

# Gesundheitsfördernde Arbeitswelt – Herangehensweisen aus der Perspektive der Gesundheitsförderung

Praxisbericht

Momentum Kongress 2021 – „Arbeit“

Track #8: Prekär, diskriminiert, entgrenzt – wo bleibt die gute Arbeit?

Christoph Wall-Strasser, MA

## Inhalt

1. Einleitung.....	3
2. Was ist Gesundheitsförderung?.....	4
Salutogenese und Ressourcenorientierung.....	5
Kohärenzgefühl (sense of coherence).....	5
Gesundheitsdeterminanten.....	6
Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik oder Health in all Policies (HiaP).....	7
3. Soziale Netzwerke/Sozialkapital in der Arbeitswelt als wichtige Gesundheitsdeterminante .....	8
4. „Sinnhaftigkeit“ und „Verstehbarkeit“ – Das Kohärenzgefühl in und durch Arbeit fördern.....	10
5. Health in all Policies: Gesundheitsfolgenabschätzung als Instrument für eine gesundheitsfördernden Gesamtpolitik: .....	12
Literatur:.....	15

## 1. Einleitung

Ein Text, der aus der Perspektive der Gesundheitsförderung und deren Handlungskonzept argumentiert, kommt nicht darum herum, auf die von der WHO im Jahr 1986 veranstaltete Ottawa-Konferenz und das daraus resultierende Schlussdokument zu verweisen. In der sogenannten Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, verabschiedet von insgesamt 240 Teilnehmenden aus 35 Ländern, wurden zum ersten Mal, die in einer mehrjährigen Programmentwicklungsphase erarbeiteten, wichtigsten Ziele und Prinzipien des Handlungskonzepts Gesundheitsförderung zusammengefasst und darüber hinaus um spezifische Handlungsprinzipien und Handlungsbereiche der Gesundheitsförderung ergänzt. Darin heißt es:

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. [...] Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben.“

Bereits 1950 erarbeiteten die WHO sowie die internationale Arbeitsorganisation (ILO) eine Definition von Gesundheit am Arbeitsplatz. Vergleicht man diese mit der Ottawa Charta, stechen doch gewisse Ähnlichkeiten ins Auge: Es geht um

„Förderung und Aufrechterhaltung eines Höchstmaßes an körperlichem, geistigem und sozialem Wohlbefinden von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern in allen Berufsfeldern, durch Prävention von Krankheit, Risikokontrolle und wechselseitige Anpassung von Arbeit und Menschen“ (Alli, 2008).

Ergebnisse aus der Gesundheitsforschung in Österreich über die letzten Jahre – lange vor Ausbruch der Pandemie – zeigen jedoch, dass der Faktor Arbeit für immer mehr Menschen einen wesentlichen negativen Gesundheitsindikator darstellt, Stress mit sich bringt und schlussendlich krankmacht (u.a. Leoni, Brunner, Mayrhuber, 2020).

Blickt man auf die gesundheitlichen Gründe für Krankenstandstage sowie krankheitsbedingte Frühpensionierungen in Österreich, so findet man dabei in erster Linie Erkrankungen, welche die Muskulatur und das Skelett betreffen (oft chronische Schmerzen/Erkrankungen) und – in den letzten Jahren zunehmend – psychische Erkrankungen, wie z.B. depressive, stress- oder angstbetonte Erkrankungen (Leoni & Schwinger 2017).

Diese neueren Erkenntnisse aus der Gesundheitsforschung lassen mit Blick auf die Verfasstheit der Arbeitsbedingungen in Österreich nicht unbedingt ruhmreiche Schlüsse zu und stellen ebenso auch der österreichischen Politik und deren gesetzten Maßnahmen im Bereich der Arbeitsmarktpolitik kein gutes Zeugnis aus – zumindest, wenn man diese unter gesundheitlichen Aspekten betrachtet. Gemäß der Definition der WHO (1986) fällt nämlich der Politik die Aufgabe zu, über ihre sämtlichen Politikfelder hinweg, die entsprechenden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für ein gesundes Leben möglichst aller Menschen sowie für eine hohe individuelle Selbstbestimmtheit für ein umfassendes physisches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu sorgen.

Beschäftigt man sich mit der Art und Weise, wie man an die oben genannten Ergebnisse aus der Gesundheitsforschung herangeht und wie man diese analysiert, lassen sich daran exemplarisch zwei unterschiedliche gesundheitswissenschaftliche Wege erkennen.

Es besteht auf der einen Seite der (oft vorherrschende) medizinisch geprägte wissenschaftliche Diskurs, in dem in erster Linie die pathologischen – also die „krankhaften“ oder „krankheitsbezogenen“ Aspekte von Arbeit im Fokus stehen: Verletzungen und Arbeitsunfälle, toxikologische Bedenken, Berufskrankheiten und generelle Fehlzeiten, die aufgrund von diversen Krankheiten anfallen (Diem et al. 2019).

Eine zweite Herangehensweise behandelt Arbeit im Gegensatz dazu vielmehr als Gesundheitsressource, welche eine äußerst gewichtige Rolle für die Zufriedenheit und das Wohlbefinden des Einzelnen, aber auch für das Funktionieren und den Zusammenhalt der Gesellschaft als Gesamtes spielt (ebd.).

