

HS Gesundheit BOCHUM

Gesundheitsförderung jetzt ausbauen!



Gesundheitsförderung jetzt!

Fachtag für Kita und Schule
am 15. Juni 2022 ab 14 Uhr

Hochschule für Gesundheit · University of Applied Sciences
Jan Jöscopel & Elke Oetting

1

Hintergrund

- Gesundheit ist ein Zustand des umfassenden **körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens** und nicht nur das Fehlen von **Krankheit oder Behinderung** (WHO, 1948)
- Menschen können sich psychisch und sozial wohlfühlen, ohne körperlich gesund zu sein und umgekehrt.
- Die WHO (1998) verweist darauf, dass **Gesundheit als Ressource** verstanden werden soll.

HS Gesundheit · Hochschule für Gesundheit
Jan Jöscopel & Elke Oetting

2

Hintergrund

Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen

-  WHO **Ernährungsempfehlungen** für den täglichen Obst- und Gemüseverzehr (5 Portionen/Tag) werden nur von etwa 14% der Kinder und Jugendlichen erreicht (Krug et al., 2018).
-  WHO **Bewegungsempfehlung** (60 Min./Tag mäßig bis sehr anstrengende körperliche Aktivität) erreichen lediglich 22,4% der Mädchen und 29,4% der Jungen (Finger et al., 2018).

HS Gesundheit · Hochschule für Gesundheit
Jan Jöscopel & Elke Oetting

3

Hintergrund

Die Ergebnisse der KiGGS Welle 2 und der HBSC-Studie zeigen, Kinder und Jugendliche mit **niedrigem sozioökonomischen Status**

- haben ein erhöhtes Risiko für einen **beeinträchtigten allgemeinen Gesundheitszustand** und für **psychische Auffälligkeiten**
- sind **häufiger von Übergewicht und Adipositas** betroffen
- weisen ein **eingeschränkteres Bewegungs- und Ernährungsverhalten** auf

→ **Sozioökonomischer Status hat Einfluss auf Gesundheit**
 → **Statusspezifische Unterschiede als besondere Herausforderung für Gesundheitsförderung**

(Finger et al., 2018; HBSC, 2015; Krug et al., 201; Lampert & Kuntz, 2015; Schienkiewitz et al., 2018)

4

Hintergrund

16,9% weisen psychische Auffälligkeiten, wie Ängste, Störungen des Sozialverhaltens, Depressionen oder Aufmerksamkeitsstörungen auf

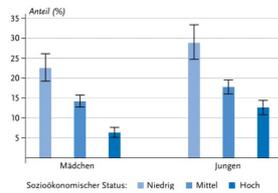
(Kipker et al., KiGGS Welle 2, 2018)

28% der 11- bis 15-jährigen fühlen sich durch die schulischen Anforderungen einigermaßen stark oder sehr stark belastet (HBSC, 2015).

5

Hintergrund

Prävalenz psychischer Auffälligkeiten nach Geschlecht und sozioökonomischem Status (n=6.637 Mädchen, n=6.568 Jungen)



6

Hintergrund

COVID-19-Pandemie seelische Belastung für Kinder und Jugendliche sowie deren Eltern

>> Ergebnis multinationaler Metaanalysen sowie der bundesweiten COPSY-Längsschnittstudie (Corona und Psyche) (1).

>> COPSY-Studie erfasste seelische Gesundheit und Gesundheitsverhalten längsschnittlich in drei Befragungswellen (W1: 05-06/2020, W2: 12/2020-01/2021, W3: 09-10/2021).

Quelle: Ravera-Sabater, Ullrich, Kaman, Anna, Davine, Janina, Löffler, Constanze, Rabi, Franziska, Napp, Ann-Kathrin; Griebel, Marlene, Nöcker, Ulrike, Hürtenkamp, Klaus, Schöckel, Robert, Hühling, Heiko, Erhart, Michael

Seelische Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Kindern und Eltern während der COVID-19-Pandemie. Dtsch Arztebl 2022; DOI: 10.32386/arztebl.2022.0173

7

Hintergrund

COPSY:

n = 1.618 Familien mit Kindern im Alter von 7-17 Jahren insgesamt an W3 teilgenommen

>> im Selbstbericht (11-17 Jahre, n = 1.181)

>> im Elternbericht (7-17 Jahre, n = 1.618)

>> Wiederteilnahmequote: 73,7 %

Die Stichprobe entspricht der Struktur der bundesdeutschen Grundgesamtheit laut aktuellem Mikrozensus (2018).

