

Tagungsband der  
10. Österreichischen Präventionstagung

# Gemeinsam gesund.

Gesundheitsförderung fürs Herz.



- 1 **Vorwort**
  
- 2 **PLENARVORTRÄGE**
  
- 2 Anita Rieder  
**Warum Herz-(Kreislauf-)Gesundheit?  
Epidemiologie der Herz-Kreislauf-Erkrankungen und ihre Bedeutung für die Prävention**
- 5 Ulla Walter  
**Strategien und Handlungsansätze der Gesundheitsförderung und Primärprävention im Hinblick auf Herzgesundheit unter besonderer Berücksichtigung von Bewegung**
- 10 Wolfgang Kallus, Thomas Uhlig  
**Kardiovaskuläre Prävention: Psychologie und Medizin im Dialog über psychosoziale Risikofaktoren und evidenzbasierte Ansätze**
- 14 Christoph Klotter  
**Motivation zur Verhaltensänderung**
- 18 Carola Gold  
**Vielfalt als Herausforderung – Voraussetzung erfolgreicher Prävention bei Gruppen mit dem größten Bedarf**
- 21 Heike Englert  
**CHIP – The Coronary Health Improvement Project, USA**
  
- 26 **WORKSHOPS**  
**Herzgesundheit fördern – Projekte für ausgewählte Zielgruppen und Setting stellen sich vor**
  
- 26 **Workshop 1: Kinder und Jugendliche**  
**Gesundes Schulessen einfach genial, genial einfach:** Sabine Dämon, Regina Jungmayr  
**Schulfreiräume und Geschlechterverhältnisse:** Rosa Diketmüller, Heide Studer
  
- 34 **Workshop 2: Menschen am Arbeitsplatz**  
**Gesund essen am Arbeitsplatz:** Verena Rainer  
**Bewegen im Betrieb:** Paul Scheibenpflug
  
- 40 **Workshop 3: Regionales Setting**  
**„Ein Herz für Wien“:** Michael Kowanz-Eichberger  
**Gesundes Salzburg 2010:** Maria Pramhas
  
- 45 **Workshop 4: Männer**  
**„Fit fürs Leben, fit im Einsatz“:** Manfred Lamprecht  
**„Favoritner mit Herz“:** Romeo Bissuti
  
- 52 **Workshop 5: Ältere Menschen**  
**Kleeblatt:** Michaela Mayrhofer  
**Zielgerichtete Bewegung und optimierte Ernährung bei Diabetes mellitus:** Christian Lackinger
  
- 59 **Workshop 6: Fonds Talk**  
**Treffen und Diskussion mit dem Team des Fonds Gesundes Österreich**  
  
**Herzlichst, dein Kreislauf:** SOG.Theater
  
- 60 **Kurze Lebensläufe**

## Liebe Leserin, lieber Leser!

Noch immer sterben in Österreich viel zu viele Menschen an Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems. Das müsste nicht so sein, da die Mehrzahl der Erkrankungen durch einen gesunden Lebensstil vermieden werden könnte.

Zentrales Anliegen der 10. Österreichischen Präventionstagung „Gemeinsam gesund. Gesundheitsförderung fürs Herz.“ des Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) war es, jene gesundheitsfördernden Maßnahmen und Modelle aufzuzeigen, die dazu beitragen, die Herz-Kreislauf-Gesundheit der österreichischen Bevölkerung zu verbessern. Prof. Dr. Anita Rieder ging in ihrem Eröffnungsreferat auf die Epidemiologie der Herz-Kreislauf-Erkrankungen ein und legte dar, welche Schlussfolgerungen für die Prävention davon ableitbar sind. Prof. Dr. Ulla Walter präsentierte Strategien und Handlungsansätze der Gesundheitsförderung und Primärprävention. Die Professoren Dr. Wolfgang Kallus und Dr. Thomas Uhlig beleuchteten psychosoziale Risikofaktoren, insbesondere psychische und soziale Ursachen von Herz-Beschwerden – darunter Stress, Arbeitsintensität, Handlungsspielraum und soziale Unterstützung. Prof. Dr. Christoph Klotter ging der Frage nach, wie Menschen für ein gesünderes Leben motiviert werden können, und empfahl den versammelten Gesundheitsexpert/innen, den Prozess zu begleiten, ohne Vorgaben und Vorschriften zu machen.

Viele Diskussionsbeiträge löste Carola Gold aus, die in ihrem Referat Maßnahmen zur Erreichung sozial benachteiligter Zielgruppen vorstellte. Sie betonte die Notwendigkeit, settingorientierte Maßnahmen zu setzen und die Zielgruppe aktiv mit einzubeziehen, um erfolgreich Maßnahmen der Gesundheitsförderung durchzuführen. Prof. Dr. Heike Englert stellte das Programm CHIP – Coronary Health Improvement Project – aus den USA vor, das sich dort als Interventionsprogramm sehr gut bewährt hat. Nicht zuletzt wurden in den Workshops viele Projekte für unterschiedliche Zielgruppen vorgestellt und diskutiert.

Herz-Kreislauf-Gesundheit ist ein Schwerpunktthema des FGÖ. Wir bemühen uns, durch ein Bündel von Maßnahmen günstige Rahmenbedingungen für erfolgreiche Projekte zu schaffen: Für Gemeinden wurde eine eigene Förderschiene eingerichtet, in Kärnten und im Burgenland werden zwei umfassende Modellprojekte umgesetzt, die Kampagne „Mein Herz und ich. Gemeinsam gesund.“ mobilisiert die Bevölkerung und kampagnenbegleitende Aktivitäten sorgen für regionale Impulse.

Wir wünschen Ihnen viel Erfolg bei der Stärkung Ihrer eigenen Herz-Kreislauf-Gesundheit und Ihrer Arbeit in der Gesundheitsförderung.



Mag. Christoph Hörhan  
Leiter Fonds Gesundes Österreich



Mag.ª Rita Kichler  
Gesundheitsreferentin

## Warum Herz-(Kreislauf-)Gesundheit? Epidemiologie und Wege der Prävention

Anita Rieder

In der Prävention der Herz-Kreislauf-Erkrankungen wurden in den letzten Jahrzehnten entscheidende Fortschritte gemacht. Dies schlägt sich zum Beispiel in niedrigeren Sterberaten nieder. Doch: Es bleibt noch viel zu tun.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen waren und sind eine der größten Herausforderungen der Medizin und der Gesellschaft. Dass Prävention wirkt, haben wir in den letzten Jahrzehnten eindeutig erfahren, doch die Wege, die dabei zu gehen sind, erfordern immer neue Ansätze. So wissen wir heute zum Beispiel, dass Einzelinitiativen oft nicht die erhoffte Wirkung haben. Deutlich zeigt sich dies an einer Kampagne des Jahres 1978, in deren Rahmen Mediziner/innen quer durch Österreich geschickt wurden, um den Menschen den Blutdruck zu messen und sie diesbezüglich aufzuklären. Damals erregte diese Aktion viel Aufmerksamkeit, aber durch die Nachevaluierung bis 1998 können wir jetzt sagen, dass das Bewusstsein bald wieder gesunken war. Heute weiß kaum jemand mehr von dieser Initiative. Entscheidend ist daher, umfassende Programme mit Nachhaltigkeit zu etablieren. Dies ist auch angesichts der zu erwartenden demographischen Entwicklung eine dringende Notwendigkeit. Wir wissen, dass die Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems 43 Prozent aller Todesursachen darstellen, und zwar vor allem die ischämische Herzerkrankung, der Herzinfarkt und der Schlaganfall.

### Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind systemische Erkrankungen

Eine Herz-Kreislauf-Erkrankung ist nicht nur eine Erkrankung der Herzkranzgefäße, der Gehirngefäße oder der Extremitäten, sondern der Grossteil dieser Erkrankungen beruht auf atherosklerotischen Veränderungen. Es sind daher systemische Erkrankungen, bei denen meist mehrere Körperregionen betroffen sind, was auch bedeutet, dass ihnen therapeutisch nicht so einfach beizukommen ist. Entsprechende Untersuchungen zeigen, dass wenn jemand etwa einen Herzinfarkt erleidet, meist bereits andere Herzerkrankungen bestehen, das heißt, dass die meisten Patient/innen, die aufgrund eines einzelnen koronaren Ereignisses hospitalisiert werden, schon vorbelastet sind.

### Zusätzliche Lebenserwartung

Statistisch betrachtet sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen jene Todesursachen, deren „Ausschaltung“ am meisten zusätzliche Lebenserwartung brächte. Konkret könnte der Zugewinn laut Daten der Statistik Austria bei Frauen 6,4 Jahre und bei Männern 9,6 Jahre betragen.

### Regionale Unterschiede bei den Ursachen

Es gilt also, die Ursachen dieser Erkrankungen zu bekämpfen. Hier sollte man wissen, dass Epidemiolog/innen fünf (historische) Entwicklungsstadien der innerhalb der Bevölkerung eines Landes typischen Ursachen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen unterscheiden:

Im ersten Stadium ist rheumatisches Fieber als Auslöser von großer Bedeutung – eine Situation, die in unserem geografischen Raum vor vielen Jahrzehnten gegeben war.

Das zweite Stadium lässt sich dadurch definieren, dass zivilisationsbedingte Risikofaktoren wie Bluthochdruck eine zunehmend größere Rolle als Auslöser für Herz-Kreislauf-Erkrankungen spielen. Diese Entwicklung ist derzeit vor allem in China sowie in anderen asiatischen Ländern zu beobachten.

Im dritten Stadium führen fettreiche Ernährung, mangelnde Bewegung und Rauchen dazu, dass in zunehmendem Ausmaß auch jüngere Menschen betroffen sind – so zu sehen derzeit in Russland bzw. generell osteuropäischen Ländern, in Lateinamerika und in den Städten Indiens.

Im vierten Stadium erfolgen Diagnostik und Therapie auf hohem Niveau und es wird bereits Prävention betrieben. Dadurch sind Fortschritte zu verzeichnen, und Herz-Kreislauf-Erkrankungen treten relativ häufig erst in höherem Alter auf, wie derzeit in Westeuropa, Nordamerika, Neuseeland und Australien.

Das fünfte Stadium schließlich stellt einen Rückfall in frühere Stadien dar, währenddessen das dritte und vierte Stadium erhalten bleiben.

Dazu zu bemerken ist, dass sich häufig – wie auch in Österreich – unterschiedliche Gruppen der Bevölkerung in unterschiedlichen Stadien befinden.

### **Sterblichkeitsraten sind deutlich gesunken**

Tatsächlich sehen wir, dass die Sterblichkeitsraten für kardiovaskuläre Erkrankungen in den meisten Ländern in den vergangenen 30 Jahren um 24 bis 28 Prozent zurückgegangen sind. 45 Prozent des Rückgangs sind auf Verbesserungen in der Therapie und 55 Prozent auf die Reduktion von Risikofaktoren zurückzuführen. Letzteres betrifft vor allem die Behandlung von Bluthochdruck und Rückgänge beim Rauchen. Allerdings sind in letzter Zeit die Verringerungen im Wesentlichen durch bessere medikamentöse Therapien und weniger durch geeignete Präventionsmaßnahmen bedingt.

Im internationalen Vergleich liegt Österreich hinsichtlich der Sterblichkeitsraten durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen zwar hinter Russland, Ungarn, Finnland, Griechenland, USA, Deutschland und Schweden, doch deutlich vor Spanien und Japan. Die Russische Föderation liegt mit 1.500 Herz-Kreislauf-Toten pro 100.000 Einwohner/innen und Jahr an der Spitze. In den USA sind es 289 Opfer, in Österreich 226 und in Japan 170.

Die Risikofaktoren für die koronare Herzkrankheit wie Rauchen, Übergewicht und Bluthochdruck steigen durch die demographische Entwicklung und den allseits herrschenden ungesunden Lebensstil allerdings wieder an.

### **Die wichtigsten Risikofaktoren und benachteiligte Gruppen**

Vom kanadischen Epidemiologen Salim Yusuf wurde aus den Daten der Interheart Study ermittelt, dass erstmalig auftretende Herzinfarkte zu 90 Prozent auf potenziell beeinflussbare Risikofaktoren zurückzuführen sind. Dabei handelt es sich um Rauchen, Fettstoffwechselstörungen, Bluthochdruck, Diabetes, Übergewicht, psychosoziale Faktoren, mangelnden Konsum von Obst und Gemüse, regelmäßigen Alkoholkonsum und mangelnde körperliche Bewegung. Für Österreich gilt, dass Rauchen, Alkohol und hoher Blutdruck an der Spitze der schädlichen Einflüsse für die Herzgesundheit der Bevölkerung liegen.

Es geht also um Risikofaktoren, die, wie wir wissen, ein Fall für Primärprävention sind, von der wir ebenso

wissen, dass sie sehr wirksam ist. In diesem Zusammenhang gilt es, besonders benachteiligten Communities zu erreichen, speziell Migrant/innen und ärmere Bevölkerungsschichten. Denn während besser gebildete und sozial besser gestellte Menschen zunehmend auf gesündere Lebensweise setzen, scheint dies unter den genannten Bevölkerungsgruppen häufig kein Thema zu sein. Aus dem letzten Gesundheits-survey wissen wir, dass je gebildeter ein Mensch ist, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit für ungesundes Verhalten.

Eine weitere Bevölkerungsgruppe, in der präventiv gesehen großer Nachholbedarf herrscht, sind die Jugendlichen. So hat etwa die letzte Jugendstudie gezeigt, dass schon Österreichs Kinder sehr gefährdet sind, später im Leben Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu entwickeln. Erschreckend viele leiden an Übergewicht und Diabetes. Auch auf die Frauen ist vermehrt das Augenmerk zu richten. Die höhere Betroffenheit von Männern durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist zwar belegt, doch ebenso belegt ist der Inzidenzanstieg bei Frauen im späteren Lebensalter. Das Lifetime-Risiko der koronaren Herz-Erkrankung liegt bei den 40jährigen für Frauen bei 32 Prozent und für Männer bei 49 Prozent, bei den 70jährigen für Frauen bei 24 Prozent und für Männer bei 35 Prozent. Der Inzidenzanstieg bei Frauen ist zehn Jahre später als bei Männern zu verzeichnen, und es findet sich postmenopausal eine dreifach höhere Morbiditätsrate im Vergleich zu gleichaltrigen prämenopausalen Frauen.

Zu berücksichtigen ist, dass diese Fakten den Frauen weitgehend noch nicht bewusst sind. Zudem verzeichnen wir beim weiblichen Geschlecht einen Inzidenzanstieg für den plötzlichen Herztod. In Summe gesehen sind Frauen im Erstereignis wesentlich häufiger von den „stillen“ Formen der Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie der Angina pectoris betroffen. Wir wissen, dass diese Erkrankung häufig lange nicht als solche erkannt wird. Ein weiteres spezifisch weibliches Problem hinsichtlich Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist: Werden Frauen aufgrund eines koronaren Ereignisses hospitalisiert, so verweilen sie dort – insbesondere im höheren Lebensalter – durchschnittlich länger als Männer. Dies liegt mitunter an häufig fehlenden Betreuungsmöglichkeiten im häuslichen Umfeld.

### Noch nicht beeinflussbare Risikofaktoren und Primärprävention

Dieses Faktum verweist auch auf weitere Risikofaktoren: Obwohl auch Gender-Faktoren im Geschehen der koronaren Herzerkrankung eine Rolle spielen, wissen wir ebenso um das Vorhandensein von Risikofaktoren, die Umwelt oder Genetik betreffen – Gebiete, auf denen unser Wissen noch äußerst begrenzt ist und die es in Zukunft vermehrt zu beachten gilt.

Insbesondere sollten die psychosozialen Komponenten, die bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen eine Rolle spielen, deutlicher ins Zentrum des Interesses gerückt werden. Wir wissen heute, dass das Risikofaktorkonzept Gültigkeit hat und dass vor allem Primärprävention wirkt. Sie hat einen sichtlich höheren Anteil am Rückgang von Herz-Kreislauf-Erkrankungen als die Sekundärprävention, und sie macht auch Sinn bei Personen, die bereits in einem höheren Lebensalter stehen, wenn sie gesund sind: Auch bei 70- bis 90jährigen gesunden Menschen zeigt sich eindeutig, dass die Wahrscheinlichkeit des Überlebens größer ist, je weniger Risikofaktoren eine Rolle spielen.

Am Beispiel Finnland bzw. der finnischen Region Nordkarelien kann beispielhaft aufgezeigt werden, wie stark ein gesünderer Lebensstil wirkt: Im ganzen Land sank zwischen 1970 und 2002 durch entsprechende Programme die Herz-Kreislauf-Sterblichkeit um etwas mehr als 70 Prozent, in Nordkarelien sogar um rund 85 Prozent. Dort hatte man wegen einer ehemals erschreckend hohen Herz-Kreislauf-Sterblichkeit intensive Aufklärungs-, Lebensstil- und Behandlungsprogramme realisiert.

### Herzgesundheit – die wichtigsten Fakten

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind in den westlichen Industrieländern für 45 Prozent der Gesamtsterblichkeit verantwortlich.

Die Sterblichkeitsraten für kardiovaskuläre Erkrankungen sind in den meisten Ländern in den vergangenen 30 Jahren um 24 bis 28 Prozent gesunken.

45 Prozent des Rückgangs sind auf Verbesserungen in der Therapie und 55 Prozent auf die Reduktion von Risikofaktoren zurückzuführen – vor allem auf die Behandlung von Bluthochdruck und Rückgänge beim Rauchen. In letzter Zeit sind die Verringerungen jedoch im Wesentlichen durch bessere medikamentöse Therapien und weniger durch geeignete Präventionsmaßnahmen bedingt.

Die Risikofaktoren für die koronare Herzkrankheit wie Rauchen, Übergewicht und Bluthochdruck sind durch die demographische Entwicklung und den allseits herrschenden ungesunden Lebensstil wieder im Ansteigen.

Auf die Prävention ist besonderes Augenmerk zu legen. Die meisten Herz-Kreislauf-Erkrankungen können durch einfache Veränderungen des Lebensstils wie gesunde Ernährung, Sport und Nichtrauchen verhindert oder zumindest hinausgezögert werden.

In der Interheart-Studie wurde unter anderem ermittelt, dass erstmalig auftretende Herzinfarkte zu 90 Prozent auf neun potentiell beeinflussbare Risikofaktoren zurückzuführen sind. Dabei handelt es sich um Rauchen, Fettstoffwechselstörungen, Bluthochdruck, Diabetes, Übergewicht, psychosoziale Faktoren, mangelnden Konsum von Obst und Gemüse, regelmäßigen Alkoholkonsum und mangelnde körperliche Bewegung.

## Strategien und Handlungsansätze der Gesundheitsförderung und Primärprävention im Hinblick auf Herz-Gesundheit unter besonderer Berücksichtigung von Bewegung

Ulla Walter

### Einleitung

Inzwischen liegen zahlreiche Studien vor, die insgesamt eine überwältigende Evidenz des Einflusses verhaltenbezogener Faktoren bei der Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zeigen. Jüngst wies z.B. die EPIC (European Prospective Investigation of Cancer)-Norfolk-Studie auf die hohe Relevanz von Rauchen, körperlicher Inaktivität, übermäßigem Alkoholkonsum sowie geringem Obst- und Gemüseverzehr hin (Khaw et al. 2008).

Entsprechend diesen Ergebnissen aus epidemiologischen Studien empfiehlt z.B. die American Heart Association (Mosca et al. 2004, Pearson et al. 2002) den reichlichen Konsum von Obst und Gemüse, den Verzehr von Vollkornprodukten, Fisch, fettarmer Milch und fettarmen Fleischprodukten sowie eine maßvolle Aufnahme alkoholischer Getränke. Gesättigte Fettsäuren sollten weniger als 10 Prozent des zu deckenden Kalorienbedarfs ausmachen. Die tägliche Aufnahme von Cholesterin sollte 300 mg, von Salz 6 g nicht überschreiten. Wesentlich ist regelmäßige Bewegung, mindestens 30 Minuten täglich. Ältere Erwachsene, deren Organismus ebenfalls empfänglich für körperliches Training ist (Völker-Rehage et al. 2006), sollten auf demselben Level aktiv sein wie jüngere Erwachsene (Lan et al. 2006). Anzustreben ist ein Minimum an Bewegungsaktivität mit einem Energieverbrauch von 1000 kcal pro Woche, was ca. zwei bis drei Stunden Walking entspricht. Zur Primärprävention arteriosklerotischer kardiovaskulärer Erkrankungen im Kindesalter werden mindestens eine Stunde pro Tag moderate bis intensive körperliche Aktivität und eine Begrenzung der sitzenden Tätigkeiten, insbesondere des Fernsehkonsums, auf maximal zwei Stunden pro Tag empfohlen (Kavey et al. 2003).

Bei der Konzeption von gender-, alters- und kultursensiblen Präventionsmaßnahmen zur Förderung von Herz-Kreislauf-Gesundheit sollten die bekannten Einflussfaktoren wie sozioökonomischer Status, Arbeitsbedingungen und gesunde Entwicklung in der Kindheit

berücksichtigt werden. Ansätze auf Individual- sowie Bevölkerungsebene, im Setting und bei Risikogruppen sind sinnvoll miteinander zu kombinieren unter Beachtung der Empfehlungen der Ottawa-Charta. Diese beinhalten die Stärkung der Kompetenzentwicklung, die Förderung von Aktivitäten auf Gemeindeebene und eine vermehrte Intersektoralität (siehe Abb. 1). Diesen umfassenden Konzepten stehen in der Praxis allerdings vielfach Modelle mit singulären Ansätzen gegenüber. Ebenso weisen Studien mit hoher methodischer Qualität oft vergleichsweise einfache Interventionen auf. Nachfolgend werden ausgewählte teilpopulations- und individualbezogene Ansätze insbesondere für den Bereich Bewegung exemplarisch dargestellt.



Abbildung 1: Strategien zur Förderung der Herz-Gesundheit (nach Flynn et al. 2006)

### Lebensstilfaktoren

Lebensstilfaktoren im frühen Kindesalter haben einen signifikanten Einfluss auf die spätere Lebensqualität. Der Zusammenhang zwischen dem bereits im Alter von drei Jahren bestehenden, noch stark vom familiären Umfeld geprägten Entwicklungsprozess und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität im Alter ist als impulsgebend und richtungweisend für zukünftige Präventionsansätze zu sehen.

So zeigen in der Kindheit entwickelte Verhaltensmuster hinsichtlich Ernährung und Bewegung eine Persistenz im Lebenslauf (Kelder et al. 1994, Telema et al. 2005). Kindliche Adipositas ist ein Prädiktor für Adipositas im Erwachsenenalter (Whitaker et al. 1997). Zudem ist ein erhöhter BMI in der Kindheit und frühen Jugend assoziiert mit einem erhöhten Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen im Erwachsenenalter (Baker et al. 2007). Die Framingham-Studie weist in einer Längsschnittanalyse von 1991 bis 2002 den großen Einfluss des sozialen Netzes nach. So liegt die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung einer Adipositas bei 57 Prozent, wenn bereits die Freund/innen übergewichtig sind.

Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen elterlicher Unterstützung bei der Wahl und Aufrechterhaltung der körperlich-sportlichen Aktivität und dem Bewegungsverhalten des Kindes. Als förderlich erweisen sich der Transport zum Ort bewegungsbezogener Aktivitäten, das Beobachten des Kindes bei diesen Aktivitäten und die Unterstützung des Kindes bei der Auswahl einer Aktivität. Für eine erfolgreiche Aufnahme und Beibehaltung von Bewegungsangeboten bei Kindern und Jugendlichen spielt die körperlich-sportliche Aktivität der Eltern eine untergeordnete Rolle: Eltern, die selber nicht körperlich-sportlich aktiv sind, können durchaus ihre Kinder zur sportlichen Aktivität motivieren und bei ihrer Aufrechterhaltung unterstützen. Einen positiven Effekt haben dabei Interventionen, wenn Eltern, Erziehern und Lehrern die Relevanz und positiven Effekte von körperlich-sportlichen Aktivität vermittelt werden (Ritchie et al. 2006). Um eine nachhaltige Wirkung auf das Bewegungsverhalten zu erzielen, sollten Interventionen auf familiärer und institutioneller Ebene (z.B. Kindertagesstätten, Schule, Verein) frühzeitig ansetzen und vernetzt werden. Als besonders effektiv haben sich hierbei multimodale Interventionen erwiesen.

Dass Prävention nicht nur in der ersten Lebensphase, sondern selbst im höheren Alter wirksam ist, wird zunehmend in wissenschaftlichen Studien aufgezeigt. Auch hierbei ist ein wesentliches Element Bewegung. Allerdings können negative Sichtweisen auf das Altern sowohl bei Professionellen (Walter et al. 2006) als auch bei den Älteren selbst die Umsetzung präventiver Maßnahmen erschweren oder gar verhindern. So ist – unabhängig vom Gesundheitszustand – die Bewegungsak-

tivität bei Personen mit einer negativen Sicht auf das Älterwerden deutlich geringer als bei Personen mit einer positiven Sichtweise (Tesch-Römer et al. 2006).

### Lebensraum Kindergarten

Zur Erfassung der präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen im Bereich Kindergarten wurden in Deutschland von 2005 bis 2006 erstmals 643 Kitas (Nettostichprobe) befragt. An 32 Kitas erfolgte eine vertiefende Analyse der präventiven Versorgungsqualität (Kliche et al. 2008). In fast allen Kitas stellt Bewegung mit 97 Prozent die häufigste laufende Aktion dar, für 27 Prozent ist Bewegung zudem ein grundlegendes Arbeitskonzept. Zwei Drittel der befragten Einrichtungen führen Projekte zur Prävention und Gesundheitsförderung durch. Mit über einem Drittel sind Angebote zur Ernährung mit Abstand auf dem ersten Platz, gefolgt von Angeboten zur Bewegung. Insgesamt werden mehr gesundheitsfördernde Aktivitäten angeboten, je größer die Einrichtung ist. Die Analyse von Zielgruppen und Arbeitsformen präventiver Projekte in den Kindertagesstätten zeigt, dass sich die weitaus größere Zahl von 86 Prozent an die Kinder richtet, 45 Prozent beziehen die Familien ein. Lediglich 5 Prozent erfolgen unter Einbezug des Stadtteils. Gut die Hälfte führt ein strukturiertes Programm durch, wobei der Umfang von wenigen Stunden bis zu mehreren Monaten reicht. 43 Prozent beziehen externe Fachkräfte mit ein. Der Schwerpunkt liegt damit auf individuell pädagogischen Ansätzen. Für komplexe Strategien unter Einbezug der Familie und des Wohnumfeldes fehlen den Kindertagesstätten meist die Voraussetzungen. Nicht erkennbar ist ein Zusammenhang zwischen den Angeboten und der sozialen Lage im Einzugsgebiet.

Wesentlich für die Wirksamkeit präventiver Maßnahmen sind Zielgruppenorientierung und eine gute theoretische Fundierung. Erforderlich ist somit eine gute Konzeptqualität, die sich an Bedarf, Zielsetzung, Zielgruppenorientierung und fachlicher Fundierung ausrichtet. Daneben sind die Rahmenbedingungen, die Qualifikation der Mitarbeiter/innen und die Zusammenarbeit mit Angehörigen zu berücksichtigen (Planungsqualität). Ebenso entscheidend sind eine adäquate Vorbereitung und Vermittlung der Maßnahmen unter Nutzung von zielgruppenorientierten Methoden und Medien, eine schrittweise flexible prozessorientierte Umset-



zung sowie eine realistische und empirische Bewertung des Erfolges. Nicht zuletzt sollten im Sinne einer Qualitätsentwicklung die Erfahrungen reflektiert und in längerfristige Verbesserungen umgesetzt werden (Kliche et al. 2007). Eine Analyse der Qualität präventiver Maßnahmen in Kindergärten deutet auf erhebliche Verbesserungsmöglichkeiten präventiver Aktivitäten hin. Nach Kliche et al. (2008) liegen die Stärken am ehesten in der Erstellung von Konzepten und der Verfügbarkeit qualifizierten Personals. Deutliche Schwächen zeigen sich in der Vorbereitung und Planung sowie in der Verlaufsgestaltung und der Erfolgskontrolle. Die Autor/innen ziehen den Schluss, dass durch eine intensiviertere und optimierte Gesundheitsförderung und Prävention in den Kitas ihre Wirksamkeit deutlich erhöht und verhaltensbezogenen Aspekten im Vergleich zu den eher weniger beeinflussbaren Umfeld- und Rahmenbedingungen mehr Gewicht verliehen werden könnte.

### Lebensraum Schule

Der Lebensraum Schule bietet zahlreiche Ansatzpunkte zur Förderung der Bewegung: (1) als curricularer Bestandteil des Unterrichts, z.B. die tägliche Sportstunde, (2) in der Förderung der Schule als Bewegungsraum, z.B. das Konzept „Bewegte Schule“ (Zimmer und Hunger 2004, Städtler 2005) und (3) die Öffnung der Schule für sportbezogene Angebote in der Freizeit. Sportangebote der Schulen über den Unterricht hinaus sind inzwischen weit verbreitet. Fast jede zweite Schule kooperiert im Bereich des Schulsports mit einem externen Partner (Deutscher Sportbund 2005).

Als curricularer Bestandteil, außerunterrichtliches und organisatorisches Element wird Bewegung u.a. im Konzept der bewegungsfreudigen Schule aufgegriffen (Kottmann et al. 2005). Einige Programme, wie das seit 2001 im Raum Köln an Grundschulen laufende CHILT (Children's Health InterventionAL Trial)-Projekt, verbinden wöchentlichen Gesundheitsunterricht, tägliche aktive Pausen und Bewegungspausen, die Erstellung von Stundenbildern für den Sportunterricht mit einer Identifikation von adipösen und motorisch auffälligen Risikokindern und ihrer gezielten Betreuung (Graf 2003).

Auf eine besondere Problematik im Grundschulbereich an deutschen Schulen weist die SPRINT (Sportunter-

richt in Deutschland)-Studie des Deutschen Sportbundes (2005) hin. Das an deutschen Grundschulen vorhandene Klassenprinzip mit oft nicht in Sport ausgebildeten Lehrpersonen führt zu einem deutlichen Qualitätsdefizit. Dies wird besonders kritisch beurteilt, da nur mit hinreichender Qualifikation entwicklungsgemäße Inhalte gezielt zur Förderung der Motorik von Kindern eingesetzt werden können. Hinzu kommen in der Regel zu geringe Vorgaben für Sportunterricht durch die Rahmenrichtlinien. Bemängelt wird zudem die Diskrepanz zwischen schulischem Angebot und den Wünschen der Schüler/innen, die den Sportunterricht als zu wenig abwechslungsreich, nicht anstrengend genug und nicht anforderungsreich erleben.

Vor dem Hintergrund einer Studie von Thomas et al. (2004) erscheinen die Ergebnisse besonders gravierend. Danach hängt der Umfang der körperlichen Aktivität von Jugendlichen von der Qualifikation der Lehrer/innen ab. So führen für spezielle Sportarten ausgebildete Lehrpersonen, die Schüler/innen Freude an der Bewegung vermitteln können, diese zu höherer sportlicher Aktivität als traditionell Ausgebildete.

Ein Projekt, das versucht, diese Qualitätsmängel zu optimieren, ist „fit für pisa“, bei dem in fünf Göttinger Grundschulen seit 2003 die obligatorischen zwei Sportstunden pro Woche durch drei weitere qualitätsgesicherte Sportstunden ergänzt werden. Der Sportunterricht ist dabei curricular strukturiert, standardisiert und wird von speziell geschulten Übungsleiter/innen des ortsansässigen Sportvereins (Allgemeiner Sportclub Göttingen von 1846 e.V.) durchgeführt. Eine begleitende, vom Bundesforschungsministerium 2007 bis 2009 geförderte Evaluation wird im Längs- und Querschnittsdesign Aufschluss über die Wirksamkeit und Kostenwirksamkeit täglichen Schulsports in Hinblick auf die motorische Entwicklung, körperliche Aktivität, Lebensqualität, Gewalt, Aufmerksamkeit und Konzentration geben (Liersch et al. 2008a). Erste Ergebnisse der vierten Klasse zeigen, dass täglicher Schulsport signifikant das Interesse an Sport besonders von sozial benachteiligten Kindern steigert. Zudem ist in der Interventionsgruppe ein verminderter Fernsehkonsum zu verzeichnen sowie bei Jungen mit niedrigerem Sozialstatus eine geringe Nutzung von Spielkonsolen (Liersch et al. 2008b).

### Optimierung der Rahmenbedingungen

Zentral für die Förderung körperlicher Aktivität ist eine bewegungsanregende Umgebung. Als konsistente Prädiktoren für körperliche Aktivität bei Kindern und Jugendlichen erwiesen sich ein barrierefreier Zugang zu Sporteinrichtungen sowie Möglichkeiten sportlich aktiv zu sein wie sichere Fahrrad- und Fußwege sowie Spielplätze (Popkin et al. 2005). Ein Projekt, das Bewegung im Alter bei Kindern aufgreift, ist das CDC (Centers for Disease Control and Prevention)-Programm „Kids walk to school“. Die weltweite Kampagne „I walk to school“ schließt u.a. Haltestellenplakate für gemeinsame Treffpunkte für Kinder, Seniorenlotsen, Schulweg-Pässe und Elternautohaltestellen ein. Nach einer britische Studie zeigt sich insbesondere bei Jungen, die zu Fuß zur Schule gehen, eine vermehrte körperliche Aktivität (Cooper et al. 2003).

Was für Kinder und Jugendliche gilt, gilt auch für Erwachsene im mittleren und höheren Lebensalter. Auch hier sind bewegungsfreundliche und anregende Lebenswelten zur Steigerung der körperlichen Aktivität erforderlich. Eine bewegungsanimierende Architektur und verkehrssichere Gemeinden sind vor allem für Ältere wichtig, deren Lebensraum sich zunehmend einschränkt. Inwieweit die aus China stammende und über Spanien importierte Idee von Fitnessgeräten zum spielerischen Training im Freien auch in Mitteleuropa umgesetzt und angenommen wird, bleibt abzuwarten. Die Wahrnehmung der Kommunen von Prävention und Gesundheitsförderung als ihre Aufgabe ist bislang eher gering ausgeprägt. So zeigt eine Untersuchung in Deutschland bei 328 Städten und Gemeinden, dass 31 Prozent seniorenbezogene Sport- und Bewegungsförderung als weniger wichtig oder sogar unwichtig einschätzen (BZgA 2007).

Dabei ist gerade bei sozial Benachteiligten ein niederschwelliger, wohnortnaher und zielgruppenorientierter Zugang zu Bewegungsmöglichkeiten erforderlich. Hierzu zählen besondere Badezeiten für Frauen, die eine vermehrte Inanspruchnahme z.B. von Musliminnen ermöglichen. Dies zeigt das vom Bundesforschungsministerium (2005 bis 2007) geförderte und inzwischen deutschlandweite BIG (Bewegung als Investition in Gesundheit)-Projekt (Rütten et al. 2008). Zielgruppen sind Frauen in schwierigen Lebenslagen – Alleinerziehende, Frauen mit Migrationshintergrund und sonstige sozial Benachteiligte.

Das Projekt beinhaltet eine Ansprache in Lebenswelten über die Einbindung von Multiplikator/innen, das Erreichen bestehender Netzwerke und den Aufbau neuer Netzwerke, die Initiierung von Gemeinschaftsaktionen und die Einbindung relevanter Entscheidungsträger/innen auf kommunaler Ebene. Evaluationsergebnisse dieses lebensweltbasierten Ansatzes werden in Kürze vorliegen.

Zur Verbesserung der Angebotsstruktur, zur Erleichterung von Ernährungsentscheidungen („to make the healthier choice the easier choice“, Ottawa Charta 1986) sowie zur Verstärkung der Nachfrage nach gesunden Produkten trägt auch das Labeling von Lebensmitteln bei. Beispielhaft soll die seit 2000 von der Finnish Heart Association sowie der Finnish Diabetes Association mit Unterstützung des Ministry for Social Affairs and Health durchgeführten Zertifizierung von Lebensmitteln zur Förderung der Herz-Kreislauf-Gesundheit genannt werden. Die bis Mitte 2008 270 Produkte umfassende Bewertung schließt sowohl die Quantität als auch die Qualität von Fetten sowie den Salz-, Cholesterin-, Zucker- und Ballaststoffgehalt ein. Die u.a. über Radio, Fernsehen, Zeitungen und in Geschäften kommunizierte Kampagne wurde zudem auf die Bewertung von Mahlzeiten sowie Essenskomponenten in Restaurants und Kantinen ausgedehnt. Eine erste Erhebung 2007 weist mit 84 Prozent einen hohen Bekanntheitsgrad des verwendeten Symbols aus, das bei 46 Prozent der Befragten die Auswahl der Produkte beeinflusst (Lahti-Koski et al. 2008).

### Zugangsweg Arzt

Aufgrund der hohen Wertschätzung einer ärztlichen Empfehlung in der Bevölkerung und ihres häufigen Arztkontakts (über 90 Prozent der Bevölkerung gehen mindestens einmal pro Jahr zum Arzt/zur Ärztin), stellt der Zugang über Ärzt/innen prinzipiell eine gute Adressierung von präventiven Maßnahmen dar. Allerdings erfolgt bislang die Prävention unsystematisch und zum Teil selektiv nur für Präventionswillige. Dabei sind prinzipiell Instrumente zur kontinuierlichen zielgruppenorientierten Beratung vorhanden (PACE: Physician based Assessment and Councelling for Exercise). Ein u.a. in Schweden, Österreich und Deutschland (Berlin) zumindest teilweise modellhaft verfolgter Ansatz ist die Verschreibung von Bewegung auf Rezept. Eine klinische,

kontrollgruppenfreie Studie aus Schweden von 2001 bis 2003 weist auf eine Zunahme der körperlichen Aktivität und Lebensqualität hin (Kallings et al. 2008).