Dieser zweite Denkansatz spiegelt im Wesentlichen das Konzept und Verständnis aus Sicht der Gesundheitsförderung wider und soll in dem vorliegenden Beitrag im Zentrum der Aufmerksamkeit stehen.

Dafür werden in einer Einführung zunächst kompakt zentrale Begrifflichkeiten aus dem Bereich der Gesundheitsförderung, deren Handlungskonzept und wichtige Prinzipien beschrieben. Im Anschluss daran werden einige Punkte dieser spezifischen disziplinären Herangehensweise an das Thema der menschlichen Gesundheit auf den Bereich der Arbeitswelt übertragen und umgesetzt, sodass ein erster Versuch eines theoretischen Rahmens für konkrete Handlungsempfehlungen entsteht, wie eine gesundheitsfördernde Arbeitswelt für möglichst viele Menschen aussehen könnte.

## 2. Was ist Gesundheitsförderung?

Eine gängige Definition von Gesundheitsförderung wurde bereits eingangs in diesem Beitrag mit Verweis auf die WHO bzw. Ottawa Charta gegeben. Darin wird ein umfassender Gesundheitsbegriff verwendet, welcher Gesundheit als körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden definiert und nicht bloß als Abwesenheit von Krankheit. Auch, dass Gesundheitsförderung bei der Analyse und Stärkung

der Gesundheitsressourcen und -potenziale der Menschen sowie auf allen gesellschaftlichen Ebenen ansetzt, wurde bereits erwähnt. Kennzeichnend dafür ist eine Orientierung an der salutogenetischen Perspektive, welche auf der Fragestellung bzw. Kenntnis basiert, wie und wo Gesundheit hergestellt wird und was zu einem umfassenden individuellen und kollektiven Wohlbefinden beiträgt.

### Salutogenese und Ressourcenorientierung

Das Modell der Salutogenese wurde vom Gesundheitswissenschaftler Aaron Antonovsky ab Ende der 1970er Jahre als Alternative zur Pathogenese eingeführt und ist seither eines der wichtigsten Modelle zur Erklärung von Gesundheit. Während die Pathogenese die Entstehung als auch die Entwicklung von Erkrankungen beschreibt, beschäftigt sich die Salutogenese damit, wie Gesundheit entsteht (salus = gesund; genese = Entstehung), was zur Gesundheit dazugehört und wie Menschen trotz verschiedener Risiken ihre Gesundheit erhalten oder diese verbessert werden kann. Dabei herrscht ein Verständnis von Gesundheit und Krankheit als sogenanntes Kontinuum, in dem es niemals so etwas wie absolute Werte für Gesundheit und Krankheit gibt, sondern nur Zustände dazwischen. Entscheidend dafür, wie man sich auf dem Kontinuum bewegt, ist laut dem Modell von Antonovsky wie mit Gesundheitsrisiken – den sogenannten Stressoren – umgegangen wird. Menschen mit erhöhten Widerstandsressourcen (heute wird auch oft der Begriff „Resilienz“ verwendet) können mit einer Vielzahl an Stressoren (psychische und physische Belastungsfaktoren) besser umgehen und befinden sich auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum eher auf der positiven Seite als Menschen mit weniger Widerstandsressourcen (Faltermaier 2018).

### Kohärenzgefühl (sense of coherence)

Ein theoretisches Schlüsselkonzept innerhalb des Salutogenese-Modells von Antonovsky ist sein Konstrukt des Kohärenzgefühls. Das Kohärenzgefühl entwickelt sich im Laufe eines Lebens auf der Basis der Ressourcen und sagt aus, ob das eigene Leben als verstehbar, bewältigbar und sinnhaft erlebt wird. Diese drei Komponenten stehen eng miteinander in Verbindung:

- Das Gefühl der Verstehbarkeit („sense of comprehensibility“) ist das Gefühl, dass das eigene Leben als verstehbar, kognitiv klar und strukturiert (nicht chaotisch) wahrgenommen wird.
- Das Gefühl der Bewältigbarkeit („sense of manageability“) meint die Zuversicht und das Zutrauen in sich selbst, um die Anforderungen und Belastungen in seinem Leben im Wesentlichen bewältigen zu können.
- Das Gefühl der Sinnhaftigkeit („sense of meaningfulness“) steht für eine Art Grundgefühl, dass das eigene Leben als sinnvoll wahrgenommen wird und dass einem die sich stellenden Herausforderungen und Anstrengungen es wert sind, dafür Energie zu investieren.

Personen mit einem hohen Gefühl der Kohärenz haben wiederum höhere Widerstandsressourcen und sind somit besser in der Lage ihre Stressoren zu bewältigen (ebd.).

## Gesundheitsdeterminanten

Eng verbunden mit dem Prinzip der Ressourcenorientierung steht die Identifikation von Einflussfaktoren auf die menschliche Gesundheit sowie deren Wirkung. Diese sogenannten Gesundheitsdeterminanten stellen die Ansatzpunkte für die Gesundheitsförderung dar.

