

Sedentarismus
im bibliothekarischen Berufsalltag –
Interventionsmöglichkeiten
gegen langes Sitzen
im Rahmen des Betrieblichen
Gesundheitsmanagements

Bachelorarbeit

(redaktionell überarbeitete Version)

im Studiengang
Bibliotheks- und Informationsmanagement

vorgelegt von

Bettina Birringer

Matrikel-Nr.: 31373

am 01. August 2019
an der Hochschule der Medien Stuttgart


Erstprüferin: Prof. Cornelia Vonhof
Zweitprüferin: Dipl.-Bibl. Christa Giese

Ehrenwörtliche Erklärung

„Hiermit versichere ich, Bettina Birringer, ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit mit dem Titel: „Sedentarismus im bibliothekarischen Berufsalltag – Interventionsmöglichkeiten gegen langes Sitzen im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements“ selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Die Stellen der Arbeit, die dem Wortlaut oder dem Sinn nach anderen Werken entnommen wurden, sind in jedem Fall unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht. Die Arbeit ist noch nicht veröffentlicht oder in anderer Form als Prüfungsleistung vorgelegt worden.

Ich habe die Bedeutung der ehrenwörtlichen Versicherung und die prüfungsrechtlichen Folgen (§ 24 Abs. 2 Bachelor-SPO) einer unrichtigen oder unvollständigen ehrenwörtlichen Versicherung zur Kenntnis genommen.“

Stuttgart, 01.08.2019,

 Bettina Birringer

Kurzfassung

Die vorliegende Arbeit behandelt die Frage, welche Schritte und Interventionen geeignet sind, um im Rahmen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements gegen Sedentarismus im bibliothekarischen Berufsalltag vorzugehen. Dabei wird auch geprüft, wie solche Interventionen in Hochschulbibliotheken gestaltet sein sollten, um niedrigschwellig und nachhaltig zu sein. Der theoretische Teil der Arbeit erläutert dabei grundlegende Begriffe wie Gesundheit, Sedentarismus und Betriebliches Gesundheitsmanagement und gibt darauf aufbauend eine Einführung in Hochschulbibliotheken als Setting für Betriebliches Gesundheitsmanagement. Des Weiteren präsentiert die Arbeit Ergebnisse einer Literaturrecherche zu Interventionen gegen Sedentarismus am Arbeitsplatz allgemein. Hinzu kommen die Ergebnissen eines Experteninterviews, welches Erfahrungen aus der bibliothekarischen Praxis hinsichtlich Interventionen gegen Sedentarismus speziell in Hochschulbibliotheken beleuchtet. Die Analyse des Experteninterviews weist auf eine stark ausgeprägte Sitzkultur in Hochschulbibliotheken hin. Angebote und Maßnahmen zur Bewegungsförderung sind in Ansätzen vorhanden, bedürfen aber dringend einer Strukturierung im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements und einer Professionalisierung durch Untermauerung mit empirischer Grundlagenforschung im Bereich des Gesundheitsverhaltens der Hochschulbibliotheksmitarbeiter.

Schlagwörter: Bibliothek, Betriebliches Gesundheitsmanagement, Gesundheitsförderung, Sedentarismus, Bewegungsförderung

Abstract

The present work deals with the question of which steps and interventions are suitable for tackling sedentary behaviour in everyday professional life of librarians within the framework of occupational health management. It will also look at how such interventions in university libraries should be designed to be low-threshold and sustainable. The theoretical part of the thesis explains fundamental concepts such as health, sedentary behaviour and occupational health management and, based on this, gives an introduction to university libraries as a setting for occupational health management. Furthermore, the paper presents results of a literature review on interventions against sedentary behaviour in the workplace in general. Added to this are the results of an expert interview, which sheds light on experiences from the library practice with regard to interventions against sedentary behaviour, especially in university libraries. The analysis of the expert interview points to a strong sitting culture in university libraries. Offers and measures for the promotion of physical activity are beginning to be available, but they urgently need to be structured as part of occupational health management and to be professionalized based on empirical basic research on the health behavior of university library staff.

Keywords: library, occupational health management, health promotion, sedentary behaviour, physical activity promotion

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----------|
| Ehrenwörtliche Erklärung | 2 |
| Kurzfassung | 3 |
| Abstract | 3 |
| Inhaltsverzeichnis | 4 |
| Abbildungsverzeichnis | 6 |
| Abkürzungsverzeichnis | 7 |
| Danksagung | 8 |
| 1 Einleitung | 9 |
| 2 Theoretischer Hintergrund | 12 |
| 2.1 Einführung in Sedentarismus als Gesundheitsgefahr | 12 |
| 2.1.1 Kurze Definition von Gesundheit | 12 |
| 2.1.2 Anthropologischer Kurzeinstieg in die Kultur des Sitzens | 13 |
| 2.1.3 Definition von Sedentarismus | 15 |
| 2.1.4 Gesundheits- und arbeitspolitische Relevanz von Bewegungsarmut | 18 |
| 2.1.5 Kurze Einführung in die Gesundheitspsychologie..... | 22 |
| 2.2 Einführung in das Betriebliche Gesundheitsmanagement..... | 24 |
| 2.2.1 Definition und Ziele des Betrieblichen Gesundheitsmanagements | 26 |
| 2.2.2 Aufbau und Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements | 27 |
| 2.2.3 Grundlagen der Interventionsplanung und -gestaltung zur Bewegungsförderung im Betrieblichen Gesundheitsmanagement | 33 |
| 2.2.4 Aktuelle Trends im Betrieblichen Gesundheitsmanagement | 35 |
| 2.2.5 Betriebliches Gesundheitsmanagement im rechtlichen Kontext..... | 40 |
| 2.3 Hochschulbibliotheken als Setting für Betriebliches Gesundheitsmanagement | 42 |
| 2.3.1 Einführung in das Setting Hochschule | 42 |
| 2.3.2 Studentisches Gesundheitsmanagement | 45 |
| 2.4 Gründe für Bewegungsförderung an Hochschulbibliotheken | 47 |
| 2.5 Zusammenfassung | 50 |
| 3 Interventionen gegen Sedentarismus am Arbeitsplatz – ein Literaturüberblick | 52 |
| 3.1 Ansatzpunkt Arbeitsumgebung..... | 53 |
| 3.2 Ansatzpunkt Individuum | 56 |
| 3.3 Ansatzpunkt Arbeitsorganisation | 58 |
| 3.4 Multikomponenten-Intervention | 59 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 3.5 | Zusammenfassung..... | 59 |
| 4 | Interventionen gegen Sedentarismus im Rahmen von Betrieblichem Gesundheitsmanagement an Hochschulbibliotheken aus Sicht der Praxis | 60 |
| 4.1 | Methodik..... | 60 |
| 4.1.1 | Untersuchungsziel und -gegenstand | 60 |
| 4.1.2 | Forschungshypothesen | 60 |
| 4.1.3 | Auswahl der Forschungsmethode | 61 |
| 4.2 | Ergebnisse des Experteninterviews..... | 62 |
| 4.3 | Zusammenfassung und Diskussion | 64 |
| 5 | Fazit..... | 65 |
| | Anhang A: Definitionsvergleich BGM, BGF und weitere | 67 |
| | Anhang B: Arbeitsbezogene Risiko- und Schutzfaktoren..... | 68 |
| | Anhang C: Erfolgskritische Kommunikationsanlässe gegenüber Beschäftigten im Rahmen des BGM-Zyklus | 69 |
| | Anhang D: Kommunikation im BGM..... | 70 |
| | Anhang E: Im BGM an Hochschulen eingesetzte Kommunikationselemente..... | 71 |
| | Anhang F: Reale Zusammensetzung von BGM-Steuerkreisen an Hochschulen..... | 72 |
| | Anhang G: Poster der Stadt New York bezüglich Treppennutzung..... | 73 |
| | Anhang H: Gütekriterien gesundheitsfördernder Hochschulen | 74 |
| | Anhang I: Informativ und bewegungsfördernde Poster für Arbeitsplatz | 75 |
| 6 | Literaturverzeichnis | 80 |

Abbildungsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Abbildung 1: Gesundheitsdeterminanten..... | 13 |
| Abbildung 2: Körperhaltungen von Menschen bei der Ruhepause | 14 |
| Abbildung 3: Energieverbrauch bei unterschiedlichen körperlichen Aktivitäten sowie Einteilung in leichte, moderate und intensive Aktivitäten | 16 |
| Abbildung 4: Aktivitätsgrad bei Arbeit, Transport und Freizeit gestaffelt nach Bildungsniveau; Angabe erfolgt in MET-Minuten..... | 17 |
| Abbildung 5: Erreichen der Mindestempfehlung für körperliche Aktivität in Deutschland im Ländervergleich; Angabe erfolgt in Prozent | 18 |
| Abbildung 6: Sitzende Körperhaltung bei der Nahrungsaufnahme oder am Arbeitsplatz sowie im Auto | 19 |
| Abbildung 7: Physiologische Körperhaltung im Stehen (links) sowie durch ausdauerndes Sitzen veränderte Körperhaltung im Stehen (mittig und rechts)..... | 19 |
| Abbildung 8: Rechter und linker Musculus psoas major in Grün..... | 20 |
| Abbildung 9: Theorie der Schutzmotivation | 23 |
| Abbildung 10: Verhaltens- und verhältnisbezogene Faktoren für Gesundheit am Arbeitsplatz | 27 |
| Abbildung 11: Managementprozess im Betrieblichen Gesundheitsmanagement..... | 28 |
| Abbildung 12: Potenzielle Mitglieder eines Hochschularbeitskreises für BGM..... | 29 |
| Abbildung 13: Thematisch strukturiertes Angebotsportfolio von Unternehmen mit Beispielen rund um Betriebliches Gesundheitsmanagement..... | 32 |
| Abbildung 14: Größe (a), Platzierung am Körper (b) und Tagesauswertung (c) des Akzelerometers activPAL™ | 34 |
| Abbildung 15: Rahmenmodell für den sinnvollen Einsatz einer digitalen Unterstützung innerhalb des betrieblichen Gesundheitsmanagements | 37 |
| Abbildung 16: Treppe am Bahnhof Zoologischer Garten in Berlin | 38 |
| Abbildung 17: Schriftzug für den Aufzug..... | 39 |
| Abbildung 18: Schriftzug mit Grafiken für einen Fahrradständer..... | 39 |
| Abbildung 19: Schriftzug mit Pfeil für Eingang zum Treppenhaus..... | 40 |
| Abbildung 20: BGM-Arbeitskreis an der Hochschule der Medien in Stuttgart..... | 43 |
| Abbildung 21: Übersicht über verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen gesunder Hochschulen | 45 |
| Abbildung 22: Informativer Banner zum Projekt „Kopf-Stehen“ im Eingangsbereich der Bibliothek der Pädagogischen Hochschule Heidelberg | 48 |
| Abbildung 23: Arbeitsplatz und Abbildung 24: OPAC-PC | 48 |
| Abbildung 25: Gruppenarbeitstische mit elastischer Fußstandfläche..... | 49 |
| Abbildung 26: Monkey Desk und Abbildung 27: Monkey Desk..... | 49 |
| Abbildung 28: Klassifikation der Interventionsstrategien mit dem Fokus, Sitzverhalten am Arbeitsplatz zu verändern | 52 |
| Abbildung 29: Dynamische Arbeitsplätze | 54 |
| Abbildung 30: Banner zum interaktiver Pong-Tisch | 55 |
| Abbildung 31: Interaktiver Pong-Tisch..... | 56 |
| Abbildung 32: Bildschirmabzug aus Desktop-App „Pauls Schreibtischübungen“ | 57 |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|---------|---|
| ADFC | Allgemeiner Deutscher Fahrrad-Club e.V. |
| AGH | Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen e.V. |
| AOK | Allgemeine Ortskrankenkasse |
| App | Kurzform von Applikation (schmale Computer- oder Mobilesoftware) |
| ArbSchG | Arbeitsschutzgesetz |
| BEM | Betriebliches Eingliederungsmanagement |
| BGF | Betriebliche Gesundheitsförderung |
| BGM | Betriebliches Gesundheitsmanagement |
| BZgA | Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung |
| dBGM | Digitales Betriebliches Gesundheitsmanagement |
| DKV | Deutsche Krankenversicherung Aktiengesellschaft |
| GeFö | Gesundheitsförderung |
| H. | Heft |
| MET | Metabolisches Äquivalent (Vergleichseinheit für den biologischen Energieverbrauch eines Menschen) |
| o.J. | ohne Jahresangabe |
| OPAC | Online Public Access Catalogue (moderner, über das Internet zugänglicher Bibliothekskatalog) |
| o.V. | ohne Verfasser |
| SCOHS | Social Capital and Occupational Health Standard (Standard für ein zertifizierbares Betriebliches Gesundheitsmanagement) |
| SGM | Studentisches Gesundheitsmanagement |
| SuUB | Staats- und Universitätsbibliothek Bremen |
| TK | Techniker Krankenkasse |
| WHO | Weltgesundheitsorganisation |
| Z. | Zeile |

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen bedanken, die mich bei der Anfertigung der Arbeit unterstützt haben. Hier sei zuerst Frau Dipl.-Bibl. Christa Giese, Gesamtleitung der Fachbibliotheken im Klinikum Stuttgart, für die freiwillige Betreuung der Arbeit als Zweitprüferin genannt. Des Weiteren danke ich meiner Interviewpartnerin Frau M.A., M.A. LIS Britta Werner, ohne deren Bereitschaft zu einem offenen Gespräch die vorliegende Arbeit in dieser Form nicht zustande gekommen wäre. Danken möchte ich ganz besonders auch meiner Familie für konstruktive Kritik und aufmerksames Korrekturlesen sowohl des transkribierten Experteninterviews als auch der Thesis selbst.

1 Einleitung

„Vom Homo sapiens zum Homo sedens“ oder „Deutschland ist ein Land der Sitzbleiber“ – so lasen sich die Überschriften von Fachartikeln und Pressemitteilungen in den letzten Monaten und Jahren zum Thema Bewegungsmangel bei Kindern und Erwachsenen in Deutschland. Was noch mit einem zwischen Humor und Sarkasmus liegenden Titel eingeleitet wird, eröffnet sich schnell zu einem ernsten, gesellschafts- und gesundheitspolitisch relevanten Thema.

Spätestens mit dem Eintritt in die Grundschule werden Kinder in der deutschen Gesellschaft zu ausdauerndem Sitzverhalten erzogen. Gesessen wird vor allem während des Unterrichts, auf dem Schulweg und bei der Mediennutzung: Das gewichtete Mittel entspricht einer täglichen Sitzzeit von 9,71 Stunden (vgl. Huber & Köppel 2017, S. 104). Der Bewegungsmangel nimmt laut dem sogenannten Motorik-Modul, welches im Auftrag des Bundesministerium für Bildung und Forschung die körperliche Fitness aller Kinder und Jugendlichen in Deutschland untersucht, zu (vgl. Köppe 21.03.2019, Absatz 1-14). Dieser Trend setzt sich in zunehmendem Maße in der weiteren Bildungslaufbahn fort. Die Zahl der Studierenden¹ steigt in Deutschland und damit die Zahl der jungen Erwachsenen, die in Hörsälen sitzen (vgl. Statistisches Bundesamt 2019b). Im Berufsleben angekommen, ist die Transformation von einem einst aktiven und agilen Kleinkind zum dauersitzenden Erwachsenen abgeschlossen. Mit rund 18 Millionen Bildschirm- und Büroarbeitsplätzen, das entspricht fast jedem zweiten Arbeitsplatz, sitzen erwerbstätige Deutsche auch während der Arbeitszeit (vgl. Clos 2016, S. 17). Der aktuelle DKV-Report zeigt, dass immer weniger Erwachsene in Deutschland die Mindestempfehlungen für körperliche Aktivität in den Lebensbereichen Freizeit, Transport und Arbeit erreichen (vgl. Froböse et al. 2018, S. 15).

Diese Verwandlung hat Folgen, für den einzelnen Menschen und für die Gesellschaft, denn der Körper eines Homo sapiens ist eigentlich auf Bewegung ausgelegt (vgl. Dreinhöfer et al. 2018, S. 182). Gelenke, Sehnen, Bänder und Muskeln verändern sich deshalb dauerhaft, um langanhaltendes Sitzen zu erleichtern (vgl. Bowman 2016, S. 90-93). Rückenschmerzen, sonstige Bandscheibenschäden und sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens gehörten zu den 40 häufigsten Einzeldiagnosen bei Arbeitsunfähigkeitsfällen im Jahre 2017 (vgl. Meyer et al. 2018, S. 363). Rückenschmerzen rangierte dabei auf Platz 2 der Gesamtlistung (vgl. ebd.). Muskel- und Skelett-Erkrankungen sind zudem die einzige Krankheitsart, welche mit steigendem Alter massiv zunimmt (vgl. ebd., S. 362). Daneben sind Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems bei Frauen auf Platz 2 und bei Männern auf Platz 3 der am meisten Kosten verursachenden Krankheiten in Deutschland (vgl. Nöthen & Böhm 2010, S. 22). In An-

¹ Um die Übersichtlichkeit des Textes zu gewährleisten, wird, wenn keine neutrale Formulierung wie hier angewendet möglich ist, die männliche Schreibweise gewählt. Die weibliche Form ist damit ebenso gemeint.

betracht der demografischen Entwicklung und dadurch steigenden Zahl an älteren Arbeitnehmern in Deutschland allgemein (vgl. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung o.J., Absatz 1-3) und auch im deutschen Bibliothekswesen im Speziellen (vgl. Meidlinger 2014, S. 222) ist dieser Zusammenhang eine besondere Herausforderung. Die krankheitsbedingten Kosten je Einwohner sind in Deutschland mehr als dreimal so hoch in der Alterskohorte der 45- bis 64-Jährigen als in der Kohorte der 15- bis 29-Jährigen (vgl. Stahl 2018, S. 564). Staat, Krankenkassen und Arbeitgeber haben deshalb ein großes Interesse an der Gesunderhaltung von Arbeitnehmern.

In Hochschulen treffen zwei wichtige Zielgruppen der Gesundheitsförderung zusammen: Studierende und Arbeitnehmer. Faller (2017a, S. 391), Professorin für Kommunikation und Intervention im Kontext von Gesundheit und Arbeit an der Hochschule für Gesundheit in Bochum, erläutert den Zusammenhang folgendermaßen:

„Gesundheitsfördernde Hochschulen tragen nicht nur zum Wohlbefinden und zur Leistungsfähigkeit ihres wissenschaftlichen und administrativen Personals bei, sondern wirken langfristig und umfassend in die Gesellschaft hinein, indem sie künftige Führungskräfte ausbilden, die in ihrem späteren Berufsleben über die Arbeits- und Lebensbedingungen – und damit über zentrale Gesundheitsdeterminanten – von Menschen befinden.“

Studierende sitzen im Studienalltag nicht nur im Hörsaal oder in der Mensa, sondern auch in der Bibliothek – sei es um zu lernen, für Gruppenarbeiten oder zur Partnersuche (vgl. Erk 2006, Absatz 1). Einige Hochschulbibliotheken haben die hohen Sitzzeiten von Studierenden als Herausforderung erkannt und erste Schritte zur Bewegungsförderung eingeleitet (vgl. Universität Regensburg 2019, Absatz 1-3; ebenso Spreckelsen 2019, Absatz 3-4). Doch was ist mit dem Personal der Hochschulbibliotheken? Bibliotheksmitarbeiter verbringen ebenfalls einen Großteil ihrer Tätigkeiten sitzend an Bildschirm- und Büroarbeitsplätzen (vgl. Teigelkämper & Wild 2001, S. 4). Im Rahmen des sogenannten Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) ließen sich Maßnahmen ergreifen, um Bewegung und damit Gesundheit im bibliothekarischen Berufsalltag zu fördern. Werner (2014, S. 239) bemerkt dazu:

„Auch wenn das Betriebliche Gesundheitsmanagement in Bibliotheken als strategisches Instrument bisher wenig etabliert ist, bestehen doch gesundheitsfördernde Angebote und Maßnahmen. Diese Aktivitäten greifen als einzelne und unverbundene Handlungen im Sinne des BGM zwar zu kurz, sie sind aber nicht zu vernachlässigen, zeigen sie doch, dass eine Auseinandersetzung mit der Thematik stattfindet.“

Doch die Publikationslage zum Thema Betriebliches Gesundheitsmanagement ist dünn in der bibliothekarischen Fachpresse und Werner (2016, 4.9.8, S. 1) stellt in ihrem Kapitel über BGM im Loseblatt-Handbuch *Erfolgreiches Management von Bibliotheken und Informationseinrichtungen* fest:

„Die Literatur bezieht sich bisher fast ausschließlich auf die freie Wirtschaft. Für Bibliotheken gelten aber selbstverständlich die gleichen Faktoren wie für Unternehmen, denn auch hier ist das Interesse an gesunden und motivierten Mitarbeitern sehr hoch. Bibliotheken stehen aber auch noch vor ganz besonderen Problemen. Häufig ist kein eigenes Budget

für Gesundheitsförderung vorgesehen und auch im Geschäftsverteilungsplan finden sich bislang in der Regel keine, die ausdrücklich Gesundheitsmanagement beinhalten.“

Die vorangegangene Darstellung hat gezeigt, dass übermäßiges Sitzen und Bewegungsmangel, sogenannter Sedentarismus, ein aktuelles sowie gesellschafts- und gesundheitspolitisch relevantes Thema ist. Die Darstellung legt allerdings auch nahe, dass es im Bibliothekswesen kein öffentliches Problembewusstsein bezüglich dieser Thematik gibt. Es fehlt zudem konkrete und umfassende, empirische Grundlagenforschung im Bezug auf das Gesundheitsverhalten von Hochschulbibliothekspersonal allgemein und auf Sitzzeiten von Bibliotheksmitarbeitern im Speziellen, welche auch im Rahmen der angestrebten Arbeit nicht geleistet werden kann.

Die vorliegende Arbeit verfolgt deshalb das Ziel, der Frage nachzugehen, welche Schritte und Interventionen geeignet sind, um gegen Sedentarismus im bibliothekarischen Berufsalltag vorzugehen. Dabei wird die Autorin auch prüfen, wie solche Interventionen in Hochschulbibliotheken gestaltet sein sollten, um niedrigschwellig und nachhaltig zu sein. Um den Rahmen der Arbeit enger zu fassen, beschränkt sich die Autorin vor allem auf Hochschulbibliotheken in Baden-Württemberg, da dieses Bundesland die meisten Hochschulen hat (vgl. o.V. o.J.). **Grundsätzlich soll die Arbeit bibliothekarische Führungskräfte und Bibliothekspersonal, das im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements Teil eines interdisziplinären Teams oder Gesundheitszirkels an einer Hochschule ist, für die Forschungsfrage sensibilisieren.** Diese Risikosensibilisierung empfehlen Uhle & Treier (2015, S. 196) ausdrücklich im Bezug auf betriebliche Präventionsarbeit. Da das Thema Betriebliches Gesundheitsmanagement bisher im bibliothekarischen Studium in Baden-Württemberg nicht verankert ist, will die Autorin mit ihrer Arbeit primär einen fehlenden theoretischen Grundstein legen und hat deshalb von einer umfassenden empirischen Untersuchung mittels Fragebogen an ausgewählten Hochschulbibliotheken abgesehen.

Die Arbeit ist wie folgt gegliedert: Als theoretische Einführung werden in Kapitel 2 zunächst grundlegende Begriffe wie Gesundheit, Sedentarismus und Betriebliches Gesundheitsmanagement einer Arbeitsdefinition unterzogen und erläutert. Im gleichen Kapitel erfolgt darauf aufbauend eine Einführung in Hochschulbibliotheken als Setting für Betriebliches Gesundheitsmanagement und die Erläuterung von Gründen für Bewegungsförderung an Hochschulbibliotheken. Kapitel 3 ergänzt diesen Überblick mit den Ergebnissen einer Literaturrecherche zu Interventionen gegen Sedentarismus am Arbeitsplatz allgemein. Im empirischen Teil in Kapitel 4 kommt in Form eines knapp einstündigen Experteninterviews die Sicht aus der bibliothekarischen Praxis auf Interventionen gegen Sedentarismus speziell in Hochschulbibliotheken hinzu. Es erfolgt zunächst die Ableitung der Forschungshypothesen und die Erläuterung des methodischen Vorgehens. Anschließend werden die Ergebnisse des Experteninterviews dargestellt und in Bezug auf die theoretischen Inhalte aus Kapitel 2 und 3 analysiert und diskutiert. Abgerundet wird die Arbeit mit einem Fazit und Hinweisen auf weiteren Forschungsbedarf in Kapitel 5.

2 Theoretischer Hintergrund

In Kapitel 2 erfolgt eine ausführliche theoretische Einführung in die Themen Sedentarismus (Kapitel 2.1) und Betriebliches Gesundheitsmanagement (Kapitel 2.2), eine Erläuterung zu Hochschulbibliotheken als Setting für Betriebliches Gesundheitsmanagement (Kapitel 2.3) sowie die Beleuchtung von Gründen für Bewegungsförderung in Hochschulbibliotheken (Kapitel 2.4). Das Kapitel schließt mit einer Zusammenfassung (Kapitel 2.5).

2.1 Einführung in Sedentarismus als Gesundheitsgefahr

2.1.1 Kurze Definition von Gesundheit

Jeder Mensch entwickelt im Laufe seines Lebens eine primär subjektive Konstruktion von Gesundheit und im allgemeinen Sprachgebrauch wird diese als Abwesenheit von Krankheit definiert. Damit ist das Fehlen einer Erkrankung aus der traditionellen, pathogenetischen Sicht das negative Minimalkriterium für Gesundheit (vgl. Wirtz et al. 2018, S. 15 f.). Der damit verbundene, implizite Handlungsauftrag ist das Vermeiden und Verhindern von Krankheiten und ihren Auslösern. Anfang des 20. Jahrhunderts wurde durch die Weltgesundheitsorganisation ein Paradigmenwechsel angestoßen, in dessen Kern ein krankheitsunabhängigeres Verständnis steht, welches als positives Maximalkriterium von Gesundheit angesehen wird (vgl. ebd.). Laut Verfassung der World Health Organization (2014, S. 1) ist Gesundheit definiert als ein „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“. In dieser salutogenetischen Sicht steht im Vordergrund, was der Gesundheit eines Menschen trotz Risiken und Belastungen zuträglich ist (vgl. Altgeld & Kolip 2018, S. 58). Das von Aaron Antonovsky entwickelte salutogenetische Modell stellt Gesundheit und Krankheit als Gegenpole eines Kontinuums dar, auf dem Menschen sich innerhalb ihrer Lebenszeit hin- und herbewegen (vgl. ebd.). Franzkowiak & Hurrelmann (2018, S. 177) bezeichnen Gesundheit deshalb als „dynamisches Stadium, als ein lebensgeschichtlich und alltäglich immer neu reguliertes Potenzial, als eine beständige und aktiv herzustellende Balance im Spannungsfeld zwischen Ressourcen und Belastungen“. Diese Definition betont die Eigenverantwortung der Menschen, sich proaktiv um ihre Gesundheit zu kümmern. Gesundheit und Wohlbefinden hängt dabei von einer Vielzahl von Faktoren ab und auch wenn Alter, Geschlecht oder Erbanlagen festgelegt sind, so können die meisten Faktoren für ein gesundes Leben vom Mensch bewusst beeinflusst werden. Die nachfolgende Grafik zeigt die sogenannten Determinanten von Gesundheit:

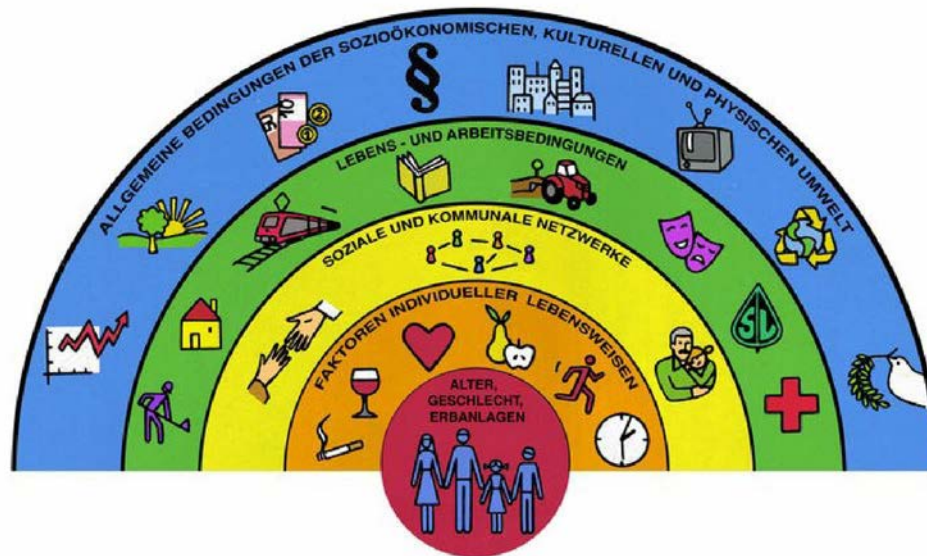


Abbildung 1: Gesundheitsdeterminanten (entnommen aus Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen o.J.)

Das sogenannte Regenbogenmodell von Margret Whitehead und Göran Dahlgren veranschaulicht, dass die Gesundheit des Einzelnen neben persönlichen Faktoren auch durch Umwelt und Gesellschaft beeinflusst werden. Dies hebt neben der Verantwortung des Einzelnen die gesellschaftliche Verantwortlichkeit für gesunde Lebens- und Arbeitsbedingungen hervor: Wie sich ein Mensch zwischen den Polen von Krankheit und Gesundheit ausbalanciert, wird maßgeblich von der Gesellschaft mitdirigiert.

2.1.2 Anthropologischer Kurzeinstieg in die Kultur des Sitzens

„Wir sitzen zu viel und die besten Ämter, die wir zu vergeben haben sind Stühle: Der Richterstuhl, der Predigerstuhl und der Lehrstuhl.“ – Karl J. Weber, 1767-1832, Schriftsteller/ Satiriker

Der Stuhl als typische und weit verbreitete Sitzgelegenheit des westlichen Moderne ist im Vergleich zur Geschichte der Menschheit noch relativ jung und selbst heute wird in einigen Teilen der Erde zum Ausruhen nicht ein Stuhl herangezogen, sondern die Menschen hocken, kauern oder legen sich hin, wie es bereits unsere Vorfahren als Jäger und Sammler getan haben (vgl. Jochem & Leitzmann 2018, S. 15 f.). Die Entwicklung vom Kauern auf dem Boden zum Sitzen auf Stühlen und anderen Möbelstücken erfolgte über mehrere Schritte (vgl. ebd., S. 15-21):

- Jäger und Sammler verbrachten einen Großteil des Tages in Bewegung, wurden aber später im wahrsten Sinne des Wortes sesshaft.
- Zu Beginn der Zivilisation war Sitzen auf (meist prächtigen) Stühlen nur Würdenträgern vorbehalten (etwa Königen oder Priestern).
- Erst Mitte des 20. Jahrhunderts wurde der Stuhl dank Michael Thonet und seinem als *Wiener Kaffeehausstuhl* bekannt gewordenen Möbelstück zum Massenprodukt.

