial benachteiligte Jugendliche mit Migrationshintergrund,
- Überwindung von Sprachbarrieren (nicht Deutsch als Muttersprache)?

Literatur

Frank Lehmann et al, Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten; ; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 3. Auflage 2007.

Ingrid Spicker u. Gabriele Sprengseis. Gesundheitsförderung stärken – Kritische Aspekte und Lösungsansätze; Facultas Verlags- und Buchhandels AG; 2008.

Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit; Statistik Austria; 2008.

www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

www.gesundheitsförderung.ch

Angaben zur Person/Organisation

Die Wiener Gesundheitsförderung – WiG wurde Ende 2008 als gemeinnützige Gesellschaft, die zu 100 Prozent im Eigentum der Stadt steht, gegründet. Im März 2009 wurden alle bisherigen Bereiche der Gesundheitsförderung des Gesundheits- und Sozialressorts zusammengeführt, und seither wurden die Aktivitäten der Gesundheitsförderung unter einem neuen Dach im Sinne einer umfassenden Public-Health-Strategie für die Wienerinnen und Wiener weiterentwickelt.

Übergreifende Gesundheitsförderung von Frauen vor, in und nach der Schwangerschaft sowie ihrer Kleinkinder (bis zu 3 Jahren) in kommunalen Netzwerken.

Gesunde Kinder als neues Handlungsfeld der Projektförderung des FGÖ Bedarfsanalyse – Analyse potenzieller Träger und Akteure – Programmkonzeption

Renate Kirschner

Problembeschreibung

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels ist es zunehmend Ziel der Politik, die Geburtenzahlen durch vielfältige Maßnahmen zu sichern bzw. zu erhöhen. Die Sicherung und Förderung der Gesundheit der Kinder

ist bisher allerdings noch nicht hinreichend als Handlungsfeld erkannt. Österreich weist mit 11,4 Prozent die höchste Frühgeburtenrate in Europa auf. (1) Bei zirka 77.000 Geburten in Österreich (2007) kommen so über 8.000 als Frühgeborene zur Welt. Überlebende Frühgeborene weisen im Kindesalter und oft lebenslang erhöhte Morbidität auf. Die Wahrscheinlichkeit einer Frühgeburt bei Schwangeren aus unteren sozialen Schichten ist um zirka das 1,3-Fache erhöht, so dass in bestimmten sozial schwachen Regionen noch höhere Frühgeburtenraten zu erwarten sind. Internationale, nationale und eigene epidemiologische Daten zu Risiko- und Protektivfaktoren der Frühgeburt zeigen, dass sich Frühgeburten durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention erfolgreich verringern lassen. Das interventive Potenzial ist dem der Herz-Kreislauf-Erkrankungen durchaus vergleichbar. Bisherige Ansätze zur Verbesserung der Gesundheit von Schwangeren und ihren Neugeborenen waren sektoriert, d. h. einmal auf die Schwangere, zum anderen auf das Kind ausgerichtet. In einer übergreifenden Sichtweise stehen die Sicherung und Förderung der Gesundheit des Kindes und sein gesundes Aufwachsen zentral im Mittelpunkt. Die präkonzeptionelle Phase, die Schwangerschaft und die Geburt sind so nur Vorstadien in der Sicherung und Förderung von Kindergesundheit. Durch den Aufbau von kommunalen Netzwerken Gesunde Kinder sollen diese Interventionen geleistet werden. In Deutschland sind einige dieser Netzwerke entstanden. (2) Ein u. E. vorbildliches Modellprojekt ist das Netzwerk Gesunde Kinder in Oberspreewald Lausitz in Brandenburg (3), das von uns evaluiert wird. An diesem Netzwerk soll sich der Aufbau des neuen Handlungsfeldes in der Tätigkeit des FGÖ orientieren.

Forschungsfragen

Zur Entwicklung einer Basiskonzeption sind folgende Fragestellungen zu klären:

1. Ermittlung des Interventionsbedarfs auf der Grundlage von Daten zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Familien und Kindern unter Ableitung regional und sozial prioritärer Herausforderungen
2. Ermittlung des Interventionsbedarfs auf der Grundlage der Analyse der Zuständigkeiten und Leistungen im Rahmen der Schwangerschafts- und Kindervorsorgeuntersuchungen sowie der Daten der Kinder- und Jugendhilfe

3. Ableitung potenzieller Netzwerktträger und wichtiger Netzwerkakteure (Träger: z. B. Krankenhäuser, Ämter, kirchliche Einrichtungen, Vereine etc.); Hauptakteure: ehrenamtliche Paten, Hebammen, Professionals
4. Entwicklung von Netzwerkleistungen und -instrumenten
5. Entwicklung eines Basiskonzeptes

Das Basiskonzept soll auf einer Fachtagung des FGÖ „Zukunftsschwerpunkt: Kommunale Netzwerke Gesunde Kinder“ vorgestellt und diskutiert werden. Aus dem Teilnehmerkreis sollen interessierte Projektnehmer gewonnen werden, mit denen eine differenzierte Programmkonzeption gemeinsam erstellt wird. Als Kooperationspartner bieten sich v. a. Einrichtungen an, die auf diesem Handlungsfeld bereits Projekte durchgeführt haben (z. B. kontakt & co, Suchtprävention Jugendrotkreuz Bürgerstraße 18, 6020 Innsbruck, Projekt: Wir werden Eltern – Gesundheit beginnt mit der Geburt). Wir schlagen vor, dann zunächst maximal 3 Modellprojekte zu fördern. Bei Interesse und Bedarf können die von uns in den Brandenburger Netzwerken gesunde Kinder eingesetzten Evaluationsinstrumente zum Einsatz kommen.

Literatur

European Perinatal Health Report, S. 132, www.europeristat.com/.../european-perinatal-healthreport.shtml (Datengrundlage 2004).

DJI: „Kurzevaluation von Programmen zu frühen Hilfen für Eltern und Kinder und sozialen Frühwarnsystemen in den Bundesländern“, Abschlussbericht, 2006, 13–17.

www.fruehehilfen.de/...nzhf/.../Karpinski_Familienpatenschaften.pdf.

Angaben zur Person/Organisation

FB+E Forschung, Beratung + Evaluation GmbH in Medizin, Epidemiologie, Gesundheits- und Sozialwesen.

Gemeinwesenentwicklung durch Partizipation und Empowerment

Holger Penz

Problembeschreibung

Empowerment und Partizipation sind wesentliche Motoren gesundheitsförderlicher Aktivitäten im Gemeinwesen (Penz 2008). Dennoch ist unklar, wie die Begriffe verstanden, operationalisiert und untersucht werden können bzw. in welcher Beziehung sie zueinander stehen. Erste integrative Ansätze sind im Entstehen (Herriger 2006), bedürfen aber noch einer Übertragung auf das Feld der Gesundheitsförderung im Allgemeinen und auf österreichische Erfahrungen im Besonderen.

Im Rahmen der Schaffung neuer partizipativer Strukturen werden in der Literatur bislang eher allgemeine Prozesse beschrieben (Crisp et al. 2000). Im Zentrum steht dabei das Aufbauen und Weiterentwickeln bereits vorhandener Ressourcen, von Beziehungsnetzwerken, von Leadership sowie von Prozessen der aktiven partizipativen Einbindung (Chaskin 2001). Für die mit jeder partizipativen Ausweitung nötigen individuellen Empowermentprozesse sind bisher ebenfalls nur die groben Rahmenbedingungen bekannt. Sie verlaufen entlang einer Entwicklungslinie von „Mobilisierung“, „Engagement und Förderung“, „Integration und Routine“ sowie „Überzeugung“ (Stark 2002). Darüber hinaus ist unklar, wie sich der Zusammenhang von individuellem und gemeinschaftsbezogenem Empowerment (WHO 1998) gestaltet.

Zweige der Empowermentforschung gehen davon aus, dass die verschiedenen Ansätze nur als integrativer Prozess verstanden werden können (Wallerstein 1992). Relativ ausgeblendet bleibt in diesem Zusammenhang die Frage nach Machtverhältnissen, Machtverschiebungen und geeigneten Delegationsprozessen (vgl. Penz und Kecklik 2009). Wenn man Gesundheitsförderung auch als Demokratisierungsprojekt denkt (seine eigenen Verhältnisse selbst beeinflussen können), dann muss sie sich zwangsläufig auch dieser Problematik stellen. Damit verbunden ist ein Zugang, der vulnerable Gruppen als tatsächlich „ohnmächtig“ begreift. Dies kann als Zugang zur weiteren Erforschung der Frage dienen, warum gerade jene Zielgruppen, die von der Gesundheitsförderung am meisten profitieren, kaum zu einer

Teilnahme an gesundheitsfördernden Maßnahmen zu bewegen sind.

Forschungsfrage

Als Konsequenz lässt sich eine zentrale Forschungsfrage wie folgt formulieren: Welche partizipativen und empowernden Prozesse – mit spezieller Berücksichtigung des österreichischen Kontextes – sind in der Gesundheitsförderung einsetzbar? Damit verbunden sind insbesondere Subfragen nach den Grenzen dieser Prozesse, etwa: Wie weit lässt sich das Thema Gesundheit für die Durchsetzung individueller Interessen „strapazieren“? Wie gelingt Partizipation im Kontext eingeschränkter Entscheidungsbefugnisse von Gemeinden?

Welche Delegationsmechanismen für die Gemeindeentwicklung sind in Zeiten von Politikverdrossenheit und damit verbunden sinkendem freiwilligem Engagement denkbar? Was sind die tatsächlich wirksamen Partizipationshemmnisse bei vulnerablen Gruppen? Und vieles mehr ...

Literatur

Chaskin, R. J. (2001): Building community capacity. *Urban Aff Rev* 36 (3), 291–323.

Crisp, B. R., Swerissen, H. und Duckett, S. J. (2000): Four approaches to capacity building in health. *Health Promot Int* 15 (2), 99–107.

Herriger, N. (2006): Empowerment in der Sozialen Arbeit. Stuttgart: Kohlhammer.

Penz, H. (2008): Gemeindebezogene Gesundheitsförderung. Wiesbaden: VS.

Penz, H. und Kecklik, A. (2009): Arnstein Revisited. Machtausübung als Ansatzpunkt für Empowermentprozesse. In: I. Spicker und G. Lang (Hg.): Gesundheitsförderung auf Zeitreise. Wien: Facultas, 63–75.

Stark, W. (2002): Gemeinsam Kräfte entdecken. In: A. Lenz und W. Stark (Hg.): Empowerment. Tübingen: dgvt, 55–76.

Wallerstein, N. (1992): Powerlessness, empowerment, and health. *Am J Health Promot* 6 (3), 197–205.

WHO (1998): Glossar Gesundheitsförderung. Gamburg: G. Conrad.

Angaben zur Person/Organisation

Fachhochschule Kärnten, Studienbereich Gesundheit und Pflege. Der Studienbereich Gesundheit und Pflege bietet im Rahmen seiner Studienrichtungen zahlreiche gesundheitswissenschaftliche Lehrveranstaltungen, darunter explizit auf Gesundheitsförderung bezogene, an und setzt seine Forschungsschwerpunkte ebenfalls in diesem Bereich, aktuell unter anderem in der Evaluation von Gesundheitsförderungsprojekten. Holger Penz, FH-Prof. Mag. Dr., stellvertretender Studienbereichsleiter und Professor für Forschungsmethoden am Studienbereich Gesundheit und Pflege der FH Kärnten. betreut folgende Forschungsschwerpunkte: Evaluation gesundheitsfördernder Interventionen, angewandte Methodentriangulation von qualitativer und quantitativer Forschung, Empowerment, Lebensqualität.

Ressourcenstärkung von Angehörigen demenzkranker Menschen im kommunalen Setting

Elisabeth Seidl

Problembeschreibung

Entsprechend der demografischen Entwicklung nimmt die Anzahl demenziell Erkrankter bei gleichzeitiger Abnahme des intergenerationellen Unterstützungspotenzials zu. Die Belastungen pflegender Angehöriger werden verstärkt durch Isolation und gesellschaftliche Tabuisierung. Gesundheitsbeeinträchtigung steht bei älteren Pflegenden im Vordergrund, Doppelbelastung durch Beruf, Familie und Pflege bei jüngeren. Defizite liegen im Bereich der Unterstützung, der Information und der sozialen Integration. Die Folgen sind unter anderem häufige Krankenhausaufenthalte oder Heimeinweisungen

der demenzkranken Menschen, die sich psychisch und physisch negativ auswirken können und mit Zusatzkosten für das Gesundheitswesen verbunden sind.

Forschungsfragen

Wie kann Empowerment der pflegenden Angehörigen demenzkranker Menschen modellhaft entwickelt werden, um sie zur Bewältigung der Pflege mit ihrer komplexen Problematik zu befähigen und dabei zu unterstützen? Wie können vernetzte Strukturen aufgebaut werden, um informelle und professionelle Pflege und Versorgung zu verknüpfen und Freiwillige sinnvoll einzubinden?

Literatur

Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (Hg.) (2008): Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandsaufnahme. Wien.

SBU (The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care) (2008) (Hg.): *Dementia – caring, ethics, ethnical and economical aspects. A systematic review, Volume 3.* Stockholm.

Seidl, Elisabeth, Labenbacher, Sigrid (Hg.) (2007): *Pflegende Angehörige im Mittelpunkt. Studien und Konzepte zur Unterstützung pflegender Angehöriger demenzkranker Menschen.*, Wien u. a.: Böhlau.

Seidl, Elisabeth et al. (2008): Bericht zur Versorgung demenzkranker Menschen und ihrer Angehörigen. Teil 3 des Ersten Österreichischen Demenzberichts des Competence Center Integrierte Versorgung der österreichischen Sozialversicherung, hrsg. von der Wiener Gebietskrankenkasse, Wien.

Angaben zur Person/Organisation

Abteilung Pflegeforschung des Instituts für Pflege- und Gesundheitssystemforschung (IPG) der Universität Linz mit folgenden Aktivitäten und Themen im Bereich Gesundheitsförderungsforschung:

Schwerpunkte: chronisch kranke und ältere Menschen, Demenzkranke, interkulturelle Zusammenarbeit
Forschungsphilosophie: Patient/innen/Nutzer/innen-

Orientierung, Partizipatives Forschungsvorgehen und Feedback an die Betroffenen

Wichtigste Projekte:

- Lebensqualität im Pflegeheim; Kooperationsprojekt mit zwei weiteren Disziplinen der Universität Wien (Sozialgerontologie und Bildungswissenschaft)
- Pflegende Angehörige demenzkranker Menschen
- Multikulturalität im Krankenhaus und in der Mobilien Pflege und Versorgung
- Beratungskonzepte für Diabetiker/innen und COPD-Patient/innen
- Alltagsbewältigung nach Nierentransplantation

Univ.-Prof. Dr. Elisabeth Seidl ist Leiterin der Abteilung.

Kommunale Gesundheitsförderung in Österreich: Ansatzpunkte und Perspektiven zur Kapazitätsentwicklung

Ingrid Spicker, Gert Lang, Katharina Resch

Problembeschreibung

Gemeinden sind wichtige Settings der Gesundheitsförderung. Zur Entwicklung und Verankerung nachhaltiger gesundheitsförderlicher Strukturen in Gemeinden können unterschiedliche Akteur/innen beitragen und müssen viele Interessen berücksichtigt werden (z. B. Göpel und Schubert-Lehnhart 2004). Obwohl es in Österreich in den letzten Jahren rege Entwicklungen gab, z. B. im Rahmen der „Gesunden Gemeinden“, wird das gesundheitsförderliche Potenzial in den Gemeinden nach Einschätzung von Expert/innen noch zu wenig wahrgenommen (z. B. Lang und Spicker 2009, Spicker und Sprengseis 2009, Dür 2008, Penz 2008), wobei es hier große regionale Unterschiede gibt.

Hindernisse für eine zügigere Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene und für ihre Wirksamkeit werden v. a. in den fehlenden Kapazitäten gesehen. Kapazitäten sind hier auf individueller, organisationaler und öffentlich-politischer Ebene angesiedelt (z. B. Prairie Region Health Promotion Research Centre 2004) und können systematisch aufgebaut und

entwickelt werden (NSW 2001, South Australian Department of Health 2007). Wenn Kapazitätsentwicklung im kommunalen Setting (Community Capacity Building) als eine Voraussetzung für wirksame Gesundheitsförderung gesehen wird, dann stellt sich die Frage, welche konkreten Ansatzpunkte sich, nach Einschätzung der Akteur/innen im Feld und in europäischen Beispielen, finden lassen. Auf Basis dieser Ansatzpunkte kann eine Art Checkliste für Gemeinden entwickelt werden, mittels derer sie den Stand ihrer Kapazitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung überprüfen können.

Forschungsfragen

- Was könnte Capacity Building speziell für die kommunale Gesundheitsförderung heißen? Von welchen Kapazitäten ist die Rede?
- Wie können Gemeinden ihre Kapazitäten für Gesundheitsförderung konkret aufbauen und nachhaltig entwickeln? (Ansatzpunkte)
- Wodurch können die Gemeinden bei der Kapazitätsentwicklung unterstützt werden?

Literatur

Dür, Wolfgang (2008): Visionen für die Gesundheitsförderung in Österreich. In: Ingrid Spicker und Gabriele Sprengseis (Hg.): Gesundheitsförderung stärken. Kritische Aspekte und Lösungsansätze. Wien: Facultas, 48–60.

Göpel, Eberhard und Schubert-Lehnhart, Viola (Hg.) (2004): Kommunale Gesundheitsförderung. Frankfurt/Main: Mabuse.

Lang, Gert und Spicker, Ingrid (2009): Entwicklung eines Argumentariums für Gesundheitsförderung im kommunalen Setting in Österreich mit Fokus auf Gesundheitsförderung für ältere Menschen 60+. Ergebnisse einer Fragebogenerhebung im Auftrag des Fonds Gesundes Österreich. Wien: Forschungsinstitut des Roten Kreuzes.

NSW/New South Wales Health Department (Hg.) (2001): A framework for building capacity to improve health. http://www.health.nsw.gov.au/pubs/2001/pdf/framework_improve.pdf (2. 11. 2009).

Penz, Holger (2008): Gemeindebezogene Gesundheitsförderung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Prairie Region Health Promotion Research Centre (Hg.) (2004): Health promotion capacity checklists. A workbook for individual, organizational and environmental assessment. <http://www.prh-prc.usask.ca/publications/finalworkbook.pdf> (2. 11. 2009).

South Australian Department of Health (Hg.) (2007): Community capacity building. A review of the literature. <http://www.health.sa.gov.au/PEHS/branches/health-promotion/0711-capacity-building-review-lit.pdf> (2. 11. 2009).

Spicker, Ingrid und Sprengseis, Gabriele (2009): Gesundheitsförderung von morgen – Zukunftsbilder, Herausforderungen und Umsetzungsschritte. In: Ingrid Spicker und Gert Lang (Hg.) (2009): Gesundheitsförderung auf Zeitreise. Herausforderungen und Innovationspotenziale auf dem Weg in die Zukunft. Wien: Facultas, 259–271.

Angaben zur Person/Organisation

Das Forschungsinstitut des Roten Kreuzes forscht seit zehn Jahren in nationalen und europäischen Projekten zu Themen der Gesundheitsförderung. Wichtige Projekte der letzten Jahre sind z. B. Healthy Inclusion – Zugang von Migrant/innen zu Gesundheitsangeboten, Health Pro Elderly – Entwicklung von Leitlinien, PS: Potenzial Sozialkapital, Betriebliche Gesundheitsförderung in der mobilen Pflege und Betreuung oder Plan60 – Gesundheitsförderung für ältere Menschen. Publikationen im Bereich Gesundheitsförderung sind neben Projektberichten auch Buchpublikationen.

4. Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte oder Menschen, die von der Finanzkrise betroffen sind

Übertritt in eine weiterführende Schule: Förderung von psychischer Gesundheit durch Peer Mentoring

Birgit Ebner

Problembeschreibung

Das österreichische Schulsystem ist sozial selektiv. Kinder aus Familien mit schlechteren sozialen Bedingungen – dazu zählen auch Kinder mit Migrationshintergrund – erzielen schlechtere Leistungsergebnisse als Kinder aus bildungsnahen Familien (Schreiner 2007). Ebenso schaffen diese seltener den Übertritt von der Volksschule in eine AHS bzw. von einer Hauptschule in eine weiterführende höhere Schule (Specht 2009). Jedoch steht die erfolgreiche Bewältigung schulischer Anforderungen im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit (z. B. Salmela-Aro et al. 2008). In der Bildungskarriere von Schüler/innen ist der Übertritt in eine weiterführende Schule ein wichtiger Schritt. Eine österreichische Studie zeigte, dass fast die Hälfte der Schüler/innen den Übertritt ausschließlich als Herausforderung im leistungsbezogenen und sozialen Bereich sah (Sirsch 2000). In dieser Gruppe sind jedoch weniger Schüler/innen mit nicht-deutscher Muttersprache. Interventionen, die auf die Unterstützung von Übergangsphasen zielen, fokussieren neben dem Individuum das soziale System (Vuori et al. 2008), d. h. Eltern, Lehrer/innen und Peers. So könnte Peer Mentoring hilfreich für einen erfolgreichen Übertritt sein. Die Bildungschancen und die psychische Gesundheit von Kindern könnten damit möglicherweise nachhaltig positiv beeinflusst werden und gerade für Kinder mit Migrationshintergrund wichtig sein.

