



universität  
wien

# Masterarbeit

Titel der Masterarbeit

„Gesundheitsfördernde settingbezogene Netzwerke in  
Österreich“

Ein Vergleich von Zielen und Strukturen

Verfasserin

Johanna Holzner BA

angestrebter akademischer Grad

Master of Arts (MA)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 066 905

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Soziologie

Betreuer:

Priv. Doz. Mag. Dr. Wolfgang Dür



## **Vorwort**

Die vorliegende Arbeit wurde als Masterarbeit am Institut für Soziologie der Universität Wien eingereicht.

Sie wäre ohne die motivierende fachliche Begleitung von Herrn Priv. Doz. Mag. Dr. Wolfgang Dür und Mag.<sup>a</sup> Edith Flaschberger nicht zustande gekommen. Dafür möchte ich mich herzlich bedanken.

Dank gebührt aber auch allen, die zur Realisierung des empirischen Teils der Untersuchung beigetragen haben, also jenen Expertinnen/Experten, die sich zu einem Interview bereit erklärten. Dies sind: Frau Dr.<sup>in</sup> Blanka und Frau Dr.<sup>in</sup> Ferge vom Netzwerk Gesunde Gemeinde Oberösterreich, Herr Dr. Christ vom Fonds Gesundes Österreich, Frau Mag.<sup>a</sup> Dietscher vom Österreichischen Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen, Frau Mag.<sup>a</sup> Gsöll und Frau Mag.<sup>a</sup> Kastner-Bukovski vom Netzwerk Gesundheitsförderung an Salzburgs Schulen, Frau Mag.<sup>a</sup> Kuhness von Styria Vitalis-Gesunde Volksschule, Herr Mag. Müller vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Frau Dr.<sup>in</sup> Svoboda vom Wiener Netzwerk Gesundheitsfördernde Schule und Frau Elisabeth Zeisberger MSc vom Österreichischen Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung.

Danken möchte ich auch meinen Eltern, Barbara, Gerwin und Jakob, die mich während meines gesamten Studiums begleitet und unterstützt haben.

Wien, Oktober 2012

Johanna Holzner



# Inhaltsverzeichnis

|  |    |
|--|----|
| 1. Einleitung.....   | 1  |
| 1.1 Forschungsinteresse .....  | 2  |
| 1.2 Konzeption.....  | 2  |
| 2. Theoretische Grundlagen.....  | 3  |
| 2.1 Gesundheit und Gesundheitsförderung.....                               | 3  |
| 2.1.1 Gesundheit.....  | 3  |
| 2.1.2 Gesundheitsförderung.....  | 6  |
| 2.1.2.1 Entwicklung der Gesundheitsförderung.....                          | 6  |
| 2.1.2.2 Das Konzept der Gesundheitsförderung .....                         | 7  |
| 2.2 Setting-Ansatz .....   | 9  |
| 2.2.1 Entwicklung des Setting-Ansatzes .....                               | 9  |
| 2.2.2 Das Konzept des Settings in der Gesundheitsförderung .....           | 9  |
| 2.2.3 Gesundheitsfördernde Settings.....                                   | 12 |
| 2.2.4 Herausforderungen des Setting-Ansatzes .....                         | 14 |
| 2.2.5 Zukunft des Setting-Ansatzes .....                                   | 16 |
| 2.2.6 Settingbezogene Gesundheitsförderung in Österreich .....             | 18 |
| 2.3 Netzwerke und Organisationen .....                                     | 19 |
| 2.3.1 Soziologische Netzwerkforschung .....                                | 19 |
| 2.3.1.1 Funktionen von Netzwerken .....                                    | 23 |
| 2.3.1.2 Weak and Strong Ties .....   | 24 |
| 2.3.1.3 Dimensionen von Netzwerken.....                                    | 26 |
| 2.3.1.4 Netzwerke in der Gesundheitsförderung.....                         | 29 |
| 2.3.1.5 Gesundheitsfördernde settingbezogene Netzwerke in Österreich ..... | 31 |
| 2.3.2 Organisationen.....  | 32 |
| 2.3.2.1 Organisationsziele .....   | 36 |
| 2.3.2.2 Organisationsstruktur .....  | 39 |
| 2.3.2.3 Mitglieder und Beteiligte .....                                    | 43 |
| 2.3.2.4 Organisationsumwelt.....   | 45 |
| 2.4 Forschungsfragen.....  | 46 |
| 3. Methodisches Vorgehen.....  | 49 |
| 3.1 Design.....  | 49 |
| 3.2 Erhebungsinstrument.....   | 50 |
| 3.3 Leitfragen.....  | 53 |
| 3.4 Auswahl der Interviewpartnerinnen/-partner .....                       | 54 |
| 3.5 Durchführung der Erhebung .....  | 56 |
| 3.6 Analyseverfahren .....   | 57 |

