

Bachelor-Arbeit

Bachelor of Science in Social Work – Soziokulturelle Animation
M372 Bachelor-Kolloquium und M382 Bachelorarbeit

Maurice Kuchen

Soziokulturelle Animation im Betrieblichen Gesundheitsmanagement

Soziale Arbeit als Impulsgeberin für ein ganzheitliches Betriebliches Gesundheitsmanagement

Diese Arbeit wurde am **11.08.2025** an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit eingereicht. Für die inhaltliche Richtigkeit und Vollständigkeit wird durch die Hochschule Luzern keine Haftung übernommen.

Studierende räumen der Hochschule Luzern Verwendungs- und Verwertungsrechte an ihren im Rahmen des Studiums verfassten Arbeiten ein. Das Verwendungs- und Verwertungsrecht der Studierenden an ihren Arbeiten bleibt gewahrt (Art. 34 der Studienordnung).

Studentische Arbeiten der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit werden unter einer Creative Commons Lizenz im Repositorium veröffentlicht und sind frei zugänglich.

Originaldokument gespeichert auf LARA – Lucerne Open Access Repository and Archive
der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern



Urheberrechtlicher Hinweis:

Dieses Werk ist unter einem Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz (CC BY-NC-ND 3.0 CH) Lizenzvertrag lizenziert.

Um die Lizenz anzuschauen, gehen Sie bitte zu <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch>

Sie dürfen:



Teilen — das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten.

Zu den folgenden Bedingungen:



Namensnennung — Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders.



Nicht kommerziell — Sie dürfen das Material nicht für kommerzielle Zwecke nutzen.



Keine Bearbeitungen — Wenn Sie das Material remixen, verändern oder darauf anderweitig direkt aufbauen dürfen Sie die bearbeitete Fassung des Materials nicht verbreiten.

Keine weiteren Einschränkungen — Sie dürfen keine zusätzlichen Klauseln oder technische Verfahren einsetzen, die anderen rechtlich irgendetwas untersagen, was die Lizenz erlaubt.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers dazu erhalten.

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.

Eine ausführliche Fassung des Lizenzvertrags befindet sich unter

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/legalcode.de>

Vorwort der Studiengangleitung Bachelor

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von mehreren Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme und Entwicklungspotenziale als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Denken und Handeln in Sozialer Arbeit ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es liegt daher nahe, dass die Diplomand_innen ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Fachleute der Sozialen Arbeit mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachkreisen aufgenommen werden.

Luzern, im August 2025

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit
Studiengangleitung Bachelor Soziale Arbeit

Abstract

Diese Bachelorarbeit zeigt, dass Methoden und Grundsätze der Soziokulturellen Animation (SKA) im Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) gezielt eingesetzt werden können, um Gesundheitsförderung in Organisationen wirksamer zu gestalten. Besonders die Prinzipien „Partizipation“, „Empowerment“, „Kooperation“ und „Vernetzung“ erweisen sich als zentrale Hebel. Sie ermöglichen es, Mitarbeitende nicht nur in Entscheidungsprozesse einzubeziehen, sondern sie aktiv an der Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitsmassnahmen zu beteiligen. Dies steigert die Akzeptanz, erhöht die Eigenverantwortung und erleichtert die nachhaltige Verankerung gesundheitsförderlicher Strukturen. Die Analyse verdeutlicht zudem, dass die Methoden der SKA helfen können, bestehende Barrieren im BGM, wie mangelnde Partizipation, unzureichende interne Kommunikation oder das Fehlen ganzheitlicher Ansätze, zu überwinden. Gleichzeitig wird deutlich, dass die Integration der SKA ins BGM nur dann gelingt, wenn Organisationskultur, Führung und strukturelle Rahmenbedingungen eine partizipative und offene Arbeitsweise zulassen.

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich herzlich bei allen Bedanken, die mich während der Entstehung dieser Arbeit unterstützt haben.

Mein besonderer Dank gilt meiner Begleitdozentin Frau Dr. Julia Richter für die wertvolle Unterstützung, die gewährte Freiheit in der Themenwahl sowie die inspirierenden und bereichernden Austausche.

Ein herzliches Dankeschön geht an meine Freundin Michelle Huber für das sorgfältige Gegenlesen, das Lektorat und den beständigen mentalen Rückhalt während dieser intensiven Zeit.

Ebenso danke ich Andrin Camadini für die unzähligen, oft endlos erscheinenden Tage in der Bibliothek und die stetige Unterstützung als Studienkolleg, der selbst parallel an seiner eigenen Arbeit geschrieben hat.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	II
Danksagung	III
Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	V
1. Einleitung	1
1.1. Berufliche Relevanz und persönliche Motivation	1
1.2. Fragestellung und Zielsetzung der Arbeit	2
1.3. Aufbau der Arbeit	3
2. Soziokulturelle Animation (SKA)	3
2.1. Geschichte der SKA.....	3
2.2. Allgemeine Definition der SKA	3
2.3. SKA als System	4
2.4. Die SKA zwischen System und Lebenswelt	5
2.5. Rollen und Zuständigkeiten der SKA	7
2.5.1. Die vier Interventionspositionen	7
2.5.2. Funktionen der SKA	10
2.6. Arbeitsprinzipien der SKA.....	11
2.6.1. Empowerment.....	11
2.6.2. Partizipation	12
2.6.3. Kooperation und Transdisziplinarität	15
2.7. Synthese	16
3. Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)	17
3.1. Ursprung und Verortung von Gesundheitsförderung und Prävention	17
3.1.1. Krankheitsprävention.....	17
3.1.2. Gesundheitsförderung	18
3.2. Von der Betrieblichen Gesundheitsförderung zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement.....	18
3.3. Definition BGM.....	19
3.4. BGM in der Schweiz.....	19
3.5. Gesetzlicher Rahmen und die drei Säulen des BGM in der Schweiz	21
3.6. Systemtheorie als Beobachtungstheorie.....	21
3.7. Zwischen Verhalten und Verhältnissen	23
3.8. Empowerment, Partizipation, Kooperation, Koordination und Vernetzung	24
3.9. Strukturelle Herausforderungen im Aufbau und der Implementierung	26
3.10. Inhaltliche Umsetzungslücken und Widersprüche in der BGM-Praxis	26
3.11. Synthese	27
4. Gemeinsame Schnittstellen zwischen SKA und BGM	28
4.1. Gemeinsame theoretische Grundlagen.....	28

4.2.	Gemeinsame Handlungsprinzipien	28
4.3.	Funktionale Gemeinsamkeiten	29
4.4.	Spannungsfelder und strukturelle Herausforderungen.....	30
4.5.	Zusammenfassende Einordnung.....	30
5.	Methoden der SKA und ihre Relevanz für das BGM.....	31
5.1.	Wie die SKA das BGM bereichern kann	31
5.2.	Reflektiertes Rollenverständnis im Umgang mit komplexen Aufgaben.....	31
5.3.	Fachlicher Mehrwert der SKA für das BGM	33
6.	Diskussion der Ergebnisse.....	34
6.1.	Grenzen und Herausforderungen	34
6.2.	Reflexion zum methodischen Zugang.....	35
7.	Fazit und Ausblick.....	36
7.1.	Schlusswort	37
8.	Quellenverzeichnis.....	38
Anhang	42
A	Verwendung von KI gestützten Tools	42

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Fragestellungen aufgeteilt nach den Wissensformen	2
Abbildung 2: Das Handlungsmodell mit vier Interventionspositionen.....	7
Abbildung 3: Tätigkeitsfelder und Funktionen der Soziokulturellen Animation	10
Abbildung 4: Partizipationsstufen	14
Abbildung 5: Dimensionen des BGM.....	20

1. Einleitung

Gesundheit ist mehr als körperliche Unversehrtheit. Sie hängt vom Zusammenspiel zwischen sozialen, psychischen und gesellschaftlichen Bedingungen ab. In der Arbeitswelt gewinnt sie zunehmend an Bedeutung. Gleichzeitig bleiben viele betriebliche Gesundheitsmassnahmen oberflächlich. Beteiligung und Mitgestaltung werden oft erwähnt, in der Praxis aber kaum umgesetzt (Näpflin, 2018, S. 137).

Die Soziokulturelle Animation (SKA) setzt hier an. Mit ihrem partizipativen, lebensweltorientierten und prozessbezogenen Ansatz stärkt sie die Selbstwirksamkeit, die Teilhabe und die Mitgestaltung sozialer Räume. Partizipation, Empowerment und Kooperation stehen dabei im Zentrum. (Soziokultur Schweiz, 2017). Bereits Hafen (2013a) verwies auf Parallelen der SKA und der Gesundheitsförderung und Prävention (S. 180).

Diese Bachelorarbeit untersucht, wie und ob sich Prinzipien und Methoden der SKA im Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) theoretisch verordnen lassen. Zwar werden zentrale Begriffe der SKA auch im BGM verwendet, bleiben aber in der Praxis oft ohne klare inhaltliche Ausgestaltung (Schaff et al., 2023, S. 58).

Der geografische Fokus liegt beim BGM auf der Schweiz und Deutschland, da sich die Literatur auf diese beiden Länder bezieht. Die SKA wird ausschliesslich im Schweizer Kontext betrachtet.

1.1. Berufliche Relevanz und persönliche Motivation

In Bezug auf die berufliche Relevanz, lässt sich ein starker Bezug zu Art. 13.1 des Berufscodexes der Sozialen Arbeit herstellen: „Die Professionellen der Sozialen Arbeit setzen sich innerhalb ihrer Organisation für Integrität und Gesundheit schützende Arbeitsverhältnisse, für befriedigende Arbeitsbedingungen und für die stete Weiterentwicklung und Verbesserung der Qualität ihrer Organisation ein.“ (AvenirSocial, 2010, S. 14). Für die Soziale Arbeit und mit ihr die SKA bietet die folgende Auseinandersetzung mit dem BGM ein spannender und neuer Bereich. Die SKA versteht sich als offenes und dynamisches Handlungsfeld, das sich laufend weiterentwickelt und sich neuen gesellschaftlichen Herausforderungen annimmt (Wettstein, 2013, S. 58).

Im Hinblick auf das professionelle Selbstverständnis der Sozialen Arbeit lässt sich diese Rolle auch mit dem Trippelmandat nach Silvia Staub-Bernasconi (2018) einordnen. Fachpersonen bewegen sich dabei stets zwischen institutionellen Vorgaben, den Bedürfnissen der Mitarbeitenden und ihrem fachlich-ethischen Auftrag (Staub-Bernasconi, 2018, S. 122). Vor allem im betrieblichen Kontext, wo wirtschaftliche Logiken wirken, braucht es eine klare Positionierung, um diesen Spannungen professionell begegnen zu können. Wie Staub-Bernasconi (2018) betont, reicht es nicht, sich auf gute Absichten oder ethische Prinzipien zu berufen. Es braucht vielmehr Fachwissen, reflektierte Haltungen und die Fähigkeit, mit Machtverhältnissen konstruktiv umzugehen (S. 123). Hier kann

die SKA mit ihrem kritischen, beziehungsorientierten und reflektierten Zugang einen wertvollen Beitrag leisten.

Die persönliche Motivation des Autors für die vorliegende Bachelorarbeit ergibt sich aus seiner beruflichen Herkunft als Fachmann Gesundheit und dem damit verbundenen Interesse an gesundheitsbezogenen Themen. Ein Gastmodul in Gesundheitswissenschaften an der Universität Luzern ermöglichte ihm, die ersten theoretischen Verknüpfungen zwischen der SKA und dem BGM herzustellen, die er im Rahmen seiner Bachelorarbeit vertiefen wollte.

1.2. Fragestellung und Zielsetzung der Arbeit

Aus der ausgeführten Ausgangslage ergibt sich für den Autor folgende Hauptfragestellung.

Hauptfragestellung	
Inwiefern eignen sich die Methoden der Soziokulturellen Animation für das Betriebliche Gesundheitsmanagement und wie können sie angewendet werden?	
Wissensform	Fragestellung
Beschreibungswissen	Welche Methoden der Soziokulturellen Animation werden in der Literatur beschrieben, die für das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) relevant sein könnten?
Erklärungswissen	Wie lassen sich die Prinzipien und Methoden der Soziokulturellen Animation (z. B. Partizipation, Empowerment, Vernetzung) mit bestehenden Konzepten des Betrieblichen Gesundheitsmanagements theoretisch verbinden?
Bewertungswissen	Welche Chancen und Herausforderungen ergeben sich bei der Anwendung der Methoden der Soziokulturellen Animation im Betrieblichen Gesundheitsmanagement?
Handlungswissen	Welche theoretischen Anknüpfungspunkte liefert die Literatur, um Methoden der Soziokulturellen Animation konkret im Betrieblichen Gesundheitsmanagement einzusetzen?

Abbildung 1: Fragestellungen aufgeteilt nach den Wissensformen (eigene Darstellung).

1.3. Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Bachelorarbeit besteht aus drei Abschnitten. Im ersten Teil wird in das Thema eingeführt, die Fragestellung hergeleitet und die persönliche Motivation, sowie die fachliche Relevanz im Kontext der Sozialen Arbeit erläutert. Der Hauptteil umfasst die Kapitel zwei bis fünf. Zunächst werden die beiden zentralen Bereiche Soziokulturelle Animation (SKA) und Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) theoretisch aufgearbeitet. Danach werden konzeptionelle Schnittstellen analysiert und methodische Anknüpfungspunkte herausgearbeitet. Schliesslich werden die zentralen Erkenntnisse zusammengefasst, kritisch reflektiert und ein Ausblick auf mögliche Weiterentwicklung und Anwendungsperspektiven gegeben.

2. Soziokulturelle Animation (SKA)

Dieses Kapitel bietet einen Überblick über zentrale Grundlagen der Soziokulturellen Animation (SKA). Dabei wird aufgezeigt, wie sich die SKA historisch entwickelt hat, wie sie definiert und systemtheoretisch eingeordnet wird. Im weiteren Verlauf werden Rollen, Prinzipien und Methoden, die das professionelle Handeln prägen, erläutert. Im Fokus steht die Frage, welche Funktionen die SKA in der Gesellschaft übernimmt und wie sie im Spannungsfeld zwischen System und Lebenswelt agiert. Das Kapitel schafft eine Grundlage für die weitere Analyse der Verbindung zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement.

2.1. Geschichte der SKA

Ein historischer Rückblick der SKA ist hilfreich, damit die heutigen Ziele und Arbeitsweisen der Soziokulturellen Animation besser eingeordnet werden können.

Die Ursprünge der SKA liegen in Frankreich und sind eng mit der „éducation populaire“ verknüpft. Das war eine Bewegung zur Förderung der Arbeiter:innenklasse. Neben kirchlich geprägter Wohltätigkeit entstanden auch gewerkschaftliche und jugendpolitische Ansätze, die Selbstorganisation und gesellschaftliche Teilhabe stärkten (Wettstein, 2013, S. 17–18).

In der Schweiz entstanden die ersten Formen der SKA in den 1950er Jahren. Getragen wurde die Entwicklung zunächst durch private Träger wie Kirche oder Gewerkschaften und später auch durch den Staat. Ab den 1960er Jahren professionalisierte sich das Feld zunehmend, was schliesslich zur heutigen Möglichkeit einer entsprechenden Ausbildung auf Hochschulebene führte. (Wettstein, 2013, S. 24–25).

2.2. Allgemeine Definition der SKA

Der Begriff Soziokulturelle Animation lässt sich nicht einheitlich definieren. Somit entfällt auch der Anspruch auf die Vollständigkeit der Definition. Je nach Sprachraum und Region wird er anders definiert. Es gibt jedoch gemeinsame zentrale Bestandteile der verschiedenen Definitionen, wie

beispielsweise die Aktivierung von einzelnen Personen und Gruppen. Dies bedingt zuerst einer gesellschaftlichen Analyse durch die SKA, die den Menschen Zugänge verschafft, die ohne sie nicht möglich gewesen wären. Das bedeutet, dass die SKA den Menschen mit dem gesellschaftlichen Wandel umzugehen und diesen aktiv mitzugestalten hilft. Personen und Gruppen, die sonst wenig Einfluss auf Veränderungen haben, werden dabei besonders unterstützt. Vor allem die Projektarbeit zielt darauf ab, Handlungsmöglichkeiten für die Menschen zu schaffen (Wettstein, 2013, S. 39).

In den verschiedenen Definitionen lassen sich zwei Hauptperspektiven der SKA unterscheiden, welche je nach Autor:in mehr zur Geltung kommen: Zum einen ist dies die gesellschaftspolitische Perspektive und zum anderen die individualisierende Perspektive. Erstere zielt darauf ab Menschen durch kollektives Handeln, demokratische Prozesse und Mitbestimmung zu befähigen, sich besser orientieren zu können und das Leben gemeinsam aktiv zu gestalten. Die SKA lebt dabei die Demokratie durch Transparenz, Bedürfnisorientierung und Konfliktfähigkeit vor. Die individualisierende Perspektive setzt ihren Fokus auf die Freizeitgestaltung der einzelnen Personen. Dies vor allem mit dem Blick auf die Steigerung der Lebensqualität (Wettstein, 2013, S. 40).