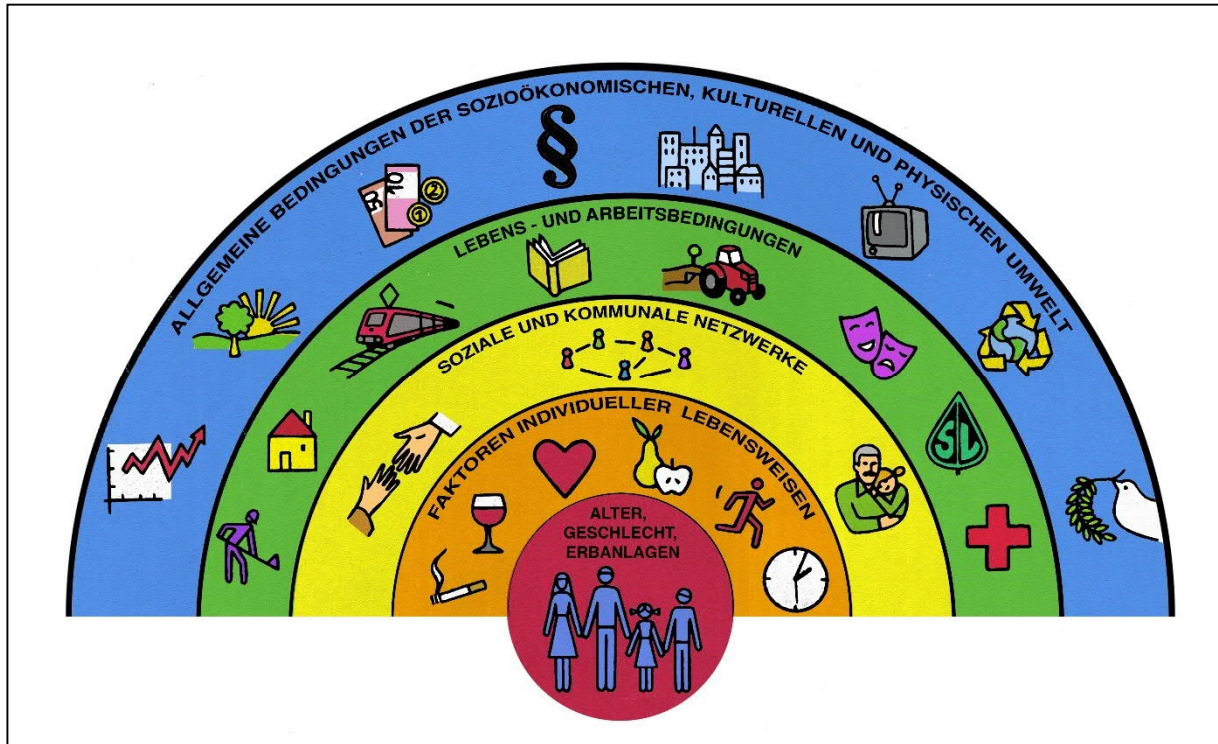


Abbildung 1: Determinantengrafik; Fonds Gesundes Österreich nach Dahlgren, G., Whitehead, M. (1991)

Die Einflussfaktoren auf die menschliche Gesundheit liegen auf mehreren Ebenen und lassen sich in Gruppen zusammenfassen – von individuellen bis hin zu gesellschaftlichen Einflussfaktoren. In der oben skizzierten Determinantengrafik werden sie in Form von fünf Ebenen aufgebaut:

1. Alter, Geschlecht, Erbanlagen
2. Faktoren individueller Lebensweisen (gemeint sind auch Wissen, Einstellungen, Verhaltensweisen)
3. Soziale und kommunale Netzwerke
4. Lebens- und Arbeitsbedingungen
5. Allgemeine Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt

Die jeweiligen Faktoren, welche den Gesundheitszustand einzelner Individuen oder ganzer Gemeinschaften bestimmen, reichen also über persönliche und soziale Faktoren bis hin zu wirtschaftlichen oder umweltbedingten Faktoren. Diese Faktoren beeinflussen einander wechselseitig

und die Gesundheitsförderung beschäftigt sich damit, auf diese Determinanten einzuwirken und sie in einem gesundheitsfördernden Sinn zu beeinflussen.

Basierend auf diesem Grundverständnis wird eines deutlich: Nur ein Teil der Strategie sowie des Ziels der Gesundheitsförderung ist es, das individuelle Gesundheitsverhalten, also die Lebensweisen einzelner Personen (Verhaltensebene) in den Fokus zu nehmen und darauf in positiver Form einzuwirken (Verhaltensprävention). Eine wesentliche Aufgabe der Gesundheitsförderung ist es demnach auch, die Rahmenbedingungen für ein gesundes Leben – Faktoren wie Einkommen und Sozialstatus, Ausbildung, Beschäftigung und Arbeitsbedingungen, den Zugang zu bedarfsgerechten gesundheitlichen Leistungen und eine gesundheitsfördernde Umwelt (Verhältnisebene) – herzustellen (Verhältnisprävention). Diese Bestrebungen zielen also vor allem auf Verbesserung der sozialen, wirtschaftlichen und organisatorischen Bedingungen zur Herstellung von Gesundheit und sind der Kern einer umfassenden Strategie der Gesundheitsförderung. (Fonds Gesundes Österreich 2020.)