|  |    |
|--|----|
| 3.6.1 Inhaltsanalyse .....   | 57 |
| 3.6.2 Gütekriterien .....  | 61 |
| 3.6.3 Qualitative Inhaltsanalyse mit ATLAS.ti .....  | 66 |
| 4. Ergebnisse .....  | 67 |
| 4.1 Erläuterung der Analyseschritte .....  | 67 |
| 4.2 Aufbau der Netzwerke .....   | 69 |
| 4.2.1 Aufbau des Österreichischen Netzwerks Betriebliche Gesundheitsförderung.....                                     | 69 |
| 4.2.2 Aufbau des Netzwerks Gesunde Gemeinde Oberösterreich .....   | 70 |
| 4.2.3 Aufbau Styria vitalis-Gesunde Volksschule .....  | 71 |
| 4.2.4 Aufbau des Netzwerks Gesundheitsförderung an Salzburgs Schulen .....   | 71 |
| 4.2.5 Aufbau des Österreichischen Netzwerks Gesundheitsfördernder Krankenhäuser<br>und Gesundheitseinrichtungen .....  | 72 |
| 4.2.6 Aufbau des Wiener Netzwerks Gesundheitsfördernde Schulen .....   | 73 |
| 4.2.7 Parallelen und Unterschiede.....   | 74 |
| 4.2.7.1 Reichweite.....  | 74 |
| 4.2.7.2 Koordination und Entscheidung .....  | 74 |
| 4.2.7.3 Kommunikation .....  | 75 |
| 4.3 Ziele.....   | 76 |
| 4.3.1 Ziele des Österreichischen Netzwerks Betriebliche Gesundheitsförderung .....                                     | 76 |
| 4.3.2 Ziele des Netzwerks Gesunde Gemeinde Oberösterreich .....  | 76 |
| 4.3.3 Ziele Styria vitalis-Gesunde Volksschule .....   | 77 |
| 4.3.4 Ziele des Netzwerks Gesundheitsförderung an Salzburgs Schulen.....   | 77 |
| 4.3.5 Ziele des Österreichischen Netzwerks Gesundheitsfördernder Krankenhäuser<br>und Gesundheitseinrichtungen .....   | 77 |
| 4.3.6 Ziele des Wiener Netzwerks Gesundheitsfördernde Schulen .....  | 78 |
| 4.3.7 Parallelen und Unterschiede.....   | 78 |
| 4.4 Angebote .....   | 79 |
| 4.4.1 Angebote des Österreichischen Netzwerks Betriebliche Gesundheitsförderung.....                                   | 79 |
| 4.4.2 Angebote des Netzwerks Gesunde Gemeinde Oberösterreich .....   | 80 |
| 4.4.3 Angebote Styria vitalis-Gesunde Volksschule .....  | 80 |
| 4.4.4 Angebote des Netzwerks Gesundheitsförderung an Salzburgs Schulen .....   | 81 |
| 4.4.5 Angebote des Österreichischen Netzwerks Gesundheitsfördernder<br>Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen..... | 81 |
| 4.4.6 Angebote des Wiener Netzwerks Gesundheitsfördernde Schulen .....   | 82 |
| 4.4.7 Parallelen und Unterschiede.....   | 82 |
| 4.5 Mitgliedschaft und Auszeichnungen .....  | 83 |
| 4.5.1 Mitgliedschaft und Auszeichnungen des Österreichischen Netzwerks<br>Betriebliche Gesundheitsförderung .....      | 83 |