Forschungsfrage

Inwieweit kann durch Peer Mentoring der erfolgreiche Übertritt von der Volksschule in AHS sowie die psychische Gesundheit der Schüler/innen positiv beeinflusst werden? Erleben Schüler/innen mit Migrationshintergrund den Übertritt belastender? Profitieren diese besonders von Peer Mentoring?

Literatur

Salmela-Aro, K., Kiuru, N., Pietikäinen, M. und Jokela, J. (2008): Does school matter? The role of school context for school burnout. *European Psychologist* 13, 1–13.

Schreiner, Claudia (Hg.) (2007): Pisa 2006. Internationaler Vergleich von Schülerleistungen. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Unterricht, Kunst und Kultur. Graz: Leykam.

Sirsch, U. (2000): Probleme beim Schulwechsel. Die subjektive Bedeutung des bevorstehenden Wechsels von der Grundschule in die weiterführende Schule. Münster: Waxmann.

Specht, Werner (Hg.) (2009): Nationaler Bildungsbericht Österreich 2009. Band 1: Das Schulsystem im Spiegel von Daten und Indikatoren. Graz: Leykam.

Vuori, J., Koivisto, P., Mutanen, P., Jokisaari, M. und Salmela-Aro, K. (2008): Towards working life. Effects of an intervention on mental health and transition to Post-basic Education. *Journal of Vocational Behavior* 72, 67–80.

Angaben zur Person/Organisation

pro mente: kinder jugend familie, Fachbereich Prävention 1998 wurde der Verein pro mente jugend als Gesellschaft für psychische und soziale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in deren Kontext gegründet. Mit der Übernahme der Obmannschaft und fachlichen Geschäftsführung durch Dr. Georg Spiel wurde das Angebot in den letzten Jahren weiter ausgebaut. Die allmähliche Erweiterung des Tätigkeitsspektrums führte 2004 zur Zusammenfassung der einzelnen Projekte in übergeordnete Fachbereiche. Im Jahr 2008 wurde der Verein in pro mente: kinder jugend familie umbenannt. Fachbereiche sind: Prävention, Ambulanz, Krisenintervention, Soziotherapie und Rehabilitation. Im Bereich Prävention werden seit 2002 Projekte im Bereich Gesundheitsförderung konzipiert und durchgeführt:

2002–2006 FGÖ Projekt: GEHSTEIG (Modellprojekt zur Jugendgesundheitsförderung in der Stadt)

2005–2007 EU Projekt mit Slowenien: Ausbildung von Jugendlichen zu peer helpern im außerschulischen Bereich.

2005–laufend Eröffnung des „Youth Point“ im Auftrag der Landeshauptstadt Klagenfurt (Jugend- und Beratungszentrums in einem Stadtteil mit hohem Anteil an Migrant/innen)

2005–2010 FGÖ Projekt: Implementierung von www.feelok.at

2008–2011 FGÖ Projekt: It's my life (Projekt zur Gesundheitsförderung & Stärkung von Selbstkompetenz an FBS in Kärnten)

Frühjahr 2010 Tagung mit dem Titel Ressourcen im Blick! Theorie-Praxis-Transfer für Bildung und Gesundheit in Migrantenvierteln

Gesundheitsselbsthilfe**Frederic Fredersdorf****Problembeschreibung**

Gesundheitsselbsthilfe hat sich als wichtige zusätzliche Säule der Gesundheitsförderung gesellschaftlich etabliert. Sie unterstützt breite Aspekte menschlicher Gesundheit in ihrer sozialen, biologischen und psychischen Dimension, wenn Menschen in prekäre Lebenslagen geraten (z. B. in der Psycho-Onkologie, bei psychischen Erkrankungen, in der Suchthilfe, Altenarbeit, Migrationsarbeit oder Arbeitslosenhilfe u. v. a. m., vgl. exemplarisch: Zeman 2008, Schulte 2006, Fredersdorf 2002). Zudem stützen vielseitige Selbsthilfeaktivitäten von Verbänden und Gruppen das Gesundheitssystem auch ökonomisch, da sie einen Teil der Kosten professioneller Hilfe aufzufangen vermögen. Die gesellschaftliche Wertschöpfung von Selbsthilfegruppen wurde bereits Mitte der 90er Jahre in Deutschland auf über 4 Milliarden D-Mark geschätzt (Braun, Kettler und Becker 1997). Als Bindeglied zwischen informeller und formeller, privater und öffentlicher Unterstützung nehmen Selbsthilfegruppen eine innovative Vermittlerfunktion wahr (Borgetto 2005). Deutschland ist daher dazu übergegangen

gen, die (Gesundheits)Selbsthilfe durch einen gesetzlich geregelten Kassenbeitrag zu fördern – 2005 waren dies etwa 27,1 Millionen Euro (NAKOS 2006, 17). In Österreich wird Gesundheitsselbsthilfe ebenfalls als überaus nützlich gesellschaftliches Element angesehen, was sich in der Etablierung des Selbsthilfeunterstützungsprojekts SIGIS zeigt (FGÖ 2005).

Forschungsfragen

Wie kann breiteres bürgerschaftliches Engagement im Bereich der Selbsthilfe gefördert und nachhaltig aufrechterhalten werden? Welche qualitativen und quantitativen Effekte gehen von spezifischen Initiativen der Gesundheitsselbsthilfe aus – in Bezug auf primäre Zielgruppen, sekundäre Zielgruppen, Gesundheitskosten und (primärer bis tertiärer) Prävention? Welche Effekte gehen von übergeordneten Koordinationsstellen (z. B. SIGIS) aus? Wie sind Schnittstellen im Welfare-Mix zwischen professioneller und Selbsthilfe optimal zu gestalten – können Best-Practice-Ansätze identifiziert werden? Wie können Schnittstellen im Welfare-Mix in die Ausbildung von Ärzten integriert werden? Welchen Einfluss übt Selbsthilfe auf politische Entscheidungen im Gesundheitswesen aus? Wie viel Professionalität verträgt die Selbsthilfe (Stichwort: Qualitätssicherung)?

Literatur

Borgetto, B. (2005): Kooperation im System der Gesundheitsversorgung. Zur Vernetzung von Experten- und Betroffenenkompetenz. In: Sozialwissenschaften und Berufspraxis 1/2005, 48–64.

Braun, J., Kettler, U. und Becker, I. (1997): Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung in der Bundesrepublik. Schriftenreihe des BMFSFuS Bd. 136: Stuttgart.

Fredersdorf, F. (2002): Verantwortung leben. Ambulante Drogenselbsthilfe in Deutschland. Hamburg: Neuland.

NAKOS (Hg.) (2006): NAKOS Info 88. September 2006.

Schulte, H. (2006): Experten in eigener Sache. Vom Behandelten zum Handelnden. Die Bedeutung der

Selbsthilfe in der Psycho-Onkologie. In: Forum sozialarbeit + gesundheit 2/2006, 14–17.

Thomaschewski, U. (2008): Neuregelung der Selbsthilfeförderung durch die Krankenkassen und ihre Verbände. Erste Erfahrungen und ein Ausblick. In: Die Ersatzkasse 09/2008, 356–357.

Zeman, P. (2008): Informelle Netze und Selbsthilfe und ihr Beitrag zur Versorgung alter Menschen. In: A. Kuhlmeier und D. Schaeffer (Hg.): Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber, 297–307.

Angaben zur Person/Organisation

FH Vorarlberg

Prof. (FH) Dr. Frederic Fredersdorf leitet den Forschungsschwerpunkt „Gesellschaftliche und sozialwirtschaftliche Entwicklung“ an der FH Vorarlberg. Der Forschungsschwerpunkt soll demnächst laut aktueller Strategie als viertes Forschungszentrum der FHV strukturell verankert werden. Arbeits- und Forschungsschwerpunkte von Hr. Fredersdorf liegen in den Bereichen Gesundheit und Bildung. Exemplarische Projekte: Repräsentativerhebung „Soziales Kapital in Vorarlberg“ (2009/2010); Evaluation der Vorarlberger Alkoholprävention „Mehr Spaß mit Maß“ (2004–2008); Evaluation der Vorarlberger Ausbildung zum Turnusarzt (ab 2004 fortlaufend); Studie zur ambulanten Drogenselbsthilfe in Deutschland im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums (1999/2000); Studie zur stationären Drogenselbsthilfe in Deutschland im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums (1995/1996).

Alleinerzieherinnen teilen Stärken

Wolfgang Freidl

Problembeschreibung

Rund 46.500 Mütter und Väter in der Steiermark mit 65.900 Kindern sind Alleinerzieher/innen. Ihnen fehlt häufig nicht nur der/die Partner/in, sondern auch das Geld für ein sorgenfreies Leben. Fehlende Unterhaltszahlungen, finanzielle Belastungen, Unverständnis am

Arbeitsplatz, Hürden im Alltag, keine Gesprächsmöglichkeit in Erziehungsfragen und keine Rückendeckung im Grenzensetzen – das sind häufig Teile eines komplexen Sorgenbündels, das es alleine zu meistern gilt. Verständnis und Unterstützung von anderen Müttern in ähnlichen Lagen könnte helfen. Hilfe zur Selbsthilfe oder Empowerment im Sinne der Selbstermächtigung und der Gestaltung der Lebenswelt wäre ein Zugang, den kommunale Gesundheitsförderung an einer meist sozial benachteiligten, häufig in prekären Arbeitsverhältnissen, daher armutsgefährdeten Gruppe von Frauen leisten könnte. Beispielsweise in der Bezirksstadt Weiz und ihrer Umgebung, einem in der Steiermark eher jüngeren Bezirk, soll in einer Science-Practice-Kooperation der Medizinischen Universität Graz, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie und Styria vitalis ein settingorientiertes Gesundheitsförderungsprojekt geplant, umgesetzt und in der Zielerreichung bewertet werden. Der Zugang auf die Zielgruppe über die Gemeinde würde zugehend (z. B. Mütterberatung, Kindergarten, Schule, Lebensmittelhandel, Drogeriemärkte) erfolgen und mit den Müttern ihre Bedürfnisse und Maßnahmen zu deren Befriedigung planen. Im Fokus stünden die Ressourcen der Frauen, durch welche sie sich in einem kommunalen Netz wechselseitig stärken könnten. Hilfreich wäre eine begleitende Forschung, welche psychosoziale Indikatoren für Gesundheit und Lebensqualität der Frauen identifiziert und damit objektiven oder latenten Bedarf einer Gruppe beschreibt.

Forschungsfrage

Dieses Science-Practice-Kooperation-Projekt soll in Form einer Vergleichsgruppenstudie etabliert werden. Zu untersuchende und zu vergleichende Gruppen sind (1) die Interventionsgruppe der alleinerziehenden Mütter, (2) eine Vergleichsgruppe von alleinerziehenden Müttern, welche an keiner Intervention teilnehmen, und (3) eine Vergleichsgruppe von erziehenden Müttern, welche in einer Mutter-Vater-Kind-Familie leben („matched groups“ nach sozio-ökonomischen Variablen).

Die Datenerhebung erfolgt sowohl in Form von quantitativen als auch qualitativen Interviews. Die quantitative Erhebung könnte mittels Indikatoren zur psychosozialen Gesundheit und der damit verbundener Ressourcen (laufendes Forschungsprojekt des Fonds Gesundes Österreich) erfolgen. Leitfäden für qualita-

tive Interviews wären auf die Thematik abgestimmt zu konzipieren. Dieses Design lässt folgenden Erkenntnisgewinn erwarten: (1) eine hoch differenzierte Evaluierung und Effektbeschreibung hinsichtlich der Wirkmechanismen dieses Gesundheitsförderungsprojektes, (2) die Beschreibung der gesundheitlichen Lage einer gesellschaftlich höchst relevanten Gruppe im Vergleich und (3) das Herausdifferenzieren von speziell sozial benachteiligten und wenig im Public-Health-Bereich beachteten Subgruppen (z. B. Frauen in Arbeitslosigkeit oder prekären Arbeitsverhältnissen) in dieser Population und deren Beschreibung bezüglich gesundheitlicher Lage und Ressourcen.

Literatur

Dorner, T., Rosegger, R., Muckenhuber, J. und Freidl, W. (2010): Forschungsprojekt des Fonds Gesundes Österreich: „Integration der Gesundheitsförderung in die Gesundheitsberichterstattung“ Schwerpunkt: Psychosoziale Gesundheit.

Freidl, W., Fazekas, C., Raml, R., Pretis, M. und Feistritzer, G. (2007): Perceived social justice, long-term unemployment and health. A survey among marginalised groups in Austria. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 42, 547–553.

Freidl, W., Raml, R., Pretis, M. und Feistritzer, G. (2005): Gesundheitliche Ressourcen von am Arbeitsmarkt extrem benachteiligten Personen. *Psychologische Medizin* 16, 2, 13–22.

Schipfer, R. K. (2007): Familien in Zahlen 2007. Statistische Informationen zu Familien in Österreich und der EU. Hrsg. vom Österreichischen Institut für Familienforschung der Universität Wien.

Angaben zur Person/Organisation

Styria vitalis ist eine steirische NPO mit der Aufgabe, Programme und Projekte im Bereich Public Health mit dem Schwerpunkt Gesundheitsförderung und Prävention zu konzipieren, zu planen, durchzuführen und zu evaluieren. Styria vitalis ist Träger des steirischen Netzwerkes der Gesunden Gemeinden (155) und der Gesunden Schulen (100). Weitere große Programmbereiche sind die Durchführung des Steirischen Kariesprophylaxeprogrammes an stei-

rischen Kindergärten und Volksschulen sowie die Prozessbegleitung von Gemeinschaftsverpflegungseinrichtungen auf dem Weg zu gesünderem Essen und Trinken. Das Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie an der Medizinischen Universität Graz befasst sich in Forschung und Lehre mit der Verteilung und Entstehung von Gesundheit und Krankheiten im gesellschaftlichen Kontext, der Untersuchung und Weiterentwicklung des Gesundheitssystems und der Entwicklung und Evaluation von Gesundheitsförderung und Prävention unter Anwendung sozialwissenschaftlicher und epidemiologischer Methoden.

Univ.Prof. Dr. Wolfgang Freidl ist seit 2006 Institutsvorstand des Instituts für Sozialmedizin und Epidemiologie an der Medizinischen Universität Graz.

Selbsthilfegruppen – soziale Brücke zwischen Patient und Arzt

Ernst Gehmacher

Problembeschreibung

Im Gesundheitswesen stehen die zwei großen „Lager“ der Patienten und der Ärzte, der Bürger und der Medizin, einander gegenüber, in Verbundenheit. Und das gerade für die Arzt-Patienten-Beziehung so wesentliche Vertrauen leidet heute nicht nur unter dem generellen Kohärenzverlust in der Modernisierung, sondern ist zusätzlich bedroht von der Schere steigender medizinischer Leistungen (also Kosten) und wachsender Anteile Älterer mit erhöhtem Medizinbedarf (also schrumpfender Beitragsgrundlagen). Der neue Wachstumsschub der Medizin (man spricht vom „neuen Kondratieff-Zyklus“) benötigt neue soziale Strukturen des Vertrauens – und einen mitdenkenden „mündigen“ Patienten in vollem Vertrauensverhältnis zum Arzt. Und da gibt es eine Institution, die sich genau dieses Ziel gesetzt hat: die medizinischen Selbsthilfegruppen. In ihnen sammeln sich von bestimmten Leiden Betroffene zu Gemeinschaften, die Wissen, also Mündigkeit, und gegenseitige Hilfe, also Sozialkapital, bieten. Und sie haben das Interesse und das Potenzial zur Aktion. Sie könnten die Keimzellen zur Entwicklung einer zukünftigen Gesundheitskultur sein. Das neue Instrument der Sozialkapitalmessung wäre ihnen dabei eine Hilfe. Die Diagnose (mit

dem „Sozialkapital-Test“) bei einzelnen Gemeinschaften ist dabei verbunden mit gezielten sozial-therapeutischen Aktionen zur Stärkung der sozialen Kräfte (von Bindungen, Normen, Vertrauen) innerhalb und zwischen Sozietäten. Wenn Selbsthilfegruppen mit diesen Diagnosen ihres sozialen Netzes dann besonders motiviert werden und auch ihre Erfolge belegen können, wird sich die neue Messtechnik zum Nutzen der Selbsthilfegruppen, Patienten und Ärzte ausbreiten.

Forschungsfrage

Was sind die messbaren Effizienzkriterien für Sozialkapital einerseits innerhalb der Selbsthilfegruppen und andererseits in der Arzt-Patient-Beziehung, und wie wirken sich diese auf das Gesundheitsverhalten aus?

Literatur

Borgetto, Bernhard (2004): Selbsthilfe und Gesundheit. Analysen, Forschungsergebnisse und Perspektiven. Bern.

Forster, Rudolf, Braunegger-Kallinger, Gudrun, Nowak, Peter und Österreicher, Sonja (2009): Funktionen gesundheitsbezogener Selbstorganisation – eine Analyse am Beispiel einer österreichischen Untersuchung. In: SWS-Rundschau 4/49 (im Erscheinen).

Janig, Herbert (1999): Wirkung von Selbsthilfegruppen auf Persönlichkeit und Lebensqualität. Zusammenfassung der Ergebnisse und abschließende Bewertung. Klagenfurt.

Kelleher, David (2006): Self-help groups and their relationship to medicine. In: David Kelleher et al. (Hg.): Challenging Medicine. London, 104–121.

Trojan, Alf (2006): Selbsthilfefzusammenschlüsse als vierte Säule des Gesundheitswesens? In: Jahrbuch für Kritische Medizin 43, 86–104.

Angaben zur Person/Organisation

BOAS ist ein kleines Büro im Zentrum von Wien. Es wurde 1996 von Prof. Ernst Gehmacher gegründet, um ein neues Instrumentarium für die Erforschung der Zukunft anzuwenden. Es geht um den subtilen und effizienten Einsatz von Ressourcen, welche für die Wirtschaft und für öffentliche Institutionen Nutzen bringen und

gleichzeitig dem Gemeinwohl dienen sollen. Forschungsschwerpunkt: Fragen der Lebensqualität, Sozialkapital-Aktionsforschung in Kommunen, Unternehmen, Spitälern, Pfarren, Vereinen und Schulen.

Diversity-Management-Strategien in der kommunalen Gesundheitsförderung

Berücksichtigung der Verschiedenheit schwer erreichbarer Zielgruppen und ihres spezifischen Zuganges zu Gesundheit

Erwin Gollner

Problembeschreibung

Die Erreichbarkeit und Aktivierung sozial benachteiligter Zielgruppen stellt eine Grundproblematik innerhalb der Gesundheitsförderung im Allgemeinen dar. Im Speziellen lässt sich diese Problematik in der kommunalen Gesundheitsförderung ausmachen, wenn es um die Erreichbarkeit und Aktivierung jener Zielgruppen geht, die über das kommunale Setting erreicht werden könnten, aber in kaum einem anderen Setting involviert sind (4) und über sehr schlechte Ausgangslagen verfügen (1). Das grundlegende Problem stellt in diesem Zusammenhang die starke Mittelschichtorientierung der Gesundheitsförderung dar, die bestehende Ungleichheiten eher vergrößert, als dass sie diese schmälern würde. Diese Problematik bildete sich auch im Zuge der Durchführung des kommunalen Modellprojektes „Gemeinsam gesund im Bezirk Oberwart“ ab, insbesondere im Zusammenhang mit folgenden Zielgruppen: Roma, Pendler/innen, Arbeitslose sowie bildungsferne Schüler/innen. Eine Lösung dieser Herausforderungen im Zugang auf diese Zielgruppen bedarf Antworten, die die Verschiedenheit der Menschen besonders berücksichtigen und an das Diversity Management erinnern. Die Anwendung des Ansatzes in der Gesundheitsförderung wird aktuell im deutschen Sprachraum diskutiert (1,2,3,6). Diversity-Management-Ansätze könnten bei der Definition sozial benachteiligter Zielgruppen die Gesundheitsförderung bei einer stärkeren Berücksichtigung ihrer Verschiedenheit und des Zuganges unterstützen. Frühzeitiger

Einbezug der Zielgruppen, bedarfsangemessene Angebote im Sinne der Assessmentqualität nach Ruckstuhl u. a. (2001) (5) im Feld, die auf kontinuierlicher, langfristiger Basisarbeit gründen, würden Altgeld (2006) zufolge den Zugang zu diesen Zielgruppen ermöglichen und wesentlich zu einer Qualitätsverbesserung der Gesundheitsförderung beitragen. (1) Trotz plausibler Argumente für Diversity Management bestehen in Hinblick auf deren Umsetzung und Wirksamkeit viele offene Fragen in Richtung Möglichkeiten, Chancen, aber auch Grenzen der Gesundheitsförderung.

Forschungsfragen

Inwiefern kann Diversity Management im Sinne der Assessmentqualität in der kommunalen Gesundheitsförderung dabei behilflich sein, die Erreichbarkeit und Aktivierung der Zielgruppen Roma, Pendler/innen, Arbeitslose sowie bildungsferne Jugendliche am Beispiel des Bezirkes Oberwart zu erhöhen?

Im Zuge der folgend skizzierten Forschungsmethodik soll diese Frage innerhalb von zwei Jahren beantwortet werden:

- Phase I: Theoriebasierte Exploration. Theoretische Aufbereitung von Diversity Management in der Gesundheitsförderung
- Phase II: Erhebung der individuellen Gesundheitskonzepte sowie die Bedeutung von Gesundheit für die sozial benachteiligten und schwer erreichbaren Zielgruppen im Bezirk Oberwart
- Phase III: Erhebung der grundsätzlichen Bedürfnisse und Bedarfe der Zielgruppen im Bezirk Oberwart
- Phase IV: Interpretation der erhobenen Daten, insbesondere hinsichtlich der Erreichbarkeit und Aktivierung der Zielgruppen. Am Ende soll die Forschungsfrage beantwortet werden.