## Fazit

Zur Förderung der Herz-Gesundheit liegen zahlreiche Ansätze vor, die sowohl im Setting als auch auf Bevölkerungsebene und bei Risikogruppen ansetzen. Wesentlich für ihre nachhaltige Wirksamkeit sind nicht nur ein intersektoral abgestimmtes Vorgehen, sondern auch langfristige Interventionen, die oft über kurzfristige Modellprojekte hinausgehen.

## Literatur:

- Baker JL, Olsen LW, Sorensen TIA (2007). Childhood Body-Mass Index and the Risk of Coronary Heart Disease in Adulthood. *N Engl J Med* 357 (23): 2329–37.
- BZgA (2007). Seniorenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention auf kommunaler Ebene – eine Bestandsaufnahme. Schriftenreihe, Band 33. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.
- Cooper AR, Page AS, Foster LJ, Qahwaji D (2003). Commuting to school. Are children who walk more physically active? *AM J Prev Med* 25 (4): 273–276.
- Deutscher Sportbund. Kurzfassung der DSB-Sprint-Studie. Eine Untersuchung zur Situation des Schulsportes in Deutschland: [http://www.winn-ehermann.de/archiv/sport/0602\\_schulsportstudie\\_SPRINT\\_2005\\_Kurz.pdf](http://www.winn-ehermann.de/archiv/sport/0602_schulsportstudie_SPRINT_2005_Kurz.pdf) [19.12.2008].
- Flynn MAT, McNeil DA, Maloff B, Wu M, Ford C, Tough SC (2006). Reducing obesity and related chronic disease risk in children and youth. *Obesity reviews* 7 (Suppl. 1): 7–66.
- Graf C (2003). Das CHILT-Projekt. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin* 54: 247.
- Kallings LV et al. (2008). Physical activity on prescription in primary health care: a follow-up of physical activity level and quality of life. *Scand J Med Sci Sports* 18 (2): 154–161.
- Kavey R, Daniels S, Lauer R, Atkins D, Hayman L, Taubert K (2003). American heart association guidelines for primary prevention of atherosclerotic cardiovascular disease beginning in childhood. *Circulation* 107 (11): 1562–66.
- Kelder S et al. (1994). Longitudinal tracking of adolescent smoking, physical activity, and food choice behaviours. *American Journal of Public Health* 84 (7): 1121–1126.
- Khaw KT, Wareham N, Bingham S, Welch A, Luben R, Day N (2008). Combined Impact of Health Behaviors and Mortality in Men and Women: The EPIC-Norfolk Prospective Population Study. *PLoS Medicine* 5 (1): e12.
- Kliche T, Töppich J, Kawski S, Koch U, Lehmann H. (2004). Die Beurteilung der Struktur-, Konzept- und Prozessqualität von Prävention und Gesundheitsförderung. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 47 (2): 125–132.
- Kliche T, Gesell S, Nyenhuis N, Bodansky A, Deu A, Linde K, Neuhaus M, Post M, Weitkamp K, Töppich J, Koch U (2008). Prävention und Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten. Eine Studie zu Determinanten, Vorbereitung und Methoden für Kinder und Mitarbeiterinnen. *Juventa, Weinheim*.
- Kottmann L, Küpper D, Pack R-P (2005). Bewegungsfreudige Schule. Schulentwicklung bewegt gestalten – Grundlagen, Anregungen, Hilfen.

Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.

- Lan TY, Chang HY, Tong-Yuan T (2006). Relationship between components of leisure physical activity and mortality in Taiwanese older adults. *Preventive Medicine* 43 (1): 36–41.
- Mosca L, Banka CL, Benjamin EJ et al. (2007). Evidence-Based Guidelines for Cardiovascular Disease Prevention in Women: 2007 Uptake. *JACC* 49 (11): 1230–50.
- Lahti-Koski M, Olli M, Pusa T, Koivisto P (2008). Heart symbol for meals – a tool for promoting a healthier lunch. 16th European conference on public health (EUPHA) “I-health: Health and innovation in Europe”. *European Journal of Public Health* 18 (Suppl 1): 69–70.
- Liersch S, Henze V, Krauth C, Mayr E, Röbl M, Schnitzerling J, Suermann T, Walter U (2008a). Täglicher Schulsport in der Grundschule – das Projekt „fit für pisa“. In: Knoll M, Woll A (Hrsg.). *Sport und Gesundheit in der Lebensspanne. Jahrestagung der dvs-Kommission Gesundheit vom 10.–11. April 2008 in Bad Schönborn. Schriften der Deutschen Vereinigung für Sportwissenschaft. Czwalina Verlag, Hamburg: 209–214.*
- Liersch S, Bisson S, Henze V, Röbl M, Krauth C, Walter U (2008b). Effects of daily physical education during four years at primary schools on general physical activity of children in everyday life – project: “fit for pisa”. 16th European conference on public health” (EUPHA) “I-health: Health and innovation in Europe”. *European Journal of Public Health* 18 (Suppl. 1): 50.
- Pearson T, Blair SN, Daniels et al. (2002). AHA Guidelines for Primary Prevention of Cardiovascular Disease and Stroke: 2002 Uptake. *Circulation* 106: 388–391.
- Popkin BM, Duffey K, Gordon-Larsen, P (2005). Environmental influences on food choice, physical activity and energy balance. *Physiology and Behaviour* 86 (5): 603–613.
- Ritchie LD, Crawford PB, Hoelscher, DM, Sothorn, MS (2006). Position of the American Dietetic Association: Individual-, family-, school-, and community-based interventions for pediatric overweight. *Journal of American Dietetic Association* 106 (6): 925–945.
- Rütten A et al. <http://www.sport.uni-erlangen.de/forschung/projekte/big.shtml>; <http://www.big-projekt.de/cms/> [17.12.2008].
- Staedtler H (2005). Den Bildungs- und Erziehungsauftrag von Schule gesundheitsförderlich umsetzen: Gesunde Schule – Bewegte Schule. In: Paulus P, Schirm H, Büsching U (Hrsg.). *Handbuch: Für die Zusammenarbeit von Arzt und Schule. III Heft I: Methodisch-didaktische Anregungen zur ärztlichen Mitarbeit an Schulen. Hansisches Verlagskontor, Lübeck: 5–10.*
- Telama R, Yang X, Viikari J, Valimaki I, Wanne O, Raitakari O (2005). Physical activity from childhood to adulthood: a 21-year tracking study. *Am J Prev Med* 28 (3): 267–273.
- Tesch-Römer C, Engstler H, Wurm S (Hrsg) (2006). *Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.*
- Thomas H, Ciliska D et al. (2004). Effectiveness of physical activity enhancement and obesity prevention programs in children and youth. *Hamilton, Ontario: Effective Public Health Project.* [http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/finance/hprp-prpms/final/2004-obesit-activit-eng.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/alt_formats/hpb-dgps/pdf/finance/hprp-prpms/final/2004-obesit-activit-eng.pdf) [19.12.2008]
- Voelcker-Rehage C, Godde B, Staudinger UM (2006). Bewegung, körperliche und geistige Mobilität im Alter. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 49 (6): 558–56.
- Walter U, Flick U, Neuber A, Fischer C, Schwartz FW (2006). *Alt und gesund? Altersbilder und Präventionskonzepte in der ärztlichen und pflegerischen Praxis. VS – Verlag für Sozialwissenschaften, Leverkusen.*
- Whitaker RC et al. (1997). Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *New England Journal of Medicine* 337 (13): 869–873.
- Zimmer R, Hunger IH (2004). *Wahrnehmen, Bewegen, Lernen – Kindheit in Bewegung. Hoffmann, Schöndorf.*

## Kardiovaskuläre Prävention: Psychologie und Medizin im Dialog über psychosoziale Risikofaktoren und evidenzbasierte Ansätze

Wolfgang Kallus und Thomas Uhlig

Der Beitrag gibt einen Überblick über Ansätze psychosozialer Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Im Rahmen eines Stress-Regenerations-Modells lassen sich sowohl die klassischen Ansätze wie auch moderne, an biochemischen Risikofaktoren orientierte Ansätze aus medizinischen Risikostudien integrieren. Erst die prozessorientierte Herangehensweise erlaubt zu erklären, dass psychosoziale Risikofaktoren nicht nur zu einer Schwächung des Individuums, sondern bei entsprechenden Bedingungen zu einer Stärkung/Anpassung führen können.

Seit den 1950er Jahren bemüht sich die Psychologie Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen insbesondere für essentielle Hypertonie und koronare Herzkrankheit zu identifizieren. Dazu wurden zunächst querschnittliche und längsschnittliche epidemiologische Ansätze verwendet. Diese wurden für einen Teil der identifizierten Risikofaktoren durch experimentelle Arbeiten zur Klärung der Kausalität der psychosozialen Faktoren ergänzt. Während der Versuch, allein durch die Anzahl kritischer Lebensereignisse kardiovaskuläre Mortalität oder das Entstehen von Bluthochdruck vorherzusagen, wenig erfolgreich endete, führten Arbeiten zu individuellen Verhaltensmustern und personenbezogenen Risikofaktoren zumindest zu gut replizierbaren Ergebnissen. Neben der kardiovaskulären Reaktivität, die insbesondere bei Borderlinehypertonie eindeutig erhöht ist, ist hier insbesondere das Typ-A-Verhalten (Friedman und Rosenman 1959) zu nennen. Das zunächst über Interviews erfasste Typ-A-Verhaltensmuster erwies sich als komplex und über Fragebogen nur schwer abbildbar. Als stabile Teilkomponente konnte jedoch eindeutig eine hohe Hostilität als Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen identifiziert werden. In neueren Arbeiten konnte zudem gezeigt werden, dass mangelnde Distanzierungsfähigkeit und die Unfähigkeit „abzuschalten“ auch für Herz-Kreislauf-Symptome als Risikofaktor zu berücksichtigen sind. Interessanterweise konnte in Tiermodellen die Rolle psychosozialer Faktoren z.B. in Arbeiten von Henry und Stephens (1977) in

eindrucksvoller Weise untermauert werden. Dominante Tiere in stabilen Tierkolonien weisen im Unterschied zu experimentell destabilisierten Tierkolonien ein deutlich erhöhtes Risiko für Bluthochdruck und Arteriosklerose auf. Damit scheint „sozialer Stress“, Ärger und Hostilität auf ein problematisches Risikomuster hinzudeuten.

Aus arbeitspsychologischer Sicht besonders wichtige Beiträge sind das demand-control-Modell von Karasek (1979) bzw. Karasek und Theorell (1990), das Modell der Gratifikationskrisen (effort-reward imbalance model, Siegrist 2002) und das Total-Workload-Modell (Frankenhaeuser et al. 1989, Lundberg und Frankenhaeuser 1999). In diesen Studien bestätigt sich als zentraler Faktor neben der sozialen Unterstützung auch die Notwendigkeit, zwischen Beanspruchung und Ressourcen eine angemessene Balance zu finden. Empirische Untersuchungsbeispiele zur Bedeutung dieser Balance werden zur Diskussion gestellt.

Aus medizinischer Sicht gelten hinsichtlich der Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowohl soziodemographische Aspekte (männliches Geschlecht, höheres Alter) als auch genetische Aspekte (familiäre Belastung), Lebensgewohnheiten (Rauchen) und allgemein somatische Aspekte (Hyperlipoproteinämie, Diabetes mellitus) als etablierte Risikofaktoren. Diese Risikofaktoren zeigen substantielle Korrelationen mit der Entstehung und dem Fortschreiten von Arteriosklerose, womit klar ist, dass damit eine hohe Spezifität hinsichtlich der Entstehung und dem Fortschreiten der koronaren Herzkrankheit angesprochen ist, die in der Regel eine Folge der allgemeinen Arteriosklerose ist. Auffallend wenige Arbeiten befassen sich mit anderen kardialen und/oder vaskulären Erkrankungen. Hinsichtlich des kardiovaskulären Risikos postulieren neuere Arbeiten (Hamer und Stamatakis 2008) einen additiv-akkumulativen Effekt von modifizierbaren Faktoren (z.B. Hypercholesterinämie, Rauchen) hinsichtlich der Vorhersage von schwerer wiegenden Ereignissen. Diese schwerer wiegenden Ereignisse (z.B. Auftreten eines Myokardin-

farktes) werden in den meisten neueren Arbeiten mit immunologischen (z.B. Erhöhung der Konzentration des C-reaktiven Proteins im Blut) und hämostaseologischen Aspekten (z.B. Erhöhung der Fibrinogen-Konzentration im Blut) in Verbindung gebracht (vgl. Uhlig und Kallus 2005).

Eine ähnliche Fokussierung ist auch bei Arbeiten zu Fragen der Stressreaktivität festzustellen. In einer Meta-Analyse von Untersuchungen zu inflammatorischen Indikatoren der Stressreaktion sehen Steptoe, Hamer und Chida (2007) insbesondere die Konzentration der Interleukine IL-6 und IL-1 $\beta$  im peripheren Blut als geeignet an, Aspekte der akuten Stressreaktion abzubilden. Das C-reaktive Protein oder der Tumornecrosisfaktor-alpha zeigen weniger stabile Ergebnisse. Unabhängig von methodischen Fragen, z.B. inwieweit Konzentrationen von inflammatorischen Markern im peripheren Blut die tatsächlichen Prozesse in Geweben des kardiovaskulären Systems abbilden, muss bei der Interpretation solcher Befunde stets auch die Abhängigkeit von rein physiologischen Prozessen berücksichtigt werden. So verursachen beispielsweise auch Verschiebungen des Plasmavolumens vergleichbare Veränderungen der Interleukinkonzentrationen. Überdies sind die hier in Rede stehenden Konzentrationsveränderungen deutlich geringer ausgeprägt als beispielsweise beim Vorliegen einer Infektion und konsekutiver systemischer Inflammation (Sepsis). Neben dem Zusammenhang zwischen inflammatorischen Indikatoren und Aspekten der allgemeinen Stressreaktion zeigen sich auch direkte Korrelationen zwischen Inflammation und kardiovaskulären Aspekten. Ellins et al. (2008) wiesen in diesem Kontext differenzielle Effekte der inflammatorischen Antwort auf Stress auf die Ausprägung struktureller Veränderungen in den arteriellen Blutgefäßen nach.

Gleichwohl sind die genauen Zusammenhänge zwischen psychosozialen Aspekten der Stressreaktion und dem kardiovaskulären Risiko nach wie vor unklar.

Dies liegt wohl unter anderem auch an der Heterogenität der untersuchten Konstrukte. Unbestritten ist seit längerem (vgl. Kudielka et al. 2004, Rozanski et al. 1999 und Booth-Kewley et al. 1987), dass – ähnlich den medizinischen Risikofaktoren – psychosoziale Faktoren, die das Entstehen kardiovaskulärer Erkrankungen begünsti-

gen, verschiedene Aspekte des Verhaltens und Erlebens ansprechen. Zu nennen sind emotionale Aspekte (Ärger, Angst und Depression; vgl. Suls und Bunde 2005), Aspekte der Persönlichkeit (z.B. Typ-D-Verhalten; vgl. Denollet et al. 2000), allgemeine Aspekte der Stressreaktion (z.B. Erschöpfungszustände; vgl. Kop et al. 1994, Appels et al. 1992) oder Aspekte der Arbeitswelt bzw. soziale Aspekte (z.B. Social support; vgl. Kivimaki et al. 2002). Problematisch bei der integrativen Interpretation der verschiedenen Befunde ist die inhaltliche Überlappung der angesprochenen Konstrukte. So lassen sich aus psychologischer Sicht „Angst“ und „Ärger“ sicherlich hinsichtlich ihrer emotionsspezifischen Aspekte voneinander trennen, zeigen aber hinsichtlich der emotionsunspezifischen Aspekte (z.B. Erregung sowohl bei „Angst“ als auch bei „Ärger“) deutliche Gemeinsamkeiten. Dadurch wird sowohl die theoretische Konzeption von psychologischen Risikofaktoren im Kontext kardiovaskulärer Erkrankungen erschwert als auch die vorhandene empirische Evidenz eher uneindeutig. Klar scheint jedoch, dass es nicht einzelne psychologische Faktoren sind, die das Risiko kardiovaskulärer Erkrankungen determinieren, sondern eher von einem Prozess ausgegangen werden muss, der sich auf verschiedenen Ebenen (psychologisch, biologisch, sozial) manifestiert.

In diesem Kontext kommt der Stressreaktion besondere Bedeutung zu, wobei insbesondere zwischen Aspekten einer akuten Stressreaktion und chronischen Stresszuständen – bis hin zum sogenannten Burnout – zu unterscheiden ist (vgl. Uhlig und Kallus 2004). Die Beziehungen zwischen Aspekten der Stressreaktion und inflammatorischen Indikatoren kardiovaskulärer Erkrankungen sind dabei mittlerweile gut untersucht (Steptoe et al. 2007). Ergänzend zum inflammatorischen System sind auch sympathoadrenerge Aspekte sowie Befunde zum Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrindensystem (HPA-Achse) zu berücksichtigen. Hinsichtlich sympathoadrenerger Aspekte als Indikatorebene für die akute Stressreaktion zeigt sich eine gute Korrelation zwischen einer verminderten Herzraten-Variabilität und inflammatorischen Markern kardiovaskulärer Erkrankungen (Haensel et al. 2008). Hinsichtlich der Funktion der HPA-Achse als Indikatorebene für chronischen Stress zeigen sich u.a. Fehlanpassungen derart, dass die Cortisolantwort auf Stressreize bei vorhandenem chronischen Stresszustand gestört ist (Kudielka

2006). Besonders eng sind die Beziehungen zwischen dem Vorliegen von „Burnout“ und somatischen Indikatoren kardiovaskulärer Erkrankungen (Shirom und Melamed 2005).

Auch wenn die Beziehungen zwischen unterschiedlichen Aspekten der Stressreaktion, inflammatorischen Indikatoren und kardiovaskulären Risikofaktoren mehr oder weniger eindeutig sind, wird die Interpretation der Befunde auch dadurch erschwert, dass inflammatorische Zustände an sich auch verhaltensrelevante Aspekte haben. Dies zeigt sich exemplarisch am mittlerweile weit verbreiteten Konzept des sogenannten „sickness-behavior“ (Dantzer und Kelley 2007).

Mit dem Konzept des „sickness behavior“ ist das Konzept immunologisch vermittelter Verhaltensauffälligkeiten verbunden, welche sich auch in verschiedenen Störungsbildern manifestieren können. Diskutiert werden emotionale Störungen (z.B. Depressivität), Übergewicht, vor allem aber auch kardiovaskuläre Zusammenhänge. Offen bleibt in diesem Kontext bislang, ob „sickness behavior“ zu erklären ist über eine länger andauernde Überproduktion von Zytokinen, wie sie beispielsweise auch im Kontext der Stressreaktion zu sehen ist, oder ob die Überproduktion der Zytokine eine Folge des beobachteten Krankheitsverhaltens ist. Die erste Hypothese lässt sich problemlos auch über die bereits beschriebenen Zusammenhänge zwischen Inflammation und Aspekten von Burnout beschreiben, womit unmittelbar auch die zitierten Zusammenhänge zu kardiovaskulären Störungen deutlich werden. Die zweite Hypothese lässt sich durch Tierversuche unterstützen, welche am Beispiel von Modellen zu chronischem Schmerz zeigten, dass eine Übertragung von Serum eines „sickness behavior“-zeigenden Tieres auf ein gesundes Tier bei eben diesem auch Symptome von „sickness behavior“ auslösen kann. Im Humanbereich sind ähnliche Zusammenhänge beispielsweise im Kontext schwerer systemischer Inflammationen beschrieben. Hier ist beispielhaft die sogenannte Critical-Illness-Polyneuropathie nach schwerer Sepsis zu nennen.

Werden die vorgestellten Befunde aus den unterschiedlichen Forschungskontexten zusammengefasst, so muss bei der Definition von Risikofaktoren für die Entstehung kardiovaskulärer Störungen zwingend ein biopsychosoziales Modell zugrunde gelegt werden, wobei klar ist, dass die damit angesprochenen biologischen, psychologischen und sozialen Reaktionen sich wechselseitig bedingen. Somit erscheint es sinnvoll, Risikofaktoren prozessuralen Charakter zuzuschreiben; d.h. sie sind jeweils unterschiedlich stark ausgeprägt. Für die morphologische Manifestation kardiovaskulärer Störungen (z.B. Arteriosklerose) muss wohl angenommen werden, dass diese durch länger andauernde Fehlbeanspruchungen im Sinne des chronischen Stressmodells entstehen. Insofern haben Aspekte der Stressreaktivität nach wie vor eine herausragende Bedeutung bei der Erklärung der Entstehung von kardiovaskulären Störungen.

Biologische Antworten auf Stress können sinnvoll auf drei Stufen untersucht werden, von der Wahrnehmung von Stress hin zu kurz- und langfristigen adaptiven Antworten. Es soll darauf hingewiesen werden, dass jeder identifizierte Faktor gleichzeitig sowohl stressfördernd wie auch stressreduzierend sein kann. Dies macht die Interpretation der Forschungsergebnisse schwierig. Da oft nur das Vorhandensein oder das Fehlen eines Faktors beschrieben wird und nicht was das Vorhandensein oder das Fehlen eines Faktors für eine bestimmte Person bedeutet. Die Mechanismen, durch die anstrengende Vorkommnisse oder Umstände psychologische oder somatische Antworten hervorrufen, sind kompliziert. Die Idee, dass psychophysiologische Stressantworten hinsichtlich Wahrnehmung, sofortiger Antwort und verlängerter Manifestation diskutiert werden sollten, entspricht gut den biologischen Prinzipien, dass Neurotransmitter auf Basis der Geschwindigkeit der Antwort, der Dauer des Ereignisses und dem Umfang der Aktivität unterschieden werden können. Inhibitorische (z.B. GABA) und exzitatorische Aminosäuren (z.B. Glutamate) haben spezifische, lokalisierte Kurzeffekte. Monoamine Transmitter (z.B. Norephedrin, Dopamin), Acetylcholin und Histamin produzieren langsamere aber länger anhaltende Antworten, die die Aktivität der primären Aminosäuretransmitter zu modulieren scheinen. Neuropeptide (z.B. der Corticotropin-sekretierende Faktor und Endorphine) produzieren sogar noch langsamere Antworten, die dazu neigen, weitreichender und länger andauernd zu sein. Dennoch sollten Diskussionen über die Anfälligkeit für Stress und die Fähigkeit, mit Stressoren umzugehen erarbeitet werden. So wie auch stressige oder widrige Umstände, die Symptome oder

eine Störung in einem Individuum hervorrufen, sind eine andere Gruppe von zu berücksichtigenden Faktoren diejenigen, die Individuen in ihrer Empfänglichkeit für Stress oder ihrer Antwort darauf beeinflussen. Das führt zur Diskussion über Aspekte von Bewältigung und Erholung.

### Aspekte von Bewältigung und Erholung – Der recovery-stress-approach

Wie oben erwähnt werden einige der gesundheitsschädlichen Auswirkungen von Stress durch das Individuum selbst verursacht. Einige Ereignisse, die Stressantworten hervorrufen, wie anhaltende Anstrengung oder extreme Kälte, verursachen direkt Schaden. Diese Stressoren betreffen alle; ihr Schweregrad hängt von der persönlichen physischen Belastbarkeit ab. Die Auswirkungen anderer Stressoren wie z.B. Situationen, die Angst oder Beklemmung verursachen (z.B. Aufenthalt auf einer Intensivstation), hängen von der Wahrnehmung und der emotionalen Reaktivität einer Person ab. Daher finden aufgrund individueller Unterschiede in Temperament und Erfahrung mit einer bestimmten Situation manche Menschen eine Situation belastend und andere nicht. Zusätzlich wird die Festlegung, ob ein Stressor gesundheitsschädlich ist oder nicht, von der Fähigkeit des Individuums, den Stressor zu kontrollieren, geleitet. Die Kontrolle über den Stressfaktor und adäquate Reaktion im Allgemeinen stellen die Homöostase eines Individuums wieder her. Das wird üblicherweise als „coping“ bezeichnet.

Eine Alternative, diese Prozesse zu beschreiben, ist der recovery-stress-approach. Die grundlegende Idee des recovery-stress-approach ist, dass negative Langzeiteffekte durch Stressfaktoren auftreten, wenn der Organismus unfähig ist, Ressourcen zu kompensieren, zu ersetzen und die Homöostase und das biorhythmische Gleichgewicht wieder zu erlangen – in anderen Worten, sich zu erholen (to recover). Die positiven Effekte von Erholung sind mindestens dreifach. Erstens werden Auswirkungen von Stress kompensiert, die veränderten Hormonstatus, veränderten Metabolismus, veränderte Immunfunktion, erschöpfte Ressourcen, Zellschädigung, veränderte Schwellen neurochemischer Funktionen und neurochemisches Ungleichgewicht umfassen können, wie auch Fehlregulierung des Gemütszustandes, der Regulierung des Handelns und des sozialen Verhaltens.

Zweitens gewinnt der Organismus seine normale Reaktionsfähigkeit wieder, die ihm erlaubt, adäquat mit weiteren anstrengenden Situationen umzugehen. Letztendlich erlaubt Erholung (recovery) dem Organismus, adaptive Prozesse zu festigen, dabei von Stress zu „lernen“ und Ressourcen zu optimieren. Fitness und ein hoher Grad an Kompetenz und Funktionsfähigkeit kann auch aus Stress resultieren, wenn dieser mit optimaler Erholung (recovery) verbunden ist. Eine Reihe empirischer Belege zeigt, dass Erholungsprozesse bei Individuen mit einem hohen Risiko für psychophysiologische Stresstörungen gestört sind.

Die vorgestellten Überlegungen legen nahe, aus dem statisch verstandenen „bio-psycho-sozialen“ Ansatz Prozessmodelle zu entwickeln, die das enge und kritische Zusammenspiel von physiologischen Prozessen bei Fehlbeanspruchung und Stress, der individuellen Bewältigung von Stress, den Umgang mit erschöpften und angegriffenen Ressourcen und die proaktive Optimierung der sozialen Beziehungen und Verhältnisse für eine professionelle, sozial positive Arbeitswelt für künftige Präventionsansätze im Bereich der BGF interdisziplinär zu nutzen.

### Literatur:

- Appels, A. & Otten, F. (1992). Exhaustion as a precursor of cardiac death. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 351–356
- Booth-Kewley, S. & Friedman, S. (1987). Psychological Predictors of Heart Disease: a Quantitative Review. *Psychol. Bulletin*, 101, 343–362
- Dantzer, R. & Kelley, K.W. (2007). Twenty Years of Research on Cytokine-Induced Sickness Behavior. *Brain Behav. Immun.* 21(2), 153–160
- Denollet, J., Vaes, J. & Brutsaert, D.L. (2000). Inadequate response to treatment in coronary heart disease: Adverse effects of Type D personality and younger age on 5-year prognosis and quality of life. *Circulation*, 102, 630–635
- Ellins, E., Halcox, J., Donald, A., Field, B., Brydon, L., Deanfield, J. & Steptoe, A. (2008). Arterial stiffness and inflammatory response to psychophysiological stress. *Brain, Behavior and Immunity*, 22, 941–948
- Friedman, M. & Rosenman, R. H. (1959). Association of specific overt behaviour pattern with blood and cardiovascular findings. *Journal of the American Medical Association*, 169, 1286–1296.
- Frankenhaeuser, M., Lundberg, U., Fredrikson, M., Melin, B., Tuomisto, M., Myrsten, A.-L., Hedman, M., Bergman-Losman, B. & Wallin, L. (1989). Stress on and off the job as related to sex and occupational status in white-collar workers. *Journal of Organizational Behavior*, 10, 321–346.
- Haensel, A., Mills, P.J., Nelesen, R.A., Ziegler, M.G. & Dimsdale, J.E. (2008). The relationship between heart rate variability and inflammatory markers in cardiovascular diseases. *Psychoneuroendocrinology* (in print, 8 pages)

Hamer, M. & Stamatakis, E. (2008). The accumulative effects of modifiable risk factors on inflammation and haemostasis. *Brain, Behavior and Immunity*, 22, 1041–1043

Henry, J. P. & Stephens, P.M. (1977). *Stress, Health, and the Social Environment*. Springer, New York.

Karasek, R. A. (1979). Job demands, Job Decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Sciences Quarterly*, 24, 285–311.

Karasek, R. A. & Theorell, T. (1990). *Health work. Stress, Productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.

Kivimaki, M., Leino-Arjas, P., Luukkonen, R., Riihimaki, H., Vathera, J. & Kirjonen, J. (2002). Work Stress and Risk of Cardiovascular Mortality; Prospective cohort study of industrial employees. *BMJ*, 325, 857

Kop, W.J., Appels, A., Mendes de Leon, C., De Swart, H.B. & Bar, F.W. (1994). Vital exhaustion predicts new coronary events after successful coronary angioplasty. *Psychosomatic Medicine*, 56, 281–287

Kudielka, B.M., von Känel, R., Gander, M-L. & Fischer, J.E. (2004). The Interrelationship of Psychological risk Factors for Coronary Artery Disease in a Working Population: Do We Measure Distinct or Overlapping Psychological Concepts? *Behavioral Medicine*, 30, 35–43

Kudielka, B.M., von Känel, R., Preckel, D., Zraggen, L., Mischler, K & Fischer, J.E. (2006). Exhaustion is associated with reduced habituation of free cortisol responses to repeated acute psychological stress. *Biological Psychology*, 72, 147–153

Lundberg, U. & Frankenhaeuser, M. (1999). Stress and Workload of Men and Women in High-Ranking Positions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 4 (2), 142–151.

Shirom, A. & Melamed, S. (2005). Does burnout affect physical health? A review of the evidence. In Cooper, Cary L, Antoniou, Alexander-Stamatios G (Eds.). *Research companion to organizational health psychology*. Northampton, MA, US: Edward Elgar Publishing, 599–622

Rozanski, A., Blumenthal, J.A. & Kaplan J. (1999). Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation*, 2192–2217

Siegrist, J. (2002). Effort-reward Imbalance at Work and Health. In P. L. Perrewe & D. C. Ganster (Eds.). *Research in Occupational Stress and Well Being, Historical and Current Perspectives on Stress and Health*, Vol. 2. New York: JAI-Elsevier, 261–291

Steptoe, A., Hamer, M. & Chida, Y. (2007). The effects of acute psychological stress on circulating inflammatory factors in humans: A review and meta-analysis. *Brain, Behavior and Immunity*, 21, 901–912

Suls, J. & Bunde, J. (2005). Anger, Anxiety and Depression as Risk Factors for Cardiovascular Disease: The Problems and Implications of Overlapping Affective Dispositions. *Psychological Bulletin*, 131 (2), 260–300

Uhlig, Th. & Kallus, K. W. (2004). Stress and stress disorders during and after intensive care. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 17, 131–135.

Uhlig, Th. & Kallus, K. W. (2005). The brain: a psychoneuroimmunological approach. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 18, 147–150.

## Motivation zur Verhaltensänderung

Christoph Klotter

Motivation zur Verhaltensänderung ist mehr als nur kognitive Vermittlung von Gesundheitsinformationen. Um Gesundheitsverhalten zu ändern, bedarf es unter anderem dem Ansprechen und Einbeziehen von persönlich berührenden Emotionen. Das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung nach Prochaska zielt genau darauf, mit dem Ziel, auch bislang nicht Motivierten eine Änderung des Gesundheitsverhaltens näher zu bringen. Ein anderes Verfahren ist zum Beispiel der sokratische Dialog, der in der kognitiven Verhaltenstherapie entwickelt worden ist. Die entscheidende Barriere bei der Motivation zur Verhaltensänderung liegt in den unterschiedlichen Wertsystemen von Gesundheitsförderung und ihrer Klientel. Für Gesundheitsförderung hat Gesundheit eine hohe Priorität, während für ihre Klientel ganz andere Werte Vorrang haben können.

Seit vielen Jahren ist klar und empirisch gut abgesichert, dass Gesundheitsaufklärung nicht ausreicht und alleine nicht effektiv ist, um Gesundheitsverhalten zu ändern. Emotionen und damit auch motivationale Aspekte spielen beim Gesundheitsverhalten eine bedeutende Rolle. Nur auf der Packung zu lesen, dass Rauchen die Gesundheit gefährdet, reicht in der Regel nicht aus, um mit dem Rauchen aufzuhören.

Schwarzer hat in seinem gesundheitspsychologischen Modell gezeigt, wie viele Faktoren bei der Absichtsbildung und bei der Umsetzung von Gesundheitsverhalten eine Rolle spielen, so zum Beispiel die subjektive Einschätzung einer Person, ob sie sich in der Lage fühlt, das eigene Gesundheitsverhalten zu ändern. Eine Person, die bereits viele Diäten hinter sich hat, ohne jemals erfolgreich abgenommen zu haben, wird ihre Kompetenz nicht besonders hoch einschätzen, was dazu führt, dass die Intention zur Änderung des Gesundheitsverhaltens geringer ist.

Das „Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung“ nach Prochaska ist unter anderem speziell dafür entwickelt worden, die Motivation zu einem gesundheitsfördernden Verhalten gezielt zu entwickeln. Mit Hilfe



dieses Modells werden Nicht-Motivierte nicht wie früher üblich von Gesundheitsförderungsinterventionen ausgeschlossen, eben weil sie nicht hinreichend motiviert sind, sondern miteinbezogen.

Lange vor Entstehung der beiden genannten gesundheitspsychologischen Modelle wurde im Rahmen der kognitiven Verhaltenstherapie der Frage nachgegangen, wie es möglich ist, mit Hilfe eines sogenannten sokratischen Dialogs die Menschen von etwas Bestimmten zu überzeugen. Dabei wird jemand per Argument quasi in die Enge getrieben, bis die betreffende Person davon überzeugt wird, sich mehr um die eigene Gesundheit kümmern zu müssen.

Ebenfalls vor geraumer Zeit hat Heckhausen herausgearbeitet, dass eine intrinsische Motivation, also eine, die von innen kommt, von der eine Person überzeugt ist, erfolgreicher ist als die Motivierung von außen, zum Beispiel durch Belohnung. Ein Mensch, der darauf angewiesen ist, dass er vor und nach dem Sporttreiben von seinem Partner oder seiner Partnerin dazu angespornt werden, dies zu tun (etwa „Ich finde es super, dass Du regelmäßig joggst“) wird eher dazu tendieren, das Joggen aufzugeben, als eine Person, die eine intrinsische Motivation hat und auch ohne Unterstützung in Bewegung bleibt.

Motivation zur Verhaltensänderung – ist das nun ein emotionales Erreichen der Klientel (Prochaska), ein Überzeugen (sokratischer Dialog), eine Belohnung von außen oder ein Ansetzen an der intrinsischen Motivation? Braucht Gesundheitsförderung nur genau so viel oder mehr finanzielle Mittel für Marketing wie die Lebensmittelindustrie, um die Konsument/innen davon abzubringen, ungesunde Lebensmittel zu kaufen? In dieser Perspektive werden die Konsument/innen als manipulierbare Wesen eingeschätzt, die durch Werbebotschaften beeinflusst werden – sei es für Eis oder für Vollkornprodukte.

Mit dieser Frage wird ein Problem aufgeworfen, das bislang im Rahmen der Gesundheitsförderung nur wenig diskutiert worden ist: Mit welchem Menschenbild arbeitet Gesundheitsförderung? Von diesem Menschenbild hängt zentral ab, wie Motivation zur Verhaltensänderung betrieben werden kann.

Kickbusch (2007) ist eine der wenigen, die sich dieses Themas annehmen. Allerdings kommt der/die Konsument/in dabei nicht gut weg. Sie präzisiert in ihrem Editorial „Responding to the health society“ das bislang eher implizite Bild von unmündigen Bürger/innen: „The active and critical consumer is an ideal that only few members of the population can aspire to achieve, particularly if they are not well educated or even functionally illiterate“ (S. 90). Das Ideal von aktiven und kritischen Konsument/innen ist also für die meisten in der Bevölkerung unerreichbar, meint Kickbusch. Sie sind, salopp formuliert, einfach zu doof. Kickbusch formuliert das eleganter, wenn sie dieser Mehrheit geringe Bildung unterstellt. Nicht in Deutschland, aber in vielen Ländern dieser Welt, haben 50 Prozent der Bevölkerung Abitur. Können diese unmündige Konsument/innen sein? Und falls Kickbusch an diejenigen denken sollte, die tatsächlich gar keinen Schulabschluss haben, so sind es eben diejenigen, die die Technik ihres Handys perfekt beherrschen, die die höchsten Level in den Computerspielen erreichen, die wissen, wie Filme und Musik illegal herunter geladen werden können. Ausgerechnet bei Ernährung, Rauchen, Alkoholtrinken, Drogenkonsum sollen diese mit Inkompetenz glänzen“ Vielleicht sind diejenigen, die Kickbusch vor Augen hat, einfach an Ernährung etc. nicht so interessiert wie sie selbst. Vielleicht geht es nicht um Fähigkeiten, sondern um Werte und Interessen.