|  |     |
|--|-----|
| 4.5.2 Mitgliedschaft und Auszeichnungen des Netzwerks Gesunde Gemeinde<br>Oberösterreich .....   | 85  |
| 4.5.3 Mitgliedschaft und Auszeichnungen Styria vitalis-Gesunde Volksschule .....   | 86  |
| 4.5.4 Mitgliedschaft und Auszeichnungen des Netzwerks Gesundheitsförderung an<br>Salzburgs Schulen .....   | 87  |
| 4.5.5 Mitgliedschaft und Auszeichnungen des Österreichischen Netzwerks<br>Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen ..... | 88  |
| 4.5.6 Mitgliedschaft und Auszeichnungen des Wiener Netzwerks<br>Gesundheitsfördernde Schulen.....  | 89  |
| 4.5.7 Parallelen und Unterschiede .....  | 90  |
| 4.6 Kooperationen .....  | 92  |
| 4.6.1 Kooperationen des Österreichischen Netzwerks Betriebliche<br>Gesundheitsförderung.....   | 92  |
| 4.6.2 Kooperationen des Netzwerks Gesunde Gemeinde Oberösterreich .....  | 92  |
| 4.6.3 Kooperationen Styria vitalis-Gesunde Volksschule .....   | 93  |
| 4.6.4 Kooperationen des Netzwerks Gesundheitsförderung an Salzburgs Schulen.....   | 93  |
| 4.6.5 Kooperationen des Österreichischen Netzwerks Gesundheitsfördernder<br>Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen .....                     | 94  |
| 4.6.6 Kooperationen des Wiener Netzwerks Gesundheitsfördernde Schulen .....  | 94  |
| 4.6.7 Parallelen und Unterschiede .....  | 95  |
| 4.7 Evaluation .....   | 95  |
| 4.8 Herausforderungen.....   | 97  |
| 4.9 Erfolgskriterien.....  | 100 |
| 4.10 Zukunftsperspektiven.....   | 101 |
| 5. Schlussbetrachtung und Diskussion .....   | 104 |
| 5.1 Schlussbetrachtung .....   | 104 |
| 5.2 Zusammenfassung der Ergebnisse .....   | 105 |
| 5.3 Diskussion und Reflexion .....   | 107 |
| 6. Literaturverzeichnis .....  | 112 |
| 7. Anhang .....  | 120 |
| 7.1 Zusammenfassung .....  | 120 |
| 7.2 Abstract.....  | 121 |
| 7.3 Leitfäden .....  | 122 |
| 7.3.1 Leitfaden für settingbezogene gesundheitsfördernde Netzwerke .....   | 122 |
| 7.3.2 Leitfaden für netzwerk-übergreifende Institutionen .....   | 124 |
| 7.4 Curriculum Vitae .....   | 126 |

## **Abbildungsverzeichnis**

|   |    |
|---|----|
| Abbildung 1: Wissensvermittlung in der Gesundheitsförderung<br>(Lang 2009, 221).....                          | 31 |
| Abbildung 2: Formen der Systematisierung der Organisationsforschung<br>(Preisendörfer 2008, 18).....          | 34 |
| Abbildung 3: Kernelemente von Organisationen in Anlehnung an Sott (2003)<br>(Preisendörfer 2008, 59).....     | 36 |
| Abbildung 4: A Typology for Validity in Content Analysis<br>(Krippendorff 1980, 158), eigene Bearbeitung..... | 62 |

## **Tabellenverzeichnis**

|  |    |
|--|----|
| Tabelle 1: Klassifizierung von Interviews nach ihrer Standardisierung..... | 51 |
| Tabelle 2: Interviewpartnerinnen/-partner.....                             | 55 |
| Tabelle 3: Bearbeitung der Fundstellen .....                               | 68 |