Literatur

(1) Altgeld, T. (2006): Diversity Management in der Gesundheitsförderung. In: T. Altgeld, B. Bächlein und C. Deneke (Hg.): Diversity Management in der Gesundheitsförderung. Nicht nur die leicht erreichbaren Zielgruppen ansprechen! Frankfurt/Main: Mabuse, 49–72.

(2) Altgeld, T., Bächlein, B. und Deneke, C. (Hg.) (2006): Diversity Management in der Gesundheitsförderung. Nicht nur die leicht erreichbaren Zielgruppen ansprechen! Frankfurt/Main: Mabuse.

(3) Herrmann, E. und Kätker, S. (2007): Diversity Management. Organisationale Vielfalt im Pflege- und Gesundheitsbereich erkennen und nutzen. Bern: Hans Huber.

(4) Reis-Klingspiogl, K., Pöchheim, E. und Schlemmer, G. (2005): Community Readiness oder Kairos, die Kunst des rechten Augenblicks: Wissen und Intuition für eine schwierige Praxis. In: M. Sprenger (Hg.): Public Health in Österreich und Europa. Lengerich: Pabst, 33–39.

(5) Ruckstuhl, B., Kolip, P. und Gutzwiller, F. (2001): Qualitätsparameter in der Prävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Köln: BZgA, 385.

(6) Stuber, M. (2006): Diversity Management in der Gesundheitsförderung – Zielgruppen und Zielgruppengenauigkeit im Wandel. In: Diversity Management in der Gesundheitsförderung. Nicht nur die leicht erreichbaren Zielgruppen ansprechen! Frankfurt/Main: Mabuse, 35–48.

Angaben zur Person/Organisation

Die Fachhochschulstudiengänge Burgenland verfolgen das Ziel der Aus- und Weiterbildung, finanzieren sich aus öffentlichen Mitteln und gliedern sich in vier Bereiche. Im Kernkompetenzbereich Gesundheit werden ein FH-Bachelorstudiengang Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung und ein FH-Masterstudiengang Management im Gesundheitswesen angeboten. Die Forschungstätigkeiten konzentrieren sich auf die kommunale, schulische und betriebliche Gesundheitsförderung. Aktuell werden zwei aus Mitteln des FGÖ (teil)finanzierte Projekte bearbeitet: Das Modellprojekt zur Herz-Kreislauf-Gesundheit „Gemeinsam gesund im Bezirk Oberwart“ (2009–2012) und das Grundlagenforschungsprojekt „Betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelunternehmen“ (2008–2010).

Gesundheit und Migration

Ursula Karl-Trummer, Sonja Novak-Zezula

Dieser Forschungsschwerpunkt arbeitet als Querschnittsthema an der Schaffung einer praxisrelevanten theoretischen und empirischen Wissenslage über Zusammenhänge und Wechselwirkungen von Migration und Gesundheit.

Problembeschreibung

Für seine zukünftige nachhaltige Entwicklung braucht Europa erfolgreiche Migration (Padilla & Pereira Miguel 2007). Gesundheit ist eine Voraussetzung und ein Ergebnis erfolgreicher Migration. Bisher wurde die Beziehung zwischen Gesundheit und Migration wenig erforscht. Migrant/innen als vulnerable Gruppe sind besonders schwer mit gesundheitsfördernden und präventiven Programmen erreichbar. Gründe hierfür liegen u. a. im mangelnden Wissen sowie in der geringen Orientierung der Programme an Bedürfnissen von Migrant/innen (Altgeld 2006, Mladovsky 2007). Für den Schwerpunkt Gesundheit und Migration ergeben sich daraus zwei zentrale Herausforderungen: (1.) die adäquate Versorgung von Patient/innen mit Migrationshintergrund, die Sprachbarrieren und kulturelle Unterschiede berücksichtigt; (2.) die durch die Globalisierung des Arbeitsmarktes zunehmende Heterogenität des Gesundheitspersonals. Der Ausländeranteil liegt in Österreich bei 10,3 Prozent; 17,4 Prozent der Bevölkerung haben Migrationshintergrund (Statistik Austria 2008). In Österreich gibt es 14,6 Prozent im Ausland geborene Ärzt/innen und 14,5 Prozent im Ausland geborene Pflegekräfte im Jahr 2001 (OECD 2007, Buchan 2008).

Forschungsfragen

Von den beschriebenen zentralen Herausforderungen abgeleitet, werden im Moment zwei wesentliche Forschungsfragen im Rahmen zweier Projekte – „Health Care in NowHereLand“ und „Migrant Nurses Study“ – bearbeitet.

„Health Care in NowHereLand“ – Zentrum für Gesundheit und Migration

Das Projekt „Health Care in NowHereLand: Improving Services for Undocumented Migrants in the EU“

schaft eine Wissensbasis zur Verbesserung, dem Austausch und der Entwicklung von „good practice“ in der Gesundheitsversorgung von Undocumented Migrants (UDMs).

Arbeitsbereiche des Projekts sind:

- den nationalen rechtlichen und finanziellen Rahmen der EU-27, unter denen Gesundheitsorganisationen arbeiten, zu erfassen
- einen Überblick über Bedürfnisse und Strategien von UDMs, und ihren Zugang zu Gesundheitsversorgung, sowie Erfahrungen von NGOs und anderen Interessengruppen in der Arbeit mit UDMs, zu geben
- eine Database mit bestehenden Praktiken in der EU, und übertragbaren „models of good practice“, zu erstellen

„Migrant Nurses Study“ – Trummer & Novak-Zezula OEG

In diesem Forschungsprojekt werden Migrations- und Integrationserfahrungen sowie Zukunftsperspektiven von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund in Wien erhoben. Hierbei wird an drei Fragestellungen gearbeitet:

- Wie schätzen Führungskräfte im Gesundheitswesen die aktuelle Situation und die zukünftige Entwicklung ein?
- Wie erleben Health Professionals selbst den Prozess der Migration und der Integration in ein Aufnahmeland, in einen Arbeitsmarkt und in eine Organisation?
- Gibt es Maßnahmen zum Diversitätsmanagement (im engeren Sinne einer ethnokulturellen Diversität), und welche subjektive Relevanz haben diese?

Literatur

Altgeld, T., Bächlein, B. und Deneke, C. (Hg.) (2006): Diversity Management in der Gesundheitsförderung – Nicht nur die leicht erreichbaren Zielgruppen ansprechen! Frankfurt/Main: Mabuse. Buchan, J. (2008): How can the migration of health service professionals be managed so as to reduce any negative effects on supply? Conference policy brief. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Dumont, J.-C. und Zurn, P. (2007): Immigrant health workers in OECD countries in the broader context of highly skilled migration. In: International Migration Outlook: SOPEMI 2007 Edition. Paris: OECD.

Mladovsky, Philipa (2007): Migration and health in the EU. Research note for EC Directorate-General Employment, Social Affairs and Equal Opportunities. Unit E1 – Social and Demographic Analysis. Padilla, Beatriz und Pereira Miguel, José (2007): „Health and Migration in the EU: Building a Shared Vision for Action“ Background paper for the Portuguese EU Council Presidency 07.

Statistik Austria (2008): In Österreich leben 1,4 Mio. Menschen mit Migrationshintergrund.

Angaben zur Person/Organisation

Trummer & Novak-Zezula OEG, 1996 gegründet, arbeitet an der Schnittstelle zwischen Wissenschaft und der Umsetzung von gewonnener Evidenz vor allem in Gesundheitsorganisationen.

Health Literacy (Gesundheitskompetenz) als neuer Forschungsschwerpunkt, insbesondere für benachteiligte Gruppen

Jürgen Pelikan, Florian Röhlin

Problemstellung

Im Laufe der letzten zehn Jahre entwickelte sich Health Literacy (HL) zu einem wichtigen Konzept der Gesundheitsförderung sowie der Gesundheitsförderungsforschung. Im Bericht „Closing the gap in a generation“ der Commission on Social Determinants of Health der WHO aus dem Jahr 2008 wird HL als ein Konzept vorgestellt, das globale, aber auch nationale Gesundheitsunterschiede beobachtbar und bearbeitbar macht. Seit dem Abschlusspapier (The Nairobi Call to Action for Closing the Implementation Gap in Health Promotion) der

7. Global Conference on Health Promotion der WHO in Nairobi können HL-Messungen und Interventionen sogar als Kernstrategie der zukünftigen Health Promotion angesehen werden. HL ist nicht nur eine wichtige Gesundheitsdeterminante, sondern bietet auch operative und praktische Vorteile. Auch wenn die Entwicklung von Messinstrumenten noch in den Kinderschuhen steckt, ist HL grundsätzlich messbar. Als wesentlicher angestrebter Outcome vieler Gesundheitsförderungsprojekte unterstützt das HL-Konzept auch die Evaluation und Bewertung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Auf struktureller Ebene bietet der Ansatz die Möglichkeit, existierende Gesundheitservices und -angebote auf ihre „readability“ oder „useability“ für Bevölkerungsschichten mit unterschiedlicher HL zu überprüfen und gegebenenfalls auch entsprechend zu verbessern. Als österreichischer Partner des auch von der EU geförderten internationalen HL Surveys 2009–2011 (HLS-EU) trägt der FGÖ den neueren Entwicklungen in der Gesundheitsförderungsforschung bereits Rechnung. HLS-EU erhebt mit einem innovativen HL-Survey-Instrument Daten in acht verschiedenen EU-Ländern, um sie international miteinander vergleichen zu können. Die im Rahmen dieses Projekts auch in Österreich einzurichtenden Disseminations- und Verwertungsstrukturen werden die Daten auf nationaler Ebene zur strategischen Entwicklung von Gesundheitspolitik und österreichischer HL- Arbeitspläne nutzen.

Forschungsfrage

Die EU-Studie schöpft allerdings den Wert der in Österreich erhobenen Daten nicht zur Gänze aus. Vor allem im Hinblick auf sozial benachteiligte und vulnerable Bevölkerungsgruppen bleiben Potenziale ungenutzt. Eine in dieser Hinsicht spezifische und ausführliche Sekundärauswertung der österreichischen HLS-EU-Daten erscheint daher als eine sinnvolle Option. Ebenso könnte die Stichprobe für bestimmte Gruppen (z. B. Personen mit Migrationshintergrund) erweitert und das Erhebungsinstrument mit entsprechenden zusätzlichen soziodemografischen Indikatoren angereichert werden, um sensiblere Vergleichsdaten zu erhalten. Alle diese Optionen könnten den Nutzen des aktuellen HL-Projekts für die strategische Planung von Gesundheitservices steigern und Analysen und Interventionen auch für benachteiligte und vulnerable Gruppen erstellen bzw.

vorbereiten. Auf alle Fälle scheint es sinnvoll, die laufende HL-Forschung in Österreich und Europa strategisch mit den zukünftigen Schwerpunktbereichen des FGÖ zu verbinden und die sich so ergebenden Synergien zu nutzen.

Angaben zur Person/Organisation

Das Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research (LBIHPR) untersucht den Zusammenhang von Organisation und Gesundheit, insbesondere für die Settings Schule, Krankenhaus und Langzeitbetreuung. Univ.-Prof. Dr. Jürgen Pelikan ist Key Researcher, und Mag. Florian Röthlin ist Junior Researcher in der Programmlinie „Health Promoting Hospitals“.

Bedürfnisgerechte Angebote für Migrant/innen im kommunalen Bereich

Pilotstudie mit Ausrichtung auf die serbische Bevölkerungsgruppe in Wien

Ilsemarie Walter

Problembeschreibung

Gastarbeiter, die jung nach Österreich gekommen sind, erreichen zunehmend ein Alter, in dem Gesundheitsprobleme zu sozialer Benachteiligung hinzukommen. Reinprecht nennt dies das prekäre Altern im Migrationskontext. In Wien ist häufig die serbische Bevölkerungsgruppe davon betroffen (bei der Volkszählung 2001 gaben mehr als 73.000 in Wien lebende Personen Serbien/Montenegro als Geburtsland an). Vielfältige Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem machen es zu einer Herausforderung, geeignete, an die speziellen Bedürfnisse angepasste Angebote zu entwickeln. Voraussetzungen für kosteneffizientes Vorgehen sind Wissen über die Bedürfnisse dieser Gruppe und kulturelle Kompetenz.

Forschungsfragen

Worin besteht die spezifische Bedürfnis- und Ressourcenlage dieser Bevölkerungsgruppe, wie können Krisensituationen vermieden und die Familienstrukturen gestärkt werden? Wie können in Wien bestehende serbische Communities im Hinblick auf spätere Implementierung in die Forschung einbezogen werden, um Akzeptanz der Angebote bei den Betroffenen zu erhöhen?

Literatur

Reinprecht, Christoph (2010): Gesundheit, Alter und Migration. Empirisch gestützte Reflexionen über die Erfahrung des prekären Alterns im Migrationskontext.

In: Wilfried Schnepf und Ilsemarie Walter (Hg.): Multikulturalität in Pflege und Gesellschaft. Böhlau, Wien u. a., 135–160.

Seidl, Elisabeth und Walter, Ilsemarie (2010): Multikulturalität in der Mobilen Pflege und Versorgung. In: Wilfried Schnepf und Ilsemarie Walter (Hg.): Multikulturalität in Pflege und Gesellschaft. Böhlau,

Wien u. a., 85–122.

Waldrauch, Harald und Sohler, Karin (2004): Migrantenorganisationen in der Großstadt. Entstehung, Strukturen und Aktivitäten am Beispiel Wiens. Frankfurt/Main: Campus.

Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hg.) (2005): Verbesserung der Versorgungssituation für psychisch erkrankte ältere Migrantinnen und Migranten im Land Berlin. Abschlussbericht. Berlin.

- Pflegende Angehörige demenzkranker Menschen
- Multikulturalität im Krankenhaus und in der Mobilen Pflege und Versorgung
- Beratungskonzepte für Diabetiker/innen und COPD-Patient/innen
- Alltagsbewältigung nach Nierentransplantation

Angaben zur Person/Organisation

Abteilung Pflegeforschung des Instituts für Pflege- und Gesundheitssystemforschung (IPG) der Universität Linz

Aktivitäten und Themen im Bereich Gesundheitsförderungsforschung:

Schwerpunkte: chronisch kranke und ältere Menschen, Demenzkranke, interkulturelle Zusammenarbeit

Forschungsphilosophie: Patient/innen/Nutzer/innen-Orientierung, Partizipatives Forschungsvorgehen und Feedback an die Betroffenen.

Wichtigste Projekte:

- Lebensqualität im Pflegeheim; Kooperationsprojekt mit zwei weiteren Disziplinen der Universität Wien (Sozialgerontologie und Bildungswissenschaft)

5. Andere Themen: Betriebliche Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung im Schwerpunktbereich Arbeit und Alter unter Berücksichtigung von Führung

Kerstin Eibel

Infolge der Auswirkungen des demografischen Wandels der Erwerbsbevölkerung gewinnen die Arbeitsfähigkeit älterer Arbeitnehmer/innen und deren Förderung sowohl an wissenschaftlichem Interesse als auch an gesellschaftspolitischer Aktualität. Um Gesundheit, Leistungs- und Arbeitsfähigkeit älterer Erwerbstätiger aufrechtzuerhalten bzw. zu unterstützen, ist die Entwicklung von Präventivmaßnahmen von wesentlicher Bedeutung. Ein Ansatzpunkt stellt die Berücksichtigung von Erholungsprozessen in der Freizeit, aber vor allem auch in Arbeitspausen und Auszeiten dar, da diese den Ausgleich von Arbeitsbeanspruchung ermöglichen und ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Beanspruchung und Erholung sicherstellen sollen. Gerade in Zeiten des vermehrten Auftretens von Überbelastung und Burnout scheint Regeneration und Erholung häufig zu kurz zu kommen. In der Beanspruchungs-Erholungsforschung wurden jedoch Alterskomponenten bisher vernachlässigt, und somit sind altersgerechte Formen von Arbeitspausengestaltungen bisher weitgehend unberücksichtigt. Der Arbeitsbereich für Arbeits-, Organisations- und Umweltpsychologie an der Karl-Franzens-Universität Graz, unter der Leitung von Prof. DDr. Konrad Wolfgang Kallus, hat sich in diesem Schwerpunktbereich zur Aufgabe gemacht, gesundheitsförderliche Arbeitspausengestaltungen speziell für ältere Arbeitnehmer/innen zu entwickeln und gezielt zu erforschen.

Rund um das Thema Arbeit und Alter konnten bisher zwei Forschungsprojekte umgesetzt werden. Im Projekt „Qualität des Arbeitslebens älterer Arbeitnehmer/innen“ wurden in Kooperation mit der Bundesarbeiterkammer und den Universitäten Wien und Innsbruck eine österreichweite Erhebung zur Ist-Situation älterer Arbeitnehmer/innen durchgeführt und Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsqualität abgeleitet. Das Projekt

„Recovery, Age and Performance“ beschäftigt sich vor allem mit Effekten unterschiedlicher Arbeitspausen auf die Leistung sowie auf das körperliche und psychische Wohlbefinden in Abhängigkeit vom Alter. Es konnte festgestellt werden, dass Pausengestaltungen altersbezogene differenzielle Effekte zeigen. Auch der Einfluss des Fitness-/Gesundheitszustands auf die Leistungsfähigkeit wird in einer aktuellen Studie näher beleuchtet. Für weitere Forschungsvorhaben sollen die bisherigen Ergebnisse und Erkenntnisse in die Arbeitswelt implementiert, evaluiert und angepasst werden. Dabei sollen als weitere wichtige Faktoren auf betrieblicher Ebene Management und Führung hinzugezogen werden. Es kann davon ausgegangen werden, dass gesunde Führung und die Nutzung von Ressourcen älterer Arbeitnehmer/innen sowohl auf individueller als auch auf innerbetrieblicher Ebene positive Auswirkungen nach sich ziehen und somit Gesundheit, Leistungsfähigkeit und Arbeitsbereitschaft älterer Erwerbstätiger langfristig aufrechterhalten werden können.

Angaben zur Person/Organisation

Mag. Kerstin Eibel ist Psychologisch-Technische Assistentin am Institut für Psychologie der Karl-Franzens-Universität Graz.

Messung und Evaluation des Arbeitsvermögens von Mitarbeiter/innen in Unternehmen, die von dem aktuellen beschleunigten Strukturwandel betroffen sind

Roland Ernst

Problembeschreibung

Der Strukturwandel der Europäischen und damit auch Österreichischen Industrie hin zu forschungs- und wissensintensiven Zweigen mit hohem Globalisierungs- und technologischem Innovationsgrad und kurzen Innovationszyklen wird seit Jahrzehnten laufend vollzogen. Konjunkturrückgänge, wie diese im Rahmen der aktuellen Finanzkrise zu beobachten waren, beschleunigen diesen Wandel und intensivieren die Notwendigkeit der Veränderung. Für die Beschäf-

tigten in den unter Druck geratenen Zweigen und Unternehmen stellen diese zusätzlichen Anforderungen oft zusätzliche Belastungen dar.

Die Zunahme von Leistungsdruck/Stress, die Verschlechterung des Betriebsklimas, mehr Druck zur Verringerung der Krankenstandesraten und vermehrter Druck bei Zielvereinbarungs- und Mitarbeiter/inngesprächen werden berichtet. Zusätzlich belastend wirken Einsparungsmaßnahmen, Kurzarbeit und drohende Entlassungswellen. Vor allem un- und angelernte Arbeitskräfte, befristet Beschäftigte, freie Mitarbeiter/innen und Leihpersonal waren bislang von Kündigungswellen betroffen und werden auch weiterhin als Erste Einsparungen zu spüren bekommen. Der finanzielle Druck in den angesprochenen Unternehmen lässt oft gesundheitsevaluierende und gesundheitsfördernde Maßnahmen nicht zu. Daher ist wenig über die gesundheitlichen Auswirkungen und die Auswirkungen auf das Arbeitsvermögen der Belegschaften bekannt. Bisherige Projekterfahrungen von IBG zeigen jedenfalls, dass in betroffenen Unternehmen die Werte des Arbeitsvermögens im Vergleich zu ähnlichen Unternehmen derselben Branche weit unterdurchschnittlich liegen. Um Best-Practice-Beispiele für diese und ähnliche Situationen im Strukturwandel beschreiben zu können, sollten die Auswirkungen systematisch und kontrolliert erfasst und gelungene Gegensteuerungsmaßnahmen evaluiert werden.

Forschungsfragen

Wie wirkt sich die Beschleunigung des Strukturwandels auf das Arbeitsvermögen aus? Welche Maßnahmen wirken auf eine positive Entwicklung des Arbeitsvermögens in betroffenen Unternehmen?