Angesichts dieses Menschenbildes könnte der Bezug zur intrinsischen Motivation überflüssig sein. Marketing und soziales Marketing wären dann geeignete Mittel, um Menschen zu motivieren, sich gesundheitsförderlicher zu verhalten. Aber passt dieses eher negative Menschenbild überhaupt zur Gesundheitsförderung? Erinnerung sei doch nochmals an die berühmte Definition von Gesundheitsförderung aus der Ottawa-Charta: „Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve their health. To reach a state of complete physical, mental and social well-being, an individual or group must be able to identify and to realize aspirations, to satisfy needs, and change or cope with environment. Health is, therefore, seen as a resource for everyday life, not the objective of living. Health is a positive concept emphasizing social and personal resources, as well as physical capacities. Therefore, health promotion is not just the responsibi-

lity of the health sector, but goes beyond healthy lifestyles to well-being." ([www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf))

In diesem berühmten Zitat verbirgt sich sehr viel Information. Gesundheitsförderung wird zunächst als ein Prozess verstanden, demnach nicht als etwas Statisches, auch nicht als etwas Einmaliges. Dieser Prozess soll dazu dienen, Menschen in die Lage zu versetzen, wachsende Kontrolle über ihre Gesundheit zu bekommen, sowie ihre Gesundheit zu verbessern. Gesundheitsförderung ist demnach eindeutig nicht als Kuration konzipiert. Nicht die Gesundheitsexpert/innen sollen im Sinne einer Reparatur etwa schadhafte Körperorgane austauschen oder die richtigen Medikamente geben. Vielmehr sollen die Menschen befähigt werden, sich um ihre eigene Gesundheit zu kümmern. Wachsende Autonomie der Menschen oder Emanzipation gegenüber den Gesundheitsexperten soll offenbar angestrebt werden. Im Grunde wird hier auf mündige Bürger/innen gesetzt, die nur eines kleinen Anstoßes („enabling“) bedürfen, um sich aktiv um ihre eigene Gesundheit zu kümmern – ein ganz anderes Menschenbild als das von Kickbusch, einer Mitautorin der Ottawa-Charta. Allerdings liegen zwischen der Ottawa-Charta und dem eben erwähnten Text von Kickbusch ca. 20 Jahre – eine Zeitspanne vielleicht, in der sich die Resignation eingeschlichen hat.

Das Menschenbild der Ottawa-Charta führt zu einer grundlegend anderen Strategie der Motivation zur Verhaltensänderung als Marketing. Schließlich enthält dieses Menschenbild die Idee von Bürger/innen mit intrinsischer Motivation. Diese brauchen keine Werbekampagne für gesundheitsförderliche Bewegung. Sie brauchen ein dialogisches Begleiten durch die Gesundheitsförderung, in dem letztere den Bürger/innen einige Hinweise liefert: Welche Sportarten sind gut bei Kniebeschwerden? Welche Lebensmittel sind geeignet bei Laktoseintoleranz? Die Beziehung zwischen Gesundheitsförderung und mündigen Bürger/innen wäre angemessen zu beschreiben mit dem Beratungsmodell von Rogers, der drei wirksame Variablen beschreibt: unbedingte Wertschätzung, Empathie und Echtheit. Rogers geht davon aus, dass die Klient/innen selbst die Lösungen für ihre Schwierigkeiten entwickeln können und sollen. Ähnliches würde für die Gesundheitsförderung gelten.

Zwischen Werbekampagnen und Rogers liegt das „Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung“. Es ist direkter und manipulativer als das Vorgehen von Rogers, aber es zielt, wie Rogers auch, auf das emotionale Erleben der Klientel. Und es ähnelt teilweise dem sokratischen Überzeugen der kognitiven Verhaltenstherapie. Im Rahmen dieses Modells werden folgende Strategien eingesetzt (als Beispiel dient hier jeweils das Störungsbild der Bulimia nervosa):

- Steigern des Problembewusstseins: „Gezielte Rückmeldung zum Problemverhalten; Aufklärung; Konfrontation; Anbieten alternativer Interpretationen; Vermitteln von Information“ (Keller et al. 2001, S. 106). Beispiel Bulimia nervosa: „Im Augenblick erleben Sie das Erbrechen als eine überwiegend gute Lösung Ihrer von Ihnen wahrgenommenen Figurprobleme. Das Problem ist nur, dass Sie das möglicherweise bald nicht mehr im Griff haben. Sie werden eventuell Essanfälle und Erbrechen schlecht steuern können.“
- Emotionales Erleben: „Rollenspiele; Formulieren von persönlicher Betroffenheit; Medien, die emotionale Aspekte in den Vordergrund rücken“ (ebd. S. 106). Beispiel Bulimia nervosa: „Sie haben so unglaublich Angst davor, an Gewicht zuzunehmen, dass das Erbrechen Ihnen als einziger Ausweg erscheint.“
- Neubewertung der persönlichen Umwelt: „Fördern von Empathie; Führen von Tagebüchern oder Protokollen; Fördern der Kommunikation mit Personen des unmittelbaren Umfeldes“ (ebd., S. 106). Beispiel Bulimia nervosa: „Sind Sie sicher, dass Ihr Freund Sie verlassen wird, wenn er erfährt, dass Sie bulimisch sind? Vielleicht befürchten Sie dies, ohne aber sicher zu wissen, ob es so sein könnte.“
- Selbstneubewertung: „Reflexion der persönlichen Wertvorstellungen; Orientierung an Modellpersonen; Vorstellungsübungen“ (ebd., S. 106). Beispiel Bulimia nervosa: „Warum meinen Sie, alles perfekt machen zu müssen, eine perfekte Figur haben zu müssen? Warum glauben Sie, dass Sie, wenn Sie mal nicht perfekt sind, sofort verstoßen werden?“
- Wahrnehmen förderlicher Umweltbedingungen: „Lenken der Aufmerksamkeit auf sich ändernde

günstige soziale Normen; Identifizieren von Bedingungen oder Personen, die das Zielverhalten begünstigen“ (ebd., S. 106). Beispiel Bulimia nervosa: „Es wäre vorstellbar, dass Ihr Freund Sie gar nicht verlässt, wenn Sie ihm von Ihrer Bulimie erzählen. Es könnte doch auch sein, dass er Ihnen helfen kann, nicht allzu oft Essattacken zu haben. Sie haben ja erzählt, dass, wenn Sie und Ihr Freund oft zusammen sind, Sie weniger essen und erbrechen.“

Das waren bislang die kognitiv-affektiven Strategien. Nun kommen die verhaltensorientierten Strategien:

- Selbstverpflichtung: „Öffentliches Bekunden der Änderungsabsicht; Verbinden der Änderungsabsicht mit bestimmten Ankerpunkten; Aufsetzen eines Vertrages“ (ebd., S. 106). Beispiel Bulimia nervosa: „Was halten Sie davon, dass Sie mir jetzt erklären, ab jetzt keine Abführmittel mehr zu nehmen? Sie beschreiben ja so eindrücklich, wie stark Ihr Körper davon mitgenommen wird. Vielleicht können wir diese Erklärung schriftlich aufsetzen. Das könnte Ihnen helfen, sich verbindlich daran zu halten.“
- Kontrolle der Umwelt: „Analyse von auslösenden Bedingungen und Reiz-Reaktionsmustern; Aufstellen eines Planes zur aktiven Umgestaltung der persönlichen Umwelt“ (ebd., S. 106). Beispiel Bulimia nervosa: „Wenn ich das recht überblicke, neigen Sie dann zu Essattacken, wenn Ihr Freund nicht da ist, Ihre Freundinnen keine Zeit für Sie haben und Sie sich völlig einsam und verlassen fühlen, z. B. wenn Sie von der Arbeit nach Hause kommen und niemand da ist. Was halten Sie davon, sich mit einer Freundin nach der Arbeit zu verabreden, zum Kaffee-Trinken oder zum Joggen? Sie sagten auch, Sie haben Angst, Ihrem Freund auf die Nerven zu gehen, wenn Sie ihn zu oft treffen wollen. Aber vielleicht hat er ein ähnliches Bedürfnis und traut sich nur nicht, dies Ihnen mitzuteilen.“
- Gegenkonditionierung: „Identifizieren problematischer Verhaltensweisen; Sensibilisierung für Versuchungssituationen; Erarbeiten von alternativen Kognitionen und Verhaltensweisen“ (ebd., S. 106). Beispiel Bulimia nervosa: „Sie essen also den ganzen Tag über so gut wie nichts, auf dem Heimweg kurz vor Ihrer Wohnung wartet dann sozusagen die Tankstelle auf Sie. Sie ha-

ben so Hunger, dass Sie förmlich in die Tankstelle hineingezogen werden. Und Sie denken, jetzt kommt der schöne Teil des Tages. Vielleicht entwickelt die Tankstelle gar nicht diesen Sog, wenn Sie tagsüber regelmäßig essen – wenn Sie etwas tagsüber essen, was Ihnen besonders gut schmeckt.“

- Nutzen hilfreicher Beziehungen: „Exploration des sozialen Netzes; Übungen zur Förderung von Kommunikations- und sozialen Kompetenzen (Rollenspiele); Übungen zum Aufbau von Beziehungen“ (ebd., S. 106). Beispiel Bulimia nervosa: „Sie haben einmal erzählt, dass Ihre Freundin Maria auch einmal Bulimie hatte. Mit dieser verstehen Sie sich so gut, dass im Zusammensein mit ihr Ihre Impulse, ganz viel essen zu wollen, so gut wie verschwinden. Maria versteht auch ziemlich gut, was es heißt, dem Essen nicht widerstehen zu können. Vor ihr brauchen Sie sich ja nicht zu schämen. Wenn Sie in Versuchung sind, viel zu viel zu essen, warum rufen Sie Maria dann nicht an? Können Sie nicht mit ihr ausmachen, dass Maria für Sie gut erreichbar ist?“
- (Selbst-)Verstärkung: „Vermitteln des Konzeptes operanter Lernmechanismen; Identifizieren von persönlich relevanten Verstärkern; Erarbeiten eines Verstärkerplanes“ (ebd., S. 106). Beispiel Bulimia nervosa: „Wenn ich das richtig überblicke, war das bisher so, dass Sie sich mit dem Essen belohnt haben. An bestimmten Tagen haben Sie sich den ganzen Tag schon auf das abendliche Essen gefreut. Vielleicht gibt es ja Dinge, auf die Sie sich ebenso freuen können.“

Motivation zur Verhaltensänderung – das ist eine Frage des angenommenen Menschenbildes und damit verbundener Interventionen. Gilt die Klientel als unmündig, dann wird Marketing angewandt oder danach verlangt. Gilt es als beeinflussbar, dann kommt das Modell von Prochaska zum Einsatz. Wird wie in der Ottawa-Charta von mündigen Bürger/innen ausgegangen, dann ist der Ansatz von Rogers der geeignete. Aber die beiden erst genannten Menschenbilder und Vorgehensweisen krankten daran, die Klientel nicht zu fragen, was sie will, ob sie überhaupt Gesundheit will, wenn ja, in welchem Maße, in welcher Form. Motivation zur Verhaltensänderung müsste damit beginnen, eine Bedürfnisanalyse bei der Klientel durchzuführen, anstatt blind davon auszugehen, dass die Klientel dasselbe will wie die Gesundheitsförderung, nämlich Gesundheit.

## Vielfalt als Herausforderung – Voraussetzungen erfolgreicher Prävention bei Gruppen mit dem größten Bedarf

Carola Gold

Sozial Benachteiligte haben statistisch gesehen von Geburt an aufgrund schlechterer Lebensbedingungen und eines riskanteren Gesundheitsverhaltens ein höheres Risiko zu erkranken und vorzeitig zu versterben. Sie verfügen über weniger gesundheitsförderliche Ressourcen (z.B. Bildung, soziale Netzwerke) als Menschen, die sozial besser gestellt sind.

Prävention, die vor diesem Hintergrund auf Verhaltensänderung durch Information, Aufklärung und Beratung setzt, wird dem Bedarf dieser Bevölkerungsgruppen mit dem höchsten Unterstützungsbedarf nicht gerecht. Der Settingansatz, als Kernstrategie der Gesundheitsförderung, liefert eine erfolgreiche Strategie, um Interventionen, insbesondere für sozial Benachteiligte, bedarfsgerecht und erfolgreich zu gestalten. Die Partizipation der Zielgruppe ermöglicht, an vorhandene Ressourcen anzuknüpfen und Verhaltensänderungen nachhaltig zu etablieren.

Die sozial bedingten Gesundheitsbelastungen summieren sich im Lauf des Lebens. Aufgrund der sozialen Lage sind sozial Benachteiligte z.B. durch schlechtere Wohn- und Arbeitsbedingungen chemischen, physikalischen und biologischen Belastungen ausgesetzt, erleben durch Verschuldung, Armut, familiäre Konflikte mehr Belastungen durch Stress, sie leiden unter größeren körperlichen und seelischen Überlastungen (z.B. als Alleinerziehende), sozialer Isolation und haben ein vielfach riskanteres Gesundheitsverhalten z.B. in Bezug auf schlechtere Ernährung und Bewegungsmangel.

Bereits bei Kindern und Jugendlichen kann sich auf Grund sozialer Benachteiligung der Familien ein riskantes Gesundheitsverhalten verfestigt haben. Bedingt z.B. durch geringes Selbstwertgefühl, Stressbelastungen in Familie und Schule sowie Beeinträchtigungen in der Bewältigung jugendtypischer Entwicklungsaufgaben wird z.B. häufiger und mehr geraucht als von Altersgenossen aus sozial besser gestellten Schichten. Starke Unterschiede in den Tabakprävalenzen beste-

hen auch in allen Altersklassen der Erwachsenen, wenn nach Einkommen und Erwerbsstatus differenziert wird. In der Arbeitswelt ist vor allem bei monotonen Arbeitsabläufen, hohem Zeitdruck, restriktivem Verhalten von Vorgesetzten oder geringen Handlungs- und Entscheidungsspielräumen mit einer erhöhten Anfälligkeit für das Rauchen zu rechnen.

Präventionsversuche durch Information, Aufklärung und Beratung werden dem Bedarf dieser Bevölkerungsgruppen nicht gerecht. Dies gilt insbesondere dann, wenn neben den sozialen Belastungen ein riskantes Gesundheitsverhalten Bestandteil des Lebensstils geworden ist. Riskantes Gesundheitsverhalten kann Teil der individuellen Bewältigungsstrategien von Belastungen sein und sich stressbedingt verstärken.

Lebensstile werden wesentlich in der Familie geprägt. Ernährungsgewohnheiten, Fernsehkonsum, Formen des Familienlebens etc. werden in jungen Jahren erlernt und verinnerlicht. Das Verhalten betreffend Ernährung, Bewegung, Sexualität, Konsum von Alkohol und Tabak betrifft zentrale Lebensaktivitäten, die jeder Mensch täglich ausübt und die unreflektierter Teil der eigenen Alltagskultur sind. Riskantes Gesundheitsverhalten verschafft kurzfristig eine positive Wirkung, vermittelt Genuss, Spaß und erzeugt positive Gefühle, die auch sozial geteilt werden können.

Lebensstile sind zudem vom Milieu bestimmt, d.h. die Zugehörigkeit zu einem sozialen Milieu, zu einer kulturellen oder religiösen Gruppe, entscheidet auch über die Vorstellungen und Haltungen. Es werden Geschlechterrollen, Verständnis von Erfolg und Individualität geteilt. Diese Vorstellungen, der Konsum und das Erleben sind zentrale Ausdrucksmittel von Lebensstil. In der modernen Gesellschaft scheint für viele die zentrale Leitfrage in der heutigen Konsumwelt „Wodurch bin ich?“.

Die Einstellung z.B. zum Essen ist abhängig u.a. von Bildung, Kultur, Einkommen. Akademiker/innen haben an-

dere Einstellungen als bildungsfernere Schichten, reiche Familien eine andere Haltung als sozial Benachteiligte, Männer andere Ernährungsgewohnheiten als Frauen. In sozial besser gestellten Familien wird auf aufwändig zubereitete oder luxuriöse Nahrung Wert gelegt; ärmere Familien haben eher praktisch orientierte Ernährungsgewohnheiten. Ist in den Familien das Haushaltseinkommen knapp bemessen, so sollte die Nahrung u.a. günstig (gutes Preis-Mengen-Verhältnis) und lange haltbar sein, hohen Energiegehalt aufweisen etc. Doch wegen des schichtspezifischen Habitus ist bei sozial Benachteiligten der Fast-Food-Konsum zumeist hoch – auch wenn dies besonders kostspielig ist. Desinformation, z.B. durch Werbung, unterstützt zudem den übermäßigen Konsum süßer Lebensmittel und Getränke.

Was mit dem Habitus eines Menschen bzw. einer sozialen Gruppe verbunden ist, ist schwer zu verändern. Klassische Aufklärungsbotschaften stoßen auf Ablehnung, wenn sie als Angriff auf den Lebensstil wahrgenommen werden. Erfolg versprechend sind Interventionen, bei denen gemeinsam mit der Zielgruppe an vorhandene Ressourcen angeknüpft und diese gestärkt und weiterentwickelt werden. Ziel ist, gesünderes Verhalten im Einklang mit dem jeweiligen Lebensstil zu entwickeln. Insbesondere für Jugendliche ist entwicklungsbedingt wichtig, dass sie das gewünschte Verhalten in ihrer Gruppe entwickeln und dabei Kompetenz und Selbständigkeit zeigen können. Aber auch bei Erwachsenen, insbesondere bei Menschen mit geringer formaler Bildung, ist es wichtig, dass mit dem Lernprozess unmittelbar an ihren Lebensalltag und ihre Erfahrungen angeknüpft wird. Je stärker die Beteiligten dabei die Erfahrung machen, dass die von ihnen benannten Probleme in den Maßnahmen aufgenommen werden und Gegenstand von Veränderungen werden, desto eher gelingt es, erfolgreiche Lernprozesse zu initiieren.

Dabei müssen auch kulturelle Hintergründe berücksichtigt werden, damit Präventionsbotschaften angenommen werden können. Wo zu Hause nach türkischen, afrikanischen oder arabischen Rezepten gekocht wird, sollten diese Rezepte auch Ausgangspunkt für die Entwicklung eines gesunden Ernährungsverhaltens in den Familien sein. Das ermöglicht es, auch an den Ressourcen der Zielgruppe, dem gemeinsamen Essen in der Familie, der Kochtradition etc. anzuknüpfen. Um gesun-

des Ernährungsverhalten nachhaltig in den Familien zu verankern, müssen entsprechende Rituale bezogen z.B. auf gemeinsame Mahlzeiten etabliert werden. Ebenso braucht es erfolgreiche Strategien, um das gewünschte Verhalten auch bei den Kindern durchzusetzen. Ernährungsfragen sind schnell Erziehungsfragen. Wo es gelingt, dass gesundheitsförderliche Verhaltensweisen und Erziehungsstile von einer Gruppe oder Community gemeinsam entwickelt und getragen werden, gibt es gute Voraussetzungen, um das Verhalten nachhaltig zu etablieren.

Das Beispiel eines kultursensiblen Ernährungs- und Kochkurses für Mütter in einem sozialen Brennpunkt veranschaulicht diesen Ansatz. Die Teilnehmerinnen wurden über die Schule gewonnen, die von allen Kindern aus dem Stadtteil besucht wird. Die Frauen sind überwiegend Empfängerinnen staatlicher Transferleistungen, teils deutscher Herkunft, teils mit Migrationshintergrund. Eine Kursleiterin berichtete z.B. von der Empfindsamkeit deutscher Teilnehmerinnen. Schon die Frage nach frischem Obst und Gemüse in der Ernährung wurde von ihnen als Angriff auf den Lebensstil empfunden und sie rechtfertigten die Notwendigkeit von Dosenernährung. Im Gegensatz zu den Müttern mit migrantischem Hintergrund berichteten die deutschen Frauen, dass sie eigentlich nicht kochen können und das zu Hause auch nicht gelernt hatten. Andere Frauen verfügten über gute Kompetenzen und genossen das gemeinsame Kochen. Die Frauen stellten ihre Lieblingsgerichte vor und überlegten, wie sie sie gesünder gestalten könnten. Die Informationen der Ernährungswissenschaftlerin bildeten dafür den fachlichen Hintergrund. Im Verlauf des Kurses wuchs dann bei allen Beteiligten der Stolz, Gerichte zu Hause nachkochen zu können, die in der Familie gut ankommen.

In der Gruppe wurden aber auch Fragen des Familienlebens oder des Erziehungsstils diskutiert. Voraussetzung für diesen Prozess war eine vertrauensvolle Basis, die sich zwischen den Teilnehmerinnen und der Ernährungswissenschaftlerin entwickelt hatte. Die Gruppe ist für die Frauen mittlerweile ein sozialer Treffpunkt geworden. Auch nach Ende der Förderung treffen sie sich weiter, kochen und diskutieren Ereignisse in den Familien. Sie unterstützen Aktivitäten an der Schule und bringen sich in die Beratung über die Qualität des

Schulens ein. Das Nachbarschaftszentrum und die Schule stellen Räume zur Verfügung und die Sozialarbeiterin der Schule koordiniert die Treffen.

Solche Interventionen, die nicht nur einzelne Personen ansprechen und ihre Verhaltensweisen zu verändern versuchen, sind Erfolg versprechend, da sie auch die Lebenszusammenhänge der Zielgruppe berücksichtigen. Insbesondere Menschen mit geringer formaler Bildung lernen sowohl kognitiv als auch habituell umso erfolgreicher, je unmittelbarer sie das zu Erlernende aus ihrem Alltag heraus praktisch entwickeln und erproben.

Ein partizipativer Ansatz in Präventionsmaßnahmen ist deshalb Voraussetzung für die erfolgreiche Gestaltung der Intervention. In der Zielgruppe kann das neue Verhalten gemeinsam entwickelt werden, ohne dass zusätzlicher „Stress“ in den Alltag kommt, der aus der Formulierung unrealistischer Verhaltensänderungen entsteht. Die Zielgruppe kann in einem gemeinsamen Prozess die Etablierung der gesünderen Verhaltensweise als Bereicherung und Erfolg empfinden. Ein Gruppenprozess, der dabei dem Empowerment-Konzept folgt, verstärkt die positive Wirkung und vermittelt den Teilnehmer/innen mit dem Angebot auch Erfahrungen z.B. im Bezug auf Selbstwirksamkeit.

Mit dem Setting-Ansatz als Kernstrategie der Gesundheitsförderung verfügt die Primärprävention über ein Konzept, das Menschen in ihren Lebensbereichen erreicht, z.B. am Arbeitsplatz, in der Schule oder im Wohnumfeld (Nachbarschaft). Die Menschen werden dabei in enger Verbindung mit ihren Lebenswelten, ihrer Community, ihrer Peer Group gesehen.

Setting-Interventionen umfassen drei zentrale Aspekte. Sie stärken auf der individuellen Ebene die Kompetenzen und Ressourcen der im Setting lebenden Personen, sie entwickeln auf der Strukturebene gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen und sie binden in diesen Prozess systematisch möglichst viele Personen(gruppen) aus der Lebenswelt ein (Partizipation). Interventionen nach dem Setting-Ansatz sind also nicht nur auf gesundheitsrelevantes Wissen, Einstellungen und das Handeln Einzelner ausgerichtet (z.B. durch Information und Schulung), sondern gleichzeitig auch auf die Faktoren, die dieses beeinflussen

(z.B. Arbeitsbedingungen in Betrieben, gesundheitsbezogene Steuerungskreise in Schulen und Kindertagesstätten oder Bewegungsräume im Stadtteil).

Partizipation ist dabei nicht nur ein Schlüssel zur bedarfsgerechten Gestaltung der Angebote, also um den Belastungen und Alltagsbedingungen ausreichend Rechnung zu tragen. Die partizipative Gestaltung der Präventionsangebote eröffnet auch den Weg, eine Strategie zu entwickeln, das gesündere Verhalten nachhaltig im Alltag zu integrieren. Die Zielgruppe sollte dabei möglichst schon in Planung und Entwicklung der Angebote einbezogen werden. Dadurch können Interventionen an den vorhandenen Ressourcen anknüpfen, es werden gemeinsam gesündere Handlungsalternativen entwickelt und Strategien erprobt, um die Verhaltensänderungen nachhaltig im Alltag zu verankern.

Die Rolle der Präventionsfachleute in diesem Prozess ist die der sich eher zurücknehmenden fachlichen Expert/innen. Mit ihrem Wissen und ihren Kenntnissen bereichern und stützen sie den Prozess der Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Alltagsverhaltens. Expert/innen bezogen auf den Alltag, die erforderlichen Änderungen und die Verstetigung dieser Änderung sind die Teilnehmenden. In ihrem Prozess werden sie durch die fachlichen Ratgeber/innen gestützt. Die neuen Kenntnisse und Kompetenzen werden in der Gruppe erworben und im gemeinsamen Prozess implementiert.

Damit erwirbt bzw. stärkt die Zielgruppe Ressourcen im Hinblick auf Krankheitsvermeidung, um die physischen bzw. psychischen Bewältigungsmöglichkeiten von Gesundheitsbelastungen zu erhöhen und um die individuellen Handlungsspielräume zur Überwindung gesundheitlich belastenden Verhaltens zu vergrößern. Im Sinne der Ottawa-Charta kann es zudem gelingen, Handlungskompetenz für die Gestaltung der Strukturen in der Lebenswelt zu entwickeln bzw. freizusetzen, um entweder direkt die Gesundheit zu begünstigen oder die Gesundheit belastendes Verhalten zu reduzieren.

## CHIP – The Coronary/Comprehensive Health Improvement Project in Rockford, IL, USA

**Heike Englert**

CHIP (Comprehensive Health Improvement Project) wurde bereits weltweit von 50.000 Teilnehmer/innen erfolgreich absolviert. Die Arbeit erfolgt in großen Gruppen von 250 bis 500 Teilnehmer/innen. In begleitenden Studien, die in den USA durchgeführt wurden, konnte der positive Einfluss des Programms auf eine signifikante Verbesserung des diabetologischen und kardiovaskulären Risikoprofils wie z.B. des Gewichts, der Blutglukose oder der Serum-Lipide nachgewiesen werden. CHIP weist anschaulich auf die Komplexität des Zusammenspiels vieler Lebensstilfaktoren hin und spricht die Eigenverantwortung der Teilnehmer/innen an. Da CHIP auf der Basis einer kommunalen gemeindezentrierten Ebene durchgeführt wird, lernen die Teilnehmer von Beginn der 4-8 wöchigen Intervention an, die Lebensstilveränderungen in ihre häusliche Umgebung zu integrieren. Die CHIP-Veranstaltungen finden abends statt, so dass die Teilnehmer trotz des intensiven Edukationsprogramms weiterhin ihrer Arbeit nachgehen können. Sie lernen in einer großen Gruppe andere Teilnehmer/innen kennen und genießen über den Zeitraum hinaus die soziale Unterstützung.

CHIP is a four-week (and/or eight-week) community-based intensive educational lifestyle intervention program, designed to assess to what extent a self-selected population may be able to contribute to a shift in coronary risk factors in the community-at-large aiming at primary and secondary prevention. The 7-year project with a total enrollment goal of 7,000 is divided into four phases: Pilot Phase (n=250); Consolidation Phase (n=2,000); Randomized Clinical Trial Phase (n=500); Government-Funded Expansion Phase with a 3-years follow-up (n=4,000) (Englert et al. 2004).

This study evaluates the data generated and collected during the Consolidation Phase using a pre/post-test design with multiple cohorts. It consisted of 5 CHIP programs, with each 250 to 350 participants who enrolled in either spring or fall programs.

The participants were recruited from the general population through presentations at service clubs, churches,

corporations, through media exposure, billboards, brochures, and health care providers. To be included in the program, participants had to be at least 21 years of age, free of current cancer treatment, at least 3 months post-bypass surgery, not afflicted by alcoholism, and able to engage in walking exercises. Eligible and interested participants provided informed consent. All participants were advised to work closely with their personal physicians to monitor clinical changes and to facilitate medication adjustments.

The 40-hour educational intervention with behavioral and skill development content consisted of a carefully crafted 16-lecture series offered daily for 2 hours over a four week period (for details see Englert et al. 2004). In addition, several workshops (cooking classes, food shopping-tours, clinical breakout sessions) were offered during the program, before the participants entered the monthly alumni meetings for support and maintenance.

Through the daily lectures, clinical Q-A sessions and substantial reading assignments (syllabus, text- and workbooks), the participants became acquainted with some of the extensive epidemiological literature suggesting the importance of lifestyle factors in the etiology of chronic circulatory diseases with a focus on a simpler, more optimal, plant based diet, low in fat and sugar, high in fiber.

In addition, the CHIP program promoted smoking cessation and recommended a daily exercise program of 30 minutes of walking and general fitness. At the completion of the program, participants were encouraged to join the Rockford CHIP Alumni Organization and to attend the monthly educational and support meetings. Prior to the educational intervention, all participants underwent blood testing for fasting lipids and glucose, blood pressure and resting heart rate. Anthropometric data as weight and height were measured with calibrated scales. The second biometric assessment took place at

the conclusion of the four-week program. Blood drawing, screening and surveys were done by the same trained clinical team to guarantee a standardized procedure and quality control (details see Englert et al. 2004).

As part of the before and after screening, the participants were required to complete a lifestyle/nutrition knowledge test and a compact personal lifestyle evaluation sheet before and after the program. This included a self-reported medical history, socio-economic details, food-frequency diary, exercise frequency, and stress level inventory. Before each lecture/presentation, the participants signed in at the registration desk. Those who attended fewer than 13 out of the 16 meetings did not meet the graduation requirements and their data were not included in this analysis.

### Some results

The following data resulted from the Consolidation Phase of the 7-year Rockford CHIP project. Of 1,569 subjects enrolled in 5 CHIP community projects, 1,517 participants graduated and delivered complete clinical data sets for evaluation. 52 subjects (37 men and 25 women) dropped out due to low compliance (participation less than 13 lectures) or missing clinical data. Therefore the response rate was 97%.

Between-group baseline and four-week follow-up comparisons revealed no significant differences within the 5 cohorts, so that the data were pooled and analyzed. The gender composition was 973 (64%) women and 544

men (36%). The age span ranged from 21 to 81 years. The mean age in men was 57 (SD 11) years and in women 54 (SD 11) years.

Figure 1 shows the change in the distribution of the Coronary Risk Profile over the four-week program. The intervention caused a substantial shift to the left in the curves for both men and women with the means for the number of coronary risk factors shifting significantly from 3.4 to 2.3. Gender-specific changes in coronary risk categories according to level of risk at admission are shown in Table 1. There was a significant improvement ( $p < 0,001$ ) in both men and women. The improvements in men (39%) however, were significantly higher compared to women (29%). The multiple logistic regression model, adjusted for number of risk factors at baseline and age, showed a highly significant influence of gender on risk improvement (OR:1.6 [CI:1.3–2.0]).

Table 2 displays the mean changes for some of the clinically important parameters in the high coronary risk group. Weight, systolic and diastolic blood pressure, glucose levels, total cholesterol and LDL all clinically improved significantly in both men and women, while triglycerides improved significantly only in men ( $p < 0.001$ ). Those with fewer than three risk factors also showed improvements. Here, both women and men, lost an average of 6 lbs, while total cholesterol means dropped 15mg% and 22mg%, and LDL came down 8mg% and 17mg% for women and men respectively.

### Effect of CHIP on Coronary Risk Profile

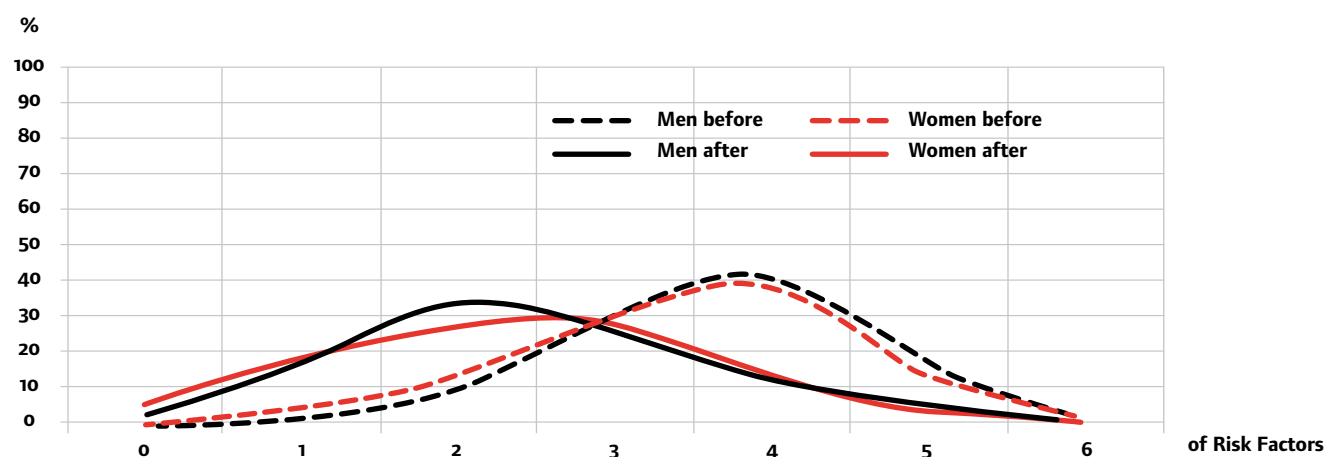


Figure 1: Gender-specific coronary risk changes over 4 weeks according to admission levels of risk in 1,517 Participants attending the CHIP program in Rockford, IL



	Men (N = 511)*		Women (N = 932)*		Total (N = 1,443)*	
	before	after	before	after	before	after
No Risk (no risk factor)	0%	4%	3%	7%	2%	6%
Moderate Risk (1-2 risk factors)	21%	52%	27%	46%	25%	48%
High Risk (≥ 3 risk factors)	78%	44%	70%	47%	73%	46%

\*33 men and 41 women had missing LDL data as a result of TG exceeding 400mg%, which made it impossible to calculate LDL values

**Table 1:** Gender-specific coronary risk changes over 4 weeks according to admission levels of risk (in %): the CHIP program in Rockford, IL

	Men (n = 400) Means				Women (n = 649) Means			
	before	after	change	p-value	before	after	change	p-value
Weight (lbs)	226	216	-10	< 0,001	195	183	-7	< 0,001
Body Mass Index <sup>1</sup>	32	31	0-1	< 0,001	33	32	-1	< 0,001
Systolic BP <sup>2</sup> (mmHg)	141	132	-9	< 0,001	140	132	-8	< 0,001
Diastolic BP <sup>2</sup> (mmHg)	86	81	-5	< 0,001	84	79	-5	< 0,001
Glucose (mg%)	114	106	-8	< 0,001	110	105	-5	< 0,001
Total Cholesterol (mg%)	200	168	-32	< 0,001	215	195	-20	< 0,001
LDL-Cholesterol (mg%)	124	101	-23	< 0,001	128	116	-12	< 0,001
Triglycerides (mg%)	154	138	-16	< 0,001	153	150	-3	0,113

<sup>1</sup>weight (kg/m<sup>2</sup>)    <sup>2</sup>BP=blood pressure

**Table 2:** Gender-specific, mean changes over 4 weeks in participants with high coronary risk (≥3 risk factors): the CHIP program in Rockford, IL

Participants reported a significant improvement in physical activity. At the beginning, 74% women and 64% men reported “none” or “little”, 22% women and 29% men reported “moderate” (3-5 days/week) and 4% women and 7% men reported “vigorous” physical activity (>5 days/week). After the four-week program, 38% of women and 41% of men had increased their physical activity. The total cohort walked 59,987 miles averaging 2 miles/day (self-reported).

Out of the 1,517 analyzed participants, only 29 (3%) women and 22 (4%) men reported to be smokers. Of these 9 women and 5 men reported having quit smoking after four weeks (quit rate: 27%).

The correct scores of the lifestyle/nutrition knowledge test improved from 13 to 22 out of 30 possible.

### Discussion

The educationally intense CHIP program is designed as an ecological template for community-based strate-

gies to educate participants about circulation-related diseases that are powerfully impacted by their lifestyle, and how improvements in diet, exercise, smoking and stress can improve the risk factor profile and thus potentially affect the coronary disease process. In this study the majority (73%) of the participants had 3 or more coronary risk factors at admission with overweight, sedentary living, hypercholesterolemia and hypertension being the most prevalent. At the end of the four-week intervention program, only 46% of the participants had 3 or more coronary risk factors (44% for men and 47% for women). It needs to be mentioned that the 27% quit rate in smokers is only a short-term effect. Other studies show that the relapse rate during the first 6 months is expected to be high.

While the majority of men and women reduced their number of coronary risk factors, 29% of women and 39% of men improved their risk factor category, 68% remained in their risk category and 2% moved to a higher

risk category. For reasons to be explored, being “male” turned out to be an independent factor for higher improvement in risk factor category than being “female”.

In our study, those in the high risk group ( $\geq 3$  risk factors) had mean total cholesterol drops of 32mg% (16%) for men and 20mg% (9%) for women. Similarly, mean diastolic blood pressure levels dropped 5 and 4 mmHg for men and women, respectively. In her review article, Manson estimates that for every 1% reduction in elevated serum cholesterol the coronary risk declines by up to 3%, and for every 1mmHg reduction in elevated diastolic blood pressure, the coronary risk drops another 2 to 3% (Manson et al. 1992). Taken together, these reductions translate into a possible coronary risk reduction of 60% for men and 37% for women in our study.

### Possible contributors to success

**Diet and Exercise Changes.** Improvements in diet and exercise are increasingly being associated with significant improvements in body weight, in the levels of blood pressure, serum lipids and cardiac function, and in the lowering of diabetes risk (Roberts and Barnard 2005, Roberts et al. 2002, Ornish 1998a, Ornish 1998b).

The shift from the typical rich American Diet to a more whole-food, plant-centered diet was a major focus of this intervention study. The dietary changes of a sample of the total cohort have been reported elsewhere (Englert et al. 2004). Participants markedly reduced their consumption of animal products and refined, processed foods while increasing their intake of fruits, vegetables, whole grain products and legumes. At the same time, the cohort walked 59,987 miles averaging 2 miles/day (self-reported).

**Intensive Education:** This project was an intensive and educational program where participants became aware of the potential benefits of making lifestyle changes (the “why”) and they learned how best to accomplish this (the “how to”).