Kulturwissenschaftler Hajo Eickhoff schrieb dazu: „Die Entwicklung des Stuhlsitzens ist ein Prozess, in dem der Stuhl den am Erdboden lagernden Menschen auf ein erhöhtes räumliches und ein hohes kulturelles Niveau hebt.“ (Eickhoff 1997, S. 13)

Heute tragen Transportmittel wie PKW und öffentlicher Nahverkehr dazu bei, dass der Mensch sich auch sitzend fortbewegen kann. Dass dies nicht dem menschlichen Instinkt entspricht, lässt sich an Kleinkindern gut beobachten (Jochem & Leitzmann 2018, S. 22 f.):

„Wer [...] Kindergartenkinder in der Familie oder im Freundeskreis hat, der wird bestätigen können, dass zwei- bis sechsjährige Energiebündel die meiste Zeit des Tages mit Laufen, Rennen, Hüpfen, Klettern, Kriechen, Krabbeln und Turnen verbringen – das ganze wahlweise und je nach Wetter entweder drinnen oder draußen. Und das tun sie mit Sicherheit nicht, weil es ihnen an Sitzgelegenheiten mangelt. [...] ab dem Alter von etwa sechs Jahren endet das Vergnügen abrupt – mit dem Schuleintritt. Die Schulpflicht alias *Stuhlpflicht* ruft, und spätestens dann heißt es: *Stillgesessen!*“

Spätestens ab dem Schuleintritt wird Kindern die stuhlbezogene Sitzkultur der westlichen Moderne regelrecht antrainiert. Paradoxerweise steht dieser Vorgang im absoluten Gegensatz zur Nationalen Empfehlung für Bewegung und Bewegungsförderung der Bundeszentrale für gesundheitlichen Aufklärung: Grundschulkindern und Jugendliche sollten sich täglich (!) mindestens 90 Minuten mit moderater oder hoher Intensität bewegen (vgl. Rütten & Pfeifer 2017, S. 23). Diese Vorgabe ist schwer mit einem regulären Schultag zu vereinbaren, vor allem, wenn eine Ganztagschule besucht wird.

Anthropologen sprechen zudem in der westlichen Moderne von einem Verlust an Sitzvielfalt, denn ursprünglich „eröffnet der kulturelle Charakter des Sitzens als Körpertechnik [...] einen Spielraum [...] für die Variationen des Sitzens“ (Diaconu 2012, S. 144). Der Anthropologe Gordon W. Hewes erforschte unter anderem menschliche Körperhaltungen und erkundete über viele Jahre, wie Menschen auf der ganzen Welt ihre Ruhepausen verbringen. Nachfolgend Skizzen seiner Forschungsergebnisse:

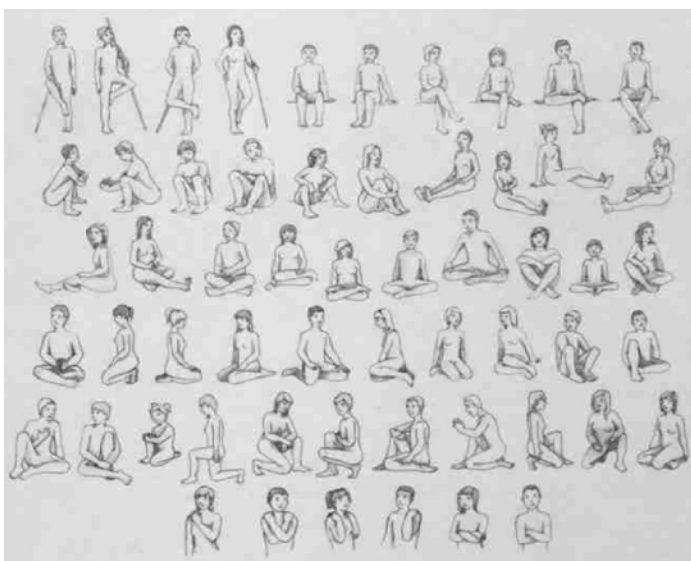


Abbildung 2: Körperhaltungen von Menschen bei der Ruhepause (entnommen aus Bowman 2016, S. 127)

Diese Vielfalt an Körperhaltungen wird in der Schule zugunsten des stillen und geraden Sitzens auf einem Stuhl unter Erwartung der Eltern und Pädagogen aufgegeben. Jochem und Leitzmann (2018, S. 24) stellen fest:

„Jugendliche haben mit dem Ende der Schulpflicht das tägliche Sitzen als eine der Grundfähigkeiten für das Überleben in (und auch außerhalb) der Schule und als normale Arbeitsposition verinnerlicht. So sind Schulabgänger bereits bestens auf die sitzende Lebensweise vorbereitet. Möglicherweise ist das institutionalisierte Sitzen, also das Sitzen als gesellschaftlich anerkannte und verbreitete Haltung innerhalb und auch außerhalb von Einrichtungen wie beispielsweise Schulen, die Erklärung dafür, weshalb Sitzen für die allermeisten von uns so normal zu sein scheint.“

Das ausdauernde Sitzen wird nicht nur als normal empfunden, sondern auch als erstrebenswert angesehen. Sitzen ist sowohl die typische Konsumhaltung (vgl. ebd., S. 35) als auch ein Statussymbol (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2011, S. 11):

„Nach wie vor gilt die sitzende Tätigkeit höherwertiger als die stehende, folglich erfährt der Sitzende mehr Wertschätzung als der Stehende. Berufliche Aufstiege sind fast immer mit ›Entlastung‹ von körperlicher Bewegung verbunden und mit einem Mehr an Sitzen. Angekommen ist erst, wer sesshaft geworden ist – und das gilt sowohl räumlich als auch und vor allem gesellschaftlich. Deshalb wird am Stuhl des Konkurrenten gesägt, der diesen selbst verständlich mit allen Mitteln verteidigt. Deshalb lässt der Chef seinen Untergebenen – selbst verständlich sitzend – ›stramm stehen‹. Und deshalb ist es ein Vorrecht des Höher gestellten, dem Niedriggestellten einen Sitzplatz anzubieten – oder auch zu verweigern.“

Solange das alles so ist, solange die Menschen nicht nach Bewegung, sondern nach Sitzplätzen verlangen, solange das Sitzplatz-Anbieten zur Höflichkeit und Selbstverständlichkeit gehört, wird es schwierig, den modernen Menschen von den negativen Sitzfolgen zu entlasten.“

Sitzen hat sich also im wahrsten Sinne des Wortes im Habitus der modernen Menschen festgesetzt.

2.1.3 Definition von Sedentarismus

Der Begriff Sedentarismus oder sedentärer Lebensstil wurde aus dem anglo-amerikanischen Sprachgebrauch (sedentary lifestyle) ins Deutsche übernommen und leitet sich etymologisch von lat. sedere = sitzen, verweilen ab. Sedentäres Verhalten kennzeichnet sich laut internationaler, wissenschaftlicher Konvention durch körperliche Inaktivität im Sitzen oder Ruhen mit einem Energieverbrauch von unter 1,5 MET (vgl. Rütten & Pfeifer 2017, S. 20; ebenso Tremblay 2012, S. 540). 1 MET entspricht dabei dem Energieverbrauch eines ausgewachsenen Menschen im Ruhezustand und ist definiert als Energieverbrauch von 1 kcal pro kg Körpergewicht pro Stunde (vgl. Ainsworth et al. 1993, S. 72; ebenso Froböse et al. 2018, S. 18). Die nachfolgende Abbildung zeigt den ungefähren Energieverbrauch verschiedener körperlicher Aktivitäten:

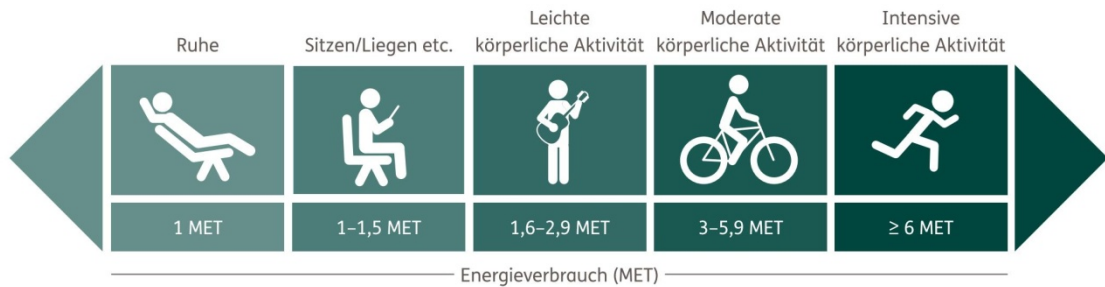


Abbildung 3: Energieverbrauch bei unterschiedlichen körperlichen Aktivitäten sowie Einteilung in leichte, moderate und intensive Aktivitäten (entnommen aus Froböse et al. 2018, S. 18)

Wie die Abbildung andeutet, ist Sitzen oft mit weiteren Handlungen kombiniert, etwa dem Lesen eines Printmediums, Bildschirmarbeit, dem Arbeiten am Schreibtisch oder der Nutzung eines Verkehrsmittels wie dem PKW. All diesen Aktivitäten ist gemein, dass sie mit einem lediglich geringen energetischen Aufwand einhergehen (vgl. Bucksch & Schlicht 2014, S. 16).

Wie in der Einleitung bereits angedeutet, ist fast jeder zweite Arbeitsplatz in Deutschland ein Sitzplatz. An den Bildschirmarbeitsplätzen werden dabei trotz gesetzlicher Vorgaben keine oder zu wenige Arbeitsunterbrechungen eingelegt (vgl. Scholz 2016, S. 216). Den Feierabend verbringen über 40 Prozent der berufstätigen Deutschen laut einer Umfrage der TK dann auf der Couch, wo sie auf den nächsten Bildschirm treffen (vgl. Techniker Krankenkasse 2016, S. 21). Der aktuelle DKV-Report zeigt, dass die Deutschen im Bundesdurchschnitt pro Werktag 7,5 Stunden im Sitzen verbringt (vgl. Froböse et al. 2018, S. 52). Fast die Hälfte der Befragten gab allerdings an, 8 Stunden und mehr zu sitzen und 62 Prozent dieses Personenkreises erreicht zudem nicht die Mindestaktivitätsempfehlungen (vgl. ebd., S. 28). Die Bewegungsempfehlung für Erwachsene laut BZgA (Rütten & Pfeifer 2017, S. 28):

- Erwachsene sollten lange, ununterbrochene Sitzphasen meiden und nach Möglichkeit das Sitzen regelmäßig mit körperlicher Aktivität unterbrechen.
- Erwachsene sollten möglichst mindestens 150 Minuten / Woche ausdauerorientierte Bewegung mit moderater Intensität durchführen (z. B. 5 x 30 Minuten / Woche), oder
- mindestens 75 Minuten / Woche ausdauerorientierte Bewegung mit höherer Intensität durchführen, oder
- ausdauerorientierte Bewegung in entsprechenden Kombinationen beider Intensitäten durchführen
- und dabei die Gesamtaktivität in mindestens 10-minütigen einzelnen Einheiten verteilt über Tag und Woche sammeln (z. B. mindestens 3 x 10 Minuten / Tag an fünf Tagen einer Woche).
- Erwachsene sollten zusätzlich muskelkräftigende körperliche Aktivitäten an mindestens zwei Tagen pro Woche durchführen.

Mittlerweile ist nicht einmal mehr die Hälfte der Deutschen ausreichend körperlich aktiv während der Arbeit, des Transports und der Freizeit – Tendenz steigend (vgl. Froböse et al. 2018, S. 15). Interessanterweise sind vor allem Frauen betroffen, die zwar grundsätzlich mehr auf ihre Gesundheit achten als Männer, aber beim Thema Bewegung schlechter abschneiden (vgl. ebd., S. 12). Zudem bewegen sich Akademiker weniger bei der Arbeit als geringer gebildete Erwerbstätige in Deutschland:

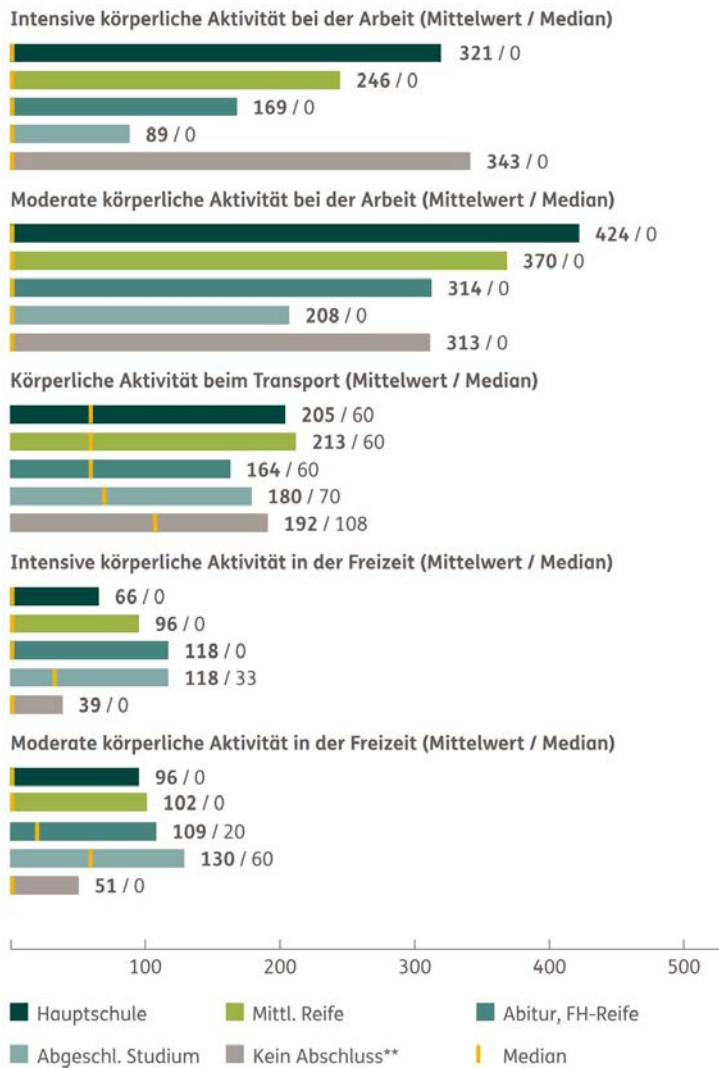


Abbildung 4: Aktivitätsgrad bei Arbeit, Transport und Freizeit gestaffelt nach Bildungsniveau; Angabe erfolgt in MET-Minuten (entnommen aus Froböse et al. 2018, S. 23)

Des Weiteren zeigt der DKV-Report erhebliche bundeslandspezifische Unterschiede in der körperlichen Aktivität:

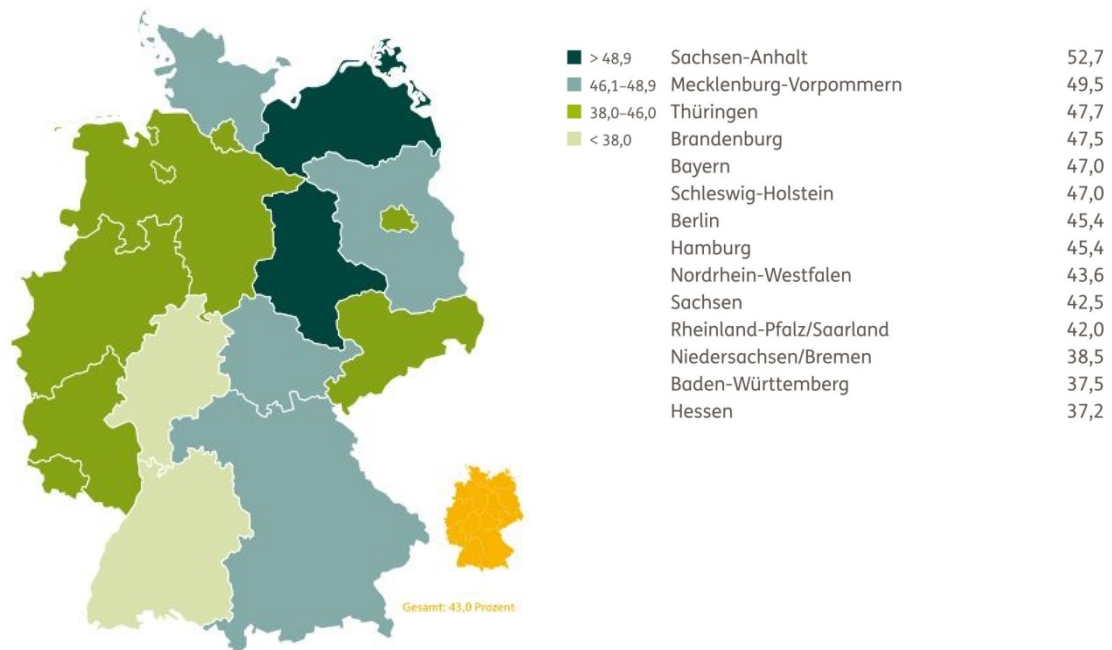


Abbildung 5: Erreichen der Mindestempfehlung für körperliche Aktivität in Deutschland im Ländervergleich; Angabe erfolgt in Prozent (entnommen aus Froböse et al. 2018, S. 45)

Damit gehören Akademikerinnen in Baden-Württemberg, wie etwa eine studierte Bibliothekarin an einer badischen Hochschulbibliothek, zur Hauptrisikogruppe für Bewegungsmangel.

2.1.4 Gesundheits- und arbeitspolitische Relevanz von Bewegungsarmut

In Kapitel 2.1.2 wurde ausführlich beschrieben, dass sich Sitzen auf Stühlen und Sesseln als Körperhaltung bei Arbeit, Freizeit und Transport in der westlichen Moderne fest etabliert hat. Dieser kulturelle Prozess hängt unter anderem mit den Vorteilen zusammen, die der Mensch sitzend hat (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2011, S. 18):

- Verbesserung der Rumpfstabilität, da im Vergleich zum Stehen der Körperschwerpunkt näher an der Unterstützungsfläche (Sitzfläche) ist.
- Entlastung der Hüftgelenke und der Beine, Vorbeugung von Hüftgelenkschäden und Krampfadern, wie diese bei Stehberufen bekannt sind.
- Niedriger Energieverbrauch (nicht beim Dauersitzen!), Entlastung des Kreislaufs.
- Stabile Körperhaltung mit ausgezeichneter visueller Übersicht für viele Arbeitssituationen, deshalb heute die Arbeitshaltung für die meisten Tätigkeiten.
- Kurzzeitiges Sitzen kann nach einer Phase längeren Stehens einen wohltuenden Entlastungseffekt haben.

In der Einleitung wurde allerdings ebenfalls bereits angedeutet, dass übermäßiges Sitzen und Bewegungsmangel für den menschlichen Bewegungsapparat biomechanische und gesundheitliche Folgen hat. Dazu zählen vor allem (ebd.):

- Bauch-, Brust- und Hüft[beuge]muskulatur erschlaffen und können sich ggf. verkürzen,
- Rundrücken als Folge des langandauernden ›bequemen‹ Sitzens,
- Fehlbelastung der Wirbelsäule mit negativen Folgen für Bandscheiben, Bandapparat und Rückenmuskulatur,
- Schmerzhaftes Schulter- und Nackenverspannungen bei ständiger vorn überbeugter Lese- oder Schreibhaltung, die zu unspezifischen Schmerzen im Nacken und des Kopfes beitragen können.

Biomechanikerin Katy Bowman skizziert die Folgen von ausdauerndem Sitzen für die menschliche Körperhaltung:

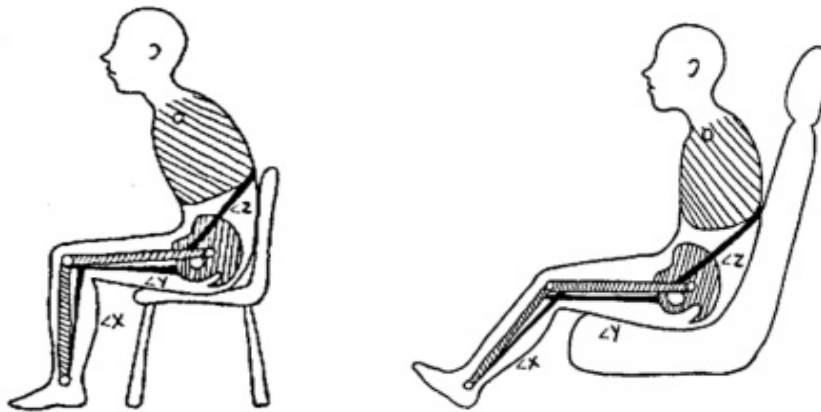


Abbildung 6: Sitzende Körperhaltung bei der Nahrungsaufnahme oder am Arbeitsplatz sowie im Auto (entnommen aus Bowman 2016, S. 87)

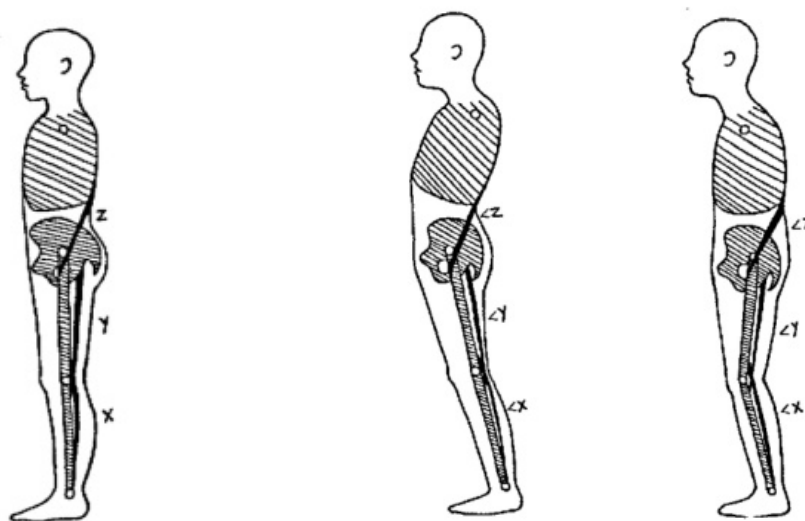


Abbildung 7: Physiologische Körperhaltung im Stehen (links) sowie durch ausdauerndes Sitzen veränderte Körperhaltung im Stehen (mittig und rechts) (entnommen aus Bowman 2016, S. 89)

Der menschliche Bewegungsapparat ist auf eine angemessene Beanspruchung angewiesen. Gerade die bindegewebigen Bandscheiben als puffernder Teil der Wirbelsäule sind in Funktion und Gesundheit von körperlicher Aktivität abhängig. Sie werden nicht wie andere Körperteile über Blutgefäße versorgt, sondern ausschließlich über Diffusion aus dem und in das umliegende Gewebe, weshalb sie bei Bewegungsmangel mit Sauerstoff und Glucose unterversorgt sind (vgl. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2011, S. 15). In weniger bewegte Körperregion erfolgt zudem innerhalb der Muskulatur ein Zuwachs an Bindegewebe, welches sich dort wie Narbengewebe verhält und die Gleitbewegung der Muskeln behindert – sogenannte Faszienverklebungen (vgl. Bowman 2016, S. 90).

Als im Körperrumpf besonders betroffene Muskelgruppe wurde oben bereits die Hüftbeugemuskulatur genannt. Im Sitzen nimmt der Mensch eine beidseitig gebeugte Hüftposition ein, d.h. konkret, die Hüfte wird passiv (!) gebeugt und die Muskelgruppe kann sich auf Dauer durch die Unterforderung verkürzen (vgl. Thömmes 2017, S. 35 f.). Der größte Hüftbeuger ist der *Musculus psoas major*, kurz Psoas genannt. Der Psoas hat Ansätze am 12. Brustwirbel und an den fünf Lendenwirbelkörpern bzw. deren dazwischenliegenden Bandscheiben und Rippenfortsätzen und endet am oberen Teil des Oberschenkelknochens:

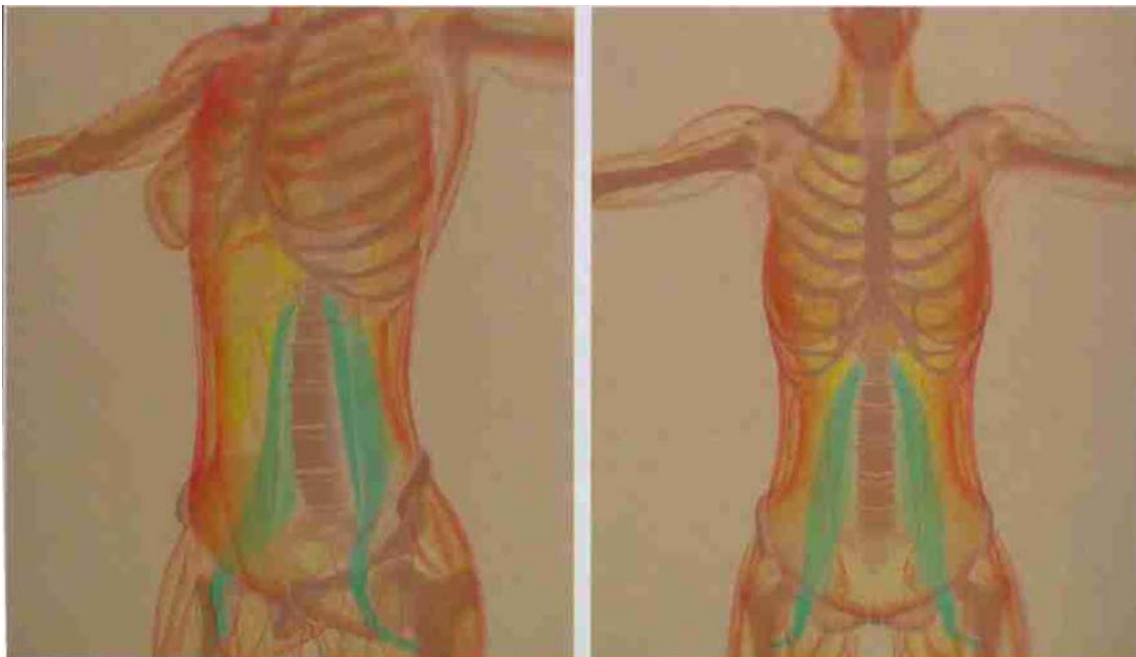


Abbildung 8: Rechter und linker *Musculus psoas major* in Grün (entnommen aus Thömmes 2017, S. 36)

Durch seine weitläufige Verzweigung wirkt der Psoas unmittelbar auf mehr Gelenke im menschlichen Körper ein als alle anderen Muskeln und eine Faszienverklebung am Psoas kann die Ausrichtung der Wirbelsäule, der Hüfte, des Beckens oder des Knies verändern (vgl. Bowman 2016, S. 173).

Die Hüftbeuger selbst sind nicht schmerzempfindlich, im Gegensatz zum funktionellen Gegenspieler, der unteren Rückenmuskulatur: Diese muss gegen die festen Hüftbeuger dagegenhalten und neigt schnell zu schmerzhafter Verspannung und Ermüdung (vgl. Thömmes 2017, S. 36).

All diese Veränderungen führen dauerhaft zu einer Einschränkung des schmerzfreien Bewegungsspielraumes des menschlichen Körpers. Die hohen Sitzzeiten bei Arbeit, Transport und Freizeit in Kombination mit allgemeinem Bewegungsmangel spiegeln sich in Deutschland in der Fehlzeitenstatistik der Krankenkassen wider. Die zweithäufigste Diagnose², die im Jahr 2017 zu Arbeitsunfähigkeit führte, waren Rückenschmerzen (vgl. Meyer et al. 2018, S. 362). Zudem verursachen Muskel- und Skelett-Erkrankungen in fast allen Branchen die meisten Fehltage (vgl. ebd.). Da Frauen, wie in Kapitel 2.1.3 bereits erläutert, körperlich weniger aktiv sind, treten bei ihnen auch häufiger typische Beschwerden am Bewegungsapparat durch langes Stehen oder Sitzen auf (vgl. Rosendahl 2016, S. 24). Bewegungsmangel in der Freizeit kann durch fehlende Möglichkeit zum Abbau von Arbeitsstress psychosomatische Krankheiten mitbedingen, die dann wiederum zu Fehlzeiten am Arbeitsplatz führen (vgl. Froböse et al. 2018, S. 17). Die Krankheitskosten je Einwohner im erwerbsfähigen Alter wurden 2015 maßgeblich³ von Muskel- und Skelett-Erkrankungen sowie psychischen und Verhaltensstörungen mit verursacht (vgl. Stahl 2018, S. 565).

Ein bewegter Lebensstil dagegen hat laut WHO folgende gesundheitsförderlichen Aspekte (vgl. World Health Organization 2019, S. 13):

- Positiver Effekt auf kardiovaskuläre (Bluthochdruck), endokrine (Insulinresistenz) und metabolische (hoher Cholesterolspiegel) Risikofaktoren.
- Positiver Effekt auf biologische Mechanismen wie etwa die Funktion des Immunsystems, entzündungshemmende Eigenschaften und Aktivität der Neurotrophine (biologische Signalstoffe zur Sicherung der Verbindungen zwischen Nervenzellen).

Langes und ununterbrochenes Sitzen wird hingegen mittlerweile mit einer verkürzten Lebenserwartung assoziiert (vgl. Diaz et al. 2017, S. 472 f.). Der Mediziner Murat Dalkılıç⁴ erklärt in seinem englischsprachigen TED-Talk-Video⁵ anschaulich die Zusammenhänge zwischen langem Sitzen und negativen Folgen für den menschlichen Körper – bis hin zu erhöhtem Risiko für Diabetes, verschiedene Typen bösartiger Tumore, Leber- und Nierenerkrankungen sowie Herzinfarkte.

Um das erhöhte Sterberisiko auszugleichen, bedürfte es bei über 8 Stunden Sitzen pro Tag 60-75 Minuten tägliche (!) körperliche Aktivität mit mäßiger⁶ Intensität (vgl. Ekelund

² Häufigste Einzeldiagnose war die akute Infektion der oberen Atemwege.

³ Die meisten Krankheitskosten je Einwohner im erwerbsfähigen Alter entstanden 2015 durch Erkrankungen des Verdauungssystems.

⁴ Vita unter <http://fizyodemi.com/egitmen/15>.

⁵ URL <https://ed.ted.com/lessons/why-sitting-is-bad-for-you-murat-dalkilinc#review>

⁶ Beispiele für Aktivitäten mit moderater Intensität sind gemächliches Radfahren, Walken, leichte Gymnastik, leichte Gartenarbeit oder gemächliches Schwimmen (vgl. Füzéki und Banzer 2014, S. 6).

et al. 2016, S. 1308). Fitnesstraining nur am Wochenende hingegen ist keine Lösung für einen passiven Arbeitsalltag. Eine Studie der Universität Texas weist darauf hin, dass übermäßiges Sitzen und Bewegungsmangel die physiologischen, kardiometabolischen Anpassungen verhindern, die typischerweise als Reaktion auf akute Körperertüchtigung auftreten (vgl. Akins et al. 2019, S. 1090). Es entsteht eine regelrechte Resistenz gegenüber den positiven Effekten körperlicher Aktivität auf den Stoffwechsel.