Instrumente - international validierte Screening-Fragebögen: gesundheitsbezogene Lebensqualität (KIDSCREEN-10 Index), psychischen Auffälligkeiten (SDQ), generalisierter Ängstlichkeit (SCARED), depressive Symptome (PHQ-2 und PHQ-8) und psychosomatische Beschwerden (HBSC-SCL) + Items zum Gesundheitsverhalten

8

Ergebnisse Kinder und Jugendliche

Belastungsleben von Kindern und Eltern vor und während der COVID-19-Pandemie

Kinder und Jugendliche	BELLA vor der Pandemie	COPSY Welle 1	COPSY Welle 2	COPSY Welle 3	P ¹	Cramer's V ²
Belastung durch Pandemie ³		70,6%	82,9%	81,9%	< 0,001	0,09
geminderte Lebensqualität ³	15,3%	40,2%	47,7%	35,1%	< 0,001	0,14
psychische Auffälligkeiten ⁴	17,6%	30,4%	31,0%	27,0%	< 0,001	0,07
Angstsymptome ⁴	14,9%	24,1%	30,1%	28,8%	< 0,001	0,08
depressive Symptome ⁵	10,0%	11,3%	15,0%	11,1%	0,001	0,03
psychosomatische Beschwerden ⁶ (mindestens 3 Symptome)	39,9%	48,4%	53,1%	53,0%	< 0,001	0,09
- Rückenschmerzen ⁶	29,9%	29,4%	33,1%	32,8%	< 0,001	0,04
- Nervosität ⁶	23,6%	27,8%	33,3%	35,3%	< 0,001	0,06
- Bauchschmerzen ⁶	21,3%	33,3%	38,1%	39,2%	< 0,001	0,10
- Niedrigschuligkeit ⁶	23,0%	33,8%	43,4%	41,2%	< 0,001	0,11
- Kopfschmerzen ⁶	28,3%	43,3%	46,1%	48,7%	< 0,001	0,11
- Erschöpfungsgefühl ⁶	38,2%	45,3%	47,4%	48,0%	< 0,001	0,04
- Gereiztheit ⁶	39,8%	53,2%	57,2%	57,0%	< 0,001	0,09
körperliche Aktivität (an mindestens 3 Tagen/Woche)	78,1%	45,8%	29,5%	49,9%	< 0,001	0,19
erhöhter Medienkonsum		32,8%	32,8%	21,5%	< 0,001	0,06
erhöhter Medienkonsum		67,2%	71,1%	49,1%	< 0,001	0,14

Quelle: Ravera-Sabater, U et al. 2022

9

Ergebnisse Eltern

Eltern		79,0 %	83,4 %	82,2 %	0,004	0,03
Belastung durch Pandemie ²						
Verlust sozialer Kontakte ³		45,0 %	47,4 %	36,0 %	< 0,001	0,07
Verlust von Freizeitaktivitäten ⁴		56,3 %	61,2 %	51,1 %	< 0,001	0,06
weniger körperliche Bewegung ⁵		34,1 %	39,8 %	30,4 %	< 0,001	0,06
Probleme, Kinderbetreuung/Homeschooling zu organisieren ⁶		44,4 %	35,8 %	37,5 %	< 0,001	0,05
Probleme, Arbeit und Kinderbetreuung zu vereinbaren ⁷		34,4 %	32,7 %	31,9 %	0,308	0,02
Spannungen zu Hause oder Familienstreit ⁸		24,7 %	24,4 %	27,1 %	0,172	0,02
depressive Symptomatik Eltern ⁹		17,4 %	23,8 %	20,9 %	< 0,001	0,05

Quelle: Ravens-Sieberer, U. et al. 2022

HS Gesundheit Hochschule für Gesundheit Jan Joseph & Elke Gullig 10

10

Definition Prävention und Gesundheitsförderung

„Prävention (Krankheitsverhütung, lat. praevēnīre: zuvorkommen) sucht eine **gesundheitliche Schädigung zu verhindern**, weniger wahrscheinlich zu machen oder zu verzögern.“

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an **Selbstbestimmung über ihre Gesundheit** zu ermöglichen und sie damit zur **Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen**.“

HS Gesundheit Hochschule für Gesundheit Jan Joseph & Elke Gullig 11

11

Soziale Determinanten von Gesundheit

Dahlgren, G., Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies.