Literatur

www.forba.at/data/downloads/file/318-FB%203-2009.pdf

http://osha.europa.eu/en/press/pressreleases/what_do_europeans_think_about_their_working_conditions_01.14092009

http://osha.europa.eu/de/statistics/eu-poll/index_html-de

www.chillydomains.com/boep/fileadmin/editor_upload/Tag_der_Psychologie/2009/Unternehmenswahl_und_Arbeitsmotivation_in_Zeiten_der_Wirtschaftskrise.pdf

http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/job_creation_measures/n26103_de.htm

Angaben zur Person/Organisation

IBG – Institut für humanökologische Unternehmensführung wurde 1995 als Beratungsunternehmen für gesunde und nachhaltige Unternehmens- und Personalentwicklung gegründet. Unser Fokus gilt den Wechselwirkungen zwischen betrieblichem und persönlichem Wachstum, mit dem Ziel, eine humane und wirtschaftliche Arbeitswelt zu gestalten. Gesundheitsförderung, nachhaltige Entwicklung, Praktikabilität, wissenschaftliche Evidenz und Innovation sind dabei zentrale Werte unserer Arbeit.

Untersuchung der Reife unterschiedlicher Organisationstypen für betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)

Weiterentwicklung und Validierung eines Diagnostikinstrumentes zur Messung der Gesundheitsförderlichkeit von Organisationskulturen und Ableitung eines Evaluationsinstrumentes

Judith Goldgruber

Problembeschreibung

Zur unterschiedlichen Verbreitung der BGF über Betriebsgrößen und -branchen hinweg existieren keine empirischen und keine plausiblen nicht-empirischen Arbeiten (3, 6, 7). Wie im Grundlagenforschungsprojekt von Ahrens und Goldgruber postuliert, ist der Organisationskulturansatz dazu geeignet, hier klärend beizutragen: Im Rahmen einer explorativen Untersuchung zur Hypothesenentwicklung über den Zusammenhang zwischen unterschiedlichen Organisationstypen und BGF zeigte sich, dass die Ursache für die unterschiedliche Verbreitung der BGF in den Organisationen selbst

liegt. So ist der Wert, der dem Thema Gesundheit in verschiedenen Organisationen beigemessen wird, in hohem Maße kulturell geprägt. (1, 4, 5) Im Ergebnis wurde in genanntem Projekt die theoretische Basis für jenes Diagnostik-Instrument erarbeitet, welches hier skizziert werden soll, um im Rahmen eines angewandten Folgeprojekts weiterentwickelt und validiert werden zu können. Einer exemplarischen Testung wurde das Instrument bereits unterzogen. Es stellte sich heraus, dass die Variablen in der unternommenen Befragungsform nicht valide zu erheben sind:

Zunächst ist hierfür eine höhere als die vorgenommene Fallzahl an Organisationen und Befragungspersonen pro Organisation nötig. Auch eignet sich das Instrument in seiner vorliegenden Form zwar sehr wohl für größere, nicht jedoch für kleinere Organisationen, da diese den Einsatz qualitativer Datenerhebungsmethoden erfordern. Ziel der hier skizzierten Forschungsidee ist die empirische Hypothesenprüfung und somit die Weiterentwicklung und Validierung des Instruments zur Messung der Gesundheitsförderlichkeit von Organisationskulturen und die Ableitung eines Evaluationsinstruments.

Forschungsfrage

Wie lässt sich die Gesundheitsförderlichkeit von Organisationskulturen valide messen und die BGF-Reife unterschiedlicher Organisationskulturtypen und -größen feststellen? Unter Einsatz der folgenden Methodik soll diese Frage innerhalb von zwei Jahren beantwortet werden (2):

- Phase I Methodenentwicklung: Zur Messung der bereits definierten Variablen sollen geeignete Methoden entwickelt werden. Am Ende dieser Phase soll ein angemessenes Diagnostikinstrument konkretisiert sein.
- Phase II Testerhebung: Das Instrument soll einem ausführlichen Pretest unterzogen werden. Am Ende dieser Phase soll das Instrument reliable und valide Ergebnisse liefern können.
- Phase III Haupterhebung: Das nunmehr modifizierte Instrument soll in einer breit angelegten Datenerhebung zum Einsatz kommen. Am Ende dieser Phase soll das Instrument in etwa 100 Organisationen getestet worden sein.

Phase IV Datenauswertung: Schließlich sollen die erhobenen Daten aufbereitet, analysiert und interpretiert werden. Am Ende dieser Phase soll die Forschungsfrage beantwortet sein. Im Ergebnis soll ein validiertes Instrument vorliegen, anhand dessen im zukünftigen Praxiseinsatz zunächst vor dem Start eines BGF-Projekts die Reife einer konkreten Organisation für verschiedene BGFVarianten diagnostiziert und sodann die Veränderung der Reife der Organisation im Zeitverlauf evaluiert werden kann.

Literatur

- (1) Ahrens, D. und Goldgruber, J. (2009): Hypothesen zur Reife von Unternehmen für betriebliche Gesundheitsförderung in Abhängigkeit des Kulturtyps. In Fachhochschulstudiengänge Burgenland (Hg.): Seelische Gesundheit am Arbeitsplatz. Tagungsband zum Gesundheitssymposium vom 29.05.2008. Eisenstadt: Weber (im Druck).
- (2) Atteslander, P. (2008): Methoden der empirischen Sozialforschung. Berlin: Schmidt.
- (3) Beck, D. und Schnabel, P.-E. (2009): Verbreitung und Inanspruchnahme von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in Betrieben in Deutschland. Das Gesundheitswesen, eFirst.
- (4) Goldgruber, J. (2008): Betriebliche Gesundheitsförderung und Unternehmenskultur. In: Fachhochschulstudiengänge Burgenland (Hg.): Pannonia Research Report. Ausgezeichnete angewandte Forschungsergebnisse des Awards der Fachhochschulstudiengänge Burgenland. Eisenstadt: Weber, 21–32.
- (5) Goldgruber, J. (2008): Unternehmenskultur und Gesundheitsförderung. In: F. Gastager (Hg.): Betriebliche Gesundheitsförderung im europäischen Eisenbahnwesen. Wien: Böhlau, 189–218.
- (6) Gröben, F. und Wenninger, S. (2006): Betriebliche Gesundheitsförderung im öffentlichen Dienst: Ergebnisse einer Wiederholungsbefragung von Führungskräften in Hessen und Thüringen. Prävention und Gesundheitsförderung 1 (2), 94–98.

(7) Holleder, A. (2007): Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland: Ergebnisse des IAB-Betriebspanels 2002 und 2004. *Das Gesundheitswesen* 69 (2), 63–76.

Angaben zur Person/Organisation

Die Fachhochschulstudiengänge Burgenland verfolgen das Ziel der Aus- und Weiterbildung, finanzieren sich aus öffentlichen Mitteln und gliedern sich in vier Bereiche. Im Kernkompetenzbereich Gesundheit werden der FH-Bachelorstudiengang Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung und der FH-Masterstudiengang Management im Gesundheitswesen angeboten. Die Forschungstätigkeiten konzentrieren sich auf die kommunale, schulische und betriebliche Gesundheitsförderung. Aktuell werden zwei aus Mitteln des FGÖ (teil)finanzierte Projekte bearbeitet: Das Modellprojekt zur Herz-Kreislauf-Gesundheit „Gemeinsam gesund im Bezirk Oberwart“ (2009–2012) und das Grundlagenforschungsprojekt „Betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelunternehmen“ (2008–2010).

Gesunde Arbeitswelt für EPU's (Ein-Personen-Unternehmen)

Trude Hausegger

Forschungsidee

Laut Wirtschaftskammer ist die Zahl der EPU's (Ein-Personen-Unternehmen) im Jahr 2008 mit 205.276 Betrieben auf ein neues Rekordniveau geklettert. Sie stellen mittlerweile 50 Prozent der gewerblichen Wirtschaft, und die Gruppe wächst von Jahr zu Jahr. Im Alltag dieser Solo-Unternehmer/innen zeigt sich die Janusköpfigkeit moderner Arbeit besonders gut. Einerseits eigenständig und eigenverantwortlich, freie Termin- und Zeiteinteilung, Wahlfreiheit, kreativ, abwechslungsreich und herausfordernd, andererseits unberechenbar, stressig, hohe Anforderungen an Flexibilität und Fachlichkeit, fehlende Integration in ein Team. Es gibt kaum systematische gesundheitswissenschaftliche Untersuchungen für diese Gruppe von Er-

werbstätigen. Am meisten Informationen liegen über die Arbeitszeit vor, die als extensiv bezeichnet werden kann. Auch wenn aufgrund der vorliegenden Befunde diese Erwerbsform nicht pauschal als gesundheitlich besonders riskant eingestuft werden kann, gibt es Anzeichen dafür, dass für eine nicht unerhebliche Teilpopulation der Gesundheitszustand problematisch ist. Durch die zumeist projektformige Auftragsabwicklung entstehen Schwankungen der Auftragslage, und die damit einhergehende mangelnde Kontrolle über Arbeitsbelastung und Einkommen stellt ein fundamentales Risiko der EPU's dar. Es kann eine pathogene Wirkungskette entstehen, bei der die eigene Arbeitszeit als Puffer dient. Auch birgt projektformige Arbeit generell Besonderheiten, die bis jetzt in gesundheits- und arbeitswissenschaftlichen Untersuchungen wenig berücksichtigt wurden und für die es kaum geeignete Gestaltungshilfen gibt. Diese Ausgangssituation wirft folgende Forschungsfragen auf: - Wie gestaltet sich der Arbeitsalltag von EPU's aus gesundheitlicher Sicht? Lassen sich Unterschiede erkennen zwischen Unternehmen, die vor allem von Frauen geführt werden, wie beispielsweise Gesundheitsdienstleistungen und solchen, in denen hauptsächlich Männer tätig sind, wie z. B. Informations- und Kommunikationstechnologie? - Welche Ansätze sind im Sinne einer umfassenden Gesundheitsförderung bei einer Personengruppe zielführend, die sich ihre Arbeitsverhältnisse zum Großteil selbst erschafft, und welches Setting bietet den passenden Zugang?

Literatur

Hausegger, Trude und Weber, Friederike (2009): Veränderte Erwerbsbiografien und neue Arbeitswelten: Zukunftsorientierte Gesundheitsförderung auf der Suche nach Antworten. In: Ingrid Spicker und Gert Lang (Hg.): *Gesundheitsförderung auf Zeitreise*, Wien.

Mandl, Irene et al. (2007): *Ein-Personen-Unternehmen in Österreich. Endbericht. KMU Forschung Austria im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Arbeit*. Wien.

Latniak, Ernst et al. (2003): *Projektarbeit und Nachhaltigkeit – Intensität als Preis für mehr Autonomie?*

Beitrag zur Tagung „Nachhaltigkeit von Arbeit und Rationalisierung“. Technische Universität Chemnitz, 23. bis 24. Januar 2003.

Pröll, Ulrich (2005): Ausgangslage und Vorüberlegungen für ein nationales Handlungskonzept zur Verbesserung des Gesundheitsschutzes und der Sicherheit Selbständiger am Arbeitsplatz, Werkstattbericht, Dortmund.

Angaben zur Person/Organisation

Prospect Unternehmensberatung arbeitet seit 1999 an der Entwicklung von Modellen zur zukunftsorientierten Gestaltung betrieblicher und überbetrieblicher Arbeitswelten und zeichnet sich durch eine handlungsorientierte Verbindung von Sozialforschung und Unternehmensberatung aus. Die Kompetenzfelder sind:

- Arbeitsmarktpolitische Entwicklungen
- Berufliche Weiterbildung und Lebensbegleitendes Lernen
- Betriebliches Gesundheitsmanagement und altersgerechtes Arbeiten

Innerhalb der letzten fünf Jahre wurden rund zehn Projekte aus dem Bereich Betriebliches Gesundheitsmanagement, altersgerechtes Arbeiten sowie Gesundheitsförderung für Arbeitssuchende wissenschaftlich begleitet.

Gesundes Führen und Erhöhung von Engagement in der Arbeit

Paul Jiménez, Wolfgang Eder, Cornelia Schmon

Problembeschreibung

Führungscurricula betrachten meist sehr stark die methodischen Aspekte des Führens und gehen weniger auf Sozialkompetenzen ein. Es sind jedoch besonders Führungskräfte, die als „Umwelten“ der Mitarbeiter/innen sowohl die strukturellen Aspekte als auch prozessbezogene Verhältnis-Bedingungen beeinflussen. Engagement in der Arbeit ist gleichzeitig für viele das Zauberwort, um Mitarbeiter/innen zu Hochleistungen zu „motivieren“, vielfach unter dem falsch verstandenen Zitat von

Antoine de Saint-Exupéry, nach dem sich durch Motivation fast alles von selbst lösen sollte. Leider führt diese Ausrichtung eher zu einem mechanistischen Bild des „Motivierens“, das letztlich nicht nachhaltig funktionieren kann. Motivation zu halten und zu erhöhen ist eine schwierige Aufgabe, Demotivation von Mitarbeiter/innen (siehe „Innere Kündigung“) möglichst gering zu halten dabei die Meisteraufgabe: Demotivationsquellen haben z. B. einen höheren Einfluss auf Arbeitszufriedenheit als Engagement(1).

Aktuellste Forschungsergebnisse zeigen, dass Stress aus schlechter Führung sich gesundheitsschädlich auswirken kann.(4). Die wesentlichen Aspekte sind unter anderem die richtige Aufgabenzuweisung (die richtige Balance zwischen Beanspruchung und Erholung/Ressourcen (2)), vor allem aber die soziale Komponente der Wertschätzung und Anerkennung von Personen, die richtige Unterstützung der Mitarbeiter/innen. Ein schwieriger Part in Führungskräfte trainings ist es daher, diese Konzepte in praktisch anwendbares Handeln zu führen, das gleichzeitig nachhaltig im Sinne eines echten „Gesunden Führens“ wirken kann. Die Forderung nach Ulrich (5) sollte sogar sein, dass Arbeit durchaus fordernd sein darf, aber auch Spaß machen kann.

Forschungsfrage

Welche Arbeitsumfeld-Aspekte (s. a. Leiter & Maslach (3)) sind es nun, die Engagement halten und Demotivation gering halten kann, bei gleichzeitig notwendiger Leistungsanforderung? Reicht es aus, das Arbeitsumfeld persönlichkeitsfördernd zu gestalten? Welche medienvermittelnde Rolle hat dabei die Führungskraft? Welche Strategien sind dabei sowohl leistungsfördernd und gleichzeitig gesundheitsförderlich sowohl für Führungskräfte als auch für Mitarbeiter/innen, führen also zu einer idealen Beanspruchungs-Ressourcen-Balance?

Literatur

(1) Jiménez, P. (2004): Engagement und Demotivation bei Polizeibeamten – Vergleich öffentlicher Dienst mit anderen Berufen. *Polizei & Wissenschaft* 2, 24–33.

(2) Jiménez, P. und Kallus, W. (2005): Stress and recovery of social care professionals. *Development of*

a screening version of the Recovery-Stress-Questionnaire for Work. In: C. Korunka und P. Hoffmann (Hg.): Change and quality in human service work. München: Hampp, 311–323.

(3) Leiter, M. P. und Maslach, C. (2007). Burnout erfolgreich vermeiden. Sechs Strategien, wie Sie Ihr Verhältnis zur Arbeit verbessern. Wien: Springer.

(4) Meier, L. Laurenz, Semmer, N. K., Elfering, A. und Jacobshagen, N. (2008): The double meaning of control. Three-way interactions between internal resources, job control, and stressors at work. *Journal of Occupational Health Psychology* 13 (3), 244–258.

(5) Ulich, E. und Wülser, M. (2004): Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven. Wiesbaden: Gabler Verlag.

Angaben zur Person/Organisation

Karl-Franzens-Universität Graz, Institut für Psychologie

Im Arbeitsbereich „Arbeits-, Organisations- und Umweltpsychologie“ (Leitung Univ.-Prof. DDr. K. W. Kalus) werden seit 1998 Projekte zum Thema Stress, Erholung und Gesundheitsförderung durchgeführt. Die speziellen Forschungsbereiche von Dr. Paulino Jiménez sind im Bereich Arbeitsmotivation, Arbeitszufriedenheit, Well-being, Burnout und Methodik in der Evaluationsforschung.

Evidenzbasierte Burnoutprävention und Coaching im Gesundheitswesen

Wolfgang Lalouschek

Menschen in medizinischen Berufen gehören zu den Hochrisikogruppen für Burnout. Auf der individuellen Ebene hat Burnout gravierende Auswirkungen auf die seelische und körperliche Gesundheit. Burnout geht jedoch auch einher mit einer relevanten Verschlechterung der Qualität der geleisteten Arbeit und damit mit einer

schlechteren Versorgung und Behandlung der Patient/innen. Derzeit gibt es keine evidenzbasierten, nachhaltig wirksamen Maßnahmen zur Vorbeugung von Burnout beziehungsweise Verringerung der Burnoutgefährdung von Menschen in medizinischen Berufen in Bezug auf deren körperliche und seelische Gesundheit sowie in Bezug auf die Funktionsfähigkeit medizinischer Teams. In einem Pilotprojekt wird derzeit in einem Wien-weiten Projekt für medizinisches Personal auf Intensivstationen die Wirksamkeit von systemischem Coaching zur Verringerung der Burnoutgefährdung untersucht. Anhand validierter Fragebögen werden Burnoutgefährdung sowie damit zusammenhängende Parameter auf der gesundheitlichen als auch auf der organisationalen Ebene systematisch untersucht. Gemeinsam mit den teilnehmenden Teams werden Verbesserungsmaßnahmen im eigenen Einflussbereich entwickelt und systematisch auf deren Wirksamkeit untersucht.

Im Rahmen der Analyse werden Burnoutgefährdung sowie die Art der entwickelten Maßnahmen in Beziehung zu den Charakteristika der einzelnen teilnehmenden Abteilungen und Stationen gesetzt. Diese Ergebnisse sollen helfen, in Folgeprojekten hypothesenbasierte Maßnahmen zur Verringerung der Burnoutgefährdung in weiteren medizinischen Bereichen anzuwenden und systematisch zu evaluieren. Eine wesentliche Erweiterung dieses Ansatzes würde die Einbeziehung quantitativer Methoden zur Messung der Stressbelastung der teilnehmenden Personen bedeuten. Dies kann mittels Messung der Herzratenvariabilität sowie des Cortisolspiegels im Speichel mit relativ geringem Aufwand geschehen. Diese Daten liefern wesentliche zusätzliche Erkenntnisse, die über die subjektive Selbstbeurteilung der Teilnehmer hinausgehen beziehungsweise diese ergänzen. Auf diese Weise können Effekte von Maßnahmen zur Verringerung der Burnoutgefährdung sowohl auf der Ebene des subjektiven Erlebens als auch mittels objektivierbarer und reproduzierbarer Methoden gemessen werden. Ein derartiger Ansatz erlaubt die gesundheitliche Betrachtung von Gesundheit auf der Ebene der seelischen und körperlichen Gesundheit wie auch auf der Ebene der organisationalen Gesundheit von ganzen Teams und Abteilungen.

Ein derart ganzheitlicher Ansatz von Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen wäre schließlich auch mit einer Verbesserung der medizinischen Ergebnisqualität

verbunden und würde somit nicht nur dem Personal, sondern auch den von diesen Personen betreuten Patient/innen zugute kommen.

Angaben zur Person/Organisation

Gesundheitszentrum The Tree; MC Medical Coaching GmbH. Univ. Prof. Dr. Wolfgang Lalouschek ist Neurologe und systemischer Coach.

Gesundheitsbezogene Arbeitssituationsanalyse für Mitarbeiter/innen im Gesundheits- und Sozialbereich:

Psychometrische Testung eines Erhebungsinstruments

Gert Lang, Katharina Resch, Ingrid Spicker

Problembeschreibung

Gängige Instrumente betrieblicher Arbeitsanalyse und Gesundheitsförderung wie beispielsweise SALSA (Udris und Rimann 1999, Rimann und Udris 1997), ISTA (Semmer et al. 1999), DigA (Ducki 2000), FBG (Badura und Hehlmann 2003) und AMB (Hirtenlehner und Grausgruber 2006) setzen jeweils den Schwerpunkt auf die Analyse arbeitsbedingter Gesundheitsrisiken und -chancen. Im Fokus sind meist Arbeitnehmer/innen, jedoch keine spezifischen Berufsgruppen mit besonderen Herausforderungen und beruflichen Belastungen. Belastungsfaktoren und Ressourcen der Arbeit variieren bekanntlich aber stark nach den Aufgaben des Berufs. Die Analyse arbeitsbezogener Ressourcen und Belastungen von Mitarbeiter/innen im Gesundheits- und Sozialbereich ist daher mit Standardinstrumenten (z. B. SALSA) kaum geeignet (Hirtenlehner 2008). Im Rahmen des EU-Projekts „Betriebliche Gesundheitsförderung in der mobilen Pflege und Betreuung“, das Teil der EQUAL-Entwicklungspartnerschaft „AEIOU Arbeitsfähigkeit erhalten für Individuen, Organisationen und Unternehmen“ war, wurde ein Instrument der gesundheitsbezogenen Arbeitsanalyse (GAA) für Mitarbeiter/innen im Gesundheits- und Sozialbereich entwickelt und im Rahmen zweier Pilotuntersuchungen getestet.

Das Erhebungsinstrument GAA basiert auf aktuellem arbeitspsychologischen Forschungsstand und erfasst Belastungsfaktoren, positive und negative Gesundheitsindikatoren sowie Ressourcen und Aspekte gesundheitsförderlicher Arbeit speziell für den Gesundheits- und Sozialberuf (Hickel et al. 2003a). Der GAA-Fragebogen liefert zentrale Daten über gesundheitsbezogene Risiken und Potenziale der Mitarbeiter/innen, welche die Ableitung notwendiger Strategien und Maßnahmen ermöglichen. Das Instrument wurde bisher mittels Vollerhebung in zwei Organisationen zur Anwendung gebracht (Gesundheits- und Soziale Dienste des Wiener Roten Kreuzes und Stadt Wien, MA 47).