Unabhängig davon wirkt Sport nach Feierabend oder am Wochenende zwar Bewegungsmangel entgegen, allerdings gleicht er die Einseitigkeit der Körperhaltung am Arbeitsplatz nicht aus (vgl. Höhnke & Ramme-Wichmann 1990, S. 15). Bowman (2016, S. 94 f.) hebt hervor:

„[...] Fitnesstraining [kann] nicht annähernd die nötige Varianz und Häufigkeit an Bewegungen und Lasten nachbilden [...], die für die Stabilität unserer passiven Körperteile und die Beschäftigung unserer Muskeln sorgen und dafür, dass unser Blut im Fluss bleibt und Verklebungen verhindert werden. Fitnesstraining schafft es nicht annähernd, die Gewebe wiederherzustellen, die sich bereits an unsere Lebensweise angepasst haben. Genau wie Nahrungsergänzungsmittel nicht den Großteil der Ernährung stellen sollten, darf Fitnesstraining nicht den Großteil unseres Bewegungsprofils ausmachen.“

Analog zur Ernährung ist eine ausgeglichene und vielfältige, tägliche Bewegung nötig, um Krankheitsfolgen und deren Kosten für Arbeitnehmer, Arbeitgeber und Staat zu verhindern und Gesundheit und Wohlbefinden des Einzelnen zu fördern. Professor Klaus Pfeifer, Inhaber des Lehrstuhls für Sportwissenschaft mit dem Schwerpunkt Bewegung und Gesundheit an der Universität Erlangen-Nürnberg, fordert parallel zum Bereich Ernährung mit einer entsprechenden gesundheitspolitischen Infrastruktur eine politische Verortung der Bewegungsförderung auf Bundesebene durch ein Bundesamt für Bewegung (vgl. Werner 2018, S. 14).

2.1.5 Kurze Einführung in die Gesundheitspsychologie

Kapitel 2.1.4 hat deutlich aufgezeigt, wie schädlich langes und ununterbrochenes Sitzen und Bewegungsmangel für die Gesundheit des Menschen sind. Doch allen Forderungen und Warnungen von Experten zum Trotz: Warum zeigen Menschen ein Verhalten, das ihrem Körper schadet – selbst wenn sie die Konsequenzen kennen? Warum beispielsweise raucht ein Thorax-Chirurg, der tagtäglich im Operationssaal durch Zigarettenrauch maligne entartetes Lungengewebe entfernt?

In der Gesundheitspsychologie gibt verschiedene Modelle, mit denen versucht wird, das Risiko- und Gesundheitsverhalten von Menschen zu analysieren und vorausszusagen (vgl. Kryspin-Exner & Pintzinger 2018, S. 38):

- Kontinuierliche Prädiktionsmodelle (z. B. Health-Belief-Modell und Theorie der Schutzmotivation)
- Dynamische Stadienmodelle (z. B. transtheoretisches Modell der Verhaltensänderung, Prozessmodell präventiven Handelns und sozialkognitives Prozessmodell gesundheitlichen Handelns)

Vor allem die Theorie der Schutzmotivation, auch Protection Motivation Theory, findet häufig Anwendung im Bereich der Krankheitsprävention (vgl. ebd., S. 39). Die nachfolgende Abbildung zeigt den Bewertungsprozess eines Menschen nach dem Erhalt gesundheitsrelevanter Informationen:



Abbildung 9: Theorie der Schutzmotivation (entnommen aus Kryspin-Exner & Pintzinger 2018, S. 39)

Für die Bedrohungseinschätzung wägt der Mensch den wahrgenommenen Schweregrad einer Gesundheitsbedrohung und die empfundene Vulnerabilität, also Verletzlichkeit, mit dem Belohnungsgefühl, welches durch das Verhalten entsteht, ab. Für die Bewältigungseinschätzung wägt der Mensch seine Selbstwirksamkeitserwartung und Handlungswirksamkeit gegen die empfundenen Handlungskosten des Verhaltens ab. Selbstwirksamkeit bezeichnet dabei „die subjektive Gewissheit, neue und schwierige Anforderungen aufgrund eigener Kompetenzen bewältigen zu können und bezieht sich explizit auf die persönliche Verfügbarkeit von Handlungen“ (Jerusalem 2018, S. 127 f.). Aus dem beschriebenen Bewertungsprozess heraus bildet sich die Schutzmotivation, welche sich in Form von adaptiven oder maladaptiven Coping zeigt. Als adaptives Verhalten gilt hierbei nicht nur die Aufnahme von präventiven Verhaltensweisen, sondern auch die Aufgabe von Risikoverhalten.

Individuelle Überzeugungen können Gesundheit und Gesundheits- bzw. Risikoverhalten beeinflussen. Die sogenannten überdauernden Einstellungen und Überzeugungen sind relativ zeitstabil und nur schwer mittels neuer Informationen zu beeinflussen; zu ihnen zählt der unrealistische Optimismus (vgl. Schüz 2018, S. 48 f.). Schüz (ebd., S. 49) beschreibt das Phänomen folgendermaßen:

„[...] viele Menschen [haben] unrealistisch optimistische Erwartungen über die Verbreitung, Schwere oder Eintrittswahrscheinlichkeit einer Erkrankung und die Zusammenhänge zwischen Risikofaktoren und Erkrankungen [...]. [...] Unrealistischer Optimismus kann dazu führen, dass wir gesundheitliche Empfehlungen nicht befolgen, weil wir die Auftretenswahrscheinlichkeit von Gesundheitsproblemen systematisch unterschätzen.“

Vermutlich schützt unrealistischer Optimismus unser Selbstwertgefühl im Angesicht potenziell selbstwertgefährdender Informationen, wie etwa der Tatsache, dass Rauchen gesundheitsschädlich und daher unvernünftig ist, wodurch unrealistischer Optimismus kurzfristig zwar funktional, langfristig aber gesundheitsschädlich ist (vgl. ebd., S. 50). Wenn eine gesundheitsrelevante Informationsquelle sich lediglich sogenannter Furchtappelle bedient, d.h. im Wesentlichen nur negative gesundheitliche Folgen einer Handlung oder eines Verhaltens aufzeigt⁷, werden defensive Kognitionen wie der unrealistische Optimismus aufgebaut, um die dadurch ausgelöste negative Emotion zu kontrollieren (vgl. ebd., S. 54 f.). Deshalb muss sichergestellt sein, dass gesundheitsrelevante Informationen mindestens auch immer einen niedrigschwelligen Ausweg aus einem potenziell gesundheitsgefährdenden Verhalten für die angesprochenen Personen bieten (vgl. ebd.).

Grundsätzlich ist das Risiko- und Gesundheitsverhalten bei Männern und Frauen unterschiedlich ausgeprägt, weswegen Geschlechtsunterschiede und Geschlechterrollen durch speziell zugeschnittene Gesundheitsinformationen und Angebote berücksichtigt werden sollten (vgl. Spaderna & Sieverding 2018, S. 208). Uhle & Treier (2015, S. 31 f.) stellen fest:

„Frauen zeigen im Vergleich zu Männern ein größeres Interesse und eine höhere Sensibilität für alle Gesundheitsthemen. Sie nehmen eher fachliche Unterstützung in Anspruch und sind auch mehrheitlich in gesundheitsförderlichen Maßnahmen zu finden. Hinsichtlich der eigenen Gesundheitskompetenzen sind Frauen (selbst)bewusster als ihre männlichen Kollegen, d. h., sie formulieren für sich selbst mehr Gesundheitsziele und versuchen diese auch zu erreichen, gehen proaktiv mit gesundheitsrelevanten Informationen um, nehmen körperliche und psychische Signale achtsamer wahr und trauen sich im Falle eines Falles eher eine erfolgreiche Bewältigung zu.“

Dies ist für die vorliegende Arbeit auch deshalb relevant, weil der Beschäftigungsanteil von Frauen im Bibliotheks- und Informationssektor bei ca. 75 Prozent liegt – Tendenz steigend (vgl. Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung 2018).

2.2 Einführung in das Betriebliche Gesundheitsmanagement

„Die einen sagen: ›Gesundheitsförderung in unserem Unternehmen, das machen wir schon seit Jahren.‹ Die anderen sagen: ›Gesundheit ist die persönlichste Sache überhaupt, darum kümmert sich jeder schon selbst. Bei uns wird gearbeitet.‹“ – Martin Kaminski, Initiator der Entwicklung des ersten zertifizierungsfähigen Gesundheitsmanagementstandards (SCOHS)

Während die deutsche Arbeitswelt wohl noch uneins ist, bezieht die World Health Organization (1986, S. 5) in der sogenannten Ottawa-Charta klar Stellung:

„Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch,

⁷ Typische Furchtappelle sind die Schockfotos auf Zigarettenpackungen.

dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen.“

Wie in Kapitel 2.1.1 bereits aufgezeigt, liegt Gesundheit nicht nur im Verantwortungsbereich des Einzelnen, sondern auch der Gesellschaft und damit auch der Arbeitgeber. Die WHO betrachtet die Arbeitsstätte als eigenes Setting und unterstreicht in der Ottawa-Charta die Verantwortung der Gesellschaft im Bezug auf die Arbeitsbedingungen (ebd., S. 3):

„Die sich verändernden Lebens-, Arbeits- und Freizeitbedingungen haben entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit. Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit, die Arbeitsbedingungen und die Freizeit organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein. Gesundheitsförderung schafft sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen.“

Faltermaier (2017, S. 361) schreibt dazu:

„Die Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt hat insofern eine besondere gesundheitspolitische Bedeutung, weil die Arbeitstätigkeit – empirisch gut belegt – großen Einfluss auf die Gesundheit hat und weil Menschen einen beträchtlichen Teil ihrer Lebenszeit in der Erwerbsarbeit verbringen.“

Faltermaier (vgl. 2018, S. 108) betont die Konzentration zentraler und langfristiger Einflüsse auf die Gesundheit Erwachsener am Arbeitsplatz sowie die hohe Erreichbarkeit im betrieblichen Setting durch die große Zahl an Erwerbstätigen in Deutschland.

Während in Deutschland lange Zeit die Prävention im Betrieb und der gesundheitliche Schutz von Arbeitskräften auf Grundlage des Arbeitsschutzgesetzes im Vordergrund stand, wurde ab 1996 im Zuge der Anpassung an die Richtlinien der Europäischen Union der Arbeitsschutz breiter gefasst und nahm nun auch die Verhütung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und die menschengerechte Gestaltung der Arbeit mit auf (vgl. Faltermaier 2017, S. 361 f.). Heute gehen die Aufgaben eines Betriebsarztes sowie der Arbeitsmedizin in eine ganz neue Richtung, denn zu der Vermeidung von Gesundheitsschäden geht es nun darüber hinaus um „die generelle Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden der Mitarbeiter, wodurch insbesondere die individuelle Leistungsfähigkeit und die Arbeitszufriedenheit profitieren.“ (Meinel 2018, S. 188)

Ziel der Gesundheitsförderung ist dabei nicht (nur) das präventive Zurückdrängen oder Ausschalten von Risikofaktoren für Erkrankungen, sondern vielmehr eine Stärkung der Schutzfaktoren und Ressourcen für Gesundheit (vgl. Hurrelmann et al. 2018, S. 27). Diese Schutzfaktoren lassen sich in vier Gruppen unterteilen (ebd.):

- Soziale und wirtschaftliche Faktoren, insbesondere gute Bedingungen am Arbeitsplatz und eine gute sozioökonomische Lebenslage;
- Umweltfaktoren, insbesondere gute Luft- und Wasserqualität, gute Wohnbedingungen und stabile soziale Netzwerke (Freunde, Nachbarschaft);
- Behaviorale und psychische Faktoren, insbesondere angemessene Bewegung, Ernährung und Spannungsbewältigung, reduzierter Konsum von legalen und illegalen Drogen, sicheres Gefühl von Selbstkontrolle, Selbstwirksamkeit und Eigenverantwortung, Optimismus und Widerstandsfähigkeit (Resilienz);

- Uneingeschränkter Zugang zu gesundheitsrelevanten Leistungen, insbesondere zu Bildungs- und Sozialangeboten, Transport- und Freizeitmöglichkeiten und zu Angeboten der Krankenversorgung, Pflege und Rehabilitation.

Altgeld & Kolip (vgl. 2018, S. 59) unterstreichen, dass Gesundheitsförderung nicht nur Facette der Prävention ist. Vielmehr impliziert sie einen radikalen Perspektivenwechsel, der auf die Determinanten für Gesundheit und Wohlbefinden fokussiert. Auch Faller (vgl. 2017c, S. 28) unterscheidet deutlich zwischen den Begriffen Betrieblicher Prävention, Betrieblichem Gesundheitsmanagement und Betrieblicher Gesundheitsförderung (siehe dazu auch Tabelle in Anhang A). Hurrelmann et al. (2018, S. 28) mahnen allerdings, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung nicht gegeneinander antreten zu lassen:

„Eine scharfe Abgrenzung der beiden Interventionsformen voneinander ist [...] nicht hilfreich. Sie wird dann unproduktiv oder sogar destruktiv, wenn hierdurch die unterschiedlichen Denk- und Arbeitsweisen der jeweils zugrunde liegenden wissenschaftlichen Disziplinen gegeneinander in Stellung gebracht werden. Wie erläutert, folgt die Krankheitsprävention dem naturwissenschaftlichen und medizinischen, die Gesundheitsförderung dem bevölkerungs- und sozialwissenschaftlichen Paradigma.“

Bereits Uhle & Treier (vgl. 2015, S. 38 f.) halten eine Differenzierung der Handlungsfelder vor allem in Betrieben aus der Praxissicht für nicht mehr zeitgemäß. Deshalb hat sich die Autorin der vorliegenden Arbeit dazu entschieden, keine Trennlinie zwischen Betrieblicher Prävention, Betrieblichem Gesundheitsmanagement und Betrieblicher Gesundheitsförderung zu ziehen und die Begriffe für die Abhandlung als synonym zu betrachten. Verwendet wird nachfolgend einheitlich der Kernbegriff Betriebliches Gesundheitsmanagement, um die Ganzheitlichkeit und Steuerbarkeit des Konstrukts zu betonen.

2.2.1 Definition und Ziele des Betrieblichen Gesundheitsmanagements

Im Betrieblichen Gesundheitsmanagement laufen alle gesundheitsbezogenen Aktivitäten zusammen und die dafür notwendigen betrieblichen Strukturen und Prozesse werden gestaltet, gelenkt und entwickelt (vgl. Naidoo & Wills 2019, S. 442). Ziel des BGM ist die Reduktion gesundheitsrelevanter Belastungen und die Vermehrung von gesundheitsförderlichen Ressourcen am Arbeitsplatz, wobei „die primärpräventiven und gesundheitsförderlichen Effekte [...] durch gleichzeitige und aufeinander bezogene Veränderungen der Ergonomie, der Organisation, des Sozialklimas und des individuellen Verhaltens erzielt [werden].“ (Rosenbrock & Hartung 2018, S. 401) Die Tabelle in Anhang B gibt einen Überblick über arbeitsbezogene Risiko- und Schutzfaktoren.

Verhältnisprävention geht dabei ausdrücklich vor der am Individuum ansetzenden Verhaltensprävention (vgl. Faller 2017c, S. 26). Ohne eine sinnvolle Verzahnung beider Strategien werden die Ziele des BGM allerdings verfehlt (vgl. Halbe-Haenschke & Reck-Hog 2017, S. 24). Eine Kombination von verhaltensbezogenen und verhältnisbezogenen Interventionsmaßnahmen macht gesundheitsbezogene Aktivitäten besonders wirkungsvoll (vgl. Altgeld & Kolip 2018, S. 59). Abbildung 10 zeigt typi-

sche verhaltens- und verhältnisbezogene Faktoren für Gesundheit am Arbeitsplatz. Da die Verhältnisse in der Arbeitsstätte maßgeblich von der Organisations- und Führungskultur abhängig sind, spielt diese eine entscheidende Rolle im BGM und gelingende Gesundheitsförderung im Betrieb ist nicht ohne Einbeziehung sämtlicher Managementebenen möglich (vgl. Faller 2017c, S. 33; ebenso Tanner & Bamberg 2018, S. 530).

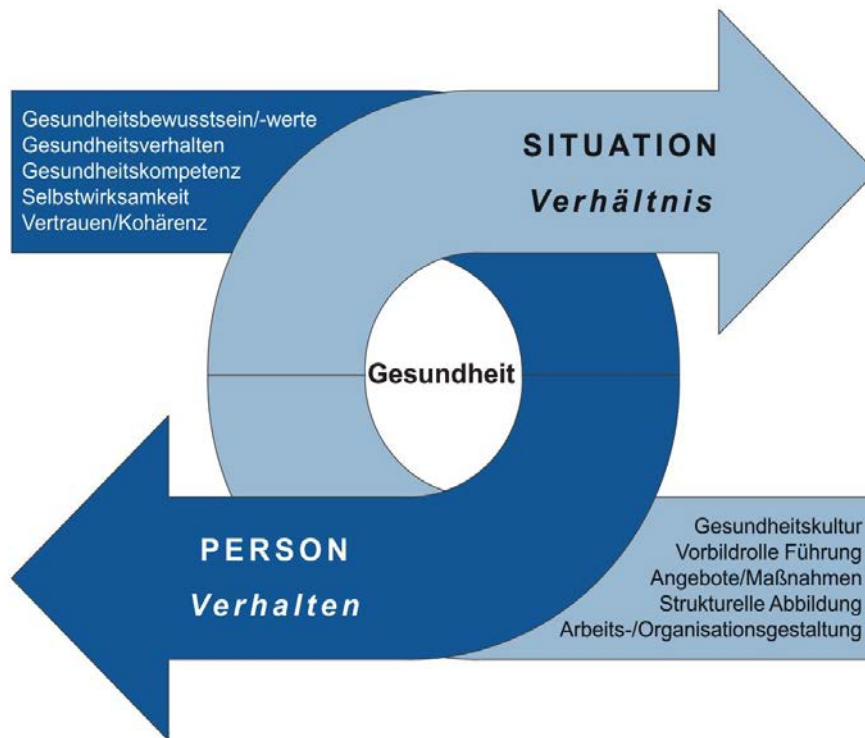


Abbildung 10: Verhaltens- und verhältnisbezogene Faktoren für Gesundheit am Arbeitsplatz (entnommen aus Uhle & Treier 2015, S. 43)

Das Europäische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (o.J., S. 4 [eigene Zählung]) nennt in der sogenannten Luxemburger Deklaration folgende Kriterien als unabdingbar für das Erreichen des Ziels „gesunde Mitarbeiter in gesunden Unternehmen“:

- Partizipation: Einbeziehung der gesamten Belegschaft,
- Integration: Gesundheitliche Aspekte müssen bei allen wichtigen Entscheidungen und in allen Bereichen berücksichtigt werden,
- Projektmanagement: Maßnahmen und Programme müssen systematisch durchgeführt werden,
- Ganzheitlichkeit: Kombination aus verhaltens- und verhältnisorientierte Maßnahmen.

2.2.2 Aufbau und Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements

Der Aufbau von Betrieblichem Gesundheitsmanagement sollte, wie in Kapitel 2.2.1 bereits angedeutet, anhand eines zuvor festgelegten Managementprozesses erfolgen.

Das Wort Prozess verdeutlicht den entwicklungsbezogenen Charakter von Betrieblichem Gesundheitsmanagement. Die Einführung von BGM ist als Organisationsentwicklung zu verstehen und kann deshalb nicht in einem Wurf erfolgen, sondern besteht aus vielen kleinen und behutsam geplanten Schritten (vgl. Seibold 2011, S. 207). Nur so können die eventuell zu Beginn bestehende Zurückhaltung der Beschäftigten überwunden und Widerstände bei Führungskräften aufgelöst werden (vgl. ebd., S. 208). Für Hochschulen, die BGM einführen möchten, wurde deshalb ein ausführlicher Fragebogen als Reflexions- und Entwicklungsinstrument erstellt (vgl. Techniker Krankenkasse & HIS-Institut für Hochschulentwicklung 2017). Für Betriebe konnte kein solches Instrument ausfindig gemacht werden, allerdings gibt es als Teil der nationalen Initiative IN FORM einen kostenfreien Testbogen für Unternehmen, mittels dessen immerhin Handlungsansätze für Gesundheitsförderung im eigenen Betrieb identifiziert werden können (vgl. Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung o.J.b).

Der Deutsche Industrie- und Handelskammertag (vgl. 2015, S. 11-17) empfiehlt folgende Prozessschritte für Aufbau und Entwicklung von Betrieblichem Gesundheitsmanagement:

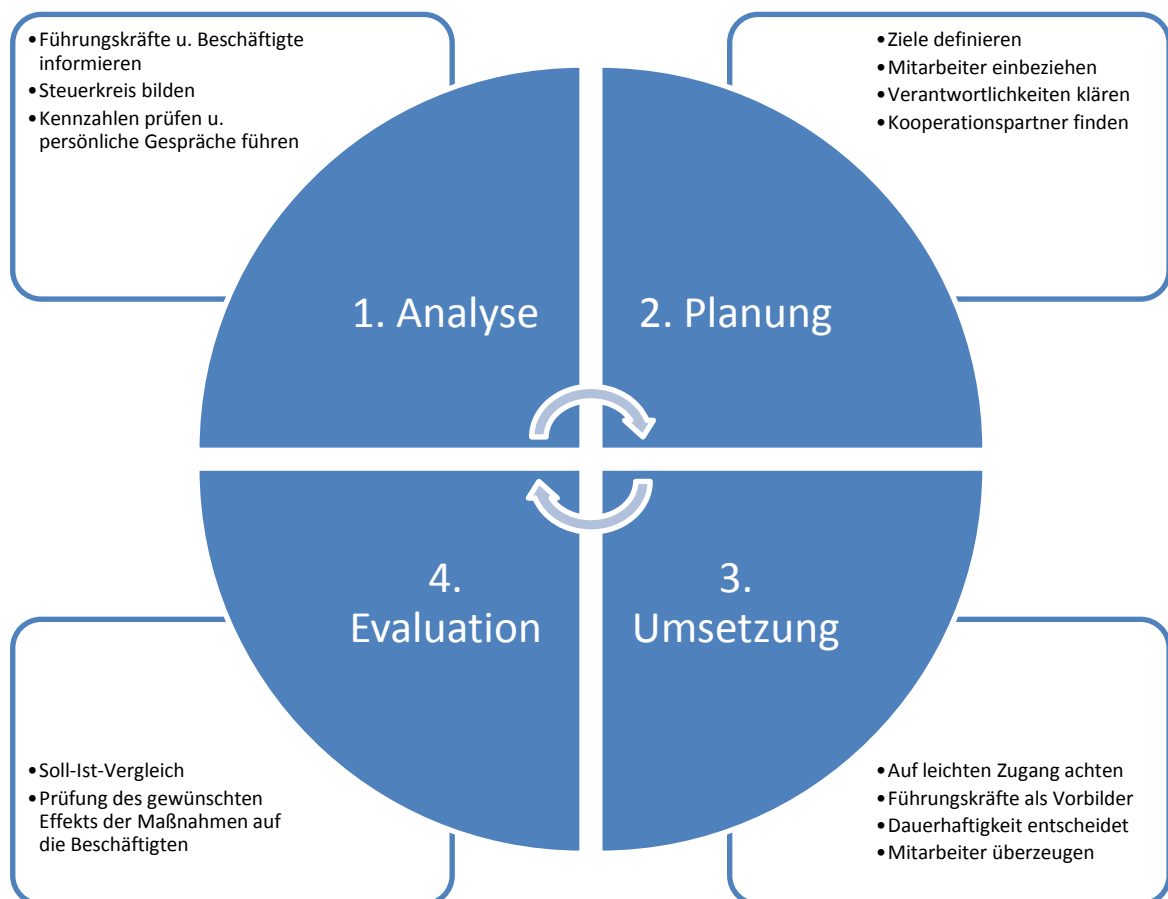


Abbildung 11: Managementprozess im Betrieblichen Gesundheitsmanagement (eigene Darstellung nach Deutscher Industrie- und Handelskammertag 2015, S. 11-17)

Die einzelnen Prozessschritte werden nachfolgend genauer erläutert.

2.2.2.1 Analyse

Zu Beginn steht die Informierung von Beschäftigten und Führungskräften. Dabei werden nicht nur Sachinformationen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement übermittelt. Eine anfangs eventuell bestehende Zurückhaltung der Beschäftigten muss überwunden und Widerstände bei Führungskräften aufgelöst werden (vgl. Seibold 2011, S. 208). Kommunikation spielt auch bei anderen Schritten im Betrieblichen Gesundheitsmanagement eine herausragende Rolle. Anhang C bietet einen Überblick über erfolgskritische Kommunikationsanlässe im Rahmen des BGM-Zyklus. Anhang D stellt verschiedene, dabei nutzbare Kommunikationskanäle und -instrumente dar, Anhang E tut dies entsprechend speziell für Hochschulen.

Der Steuer- oder Arbeitskreis kann sowohl aus internen als auch aus externen Mitgliedern bestehen. Abbildung 12 zeigt beispielsweise potenzielle Mitglieder eines BGM-Arbeitskreises an einer Hochschule. In Anhang F findet sich auf Basis einer empirischen Untersuchung von Seibold (vgl. ebd., S. 126) eine Übersicht über die tatsächliche Zusammensetzung des BGM-Steuerkreises an sechs deutschen Universitäten. Es fällt negativ auf, dass der Kanzler nur bei einer von sechs Hochschulen involviert ist, obwohl die Einbeziehung aller Managementebenen, wie in Kapitel 2.2.1 bereits dargestellt, sehr wichtig für die Veränderung der Verhältnisse und damit den langfristigen Erfolg von BGM ist.

| Intern | | Extern |
|-------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| › Akademische Fachrichtungen* | › Institute | › Arbeitsagentur |
| › Arbeitsschutz** | › Kulturbereich | › Arbeitsschutz** |
| › AStA | › Marketing | › Betriebsärztlicher Dienst** |
| › Auszubildende | › Mensa | › Gesundheitsfördernde Settings |
| › Behindertenbeauftragte | › Personalrat | › Gewerbeaufsicht |
| › Betriebsärztlicher Dienst** | › Personalverantwortliche | › Gewerkschaften |
| › Fachbereiche | › Pressestelle | › Krankenkassen |
| › Fakultäten | › Psychosoziale Beratung** | › Psychosoziale Beratung** |
| › Frauenbeauftragte | › Sozialberatung | › Selbsthilfegruppen |
| › Gleichstellungsbeauftragte | › Studierendengemeinde (Konfession) | › Stadtverwaltung |
| › Hochschulleitung | › Studienberatung | › Unfallkasse |
| › Hochschulsport | › Umweltschutzbeauftragte | › Wissenschaftsbeauftragter |
| › Hochschulverwaltung | › Wohnheim | |

* Arbeitsmedizin, Biologie, Gesundheitswissenschaften, Medizin, Pädagogik, Psychologie, Soziologie, Sportwissenschaften
 ** Der Arbeitsschutz, der Betriebsärztliche Dienst und die Psychosoziale Beratung können auch extern vergeben sein.

Abbildung 12: Potenzielle Mitglieder eines Hochschularbeitskreises für BGM (entnommen aus Techniker Krankenkasse 2014, S. 10)

Für den eigentlichen Analyseschritt eignen sich in Betrieben folgende Instrumente (Halbe-Haenschke & Reck-Hog 2017, S. 37):

- Strukturdaten der Belegschaft ermitteln (z. B. Alter, Geschlecht, Beruf)
- Gefährdungsbeurteilung und Arbeitsplatzanalysen (z. B. physische und psychische Belastungen, ergonomische Arbeitsplatzgestaltung)
- Arbeitsmedizinische Untersuchungen (z. B. anonymisierte Befunde von Check-ups, Teilnahmequote an betriebsärztlichen Angeboten)
- Mitarbeiterbefragungen
- Gesundheitszirkel
- Arbeitsunfähigkeitsanalysen (Häufigkeit und Dauer von Krankheiten)
- Unfallstatistik
- Auswertung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen nach ärztlichen Diagnosen durch Krankenkassen (Krankheitsspektrum der Belegschaft)

Der Gesundheitszirkel dient dazu, „das Erfahrungswissen der Belegschaft hinsichtlich gesundheitsgefährdender Arbeitsbedingungen für die Prävention und Gesundheitsförderung nutzbar zu machen“. (Brinkmann 2014, S. 285 f.) Die meist kleine Gruppe von Betriebsangehörigen eines Arbeitsbereiches trifft sich regelmäßig, um über gesundheitliche Aspekte ihrer Tätigkeiten zu sprechen (vgl. ebd.). Die Treffen erfolgen als Workshop-Reihe und initiieren Bottom-up-Prozesse, indem sie direkte Rückmeldungen der Beschäftigten an Entscheidungsträger ermöglichen (vgl. Friczewski 2017, S. 244). Friczewski (vgl. ebd.) betont allerdings, dass die Etablierung eines Gesundheitszirkels nur sinnvoll ist, wenn bei Entscheidungsträgern die feste Absicht besteht, die gesundheitsbezogenen Wahrnehmungen der Beschäftigten nicht nur zu erfahren, sondern auch produktiv im Betriebsablauf zu berücksichtigen.

Kuhn (vgl. 2017, S. 220) rät, in Betrieben und Einrichtungen mit weniger als etwa 30 oder 40 Beschäftigten Instrumente wie Mitarbeiterbefragungen, Krankenkassenberichte usw. aus datenschutzrechtlichen Gründen zu meiden⁸ und stattdessen moderierte Gruppengespräche zur Verständigung über die gesundheitliche Situation im Betrieb durchzuführen. Für kleine Bibliotheken ist dies ebenfalls relevant.

2.2.2.2 Planung

Neben den in Kapitel 2.2.1 genannten übergeordneten Zielen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements werden im Planungsschritt basierend auf den Analyseergebnissen Teilziele definiert. Salewski & Wirtz (2018, S. 82) bemerken dazu:

„Gesundheit als übergeordnetes Ziel ist komplex, stetiger Veränderung unterworfen, langfristig und ohne definierten Endzustand. Demgegenüber ist das Erreichen von gesundheitsbezogenen Teilzielen häufig gut operationalisierbar.“

Salewski und Wirtz (vgl. ebd., S. 80 f.) empfehlen die Nutzung der SMART-Kriterien bei der Zieldefinierung und das Goal Attainment Scaling zur Erfassung der Fortschritte bei der Zielerreichung.

⁸ Rückschlüsse auf einzelne Beschäftigte sind unter Umständen möglich.

Kooperationspartner und externe Berater, wie etwa Krankenkassen, haben im Planungsprozess neben der Unterstützung bei der Erarbeitung von Teilzielen folgende Aufgaben (Seibold 2011, S. 75):

- Unterstützung beim Aufbau eines Steuerkreises inklusive Schulung der Steuerkreismitglieder
- Unterstützung bei der Erarbeitung eines Konzepts
- Unterstützung bei der Überzeugung der Organisationsleitung
- Einbringung neuer Ideen und Vorschläge, die interne Personen aufgrund von Betriebsroutine nicht sehen
- Schlichtung von Konflikten
- Herstellung von Verbindungen zu weiteren externen Partnern
- Hilfe zur Vermeidung häufig zu Beginn auftretender Fehler
- Aufrechterhaltung der Motivation der Steuerkreismitglieder

An Hochschulen mit einer gesundheitswissenschaftlichen Fakultät ist es ratsam, diese von Beginn an mit einzubeziehen, da sie empirisch belegt den Zugang zu nötigem Fachwissen sichert (vgl. ebd., S. 177). Dies ist ein großer Vorteil entsprechender Hochschulen gegenüber Hochschulen ohne gesundheitswissenschaftlicher Fakultät oder Betrieben, welche bei Fehlen eines entsprechend geschulten Mitarbeiters⁹ erst von außen einen oder mehrere externe Berater anwerben müssen.

Auch die Zielgruppe, also die Beschäftigten, sollten im Planungsschritt mittels partizipativer Methoden einbezogen werden, da so Bedürfnisorientierung und fortlaufende Nachfrage der zu entwickelten Angebote gewährleistet werden (vgl. Funk et al. 2019, S. 41). Ein auf der Bedarfsanalyse basierendes, sorgfältig ausgearbeitetes Konzept ist der Grundstein für eine gelingende Verstetigung von Strukturen und Angeboten (vgl. ebd.).