Sämtliche auf der eben skizzierten Verhältnisebene liegende Einflussfaktoren von Gesundheit liegen im Verantwortungs- und Gestaltungsbereich der Politik. Gerade weil die Gesundheitsförderung nicht nur individuelle Lebens- und Verhaltensweisen beeinflussen möchte, um Menschen zur Verbesserung ihrer Gesundheit zu befähigen, sondern darüber hinaus auch auf ökonomische, soziale, ökologische und kulturelle Faktoren abzielt, sind politische Interventionen zur Beeinflussung dieser gesundheitsrelevanten Faktoren über sämtliche Politikfelder hinweg notwendig.

#### Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik oder Health in all Policies (HiaP)

Über die letzten Jahrzehnte setzte sich auf internationaler Ebene ein umfassendes Verständnis von Gesundheitspolitik durch: Die gesundheitspolitische Strategie „Gesundheit in allen Politikfeldern“ (engl. „Health in All Policies“). Diese zielt darauf ab, den Aspekt der Gesundheit sowie das Streben danach im Sinne gebündelter Anstrengungen in sämtliche Politikfelder hineinzutragen, um so Gesundheit und Lebensqualität der Bevölkerung auf einer breiten Basis zu verwirklichen und nachhaltig zu fördern (Stähl et al. 2006).

Die Strategie „Health in All Policies“ basiert auf der Überzeugung und vor allem dem Wissen darüber, dass sich viele der zentralen Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Bevölkerung außerhalb des traditionellen Gesundheitssystems befinden. Vielmehr liegen diese Einflussfaktoren vielmehr im Bereich der Sozial-, Umwelt-, Arbeitsmarkt-, Verkehrs-, Wirtschafts- oder Bildungspolitik.

Dieses Wissen zieht man unter anderem aus historischen Studien wie beispielsweise von McKeown und Lowe (1974). Darin wird nachgewiesen, dass die Gründe für den Rückgang von Infektionskrankheiten wie Typhus, Cholera oder Tuberkulose im 19. Jahrhundert bzw. in der ersten Hälfte des 20. Jahrhundert nur zu einem geringen Teil auf medizinische Interventionen zurückzuführen

sind. In weitaus größerem Maße haben sozial- bzw. kommunalpolitische Maßnahmen, insbesondere die Verbesserung der Wohnverhältnisse, modernere Infrastruktur und Hygienebedingungen oder eine gesündere Ernährung, zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung beigetragen.

Knaller und Haas (2013) führen in diesem Zusammenhang auch ein aktuelles Beispiel an, wo die häufigste Todesursache Anfang des 21. Jahrhunderts in hoch entwickelten Ländern wie Österreich chronische, nicht übertragbare Krankheiten (z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, chronische Lungenerkrankungen, Krebs) darstellen, welche in erster Linie durch lebensstilrelevante Faktoren hervorgerufen werden. Mit Verweis auf das vorige Kapitel kann festgehalten werden, dass die Risikofaktoren für nicht-chronische Krankheiten wie permanenter Stress oder auch Bewegungsmangel maßgeblich von den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und Verhältnissen beeinflusst werden. Das Gesundheitssystem im engeren Sinn (Krankenversorgung bzw. medizinischer Dienstleistungssektor) hat nur bedingt Einfluss darauf, weshalb Maßnahmen die ausschließlich auf dieser Ebene zum Einsatz kommen, zu kurz greifen und das Wohlbefinden sowie die Lebensqualität nicht nachhaltig und stark genug fördern. Dies gelingt nur mit Hilfe einer politikfeldübergreifenden Vorgehensweise und einer Sensibilisierung für die gesundheitsspezifischen Auswirkungen von politischen Maßnahmen in allen Sektoren. Gesundheit als Querschnittsthematik in einer Gesamtpolitik zu verankern, das versuchen Vertreter:innen des Health in all Policies-Ansatz.

Nachdem nun einige<sup>1</sup> zentrale Begriffe, Hintergründe und Prinzipien der Gesundheitsförderung kompakt umrissen wurden, widmet sich der zweite Teil dieses Beitrags der Umlegung dieser spezifischen Herangehensweise aus der Gesundheitswissenschaft auf das Thema Arbeit. Anhand von drei ausgewählten gesundheitsförderlichen (Teil-)Prinzipien sollen Beispiele für eine Umgestaltung der Arbeitsbedingungen zu Gunsten des menschlichen Wohlbefindens sowie der Lebensqualität gegeben werden.

### 3. Soziale Netzwerke/Sozialkapital in der Arbeitswelt als wichtige Gesundheitsdeterminante

Als dritte Ebene in der sogenannten und bereits dargestellten Determinantengrafik, wird eine angemessene Integration in unterschiedliche soziale und kommunale Netzwerke als maßgeblicher unterstützender Faktor für die Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit genannt. Das

---

<sup>1</sup> Selbstverständlich fehlen noch eine Vielzahl an maßgebenden Prinzipien, methodischen Konzepten und Basiskonzepten welche fundamental für die Gesundheitsförderung sind (Gesundheitl. Chancengleichheit, Gender Mainstreaming, Settingorientierung um nur einige zu nennen). Aufgrund der Eingrenzung des Kernthemas dieses Beitrags wird eine selektive Aufzählung, der für das weitere Verständnis des Textes wichtigen Aspekte, vorgenommen.