## Abkürzungsverzeichnis

|                    |   |
|--------------------|---|
| <b>AKS Austria</b> | Forum Österreichischer Gesundheitsarbeitskreise   |
| <b>ARGE</b>        | Arbeitsgemeinschaft   |
| <b>AVOS</b>        | Arbeitskreis für Vorsorgemedizin Salzburg   |
| <b>BDS</b>         | Berufsverband Deutscher Soziologinnen und Soziologen  |
| <b>BGF</b>         | Betriebliche Gesundheitsförderung   |
| <b>BMG</b>         | Bundesministerium für Gesundheit  |
| <b>BVA</b>         | Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter  |
| <b>BzgA</b>        | Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung   |
| <b>DeGEval</b>     | Gesellschaft für Evaluation e.V.  |
| <b>DGS</b>         | Deutsche Gesellschaft für Soziologie  |
| <b>FGÖ</b>         | Fonds Gesundes Österreich   |
| <b>LBIHPR</b>      | Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research   |
| <b>ÖÄK</b>         | Österreichische Ärztekammer   |
| <b>ONGKG</b>       | Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und<br>Gesundheitseinrichtungen |
| <b>ÖGKK</b>        | Oberösterreichische Gebietskrankenkasse   |
| <b>SGKK</b>        | Salzburger Gebietskrankenkasse  |
| <b>SVR</b>         | Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im<br>Gesundheitswesen                   |
| <b>WHO</b>         | World Health Organisation   |
| <b>WieNGS</b>      | Wiener Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen  |
| <b>WiG</b>         | Wiener Gesundheitsförderung   |



## 1. Einleitung

Gesundheit nimmt in der heutigen Gesellschaft einen zentralen Stellenwert ein, während schwere Krankheit oder Pflegebedürftigkeit zu den größten Ängsten der postmodernen Individuen zählen (Forster/Krajic 2008). Die Förderung der (individuellen) Gesundheit ist daher in aktuellen Diskussionen, die sich mit Gesundheit und Krankheit auseinandersetzen, stets präsent. Dabei wird oft übersehen, dass es sich hierbei um ein noch relativ junges Konzept der Wissenschaft sowie „[...] in der Entwicklung von handlungsrelevanten gesellschaftlichen Prozessen“ (Nutbeam/Harris 2005, 5) handelt. Den Anstoß für die Etablierung des Begriffs der Gesundheitsförderung gab eine Definition der Weltgesundheitsorganisation, die 1986 im Rahmen der Ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa veröffentlicht wurde (Hurrelmann 2010). Das Konzept der Gesundheitsförderung beschreibt demnach jenen Prozess, der es allen Individuen ermöglichen soll, das Wissen über ihre Gesundheit und damit diese selbst zu verbessern (Nutbeam 1998).

Gesundheit wird laut der Ottawa Charta am besten dort gefördert, wo Individuen arbeiten und leben, also in deren alltäglichen Lebenswelt, in sogenannten Settings (BMG nd). In diesem sozialen Umfeld sollen durch entsprechende Maßnahmen sowie die Integration gesundheitsfördernder Aspekte in gewohnte Tätigkeiten für die Akteurinnen/Akteure innerhalb des jeweiligen Settings gesunde Arbeits- und Lebensbedingungen gewährleistet werden. Mit der steigenden Popularität des Konzepts der Gesundheitsförderung sowie des Setting-Ansatzes ging eine wachsende Professionalisierung dieses Bereichs einher und Methoden der Qualitätssicherung, die eine Optimierung von Verfahren und Prozessen gewährleisten sollten, rückten immer mehr in den Vordergrund. Aus diesem Grund wurde die Bildung von Netzwerken, d.h. die Vernetzung gleichartiger Settings immer zentraler (Barić/Conrad 1999). Netzwerke verbinden einzelne Programme, fördern den Austausch zwischen den Netzwerkmitgliedern und „schaffen auch die Möglichkeit zu Initiativen, die von einem Betrieb/einer Schule/einer Gemeinde allein nicht zu leisten wären“ (BMG nd, 1). Auch in Österreich wurde ab den 1980er Jahren die Gründung derartiger Zusammenschlüsse initiiert.