**Curriculum.** The educational curriculum was structured to build progressively and incrementally the concepts of lifestyle medicine. Since habits are best built through daily practice, the program was purposely conducted on an almost daily basis over a period

of four weeks. Social Support and Community Transformation. The group setting for each of the sessions provided strong social support and may have contributed to the low drop-out rate of 3%. Since we evaluated the comprehensive program, we cannot specify to what extent social support may have played a role in effecting the outcomes of the intervention. However, this assumption was supported by the article of Boutin-Foster that togetherness, peer reinforcement and encouragement strengthen the adherence of interventional trials (Boutin-Foster 2005, Williamson and Stewart 2005). This social support was evident in the interactive portion of the educational curriculum. It was also felt in the fact that the large number of CHIP participants became a critical mass in the community that began to look for healthier food items in the supermarkets and for healthier menus in the restaurants. These consumer driven expectations soon found reflection in several major grocery stores and in more than 25 CHIP-approved restaurants in the community of Rockford, including a major fast food chain that began to offer healthier fare. This cultural/community transformation with a supportive environment designed to help people to make healthier choices was powerfully demonstrated in Denmark (Mikkelsen and Trolle 2004) and in Finland (Puska 2002). The Finish North Karelia Project showed how behavioural changes can be made in a community setting, which resulted in major reductions in the level and number of coronary risk factors and in subsequent coronary deaths (Vartiainen et al. 2000).

Bandura, of Stanford University, suggested that the development of new behavior is a result of exposure to significant role models and is sustained over time through reinforcement at both the individual and societal level (Bandura 2004). He and others emphasized the importance of a favorable social setting for learning and of key opinion leaders in shaping new attitudes and behaviors that can be introduced into a community (Bandura 2004, Butterfoss et al. 1993, MacLean 1994). To make the community organizations more successful, CHIP involved individual community members and organizations, thus facilitating progressive community ownership.

## Conclusions

This pooled analysis of 5 CHIP lifestyle intervention programs showed the short-term impact that an ecologically templated, community-based educational program can have on self-selected middle aged adults with multiple coronary risk factors. Large beneficial changes in health behaviors were observed with often dramatic and consistent measurable improvements in the elevated levels of total cholesterol, triglycerides, blood pressure, fasting glucose. At the same time, excess weight was lost with ease following the Optimal Diet guidelines. Until long-term evaluations are completed, however, it remains to be seen if these improvements and the shift in coronary risk can be maintained over time.

This descriptive study completed the consolidation phase of the CHIP program in Rockford. We are now looking forward towards a government-funded expansion phase to complete the project. This next phase then will explore the feasibility of enrolling a large enough cohort over time that can facilitate a cultural transformation. It is anticipated that this transformation then may influence the approaches to chronic disease management and its attendant costs by creating a greater sense of responsibility for one's own health in the individual and greater cultural support for health affirming behaviors throughout the community.

## Literatur:

2000. Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*. 23 (Suppl 1), 4–19.
2001. Executive Summary of The Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, And Treatment of High Blood Cholesterol In Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA*. 285(19), 2486–2497.
2004. Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *Lancet*. 363 (9403), 157–163.
- Aldana, S. G., Greenlaw, R., Thomas, D., Salberg, A., DeMordaunt, T., Fellingham, G. W., Avins, A. L. 2004. The influence of an intense cardiovascular disease risk factor modification program. *Prev Cardiol*. 7(1), 19–25.
- American Heart Association 2005. Heart Disease and Stroke Statistics – 2005 Update. Dallas, Texas.
- Bandura, A. 2004. Health promotion by social cognitive means. *Health Educ.Behav*. 31(2), 143–164.
- Barnard, R. J. 1991. Effects of life-style modification on serum lipids. *Arch.Intern.Med*. 151(7), 1389–1394.
- Bonow, R. O., Smaha, L. A., Smith, S. C., Mensah, G. A., Lenfant, C. 2002. World Heart Day 2002: the international burden of cardiovascular disease: responding to the emerging global epidemic. *Circulation*. 106(13), 1602–1605.
- Boutin-Foster, C. 2005. Getting to the heart of social support: a qualitative analysis of the types of instrumental support that are most helpful in motivating cardiac risk factor modification. *Heart Lung*. 34(1), 22–29.
- Butterfoss, F. D., Goodman, R. M., Wandersman, A. 1993. Community coalitions for prevention and health promotion. *Health Educ.Res*. 8(3), 315–330.
- Chobanian, A. V., Bakris, G. L., Black, H. R., Cushman, W. C., Green, L. A., Izzo, J. L., Jones, D. W., Materson, B. J., Oparil, S., Wright, J. T., Roccella, E. J. 2003. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA*. 289(19), 2560–2572.
- Criqui, M. H., Barrett-Connor, E., Holdbrook, M. J., Austin, M., Turner, J. D. 1980. Clustering of cardiovascular disease risk factors. *Prev Med*. 9(4), 525–533.
- Daviglus, M. L., Liu, K., Greenland, P., Dyer, A. R., Garside, D. B., Manheim, L., Lowe, L. P., Rodin, M., Lubitz, J., Stamler, J. 1998. Benefit of a favorable cardiovascular risk-factor profile in middle age with respect to Medicare costs. *N Engl J Med*. 339(16), 1122–1129.
- Dekker, J. M., Girman, C., Rhodes, T., Nijpels, G., Stehouwer, C. D., Bouter, L. M., Heine, R. J. 2005. Metabolic syndrome and 10-year cardiovascular disease risk in the Hoorn Study. *Circulation*. 112(5), 666–673.
- Diehl H. A. 1981. Regression of hypertension, hyperlipidemia, angina and coronary heart disease. 1981. In: Trowell HA and DP Burkitt, eds. *Western Diseases: Their Emergence, Prevention and Reversibility*. London: Edward Arnold. 392–410.
- Diehl, H. A. 1998. Coronary Risk Reduction Through Intensive Community-Based Lifestyle Intervention: The CHIP Experience. *Am J Cardiol*. 82, 83T–87T.
- Englert, H. S., Diehl, H. A., Greenlaw, R. L. 2004. Rationale and design of the Rockford CHIP, a community-based coronary risk reduction program: results of a pilot phase. *Prev Med*. 38(4) 432–441.
- Esselstyn C. B. 1999. Updating a 12-year experience with arrest and reversal therapy for coronary heart disease (an overdue requiem for palliative cardiology). *Am J Cardiol*. 84, 339–41.
- Greenlund, K. J., Zheng, Z. J., Keenan, N. L., Giles, W. H., Casper, M. L., Mensah, G. A., Croft, J. B. 2004. Trends in self-reported multiple cardiovascular disease risk factors among adults in the United States, 1991–1999. *Arch.Intern.Med*. 164(2), 181–188.
- Jousilahti, P., Tuomilehto, J., Korhonen, H. J., Vartiainen, E., Puska, P.,

- Nissinen, A. 1994. Trends in cardiovascular disease risk factor clustering in eastern Finland: results of 15-year follow-up of the North Karelia Project. *Prev Med.* 23(1), 6–14.
- MacLean D. 1994. Theoretical Rationale of Community Intervention for the Prevention and Control of Cardiovascular Disease. *Health Reports.* 6, 1.
- Manson, J. E., Tosteson, H., Ridker, P. M., Satterfield, S., Hebert, P., O'Connor, G. T., Buring, J. E., Hennekens, C. H. 1992. The primary prevention of myocardial infarction. *N Engl J Med.* 326(21), 1406–1416.
- McDougall, J., Litzau, K., Haver, E., Saunders, V., Spiller, G. A. 1995. Rapid reduction of serum cholesterol and blood pressure by a twelve-day, very low fat, strictly vegetarian diet. *J Am Coll.Nutr.* 14(5), 491–496.
- Mikkelsen, B., Trolle, E. 2004. Partnership for better nutrition – an analysis of how Danish authorities, researchers, non-governmental organizations and practitioners are networking to promote healthy eating. *Scandinavian Journal of Nutrition.* 48(2), 61–69.
- Ornish, D. 1998a. Avoiding revascularization with lifestyle changes: The Multicenter Lifestyle Demonstration Project. *Am J Cardiol.* 82(10B), 72T–76T.
- Ornish, D. 1998b. Serum lipids after a low-fat diet. *JAMA.* 279(17), 1345–1346.
- Ornish, D., Scherwitz, L. W., Billings, J. H., Brown, S. E., Gould, K. L., Merritt, T. A., Sparler, S., Armstrong, W. T., Ports, T. A., Kirkeeide, R. L., Hogeboom, C., Brand, R. J. 1998. Intensive lifestyle changes for reversal of coronary heart disease. *JAMA.* 280(23), 2001–2007.
- Puska, P. 2002. Successful prevention of non-communicable diseases: 25 years experiences with North Karelia Project in Finland. *Public Health Medicine.* 4(1), 5–7.
- Roberts, C. K., Barnard, R. J. 2005. Effects of exercise and diet on chronic disease. *J Appl.Physiol.* 98(1), 3–30.
- Roberts, C. K., Vaziri, N. D., Barnard, R. J. 2002. Effect of diet and exercise intervention on blood pressure, insulin, oxidative stress, and nitric oxide availability. *Circulation.* 106(20), 2530–2532.
- Stamler, J., Stamler, R., Neaton, J. D., Wentworth, D., Daviglius, M. L., Garside, D., Dyer, A. R., Liu, K., Greenland, P. 1999. Low risk-factor profile and long-term cardiovascular and noncardiovascular mortality and life expectancy: findings for 5 large cohorts of young adult and middle-aged men and women. *JAMA.* 282(21), 2012–2018.
- Unal, B., Critchley, J. A., Capewell, S. 2005. Modelling the decline in coronary heart disease deaths in England and Wales, 1981–2000: comparing contributions from primary prevention and secondary prevention. *BMJ.* 331(7517), 614–622.
- Vale, M. J., Jelinek, M. V., Best, J. D., Dart, A. M., Grigg, L. E., Hare, D. L., Ho, B. P., Newman, R. W., McNeil, J. J. 2003. Coaching patients On Achieving Cardiovascular Health (COACH): a multicenter randomized trial in patients with coronary heart disease. *Arch.Intern.Med.* 163(22), 2775–2783.
- Vartiainen, E., Jousilahti, P., Alfthan, G., Sundvall, J., Pietinen, P., Puska, P. 2000. Cardiovascular risk factor changes in Finland, 1972–1997. *Int.J Epidemiol.* 29(1), 49–56.
- Williamson, D. A., Stewart, T. M. 2005. Behavior and lifestyle: approaches to treatment of obesity. *J La State Med Soc.* 157(1), 50–55.
- Yusuf, H. R., Giles, W. H., Croft, J. B., Anda, R. F., Casper, M. L. 1998. Impact of multiple risk factor profiles on determining cardiovascular disease risk. *Prev Med.* 27(1), 1–9.

## WORKSHOPS

### Herzgesundheit fördern – Projekte für ausgewählte Zielgruppen und Settings stellen sich vor.

#### Workshop 1:

### Gesundes Schulesen einfach genial, genial einfach

Sabine Dämon und Regina Jungmayr

Übergewicht und Fehlernährung stellen bei Kindern und Jugendlichen ein zunehmendes Gesundheitsproblem dar. Neben der Ernährung in der Familie beeinflusst das Setting Schule durch Buffets und Mittagsverpflegung die Ernährung der Schüler/innen entscheidend. Aufgrund des zunehmenden Bedarfs an schulischer Ganztagsbetreuung kann die Essensverpflegung in der Schule einen wertvollen Beitrag zur Verbesserung der Ernährungssituation der Schüler/innen leisten. In diesem Workshop wurden anhand des zweijährigen Projekts „Gesundes Schulesen – einfach genial, genial einfach“, das in sechs Salzburger Volksschulen mit Nachmittagsbetreuung gemeinsam mit ihren Verpflegungsbetrieben durchgeführt wurde, Umsetzungsmöglichkeiten sowie Kriterien und Rahmenbedingungen zur Einführung und Optimierung einer kindgerechten, gesunden Mittagsverpflegung in der Schule vorgestellt und diskutiert.

Schulen haben einen Erziehungs- und Bildungsauftrag, der auch zur Mitwirkung in der Gesundheitsbildung und Förderung der ihnen anvertrauten Kinder umgesetzt werden sollte. Eine gesundheitsfördernde Schule umfasst alle Aspekte des Lebens in der Schule und begreift diese als Lern- und Lebensraum. Die Integration von qualifizierten Inhalten und praktischen Übungen zur gesunden Ernährung kombiniert mit Elternarbeit ist Voraussetzung, um eine langfristige Veränderung des Ernährungsverhaltens von Grundschulkindern erreichen zu können. Neben dem Einfließen von ernährungsrelevanten Themen in den Unterricht oder in die Betreuungsstunden ist es aber ebenso wichtig, ein gesundheits- und leistungsförderndes Ver-

pflegungsangebot durch Schulbuffets und Mittagessen in der Schule zu schaffen. Denn Ernährungsbildung ist nur dann nachhaltig und glaubwürdig, wenn sie sich auch in der Praxis widerspiegelt.

Ein adäquates Mittagessen in der Schule kann einen wertvollen Beitrag zur Verbesserung der Ernährung von Schüler/innen leisten. Schulessen darf also nicht nur satt machen, sondern muss eine möglichst vollwertige, ausgewogene Ernährung ermöglichen. Ein gesundheitsförderndes Mittagessen kann so zur Gesundheit und besseren Leistungsfähigkeit der Kinder beitragen und der Entwicklung von Ernährungsproblemen und Übergewicht vorbeugen.

In einer Zeit, in der gemeinsam eingenommene Mahlzeiten in den Familien keine Selbstverständlichkeit mehr sind, bietet das Schulessen auch die Möglichkeit, ein gesundheitsförderndes Verhalten zu erlernen und dauerhaft zu festigen. Gleichzeitig bietet das gemeinsame Essen eine gute Möglichkeit zur Kommunikation und ist daher bestens für die Bildung eines guten sozialen Klimas in der Schule geeignet.

In den nächsten Jahren wird der Bedarf an Ganztags- bzw. Nachmittagsbetreuung in den Schulen enorm ansteigen. Zum Angebot einer solchen umfassenden Betreuung gehört neben schulspezifischen Freizeit- und Unterstützungsangeboten auch die Bereitstellung eines attraktiven Mittagessens, das den ernährungsphysiologischen Erfordernissen von Kindern gerecht wird. Schulleitung, Schultreger, Schulaufsicht, Lehrer/innen, Eltern und Kinder werden daher in zunehmenden Maße mit der Umstellung ihrer Schulen auf Ganztagsbetreuung konfrontiert, sind aber bisher nur wenig auf die damit verbundenen Anforderungen in Sachen Essensbereitstellung vorbereitet. Das Projekt „Gesundes Schulessen – einfach genial, genial einfach“ sollte genau hier Unterstützung anbieten.

Das Projekt „Gesundes Schulessen – einfach genial, genial einfach“ wurde im Auftrag des Landes Salzburg, Landeshauptfrau Mag. Gabi Burgstaller, vom präventivmedizinischen Institut SIPCAN save your life und Regina Jungmayr gemeinsam initiiert. Die Idee dazu lieferte unter anderem der Starkoch Jamie Oliver, der sich in London für gesunde Schulküchen einsetzt. Die Durchführung des Projekts erfolgte über drei Schulsemester (03/2006

bis 06/2007) in sechs Volksschulen mit Nachmittagsbetreuung bzw. Horten in der Stadt Salzburg und ihren drei Verpflegungsbetrieben. Das Projekt wurde vom Gesundheitsressort des Landes Salzburg und über SIPCAN save your life finanziert und zusätzlich aus den Mitteln des Fonds Gesundes Österreich für zwei Jahre gefördert. Als projektbegleitender Haubenkoch konnte, ähnlich wie bei Jamie Oliver's Schulprojekt, Gerhard Brugger vom Restaurant zur Plainlinde in Salzburg gewonnen werden.

Das Projekt hatte – neben verhaltenspräventiven Aspekten – insbesondere die Verhältnisprävention zum Ziel (Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten als Kernpunkt der WHO Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung 1986). Die Projektziele waren:

- die Optimierung des angebotenen Mittagessens nach ernährungswissenschaftlichen Kriterien einer ausgewogenen Kinderernährung in enger Kooperation mit den Schulen bzw. Verpflegungsbetrieben
- die Förderung und Integration des Themas Ernährung im Alltag von Schule und Nachmittagsbetreuung
- die frühzeitige, erlebnisorientierte Bewusstseinsförderung bei Schüler/innen bzw. die Aufklärung, Bewusstseinsförderung und Motivation für gesunde Ernährung in Schule und Familie bei allen Zielgruppen (Verpfleger/innen, Pädagog/innen/Betreuer/innen, Volksschüler/innen und deren Eltern).

Wichtige Projektbausteine waren umfassende Bestandsaufnahmen in den teilnehmenden Schulen und Küchen der Verpflegungsbetriebe sowie regelmäßige Arbeitstreffen mit Köch/innen und Pädagog/innen zur theoretischen bzw. praktischen Wissensvermittlung. Während der gesamten Projektlaufzeit wurden kontinuierlich und gemeinsam Verbesserungsmöglichkeiten erarbeitet und umgesetzt. Dabei wurden die bestehende Speiseplangestaltung modifiziert und geeignete neue Rezepte gemeinsam mit dem begleitenden Haubenkoch erstellt.

Ein wichtiger Projektschwerpunkt lag auch in der Motivation und Unterstützung der Pädagog/innen zur selbständigen und regelmäßigen Durchführung von Übungen und Spielen zum Thema Ernährung sowie das erlebnisorientierte Sensibilisieren der Schüler/innen für gesundes, schmackhaftes Essen. Im Rahmen eines Schüler/innen-

Ideenwettbewerbes wurde dabei ein Rezeptsammelbuch „Kinder kochen für Kinder“ erstellt. Mit Genussabenden und Eltern-Kind-Kochkursen wurde auch den Eltern die Bedeutsamkeit einer ausgewogenen Ernährung ihrer Kinder vermittelt und die Eigeninitiative zum gemeinsamen Kochen in der Familie geweckt bzw. gefördert. Um eine Nachhaltigkeit des Projekts zu gewährleisten, wurde unter anderem als weiterführendes Ziel die Etablierung eines Schwerpunktes „Gesundes Schulessen“ im Rahmen der Fortbildung der Pädagog/innen angestrebt. Zudem war geplant, die erfolgreich am Projekt teilgenommenen Verpflegungsbetriebe mit einem Qualitätssiegel bzw. einer Urkunde für Gesundes Schulessen zu fördern.

Das Projekt Gesundes Schulessen hat insgesamt gezeigt, dass mit fachlicher Unterstützung und unter Einbezug aller am Thema Schulverpflegung beteiligten Interessensgruppen wie Verpflegungsbetriebe, Pädagog/innen, Schüler/innen und Eltern deutliche Verbesserungen bei der schulischen Mittagsverpflegung möglich sind. Durch die engagierte Mitarbeit aller Projektbeteiligten konnten nach wenigen Monaten Projektarbeit bereits erste Erfolge und nach einem Jahr die Kriterien einer ausgewogenen Kinderernährung nahezu erfüllt werden und das bei großteils gleichbleibender oder sogar verbesserter Akzeptanz bei den Kindern. Leider konnte das Projekt aufgrund einer organisatorischen Neustrukturierung der Mittagsverpflegung an allen städtischen Pflichtschulen in Salzburg nicht wie geplant weitergeführt bzw. beendet werden.

Das unerwartet große Interesse der Medien an diesem Projekt und die dadurch öffentlich geführte, auch kontroverielle Diskussion rund um das Thema hat aufgezeigt, dass angesichts der Tatsache, dass immer mehr Schüler/innen an der Schule ihr Mittagessen einnehmen, vor allem noch viele strukturelle (adäquate Räume für Mittagsverpflegung und Nachmittagsbetreuung), organisatorische (Betreuungspersonal, Zuständigkeiten, Logistik) und qualitative Voraussetzungen (ernährungswissenschaftliche, ökologische und soziale Kriterien) bzw. Rahmenbedingungen zu diskutieren und zu klären sind. Die Vorgabe von Richtlinien und Qualitätskriterien wäre nicht nur zur Förderung einer gesunden und leistungsfördernden Essensverpflegung der Schüler/innen erstrebenswert, sondern auch den mit diesem neuen und fachlich komplexen Thema oft überforderten Schulen eine wichtige Hilfestellung.

## Literatur:

- DGE Referat Gemeinschaftsverpflegung und Qualitätssicherung (Projekt „Schule + Essen = Note 1“) und DGE Arbeitskreis Schule – Ernährung – Bildung: Qualitätsstandards für die Schulverpflegung. Deutsche Gesellschaft für Ernährung, Bonn 2007 (Download unter [www.schule-plusessen.de](http://www.schule-plusessen.de))
- Heseker H., DGE-Arbeitskreis „Ernährung und Schule“: Ernährung in der Ganztagschule. Teil 1: Notwendigkeit und Problematik von Schulverpflegung. Ernährungs-Umschau 2003; 50, B9–B12.
- Heseker H., DGE-Arbeitskreis „Ernährung und Schule“: Ernährung in der Ganztagschule. Teil 2: Institutionalisierung und Möglichkeiten von Schulverpflegung. Ernährungs-Umschau 2003; 50: B13–B16.
- Kersting M., Alexy U.: Empfehlungen für die Ernährung von Kindern und Jugendlichen. Die optimierte Mischkost optimiX. Forschungsinstitut für Kinderernährung, Dortmund 2005.
- Kersting M., Clausen K.: Empfehlungen für das Mittagessen in Kindertagesstätten und Ganztagschulen. Forschungsinstitut für Kinderernährung, Dortmund 2006.
- Molderings M.: Evaluation pädagogisch-didaktischer Ansätze im Rahmen der gesundheitsförderlichen Ernährungserziehung der Grundschule – Einfluss von Unterrichtsformen, Elterneinbeziehung und Zielvereinbarung hinsichtlich einer Veränderung des Ernährungsverhaltens. Schneider Verlag Hohengehren, Baltmannsweiler 2007.
- Peinelt V., Pelzer A., Arnold O.: Schulverpflegung in Ganztagschulen. Ernährung im Fokus 2005, 2, 38–46.
- Simshäuser U.: Appetit auf Schule – Leitlinien für eine Ernährungswende im Schulalltag. Institut für ökologische Wirtschaftsforschung (IÖW), Berlin 2005.
- WHO – World Health Organization, Regional Office for Europe: Food and nutrition policy for schools. A tool for the development of school nutrition programmes in the European Region. Programme for Nutrition and Food Security. Copenhagen 2006.

## Schulfreiräume und Geschlechterverhältnisse

### Rosa Diketmüller und Heide Studer

Schulfreiräumen kommt angesichts zunehmender Ganztageschulformen besondere Bedeutung für die Gesunderhaltung zu. Aus Untersuchungen zum öffentlichen Raum ist bekannt, dass diese stark geschlechterdifferent genutzt werden. Im Rahmen des Projektes „Schulfreiräume und Geschlechterverhältnisse“ wurden 20 Schulen analysiert. Dabei wurde deutlich, dass trotz pädagogischer Rahmung häufig bestehende Geschlechterstereotype aufrechterhalten werden. Zu diskutieren ist, wie routinierte, selbstverständliche Raumnutzungen im Setting Schule verändert werden können. Eine räumliche Strukturierung mit einem vielfältigen Nutzungsangebot scheint ebenso förderlich für bewegtere Geschlechterverhältnisse auf dem Schulhof zu sein wie

Schulklima, Gender-Sensibilität, Partizipation, Nutzungsregelungen, Förderangebote und die Auseinandersetzung mit Gesundheitsthemen. So können Schulen langfristig zu gesundheitsförderlichen Orten werden, an denen die Chancengleichheit der Geschlechter gelebt und unterstützt wird.

Schulfreiräume sind Bewegungsräume, Lernorte und Treffpunkte für Kinder und Jugendliche, die für die körperliche und soziale Entwicklung wichtig sind. Ihre Bedeutung nimmt zu, da die Schüler/innen durch 5-Tage-Woche, Ganztagesschulformen und Nachmittagsbetreuungsangebote täglich immer mehr Zeit in der Schule verbringen. Dabei ist für eine gesunde Entwicklung ein Mindestmaß an Bewegung nötig. Gesundheitsförderliche Lebensverhältnisse und Bewegungsfreiräume im Setting Schule zu schaffen und zu gestalten, ist mittlerweile zu einem Schwerpunktthema geworden. Schule steht somit im Spannungsfeld von verhaltens- und verhältnisorientierter Gesundheitsförderung und schließt bewegtes Lernen im Schulzimmer sowie aktives Erholen auf dem Pausenplatz mit ein.

## Theoretische Grundlagen und bisherige Studien

### Geschlechterverhältnisse und Raum

Studien zur Raumnutzung von Kindern und Jugendlichen kommen übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass Mädchen und Buben öffentliche Räume auf unterschiedliche Weise nutzen. Unter den gegebenen Umständen entwickeln Buben ein meist weiträumiges Bewegungsverhalten und nutzen größere Aktionsräume. Mädchen setzen häufig einen Schwerpunkt in der Interaktion und in Rollenspielen. So spielen viele Mädchen in kleinen Gruppen und ihre Spiele sind weniger auf Wettstreit oder Konkurrenz ausgerichtet, Jungen spielen eher „rauer“ und „raumgreifender“ und tun dies in größeren Gruppen mit mehr Platzbedarf. Auch Spielplätze werden von männlichen Kindern und Jugendlichen eher in sportlicher Wettkampfform genutzt, während Mädchen häufig beim Schaukeln und bei Hüpf- und Rollenspielen zu beobachten und nur selten auf Sportflächen zu finden sind (z.B. Benard und Schlaffer 1997). Bei der Inanspruchnahme von institutionalisierten Freizeitangeboten zeigt sich ein ähnliches Bild: Mädchen nehmen überwiegend an musisch-kreativen Angeboten teil, Burschen belegen vor allem Bewegungs- und Sportarten.

Bei der Analyse derartiger geschlechterspezifischer Differenzen ist es bedeutsam, dass jede Gesellschaft ihre Räume sowie Nutzungsgewohnheiten selbst herstellt. In ihnen spiegeln sich gesellschaftliche Machtverhältnisse und der daraus resultierende Umgang mit Geld, Raum und Zeit. Daher sind Räume und Geschlechterverhältnisse eng miteinander verknüpft und – so wie Machtverhältnisse – veränderbar (Ruhne 2003).

### Geschlechterperspektiven in Schulfreiräumen

Im Unterschied zum öffentlichen Raum sind Schulräume Orte, die Kinder und Jugendliche unter Aufsicht von Pädagog/innen nutzen, meist gibt es auch Schulordnungen, die Nutzungsregeln vorgeben. Es ist daher anzunehmen, dass auch Schulräume einen nicht unwesentlichen Einfluss auf Sozialisation und Entwicklung von Kindern haben. Klassenräume, Gänge, Sportflächen oder Schulfreiräume sind daher nicht bloß als Aufenthaltsorte zu sehen, sondern sie wirken auch nachhaltig darauf, wie Kinder und Jugendliche den Raum nutzen.

Schulfreiräume sollten für Schüler/innen – Mädchen und Burschen unterschiedlichen Alters, körperlicher Fähigkeiten sowie sozialer und ethnischer Herkunft – Orte sein, an denen sie Spaß und Freude am Erholen, Spielen, Treffen und Lernen haben. Erste Befunde aus verschiedenen Pilotprojekten (u.a. Dirnbacher 2003, Evaldsson 2003, Kelle 1999, Hottenträger 2005, Thorne 1993) und aus Erfahrungen und Berichten von Lehrer/innen und Freiraumplaner/innen unterstützen die Annahme, dass auch die schulischen Umgebungsbedingungen häufig ein Ungleichgewicht in der Zugänglichkeit von schulischen (Bewegungs-)Räumen nach sich ziehen. So zeigten Pausenbeobachtungen in einer Schule mit sehr strengen Regeln und geringem Platzangebot (ca. 1m<sup>2</sup>/Kind) bei Buben ähnliche Nutzungen wie sonst bei Mädchen. Pausenhofbeobachtungen in 20 Volksschulen und Gymnasien in Wien und Niederösterreich bestätigen die Ergebnisse. Sie zeigten darüber hinaus, dass Pausenhöfe, die vielfältige Materialien und anregende Umgebungsbedingungen bereitstellen sowie ideale Betreuungsbedingungen bieten, viel weniger geschlechterstereotype Nutzungsweisen nach sich ziehen.

### Pausen als Aushandlungsorte für Geschlechterverhältnisse

Breidenstein und Kelle (1998) sowie Wagner-Wili (2005)

haben sich Pausensituationen und die Art und Weise näher angesehen, wie Mädchen und Buben diese nutzen. Pausen werden generell als Ort der Erholung von Unterricht (sowohl für Schüler/innen als auch für Lehrer/innen) aufgefasst und sind gekennzeichnet von einer geringen Regulationstiefe und einem reduzierten Institutionalierungsgrad. Für Schüler/innen werden sie als (gemeinsamer) Erfahrungsraum gesehen, in dem Differenzen bearbeitet und Geschlechterverhältnisse ausgehandelt werden können. In den genannten Studien wurden in Pausensituationen in der Klasse viele Situationen und Interaktionen vorgefunden, in denen durch rituelle Praxen und Handlungen zwischen Schülerinnen und Schülern der Geschlechteralltag in der Schule „hergestellt“ wurde. Geschlecht ist jedoch nicht nur im Sinne eines Doing-Genders auf der individuellen Ebene in den konkreten Handlungen zwischen Personen relevant, sondern auch auf der institutionellen Ebene eingeschrieben: Geschlecht ist nach Lorber (1999) auch eine institutionelle Kategorie, womit das Setting Schule ebenfalls als Ort der Geschlechterkonstruktion gesehen wird, z.B. durch seine Regelungen, Umwelten, Möglichkeiten, Einstellungen und (unbewussten) Äußerungen und Handlungen der Lehrpersonen etc., die die Pausenaktivitäten der Mädchen und Jungen beeinflussen (Faulstich-Wieland et al. 2004, Goffman 1994, Helsper 2000, Krappmann und Oswald, 1995).

### **Gender Mainstreaming als Vorgabe für schulische Einflussnahme**

Im Bereich der Schule wird im Aktionsplan 2003 unter Gender Mainstreaming gefordert, „die Gender-Perspektive in allen Bereichen des Lernens und Lehrens, in der Organisation Schule und im Handeln aller Beteiligten zu verankern, um geschlechtergerechtes Lernen zu ermöglichen“ (bm:bwk 2004, S. 2). Gender Mainstreaming fordert dabei, Verhältnisse strukturell in den Blick zu nehmen und nach den alltäglichen folgenwirksamen Rahmenbedingungen im Setting Schule zu fragen (Nutzungszeiten, Schulordnungen, Raumangebot etc.). Wichtige Beiträge zu nutzbaren Schulfreiräumen finden sich bislang in der Bereitstellung von Spielmaterialien, in der Einrichtung von „Learnsapes“ und in Projektmodellen zur „bewegten Klasse“. Diese Ansätze berücksichtigen unseres Erachtens jedoch kaum die Kategorie Geschlecht, die es zur Umsetzung der Strategie des Gender Mainstreamings zu berücksichtigen gilt.

### **Gesundheitsförderung als Unterrichtsprinzip**

Ähnlich wie bei der Geschlechterthematik ist die Gesundheitserziehung ein wichtiger Auftrag von Schule. Gemäß der Ottawa-Charta (WHO 1986) ist Gesundheit alltagsrelevant und „wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt, dort wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben“. Schulische Gesundheitsförderung muss daher umfassend gesehen werden und „umfasst nicht nur die Information über Gesundheitsthemen und das Einwirken auf das Verhalten des Einzelnen, sondern auch die Gestaltung eines gesundheitsfördernden Lebensraumes“ (Grundsatzlerlass Gesundheitserziehung, bmuk, 1997). Dass Bewegung im Setting Schule einen zentralen Bestandteil einer schulischen Gesundheitsförderung darstellt, belegen auch die vielen Publikationen (u.a. Balz 1995, Brodtmann 1998) sowie Projektdokumente z.B. der österreichischen Servicestelle für Gesundheitsbildung zu diesem Thema ([www.give.or.at](http://www.give.or.at)).

Innerhalb der Gesundheitsförderung ist Geschlecht ein wesentliches Qualitätskriterium. Selbst die WHO kommt zu dem Schluss, dass die Strategie des Gender Mainstreaming die effektivste Strategie ist, die gesundheitliche Ungleichheit zwischen den Geschlechtern zu reduzieren und fordert entsprechende Maßnahmen (Kolip und Altgeld 2006). Als Konsequenz wurde selbst in die schulische Gesundheitsförderung Geschlecht als zentrales Qualitätskriterium aufgenommen, denn Schulen sind nicht geschlechtsneutral (Zumstein und Süss 2006).

Wie auch die folgenden ausgewählten Fakten verdeutlichen, hat Schule im Bereich Gesundheit und soziale Chancengleichheit eine wichtige Aufgabe zu übernehmen (ebd., S. 210):

- „Außerschulische Erfahrungen von Mädchen werden im Unterricht weniger berücksichtigt als solche von Jungen.
- 25% der Mädchen und 7% der Jungen haben ein deutlich gestörtes Essverhalten.
- Mädchen werden öfters für schlechte Leistungen getadelt, Jungen für schlechtes Verhalten.
- 40% der Mädchen und 18% der Jungen sind mit ih-



rem Aussehen und mit ihrem Körper unzufrieden, und dies unabhängig von Alter und Ausbildungstyp.

- Die weiblichen, älteren Schülerinnen rauchen häufiger als ihre Kollegen.
- Je höher die soziale Schicht, desto niedriger der Anteil adipöser Schüler und Schülerinnen.
- Jungen haben tendenziell schlechtere Schulresultate und haben häufiger Lernschwierigkeiten.
- Mädchen weisen zwar bessere Schulleistungen auf, was sich jedoch nicht im späteren beruflichen Erfolg niederschlägt.“

Neben diesen Faktoren geschlechterspezifischer schulischer Unterschiede alarmieren auch das abnehmende motorische Leistungsniveau bzw. Haltungsschäden der Mädchen und Burschen sowie das ambivalente Verhältnis von Mädchen zu Bewegung und Sport („Klug und Fit“-Studie, Sandmayr 2004; Wiener Jugendgesundheitsbericht 2002). Dabei ist Bewegung und Sport bis zum 20. Lebensjahr für einen ausreichend dichten Knochenaufbau besonders wichtig, da dieser in späteren Jahren nicht mehr aufgeholt werden kann. Für das eingeschränkte Bewegungsinteresse von Mädchen spielt die Trennung in ihr Selbst und ihren Körper eine wesentliche Rolle (vgl. Kugelman 1996, S. 60, 64f.). Der Körper wird für viele jugendliche Mädchen zur Projektionsfläche für Selbstdarstellung und Mädchen verlieren häufiger als Buben das Interesse an Bewegung. Die Gestaltung von Schulfreiräumen, die auch Mädchen und junge Frauen zu einer bewegungsreichen und freudvollen Nutzung anregt, ist daher besonders bedeutsam und gewinnt auch aus einer gesundheitsförderlichen Sicht besondere Relevanz. Aus der Analyse der schulischen Raumgestaltung und ihrer Einflüsse auf das Bewegungsverhalten von Mädchen und Jungen sind daher wichtige Erkenntnisse erwartbar, die zur Zielstellung der Förderung von attraktiveren schulischen Bewegungsräumen beitragen. Um langfristig Verhaltensänderungen anbahnen zu können, müssen entsprechende Strukturen auf der Verhältnisseite bereitgestellt werden, die für Mädchen und Buben gleichermaßen gesundheitsförderliche Wirkungen ermöglichen. Dies erfordert u.a. auch,

sich die schulischen Aufenthalts- und Lebensräume im Hinblick auf eventuell geschlechterspezifische Ungleichgewichte näher anzusehen und gegebenenfalls Maßnahmen der Adaptierung oder Umorganisation zu treffen.

### Das Projekt „Schulfreiräume und Geschlechterverhältnisse“

Das Forschungsprojekt analysierte die Nutzung von Schulfreiräumen von Mädchen und Buben im Alter von 6 bis 14 Jahren an 20 Schulen und in unterschiedlichen Schultypen in Wien und der Steiermark. Ziel war es, die Nutzung zu analysieren und für Möglichkeiten des Arrangements chancengleicher Rahmenbedingungen in Umsetzung und Planung zu sensibilisieren. Dazu wurden Methoden der Freiraumaufnahmen der Schulhöfe, Schulhofbeobachtungen mittels (nicht-)teilnehmender Beobachtung und Interviews mit den Direktor/innen, Lehrer/innen und Schüler/innen eingesetzt. Die Daten wurden in sogenannten Nutzungskarten zusammengefasst (wer nutzt welchen Raum in welcher Weise?) und in Workshops mit den Schüler/innen und Lehrer/innen an den Projektschulen diskutiert.

Die Ergebnisse bestätigen die Annahme, dass auch der Schulfreiraum ein Ort ist, wo geschlechter„gerechtes“ Verhalten „erprobt“ werden kann. Insbesondere scheint das Bewegungs- und Sportverhalten ein bedeutsames Instrument der Darstellung und Inszenierung von Geschlechterrollen zu sein: Während Buben großflächigeren Bewegungs- und Sportaktivitäten nachgehen, ziehen sich viele Mädchen mit zunehmendem Alter davon zurück und bevorzugen spazieren zu gehen, wenngleich sie klare Vorstellungen hinsichtlich einer bewegungsaktiveren Pausenhofnutzung auch jenseits geschlechterstereotyper Muster (z.B. mehr Ballspiele) und einer attraktiveren Hofgestaltung äußern.