Risiko externer gesundheitsschädigender Einflüsse wird dadurch gesenkt. Neben den direkten Effekten (Trojan 2020), welche eine gute Einbettung in einen stabilen Freundeskreis, die Familie oder andere soziale Gruppen nachweislich hat (auf die psychosoziale Gesundheit, geringere Krankheitshäufigkeit, längere Lebenserwartung), wirkt die soziale Netzwerkebene auch indirekt – etwa über das Gesundheits- und Risikoverhalten – auf die menschliche Gesundheit (Hurrelmann, Richter 2018). Epidemiologische Untersuchungen haben gezeigt, dass eine Einbindung in soziale Netzwerke mit einer geringeren Krankheitshäufigkeit und höheren Lebenserwartung einhergeht (Trojan 2020).

Was diese sozialen und gemeinwesenbezogenen Netzwerke unter anderem stark beeinflusst, sind die individuellen Lebens- und Arbeitsbedingungen. Dazu gehören das Gesundheits- und Bildungssystem sowie die Wohnsituation, genauso aber auch die Bedingungen am Arbeitsplatz.

Eng verwoben und von manchen in der Gesundheitswissenschaft auch als verwandt mit der einflussreichen Netzwerkebene bezeichnet, verläuft das Konzept des sozialen Kapitals. Hohes Sozialkapital nach Coleman (1990) und Putnam et al. (1993) mit seinen Indikatoren und dessen Wirkungen auf die individuelle menschliche Gesundheit ergibt sich ebenso in Konsequenz einer guten Einbettung in diverse soziale Netzwerke. Die WHO definiert den Begriff nach Nutbeam (1998, S. 362) folgendermaßen: „Soziales Kapital beschreibt den Grad des sozialen Zusammenhalts, der innerhalb von Gemeinschaften zu finden ist. Soziales Kapital bezieht sich auf Prozesse zwischen Menschen, die Netzwerke, Normen und soziales Vertrauen hervorbringen sowie Koordination und Zusammenarbeit erleichtern.“

Mit Blick auf die moderne Arbeitswelt und die neueren Entwicklungen der letzten Jahre in diesem Feld, dann laufen die Trends nicht unbedingt in eine netzwerkfördernde Richtung (im Sinne der Sozialkapital-Definition): Erhöhte Arbeitskraftmobilität, Entgrenzung (zeitlich, räumlich und sachlich) anstatt klarer Strukturen der Erwerbsarbeit, abnehmende Bindung an den Arbeitgeber, Digitalisierungs- und damit einhergehende Individualisierungstendenzen aber auch Zunahme von Prekarisierung erodieren die Voraussetzungen für Sozialkapital sowohl direkt und unmittelbar am Arbeitsplatz, als auch abseits davon. Um diese Überlegungen in einem Beispiel zu konkretisieren, kann auf den Trend der Plattform Wirtschaft („plattform economy“) verwiesen werden. Innerhalb dieser plattformbasierten Arbeitsorganisation erbringen selbständige Beschäftigte einzelne Leistungen an wechselnde Vertragspartner:innen oft auf Abruf (on demand) sowie dezentral. Mittels der Methodik des sogenannten Crowdsourcing werden dabei bezahlte Tätigkeiten, (ursprünglich durch einzelne Arbeitnehmer:innen erbracht), in viele kleine einzelne Teile (tasks) zerlegt und danach ausgelagert (outsourct), dass sie nunmehr einer viel größeren Anzahl von Personen (der sogenannten Crowd) via digitaler Plattform angeboten werden. Diese zerlegten

Aufgaben werden dann einzeln von Personen aus der Crowd abgearbeitet (Prassl/ Risak 2016). Logischerweise treten dabei die Leistungsempfänger:innen mit den Plattformbeschäftigten so gut wie nie direkt in Kontakt. Das Arbeitsverhältnis zwischen den beiden Parteien wird stattdessen über die Plattform wie durch einen Zwischenhändler abgewickelt (Eurofound 2018; Kilhoffer et al. 2019, 25).

Von den äußerst positiven Wirkungen und Effekten von Sozialkapital auf die menschliche Gesundheit – welche sich während der unmittelbaren Prozesse und Abläufe zwischen Menschen ergeben – bleibt in den Arbeitsbeziehungen einer Plattform Wirtschaft nicht mehr viel über.

Vielmehr verstärkt diese Form der Prozessgestaltung von Arbeit und Strukturierung von Arbeitsbeziehungen „soziale Ungleichheiten, Gender-Segregationen und wirtschaftliche Abhängigkeiten“ (Gruber-Risak, Berger 2021).

Um Prozesse in der modernen Arbeitswelt gesundheitsförderlicher auszurichten, sollte den Trends, welche auf die völlige Abschaffung menschlicher Interaktion und Kooperation am Arbeitsplatz (unabhängig davon, wo sich dieser befindet) im Sinne des Sozialkapital-Ansatzes hinsteuern, entschieden entgegengewirkt werden. Es braucht weniger die Förderung von weiterer Individualisierung im Arbeitsbereich und im Gegensatz dazu mehr Bestrebungen, um auch in der Arbeitswelt bzw. am Arbeitsplatz der Zukunft gesundheitsförderliche Konzepte der aktiven Netzwerkförderung zu etablieren: Erhaltung, Befähigung und Weiterentwicklung vorhandener aufgabenbezogener, gesundheitsrelevanter Netzwerke sowie die Anregung neuer aufgabenbezogener, gesundheitsrelevanter Netzwerke. Kommunikation, Partizipation und aktive Mitsprachemöglichkeiten von Mitarbeiter:innen bis hin zu einer vollständigen Demokratisierung der Arbeitswelt wäre die Vision dahinter.