Wenngleich Netzwerke in Österreich einen wichtigen Beitrag für die Förderung der Gesundheit leisten, ergaben Gespräche im persönlichen Umfeld, dass diese den wenigsten ein Begriff sind. Doch wie sieht die wissenschaftliche Wahrnehmung der Netzwerke aus? Eine ausführliche Literaturrecherche machte deutlich, dass sich nur wenige Werke mit der Thematik der gesundheitsfördernden Netzwerke befassen. Bei ihnen handelt es sich um

Studien, die ein konkretes nationales Netzwerk in den Vordergrund stellen, während entsprechende Überblickswerke fehlen. Angesichts des Booms, den Vernetzung in der gegenwärtigen Gesellschaft erfährt sowie der wachsenden Bedeutung, die dem Konzept der Gesundheitsförderung beigemessen wird, verwundern diese Leerstellen innerhalb der österreichischen Forschung. Die vorliegende Arbeit stellt einen Versuch der „Lückenfüllung“ anhand der der Beantwortung folgender Forschungsfragen dar.

## **1.1 Forschungsinteresse**

Eine erste Auseinandersetzung mit dem Thema gesundheitsfördernde settingbezogene Netzwerke in Österreich zeigte, dass bislang keine umfassende Sammlung von Informationen zur österreichischen „Landschaft“ von gesundheitsfördernden Netzwerken vorliegt, die einen Vergleich zwischen den einzelnen Zusammenschlüssen zulassen würde. In diesem Zusammenhang drängen sich jedoch zahlreiche Fragen auf: Wie arbeiten gesundheitsfördernde Netzwerke in Österreich? Welche Ziele haben sie sich gesetzt? Gibt es Faktoren, die deren Agieren positiv bzw. negativ beeinflussen? Welche Organisationselemente wirken sich förderlich auf die Arbeit gesundheitsfördernder Netzwerke in Österreich aus, welche stellen sich für deren Aktivitäten als hinderlich heraus? Die Ergebnisse des dargestellten Forschungsprojekts sollen dazu beitragen, Antworten auf diese Fragen zu finden sowie Denkanstöße für Gesundheitswesen und Politik zu liefern und bestehenden Netzwerken mögliche Entwicklungspotenziale aufzuzeigen.

## **1.2 Konzeption**

Nachdem in der Einleitung Interesse, Methoden und Bedeutung dieses Forschungsvorhabens vorgestellt werden, setzt sich das 2. Kapitel mit den theoretischen Hintergründen auseinander. Den ersten Schwerpunkt dieses Kapitels bildet die Auseinandersetzung mit dem Konzept der Gesundheitsförderung sowie dem Setting-Ansatz. Der zweite Abschnitt des Kapitels geht auf relevante Aspekte der Netzwerkforschung sowie der Organisationssoziologie eingegangen, um Begriffe wie Ziele, Strukturen oder Mitgliedschaft vorzustellen, die vor allem für den Analyseteil zentral sein werden. Kapitel 3 stellt die Methode der Expertinnen-/Experteninterviews vor und beschreibt das angewendete Auswertungsverfahren, die inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse nach Mayring. Kapitel 4 umfasst die Ergebnisse der Untersuchung; hier findet ein Vergleich der einzelnen Netzwerke statt, um Parallelen aufzuzeigen und Unterschiede herauszuarbeiten. Interpretation, Diskussion und Reflexion der erzielten Ergebnisse bilden den Abschluss der vorgestellten Arbeit.