Die aufgezeigte Offenheit des Begriffes gibt der SKA die notwendige Flexibilität, die sie für ihre Wirksamkeit benötigt, bringt jedoch auch Nachteile mit sich (Wettstein, 2013, S. 58). So ist eine klare Abgrenzung zu anderen Bereichen erschwert (Hafen, 2013a, S. 158). Diese begriffliche Offenheit lässt Raum für unterschiedliche theoretische Verortungen, wie sie im nächsten Kapitel über die SKA als System dargestellt werden.

2.3. SKA als System

Die systemtheoretische Sicht nach Niklas Luhmann ist eine von vielen Perspektiven, mit denen sich die SKA in der Gesellschaft verorten, wie auch ihre Praxis und Methoden beschreiben lassen (Hafen, 2013a, S. 159): Ein einzelner Mensch, eine Organisation, eine Familie oder eine Jugendgruppe können als „System“ bezeichnet werden. Ein zentraler Gedanke der Systemtheorie ist der Begriff „Beobachtung“. Dies bedeutet mehr als etwas nur wahrzunehmen. Bei der Beobachtung geht es um die Unterscheidung und Benennung vom Beobachteten. Auf die SKA angewendet bedeutet dies, dass diese von anderen Disziplinen wie der Sozialarbeit oder Sozialpädagogik abgegrenzt wird. Gleichzeitig bedeutet es für jeden Menschen etwas Anderes. So könnte eine jugendliche Person eine andere Vorstellung der Arbeit und Herausforderungen von der SKA haben als ein:e Jugendarbeiter:in oder ein zuständiger Gemeinderat. Somit besagt die Systemtheorie, dass jedes System aus seiner eigenen Perspektive beobachtet (Hafen, 2013a, S. 161–162). Dabei wird das jeweilige System von vergangenen Erlebnissen und Erfahrungen geprägt, was sich auf seine Beobachtungen und Reaktionen auswirkt. So kann nie vorhergesagt werden, wie verschiedene Zielgruppen auf die Angebote der SKA reagieren, was die Systemtheorie als „operative Geschlossenheit“ bezeichnet. Systeme können nicht von aussen gelenkt werden, sondern entscheiden selbstständig, wie sie auf ihre Umgebung reagieren. Beispielsweise kann es vorkommen, dass eine Gemeinde eine Sommeraktion

für Jugendliche als reine Freizeitgestaltung sieht, während dieselbe Aktion aus Sicht der Jugendlichen eine wichtige Gelegenheit für Mitsprache und kreative Selbstverwirklichung.

Zusammenfassend bedeutet dies, dass die SKA keinen direkten Einfluss auf das Denken und Handeln ihrer Zielgruppen nehmen, aber Angebote gestalten kann, die zur Interaktion und Reflexion einladen, welche dann aus eigenem Willen von jedem Individuum wahrgenommen werden können (Hafen, 2013a, S. 163).

Auch aus Sicht der Systemtheorie lässt sich die SKA nicht klar beschreiben. Was sie ist, hängt davon ab, wer sie aus welcher Perspektive beobachtet. Nach Luhmanns Theorie sind alle gesellschaftlichen Phänomene, und somit auch Berufe, sozial konstruiert. Das bedeutet für die SKA, dass sie durch Sprache, Praxis und institutionelle Strukturen besteht. Das öffnet wiederum den Raum, das Verständnis von SKA aktiv mitzugestalten. Ihre Identität ist noch im Aufbau und kann unter anderem durch Fachhochschulen und Berufspraktiker:innen geprägt werden (Hafen, 2013a, S. 173–174).

Ein weiteres wichtiges Konzept der Systemtheorie ist die „funktionale Differenzierung“. Damit meint Luhmann, dass man vor vielen Jahren begann, sich in operierende Systeme aufzuteilen, die spezielle Funktionen erfüllen. Ein Beispiel hierfür wäre die Wirtschaft als System und eine Bank als operierende Organisation in diesem System (Hafen, 2013a, S. 166).

Ein zentrales Merkmal von solchen Funktionssystemen ist ihr binärer Code. Das heisst, sie arbeiten mit einer einfachen Grundunterscheidung, die festlegt, welche Informationen und Handlungen dazugehören. Anhand des Beispiels des Wirtschaftssystems gehört hierzu die Unterscheidung Zahlung/Nichtzahlung. Lediglich Vorgänge, bei denen bezahlt oder nicht bezahlt wird, gehören zur Kommunikation des Wirtschaftssystems. In Bezug auf die Codierung des Funktionssystems Soziale Arbeit gibt es diverse Argumente, welche primäre Codierung ihr zuzuordnen ist. Zur Debatte stehen Hilfe/Nichthilfe, Fall/Nichtfall oder Bedürftigkeit/Nichtbedürftigkeit. (Hafen, 2013a, S. 174–175). Die SKA kann ebendiesem System Soziale Arbeit zugeordnet werden. In ihren Tätigkeiten arbeitet die SKA vorbeugend. Aus diesem Grund kann als Ergänzung zu den erwähnten primären Codierungen, die sekundäre Codierung Prävention/Behandlung ergänzt werden. Vereinfacht gesagt, bezieht sich das System Soziale Arbeit somit nicht nur auf Situationen, in denen Hilfe geleistet oder nicht geleistet wird, sondern auf Massnahmen welche die Entstehung von Situationen mit Hilfebedarf erst gar nicht entstehen lassen (Hafen, 2013a, S. 177).

2.4. Die SKA zwischen System und Lebenswelt

Die Soziokulturelle Animation bewegt sich ständig im Zwischenraum von System und Lebenswelt der Menschen. Als Systeme werden dabei Strukturen der Gesellschaft wie zum Beispiel Verwaltungen, der Markt oder die Politik verstanden. In diesem Zwischenraum ist es Aufgabe der SKA, zu vermitteln, Teilhabe zu ermöglichen und die Lebenswelt vor der Vereinnahmung durch die Systeme zu schützen. Die SKA schafft Räume, in denen Verständigung, Beteiligung und gemeinsames

Handeln entstehen können (Hangartner, 2013, S. 274–275). Dabei geht es um einen Verständigungsprozess, bei dem sich die Beteiligten auf eine Bedeutung ihres Handelns, ihrer Aussagen und ihrer Ziele einigen und nicht nur um das reine Aushandeln von Interessen. Dieser Prozess bezeichnet Habermas als „kommunikatives Handeln“ (Habermas, 1995, S. 184–185). Die Schaffung solcher Aushandlungsräume und somit auch die Vermittlungsarbeit der SKA findet oft im Kontext ihrer vielfältigen Arbeitsfelder statt. Professionelle der SKA arbeiten dabei häufig in Projekten oder Einrichtungen, in denen ihre Rolle nicht klar festgelegt ist. Das Berufsfeld muss sich daher immer weiterentwickeln und neu definieren. Für die Fachpersonen bedeutet das, dass sie sich ebenfalls immer wieder in Spannungsfeldern zwischen Nähe zu den Zielgruppen und Anforderungen von Behörden, wie auch zwischen kreativer Arbeit mit den Zielgruppen und strategischem Denken auf Organisationsebene bewegen müssen. Beispielsweise wenn eine Fachperson der SKA zwischen einer Gruppe Jugendlicher, die einen Skatepark plant und der Gemeindeverwaltung vermittelt, indem sie beide Seiten an einen Tisch bringt und die Anliegen in eine gemeinsame Sprache übersetzt. Diese Flexibilität verlangt neben fachlichem Können auch die Bereitschaft, sich laufend neue Kompetenzen anzueignen. Je nach Arbeitsort sind dabei unterschiedliche Fähigkeiten gefragt, die vor allem kommunikative und soziale Kompetenzen umfassen. Die SKA lässt sich somit als agiler Beruf zwischen System und Lebenswelt verstehen (Hangartner, 2013, S. 278–280).

Die dynamische Positionierung zwischen System und Lebenswelt prägt auch die vielfältigen Rollen und Funktionen von Fachpersonen der Soziokulturellen Animation, worauf im nächsten Kapitel eingegangen wird.

2.5. Rollen und Zuständigkeiten der SKA

Die SKA arbeitet stark kontext- und prozessbezogen, weshalb sie methodisch nicht über standardisierte Verfahren gefasst werden kann. Anstelle von klar definierten Methoden sind es vor allem Grundhaltungen, Prinzipien und Funktionen, die das professionelle Handeln in der SKA prägen. Moser et al. (1999) entwickelten ein Handlungsmodell mit vier Interventionspositionen, mit dem sich die vielfältigen Aufgaben der SKA einfacher beschreiben lassen (Moser et al., 1999, S. 122). Hangartner (2013) ging ebenfalls auf dieses Handlungsmodell ein und ergänzte die Erklärungen von Moser et al. durch eigene Anpassungen (Hangartner, 2013, S. 296).

Moser et al. zeigt im obigen Modell vier Positionen, die jeweils bestimmte Aufgabenbereiche und Blickwinkel im professionellen Rahmen repräsentieren, miteinander in Verbindung stehen und sich gegenseitig ergänzen. Im Zentrum des Modells stellt die Animationsposition das Herzstück der SKA dar. Ihre Anwendung zeigt sich stets im Zusammenspiel mit den anderen Positionen. Um die Animationsposition herum gibt es zudem die Konzeptposition, die Organisationsposition und die Vermittlungsposition. Im folgenden Kapitel wird genauer auf die vier Interventionspositionen eingegangen und gezeigt, wie sie verstanden werden.

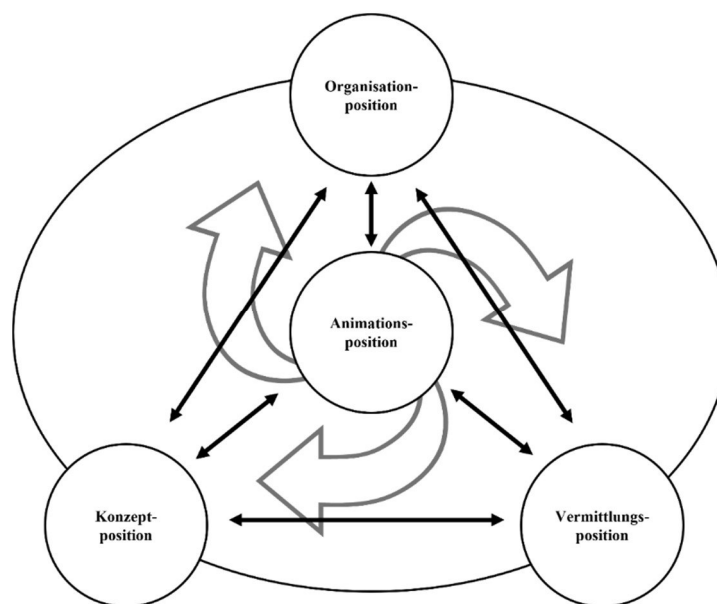


Abbildung 2: Das Handlungsmodell mit vier Interventionspositionen (eigene Darstellung, auf der Basis von Moser et al., 1999, S. 122).

2.5.1. Die vier Interventionspositionen

Die Animationsposition steht im Mittelpunkt des Handelns von Professionellen der SKA und zielt darauf ab, die Menschen zu befähigen, anzuregen und zu ermutigen, sich aktiv mit ihrer Lebenswelt auseinanderzusetzen. Dabei stehen das Beleben und die Unterstützung der selbstständigen Handlung im Vordergrund. Animieren startet beim Aufbau einer guten Beziehung zu den Zielgruppen und hört bei der Selbsttätigkeit auf. Die Position basiert auf der Haltung des Probierens, Korrigierens und des Lernens. Sie entfaltet sich jeweils in Verbindung mit den anderen

Handlungsdimensionen und zielt darauf ab, möglichst nahe an der Lebenswelt Räume für Teilhabe und Entwicklung zu schaffen (Hangartner, 2013, S. 302–304). So kann eine Animator:in beispielsweise eine Gruppe Jugendlicher von der Ideenfindung bis zur Umsetzung eines Graffiti-Projekts begleiten, ohne selbst künstlerisch tätig zu werden und kann so die Selbsttätigkeit der Beteiligten fördern.

Die Fachpersonen arbeiten aus der Organisationsposition mit den Zielgruppen an Projekten, Aktivitäten und der Strukturierung, Gestaltung und Weiterentwicklung von Prozessen. Es geht dabei nicht nur um die praktische Umsetzung, sondern auch um die Zielformulierung und die nachhaltige Verankerung der Ergebnisse. Das zentrale Ziel aus dieser Position ist, die Selbstorganisation der Beteiligten zu fördern. Es werden gezielt Handlungsräume geschaffen, die gemeinsames Lernen, Ausprobieren und Erleben ermöglichen. Die Organisationsposition ist eng mit der Animationsposition verbunden und unterscheidet sich von ihr, indem erstere mehr auf Planung und Struktur, während letztere auf spontane Anregungen ausgerichtet ist (Hangartner, 2013, S. 304–305). Ein Beispiel hierfür ist ein interkulturelles Gartenprojekt, bei dem die SKA die Koordination von Pflanzplänen, Materialbeschaffung und Gruppentreffen übernimmt, um so die Selbstorganisation der Teilnehmenden zu fördern.

Aus der Konzeptposition erheben Professionelle der SKA die Bedürfnisse von Zielgruppen. Dies geschieht durch das Analysieren der Lebenswelt und deren Einbettung im gesellschaftlichen Kontext. Konzepte verbinden verschiedene Wissensformen, wie das Beschreibungs-, Erklärungs-, Handlungs- und Bewertungswissen. So entsteht ein Planungsrahmen, der Zielgruppen, Ziele, Methoden, Ressourcen und die Zusammenarbeit zwischen Beteiligten nachvollziehbar strukturiert. Die Konzeptarbeit ist eng mit der Praxisforschung verknüpft. Diese ist nutzungsorientiert, partizipativ, qualitativ und entsteht in der Regel gemeinsam mit der Zielgruppe. Dazu können verschiedene Methoden, wie die aktivierende Befragung, die Sozialraumanalyse oder andere kreative Methoden zur Generierung von Wissen genutzt werden, die in die Konzeptarbeit einfließen. Die SKA könnte zum Beispiel vor der Eröffnung eines neuen Quartierzentrums eine aktivierende Befragung durchführen. So könnten die Bedürfnisse und Ideen der Bevölkerung systematisch in die Planung miteinbezogen werden. Ziel ist ein gemeinsamer Lernprozess, der Selbstreflexion, Mitgestaltung und Veränderung ermöglicht. Praxiskonzepte schaffen die Basis für methodisches Handeln und sind auf die spezifischen Bedingungen eines Projektes oder einer Institution zugeschnitten. Eine solche strukturierte Arbeitsweise hilft bei der Zusammenarbeit im Team, bei der Zieldefinierung und dabei, Arbeitsformen wirksam aufeinander abzustimmen. Somit übernimmt die Konzeptposition eine doppelte Funktion. Einerseits gibt sie nach innen Sinn und andererseits liefert sie nach Aussen die nötigen Argumente zur Legitimation für das Handeln (Hangartner, 2013, S. 310–314).

Die Vermittlungsposition bezieht sich auf die Aufgabe, zwischen verschiedenen Interessen oder Systemen zu vermitteln. Dies ist vor allem in Bereichen notwendig, in denen Verständigung und Kooperation nötig sind. Im Gegensatz zu klassischer Mediation, bei welcher eine externe und neutrale Person vermittelt, handelt die Fachperson der SKA meist im direkten Lebensumfeld der Betroffenen und parteilich im Sinne eines gerechten Interessenausgleichs. Die Vermittlung dient nicht nur der Konfliktbewältigung, sondern auch zur allgemeinen Prävention. Diese Vermittlung geschieht unter anderem durch die Anleitung von Verhandlungen, Netzwerkarbeit oder durch stellvertretende Kommunikation für die Zielgruppen gegenüber den Behörden oder Organisationen. Dabei ist die Schaffung von Räumen für Dialoge, Austausch und Beteiligung das Ziel. Die Vermittlungsposition wird auch als Schlüsselposition bezeichnet, weil sie auf besondere gesellschaftliche Bedürfnisse antwortet und hohe kommunikative, soziale und reflexive Kompetenzen erfordert. Ein Beispiel ist die Vermittlung zwischen Anwohner:innen, die sich über Lärm beklagen und Jugendlichen, die einen Proberaum nutzen möchten. Ziel ist es, eine tragfähige und faire Lösung zu entwickeln. Die Vermittlung in der SKA bedeutet auch immer, dass Machtverhältnisse reflektiert werden, zwischen System und Lebenswelt übersetzt wird und dass Betroffene befähigt werden, eigene Lösungen zu entwickeln und eigenständig zu handeln (Hangartner, 2013, S. 315).