HS Gesundheit Hochschule für Gesundheit Jan Joseph & Elke Gullig 12

12

Setting-Ansatz

Setting ist ein Ort, wo Gesundheit „von den Menschen in ihrer **alltäglichen Umwelt** geschaffen und gelebt wird, dort wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben“ (WHO, Ottawa-Charta, 1986)

- **Gesundheitsverhalten** dort beeinflussen, wo es entsteht
- **Verhältnisse** schaffen, die gesundheitsbewusstes Verhalten begünstigen
- (sozial-) **ungleiche Inanspruchnahme** von Angeboten zur Gesundheitsförderung **ausgleichen** (nach Lang, 2013)

HS Gesundheit Hochschule für Gesundheit Jan Ingoßen & Elke Gullig 13

13

Setting-Ansatz-Prinzipien

- Orientierung an der Lebenswelt der Adressat*innen
- Kombination von Verhaltens- und Verhältnisprävention („Policy Mix“)
- Verankerung gesundheitsförderlicher Strukturen (Strukturbildung)
- Partizipation ermöglichen (bei Situationsanalysen, Problemdefinitionen, Maßnahmenentwicklung und –umsetzung sowie Ergebnisbewertung)
- Kompetenzentwicklung erreichen – Empowerment fördern, Selbstvertrauen und Skills vermitteln, die eigene Gesundheit und die eigenen Lebensbedingungen selbst zu verbessern
- Vernetzung der Akteure

HS Gesundheit Hochschule für Gesundheit Jan Ingoßen & Elke Gullig 14

14

Gesundheitsförderung nach dem Settingansatz

Gesundheit entsteht im Alltag der Menschen und muss dort beeinflusst werden:
„Gesundheit entwickelt sich bzw. wird (re-)produziert in der Person-Umwelt-Interaktion“ (Noack 2002, zit. in Elkeles 2005, S. 2)
„Umwelten“ müssen so entwickelt werden, dass ein gesundheitsförderlicher Lebensstil ermöglicht wird (Engelmann & Halkow 2008, S. 37ff.)

HS Gesundheit Hochschule für Gesundheit Jan Ingoßen & Elke Gullig 15

15

Gesundheitsförderung nach dem Settingansatz

Gesundheitsförderung erfordert einen Organisationsentwicklungsprozess, der zu einer dauerhaften Verbesserung der Verhältnisse in der Alltagswelt sowohl der Kinder und Jugendlichen als auch der Lehrkräfte führt.

Gesundheitsförderung soll sich in gelebten Werten, Normen und einem guten Schulklima widerspiegeln – kurz: In einer Gesundheitsförderungskultur
(Quilling & Kruse, 2019).

HS Gesundheit Hochschule für Gesundheit Jan Ingeborg & Elke Quilling 16

16

Gesundheitsförderliche Settings oder gar Gesundheitsförderungskultur?

Kultur ist ein kollektives Phänomen und ist von sozialer Interaktion abhängig
(Denison, 1996; Hemmelgarn, Glisson & James, 2006; Mearns & Flin, 1999; Moran & Volkwein, 1992; Rostila, Suominen, Asikainen & Green, 2011; Sackmann, 1999; Schein, 1990; Schneider, Ehrhart & Macey, 2013; Schneider et al., 2017; Verbeke et al., 1998; Wiegmann, Zhang, von Thaden, Sharma & Gibbons, 2004).

Kultur befasst sich mit gemeinsamen Grundannahmen, Werten und Überzeugungen, Verhaltensnormen und -erwartungen
(Denison, 1996; Glisson, 2015; Güldenmund, 2000; Hemmelgarn et al., 2006; Mearns & Flin, 1999; Moran & Volkwein, 1992; Rostila et al., 2011; Sackmann, 1999; Schein, 1990; Schneider, Brief & Guzzo, 1998; Schneider et al., 2013; Schneider et al., 2017; Schneider, Gunnarson & Nies-Jolly, 1994; Trus et al., 2019; Verbeke et al., 1998; Wiegmann et al., 2004).