Wichtige erste Ergebnisse über das Instrument liegen vor, allerdings konnte im Rahmen des Pilotprojekts keine Detailevaluierung der psychometrischen Eigenschaften des Befragungsinstruments stattfinden (Hickel und Palkovich 2005, Hickel et al. 2003a, 2003b). Für den weiteren Praxiseinsatz ist eine wissenschaftliche Validierung und Adaptierung des Fragebogens jedoch unerlässlich.

Forschungsfragen

- Wie sind die psychometrischen Eigenschaften des GAA-Fragebogens zu bewerten?
- Wie kann das Instrument auf Basis dieser Ergebnisse adaptiert werden?
- Wie schneidet das GAA-Instrument nach der Adaptierung ab, und was muss gegebenenfalls noch verbessert werden?

Literatur

Badura, Bernhard und Hehlmann, Thomas (2003): Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. Berlin: Springer.

Ducki, Antje (2000): Diagnose gesundheitsförderlicher Arbeit. Eine Gesamtstrategie zur betrieblichen Gesundheitsanalyse. Zürich: vdf Hochschulverlag.

Hickel, Susanne und Palkovich, Tamara (2005): Workplace health promotion in domiciliary care – An Austrian Project. In: Journal of Integrated Care 4/13, 26–33.

Hickel, Susanne, Palkovich, Tamara und Lang, Gert (2003a): Belastungen, Ressourcen und Gesundheit bei Beschäftigten in der mobilen Pflege und Betreuung. Ergebnisbericht einer Fragebogenerhebung in den Gesundheits- und Sozialen Diensten des Wiener Roten Kreuzes. Wien: Forschungsinstitut des Wiener Roten Kreuzes.

Hickel, Susanne, Palkovich, Tamara und Lang, Gert (2003b): Belastungen, Ressourcen und Gesundheit bei Beschäftigten in der mobilen Pflege und Betreuung. Ergebnisbericht einer Untersuchung im Wiener Roten Kreuz und in der Magistratsabteilung 47 der Stadt Wien. Wien: Forschungsinstitut des Wiener Roten Kreuzes.

Hirtenlehner, Helmut (2008): Betriebliche Gesundheitsanalyse: Eine Validierung des SALSA-Fragebogens für Österreich, . In: Ingrid Spicker und Gabriele Sprengseis (Hg.): Gesundheitsförderung stärken. Kritische Aspekte und Lösungsansätze. Wien: Facultas, 182–202.

Hirtenlehner, Helmut und Grausgruber, Alfred (2006): Der AMB-Fragebogen. Ein Instrument zur Arbeitsanalyse bei Menschen mit Beeinträchtigungen. In: Oskar Meggeneder und Helmut Hirtenlehner (Hg.): Zehn Jahre Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich. Forschungsstand – Strukturen – Entwicklungen. Frankfurt/Main: Mabuse, 213–229.

Rimann, Martin und Udris, Ivars (1997): Subjektive Arbeitsanalyse. Der Fragebogen SALSA. In: Oliver Strohm und Eberhard Ulich (Hg.): Unternehmen arbeitspsychologisch bewerten. Ein Mehr-Ebenen-Ansatz unter besonderer Berücksichtigung von Mensch, Technik und Organisation. Zürich: vdf Hochschulverlag, 281–298.

Semmer, Norbert, Zapf, Dieter und Dunckel, Heiner (1999): Instrument zur Stressbezogenen Tätigkeitsanalyse (ISTA). In: Heiner Dunckel (Hg.): Handbuch psychologischer Arbeitsanalyseverfahren. Zürich: vdf Hochschulverlag, 179–204.

Udris, Ivars und Rimann, Martin (1999): SAA und SALSA. Zwei Fragebögen zur subjektiven Arbeitsanalyse. In: Heiner Dunckel (Hg.): Handbuch psychologischer Arbeitsanalyseverfahren. Zürich: vdf Hochschulverlag, 397–419.

Angaben zur Person/Organisation

Das Forschungsinstitut des Roten Kreuzes forscht seit zehn Jahren in nationalen und europäischen Projekten zu Themen der Gesundheitsförderung. Wichtige Projekte der letzten Jahre sind z. B. Healthy Inclusion – Zugang von Migrant/innen zu Gesundheitsangeboten, HealthProElderly – Entwicklung von Leitlinien, PS: Potenzial Sozialkapital, Betriebliche Gesundheitsförderung in der mobilen Pflege und Betreuung oder Plan60 – Gesundheitsförderung für ältere Menschen. Publikationen im Bereich Gesundheitsförderung sind neben Projektberichten auch Buchpublikationen, u. a.:

Spicker/Lang (Hg.) (2009): Gesundheitsförderung auf Zeitreise. Herausforderungen und Innovationspotenziale auf dem Weg in die Zukunft. Wien: Facultas.

Spicker/Sprengseis (Hg.) (2008): Gesundheitsförderung stärken. Kritische Aspekte und Lösungsansätze. Wien: Facultas.

Spicker/Schopf (2006): Betriebliche Gesundheitsförderung erfolgreich umsetzen. Praxishandbuch für Pflege- und Sozialdienste. Wien: Springer.

Schwelle von betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF) in betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)

Notwendigkeiten, Chancen und Probleme

Cornelia Schmon, Paul Jiménez, Fides-Ronja Voss

Problembeschreibung

Präventive gesundheitsfördernder Maßnahmen müssen als grundlegend in unserer heutigen Gesellschaft gesehen werden, dadurch können viele primäre und sekundäre Krankheitsbilder vermieden werden (1). Gleichzeitig ist eine gesellschaftliche Wandlung des Gesundheitsbegriffes, weg von der belastungsorientierten Prävention von Krankheit und Verletzungen, hin zur ressourcenorientierten Förderung von Gesundheit (2) zu beobachten und wird in der Luxemburger Deklaration (1997) beschrieben. Um langfristigen Belastungserscheinungen entgegenzuwirken, bedarf es also auch langfristiger Maßnahmen. Diese sind durch eine alleinige Durchführung befristeter BGF-Projekte nicht gewährleistet. Um nachhaltig wirksam zu sein, sollten betriebliche Gesundheitsmaßnahmen deshalb ganzheitlich werden, um die gesundheitsfördernden Aspekte von BGF langfristig auf allen Ebenen des Unternehmens etablieren zu können (4). Faktoren, die in der Literatur als hinderlich für BGF-Projekte beschrieben werden, könnten durch eine systematische Implementierung der betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Sinne eines BGMs gehandhabt werden. Dazu gehören z. B. mangelnde Motivation der Mitarbeiter (Verbesserung etwa durch persönliche Jahresergebnisse) oder die unpräzise Formulierung und Kontrolle von Zielen (diese würden durch eine klare Konzeption und fortlaufende Qualitätskontrolle der BGM-Projekte eindeutiger)(3).

Forschungsfrage

Welche Hindernisse und Bedenken gibt es nun hinsichtlich einer Überführung von BGF- in BGM-Projekte? Wir gehen davon aus, dass es neben Faktoren wie der Größe des Unternehmens und des damit verbundenen Budgets und der Verantwortlichkeiten eine vielschichtige Thematik ist. Viele Unternehmen sind deshalb noch nicht über kurzfristig angelegte Gesundheitsförderungsprogramme hinausgegangen, und wichtige Kriterien der strategischen Steuerung und Ganzheitlichkeit werden damit nicht erfüllt (2). Die Themen, die in BGF-Projekten meist im Vor-

dergrund stehen, sind sehr verhaltensorientiert und vielfach nicht auf Langfristigkeit orientiert (2). Damit ist eine Überführung in BGM grundsätzlich für viele Unternehmen leider problematisch. Gründe für eine mangelnde Implementierung in den Unternehmen sind in der Literatur bisher allerdings noch nicht zufriedenstellend erforscht. Da es aber sowohl im Sinne der Mitarbeiter/innen ist als auch langfristig im Sinne der Unternehmensleitung, diese Implementierung unkompliziert systematisch möglich zu machen, scheint eine Identifizierung dieser Hindernisse dringend notwendig.

Literatur

(1) Badura, B. et al. (2002): Expertenkommission betriebliche Gesundheitspolitik, Zwischenbericht http://www.boeckler.de/pdf/fof_zwischenbericht.pdf.

(2) Jiménez, P. (2009): Arbeitspsychologie und Prävention, Einsatz in Unternehmen. Eine Befragung bei Unternehmen in Österreich zu Arbeitspsychologie und BGF-Projekten. Unveröffentlichte Daten. Graz: Karl-Franzens-Universität.

(3) Rütthemann, I. (2005): Einführung von betrieblichem Gesundheitsmanagement mit dem Personal-Balanced Scorecard-Ansatz. ftp://ftp.unizh.ch/hrm/04_forschung/fdb/uploads/sa_isabelle_ruetthemann.pdf.

(4) Ulich, E. und Wülser, M. (2009). Gesundheitsmanagement in Unternehmen. 3. Auflage. Gabler: Wiesbaden.

Angaben zur Person/Organisation

research-team setzt sich aus einem Pool an erfahrenen Arbeitspsycholog/innen und ausgesuchten externen Partner/innen zusammen, die unter der Geschäftsführung von Mag. Cornelia Schmon und der wissenschaftlichen Leitung von Dr. Paul Jiménez konkrete Strategien mit den Unternehmen ausarbeiten und umsetzen. Das Unternehmen research-team unterstützt seit mehr als 10 Jahren das Human Resource Management der Unternehmen mit wissenschaftlich fundierten Maßnahmen in den verschiedenen Stadien des Personal- bzw. Organisationsentwicklungsprozesses und zu Umsetzungsprozessen bei BGF-Projekten in BGM.

proFITNESS Gesunde Mitarbeiter – Gesunde Unternehmen

Dietmar Karl Schuster

Problemstellung

Bedingt durch die Wirtschaftskrise sind viele Klein- und Mittelunternehmen (KMU) mit zahlreichen Problemen konfrontiert. KMUs müssen aber, um nach außen wirtschaftlich erfolgreich bestehen zu können, auch im Innenverhältnis gesund sein. Gerade in wirtschaftlich stürmischen Zeiten ist es daher wichtig, auch gesunde Unternehmer/innen und Mitarbeiter/innen zu haben. Während die betriebliche Gesundheitsförderung in vielen großen Unternehmen bereits praktiziert wird, ist es bisher noch nicht gelungen, die Gesundheitsförderung in den kleinen und mittleren Betrieben auf breiter Ebene zu etablieren. Umso größer ist daher der Handlungsbedarf, sowohl die Geschäftsführung als auch die Mitarbeiter in den KMUs von gesundheitsfördernden Maßnahmen in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Entspannung zu überzeugen. Besonderes Augenmerk soll auch auf Zivilisationskrankheiten wie etwa Diabetes, Adipositas und psychische Erkrankungen gerichtet werden.

Projektziele

Zielsetzung der Aktion „proFITNESS“ ist es:

- Im Rahmen einer Großaktion ein Dach über alle schon derzeit bestehenden Initiativen zu bilden und besonders die Vorteile für kleine und mittlere Betriebe herauszuarbeiten.
- Entwicklung eines Marktplatzes, wo Betriebe einerseits ihre Leistungen anbieten können, andererseits Unternehmer/innen und deren Mitarbeiter/innen sich informieren bzw. verbilligte Angebote beziehen können.
- einen nachhaltigen Prozess von gesundheitsfördernden Maßnahmen in KMUs zu starten.

Mögliche Projektpartner

- SVA der gewerblichen Wirtschaft
- Gebietskrankenkassen (BGF-Netzwerk)
- Allgemeine Unfallversicherung
- Hauptverband
- Bundessportorganisationen (ASKÖ, ASVÖ, BSO, Sportunion)

- Fonds Gesundes Österreich
- Betriebssportverband

Projekttablauf

Unter der Regie von Dr. Martin Gleitsmann, Abteilungsleiter der Abteilung Sozialpolitik und Gesundheit bei der WKÖ und Mitbegründer der Plattform Gesundheitswirtschaft Österreich, wird ein Aktionsplan ausgearbeitet. Die Umsetzung der Aktion soll außerdem von einer Werbeagentur mitgetragen werden.

Maßnahmen

- Abwicklung über eine Homepage
- Entwicklung eines Aktionslogos als optische Klammer für die Initiative
- Bewerbung und Aktionen (z. B. Schrittzähler für Mitarbeiter) in Zusammenarbeit mit einem landesweiten Medienpartner.
- Akquisition von Kooperationspartner/innen und Ausarbeitung von Kooperationspaketen: Die Unternehmer/innen haben die Möglichkeit, diese Leistungen zu einem Vorzugspreis in Anspruch zu nehmen. Die teilnehmenden Partner werden mit dem Kooperations-Button gekennzeichnet. Sie dürfen in ihrer Kommunikation den Kooperations-Button verwenden. Weiters sollen Kooperationspakete geschnürt, die unter dem Dach der Initiative angeboten werden.
- Präsentationsfolder: Zur Vorstellung der Initiative dient der Infofolder. Er soll auf unterhaltsame Weise KMU zur Teilnahme an der Initiative bewegen. Verteilt wird der Infofolder über die WK-Bereichsstellen, die SVA-Landesstellen und die Partnerbetriebe. Möglich wäre auch der Versand über die SVA-Beitragsvorschreibung.
- Entwicklung Anzeige: Zur Bewerbung des Projektes in den WK-Zeitungen und der SV-Aktuell soll ein Anzeigensujet entwickelt werden, welches auf die Initiative aufmerksam macht.
- Welcome-Geschenk für angemeldete Mitglieder. Jeder, der sich zur Aktion anmeldet, bekommt ein Give-Away mit einem Scheckheft zugesandt. Im Scheckheft befinden sich einige Bonusaktionen wie z. B. Beratungsgutschein, Vergünstigungen auf Sportartikel, Ernährungsberatung, Fitness-Schnuppern etc.
- Präsentationssystem: Zur Bewerbung der Initiative bei Veranstaltungen soll ein Präsentationssystem

entwickelt werden, welches leicht zu transportieren ist und auch auf kleinstem Raum eingesetzt werden kann.

- Erarbeitung eines Einsatzplanes: In Kooperation mit den Partnern soll ein Plan erstellt werden, bei welchen bestehenden Veranstaltungen die Initiative vorgestellt werden kann

Angaben zur Person/Organisation

Dr. Dietmar Karl Schuster MBA ist Referent der Abteilung Sozialpolitik und Gesundheit der Wirtschaftskammer Österreich.

Gesundheitszustand und Gesundheitseinstellungen von Projektmanager/innen „Das Gesunde Projekt“

Lisa Tomaschek-Habrina

Problemstellung

Projektorientiertes Arbeiten wird als die Arbeitsform der Zukunft diskutiert (Mühlfelder 2004) und geht mit neuen Chancen und Möglichkeiten, aber auch mit Risiken, insbesondere gesundheitsbezogenen Risiken, einher. Umweltänderungen erfordern Anpassungsleistungen von den involvierten Menschen, und gleichzeitig sind die involvierten Menschen Gestalter/innen ihrer Umwelt. Bisherige Forschungsschwerpunkte über Projektarbeit betrafen die Leistungsoptimierung und Steuerung. Das Thema Gesundheit in der Projektarbeit wurde bislang nicht nur wissenschaftlich – wie die Ergebnisse einer der wenigen zu diesem Thema vorliegenden Studien zeigen –, sondern auch in ihrer Umsetzung innerhalb der Projektarbeit vernachlässigt und der Bedeutung unterschätzt (Latniak und Gerlmaier 2006): Deutsche IT-Spezialisten in Projekten leiden bis zu viermal häufiger unter psychosomatischen Beschwerden als der Durchschnitt der deutschen Beschäftigten. Stressphasen von mehr als 8 Wochen führen zu einer Zunahme chronischer Erschöpfung, einem Frühindikator für Burnout. Laut der Online-Zeitschrift „Computerwoche“ 7/1992 und 37/1991 sollen Untersuchungen an Software- Entwicklungsteams gezeigt haben, dass die Produktivität entscheidend

durch die Berücksichtigung des „Faktors Mensch“ gesteigert werden könne: synergetische Teams, d. h., harmonisch zusammenarbeitende Teams, können bis zu zehnmal leistungsfähiger und produktiver sein als „durchschnittliche“ Teams. Voraussetzung dafür sei gegenseitiges Vertrauen, das kreative Zusammenarbeit, gegenseitige Unterstützung und das Ausprobieren von Neuem ermögliche.

Forschungsfragen

Ziel des Forschungsvorhabens ist es, wissenschaftlich fundierte Anknüpfungspunkte für die Fort- und Weiterbildung von führenden Personen in der Projektarbeit sowie für die Verhaltens- und Verhältnisprävention zu finden und zu beschreiben. Im Mittelpunkt des Forschungsinteresses stehen folgende Fragestellungen:

1. Wie ist der (objektive) körperliche und psychische Gesundheitszustand von Projektmanager/innen?
 - 2.a. Wie gesund fühlen sich Projektmanager/innen (subjektives Gesundheitsbewusstsein)?
 - 2.b. Decken sich Eigenwahrnehmung und objektiver Gesundheitszustand, oder gibt es eine Diskrepanz?
3. Spielen die Einstellungen zur eigenen Gesundheit bzw. zu der der Projektmitarbeiter/innen eine Rolle in der Gestaltung des Projekts? Wird Gesundheit als Erfolgsfaktor für das Projekt wahrgenommen?
4. Welche Faktoren der Projektarbeit werden als belastend, gesundheitsfördernd bzw.-schädigend wahrgenommen?
5. Welche Werthaltungen fördern, welche reduzieren Stress/Gesundheit?
6. Gibt es geschlechtsspezifische Charakteristika und Unterschiede?

Studiendesign

Auswahl der Untersuchungsgruppe

Aus insgesamt 20 Projektteams in österreichischen Unternehmen der IT-Branche werden Projektleiter/innen, Projektmanager/innen und Projektmitarbeiter/innen in Schlüsselpositionen als Untersuchungseinheiten ausgewählt, sodass die gesamte Studie an einer Stichprobe von zirka 100 Personen durchgeführt wird.

Methodik

Die Untersuchung setzt sich aus einem quantitativen und einem qualitativen empirischen Teil zusammen.

A. Quantitativer empirischer Teil

Zur objektiven Erfassung des tatsächlichen Gesundheitszustandes erfolgt einerseits eine arbeitsmedizinische Untersuchung der teilnehmenden Personen und andererseits eine psychologische Testdiagnostik (Befindlichkeit, Burnout).

B. Qualitativer empirischer Teil

Alle weiteren Fragestellungen werden mittels qualitativer Methodik untersucht: Hier kommen einerseits semi-strukturierte Interviews bei allen teilnehmenden Personen und andererseits 5 qualitative Experimente in Form von Organisations- und Strukturaufstellungen zum Einsatz.

C. Am Beginn des semi-strukturierten Interviews werden Fragen hinsichtlich folgender Parameter gestellt: Charakteristika des Unternehmens: Branche, Unternehmenskultur, Häufigkeit der Projektarbeit etc. sowie Charakteristika des untersuchten Projekts: Größe und Komplexität, Projektmethodik, Ressourcen etc. Die Aufbereitung des Materials erfolgt auf Tonband bzw. Video und wird zur Gänze transkribiert. Die Auswertung des Materials erfolgt mittels qualitativer und quantitativer Inhaltsanalyse nach Mayring.

Zeitplan

Insgesamt ist mit einer Forschungsprojektlaufzeit von einem Jahr zu rechnen:

Projektvorbereitung: 2 Monate

Durchführung des empirischen Teils: 6 Monate

Auswertung und Verfassung des Forschungsberichts: 4 Monate

Kooperationspartner/innen

ESBC (European Systemic Business Competences), ESBR (European Systemic Business Research)

Literatur

Computerwoche 37/1991: www.computerwoche.de/heftarchiv/1991/37

Computerwoche 7/1992: www.computerwoche.de/heftarchiv/1992/7

Latniak, E. und Gerlmaier, A. (2006): Zwischen Innovation und alltäglichem Kleinkrieg. Zur Belastungssituation von IT-Beschäftigten. IAT-Report 4, 2006.

Mühlfelder, M. (2004): Stress im Projekt? – Psychische Anforderungen und Belastungen für Projektmanager und -mitarbeiter. *Projektmanagement* 3, 39–46.

Angaben zur Person/Organisation

IBOS Institut für Burnout und Stressmanagement
Dr. Lisa Tomaschek-Habrina, Leitung Institut IBOS, Vorstand der origo GmbH, system. Coach, Trainerin, Lehrbeauftragte für Coaching und Projektmanagement (ESBA), Psychotherapeutin (Psychodrama ÖAGG,) Supervision und Moderation, Theater-, Film- und Medienwissenschaftlerin (Universität Wien), Schauspielausbildungen (im In- und Ausland), Vorträge und Fachpublikationen zum Thema Burnout und Stressmanagement.

Arbeitsörtliche Gesundheitsförderung – gesunde Entstandardisierung!?