2.5.2. Funktionen der SKA

Hangartner (2013) geht nebst den Interventionspositionen auch auf die Funktionen der SKA ein (S. 287). Die folgende Abbildung stellt die Aufgaben und Funktionen der SKA übersichtlich dar.

Teilbereiche	Tätigkeitsfelder Fokussierung	Funktionen			
Politik	<i>Stadt-, Stadtteil- oder Gemeinwesenentwicklung</i>	↕ Vernetzungs- und Kooperationsfunktion ↕	↕ partizipative Funktion ↕	↕ präventive Funktion ↕	↕ Integrative Funktion ↕
Soziales	<i>Aufbau von sozialen Netzen/ Gemeinschaften/ Nachbarschaft</i>				
Bildung	<i>niederschwellige nach- oder ausserschulische Angebote</i>				
Kunst/ Kultur	<i>Niederschwellige Angebote für kulturelle Beteiligung</i>				
Sport	<i>Niederschwellige Angebote durch Animation auf spielerische Weise</i>				
Tourismus/ Freizeit	<i>alternative, kulturell und ökologisch nachhaltige Angebote</i>				
Wohnen/ Wohnumfeld	<i>Wohnbaugenossenschaften, grosse Siedlungen</i>				

Abbildung 3: Tätigkeitsfelder und Funktionen der Soziokulturellen Animation
(eigene Darstellung, auf der Basis von Hangartner, 2013, S. 287).

Die in der Abbildung 3 dargestellten Funktionen lassen sich grob in vier zentrale Wirkungsbereiche einteilen, die je nach Projekt, Zielgruppe und Kontext unterschiedlich gewichtet werden: Die vernetzende Funktion zeigt sich im Aufbau und in der Begleitung sozialer und kultureller Netzwerke und in der gezielten Kooperation mit relevanten Akteur:innen. Die partizipative Funktion besteht darin, neue Beteiligungsformen zu schaffen oder bestehende Formen für unterschiedliche Zielgruppen zugänglich zu machen. Damit werden auch Kinder, Jugendliche oder Personen ohne politische Rechte miteinbezogen. Bevor sich negative Entwicklungen verfestigen, entfaltet sich die präventive Funktion, indem gesellschaftliche Probleme frühzeitig erkannt, benannt und bearbeitet werden. Die integrative Funktion zielt auf die Förderung von Dialog und Verständigung zwischen verschiedenen sozialen, kulturellen oder institutionellen Gruppen und stärkt so den gesellschaftlichen Zusammenhalt (Hangartner, 2013, S. 288).

Die in diesen Positionen angelegten Funktionen werden in der praktischen Umsetzung durch grundlegende Arbeitsprinzipien konkretisiert.

2.6. Arbeitsprinzipien der SKA

Wie die Soziokulturelle Animation arbeitet, beschreibt die Schweizer Charta der Soziokulturellen Animation (2017) wie folgt: „Professionelle der Soziokulturellen Animation (...) verfügen über Kompetenzen u.a. in den Bereichen Selbstaktivierung von Betroffenen, Kommunikation, Konflikt- und Organisationsmanagement, partizipative Projektmethodik, Interdisziplinarität und Arbeiten mit Gruppen. Trans- und interkulturelle Kompetenzen ergänzen das Repertoire“ (S. 2). Auf dieser Grundlage werden im folgenden Kapitel die Arbeitsprinzipien Empowerment, Partizipation, Kooperation und Transdisziplinarität genauer betrachtet. Weitere Prinzipien wie Nachhaltigkeit, Kreativität, Diversity oder Geschlechtersensibilität können situativ in (gesundheitsfördernden) Projekten ebenfalls von Bedeutung sein (Willener & Friz, 2019, S. 40), stehen jedoch nicht im Zentrum dieser Arbeit.

2.6.1. Empowerment

Empowerment bildet ein zentrales Arbeitsprinzip der „integralen Projektmethodik“ der Soziokulturellen Animation. Es bezieht sich auf Prozesse, die Menschen befähigen, ihre Lebensrealität selbstbestimmt zu gestalten (Friz, 2019, S. 42). Norbert Herriger (2024) unterscheidet bei seiner Definition zwei theoretische Ansätze: „Empowerment als kollektiver Prozess der Selbst-Aneignung von politischer Macht“ und „Empowerment als professionelles Konzept der Unterstützung von Selbstbestimmung“ (S.19). Der zweite Ansatz bezieht sich auf das Handlungsfeld der Soziokulturellen Animation, die Empowerment als Handlungskonzept versteht. Menschen sollen dabei unterstützt werden, ihre Selbstgestaltungskräfte zu entdecken und zu nutzen. Die Begleitung von Professionellen der SKA wird vor allem dann notwendig, wenn sich Prozesse der Selbstorganisation nicht von selbst entwickeln. Ziel ist es, Bedingungen zu schaffen, die es ermöglichen, eigene Ressourcen zu aktivieren, Handlungsspielräume zu erkennen und selbst Einfluss auf die eigenen Lebensumstände zu nehmen. Dabei sollen vor allem auch ausgegrenzte Personen eine Stimme finden, um die eigene Lebenswelt mitgestalten zu können. Statt einer direkten Anleitung zur Handlung durch die Fachpersonen steht die Unterstützung und Förderung von Selbstermächtigung im Vordergrund (Herriger, 2024, S. 19–20).

Herriger (2024) definierte vier Ebenen des Empowerments, welche konstant miteinander in Verbindung stehen. Friz (2019) übernahm diese und adaptierte sie auf die Schweiz (S. 44). Daraus ergaben sich die individuelle, die institutionelle, die politische und die Gruppenebene.

In integralen Projekten sind besonders die Gruppen- und institutionelle Ebene des Empowerments zentral. Menschen schliessen sich dabei aufgrund von gemeinsamen Interessen oder Betroffenheiten zusammen, um Verantwortung zu übernehmen und ihre Anliegen aktiv zu gestalten. Fachpersonen der SKA begleiten Prozesse, indem sie beim Aufbau oder der Reaktivierung von Netzwerken unterstützen. Auf institutioneller Ebene entstehen dadurch neue Möglichkeiten der Beteiligung. Als

Institutionen werden dabei Wohnbaugenossenschaften, Jugendverbänden, NGOs oder Quartierzentren genannt (Fritz, 2019, S. 44–45).

Die Umsetzung des Empowerment-Ansatzes beeinflusst auch die Strukturen von Einrichtungen und kann Veränderungen in Abläufen, Kooperationen und Entscheidungsprozessen bewirken. Schon kleinere Veränderungen ermöglichen es, das gesamte System in Bewegung zu setzen und Neuausrichtung zu erfordern. Die Einführung von Empowerment als Prinzip bedeutet daher auch, Arbeitsaufteilung, Zeitmanagement und methodisches Vorgehen zu überdenken. Ein Beispiel hierfür ist, wenn sich Mieter:innen eines Wohnblocks mit Unterstützung der SKA zu einer Hausgemeinschaft zusammenschließen, um gemeinsam Freizeitangebote zu organisieren und sich bei Problemen gegenseitig zu unterstützen.

In diesem Zusammenhang lässt sich der Empowerment-Ansatz eng mit dem Konzept der Organisationsentwicklung verbinden. Mit Organisationsentwicklung ist ein länger angelegter Veränderungsprozess gemeint, der auf die Verbesserung von Beziehungen zwischen Institution und Umwelt, der Leistungsfähigkeit der Organisation und der Mitarbeitenden-Zufriedenheit abzielt. Eine Organisation wird dabei als komplexes soziales System verstanden. Die Organisationsentwicklung setzt auf drei Ebenen an: Dazu zählt die Gesamtorganisation, bei welcher es beispielsweise um die Umverteilung der Entscheidungsmacht geht, die Kommunikation und Zusammenarbeit im Team, wobei es sich zum Beispiel um die Schaffung der Team- und Organisationskultur handelt und zuletzt die individuelle Ebene, bei der es um die Erlangung von neuen Qualifikationen der einzelnen Person oder das organisationale Lernen geht. Empowerment verlangt somit nicht nur eine veränderte Haltung in der direkten Arbeit mit Menschen, sondern auch strukturelle Veränderungen innerhalb von Organisationen (Herriger, 2024, S. 209–210).

2.6.2. Partizipation

Im Berufscodex der sozialen Arbeit Art. 8 Abs. 6 lautet der Grundsatz der Partizipation folgendermaßen: „Die für den Lebensvollzug der Menschen notwendige Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, sowie Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit, verpflichtet zu Miteinbezug und Beteiligung der Klientinnen und Klienten, Adressatinnen und Adressaten.“ (AvenirSocial, 2010, S. 10). Die Charta der SKA bestärkt diese Arbeitsweise und erwähnt unter anderem, dass die Professionellen der SKA partizipativ arbeiten (Soziokultur Schweiz, 2017). Stade (2019) betont, dass Partizipation ein demokratisches Grundverständnis ist. Er unterscheidet die Partizipation einerseits als Ziel und andererseits als Mittel (Stade, 2019, S. 52–53). Hafen (2013) bestätigt diese Unterscheidung aus systemtheoretischer Sicht, indem er Partizipation sowohl als Methode, wie auch als Funktion zur Förderung gesellschaftlicher Teilhabe versteht (S. 193).

In der SKA dient Partizipation unter anderem der Integrationsförderung von Projektbeteiligten. Sie fördert zudem die Identifikation mit dem Lebensumfeld, die Effizienz der kommunalen Entscheidungsfindung und das Demokratieverständnis der Menschen. Zudem ist es bei einem Vorhaben

hilfreich, verschiedene Blickwinkel aus der Perspektive unterschiedlicher Stakeholder einzunehmen. So kann auf verschiedene Anliegen, gezielter reagiert werden. Beispielsweise will eine Verwaltung im Quartier eine möglichst breit abgestützte Entscheidung, um Widerstand oder Einsprachen zu vermeiden, während die Fachperson der SKA primär marginalisierte Personen aus dem Quartier miteinbeziehen will. Partizipation als Ziel trägt zur Verbesserung sozialer Gerechtigkeit bei und wirkt in diesem Sinne an der Verbesserung der Demokratie einer Gesellschaft mit. Sie zwingt die Fachperson dazu, Machtgefüge in einer Gesellschaft zu reflektieren, zu erkennen, wer bei Entscheidungen ausgeschlossen bleibt und will dem entgegenwirken (Stade, 2019, S. 52–54). Der Begriff wird heutzutage oft mit der politischen Beteiligung assoziiert. Er lässt sich aber unabhängig von der Politik anwenden. Wichtig dabei, ist das richtige Werkzeug für die unterschiedlichen Zielgruppen zu finden. Die Menschen aus einem kleinen Dorf funktionieren anders als die Menschen eines kleinen Stadtviertels. Genauso benötigt es andere Methoden, bei der Planung einer Party mit Jugendlichen als für ein Kulturfest mit Migrant:innen (Hangartner, 2013, S. 285–286).

Wird Partizipation als Ziel in ein Projekt oder Vorhaben integriert, muss vorerst bestimmt werden, welche Flughöhe angestrebt wird. Es gibt verschiedene Stufen der Partizipation (vgl. Abbildung 4), weshalb von Beginn an klar sein muss, ob Beteiligte zum Beispiel nur mitbestimmen, oder ob sie etwas selbstorganisiert durchführen (Stade, 2019, S. 54). Bei Partizipation geht es darum, Macht oder andere gesellschaftliche Ressourcen zu teilen. Wer partizipativ arbeitet, gibt einen Teil seines Einflusses ab, damit andere mehr mitentscheiden können. Wer hingegen andere nur informiert oder anhört, am Ende aber allein entscheidet, ermöglicht im eigentlichen Sinn keine echte Partizipation (Weiss & Zimmermann, 2024, S. 28). Zum Beispiel könnte ein Jugendtreff das Jahresprogramm von der Auswahl der Aktivitäten bis zur Budgetverteilung gemeinsam mit Jugendlichen planen, wodurch echte Mitbestimmung ermöglicht wird.

In der folgenden Abbildung werden die verschiedenen Partizipationsstufen mit den zugehörigen Beschreibungen dargestellt. Sie umfasst die Erläuterung der Partizipationsstufen Information, Konsultation, Mitwirkung, Mitentscheidung, partielle Selbstorganisation, unterstützte Selbstorganisation und die vollständige Selbstorganisation. Die Tabelle wird von unten nach oben gelesen. Je weiter unten die Stufe liegt, beziehungsweise je heller die Stufe eingefärbt ist, desto schwächer ist die Partizipation (Stade, 2019, S. 59).

Partizipationsstufe	Beschreibung	Mögliche Verfahrensziele	Entscheidungs- kompetenz
VOLLSTÄNDIGE SELBST- ORGANISATION	Die Adressat:innen handeln selbstorganisiert, ohne Einbindung oder Unterstützung.	eigene Bestimmung durch Adressat:innen	vollständig bei Adressat:innen
UNTERSTÜTZTE SELBST- ORGANISATION	selbstorganisiertes Handeln mit fachlicher oder struktureller Unterstützung	fachliche Begleitung, Ressourcen erschliessen, Weg zur Selbstorganisation fördern	Bei Adressat:innen, Fachpersonen beraten
PARTIELLE SELBST- ORGANISATION	Entscheidungen in Teilbereichen durch Adressat:innen, eingebunden in übergeordnete Strukturen	Delegation, Verantwortung teilen, Autonomie fördern	wird von der Fachperson/ Projektverantwortliche teilweise an Adressat:innen abgegeben
MIT- ENTSCHEIDUNG	Entscheidungen werden partnerschaftlich zwischen Adressat:innen und Fachperson/ Verantwortlichen getroffen.	gemeinsame Entscheidung in relevanten Bereichen	geteilte Verantwortung zwischen Fachperson/ Projektverantwortliche und Adressat:innen
MITWIRKUNG	Beteiligung der Adressat:innen an gewissen Teilen der Planung und Umsetzung	Ideen sammeln, Bedürfnisse miteinbeziehen	bei Fachperson/ Projektverantwortlichen, Anliegen der Adressat:innen sollen berücksichtigt werden
KONSULTATION	Die Meinung der Adressat:innen wird eingeholt und bei Entscheidungen berücksichtigt.	Akzeptanz gewinnen, Meinungsbild einholen	Bei Fachperson/ Projektverantwortlichen
INFORMATION	Adressat:innen werden über Prozesse verständlich informiert.	Sensibilisierung, Bekanntmachung, Transparenz	keine

Abbildung 4: Partizipationsstufen (eigene Darstellung, auf der Basis von Stadel, 2013, S. 58 - 59).

Damit die Partizipation gelingt, müssen Adressat:innen die angebotenen Möglichkeiten auch nutzen können und wollen. Projekte der SKA sollen deshalb vor allem barrierefrei und inklusiv sein. Dies geschieht über die Sprache, passende Zeiten oder auch die Rücksicht auf den Wissensstand. Nach Weiss & Zimmermann sind Beteiligte motivierter, wenn sie tatsächlich mitentscheiden können und

wenn das Thema eine gewisse Relevanz für ihre Lebenswelt darstellt. Ebenfalls ein entscheidender Faktor ist, wo und wie Partizipation stattfindet. Je nach Grösse und Kontext des Vorhabens verändert sich die Rolle der Fachperson. Für echte Mitbestimmung braucht es passende Rahmenbedingungen. Vor allem braucht es die Bereitschaft der Organisationen und der Entscheidungstragenden, ihre Macht zu teilen (Weiss & Zimmermann, 2024, S. 32–34).

2.6.3. Kooperation und Transdisziplinarität

Kooperation und Transdisziplinarität schliessen sich gegenseitig nicht aus. Es sind unterschiedliche Arbeitsweisen, die je nach Kontext eines Projektes oder Vorhabens zum Einsatz kommen. Bei der Kooperation geht es eher um die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Organisationen, während es sich bei der Transdisziplinarität um die Zusammenarbeit von Personen handelt (Willener, 2019, S. 71).

Kooperation ist ein dynamischer Prozess, der sich laufend entwickelt und für den es wichtig ist, dass zwischen den Organisationen von Beginn an offen und transparent über eigene Fähigkeiten und vorhandene Mittel kommuniziert wird. So kann Vertrauen aufgebaut und gestärkt werden. Zusätzlich werden so gemeinsame Ziele, sowie Arbeitsinhalte geklärt. Im weiteren Verlauf der Kooperation muss die Zusammenarbeit gepflegt werden (Willener, 2019, S. 68).