Uhle & Treier haben ein thematisch strukturiertes Angebotsportfolio von Unternehmen rund um BGM erstellt:

⁹ Unter entsprechend geschultem Mitarbeiter versteht die Autorin der vorliegenden Arbeit vor allem eine Fachkraft für Betriebliches Gesundheitsmanagement mit entweder abgeschlossenem Studium in Gesundheitsförderung, BGM-Organisationsentwicklung o. Ä. oder mit TÜV-Zertifikat als Betrieblicher Gesundheitsmanager.

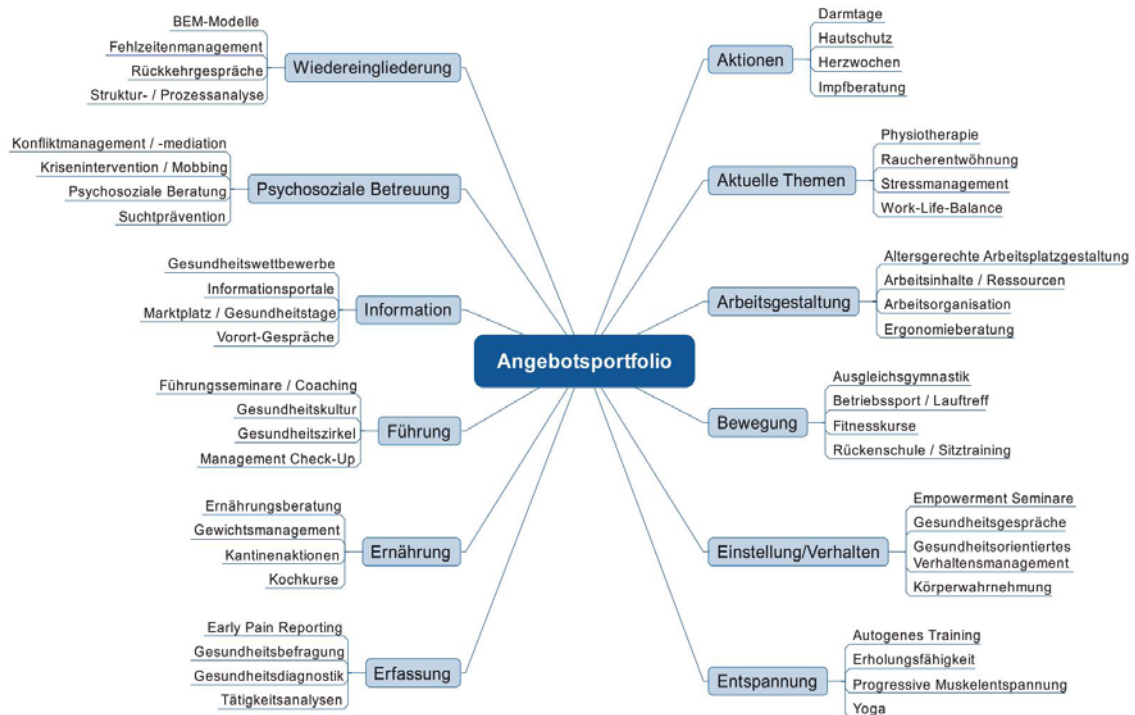


Abbildung 13: Thematisch strukturiertes Angebotsportfolio von Unternehmen mit Beispielen rund um Betriebliches Gesundheitsmanagement (entnommen aus Uhle & Treier 2015, S. 47)

Bewegungsprogramme werden dabei vom Bundesministerium für Gesundheit (vgl. 2019, Absatz 2) als ausdrücklich bedeutende Bausteine des Betrieblichen Gesundheitsmanagements angesehen. Doch nicht jede Maßnahme erzeugt in jedem Betrieb positive Ergebnisse, da der Erfolg auch von den Beschäftigten, den Führungskräften und den Arbeitsbedingungen abhängig ist und so finden sich zur Wirksamkeit und zum ökonomischen Nutzen einzelner präventiver und gesundheitsförderlicher Maßnahmen teils widersprüchliche Forschungsergebnisse (vgl. Bothe et al. 2018, S. 398). Des Weiteren ist zu beachten, dass auch allgemeine Checklisten und Handlungshilfen an betriebsspezifische Anforderungen angepasst werden müssen, um das BGM nachhaltig zu planen (vgl. Werner 2014, S. 234).

2.2.2.3 Umsetzung

Bei der Umsetzung der geplanten Maßnahmen ist auf einen niedrighschweligen Zugang zu achten. Dies bedeutet z. B. (vgl. Seibold 2011, S. 159):

- Kostenlose Teilnahme,
- Teilnahme während der Arbeitszeit (Ausstempeln nicht gefordert),
- Wahl einer passenden Kurszeit (nicht Freitagnachmittag oder abends um 20 Uhr),
- Wahl einer geeigneten Kurshäufigkeit,
- Angebote vor Ort, um kurze Distanzen zu wahren,
- An Hochschulen: Getrennte Angebote für Beschäftigte und Studierende (etwa wegen Bedenken der durchschnittlich älteren Hochschulmitarbeiter, sich mit den jungen Studierenden messen zu müssen).

Auf die herausragende Rolle der Führungskräfte bei der Akzeptanz und Verstetigung von Betrieblichem Gesundheitsmanagement wurde bereits an mehreren Stellen hingewiesen. Die in Kapitel 2.1.5 angesprochene Selbstwirksamkeitserwartung als ein Teilprozess beim Aufbau der Schutzmotivation im Bezug auf gesundheitsrelevantes Verhalten wird unter anderem dadurch ausgebildet, dass eine Person erfolgreiche Verhaltensmodelle beobachtet (vgl. Jerusalem 2018, S. 133). Führungskräfte haben bei der Inanspruchnahme von Angeboten deshalb eine starke Vorbild- und Motivatorenrolle (vgl. Stilijanow & Richter 2017, S. 236).

Eine weitere Motivationsstrategie im BGM ist die Schaffung von Anreizsystemen, etwa durch eine Ausrichtung von Wettbewerben (vgl. Ternès et al. 2017, S. 74-79.). Dies bietet sich bei bewegungsfördernden Interventionen besonders an und wird in Kapitel 2.2.4.1 im Kontext aktueller Trends im BGM noch genauer beleuchtet.

2.2.2.4 Evaluation

Die Evaluation des Gesamtprozesses ist unabdingbar für eine gelingende Verstetigung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements, da nur so zuverlässig festgestellt werden kann, ob die Maßnahmen und Angebote angepasst werden müssen und in welchem Umfang (vgl. Funk et al. 2019, S. 41). Grundsätzlich weisen Halbe-Haenscke & Reck-Hog (vgl. 2017, S. 71 f.) ausführlich darauf hin, dass BGM-Verantwortliche sich bei der Umsetzung nicht von geringen Teilnehmerzahlen oder schwer erreichbaren Führungskräften entmutigen lassen sollen, sondern dass Toleranz, Geduld und Zuversicht gefragt sind.

2.2.3 Grundlagen der Interventionsplanung und -gestaltung zur Bewegungsförderung im Betrieblichen Gesundheitsmanagement

In Kapitel 2.2.2.2 wurde bereits erwähnt, dass Bewegungsangebote zu den bedeutenden Bausteinen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements gezählt werden. Die Bedarfserhebung bei bewegungsfördernden Maßnahmen besteht dabei idealerweise aus einer Kombination von subjektiven und objektiven Messmethoden, da eine empirische Untersuchung bei poststationären Rehabilitanden mit Rückenschmerzen eindeutig nachweisen konnte, dass Menschen ihre Sitzzeiten unter- und ihre körperliche Aktivität überschätzen (vgl. Schaller et al. 2016, S. 76).

Zur objektiven Erfassung von Intensität, Dauer und Frequenz der körperlichen Aktivität einer Person dient die Akzelerometrie (vgl. Haaren & Siegel 2017, S. 653). Das Akzelerometer kann Bewegungen in allen drei Raumrichtungen nicht-invasiv erfassen und generiert mittels einer Software das Maß der Bewegungsintensität anhand der erfassten Rohdaten (vgl. ebd., S. 644). Ein beispielhaftes Akzelerometer ist der activPAL™ (vgl. PAL Technologies Ltd. o.J., Absatz 1) in Abbildung 15. Während Akzelerometer eine höhere Validität gegenüber Fragebogenuntersuchungen aufweisen, geben sie keine Auskunft über den Kontext des möglicherweise sedentären Verhaltens (vgl. Becker et al. 2017, S. 8). Das Wissen über den Kontext wird allerdings sowohl für die Ur-

sachanalyse und zur Erfassung beitragender Faktoren benötigt, als auch für die Identifizierung von Umsetzungshindernissen (vgl. Backé et al. 2019, S. 9).

Die subjektive Erfassung der körperlichen Aktivität erfolgt deshalb über Fragebögen und Selbsteinschätzungsverfahren. Nachfolgend Beispiele für wissenschaftlich anerkannte Fragebögen (vgl. Schmidt & Woll 2017, S. 582-609):

- International Physical Activity Questionnaire IPAQ (hat u.a. einen Fragenkomplex zur körperlichen Aktivität am Arbeitsplatz sowie zwei Fragen zur im Sitzen verbrachten Zeit),
- Global Physical Activity Questionnaire QPAC (hat u.a. einen Fragenkomplex zur körperlichen Aktivität am Arbeitsplatz sowie eine Frage zur im Sitzen verbrachten Zeit),
- Bewegungs- und Sportaktivitäts-Fragebogen BSA-F (erfragt u.a. die Bewegungsaktivität im Beruf),
- Fragebogen der FINGER-Studie (erfragt u.a. die körperliche Aktivität am Arbeitsplatz).

Sowohl IPAQ¹⁰ als auch QPAC¹¹ stehen im Internet in mehreren Sprachen zum freien und kostenlosen Download bereit. Zudem ist eine Kurzform des IPAQ als sogenannter Bewegungsscheck¹² vom Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg verfügbar.

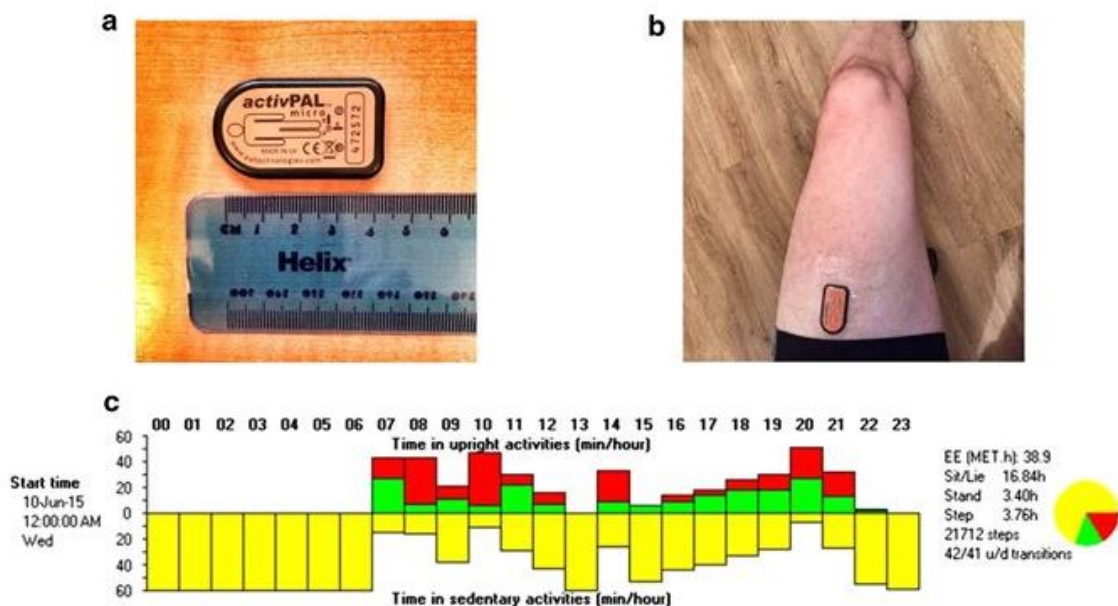


Abbildung 14: Größe (a), Platzierung am Körper (b) und Tagesauswertung (c) des Akzelerometers activPAL™; Sitzen/ Liegen in Gelb, stilles Stehen in Grün, Fortbewegung in Rot (entnommen aus Byrom et al. 2016, S. 1810)

¹⁰ Siehe URL: https://sites.google.com/site/theipaq/questionnaire_links

¹¹ Siehe URL: <https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/GPAQ/en/#>

¹² Siehe URL: https://www.gesundheitsamt-bw.de/SiteCollectionDocuments/03_Fachinformationen/Fachpublikationen+Info-Materialien/bewegungsscheck_flyer_de.pdf

Bei der Planung und Gestaltung von Maßnahmen zur Bewegungsförderung ist zu beachten, dass verhaltensorientierte Interventionen nicht nur aus Furchtappellen bestehen dürfen, sondern auch leicht umzusetzende Verhaltensalternativen anbieten, da es sonst lediglich zur Ausbildung der in Kapitel 2.1.5 bereits erläuterten defensiven Kognitionen kommen kann und keine Verhaltensänderung erfolgt. Füzéki et al. (vgl. 2014, S. 273) konnten in einer empirischen Untersuchung nachweisen, dass bereits ein einmaliges Informationsschreiben samt Instruktion das arbeitsbedingte Sitzverhalten positiv beeinflusst. Bei Interventionen zum Aufbau eines körperlich aktiven Lebensstils empfiehlt sich deshalb eine Kombination aus motivationsstärkenden und kompetenzfördernden Maßnahmen (Baaken und Fuchs 2012, S. 89):

- Stärkung der Motivation durch: Herstellen von Problembewusstsein, personalisierte Risikoeinschätzungen, Abwägen des Pro und Contra, Selbstwirksamkeitstraining, Prüfung der Selbstkonkordanz¹³ und Reflexion der Konsequenzerfahrungen.
- Förderung der durch den Willen bestimmten Umsetzungskompetenz durch: Selbstbeobachtung, Goal-Setting, Implementierungspläne, Barrierenmanagement, Rhythmisierung und sozial-strukturelle Einbindung.

2.2.4 Aktuelle Trends im Betrieblichen Gesundheitsmanagement

Bei der Quellensichtung konnten zwei aktuelle Trendthemen im Betrieblichen Gesundheitsmanagement identifiziert werden, die gerade auch für die Bewegungsförderung relevant sind und deshalb nachfolgend kurz erläutert werden.

2.2.4.1 Digitales BGM

Megatrends wie Digitalisierung, Individualisierung und Konnektivität sind die zentralen Treiber für das zukunftsorientierte dBGM (vgl. Burkhart & Hanser 2018, S. 41). Der Facebook Topics & Trends Report 2019 dokumentiert den Anstieg von Unterhaltungen über Produktivitätssoftware im Jahr 2018 (Facebook 2018, S. 22):

„Menschen bemühen sich, die Zeitfenster zu nutzen, in denen ihre mentale Energie am höchsten ist. Sie richten Erinnerungen ein, um beispielsweise in Schüben zu arbeiten, sich auf eine Aufgabe zu konzentrieren oder aufzustehen und sich zu strecken.“

Entsprechende Software und Applikationen können genutzt werden, um BGM zu unterstützen. Folgende digitale Instrumente stehen aktuell zur Verfügung (vgl. Kaiser & Matusiewicz 2018, S. 3-5):

- Gesundheits-Apps (Health-App, Fitness-App): Umfassen Bereiche wie Lifestyle, Ernährung, Psyche und Fitness; Applikationen sind online auf (mobilen) Endgeräten abrufbar.
- Wearables (Gadget/Fitness-Tracker): Minicomputer in Form einer intelligenten Uhr, eines Armbands oder Ähnlichem; in den Wearables befinden sich Micro-Chips, kleine Akkus und eine besondere Software, sodass Funktionen eines Smartphones und Fitnessfunktionen in einem Gerät vereint sind.

¹³ „Selbstkonkordanz wird definiert als das Ausmaß, in dem Ziele den authentischen Interessen und Werten einer Person entsprechen.“ (Seelig o.J., Absatz 1)

- Gesundheitsplattformen, z. B. in Form eines Intranets oder Wikis, beinhaltet Informationen, Angebote und ermöglicht den Beginn und die Führung einer Diskussion zu verschiedenen Gesundheitsthemen.
- Online-Coaching-Plattformen: Angebote, die zur externen Mitarbeiterberatung und zur Beratung bei beruflichen sowie privaten Problemen genutzt werden können.
- BGM-Komplettsystem: Beinhaltet sämtliche zuvor genannten digitalen Instrumente bzw. Anwendungstools als Managementplattform der Einzelmaßnahmen (z. B. machfit.de als deutscher Anbieter basierend auf studentischem Projekt der TU Berlin oder virginpulse.com als internationaler Anbieter).

Eine empirische Untersuchung von Hoffmann, Tiemann & Bös (vgl. 2019, S. 65) zeigte, dass kommerzielle Anbieter und Krankenkassen die größten Anbietergruppen solcher Software darstellen und beide Gruppen ihren Schwerpunkt auf digitale Bewegungsangebote legen. Diese haben oft eine als Motivationstool dienende kompetitive Komponente wie z. B. die Global Challenge von Virgin Pulse (vgl. Virgin Pulse 2017) oder die deutschlandweite Fahrrad-Mitmach-Aktion der AOK und des ADFC (vgl. AOK-Bundesverband GbR 2019).

Als die zwei größten Potenziale von dBGM-Instrumenten identifizierten Kaiser & Matusiewicz (vgl. 2018, S. 20) die Individualität bzw. Flexibilität und die Mitarbeitererreichbarkeit. Zudem ermöglicht dBGM mit seinen technischen Anreizen durch spielerische Impulse speziell die Zielgruppe der technikaffinen, jungen Arbeitnehmer zu aktivieren und motivieren (vgl. ebd., S. 22). Allerdings betonen Breuer & Tolks (vgl. 2018, S. 331), dass gerade die Anwendungen auf spielerischer Basis eher zum Wecken von Aufmerksamkeit und Interesse geeignet ist und für eine dauerhafte Veränderung von Einstellungen oder Verhaltensweisen zusätzliche Maßnahmen nötig sind. Außerdem konnten Hoffmann, Tiemann & Bös (vgl. 2019, S. 66) nachweisen, dass die meisten untersuchten digitalen Bewegungsangebote (noch) nicht den vorgeschriebenen Standards des GKV-Spitzenverbandes entsprechen. Größte Herausforderung im Zusammenhang mit dem dBGM ist allerdings die Gewährleistung des Datenschutzes (vgl. Kaiser & Matusiewicz 2018, S. 20). In Kapitel 2.2.5 wird auf die Problematik des Schutzes gesundheitsrelevanter Daten noch einmal eingegangen.

Um Unternehmen bei der Entscheidung bezüglich der Einführung digitaler Tools im BGM zu unterstützen, haben Junker & Kaluza den nachfolgenden Entscheidungsbaum entwickelt:

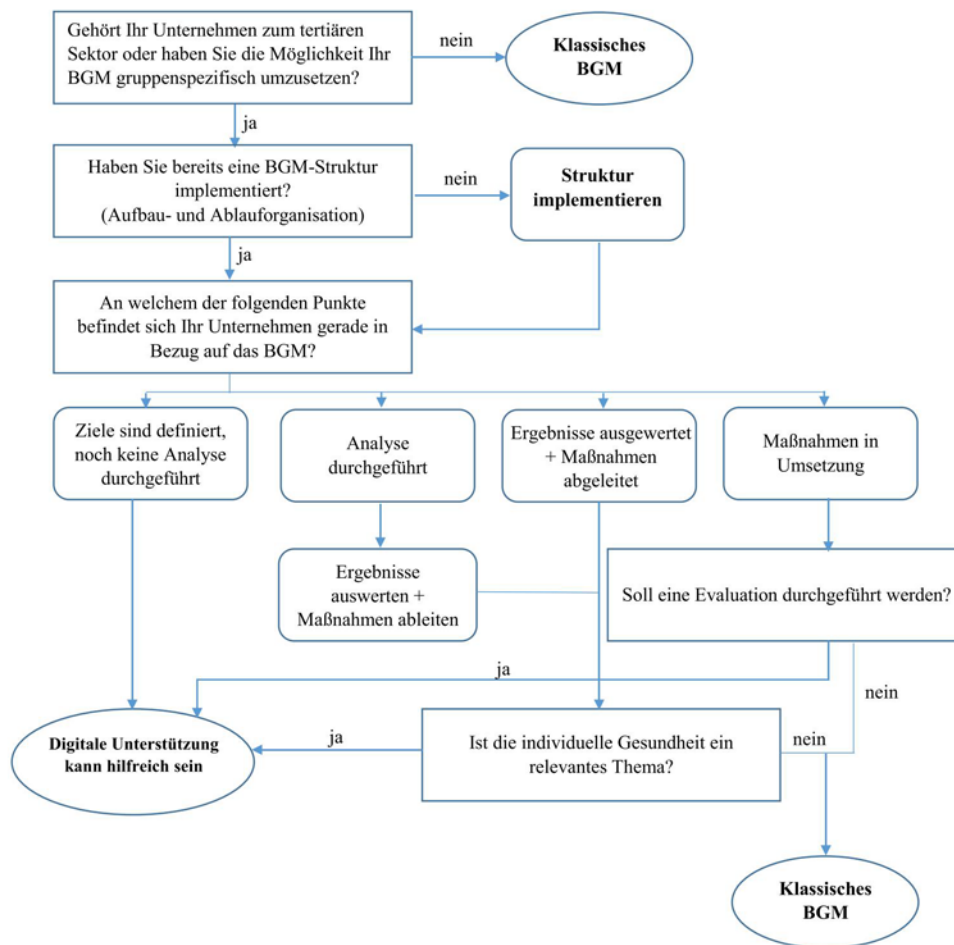


Abbildung 15: Rahmenmodell für den sinnvollen Einsatz einer digitalen Unterstützung innerhalb des betrieblichen Gesundheitsmanagements (entnommen aus Junker & Kaluza 2018, S. 639)

Wie im Entscheidungsbaum zu erkennen ist, eignen sich digitale Tools im BGM laut Junker & Kaluza primär für den tertiären Wirtschaftssektor, also für Dienstleister wie etwa Hochschulbibliotheken.

2.2.4.2 Nudging

Nudging leitet sich vom englischen Verb „to nudge“ ab für „jemanden sanft in die Rippen stoßen“, vor allem mit dem Ellenbogen und meint, jemand behutsam zu erinnern oder zu warnen (vgl. Thaler et al. 2018, S. 13). Es geht dabei um oft unbewusste Anstöße im Entscheidungsfindungsprozess und Verhalten der Zielgruppe. Nudging regt Menschen zum Nachdenken an und unterstützt das gewünschte Verhalten als Standard- oder am einfachsten auszuwählende Option (vgl. Bluearth Foundation 2019, Absatz 4-6)¹⁴.

¹⁴ Konsequenz zu Ende gedacht: Wenn man sich länger als exakt 5 Minuten auf der Bluearth Foundation-Webseite aufhält, wird ein Nudge eingeblendet und fordert einem zur Bewegung auf.

Nudging lässt sich in neun verschiedene Interventionstypen einteilen, von denen drei für die Bewegungsförderung besonders relevant sind (vgl. Krisam et al. 2017, S. 119 f.):

- Bereitstellen zusätzlicher Handlungsoptionen (etwa Installation von Duschen im Betrieb für Mitarbeiter, die mit Fahrrad zur Arbeit kommen)
- Beeinflussung unbewusster Handlungsentscheidungen durch Schlüsselreize, sog. Priming (etwa witzige Gestaltung von Treppen/-häusern)
- Bereitstellung von allgemeinen Informationen, um die Bewusstmachung von Handlungen zu fördern, sog. Prompting (etwa Plakate am Aufzug mit Hinweis auf Kalorienverbrauch und Ressourcenschonung)

Nachfolgend Beispiele für Priming und Prompting im öffentlichen Raum, wie es auch in einem Betriebs- bzw. Hochschulgebäude oder -gelände denkbar ist:

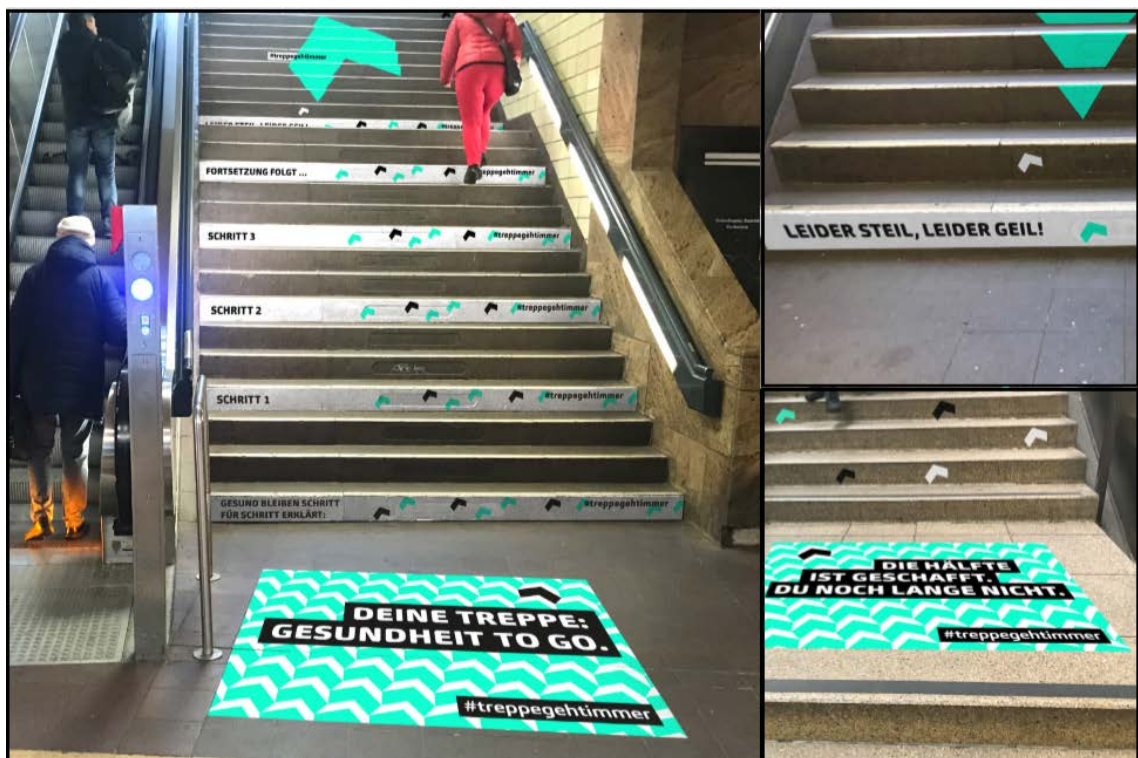


Abbildung 16: Treppe am Bahnhof Zoologischer Garten in Berlin (entnommen aus o.V. 2019)



Abbildung 17: Schriftzug für den Aufzug (projekt_kopfstehehen, o.J.a)

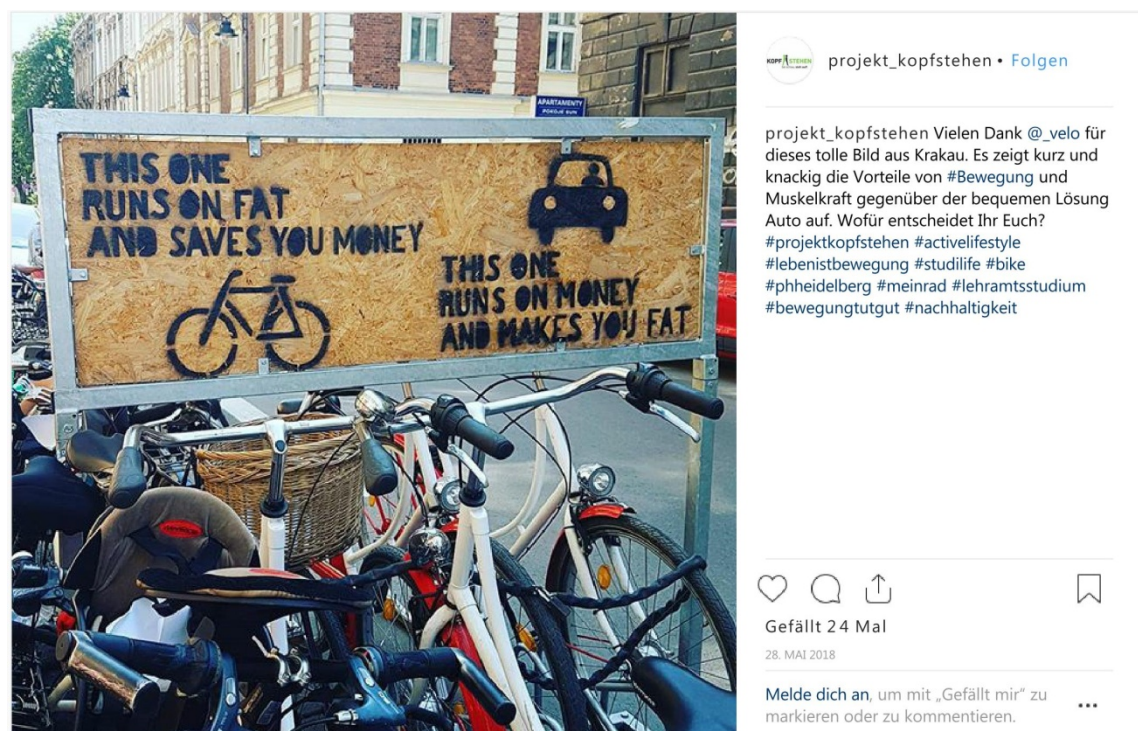


Abbildung 18: Schriftzug mit Grafiken für einen Fahrradständer (projekt_kopfstehehen, o.J.b)



Abbildung 19: Schriftzug mit Pfeil für Eingang zum Treppenhaus (projekt_kopfstehen, o.J.c)

Im Anhang G findet sich zusätzlich ein Poster der Stadt New York, dass zur Nutzung der Treppe statt des Aufzugs in öffentlichen Gebäuden einlädt. Überhaupt könnten Politik und Gesellschaft durch gesundheitsförderliches Nudging starke Verhältnisprävention durchführen (Jochem & Leitzmann 2018, S. 163):

„Wie würden wir darauf reagieren, wenn in sämtlichen Klassenzimmern und Büros nur noch höhenverstellbare Sitz-Steh-Schreibtische stünden – und wenn diese gar von Krankenkassen subventioniert werden würden? Was wäre, wenn Arbeitgeber Strategien für Steh- und Geh-Meetings hätten – und für diese belohnt werden würden?“

Nudging bietet also ein großes Potenzial. Allerdings ist aus medizinethischer Sicht darauf zu achten, dass die Zielgruppe nicht bevormundet wird, sondern dass durch begleitende Informationen und Transparenz bzgl. der Intervention die Risikomündigkeit der betreffenden Personen gewahrt bleibt (vgl. Burger 2015, Absatz 8-13; ebenso Jensen WS 2016/17, S. 17).