Friederike Weber

Problemstellung

Die Betriebliche Gesundheitsförderung orientiert sich tendenziell am Konzept einer unbefristeten unselbstständigen Beschäftigung, denn vor allem diese Erwerbsform hat eine relativ konstante Arbeitsumgebung. Mit dieser Ausrichtung erreicht man zwar nach wie vor viele Erwerbstätige, bei Betrachtung der Beschäftigungsstatistiken wird jedoch evident, dass andere Formen der Erwerbstätigkeit zunehmend an Bedeutung gewinnen. Neben der vor allem in der Vergangenheit für Männer „typischen“ Erwerbsbiografie, ein Vollzeitarbeitsplatz, der nach der Ausbildung begonnen und idealerweise bis zur Pension ausgeführt wird, zeigen sich viele andere Formen wie Teilzeit, befristete Dienstverhältnisse, freie Dienstverträge, Leiharbeit sowie neue Selbstständigkeit, und institutionelle Übergänge verschwinden zunehmend. Auch Lebensläufe werden individueller. Es ist von „Patchworkbiografien“ die Rede, bei denen Arbeitsplätze, aber oft auch Beschäftigungsformen gewechselt werden. Ebenso wandeln sich Arbeitsinhalte zunehmend ra-

scher, und Personen sind laufend gefordert, sich auf neue Situationen einstellen und die dafür notwendigen Kompetenzen zu erwerben.

Forschungsfragen

Gezielte Gesundheitsförderung braucht demzufolge passgenaue Zugänge für unterschiedliche Beschäftigungsformen und sollte Ansätze bereitstellen, wie Menschen laufende Veränderungsprozesse im Arbeitsleben gesund bewältigen können. Davon ausgehend, stellen sich zwei wesentliche Forschungsfragen:

- Mit welchen spezifischen Ressourcen und Belastungen sind unterschiedliche Beschäftigungsformen verbunden, und wo könnte die Gesundheitsförderung jeweils ansetzen? Braucht es so etwas wie „arbeitsörtliche“ Gesundheitsförderung?
- Welche gesundheitlichen Chancen und Risiken birgt Entstandardisierung, und wie können laufende Veränderungen im Arbeitsleben und Phasen der Unsicherheit gesund bewältigt werden?

Literatur

Brinkmann, Ulrich et al. (2006): Prekäre Arbeit. Ursachen, Ausmaß, soziale Folgen und subjektive Verarbeitungsformen unsicherer Beschäftigungsverhältnisse. In: Friedrich Ebert Stiftung (Hg.). Bonn.

Grote, Gudela und Raeder, Sabine (2003): Schlussbericht zum Projekt 4043-58298 Berufliche Identität in Wechselwirkung mit den Anforderungen von Arbeitsflexibilisierung und kontinuierlicher Bildung. Zürich.

Hausegger, Trude und Weber, Friederike (2009): Veränderte Erwerbsbiografien und neue Arbeitswelten. Zukunftsorientierte Gesundheitsförderung auf der Suche nach Antworten. In: Ingrid Spicker und Gert Lang (Hg.): Gesundheitsförderung auf Zeitreise. Wien.

Kaup, Isabella et al. (2006): Kurzbericht zur Studie „Zufriedenheit, Einkommenssituation und Berufsperspektiven bei Neuen Erwerbsformen in Wien“. Wien.

Kock, Klaus (2008): Auf Umwegen in den Beruf. Destandardisierte und prekäre Beschäftigung von Jugendlichen an der zweiten Schwelle – eine Auswertung empirischer Befunde. Technische Universität Dortmund, Beiträge aus der Forschung, Band 162. Dortmund.

Angaben zur Person/Organisation

Prospect Unternehmensberatung arbeitet seit 1999 an der Entwicklung von Modellen zur zukunftsorientierten Gestaltung betrieblicher und überbetrieblicher Arbeitswelten und zeichnet sich durch eine handlungsorientierte Verbindung von Sozialforschung und Unternehmensberatung aus. Die Kompetenzfelder sind:

- Arbeitsmarktpolitische Entwicklungen
- Berufliche Weiterbildung und Lebensbegleitendes Lernen
- Betriebliches Gesundheitsmanagement und altersgerechtes Arbeiten

Innerhalb der letzten fünf Jahre wurden rund zehn Projekte aus dem Bereich Betriebliches Gesundheitsmanagement, altersgerechtes Arbeiten sowie Gesundheitsförderung für Arbeitssuchende wissenschaftlich begleitet.

6. Weitere Themen

Adipositas-Frühprävention: Von der Schwangerschaft bis zum Schuleintritt

Elisabeth Ardel-Gattinger, Daniel Weghuber, Susanne Ring-Dimitriou

Problemstellung

Sowohl Adipositasstherapie als auch die bisherigen Präventionsmaßnahmen haben enttäuschende Ergebnisse gebracht und somit keine Antwort auf die grassierende Adipositasepidemie gegeben. Dies führte zum Health@anySize-Paradigmenwechsel (Miller und Jacobs 2001), der besagt, dass bei gesunder Ernährung und guter körperlicher Fitness trotz fehlender Gewichtsreduktion eine Besserung des Gesundheitszustandes erreicht werden kann (Strong et al. 2005). Zudem zeigte sich, dass die Weichen sehr früh – d. h. vor dem 6. Lebensjahr und bereits in der Schwangerschaft – gestellt werden müssen (Wilkin et al. 2004).

Methode

Im Rahmen eines die Makro- und Mikroebene berücksichtigenden Präventionsprojektes werden interdisziplinäre Interventionen vor dem Hintergrund internationaler Modelle (Hakanen et al., Int J Obes 2006) für die oben genannte Zielgruppe in mindestens 2 Bundesländern randomisiert-kontrolliert durchgeführt und evaluiert.

Endpunkte

Anthropometrie, Ernährungsverhalten, körperliche Fitness, psychische Variablen nach dem Adipositas-evaluations-Testsystem (Ad-Eva, Ardel-Gattinger und Meindl 2009).

Transfer

Sofern die Evaluation die gewünschten Effekte belegt, kann das Modell bundesweit etabliert werden.

Angaben zur Person/Organisation

Obesity Academy Austria & Universitäten PMU und PLO:

- Ausbildung/Fortbildung: Adipositasberatung, Therapie, Prävention und Gesundheitsförderung bei

Erwachsenen und Kindern/Jugendlichen unter Berücksichtigung von vorklinischen und klinischen Essstörungen und ADHS

- Therapien & Trainings für Erwachsene, Kinder/Jugendliche
- Prävention & Gesundheitsförderung auf der Mikro- (Individuen, Familien ...), Meso- (Schulen, Vereine ...) und Makroebene (Lebensmittelkonzerne, Medien ...).
- Interdisziplinäre (Medizin, Psychologie, Ernährung, Sport, Soziologie) Grundlagen- und Anwendungsforschung

Rücken-Fit – Eine internationale, in den Arbeitsalltag integrierte Maßnahme zur Prävention von Rückenschmerzen

Nathalie Burker, Christina Schreiner

Muskel- und Skeletterkrankungen stehen an erster Stelle von Erkrankungsformen, die die Ursache für krankheitsbedingte Fehltag sind (1,2). Gründe dafür liegen zu meist in Bewegungsmangel und einseitiger körperlicher Belastung, aber auch in Merkmalen der Arbeit (3,4,5,6). Einseitige Bewegungsabläufe, schweres Heben und Tragen sowie psychischer Stress sind dabei die Hauptursachen für arbeitsbedingte Rückenerkrankungen. (7) Durch die Einführung zusätzlicher Kurzpausen kann eine Verbesserung des Wirkungsgrades menschlicher Arbeit erzielt werden, was in Form von Leistungssteigerungen objektiv messbar ist (8,9,10,11,12,13). Das Projekt „Rücken-Fit“ unterscheidet sich von bislang durchgeführten Maßnahmen zur Gesundheitsförderung dadurch, dass eine Rückenschule in einem Krankenhaus sowie einem Unternehmen der metallverarbeitenden Industrie initiiert und in den beruflichen Alltag integriert wird, ohne dass durch die Einführung zusätzlicher Pausen Leistungseinbußen erwartet werden.

Alle Mitarbeiter/innen der ACC Austria GmbH (Fürstenfeld, Österreich) sowie des OP-Assistenten-Teams des Klinikums Lüdenscheid (Bundesrepublik Deutschland) sollen nach Absolvierung einer zweistündigen Rücken-

ckenschule täglich zusätzlich vier 5-Minuten-Pausen erhalten, in denen unter Anleitung Maßnahmen zur Rückenprävention flexibel umgesetzt werden. Es werden verhaltens- und verhältnisorientierte Interventionen eingesetzt, um die Nachhaltigkeit der Effekte zu garantieren (14). Ziel ist es, für die Belegschaft eine Einführung zur Rückenschule sowie arbeitsbezogene Rückengymnastik in Kurzpausen anzubieten, um Rückenproblemen vorzubeugen und Rückenschmerzen zu vermindern. Die Ergebnisse der betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahme sollen im Rahmen einer Wirksamkeits- und Prozessanalyse sowie im internationalen Vergleich überprüft werden.

Ziele der Maßnahme sind einerseits die Primärprävention, andererseits soll die breite Multiplikation der Angebote dazu beitragen, Erkenntnisse über eine gesunde Lebensweise zu vermitteln und dazu animieren, Verhaltensänderungen im Sinne eines verstärkten Gesundheitsbewusstseins herbeizuführen. Das Klinikum Lüdenscheid (Nordrhein-Westfalen, Bundesrepublik Deutschland) ist ein Krankenhaus der Maximalversorgung, das den gesamten märkischen Kreis medizinisch versorgt. Im Zentrum für Anästhesie, operative Intensivmedizin, Schmerztherapie und Rettungswesen sind insgesamt 120 Mitarbeiter/innen tätig. Das Leistungsspektrum der Mitarbeiter/innen umfasst dabei die Besetzung von 13 OP-Sälen (täglich ca. 60 Operationen), die postoperative Überwachung von Patient/innen im Aufwachraum und die Betreuung von Schmerzpatient/innen. Die ACC Austria GmbH (Fürstenfeld, Österreich) ist Technologieführer am weltweiten Kompressorenmarkt, ein metallverarbeitender Industriebetrieb, der jährlich bis zu sieben Millionen Kältekompressoren für Haushaltskühlgeräte herstellt. Die Firma besteht aus drei Produktionsstraßen sowie der Forschungs- und Entwicklungszentrale und beschäftigt derzeit rund 700 Mitarbeiter/innen. Im Bereich der Gesundheitsförderung veranstaltete die ACC Austria GmbH bisher diverse Nicht-Raucher-Seminare, Sportveranstaltungen, Gehörschutzaktionen etc. 2007 hat die Firma ein breit angelegtes Gesundheitsprojekt „ACC Aktiv“ gestartet, bei dem im ersten Schritt eine Ist-Analyse im Betrieb durchgeführt und daraus rund 300 Maßnahmen abgeleitet wurden. Zirka 50 Prozent davon wurden innerhalb eines Jahres umgesetzt (z. B. Hebehilfen, Erneuerung der Sitzmöglichkeiten und Beleuchtungskörper, Ergonomieberatung etc.), die Überführung des Projektes

in einen eigenen betrieblichen Prozess wurde Ende 2008 realisiert. 2009 konnte die ACC Austria GmbH den steirischen Gesundheitspreis „Fit im Job“ für Großbetriebe für das Engagement in der betrieblichen Gesundheitsförderung entgegennehmen. Für 2010 wurde der Schwerpunkt „Jahr des Rückens“ festgesetzt.

Literatur

(1) Kuhn, K. (2000): Die volkswirtschaftliche Bedeutung von Gesundheitsmanagement. In: U. Brandenburg, P. Nieder und B. Susen (Hg.): Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Grundlagen, Konzepte und Evaluation. Weinheim: Juventa, 95–107.

(2) Thiehoff, R. (2002): Wirtschaftliche Bewertung der Arbeitsunfähigkeit durch muskuloskelettale Erkrankungen. Orthopädie 31, 949–956.

(3) Maintz, G., Ullsperger, P., Junghanns, G. und Ertel, M. (2000): Psychische Arbeitsbelastung und Prävention von Muskel- und Skeletterkrankungen. In: Landesinstitut für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin Potsdam (Hg.): Tagungsband „Gemeinsam gegen Muskel- und Skeletterkrankungen“. Multiplikatoren-Kolloquium. Potsdam: Landesinstitut für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 52–57.

(4) Frauendorf, H., Caffier, G., Kaul, G. und Wawrzinoszek, M. (1995): Modelluntersuchungen zur Erfassung und Bewertung der Wirkung kombinierter physischer und psychischer Belastungen auf Funktionen des Herz-Kreislauf-Systems. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsmedizin und Arbeitsschutz, BfHK 051. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

(5) Yip, Y. (2001): A study of work stress, patient handling activities and the risk of low back pain among nurses in Hong Kong. Journal of Advanced Nursing 36 (6), 794–804.

(6) Lundberg, U. und Johansson, G. (2000): Stress and health risks in repetitive work and supervisory monitoring work. In: R. W. Backs und W. Boucsein: Engineering psychophysiology – Issues and applications. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, Mahwah, New Jersey, London, 339–359.

(7) BARMER-Gesundheitsreport (2008). Nach C. Löwenkamp (2009): Wege aus dem „Betriebsproblem Rückenschmerzen“. Presseinformation zum Experten-Workshop zur Neuen Rückenschule.

(8) Eminoff, W. W. und Zibakowa, E. (1926): Ermüdmessungen und Pausenregelung im Dienste der Arbeitsrationalisierung. I. Steigerung der Arbeitsleistung durch Einführung von Kurzpausen bei Metallbearbeitung. Industrielle Psychotechnik 3, 46–50.

(9) Graf, O. (1922): Über lohnendste Arbeitspausen bei geistiger Arbeit. Psychologische Arbeiten 7, 548–611.

(10) Graf, O. (1927): Die Arbeitspause in Theorie und Praxis. Psychologische Arbeiten 9, 563– 681.

(11) Richter, W. (1931): Leistungssteigerung in der Blankschraubenfabrikation durch Einführung von Zwangspausen. Industrielle Psychotechnik 8, 129–146.

(12) Vernon, H. M., Bedford, T. und Wyatt, S. (1924): Two contributions to the study of rest pauses in industry. Industrial Fatigue Research Board, Report No. 25.

(13) Siegrist, J. (1996): Soziale Krisen und Gesundheit. Eine Theorie der Gesundheitsförderung am Beispiel von Herz-Kreislauf-Risiken im Erwerbsleben. Göttingen: Hogrefe.

(14) Lenhardt, U., Elkeles, T. und Rosenbrock, R. (1997): Betriebsproblem Rückenschmerz. Eine gesundheitswissenschaftliche Bestandsaufnahme zu Verursachung, Verbreitung und Verhütung. Weinheim: Juventa.

Angaben zur Person/Organisation

Klinikum Lüdenscheid – Zentrum für Anästhesie & ACC Austria GmbH

Patient/innen-Empowerment: Gesundheitskompetenzen machen stark und gesund

Sylvia Groth, Katharina Ebner

Problemstellung

Die Rolle der Patient/innen im Gesundheitswesen ist im Wandel begriffen. Wurden früher Patient/innen paternalistisch eher als „unmündig“ gesehen, intensivierten sich in den 1990er Jahren die Bemühungen, Patient/innen zu stärken. Dies bedeutet Patient/innen als Ko-Produzent/innen ihrer Gesundheit zu sehen, ihre Health Literacy zu erhöhen und sie im Sinne des „Shared Decision- Making“ an medizinischen Entscheidungen zu beteiligen. Darüber hinaus gewinnt die Beteiligung von Patient/innen – sowie von ihren Vertreter/innen – auf medizinisch-wissenschaftlicher und gesundheitspolitischer Ebene in Planungs- und Entscheidungsgremien zusehends an Bedeutung.

Diese positiven Veränderungen stellen Patient/innen auch vor neue Herausforderungen. Einerseits ist die Fachwelt noch nicht ausreichend für die Notwendigkeit von Patient/innenbeteiligung sensibilisiert. Andererseits ist die Flut an Gesundheits- und Krankheitsinformation, die über verschiedenste Medien verbreitet wird, für medizinische Laien häufig überfordernd und qualitativ meist nicht beurteilbar. Verbreitete Informationen beruhen nicht immer auf evidenzbasierten Quellen oder können auch eher marktwirtschaftliche Interessen verfolgen. Beides kann im Widerspruch zu den Interessen von Patient/innen stehen. Das Empowerment von Patient/innen – geschlechtergerecht und zielgruppenspezifisch durch die Bereitstellung von Angeboten zum Erwerb praktischer Gesundheitskompetenzen – stellt somit ein wichtiges Public-Health-Anliegen in Österreich dar. Die Frauengesundheitszentren verfügen hierin über reichhaltige Erfahrungen.

Forschungsfrage

Wie können medizinische Laien praktische Gesundheitskompetenzen („critical appraisal skills“, „critical health literacy“) erwerben?

Literatur

Berger, B. (2008): Empowerment of patients and consumer representatives through critical appraisal skills and evidence based patient information, Diss: Hamburg, <http://www.chemie.unihamburg.de/igtw/Gesundheit/publikationen/dissertationen.html#berger>.

Ebner, K., Berger, B., Groth, S., Steckelberg, A. (2008): „Building patients' health literacy in Austria, health literacy and competence training „Strong and healthy“: Poster: 2nd Therapeutic Patient Education (TPE). 5.–8. November 2008, Budapest.

Dickersin, K., Braun, L. und Mead, M. et al. (2001): Development and implementation of a science training course for breast cancer activists: Project LEAD (leadership, education and advocacy development). *Health Expectations* 4, 213–220.

Popp, A., Nagel, D. und Nagel, G. (2005): Was kann ich selbst für mich tun? Patientenkompetenz in der modernen Medizin. Zürich: Rüffer & Rub.

Scheibler, F. und Pfaff, H. (Hg.) (2003): Shared Decision-Making. Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess. Weinheim, München: Juventa.

Tallon, D., Chard, J und Dieppe, P. (2000): Relation between agendas of the research community and the research consumer. *Lancet*, 355, 2037–2040.

Angaben zur Person/Organisation

Grazer Frauengesundheitszentrum

Beraten, begleiten, bewegen

Frauen sind selbst die Expertinnen für sich und ihre Gesundheit. Das Frauengesundheitszentrum® unterstützt. Es informiert, berät, bietet Hilfe zur Selbsthilfe und Möglichkeiten zum Austausch. Im Verein Frauengesundheitszentrum arbeiten seit 1993 Fachfrauen auf Grundlage internationaler wissenschaftlicher Erkenntnisse und ihrer Erfahrung aus der täglichen Praxis. Ihre Sicht auf Gesundheit ist ganzheitlich.

Metaanalyse epigenetischer Einflüsse durch Umwelt-, Ernährungs- und Lifestyle-Faktoren auf die Gesundheit und Relevanz für Public Health

Alexander G. Haslberger

Problembeschreibung

Erblich-genetische sowie Umwelt-, Ernährungs- und Lifestyle-relevante Faktoren bestimmen Prädisposition und Ätiologie der meisten komplexen Erkrankungen sowie den Alterungsprozess. Während für jeden dieser Faktoren umfangreiches epidemiologisch erfasstes Wissen zur Verfügung steht, ist die Interaktion dieser Faktoren weitgehend unklar, methodisch schwierig aber von zentraler Bedeutung für die Gesundheitsvorsorge und Public Health. Als Folge des Human-Genome-Projekts und der Erforschung genetischer Variation (HAPMap Project) haben zahlreiche „Genome Wide Association Studies“ für genetische Polymorphismen (SNPS, CNVs) Korrelationen mit Erkrankungen erfasst, und das EU-Public-Health-Genomic-Project (PHGEN) will wissenschaftlich akzeptierte Konzepte für die gesellschaftliche Nutzung genetischer Analysen erarbeiten. Genetische Prädisposition gilt dabei als schwer beeinflussbare Determinante der Gesundheit. Die rasch fortschreitenden Erfolge auf dem Gebiet Epigenetik bieten hier die Möglichkeit zum Verständnis und den Ansatzpunkt für Beeinflussungsmöglichkeiten für die Gesundheit: Sequenzunabhängige Steuerungsmechanismen von Genen (DNA-Methylierung, Histonmodifikation, miRNAs) werden gewebsspezifisch von Toxinen, Faktoren der natürlichen und sozialen Umwelt (insbesondere der Ernährung) beeinflusst und regeln so Genexpression, die Entstehung von komplexen Erkrankungen wie z. B. im

Literatur

Medline

Bereich des metabolischen Syndroms, vieler Krebsarten und bipolarer Erkrankungen, sowie den Alterungsprozess. So erworbene epigenetische Marker können oft transgenerational weitergegeben werden. Epigenetische Falschregulationen können aber durch Medikamente, Ernährung oder Lifestyle beeinflusst werden, was eine Prävention oder synergistische Therapie auf molekular

erfassbarer und nachprüfbarer Ebene ermöglicht.
 NIEH: www.niehs.nih.gov/research/supported/programs/envepi/index.cfm
 AACR: www.aacr.org/home/scientists/meetings--workshops/special-conferences/previous-special-conferences/2007--2008-special-conferences/cancer-epigenetics.aspx

Forschungsfrage

In vielen Krankheiten sind Mechanismen epigenetischer Steuerung eines der rasch wachsenden Forschungsgebiete experimenteller biomolekularer Forschung. Gemäß den Zielen des FGÖ soll im vorliegenden Projekt durch eine Metaanalyse der vorhandenen wissenschaftlichen Literatur der Stellenwert epigenetischer Einflüsse aus Umwelt (Toxine), Stressfaktoren, Lifestyle und Ernährungsfaktoren auf die Gesundheit erfasst werden. Insbesondere sollen eine Gewichtung der unterschiedlichen vererbaren Einflussfaktoren (epigenetische Marker und SNPs) in der Ätiologie ausgewählter Krankheiten erarbeitet und die Einflussmöglichkeiten durch Ernährung und Lifestyle evaluiert werden (insbesondere bei Faktoren wie Tumorsuppressorgene, Hormonrezeptoren, antioxidativen Enzymen u. a.).