Die Transdisziplinarität zielt auf die Zusammenarbeit von Personen ab. Ein wichtiges Kriterium dabei ist, dass die Personen aus mindestens zwei verschiedenen Fachbereichen auf gemeinsame Absichten hinarbeiten. Dabei kann zwischen der Transdisziplinarität als Integrationsorientierung und der Transdisziplinarität als Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Praxis unterschieden werden. Ersteres meint, dass Fachleute aus diversen Bereichen ein gemeinsames Problem bearbeiten. Sie arbeiten auf ein gemeinsames Verständnis und eine integrierte Lösung hin. Ein praktisches Beispiel wäre ein Gesundheitsprojekt für Senior:innen, in dem die SKA mit Ärzt:innen, Physiotherapeut:innen und Freiwilligen aus dem Quartier zusammenarbeitet, um ein gemeinsames Bewegungsprogramm zu entwickeln. Zweiteres meint die Zusammenarbeit aus Wissenschaft und Praxis. Betroffene Personen aus der Praxis werden dabei aktiv in die Forschung einbezogen. So kann Wissen generiert werden, welches direkt in der Praxis anwendbar ist (Willener, 2019, S. 71–72).

Es gibt noch weitere Ansätze, wie die Begriffe Kooperation und Transdisziplinarität definiert und wie sie in der Praxis angewendet werden. Es sind verschiedene Formen der Zusammenarbeit. Wichtige gemeinsame Nenner sind unter anderem, dass beide viel Zeit benötigen, bei beiden der Erhalt und die Aufrechterhaltung der Zusammenarbeit durch die Verantwortlichen wichtig ist und dass der Mehrwert zum Beispiel in einem Projekt für alle Beteiligten bei der Zusammenarbeit verständlich ist. Zudem ist die laufende Reflexion zur Vorbeugung von Problemen und Verständigungsproblemen entscheidend (Willener, 2019, S. 75).

Diese Prinzipien bilden die Grundlage für eine praxisnahe, theoretisch fundierte und gesellschaftlich relevante SKA.

2.7. Synthese

Trotz ihres stark vom Kontext geprägten Handelns, stellt die SKA einen eigenständigen und theoretisch fundierten Teilbereich der Sozialen Arbeit dar. Ihre geschichtliche Entwicklung, die Einbettung in die Systemtheorie und das Rollenverständnis anhand des Interventionsmodells zeigen, dass die SKA auf operativer, strategischer und gesellschaftlicher Ebene wirken kann. Grundprinzipien wie Empowerment, Partizipation und Kooperation bilden das Fundament des professionellen Handelns. Sie zielen darauf ab, vorhandene Ressourcen zu aktivieren, Teilhabe zu ermöglichen und Strukturen weiterzuentwickeln. Besonders deutlich wird dies in den vier Interventionspositionen, die unterschiedliche Rollen und Funktionen innerhalb komplexer sozialer Zusammenhänge sichtbar machen.

Die in der Literatur genannten Funktionen der SKA (partizipativ, präventiv, integrativ, vernetzend) verdeutlichen, dass der Beitrag der SKA weit über individuelle Unterstützung hinausgeht. Sie gestaltet soziale Prozesse aktiv mit, indem sie kollektive Lernprozesse, Verständigung und gesellschaftliche Kohäsion ermöglicht. Damit eröffnet sich ein theoretisch fundierter Rahmen, um im nächsten Schritt zu prüfen, inwiefern sich diese Prinzipien, Funktionen und Arbeitsweisen auch in anderen gesellschaftlichen Feldern wiederfinden und dort sinnvoll integriert werden können.

3. Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)

Das betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) hat sich in den letzten Jahrzehnten zu einem zentralen Handlungsfeld der Gesundheitsförderung entwickelt. Es vereint unterschiedliche Ansätze aus Prävention, Gesundheitsförderung und Managementpraxis. Es soll die Gesundheit und Leistungsfähigkeit von Mitarbeitenden systemisch stärken. In diesem Kapitel wird das BGM aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet. Dazu gehören eine begriffliche und historische Einordnung, zentrale Definitionen, gesetzliche Rahmenbedingungen in der Schweiz, sowie eine systemtheoretische Betrachtung. Abschliessend werden Herausforderungen und Umsetzungslücken diskutiert, damit ein realistisches Bild des Potenzials und der Grenzen des BGM gezeichnet werden kann.

3.1. Ursprung und Verortung von Gesundheitsförderung und Prävention

Im Zusammenhang mit dem BGM kommen die Begriffe Gesundheitsförderung und (Krankheits-) Prävention oft vor. Aus diesem Grund lohnt sich eine genauere Auseinandersetzung mit diesen Begriffen. Gesundheitsförderung wurde durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) geprägt und basiert auf einem erweiterten Gesundheitsverständnis. Das bedeutet, dass Gesundheit nicht mehr nur als Abwesenheit von Krankheit, sondern als Zustand psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens verstanden wird (WHO, 1946).

3.1.1. Krankheitsprävention

Die Krankheitsprävention existiert bereits seit dem 19. Jahrhundert. Der Fokus lag dabei auf der Verhinderung von Risiken und war ausschliesslich medizinisch orientiert. Die Interventionen zur Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit wurden von Fachpersonen und Institutionen durchgeführt. Die Prävention verfolgte also einen pathogenetischen Ansatz, der sich an der Entstehung und dem Verlauf einer Krankheit orientiert. Die Durchführung einer „präventiven“ Intervention wird in der Regel durch das Erkennen eines Risikofaktors ausgelöst. Die Risikofaktoren lassen sich in genetische, physiologische und psychische Anlagen, behaviorale Dispositionen, sowie psychische und ökologische Expositionen unterteilen. Zudem werden drei Formen von Prävention unterschieden: die primäre, die sekundäre, sowie die tertiäre Prävention. Die primäre Prävention greift bei bestehenden Risikofaktoren möglichst frühzeitig ein, noch bevor erste Symptome einer Krankheit auftreten. Sekundäre Prävention setzt an, sobald erste Anzeichen einer Erkrankung erkennbar sind und versucht, Verschlimmerungen zu vermeiden. Bei der tertiären Prävention werden Menschen bei der Wiederherstellung ihrer Lebensqualität und Funktionsfähigkeit nach einem schweren Krankheitsverlauf begleitet (Hurrelmann et al., 2024, S. 25–26).

3.1.2. Gesundheitsförderung

Mit der Verabschiedung der Ottawa-Charta 1986 wurde Gesundheitsförderung als Konzept eingeführt. Ein zentraler Aspekt davon ist die Befähigung der Menschen zur aktiven Mitgestaltung ihrer ökonomischen, ökologischen, kulturellen und sozialen Lebensbedingungen. Somit orientiert sich die Gesundheitsförderung an einem salutogenetischen Ansatz. Das bedeutet, dass sie gesundheitsbezogene Entwicklungs- und Verlaufsmuster verfolgt. Das Konzept der Salutogenese wurde von Aaron Antonovsky entwickelt und gilt als Gegenstück zur Pathogenese (Antonovsky, 1991). Es beschreibt, dass Gesundheit und Krankheit nicht nur von Belastungen abhängen, sondern ebenso von Schutzfaktoren und Ressourcen. Je mehr eine Person davon zur Verfügung hat, desto wahrscheinlicher ist es, dass sie gesund bleibt (Klemperer et al., 2020, S. 69). Im Gegensatz zur Krankheitsprävention, versucht die Gesundheitsförderung Schutzfaktoren und Ressourcen zu stärken. Diese werden unterteilt in soziale und wirtschaftliche Faktoren, Umweltfaktoren, behaviorale und psychische Faktoren, sowie einen uneingeschränkten Zugang zu gesundheitsrelevanten Leistungen (Hurrelmann et al., 2024, S. 27).

3.2. Von der Betrieblichen Gesundheitsförderung zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement

Der Arbeitsplatz als Interventionsfeld der Gesundheitsförderung und Prävention wurde bereits in der Ottawa-Charta betont: „Es gilt dabei, Menschen zu lebenslangem Lernen zu befähigen, und ihnen zu helfen, mit den verschiedenen Phasen ihres Lebens, sowie eventuellen chronischen Erkrankungen und Behinderungen umgehen zu können. Dieser Lernprozess muss (...) am Arbeitsplatz (...) erleichtert werden. Wirtschaftsgremien (...) sind hier ebenso zum Handeln aufgerufen (...)“. (WHO, 1986, S. 4).

Die Arbeitswelt hat eine vielschichtige Wirkung auf die Gesundheit von Beschäftigten. Darüber hinaus kann durch Interventionen im Rahmen der Arbeit ein grosser Teil der Bevölkerung erreicht werden. Bothe et. al. bekräftigen, dass am Arbeitsplatz ebenso viele Risikofaktoren wie Ressourcen vorhanden sind, die sich auf die Gesundheit auswirken können (Bothe et al., 2024, S. 391). In der Schweiz können so mehr als zwei Drittel der Bevölkerung ab 15 Jahren erreicht werden (Bundesamt für Statistik, 2025).

Auf dieser Grundlage entstand die Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) (Weissbrodt, 2018, S. 14). Die Mitgliedstaaten des europäischen Netzwerkes für Betriebliche Gesundheitsförderung, bei dem auch die Schweiz ein assoziiertes Mitglied ist, erarbeiteten die Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union. Der Fokus dieser Deklaration liegt auf der Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen, der Förderung einer aktiven Mitarbeitendenbeteiligung und der Stärkung persönlicher Kompetenzen (Europäisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung, 1997, S. 4). Eine Erweiterung dieses Konzeptes ist das Betriebliche Gesundheitsmanagement (Weissbrodt, 2018, S. 14).

3.3. Definition BGM

Betriebliches Gesundheitsmanagement verfolgt einen umfassenden und vernetzten Ansatz, der Massnahmen zur Vorbeugung, zur Förderung der Gesundheit und zur gesundheitlichen Betreuung im Arbeitsumfeld miteinander verbindet. BGM bedeutet, dass Unternehmen und Behörden gesundheitsförderliche Strukturen und Abläufe systematisch und langfristig gestalten. Es zielt darauf ab, die Gesundheit, sowie die Arbeitsfähigkeit der Mitarbeitenden zu erhalten und zu fördern. Dazu braucht es einen Steuerungsprozess, welcher individuelle, gruppenbezogene, und organisationale Aspekte berücksichtigt. Ein solcher Prozess muss auf eine Organisation abgestimmt werden, da es kein Standardmodell gibt, welches zu jedem Betrieb passt (Lange et al., 2022, S. 30). Uhle & Treier bekräftigen dies und ordnen dem BGM gesamthaft vier Handlungsfelder zu, welche einen ganzheitlichen Ansatz umfassen. Dazu zählen die Ebene des Individuums (zum Beispiel Gesundheitsbildung, medizinische-psychische Betreuung und Coaching), der Organisationsebene (beispielsweise Führung und Verankerung von Gesundheit in der Unternehmenskultur), der Ebene der Arbeitsbedingungen (sowie die Einhaltung der Sicherheitsstandards, Ergonomie am Arbeitsplatz und Arbeitszeitgestaltung) und die Berücksichtigung des sozialen Umfelds (zum Beispiel Familie und Work-Life-Balance) (Uhle & Treier, 2019).

Das BGM wird von der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) unterschieden. Die BGF umfasst sämtliche Strategien zur Vorbeugung und Förderung der Gesundheit im beruflichen Umfeld. Dies kann durch interne und externe Ressourcen übernommen werden. Das BGM strebt dagegen einen ganzheitlichen Ansatz der Prävention, Gesundheitsförderung und Versorgung in Betrieben an. Der Management-Begriff zeigt, dass es um eine koordinierte Führungsaufgabe geht. Im Unterschied zur BGF bezieht sich das BGM auf Strukturen und Prozesse, mit denen Gesundheit systematisch im Unternehmen verankert und gesteuert wird (Bothe et al., 2024, S. 395). Im betrieblichen Alltag lässt sich diese Definition beispielsweise an einer Situation verdeutlichen, in der ein Unternehmen feststellt, dass die Krankheitsausfälle in einer Abteilung zunehmen. Anstatt ausschliesslich auf individuelle Präventionsmassnahmen wie Fitnessabos oder Gesundheitsschulungen zu setzen, wird im Rahmen des BGM zusätzlich die Arbeitsplatzgestaltung überprüft, die Arbeitsprozesse analysiert und der Dialog mit den Mitarbeitenden gesucht. Durch diese Kombination von verhältnis- und verhaltensorientierten Massnahmen entsteht ein ganzheitlicher Ansatz, der sowohl die Arbeitsbedingungen verbessert, als auch die individuellen Gesundheitskompetenzen stärkt.

3.4. BGM in der Schweiz

In der Schweiz wird die Gesundheitsförderung und Prävention durch die privatrechtliche Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz auf gesetzlicher Grundlage lanciert und koordiniert (Gesundheitsförderung Schweiz, 2024a). Orientierung bietet dabei erneut die Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1986, die als politischer Handlungsrahmen für Gesundheitsförderung dient. Auf dieser theoretischen Grundlage wurden die ersten konzeptionellen Papiere für

Gesundheitsförderung Schweiz konzipiert. Der gesetzliche Rahmen wurde 1996 in der Schweiz mit Art. 19 und Art. 20 des Krankenversicherungsgesetzes, sowie dem Art. 2 und Art. 41 der Bundesverfassung gesetzt (Gesundheitsförderung Schweiz, 2024b, S. 6–9).

Gesundheitsförderung Schweiz bezeichnet BGM als einen gezielten und systematischen Prozess, der zur Verbesserung gesundheitsbezogener Einflussfaktoren am Arbeitsplatz beiträgt. Das BGM schafft durch die bewusste Gestaltung von betrieblichen Strukturen und Abläufen die Grundlagen für das körperliche und psychische Wohlbefinden der Mitarbeitenden. Das erfolgreiche BGM setzt voraus, dass alle Akteur:innen einer Institution mitwirken. Zudem muss das BGM in die Unternehmensführung integriert sein und als Unternehmenskultur gelebt werden. Gesundheitsförderung Schweiz geht auf alle Bereiche des BGM ein. Dazu zählen die gesetzlich vorgeschriebenen und freiwilligen Massnahmen (Gesundheitsförderung Schweiz, 2025). Das BGM in der Schweiz stützt sich auf drei Säulen ab: Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz, Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF), sowie Abwesenheitsmanagement und Case Management. BGM wird in die bestehenden Managementprozesse, die Führungsaufgaben, sowie die Verwaltungs- und Organisationsprozesse eingebunden. Die Einbettung dieser Prozesse erfolgt durch die Administration, die Organisation, die Mitarbeitendenführung und das Gesundheitsverhalten (vgl. Abbildung 5). Zusätzlich erfolgt auch ein Controlling anhand der Steuerung und Überprüfung von Aktivitäten und dient der kontinuierlichen Verbesserung.

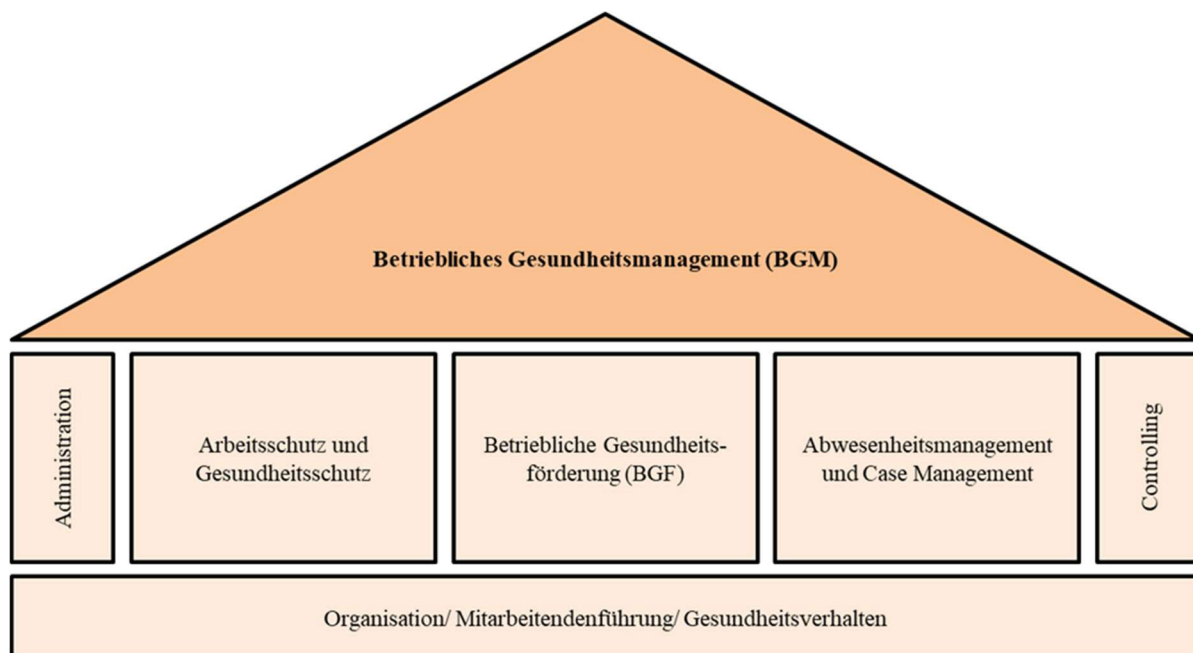


Abbildung 5: Dimensionen des BGM (eigene Darstellung, auf der Basis von Gesundheitsförderung Schweiz, 2018, S. 17)

Es gibt keinen einheitlichen funktionellen Aufbau von BGM. In vielen Fällen wird BGM wie in Abbildung fünf als übergeordnetes Dach dargestellt. Wichtig ist, dass jede Organisation in der Praxis ihr Modell den eigenen Bedürfnissen anpasst (Näpflin, 2018, S. 42).