2.2.5 Betriebliches Gesundheitsmanagement im rechtlichen Kontext

Neben solchen ethischen Gesichtspunkten sind auch rechtliche Grundlagen beim Betrieblichen Gesundheitsmanagement zu beachten. Das in Kapitel 2.2 bereits angesprochene Arbeitsschutzgesetz hat zum Ziel, durch Maßnahmen des Arbeitsschutzes die Gesundheit aller Beschäftigten zu verbessern (vgl. Meinel 2018, S. 27). In der aktuellsten Fassung des ArbSchG wird vom Arbeitgeber eine Gefährdungsermittlung sowie eine daraus resultierende Ableitung von Schutzmaßnahmen verlangt. Die Gefährdungsermittlung erfolgt bezüglich (ebd., S. 28 f.):

- Arbeitsbedingungen innerhalb der Arbeitsstätte sowie des Arbeitsplatzes,
- Einwirkungen physikalischer, chemischer und biologischer Art,
- Arbeitsstoffe, Arbeitsmittel, Maschinen, Geräte und Anlagen,
- Psychische Belastungen bei der Arbeit,
- Arbeitszeit, Arbeitsabläufe und nicht zuletzt
- Beurteilung der Qualifikation und die notwendigen Unterweisungen der Beschäftigten.

Auf Grundlage des ArbSchG wurden mehrere Rechtsverordnungen auf dem Gebiet der Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit erlassen. Die Verordnung über Arbeitsstätten etwa regelt das Mindestmaß an Sicherheit und Gesundheitsschutz für Beschäftigte einer Arbeitsstätte. Hier finden sich zum Beispiel allgemeine Anforderungen an Bildschirmarbeitsplätze wie etwa der Grundsatz der Ergonomie oder die regelmäßige Unterbrechung von Bildschirmzeiten (vgl. Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz 12.08.2004).

Das erst 2016 in Kraft getretene Präventionsgesetz regelt Maßnahmen in den Bereichen Vorbeugung gegen und Früherkennung von Krankheiten sowie Gesundheitsförderung. Es fordert unter anderem die Einrichtung von Koordinierungsstellen durch die Krankenkassen für Betriebe, die gesundheitsförderliche Strukturen aufbauen möchten (vgl. Geene & Reese 2017, S. 40).

Das Land Baden-Württemberg hat sich noch eine weitere offizielle Richtlinie gesetzt, da es in seinem Gesundheitsleitbild unter anderem die Unterstützung von Strukturen hervorhebt, welche die Gesundheitsförderung in verschiedenen Lebenswelten wie etwa dem Betrieb stärkt (vgl. Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg 2014, S. 10).

Ebenfalls zu beachten bei der Planung und Durchführung des BGM ist die datenschutzrechtliche Perspektive. Maßnahmen des BGM können personenbezogene Daten nach Bundesdatenschutzgesetz tangieren, vor allem Gesundheitsdaten (vgl. Kazemi 2016, S. 132). Gewonnen werden solche Daten z. B. durch (vgl. ebd., S. 136-138):

- Auswertung vorhandener Krankheitsdaten,
- Gesundheitsberichte der Krankenkassen und
- Mitarbeiterbefragungen.

Individuell sollte zudem in jedem Betrieb eine Vereinbarung zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement abgeschlossen werden, um die Ziele, Organisation und Verantwortlichkeiten zu regeln (vgl. Brinkmann 2014, S. 284).

Während die im Arbeitsschutzrecht normierten präventiven Verhaltenspflichten vom Arbeitgeber zwingend erfüllt werden müssen und dieser vom Staat auch die rechtlichen Maßnahmen zur Durchsetzung an die Hand bekommt, sind Interventionen, die primär der Gesundheitsförderung zuzurechnen sind, freiwillige Maßnahmen (vgl. Faber & Falter 2017, S. 58). Trotz gesetzlicher Grundlagen zeigt allerdings eine bundesweite Onli-

ne-Umfrage im Auftrag der Pronova BKK¹⁵ unter 1.660 Arbeitnehmern, dass selbst die allgemeine Gesundheitsprüfung durch den Betriebsarzt in ca. 70 Prozent der Fälle nicht angeboten wird (vgl. Rosendahl 2016, S. 9).

2.3 Hochschulbibliotheken als Setting für Betriebliches Gesundheitsmanagement

2.3.1 Einführung in das Setting Hochschule

„[Die Gesundheitsförderung an Hochschulen] will [...] dazu beitragen, eine Ethik der Beteiligung und Befähigung zu vermitteln, die in gesundheitsförderlichen Organisationsstrukturen und Arbeitsbedingungen ihren Niederschlag findet.“ – Gudrun Faller, seit 2019 Professorin für Kommunikation und Intervention im Kontext von Gesundheit und Arbeit im Department of Community Health an der Hochschule für Gesundheit, Bochum

Hochschulen vereinen zwei wichtige, nach der WHO als eigene Settings definierte Lebensbereiche: Arbeitsstätte und Bildungsstätte (vgl. Hartung & Rosenbrock 2018, S. 893). Desweiteren kommt der Hochschule eine besondere Bedeutung zu, da hier die zukünftigen Führungskräfte ausgebildet und von dort in die Arbeitswelt entsandt werden.

Alleine in Baden-Württemberg gibt es aktuell 77 verschiedenste Hochschulen: Von den Exzellenzuniversitäten über die Hochschulen für Angewandte Wissenschaft bis zur Popakademie (vgl. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2018). An den Hochschulen finden sich dabei vier Statusgruppen (Techniker Krankenkasse 2014, S. 16):

- Professoren,
- Nicht wissenschaftliches Personal (Verwaltung und Technik; hier auch Bibliotheksmitarbeiter),
- Wissenschaftler und
- Studierende.

Gerade an den großen Universitäten, aber auch an den anderen Hochschulen, hat sich in den letzten 10 Jahren neben dem Arbeitsschutz und Betriebsärztlichen Dienst das Betriebliche Gesundheitsmanagement etabliert (vgl. ebd., S 9). Treiber und Begleiter dieser Entwicklung sind unter anderem die gesundheitsbezogenen Studiengänge (vgl. ebd., S. 6):

„Hochschulen, die Gesundheitsförderung auf allen Ebenen als Querschnittsaufgabe implementieren, sichern sich im zunehmenden Wettbewerb einen Standortvorteil. Konzeptionell sind daran in den letzten Jahren besonders diejenigen Hochschulen interessiert, die sozial-, pflege- und gesundheitsbezogene Studiengänge anbieten. [...]. Durch das veränderte Kompetenzprofil der Bachelorabschlüsse ist den Studierenden in dem Prozess auf dem Weg zur gesundheitsfördernden Hochschule [...] eine immer wichtigere Rolle zuge wachsen. Dies kann im Rahmen des anwendungsbezogenen Projektstudiums ebenso er-

¹⁵ Die Pronova BKK ist ein Träger der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland aus der Gruppe der Betriebskrankenkassen.

folgen wie durch die Bearbeitung wissenschaftlich begründeter Fragestellungen zur gesunden Hochschule durch die Bachelor- beziehungsweise Masterarbeiten.“



Abbildung 20: BGM-Arbeitskreis an der Hochschule der Medien in Stuttgart; Mitglied ist u.a. auch ein Mitarbeiter der Hochschulbibliothek (Quelle: Privat)

Hochschulen sind zwar unter anderem Arbeitsstätten, doch Faller (2017a, S. 401) weist auf einen entscheidenden Unterschied zwischen einer Bildungsstätte und einem Betrieb hin:

„Bisherige Ansätze hochschulbezogener Gesundheitsförderung orientieren sich häufig an betrieblichen Standardmodellen, die für Hochschulen noch nicht ausreichend spezifiziert wurden. [...] Gesundheitsförderung an Hochschulen ist [...] ein Thema, das über die Ebene der Hochschule hinausgeht und Fragen der Hochschulpolitik auf Landes- und z. T. Bundesebene tangiert. Dennoch können Hochschulen, denen Gesundheitsförderung mehr bedeutet als individuelle Verhaltensänderungen, und die den Gedanken der partizipativen Strukturveränderung ernst nehmen, schon viel erreichen.“

Bereits seit Mitte der Neunziger existiert in Deutschland der bundesweit fungierende Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen e.V. Der AGH betreibt eine eigene, sehr ausführliche Webseite¹⁶ und veranstaltet Tagungen und Treffen. Offen ist der Arbeitskreis dabei nicht nur für Hochschulen und deren Statusgruppen, sondern auch für Institutionen, die im Hochschulbereich und in der GeFö tätig sind (vgl. Techniker Krankenkasse 2014, S. 11). Der AGH hat Gütekriterien für gesundheitsfördernde Hochschulen entworfen, die sich in Anhang H finden.

Hervorgehend aus der zweiten internationalen Konferenz für gesundheitsfördernde Hochschulen in Edmonton/ Kanada wurde 2005 die sogenannte Edmonton Charta aufgestellt, die Ziele für gesundheitsfördernde Hochschulen definiert (University of Alberta 2006, S. 2):

- Institutionally model a health promoting culture and a sustainable working, living and learning environment,
- Take action to improve the learning, working and living environments of staff and students,
- Enable and support individuals to live a purposeful life and make healthy lifestyle choices,
- Improve health services for staff and students,
- Encourage staff and students to accept responsibility for their own health and wellbeing,
- Encourage alumni to participate in advocacy of health promoting concepts and to be involved in institutional life,
- Prepare students as citizens committed to promoting health in their organizations and communities,
- Support health promotion in the community locally, regionally and globally.

Zur Erreichung dieser Ziele haben Hochschulen im BGM unterschiedliche Maßnahmen ergriffen. Abbildung 21 zeigt eine Übersicht von Seibold basierend auf einer empirischen Untersuchung an sechs Universitäten in Deutschland:

¹⁶ URL: <http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de>

| | Interventionsfelder | Beispiele für Maßnahmen |
|-----------------------------|---|--|
| Verhaltensprävention | Soziales Umfeld, z.B. Kommunikationskultur, Konfliktmanagement | <ul style="list-style-type: none"> • Qualifizierungsmaßnahmen (z.B. Zeitmanagement) • Broschüren zur Aufklärung • Etablierung eines Konfliktmanagements • Angebote zur Freizeitgestaltung (z.B. Betriebsausflug, Theatergruppe, Stammtisch) |
| | Individuum, z.B. Gesundheitskompetenzen | <ul style="list-style-type: none"> • Schulungen, Kurse • Vorträge, Podiumsdiskussionen • Gesundheits-, Aktionstag |
| Verhältnisprävention | Physisches Umfeld, z.B. Campusgestaltung, Lärm, Klima, Gebäudeausstattung | <ul style="list-style-type: none"> • Campus- und Gebäudegestaltung (z.B. Grünflächen, Sitz- und Aufenthaltsmöglichkeiten) • Bauliche Maßnahmen zum Unfallschutz • Ergonomische Arbeitsplatzgestaltung • Verbesserung der Licht- und Luftverhältnisse • Nichtraucherchutz |
| | Arbeits- und Lernumfeld, z.B. Arbeitszeit- und Studienzeitmodelle, Arbeits- und Lernabläufe, Teamentwicklung, Führung | <ul style="list-style-type: none"> • Einführung von Führungsleitlinien • Bessere Abstimmung der Arbeitsabläufe • Einführung von Teambesprechungen • Flexiblere Arbeitszeiten • Etablierung von Personalentwicklung • Ausgestaltung der Studiencurricula • Aufnahme gesundheitsfördernder Aspekte in die Fächerkataloge der Studiengänge • Abschluss einer Dienstvereinbarung |
| | Dienstleistungsbereich, z.B. Verpflegung, Beratungsangebote, Sportangebote, Kinderbetreuung | <ul style="list-style-type: none"> • Fitness-Checks • Gripeschutzimpfung • Mobile Massage • Gesundes Essensangebot auf dem Campus • Sozialberatung für Mitarbeiter/ Studierende • bewegte Pausen, Entspannungs- und Bewegungskurse • Familienfreundlichkeit |

Abbildung 21: Übersicht über verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen gesunder Hochschulen (entnommen aus Seibold 2011, S. 50)

2.3.2 Studentisches Gesundheitsmanagement

Die oben stehende Abbildung gibt dabei primär Beispiele für Interventionen, die als Zielgruppe die Beschäftigten der Hochschule anvisieren. Die mit Abstand größte Statusgruppe im Setting Hochschulen ist allerdings eigentlich die der Studierenden. Zum Vergleich: Die Anzahl an Hochschulpersonal lag in Baden-Württemberg im Jahr 2017 bei 121.307 (vgl. Statistisches Bundesamt 2019a), Studierende gab es im Wintersemester 2018/2019 hingegen 359.771 (vgl. Statistisches Bundesamt 2019b). Die Zielgruppe der Studierenden birgt, wie an mehreren Stellen bereits angerissen, eine großes Potenzial als zukünftige Arbeitnehmer und Führungskräfte. Die Techniker Krankenkasse (2014, S. 15 f.) bemerkt zudem in ihrer Broschüre „Gesundheitsförderung an Hochschulen“:

„Die Studienzeit gilt als zeitlich begrenzte Entwicklungsphase von besonderer Qualität und verlangt von den Studierenden ein hohes Maß an Selbstmanagement. [...]. Im Studium können gesundheitsbezogene Lebensstilfaktoren geformt und gefestigt sowie Ressourcen entwickelt werden.“

Bei der Erhebung des Gesundheitsstatus von Studierenden und entsprechenden Interventionen liegt der Fokus meist auf mehreren der nachfolgenden Schwerpunkte (Techniker Krankenkasse 2014, S. 16):

- Soziale und wirtschaftliche Situation,
- Bewegung und Ernährung,
- Konsum von Alkohol, Tabak, Medikamenten und illegalen Drogen,
- psychische und psychosoziale Situation,
- Multiple gesundheitliche Aspekte.

Mette, König & Steinke (vgl. 2018, S. 27) weisen auf den bei Umfragen unter Studierenden erkennbaren Zusammenhang zwischen Bewegungshäufigkeit und subjektiven Wohlbefinden hin. Das Projekt „Kopf-Stehen“ der Pädagogische Hochschule Heidelberg in Kooperation mit der TK setzt unter anderem hier an und zielt auf eine „Förderung körperlicher Alltagsaktivität im Studium und Reduktion studentischer Sitzzeiten“ (vgl. Rupp & Dold 2019, Absatz 1-4). Der Projektzeitraum wird am 24.10.2019 mit der ganztägigen Fachtagung „Wie geht's, wie steht's? Bewegungsförderndes Setting Hochschule“ abschließen, welche sich an hochschulische Gesundheitsmanager, Hochschulsportmitarbeiter, Lehrende und Qualitätsbeauftragte sowie an Studierende und Studierendenvertretungen richtet¹⁷. Zudem findet sich an der PH ein sogenanntes Stehlabor¹⁸, das nach einem wissenschaftlich durchdachten Raumkonzept gestaltet wurde und in dem an rollbaren Sitz-Steh-Pulten während der Vorlesungen und Seminare abwechselnd gesessen und gestanden werden kann (vgl. Pädagogische Hochschule Heidelberg o.J., Absatz 1-4).

Interventionen wie diese werden in jüngster Zeit auch unter dem Begriff Studentisches Gesundheitsmanagement zusammengefasst. SGM zielt in seiner Gesamtheit auf Folgendes (Schluck & Sonntag 2018, S. 536):

„Zum einen lernen [Studierende], Verhältnisse und Verhalten gesundheitsbezogen zu reflektieren und Veränderungsmöglichkeiten zu identifizieren sowie Verantwortung für ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden zu übernehmen. Zum anderen können sie als zukünftige Führungskräfte das in der Hochschule erworbene Wissen als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren weiter tragen.“

Am Karlsruher Institut für Technologie fand vom 25. bis 26.04.2019 die Seminarreihe „Studentisches Gesundheitsmanagement: Wie geht denn das?“ in Zusammenarbeit mit der TK und der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin

¹⁷ Anmeldung zur Tagung noch bis 09. Oktober 2019 unter <https://www.ph-heidelberg.de/kopf-stehen/fachtagung-wie-gehts-wie-stehts-bewegungsforderndes-setting-hochschule-am-241019.html> möglich.

¹⁸ Weitere Informationen und Fotos des Stehlabors finden sich unter der URL: <https://www.ph-heidelberg.de/kopf-stehen/das-stehlabor.html>

Niedersachsen e.V. statt. Die Veranstaltung bot theoretische Grundlagen und praktische Impulse für Interessierte aus den Bereichen des Gesundheitsmanagements, der Studiengangsentwicklung, der Wissenschaft, der Studierendenwerke, des Hochschulsports aber auch Studierende aus ganz Deutschland und Österreich und soll aufgrund des Erfolgs fortgeführt werden (vgl. Karlsruher Institut für Technologie o.J.).

An dieser Stelle sei auch noch kurz auf das duz special-Heft „Gesundheitsfördernde Hochschulen – Modelle aus der Praxis“¹⁹ hingewiesen, das von der TK und der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. herausgegeben wurde und Beispiele guter Praxis sowohl aus dem Bereich BGM als auch SGM aus ganz Deutschland zeigt.

Grundsätzlich raten Schluck & Sonntag (vgl. 2018, S. 544 f.) dazu, an Hochschulen das BGM und SGM trotz unterschiedlicher Bedürfnisse der jeweiligen Zielgruppe nicht getrennt zu betreiben, sondern als zwei Säulen eines ganzheitlichen hochschulischen Gesundheitsmanagements.

2.4 Gründe für Bewegungsförderung an Hochschulbibliotheken

„Die Aktion ‚Lesen bewegt – gemeinsam 3.000 Schritte extra‘ wirbt für zwei sehr schöne Beschäftigungen: das Lesen und das Gehen. Beides hilft uns, geistig und körperlich aktiv und fit zu bleiben, zudem sind Bibliotheken [...] wichtige Orte des sozialen Miteinanders.“ – Ulla Schmidt, ehemalige Bundesministerin für Gesundheit

Auch wenn die von Frau Ulla Schmidt angesprochene Aktion 2009 in Öffentlichen Bibliotheken stattgefunden hat²⁰, so sind Hochschulbibliotheken doch ebenfalls Orte mit hoher Aufenthaltsqualität und -dauer. Wissenschaftliche Bibliotheken wandeln sich dabei immer stärker von Lese- zu Lernorten und entwickeln in diesem Zusammenhang auch neue Angebots- und Raumkonzepte (vgl. Stang 2019, S. 145 f.). Wie in der Einleitung bereits angerissen, haben einige Hochschulbibliotheken zudem ausstattungsbezogenen Maßnahmen speziell gegen die langen Sitzzeiten der Studierenden ergriffen. Als Teil des Projektes „Kopf-Stehen“ wurde etwa die Bibliothek der Pädagogischen Hochschule Heidelberg mit verschiedenen Möbelstücken wie höhenverstellbaren Tischen, Stehpulten, elastischen Fußstandflächen, Hockis und verbuchbaren Monkey Desks ausgestattet; ein Banner am Bibliothekseingang informiert über die Zusammenhänge (siehe Abbildungen 22-27).

¹⁹ Abrufbar unter der URL:

http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/Downloads/2013_DUZ_Spezialausgabe.pdf

²⁰ In Öffentlichen Bibliotheken gab es übrigens danach noch eine weitere Aktion zur Kombination von Lese- und Bewegungsförderung: „Lesen in Bewegung“ 2015; mehr Informationen sowie Materialien unter der URL: <https://www.stiftunglesen.de/programme/jugend-und-freizeit/lesen-in-bewegung>



Abbildung 22: Informativer Banner zum Projekt „Kopf-Stehen“ im Eingangsbereich der Bibliothek der Pädagogischen Hochschule Heidelberg (Quelle: Privat)



Abbildung 23: Arbeitsplatz (Quelle: Privat)



Abbildung 24: OPAC-PC (Quelle: Privat)



Abbildung 25: Gruppenarbeitstische mit elastischer Fußstandfläche (Quelle: Privat)



Abbildung 26: Monkey Desk (Quelle: Privat) Abbildung 27: Monkey Desk (Quelle: Privat)

Um solche verhaltensorientierten Angebote den Studierenden authentisch vermitteln zu können, bedarf es einer bewegungsfördernden Gesundheitskultur in der gesamten Hochschule inklusive der Bibliothek. Uhle & Treier (2015, S. 209) appellieren:

„Gefordert ist von der Führung ein konsequentes und glaubwürdiges Vorgehen, das nicht nur Gesundheit als Hochglanzziel vorgibt [...], sondern auch eine Arbeitsorganisation schafft, die gesundheitsgerechtes Verhalten zulässt oder sogar fördert.“

Bewegungsfördernde Gesamtverhältnisse kommen dabei nicht nur den Studierenden zu Gute, sondern auch dem Personal der Hochschulbibliothek. Bei den Recherchen

zur vorliegenden Arbeit wurden keine empirischen Untersuchungsergebnisse von Sitzzeitanalysen bei Hochschulbibliotheksmitarbeitern gefunden. Allerdings stuft die Unfallkasse Nordrhein-Westfalen in ihrer Broschüre zur Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz in Archiven und Bibliotheken die Tätigkeiten in den genannten Einrichtungen als „körperlich leichte Hand- und Armarbeit bei ruhigem Sitzen“ (Krieger 2014, S. 39) ein. Eine Ausnahme bilden dabei Arbeiten im Rahmen der Bestandsordnung und der Lastenhandhabung wie etwa Medien-, sowie Geräte- und Möbeltransport. Allerdings wurden diese Tätigkeiten in einer empirischen Untersuchung in Hochschulbibliotheken eher als gesundheitliche Belastung des Bibliothekspersonals eingestuft (vgl. Faller 2003, S. 135-141). Zudem ist zu beachten, dass Tätigkeiten des Bestandsaufbaus und der -pflege sich immer stärker an Bildschirmarbeitsplätze verlagern, da der digitale Bestand in Hochschulbibliotheken stark angewachsen ist (vgl. Brors 2015, Absatz 6-8). Trotz dieser Tatsachen konnten keine Fachpublikationen zum Thema Bewegungsförderung bei (Hochschul-)Bibliotheksmitarbeitern ausfindig gemacht werden – weder als Einzelprojekt noch im Rahmen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements.

2.5 Zusammenfassung

Gesundheit ist eine aktiv herzustellende Balance im Spannungsfeld zwischen Ressourcen und Belastungen in der Biografie eines Menschen. Neben persönlichen, unabänderlichen Faktoren wie genetischer Disposition oder Geschlecht tragen das eigenverantwortliche Verhalten und die gesellschaftlichen Verhältnisse zu Veränderungen in diesem Balanceakt bei.

Der sedentäre Lebensstil ist im Vergleich zur gesamten menschlichen Entwicklungsgeschichte sehr jung, allerdings hat sich das Sitzen auf Möbelstücken innerhalb kürzester Zeit tief in der modernen westlichen Kultur verankert. Immer weniger Menschen in Deutschland halten die normativen Bewegungsempfehlungen ein, vor allem Berufstätige haben sehr hohe Sitzzeiten. Langes, ununterbrochenes Sitzen schadet dabei nicht nur dem Bewegungsapparat, sondern ist mit einer Vielzahl ernster Folgeerkrankungen bis hin zu einer verkürzten Lebenszeit assoziiert. Durch arbeitsplatzbezogene Fehlzeiten und erhöhte Krankheitskosten hat dies auch Auswirkungen auf das Wirtschafts- und Gesundheitssystem.

Damit Menschen im Bezug auf ihre Gesundheit eine Schutzmotivation aufbauen und präventive Verhaltensweisen zeigen bzw. Risikoverhalten einstellen, bedarf es neben der Wahrnehmung einer relevanten Gesundheitsbedrohung auch der subjektiven Gewissheit, diese Bedrohung bewältigen zu können. Gesundheitsrelevante Informationen, besonders Furchtappelle, müssen deshalb immer gleichzeitig einen niedrigschwelligen Ausweg aus dem potenzielle gesundheitsschädlichen Verhalten anbieten, da sonst unter Umständen lediglich defensive Kognitionen aufgebaut werden.

Der Arbeitsplatz ist ein sehr wichtiges Setting, da hier viel Zeit verbracht wird und die Arbeitsbedingungen großen Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der

Arbeitnehmer haben. BGM will die gesundheitsrelevanten Belastungen am Arbeitsplatz reduzieren und gesundheitsförderliche Ressourcen aufbauen. Verhältnisprävention steht dabei von Verhaltensprävention. Der Aufbau eines BGM erfolgt in einem vierschriftigen, rekurrierenden Managementprozess. Digitales BGM und Nudging sind aktuelle Trendthemen im BGM. Bei beiden Themen ist die rechtliche und ethische Perspektive zu berücksichtigen. Weitere rechtlich relevante Grundlagen des BGM sind vor allem das Arbeits- und das Datenschutzgesetz.

Hochschulen und ihre Bibliotheken haben eine besondere Stellung, da sie Arbeits- und Bildungsstätte zugleich sind und hier die Führungskräfte und damit Promotoren der Gesundheit der Zukunft ausgebildet werden. Die Statusgruppen in Hochschulen sind sehr heterogen, allerdings sollten Angebote und Interventionen für alle Zielgruppen unter einem ganzheitlichen Dach gemanagt werden, um eine gemeinsame und authentische Gesundheitskultur zu schaffen. Bewegungsfördernde Maßnahmen in der Hochschulbibliothek kommen dabei sowohl der Statusgruppe der Studierenden, als auch den Bibliotheksmitarbeitern zu Gute. Während der Gesundheitsstatus von Studierenden gut erforscht ist, bleibt der des Hochschulpersonal bisher weitestgehend im Dunkeln. Sitzzeiten von Hochschulbibliotheksmitarbeitern und Maßnahmen zur Bewegungsförderung in Bibliotheken sind bisher nicht wissenschaftlich dokumentiert und publiziert.

3 Interventionen gegen Sedentarismus am Arbeitsplatz – ein Literaturüberblick

Im folgenden Kapitel wird anhand von entsprechenden Quellen analysiert, welche Interventionen gegen Sedentarismus am Arbeitsplatz bisher zum Einsatz kommen und gekommen sind. Diese Ergebnisse stellen die Basis für die anschließende empirische Untersuchung in Kapitel 4.

Auf Basis der in Abbildung 28 gezeigten Klassifikation der Interventionsstrategien mit dem Fokus, Sitzverhalten am Arbeitsplatz zu verändern, unterteilt sich Kapitel 3 in Interventionen mit dem Ansatzpunkt Arbeitsumgebung (Kapitel 3.1), dem Ansatzpunkt Individuum (Kapitel 3.2) und dem Ansatzpunkt Arbeitsorganisation (Kapitel 3.3). In Kapitel 3.4 wird zudem kurz auf Multikomponenten-Interventionen eingegangen. Der Schwerpunkt liegt gemäß der Zielsetzung dieser Arbeit auf niedrigschwelligen und nachhaltigen Angeboten und Interventionen. Den Abschluss bildet eine Zusammenfassung (Kapitel 3.5).

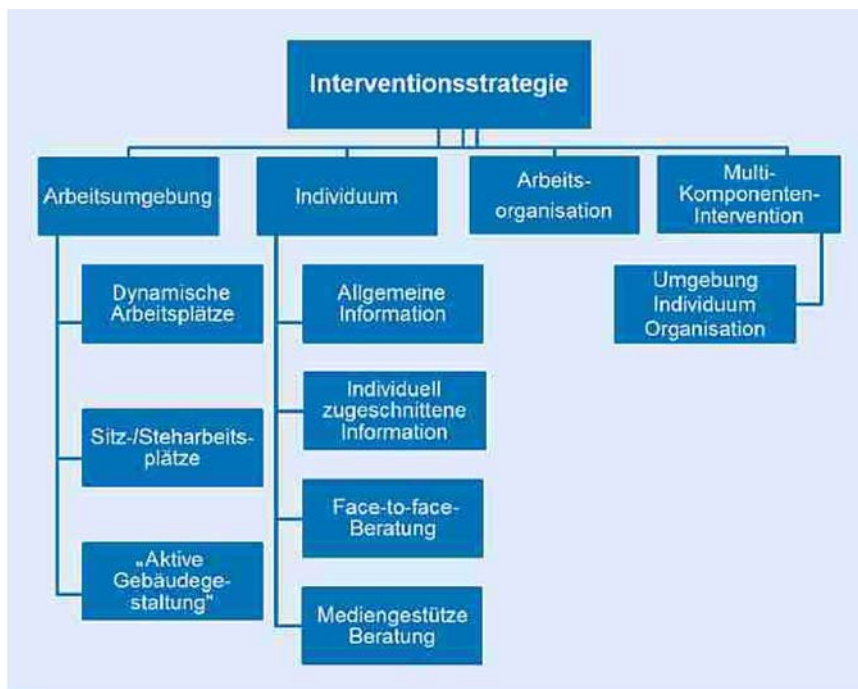


Abbildung 28: Klassifikation der Interventionsstrategien mit dem Fokus, Sitzverhalten am Arbeitsplatz zu verändern (entnommen aus Backé et al. 2019, S. 2)

Da Maßnahmen zur Bewegungsförderung in Bibliotheken bisher nicht wissenschaftlich dokumentiert und publiziert sind, beziehen sich die Ergebnisse im Folgenden vor allem auf Betriebe. Die Erkenntnisse wurden soweit möglich auf das Setting Hochschulbibliothek übertragen.

3.1 Ansatzpunkt Arbeitsumgebung

Die hauptsächliche Arbeitsumgebung in Hochschulbibliotheken ist wie in den meisten Verwaltungsbereichen ein typischer Schreibtischarbeitsplatz mit dazugehörigem Bürostuhl. Das Naheliegendste ist nun, vom Sitzen ins Stehen zu wechseln. Reine Stehpulte, wie sie jahrhundertlang etwa von Pädagogen oder Schreibern genutzt wurden, sind allerdings ebenfalls nicht sinnvoll, da auch dauerhaftes Stehen negative Auswirkungen auf die Gesundheit hat (vgl. Backé et al. 2019, S. 9). Die Rumpf- und Beinmuskulatur ist hierbei zwar aktiver als im Sitzen, wird aber einseitig und dauerhaft belastet, was wiederum negative Konsequenzen für Rücken und Beine hat (vgl. Thömmes 2017, S. 49). Dauerpositionen jeglicher Art müssen folglich vermieden werden. Die DIN EN ISO 6385 über die Grundsätze der Ergonomie für die Gestaltung von Arbeitssystemen schreibt entsprechend vor, dass „[der Arbeitende] bei länger dauernden Aufgaben in der Lage sein [muss], seine Haltung zu ändern, z. B. durch einen Wechsel zwischen Sitzen und Stehen [...]“ (DIN EN ISO 6385:2016-12, S. 17). Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (vgl. 2015, S. 48) nennt den möglichen Wechsel zwischen Sitz- und Stehhaltung deshalb als wichtiges Auswahlkriterium für Arbeitstische. Auch in der Broschüre zur Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz in Archiven und Bibliotheken der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen werden stufenlos einstellbare Sitz-Steh-Arbeitstische als ideal genannt (vgl. Krieger 2014, S. 84). Vor allem an Verbuchungs- und Informationsarbeitsplätzen in Bibliotheken bieten sich höhenverstellbare Tische an, da sich hier mehrere Mitarbeiter mit unterschiedlicher Körpergröße einen Platz abwechselnd teilen (vgl. ebd., S. 55).

Noch bewegter gestaltet sich die Arbeit mit einem Schreibtisch-Laufband. Dabei wird ein elektrisches oder mechanisches Laufband unter dem nach oben gefahrenen Schreibtisch platziert, so dass während der Arbeit langsam gegangen werden kann.