Methoden

Metaanalyse aus Medline, Statistik, epidemiologische und molekularepidemiologische Methoden

Projektziele

Es wird auf der Grundlage der erfolgten Analysen und den veröffentlichten Berichten des PHGEN I- Projektes das Wissen über den Stellenwert epigenetischer Steuerung erhoben. Interaktionsmöglichkeiten durch Ernährung und Lebensstil werden geschlechts- und altersspezifisch dargestellt und Möglichkeiten aufgezeigt, wie epigenetische Konzepte in die öffentliche Gesundheitsvorsorge in Österreich eingebracht werden können.

Angaben zur Person/Organisation

Institut für Ernährungswissenschaften der Universität Wien, Department für Ernährungswissenschaften.
 Univ. Doz. Dr. Alexander G. Haslberger;
 Expertise: Mitarbeit in WHO-Expert-Gruppen und -Reports, im UN-Millennium ecosystem assessment, EC-Forschungsprojekten, EU-PHGEN und anderen internationalen Foren. Kurs molekulare Epidemiologie, Erasmus-Universität Rotterdam, eigene Publikationen gelistet in Medline

Bewegungsbeziehung

Jakob Kalas

Problemstellung

Mit diesem Forschungsprojekt möchte ich wegkommen von nüchtern betrachteten Bewegungsvorstellungen, die Bewegung nur als Methode zur Verbesserung, z. B. der Fitness oder der Koordinationsfähigkeit, sehen. Hin zu einem Betrachtungskonzept, das möglichst viele Aspekte des Lebens mit einbezieht und Bewegung aus einem neuen Blickwinkel greifbar macht. Bewegung ist grundlegend wichtig für Lernprozesse, vor allem in den frühen Phasen unserer Entwicklung, und steht in engem Zusammenhang mit kognitiven und sozialen Fähigkeiten (vgl. Zimmer 2006). Über Bewegung „begreifen“ wir unsere Umwelt, und es entsteht ein Bezug zu dem, was uns umgibt. Dazu gehört im Endeffekt auch unser Körper als die uns unmittelbar umgebende „Umwelt“ und als das (!) „Instrument“, mit dem wir Natur erleben. Bewegung besitzt deshalb wahrscheinlich auch eine wichtige beziehungs-bildende Dimension. Es stellt sich die Frage, ob man diese beziehungs-bildende Dimension nicht nur erfassen, sondern auch deren Bedeutung für Kinder beurteilen kann. Wir wissen inzwischen aus der Gehirnforschung, dass Beziehungen unser Verhalten und unsere Entwicklung ungemein stark beeinflussen können (vgl. Bauer 2009). Deshalb wird hier analog zu Erkenntnissen im Bereich der Naturbeziehung, die den Schluss zulassen, dass ein enger Zusammenhang zwischen äußerer und innerer Natur besteht und dass eine intakte Naturbeziehung ausschlaggebend ist für eine erfolgreiche Entwicklung des Individuums und für einen sorgsam Umgang des Individuums mit der Natur (vgl. Wilke 2004, Gebhard 2009), die Frage gestellt, ob eine enge Beziehung zur Bewegung eine erfolgreiche persönliche Entwicklung und einen bewussten Umgang mit dem eigenen Körper zur Folge hat. Ob also die Beziehung zur Bewegung ein Faktor ist, den wir bei der Konzeption von Bewegungsprogrammen stärker mit einbeziehen sollten. Auch wenn der zentrale Ansatzpunkt dieser Arbeit die Bewegung und deren beziehungs-bildende Dimensionen sind, so ist es mir doch wichtig zu erwähnen, dass ich einen ganzheitlichen Blick auf das Thema haben möchte.

Es sollen die Aspekte der Bewegung im Kontext der Natur, des Lebensraumes, von Spielräumen und dem so-

zialen Umfeld eines Menschen betrachtet werden. Um den Anspruch der Arbeit klarer zu machen, wird das Konstrukt „Bewegungsbeziehung“ eingeführt und definiert. Auf der Suche nach geeigneten Erhebungsmethoden, um das Beziehungsgefüge Mensch/Bewegung möglichst realistisch abzubilden, wird sich die Arbeit an der Untersuchung von Ellen Wilke (Wilke 2004) orientieren, die anhand einer qualitativen Untersuchung den Einfluss von Naturbeziehung auf die persönliche Entwicklung untersucht hat.

Im Rahmen einer Pilotstudie werden die Erhebungsmethoden erstmals einer Prüfung unterzogen und gegebenenfalls überarbeitet. Die Zielgruppe sind Schüler/innen. Nicht zuletzt werden mit dieser Untersuchung auch spannende gesundheitspolitische Aspekte thematisiert. Vor allem in der schulischen und außerschulischen Bildung könnten Ergebnisse aus dieser Forschungsarbeit ihren Niederschlag finden. Angelehnt an das Konzept von „Mental Health“ und der Erlebnispädagogik, können hier neue systemische Ansätze zur ganzheitlichen Bewegungsarbeit mit Kindern und Jugendlichen entstehen, die abseits des regelhaften Breitensports liegen. Langfristig ist geplant zu überprüfen, ob Outdoor- und erlebnispädagogische Programme in der Natur die Bewegungsbeziehung von Menschen bewusst und unbewusst positiv beeinflussen.

Forschungsfragen

- Gibt es typische Merkmale einer Naturbeziehung?
- Gibt es typische Merkmale einer Bewegungsbeziehung?
- Welche Erfassungsinstrumente eignen sich, die Beziehungsgefüge Mensch/Bewegung zu erfassen?

Literatur

Bauer, J. (2009): Das Gedächtnis des Körpers (14. Aufl.). Frankfurt/Main: Eichborn.

Gebhard, U. (2009): Kind und Natur (3. Aufl.). Wiesbaden: VS/GWV.

Wikle, E. (2004): Naturbeziehung und persönliche Entwicklung. Hamburg: Kovac.

Zimmer, R. (2006): Kinder brauchen Selbstvertrauen (überarb. Neuausg.). Freiburg im Breisgau: Herder.

Angaben zur Person/Organisation

Universität Graz, Institut für Sportwissenschaft
Diese Forschungsarbeit entsteht im Rahmen einer Diplomarbeit am Institut für Sportwissenschaft Graz unter der Betreuung von Ao. Univ.-Prof. Mag. rer. nat. MPH Dr. phil. Sylvia Titze. Durchgeführt wird das Forschungsprojekt von Jakob Kalas, der im Rahmen seiner Arbeit mit der Firma alpland.at und dem Österreichischen Alpenverein in der praxisnahen Auseinandersetzung mit Kindern und Jugendlichen seit vielen Jahren tätig ist. Seine Schwerpunktthemen sind hier soziale Kompetenzen, Naturvermittlung und Teamarbeit.

Entwicklung von Gesundheitsförderungsmodulen für die Aus-, Weiter- und Fortbildung der Gesundheits- und Krankenpflege mit Fokus auf die Bedürfnisse alter und hochaltriger Menschen

Karl Krajcic, Carolin Schmidt

Problemstellung

Der soziale Gradient der Wirksamkeit von Gesundheitsförderungsmaßnahmen ist Grundproblem für die Gesundheitsförderung (GF) als Bewegung und Profession. Wie kann GF vulnerable Gruppen aber wirklich erreichen? Alte und hochaltrige Menschen, die auf Unterstützung angewiesen sind, sind ein gutes Beispiel, an dem Schwierigkeiten, aber auch Möglichkeiten deutlich werden können. Als Nutzer/innen der Long Term Care (Langzeitbetreuung/-behandlung/-pflege) weisen sie in der Regel eine bereits eingeschränkte, „bedingte“ Gesundheit auf und werden deshalb leicht als „hoffnungslos“ abgeschrieben. Wie kann diese Gruppe trotzdem noch von der Gesundheitsförderung profitieren? Wie kann (positive) Gesundheit erhalten bzw. gestärkt werden, und welche prinzipiell beeinflussbaren Faktoren, die negative Gesundheit (Krankheit) hervorrufen, können für Nutzer/innen der Long Term Care in einer präventiven Perspektive bearbeitet werden?

- Dafür ist es aus unserer Sicht zunächst wichtig, GF konkret und spezifisch zu fassen. Dazu scheint uns ein komplexer Begriff positiver Gesundheit notwen-

dig, der körperliche, psychische und soziale Dimensionen umfasst – der Vorschlag von Pelikan (2009), von den Aspekten Funktionsfähigkeit, Wohlbefinden und Attraktivität auszugehen, ist gerade auch für diese Gruppe vielversprechend.

- Interessant am Setting der Long Term Care ist – gerade angesichts der Vulnerabilität der Nutzer/innen – der Einfluss des Settings bzw. von Organisationen, die das Setting kontrollieren bzw. stark beeinflussen (vor allem stationäre Institutionen, aber auch teilstationäre Einrichtungen und die mobile Betreuung in ihrer komplexen Interaktion mit informellen Helfern und den Nutzer/innen selbst). Relevant sind sicher politische, finanzielle und rechtliche Rahmenbedingungen, aber auch professionelle Orientierungen, Handlungsmuster bzw. spezifische Interventionsmuster der Mitarbeiter/innen bzw. des Managements.
- In einer aktuell abgeschlossenen Status-quo-Analyse der GF in der Long Term Care in Österreich ist deutlich geworden, dass der Beitrag der Mitarbeiter/innen, vor allem auch des diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonals (hat eine zentrale Stellung in Bezug auf Qualitätssicherung/Qualitätsentwicklung, ist dafür aber wenig spezifisch vorbereitet), aus der Perspektive der GF im Sinne konkreter Maßnahmen zur Förderung positiver Gesundheit und Autonomie der Nutzer/innen verstärkt werden könnte.

Forschungsfragen

Wichtig erscheint uns eine stärkere Integration der GF in die beruflichen Handlungskonzepte des in der Long Term Care tätigen Gesundheits- und Krankenpflegepersonals. Erarbeitet werden sollten deshalb GF-spezifische Inhalte für die Aus- und Fortbildung, die – unter expliziter Berücksichtigung vorhandener Krankheiten und funktionaler Einschränkungen – an den drei genannten wichtigen Grunddimensionen positiver Gesundheit (Funktionsfähigkeit, Wohlbefinden, Attraktivität) orientiert sind. Diese sollten auf Basis von Literatur und Expert/innenstudien (unter Einschluss der ersten Managementebene von Anbietern/Einrichtungen) zumindest exemplarisch in Hinblick auf professionelle Interventionen in unterschiedlichen Handlungsfeldern der professionellen Pflege (Alten- und Pflegeheime, Tagesbetreuung, mobile Betreuung, Betreuung von alten Menschen in Akuteinrichtungen) spezifiziert werden.

Literatur

Pelikan, J. M. (2009): Ausdifferenzierung von spezifischen Funktionssystemen für Krankenbehandlung und Gesundheitsförderung oder: Leben wir in der „Gesundheitsgesellschaft“? ÖZS 34, 28–47.
Angaben zur Person/Organisation

Angaben zur Person/Organisation

Das Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research (LBIHPR) untersucht den Zusammenhang von Organisation und Gesundheit, insbesondere für die Settings Schule, Krankenhaus und Langzeitbetreuung.

Univ.-Doz. Dr. Karl Krajic ist Key Researcher, und Mag. Carolin Schmidt ist Junior Researcher in der Programmlinie „Long Term Care“.

Visionen denken: Menschen erzählen ihre Version des gesunden Alterns

Anita Rappauer, Michael Stadler-Vida

Problemstellung

Ausgehend von der Forschungsfrage „Welche Vorstellungen haben Menschen von der Erhaltung ihrer Gesundheit im Alter?“ ist es das Ziel des Forschungsprojektes „Visionen Denken“,

- a) Stereotypen zu identifizieren und zu überprüfen,
- b) konkrete Bilder von alter(n)sgerechter Gesundheitsförderung zu zeichnen und somit Voraussetzungen zu schaffen, um
- c) Kriterien der Gesundheitsförderung näher an die Vorstellungen aktueller und künftiger Zielgruppe(n) zu rücken und
- d) gesundheitsfördernde Maßnahmen mit innovativen Inhalten zu beleben.

„Forschungsfrage

Da Längsschnittstudien einen Zusammenhang zwischen Einstellungen zum Altern und Gesundheit im Alter belegen und implizite Haltungen zum Alter bereits in jungen Jahren angeeignet werden (vgl. Schel-

ling 2004), erscheint es sinnvoll, sowohl ältere Menschen als auch Personen in früheren Lebensphasen zu befragen. Zunächst werden in qualitativen Interviews Visionen zum gesunden Altern erhoben. In der zweiten Phase wird eine Vignettenanalyse durchgeführt. Dies ist eine szenariobasierte Methode, bei der Personen Szenen – in diesem Fall wird es sich um die Beschreibung einer Vision des gesunden Älterwerdens handeln – vorgelesen werden, die diese weitererzählen bzw. bewerten. Somit können Ergebnisse auf zwei Ebenen erzielt werden: Zum einen liefert das Forschungsvorhaben Modelle von Visionen und den damit zusammenhängenden Gesundheitsbegriffen, woraus sich Ideen für innovative Gesundheitsförderungskonzepte für ältere Menschen ableiten lassen. Zum anderen werden diese Modelle von verschiedenen Personengruppen bewertet, wodurch unterschiedliche Sichtweisen herausgearbeitet werden können. Die Forschungsfrage und die kurz skizzierten Methoden erscheinen uns geeignet, um mit den zu erwartenden Ergebnissen relevante Grundlagen für die Weiterentwicklung einer zielgruppenadäquaten Gesundheitsförderung für ältere Frauen und Männer zu bieten.

Literatur

Schelling, H. R. (2004): Selbst- und Fremdbilder des Altern(s) und deren Folgen. Universität Zürich, Zentrum für Gerontologie. Folienpräsentation zu einer wissenschaftlichen Studie. URL: www.zfg.uzh.ch/static/2004/schelling_altersbilder-04.pdf (Stand 30. 10. 2009).

Hughes, R. (1998): Considering the vignette technique and its application to a study of drug injecting and HIV risk and safer behaviour. *Sociology of Health and Illness* 20 (3), 381–400.

Seguin, C. A. und Ambrosio, A. L. (2002): Multicultural vignettes for teacher preparation. *Multicultural Perspectives* 4, 10–16.

Angaben zur Person/Organisation

queraum. kultur- & sozialforschung ist eine private Forschungseinrichtung. Das Forschungsteam verfügt über mittlerweile langjährige Erfahrungen in der Konzeption, Durchführung und wissenschaftlichen Begleitung von (inter)nationalen Projekten im Bereich Gesundheitsförderung. Derzeit ist queraum u. a. in folgenden Projekten tätig:

- Begleitende Evaluation der vom Fonds Gesundes Österreich geförderten Projekte
- „MIA-Mütter in Aktion“ (Frauengesundheitszentrum Graz)
- „Gesunder Bezirk Gries“ (Diversity Consult Network)
- „Gesund im Rudolfinerhaus“
- „Balance – Gesundheitsförderung in der Archäologie“ (in Kooperation mit Prospect Unternehmensberatung)
- Gesamtkoordination des EU-Projektes „Senior-Guides“ – Gesundheitsförderung durch soziale Integration von älteren Menschen

Gesundheitsförderung im Kindergarten – Bestandsaufnahme in Österreich und Ansätze für Maßnahmenplanung

Katharina Resch, Ingrid Spicker, Gert Lang

Problembeschreibung

Derzeit ist wenig bekannt über die Arbeitsbelastungen und Gesundheitspotenziale von Kindergartenpädagog/innen, Erzieher/innen und Leitungskräften in Kindergärten in Österreich. Für Deutschland gibt es bereits Publikationen zum Thema, sie zeigen erstmals die Komplexität der Zielgruppen und Gesundheitsfaktoren im Setting „Kindergarten“ auf (BZgA 2002, Zimmer 2002). In Österreich fehlen derartige Erkenntnisse noch weitgehend, und es besteht Aufholbedarf. Wichtig wären diese Kenntnisse für eine gezielte und evidenzbasierte Umsetzung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen im Setting „Kindergarten“. Kindergartenpädagog/innen, Erzieher/innen und deren Leiter/innen sind durch ihre Arbeit mit Kindern und jungen Menschen hohen psychosozialen und zusätzlich strukturellen Belastungen ausgesetzt. Es mangelt an gesellschaftlicher Wertschätzung für diese Berufe, was im Sinne von Grati-

fikationskrisen ein gesundheitliches Risiko darstellen kann (Peter 2006). Eine österreichweite, überbetriebliche Analyse der Arbeitsbedingungen, Arbeitsbelastungen und vor allem der Gesundheitspotenziale in diesem Setting würde die wichtige Basis darstellen, um Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung gezielt zu entwickeln und umzusetzen. Gesundheitsförderungsprojekte, die bis dato in diesem Setting in Österreich umgesetzt wurden, beziehen sich auf die primäre Zielgruppe der Kinder und erst in zweiter Linie auf die Kindergartenpädagog/innen und Helfer/innen vor Ort. Die Leiter/innen von Kindergärten wurden bisher nicht als relevante Zielgruppe in Betracht gezogen. Diese Berufsgruppen sollten als primäre Zielgruppen in der Gesundheitsförderung definiert werden, da sie die Gesundheit der Kinder wesentlich beeinflussen. Obwohl es bereits Kindergärten gibt, die Gesundheitsförderung umsetzen (Glarcher 2009; im Rahmen der „Gesunden Gemeinden“), sind Gesundheitsförderungsprojekte in diesem Bereich noch rar bzw. müssen künftige Modellprojekte durch gezielte Datenerhebung unterstützt werden.

Forschungsfragen

- Wie sieht die gesundheitliche Situation von Kindergartenpädagog/innen, Erzieher/innen und Leitungspersonen in Kindergärten in Österreich derzeit aus?
- Welche Ansätze für betriebliche und überbetriebliche Maßnahmen der Gesundheitsförderung lassen sich auf Basis der Analyse ableiten?

Mittels einer Strukturanalyse der Kindergartensituation in Österreich (Finanzierung, Ausbildungsstrukturen usw.) könnte das noch wenig definierte Setting „Kindergarten“ spezifiziert werden. Danach könnten auf Basis einer Befragung die Arbeitsbelastungen und Gesundheitspotenziale der Berufsgruppen im Setting erhoben werden und Empfehlungen für evidenzbasierte gesundheitsförderliche Maßnahmen speziell in Österreich abgeleitet werden.

Literatur

Bergmann, Karl und Bergmann, Renate (2007): Prävention und Gesundheitsförderung im Kindesalter. In: Klaus Hurrelmann, Theodor Klotz, Jochen Haisch (Hg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Verlag, 53–60.

BZgA (2002): Früh übt sich. Gesundheitsförderung im Kindergarten. Impulse, Aspekte und Praxismodelle. Dokumentation einer Expertentagung der BZgA vom 14. bis 15. Juni 2000 in Bad Honnef. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Glarcher, Manuela (2009): Einfluss der Familie auf die Gesundheit im Verlauf der primären Sozialisation. Graz: Institut für Soziologie an der Karl-Franzens-Universität Graz.

Peter, R. (2006): Psychosoziale Belastungen im Erwachsenenalter. Ein Ansatz zur Erklärung sozialer Ungleichverteilung von Gesundheit? In: M. Richter

und K. Hurrelmann (Hg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 109–123.

Zimmer, Renate (2002): Gesundheitsförderung im Kindergarten. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2002/45, 964–969.

Angaben zur Person/Organisation

Das Forschungsinstitut des Roten Kreuzes forscht seit zehn Jahren in nationalen und europäischen Projekten zu Themen der Gesundheitsförderung. Wichtige Projekte der letzten Jahre sind z. B. Healthy Inclusion – Zugang von Migrant/innen zu Gesundheitsangeboten, HealthProElderly – Entwicklung von Leitlinien, PS: Potenzial Sozialkapital, Betriebliche Gesundheitsförderung in der mobilen Pflege und Betreuung oder Plan60 – Gesundheitsförderung für ältere Menschen. Publikationen im Bereich Gesundheitsförderung sind neben Projektberichten auch Buchpublikationen, u. a.:

Spicker/Lang (Hg.) (2009): Gesundheitsförderung auf Zeitreise. Herausforderungen und Innovationspotenziale auf dem Weg in die Zukunft. Wien: Facultas.

Spicker/Sprengeis (Hg.) (2008): Gesundheitsförderung stärken. Kritische Aspekte und Lösungsansätze. Wien: Facultas.

Spicker/Schopf (2006): Betriebliche Gesundheitsförderung erfolgreich umsetzen. Praxishandbuch für Pflege- und Sozialdienste. Wien: Springer.

Welche Strukturen und Maßnahmen sind sinnvoll, nötig und machbar, um eine evidenzbasierte Sturz- und Fall-Prävention in Österreich zu implementieren?