Aus den ersten beiden Punkten resultiert wiederum ein bestimmtes Verhalten
(Denison, 1996; Glisson, 2015; Güldenmund, 2000; Hemmelgarn et al., 2006; Mearns & Flin, 1999; Rostila et al., 2011; Sackmann, 1999; Schein, 1990; Schneider et al., 2013; Schneider et al., 2017; Trus et al., 2019; Verbeke et al., 1998; Wiegmann et al., 2004).

(Quelle: Kaczmarczyk, Jospelt & Quilling, in Vorbereitung)

HS Gesundheit Hochschule für Gesundheit Jan Ingeborg & Elke Quilling 17

17

Gesundheitsförderliche Settings oder gar Gesundheitsförderungskultur?

Kultur ist beständig, in der Organisation tief verwurzelt und im Unterbewusstsein der Mitarbeitenden/Mitglieder verankert
(Denison, 1996; Glisson, 2015; Moran & Volkwein, 1992; Sackmann, 1999; Schein, 1990; Schneider et al., 1996; Schneider et al., 2013; Schneider et al., 2017; Verbeke et al., 1998).

Kultur ist nur bedingt zu beobachten
(Güldenmund, 2000; Moran & Volkwein, 1992; Sackmann, 1999; Schein, 1990; Schneider et al., 1996).

(Quelle: Kaczmarczyk, Jospelt & Quilling, in Vorbereitung)

HS Gesundheit Hochschule für Gesundheit Jan Ingeborg & Elke Quilling 18

18

Organisationsentwicklung

Weiterentwicklung bzw. „**Umwandlung**“ eines Settings in ein **gesundheitsförderndes Setting** beruht nach Barić und Conrad (1999) auf einem Modell der **„Organisationsentwicklung**, im Rahmen dessen die Aktivitäten der Gesundheitsförderung, Bildung und Erziehung geplant und durchgeführt werden müssen“ (s.15).

>>Wandel im **Betriebsklima**, die Festlegung von **Organisationszielen** und die Einführung von **partizipativen Managementpraktiken**.

19

Partizipation und Empowerment

Um „Autonomie und Kontrolle über die eigenen Gesundheitsbelange“ zu erlangen (Empowerment), müssen Bürger die Möglichkeit haben, einen Einfluss auf ihre Umwelt zu nehmen (Partizipation)“ (Wright 2008)

20

Partizipation

„Partizipation bedeutet (...) nicht nur Teilnahme, sondern auch Teilhabe an Entscheidungsprozessen (Entscheidungsmacht). Dazu gehört die Definitionsmacht, d.h. die Möglichkeit, das Gesundheitsproblem (mit-)bestimmen zu können, auf das die gesundheits-fördernden bzw. präventiven Maßnahmen abzielen. Je mehr Einfluss jemand auf einen Entscheidungsprozess nimmt, umso größer ist seine bzw. ihre Partizipation. (...)“ (Wright et al., 2010)

21

Partizipation

Partizipation ermöglichen bei

- Situationsanalysen,
- Problemdefinitionen,
- Maßnahmenentwicklung und -umsetzung,
- Ergebnisbewertung

HS Gesundheit Hochschule für Gesundheit Jan Ingeborg & Elke Gullig 22

22

Stufen der Partizipation

Partizipation	Stufe 9	Selbstständige Organisation	Weit über Partizipation hinaus
	Stufe 8	Entscheidungsmacht	Partizipation
	Stufe 7	Teilweise Entscheidungskompetenz	
	Stufe 6	Mitbestimmung	
	Stufe 5	Einbeziehung	Vorstufen der Partizipation
	Stufe 4	Anhörung	
	Stufe 3	Information	Nicht-Partizipation
	Stufe 2	Erziehen und Behandeln	
	Stufe 1	Instrumentalisierung	

(nach Wright et al. 2007)

HS Gesundheit Hochschule für Gesundheit Jan Ingeborg & Elke Gullig 23

23

Erfolgskriterien der Partizipation

1. Beteiligung ist gewollt & wird unterstützt - Partizipationskultur entsteht.
2. Beteiligung ist für alle Kinder möglich.
3. Ziele & Entscheidungen sind transparent – von Anfang an.
4. Klarheit über Entscheidungsspielräume – Ergebnisse umgesetzt
5. Informationen sind verständlich & Kommunikation ist gleichberechtigt.
6. Kinder wählen für sie relevante Themen aus.
7. Methoden sind attraktiv und zielgruppenorientiert.
8. Engagement wird durch Anerkennung gestärkt.
9. Netzwerke für Partizipation – Beteiligung wird evaluiert

HS Gesundheit Hochschule für Gesundheit Jan Ingeborg & Elke Gullig 24

24

Prinzipien der Partizipation

Offenheit bewahren (>> Ergebnisse)

→ Partizipativer Einbezug der Adressat*innen benötigt Zeit!