## **2. Theoretische Grundlagen**

### **2.1 Gesundheit und Gesundheitsförderung**

#### **2.1.1 Gesundheit**

Die Ursprünge des modernen Verständnisses von Gesundheit liegen im Europa des 18. Jahrhunderts. Für die Vertreterinnen/Vertreter der Aufklärung erschien es realisierbar, durch Vernunft, Fortschritt sowie die neuen Erkenntnisse der Wissenschaft, Krankheiten aus der Gesellschaft zu verbannen. Gemäß ihrer Vorstellung wurde Gesundheit als „der perfektste Zustand menschlicher Existenz“ (Kickbusch 2006, 32) verstanden. Dieser Gedanke blieb über die Zeit der Aufklärung hinaus bestehen, wurde im 19. Jahrhundert von staatlichen Behörden aufgegriffen und im Public Health-Ansatz umgesetzt. Spätestens ab dem 20. Jahrhundert war Gesundheit eng mit dem Feld der Medizin verknüpft und galt als Pendant zu Krankheit, deren Bekämpfung Ziel von medizinischen wie politischen Bemühungen wurde. Einen Wandel erfuhr die gesellschaftliche und wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit erst in den letzten 20 bis 30 Jahren (Kickbusch 2006), ein Trend, der sich bereits in der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus dem Jahr 1948 abzeichnet: Diese definierte Gesundheit als „a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“ (WHO 1948). Jedoch setzte erst ab Mitte der 1980er Jahre eine Hinwendung zum Thema Gesundheit ein. Diese Verlagerung des Schwerpunktes von Krankheit hin zu Gesundheit wurde von anderen Veränderungen wie einer Verschiebung von stationärer Behandlung in den ambulanten bzw. mobilen Bereich oder einer Aufwertung der Prävention begleitet. Gesundheit wird in diesem Sinne „[...] nicht mehr nur als Abwesenheit von Krankheit, sondern verstärkt als Fähigkeit verstanden, mit Belastungen und Risiken erfolgreich umzugehen“ (Forster/Krajic 2008, 81). Daher misst man individuellen Verhaltensweisen, Ressourcen und Lebensstilen immer mehr Bedeutung für ein gesundes Leben bei (Kickbusch 2006), weshalb Public Health-Strategien, die gezielte sozialpolitische Interventionen im Gesundheitssektor fordern, an Bedeutung gewinnen (Forster/Krajic 2008).

Public Health beschäftigt sich mit der Gesundheit von Populationen und kann als die Wissenschaft von der Gesunderhaltung der Bevölkerung verstanden werden. Sie versucht, bei der Frage nach der optimalen gesundheitlichen Versorgung einer Bevölkerung medizinische, soziologische und ökonomische Aspekte zu verbinden (Noack et al. 2007). Public Health setzt sich mit der Frage auseinander, wie Gesundheit in einer Gesamtpopulation entsteht, wie diese gefördert oder eine bestimmte Prävalenzrate gesenkt werden kann, und beschäftigt sich demnach mit Chancen, Möglichkeiten und Strategien

erfolgreicher Prävention im Gesundheitsbereich (Rosenbrock/Kümpers 2006) sowie der Evaluation von Versorgungsstrukturen. Zudem umfasst Public Health auch die Infrastruktur des öffentlichen Gesundheitswesens eines Staates sowie alle staatlich und privat geregelten Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge. Interventionsbereiche von Public Health sind somit die Alltags- und Arbeitswelt der Menschen und die Gesundheitsförderung (Noack et al. 2007).

Im Gegensatz zum Public Health-Konzept beschäftigt sich Antonovskys (1997) salutogenetischer Ansatz nicht mit der Gesundheit und Krankheit ganzer Bevölkerungsgruppen, sondern mit jenen von Individuen. Antonovsky bezeichnet die verstärkte Auseinandersetzung mit dem Thema Gesundheit als salutogenetische Orientierung. Er versteht Gesundheit und Krankheit nicht als dichotome Zustände, sondern geht von einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum aus, auf dem sich jedes Individuum bewegt. Im menschlichen Leben sind sogenannte Stressoren laut Antonovsky immer präsent. Daher lehnt er die These ab, dass Personen, die sich auf der positiven Seite des Gesundheit-Krankheit-Kontinuums befinden, weniger Erfahrungen mit Stressoren machen würden als Personen auf der anderen Seite des Kontinuums. Vielmehr hängt die individuelle Gesundheit davon ab, wie ein durch einen Stressor erzeugter Spannungszustand verarbeitet wird und welche generalisierten Widerstandsressourcen wie Selbstbewusstsein, soziale Unterstützung oder auch finanzielle Macht dafür zur Verfügung stehen. Das gemeinsame Kennzeichen solcher generalisierter Widerstandsressourcen ist, dass sie den Stressoren, denen der Mensch permanent ausgesetzt ist, einen Sinn geben und dadurch nach und nach ein starkes Kohärenzgefühl schaffen. Dieses gilt als globale Orientierung, die das Ausmaß angibt, in welchem ein beständiges Vertrauen vorhanden ist, die eigene Umwelt und das Verhalten anderer einschätzen zu können (Antonovsky 1997).