Gudrun Schlemmer

Problembeschreibung

Stürze werden von den Betroffenen, aber auch deren Umgebung häufig tabuisiert und vernachlässigt. Ihre Auswirkungen sind vor allem bei Älteren aber häufig dramatisch. Sturzbedingte Verletzungen (z. B. Frakturen) bewirken u. a. verstärkte Abhängigkeit, Mobilitätsverluste, reduzierte Funktionsfähigkeiten und in Folge oft sozialen Rückzug. Zirka 30 Prozent der älteren Menschen ab 65 Jahren stürzen mindestens einmal pro Jahr. Bei über 75-jährigen sind es über 40 Prozent (Wijlhuizen 2008). Rund 10 Prozent aller Gestürzten verletzen sich so schwer, dass sie in ein Krankenhaus eingeliefert werden müssen. Das betrifft jährlich in Österreich mehr als 71.000 Senior/innen (Mayer 2009). Jeder zweite tödliche Senior/innenunfall ist ein Sturzunfall (KfV 2009). Im Jahr 2008 waren Sturz und Fall zu 63 Prozent Ursache der 408.800 spitalsbehandelten Verletzungen aus dem Heim-, Freizeit- und Sportbereich (KfV 2008). Daraus entwachsen auch enorme Kosten für das Gesundheitswesen.

International erfährt die Forschung und Praxis um Sturz- und Fallprävention in den letzten Jahren eine deutliche Intensivierung. Bei der Beurteilung von Sturzrisiken geht es hauptsächlich um den Einfluss intrinsischer Faktoren wie Muskelschwäche, Balancedefizit, Gang- oder visuelle Defizite, kognitive Beeinträchtigungen oder Medikamentengebrauch und weniger um extrinsische Faktoren wie Sturzfallen (siehe www.profane.eu.org – European Prevention of Falls Network). Da intrinsische Risikofaktoren durch gesundheitsfördernde Maßnahmen wie Gleichgewichts-, Ausdauer- und Krafttraining beeinflussbar sind, werden in der internationalen Falls-Prevention-Community nun Präventionsmaßnahmen mit gesundheitsfördernden Angeboten kombiniert. In Österreich gab es in letzter Zeit zwar eine breite Öffentlichkeitskampagne (AUVA), Daten, Strukturen und Maßnahmen zu wirksamer Sturz- und Fallprävention sind aber nur beschränkt vorhanden. Im Ländervergleich

des europäischen Netzwerkes ProFaNE (Prevention of Falls Network) zu flächendeckenden Strukturen und Maßnahmen wird Österreich nicht einmal erwähnt.

Forschungsfrage

Welche multifaktoriellen Zugänge, Strukturen und Maßnahmen sind sinnvoll, nötig und möglich, um das Sturzrisiko vor allem älterer Menschen in Österreich zu verringern?

Literatur

AUVA. (19. August 2009): Sturz und Fall. Unfallstatistik 2004–2008. Präsentation. Download vom 4. November 2009 von www.auva.at/mediaDB/MMMDB130104_Sturz_und_Fall.pdf.

Wijlhuizen, G. J. (2009): Physical activity and falls in older persons. Development of the balance control difficulty homeostasis model. Download vom 4. November 2009 von <https://openaccess.leidenuniv.nl/handle/1887/13471>.

Gillespie, L. D., Robertson, M. C., Gillespie, W. J., Lamb, S. E, Gates, S., Cumming, R. G. und Rowe, B. H. (2009): Interventions for preventing falls in older people living in the community (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 2, Download vom 20. August 2009 von www.cochrane.org.

Kuratorium für Verkehrssicherheit (KfV) (2009): Freizeitunfallstatistik 2008. Download vom 19. Oktober 2009 von www.kfv.at/fileadmin/web-content/Publikationen/Freizeitunfallstatistiken/Freizeitunfallstatistik_2008.pdf.

Mayer, S. (2009): Sturzprävention bei älteren Menschen (Bakkalaureatsarbeit, Medizinische Universität Graz), Download vom 27. Oktober 2009 von https://online.medunigraz.at/mug_online/edit.getVollText?pDocumentNr=14812.

ProFaNE – European Prevention of Falls Network (o. D.): Download vom 4. November 2009 von www.profane.eu.org.

Wijlhuizen, G. J. (2009): Safety for seniors. Magnitude of fall injuries in an ageing Europe. Eurosafe Alert. European Association for Injury Prevention and Safety Promotion, Vol. 4, Oct. 2009. Download vom 2. November 2009 von www.eurosafe.eu.com.

Angaben zur Person/Organisation

Institut für Gesundheitsförderung und Prävention (IfGP), Graz/Wien: Schwerpunkte: Betriebliche Gesundheitsförderung, Gesundheitsmanagement, Versorgungsforschung, gesundheitsorientierte Organisationsentwicklung, Prozessbegleitung, Evidence based Consulting, Wissenschaft und Forschung.

Mag. Gudrun Schlemmer MPH

Erwachsenenbildnerin, Sozialpädagogin, Absolventin des Universitätslehrgang Public Health an der Meduni Graz, Projektmitarbeiterin im Modellprojekt der FGÖ „Lebenswerte Lebenswelten für ältere Menschen“, diverse Lehraufträge, derzeit wissenschaftliche Mitarbeiterin am IfGP.

Philosophie der Gesundheitsförderung

Historische und systematische Aspekte des Zusammenhangs von Philosophie und Gesundheitsförderung als Gegenstand der Gesundheitsförderungsforschung

Patrick Schuchter

Problembeschreibung

Im Lauf der Geschichte hatten Medizin und Philosophie häufig gemeinsame Berührungspunkte. Wo sich Erstere primär als Diätetik, als Theorie und Praxis der Lebensordnung und -führung, verstand und Letztere analog als Lebensform und Lebenskunst, dort überlagerten sich der diätetische und der ethische Diskurs. Der vorläufige Höhepunkt des ethisch-diätetischen (medizinisch-philosophischen) Paradigmas stellt die Epoche des Hellenismus dar (Galen, Stoa, Epikur ...). Nach verschiedenen Paradigmenwechseln in der einen wie der anderen Disziplin kann heute eine Parallelentwicklung festgestellt werden: In der philosophischen Literatur hat sich die Lebenskunstlehre

reestabliert, die Philosophien des Hellenismus werden in ihrer Eigenart aufgearbeitet und versuchsweise aktualisiert; auf der anderen Seite sind mit der WHO-Definition von Gesundheit, der Ottawa-Charta und der Salutogenese Fragen der Gesundheit mit Fragen des guten Lebens überhaupt verknüpft – und werden so zu philosophischen Fragestellungen. Was (noch) nicht beobachtet werden kann, das ist die alte Verbindung von Philosophie als Gesundheitslehre und Gesundheitswissenschaft als Lebensphilosophie. In dieser Verbindung liegt enormes Potenzial für Praxis und Forschung der Gesundheitsförderung.

Forschungsfragen

Drei globale Fragerichtungen lassen sich prima vista unterscheiden:

1. Kann eine Verbindung von Ethik und Diätetik nicht nur historisch aufgewiesen, sondern auch unter systematischen Gesichtspunkten für die Gegenwart herausgestellt werden?
2. Können Lebenskunsttechniken der philosophischen Tradition (etwa der hellenistischen Philosophie) als Gesundheitsressourcen („life skills“) für eine salutogenetisch orientierte Gesundheitsförderung fruchtbar gemacht werden?
3. Worin unterscheidet sich der philosophische Zugang zur Gesundheit jedoch von den Gesundheitspraktiken in der Gegenwart? Welcher Gewinn kann aus diesem kritischen Licht der Differenz gezogen werden?

Die Relevanz der Philosophie für die Gesundheitsförderung und Forschung ergibt sich daraus auf drei Ebenen.

1. Die gesundheitswissenschaftliche Theoriebildung erhält durch die Integration der Philosophie als Lebenskunstlehre einen wertvollen Impuls.
2. Ebene der individuellen Praxis: Die konkreten (z. B. stoischen, epikureischen) Techniken der Lebensführung können für die gesundheitsorientierte Lebensführung als Hilfen zur Entwicklung von Lebenskompetenzen bereichernd sein.
3. Politische Ebene: Diesbezüglich sei die Hypothese gewagt, dass nur der Einbezug philosophischer Reflexion das emanzipatorisch-aufklärerische Potenzial von Gesundheit als zentralem, gar leitendem gesellschaftlichem Wert garantieren kann.

Literatur

Antonovsky, Aaron (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche erweiterte Herausgabe von Alexa Franke, Tübingen.

Bengel u. a. (1998): Was erhält den Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 6. Köln (BzgA).

Dewey, John (1988): Kunst als Erfahrung. Frankfurt/Main.

Epiktet (1984): Handbüchlein der Moral und Unterredungen. Herausgegeben von Heinrich Schmidt. Neu bearbeitet von Karin Metzler. Stuttgart: Kröner.

Waller, Heiko (2006): Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis. 4.,

überarbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart.

Weil, Eric (1998): Philosophie morale. Paris: Vrin.

World Health Organization (1986): Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.

Angaben zur Person/Organisation

Mag. Patrick Schuchter: Studium der Philosophie. Ausbildung zum Dipl. Gesundheits- und Krankenpfleger. Arbeit als solcher. Aktuell: Studium: Master of Public Health (Vienna). Doktorand am IFF – Abteilung Palliative Care und Organisationsethik. „Philosophie der Gesundheitsförderung“ ist das Thema der Master Thesis für den Public-Health-Lehrgang. Betreuer: O. Univ.-Prof. Dr. Andreas Heller (Auszug aus dem Exposee liegt hier vor).

Marketingstrategie für gesunde Schulverpflegung: Identifikation der strategischen Erfolgsfaktoren für gesunde Ernährung in der Schule

Angelika Stöckler

Problembeschreibung

Traditionell von der Familie übernommene Aufgaben gelangen immer häufiger ins Kompetenzfeld der Schulen (Elmadfa u. a. 2009). So auch die Außer-Haus-Verpflegung von Kindern und Jugendlichen, die rasant zunimmt und für Schulen, Verpflegungsanbieter/innen, Gemeinden und Schulbehörden gleichermaßen eine enorme Herausforderung darstellt. Während einige durchaus gute Verpflegungsmodelle gefunden haben, erinnert das Sortiment an zahlreichen Schulen mit Hot-Dogs, Leberkäse, Pommes, Donuts, Cola und Eistee nach wie vor an einen Würstelstand. Im Wissen, dass „eine wohlschmeckende, gesundheitsfördernde Verpflegung die Leistungsfähigkeit und Gesundheit unterstützen und der Entwicklung von Übergewicht und anderen Ernährungsproblemen entgegenarbeiten kann“ (Elmadfa u. a. 2009), wird der Wunsch nach einem bedarfsorientierten, leistungsunterstützenden Verpflegungsangebot an Schulen immer lauter. Zugleich betonen jedoch Schulwarte und Caterer, dass sich damit die Vorstellungen und Wünsche der Schüler/innen keineswegs decken und mit einer Abwanderung in den Lebensmittelhandel und zu Fast-Food-Anbietern zu rechnen sei.

Entsprechend der Empfehlungen der Europäischen Kommission (Kommission der Europäischen Gemeinschaften 2007) habe ich die landesweit tätige Arbeitsgruppe „Schulverpflegung“ (1) mit dem Ziel der Vernetzung und Erarbeitung eines gemeinsam getragenen Maßnahmenplans zur Verbesserung der Verpflegungsangebote ins Leben gerufen. Durchaus beachtenswerte Erfolge konnten wir u. a. mit der Entwicklung einer „Leitlinie“, der Etablierung von Kochkursen für Verpflegungsanbieter/innen (Bildungsnetzwerk des FGÖ), durch das Angebot gesunder Imbisse, die Senkung des Zuckergehaltes in Getränken durch die Firmen Pfanner und Rauch sowie durch die Einführung einer „Getränkpreisleiter“ (2) erzielen.

- (1) In der AG Schulverpflegung treffen sich vierteljährlich Vertreter/innen des Landesschulrates, der Schulen (Schüler/innen, Pädagog/innen, Schulärzte und -ärztinnen), der Landesverbände der Elternvereine, der Caterer der Vorarlberger Schulen, der Getränkeproduzenten (Rauch, Pfanner), der Landwirtschaftskammer (Bio-Austria-Vorarlberg, Ländle Marketing), der Gebietskrankenkassa (VGKK) und des Fonds Gesundes Vorarlberg (FGV) sowie Gesundheitsexpertinnen der aks Gesundheitsvorsorge GmbH.
- (2) Limonaden und Eistees werden zum Preis von einem Euro, gespritzte Säfte um 70 Cent, und Mineralwasser wird um 50 Cent angeboten.

Unser zentrales Problem ist allerdings die Akzeptanz der gesunden Schulverpflegung (vgl. Lüfs-Baden und Spiller 2009). Unter dem Aspekt, dass Schüler/innen sowohl fett- und kalorienreiche Speisen als auch gesunde Lebensmittel, speziell Obst, lieben (vgl. Caine-Bish und Scheule 2007), landen wir mit partizipativen Ansätzen, Empowerment, Information und bewusstseinsbildenden Strategien bei kleinen Gruppen zwar gute Erfolge, doch Schüler/innen mit wenig ausgeprägtem Gesundheitsbewusstsein erreichen wir nicht nachhaltig. Als Leiterin der AG Schulverpflegung bringe ich daher in Abstimmung mit dem Landesschulrat und den Schulärzt/innen folgende Forschungsfrage ein:

Forschungsfrage

Was muss im Sinne einer umfassenden Marketingstrategie unternommen werden, damit Schüler/innen zwischen 10 und 19 Jahren ein gesundes Verpflegungsangebot an Schulen annehmen und nicht zu Fast-Food-Anbietern oder in den Lebensmittelhandel abwandern?

Literatur

Caine-Bish, Natalie und Scheule, Barbara (2007): Food preferences of school age children and adolescents in an Ohio school district. The Journal of Child Nutrition & Management (Issue 2). Online im Internet: URL: <http://docs.schoolnutrition.org/newsroom/jcnm/07fall/caine-bish/index.asp> [Stand: 18. 11. 2009].

Elmadfa, Ibrahim u. a. (2009): Österreichischer Ernährungsbericht 2008. Wien: Institut für Ernährungswissenschaften. Kommission der Europäischen Gemeinschaften (Hg.)

Kommission der Europäischen Gemeinschaften (Hg.) (2007): Weissbuch. Ernährung, Übergewicht, Adipositas. Eine Strategie für Europa. Brüssel.

Lüfs-Baden, Frederike und Achim Spiller (2009): Warum die Schüler nicht in die Mensa gehen. Zur Akzeptanz der Schulverpflegung. Ernährungs Umschau 56, 506–513.

Angaben zur Person/Organisation

aks Gesundheitsvorsorge GmbH

Mag. Angelika Stöckler, Dipl.-Päd., ist Ernährungswissenschaftlerin, Leiterin der Ernährungsfachstelle der aks Gesundheitsvorsorge GmbH, Leitung der AG „Schulverpflegung“ und der AG „Gesundheitsförderung an Volksschulen“, Entwicklung von Gesundheitsförderungskonzepten und Implementierung Gesundheitsförderungsforschung 2009

- Verpflegungsangebot an Vorarlbergs Schulen (n = 233 Schulen)
- Trinkverhalten von Schüler/innen (n = 489)
- Frühstücksgewohnheiten und Jausenkonsum von Volksschulkindern (n = 708)
- Ess- und Bewegungspausen (n = 50 Volksschulen)
- Auswertung der BMI-Daten der Vorarlberger Schuluntersuchungen 1994–2009 (n = 547.821)

Teilnehmer/innen an der Veranstaltung Gesundheitsförderungsforschung in Österreich

Dr. Thomas Amegah, MAS (ÖGD)
 Peter Androsch
 Ao. Univ.Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Elisabeth Ardelt-Gattinger
 Mag.^a Beate Atzler
 Irina Banyai
 Mag.^a Margit Gabriele Bauer
 Dennis Beck
 Dr.ⁱⁿ Magdalena Bleyer
 Mag.^a Gudrun Braunegger-Kallinger
 Dr.ⁱⁿ Edith Bulant-Wodak
 Mag.^a Nathalie Burkert
 Dr. Günter Diem
 Ass. Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Rosa Diketmüller
 Doz. Dr. Wolfgang Dür
 Mag.^a Kerstin Eibel
 Stefanie Englert
 Mag. Roland Ernst
 Timo Fischer
 ao. Univ. Prof. Dr. Rudolf Forster
 Prof. (FH) PD Dr. Frederic Fredersdorf
 Univ. Prof. Dr. Wolfgang Freidl
 MR Dipl. Ing.ⁱⁿ Elfriede Fuhrmann
 Ing.ⁱⁿ Petra Gajar
 Monika Gebetsberger
 Prof. DI Ernst Gehmacher
 Mag.^a (FH) Judith Goldgruber
 Prof. (FH) Mag. Dr. Erwin Gollner, MPH
 Mag.^a Gerlinde Grasser, MScPH
 Mag.^a Sylvia Groth, MAS
 Univ. Prof. Dr. oec. Bernhard J. Güntert, MHA
 Dr.ⁱⁿ Sabine Haas
 Mag. Christian Halbwachs
 Mag.^a Kristina Hametner
 Univ. Doz. Dr. Alexander Haslberger
 Mareike Haupt, Bachelor of Health in Physiotherapy
 Johannes Hauptmann
 Mag.^a Trude Hausegger, MSc
 Mag.^a Veronika Herkner
 Dr.ⁱⁿ Gabriele Hoja
 Mag.^a Elisabeth Höld
 Mag.^a Veronika Holzgruber
 Mag. Christoph Hörhan
 Mag. Walter Hörth
 Mag.^a Ilonka Horvath
 Mag.^a (FH) Ursula Hutter
 Mag.^a Marlies Jauk
 Dr. Paul Jiménez
 Jakob Kalas
 Dr.ⁱⁿ Karin Kalteis
 Mag.^a Rita Kichler
 Marie-Sophie Kiepe
 Dr.ⁱⁿ Renate Kirschner
 Dr. Wolf Kirschner
 Helga Klee
 Dipl.Päd.ⁱⁿ Beate Koeb
 Univ.Prof. Dr. Michael Kolb
 Univ. Doz. Karl Krajic
 Mag.^a Birgit Kriener
 Mag. Simon Krutter
 Sabine Kühnel
 Mag.^a Doris Kuhness, MPH
 Mag. Dr. Karl Ladler
 Univ.Prof. Wolfgang Lalouschek
 Mag. Gert Lang
 Mag. Hubert Langmann
 Dipl.Päd.ⁱⁿ Mag.^a Andrea Lehner
 Mag. Heinz-Peter Leitgöb
 Dr. Hubert Löffler
 a.o. Univ.Prof. Herbert Mackinger
 Univ.Prof. Dr. Manfred Maier
 Dr.ⁱⁿ Evelyn Martinel
 Dr. Arno Melitopoulos
 Brigitte Neuhauser
 Dr.ⁱⁿ Sonja Novak-Zezula
 Dr. Peter Nowak
 Dr.ⁱⁿ Ilse Elisabeth Oberleitner
 Gabriele Ordo
 Mag. Markus Peböck
 Univ.Prof. Dr. phil. Jürgen Pelikan
 Prof. (FH) Mag. Dr. Holger Penz
 Dr. med. Franz Piribauer, MPH
 Dr.ⁱⁿ Brigitte Piso, MPH
 Mag.^a pharm. Petra Plunger, MPH
 Dr. Gerhard Polak
 Dr. Erich Pospischil
 Mag.^a Christine Priesner, MBA

Mag.^a Anita Rappauer
Mag.^a Karin Reis-Klingspiegl
Katharina Resch
Mag.^a Gerlinde Rohrauer-Näf, MPH
Mag. Dr. Klaus Ropin
Dr.ⁱⁿ Petra Rust
Mag.^a Gabriele Sax
Mag. Günter Schagerl
Mag. Gernot Scheucher
Mag.^a Carolin Schmidt
Mag.^a Cornelia Schmon
Mag.^a Christina Schreiner
Mag. Patrick Schuchter
Mag. Dietmar Schuster, MBA
Mag.^a Christine Schwanke
Dr.ⁱⁿ Eva Schwarz
Univ.Prof. Dr.ⁱⁿ phil. Elisabeth Seidl
Mag.^a Ingrid Spicker
Mag. Stefan Spitzbart
Mag.^a Johanna Stelzhammer
Mag.ⁱⁿ Dipl.Päd.ⁱⁿ Angelika Stöckler
DI Dr. techn. Stefan Stöckler
Alois Stöger diplômé
Ao. Univ. Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Sylvia Titze
Dr.ⁱⁿ Lisa Tomaschek-Habrina
Mag.^a Theresia Unger
Mag.^a Dr.ⁱⁿ Karin Waldherr
Dr.ⁱⁿ phil. Ilsemarie Walter
Friederike Weber, M.A.
Josef M. Weber
Mag.^a Ingrid Weichsler
Ao. Univ.Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Beate Wimmer-Puchinger
Mag. Manfred Zentner
Mag.^a Dr.ⁱⁿ Verena Zeuschner

IMPRESSUM

Medieninhaber und für den Inhalt verantwortlich:

Fonds Gesundes Österreich, ein Geschäftsbereich der
Gesundheit Österreich GmbH
Aspernbrückengasse 2
1020 Wien

Tagungskonzept:

Mag. Gerlinde Rohrauer-Näf MPH

Redaktion:

Mag. Gerlinde Rohrauer-Näf MPH, Helga Klee

Textierung:

Mag. Maria Weidinger-Moser, Workshopleiter/innen

Lektorat:

Dr. Silvia Stoller

Gestaltung: pacoMedienwerkstatt, Wien