Die Interventionen werden nicht für, sondern mit den Adressat*innen geplant und umgesetzt.

25

Literatur

Dedczynski, K., Paulus, P., Niekawa, S. & Hundeloh, H. (2015). Gesundheit im Kontext von Bildung und Erziehung – Entwicklung, Umsetzung und Herausforderungen der schulischen Gesundheitsförderung in Deutschland. *ZEITSCHRIFT FÜR ALLGEMEINE ERZIEHUNGSFORSCHUNG*, 42(1), 19–26. doi:10.1007/s12618-014-0102-3

Densten, D. (1986). What is the difference between organizational culture and organizational climate? A writer's point of view on a decade of usage. *www.TheAcademyofManagementReview*, 11(3), 658–664. doi:10.2307/258997

Egglestein, F. & Niekawa, S. (2016). Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung: Genese, Konzeption, Praxis, Evidenzbasierung. (Discussion Paper 1) Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Forschungszentrum Bildung, Arbeit und Lebensformen, Forschungszentrum Public Health, 2016-2017. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung

Egglestein, F. & Niekawa, S. (2016). Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung: Genese, Konzeption, Praxis, Evidenzbasierung. (Discussion Paper 1) Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Forschungszentrum Bildung, Arbeit und Lebensformen, Forschungszentrum Public Health, 2016-2017. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung

Finger, J. D., Vermeire, E., Kinnunen, L., Leung, C. & Mearns, C. (2018). Kulturelle Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland—Querschnittergebnisse aus KIGGS Well 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3(1), 24–31. doi:10.17886/RSK-2018-028.2

Gilson, C. (2015). The Role of Organizational Culture and Climate in Innovation and Effectiveness. *Human Service Organizations: Management, Leadership & Governance*, 19(6), 245–256. doi:10.1080/21551211.2015.1087178

Guldemund, F. (2019). The Role of Culture: A review of theory and research. *Applied Science*, 9(1), 215–237. doi:10.3390/app9010215

Hummelmann, A., L. Gilson, C. & J. Jones, L. H. (2018). Organizational Culture and Climate: Implications for Services and Intervention Research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13(1), 7–24. doi:10.1111/cpsp.12101

Hundeloh, H. (2012). Das Konzept „Gute gesunde Schule“ in DGVJ publiziert 29.12.12, S.64–66.2012. Abgerufen von https://www.dgvs.de/medien/aktuelle_nachrichten/aktuelle_nachrichten/2012_29.12.12_12_05.pdf

Klopke, K., Baumgarten, F., Göbel, K., Lampert, T. & Niekawa, S. (2018). Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland—Querschnittergebnisse aus KIGGS Well 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3(1), 3–12. doi:10.17886/RSK-2018-028.1

Mearns, K. J., Leung, C., Kinnunen, L., & Mearns, C. (2018). Sport- and Exercise-participation in children and adolescents in Germany—Cross-sectional results from KIGGS Well 2 and Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3(1), 13–21. doi:10.17886/RSK-2018-028.3

Morok, E. T. & Vahedi, J. (1982). The climate approach to the formation of organizational climate. *Human Relations*, 35(1), 14–47. doi:10.1177/001872178203500102

Ostermayr, A. (2012). Theoretisch-konzeptionelle Grundlagen und Erstellung der Gesundheitskulturkonstrukte. In A. Ostermayr (Ed.), *Gesundheitskultur: Eine Bildung und Verankerung durch Partizipation* (pp. 107–148). Wiesbaden: Springer Fachverlag Wehrhahn

Palkovits, J. M. & Dietricher, C. (2015). Organisationsentwicklung als Methode der Gesundheitsförderung. 23.06.2020. Abgerufen von https://www.kitnet.de/medien/aktuelle_nachrichten/aktuelle_nachrichten/2015_23.06.2020_12_05.pdf

26

Literatur

Quilling, E. & Krues, S. (2019). Weiterentwicklung modulares Evaluationskonzept / Weiterentwicklung für GLT DRAUF. Unveröffentlichter Abschlussbericht für die BZgA.