#### „Geschlechertypisches“ Bewegungsverhalten

Mädchen am Schulhof finden sich eher in kleineren Gruppen zu informellen und darstellenden Spielen zusammen, sie benutzen Schnüre, Seile, Klettergerüste, Schaukeln und vorhandene Reckanlagen. Sie gehen und flanieren häufig im Hof, beobachten das Geschehen und sie halten sich häufiger nahe von Betreuer/innen auf. Die Ersten und Letzten draußen sind Buben, sie suchen zielgerichtet „ihre“ Räume auf. Buben dominieren bei

großflächigen (Ball-)Sportspielen und bringen Materialien wie Bälle mit. Sie raufen und balgen sich häufig (untereinander, aber auch mit Mädchen), stehen und beobachten das Geschehen. Geschlechterrollentypische Verhaltensweisen zeigen sich in gemeinsamen Aktivitäten von Mädchen und Buben und in altersabhängiger Ausprägung bei gemeinsamen Spielaktivitäten, wo vereinzelt Mädchen in den großflächigen Sportspielen der Buben mitspielen, bei Fangenspielen und in darstellenden Spielformen. Bei typischen „Abgrenzungsinteraktionen“ der Geschlechter werden Rollenstereotype sichtbar, wo sich Mädchen und Buben necken, piesacken und rangeln. Sie zeigen sich auch bei verbalen Abwertungen bis hin zu körperlichen Belästigungen. „Wieder“-Annäherungsprozesse waren bei Aktionen wie dem Zuschauen meist der Mädchen bei Bubenaktivitäten oder Präsentation und Austausch von Jugendlichkeitssymbolen beobachtbar. Zusammenfassend zeigt sich, dass ein Großteil der 60 beobachteten Pausensituationen eine Vielfalt an geschlechterrollenstereotypen Nutzungsmustern aufweist.

### **Verschiebungen der Geschlechterverhältnisse**

Geschlechterrollenuntypisches Bewegungsverhalten zeigt sich vorwiegend in Einzelsituationen oder durch Einzelpersonen. Einigermaßen ausgewogene Raumnutzungsverhältnisse auf dem Pausenhof zwischen Mädchen und Buben finden sich nur in wenigen Beobachtungen und an wenigen Schulen. Diese Schulen zeichnen sich meist dadurch aus, dass die Gender-Sensitivität seitens der Schule hoch ist und gezielt Betreuung oder Ausstattung darauf abgestimmt werden. So gibt es Schwerpunktförderungen für Mädchen in typischen „Bubensportarten“ wie beispielsweise Fußball, oder es sind z.B. Reckstangen oder Schaukeln vorhanden, die auch Mädchen gerne nutzen.

Die Auswertungen lassen vermuten, dass die Einstellungen von Schulleitung und Betreuungspersonen einen großen Einfluss auf die Nutzung der Schulfreiräume haben und über die Ermunterung, Ermöglichung, Erduldung oder Verhinderung von Bewegung und sportivem Verhalten fortgeschrieben oder aufgebrochen werden können (u.a. Gieß-Stüber 2002).

Die Untersuchung der Pausennutzungen der 20 Schulen zeigte zwei Typen von Nutzungsmustern: eines, in

dem sich Tendenzen des Aufbrechens traditioneller Geschlechterrollenmuster zeigen, und ein zweites, in den Beobachtungen sehr dominierendes Muster mit stark geschlechterstereotypen Nutzungen von Mädchen und Jungen. Ein offenes Schulklima, das sich durch verschiedene Projekte (z.B. Bewegte Schule, Gesunde Schule, Soziales Lernen) und Mitsprachemöglichkeiten von Schüler/innen zeigt, begünstigt eine größere Vielfalt an Bewegungsformen und Nutzungen. Das Bewusstsein der Lehrenden, dass Geschlechterverhältnisse kulturell geprägt und veränderbar sind, eine aktive Betreuung in den Pausen und spezielle Bewegungsförderungsangebote fördern das Aufbrechen von starren Geschlechterrollen. Darüber hinaus unterstützen differenzierte räumliche Angebote mit einem Wechsel von offenen und vielseitigen, gegliederten Bereichen und eine breite Vielfalt an Geräten und Ausstattung geschlechteratypische und gemeinsame Nutzungen. Die Raumanordnung gewinnt mit zunehmendem Alter der Schüler/innen an Bedeutung. Manche Räume, wie z.B. ungegliederte, von allen Seiten vom Gebäude einsichtige Höfe, werden von Schüler/innen nicht mehr angenommen.

### **Veränderungen in der Institution Schule**

Derzeit gibt es viele Bestrebungen, Gesundheitsförderung nachhaltig im Setting Schule zu verankern. Geschlechterdifferenzierte Sichtweisen einzunehmen hat sich dabei als besonders erfolgreich erwiesen (WHO, Kolip und Altgeld 2006). Gerade die Analyse der Schulfreiraumnutzung (der je eigenen Schulen) kann Lehrpersonen unterstützen, für die verschiedenen Dimensionen der Geschlechterthematik zu sensibilisieren. Um routinierte, selbstverständliche Raumnutzungen zu verändern, müssen neben der Reflexion der eigenen Haltungen auch neue Regeln des Miteinanders verhandelt, umgesetzt und auf ihre Wirksamkeit überprüft werden. Partizipative Prozesse, wie sie in der Gesundheitsförderung längst etabliert sind, können auch hier unterstützen, eine ausgewogenere und selbstbestimmte Nutzung der Schulfreiräume durch Mädchen und Buben zu erreichen.

## Literatur:

- Balz, E. (1995). Gesundheitserziehung im Schulsport. Grundlagen und Möglichkeiten einer diätetischen Praxis. Schorndorf: Hofmann.
- Behnken, I. & Jaumann, O. (Hrsg.). (1995). Kindheit und Schule: Kinderleben im Blick von Grundschulpädagogik und Kindheitsforschung. (Kindheiten). Weinheim, München: Juventa.
- Benard, C. & Schlaffer, E. (1997). Verspielte Chancen? Mädchen in den öffentlichen Raum! Wien: MA57 Frauenbüro der Stadt Wien.
- Besele, S. (1999). Pausenlust statt Schulhoffrust. Management kindgerechter Geländegestaltung. Dortmund: Borgmann.
- bm:bwk. (2004). Aktionsplan 2003. Informationsblatt für Schulbildung und Gleichstellung, (14) 2.
- bm:uk. (1997). Grundsatzlerlass Gesundheitserziehung.
- Boyle, D.E. (2003). Gender at play. Girls and boys on the playground. *American Behavioral Scientist*, 46(10), 1326–1345.
- Breidenstein, G. & Kelle, H. (1998). Geschlechteralltag in der Schulklasse. *Ethnographische Studien zur Gleichaltrigenkultur*. Weinheim, München: Juventa.
- Brodtmann, D. (1998). Gesundheitsförderung im Schulsport. *sportpädagogik*, 22(3), 15–26.
- Burdewick, I. (1999). Schulhofgestaltung und geschlechtsspezifische Raumaneignung. In: *Niedersächsisches Kultusministerium (Hrsg.): Bewegte Schule. Lernen mit Kopf, Herz und Hand*. Hannover, 27–33.
- Burger, P., Evison-Gudimann, B. & Sutter, K. (1999). Geschlechtergerechte Pausenplatz-Gestaltung. Basel: Koordinationstelle Mensch-Gesellschaft-Umwelt und Frauenrat der Stadt Basel.
- Colabianchi, N. (o.J.). School grounds as community parks: modifying the environment to increase physical activity. Unpublished Project concept. Case Western Reserve University.
- Dietrich, K. (1998). Spielräume zum Aufwachen. *Sportpädagogik*, (6), 14–25.
- Diketmüller, R. & Aufhauser, E. (2000). Bewegungs-/Raumnutzung von Mädchen und Buben als „geschlechtssensibles“ Thema im fächerübergreifenden Unterricht aus Leibesübungen und Geographie – ein Fortbildungsbericht. *Bewegungserziehung*, 54(5), 15–19.
- Dirnbacher, H. (2003). Geschlechtssensible Arbeit in der Schule für Mädchen mit Mädchen. Wien: MA57 – Frauenförderung.
- Edinger-Achenbach, S. (1993). Der Schulhof – ein Spielraum für Kinder. *motorik. Zeitschrift für Motopädagogik und Mototherapie*, 16(1), 13–20.
- Evaldsson, A. (2003). Throwing Like a Girl? Situating gender differences in physicality across game contexts. *Childhood*, 10(4), 475–497.
- Faulstich-Wieland, H., Weber, M. & Willems, K. (2004). Doing Gender im heutigen Schulalltag. Empirische Studien zur sozialen Konstruktion von Geschlecht in schulischen Interaktionen. Weinheim, München: Juventa.
- Feltz, N. (2002). Bewegung und die Aneignung öffentlicher Räume in Lebensläufen von Frauen und Mädchen. In: C. Kramer (Hrsg.): *FREI-Räume und FREI-Zeiten: Raum-Nutzung und Zeit-Verwendung im Geschlechterverhältnis*. Schriften des Heidelberger Instituts für Interdisziplinäre Frauen- und Geschlechterforschung, 5. Baden-Baden: Nomos.
- Flade, A. & Kustor-Hüttel, B. (Hrsg.) (1993). Mädchen in der Stadtplanung. *Boltzplätze – was sonst?* Weinheim: Dt. Studienverlag.
- Flade, A. & Kustor, B. (Hrsg.) (1996). Raus aus dem Haus: Mädchen erobern die Stadt. Frankfurt: Campus.
- Gieß-Stüber, P. (2002). Die Verstrickung von Lehrerinnen und Lehrern in die Konstruktion und Reproduktion von Geschlechterverhältnissen im Sportunterricht. In: C. Kugelman & C. Zipprich (Hrsg.): *Mädchen und Jungen im Sportunterricht. Beiträge zum geschlechtssensiblen Unterrichten*. Hamburg: Czwalina, 49–60.
- Goffman, E. (1994). Das Arrangement der Geschlechter. In: E. Goffmann (Hrsg.): *Interaktion und Geschlecht*. Frankfurt: Campus, 105–158
- Hrabicek, H. (2003). Gesundheit von Mädchen und jungen Frauen. *HBSC Fact-Sheet*, 2.
- Hahn, H. & Wetterich, J. (1996). Bewegungsfreundlicher Schulhof. *Aktive Pause und Pausenhofgestaltung. Reihe Bewegung, Spiel und Sport in der Schule*. Weilheim Teck: Bräuer.
- Helsper, W. (2000). Soziale Welten von Schülern und Schülerinnen. Einleitung in den Thementeil. *Zeitschrift für Pädagogik*, 46(5), 663–666.
- Hottenträger, G. (2005). Geschlechterdifferenzierte Nutzung von Schulhöfen an Nachmittagen – Bausteine für eine mädchengerechte Spielraumplanung. Geisenheim: Fachhochschule Wiesbaden.
- Illi, U., Breithecker, D. & Mundtger, S. (Hrsg.) (1998). *Bewegte Schule – Gesunde Schule*. Zürich, Wiesbaden, Graz: IFB Eigenverlag.
- Kelle, H. (1999). Geschlechterterritorien. Eine ethnographische Studie über Spiele neun- bis zwölfjähriger Schulkinder. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 2 (2), 211–228.
- Kolip, P. (1997a). Geschlecht und Gesundheit im Jugendalter. Die Konstruktion von Geschlechtlichkeit über somatische Kulturen. Opladen: Leske + Budrich.
- Kolip, P. & Altgeld, T. (Hrsg.). (2006). *Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention*. Weinheim: Juventa.
- Koordinationsstelle Mensch, Gesellschaft, Umwelt und Frauenrat Basel Stadt (Hrsg.) (1999). *Geschlechtergerechte Pausenplatz-Gestaltung*. Basel.
- Kramer, C. (2002). *FREI-Räume und FREI-Zeiten: Raum-Nutzung und Zeit-Verwendung im Geschlechterverhältnis*. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Krappmann, L. & Oswald, H. (1995). *Alltag der Schulkinder. Beobachtungen und Analysen von Interaktionen*. Weinheim, München: Juventa.
- Kromer, I. & Tebbich, H. (1998). *Zwischenwelten. Das Leben der 11- bis 14-jährigen*. Beiträge zur Jugendforschung, 3. Graz; Wien: Verlag Zeitpunkt.
- Kugelman, C. (1996). *Starke Mädchen – schöne Frauen? Weiblichkeitszwang und Sport im Alltag*. Butzbach-Griedel: AFRA.
- Kugelman, C. (2001). Der Pausenhof als Erholungs-, Lebens- und Lernort. *Sportpädagogik*, 25(1), 26–28.
- Lorber, J. (1999). *Gender-Paradoxien. Reihe Geschlecht und Gesellschaft*, 15. Opladen: Leske + Budrich.
- Nissen, U. (1998). *Kindheit, Geschlecht und Raum. Sozialisationstheoretische Zusammenhänge geschlechtsspezifischer Raumaneignung*. Weinheim: Juventa.
- Österreichisches Institut für Schul- und Sportstättenbau (2004). *Schul: FREI. Empfehlungen für die Gestaltung von Schulfreiräumen*. [www.schulfreiraum.com](http://www.schulfreiraum.com)
- Ruhne, R. (2003). *Raum Macht Geschlecht. Zur Soziologie eines Wirkungsgefüges am Beispiel von(Un)Sicherheiten im öffentlichen Raum*. Opladen: Leske+Budrich.
- Sandmayr, A. (2004). *Das motorische Leistungsniveau der 11- bis 14-jährigen Schülerinnen und Schüler in Österreich*. Aachen: Meyer&Meyer.
- Schawerda, A., Staller, S. & Studer, H. (1997). *Eins, zwei, drei, Tina saust vorbei. Voraussetzungen für das Raumnehmen von Mädchen aus landschaftsplanerischer Sicht*. In: *Frauenbüro der Stadt Wien – MA 57 (Hrsg.): Verspielte Chancen? Mädchen in den öffentlichen Raum!* Wien: Frauenbüro der Stadt Wien.
- Schön, E. (1999). *„Da nehm’ ich meine Rollschuh’ und fahr hin ...“*. Bielefeld: Kleine Verlag.
- Studer, H. (2004). *Gender Equality – Gleiche Chancen, Rechte und Pflichten*. In: *Amt der NÖ Landesregierung (Hrsg.): Schulfreiräume – Freiraum Schule*. St. Pölten, 57–58.
- Thorne, B. (1993). *Gender play: girls and boys in school*. Buckingham: Open University Press.
- Wagner-Willi, M. (2005). *Kinder-Rituale zwischen Vorder- und Hinterbühne: Übergänge von Pause zu Unterricht*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Zinnecker, J. (1978). *Die Schule als Hinterbühne oder Nachrichten aus dem Unterleben der Schüler*. In: B Reinert & J. Zinnecker (Hrsg.): *Schüler im Schulbetrieb. Berichte und Bilder vom Lernalltag, von Lernpausen und vom Lernen in den Pausen*. Reinbek: Rowohlt, 29–121.

Zinnecker, J. (2000). Soziale Welten von Schülern und Schülerinnen. Über populäre, pädagogische und szientifische Ethnographien. Zeitschrift für Pädagogik, 46(5), 667–690.

#### Projektpublikationen:

Diketmüller, R. & Studer, H. (2007). Schulfreiräume und Geschlechterverhältnisse. Projektbericht. Online unter: [www.univie.ac.at/schulfreiraum](http://www.univie.ac.at/schulfreiraum)

Diketmüller, R., Berghold, B., Förster, B., Frommhold, E., Witzeling, J. & Studer, H. (2007). Bewegung und Sport am Schulhof – ein Anstoß zur (Neu-)Aufnahme der Gender-Debatte an Schulen. In: I. Hartmann-Tews & B. Dahmen (Hrsg.): Sportwissenschaftliche Geschlechterforschung im Spannungsfeld von Theorie, Politik und Praxis. Hamburg: Czwalina, 97–106.

Diketmüller, R. & Studer, H. (2007). Schulfreiräume und Geschlechterverhältnisse. In: bmukk (Hrsg.): Geschlechtssensible Schule. Forschung und Praxis im Dialog. 1. österreichweiter Gender Day für Schulen. Wien: bmukk, 54–67.

Diketmüller, R. & Studer, H. (2007). Schulfreiräume – Orte der Verhandlung von Geschlechterverhältnissen. Zoll+ Zeitschrift für Landschaftsplanung & Freiraum [Themenheft: gender(n)], 10.

Bericht (2006): Rollenverteilung am Schulhof (1). Gesundes Österreich, 8(2), 41.

Bericht (2008): Rollenverteilung am Schulhof (2) Gesundes Österreich, 10(1), 41.

## Workshop 2:

### Menschen am Arbeitsplatz

#### Gesund essen am Arbeitsplatz

##### Verena Rainer

Es ist längst keine Neuigkeit mehr, dass ein großer Teil der Bevölkerung zumindest eine Mahlzeit täglich außer Haus einnimmt. Es sind ebenfalls keine „breaking news“, dass die meisten Menschen sich nicht gesund ernähren, mit den entsprechenden Folgen, über die dann auch in den Medien zu lesen oder zu hören ist. Die Ursachen dieses Phänomens sind komplex, und die Maßnahmen, mit denen versucht wird, dem Problem „zu Leibe zu rücken“, sind zahlreich.

Einen schon seit längerer Zeit durchaus bewährten Zugang bietet die Gesundheitsförderung. Der Arbeitsplatz ist ein klassisches Setting im Sinne der Gesundheitsförderung, d.h. ein Ort an dem sich der Alltag von Menschen abspielt und deshalb einen wichtigen Einfluss auf ihre Gesundheit hat.

#### Wie schauen die Arbeitsplätze der Österreicher/innen aus?

Dazu einige Kennzahlen:

Etwas mehr als 900 Unternehmen in Österreich (0,4 Prozent) haben mehr als 250 Beschäftigte und sind somit Großbetriebe. Alle anderen sind kleinere und mittlere Unternehmen (KMU) und Ein-Personen-Unternehmen (EPU) (Statistik Austria, Leistungs- und Strukturhebung 2006). Circa jede/r 3. der unselbständig Beschäftigten arbeitet in Großbetrieben; dementsprechend sind 65 Prozent der Bevölkerung in sogenannten KMUs tätig.

Möglichkeiten der Essensversorgung am Arbeitsplatz  
Eigene Betriebsküchen zur Verpflegung der Mitarbeiter/innen finden sich meist nur in Betrieben mit mehr als 500 Beschäftigten.

Die Beschäftigten von Betrieben ohne Betriebsküche werden je nach Größe manchmal von einem Caterer mit Essen versorgt, das warm, gekühlt oder tiefgekühlt angeliefert wird. Die tägliche Mindestabnahmmenge an Essen beträgt bei den meisten Caterern 50 Portionen.

Einige nützen, so vorhanden, das Gasthaus ums Eck für das Mittagessen, lassen sich Pizzen liefern, oder kaufen zur Mittagszeit kleine Gerichte im Lebensmittelgeschäft und verzehren diese dann am Arbeitsplatz.

Viele, auch kleinere Betriebe haben gut ausgestattete Teeküchen zum Zubereiten von schnellen Mahlzeiten. Dass sich Beschäftigte eine vorgekochte Mahlzeit oder eine zu Hause hergerichtete Jause mitbringen, kommt immer seltener vor. So unterschiedlich die Verpflegsquellen sind, so unterschiedlich gestalten sich auch die Projekte, wenn es um gesundes Essen geht.

### **Einiges ist aber Gesundheitsförderungsprojekte immer gemeinsam:**

Der Schwerpunkt soll auf Veränderungen von Verhältnissen (z.B. optimiertes Angebot, Anreizsysteme, einladender Speisesaal bzw. Essplatz) liegen und dadurch eine Verhaltensänderung bedingen. Das Verhältnis zwischen Maßnahmen, die Verhältnisänderungen bewirken, zu Maßnahmen, die auf Verhaltensänderung setzen, sollen – im besten Falle – in einem Verhältnis von 70:30 liegen.

Das Ziel ist immer „Empowerment“ aller Beteiligten. Das gelingt dann, wenn Betroffene zu Akteur/innen werden und nicht Expert/innen das Sagen haben, sondern jede/r einzelne Expert/in für ihre/seine Gesundheit ist.

Die Basis für alle Gesundheitsförderungsprojekte, ob in einem großen oder einem kleinen Betrieb, ist eine umfassende Ist-Analyse.

### **Betriebe mit einer Betriebsküche**

#### **Die Küche: Wissen an der Basis aktivieren**

Die Küche soll für die Grundlage der Verhältnisveränderung sorgen: einem gesunden Essensangebot. Damit die Küchenangestellten dazu in der Lage sind, müssen sie „empowert“ werden. Das heißt nichts anderes, als vorhandenes Wissen zu wecken und bewusst zu machen und dort wo Information nachgefragt wird, diese zu geben. Das Küchenteam muss für sich definieren, was gesund ist. Auf Basis der Ist-Analyse werden Ziele gesetzt und Maßnahmen beschlossen, wie diese Ziele erreicht werden können. Erst wenn das gesamte Küchenteam – von der Küchenleitung bis zur Küchenhilfe – davon überzeugt ist, dass das, was sie kochen, gut und gesund ist, kann Veränderung dauerhaft stattfinden. So gesehen findet für die

Küchecrew ein „Projekt im Projekt“ statt.

### **Beschäftigte: Sinne ansprechen**

Die Tischgäste müssen laufend darüber informiert werden, was sich verändert und warum.

Dafür müssen die Beschäftigten für das Thema Essen sensibilisiert werden. In dieser Zeit der Überinformation macht es keinen Sinn, Fachvorträge anzubieten; sie werden selbst während der Arbeitszeit nicht oder kaum besucht. Deutlich erfolgreicher sind Veranstaltungen, die die Sinne der Menschen ansprechen, wie z.B. eine Geschmacksschulung: Es ist für viele ein durchaus beeindruckendes Erlebnis, wenn sie merken, dass das Produkt, dass die meisten Aromastoffe, Geschmacksverstärker und Farbstoffe beinhaltet, ihnen am besten schmeckt. Die eigenen Erlebnisse bei solchen Veranstaltungen werden mit den Kolleg/innen diskutiert. Dadurch kann das Thema Essen im Betrieb platziert werden. Erst wenn die Beschäftigten ernsthaft (und nicht im Sinne von humorlos) über Essen miteinander reden können, findet soziales Lernen statt und kann so den Weg für vernünftige Veränderungen öffnen.

### **Betriebe ohne Betriebsküchen**

In diesen Betrieben muss zuerst erhoben werden, woher die Beschäftigten ihr Essen beziehen. Welche dieser Essenslieferant/innen in das Projekt miteinbezogen werden, müssen Vertretungen der Mitarbeiter/innen der Firmen in den sogenannten Gesundheitszirkeln entscheiden. Die allermeisten Caterer und Wirt/innen, aber auch Bäcker/innen und oft auch Besitzer/innen von Würstlbuden sind bereit, ihr Essensangebot den Wünschen ihrer Kund/innen entsprechend abzuändern bzw. zu erweitern. Verantwortliche der Essensanbieter und die Vertreter/innen der Gesundheitszirkel müssen gemeinsam erarbeiten, wie sich das Angebot verändern soll.

Was ganz wichtig ist: Die Mitarbeiter/innen der Essensanbieter sollen die notwendigen Veränderungen ebenfalls nicht „übergestülpt“ bekommen, sondern im Sinne von „Empowerment“ miteingebunden sein. Die Erfahrung zeigt, dass die Geschwindigkeit, mit der die Küchencrew neue Angebote entwickelt und nach und nach umsetzt, jener Geschwindigkeit entspricht, die die Tischgäste brauchen, um sich an ein verändertes Essen zu gewöhnen.

Auch in kleinen Betrieben gilt, dass die Beschäftigten über die Veränderungen, die ihre Essensanbieter vorneh-

men, laufend informiert und für das Thema Essen sensibilisiert werden müssen. Der sehr große Unterschied zwischen großen, mittelgroßen und kleinen Betrieben ist die Zeit, die die Mitarbeiter/innen für Gesundheitsförderungsprojekte erübrigen können. Speziell bei kleinen Firmen muss der Zeitpunkt der intensivsten Projektarbeit – diese beginnt meistens zwei Monate nach dem Vorliegen der Ist-Analyse – genau mit Zeitbudget, das erübrigt werden kann, abgestimmt werden. Oftmals können Betriebe in bestimmten Monaten mehr Zeit erübrigen als in anderen.

### **Zum Abschluss noch ein paar Gedanken, was Betriebe/Organisationen und Menschen zum Verändern ihres Verhaltens veranlasst:**

- Zweifel am Verhalten, das sie bisher gezeigt haben. Es wird bewusst, dass sich dieses Verhalten langfristig nachteilig auswirkt oder dass es mit eigenen Wertvorstellungen, Wünschen und Zielen nicht mehr übereinstimmt.
- Vertrauen, dass das bisherige Verhalten veränderbar ist und dass die Veränderungen die gewünschten Folgen mit sich bringen.

## **Bewegen im Betrieb**

### **Paul Scheibenpflug**

Wie wollen wir uns im Rahmen eines Workshops dem Thema nähern? Reicht es uns, wenn wir uns darüber austauschen, wie Betriebe am besten Impulse zu mehr Gesundheitsengagement (in der Freizeit) geben können und welche Konzepte sich – warum – bewährt haben, oder auch nicht? Vielleicht. Vielleicht wollen wir aber nicht nur um Bewegungskonzepte kreisen, in deren Brennpunkt das Herz-Kreislauf-System sowie Risikofaktoren, wie z.B. Adipositas, stehen, sondern wollen auch Ansätze diskutieren, die „indirekt“ herzwirksam wirken: Bewegungsfluss etwa, oder Regeneration und gemeinsames Erleben, oder notwendige Nahtstellen zu anderen Gesundheitsförderungsmaßnahmen.

Medizinisch-sportwissenschaftliche Bewegungskonzepte zielen darauf ab, die Leistungsfähigkeit der Arbeitnehmer/innen zu verbessern bzw. zu erhalten. Im

Brennpunkt stehen das Herz-Kreislauf-System sowie Risikofaktoren, wie z.B. Adipositas. Unter diesem Gesichtspunkt scheint es ausreichend, Betriebe als notwendige Kristallisationspunkte für Impulse zu mehr Gesundheitsengagement (in der Freizeit) zu sehen. Manche Betriebe gehen diesen Weg noch einen Schritt weiter und entlasten die Mitarbeiter/innen nicht so einfach in die Eigenverantwortung, sondern bieten auch noch „Langsam – Lauffreize“, „Nordic Walking“-Kurse usw. an.

- Sollen Betriebe Impulse (wissensbasierte Bewusstseinsbildung) geben oder bereits Übungsangebote machen?
  - > Reichen bereits Anstöße an die Eigenverantwortung, reicht bereits Wissensvermittlung oder ist erst kontinuierliches Üben im Betrieb notwendig?

Die Versuchung liegt nahe, Erfahrungen mit Bewegungsangeboten in der Freizeit eins zu eins in das Setting Betrieb zu transplantieren. Aber dem/der Bewegungstrainer/in stehen im Verein ausreichend Bewegungsmotivierte gegenüber. Beim Arbeiten im Setting gehören aber auch (und gerade) die unmotivierten Angehörigen aus Risikogruppen zur Zielgruppe von Bewegungsangeboten. Die Erfahrung zeigt, dass eher die ohnehin sportlicheren Bewegungsangebote annehmen. In der betrieblichen Praxis erhalten Bewegungsexpert/innen oft nicht einmal die Chance, Bewegungsunmotivierte begeistern zu können.

- Wie motiviert man gerade diejenigen, die die Bewegungsangebote am nötigsten hätten?
- Wie schafft man es, dass jemand freiwillig an etwas teilnimmt, was ihn nicht interessiert?
  - > Darf (und wenn ja, in welchem Maße) zwangsbeglückt werden?
  - > Ist die Strategie „sich in Geduld üben, bis die Zeit reif ist“ ein gangbarer Weg?

Im Betrieb Tätige erleben sich in einer anderen Rolle als Menschen, die einen Sportverein, ein Fitstudio aufsuchen oder ein therapeutisches Angebot wahrnehmen. Im Sport ganz gewöhnliche unhinterfragte Übungen, wie z.B. Becken kreisen, werden in dieser Rolle ganz anders wahrgenommen. Die erste Hürde besteht einmal darin, dass sie

diese Aktivitäten für den Arbeitsprozess als unproduktiv „entlarven“ und daraufhin in ihrer Prioritätenskala hoffnungslos nach hinten verschieben.<sup>1</sup> Eine weitere Hürde, vor allem bei Berufen mit direktem Kund/innen-Kontakt, bei taktgebundenen Arbeiten etc., besteht darin, dass tatsächlich keine Zeit „da“ ist, sondern erst „geschaffen“ werden muss. Diese muss/müsste aber erst organisiert werden, zumeist von Personen, die von den Maßnahmen als Person gar nicht unmittelbar profitieren.<sup>2</sup>

- Was muß im Vorfeld passieren, dass Impulse auch angenommen und umgesetzt werden?
  - > Mit welchen Bewegungsangeboten gelingt ein guter Einstieg bei verschiedenen Zielgruppen, wie z.B. Lehrlingen, Arbeiter/innen, Frauen, Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund ?
- Wie zeitaufwendig ist Bewegung im Betrieb, was muss man berücksichtigen, um nicht unnötig Zeit zu vergeuden?
  - > Z.B. Wartezeiten bei gemeinsamen Bewegungsprogrammen (unter Anleitung)

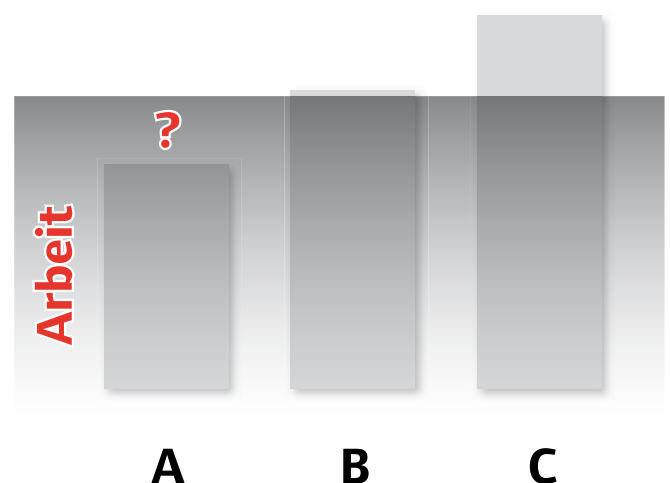
Die erfolgreichsten Bewegungsinterventionen sind jene, bei denen man sich bereits von Anfang Gedanken macht, wie diese langfristig erhalten werden können. Initiativen dürfen nicht vom Engagement von Personen abhängen. Statt personenbezogener bedarf es funktionsbezogener Zuständigkeiten. So macht es Sinn, Gesundheitsförderung nicht losgelöst von Prävention zu betreiben. Diesbezügliche Berührungspunkte sind rein strategischer Natur und getrieben von der Bemühung, neben und nicht mit der Arbeitsmedizin Angebote und (Selbst-)Hilfestellungen für Arbeitnehmer/innen zu entwickeln.<sup>3</sup>

- Welche Aufgabenverteilung hat sich bei der Umsetzung von Bewegungsprogrammen bewährt?
- Was sind die Berührungs-, was die Reibungspunkte zwischen Prävention und Gesundheitsförderung im Bezug auf Bewegung im Betrieb?

Menschen am Arbeitsplatz unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Leistungsvoraussetzungen, ihres Gesundheitsengagements, ihrer Einstellung zur Arbeit, was sie auch individuell (unterschiedliche) Arbeitsbelastungen erle-

ben lässt. Berücksichtigt man dann noch Arbeitszeiten, Arbeitsaufgaben, Organisationsstruktur, Unternehmenskultur, Betriebsklima etc., dann lässt sich zumindest eines konkret sagen: Es kann keine Konzepte geben, die a priori alle Aspekte berücksichtigen können. Es wird allerdings auch keine Konzepte geben, die auch nach maximal erträglicher Vorbereitung alle Aspekten gerecht werden wird. Pragmatiker/innen machen das Effizienteste aus der Situation und tun so, als könne man mit zwei Konzepten<sup>4</sup> alles abdecken.

- Effiziente versus effektive Gesundheitsförderungsprogramme: Wann sind betriebliche Gesundheitsförderungsmaßnahmen auch effektiv?
- Inwieweit gehen bisherige betriebliche Bewegungsprogramme überhaupt auf das Thema Herzgesundheit ein?
  - > (Wie) Können funktionelle, an Beschwerden des Bewegungs- und Stützapparats orientierte Konzepte en passant auch den Anspruch „Gemeinsam gesund – Gesundheit fürs Herz“ einlösen?



Menschen sind unterschiedlich! Die vereinfachte Darstellung in der ersten Skizze geht davon aus, dass Mitarbeiter/innen unterschiedliche Leistungsvoraussetzungen mitbringen: Mitarbeiter A wird von den an ihn gestellten Aufgaben überfordert, Mitarbeiterin B schafft sie gerade noch und Mitarbeiterin C tut sich bei der gleichen Aufgabe leicht. Auf den ersten Blick erkennt man, dass der Mitarbeiter A ein Problem hat, dem er sich

direkt-aktiv (z.B. Veränderung der Arbeitshöhe, Verbesserung der Bewegungsqualität), direkt-inaktiv (z.B. Vermeidung durch Delegieren, anderes Pausenregime), indirekt-aktiv (z.B. Gespräche, Verbesserung der Fitness, Belastungswechsel) oder indirekt-inaktiv (Krankenstand, Ablenkung) widmet.

- Wie vermag der/die Mitarbeiter/in damit umzugehen?
  - > Wird dessen Problem von anderen wahrgenommen und wie können sie ihn unterstützen?

Nicht zu unterschätzen ist auch das Problem, das der/die unmittelbare Vorgesetzte hat. Letztere/r steckt in der Zwickmühle, die Leistungsvorgaben seiner/ihrer Vorgesetzten erfüllen zu müssen und dabei von der Leistungsfähigkeit/-bereitschaft seiner/ihrer Mitarbeiter/innen abhängig zu sein. Dies erklärt, warum gerade diese Gruppe besonders gefährdet und als Zielgruppe prädestiniert<sup>5</sup> scheint. Davon abgesehen macht es Sinn, die direkten Vorgesetzten bei allen Bewegungsmaßnahmen einzubinden.

- Wie könnten die direkten Vorgesetzten eingebunden werden?
- Wie vermeidet man Mitarbeiter/innen der Kategorie A?
  - > Wie vermeidet man, dass Mitarbeiter/innen langfristig in die Kategorie A fallen?
- Wie kann Bewegen im Betrieb Triebdynamiken wie Neugier, Bedürfnisse nach Anerkennung und Bindung, Kohärenzgefühl befriedigen?

Während bei Konzeption zur Prävention von Bewegungs- und Stützapparaterkrankungen sowohl auf die Vermeidung von Beanspruchungen (Rückenschulen, ergonomische Maßnahmen wie Arbeitsmittel und Arbeitsplatzgestaltung etc.) wie auch auf das Setzen von Bewegungsreizen (funktionelle Ausgleichprogramme, Kräftigungsprogramme) gesetzt wird, scheint beim Aspekt Herzgesundheit eine Fokussierung auf letztere Strategie zu erfolgen. Der Aspekt „Vermeidung von Beanspruchungen“ scheint bislang vor allem von der Arbeitspsychologie besetzt zu sein, obwohl die Bewe-

gungstherapie ein umfangreiches Interventionsrepertoire bereitstellen könnte.<sup>6</sup>

Ein Grund könnte darin liegen, dass Psycholog/innen weit weniger Hemmungen heben, Regeln und Situationen zu hinterfragen als aus dem Sport entwachsene Expert/innen. Letztere verstehen sich zwar auf die Anpassung an Situationen, aber tun sich schwer, das unausgesprochene Sportparadigma zu durchbrechen, das da lautet: „Bringe optimale Leistung im Rahmen klarer Regelvorgaben.“<sup>7</sup> Bewegung im Betrieb bringt den Betrieb nicht in Bewegung,<sup>8</sup> wenn sich parallel nicht auch gewisse Rahmenbedingungen ändern.

- Was kann Bewegen im Betrieb in Bezug auf Umgang mit Stress, Stressvermeidung und Stressbewältigung anbieten?
- Können Bewegungsprogramme losgelöst von verhältnisorientierten Begleitmaßnahmen erfolgreich implementiert werden?
- Welche Voraussetzungen brauchen erfolgreiche Bewegungsprogramme? In welchen Bedingungen sollten sie eingebettet sein?
  - > Welche Nahtstellen gibt es zu verhältnisorientierten Ansätzen?

Erkenntnisse, dass auch niederschwellige Belastungsintensitäten trainingswirksam sind, geben Sportarten wie Nordic Walking starken Rückhalt. Rückschlüsse auf die Trainingswirksamkeit von Arbeitsbewegungen würden einen Paradigmenwechsel bei der präventiven Sichtweise von Arbeitsbelastungen erfordern, der offensichtlich so bedeutsam ist, dass in diese Richtung meines Wissens noch keine wissenschaftlichen Bemühungen entstanden sind. Im Gegenteil:

Im Schwerarbeitergesetz, bei dem es im Gegensatz zum Nachtarbeitsgesetz um den Pensionseintritt geht, wird hinsichtlich der körperlichen Tätigkeit einzig der Kalorienverbrauch (2000 Arbeitskalorien bei Männern, 1400 Kalorien bei Frauen) ins Treffen geführt. Andererseits: Auch ohne wissenschaftliche Stützung ist es allen einsehbar, dass Berufsgruppen, wie Zusteller/innen mit Zustellkarren, Forstarbeiter/innen, Möbelpacker/innen, Bergbäuer/innen etc. nicht nur eine bessere Kondition



brauchen, sondern im Allgemeinen auch haben, auch wenn sie in der Freizeit keinen Sport betreiben.<sup>9</sup>

- Wie herzgesund ist betrieblicher Alltag und welche Auswirkungen hat dies auf Strategien und Inhalte?
- Wie trainingswirksam ist (welche) Arbeit?
  - > Sollten Mitarbeiter/innen mit höherem Kalorienverbrauch in der Arbeit Herz-Kreislauf-Training meiden?