Büroräume und Gebäude sollten außerdem so gestaltet sein, dass sie zur Bewegung einladen. Nachfolgende Abbildung zeigt einen beispielhaft skizzierten, dynamischen Arbeitsplatz:

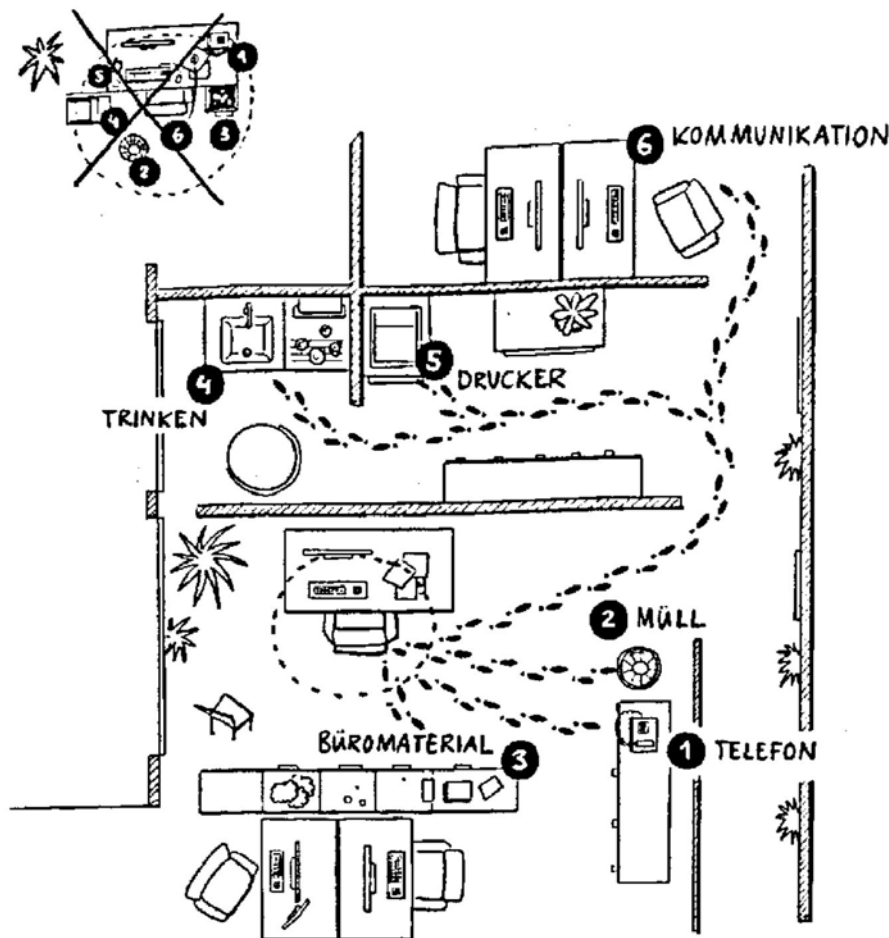


Abbildung 29: Dynamische Arbeitsplätze (entnommen aus Jochem & Leitzmann 2018, S. 130)

Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz (2013, S. 18) empfiehlt dazu:

„Gerade in Mehrpersonen-, Großraum- und Kombibüros ergeben sich dann zahlreiche Möglichkeiten, die verschiedenen Tätigkeiten verschiedenen Raumzonen zuzuordnen und damit – quasi nebenbei – die Sitz-Steh-Dynamik im Büro zu fördern. Denkbar sind hier z. B. neben dem ›eigenen‹ Schreibtischarbeitsplatz Besprechungsplätze an mobilen Stehpulten, Ruhezonen für konzentriertes Arbeiten (im Sitzen oder im Stehen), Telefonzellen für Vertrauliches, Technikecken für Drucker und Faxgerät sowie Thekensituationen für die gesellige Kaffee- oder Teerunde. Dadurch verwandelt sich das Büro zwar noch nicht in ein Fitnessstudio, aber die von der Arbeitsmedizin empfohlenen zwei bis vier Haltungswechsel pro Stunde können so allemal erreicht werden.“

Schnurlose Telefon-Headsets, je nach Geräuschpegel im Raum mon- oder binaural, mit integriertem Mikrofon ermöglichen auch Telefonieren im Gehen.

Nudging in Form von Fußspuren auf den Treppenabsätzen kann in Treppenhäusern zur Nutzung der Treppe animieren. Denkbar ist auch eine spannende, regelmäßig wechselnde Ausgestaltung der Treppenhauswände.

Neben dem regulären Pausenraum ist zudem ein bewegungsfördernder Pausenraum möglich, welcher mit einer Tischtennisplatte und anderen Gerätschaften ausgestattet

wird. Das Fraunhofer-Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation Stuttgart hat gerade den Prototypen für einen sogenannten Pong-Tisch entwickelt:

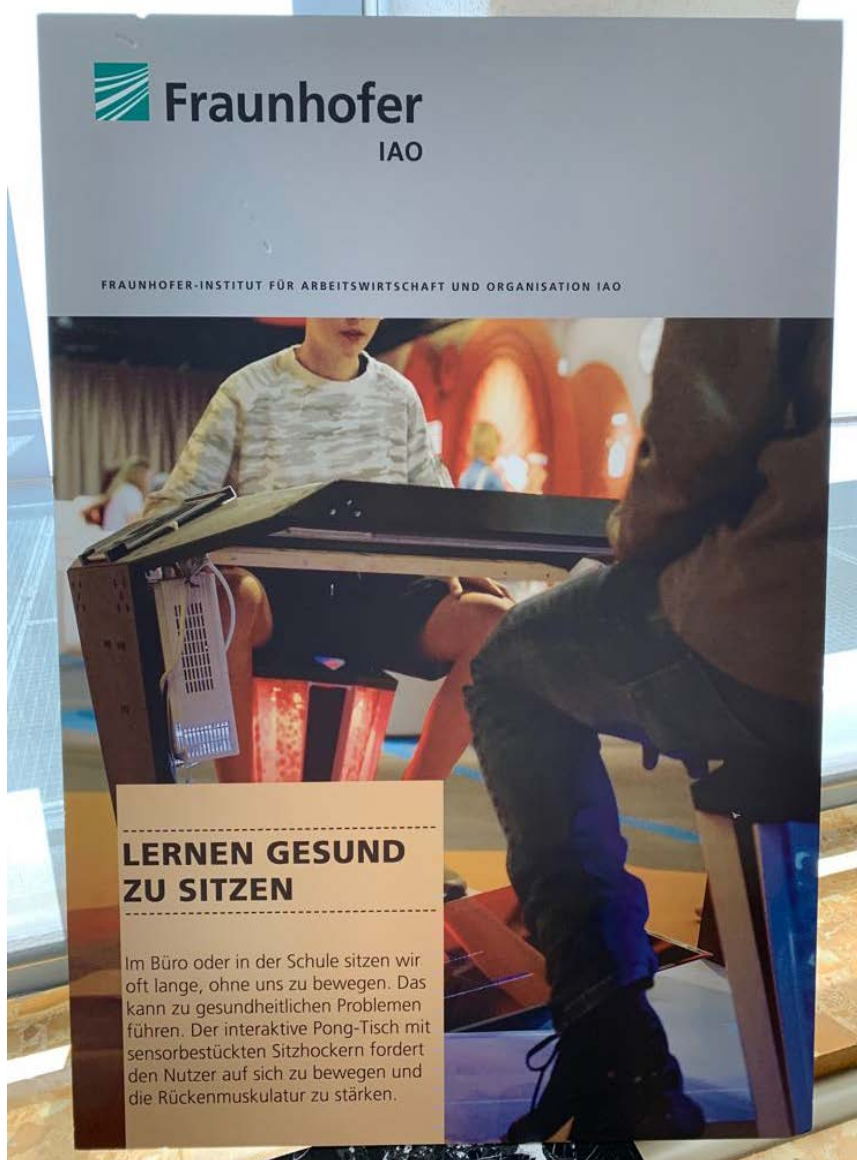


Abbildung 30: Banner zum interaktiver Pong-Tisch (Quelle: Private Aufnahme im Rathaus Stuttgart)



Abbildung 31: Interaktiver Pong-Tisch (Quelle: Private Aufnahme im Rathaus Stuttgart)

Ein solcher Spieltisch ist ebenfalls in einem bewegungsfördernden Pausenraum denkbar.

Abschließend sollten Arbeitsgebäude mit Duschen ausgestattet sein, um Mitarbeiter zu unterstützen, die mit dem Fahrrad zur Arbeit kommen oder in der Mittagspause sportlich aktiv sein möchten.

3.2 Ansatzpunkt Individuum

Ziel der an das Individuum gerichteten Interventionen ist es, „die Bedeutung der Wirkung von Sitzpausen und Bewegung auf die Gesundheit deutlich zu machen, Aufmerksamkeit für das Thema zu erzeugen und Möglichkeiten für Bewegungspausen bzw. Bewegung in Sitzpausen zu benennen“ (Backé et al. 2019, S. 3 f.). Dies kann in Form von Vorträgen, Hinweisschildern oder Informationen per E-Mail erfolgen. Möglich sind bei Bildschirmarbeitsplätzen zudem Pop-ups als Teil von Programmen oder Apps, die in regelmäßigen Abständen zu kurzen Bewegungsübungen auffordern. In einer empirischen Untersuchung konnten Füzéki et al. (vgl. 2014, S. 273) zeigen, dass Sitzunterbrechungsaufforderungen in einem Abstand von 60 Minuten am besten angenommen werden. Eine entsprechende Desktop-App mit Begleitflyer bietet das Bundesministeri-

um für Gesundheit unter dem Namen „Pauls Schreibtischübungen“ sowohl für die Betriebssysteme Windows als auch MacOS²¹.

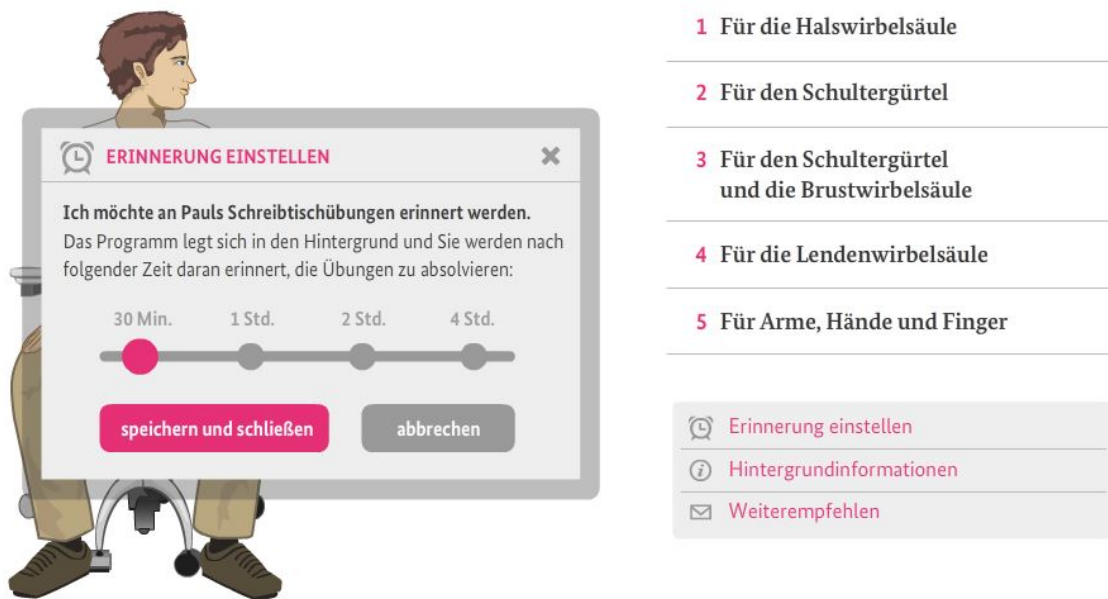


Abbildung 32: Bildschirmabzug aus Desktop-App „Pauls Schreibtischübungen“ (entnommen aus Bundesministerium für Gesundheit 2018)

Ein weiteres, vom Bundesministerium für Gesundheit ausgezeichnetes Angebot, ist „befit per click“ der Robert Bosch GmbH²². Die über das Internet frei zugänglichen Videos mit Körperübungen in Echtzeit dienen dem Ausgleich sitzender Tätigkeit (vgl. Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung o.J.a, Absatz 1). Hier gibt es zwar keine integrierte Erinnerungsfunktion, allerdings wird auf Tools zur Terminierung hingewiesen.

Sind kurze Bewegungspausen nicht möglich, z. B. während des Dienstes an einer stark frequentierten Informations- oder Verbuchungstheke in einer Hochschulbibliothek, empfiehlt sich zumindest, das Sitzen unauffällig dynamisch zu gestalten. Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (vgl. 2013, S. 11) rät z. B. Folgendes:

- Vor- und Zurückwippen des Beckens,
- Abwechselnde Verlagerung des Körpergewichts auf rechte und linke Gesäßhälfte,
- Verschiebung des Brustkorbs in alle vier Himmelsrichtungen,
- Streckung des Nackens durch leichte Verschiebung des Kopfes nach hinten,
- Abstützen auf dem Arbeitstisch in der vorderen Sitzhaltung sowie
- Entspanntes Zurücklehnen in der hinteren Sitzhaltung.

²¹ Zu finden unter der URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/pauls-schreibtischuebungen.html>

²² Zu finden unter der URL: https://www.bosch-bkk.de/de/bkk/leistungen/vorsorge_und_gesundheit/fit_am_arbeitsplatz__befit_per_click/befit_per_click.html

Ist selbst dies nicht möglich, etwa während eines ausgedehnten Beratungsgesprächs zu einer Literaturrecherchefrage an einer Informationstheke, bleibt immerhin noch die Möglichkeit, die Zehen im Schuh einzukrallen oder die Fußspitze des einen Fußes gegen den Widerstand der Ferse des anderen Fußes nach oben zu ziehen, um damit die Muskeln und den Blutfluss in den Beinen zu aktivieren (Höhnke & Ramme-Wichmann 1990, S. 37 f.).

Sawkowicz (2015, S. 69) konnte in einer empirischen Untersuchung nachweisen, dass ein Hinweisschild am Treppenhaus die Mitarbeiter einer Verwaltung zur Nutzung der Treppe motiviert und bei ihnen Wohlbefinden erzeugt sowie Handlungswirksamkeitsgefühl. Mehrere Beispiele für Hinweisschilder bzw. Plakate finden sich in Anhang I.

3.3 Ansatzpunkt Arbeitsorganisation

Faltermaier (vgl. 2017, S. 367) stellt fest, dass die meisten umgesetzten Maßnahmen dem Bereich der Verhaltensprävention zugeordnet werden können, Veränderungen der organisatorischen Strukturen im Hinblick auf Nachhaltigkeit aber zugenommen haben. Auch Backé et al. (vgl. 2019, S. 9) weisen ausdrücklich darauf hin, dass Beratungsangebote mit Vorschlägen zu Veränderung des Sitz- und Bewegungsverhaltens dann besonders wirkungsvoll sind, wenn sie durch organisatorische Interventionen unterstützt werden. Maßnahmen bezüglich der Arbeitsorganisation zielen dabei vor allem auf eine bewegungsfreundliche Arbeitskultur ab (vgl. ebd., S. 3 f.).

Bei der Zuteilung einzelner Tätigkeiten und Aufgabenbereiche an die Mitarbeiter ist grundlegend auf eine gemischte Zusammenstellung aus sitzenden, stehenden und bewegenden Anteilen zu achten (vgl. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2011, S. 44).

Besprechungen im Stehen sind sowohl als Einzelmaßnahmen oder als 15-minütige Stand-Up-Meetings im Rahmen des agilen Projektmanagements möglich. Stand-Up-Meetings dienen dabei dem kurzen Austausch bezüglich des aktuellen Projektstandes sowie der Identifikation von Hemmnissen im Projektfortschritt (vgl. Vonhof 2018, S. 180).

Eine weitere Möglichkeit sind organisierte bewegte Arbeitspausen, z. B. mit gemeinsamer Gymnastik. Allerdings zeigte eine empirische Untersuchung der TK, dass solche an feste Zeiten in den Pausen gekoppelten Angebote nicht so sehr von Arbeitnehmern gewünscht werden, wie etwa ein spezieller Raum für Bewegungspausen, welche dann individuell und zeitlich unabhängig durchgeführt werden können (vgl. Techniker Krankenkasse 2016, S. 38). Gesundheitskurse im Unternehmen, die während oder nach der Arbeitszeit besucht werden können, sind hingegen ebenfalls sehr gewünscht (vgl. ebd.). Es liegt die Vermutung nahe, dass die Arbeitnehmer ihre Arbeitspausen zeitlich unabhängig gestalten möchten.

Die Zurverfügungstellung von Dienstfahrrädern schließlich fördert den körperlich aktiven Wechsel zwischen verschiedenen Betriebs- bzw. Bibliotheksstandorten.

3.4 Multikomponenten-Intervention

Wenn Maßnahmen und Angebote aus allen drei Ansatzpunkten in einer Intervention vereint werden, spricht man von einer sogenannten Multikomponenten-Intervention (vgl. Backé et al. 2019, S. 3 f.). Becker et al. (vgl. 2017, S. 5) stellen fest, dass Multikomponenten-Interventionen und Sitz-Steh-Arbeitsplätze bei Büroangestellten am effektivsten gegen hohe Sitzzeiten wirken. Diese beobachtete Wirkung gilt vermutlich mit Hinblick auf die Klassifikation der Tätigkeiten in Archiven und Bibliotheken in Kapitel 2.4 auch für Mitarbeiter in Hochschulbibliotheken.

3.5 Zusammenfassung

Ziel der in Kapitel 3 durchgeführten Literaturrecherche war es herauszufinden, welche Interventionen gegen Sedentarismus am Arbeitsplatz bisher zum Einsatz kommen und gekommen sind. Strukturiert wurden die Ergebnisse nach einer Klassifikation von Backé et al. Interventionen legen ihren Fokus dabei entweder auf die Arbeitsumgebung, das Individuum oder die Arbeitsorganisation. Wird mit einer Maßnahme jedes der drei Felder angesprochen, spricht man von einer Multikomponenten-Intervention. Letztlich zeigte sich, dass Multikomponenten-Interventionen und Sitz-Steh-Arbeitsplätze vermutlich am effektivsten gegen hohe Sitzzeiten bei Hochschulbibliotheksmitarbeitern sind. Die Ergebnisse aus Kapitel 2 und 3 stellen nachfolgend die Basis für die in Kapitel 4 durchgeführte empirische Untersuchung dar.

4 Interventionen gegen Sedentarismus im Rahmen von Betrieblichem Gesundheitsmanagement an Hochschulbibliotheken aus Sicht der Praxis

Ziel der vorliegenden empirischen Untersuchung ist es, herauszufinden, welche Schritte und Interventionen geeignet sind, um gegen Sedentarismus im bibliothekarischen Berufsalltag vorzugehen. Hierzu wurde ein einzelnes Experteninterview in Form eines leitfadengestützten Interviews durchgeführt. Grundlage hierfür stellen die theoretischen Grundlagen in Kapitel 2 und die in Kapitel 3 durchgeführte Literaturrecherche dar. Die Methodik (Kapitel 4.1) und die Ergebnisse (Kapitel 4.2) der Untersuchung werden im Folgenden erläutert. Den Abschluss bildet eine Zusammenfassung mit ausführlicher Diskussion (Kapitel 4.3).

4.1 Methodik

4.1.1 Untersuchungsziel und -gegenstand

Wie in der Einleitung bereits dargelegt, hatte die Untersuchung zum Ziel, herauszufinden, welche Schritte und Interventionen geeignet sind, um gegen Sedentarismus im bibliothekarischen Berufsalltag vorzugehen. Dem Schwerpunkt der Arbeit entsprechend soll geprüft werden, wie solche Interventionen in Hochschulbibliotheken gestaltet sein müssen, um niedrigschwellig und nachhaltig zu sein. Im Ergebnis der Untersuchung sollten die auf der Forschungsfrage aufbauenden Forschungshypothesen bestätigt oder widerlegt werden können.

4.1.2 Forschungshypothesen

Um eine systematische Untersuchung der Forschungsfrage zu ermöglichen, wurden aus ihr mehrere Hypothesen abgeleitet.

So wurde aufgrund des Umstandes, dass zum Thema Betriebliches Gesundheitsmanagement im Allgemeinen und Bewegungsförderung im Speziellen kaum bibliothekarische Fachpublikationen vorliegen, angenommen, dass **es kein Problembewusstsein für die Herausforderungen im Zusammenhang mit Sedentarismus in Hochschulbibliotheken gibt (H1)**.

Darauf aufbauend lag die Vermutung nahe, dass **in Hochschulbibliotheken grundsätzlich eine sehr stark ausgeprägte und traditionell verankerte Sitzkultur vorherrscht** (Lernen, Lesen und Arbeiten im Lesesaal, an Einzelarbeitsplätzen, in Gruppenarbeits- und Lernräumen sowie in Mitarbeiterbüros usw.) **(H2)**.

Darüber hinaus wurde die These aufgestellt, dass aufgrund der angenommenen Sitzkultur **passgenauen Interventionen an Hochschulen und ihren Bibliotheken zur Reduktion von Bewegungsarmut im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements fehlen (H3).**

4.1.3 Auswahl der Forschungsmethode

Um die Hypothesen verifizieren oder falsifizieren zu können, wurden auswertbare Daten benötigt. Da für diese erstmalige Untersuchung in Hochschulbibliotheken keine geeigneten Daten vorlagen, wurden die erforderlichen Informationen, die die Grundlage einer anschließenden Analyse und Diskussion bilden sollten, von der Autorin der vorliegenden Arbeit selbst erhoben. Die Datenerhebung erfolgte in Form eines Experteninterviews, da dieses sich besonders für Untersuchungen eignet, „*in denen soziale Situationen oder Prozesse rekonstruiert werden sollen*, um eine sozialwissenschaftliche Erklärung zu finden“. (Gläser & Laudel 2009, S. 13)

Gläser & Laudel (vgl. ebd., S. 111) empfehlen für Experteninterviews leitfadengestützten Interviews. Das Gespräch sollte zudem face-to-face stattfinden, da diese Form im Vergleich zu einem Telefon- oder virtuellen Interview „enorme methodische Vorteile in der Kontrolle des Gesprächsverlaufs und im Reichtum der erhaltenen Informationen [bietet]“. (ebd., S. 153 f.)

Zunächst war für diese Untersuchung eine geeignete Person auszuwählen, die als Expertin und exemplarische Vertreterin für andere Mitarbeiter in Hochschulbibliotheken herangezogen werden konnte. Die Auswahl der Person erfolgte auf Grundlage der nachfolgenden Definition von Gläser & Laudel (ebd., S. 11 f.):

„[...] es [gibt] eine Art besonderen Wissens, über das eigentlich jeder von uns verfügt. Es ist das Wissen über die sozialen Kontexte, in denen man agiert: über das Unternehmen oder die Organisation, in der man arbeitet, über die eigenen Arbeitsprozesse, [...]. Nur die unmittelbar Beteiligten haben dieses Wissen, und jeder von ihnen hat aufgrund seiner individuellen Position und seiner persönlichen Beobachtungen eine besondere Perspektive auf den jeweiligen Sachverhalt.

Sozialwissenschaftler erforschen solche sozialen Kontexte, gehören ihnen aber meist nicht an. Für sie sind die Beteiligten deshalb Experten, die ihr besonderes Wissen über soziale Kontexte für deren Untersuchung zur Verfügung stellen können. In diesem Sinne werden die Begriffe ‚Experte‘ und ‚Experteninterview‘ hier verwendet: *Experte beschreibt die spezifische Rolle des Interviewpartners als Quelle von Spezialwissen über die zu erforschenden sozialen Sachverhalte*. Experteninterviews sind eine Methode, dieses Wissen zu erschließen.“

Frau Britta Werner ist seit mehr als einem Jahrzehnt in verschiedenen Hochschulbibliotheken tätig und hat einen Master in Library and Information Science erworben. Als weiteres Studium absolvierte sie Sportwissenschaft und Pädagogik, welches sie ebenfalls mit einem Master abschloss. Durch diese Kombination besitzt Frau Werner sowohl in der bibliothekarischen Berufspraxis als auch in der Bewegungslehre umfassende Kenntnisse, die sie unter anderem als nebenberufliche Dozentin im Bibliotheksbereich

nutzt. Hauptberuflich ist Frau Werner aktuell in der Staats- und Universitätsbibliothek Bremen (SuUB) angestellt. Damit hat Frau Werner die für einen Experten nötige „besondere, mitunter sogar exklusive Stellung in dem sozialen Kontext“ (ebd., S. 13), der untersucht werden soll.

Das Gespräch wurde mittels Mikrofon aufgezeichnet. Die Tonaufzeichnung erfolgte aus folgenden Gründen (vgl. ebd., S. 157 f.):

- Informationsverluste und -veränderungen durch reine handschriftliche Protokollierung, da u.a. nicht gleichzeitig mit hundertprozentiger Aufmerksamkeit gesprochen und geschrieben werden kann,
- Belastung des Interviewers durch die zusätzliche Aufgabe der handschriftlichen Protokollierung, was zu Lasten der Analysefähigkeit geht, z. B. ob eine Fragen ausreichend beantwortet wurden, eine Nachfragen nötig ist usw.

Auch wenn Tonaufzeichnungen die Tendenz verstärken, im Interview eine sozial erwünschte Antwort zu geben oder Informationen zurückzuhalten, haben Erfahrungen doch gezeigt, dass der Fakt des Mitschneidens mit zunehmendem Fortschreiten des Interviews meist von dem Interviewten ausgeblendet wird (vgl. ebd.). Die Interviewfragen waren zudem zum Großteil offen formuliert, um den Gedankenfluss und die Redebereitschaft der Interviewpartnerin zu fördern. Im Anschluss an das Interview erfolgte eine inhaltlich-semantische Transkription des gesprochenen Wortes.

4.2 Ergebnisse des Experteninterviews

Nachfolgend werden die Ergebnisse des Experteninterviews dargestellt. Die Daten gliedern sich dabei größtenteils chronologisch anhand der gestellten Interviewfragen²³. Im Anschluss erfolgt eine Zusammenfassung der Ergebnisse mit Diskussion (Kapitel 4.3). Das Interview erfolgte entsprechend den Empfehlungen von Fachleuten für ein offenes und entkrampftes Gespräch an einem vertrauten Ort, dem Büro von Frau Werner in der SuUB (vgl. Haller 2013, S. 207).

Vor dem Interview erfolgte eine kurze gegenseitige Vorstellung der Vitae und Frau Werner wies direkt darauf hin, dass aufgrund sehr unterschiedlicher Arbeitszeitmodelle bei Bibliotheksmitarbeitern individuelle Maßnahmen und Interventionen wichtig seien (vgl. Werner 2019, Z. 4-6). Ein Angebot oder eine Intervention, die beispielsweise wöchentlich mittwochnachmittags stattfände, würde von Kolleginnen, die mittwochnachmittags grundsätzlich nicht arbeiten, auch nicht besucht werden.

Zu Beginn des Interviews erzählte Frau Werner auf Nachfrage ausführlich von den biografischen Zusammenhängen, die zu ihrem Engagement für Betriebliche Gesundheitsförderung in Hochschulbibliotheken geführt hatte. Des Weiteren berichtete sie über ihr eigenes Engagement im Zusammenhang mit entsprechenden Interventionen und Angeboten an Hochschulbibliotheken und betonte die Wichtigkeit persönlichen Engagements bei Planung und Durchführung von Interventionen (vgl. ebd., Z. 72-86;

²³ Die vollständige Transkription befindet sich als Anlage auf der CD, die dieser Arbeit beiliegt.

ebd., Z. 127-131). Sie berichtete auch von Hemmnissen und Herausforderungen, wie etwa Druck und unterschwellige Vorwürfe durch Kolleginnen und organisatorischen Probleme sowie mangelndem Rückhalt durch Vorgesetzten (vgl. ebd., Z. 95-111).

Anschließend berichtete Frau Werner vom aktuell in Begriff befindlichen Aufbau des Betrieblichen Gesundheitsmanagements an der SuUB und den geplanten Interventionen und Angeboten (vgl. ebd., Z. 138-145). In diesem Zusammenhang erläuterte sie auch die von Hochschulbibliothek zu Hochschulbibliothek und von Betriebsarzt zu Betriebsarzt unterschiedliche Qualität der Datenerhebung bei den Mitarbeitern und entsprechenden positiven oder negativen Konsequenzen bei der Etablierung und Bewilligung von Angeboten und Maßnahmen (vgl. ebd., Z. 170-175; ebd., Z. 193-198; ebd., Z. 204-210; ebd., Z. 219-228). Sie wies sogar auf offensichtliche Verstöße gegen das Arbeitsschutzgesetz hin (vgl. ebd., Z. 233-243; ebd., S. 245-247; ebd., Z. 276-279).

Auf Nachfrage gab Frau Werner an, dass sie nach Vorträgen o. Ä. zum Thema Betriebliches Gesundheitsmanagement durchweg auf positive Resonanz gestoßen sei, Kolleginnen aber aufgrund befürchteter, negativer Konsequenzen nicht aktiv für BGM in ihren Häusern die Stimme erheben (vgl. ebd., Z. 287-297). Auch bei Vorgesetzten sei Interesse am Thema da, hier verhindere allerdings eher die Bequemlichkeit eine konstruktives Angehen gesundheitlicher Fragestellungen im Haus (vgl. ebd., Z. 300-306).

Dabei würden Probleme und Konsequenzen durch Bewegungsmangel durchaus wahrgenommen und thematisiert unter den Bibliotheksmitarbeitern (vgl. ebd., Z. 310-314). Auch gäbe es einzelne, teilweise innovative Maßnahmen und kooperative Projekte zur Bewegungsförderung (vgl. ebd., Z. 326-344), die allerdings nicht publiziert sind.

Auf Nachfrage berichtete Frau Werner über die extrem wichtige Rolle der Vorgesetzten und der Führungs- und Gesundheitskultur im Haus, um BGM nachhaltig und erfolgreich durchzuführen in Hochschulbibliotheken (vgl. ebd., Z. 356-359; ebd., Z. 399-405; ebd., Z. 447-454). Sie erwähnte auch organisatorische Mängel wie das Fehlen von Mischarbeitsplätzen (vgl. ebd., Z. 424-437) und gab Beispiele für positive Folgen von organisatorischer Umstrukturierung im Hinblick auf das Bewegungsausmaß. (vgl. ebd., Z. 480-491; ebd., Z. 511-514; ebd., Z. 523-535). Frau Werner berichtete auch von den Vor- und Nachteilen höhenverstellbarer Schreibtisch an geteilten Arbeitsplätzen wie der Verbuchungstheke (vgl. ebd., Z. 551-561). Sie ging dabei auch auf interkollegiale Reibungspunkte im Zusammenhang mit einem häufigen Arbeitsposition- und Tischhöhenwechsel ein (vgl. ebd., Z. 551-552).

Zum Abschluss verwies Frau Werner auf die unterschiedlichen und doch ähnlichen Bedürfnisse von Hochschulbibliotheksmitarbeitern und Studierenden im Zusammenhang mit einem bewegten Aufenthalt in der Hochschulbibliothek (vgl. ebd., Z. 621-632; vgl. ebd., Z. 633-643).

4.3 Zusammenfassung und Diskussion

Ziel der empirischen Untersuchung in Kapitel 4.2 war es, herauszufinden, welche Schritte und Interventionen geeignet sind, um gegen Sedentarismus im bibliothekarischen Berufsalltag vorzugehen. Insbesondere sollte geprüft werden, wie solche Interventionen in Hochschulbibliotheken gestaltet sein müssen, um niedrigschwellig und nachhaltig zu sein. Hierzu wurde eine Datenerhebung in Form eines leitfadengestütztes Experteninterviews durchgeführt.