Quilling, E., Dedczynski, K. & Müller, M. (2016). Settingbezogene Prävention von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter. Theoretische Fundierung, Einflussfaktoren und Interventionsplanung. *Bundesgesundheitsforschungs-Gesundheitskultur*, 9(1), 1384–1404. doi:10.1007/s00103-016-0436-2

Quilling, E., Krues, S. & Müller, M. (2019). Gesundheitsförderliche Schule durch stärkere Partizipation. *Forum sozialarbeit + gesundh.*, 2, 2079, 25–28.

Roskil, I., Suominen, T., Kallinen, P. & Green, P. (2011). Differentiation of organizational climate and culture in public health and social services in Finland. *Journal of Public Health*, 13(1), 39–47. doi:10.1007/s10389-010-0523-7

Sachdev, S. A. (1998). Culture Change eigentlich heißt ja ganz einfach... wenn die nicht die Menschen wären! 22.06.2020. Abgerufen von <https://www.sasor.info/soar/handle/document/643117>

Schein, E. H. (1990). Organizational culture. *American Psychologist*, 45(2), 109–119. doi:10.1037/0003-066X.45.2.109

Schierkewitz, A., Bentschneider, A., K., Damerow, S. & Rosow, A. S. (2018). Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland—Querschnittergebnisse aus KIGGS Well 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3(1), 19–23. doi:10.17886/RSK-2018-052

Schneider, B. & Reichers, A. E. (1983). On the ecology of climates. *Personnel psychology*, 36(1), 19–39. doi:10.1111/j.1744-6570.1983.tb00500.x

Schneider, B., Brief, A. P. & Guzzo, R. A. (1996). Creating a climate and culture for sustainable organizational change. *Organizational dynamics*, 24(4), 7–19. doi:10.1016/0090-2616(96)90103-9

Schneider, B., Ehrhart, M. G. & Macy, W. H. (2013). Organizational climate and culture. *Annual Review of Psychology*, 64, 361–398. doi:10.1146/annurev-psych-113011-142899

Schneider, B., Gonzalez-Thoms, V., Dierker, C. & Meier, M. A. (2017). Organizational climate and culture: Reflections on the history of the constructs in the *Journal of Applied Psychology*. *Journal of Applied Psychology*, 102(3), 486–492. doi:10.1037/ap0000089

Schneider, B., Cameron, S. K. & Miles, M. P. (1986). Creating the climate and culture of success. *Organizational dynamics*, 23(1), 17–23. doi:10.1016/0090-2616(86)90085-X

Thom, N. (2014). Die vier Ebenen der Gesundheitskultur. *Personnelwirtschaft*, 27.06.2020. Abgerufen von <https://www.personnelwirtschaft.de/2014/06/27/0139>

Walther, U., Goldkorn, N., Balckman, S., Green, P., Helmreich, M. & Suominen, T. (2019). Connection between organizational culture and climate and empowerment: The perspective of nurse managers. *Nursing & Health Sciences*, 21(1), 54–62. doi:10.1111/nhs.12549

Verbeke, W., Volgering, M. & Houtz, M. (1998). Exploring the conceptual expansion within the field of organizational behaviour: Organizational climate and organizational culture. *Journal of Management Studies*, 35(3), 303–323.

Walter, U., Rober, B. P. & Schwartz, F. W. (2012). Prävention. In: Schwartz, F. W., Walter, U., Siegrist, J., Kolip, P., Latz, R., Dierker, M., L. Basso, R. & Schneider, N. (Hrsg.), *Public Health: Gesundheit und Gesundheitsförderung* (3. Aufl.) München: Urban & Fischer.

WHO (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*, 12.06.2020. Abgerufen von https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_C.pdf?ua=1

Wiegmann, D. A., Zhang, H., von Thaden, T. L., Spence, G., & Gibbons, A. M. (2004). Safety Culture: An Integrative Review. *The International Journal of Aviation Psychology*, 14(2), 117–134. doi:10.1207/s15327081ijap1402_1

27