Das Salutogenese-Konzept greift im Wesentlichen die Ideen Antonovskys auf, bezieht jedoch zusätzlich die subjektive und soziale Konstruktion von Gesundheit, also jene Bedingungen, durch die Individuen bewusst und aktiv ihre Gesundheit beeinflussen können, mit ein. Subjektive Einflüsse beinhalten ein möglichst präventiv orientiertes Gesundheitshandeln, welches die Erhaltung bzw. Förderung der eigenen Gesundheit durch unterschiedliche individuelle oder soziale Aktivitäten bezweckt. In der Forschung geht man davon aus, dass Laien individuelle Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit besitzen, die gesundheitsrelevantes Handeln motivieren und das komplexe Gesundheitsbewusstsein einer Person ausmachen. Diese subjektiven Einflüsse sind Bestandteil der Salutogenese und stehen maßgeblich in einem sozialen Kontext, da sie sozial und gesellschaftlich geprägt und organisiert sind (Faltermaier 2005).

Anders als Antonovsky sowie die Vertreterinnen/Vertreter des Salutogenese-Konzepts nimmt Pelikan eine systemtheoretische Perspektive ein und betrachtet Gesundheit und Krankheit nicht als Endpunkte eines Kontinuums, sondern als unterschiedliche Dimensionen, „die zwar orthogonal zueinander stehen, sich aber gegenseitig beeinflussen“ (Pelikan 2011, 65). Diese beiden Dimensionen setzen sich aus drei Ebenen zusammen: der physischen, der mentalen und der sozialen Ebene (Pelikan 2011). In Anlehnung an Luhmann versteht Pelikan das Individuum als lebendiges System, dessen Gesundheit wie Krankheit durch das Zusammenwirken der eigenen genetischen Grundausstattung sowie „der Interaktionsgeschichte mit seiner relevanten Umwelt“ beeinflusst wird (Pelikan 2007, 76). Während Krankheit, die Pelikan als negative Gesundheit bezeichnet, als erleb- und beschreibbare Abweichung von einem Normalzustand oder als reduziertes Wohlbefinden wahrgenommen werden kann, erscheint positive Gesundheit unauffälliger und gilt meist als selbstverständlich (Pelikan 2007). Sie ist eine notwendige Voraussetzung für die Qualität sowie Quantität menschlichen Lebens und kann zwischen minimal und maximal schwanken (Pelikan 2011). Individuen streben den Erhalt bzw. die Produktion von positiver Gesundheit oft nicht aktiv an, wenngleich eine Steigerung der drei Aspekte von positiver Gesundheit – objektivierbare Leistungsfähigkeit bzw. Fitness, subjektives Wohlbefinden sowie soziale Attraktivität – durch Gesundheitsförderung bzw. -management möglich wäre (Pelikan 2007).

Die vorgestellten Ansätze zur Erklärung von Gesundheit und Krankheit mögen recht unterschiedlich sein, dennoch spiegelt die Vielzahl der wissenschaftlichen Arbeiten zum Thema die wachsende Auseinandersetzung mit dem Thema Gesundheit wider. Diese hat dazu geführt, dass der Reduktion von Gesundheitsrisiken weltweit immer mehr Bedeutung zugemessen wird. Standen früher vor allem die Nutzung von präventiven Leistungen des Gesundheitssystems im Vordergrund, besteht heute ein größeres Interesse an der individuellen Lebensgestaltung durch z.B. Ernährung, Einstellung zum Suchtmittelkonsum oder körperliche Aktivität. „Dabei hat sich mit dem Gesundheitsverhalten (health behavior) ein Konzept durchgesetzt, das Aufschluss darüber geben soll, weshalb und wie Menschen sich um den Erhalt ihrer Gesundheit bemühen“ (Weiss 2005, 75). Dieses Konzept betrachtet Individuen als Akteurinnen/Akteure ihrer eigenen Gesundheit. Zwischen tatsächlichem und optimalem Gesundheitsverhalten bestehen allerdings oft beträchtliche Unterschiede, deren Gründe in der Forschung als komplex angesehen werden, weshalb sich die Entwicklung effizienter Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention als anspruchsvoll erweist. Die Wahrnehmung von Individuen als Akteurinnen/Akteure ihrer eigenen Gesundheit ändert jedoch nichts daran, dass Personen dennoch sozialen und biographischen Belastungsfaktoren ausgesetzt bleiben, die oft nicht direkt mit Gesundheit in Zusammenhang stehen, diese jedoch maßgeblich beeinflussen (Weiss 2005).