3.5. Gesetzlicher Rahmen und die drei Säulen des BGM in der Schweiz

Neben der theoretischen und praktischen Entwicklung des BGM spielt auch der rechtliche Rahmen in der Schweiz eine zentrale Rolle. Im Folgenden werden die wichtigsten gesetzlichen Grundlagen und institutionellen Strukturen dargestellt, die das BGM stützen.

In der Schweiz wird der Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz durch rechtliche Bestimmungen geregelt. Diese legen fest, wie die Gesundheit am Arbeitsplatz sichergestellt werden soll. Dazu wird in der Schweiz in die Teilbereiche Arbeitssicherheit, Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz und betriebliche Gesundheitsförderung unterteilt. Die Arbeitssicherheit zielt darauf ab, Unfälle, sowie Berufskrankheiten zu verhindern und wird im Bundesgesetz über die Unfallversicherung geregelt. Zuständig für die Kontrolle und Prävention sind die Suva, kantonale Arbeitsinspektorate, sowie die Eidgenössische Koordinationskommission für Arbeitssicherheit (EKAS). Der Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz bezieht auf die Vermeidung arbeitsbedingter Störungen, die nicht als Unfall oder Berufskrankheit gelten. Die rechtlichen Bestimmungen sind im Arbeitsgesetz geregelt und werden von Kantonen und dem Bund, sprich dem Staatssekretariat für Wirtschaft überwacht. Auf diese beiden Teilbereiche wird in dieser Arbeit nicht genauer eingegangen.

Die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) basiert auf dem Krankenversicherungsgesetz. Sie wird von Gesundheitsförderung Schweiz und dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) getragen (vgl. Kap. 3.4). Sie ist freiwillig und zielt auf die Prävention nicht übertragbarer Krankheiten ab. BGF wird über einen Prämienzuschlag der Krankenkassen finanziert (Weissbrodt, 2018, S. 17).

Die rechtlichen und institutionellen Rahmenbedingungen bilden somit ein verbindliches Fundament, auf dem BGM-Massnahmen in Schweizer Betrieben aufgebaut werden können.

3.6. Systemtheorie als Beobachtungstheorie

Da die SKA aus Sicht der Systemtheorie bereits beschrieben wurde, soll die Systemtheorie ebenfalls zur Analyse des BGM verwendet werden.

Die Systemtheorie zählt zu den konstruktivistischen Theorien. Sie bezeichnet die Realität als Konstrukt von Beschreibungen, die zur Darstellung der Wirklichkeit dienen (Hafen, 2013b, S. 13).

Wie bereits im Kapitel 2.3 erwähnt, bildet die Operation der Beobachtung ein zentrales Element zur Beschreibung der konstruktivistischen Ausrichtung. Damit wird das Benennen eines Sachverhalts bei gleichzeitiger Unterscheidung zu etwas Anderem gemeint. Der „Sachverhalt“ oder das „Etwas“ meint in diesem Zusammenhang Begriffe wie „Prävention“, „Gesundheit“ oder „Krankheit“. Wird „etwas“ reflektiert und beschrieben, entsteht gleichzeitig auch eine Abgrenzung zu den Dingen, die es nicht ist. Somit können die Begrifflichkeiten voneinander abgegrenzt und gleichzeitig in Beziehung zu anderen Begriffen gesetzt werden (Hafen, 2013b, S. 13).

Die Systemtheorie bietet somit einen theoretischen Rahmen für die Analyse der zentralen Konzepte wie Gesundheit, Krankheit und Prävention als soziale Konstruktionen.

Aus der systemtheoretischen Sicht ist Gesundheit kein klar definierter Zustand, der sich einfach messen oder objektiv feststellen lässt. Vielmehr entsteht Gesundheit durch die Art, wie sie beobachtet und in der Unterscheidung zur Krankheit. Diese Unterscheidung kann aber nie gleichzeitig von beiden Seiten aus betrachtet werden. Es ist also nicht möglich, Gesundheit und Krankheit gleichzeitig zu beobachten. Was als „gesund“ gilt, hängt daher immer davon ab, wer beobachtet und aus welcher Perspektive. Ein Beispiel dafür ist, dass eine Person mit chronischer Krankheit sich selbst als gesund erleben kann, weil sie sich auf Aspekte wie Lebensfreude, Optimismus oder soziale Verbundenheit konzentriert. In diesem Fall tritt die Krankheit in den Hintergrund und verschwindet aus dem Blickfeld der Person. Gesundheit ist also nicht nur abhängig von objektiven Befunden, sondern auch stark geprägt von individuellen und sozialen Sichtweisen (Hafen, 2013b, S. 125)

Gesundheit wird nicht als Gegenteil von Krankheit beschrieben, sondern als Teil eines Kontinuums. Gesundheit und Krankheit sind dabei zwei Pole, zwischen denen sich Menschen ständig bewegen. Diese Sichtweise erlaubt es, auch in schwierigen Lebensphasen oder bei bestehenden Diagnosen gesunde Anteile wahrzunehmen (Hafen, 2013b, S. 124–125).

Das Verständnis von Gesundheit ist zudem kulturell und historisch unterschiedlich geprägt. Was in einer Gesellschaft als gesund gilt, kann in einer anderen ganz anders wahrgenommen werden. Auch innerhalb einer Gesellschaft gibt es Unterschiede. Gesundheit wird also nicht überall gleich verstanden, sondern ist immer abhängig vom jeweiligen Kontext (Hafen, 2013b, S. 125).

Die systemtheoretische Sicht auf Gesundheitsförderung und Prävention richtet den Blick auf sogenannte „Schutzfaktoren“. Das sind Bedingungen, die Menschen stärken und helfen, mit Belastungen besser umzugehen. Dazu zählen zum Beispiel soziale Unterstützung, körperliche Aktivität, Bildung, finanzielle Sicherheit oder der Zugang zu Gesundheitsversorgung. Diese Schutzfaktoren erhöhen die Chance, mit schwierigen Situationen auf eine gesundheitsförderliche Weise umzugehen (Hafen, 2013b, S. 128–129). Im Unterschied dazu beschäftigt sich Prävention mit dem Erkennen und Vermeiden von Risiken. Sie will zum Beispiel Krankheiten frühzeitig erkennen oder verhindern. Gesundheitsförderung hingegen versucht, vorhandene Stärken zu aktivieren und Menschen in ihrer Lebenswelt zu erreichen. Der Fokus liegt hier nicht auf Defiziten, sondern auf Ressourcen. In der Praxis verschwimmen diese beiden Begriffe jedoch oft. Projekte, die eigentlich präventiv arbeiten, werden häufig unter dem Begriff „Gesundheitsförderung“ zusammengefasst, obwohl der Fokus weiterhin auf der Vermeidung von Problemen liegt. Aus systemtheoretischer Sicht lässt sich daher sagen, dass der Begriff der Prävention den Begriff Gesundheitsförderung nicht ausschließt, auch wenn zweiteres nicht immer explizit erwähnt wird (Hafen, 2013b, S. 132–134).

Hiermit wird die Bedeutung eines reflexiven und kontextsensiblen Umgangs mit Gesundheitsbegriffen unterstrichen. Es ist eine Perspektive, die für das BGM ebenso relevant ist, wie auch für andere Handlungsfelder der Gesundheitsförderung.

3.7. Zwischen Verhalten und Verhältnissen

Ein zentrales Unterscheidungsmerkmal in der Gesundheitsförderung liegt in der Frage, ob Veränderungen auf der Ebene des individuellen Verhaltens oder der gesellschaftlichen Verhältnisse ansetzen. Diese Differenzierung bildet auch im BGM eine wichtige Grundlage zur Planung von Maßnahmen. In Bezug auf die funktionale Differenzierung aus dem Kapitel 2.3 kann der Gesundheitsförderung und Prävention die Codierung „gesund/nicht gesund“ zugeordnet werden. Damit einhergehend sind sowohl die Verbesserung der Verhaltensweisen von Individuen, als auch der gesellschaftlichen Verhältnisse gemeint, was auf die allgemeine Gesundheitsverbesserung der Bevölkerung abzielt. Dies kann aus Eigeninteresse, im Nutzen von Stakeholdern, zum Beispiel aus der Wirtschaft oder Politik, oder von bestimmten Organisationen und Personen sein (Pelikan, 2008, S. 43). Hafen (2014) spricht ebenfalls von der Verhaltensprävention (auf der Ebene des Individuums) und der Verhältnisprävention (auf der Ebene des Settings) (Hafen, 2014, S. 96).

Aus systemtheoretischer Perspektive lässt sich Verhaltensprävention als Versuch verstehen, Irritationen in der sozialen Umwelt psychischer Systeme (also von Individuen) auszulösen. Diese Irritationen sollen dazu führen, dass sich die Betroffenen anpassen und dementsprechend Lernprozesse stattfinden (Hafen, 2013b, S. 163).

Übersetzt in die Sprache des BGM zielt die Verhaltensprävention darauf ab, individuelles Risikoverhalten wie beispielsweise Rauchen oder Bewegungsmangel zu beeinflussen. Zudem sollen Personen motiviert werden, medizinische Angebote wie zum Beispiel Impfungen oder frühzeitige Untersuchungen wahrzunehmen. Ein typisches Beispiel in der Praxis ist eine Kampagne zur Masern- oder Grippeimpfung (Leppin, 2024, S. 51–53): Ein Werbevideo bei Instagram, das auf die positiven Effekte der Impfung aufmerksam macht, könnte dabei die Irritation sein. Sie löst bei einer Person, die das Video gesehen hat, einen Denkprozess aus, die sich eine Woche später für die Impfung bei ihrem Hausarzt anmeldet.

Auch nach Uhle & Treier (2019) richtet sich die Verhaltensprävention an die einzelne Person. Ziel ist es, die Gesundheitskompetenz von Mitarbeitenden zu stärken. Wissen, Einstellung und das Verhalten im Alltag sollen so beeinflusst werden, dass die eigene Gesundheit besser geschützt und gefördert werden kann. Das geschieht durch Workshops, Bewegungsangebote oder Gesundheitsberatungen (Uhle & Treier, 2019, S. 166).

Bei der Verhältnisprävention geht es darum, gesundheitsrelevante Belastungen zu verringern und Schutzfaktoren in sozialen Systemen, sowie in ihrer materiellen Umwelt zu stärken. Wie bei der Verhaltensprävention wird über gezielte Reize (Irritationen) dazu angeregt, sich selbst damit auseinanderzusetzen und so Veränderungen anzustreben (Hafen, 2013b, S. 163–167). Aus Sicht des BGM steht bei der Verhältnisprävention die Gestaltung der Lebens- und Arbeitswelt im Zentrum. Ziel ist es, Rahmenbedingungen in ökologischer, sozialer, ökonomischer oder kultureller Hinsicht so zu verändern, dass die Entstehung von Krankheiten erschwert oder verhindert wird. Konkrete Beispiele sind gesetzliche Regulierungen wie das Verbot schädlicher Baustoffe, Normen für

Abgase, ergonomische Anpassungen am Arbeitsplatz oder gesundheitsfördernde Angebote wie Salatbars in Kantinen. Auch strukturelle Veränderungen, wie flexible Arbeitszeiten oder mehr Mitbestimmung im Betrieb, zählen unter Umständen zur Verhältnisprävention (Leppin, 2024, S. 51–53). Auch Uhle & Treier bekräftigen, dass die Verhältnisprävention auf die Bedingungen im Arbeitsumfeld abzielt. Hier geht es darum, Strukturen so zu gestalten, dass sie die Gesundheit der Mitarbeitenden und der Organisation insgesamt positiv beeinflussen. Dazu zählen zum Beispiel Führungsstil, die gelebte Unternehmenskultur, sowie räumliche und zeitliche Arbeitsbedingungen. Ein praktisches Instrument ist etwa die Beurteilung psychischer Belastungen am Arbeitsplatz, um herauszufinden, wo Anpassungen nötig sind. Während der klassische Arbeitsschutz eher strukturell ansetzt und damit zur Verhältnisprävention gehört, fokussiert die betriebliche Gesundheitsförderung oft auf das Verhalten der Mitarbeitenden. Beide Ansätze sollten sich ergänzen und in einer gemeinsamen Strategie integriert werden (Uhle & Treier, 2019, S. 166–167).

Die systemtheoretische Perspektive auf Gesundheitsförderung und Prävention verdeutlicht, dass Gesundheit immer im Zusammenhang mit Beobachtung, Lebenswelt und sozialem Kontext steht. Der Fokus auf Ressourcen, Alltag und Zusammenarbeit über verschiedene Systeme hinweg erinnert an zentrale Arbeitsprinzipien der Soziokulturellen Animation. Dazu gehören zum Beispiel Partizipation, Empowerment und transdisziplinäres Arbeiten. Im folgenden Unterkapitel wird auf der Ebene der Methodik auf ebendiese eingegangen. Es gibt noch weitere Prinzipien und Methoden, jedoch haben diese für die vorliegende Arbeit keine Relevanz und würden den Rahmen sprengen.

3.8. Empowerment, Partizipation, Kooperation, Koordination und Vernetzung

Aufbauend auf der Differenzierung von Verhaltens- und Verhältnisprävention rücken in diesem Abschnitt zentrale methodische Prinzipien des BGM in den Fokus. Dazu gehören Empowerment, Partizipation, sowie Kooperation, Koordination und Vernetzung.

Empowerment ist ein methodischer Ansatz des BGM. Aus systemtheoretischer Perspektive bedeutet dies, dass Bedingungen geschaffen werden, unter denen sich ein System aus eigener Kraft weiterentwickeln kann. Fachpersonen greifen dabei nicht direkt in das System ein, sondern bieten Impulse, Informationen und Unterstützungsangebote an. Empowerment kann sich sowohl an Defiziten wie mangelnden Handlungsmöglichkeiten, als auch an vorhandenen Stärken orientieren. Fehlt zum Beispiel den Mitarbeitenden das Wissen über gesundes Arbeiten am Computer, zeigt sich Empowerment darin, ihnen dementsprechende Schulungen zu ermöglichen. Verfügen sie hingegen bereits über kreative Ideen für gesundheitsförderliche Arbeitsabläufe, besteht Empowerment darin, diese Stärken zu nutzen und gemeinsam weiterzuentwickeln. Solche Prozesse sind meist langfristig angelegt und setzen bei den Beteiligten die Bereitschaft voraus, ihre Lage verändern zu wollen und an die eigene Wirksamkeit zu glauben (Hafen, 2013a, S. 191–194).

Auch Partizipation gewinnt in der Prävention, unter anderem durch den Einfluss der Gesundheitsförderung, zunehmend an Bedeutung. Dies ist insbesondere in der Verhältnisprävention zentral. Ein

Beispiel dafür ist, wenn es darum geht, Lebensbereiche wie Schule oder Arbeitsplatz gesundheitsförderlich zu gestalten (Hafen, 2013b, S. 199). In der Praxis zeigt sich jedoch oft, dass echte Beteiligung schwer umsetzbar ist. Häufig dominieren symbolische oder scheinbare Formen, bei denen der Einfluss der Beteiligten stark eingeschränkt bleibt. Diese Spannung sollte laufend reflektiert werden. Aus diesem Grund ist es ehrlicher, begrenzte Beteiligungsmöglichkeiten offen zu benennen, anstatt Mitwirkung vorzugeben, wo sie nicht gegeben ist (Hafen, 2013b, S. 201–202).

Bereits die Ottawa-Charta hebt die Bedeutung von Partizipation und Empowerment hervor (WHO, 1986, S. 2). Uhle & Treier (2019) weisen in Bezug auf Erfolgsfaktoren im BGM darauf hin, dass Arbeits- und Umweltbedingungen gesundheits- und menschengerecht gestaltet sein müssen. Erst dadurch kann Partizipation und Empowerment auf der individuellen Ebene wirksam werden (S. 278).