Bewegung im Betrieb ist mehr eine kommunikative Herausforderung als eine medizinische oder sportwissenschaftliche. Das zeigt sich deutlich, wenn es um die Effizienz von betrieblichen Bewegungsprogrammen geht. Diese sind am effizientesten, wenn sie nur projektartig durchgeführt werden und keine Ressourcen für eine nachhaltige Implementierung vorgesehen werden.<sup>10</sup>

- Aber sind sie dann auch effektiv?

## Literatur:

- ALLMER, H. (1996). Erholung und Gesundheit. Göttingen; Bern, Toronto; Seattle: Hogrefe.
- BAUMEISTER, A. und DIEDERICHS H.: „Qualität und Gesundheit im Gastgewerbe“ – Ein Kooperationsprojekt von AOK und BGN. In: Landesarbeitskreis Arbeit und Gesundheit des Landes Brandenburg (Hrsg.): Gesundheit und Ausbildung im Land Brandenburg, Potsdam 1999, 79–85
- FRANKE, J. (1998). Optimierung von Arbeit und Erholung. Stuttgart: Enke.
- HETTINGER, Th., MÜLLER, B. H., GEBHARDT, T.: Ermittlung des Arbeitsenergieumsatzes bei dynamisch-muskulärer Arbeit. Bundesanstalt für Arbeitsschutz (Hrsg.), Fa 22. Wirtschaftsverlag NW, 1989
- ROHMERT, W., RUTENFRANZ, J. (Hrsg.): Praktische Arbeitsphysiologie. Begründet von G. Lehmann. 3. Neubearb. Auflage. Thieme, Stuttgart, New York, 1983, 16–20
- SCHEIBENPFLUG, P.: Bewegung als Streßmanagement. In: Leibesübungen-Leibeserziehung 2/1994, 20–23
- SCHEIBENPFLUG, P.: Ausgleichstraining im Büro. In: Symposium „Lebensraum Büro“. Wien 1992, 27–39
- SCHEIBENPFLUG, P.: Bewegung im Betrieb – Betrieb in Bewegung. In: Sichere Arbeit 2/1992, 10–13
- Weitere Gedanken unter [www.scheibenpflug.at/herzgesund.htm](http://www.scheibenpflug.at/herzgesund.htm)

<sup>4</sup> „Mitarbeiter/innen bewegen Mitarbeiter/innen“ und „Gestalten und Bewegen“, beides zwei in den 1990er Jahren von mir entwickelte Konzepte, werden bei den Krankenversicherungen als „die“ Bewegungsmodule für Menschen am Arbeitsplatz geführt. Mitarbeiter/innen bewegen Mitarbeiter/innen nimmt dabei unglücklicherweise eine Entwicklung Richtung „funktioneller“ Gymnastik, weg vom Tagungsthema „Gemeinsam Gesund“ und „Herzgesundheits“.

<sup>5</sup> In einem BGF-Projekt für das Gastgewerbe im Land Brandenburg ging man so weit, dass man sagte: „Wir setzen bei den direkten Vorgesetzten mit Stresspräventionsprogrammen an. Dies erscheint uns ein viel versprechender Ansatz, von dem die Mitarbeiter/innen in Folge mehr profitieren, als wenn man direkt bei diesen ansetzen wollte“ (auch in Hinblick auf die Zielgruppengröße!) (Baumeister 1999 anlässlich der A+A in Düsseldorf).

<sup>6</sup> Obwohl vielversprechend, findet in diesem Kontext eine Auseinandersetzung mit Arbeitsrhythmus und Bewegungsfluss aber kaum noch Berücksichtigung.

<sup>7</sup> Sportwissenschaftlich betrachtet können Sie einen Marathonläufer langsam mit ausgefeilten Trainingsmethoden darauf vorbereiten, vielleicht einmal unter drei Stunden zu laufen. Arbeitswissenschaftlich betrachtet lässt sich dieses Ziel weit schneller und leichter erreichen, wenn man für die 42192 Meter ein Rad verwenden würde, oder den Start am Semmering ansetzen würde, um dann Richtung Wiener Neustadt zu laufen.... Blanke Blasphemie aus Sicht des Sports!

<sup>8</sup> War bereits der Slogan des von mir 1994 gestalteten AUYA-Projekts BIB.

<sup>9</sup> Dem „Healthy worker effect“ nach werden Personen, die die Arbeit nicht aushalten, ohnehin auf kurz oder lang „ausgesiebt“, sodass nur mehr jene mit besserer Kondition übrig bleiben. Wäre die Arbeit trainingswirksam, müssten diese Mitarbeiter/innen auch langfristig die nötigen Voraussetzungen ohne zusätzliches Training erhalten können. Eine Einschätzung, ob dies auf den Aspekt Herzgesundheits zutrifft, wird durch andere Faktoren, allem voran Beschwerden im Bewegungs- und Stützapparat, erschwert.

<sup>10</sup> Am effizientesten ist es, nur den Anspruch zu verfolgen, einen Impuls zu mehr Eigenaktivität zu setzen. Diese Interventionsmaßnahmen sind vor allem wissensorientiert und benötigen wenig Zeit. Effektiver wird die gleiche Maßnahme, wenn diese Impulse von Personen durchgeführt werden, die nicht nur sachlich viel wissen, sondern (auch) begeistern können. Noch effektiver können übungsorientierte Angebote sein. Diese erfordern eine gewisse Kontinuität (wenigstens 12 Wochen), um greifen zu können. Viele Betriebe erkennen den Wert gemeinschaftsfördernden Tuns allerdings oft erst in einer Phase, wo ebendieses bereits auf eine harte Probe gestellt wurde, weshalb sich erhoffte Erfolge nicht so einstellen. Es ist gerade zu diesem Zeitpunkt die Frage zu stellen, ob der Betrieb noch (bzw. schon) reif für Aktivitäten, wie gemeinsames Nordic Walking, Radausflüge, etc. ist.

<sup>1</sup> Das äußert sich im Gegenargument Nummer 1: „Dafür habe ich/haben wir keine Zeit!“

<sup>2</sup> Manchmal gewinnt man den Eindruck, dass „Zeit zu schaffen“ wirklich nur Gott allein vorbehalten sei.

<sup>3</sup> Eine Diskussion, inwieweit das Selbstverständnis der Arbeitsmedizin und der daraus resultierende Anspruch auf Leadership in allen Gesundheitsbelangen diese Strategie hervorbeschworen haben könnte, würde den Rahmen des Workshops bei weitem sprengen.

## Workshop 3: Regionales Setting

### „Ein Herz für Wien“

**Herz-Kreislauf-Vorsorge hat in Wien einen Namen  
Michael Kowanz-Eichberger**

„Ein Herz für Wien“ ist das Herz-Kreislauf-Vorsorgeprogramm der Stadt Wien und der Wiener Gebietskrankenkasse. Den Vorsitz des Wissenschaftlichen Beirats führt Univ.Prof. Dr. Anita Rieder vom Institut für Sozialmedizin an der Medizinischen Universität Wien. Das Team besteht aus fünf Mitarbeiter/innen unter der Leitung von Mag. Michael Kowanz-Eichberger. Seit 2001 wurden 19 Projekte im Bereich der nachhaltigen Gesundheitsförderung und Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen umgesetzt und gefördert. Der Schwerpunkt liegt in der Bereitstellung von einfachen Angeboten an die Zielgruppe, um die eigenen Lebensgewohnheiten so zu ändern, dass sie der Herzgesundheit förderlich sind. Ein weiteres wichtiges Standbein in Richtung Aufklärung der Wiener/innen über die wichtigsten Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist die Organisation von und die Teilnahme an Veranstaltungen. Dabei steht der unmittelbare Kontakt mit den Menschen im Vordergrund.

Wirkung und Nachhaltigkeit – das sind die beiden Hauptkriterien, an denen der Erfolg von „Ein Herz für Wien“ beurteilt wird. Die gesetzten Maßnahmen zielen sowohl auf die Verhaltensprävention als auch auf Verhältnisprävention ab. Das gilt für den Bereich Öffentlichkeitsarbeit und Veranstaltungen ebenso wie für die zielgruppenorientierten Projekte, deren wichtigste in der Folge kurz dargestellt sind.

Das bisherige Aushängeschild von „Ein Herz für Wien“ ist das „Herz-Weckerl“. Es wurde in Zusammenarbeit mit den Wiener Bäcker/innen entwickelt und umgesetzt. Kernstück ist ein Kriterienkatalog für die herzgesunde Zwischenmahlzeit, der gemeinsam mit der Österreichischen Gesellschaft für Ernährung und den namhaften Expert/innen in Wien erstellt wurde. Auf dieser Basis werden mit den Bäckereien individuelle „Herz-Weckerl“-Varianten kreiert, die einerseits diesen ernährungswissenschaftlichen Kriterien entsprechen

und gleichzeitig den hohen geschmacklichen Anforderungen der Kund/innen gerecht werden. Mittlerweile wurden über 2 Millionen Weckerl verkauft, die Zahl der teilnehmenden Bäckereifilialen steigt stetig und an der Ausweitung der herzgesunden Produkt-Palette wird gearbeitet.

Seit Herbst 2007 wird gemeinsam mit dem Männergesundheitszentrum und dem FEM Süd das Programm „Schlank ohne Diät“ umgesetzt. In zehn Kurseinheiten geht es um nachhaltige Gewichtsreduktion – aber nicht durch eine Radikaldiät, sondern über die Umstellung der individuellen Ernährungsgewohnheiten. Zum Kurs gehören auch begleitende Bewegungsangebote und Kochkurse, sodass die Theorie auch gleich in die Praxis umgesetzt werden kann.

Ebenfalls im Männergesundheitszentrum angesiedelt ist das Projekt „Stark und Fit“. Fünfzig- bis siebzigjährige Männer, die einen oder mehrere Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen aufweisen, werden durch gezielte Interventionen bei der Verbesserung ihres Lebensstils unterstützt. Die Sensibilisierung und Aufklärung wird durch Vortragsreihen und Öffentlichkeitsarbeit erreicht. Für eine intensivere Auseinandersetzung in der Kleingruppe werden Kurse mit je zehn Einheiten angeboten. Die Teilnahme an den begleitenden Bewegungsangeboten – auch für die Partnerin – ist in der geringen Kursgebühr inkludiert. Es besteht auch die Möglichkeit für Einzelcoachings. Alle Maßnahmen werden mehrsprachig angeboten.

In der betrieblichen Gesundheitsförderung werden zwei Projekte umgesetzt. Bei „Genuss in Favoriten“ liegt der Schwerpunkt im Bereich der Ernährung am Arbeitsplatz, selbstverständlich mit dem Ziel, die gesunden Ernährungsgewohnheiten auch in das private Umfeld zu übernehmen. Anfang 2008 startete für fünfzehn Klein- und Kleinstbetriebe ein kompletter Zyklus der betrieblichen Gesundheitsförderung im Rahmen des Projekts „Herzjobben“.

Unter dem Projekttitel „Geh!sund“ wird die Bewegungsbotschaft – „3.000 Schritte für Ihre Gesundheit“ – so aufbereitet, dass die Wiener/innen moderate Bewegung stärker in den normalen Alltag integrieren können. Dafür wurde der sehr niederschwellige und praktisch al-

len Bevölkerungsgruppen zugängliche Bewegungsansatz des Gehens gewählt. Bereits eine Stunde zusätzliches Gehen pro Woche verringert das Herz-Kreislauf-Risiko um rund 5 Prozent, so die wissenschaftliche Untermauerung durch das Evidenz-Statement von Dr. Günther Samitz. Im Mittelpunkt stehen immer die Freude an der Bewegung und die Motivation durch das Erlebnis in der Gruppe. Um ein optimales und maßgeschneidertes Angebot zu ermöglichen, erfolgte die Konkretisierung der Maßnahmen entsprechend den Bedürfnissen der unterschiedlichen Zielgruppen. Daraus entwickelten sich drei settingorientierte Subprojekte.

Unter dem Titel „Geh!sund – Bewegte Apotheke“ – in Kooperation mit Wiener Apotheken – werden wöchentliche Nordic-Walking-Treffs für ältere Menschen angeboten. Unter der professionellen Anleitung der „Geh!sund“-Bewegungstrainer/innen schaffen so jene, die sich bisher kaum oder gar nicht regelmäßig bewegt haben, einen sanften Einstieg. Die psychosoziale Komponente – Motivation in der Gruppe, Zusammengehörigkeitsgefühl untereinander und mit dem Trainer/innen-Team – steht hier ganz deutlich im Vordergrund. Der daraus entstandene Community-Gedanke wird weiter gefördert durch die Ausbildung von Bewegungstrainer/innen, die direkt aus den Gruppen kommen. Sie sollen die Walking-Treffs als Co-Trainer/innen unterstützen oder sogar selbstständig weiterführen.

Für „Geh!sund – Bewegte Frauen“ wurde ein Schulungskonzept für Multiplikator/innen entwickelt, in dessen Rahmen grundlegende Bewegungskompetenzen und Bewegungsbotschaften vermittelt werden. Das Ausbildungsprogramm besteht aus einem aktiven, „bewegten“ Teil – mit eigens zusammengestellten Übungen – und aus Botschaften für die gesundheitsförderlichen Wirkungen der moderaten Bewegung im Alltag. Dieses Wissen wird dann in Form von eigenständigen Bewegungskursen in die eigenen Vereine und Communities – unterschiedlichster Kulturen – transportiert. Dabei ist immer gewährleistet, dass die Frauen ausreichend Raum für Erfahrungsaustausch erhalten. Ebenso wurde ein Konzept für die Unterstützung der individuellen Aktivitäten erarbeitet.

Mit der Aktion „Brunnenmarkt bewegt!“ konnte das Gesundheitsthema erstmals im Umfeld des Brunnen-

marktes – und damit bei vielen Menschen mit Migrationshintergrund – etabliert werden. Unter dem Motto „Geh!sund zur EM“ fanden im Vorfeld der EURO 2008 mehrmals wöchentlich Events statt, bei denen zum Mitmachen von einfachen Bewegungsabfolgen eingeladen wurde, an der frischen Luft, direkt am Arbeitsplatz.

Erstmals wird auch ein Projekt für die Gesundheitsförderung im Bereich der Entspannung und Stressreduktion angeboten. Immerhin sind dreißig Prozent des Gesamtrisikos für Herz-Kreislauf-Erkrankungen auf den Risikofaktor Stress zurückzuführen. Wissenschaftliche Studien belegen den positiven Einfluss von Humor und Lachen auf die psychosoziale Gesundheit. Die settingorientierten Maßnahmen von „Lach dich entspannt“ vermitteln das Wissen über diese gesundheitsförderlichen Wirkungen von Humor und Lachen – und machen sie gleichzeitig auch direkt erlebbar. Dabei wird immer sehr eng mit den jeweiligen Ansprechpartner/innen in ausgewählten Grätzeln kooperiert, und Synergien mit bereits bestehenden Projekten werden genutzt. Seminare, Vorträge, Lachyoga usw. werden je nach speziellen Bedürfnissen konkretisiert, um ein optimales Angebot zu ermöglichen. In der Zwischenzeit werden die Angebote vermehrt aktiv nachgefragt. Vor allem das Element Lachyoga stößt auf deutlich größeres Interesse als ursprünglich angenommen und entwickelt sich zum eigentlichen Träger des Multiplikator/innen- bzw. des Community-Gedankens: Ein LachClub im 22. Bezirk (Donaustadt) startete im Oktober. Im Rahmen der Projektwebseiten auf [www.einherzfuerrwien.at](http://www.einherzfuerrwien.at) wurde ein spezieller Servicebereich eingerichtet. Dort kann man sich Tipps für Veranstaltungen holen oder den monatlichen Humor-Newsletter abonnieren.

Großen Wert legt man bei „Ein Herz für Wien“ auf den unmittelbaren Kontakt zu den Wiener/innen, auf das individuelle Beratungsgespräch. Bei durchschnittlich 20 Veranstaltungen pro Jahr sind eigens geschulte Mediziner/innen in der „Ein Herz für Wien“-Info Lounge im Einsatz, messen Blutdruck, Bauchumfang und BMI und geben wertvolle Tipps für eine nachhaltige Umstellung der Lebensgewohnheiten. Jährliches Highlight ist der Wiener Herz-Kreislauf-Event, der heuer bereits zum vierten Mal durchgeführt wurde und seinen Höhepunkt am Nationalfeiertag in der „Größten Blutdruckmessaktion Wiens“ fand.

Das Konzept der Öffentlichkeitsarbeit beruht auf regelmäßiger Medienarbeit einerseits und konsequenter Servicierung der relevanten Öffentlichkeiten andererseits. Die Mediaservices sowie der monatliche Newsletter sollen die Bekanntheit des Gesamtprogramms steigern. Gleichzeitig sind sie die Basis für einen gestärkten Auftritt bei Veranstaltungen und in Projekten. Sie erhöhen die Wirkung der gesetzten Aktivitäten im Setting, also direkt bei den Menschen.

Die positive Wahrnehmung von „Ein Herz für Wien“ in der Wiener Bevölkerung ist auch eines der Ziele der Networking-Aktivitäten. Durch die konsequente Kontaktpflege können zudem Synergien – bei laufenden und neuen Projekten – besser genutzt werden, die Zahl der Kooperationspartner/innen (auch aus der Wirtschaft) steigt. So etabliert sich das Programm als anerkannte Schnittstelle im Bereich der Gesundheitsförderung bzw. Prävention.

Mitte 2007 wurde „Ein Herz für Wien“ aus 715 Einreichungen von der unabhängigen Kommission der UN-Habitat zum „Model of Good Practice“ erklärt und mit dem Dubai International Award – für die Verbesserung der Lebensqualität in Städten und Gemeinden – ausgezeichnet. Im Vorjahr gewann das Programm den Gesundheitspreis der Stadt Wien 2007 in der Kategorie Gesundheitsförderung/Prävention.

## **Gesundes Salzburg 2010. Eine Initiative für Ihr Gesundes Herz.**

**Maria Pramhas**

„Gesundes Salzburg 2010“ ist ein Projekt zur Vorbeugung von kardiovaskulären Erkrankungen im Bundesland Salzburg durch die Stärkung der Gesundheitskompetenz des Individuums und den Aufbau von gesundheitsförderlichen Strukturen im Setting „Gemeinde“.

Die Senkung der Inzidenz kardiovaskulärer Erkrankungen ist eines der Gesundheitsziele des Landes Salzburg, d.h. es gibt einen öffentlichen Auftrag, sich dieses Themas anzunehmen.

Im Rahmen der 1999 initiierten SAPHIR-Studie in Salzburg wurden in der Salzburger Bevölkerung höhere Prävalenzen des metabolischen Syndroms (etwa 20 Prozent), der Adipositas (20 Prozent) sowie kardiovaskulärer Risikofaktoren festgestellt.

Die Notwendigkeit einer Veränderung im Ernährungs- und Bewegungsverhalten ist vielen Menschen bewusst. Zu viel fettes und süßes Essen und gleichzeitig zu wenig körperliche Bewegung bewirken, dass immer mehr Menschen mit dem Problem Übergewicht und seinen möglichen Folgen wie Stoffwechsel- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen konfrontiert sind. Dies wird zu einem Ansteigen des metabolischen Syndroms führen. Infolgedessen wird auch die Häufigkeit von Typ2-Diabetes und kardiovaskulären Erkrankungen zunehmen.

Wissenschaftliche Ergebnisse – wie z.B. jene der INTERHEART-Studie – haben sehr eindrucksvoll bewiesen, dass etwa 90 Prozent aller kardiovaskulären Ereignisse durch folgende neun Risikofaktoren erklärbar sind:

- Alter
- Dyslipidämie (abnorme/erhöhte Fettanteile im Blut)
- Hypertonie (Bluthochdruck)
- Rauchen
- viszerale Adipositas (erhöhter Taillenumfang: Frauen >80, Männer >94)
- psychosozialer Stress
- zu geringer Konsum von Obst und Gemüse

- zu geringe körperliche Aktivität
- Alkoholkonsum

Durch Modifikation einiger dieser Faktoren könnten etwa 80 Prozent aller kardiovaskulären Ereignisse verhindert werden: durch Nikotinabstinenz, ausreichende körperliche Aktivität, ausreichenden Konsum von Obst und Gemüse, mäßigem Alkoholkonsum. Die Umsetzung vorbeugender Maßnahmen scheidet jedoch oft am Fehlen geeigneter Angebote bzw. an der Motivation, sie regelmäßig zu nutzen. Notwendig sind Angebote und Maßnahmen, die zum einen alle Bevölkerungsgruppen erfassen und zum anderen alle Schritte von Information, Motivation und Überzeugung über Aktion bis hin zur Nachhaltigkeit beinhalten.

### Zielsetzungen des Projektes „Gesundes Salzburg 2010“:

Übergeordnetes Ziel ist es, Männer und Frauen zu bestärken und zu motivieren, ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit, insbesondere hinsichtlich der kardiovaskulären Risiken, zu erlangen. Die zur Zielerreichung zu bearbeitenden Themen sind:

- Ernährung
- Bewegung
- Entspannung
- Nichtrauchen
- normaler Bauchumfang

#### Weitere Zielsetzungen:

- Aufbau einer gesundheitsfördernden Struktur in zehn Salzburger Gemeinden.
- Senkung der Inzidenz kardiovaskulärer Risikofaktoren in der Hauptzielgruppe, nämlich Frauen und Männer im arbeitsfähigen Alter.
- Arbeitsgruppen in den Gemeinden erarbeiten zu jedem Subthema ein Angebotskonzept für ihre Gemeinde und sorgen für dessen Durchführung.
- Der Genderaspekt wird in allen Teilbereichen berücksichtigt.

Zielgruppe:

Männer und Frauen im arbeitsfähigen Alter.

Finanzierung:

- Fonds Gesundes Österreich (FGÖ)
- Land Salzburg – Gesundheitsressort
- ATOMIC AUSTRIA GmbH
- dm drogerie markt GmbH
- Johnson & Johnson GmbH
- WIBERG GmbH

Projektlaufzeit: 2006 bis 2010.

Projekttablauf:

Im ersten Jahr wurden die Gemeinden ausgewählt, Multiplikator/innen ausgebildet, vor Ort eine Arbeitsgruppe „Lebensstil“ installiert und eine IST-Erhebung durchgeführt.

Im zweiten Jahr wurde in jeder Gemeinde eine Auftaktveranstaltung – ausgehend von den Ergebnissen der Erhebung – bedürfnisvertiefend mittels open space-Methode geplant und organisiert. Die Ergebnisse dieser Veranstaltung dienen den Arbeitsgruppen „Lebensstil“ als Arbeitsgrundlage. Diesen Arbeitsgruppen wurde eine Gemeindebegleiter/in als Unterstützung beim Aufbau geeigneter Strukturen zur Seite gestellt.

Um die teilnehmenden Menschen und auch die ehrenamtlich arbeitenden Arbeitsgruppen nicht zu überfordern, wurde für die Umsetzung der Inhalte die Funktion des/der Impulsgeber/in eingeführt. Aufgrund der Kritik der Gemeinden und durch eine schlechte Unterscheidbarkeit zur Funktion des/der Gemeindebegleiter/in wurde diese Funktion im Sommer 2008 durch die Funktion eines/einer PR-Beauftragten ersetzt.

Dessen Hauptaufgabe ist es, das Projekt im Bundesland Salzburg – und speziell in den Gemeinden – einer breiteren Öffentlichkeit bekannt zu machen. Dazu zählen: Unterstützung der Arbeitsgruppen in Sachen Medienarbeit und Dokumentation, Erzeugung eines konsistenten Bildes nach außen, Kreation neuer Ideen im Event-Bereich, Redaktion der Homepage, Betreuung der bestehenden Partner/Sponsoren, Erweiterung des Netzwerkes für Schwerpunkt-Projekte. Eine stärkere Betonung des PR-Bereiches wurde von den Gemeinden auch in der begleitenden Projekt-Evaluation gefordert.

Jährlich werden in den Gemeinden Gesundheitsevents durchgeführt, die einerseits der Reflexion der gesetzten Maßnahmen dienen und andererseits einen Motivationsfaktor für die Zukunft darstellen. Diese Veranstaltungen dienen auch dem Benchmarking zwischen den Gemeinden.

Eine Homepage fördert die Motivation der einzelnen Gemeinden und bietet über Bildergalerien und Projektbeschreibungen die Möglichkeit einer stärkeren Partizipation durch die Öffentlichkeit. Die Homepage wird derzeit einem Relaunch unterzogen, um zukünftig noch gezielter auf die Wünsche und Bedürfnisse der Projektteilnehmer/innen eingehen zu können.

Um die einzelnen Arbeitsgruppen zu unterstützen, Synergieeffekte zu nutzen und zu motivieren, gibt es jährliche Vernetzungstreffen aller teilnehmenden Gemeinden.

Zum Abschluss des Projektes ist neben einer weiteren IST-Erhebung eine große Abschlussveranstaltung vorgesehen.

### **Ausgewählte Aktivitäten/Projekte aus den Gemeinden:**

#### **Themenbereich Ernährung:**

- Ernährungsvorträge
- Kräuterwanderungen
- Bio-Wochenmarkt
- Fit über den Winter – „Gesundes Backen“
- Gesunde Rezepte in der Gemeindezeitung
- Gesunde Jause und „Mini Molk“ (Projekt regionaler Biobauern)
- Ernährungsaktionen im Lebensmittelhandel
- Kräutergarten
- Ernährungs-Bewusstseinsbildung in Gemeindebetrieben
- Gärtner/innen-Projekt

#### **Themenbereich Bewegung:**

- Gemeinsames Aufbautraining für den Wien-Marathon
- City-Lauf mit kostenlosem Fitnesstest
- Familienradwandertag

- Tanzen ab der Lebensmitte
- Sporttrainer/innen-Fortbildung „Herz-Kreislauf-Training“
- Nordic Walking-Gruppe
- Bewegungstage
- Wanderwegenetz neu
- Beachsoccer-Turnier
- Fitness- und Gesundheitscheck im Freibad
- Familienwandertag
- Aqua-Training im Hallenbad/Freibad
- Senior/innen-Turnen
- Sunnseitn-Lauf
- Kurse für Bäuerinnen/Bauern (Aqua-Gymnastik, Beckenbodentraining)
- Radwandertag zum Gemüseradweg

#### **Themenbereich Entspannung:**

- Eröffnung Kneipp-Anlage
- Kraftplatz am See
- Yoga-Gruppe
- Wohlfühlgruppe
- Wohlfühltag
- Klangschalen-Entspannung
- Vorträge
- Genuss-Workshops

#### **Themenbereich Nichtraucher:**

- Nichtraucher/innen-Woche (mit Apotheke)
- Raucher/innen-Beratung
- Raucher/innen-Entwöhnungsgruppen
- Einschaltungen in Gemeindezeitungen

#### **Gesundheitsaktionen:**

- Gesundheitstage
- Gesunder Geschenkskorb der Gemeinde
- Bewegungsfest
- Herbstfest

## Workshop 4:

### Männer

#### „Fit fürs Leben – Fit im Einsatz“

##### Ein Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekt bei steirischen Einsatzorganisationen

Manfred Lamprecht

Bei „Fit fürs Leben, Fit im Einsatz“ handelte es sich um ein wissenschaftliches Modellprojekt, welches den Einfluss eines präventiven und gesundheitsfördernden Interventionspaketes auf die Gesundheitshandlungskompetenz, den Gesundheitsverlauf und auf die psychophysische Fitness bei hauptberuflich Angestellten von Einsatzorganisationen untersuchte. Die Studie wurde mit einem randomisierten Cross-over design durchgeführt. Veränderungen im Verhalten der Teilnehmer/innen und strukturelle Veränderungen wurden analysiert. Über den gesamten Projektverlauf von vier Jahren wurden positive Veränderungen im Ernährungsverhalten, im Wohlbefinden und im Bewegungsverhalten festgestellt. Bei der Umsetzung struktureller Maßnahmen zeigten sich die Einsatzorganisationen kooperativ. Als Ergebnis dieses Interventionsprojekt wird den Einsatzorganisationen ein mehrstufiges Interventionsmodell vorgeschlagen.

##### Ausgangssituation/Problemstellung:

Angestellte von Einsatzorganisationen unterliegen einem besonderen psychophysischen Belastungsprofil bzw. sind besonderen Stressoren ausgesetzt. Schon bei Übungseinsätzen wird die Gesamtstressbelastung für junge Feuerwehrmänner als zu hoch eingeschätzt<sup>1</sup>. Dazu kommt der „Belastungsalltag“ der Einsatzkräfte, welcher selten gesundheitsoptimierenden Vorgaben entspricht: diskontinuierliche Dienst- und Einsatzzeiten, nicht adäquate Erholungszeiten, Zeitmangel und Zeitdruck, ungenügende und falsche Verarbeitung von psychisch belastenden Einsätzen, Verletzungen im Einsatzgeschehen etc. In vielen Fällen addiert sich noch ein ungesunder Lebensstil hinzu. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Magen- und Darmerkrankungen, Hauterkrankungen, Bronchitis sowie Nieren- und Blasenerkrankungen werden als typische „Stresskrankheiten“ beschrieben<sup>2</sup>. Bei Männern –

Männer bildeten den Hauptanteil der Teilnehmer/innen in diesem Projekt – enden die erwähnten Erkrankungen häufiger mit dem Ableben als bei Frauen<sup>3</sup>. Gezielte präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen sowohl während der Dienstzeit als auch in der Freizeit könnten die Salutogenese der betroffenen Personen prolongieren bzw. auf ein höheres Niveau heben.

##### Zielsetzung:

Untersuchung des Einflusses eines präventiven und gesundheitsfördernden Interventionspaketes auf die Gesundheitshandlungskompetenz, den Gesundheitsverlauf und auf die psychophysische Fitness bei hauptberuflich Angestellten von Einsatzorganisationen, vor allem der teilnehmenden Männer (527 Männer, 65 Frauen)

##### Design und Methoden:

Das Untersuchungsgut setzte sich aus Settings der Polizei und des Roten Kreuzes aus der gesamten Steiermark und der Berufsfeuerwehr Graz zusammen. Nach einem Untersuchungszeitraum von vier Jahren sollten die ausgewerteten Ergebnisse dazu dienen, die Effekte der Interventionsmaßnahmen zu bewerten. Die verhaltenspräventiven Interventionen setzten sich aus Bewegungs-, Ernährungs- und psychosozialen „Modulen“ zusammen: Trainingseinheiten, Seminare, Workshops, Vorträge, Kurse, Work-outs, Incentives etc. Die Dokumentation, Kontrolle und Evaluation der Modulnutzung wurde durch ein elektronisches, internettaugliches Punktesystem gewährleistet. Am Beginn und am Ende der beiden Modulinterventionsphasen (cross-over) wurden Untersuchungsstraßen, eingerichtet um Effekte der Modulintervention bewerten zu können. Die verhältnispräventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen setzten sich aus längerfristig angelegten Schulungen und Ausbildungen für ausgesuchte Personengruppen sowie aus der Implementierung von Skills und Strukturen, hauptsächlich in den Settings, zusammen.

Insgesamt starteten im Jahr 2005 593 hauptberuflich angestellte Personen (3.,4.,5. Lebensdekade, männlich und weiblich) aus 14 Polizeissettings, 11 Rot-Kreuz-Dienststellen und der Dienststelle der Berufsfeuerwehr Graz in dieses Projekt. Nach der Rekrutierungsphase der Settings und der teilnehmenden Personen wurden zunächst alle Probanden in der umfassenden Untersuchungsstraße nach Gesundheits- und Fitnesszustand

untersucht. Außerdem wurden Fragebogenerhebungen zum Bewegungs- und Ernährungsverhalten sowie psychosozialen Wohlbefinden durchgeführt. Danach, im April 2005, startete die erste Modulinterventionsphase (MI I) mit einer Zeitdauer von 12 Monaten für die randomisiert ermittelten Settings. Für die Modulinterventionsphase II (MI II) wurde dann gewechselt, wobei das Setting, welches in der MI I in der Interventionsgruppe war, als Kontrollsetting diente und vice versa. Während der jeweiligen Modulinterventionsphase über 12 Monate wurden die entsprechenden Kontrollsettings von jeglicher Intervention – sowohl von verhaltens- als auch verhältnispräventiver/gesundheitsfördernder Intervention – ausgeschlossen. Die Settings der MI wurden in den Bereichen Bewegung, Ernährung und Psychosoziales als auch hinsichtlich struktureller Optimierungen in deren Settings während dieses MI-Jahres kontinuierlich betreut. Die verhaltenspräventive Intervention war hinsichtlich Quantität und Qualität genau festgesetzt (z. B. Art und Anzahl der Trainingseinheiten, Seminare, Workshops, Vorträge, saisonal gleiches Angebot, gleiche Trainer/innen in gleichen Regionen etc.), damit nach dem Cross-over die ursprünglichen Kontrollsettings das gleiche Interventionsprogramm in Anspruch nehmen konnten. Die strukturellen Interventionen waren in ihren Absichten und Vorschlägen definiert und standardisiert.

#### **Evaluation:**

Da es sich um ein Modellprojekt handelte und vergleichbare Studien in Europa nicht bekannt waren, wurden das Projektdesign und die Interventionsformen breit konzipiert, sodass eine umfassende Datenansammlung möglich war. Aus der vorwiegend explorativen Datenanalyse wurden weitere Fragestellungen und Hypothesen formuliert und schließlich mit Methoden der induktiven Statistik geprüft. Strukturelle Interventionen und Veränderungen in den Settings bzw. in übergeordneten Dienststellen wurden an Hand von Prozessbeobachtungen, Prozessbeschreibungen und Soll-Ist-Vergleichen evaluiert.

### **Ergebnisse Fragebogenevaluation:**

#### **1. Ernährungsverhalten:**

Insgesamt betrachtet – alle Einsatzorganisationen und Settings zusammengelegt – hat sich von 2005 bis 2008

vor allem der Konsum von Wasser/Mineralwasser um 11 Prozent erhöht und der Verzehr von Süßigkeiten um 10 Prozent verringert. Separat betrachtet – also jede Einsatzorganisation einzeln – wurden folgende Veränderungen im Ernährungsverhalten im Zeitraum 2005 bis 2008 analysiert: Polizei: um 10 Prozent erhöhter Wasser/Mineralwasserkonsum, 12 Prozent weniger Süßigkeiten, 20 Prozent mehr kohlenhydratreiche Lebensmittel. Rotes Kreuz: um 10 Prozent mehr Mineralwasser. Berufsfeuerwehr: um 18 Prozent mehr Mineralwasser, 10 Prozent mehr an Obst und Gemüse, 8 Prozent weniger Alkohol und 22 Prozent weniger Süßigkeiten.

#### **2. Bewegungsverhalten:**

Im Bewegungsverhalten war in der Grundgesamtheit von 2005 bis 2008 keine Veränderung zu beobachten. Separat betrachtet wurden folgende Veränderungen im Bewegungsverhalten im Zeitraum 2005 bis 2008 analysiert:

Polizei: Keine Veränderungen im Bewegungsverhalten. Rotes Kreuz: Es wurde um 10 Prozent mehr Ausdauersport, in der Kategorie >3000 kcal/Woche, betrieben. Für 3000 kcal müssen zwischen 5 und 10 Trainingsstunden kalkuliert werden<sup>4</sup>. Berufsfeuerwehr: Die außerberuflichen Bewegungsaktivitäten im Bereich >4 Stunden/Woche haben sich um 7 Prozent erhöht.

#### **3. Psychosoziales Wohlbefinden und Verhalten:**

Im psychosozialen Bereich fiel auf, dass die Angestellten des Roten Kreuzes mit ihren Arbeitsaufgaben und Arbeitsbedingungen deutlich zufriedener sind als die Beamten der Polizei. Die RK-Bediensteten fühlten sich am Arbeitsplatz wohler. Die Berufsfeuerwehrmänner fühlten sich am gerechtesten bezahlt, die RK-Angestellten in den großen Settings Graz und Leibnitz am schlechtesten. Andererseits fühlen sich die Berufsfeuerwehrmänner durch den Konkurrenzkampf untereinander stärker belastet als die Angestellten der anderen Einsatzorganisationen. Die Antworten zu Selbstzufriedenheit, Lebenssinn, Lebensfreude, Lebensqualität wurden im Durchschnitt von allen Einsatzorganisationen mit „unzufrieden“ beantwortet. Die Auswertungen über Veränderungen im Wohlbefinden und psychosozialen Verhalten über den Untersuchungszeitraum waren bis zum Erscheinen dieses Bandes noch nicht finalisiert.



### **Ergebnisse der klinischen und naturwissenschaftlichen Erhebungen:**

Signifikante Veränderungen der Werte bei diesen Variablen wurden über den Beobachtungszeitraum 2005 bis 2008 nicht festgestellt. Beobachtet wurde allerdings ein klarer Unterschied in der maximalen aeroben Leistungsfähigkeit zwischen den 3 Einsatzorganisationen.

Am besten trainiert waren die Bediensteten der Berufsfeuerwehr. Die durchschnittlichen Maximalwerte lagen bei 350 Watt, bei den Polizisten bei 330 Watt. Deutlich niedriger war die maximale Leistungsfähigkeit bei den männlichen Bediensteten des Roten Kreuzes: 280 Watt. Diese Werte waren bei allen Folgeuntersuchungen reproduzierbar.