Im Rahmen der Auswertung konnte die Forschungshypothese H2 verifiziert werden. Es zeigte sich zudem, dass gerade in einer Einrichtung mit einer so stark verwurzelten Sitzkultur wie einer Hochschulbibliothek Rückhalt und Motivation durch vorbildliche Führungskräfte und der Aufbau einer gemeinsamen Gesundheits- und Bewegungskultur wesentlich für die Nachhaltigkeit von Betrieblichem Gesundheitsmanagement und Bewegungsförderung ist.

Die Auswertung falsifizierte hingegen Hypothese H1. Es gibt sehr wohl ein Problembewusstsein in Hochschulbibliotheken bezüglich der negativen Konsequenzen für die Gesundheit durch langes und ununterbrochenes Sitzen. Allerdings existieren sowohl von Seiten der Bibliotheksmitarbeiter als auch von Seiten der Führungskräfte Hemmnisse gegen eine offene Diskussion der entsprechenden Herausforderungen und des Handlungsbedarfs. Diese Hemmnisse müssen aufgedeckt und überwunden werden, um bewegungsfördernde Angebote und Interventionen niedrigschwellig zu gestalten.

Auch Forschungshypothese H3 wurde durch die Auswertung falsifiziert. Es zeigte sich, dass es in Hochschulbibliotheken bereits einige, teils innovative Ansätze für Bewegungsförderung gibt und auch Interesse von Seiten der Mitarbeiter besteht. Die entsprechenden Angebote und Maßnahmen sind allerdings unstrukturiert und nicht in der bibliothekarischen Fachpresse publiziert, wodurch auch kein offener fachlicher Diskurs entsteht, der wiederum Synergieeffekte haben könnte. Darüber hinaus fehlt eine ausreichende empirische Basis zur passgenauen Planung und Durchführung von Angeboten und Interventionen; nicht einmal die betriebsärztlichen Begehungen werden konsequent und flächendeckend durchgeführt.

Die Forschungsfrage kann deshalb zum jetzigen Zeitpunkt auch nicht abschließend und umfassend beantwortet werden.

5 Fazit

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, der Frage nachzugehen, welche Schritte und Interventionen geeignet sind, um gegen Sedentarismus im bibliothekarischen Berufsalltag vorzugehen. Dabei wurde auch geprüft, wie solche Interventionen in Hochschulbibliotheken gestaltet sein müssen, um niedrighschwellig und nachhaltig zu sein. Die Autorin hofft zudem, durch die Arbeit bibliothekarische Führungskräfte und Bibliothekspersonal, das im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements Teil eines interdisziplinären Teams oder Gesundheitszirkels an einer Hochschule ist, für die Forschungsfrage sensibilisieren zu können.

Zu Beginn der Arbeit konnten grundlegende Begriffe im Kontext der Fragestellung einer Arbeitsdefinition unterworfen und ausführlich erläutert werden. Zudem wurde die besondere Stellung von Hochschulen und ihren Bibliotheken aufgezeigt und Gründe für Bewegungsförderung an Hochschulbibliotheken hergeleitet. Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde eine Literaturrecherche sowie ein Experteninterview durchgeführt. Die Literaturrecherche zeigte, dass Multikomponenten-Interventionen und Sitz-Steh-Arbeitsplätze vermutlich am effektivsten gegen hohe Sitzzeiten bei Hochschulbibliotheksmitarbeitern sind. Die Ergebnisse des Experteninterviews lassen den Schluss zu, dass es eine stark verwurzelte Sitzkultur in Hochschulbibliotheken gibt. Dieser kann nur durch ausreichend Rückhalt und Motivation durch vorbildliche Führungskräfte und den Aufbau einer gemeinsamen Gesundheits- und Bewegungskultur nachhaltig entgegengewirkt werden. Aus der Untersuchung geht außerdem hervor, dass zur niedrighschwelligen Gestaltung von bewegungsfördernden Angeboten und Interventionen Hemmnisse in Bezug auf die offene Diskussion über Sedentarismus und dessen Bekämpfung im bibliothekarischen Berufsalltag aufgedeckt und überwunden werden müssen. Darüber hinaus bedarf es weiterhin umfassender, empirischer Grundlagenforschung im Bezug auf das Gesundheitsverhalten von Hochschulbibliothekspersonal allgemein und auf Sitzzeiten von Bibliotheksmitarbeitern im Speziellen. Erst dann kann die Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit abschließend und umfassend beantwortet werden. Die Ergebnisse und Empfehlungen der vorliegenden Arbeit sind deshalb auch nur eingeschränkt gültig.

Abschließend möchte die Autorin noch einen interdisziplinären Austausch anstoßen. Einrichtungen wie das Stehlabor an der Pädagogischen Hochschule und die Lernwelt der Hochschule der Medien Stuttgart sollten gemeinsam an der Entwicklung einer bewegungs- UND lernförderlichen Umgebung für Studierende forschen, da es viele gemeinsame Berührungspunkte und Teilziele gibt.

Die vorliegende Arbeit schließt mit einem Zitat und pathetischen Appell von James A. Levine (Levine 2014, S. 204), Professor für Endokrinologie an der Mayo Clinic in Phoenix/ Arizona und Promoter des Konzepts für Schreibtisch-Laufbänder:

„If you see someone wanting to get up, encourage them.

If you see someone rise up – whether it is against ill health,
a difficult relationship or a sense of suffocation – support them.

If someone needs your help, help them.

If you need help, ask.

If someone extends a helping hand to you – take it.

If someone sits back down, nudge them up again.

If you are standing and someone stands beside you, embrace.

If someone is walking behind you, invite them forward.

Get up now. [...]“

Anhang A: Definitionsvergleich BGM, BGF und weitere

| Begriff | Erläuterung | Vorteile | Nachteile |
|--|--|---|--|
| Betriebliche Gesundheitsförderung im Sinne der Luxemburger Deklaration | Integratives Konzept, das z.T. Elemente aus den nachfolgenden Ansätzen enthält | Konsensförderung durch Einbeziehung unterschiedlicher Interessenlagen. | Der umfassende und konsensuale Anspruch birgt die Gefahr der Vernachlässigung konzeptioneller und qualitativer Unterschiede |
| Betriebliche Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa-Charta | Befähigung zur aktiven Teilhabe von Betroffenen bei der Gestaltung der Lebenswelt Betrieb; Ressourcenorientierung | Abbau sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheiten; Förderung von Fähigkeiten und Potenzialen; Subjektive Bewertungen gewinnen Bedeutung für Veränderungsprozesse | Widersprüche zu betrieblichen Strukturen (Machtfragen) und teilweise zu Betriebsinteressen |
| Betriebliches Gesundheitsmanagement | Verankerung von Gesundheit als betriebliches Ziel unter Inanspruchnahme von Managementstrategien | Zielorientierung, strategische Planung, Kennzahlenbasierung, Verantwortungsklä rung und Anschlussfähigkeit an andere betriebliche Managementsysteme | Gefahr eines Experten- und Top-Down-Überhangs Illusion der „Machbarkeit“ von Veränderungsprozessen; Vernachlässigung von Subgruppen, die nicht im Fokus betrieblicher Interessenlagen stehen; Paradoxe Effekte (Gesundheitsförderung als Ausbeutungsstrategie) |
| Betriebliche Prävention (klassischer Arbeitsschutz) | Identifikation und Abbau von Schadensursachen für die Gesundheit bei der Arbeit. Ansatzpunkte sind Individuum/Verhalten und Kontext/Verhältnisse. Unterscheidung nach Zeitpunkt der Intervention möglich (primär, sekundär, tertiär) | Objektivierung und Messung von Schadenseinflüssen möglich; Zuordnung von Verantwortlichkeiten für Maßnahmen möglich | Multikausale Einflüsse auf Gesundheit sowie die subjektive Bewertung von Einflüssen werden nicht erfasst |

(entnommen aus Faller 2017c, S. 28)

Anhang B: Arbeitsbezogene Risiko- und Schutzfaktoren

| | | |
|--|--|---|
| arbeits- bezogene Risikofaktoren und Stressoren | physisch <ul style="list-style-type: none"> • Bewegungsmangel, insbesondere durch sitzende Tätigkeiten • Fehlernährung, z. B. durch mangelnde Pausenzeit • Tabak- und Alkoholkonsum, z. B. durch arbeitsbedingten Stress • Arbeitsunfälle • chemische und physikalische Einflüsse, z. B. UV-Strahlung • Schlafmangel/-unterbrechungen • Fehlbelastungen des Muskel-Skelett-Systems oder der Augen • Nacht- und Schichtarbeit • Konsum leistungssteigernder Mittel (Doping/Neuro-Enhancement) | sozial und/oder psychisch <ul style="list-style-type: none"> • innere Kündigung • Entgrenzung der Arbeit, z. B. durch ständige Erreichbarkeit • geringe Work-Life-Balance • berufliche Gratifikationskrisen: hohe Verausgabung bei geringer Belohnung • „high strain jobs“: hohe Anforderungen mit geringen Kontrollmöglichkeiten • Mobbing • Rollenkonflikte • traumatische Ereignisse, z. B. in Ersthelferberufen • prekäre Beschäftigung, z. B. Zeitarbeit • Emotionsarbeit • soziale Konflikte • hohe Arbeitsintensität, Zeitdruck • häufige Arbeitsunterbrechungen |
| | arbeits- bezogene Ressourcen und Schutz- faktoren | organisational <ul style="list-style-type: none"> • gesundheitsförderliche Organisationskultur • Mitarbeiterbindung • gesunde Essensangebote, z. B. in der Kantine |

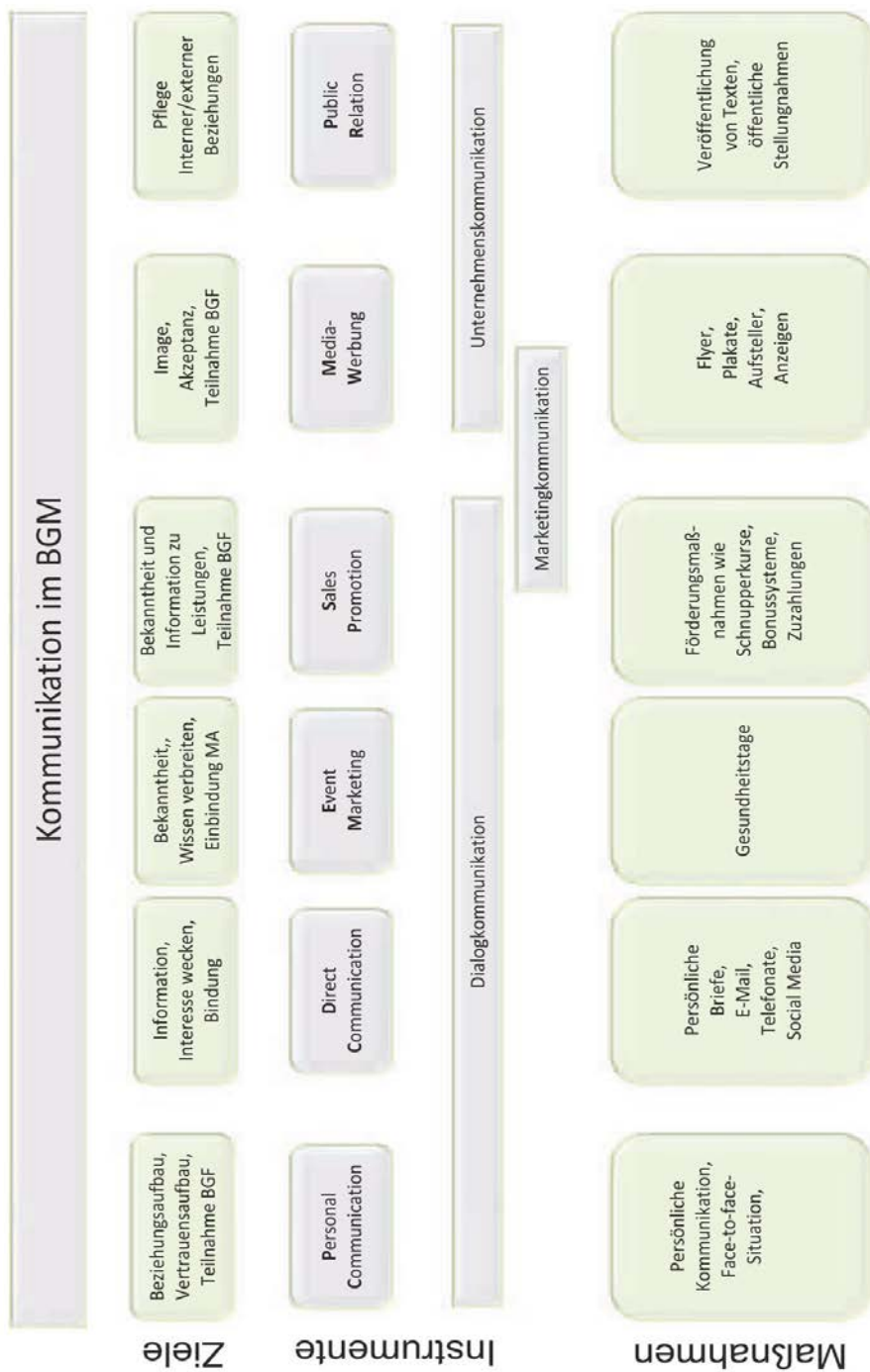
(entnommen aus Bothe, Pfortner & Pfaff 2018, S. 392)

Anhang C: Erfolgskritische Kommunikationsanlässe gegenüber Beschäftigten im Rahmen des BGM-Zyklus

| Anlass | Inhalt |
|---|--|
| Die Bildung einer Steuerungsgruppe steht bevor | <ul style="list-style-type: none"> - Ankündigung des Vorhabens gegenüber Beschäftigten - Einladung an Beschäftigte zur aktiven Mitwirkung in der Steuerungsgruppe - Informationen über Beteiligungsmöglichkeiten und zu übernehmende Aufgaben |
| Konstitution und Arbeit in der Steuerungsgruppe | <ul style="list-style-type: none"> - Aushandlung von Bedarfen und Zielen zwischen allen Beteiligten - Gemeinsame Ausarbeitung eines Konzepts - kompetenter Umgang der Moderation mit den spezifischen Teilnehmerbedürfnissen bei hierarchisch heterogener Zusammensetzung |
| Die Planung der einzelnen Projektschritte in der Steuerungsgruppe erfolgt bzw. ist vollzogen. | <ul style="list-style-type: none"> - Regelmäßige Mitteilungen an die Belegschaft über die Arbeitsweise und die Ergebnisse (Welche Ziele wurden vereinbart? Welches Vorgehen ist geplant?), verbunden mit erneuten Einladungen an Beschäftigte zur Beteiligung. |
| Die Durchführung der Bestandsanalyse steht an. | <ul style="list-style-type: none"> - Vorabinformation der Beschäftigten über die bevorstehenden Analysen (Ziele, Vorgehen, Adressaten, Rahmenbedingungen wie Datenschutz, Verwendungsbefugnisse, beteiligte Dritte etc.) - Benennung eines unabhängigen Ansprechpartners für Fragen zur Bestandsanalyse (z. B. externen Kooperationspartner, Mitarbeitervertretung) |
| Die Ergebnisse der Bestandsanalyse liegen vor. | <ul style="list-style-type: none"> - Feedback der Ergebnisse an Führungskräfte, verbunden mit Coaching-Angeboten zum Umgang mit den Resultaten - Feedback der Ergebnisse an Beschäftigte, verbunden mit einer Einladung zur Mitwirkung in Beteiligungsgruppen - Gemeinsame, moderierte Gespräche zwischen Beschäftigten und Führungskräften bzw. mit weiteren Umsetzungsverantwortlichen über Veränderungsbedarfe |
| Die Ableitung von Maßnahmen aus den Ergebnissen der Bestandsanalyse steht bevor. | <ul style="list-style-type: none"> - Information über die geplante Einrichtung von Beteiligungsgruppen sowie deren Zweck und Ablauf - Einladung an Beschäftigte zur Teilnahme an Beteiligungsgruppen |
| Die Entwicklung von Umsetzungsvorschlägen ist abgeschlossen. | <ul style="list-style-type: none"> - Einladung an Beschäftigte zur Teilnahme an Abstimmungsgesprächen mit dem Management bzw. den jeweils Verantwortlichen (ggf. Auswahl von Vertreter/innen durch Losverfahren, externe Moderation). |
| Die Umsetzung der Maßnahmen ist in Gang, ihr Verlauf wird evaluiert. | <ul style="list-style-type: none"> - Regelmäßige Berichte gegenüber der Belegschaft und ggf. den weiteren Betroffenen über den Stand der Umsetzung - Information über Ziel und Inhalte der Prozessevaluation - Einladung an Beschäftigte zur Beteiligung an der Prozessevaluation |
| Die Umsetzung der Maßnahmen ist abgeschlossen, ihre Ergebnisse werden evaluiert | <ul style="list-style-type: none"> - Information der Beschäftigten über die Ergebnisse der Maßnahmenumsetzung - Auskünfte über Ziel und Inhalte der Ergebnisevaluation - Einladung an Beschäftigte zur Beteiligung an der Ergebnisevaluation (vgl. analog Bestandsanalyse) |

(entnommen aus Faller 2017b, S. 197)

Anhang D: Kommunikation im BGM



(entnommen aus Halbe-Haenschke & Reck-Hog 2017, S. 70)

Anhang E: Im BGM an Hochschulen eingesetzte Kommunikationselemente

| Massenmedien | Personalkommunikative Elemente |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Plakate • Flyer, Broschüren • Rundschreiben, Rund-E-Mails • Artikel in universitätsinternen Zeitungen, Newslettern und Mitteilungsblättern (z.B. AStA, Hochschulsport, Personalrat) • Internetpräsenz der Hochschule bzw. eigene Internetpräsenz für Gesundheitsförderung • Aushänge und Anschläge an Pinnwänden • Aufnahme von Veranstaltungen in den Veranstaltungskalender der Hochschule • Gesundheitsberichte • Imagebroschüre der Hochschule | <ul style="list-style-type: none"> • Personalversammlungen • Integration gesundheitsfördernder Inhalte in Seminare für Mitarbeiter und Vorlesungen • Beteiligung bei universitätsinternen Aktionen (z.B. Multimediatag) • Auftakt- und Abschlussveranstaltung für einzelne Projektphasen • Vorstellung des Vorhabens in Abteilungen, bei bestehenden Netzwerken und Hochschulgruppen • Im Rahmen einzelner gesundheitsfördernder Maßnahmen (z.B. Gesundheitstag, Gesundheitszirkel, Vorträge) • Individuelle Anfragen Einzelner • Arbeitsplatzbegehungen |

(entnommen aus Seibold 2011, S. 158)

Anhang F: Reale Zusammensetzung von BGM-Steuerkreisen an Hochschulen

| Funktionsträger | Uni A | Uni B | Uni C | Uni D | Uni E | Uni F |
|---|---------------------|----------------------|------------------|-------------------------|-------|-----------------|
| Koordinator für Gesundheitsförderung | X | X | X | X | | |
| Kanzler | | | X | | | |
| Arbeits-, Gesundheits- und Umweltschutz | X | X | X | X | X | X |
| Personalrat | X | X | X | X | X | X |
| Personaldezernat | X | X | X | X | | |
| Betriebsärztlicher Dienst | X | X | X | X | X | X |
| Hochschulsport | X | X | X | | X | X |
| Schwerbehindertenvertretung | X | X | X | X | X | X |
| Gleichstellungsbeauftragte | X | X | X | X | | X |
| Wissenschaftler | X (Sportwiss.) | X (Gesundheitswiss.) | X (Arbeitswiss.) | X (Arbeits-/Sportwiss.) | | X (Psychologie) |
| Personalentwicklung | | X | X | | | |
| Fort- und Weiterbildung | X | | | X | | |
| Suchtbeauftragte | X | | X | | | |
| Auszubildendenvertretung | X | | | | | |
| ASTA | | X | | | | |
| Studierendenberatung | X | X | X | | | X |
| Sozialberatung für Mitarbeiter | | X | | | X | X |
| Studentenwerk | X | X | X | | | |
| Sonstige | X (Zentrum Bildung) | X (Umweltforum) | | | | |
| Externe | X (TK) | X (Unfallkasse) | | X (Unfallkasse, TK) | | |

(entnommen aus Seibold 2011, S. 126)

Anhang G: Poster der Stadt New York bezüglich Treppennutzung



**Burn Calories,
Not Electricity**



Take the Stairs!
Walking up the stairs just 2 minutes a day helps prevent weight gain. It also helps the environment.

Learn more at www.nyc.gov or call 311.
Made possible by funding from the Department of Health and Human Services.

Bill de Blasio
Mayor

NYC
New York City

REBNY
Real Estate Board of New York City

(entnommen aus City of New York o.J.)

Anhang H: Gütekriterien gesundheitsfördernder Hochschulen

Gütekriterien

Eine gesundheitsfördernde Hochschule ...

1. ... arbeitet nach dem Setting-Ansatz.
2. ... orientiert sich am Konzept der Salutogenese und nimmt Bedingungen und Ressourcen für Gesundheit in den Blick.
3. ... integriert das Konzept der Gesundheitsförderung in ihre Hochschulpolitik (zum Beispiel Leitbild, Führungsleitlinien, Zielvereinbarungen, Dienstvereinbarungen oder andere Vereinbarungen).
4. ... berücksichtigt Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe bei allen hochschulinternen Prozessen und Entscheidungen sowie in Lehre und Forschung.
5. ... beauftragt eine hochschulweit zuständige Steuerungsgruppe mit der Entwicklung von gesundheitsförderlichen Strukturen und Prozessen, in der die relevanten Bereiche der Hochschule vertreten sind.
6. ... betreibt ein transparentes Informationsmanagement und formuliert Ziele und Maßnahmen auf der Grundlage einer regelmäßigen Gesundheitsberichterstattung in Form von verständlichen, transparenten und zugänglichen Informationen und Daten. Die gesundheitsfördernden Maßnahmen werden während und nach der Umsetzung im Sinne einer Qualitätssicherung evaluiert.
7. ... führt gesundheitsfördernde Maßnahmen durch, die sich sowohl an einer Verhaltens- als auch an einer Verhältnisdimension orientieren und partizipativ ausgerichtet sind.
8. ... verpflichtet sich dem Prinzip der Nachhaltigkeit. Dies bedeutet, dass bei der Gesundheitsförderung gleichermaßen soziale, ökologische, ökonomische und kulturelle Aspekte einschließlich der globalen Perspektive zu berücksichtigen sind.
9. ... integriert Gender Mainstreaming, Cultural Mainstreaming sowie die Gleichbehandlung von Menschen mit chronischen Erkrankungen und Menschen mit Behinderungen als wesentliche Teile in das gesundheitsfördernde Konzept.
10. ... vernetzt sich sowohl mit anderen Hochschulen als auch mit der Kommune/Region.

(entnommen aus Techniker Krankenkasse 2014, S. 14)

Anhang I: Informativ und bewegungsfördernde Poster für Arbeitsplatz



For more information regarding Move More Sit Less™ contact:



an initiative of **BLUEARTH**
movemoresitless.org.au

(entnommen aus Bluearth Foundation o.J.)



For more information regarding
Move More Sit Less™ contact:



an initiative of  **BLUEARTH**
movemoresitless.org.au

(entnommen aus Bluearth Foundation o.J.)

BUST A GOOD MOVE AT WORK!



GOOD

30 mins of physical activity a day.

BETTER

Standing up after long periods of sitting.
(every 30 mins)

+

30 mins of physical activity a day.

BEST!

Moving regularly during the day.
(walking meetings, standing, stretching)

+

Standing up after long periods of sitting.
(every 30 mins)

+

30 mins of physical activity a day.

Did you know?

Research has shown that prolonged sitting is a risk factor for all-cause mortality, independent of physical activity. It is important to include more movement throughout your day, break up long periods of sitting and include regular physical activity to give you a better quality of life.

For more information regarding Move More Sit Less™ contact:



an initiative of  **BLUEARTH**
movemoresitless.org.au

(entnommen aus Bluearth Foundation o.J.)

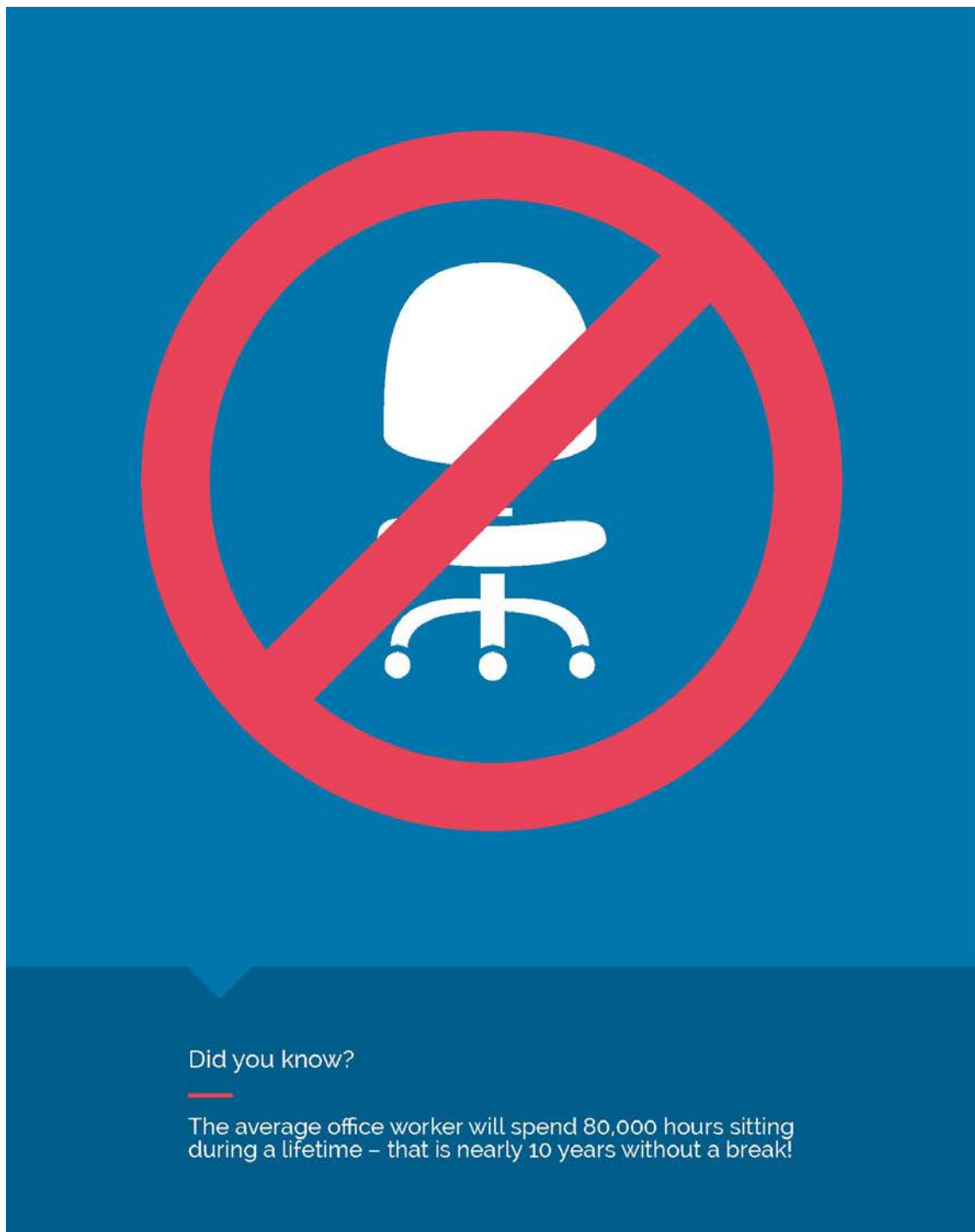


For more information regarding
Move More Sit Less™ contact:



an initiative of  BLUEARTH
movemoresitless.org.au

(entnommen aus Bluearth Foundation o.J.)



Did you know?

The average office worker will spend 80,000 hours sitting during a lifetime – that is nearly 10 years without a break!

For more information regarding
Move More Sit Less™ contact:



an initiative of  BLUEARTH
movemoresitless.org.au

(entnommen aus Bluearth Foundation o.J.)

6 Literaturverzeichnis

[Soweit die Vornamen abgekürzt sind, waren sie nicht ermittelbar!]

Ainsworth, B. E.; Haskell, W. L.; Leon, A. S.; Jacobs, D. R.; Montoye, H. J.; Sallis, J. F.; Paffenbarger, R. S. (1993): Compendium of physical activities: classification of energy costs of human physical activities, in: *Medicine and science in sports and exercise* 25, H. 1, S. 71-80.

Akins, John D.; Crawford, Charles K.; Burton, Heath M.; Wolfe, Anthony S.; Vardarli, Emre; Coyle, Edward F. (2019): Inactivity induces resistance to the metabolic benefits following acute exercise, in: *Journal of applied physiology* 126, H. 4, S. 1088-1094.

Altgeld, Thomas; Kolip, Petra (2018): Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung, in: Hurrelmann, Klaus; Richter, Matthias; Klotz, Theodor und Stock, Stephanie (Hrsg.): *Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien. 5., vollständig überarbeitete Auflage.* Bern, Hogrefe, S. 57-72.

AOK-Bundesverband GbR (2019): Die große Mitmachaktion für mehr Fitness im Alltag. URL <https://www.mit-dem-rad-zur-arbeit.de/bundesweit/index.php> (23.07.2019).

Baaken, Anke; Fuchs, Reinhard (2012): Erklärungsmodelle der Sportteilnahme und ihre Implikationen für effektive Interventionsmaßnahmen, in: Geuter, Gunnar und Hölzler, Alfons (Hrsg.): *Handbuch Bewegungsförderung und Gesundheit.* Bern, Verlag Hans Huber, S. 79-89.

Backé, E.-M.; Kreis, L.; Latza, U. (2019): Interventionen am Arbeitsplatz, die zur Veränderung des Sitzverhaltens anregen, in: *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie* 69, H. 1, S. 1-10.

Becker, Ina; Wallmann-Sperlich, Birgit; Rupp, Robert; Bucksch, Jens (2017): Interventionen zur Reduzierung sitzenden Verhaltens am Büroarbeitsplatz – eine systematische Literaturanalyse, in: *Das Gesundheitswesen o.J. [e-only] (o.H. [e-only])*, S. 1-9 [eigene Zählung, da e-only].

Blueearth Foundation, Hrsg. (o.J.): Workplace posters. URL: https://www.movemoresitless.org.au/files/MoveMoreSitLess_WorkplacePosters_x6.pdf (31.07.2019).

Blueearth Foundation (2019): Why The Nudge. Nudge Theory. URL: <https://www.movemoresitless.org.au/nudge-theory/> (18.06.2019).

Bothe, Patricia; Pförtner, Timo-K., Pfaff, Holger (2018): Prävention und Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz. In: Hurrelmann, Klaus; Richter, Matthias; Klotz, Theodor und Stock, Stephanie (Hrsg.): *Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien. 5., vollständig überarbeitete Auflage.* Bern, Hogrefe, S. 391-403.