#### 4. „Sinnhaftigkeit“ und „Verstehbarkeit“ – Das Kohärenzgefühl in und durch Arbeit fördern

Aron Antonovskys Salutogenese-Modell und das dabei inhärente Kohärenzgefühl stellen einen bahnbrechenden Ansatz zur Erklärung von Gesundheit dar. Die dritte Komponente dabei - das Gefühl der Sinnhaftigkeit („sense of meaningfulness“) ist in Antonovskys Modell die Bedeutendste. Menschen, die über einen außerordentlich hohen Grad an Kohärenzgefühl nach Antonovsky verfügen, halten ihre Existenz und ihr Leben sowie ihr Tun für sinnvoll. Dies beinhaltet, dass auch die eigenen Aufgaben in irgendeiner Art und Weise für sinnvoll empfunden werden und sie es wert

sind, dass Energie und Fleiß in ihre Bewältigung hineinfließen – ganz gleich wie die Sache ausgeht. Diese beschriebene „Sinnhaftigkeit“ geht einher mit einer Handlungsaktivierung, welche Menschen vor Passivität, Inaktivität und Lustlosigkeit bewahrt. Eine aktive Lebensweise führt eher zu positiven Erfahrungen im Zuge einer Aufgabenbewältigung. Das Bewältigen von Aufgaben, das „etwas Schaffen“ ist wiederum essenziell für den Erwerb höherer Selbstkompetenz (Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeitserwartung) was in Folge in höherem Selbstvertrauen mündet. Menschen, die in ihrer Welt und ihren Aufgaben einen Sinn erkennen, bewältigen Belastungen und Krisen in einer individualisierten Risikogesellschaft deutlich besser (Faltermaier, 2017).

Arbeit – und zwar in all ihren Formen – würde dahingehend riesiges Potential bieten und zwar ohne die in den letzten Jahren zur Mode gewordene Verklärung von Arbeit als „Lifestyle“ und vermeintliche Notwendigkeit zur Selbstverwirklichung durch Arbeit. Versteht man „Arbeit“ als Ressource für ein zufriedenes und würdevolles Leben, sollten die Arbeitsbedingungen ebenfalls entsprechend dieser gesundheitsförderlichen Herangehensweise ausgestaltet sein. Digitalisierung und Fortschritte im Bereich künstlicher Intelligenz könnten dazu genutzt werden, um monotone, ermüdende Arbeitsaufträge zu reduzieren und Schritt für Schritt auslaufen zu lassen. Stattdessen könnten ein vermehrtes Fördern und Einführen von Aufgaben, welche Menschen erwiesenermaßen mehr Freude und Genugtuung bringen und hinter denen ein Sinn gesehen wird, Eingang erhalten. Neue kreative Aufgaben in Firmen und Organisationen können so geschaffen werden: Büroraumgestaltung, Bepflanzung und Pflanzenpflege in den Büroräumlichkeiten, Pausengestaltung, Aktivitäten zur Förderung des innerbetrieblichen Klimas und der Zusammenarbeit, gemeinsame Sportaktivitäten, Erstellung eines Speise- und Kochplans, gemeinsames Kochen in Teams füreinander. Die Liste könnte man beliebig lange fortführen, kreativen Ansätzen und Ideen sollten dabei keine Grenzen gesetzt werden. Das Gefühl einer sinnvollen Tätigkeit nachzugehen könnte auch allein dadurch entstehen, wenn eine offene Mitarbeiter:innenkommunikation innerhalb eines Betriebs herrscht und Jede:r weiß weshalb, für wen und für welchen Zweck die entsprechenden Aufgaben zu erledigen sind.

An diesem Punkt wird auch deutlich, inwiefern eine weitere Komponente des Kohärenzgefühls – das Gefühl der Verstehbarkeit – im Bereich der Arbeit für einen Beitrag oder eben Nicht-Beitrag zur Gesundheitsförderung leisten kann, etwa beim Thema Künstliche Intelligenz (KI). Diese sollte in der Arbeitswelt in diesem Zusammenhang nur unter bestimmten und vor allem klaren Bedingungen sowie unter Einbindung der Beschäftigten und ihrer Vertretungen zum Einsatz kommen und möglich sein. Wie auch schon im vorigen Kapitel und dem Ansatz der Förderung aktiver Netzwerke, braucht es auch dabei allen voran gestärkte Mitbestimmungs- und Vetorechte auf kollektiver Ebene seitens der Arbeitnehmer:innen und einen „Bottom-Up-Ansatz“ bei dem von Beginn an nachvollziehbar und

transparent dargelegt wird, wozu die vorgesehene Anwendung im Bereich der KI dient, welche Chancen und Risiken sie mit sich bringt.