### **Bewertung der wesentlichsten strukturellen Interventionen:**

#### **1. Gesundheitskoordinator/innen:**

Die Bestellung von Gesundheitskoordinator/innen (GK) als Kommunikationsschnittstelle zwischen Interventionsgeber und Interventionsnehmer hat sich als wesentlichste strukturelle Pflichtmaßnahme erwiesen. Die Annahme und Umsetzung von Interventionen und Aktivitäten im Setting lief quasi proportional zum Engagement des/der GK. Je engagierter der/die GK agierte, desto mehr Aktivitäten fanden im Setting statt, umso weniger Ausfälle waren zu verzeichnen und desto eher waren Verhaltensänderungen und positive physiologische Veränderungen festzustellen.

#### **2. Webseite:**

Durch die Installation einer eigenen Webseite fitimeinsatz.at wurden die Organisation, die Moduleinteilung und -terminisierung wesentlich vereinfacht und Arbeitsprozesse optimiert. Die Gesundheitskoordinator/innen und auch die Fachkoordinator/innen wurden entlastet. Die Modulinterventionen konnten genau in Qualität und Quantität dokumentiert und evaluiert werden, sowohl für den Interventionsgeber als auch für die Interventionsnehmer.

#### **3. Bewegungsmultiplikator/innen-Ausbildung:**

In diesen aus 36 Lehreinheiten aufgebauten Lehrgängen wurden die Teilnehmer/innen mit dem Ziel ausgebildet fachgerecht, freudvoll und motivierend die Be-

wegungsbereiche Nordic Walking, Laufen und Gehen an ihre Kolleg/innen in den einzelnen Settings vermitteln zu können. Die vom Verband von Sportwissenschaftler/innen, der Landessportorganisation Steiermark und von Styria vitalis zertifizierten Coaches dienten als Bewegungsmultiplikator/innen in deren Settings und trugen wesentlich dazu bei, dass Nordic-Walking-Kurse und Lauftreffs zustande kamen.

#### **4. Betriebsküchenadaptation Berufsfeuerwehr Graz und Landespolizeikommando Graz:**

Nach Ermittlungen der status-quo Zustände in der jeweiligen Betriebsküche wurden Menüanpassungen und Schulungen des Küchen- und Einkaufspersonals durchgeführt. Die Umstellung war in beiden Küchen geglückt, trotz anfänglicher Skepsis v.a. der Feuerwehrmänner. Gerade in dieser Gruppe wurde aber eine positive Veränderung im Ernährungsverhalten erfragt (siehe oben), was zum Teil auch auf die Betriebsküchenanpassung zurückzuführen war.

#### **5. Integration des Themenkomplexes „Sucht und Abhängigkeit“ in die Grundausbildung der Jungpolizist/innen:**

Diese Ausweitung im Lehrplan wurde mit sehr guten Feedbacks seitens der Polizeischüler/innen als auch der Führungsebene bewertet. Inwieweit diese Lehrplanänderung auch nach dem Ende von „Fit im Einsatz“ erhalten bleibt, ist gegenwärtig noch nicht einzuschätzen.

### **Schlussfolgerung und Perspektiven**

Um Prävention und Gesundheitsförderung in Einsatzorganisationen umsetzen und leben zu können, wird den Einsatzorganisationen die Entwicklung und Umsetzung eines Rückkoppelungsmodells empfohlen:

- 1.** Bestellung mindestens eines/r geschulten Gesundheitskoordinator/in für jedes Setting mit entsprechendem Rückhalt des/der Dienststellenleiter/in
- 2.** Installation eines adäquaten Kommunikationsnetzwerkes, am besten via Internet, um Settings und Regionen zu vernetzen und leichter betreuen zu können.
- 3.** Schaffung struktureller Rahmenbedingungen in den

Settings: z.B. Seminarraum, Küche, Gymnastik- und/oder Fitnessraum, Umkleide, Dusche, Geräte- und Fahrradraum, Internet etc.

4. Anbieten eines durchdachten Interventionsangebots im verhaltenspräventiven Bereich:  
z.B. 2 bis 3 Module pro Jahr aus den Bereichen Ernährung, Bewegung und Psychosoziales.
5. Evaluation der Prozesse durch die Gesundheitskordinator/in („Qualitätsmanagement“) und Rückkopplung mit
6. einer überregionalen Steuergruppe bzw. einer landesübergreifenden Fachgruppe.

Letztere beide Arbeitsgruppen halten direkten Kontakt mit der Landesführungsebene. Diese Empfehlungskette kann auch als Regelkreis betrachtet werden, weil immer wieder – von Zeitperiode zu Zeitperiode – bei Punkt 2 oder 3 neu begonnen werden muss.

### Literatur:

1. Finteis T, Oehler JC, Genzwürker H, Hinkelbein J, Dempfle CE, Becker H, Ellinger K. Stressbelastung von Atemschutzgeräteträgern bei der Einsatzsimulation im Feuerwehr-Übungshaus Bruchsal, Landesfeuerwehrschule Baden-Württemberg (STATT-Studie). Studienbericht an das Innenministerium, Baden-Württemberg 2002.
2. Dunckel H, Zapf D. Psychischer Stress am Arbeitsplatz: Belastungen, gesundheitliche Folgen, Gegenmaßnahmen. Bund-Verlag 1986.
3. Koch U, Müller S. Frauengesundheitsforschung. In: Deutsche Forschungsgemeinschaft, Senatskommission für Frauenforschung (Hrsg.). Sozialwissenschaftliche Frauenforschung in der Bundesrepublik Deutschland. Bestandsaufnahme und forschungspolitische Konsequenzen. Akademie-Verlag, Berlin 1994, 221–239.
4. Ainsworth BE, Haskell WL, Whitt MC et al. Compendium of physical activities: an update of activity codes and MED intensities. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, Vol. 32, No. 9 Suppl, 2000, 498–516.

## „Favoritner mit Herz“

### Ein Projekt für gesunde Männerherzen

#### 50+ in Theorie und Praxis

#### Romeo Bissuti

Vor dem Hintergrund des Wiener sowie des österreichischen Männergesundheitsberichtes wurde die Zielgruppe der 50- bis 70jährigen Männer für ein Herz-Kreislauf-Präventionsprojekt ausgewählt. In einem zweistufigen Design wurden einerseits Vorträge, andererseits Kursangebote für die Zielgruppe durchgeführt. Die gesamte Maßnahme wurde dreisprachig konzipiert, um auch türkischsprachige bzw. bosnisch-kroatisch-serbischsprachige Männer zu erreichen. Dabei stand ein Zugang zur inhaltlichen Gestaltung im Zentrum, der die Erfahrungen aus Männerarbeit und Männerbildung zum Ausgangspunkt machte. Die Ergebnisse der bisherigen Kurse mit deutsch- und türkischsprachigen Männern zeigen, dass die Angebote mit großer Motivation, Zufriedenheit und sichtbaren Erfolgen angenommen werden.

### Problemlage

Sowohl bei Männern als auch bei Frauen stehen die Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei der Mortalität an erster Stelle. Sie gehören weltweit zu den häufigsten Todesursachen und sind in den sogenannten westlichen Ländern für etwa 45 Prozent der Gesamtmortalität verantwortlich (Freidl et al. 2003). Bekanntermaßen werden dabei die Risikofaktoren in ‚unabänderliche‘ Faktoren einerseits (z.B. genetische Faktoren, Alter usw.) und Lebensstil-bedingte Faktoren andererseits – wie etwa Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum, Bluthochdruck, erhöhte Cholesterinwerte, Diabetes und Übergewicht – unterteilt. Besonders in den letzten Jahren gab es eine zunehmende Wahrnehmung und Erforschung der besonderen Gesundheitsrisiken von Männern. Die Befunde über die bis zu 6 Jahre kürzere Lebenserwartung der Männer, die sowohl im Wiener Männergesundheitsbericht (Schmeiser-Rieder und Kunze 1999) als auch im österreichischen Männergesundheitsbericht (ÖBIG 2004) zu Tage traten, zeigten auch, dass es gerade die Lebensstilfaktoren sind, die bei Männern als wesentlicher Präventionsfaktor gesehen werden müssen. Hier treffen Anliegen aus der Gesundheitsförderung auf Erfahrungen aus der Männerberatung und Männerarbeit, die sich schon seit vielen Jahren mit den fatalen Kon-

sequenzen traditionell männlicher Lebensentwürfe beschäftigt. (Meuser 2006, Hurrelmann und Kolip 2002, Altgeld 2004).

Männerbilder sind im Wandel begriffen, doch kann noch nicht davon ausgegangen werden, dass damit gesundheitsorientierte Bilder von Männlichkeit selbstverständlich geworden sind. Untersuchungen wie die von Paul Zulehner in Österreich (Zulehner 2003) zeigen, dass etwa zwei Drittel der hier befragten Männer – über unterschiedliche Männlichkeitsbilder- und entwürfe hinweg – von einer (mitunter auch) deutlichen Betonung der Arbeit gegenüber der Gesundheit berichten. Dies geht mit einem schlechteren Gesundheitszustand und einer geringeren Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen einher.

Männer verfügen vermutlich auch über ein geringeres Gesundheitswissen. Im Lebensstil-Bericht der Stadt Wien war zum Beispiel ersichtlich, dass bei der Gesundheitsinformation Frauen mit einem mittleren Abschluss über mehr Wissen verfügen als Männer mit Universitätsabschluss (Freidl et al. 2003). Es muss darüber hinaus in Betracht gezogen werden, dass ein riskanter Lebensstil zur unreflektierten Selbstdarstellung im Sinne traditioneller Männlichkeitsbilder dient. Risikobagatellisierungen wie der „Gösser-Muskel“ oder der „Bierzeps“ bringen dies deutlich auf den Punkt. Da Männer darüber hinaus als schwer zu erreichende und in der Praxis oft übergangene Zielgruppe in der Gesundheitsförderung gelten, ist hier besonderer Handlungsbedarf gegeben.

**Männerspezifische Gesundheitsförderung im MEN**  
Das 2002 gegründete MEN Männergesundheitszentrum im Kaiser-Franz-Josef Spital/SMZ Süd in Wien Favoriten ist eine niederschwellige Anlaufstelle der männerspezifischen Gesundheitsförderung sowie Gesundheitsberatung und steht allen Männern, Buben und Burschen in deren individuellen Lebenslagen und Lebensweisen zur Verfügung – unabhängig von Alter, Bildung, sexueller Orientierung sowie kultureller, religiöser oder ethnischer Zugehörigkeit. Der Zusammenhang von männlicher Sozialisation und gesundheitlichen Störungen, männerspezifischen Bewältigungsstrategien bei gesundheitlichen Problemen sowie männlicher Körperlichkeit und psychischen Aspekten wird in den MEN-Angeboten als Ausgangs- und Bezugspunkt genommen. Das

MEN dient der Impulsgebung, Förderung und Beratung im Hinblick auf gesundheitsbewusste Lebensstile von Männern, insbesondere jener von Migranten und sozial Schwächeren.

Die Zielgruppe der Männer im sogenannten ‚besten Alter‘ hat sich im Laufe der letzten Jahre mehr und mehr herauskristallisiert. Etwa jeder fünfte Mann, der 2007 zu einer Beratung ins MEN kam, war zwischen 50 und 70 Jahren alt. Um für diese Männer eine maßgeschneiderte Herz-Kreislauf-Prävention durchzuführen, wurde das Projekt ‚Favoritner mit Herz‘ konzipiert.

### Das Projekt

Das Projekt „Favoritner mit Herz – Stark und Fit Programm für Favoritner Männer 50 Plus“ ist eine Maßnahme zur Gesundheitsförderung bzw. Risikoprävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen durch Lebensstiländerung für Favoritner Männer zwischen 50 und 70 Jahren. Das Projekt wurde und wird mit der Unterstützung und den Mitteln des Fonds Gesundes Österreich und von „Ein Herz für Wien“ umgesetzt. Die Laufzeit ist von Juli 2007 bis April 2009.

Das Vorgehen wurde in zwei Stufen und in jeweils drei Sprachen (Deutsch, Türkisch, Bosnisch-Kroatisch-Serbisch) geplant: es wurden Vorträge für die Zielgruppe organisiert, die die Sensibilisierung und Aufklärung zum Thema „Herzgesundheit bei Männern 50 plus“ in der Zielgruppe, aber auch bei Medien und Multiplikator/innen, zum Ziel haben. Im deutschsprachigen Bereich konnte hier eine Kooperation mit dem Programm „(F)It Works“ des ÖSB vereinbart werden, bei dem Gesundheitsförderung für arbeitslose Menschen umgesetzt wird und ein hoher Anteil an Männern in der Zielgruppe besteht. Im türkischsprachigen Teil wurden ebenso wie im bks-sprachigen Bereich enge Kooperationen mit Kulturvereinen, muttersprachlichen Organisationen bis hin zu Moscheen gesucht.

Im zweiten Teil des Projektes werden „Stark und Fit“-Kurse für Männer organisiert, bei denen es neben einem 10-teiligen Seminarangebot zur Lebensstiländerung auch Bewegungsangebote und die Möglichkeit zum persönlichen Coaching gibt.

An der Gestaltung des Titels der Kurse („Stark und Fit“) wird bereits deutlich, dass die Erfahrungen und die For-

derungen an eine Männergesundheitsförderung einen Zugang nahe legen, der Ressourcen an Stelle von Defiziten in den Vordergrund rückt und jene Männer, bei denen eher traditionelle Bilder von Männlichkeit angenommen werden können, mit Begrifflichkeiten ‚abgeholt‘ werden, die lebensnah, verständlich und positiv konnotiert sind. Der inhaltliche Spagat bzw. das kommunikative Spannungsfeld eines Entgegenkommens an die Zielgruppe einerseits und einer ungewollten Verstärkung traditioneller Männerbilder andererseits, stellt eine permanente inhaltliche Fragestellung dar, die dem Feld der Männergesundheitsförderung inhärent ist.

Um in der Planung der Seminare auch ein besonderes Augenmerk auf den Zusammenhang von Selbstdarstellung als Mann und riskantem Lebensstil zu legen, wurden die Inhalte in entsprechender Weise neben klassischen Themen der Gesundheitsförderung und Prävention – etwa Ernährung, Bewegung, Rauchen oder Alkohol – auch mit Inhalten aus der Männerarbeit versetzt, wie Herz-Gesundheit und männliche Sozialisation, Stresskompetenz für Männer, Sexualität 50+ oder aber Beziehungskrise 50+. Damit sollen neben den psychischen koronaren Herz-Kreislaufkrankheits-Risikofaktoren, wie etwa der Depression, auch problematische Bewältigungsformen krisenhafter Lebenssituationen zum Thema werden. In allen Seminarteilen wird zudem großer Wert auf einen lebenspraktischen und ressourcenorientierten Fokus für die Zielgruppe gelegt.

### **Die „Stark und Fit“-Kurse in der Praxis**

Da gerade die dreisprachigen Kurse eine besondere Form und Innovation in der männerspezifischen Gesundheitsförderung darstellen, sind im Folgenden einige Erfahrungen und Zwischenergebnisse der ersten Kurse dargestellt. Im Zeitraum Oktober 2007 bis Juli 2008 konnten sowohl im deutschsprachigen Teil als auch in türkischer Sprache jeweils zwei Kurse durchgeführt werden.

Dabei zeigte sich bei der Bewerbung und Öffentlichkeitsarbeit, dass es eines sehr großen Aufwandes und einer Fülle an Kooperationen bedarf, um Männer für die Kurse zu gewinnen. Letztendlich machten sich aber die arbeitsintensive Zusammenarbeit mit Ärzt/innen (die als zentrale Gesundheitskommunikator/innen bei Männern gesehen werden können), mit Apotheken, der VHS Favoriten oder aber der Öffentlichkeitsarbeit von „Ein Herz

für Wien“ oder dem Wiener Krankenanstaltenverbund in einer ausreichenden Kursbuchung bezahlt. Im türkischsprachigen Bereich waren es demgegenüber vor allem die Früchte der langjährigen Vernetzungsarbeit des MEN, die hier ein Zustandekommen ermöglichten.

Einen Sonderfall stellt die bosnisch-kroatisch-serbischsprachige Zielgruppe dar. Trotz sehr intensiver Bewerbung, Kooperationen mit Kulturvereinen und Moscheen, der Mitgestaltung von Vernetzungen und Zusammenarbeit mit der MA 17 der Stadt Wien, war es nicht möglich, ausreichend viele Männer für einen Kursstart zu gewinnen. Als besondere Hürde haben sich dabei die Nachfolgewirkungen des Krieges im ehemaligen Jugoslawien herausgestellt. Die transnational geplanten Kurse waren in dieser Form nicht durchführbar. Das MEN setzte in der Folge verstärkt auf die Vorträge aus dem ersten Maßnahmenenteil in den Kulturvereinen, um so mittelfristig in eine weitere Motivation für Gesundheitsförderungsthemen in dieser Zielgruppe zu investieren. Die durchgeführten Vorträge konnten in der Folge in doppelt so großer Anzahl wie geplant durchgeführt werden.

Die Kurse in deutscher und türkischer Sprache starteten parallel jeweils im Oktober und im März. Insgesamt nahmen bisher 69 Männer an den Kursen teil. Fast alle Männer nützen dabei nicht nur das Vortragsangebot, sondern auch die Bewegungsangebote, die einerseits als moderates Herz-Kreislauf-Training im Anschluss an die Kursvorträge angeboten wurden, andererseits als Nordic-Walking-Einheiten zur Verfügung standen. Um Männer auch über die Motivation der Partnerinnen für den Kurs zu gewinnen, war es für diese möglich, kostenlos an der Bewegung teilzunehmen. Dies wurde vor allem im deutschsprachigen Bereich fallweise genützt. Die Seminar- und Bewegungseinheiten wurden in der Evaluation von den Kursteilnehmern sehr positiv bewertet. Sowohl die Themenauswahl wie auch die Art des körperlichen Trainings wurden in beiden Sprachgruppen mit einem sehr guten Schulnotenschnitt bewertet. In den erhobenen persönlichen Rückmeldungen bedankten sich viele Männer nochmals für die Kurse, hätten gerne eine Fortsetzung gehabt und zeigten sich von der Vielfalt der Themen angetan und beeindruckt. Weiters wurde das Thema der Gewichtsreduktion von vielen Männern als weiterführende Idee erwähnt. Es zeigte sich außerdem, dass die Inhalte, die sich den Männer-

gesundheitsthemen im Zusammenhang mit Männerrollenbildern widmeten, sehr gut angenommen wurden. Ein partizipativer Ansatz bewährte sich in den türkischsprachigen Kursen, indem die Inhalte der nächsten Einheiten von den Teilnehmern mitbestimmt werden konnten. Da gerade in dieser Sprachgruppe sehr bildungsferne Männer waren, konnte so besonders darauf geachtet werden, auch von grundlegenden Informationslücken zu erfahren, um diese dann zu bearbeiten.

Blickt man auf die soziodemographischen Daten der bisherigen Kurse, so fällt auf, dass es besonders im türkischsprachigen Bereich gelungen ist, Männer zu erreichen, die als sozial schwach gelten können und mit geringen Bildungsressourcen ausgestattet sind. Etwa zwei Drittel dieser Männer waren entweder arbeitslos oder lebten von Sozialhilfe. Ebenso viele dieser Teilnehmer können mit einem Volksschulabschluss als höchste abgeschlossene Schulbildung als bildungsfern gesehen werden. Dies zeigt, wie wichtig das Einbeziehen dieser Männer in wissensvermittelnde Präventionsmaßnahmen ist und wie erfolgreich dies gegebenenfalls genutzt wird.

Im deutschsprachigen Kurs war der überwiegende Teil der Männer in Pension. Damit ist es gelungen, Männer anzusprechen, die über institutionelle Gesundheitsförderungsprojekte wie etwa im Betrieb kaum erreichbar sind. Die schulische Bildung lag höher als bei den türkischsprachigen Männern, etwa zwei Drittel hatten einen mittleren Schulabschluss bzw. Matura. Interessant ist hier weiters der Vergleich dessen, wie die Männer vom Kurs erfahren hatten. Während es beim deutschsprachigen Kurs vor allem Medien und Öffentlichkeitsarbeit waren, die zum Erfolg führten, waren es beim türkischsprachigen Teil die persönliche Empfehlung und Vernetzungsarbeit, die am häufigsten genannt wurden. Das spiegelt die Erfahrungen des MEN in anderen Bereichen der Männergesundheitsförderung wieder und kann so zur Anregung anderer Projekte dienen.

Welche konkreten Verbesserungen gaben nun die Männer im Kursverlauf an? Ein erster positiver Befund ist, dass die Männer im Durchschnitt 1,7kg abgenommen hatten. Hier waren die Kurse in beiden Sprachen in etwa gleich erfolgreich. Auch bei den Angaben zum Blutdruck zeigte sich ein positiver Trend: Etwa ein Viertel

der deutschsprachigen und mehr als die Hälfte der türkischsprachigen Männer berichteten von einem Sinken der Blutdruckwerte.

Auch die Angaben zum Lebensstil zeigen am Kursende eine positive Entwicklung. So war laut Angaben der Alkoholkonsum um 35 Prozent gesunken. Jene Männer, die rauchten, konnten den Nikotinkonsum senken und in einem Fall sogar beenden. Ebenso stieg das Wissen um die Ernährung in allen Kursen stark an, ebenso jenes um Risikoverhalten und -faktoren im Zusammenhang mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Hier zeigten sich interessanterweise nur sehr geringe Unterschiede im Wissenszuwachs zwischen den Sprachgruppen. Dies verdeutlicht einmal mehr, dass auch bei bildungsnahen Männern keineswegs von einem guten Gesundheitswissen ausgegangen werden kann (siehe dazu auch den bereits erwähnten Lebensstil-Survey der Stadt Wien, Freidl 2003). Ebenso interessant ist allerdings zu sehen, dass die Männer ihre Zufriedenheit mit dem Essverhalten nur leicht steigern konnten. Da dies den Befunden von Gewichtsreduktion und Blutdrucksenkung widerspricht, mag dies auch ein Effekt einer kritischeren Betrachtung der eigenen Ernährung sein.

Auch der Umgang mit Stress hat sich nach Angaben der Männer leicht oder sehr verbessert, etwa 60 Prozent der Männer berichteten von dieser Veränderung, wobei dieser Effekt bei den deutschsprachigen Männern stärker ausgeprägt war. Sehr erfreulich ist schließlich auch, dass die Männer von einer gestiegenen Zufriedenheit mit dem eigenen Bewegungsverhalten berichteten. Etliche Männer nutzen die Möglichkeit, die Bewegungsangebote über die Vortragsreihe hinweg zu besuchen. Die resümierenden Fragen zum subjektiven Gesundheitszustand und zum Wohlbefinden zeigten ebenfalls eine positive Entwicklung. Im Schnitt konnte hier eine Verbesserung etwa um eine Schulnote erzielt werden.

### Schlussbemerkung

Die vorläufigen Ergebnisse aus dem Projekt „Favoritner mit Herz“ und vor allem den „Stark und Fit“-Kursen für Männer 50+ zeigen, dass es möglich ist, Männer für Gesundheitsförderung und Prävention zu gewinnen. Wichtig ist dabei zu beachten, dass ausreichende Ressourcen für Öffentlichkeitsarbeit, zahlreiche Kooperationen und Vernetzungen sowie persönliche Empfehlungen eine

wesentliche Rolle spielen. Die bisherigen Erfolge in den Kursen dürfen darüber hinaus als Hinweis einer gelungenen Implementierung von Inhalten aus der Männerarbeit in die Gesundheitsförderung gelten. Ein Entwicklungsfeld für die Zukunft liegt allerdings im Erarbeiten eines verbesserten Zugangs zu bestimmten Männern aus der Zielgruppe, wie etwa bildungsferne deutschsprachige Männer oder Männer aus dem ehemaligen Jugoslawien. Um hier zu einem Erfolg zu kommen, bedarf es aber nicht nur der Aktivitäten einzelner Gesundheitsförderungsprojekte, sondern vermutlich auch einer übergreifenden Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung, die jene Männer ins Zentrum des Interesses rückt. Ein gelungenes Verhältnis von Problemfokus und Ressourcenorientierung muss in jedem Fall als besonders zu beachtendes Qualitätskriterium für Männergesundheitsförderung gelten.

### Literatur:

- Altgeld, Thomas (Hrsg.) (2004). Männergesundheit. Juventa Verlag, Weinheim und München, Juventa Verlag.
- Freidl, W., Stronegger, W.-J. & Neuhold, Ch. (2003). Lebensstile in Wien. Stadt Wien (Hrsg.), Wien.
- Hurrelmann, Klaus & Kolip, Petra (Hrsg.) (2002). Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Verlag Hans Huber, Bern.
- Meuser, Michael (2006). Geschlecht und Männlichkeit. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden. 2. Aufl.
- ÖBIG (2004). 1. Österreichischer Männergesundheitsbericht. BMSK (Hrsg.), Wien.
- Schmeiser-Rieder, Anita & Kunze, Michael (1999). Wiener Männergesundheitsbericht 1999. Stadt Wien MA-L (Hrsg.), Wien.
- Zulehner, Paul M. (Hrsg.) (2003). Mannsbilder Ein Jahrzehnt Männerentwicklung. Schwabenverlag, Ostfildern.

## Workshop 5: Ältere Menschen

### Kleeblatt

Michaela Mayrhofer

Das Projekt Kleeblatt dient der Förderung einer aktiven und gesunden Lebensführung für Menschen höheren Alters. Teilnehmer/innen erhalten in einer halbtägigen Veranstaltung aktuelle Informationen zu den Bereichen Ernährung, Bewegung, Psychosoziales und medizinischer Vorsorge von speziell ausgebildeten Fachkräften. Die Beratung erfolgt individuell in Kleingruppen unter Einbezug der aktuellen Ausgangssituation der Teilnehmer/innen.

Zur Konkretisierung und besseren Motivation wird den Teilnehmer/innen ca. zwei Wochen nach Schulung ein individueller, auf Neigungen des einzelnen eingehender und auf die bisherige Lebensführung abgestimmter Empfehlungsbrief zur Optimierung der Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten für den psychosozialen Bereich und die medizinische Vorsorge zugesendet.

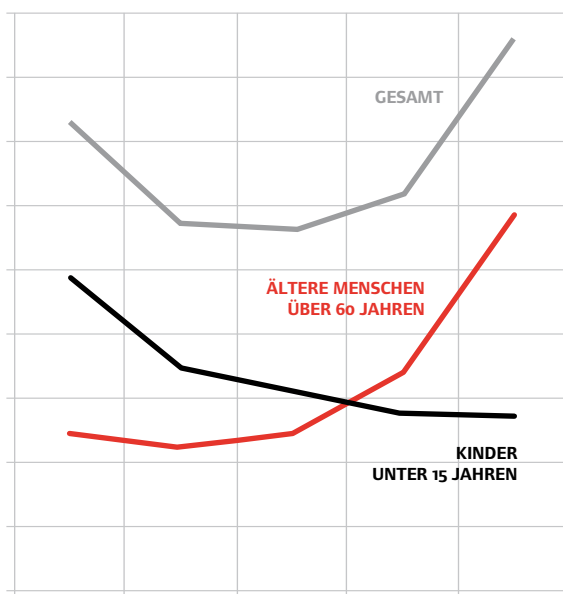
### Ausgangssituation und Problemstellung für das Projekt

Die Alterung der Bevölkerung ist im EU-Raum besonders stark ausgeprägt. Im letzten Jahrhundert ist der Anteil von über 60jährigen deutlich gestiegen, gleichzeitig ist der Anteil der unter 15jährigen zurückgegangen. Nach heutigen demografischen Prognosen weist die Bevölkerungspyramide eine dramatische Entwicklung auf und wird im Jahr 2050 fast „auf dem Kopf“ stehen.

Die folgende Grafik zeigt die Entwicklung der Belastungsquote (Anzahl der Kinder von 0 bis 15 Jahren zu älteren Menschen von 60 und mehr Jahren, die auf 100 Personen der Altersgruppe der 15- bis 60jährigen entfallen) in Vorarlberg von 1975 bis 2030 (ab 1996 Prognosewerte).

In Vorarlberg lebten 1999 rund 59.000 Menschen über 60 Jahre. 58 Prozent der älteren Menschen waren Frauen. Fast die Hälfte (46 Prozent) der älteren Menschen waren alleinstehend (31 Prozent verwitwet, 11

Prozent ledig, 4 Prozent geschieden). Tatsächlich alleine in einem Haushalt lebten 1998 rund 24 Prozent der ab 60jährigen (Sozialbericht 2000). Nach einer Befragung sind 10 Prozent der 60- bis 74jährigen vollkommen oder stark hilfs- und pflegebedürftig. Weiters benötigt rund ein Viertel der in Privathaushalten lebenden 60jährigen bei zumindest einer der folgenden Tätigkeiten fremde Hilfe: Wohnung verlassen, selbst anziehen, kürzere Strecken gehen, bücken, Stiegen steigen, kochen, bügeln (Mikrozensus 87 ÖSTAT).



Quelle: ÖSTAT (Österreichisches Statistisches Zentralamt)

### Schlussfolgerung

- » Die Anzahl pflegebedürftiger Menschen wird weiter ansteigen.
- » Wachsende Problemfelder können Vereinsamung, sinkende Einbettung in soziale und familiäre Strukturen und steigende Krankheitshäufigkeit sein.
- » In etwa 20 Jahren werden Altersgruppen hochbetagt sein, die praktisch nur den Wohlstand der Nachkriegszeit kennen und entsprechende Erwartungen an die Lebensqualität und damit Dienstleistungen im Gesundheitsbereich mitbringen.

### Projektziele

Primäres Ziel des Projekts ist die Vorbeugung der Neuentstehung von Krankheit und Behinderung im höheren Lebensalter, um langfristig schwerwiegende Pflegebe-

dürftigkeit zu vermeiden bzw. hinauszuzögern und damit die Lebensqualität zu steigern und Kosten im Gesundheitssystem einzusparen.

Im Sinne der Public Health Medizin formuliert: eine weitere Kompression der Morbidität ins höhere Lebensalter mit späterem Beginn der chronischen Erkrankungen im Alter und kürzerer Dauer (Kompression der Morbidität nach Fries, Doblhammer und Kytin). Für die Kompression der Morbidität haben in den letzten Jahrzehnten die Verbesserung der sozialen Lebensbedingungen inklusive Ernährung und Hygiene, der medizinischen Versorgung und Bildung eine entscheidende Rolle gespielt. In Zukunft kann eine weitere Kompression wohl nur durch Intensivierung der Präventivmaßnahmen erreicht werden.

Zielgruppe sind noch selbständig lebende ältere Menschen ab dem 60. Lebensjahr, die weder eine Demenz noch Pflegebedürftigkeit aufweisen.

### Projektbeschreibung

Behinderung und Pflegebedürftigkeit im Alter sind auf eine Kombination verschiedener physiologischer, psychosozialer und umgebungsbezogener Faktoren zurückzuführen. Daher beruht das Projekt Kleeblatt auf einem multidimensionalen Ansatz. Vermittelt werden Informationen und individuelle Beratung zur Umsetzung eines gesunden Lebensstils in den Bereichen Ernährung, körperliche Aktivität, soziale und medizinische Vorsorge durch ein interdisziplinäres Team. Im Vordergrund des Programms Kleeblatt steht die Entwicklung eines kostengünstigen, niedrigschwelligen Beratungsangebotes unter Einbeziehung der Hausärzt/innen sowie der Integration etablierter Berufsgruppen (geriatrisches Team). Gewählt wird ein mehrdimensionaler Ansatz zur Förderung der Eigenverantwortung. Expert/innen des interdisziplinären geriatrischen Teams vermitteln in einer halbtägigen Veranstaltung in Kleingruppen sowohl allgemeine themenrelevante Informationen als auch individuelle Beratung.

### Interventionsdesign

Die Beratungen erfolgen in Gruppenveranstaltungen mit maximal 12 Teilnehmer/innen, die einen möglichst effizienten Einsatz personeller, infrastruktureller und finanzieller Ressourcen erlauben. Gruppenveranstaltungen

ermöglichen, Zusammenhänge und Wechselwirkungen der Bereiche Ernährung, körperliche Bewegung, soziale Aktivität und medizinischer Vorsorge interdisziplinär zu vermitteln. Ein Vorteil liegt in der Anregung zu einem Diskurs unter den Teilnehmer/innen.

Die Beratung in den Bereichen körperliche Aktivität, Ernährung und Soziales Umfeld zielt in der Regel auf Änderungen länger bestehender Lebensgewohnheiten und muss deshalb individuelle Gegebenheiten berücksichtigen. Anzustreben sind Änderungen in kleinen, doch realistischen Schritten. Die Teilnehmer/innen werden aktiv in den Prozess der Entscheidungsfindung miteinbezogen, welche gesundheitsfördernden Verhaltensweisen im Alltag zu integrieren sind. Das Ziel ist, die Fähigkeiten zur eigenständigen Problemerkennung und -lösung zu verbessern und die Umsetzung der erarbeiteten Empfehlungen zu sichern.

### Programmablauf einer Kleeblatt Veranstaltung

- Ankunft der Teilnehmer/innen
- Begrüßung und kurzer Überblick zum zeitlichen Ablauf
- Impulsreferate: Medizin, Ernährung, Bewegung, Soziales
- Kleingruppen (Rotation pro Fachbereich): Ernährung, Bewegung, Soziales
- Rückführung in Gesamtgruppe mit Reflexion
- Verabschiedung
- individuell abgestimmter Empfehlungsbrief, zwei Wochen nach der Schulung zur Konkretisierung und besseren Motivation (auf Neigungen von Individuen eingehend) in den genannten Bereichen
- Evaluierungsfragebogen nach einem halben Jahr (T1) und eineinhalb Jahren (T2): Umsetzung der Empfehlungen im Alltag (Nachhaltigkeit), Motivationsgespräch

### Kooperationsvereinbarungen

#### Kooperationsvereinbarungen wurden mit folgenden Bereichen geschlossen:

- Gemeinden
- gesunde Lebensräume (Sozialsprengel)
- Seniorenverbände
- Sichere Gemeinden

- Fachbereich Senioren, Pflegesicherung und Sozialhilfe des Amtes der Vorarlberger Landesregierung
- Vorarlberger Ärztekammer
- GeVital

### Öffentlichkeitsarbeit

#### Die Öffentlichkeitsarbeit wird in folgenden Bereichen forciert:

- Qualitätszirkel für Ärzt/innen und Kooperationspartner/innen
- Informationsveranstaltungen für Ärzt/innen
- Informationsbroschüren mit Verteilung über Arztpraxen, Seniorenvereinigungen, Gevital usw.
- Artikel und Anzeigen in den regionalen Medien
- Artikel im „Arzt im Ländle“
- Publikationen

### Literatur:

H.P. Meier-Baumgartner, U. Dapp und J. Anders, Kohlhammer: „Aktive Gesundheitsförderung im Alter. Ein neuartiges Präventionsprogramm für Senioren“, Kohlhammer Stuttgart, 2006.

## Zielgerichtete Bewegung und optimierte Ernährung bei Diabetes mellitus

### Christian Lackinger

Die Projekte „zielgerichtete Bewegung“ und „optimierte Ernährung“ werden an 20 regionalen Standorten durchgeführt. Das Projekt dauert von September 2006 bis Dezember 2009. Über den Zeitraum von 8 Wochen wird zweimal pro Woche unter der Anleitung einer Sportwissenschaftlerin/eines Sportwissenschafters ein körperliches Aufbauprogramm absolviert. Danach können drei Ernährungsworkshops besucht werden. Im psychosozialen Bereich wird für die Teilnehmer/innen ein Motivationstraining im Ausmaß von 6 Einheiten angeboten. Primärziele sind die Steigerung der Lebensqualität und die Erhöhung der körperlichen Aktivität. Durchführende Organisation ist die Sportunion Österreich. Kooperationspartner sind das Bundesministerium für Gesund-



heit, Familie und Jugend, der ASVOE, Selbsthilfegruppen (A.D.A, ÖDV) sowie der Verband der Diätologen Österreich.

An der Umsetzung beteiligt sind regionale Partner im intra- und extramuralen Bereich sowie Sportvereine.

### **Ausgangslage**

Diabetes Mellitus wird auf Grund der hohen Prävalenz oftmals als die Epidemie des 20. Jahrhunderts bezeichnet. In Österreich sind über 300.000 Personen erkrankt. Diabetes Mellitus ist ein Risikofaktor für Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems und des Nervensystems. Diabetes ist in vielen Fällen für Amputationen, Erblindungen und Dialyse verantwortlich. Körperliche Aktivität vermag viele Folgeschäden zu verhindern. In den Leitlinien der Österreichischen Diabetes-Gesellschaft ist der Stellenwert von körperlicher Aktivität fest verankert. „Als Bewegungsempfehlung gilt 3 bis 7 x wöchentlich 30 bis 60 Min. (insgesamt mindestens 150 Min.) Training mit  $\geq 70\%$  der maximalen durch eine Ergometrie bestimmte Herzfrequenz“ (Weitgasser/Niebauer 2007).

Für die Umsetzung der Leitlinien wurden in den letzten Jahren vermehrt flächendeckende und zielgruppenspezifische Bewegungsangebote gefordert. Eine gezielte Stärkung des Herz-Kreislauf-Systems und die Kräftigung der Skelettmuskulatur sind entscheidende Faktoren.

### **Zielgerichtete Bewegung**

#### **Technische Angaben**

Am 1. September 2006 wurde mit der Projektaufbauphase begonnen. Von 1. März 2007 bis 31. Dezember 2009 läuft die Umsetzungsphase. Die Zielgruppe bilden Männer und Frauen, die an Diabetes Mellitus erkrankt sind. Primärziele sind die Steigerung der Lebensqualität und die Erhöhung des Ausmaßes der körperlichen Aktivität. Weiteres Ziel ist, fördernde und hemmende Faktoren für den Beginn bzw. die langfristige Teilnahme an einem Gesundheitsförderungsprogramm zu beschreiben. Das Projekt wird an 20 regionalen Standorten umgesetzt.