Verhältnisprävention zielt auf die Veränderung sozialer Systeme ab. Diese ist häufig inter- oder multidisziplinär und bezieht Personen mit unterschiedlichen Aufgaben aus einer oder mehreren Einrichtungen ein (Hafen, 2013b, S. 204–205). Eine solche Kooperation bringt diverse Herausforderungen mit sich. Fachpersonen, die solche Prozesse begleiten oder anleiten, stehen oft vor dem Problem, dass unterschiedliche Systemkulturen aufeinandertreffen. Diese Unterschiede führen nicht selten zu Konflikten, die schwer zu bewältigen sind. Kooperation bedeutet eine strukturierte und aktive Verbindung zwischen verschiedenen Systemen (Hafen, 2013b, S. 206). In diesem Zusammenhang spielt auch Koordination eine wichtige Rolle. Sie beschränkt sich auf Information, kann aber dennoch zentral sein, wenn Tätigkeiten aufeinander abgestimmt werden müssen, obwohl keine direkte Zusammenarbeit besteht. Auch in grösseren Kooperationssystemen ist sie bedeutsam, wenn beispielsweise Subsysteme unterschiedliche Aufgaben erfüllen und aufeinander abgestimmt bleiben müssen (Hafen, 2013b, S. 207). Uhle & Treier (2019) heben die Wichtigkeit einer Koordinations- und Vernetzungsfunktion ebenfalls hervor, indem sie betonen, dass im BGM verschiedene Akteur:innen ihre Aktivitäten aufeinander abstimmen und gemeinsam Verantwortung übernehmen müssen (S. 278). Möchte beispielsweise ein Betrieb ein umfassendes Programm zur Stressprävention einführen, kann Kooperation bedeuten, dass Fachpersonen aus der Personalabteilung, der Arbeitssicherheit und dem Gesundheitsmanagement gemeinsam ein Konzept erarbeiten. Bestehen bereits Aktivitäten in einzelnen Bereichen, wird durch Koordination sichergestellt, dass diese aufeinander abgestimmt werden und sich gegenseitig ergänzen.

Im Betrieblichen Gesundheitsmanagement bilden Empowerment, Partizipation, sowie Kooperation, Koordination und Vernetzung zentrale Voraussetzungen dafür, dass gesundheitsförderliche Strukturen entstehen und Mitarbeitende aktiv in die Gestaltung ihres Arbeitsumfelds einbezogen werden.

3.9. Strukturelle Herausforderungen im Aufbau und der Implementierung

Zentrale Erfolgsfaktoren des BGM sind Partizipation der Mitarbeitenden, die Mitwirkung der Führungsebene und die Integration von BGM als ganzheitliches Konzept in der Organisation (Treier, 2023, S. 304). In vielen Unternehmen wird die Gesundheit der Mitarbeitenden weiterhin nicht ausreichend ernst genommen. Stattdessen werden vereinzelt Massnahmen ohne vorherige Bedarfsabklärung umgesetzt. Dadurch bleibt die Wirkung gering und das Vertrauen ins BGM sinkt. Es braucht klare Richtlinien und feste Gremien für die Umsetzung und Kontrolle. Führungskräfte müssen geschult werden, damit Gesundheit in der Unternehmenskultur sichtbar wird. Ein systematisches Controlling soll die Wirkung der Massnahmen prüfen und zur Weiterentwicklung beitragen. Regelmässige Kommunikation über das Thema Gesundheit in den internen Medien hilft, das Thema im Unternehmen zu verankern (Schaff et al., 2023, S. 58–59).

BGM bedeutet immer auch eine Weiterentwicklung der Unternehmenskultur- und Struktur. Zu beachten sind dabei Herausforderungen, wie mangelnde Systematik, interne Konflikte oder Widerstände, die durch Partizipation und Kommunikation gemildert werden können (Treier, 2023, S. 306). Auf die Schweiz bezogen gibt es ähnliche Tendenzen. Damit in der Schweiz das Potential von BGM stärker genutzt wird, braucht es weitere Überzeugungsarbeit und strukturelle Verbesserungen (Näpflin, 2018, S. 141).

3.10. Inhaltliche Umsetzungslücken und Widersprüche in der BGM-Praxis

Neben strukturellen Voraussetzungen, die für ein erfolgreiches BGM notwendig sind, bestehen auch inhaltliche Herausforderungen, auf die im Folgenden Abschnitt eingegangen wird.

In der Literatur zum BGM wird häufig betont, wie wichtig Partizipation und Empowerment für eine erfolgreiche Umsetzung sind. Mitarbeitende sollen aktiv in Prozesse eingebunden und in ihrer Eigenverantwortung gestärkt werden (Treier, 2023, S. 306). Diese Prinzipien werden in der Praxis oft nicht konsequent umgesetzt (Schaff et al., 2023, S. 58). Zudem weist Wenke darauf hin, dass Beteiligung auch als Zwang oder als erzwungene Mitbestimmung wahrgenommen werden kann, wenn Freiwilligkeit fehlt und Gestaltungsmöglichkeiten eingeschränkt sind (Wenke, 2018, S. 378).

Auch auf struktureller Ebene zeigen sich Schwierigkeiten. Treier macht deutlich, dass BGM mehr sein muss als das bloss Aneinanderreihen einzelner Massnahmen. Es braucht eine Verankerung in den bestehenden Strukturen und Prozessen eines Betriebs. Dazu gehören klare Zuständigkeiten, feste Gremien, verbindliche Abläufe und abgestimmte Schnittstellen mit anderen Bereichen der Organisation. Wenn diese Voraussetzungen fehlen, bleibt das BGM lückenhaft und wenig wirkungsvoll (Treier, 2023, S. 305–306). Besonders kleinere und mittlere Unternehmen verfügen häufig nicht über eine Gesundheitsstrategie (Näpflin, 2018, S. 141).

Die Rolle der Führung ist ebenfalls zentral. Gesundheitsförderung wird in der Literatur als Führungsaufgabe beschrieben. Führungskräfte sollen informiert, geschult und aktiv in die Umsetzung eingebunden werden (Schaff et al., 2023, S. 59). Nöpflin (2018) weist darauf hin, dass praxisnahe Beispiele und Weiterbildungsangebote hilfreich sein können, um BGM als lohnende Investition sichtbar zu machen (S. 141).

Darüber hinaus wird in der Literatur ein Unterschied zwischen den Begriffen, die in den Konzepten verwendet werden und dem, was in der Praxis tatsächlich umgesetzt wird, sichtbar. Begriffe wie „Partizipation“ oder „Empowerment“ werden als zentrale Bestandteile eines erfolgreichen BGM genannt (Treier, 2023, S. 306). Gleichzeitig zeigen andere Quellen, dass diese Elemente in vielen Betrieben nicht systematisch umgesetzt oder mit konkreten Prozessen verknüpft sind. Statt einer kohärenten Strategie stehen oft vereinzelte Massnahmen ohne erkennbare Verbindung zueinander im Vordergrund (Schaff et al., 2023, S. 58). Diese Diskrepanz zwischen Zielsetzung und Praxis lässt sich als Hinweis darauf verstehen, dass Beteiligung in der Umsetzung teilweise symbolisch bleibt und nicht mit echter Mitgestaltung verbunden ist.

Die aufgezeigten Lücken und Spannungsfelder unterstreichen zudem, dass ein erfolgreiches BGM nicht nur strukturelle Voraussetzungen benötigt.

3.11. Synthese

Das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) ist ein systemischer Ansatz zur Förderung und Erhaltung von Gesundheit in Organisationen. Es vereint Massnahmen der Prävention, Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Versorgung und basiert auf einem erweiterten Gesundheitsverständnis, wie es durch die WHO geprägt wurde. Die Gesundheitsförderung richtet sich nach dem salutogenetischen Prinzip und setzt auf die Stärkung von individuellen und strukturellen Ressourcen.

In der Schweiz ist das BGM gesetzlich und institutionell verankert. Es stützt sich auf drei zentrale Säulen: Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz, betriebliche Gesundheitsförderung (BGF), sowie Absenzen- und Case Management. Dabei spielen sowohl gesetzlich verpflichtende, als auch freiwillige Massnahmen eine Rolle. Die Umsetzung erfolgt innerhalb bestehender Managementprozesse und wird durch die Gesundheitsförderung Schweiz, sowie weitere Akteur:innen unterstützt. Die Systemtheorie bezeichnet Gesundheit als Ergebnis sozialer Beobachtungen und Kontextbedingungen. Die Begriffe Gesundheitsförderung und Prävention werden als funktionale Unterscheidung analysiert, wobei zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention differenziert wird. Beide Ansätze wollen durch Irritationen im System, Veränderungen auf individueller Ebene oder im sozialen und organisationalen Umfeld herbeiführen.

Zentrale Prinzipien wie Empowerment, Partizipation, sowie Kooperation und Vernetzung zeigen, dass ein wirksames BGM über Einzelmassnahmen hinausgeht. Es erfordert strukturelle Veränderungen, partizipative Prozesse und eine organisationsweite Verankerung. Die Umsetzung ist

besonders in Bezug auf die Führung, Ressourcen, Kommunikation und den Kulturwandel mit Herausforderungen verbunden. Gleichzeitig bieten diese Faktoren zentrale Ansatzpunkte für eine nachhaltige und wirksame Gesundheitsförderung im Betrieb.

4. Gemeinsame Schnittstellen zwischen SKA und BGM

Sowohl die SKA, wie auch das BGM verfolgen das Ziel, Menschen in ihren jeweiligen Kontexten oder Lebenswelten zu stärken, ihre Handlungsspielräume zu erweitern und auf gesellschaftliche bzw. betriebliche Veränderungen zu reagieren. Beide Konzepte sind in unterschiedlichen institutionellen Feldern verankert. Die SKA bewegt sich stark im sozialräumlichen und lebensweltorientierten Bereich, während das BGM im betrieblichen Kontext zu finden ist. Bei der Betrachtung aus der Metaebene lassen sich jedoch deutliche Gemeinsamkeiten in Bezug auf die Arbeitsprinzipien und theoretische Grundannahmen erkennen. Das folgende Kapitel beleuchtet diese Gemeinsamkeiten und zeigt konzeptionelle Berührungspunkte auf.

4.1. Gemeinsame theoretische Grundlagen

Das BGM nimmt in der Definition auf das erweiterte Gesundheitsverständnis einen direkten Bezug auf die WHO und das Prinzip der Salutogenese. Gesundheit wird als psychisches, physisches und soziales Wohlergehen verstanden und nicht einfach nur als Abwesenheit von Krankheit (vgl. Kap. 3.1.2). Im theoretischen Selbstverständnis der SKA wird der Begriff „Gesundheit“ nicht zentral erwähnt. Trotzdem zeigen sich in der SKA Anknüpfungspunkte an gesundheitsförderliche Prinzipien wie Teilhabe, Selbstermächtigung und die Förderung der Lebensqualität (vgl. Kap. 2.2). Diese Prinzipien bilden das Fundament der SKA und können in eine direkte Verbindung mit der Gesundheitsförderung, sprich dem BGM, gebracht werden.

Aus systemtheoretischer Perspektive ergeben sich weitere konzeptionelle Berührungspunkte. Im BGM wird Gesundheit als beobachtungsabhängige Konstruktion verstanden, die nicht als objektiver Zustand existiert (vgl. Kap. 3.6). Die SKA geht ebenfalls davon aus, dass die soziale Wirklichkeit durch Beobachtung, operative Geschlossenheit und Kommunikation innerhalb von Systemen konstruiert wird (vgl. Kap. 2.3). Beide Bereiche reflektieren damit eine konstruktivistische Haltung, welche Subjektivität, Kontext und Sinneszuschreibungen als zentrale Elemente für soziale Prozesse erachtet.

4.2. Gemeinsame Handlungsprinzipien

Neben den theoretischen Grundlagen zeigen sich auch auf der Handlungsebene zentrale Gemeinsamkeiten, die für beide Bereiche (BGM und SKA) prägend sind. Konkret lassen sich unter anderem drei gemeinsame Handlungsprinzipien feststellen: gemeint sind Empowerment, Partizipation, sowie Kooperation und transdisziplinäre Zusammenarbeit.

Empowerment bedeutet in der SKA die Förderung von Selbstgestaltung, Handlungskompetenzen und sozialer Teilhabe, vor allem bei gesellschaftlich benachteiligten Gruppen (vgl. Kap. 2.7.1). Im BGM wird Empowerment durch Massnahmen zur Stärkung individueller Ressourcen, ebenfalls als methodischer Zugang beschrieben (vgl. Kap. 3.9). Beide Bereiche unterscheiden sich in ihren institutionellen Rahmenbedingungen und doch verfolgen sie das gemeinsame Ziel, Menschen in ihrer Selbstwirksamkeit zu unterstützen.

Partizipation ist ein zentrales Prinzip beider Bereiche. Die SKA strebt Partizipation als Ziel ihrer Arbeit an und definiert sie auch als Arbeitsmethode. Sie unterstützt die aktive Mitgestaltung der eigenen Lebenswelt, fördert die soziale Gerechtigkeit und verlangt die Reflexion von Machtverhältnissen (vgl. Kap. 2.7.2). Im BGM ist sie ebenfalls ein zentrales Element. Speziell in Bezug auf die Verhältnisprävention ist Partizipation wichtig, da die Beteiligung von Mitarbeitenden die Wirksamkeit und Akzeptanz von Massnahmen erhöht (vgl. Kap. 3.9). In beiden Feldern zeichnen sich Spannungsfelder zwischen der tatsächlichen Umsetzung von echter und der scheinbaren Partizipation ab (vgl. Kap. 2.7.2 und 3.9).

Das letzte verbindende Prinzip ist die Kooperation oder auch transdisziplinäre Zusammenarbeit. Die SKA arbeitet bewusst mit unterschiedlichen gesellschaftlichen Akteur:innen zusammen, um partizipative Prozesse über die institutionellen Grenzen hinweg zu ermöglichen. Eine transparente, zielgerichtete und offene Haltung ist dabei fundamental (vgl. Kap. 2.7.3). Im BGM müssen verschiedene interne und externe Beteiligte koordiniert zusammenarbeiten (vgl. Kap. 3.9). Die Transdisziplinarität wird so zu einem verbindenden Element.

4.3. Funktionale Gemeinsamkeiten

Die SKA und BGM haben beide eine präventive Funktion. Die SKA will Probleme frühzeitig erkennen und soziale Prozesse so gestalten, dass Benachteiligung abgebaut werden kann und soziale Teilhabe ermöglicht wird (vgl. Kap. 2.6.2). Im BGM stehen unter anderem Verhältnis- und Verhaltensprävention im Zentrum. Dies geschieht durch die Gestaltung von gesundheitsförderlichen Arbeitsbedingungen oder die Stärkung von individueller Gesundheitskompetenzen (vgl. Kap. 3.7).

Ein weiterer gemeinsamer Aspekt ist die Schaffung von Handlungsräumen. Aus der Organisationsposition werden Lern- und Erfahrungsräume gestaltet, die ein kollektives Handeln, Reflexion und die Auseinandersetzung mit der eigenen Lebenswelt ermöglichen (vgl. Kap. 2.6). Im BGM werden Mitarbeitende zur aktiven Mitgestaltung des Arbeitsumfelds, um so ihre Gesundheit zu fördern (vgl. Kap. 3.9).

Zuletzt arbeiten beide Bereiche im Spannungsfeld zwischen System und Lebenswelt. Die SKA sieht sich als Brücke zwischen gesellschaftlichen Systemen und den Lebenswelten der Zielgruppen (vgl. Kap. 2.4). Im BGM geht es ebenfalls darum, die Strukturen einer Organisation mit den Bedürfnissen und Perspektiven der Mitarbeitenden in Einklang zu bringen. Dies zeigt sich vor allem in Bezug auf die Verhältnisprävention (vgl. Kap. 3.7).

4.4. Spannungsfelder und strukturelle Herausforderungen

Zwischen dem BGM und der SKA können viele inhaltliche Parallelen aufgezeigt werden. Gleichzeitig unterscheiden sie sich aber auch offensichtlich in ihrer institutionellen Verankerung und der Zielorientierung. Die SKA ist vor allem gesellschaftspolitisch motiviert und orientiert sich an der sozialen Gerechtigkeit und der Teilhabe (vgl. Kap. 2.2). Das BGM ist strategisch verankert und verfolgt unternehmerische Ziele (vgl. Kap. 3.2 und 3.3). Diese unterschiedlichen Rahmenbedingungen beeinflussen auch die Umsetzung der Prinzipien wie Empowerment oder Partizipation.

Bei dem Prinzip der Partizipation kann ein zentrales Spannungsfeld ermittelt werden. In der SKA bedeutet Beteiligung unter anderem gegenseitiger Austausch. Im BGM kann Beteiligung vor allem in Projekten, die „top-down“ angeordnet sind, als Pflicht oder Scheinpartizipation wahrgenommen werden (vgl. Kap. 2.7.2 und 3.9). Wenn zum Beispiel die Geschäftsleitung eines Unternehmens ein neues Stresspräventionsprogramm beschliesst, ohne die Mitarbeitenden zuvor miteinzubeziehen und diese dann noch gefragt werden, ob die Kurse am Dienstag oder Donnerstag stattfinden sollen, wird Partizipation eher als Pflicht anstatt als echte Mitgestaltungsmöglichkeit wahrgenommen. Der Umgang mit Steuerung und Selbstorganisation ist ebenfalls unterschiedlich. Die SKA will Möglichkeiten schaffen, das BGM legt aber den Fokus eher auf Effizienz (vgl. Kap. 2.7.1).