Es geht auch um das zukünftige Schaffen eines höheren Grades an selbstbestimmter Arbeit anstatt dem schlichten Ausführen (ohne erkennbaren Sinn) von fremdbestimmten Tätigkeiten. Die Vorteile des technologischen Fortschritts könnten dafür genutzt werden.

In Anbetracht der eben skizzierten unterschiedlichen Arbeitsformen und vor dem Hintergrund der gewählten Herangehensweise aus Sicht der Gesundheitsförderung, sei hier erwähnt, dass jene Aufgaben, welche einen hohen Grad an sozialer oder emotionaler Intelligenz erfordern, gottseidank immer noch ausschließlich von Menschen durchführbar sind und nicht von Maschinen. Diese Art von Tätigkeiten sind es auch, die den Menschen das Gefühl von Sinnhaftigkeit geben und somit zu einem höheren „sense of coherence“ beitragen.

## 5. Health in all Policies: Gesundheitsfolgenabschätzung als Instrument für eine gesundheitsfördernden Gesamtpolitik:

Anschließend an die beiden vorigen Beispiele in denen (Teil-)Prinzipien aus der Gesundheitsförderung für die Formulierung von Veränderungsansprüchen bei den Rahmenbedingungen für die Arbeitswelt verwendet wurden, kommt nun als drittes der wohl konkreteste Aspekt dieses Beitrags. Es geht dabei um ein Instrument, welches als vielversprechende Möglichkeit zur konkreten Umsetzung der gesundheitspolitischen Strategie „Gesundheit in allen Politikfeldern“ („Health in all Policies“) gehandelt wurde (Knaller, Haas 2013), sich jedoch (zumindest in Österreich) bisher wenig Beachtung und Anwendung erfreuen durfte: Die Gesundheitsfolgenabschätzung oder international als Health Impact Assessment (HIA) bekannt.

Der gesundheitspolitische Strategieansatz „Health in all Policies“ (HiaP), wurde bereits im ersten Teil dieses Beitrags näher beschrieben und zielt darauf ab, die Gesundheit und Lebensqualität der Bevölkerung auf einer breiten Basis wirksam und nachhaltig zu fördern (Stahl et al. 2006). Ausgangspunkt dieses Ansatzes ist das Wissen, dass politische Maßnahmen, Einflussfaktoren auf die Gesundheit und die Gesundheit der Menschen in einer kausalen Kette stehen (Gesundheit Österreich GmbH, 2017). Gesundheitspolitik ist immer zugleich auch Wirtschafts-, Sozial-, Bildungs-, Verkehrs-, Umweltpolitik, etc. Die Arbeitswelt bzw. Arbeitsmarktpolitik als wesentliches Interventionsfeld von Gesundheitspolitik ist darin – wie auch schon laufend in diesem Beitrag gezeigt wurde – ebenso explizit enthalten.

Wesentlich und unabdingbar für eine qualitative Umsetzung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik ist, dass den handelnden Politiker:innen dabei die gesundheitlichen Konsequenzen ihrer Verantwortung sowie ihrer Maßnahmen und Entscheidungen für die Gesundheit verdeutlicht werden (Trojan, Süß 2015).

Ähnlich wie bei allen anderen grundsätzlichen politischen Entscheidungen mit maßgeblicher Tragweite – wie etwa im Bereich der Wirtschafts- oder Umweltpolitik – existiert mit der sogenannten Gesundheitsfolgenabschätzung ein Instrument – welches, ähnlich einer Umweltverträglichkeitsprüfung für den Umweltsektor, sämtliche gesundheitliche Konsequenzen einer politischen Maßnahme analysiert und einordnet. In der Theorie werden im Rahmen einer Gesundheitsfolgenabschätzung also die konkreten politische Vorhaben aus unterschiedlichen Bereichen wie der Wirtschafts-, Sozial-, Bildungspolitik, usw. bereits in der Planungsphase systematisch auf ihre Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung untersucht. Ein wesentlicher Aspekt der bei dieser systematischen Analyse ist dabei der Wert der gesundheitlichen Chancengleichheit. Dabei wird auf die Verteilung der gesundheitlichen Auswirkungen innerhalb verschiedener Bevölkerungsgruppen geachtet. Die Ergebnisse einer Gesundheitsfolgenabschätzung werden im Anschluss als Empfehlungen an die Entscheidungsträger:innen kommuniziert. Im Gegensatz zu mehreren anderen EU-Ländern verlief die Etablierung dieses Instruments in Österreich äußerst zäh.

Wäre dem nicht so und würde in Österreich der Health in all Policies-Ansatz konsequent verfolgt werden, hieße das für den Bereich der Arbeitsmarktpolitik folgendes: Jede Entscheidung mit zumindest einigermaßen relevanter Tragweite müsste bereits im Vorfeld (in der Planungsphase) einer umfassenden Gesundheitsfolgenabschätzung unterzogen werden. Gerade im Bereich der Arbeitswelt hat die Politik ein hohes Maß an Verantwortung und die getroffenen Entscheidungen sowie die gesetzten Maßnahmen eine enorme Auswirkung auf die Gesundheit der Bevölkerung. Dies wurde anhand der vorigen Ausführung in diesem Beitrag versucht darzustellen.