#### **Projektaufbauphase**

In der Projektaufbauphase wurden die Standorte für das Bewegungsprogramm festgelegt. Es wurde versucht, unterschiedliche Settings in Bezug auf Einwohnergröße

und Einzugsgebiet auszuwählen. In der Folge wurden die regionalen Kooperationen im intra- und extramuralen Bereich aufgebaut. Weiters wurden die regionalen Selbsthilfegruppen und Gemeinden über das Projekt informiert. Ab Jänner 2007 gab es Kick-off-Veranstaltungen. In die Projektaufbauphase fiel auch die Auswahl der hauptamtlichen Projektmitarbeiter/innen und deren spezifischer Weiterbildung.

#### **Umsetzungsphase**

Zielgruppenspezifische Bewegungsangebote für Diabetiker/innen wurden geschaffen. Über den Zeitraum von 8 Wochen (16 Einheiten) wird unter der Anleitung eines/r Sportwissenschaftler/in ein körperliches Aufbauprogramm absolviert. Um eine individuelle Betreuung zu ermöglichen, ist die Gruppengröße jeweils auf 8 Personen limitiert. In jedem Bundesland starten pro Jahr bis zu 20 Gruppen. Die Teilnahme ist kostenlos. Danach soll ein Bewegungsprogramm selbstständig oder in den regionalen Vereinen weitergeführt werden. Nach den 8 Wochen geben 75 Prozent der Teilnehmer/innen an, das Bewegungsprogramm völlig oder überwiegend weiterzuführen.

Auf die Wichtigkeit der strukturierten Diabetesschulung wird vor Projektbeginn hingewiesen. Bei fehlenden Kenntnissen werden Interessent/innen dazu angehalten, eine Schulung zu absolvieren. Das Bewegungsprogramm setzt sich aus der Stärkung des Herz-Kreislauf-Systems, Kräftigung der Muskulatur und Koordinationsübungen zusammen. Die Teilnehmer/innen sollen befähigt werden, das Programm selbstständig weiterzuführen, oder es wird der Kontakt zu den regionalen Sportvereinen hergestellt. An vielen Standorten wurden eigene „Folgekurse“ eingerichtet. Die Inhalte und die Gruppengröße der Folgekurse sind identisch mit jenen des Projektes. Die Folgekurse wurden durch Anregung der ehemaligen Teilnehmer/innen ins Leben gerufen.

Diabetiker/innen werden von regionalen Kooperationspartnern im intra- und extramuralen Bereich über das Bewegungsprogramm informiert. Selbsthilfegruppen, Kuranstalten und die Medien sind auch in das Projekt eingebunden. Bis jetzt haben etwa 1.200 Personen teilgenommen. Bis zum Projektende im Dezember 2009 werden 2.500 Personen erwartet. Die Grundsäulen des Projektes sind medizinische Supervision, wohnortnahe

Umsetzung, professionelle Betreuung und die Gruppe als Motivator. In Salzburg, Steiermark, Tirol und Wien hat die Umsetzungsphase im März 2007 begonnen. Aufgrund von Verzögerungen in der Einbindung der regionalen Partner konnte in Kärnten und Oberösterreich erst im Mai 2007, im Burgenland und in Niederösterreich erst im Jänner 2008 mit der Umsetzungsphase begonnen werden. Sämtliche Informationen zum Projekt sowie Belege der Pressearbeit und die Berichte der externen Evaluierung finden sich auch unter [www.aktiv-bewegt.eu](http://www.aktiv-bewegt.eu).

### Evaluierung

Die Teilnehmer/innen werden mittels Fragebogen zu Beginn und am Ende des Projektes befragt. Um die nachhaltige Wirkung zu überprüfen, werden nach 6 und 12 Monaten weitere Fragebögen an die Teilnehmer/innen zugesandt. In den Fragebögen werden der SF-36 (Allgemeiner Gesundheitszustand), FBD-R (Mögliche Belastungssituationen), IPC-D (Diabetes-bezogene Überzeugungen), FEG (Ernährung), WHOQOL (Fragen zur Person/zum Projekt) ganz oder teilweise verwendet. Die Steigerung des Ausmaßes der körperlichen Aktivität wird neben eigenen Items durch Fragen in Anlehnung an den FEG-Fragebogen ermittelt. Die Stichprobengröße beträgt 800 Personen. Zum Zeitpunkt des zweiten Zwischenberichtes (August 2008) waren 439 Personen erfasst (56 Prozent weiblich, 44 Prozent männlich). Das durchschnittliche Alter betrug 59 Jahre ( $\pm$ SD 10).

Die Information zum Projekt erhielten 55 Prozent der Teilnehmer/innen in medizinischen Einrichtungen (niedergelassene Ärzt/innen, Ambulanzen, Diabetes-Schulungen), 35 Prozent über die Medien, und weitere 27 Prozent über Selbsthilfegruppen, Sportvereine, Teilnehmer/innen, Ernährungsworkshops, PVA und Sonstiges. Als hemmende Faktoren gaben 65 Prozent ( $n=296$ ) das Fehlen eines konkreten Programms an, 37 Prozent nannten den Mangel von Bewegungsgruppen in Wohnortnähe und 22 Prozent kannten keine qualifizierten Gruppen. Von den Projektteilnehmer/innen möchten 39 Prozent ( $n=185$ ) völlig, 30 Prozent überwiegend und 26 Prozent in gewissem Ausmaß das Bewegungsprogramm weiterführen. Es werden 3 Prozent eher nicht und 1 Prozent überhaupt nicht weitermachen. Nach 8 Wochen konnte eine Steigerung der Lebensqualität festgestellt werden.

Bei den Teilnehmer/innen ist ein deutlich höheres Ausmaß an körperlicher Aktivität zu verzeichnen. Zu Projektbeginn gaben nur 25 Prozent der Teilnehmer/innen an, ein gezieltes Herz-Kreislauf-Training zu absolvieren. Nach 8 Wochen nahmen auf Grund des Projekts alle Teilnehmer/innen an einem Herz-Kreislauf-Training teil. Nach 6 Monaten gingen 60 Prozent der Teilnehmer/innen einem gezielten Herz-Kreislauf-Training nach. Das Ausmaß des wöchentlichen körperlichen Trainings (Herz-Kreislauf-Förderung, Kräftigung der Muskulatur, Koordination) betrug zu Beginn 1,8 Stunden. Nach 6 Monaten hatte sich das wöchentliche Ausmaß mit 3,7 Stunden mehr als verdoppelt. Berücksichtigt man bei der wöchentlichen Aktivitätszeit zusätzlich auch Wandern und große Spaziergänge, so hat sich diese von 4,3 Stunden zu Beginn auf 7 Stunden nach 6 Monaten erhöht.

### Optimierte Ernährung

#### Technische Angaben

Das Projekt „Optimierte Ernährung“ hat am 1. Juni 2007 begonnen und wird in Kooperation mit dem Verband der Diätologen Österreichs durchgeführt. Die Teilnehmer/innen am Bewegungsprojekt sollen im Anschluss an die 8-wöchige Projektphase an drei Ernährungsworkshops teilnehmen. Ziel ist es die Teilnehmer/innen zu einer nachhaltigen Ernährungsumstellung zu motivieren.

Die Workshops stehen nicht in Konkurrenz zu den bestehenden Diabeteschulungen. An jedem einzelnen Standort wurden die Workshops mit den regionalen Partnern besprochen. So konnte gewährleistet werden, dass die Interventionen auch tatsächlich da ansetzen, wo die Schulung aufhört.

#### Workshop I

Hier erfahren die Teilnehmer/innen Basisinformation zur Sporternährung für Diabetiker/innen. Die Blutzuckerregulation während körperlicher Aktivität wird besprochen.

#### Workshop II

Das im Workshop I vermittelte theoretische Wissen wird praktisch angewendet. Das Ausfüllen der Blutzuckerprotokolle wird besprochen. Die Auswirkungen von körperlicher Aktivität und Ernährung auf den Blutzucker wird an Hand der Protokolle besprochen.

### Workshop III

Dieser Workshop findet in einer Küche statt. Der Kochworkshop zeigt, dass das Zubereiten gesunder Gerichte rasch geht und einfach geht. Die ersten beiden Workshops dauern 90, der dritte 180 Minuten.

### Nachhaltigkeit

Die Grundlage für eine nachhaltige Umsetzung nach Ablauf der Förderungen stellt eine umfangreiche und gründliche Evaluierung dar. Im Moment werden Gespräche mit Sponsoren geführt, um nach Projektende den Regelbetrieb aufrechtzuerhalten. Die evidenzbasierten Daten bilden die Grundlage für ein Projekt auf europäischer Ebene. Regionale Vereine haben bereits jahresbegleitende Bewegungsangebote eingerichtet (z.B. Gesundheitstraining für Diabetiker/innen, Pilates für Diabetiker/innen, gesundheitsförderndes Konditionstraining).

Bundesland	Ort
Burgenland	Eisenstadt
	Oberpullendorf
Niederösterreich	Krems/Donau
	Purgstall
	Waidhofen/Ybbs
Kärnten	Klagenfurt
	Spittal/Drau
	Villach
	Wolfsberg
Oberösterreich	Gmunden
	Wels
Salzburg	Hallein
	Hof/Salzburg
	Salzburg
Steiermark	Graz
	Leibnitz
Tirol	Hall/Tirol
	Schwaz
Wien	Hietzing
	Favoriten

Tabelle 1: Standorte „Zielgerichtete Bewegung“

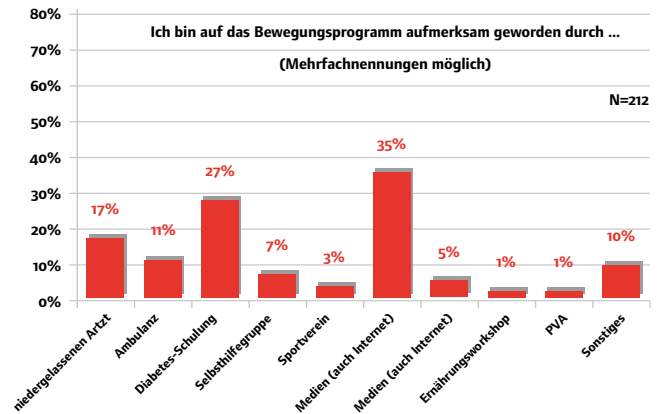


Abbildung 1: „Ich bin auf das Bewegungsprogramm aufmerksam geworden durch...“

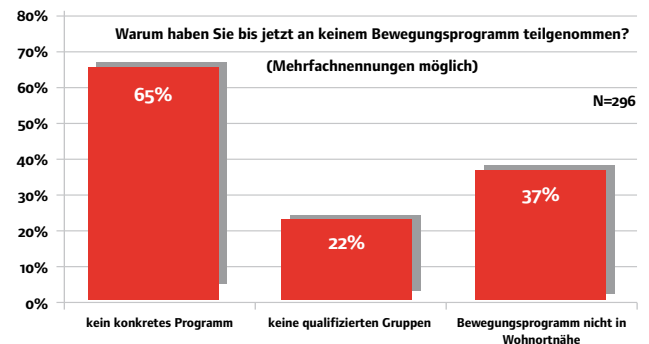


Abbildung 2: Hemmende Faktoren

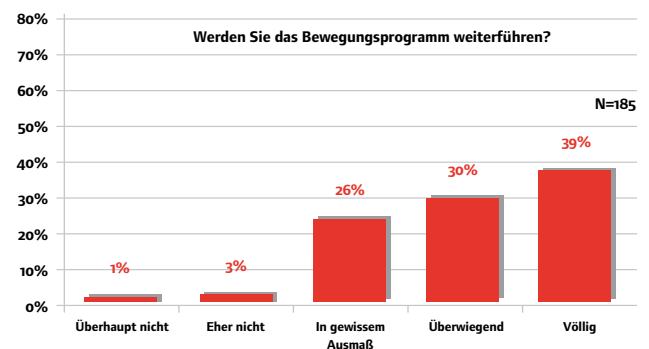
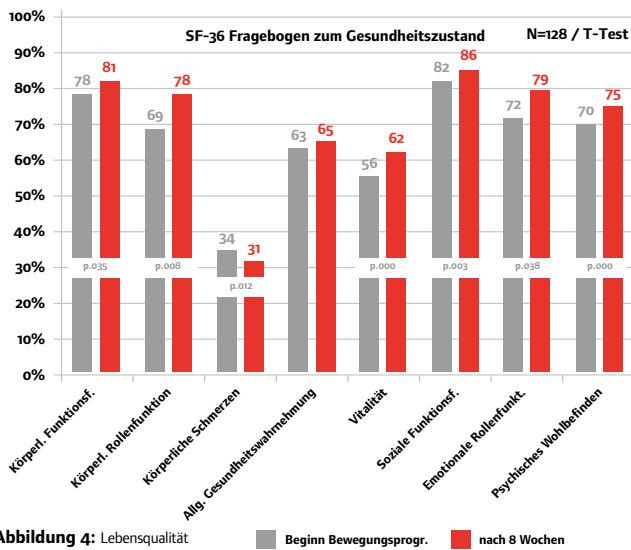


Abbildung 3: Weiterführung des Programms



Körperliche Aktivität	Beginn	8 Wochen	6 Monate
Wandern, große Spaziergänge	2,5	2,5	3,3
Gezieltes Training: Herz-Kreislauf, Muskulatur, Koordination, Turnen	1,8	5,6	3,7
Gesamt	4,3	8,1	7

Tabelle 2: Ausmaß der körperlichen Aktivität

## Literatur:

Schönswetter, R. (2008): Evaluation. 2. Zwischenbericht. Projekt: Zielgerichtete Bewegung als integraler Bestandteil einer ganzheitlichen Behandlung bei Diabetes. Wien; ein vom Fonds Gesundes Österreich gefördertes Projekt. Weitgasser, R. und Niebauer, J. (2007): Lebensstil: Diagnose und Therapie. Wiener Klin. Wochenschr. 119/15-1- [Suppl 2]: 10-11. Springer Verlag.

## Links:

Projekthomepage: [www.aktiv-bewegt.eu](http://www.aktiv-bewegt.eu)  
 SPORTUNION Österreich: [www.sportunion.at](http://www.sportunion.at)  
 Allgemeiner Sportverband Österreich: [www.asvoe.at](http://www.asvoe.at)  
 Fit für Österreich: [www.fitfueroesterreich.at](http://www.fitfueroesterreich.at)  
 Aktive Diabetiker Austria: [www.aktive-diabetiker.at](http://www.aktive-diabetiker.at)  
 Österreichische Diabetiker Vereinigung: [www.diabetes.or.at](http://www.diabetes.or.at)  
 Verband der Diätologen Österreichs: [www.diaetologen.at](http://www.diaetologen.at)

## Workshop 6:

### Fonds Talk

### Treffen und Diskussion mit dem Team des Fonds Gesundes Österreich

## SOG. Theater:

### Herzlichst, dein Kreislauf

#### Zentrum für Theaterpädagogik und strategische Inszenierung

SOG.THEATER ist ein Team von verschiedenen Professionen und vereint die Kompetenzen Theater, Training, Systemisches Management, Beratung und Moderation. Hier werden keine fertigen Stücke „von der Stange“ produziert, sondern zugeschnitten auf die Bedürfnisse und Fragen der Kund/innen und Kooperationspartner Theater für Tagungen, zur Prävention oder Theater als Trainingsmethode angeboten.

#### Playback Theater – die Methode

Playback Theater nach Jonathan Fox, USA, ist beeinflusst von Traditionen des mündlichen Geschichtenerzählens und des Stegreiftheaters sowie vom Psychodrama Jakob L. Morenos. Eine Fülle theatralischer Ausdrucksformen und der improvisierende Ansatz verlangt von den Schauspieler/innen ein hohes Niveau von Kunstfertigkeit. Playback Theater ist daher sowohl ein künstlerischer, ein sozialer als auch ritueller Prozess. Er dient einer vergnüglichen und zugleich niveaувollen Kultivierung von Öffentlichkeit.

Playback Theater braucht einen sorgfältig gestalteten Rahmen und einen klar strukturierten Ablauf: Aus dem Publikum erzählt jemand eine erlebte Geschichte, einen Traum oder eine Phantasie. Die Spielleitung fasst die Geschichte in eine Spielform und übergibt sie dann an das Schauspielteam. Musik erklingt, und ohne Absprache richten die Schauspieler/innen die Bühne ein. Die eben erzählte Geschichte wird spontan zurückgespielt, entfaltet sich als spontaner Prozess – realistisch und zauberhaft, fließend zwischen Worten und Symbolik. Die Essenz der Geschichte bekommt ein Gesicht,

eine Bewegung, eine Atmosphäre – und meist auch neue Facetten des Erlebens für die Erzählenden. Schließlich wird der jeweilige Erzähler/die jeweilige Erzählerin der Geschichte um Feedback an die Schauspieler/innen gebeten. Mit Playback Theater werden die erzählten Geschichten auf der Bühne lebendig und berühren Erzähler/innen, Schauspieler/innen, Spielleitung und Zuschauer/innen gleichermaßen.

#### Redewendungen rund ums Herz

- **Kurzszenen zum Erraten**

Eine Spielerin und ein Spieler fühlen sich sichtlich zueinander hingezogen und strahlen bis über beide Ohren – sie sind sozusagen „ein Herz und eine Seele“! Eine Spielerin, die angstvoll und verzweifelt ist, aber dennoch versucht, die Fassung zu bewahren und außerdem scheint da noch etwas mit ihrer Hose nicht zu stimmen...

Ein trauriges Kind, Schuldzuweisung, ein arbeitsloser Mann, all dies wird „zu Herzen genommen“.

- **Redewendungen vom Publikum**

werden von den Spieler/innen des SOG.THEATER dargestellt: „sich einen Herzenswunsch erfüllen“ oder „man sieht nur mit dem Herzen gut“.

**Kontakt:** SOG. THEATER, Margarete Meixner (Leiterin), Bahngasse 46, A-2700 Wr. Neustadt, Tel. 02622/87031, office@sog-theater.at, www.sog-theater.at

## Referent/innen



### Mag. Romeo Bissuti

Studium der Psychologie in Wien mit Schwerpunkt Geschlechterforschung. Zusatzausbildungen zum Klinischen Psychologen und Gesundheitspsychologen, Psychotherapeutisches Propädeutikum, Antiaggressivitäts- und Coolnesstrainer. Seit 2000 freier Mitarbeiter der Wiener Männerberatung im Bereich der Gewaltprävention. 2001 Mitinitiator und aktuell Obmann der White Ribbon Österreich Kampagne. 2002 Mitbegründer und derzeitiger Leiter des MEN Männergesundheitszentrums. Referent und Fortbildner zu Männerthemen u.a. für BMSK, BMUKK, Universität Wien, ÖAGG, Pädagogische Hochschulen (Wien, Salzburg, Tirol), FH für Sozialarbeit Wien, IFP u.a.m.



### Mag. a. Sabine Dämon, MAS

Studium der Ernährungswissenschaften an der Universität Wien. Zusatzqualifikation MAS „Health and Fitness“, Lehrgang an der Universität Salzburg. Interfakultärer Fachbereich für Sport- und Bewegungswissenschaft. 2002 bis 2005 Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Abteilung für Ernährungsmedizin, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Medizinische Universität Wien. Seit 2005 Mitarbeiterin und Projektmanagerin am vorsorgemedizinischen Institut „SIPCAN save your life – Initiative für ein gesundes Leben“ (Special Institute for Preventive Cardiology and Nutrition), Salzburg. Entwicklung, Organisation und Durchführung von Projekten und Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und -vorsorge in jedem Lebensalter und in verschiedenen Settings (Schule, Familie, Betrieb etc.) mit Schwerpunkt Kinder und Jugendliche, z.B. Gesunde Ernährung im SOS Kinderdorf, Projekt „Gesundes Schulessen – einfach genial, genial einfach“, Ernährungsprojekt in den Salzburger Landesberufsschulen Lehen (gemeinsam mit Regina Jungmayr), Therapieprogramme für übergewichtige Kinder und Jugendliche. Leitung der Arbeitsgruppe Ernährung im Netzwerk Gesundheitsförderung an Salzburger Schulen (gemeinsam mit Regina Jungmayr). Betreuung und Administration klinischer Studien im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Salzburg. Vortrags- und Weiterbildungstätigkeiten. Beiträge und Publikationen in Fachzeitschriften, Büchern



### Mag. a. Dr. in. Rosa Diketmüller

Assistenzprofessorin am Zentrum für Sportwissenschaft und Universitätssport der Universität Wien. Studium der Lehramtsfächer Leibeseziehung, Geographie und Informatik sowie Pädagogik. Mehrjährige Unterrichtstätigkeit an Schulen. Schwerpunkte in Forschung und Lehre in Sportpädagogik und -geragogik, Frauen- und Geschlechterforschung, Gesundheitsförderung. Projekterfahrungen (Leitung, Mitwirkung) in nationalen und EU-Projekten, wie z.B. „Schulfreiräume und Geschlechterverhältnisse“, „Sports, media and stereotypes“, „European Network on Actions for Ageing and Physical Activity“ sowie in der Evaluierung von Gesundheitsförderprojekten in verschiedenen Settings (Schule, Betrieb, Kommune, Sportverein) und mit verschiedenen Zielgruppen (Kinder, Mädchen, ältere Frauen im ländlichen Raum, Musikstudierende, mobile Pflege). Mitherausgeberin der Zeitschrift „Spectrum der Sportwissenschaften“ sowie der Schriftenreihe des FrauenForum Bewegung & Sport „Mädchen im Turnsaal“. Mitbegründerin der österreichweiten Plattform „Frauen im Sport“.



### Prof. in. Dr. in. Heike Englert

Epidemiologin, Ernährungswissenschaftlerin und Physiotherapeutin, arbeitet seit über 15 Jahren mit Dr. Hans Diehl, USA und dem CHIP Programm. Nach Forschungsaufenthalten in den USA und Kanada war sie von 2002 bis 2005 als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie der Charité Berlin für den Bereich Prävention und Gesundheitsförderung zuständig. Seit 2006 hat Heike Englert eine Professur an der FH Münster mit den Schwerpunkten Ernährungsmedizin, Beratung und Public Health.



### Carola Gold

Journalistin, Geschäftsführerin von Gesundheit Berlin. Beruflicher Werdegang: u.a. Leiterin eines Modellprojekts unabhängiger Patient/inneninformation, Koordination der Kongresse „Armut und Gesundheit“ und von Modellprojekten der Gesundheitsförderung und Prävention. Gesundheit Berlin koordiniert im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA den Kooperationsverbund Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Der Kooperationsverbund wurde 2003 auf Initiative der BZgA gegründet und umfasst über 50 Institutionen der Bundesrepublik Deutschland, darunter den Deutschen Städtetag, die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen, Ärzteverbände, die Landes- und Bundesvereinigung für Gesundheit, die Wohlfahrtsverbände u.a. Weitere Informationen unter [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) Publikationen, u.a. Geene, Raimund und Gold, Carola: Kinderarmut und Kindergesundheit. Verlag Huber, Bern 2008. Gold, Carola/Bräunling, Stefan u.a.: Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier. Berlin 2008. Gold, Carola/Geene, Raimund und Stötzner, Karin: Patienten, Versicherte, Verbraucher – Möglichkeiten und Grenzen einer angemessenen Vertretung von Patienteninteressen. b\_books, Berlin 2000.



### Regina Jungmayr

Akademische Gesundheitsbildnerin, Gesundheitspädagogin SKA. Seit 1998 selbstständig tätig in der Gesundheitsförderung. Schwerpunkte: Entwicklung und Durchführung von gesundheitsfördernden Projekten in Kindergärten, Schulen und Betrieben, Bildungsangebote für Gesundheitsvorsorge in der Erwachsenenbildung, Organisation und Moderation von Veranstaltungen mit gesundheitsbezogenen Themen. 2006 bis 2008 gesundheitspädagogische Leitung und Umsetzung des Projekts „Gesundes Schulesen – einfach genial, genial einfach!“ an Salzburger Volksschulen gemeinsam mit SIPCAN save your life. Seit Juli 2008 gesundheitspädagogische Leitung und Umsetzung eines Ernährungsprojekts an den Salzburger Landesberufsschulen Lehen gemeinsam mit SIPCAN save your life. Leiterin der Arbeitsgruppe Ernährung, gemeinsam mit Mag. Sabine Dämon, im Netzwerk Gesundheitsförderung an Salzburger Schulen



### Univ. Prof. Dr. Wolfgang Kallus

Diplom 1979, Doktorat 1982, Habilitation 1989. Direktor des Instituts für Begleitforschung (Würzburg/Graz) seit 1993. Universitätsprofessor für Arbeits-, Organisations- und Umweltpsychologie an der KFUG seit 1998. Mitglied in zahlreichen Fachgesellschaften, Gründungsobmann der Austrian Aviation Psychology Association, President Elect von „Psychophysiology in Ergonomics (PIE)“.



### Univ. Prof. Dr. Christoph Klotter

Dipl. Psych., Psychologischer Psychotherapeut. Studierte in Berlin und Kiel Mathematik, Philosophie und Psychologie. Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der TU Berlin, Lehrgebiet Persönlichkeitspsychologie, Dissertation über Geschichte der Adipositasforschung, Institutsleiter von Gesundheitsförderungsinstituten, Hochschulassistent an der TU Berlin, Habilitation über Gesundheitsförderung, Professor für Ernährungspsychologie und Gesundheitsförderung an der HS Fulda, Dekan des Fachbereichs Oecotrophologie. Aktuelle Forschungsschwerpunkte: Gesundheitsförderung in den Settings Gemeinde und Schule. Aktuelle Veröffentlichungen: „Einführung Ernährungspsychologie“ (2007), „So funktioniert Gesundheitsförderung“ (2009).



### **Mag. (FH) Michael Kowanz-Eichberger**

Programmleiter von „Ein Herz für Wien“, Sozialpädagoge. Bei der MAG 11 arbeitete er in einer Wohngemeinschaft und half beim Aufbau des Sozialpädagogischen Familiencoachings. 2001 bis 2003 organisierte er mit dem Team activity Freizeitaktivitäten für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge. Michael Kowanz-Eichberger studierte Kommunikationswirtschaft und war nach seinem Studium in der strategischen Unternehmensberatung für Klein- und Mittelbetriebe sowie für internationale Konzerne in Mittel- und Osteuropa tätig. Während des Wintersemesters 2006 lehrte er an der Fachhochschule für Kommunikationswirtschaft. Im Mai 2007 übernahm Michael Kowanz-Eichberger die Leitung des Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramms „Ein Herz für Wien“.



### **Mag. Christian Lackinger**

Mag. Lackinger studierte Sport- und Trainingswissenschaften in Wien. Nach mehrjähriger Tätigkeit am AKH Wien (Department of Internal Medicine, Department of Cardio-Thoracic Surgery) wechselte er 2006 zu Fit für Österreich c/o SPORTUNION Österreich. Seitdem entwickelte er Projekte in der bewegungsorientierten Gesundheitsförderung. In sein gegenwärtiges Aufgabengebiet fallen die Leitung des Projektes „Zielgerichtete Bewegung bei Diabetes“ ([www.aktiv.-bewegt.eu](http://www.aktiv.-bewegt.eu)) sowie die Anbahnung eines Projektes mit dem Schwerpunkt körperliche Aktivität auf europäischer Ebene.



### **Mag. Dr. Manfred Lamprecht**

ITS – Institut für Trainingswissenschaften und Sportconsulting. Institut für Physiologische Chemie, Med-Uni Graz. Fachgebiete: Sporternährung, Sportphysiologie, Trainingswissenschaften. Seit 1993 wissenschaftlich am Institut für Physiologische Chemie der Medizinischen Universität Graz tätig. Kompendium der Sportmedizin: Kap. „Sport und Ernährung“, 179–225, Springer Verlag Wien, New York, 2004. Universitätslektor für „Ernährung, Oxidativer Stress und Sport“ an der Medizinischen Universität Graz, Institut für Physiologische Chemie. Lehrbeauftragter für Sporternährung am Wfi Steiermark. Fachbeirat für Sporternährung der Österreichischen Gesellschaft für Ernährung, Sektion Süd. Wissenschaftlicher Beirat der European Nutraceutical Association (ENA). Consulter von Leistungs- und Freizeitsportler/innen, Vereinen und Verbänden in den Bereichen Sporternährung und Training. Leitung und Projektmanagement von Gesundheitsförderungsprojekten (u. a. des Fonds Gesundes Österreich) bei Styria vitalis/Steirische Gesellschaft für Gesundheitsschutz.



### **Mag<sup>a</sup>. Michaela Mayrhofer**

Beruflicher Werdegang: Seit 2008 Projekt „Tandem“, Bildungshaus Batschuns. Seit 2007 aks, Gesundheitsvorsorge GmbH, Bregenz Projektleitung Psychosoziales Bereich Senioren. Seit 2007 MOHI, Mobiler Hilfsdienst, Bregenz. 2004 – 2006 Behindertenheim Turmhof Retz, Caritas der Erzdiözese Wien. 2002 – 2004 Geriatriezentrum Am Wienerwald, Abteilung Psychologische, Psychotherapeutische Ambulanz. 2002 Alzheimer Angehörigen Selbsthilfegruppe Austria (Ehrenamt). Ausbildung: Seit 2008 Zusatzqualifikation Validationsanwenderin. 2006 – 2007 Zusatzqualifikation Motogeragogik. 2002 – 2004 Lehrgang für Klinische- und Gesundheitspsychologie. 1999 – 2001 Universitätslehrgang für das Psychotherapeutische Propädeutikum an der Universität Innsbruck. 1994 – 2001 Studium der Psychologie an der Universität Innsbruck



### **Mag<sup>a</sup>. Maria Pramhas**

Gesundheits-, Arbeits- und Wirtschaftspsychologin, Personal- und Organisationsentwicklerin. Berufliche Tätigkeitsfelder: Gesundheitsförderung in den Settings Betrieb und Gemeinde, Seminar- und Vortragstätigkeit, berufliche Eignungsdiagnostik, Mobbingberatung, Erwachsenenbildung. Seit 2001 bei AVOS (Arbeitskreis für Vorsorgemedizin) für die Gesunden Gemeinden zuständig, seit 2008 Leitung „Regionales Setting“.





### **Mag<sup>a</sup>. Verena Rainer**

Ernährungswissenschaftlerin und Diätologin; selbständig – [www.essart.at](http://www.essart.at); Mehrjährige Erfahrung in Projekten mit Großküchen und Gastronomie in Schulen, Großbetrieben, Klein- und Mittelbetrieben und auf Baustellen. Kooperationen u.a. mit Arbeitsmedizinisches Zentrum Mödling, Bio-Austria, die Umweltberatung „Ein Herz für Wien“, Fonds Gesundes Österreich, Ideenmanufaktur, ppm –Forschung und Beratung, Styria vitalis



### **Univ. Prof<sup>in</sup>. Dr<sup>in</sup>. Anita Rieder**

1989 Promotion an der Universität Wien. Seit Oktober 1989 am Institut für Sozialmedizin an der Universität Wien. Seit 1993 Gesundheitspsychologin. Seit 1995 Spezialistin für Sozialmedizin. 1996 Gründungsmitglied von „Frauenform Medizin“. Spezialistin für das Gesundheitswesen an der Ärztekammer Wien. Seit November 2001 Mitglied im Expert/innenbeirat vom Fonds Gesundes Österreich. Mitglied im Beirat des Wiener Frauengesundheitsförderungsprogramms. Seit 2002 Mitglied der Städtebaubehörde in Wien, Bereich Gesundheit. Seit 2004 Mitglied der Treuhänder Forum Alpbach. Mentorin an der Medizinischen Universität Wien. Seit 2005 aktives Mitglied der Europäischen Akademie der Wissenschaften & Künste, wissenschaftliche Leiterin des Master of Public Health Lehrganges and der Medizinischen Universität Wien. Seit 2008 Mitglied der EASO (European Association for the Study of Obesity)



### **Dr. Paul Scheibenpflug**

Trainer und Lehrwartausbildungen (Leichtathletik, Skilanglauf) (1979, 1981). Studium Volkswirtschaft (1. Studienabschnitt) 1980–1984. Studium Sport- und Kommunikationswissenschaften (Doktorat 1986) zweijährige Ehe- und Familienberatungsausbildung (1984–1986). Bewegungsanalytischer Tanz nach Rick (Tanztherapie) (1988/1989) Gesundheitszirkelmoderatorenausbildung in Essen/D 1998. Arbeitsschwerpunkt: Bewegungsergonomie und Betriebliche Gesundheitsförderung. Referenzen: (Mit-)Entwicklung und Leitung u.a. von BiB (AUVA), MbM und Gestalten und Bewegungen (OÖ-GKK), Bewusst Bewegt am Bauernhof (SVB). BauFit, PflegeFit, AUVAfit (AUVA) EU-Award für Gesundheitsförderung (Bilbao) für Gesunder Lebensmittelhandel.



### **Dipl. Ing<sup>in</sup>. Heide Studer**

DI Heide Studer studierte Landschaftsplanung an der Universität für Bodenkultur in Wien und an der Landbrukshøgskole in Aas/Norwegen. Zurzeit studiert sie Kultur- und Sozialanthropologie an der Universität Wien und arbeitet an ihrer Dissertation zur Konstitution von städtischem Raum in Marokko. Als Teilhaberin des Landschaftsplanungsbüros tilia plant Heide Studer Gärten und Freiräume von Schulen, Kindergärten, Parkanlagen und Straßenfreiräume und forscht in interdisziplinären Teams zu Freiraumthemen. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind Geschlechterfragen und Raum, Schulfreiräume, Mobilität und Mitbestimmung. Ausgewählte Publikationen: Gemeinsam mit Rosa Diketmüller: Schulfreiräume – Orte der Verhandlung von Geschlechterverhältnissen, in zoll+, Nr.10 (2007). Über Gehlinien und Lichtraumprofile. Vermittlung von Gender Mainstreaming am Beispiel des Gender Mainstreaming Pilotbezirkes Wien Mariahilf. In: Institut für Landschaftsplanung, Universität für Bodenkultur (Hg.): Wie Gender in den Mainstream kommt! Wien 2007. Mädchen Macht Raum. In: Präsenz im Raum. Freiräume Band 11, FOPA e. v. Berlin 2004. Mobilität und Geschlechterpositionen. In: Bauer, Ingrid und Julia Neissl (Hg.): Gender Studies. Denkachsen und Perspektiven der Geschlechterforschung, Studien Verlag Innsbruck 2002.



### Univ. Prof. Dr. Thomas Uhlig

1988 Diplom in Psychologie, 1993 Approbation als Arzt, Promotion zum Dr. med., 1996 Facharzt für Anästhesiologie, 1999 Habilitation im Fachgebiet Anästhesiologie, 2000 Promotion zum Dr. phil., Direktor des Zentrums für Anästhesie, operative Intensivmedizin, Schmerztherapie und Rettungswesen an den Märkischen Kliniken, Klinikum Lüdenscheid seit 2007. Univ.-Prof. für betriebliche Gesundheitsförderung an der KFUG seit 2008  
Mitglied in zahlreichen Fachgesellschaften



### Univ. Prof'in. Dr'in. phil. Ulla Walter

Seit 2004 Stiftungslehrstuhl für Prävention und Rehabilitation in der System- und Versorgungsforschung, Medizinische Hochschule Hannover. 2001 Habilitation an der Medizinischen Hochschule Hannover zum Thema „Prävention in der zweiten Lebenshälfte – Grundlagen, Potentiale, Rahmenbedingungen und Umsetzung“. Ulla Walter war von 1993 bis 2001 wissenschaftliche Geschäftsführerin des überregionalen BMBF geförderten Norddeutschen Forschungsverbundes Public Health, Redaktionsleiterin der Zeitschrift Public Health Forum (1993-2003) und ist Beiratsmitglied der Zeitschrift „Das Gesundheitswesen“. Sie ist seit 2004 u.a. Mitglied des Beirats der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Köln, geschäftsführendes Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM). Projekte u.a. zur Konzeption und Evaluation (Effektivität, Effizienz) von Präventionsprogrammen u.a. in dem Themenfeld „gesund alt werden“, Prävention von unspezifischen Rückenbeschwerden, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Neurodermitis, Identifikation von Risikogruppen. Evaluation verschiedener Zugangswege für spez. Risikogruppen und Migranten in der Prävention, Qualitätsmanagement, Gesundheits- und Alterskonzepte von Hausarzt/innen und Pflegekräften, Einstellungen von Professionellen (Ärzt/innen, Pflegekräfte) zur Prävention/Gesundheitsförderung, Förderung der Inanspruchnahme zur Krankheitsfrüherkennung.



Gedruckt nach der Richtlinie des  
Österreichischen Umweltzeichens  
„Schadstoffarme Druckerzeugnisse“  
Ferdinand Berger & Söhne GmbH · UWNr. 686



Für den Druck dieses Produktes wurde  
PEFC-zertifiziertes Papier verwendet

## **IMPRESSUM**

**Medieninhaber und für den Inhalt verantwortlich:**

Fonds Gesundes Österreich, ein Geschäftsbereich der Gesundheit  
Österreich GmbH

**Tagungskonzept:**

Mag<sup>a</sup>. Rita Kichler

**Redaktionelle Leitung:**

Helga Klee, unter Mitarbeit von Mag. Dietmar Schobel

**Lektorat:**

Mag<sup>a</sup>. Anja Brunner

**Gestaltung:** paco.Medienwerkstatt, Wien

**Druck:** Ferdinand Berger & Söhne GmbH, Horn 2009