Aus systemtheoretischer Perspektive gibt es zudem klare, allgemeine Grenzen. Systeme entscheiden selbst, wie sie auf äussere Impulse reagieren. Weder die SKA noch das BGM können sicherstellen, dass Beteiligung wirklich so umgesetzt wird, wie es gewünscht wäre.

4.5. Zusammenfassende Einordnung

SKA und BGM zeigen auf theoretischer und funktionaler Ebene zahlreiche Überschneidungen, die ein gemeinsames Verständnis begünstigen. Beide Konzepte zielen auf die Gestaltung von gesundheitsförderlichen, partizipativen und reflexiven Prozessen ab. Empowerment, Partizipation und Kooperation stellen zentrale Verknüpfungspunkte dar. Die unterschiedlichen institutionellen Kontexte bringen jedoch spezifische Herausforderungen mit sich. Dies gilt vor allem in Bezug auf die Machtverhältnisse, Zielorientierung und Umsetzungstiefe. Gerade hier bietet sich ein fruchtbares Spannungsfeld, in dem die Prinzipien der SKA das BGM methodisch und konzeptionell bereichern können. Das folgende Kapitel wird daher aufzeigen, wie sich diese Prinzipien im BGM konkret anwenden lassen.

5. Methoden der SKA und ihre Relevanz für das BGM

Die SKA bringt ein methodisches Verständnis mit sich, das neben einer ergänzenden Funktion, auch in verschiedenen zentralen Aspekten des BGM eine Qualitätssteigerung bewirken kann (vgl. Kap. 2.5 bis 2.7).

5.1. Wie die SKA das BGM bereichern kann

Die SKA nutzt die Projektarbeit gezielt als methodisches Mittel zur Förderung von Selbstwirksamkeit, gemeinschaftlicher Reflexion und partizipativer Gestaltung von Veränderungsprozessen. Das Ergebnis ist dabei zweitrangig. Viel wichtiger ist der Weg dahin und das gemeinsame Lernen (vgl. 2.6.1 bis 2.7). Im BGM hingegen sind Projekte ziel- und ergebnisorientiert konzipiert und unterliegen Controlling-Vorgaben (vgl. Kap. 3.4). Dahinter verbirgt sich jedoch die Gefahr, dass Beteiligung formal bleibt. Die SKA kann in solchen Prozessen methodisch anschlussfähig sein, indem sie Räume für Sinnstiftung, Rollenklärung und gemeinsame Aushandlungsprozesse schafft. In der Verhältnisprävention sind solche Prozesse besonders dann relevant, wenn es um Veränderungen der Arbeitsgestaltung oder Unternehmenskultur geht. Mitarbeitende werden als Mitgestalter:innen in gesundheitsförderliche Strukturen eingebunden und nicht nur Adressat:innen (vgl. Kap. 3.9). Ein mögliches Beispiel findet sich in einem mittelständischen Unternehmen, das seine Pausenräume neu gestalten möchte: Die BGM-Verantwortliche würde dies vielleicht über eine Mitarbeitendenbefragung steuern. Die SKA könnte zusätzlich moderierte Gestaltungsworkshops anbieten, in denen Mitarbeitenden gemeinsam Ideen entwickeln, Prioritäten setzen und sogar kleine Prototypen erstellen. Dadurch entstünde ein Raum, in dem nicht nur ein Ergebnis produziert, sondern ein gemeinschaftlicher Prozess erlebt wird, der das Zugehörigkeitsgefühl und die Identifikation mit dem Betrieb stärkt.

5.2. Reflektiertes Rollenverständnis im Umgang mit komplexen Aufgaben

Die vier Interventionspositionen der SKA nach Moser et al. (1999), die in Kapitel 2.6.1 beschrieben sind, können ebenfalls im BGM als Orientierung genutzt werden. Die Unterscheidung zwischen den vier Positionen hilft Fachpersonen, sich in komplexen Systemen und widersprüchlichen Anforderungen zu orientieren und sich bewusst zu positionieren. Besonders die Vermittlungsposition kann im BGM dazu beitragen, Spannungen zwischen betriebswirtschaftlichen Logiken und individuellen Bedürfnissen konstruktiv zu bearbeiten (vgl. Kap. 3.11).

Denkbar wäre etwa, dass eine Fachperson bei einem Konflikt zwischen Produktionszielen und Pausenzeiten als neutrale Vermittlungsinstanz agiert. So könnten gemeinsame und tragfähige Lösungen erarbeitet werden, die sowohl die Gesundheit der Mitarbeitenden als auch die betrieblichen Abläufe berücksichtigt.

Auch beim Thema Partizipation liefert die SKA einen methodischen Mehrwert. Partizipation wird im BGM oft als zentrales Prinzip beschrieben, aber beschränkt sich in ihrer praktischen Umsetzung häufig auf punktuelle Befragungen oder Workshops (vgl. Kap. 3.9 und 3.11). Die SKA kann hier als Expert:in für partizipative Prozesse einen wichtigen Beitrag leisten. Es geht dabei nicht nur um die Rückmeldung der Beteiligten, sondern um echte Mitgestaltung an den Vorhaben (vgl. Kap. 2.7.2). Die in der SKA verwendeten Partizipationsstufen (vgl. Abbildung 4) machen deutlich, wie Räume für Entscheidungen schrittweise geöffnet und die Verantwortung geteilt werden. Dieser Zugang bietet dem BGM die Chance, Partizipation zum einen als Mittel zur Legitimierung und zum anderen als Qualitätsmerkmal für gesundheitsbezogene Prozesse zu verstehen. Ein Beispiel hierfür wäre ein Produktionsbetrieb, der eine neue Schichtplanung einführen möchte. Aus dem BGM heraus würde dieser Prozess vielleicht über eine Informationsveranstaltung und anschließende Frageunde gesteuert werden. Die SKA würde hingegen moderierte Kleingruppen schaffen, in denen Mitarbeitende verschiedene Modelle entwickeln, ihre Vor- und Nachteile abwägen und gemeinsame Vorschläge erarbeiten. Dabei wird die angestrebte Partizipationsstufe (vgl. Abbildung 4) bewusst so gewählt, dass die Mitarbeitenden über die reine „Information“ oder „Konsultation“ hinaus aktiv an Entscheidungen mitwirken können. Die Beteiligten erleben so, dass ihre Sichtweisen prägend sind und entwickeln ein gestärktes Bewusstsein für ihre Rolle als Mitgestaltende.

Beim Verständnis von Empowerment zeigen sich ähnliche Unterschiede. Im BGM wird es häufig ohne konkreten Plan einer methodischen Umsetzung, als Ziel formuliert (vgl. Kap. 3.11). In der SKA hingegen ist Empowerment als handlungsleitendes Prinzip mit methodischen Zugängen verankert (vgl. Kap. 2.7.1). Für das BGM bedeutet das einen methodischen Gewinn in der Umsetzung von Massnahmen, bei denen Empowerment als Ziel gesetzt wird. Mitarbeitende erleben sich dabei nicht als passive Zielgruppe. Der partizipative Prozess steht im Vordergrund. So gelten die Mitarbeitenden als aktive Mitgestalter:innen der eigenen Gesundheits- bzw. Arbeitssituation. Zum Beispiel wenn ein Dienstleistungsunternehmen mit hoher psychischer Belastung, im Rahmen des BGM, ein Stressmanagement-Seminar anbietet. Die SKA würde ergänzend mit den Mitarbeitenden Workshops gestalten, in denen sie ihre Belastungsfaktoren selbst analysieren, Handlungsstrategien entwickeln und gemeinsame konkrete Veränderungen der Arbeitsabläufe vorschlagen. Diese würden von einem gemischten Team aus Mitarbeitenden und Führungskräften umgesetzt, wodurch sich das Gefühl verstärkt, die eigene Arbeitssituation aktiv beeinflussen zu können.

Die Kompetenzen der SKA im Bereich der Kooperation und Transdisziplinarität bieten ebenfalls Impulse für das BGM. Wie im Kapitel 2.7.3 beschrieben, ist sie darauf ausgerichtet, zwischen verschiedenen Systemen, Professionen und Zielgruppen für Verständigung zu sorgen. Das BGM in seinen komplexen Feldern mit diversen Akteur:innen kann davon profitieren (vgl. Kap. 3.4). Das Rollenverständnis der SKA basiert auf Aushandlung, Beziehungspflege und gemeinsamer Verantwortung. Diese Form der transdisziplinären Zusammenarbeit gewinnt im BGM besonders dann an Bedeutung, wenn unterschiedliche Logiken und Erwartungen aufeinandertreffen (vgl. Kap. 3.9).

Beispielsweise könnte ein Krankenhaus Arbeitsunfälle reduzieren wollen. Das BGM könnte in diesem Fall Schulungen und Workshops für die verschiedenen Berufsgruppen organisieren, damit Präventionswissen vermittelt wird. Die SKA könnte diesen Prozess ergänzen, indem sie gezielte Formate schafft, in denen Mitarbeitende aus allen Bereichen (Pflege, Technik, Reinigung, Verwaltung) ihre Erfahrungen austauschen und gemeinsame Lösungen entwickeln. Dabei wird Wert darauf gelegt, dass die unterschiedliche Sichtweise nicht nur nebeneinanderstehen, sondern zu einem gemeinsamen Verständnis von Risiken und Präventionsstrategien zusammengeführt werden. So entstehen Massnahmen, die auf breiter Zustimmung beruhen und im Arbeitsalltag aller Beteiligten tragfähig sind.

Ein letzter wichtiger Beitrag der SKA für das BGM ist der erweiterte Lernbegriff. Er bedeutet weit mehr als nur Wissensvermittlung. Im BGM werden Lernprozesse via Schulungen, Trainings oder Kampagnen organisiert (vgl. Kap. 3.8). Die SKA gestaltet hingegen soziale Lernräume, in denen Sinn, Beziehung und kollektive Erfahrungen eine wichtige Rolle spielen. Solche Lernräume beinhalten sowohl neue Einsichten, als auch Vertrauen, Zugehörigkeit und die Bereitschaft, sich aktiv einzubringen (vgl. Kap. 2.6). Wie in Kapitel 3.9 dargestellt, ist genau diese Form der aktiven Beteiligung zentral für die Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Unternehmenskultur, die nicht nur durch einzelne Massnahmen entsteht. Es braucht gemeinsame Werte, Dialog und echte Mitgestaltung. Die SKA liefert somit wichtige Impulse dafür, dass sich Mitarbeitende als Teil eines sozialen Prozesses erleben und nicht nur Neues lernen.

5.3. Fachlicher Mehrwert der SKA für das BGM

Die aus der SKA beschriebenen Ansätze zeigen, dass ihr Beitrag zum BGM nicht in einzelnen Methoden oder Techniken liegt. Die Haltung der SKA versteht Gesundheit als sozialen Prozess. Beziehungen, Sinnvermittlung und Beteiligung nehmen dabei zentrale Rollen ein. Diese Sichtweise ergänzt die zielorientierte Arbeitsweise des BGM um wichtige soziale Dimensionen.

Durch die Verbindung beider Ansätze entsteht ein konzeptioneller Mehrwert. Die SKA liefert methodische Zugänge und Impulse, damit Gesundheitsförderung im Betrieb effizient, sinnstiftend, partizipativ und nachhaltig gestaltet werden kann. Dafür braucht es von Seiten des BGM die Offenheit, eigene Rollenbilder zu reflektieren und Mitarbeitende als aktive Mitgestaltende anzuerkennen. In diesem Sinne ist die SKA keine Konkurrenz, sondern ein potenzieller Entwicklungspartner für ein erweitertes Verständnis von BGM.

6. Diskussion der Ergebnisse

Die Analyse zeigt auf, dass die Methoden und Haltungen der SKA das BGM auf theoretischer Ebene sinnvoll ergänzen können. Besonders deutlich wird dies bei der Gestaltung partizipativer Prozesse, bei der Förderung von Empowerment und bei der Vermittlung zwischen unterschiedlichen Erwartungen im Betrieb. Das BGM orientiert sich oft an Zielvorgaben und strukturierten Vorgehensweisen. In diese Abläufe bringt die SKA eine Perspektive ein, die soziale Prozesse, Aushandlungen und die Lebenswelt der Betroffenen stärker miteinbezieht (vgl. Kap. 2.2 und 3.2).

Die Verbindung dieser beiden Bereiche erweist sich besonders dort als sinnvoll, wo standardisierte Vorgehensweisen des BGM an ihre Grenzen stoßen. Durch ihre partizipative Ausrichtung kann die SKA zur Förderung von Selbstwirksamkeit und Reflexionskompetenzen beitragen und damit Impulse für die qualitative Weiterentwicklung des BGM liefern (vgl. Kap. 4.2 und 5.1). Besonders hervorzuheben ist hier das differenzierte Rollenverständnis der SKA nach den vier Interventionspositionen (vgl. Kap. 2.6.1). Es bietet eine praxisnahe Orientierung für komplexe Situationen. So können Fachpersonen gezielt zwischen verschiedenen Rollen wechseln. Beispielsweise könnte das als Vermittler:in zwischen unterschiedlichen Interessen oder als Impulsgeber:in für neue Ideen im betrieblichen Gesundheitskontext sein.

Die SKA trägt somit dazu bei, dass das BGM nicht nur als strategisches Label fungiert, sondern auch als Haltung in der Unternehmenskultur verankert wird.

6.1. Grenzen und Herausforderungen

In der Diskussion wird deutlich, dass die beschriebenen Unterschiede Chancen, wie auch Grenzen mit sich bringen. Die SKA ist auf freiwillige, offene und lebensweltorientierte Kontexte ausgerichtet (vgl. Kap. 2.6). Das BGM hingegen ist oft durch Zielvorgaben, Effizienz und betriebliche Strukturen geprägt (vgl. Kap. 4.4). Diese Rahmenbedingungen erschweren es, Beteiligung im Sinne der SKA umzusetzen. Partizipative Prozesse bleiben im BGM oft oberflächlich oder erhalten nicht den nötigen Raum (vgl. Kap. 4.2 und 5.2).

Das Rollenverständnis der SKA, wie es im Kapitel 2.5 beschrieben ist, erfordert Zeit, Reflexion und eine offene Haltung. Im betrieblichen Alltag sind diese Voraussetzungen jedoch nicht immer gegeben. Damit die Haltungen der SKA im BGM wirksam werden können, braucht es Fachpersonen, die beide Sichtweisen kennen. Sie müssen sich sowohl in der Welt der Sozialen Arbeit, wie auch in der betrieblichen Logik zurechtfinden. Das setzt passende Rahmenbedingungen, Vertrauen und ein gewisses Mass an Flexibilität voraus. Nicht jede betriebliche Situation eignet sich für sozialraumorientiertes Arbeiten. Partizipation kann in Phasen von Umstrukturierungen, hoher Fluktuation oder fehlender Beziehungsbasis überfordern oder auf Widerstand stoßen (vgl. Kap. 4.4). Ein weiterer Aspekt ist die Forschungslage: Es fehlen etablierte Modelle und Praxisbeispiele, was die konzeptionelle Weiterentwicklung erschwert. Gleichzeitig eröffnet dies aber auch eine Chance, neue Perspektiven für gesundheitsförderliche Arbeitsweisen zu entwickeln.

6.2. Reflexion zum methodischen Zugang

Die vorliegende Arbeit basiert auf einer Literaturrecherche und bewegt sich bewusst auf der Metaebene. Dieser Zugang ermöglichte, zentrale Begriffe, Modelle und Konzepte systematisch zu analysieren und miteinander in Beziehung zu setzen. Gleichzeitig begrenzt er die empirische Überprüfbarkeit der aufgestellten Annahmen.

Trotz dieser Einschränkung erlaubt der gewählte Zugang eine fundierte theoretische Argumentation. Die Ergebnisse zeigen, dass sich Prinzipien und Methoden der SKA nicht nur in klassischen Feldern der Sozialen Arbeit anwenden lassen, sondern auch in Kontexten wie dem des BGM einen sinnvollen Beitrag leisten können. Voraussetzung dafür ist ein sensibler und reflektierter Umgang mit den jeweiligen Rahmenbedingungen. Die gewonnenen Erkenntnisse liefern Impulse für eine interdisziplinäre Weiterentwicklung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements.

7. Fazit und Ausblick

Die vorliegende Bachelorarbeit hat sich an den vier Forschungsfragen orientiert, die zu Beginn der Arbeit erläutert wurden.

Im Zentrum der Frage nach dem Bewertungswissen steht die Untersuchung, welche Methoden der SKA in der Literatur beschrieben werden, die sich auf das betriebliche Gesundheitsmanagement übertragen lassen. Die SKA arbeitet mit offenen und situationsbezogenen Vorgehensweisen. Im Zentrum stehen Prinzipien wie Partizipation, Empowerment und Kooperation (vgl. Kap. 2.6 und 2.7). Die vier Interventionspositionen bieten ein differenziertes Rollenmodell. Es kann in komplexen Kontexten wie dem des BGM hilfreich sein, sich gezielt zu positionieren (vgl. Kap. 2.6.1). Sie ermöglichen den Wechsel zwischen verschiedenen Handlungsebenen und die Vermittlung von unterschiedlichen Perspektiven (vgl. Kap. 6.2). Die Literatur zeigt, dass diese Formen des Handelns auch im betrieblichen Kontext anschlussfähig sein können, wie zum Beispiel bei partizipativen Prozessen.