- Bowman, Katy (2016): Bewegung liegt in deiner DNA. Wie man lernt, sich wieder natürlich zu bewegen, und dadurch gesund wird. München, Riva.
- Breuer, Johannes; Tolks, Daniel (2018): Grenzen von „Serious Games for Health“, in: Prävention und Gesundheitsförderung 13, H. 4, S. 327332.
- Brinkmann, Ralf (2014): Angewandte Gesundheitspsychologie. Hallbergmoos, Pearson (Always learning).
- Brors, Dieter (2015): E-Book-Boom an deutschen Bibliotheken. URL: <https://heise.de/-2557093> (24.07.2019).
- Bucksch J.; Schlicht, W. (2014): Sitzende Lebensweise als ein gesundheitlich riskantes Verhalten, in: Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin 65, H. 1, S. 15-21.
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Hrsg. (2011): Sitzlust statt Sitzfrust. Sitzen bei der Arbeit und anderswo. 4., durchges. Aufl. URL: https://www.baua.de/DE/Angebote/Publicationen/Praxis/A31.pdf?__blob=publicationFile (17.06.2019).
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Hrsg. (2013): Auf und nieder - immer wieder! Mehr Gesundheit im Büro durch Sitz-Steh-Dynamik. 5., unveränd. Aufl. URL: https://www.baua.de/DE/Angebote/Publicationen/Praxis/A52.pdf?__blob=publicationFile (16.05.2019).
- Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung, Hrsg. (o.J.a): Good Practice im Unternehmen. Die Betriebliche Gesundheitsförderung wird in vielen Unternehmen bereits erfolgreich umgesetzt. URL: <https://www.in-form.de/wissen/good-practice-im-unternehmen/> (16.06.2019).
- Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung, Hrsg. (o.J.b): IN FORM Unternehmens-Check Gesundheit. URL: https://www.in-form.de/fileadmin/Dokumente/PDF/IN_FORM_Check_Gesundheit_01.pdf (17.06.2019).
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (o.J.): Gesundheitsdeterminanten. URL: <https://www.im-alter-inform.de/gesundheitsfoerderung/foerderung-der-gesundheit/gesundheitsdeterminanten/> (20.06.2019).
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (o.J.): Erwerbsbevölkerung schrumpft und altert. Zahlen und Fakten. URL: https://www.demografieportal.de/SharedDocs/Informieren/DE/ZahlenFakten/Erwerbsbevoelkerung_Altersgruppen.html (15.07.2019).
- Bundesministerium für Gesundheit, Hrsg. (2018): Pauls Schreibtischübungen. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/pauls-schreibtischuebungen.html> (01.07.2019).

- Bundesministerium für Gesundheit (2019): Betriebliche Gesundheitsförderung. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/betriebliche-gesundheitsfoerderung/aktive-arbeitnehmer-aktive-unternehmen.html> (12.06.2019).
- Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz (12.08.2004): Verordnung über Arbeitsstätten. ArbStättV. URL: https://www.gesetze-im-internet.de/arbst_ttv_2004/BJNR217910004.html (18.06.2019).
- Burger, Kathrin (2015): Nudging: Anstupsen für den guten Zweck. Gesundheitspolitik. URL: <https://www.spektrum.de/news/nudging-darf-ein-staat-seine-buerger-zu-gesuenderem-verhalten-verhelfen/1349983> (20.07.2019).
- Burkhart, Steffi; Hanser, Felix (2018): Einfluss globaler Megatrends auf das digitale Betriebliche Gesundheitsmanagement. Digital Natives und Zukunftstrends als Treiber und Co-Creator für ein digitales, personalisiertes und vernetztes Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM), in: Matusiewicz, David und Kaiser, Linda (Hrsg.): Digitales betriebliches Gesundheitsmanagement. Theorie und Praxis. Wiesbaden, Springer Gabler (FOM-Edition), S. 37-56.
- Byrom, B.; Stratton, G.; Mc Carthy, M.; Muehlhausen, W. (2016): Objective measurement of sedentary behaviour using accelerometers. Technical report, in: International Journal of Obesity 40, H. 11, S. 1809-1812.
- City of New York, Hrsg. (o.J.): Burn calories, not electricity. URL: <https://www1.nyc.gov/nyc-resources/service/1283/burn-calories-not-electricity-poster> (25.05.2019).
- Clos, Claudia (2016): Gesund im Job. So stärken Sie Ihre körperliche und psychische Gesundheit am Arbeitsplatz. Bern, Hogrefe.
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Hrsg. (2015): Bildschirm- und Büroarbeitsplätze. Leitfaden für die Gestaltung (DGUV Information, 215-410). URL: <https://publikationen.dguv.de/dguv/pdf/10002/215-410.pdf> (01.07.2019).
- Diaconu, Mădălina (2012): Sinnesraum Stadt. Eine multisensorische Anthropologie. Wien, LIT Verlag (Austria Interdisziplinär, 9).
- Diaz, Keith M.; Howard, Virginia J.; Hutto, Brent; Colabianchi, Natalie; Vena, John E.; Safford, Monika M. et al. (2017): Patterns of Sedentary Behavior and Mortality in U.S. Middle-Aged and Older Adults. A National Cohort Study, in: Annals of internal medicine 167, H. 7, S. 465-475.
- DIN EN ISO 6385:2016-12, Dezember 2016: Grundsätze der Ergonomie für die Gestaltung von Arbeitssystemen.
- Deutscher Industrie- und Handelskammertag, Hrsg. (2015): Betriebliche Gesundheitsförderung. Checkheft für kleine und mittlere Unternehmen. Berlin. URL: <https://www.rostock.ihk24.de/blob/hroiik24/standortpolitik/downloads/3175130/f5dbe79fb927da2fc18e2b9585cb61a6/Checkheft-zur-Betrieblichen-Gesundheitsfoerderung-data.pdf> (29.06.2019).

Dreinhöfer, Karsten; Koppe, Peter; Schäfer Michael; Decking, Ralf (2018): Prävention muskuloskeletaler Erkrankungen, in: Hurrelmann, Klaus, Richter, Matthias; Klotz, Theodor und Stock, Stephanie (Hrsg.): Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien. 5., vollständig überarbeitete Auflage. Bern, Hogrefe, S. 173-184.

Eickhoff, Hajo (1997): Kulturgeschichte des Sitzens, in: Eickhoff, Hajo (Hrsg.): Sitzen. Eine Betrachtung der bestuhlten Gesellschaft ; [Deutsches Hygiene-Museum, Dresden, 25.04.1997-04.01.1998 ; eine Publikation des Deutschen Hygiene-Museums]. Frankfurt am Main, Anabas, S. 12-35.

Ekelund, Ulf; Steene-Johannessen, Jostein; Brown, Wendy J.; Fagerland, Morten Wang; Owen, Neville; Powell, Kenneth E. (2016): Does physical activity attenuate, or even eliminate, the detrimental association of sitting time with mortality? A harmonised meta-analysis of data from more than 1 million men and women, in: The Lancet 388, H. 10051, S. 1302-1310.

Erk, Daniel (2006): Der leiseste Club der Welt. Flirtbörse Bibliothek. URL: <https://www.spiegel.de/lebenundlernen/uni/flirtboerse-bibliothek-der-leiseste-club-der-welt-a-416857.html> (29.05.2019).

Europäisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung, Hrsg. (o.J.): Luxemburger Deklaration. Zur Betrieblichen Gesundheitsförderung. URL: <https://www.bkk-dachverband.de/gesundheit/gesundheitsfoerderung-selbsthilfe/betriebliche-gesundheitsfoerderung-bgf/luxemburger-deklaration.html> (10.06.2019).

Faber, Ulrich; Faller, Gudrun (2017): Hat BGF eine rechtliche Grundlage? – Gesetzliche Anknüpfungspunkte für die Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland, in: Faller, Gudrun (Hrsg.): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern, Hogrefe, S. 57-76.

Facebook Inc., Hrsg. (2018): Der 2019 Topics & Trends Report von Facebook IQ. Lerne die Unterhaltungen kennen, die bald zum Mainstream aufsteigen. URL: <https://de-de.facebook.com/business/news/insights/2019-topics-and-trends-report> (29.05.2019).

Faller, Gudrun (2003): Gefährdungen und Belastungen des Personals an Hochschulbibliotheken, in: ProLibris 8, H. 3, S. 135-144.

Faller, Gudrun (2017a): Gesund lernen, lehren und forschen: Gesundheitsförderung an Hochschulen, in: Faller, Gudrun (Hrsg.): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern, Hogrefe, S. 391-402.

Faller, Gudrun (2017b): Mehr als Marketing: Kommunikation und Gesundheit im Betrieb, in: Faller, Gudrun (Hrsg.): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern, Hogrefe, S. 189-201.

Faller, Gudrun (2017c): Was ist eigentlich Betriebliche Gesundheitsförderung?, in: Faller, Gudrun (Hrsg.): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern, Hogrefe, S. 25-38.

- Faltermaier, Toni (2017): Gesundheitspsychologie. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart, Verlag W. Kohlhammer (Kohlhammer Kenntnis und Können, 21).
- Faltermaier, Toni (2018): Prävention und Gesundheitsförderung im Erwachsenenalter, in: Hurrelmann, Klaus, Richter, Matthias; Klotz, Theodor und Stock, Stephanie (Hrsg.): Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien. 5., vollständig überarbeitete Auflage. Bern, Hogrefe, S. 101-112.
- Franzkowiak, Peter, Hurrelmann, Klaus (2018): Gesundheit, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Köln, S. 175-184.
- Friczewski, Franz (2017): Partizipation im Betrieb: Gesundheitszirkel & Co., in: Faller, Gudrun (Hrsg.): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern, Hogrefe, S. 243-252.
- Froböse, Ingo; Biallas, Bianca; Wallmann-Sperlich, Birgit (2018): Der DKV-Report 2018. Wie gesund lebt Deutschland? URL: <https://www.ergo.com/-/media/ergocom/pdf-mediathek/studien/dkv-report-2018/dkv-report-2018.pdf?la=de&hash=C83A66CFE70E58BE499C8B57D0A0F699B0CED4FA> (27.06.2019).
- Funk, S. C.; Schaefer, I.; Kolip, P. (2019): Was fördert die Verstetigung von Strukturen und Angeboten der Gesundheitsförderung?, in: Das Gesundheitswesen 81, H. 1, S. 38-42.
- Füzéki, E.; Kutscher, M.; Vogt, L.; Banzer, W. (2014): Unterbrechungen von Sitzphasen im Berufsalltag, in: Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie 64, H. 4, S. 270-275.
- Füzéki, Eszter; Banzer, Winfried (2014): Prävention in Deutschland. Gesundheitsförderung durch Bewegung und Sport. Informationen für Ärztinnen und Ärzte. Hg. v. Deutscher Olympischer Sportbund (DOS), Ressort Präventionspolitik und Gesundheitsmanagement in Zusammenarbeit mit der BÄK und der DGSP. Frankfurt am Main. URL: http://www.blaek.de/docs/pdf_info/Flyer_Rezept_fuer_Bewegung.pdf (15.06.2019).
- Geene, Raimund; Reese, Michael (2017): Handbuch Präventionsgesetz. Neuregelungen der Gesundheitsförderung. Frankfurt am Main, Mabuse-Verlag.
- Gläser, Jochen; Laudel, Grit (2009): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. 3., überarb. Aufl. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Haaren, Birte von; Siegel, Nathalie (2017): Apparative Verfahren, in: Bös, Klaus (Hrsg.): Handbuch Motorische Tests. Sportmotorische Tests, motorische Funktionstests, Fragebögen zur körperlich-sportlichen Aktivität und sportpsychologische Diagnoseverfahren. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen, Hogrefe, S. 628-672.

Halbe-Haenschke, Babette; Reck-Hog, Ursula (2017): Die Erfolgsstrategie für Ihr BGM. Methoden und Umsetzung eines effektiven betrieblichen Gesundheitsmanagements. Wiesbaden, Springer Gabler.

Haller, Michael (2013): Das Interview. 5., völlig überarbeitete Auflage. München, UVK Verlagsgesellschaft (Praktischer Journalismus, 6).

Hartung, Susanne; Rosenbrock, Rolf (2018): Settingansatz - Lebensweltansatz, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Köln, S. 892-896.

Hoffmann, Anika; Tiemann, Michael; Bös, Klaus (2019): Digitale Bewegungsangebote – Bestandsaufnahme, Qualitätskriterien, Perspektiven, in: Prävention und Gesundheitsförderung 14, H. 1, S. 60-68.

Höhnke, Olaf; Ramme-Wichmann, Astrid (1990): Bewegung und Entspannung am Arbeitsplatz. Ganzheitliches Trainingsprogramm für alle, die am Bildschirm arbeiten, viel sitzen und etwas gegen die Folgen einseitiger Beanspruchung unternehmen wollen. Stuttgart, TRIAS.

Huber, G.; Köppel, M. (2017): Analyse der Sitzzeiten von Kindern und Jugendlichen zwischen 4 und 20 Jahren, in: Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin 68, H. 04, S. 101-106.

Hurrelmann, Klaus; Richter, Matthias; Klotz, Theodor; Stock, Stephanie (2018): Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, in: Hurrelmann, Klaus, Richter, Matthias; Klotz, Theodor und Stock, Stephanie (Hrsg.): Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien. 5., vollständig überarbeitete Auflage. Bern, Hogrefe, S. 23-33.

Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung, Hrsg. (2018): Berufe im Spiegel der Statistik. URL: <http://bisds.iab.de/Default.aspx?beruf=BG733®ion=1&qualifikation=0> (12.06.2019).

Jensen, Marit (WS 2016/17): Bitte nicht stupsen?! Wahrnehmung und Akzeptanz verschiedener Nudges durch deutsche Staatsbürger, in: Corporate Communications Journal 2, H. 1, S. 12-19.

Jerusalem, Matthias (2018): Selbstwirksamkeit, in: Kohlmann, Carl-Walter; Salewski, Christel und Wirtz, Markus Antonius (Hrsg.): Psychologie in der Gesundheitsförderung. Bern, Hogrefe, S. 127-140.

Jochem, Carmen; Leitzmann, Michael (2018): Sitzstreik. Tipps und Tricks gegen die Risiken und Nebenwirkungen des Sitzens. Freiburg im Breisgau, Herder.

Junker, Nina M.; Kaluza, Antonia J. (2018): Möglichkeiten und Grenzen im digitalen BGM aus Unternehmenssicht, in: Matusiewicz, David und Kaiser, Linda (Hrsg.): Digitales betriebliches Gesundheitsmanagement. Theorie und Praxis. Wiesbaden, Springer Gabler (FOM-Edition), S. 631-641.

Kaiser, Linda; Matusiewicz, David (2018): Effekte der Digitalisierung auf das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM), in: Matusiewicz, David und Kaiser, Linda (Hrsg.): Digitales betriebliches Gesundheitsmanagement. Theorie und Praxis. Wiesbaden, Springer Gabler (FOM-Edition), S. 1-36.

Karlsruher Institut für Technologie (o.J.): Praktische Impulse & theoretische Grundlagen: Seminarreihe zum Studentischen Gesundheitsmanagement (SGM) am KIT. URL: <https://www.myhealth.kit.edu/index.php/2019/05/07/praktische-impulse-theoretische-grundlagen-seminarreihe-zum-studentischen-gesundheitsmanagement-sgm-am-kit/> (15.07.2019).

Kazemi, Robert (2016): Datenschutzrechtliche Problemlagen im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung, in: Ghadiri, Argang; Ternès, Anabel und Peters, Theo (Hrsg.): Trends im Betrieblichen Gesundheitsmanagement. Ansätze aus Forschung und Praxis. Wiesbaden, Springer Gabler, S. 131-145.

Köppe, Julia; dpa (21.03.2019): 80 Prozent der Kinder bewegen sich zu wenig. Langzeitstudie. URL: <http://www.spiegel.de/gesundheit/ernaehrung/sport-80-prozent-der-kinder-in-deutschland-bewegen-sich-zu-wenig-a-1258863.html> (27.06.2019).

Krieger, Andreas (2014): Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz in Archiven und Bibliotheken. Hg. v. Unfallkasse Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf (Prävention in NRW, 32). URL: https://www.unfallkasse-nrw.de/fileadmin/server/download/praevention_in_nrw/praevention_nrw_32.pdf (15.06.2019).

Krisam, Mathias; Philipsborn, Peter von; Meder, Björn (2017): Nudging in der Primärprävention: Eine Übersicht und Perspektiven für Deutschland, in: Das Gesundheitswesen 79, H. 2, S. 117-123.

Kryspin-Exner, Ilse; Pintzinger, Nina (2018): Theorien der Krankheitsprävention und des Gesundheitsverhaltens, in: Hurrelmann, Klaus, Richter, Matthias; Klotz, Theodor und Stock, Stephanie (Hrsg.): Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien. 5., vollständig überarbeitete Auflage. Bern, Hogrefe, S. 35-46.

Kuhn, Joseph (2017): Daten und ihre Vermittlung: Anforderungen an die Betriebliche Gesundheitsberichterstattung, in: Faller, Gudrun (Hrsg.): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern, Hogrefe, S. 215-222.

Levine, James A. (2014): Get Up! Why your chair is killing you and what you can do about it. New York, St. Martin's Griffin.

Meidlinger, Daniela (2014): 2025 – Bibliotheken gehen in Rente, in: Hauke, Petra (Hrsg.): »Challenge accepted!«. Bibliotheken stellen sich der Herausforderung des Demografischen Wandels. Positionen – Strategien – Modelle & Projekte. Bad Honnef, Bock + Herchen Verlag (Bibliothek und Gesellschaft), S. 221-232.

- Meinel, Hubert (2018): Betrieblicher Gesundheitsschutz. Vorschriften, Aufgaben und Pflichten für den Arbeitgeber. 7. Auflage. Landsberg am Lech, ecomed Sicherheit.
- Mette, Janika; König, Sabine; Steinke, Brigitte (2018): Campus unter Strom - so geht's Deutschlands Studierenden, in: Predel, Hans-Georg; Preuß, Manuela und Rudinger, Georg (Hrsg.): Healthy Campus – Hochschule der Zukunft. Göttingen, V&R Unipress (Applied Research in Psychology and Evaluation, 7), S. 23-38.
- Meyer, Markus; Wenzel, Jenny; Schenkel, Antje (2018): Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2017, in: Badura, Bernhard; Ducki, Antje; Schröder, Helmut; Klose, Joachim und Meyer, Markus (Hrsg.): Sinn erleben – Arbeit und Gesundheit. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Berlin, Springer (Fehlzeiten-Report, 2018), S. 331-536.
- Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg (Hg.) (2014): Gesundheitsleitbild Baden-Württemberg. URL: https://www.gesundheitsdialog-bw.de/fileadmin/media/Download/Downloads_Publikationen/Gesundheitsleitbild_Broschuere_Web.pdf (19.06.2019).
- Naidoo, Jennie; Wills, Jane (2019): Lehrbuch Gesundheitsförderung. 3., aktualisierte Auflage. Bern, Hogrefe.
- Nöthen, Manuela; Böhm, Karin (2010): Krankheitskosten. Berlin: Robert-Koch-Institut (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 48). URL: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0257-1003763> (03.07.2019).
- o.V. (o.J.): Hochschulenliste nach Bundesland. URL: <https://hochschulenliste.de/bundesland/> (18.06.2019).
- o.V. (2019): Was ist #treppegehtimmer? #NUDGE2019. URL: <https://nudge-2019.de/treppegehtimmer/> (18.06.2019).
- Pädagogische Hochschule Heidelberg (o.J.): Stehlabor. URL: <https://www.ph-heidelberg.de/kopf-stehen/das-stehlabor.html> (19.06.2019).
- PAL Technologies Ltd. (o.J.): Why activPAL? Online verfügbar unter <http://www.palt.com/why-activpal/> (21.06.2019).
- projekt_kopfstehen (o.J.a): #agilarbeiten. URL: <https://www.instagram.com/p/Bv3YcD2IR2Y/> (18.06.2019).
- projekt_kopfstehen (o.J.b): #meinrad. URL: <https://www.instagram.com/p/BjUpKAKhOr1/> (18.06.2019).
- projekt_kopfstehen (o.J.c): #treppensteigen. URL: <https://www.instagram.com/p/Bq92JtAFcEe/> (18.06.2019).
- Rosenbrock, Rolf; Hartung, Susanne (2018): Gesundheitsförderung und Betrieb, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheits-

förderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Köln, S. 401-406.

Rosendahl, Ulrich (2016): Betriebliches Gesundheitsmanagement 2016. Ergebnisse der Befragung, 01.04.2016. URL:

<https://www.pronovabkk.de/downloads/daae5e87365e21c9/pronovaBKK-160317-Arbeitnehmerbefragung-BGM-2016-Gesamt.pdf> (12.07.2019).

Rupp, Robert; Dold, Chiara (2019): Fachtagung "Wie geht's, wie steht's? Bewegungsförderndes Setting Hochschule". Fachtagung für bewegungsorientiertes hochschulisches Gesundheitsmanagement bringt auch Teilnehmende in Bewegung. URL:

<https://www.ph-heidelberg.de/kopf-stehen/fachtagung-wie-gehts-wie-stehts-bewegungsfoerndes-setting-hochschule-am-241019.html> (11.07.2019).

Rütten, Alfred; Pfeifer, Klaus, Hrsg. (2017): Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Sonderheft 3). URL:

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Broschueren/Bewegungsempfehlungen_BZgA-Fachheft_3.pdf (08.06.2019).

Salewski, Christel; Wirtz, Markus Antonius (2018): Gesundheitsziele, in: Kohlmann, Carl-Walter; Salewski, Christel und Wirtz, Markus Antonius (Hrsg.): Psychologie in der Gesundheitsförderung. Bern, Hogrefe, S. 73-84.

Sawkowicz, Karin Johanna (2015): Betriebliches Gesundheitsmanagement - Gesundheitsförderung durch Bewegung. Eine Untersuchung zur Wahrnehmung und Akzeptanz in der Bundesverwaltung am Beispiel ausgewählter Bundesbehörden. Brühl/Rheinland: Fachhochsch. des Bundes für Öffentliche Verwaltung (Schriften zur allgemeinen inneren Verwaltung, 22). URL:

https://www.hsbund.de/SharedDocs/Downloads/2_Zentralbereich/20_Referat_W/50_Publikationen/30_Schriften_AIV/Band_22.pdf?__blob=publicationFile&v=3 (22.06.2019).

Schaller, A.; Rudolf, K.; Arndt, F.; Froboese, I. (2016): Selbsteinschätzung körperlicher Aktivität: Der Vergleich von subjektiver und objektiver körperlicher Aktivität bei Rückenpatienten nach stationärer Rehabilitation, in: Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin 26, H. 02, S. 71-78.

Schluck, Stephanie; Sonntag, Ute (2018): Gesundheitsfördernde Hochschule, in: Kohlmann, Carl-Walter; Salewski, Christel und Wirtz, Markus Antonius (Hrsg.): Psychologie in der Gesundheitsförderung. Bern, Hogrefe, S. 535-548.

Schmidt, Steffen; Woll, Alexander (2017): Fragebögen und Selbsteinschätzungsverfahren zur Erfassung von körperlich-sportlicher Aktivität für Erwachsene, in Bös, Klaus (Hrsg.): Handbuch Motorische Tests. Sportmotorische Tests, motorische Funktionstests, Fragebögen zur körperlich-sportlichen Aktivität und sportpsychologische Diagnoseverfahren. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen, Hogrefe, S. 582-609.

Scholz, André (2016): Förderung der Gesundheit durch mehr Bewegung im Arbeitsalltag, in: Ghadiri, Argang; Ternès, Anabel und Peters, Theo (Hrsg.): Trends im Betriebli-

chen Gesundheitsmanagement. Ansätze aus Forschung und Praxis. Wiesbaden, Springer Gabler, S. 215-223.

Schüz, Benjamin (2018): Gesundheitseinstellungen und -überzeugungen, in: Kohlmann, Carl-Walter; Salewski, Christel und Wirtz, Markus Antonius (Hrsg.): Psychologie in der Gesundheitsförderung. Bern, Hogrefe, S. 45-58.

Seelig, Harald (o.J.): Das Selbstkonkordanz-Modell. URL: https://www.sport.uni-freiburg.de/de/institut/Arbeitsbereiche/psychologie/psych_proj/ssk/sktheorie (18.07.2019).

Seibold, Claudia (2011): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung im Setting Hochschule. Identifikation von Erfolgsfaktoren mittels Fallstudien. Bayreuth, Verlag P.C.O. (Schriften zur Gesundheitsökonomie, 71).

Spaderna, Heike; Sieverding, Monika (2018): Geschlecht und Geschlechterrollen, in: Kohlmann, Carl-Walter; Salewski, Christel und Wirtz, Markus Antonius (Hrsg.): Psychologie in der Gesundheitsförderung. Bern, Hogrefe, S. 199-212.

Spreckelsen, Tilman (2019): Lesen und Trainieren gehört zusammen. Bibliotheken erzeugen Strom. URL: <https://www.faz.net/aktuell/feuilleton/buecher/themen/bibliotheken-erzeugen-strom-16188767.html> (05.07.2019).

Stahl, Teresa (2018): Krankheitsbedingte Kosten in der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter, in: Badura, Bernhard; Ducki, Antje; Schröder, Helmut; Klose, Joachim und Meyer, Markus (Hrsg.): Sinn erleben – Arbeit und Gesundheit. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Berlin, Springer (Fehlzeiten-Report, 2018), S. 559-568.

Stang, Richard (2019): Lernwelten für Bibliotheken – Dimensionen der Zukunftsgestaltung, in: Bibliothek Forschung und Praxis 43, H. 1, S. 139-149.

Statistisches Bundesamt, Hrsg. (2019a): Hochschulpersonal nach Bundesländern und Personalgruppen. URL: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Hochschulen/Tabellen/personal-hochschulen.html> (29.06.2019).

Statistisches Bundesamt, Hrsg. (2019b): Studierende nach Bundesländern. URL: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Hochschulen/Tabellen/studierende-insgesamt-bundeslaender.html> (29.06.2019).

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Hrsg. (2018): Hochschulen nach Hochschularten. URL: <https://www.statistik-bw.de/BildungKultur/Hochschulen/Hochschularten.jsp> (02.07.2019).

Stilijanow, Ulrike; Richter, Gabriele (2017): Gesunde Führung, in: Faller, Gudrun (Hrsg.): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern, Hogrefe, S. 233-242.

Tanner, Grit; Bamberg, Eva (2018): Betriebliche Gesundheitsförderung, in: Kohlmann, Carl-Walter; Salewski, Christel und Wirtz, Markus Antonius (Hrsg.): Psychologie in der Gesundheitsförderung. Bern, Hogrefe, S. 523-534.

Techniker Krankenkasse, Hrsg. (2014): Gesundheitsförderung an Hochschulen. 2. Aufl. Hamburg (Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK,, 20). URL: http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/Downloads/AGH_Bro_Gesundhfoerdr HS_A5_2014.pdf (17.06.2019).

Techniker Krankenkasse, Hrsg. (2016): Beweg dich, Deutschland! TK-Bewegungsstudie 2016. Hamburg. URL: <https://www.tk.de/resource/blob/2033598/9f2d920e270b7034df3239cbf1c2a1eb/beweg-dich-deutschland-data.pdf> (28.06.2019).

Techniker Krankenkasse; HIS-Institut für Hochschulentwicklung, Hrsg (2017): Auf dem Weg zur „Gesunden Hochschule“. Reflexions- und Entwicklungsinstrument. URL: http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/Inhalte/O1_Startseite/RE-Instrument.pdf (18.07.2019).

Teigelkämper, Sabine; Wild, Dietmar (2001): Interne Arbeitszeitmessung. Betriebsvergleich an öffentlichen Bibliotheken. Bayernweite Ergebnisse 2000. URL: https://www.oebib.de/fileadmin/redaktion/management/Materialien/Management/Leistungsmanagement/Betriebsverglint_Messungen.pdf (29.06.2019).

Ternès, Anabel; Klenke, Benjamin; Jerusel, Marc; Schmidtbleicher, Bastian (2017): Integriertes Betriebliches Gesundheitsmanagement. Sensibilisierungs-, Kommunikations- und Motivationsstrategien. Wiesbaden, Springer Gabler.

Thaler, Richard H.; Sunstein, Cass R.; Bausum, Christoph (2018): Nudge. Wie man kluge Entscheidungen anstößt. Ungekürzte Ausgabe im Ullstein Taschenbuch, 13. Auflage. Berlin, Ullstein.

Thömmes, Frank (2017): Wer länger sitzt, ist früher tot. Das Erste-Hilfe-Programm für Vielsitzer gegen Haltungsschäden und Schmerzen. München, Riva.

Tremblay, Mark (2012): Letter to the editor: standardized use of the terms "sedentary" and "sedentary behaviours", in: Applied physiology, nutrition, and metabolism 37, H. 3, S. 540-542.

Uhle, Thorsten; Treier, Michael (2015): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt - Mitarbeiter einbinden, Prozesse gestalten, Erfolge messen. 3., überarb. und erw. Aufl. Berlin, Springer.

Universität Regensburg (2019): Smart Moving an der Universitätsbibliothek. URL: <https://www.uni-regensburg.de/bibliothek/aktuelles/mitteilung/947744.html> (05.07.2019).

University of Alberta; Hrsg. (2006): The Edmonton Charter for Health Promoting Universities and Institutions of Higher Education. URL: <http://www.gesundheitsfoerdernde->

hochschulen.de/Inhalte/E_Gefoe_HS_internat/2005_Edmonton_Charter_HPU.pdf (02.07.2019).

Virgin Pulse (2017): So funktioniert's. Die Globale Challenge. URL: <https://www.virginpulse.com/de/global-challenge/how-it-works/> (19.06.2019).

Vonhof, Cornelia (2018): Bibliotheken und Agilität – Welten begegnen sich?, in: Bartonitz, Martin; Lévesque, Veronika; Michl, Thomas; Steinbrecher, Wolf; Vonhof, Cornelia und Wagner, Ludger (Hrsg.): Agile Verwaltung. Wie der Öffentliche Dienst aus der Gegenwart die Zukunft entwickeln kann. Berlin, Springer Gabler, S. 169-183.

Werner, Britta (2014): Gesund, motiviert und leistungsfähig. Bausteine für ein Betriebliches Gesundheitsmanagement auch in Bibliotheken, in: Hauke, Petra (Hrsg.): »Challenge accepted!«. Bibliotheken stellen sich der Herausforderung des Demografischen Wandels. Positionen – Strategien – Modelle & Projekte. Bad Honnef, Bock + Herchen Verlag (Bibliothek und Gesellschaft), S. 233-240.

Werner, Britta (2016): Betriebliches Gesundheitsmanagement, in: Umlauf, Konrad und Vonhof, Cornelia (Hrsg.): Erfolgreiches Management von Bibliotheken und Informationseinrichtungen. Fachratgeber für die Bibliotheksleitung und Bibliothekare. Loseblattwerk, Stand: 63. Lieferung, Januar 2019. Hamburg: Verlag Dashöfer, Abschnitt 4/9.

Werner, Britta (2019): Persönliches Gespräch mit der Verfasserin. Staats- und Universitätsbibliothek Bremen, 31.05.2019.

Werner, Susanne (2018): Politischer Rückenwind für Bewegungsförderer, in: pt – Zeitschrift für Physiotherapeuten 70 (11), S. 14-16.

Wirtz, Markus Antonius; Kohlmann, Carl-Walter; Salewski, Christel (2018): Gesundheitsförderung und Prävention - die psychologische Perspektive, in: Kohlmann, Carl-Walter; Salewski, Christel und Wirtz, Markus Antonius (Hrsg.): Psychologie in der Gesundheitsförderung. Bern, Hogrefe, S. 13-28.

World Health Organization, Hrsg. (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf. (19.06.2019).

World Health Organization, Hrsg. (2014): Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. Übersetzung. URL: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/201405080000/0.810.1.pdf> (19.06.2019).

World Health Organization, Hrsg. (2019): Risk reduction of cognitive decline and dementia. WHO Guidelines. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312180/9789241550543-eng.pdf> (19.06.2019).