In der Realität würde das etwa in der aktuellen Situation bedeuten, dass der vor einigen Wochen von Arbeitsminister Martin Kocher und Arbeitsmarktservice-Vorstand Johannes Kopf angestoßene „Reformdialog“ zur Arbeitsmarktreform nicht ohne eine umfassende Analyse der Auswirkungen auf die Gesundheit der Österreichischen Bevölkerung passiert. Dass daraus in der Folge Ergebnisse und Empfehlungen resultieren, welche den Druck auf Menschen ohne Erwerbsarbeit erhöhen (Senkung der Zumutbarkeitsbestimmungen, Senkung der Versicherungsleistung für Erwerbslose in Form des Arbeitslosengelds), ist aus Perspektive der Gesundheitsförderung nur schwer vorstellbar.

Eine umfassende Gesundheitsfolgenabschätzung bei sämtlichen politischen Reformen mit erheblicher Tragweite – sie es im Bereich der Arbeitswelt oder anderen Politikfeldern – würden zu

notwendigen Empfehlungen im Sinne der Lebensqualität, der Zufriedenheit und des Wohlbefindens der Menschen in Österreich führen. Dies wäre auch im Sinne einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik entsprechend der Verantwortungszuschreibung an die Politik seitens der WHO in ihrer Ottawa Charta 1986.

## Literatur:

- Antonovsky, A. (1979). Health, stress and coping. London: Jossey-Bass.
- Coleman, J. S. (1990). Foundations of Social Theory. Harvard: Belknap Press of Harvard University Press.
- Diem, G., Dorner, T., Felder-Puig, R., Grabovac I., Rojatz D., Stolz E., Zillmann, N. (2019): Österreichische Gesellschaft für Public Health (ÖGPH): Public Health-Handlungsfelder für Gesundheit in allen Politikfeldern, Österreichische Gesellschaft für Public Health. Wien
- Eurofound (2018): Employment and working conditions of selected types of platform work. Luxembourg, Publications Office of the European Union.
- Faltermaier, T. (2017). Gesundheitspsychologie. Grundriss der Psychologie, Band 21. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart: Kohlhammer.
- Gesundheit Österreich GmbH (2017): Health in All Policies – Online: <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/website2017/wp-content/uploads/2017/05/fact-sheet-health-in-all-policies.pdf>
- Gruber-Risak, M., Berger, C. (2021): Policy Paper Plattformarbeit in der EU - Kammer für Arbeiter und Angestellte für Wien, Online: [Policy Paper Plattformarbeit EU.pdf \(arbeiterkammer.at\)](https://www.arbeiterkammer.at/Policy_Paper_Plattformarbeit_EU.pdf)
- Faltermaier, T. (2018). Salutogenese und Ressourcenorientierung. In C.-W. Kohlmann, C. Salewski, & M. A. Wirtz (Hrsg.). Psychologie in der Gesundheitsförderung (S. 85–97). Bern: Hogrefe.
- Hurrelmann, K., Richter, M. (2018): Determinanten von Gesundheit, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung – Leitbegriffe, Online: [BZgA-Leitbegriffe: Determinanten von Gesundheit](https://www.bzga.de/Leitbegriffe/Determinanten_von_Gesundheit)
- Knaller, C., Haas, S. (2013): Gesundheitsfolgenabschätzung – ein Instrument zur Umsetzung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik. In: soziales\_kapital wissenschaftliches journal österreichischer fachhochschul-studiengänge soziale arbeit Nr. 9 (2013) / Rubrik "Thema" / Standortredaktion St. Pölten
- Leoni, T.; Brunner, A.; Mayrhuber, C. (2020): Die Kosten arbeitsbedingter Unfälle und Erkrankungen in Österreich. Wien: WIFO
- Leoni T, Schwinger J. (2017): Fehlzeitenreport 2017. Wien: WIFO.
- McKeown T.; Lowe C. R. (1974): An introduction into social medicine. Blackwell Scientific Publications. Oxford
- Nutbeam, D. (1998). Health Promotion Glossary. Health Promotion International 13 (4), 345 - 364

- Putnam, R. D., Leonardi, R. & Nanetti, R. (1993). Making democracy work: Civic traditions in modern Italy. Princeton University Press.
- Prassl, Jeremias/ Risak, Martin (2016): Uber, TaskRabbit, & Co: Platforms as Employers? Rethinking the legal analysis of crowdwork, Comparative Labor Law & Policy Journal 2016, 618-651
- Ståhl, T.; Wismar, M.; Ollila, E.; Lahtinen, E.; Leppo, K. (Ed.) (2006): Health in All Policies. Prospects and potentials. Ministry of Social Affairs and Health. Finland
- The Economist, April 10th 2021 edition: `Riding high in a workers' world´ - online: [Riding high in a workers' world | The Economist](#)
- Trojan, A. (2020): Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung – Leitbegriffe, Online: [BZgA-Leitbegriffe: Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung](#)
- Trojan, A., Süß, W. (2015): Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung – Leitbegriffe, Online: [BZgA-Leitbegriffe: Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy](#)
- WHO - autorisierte Übersetzung der Ottawa Charta (1986): Hildebrandt/Kickbusch auf der Basis von Entwürfen aus der DDR und von Badura sowie Milz.