Die Frage nach dem Erklärungswissen zielt darauf ab, aufzuzeigen wie sich zentrale Prinzipien der SKA theoretisch mit bestehenden Konzepten des BGM verbinden lassen. Die Verbindung zwischen dem BGM und der SKA wird in dieser Arbeit unter anderem durch einen systemtheoretischen Blickwinkel nachvollziehbar (vgl. Kap. 3.6 und 5.1). Gesundheit versteht sich demnach nicht als objektiver Zustand. Vielmehr wird sie als Beobachtung beschrieben, die im sozialen Austausch entsteht. Die SKA geht ebenfalls davon aus, dass Wirklichkeit nicht einfach gegeben ist, sondern durch Kommunikation und Interpretation konstruiert wird (vgl. Kap. 2.3). Auf dieser gemeinsamen Grundlage lassen sich zentrale Prinzipien wie Partizipation und Empowerment theoretisch begründen. Die SKA arbeitet lebenswelt- und beziehungsorientiert. Gleichzeitig fokussiert sich das BGM stärker auf institutionelle Ziele (vgl. Kap. 4.4). Dennoch zeigen sich in der Literatur konzeptionelle Schnittstellen. Diese betreffen unter anderem den Umgang mit Komplexität, die kommunikative Gestaltung von Veränderungsprozessen und die Reflexion von Rollen (vgl. Kap. 5.2).

Mit der Frage des Bewertungswissens wird analysiert, welche Potenziale und Schwierigkeiten sich bei der Anwendung von Methoden der SKA im betrieblichen Kontext ergeben. Die theoretische Verbindung zwischen SKA und BGM bringt verschiedene Chancen mit sich. Die SKA kann Impulse setzen, damit Gesundheitsförderung im Betrieb stärker als gemeinschaftlicher Prozess verstanden wird (vgl. Kap. 6.1). Bei dieser Verbindung entstehen aber auch Herausforderungen: Die lebensweltorientierte und offene Arbeitsweise der SKA steht gegenüber dem BGM, das häufig an betriebliche Strukturen und Zielvorgaben geknüpft ist (vgl. Kap. 5.2). Diese Unterschiede können zu Spannungen beispielsweise zwischen der Umsetzung von Partizipation oder beim Rollenverständnis von Akteur:innen führen (vgl. Kap. 6.2). In der Literatur wird deutlich erkennbar, dass eine theoretische Verbindung der beiden Bereiche möglich ist. Es benötigt jedoch das logische Verständnis der beiden Bereiche und muss laufend reflektiert werden.

Die Frage des Handlungswissens geht der Überlegung nach, welche theoretischen Grundlagen und Orientierungspunkte die Literatur bietet, um Ansätze der SKA konkret im BGM umzusetzen. Die theoretischen Anknüpfungspunkte liegen vor allem in der Kombination der vier Interventionspositionen, den Arbeitsprinzipien und der systemischen Denkweise (vgl. Kap. 2.5 - 2.7 und 3.6). Diese Elemente bieten den Fachpersonen eine Orientierung für die Gestaltung von Beteiligung, Verständigung und Zusammenarbeit mit verschiedenen Akteur:innen (vgl. Kap. 5.2 und 6.2). Die Literatur zeigt, dass SKA und BGM keine Gegensätze darstellen. Sie können sich gegenseitig ergänzen. Entscheidend ist dabei die Bereitschaft, zwischen beiden Logiken zu vermitteln und bestehende Widersprüche anzuerkennen (vgl. Kap. 6.3).

7.1. Schlusswort

Die vorliegende Arbeit bewegt sich bewusst auf einer theoretischen Ebene. Bisher besteht in dieser Richtung kaum Literatur, weshalb ein eigenständiger theoretischer Zugang gefunden werden musste. Dies untermauert die Relevanz des Themas und bringt gleichzeitig auch Begrenzungen mit sich.

Im Rahmen einer Bachelorarbeit war es nicht möglich, sämtliche Methoden der SKA oder alle Konzepte des BGM umfassend darzustellen. Der Fokus lag deshalb auf jenen Aspekten, die besonders anschlussfähig wirken. Auch die systemtheoretische Perspektive wurde bewusst eingegrenzt, damit der Umfang der Arbeit nicht überschritten wurde.

Anhand dieser theoretischen Grundlage, könnten sich künftige Forschungsprojekte mit der Untersuchung der tatsächlichen Anwendbarkeit von SKA im BGM beschäftigen. Empirische Studien könnten zum Beispiel untersuchen, welche Rolle Fachpersonen der SKA in Betrieben in Bezug auf das BGM einnehmen könnten oder wie partizipative Gesundheitsprozesse von Mitarbeitenden im Betrieb erlebt werden. Eine praktisch orientierte Analyse des Spannungsfeldes zwischen lebensweltlichen Ansätzen und organisationalen Anforderungen wäre ebenfalls interessant.

Diese Arbeit liefert einen theoretischen Beitrag zur Diskussion über gesundheitsbezogene Prozesse in Organisationen und zeigt, wie solche Prozesse durch eine sozialarbeiterische Perspektive neu gedacht und erweitert werden können. Im Fokus steht die Rolle der Sozialen Arbeit als Menschenrechtsprofession. Besonders relevant wird dies, wenn die Bedürfnisse der Mitarbeitenden mit den Anforderungen der Organisation in Einklang gebracht werden sollen.

8. Quellenverzeichnis

- Antonovsky, A. (1991). *Health, stress, and coping* (1. ed., 6. print). Jossey-Bass Publ.
- AvenirSocial. (2010). *Berufscodex Soziale Arbeit Schweiz—Ein Argumentarium für die Praxis*.
[https://avenirsocial.ch/wp-content/uploads/2018/12/SCR_Berufsko-
dex_De_A5_db_221020.pdf](https://avenirsocial.ch/wp-content/uploads/2018/12/SCR_Berufscodex_De_A5_db_221020.pdf).
- Bothe, P., Pförtner, T.-K., & Pfaff, H. (2024). Prävention und Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz. In K. Hurrelmann, K. Theodor, M. Richter, & S. Stock (Hrsg.), *Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung: Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien* (6., überarbeitete und erweiterte Auflage). Hogrefe.
- Bundesamt für Statistik. (2025). *Erwerbsbevölkerung nach Arbeitsmarktstatus*.
[https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/arbeit-erwerb/erwerbstaetigkeit-arbeits-
zeit/erwerbsbevoelkerung/arbeitsmarktstatus.html](https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/arbeit-erwerb/erwerbstaetigkeit-arbeitszeit/erwerbsbevoelkerung/arbeitsmarktstatus.html).
- Europäisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung. (1997). *Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union*. Europäische Union.
[https://www.netzwerk-bgf.at/cdscontent/load?contentid=10008.571226&ver-
sion=1391192956&utm_source](https://www.netzwerk-bgf.at/cdscontent/load?contentid=10008.571226&version=1391192956&utm_source).
- Friz, A. (2019). Empowerment. In A. Willener & A. Friz (Hrsg.), *Integrale Projektmethodik* (S. 42–49). interact Verlag für Soziales und Kulturelles.
- Gesundheitsförderung Schweiz. (2024a). *Auftrag, Ziele und Strategie*. [https://gesundheitsfoerde-
rung.ch/stiftung/auftrag-ziele-strategie](https://gesundheitsfoerderung.ch/stiftung/auftrag-ziele-strategie).
- Gesundheitsförderung Schweiz. (2024b). *Strategie 2025–2028*.
<https://www.suchtschweiz.ch/publication/gesundheit-und-wohlbefinden-bei-jugendlichen/>.
- Gesundheitsförderung Schweiz. (2025). *Institutionelle Plattform BGM*. [https://gesundheitsfoerde-
rung.ch/themen/institutionelle-plattform-bgm](https://gesundheitsfoerderung.ch/themen/institutionelle-plattform-bgm).
- Habermas, J. (1995). *Theorie des kommunikativen Handelns—Zur Kritik der funktionalistischen Vernunft* (Bd. 2). Suhrkamp.
- Hafen, M. (2013a). Die Soziokulturelle Animation aus systemtheoretischer Perspektive. In B. Wandeler (Hrsg.), *Soziokulturelle Animation: Professionelles Handeln zur Förderung von*

- Zivilgesellschaft, Partizipation und Kohäsion* (Auflage: 1, 2010, S. 157–203). interact Verlag. <https://doi.org/10.5281/zenodo.3433718>.
- Hafen, M. (2013b). *Grundlagen der systemischen Prävention: Ein Theoriebuch für Lehre und Praxis* (2., vollst. überarb. Aufl). Verl. für Systemische Forschung im Carl-Auer-Systeme-Verl.
- Hafen, M. (2014). *Mythologie der Gesundheit: Zur Integration von Salutogenese und Pathogenese* (3. Aufl). Carl-Auer-Verl.
- Hangartner, G. (2013). Ein Handlungsmodell für die Soziokulturelle Animation zur Orientierung für die Arbeit in der Zwischenposition. In B. Wandeler (Hrsg.), *Soziokulturelle Animation: Professionelles Handeln zur Förderung von Zivilgesellschaft, Partizipation und Kohäsion* (Version 2. Auflage). interact Verlag. <https://doi.org/10.5281/zenodo.3433718>.
- Herriger, N. (2024). *Empowerment in der Sozialen Arbeit: Eine Einführung* (7th ed.). W. Kohlhammer GmbH.
- Hurrelmann, K., Richter, M., Klotz, T., & Stock, S. (2024). Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In K. Hurrelmann, M. Richter, S. Stock, & T. Klotz (Hrsg.), *Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung: Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien* (6., überarbeitete und erweiterte Auflage). Hogrefe.
- Klemperer, D., Marmot, M. G., Rosenbrock, R., Hirschhausen, E. von, & Kahane, K. (2020). *Sozialmedizin - Public Health - Gesundheitswissenschaften: Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe* (4., überarbeitete und erweiterte Auflage). Hogrefe. <https://doi.org/10.1024/86016-000>.
- Lange, M., Matusiewicz, D., & Walle, O. (Hrsg.). (2022). *Praxishandbuch Betriebliches Gesundheitsmanagement: Grundlagen - Standards - Trends* (1. Auflage). Haufe Group. <https://doi.org/10.34157/9783648158821>.
- Leppin, A. (2024). Konzepte und Strategien der Prävention. In K. Hurrelmann, M. Richter, T. Klotz, & S. Stock (Hrsg.), *Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung: Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien* (6., überarbeitete und erweiterte Auflage). Hogrefe.

- Moser, H., Müller, E., Wettstein, H., & Willener, A. (Hrsg.). (1999). *Soziokulturelle Animation: Grundfragen, Grundlagen, Grundsätze*. Verl. für Soziales und Kulturelles.
- Näpflin, U. (2018). Situation betreffend Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Schweiz – Bilanzierung. In Gesundheitsförderung Schweiz (Hrsg.), *Betriebliches Gesundheitsmanagement Grundlagen und Trends—Fokus auf die psychische Gesundheit* (S. 147). https://gesundheitsfoerderung.ch/sites/default/files/migration/documents/Bericht_007_GFCH_2018-11_-_BGM_-_Grundlagen_und_Trends.pdf.
- Pelikan, J. M. (2008). Zur Rekonstruktion und Rehabilitation eines absonderlichen Funktionssystems. Medizin und Krankenbehandlung bei Niklas Luhmann und in der Folgerezeption. In D. Baecker, M. Hutter, G. Romano, & R. Stichweh (Hrsg.), *Zehn Jahre Danach. Niklas Luhmanns »Die Gesellschaft der Gesellschaft«: Themenheft Soziale Systeme 1+2/07* (1st ed). Walter de Gruyter GmbH.
- Schaff, A., Olbrecht, T., Magerl, N., Conrads, T., Loch, F., Wolff, A., Storch, F., Schultz, S., Paust, R., & Weiß, S. (2023). *Betriebliches Gesundheitsmanagement—Key Learnings aus herausfordernden BGM-Projekten*. MA, Akademie Verlags- und Druck- Gesellschaft mbH.
- Soziokultur Schweiz. (2017). *Charta der Soziokulturellen Animation* [Charta / Positionspapier]. Soziokultur Schweiz. https://soziokulturschweiz.ch/wp-content/uploads/2022/06/220531_Charta_Dez_2017-gender.pdf.
- Stade, P. (2019). Partizipation. In A. Willener & A. Friz (Hrsg.), *Integrale Projektmethodik* (S. 50–67). interact Verlag für Soziales und Kulturelles.
- Staub-Bernasconi, S. (2018). *Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft: Soziale Arbeit auf dem Weg zu kritischer Professionalität* (2., vollständig überarbeitete u. aktualisierte Ausgabe). UTB. <https://doi.org/10.36198/9783838547930>.
- Treier, M. (2023). *Betriebliches Gesundheitsmanagement: Ein Lehrbuch für Bachelor- und Masterstudierende sowie Berufstätige* (1st ed. 2023). Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-67152-8>.

- Uhle, T., & Treier, M. (2019). *Betriebliches Gesundheitsmanagement: Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt - Mitarbeiter Einbinden, Prozesse Gestalten, Erfolge Messen* (4th ed). Springer Vieweg. in Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.
- Weiss, S., & Zimmermann, D. (Hrsg.) (with Städler, F., & Leitner, K.). (2024). *Soziokulturelle Entwicklung zwischen Forschung und Praxis*. interact Verlag.
- Weissbrodt, R. (2018). Definitionen, rechtlicher Kontext und historischer Überblick. In Gesundheitsförderung Schweiz (Hrsg.), *Betriebliches Gesundheitsmanagement Grundlagen und Trends—Fokus auf die psychische Gesundheit* (S. 147). https://gesundheitsfoerderung.ch/sites/default/files/migration/documents/Bericht_007_GFCH_2018-11_-_BGM_-_Grundlagen_und_Trends.pdf.
- Wenke, S. (2018). *Partizipation als Schlüssel zur Qualitätsentwicklung gesundheitsförderlicher Lebenswelten? - Untersuchung zum Zusammenhang zwischen Partizipation im betrieblichen Gesundheitsförderungskontext und der Qualität der Arbeitsbedingungen* [Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades (Dr. phil.)]. Universität Osnabrück.
- Wettstein, H. (2013). Hinweise zu Geschichte, Definitionen, Funktionen. In B. Wandeler (Hrsg.), *Soziokulturelle Animation: Professionelles Handeln zur Förderung von Zivilgesellschaft, Partizipation und Kohäsion* (Version 2. Auflage). interact Verlag.
<https://doi.org/10.5281/zenodo.3433718>.
- WHO. (1946). *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation* (Verfassung No. 0.810.1).
https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1948/1015_1002_976/de.
- WHO. (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung: Erste Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung, Ottawa, 21. November 1986*.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349654/WHO-EURO-1986-4044-43803-61669-ger.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Willener, A. (2019). Kooperation und Transdisziplinarität. In A. Willener & A. Friz (Hrsg.), *Integrale Projektmethodik* (S. 68–77). interact Verlag für Soziales und Kulturelles.
- Willener, A., & Friz, A. (Hrsg.). (2019). *Integrale Projektmethodik*. interact Verlag für Soziales und Kulturelles.

Anhang

A Verwendung von KI gestützten Tools

ChatGPT 4		
Anwendungsbereich/ Textstellen	Funktionsart	Prompt
Kap. 2.3 (S.5- S.6), Kap. 3.6 bis 3.9 (S.21 –S.24)	Übersetzung von diversen Texten in eine einfachere Sprache → Verständnishilfe (13.06.2025)	„vereinfache mir bitte die nachfolgenden Aussagen und Sätze, da diese soziologisch verfassten Texte schwer zu verstehen sind“.
Abbildung 4, S. XY	Wesentliche Punkte aus der Text erkennen, den ich Inhaltlich weiterdenken konnte. 09.07.2025	„Ich schicke dir nach und nach kurze Textinhalte. Kannst du mir helfen, die we- sentlichen Aspekte daraus zu erkennen?“.
Kapitel 8, S.37 – S.40	Literaturverzeichnis nach APA7 gestalten. Feine Details konnten erkannt werden (04.08.2025)	„Ich habe von Zotero ein Quellenverzeichnis erstellen lassen. Kannst du es bitte überprüfen und schauen, ob es genau nach APA7 stimmt und mir allfällige Fehler dick mar- kieren?“
Ganzes Dokument	Rechtschreibung und Grammatik (04.08.2025 und 08.08.2025)	„Ich schicke dir nach und nach Textzeilen. Kannst du mir bitte die Grammatik und Rechtschreibung überprüfen? Nur diese zwei Punkte und keine stilistische Glättung oder Anpassung“.