## **2.1.2 Gesundheitsförderung**

### **2.1.2.1 *Entwicklung der Gesundheitsförderung***

Gesundheit ist keine Selbstverständlichkeit, sondern wird von Verhältnissen in der Umwelt, gesellschaftlichen Bedingungen, psycho-physischen Voraussetzungen eines Individuums sowie individuellem Verhalten beeinflusst. Vor allem die Ebene des Verhaltens rückte ab den 1980er Jahren immer mehr ins Interesse von Wissenschaft und Politik. Ausgehend von der Annahme, dass Gesundheit „kontinuierlich durch entsprechendes automatisiertes Verhalten und intentionales Handeln von Individuen bzw. auch Populationen jeweils in Interaktion mit ihrer relevanten physischen, kulturellen und sozialen Umwelt“ (Pelikan 2011, 65) (re-) produziert werden muss, begann auch die WHO diesem Thema größeren Stellenwert einzuräumen.

Die Auseinandersetzung mit Gesundheitsförderung ist jedoch kein neues Phänomen, denn bereits im frühen China, in Babylon sowie im antiken Rom waren Herrscher bemüht, die Gesundheit des Volkes gezielt durch Maßnahmen zu unterstützen bzw. zu verbessern. Diese Ideen wurden im Public Health-Ansatz des 19. Jahrhunderts aufgegriffen und weiterentwickelt. Den Startpunkt für die Etablierung der Gesundheitsförderung als eigenständiges, organisiertes Feld in Politik und Praxis bildete der sogenannte Lalonde Report. Dieses Schriftstück mit dem offiziellen Titel „A New Perspective on the Health of Canadians“ wurde 1974 vom damaligen kanadischen Gesundheitsminister Lalonde veröffentlicht und war der erste von einer nationalen Regierungsbehörde herausgegebene Bericht, der Gesundheitsförderung als eine Schlüsselstrategie zur Verbesserung der Gesundheit der gesamten Bevölkerung identifizierte. Der Lalonde Report erregt weltweite Aufmerksamkeit und gab den Anstoß für zahlreiche gesundheitsförderliche Initiativen. Dieses wachsende Interesse am Thema zeigte sich auch auf der ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung, die 1986 im kanadischen Ottawa stattfand und deren Ergebnisse in der Ottawa Charta festgehalten wurden. Die Ottawa Charta nannte zahlreiche Voraussetzungen für Gesundheit wie Ernährung, Einkommen, Frieden und Gleichheit und verlieh der Gesundheitsförderung im Unterschied zum Public Health-Konzept oder zur Prävention einen ganzheitlichen Anspruch (Green et al. 2000). In Ottawa wurden zudem fünf Schlüsselstrategien für Gesundheitsförderung identifiziert (WHO 1986, 2-3):

- 1) Build Healthy Public Policy
- 2) Create Supportive Environments
- 3) Strengthen Community Actions
- 4) Develop Personal Skills
- 5) Reorient Health Services



Die ersten drei Punkte beziehen sich auf Umwelten, in denen Gesundheit geschaffen und erhalten wird und bilden so die Verbindung zum Setting-Ansatz, auf den Kapitel 2.2 näher eingeht.

### **2.1.2.2      *Das Konzept der Gesundheitsförderung***

Der Begriff der Gesundheitsförderung „entwickelte sich aus den gesundheitspolitischen Debatten der Weltgesundheitsorganisation (WHO), in die neben bevölkerungsmedizinischen auch ökonomische, politische, kulturelle und soziale Impulse eingingen“ (Hurrelmann et al. 2004, 11) und setzte sich nach der Konferenz in Ottawa 1986 durch. Gegenwärtig existieren zahlreiche Definitionen von Gesundheitsförderung, die sich jedoch kaum in der Bedeutung, sondern vielmehr bei den gesetzten Schwerpunkten sowie dem Fokus auf das Thema unterscheiden. Die bekannteste dieser Definitionen ist jene der WHO, die in der Ottawa Charta festgehalten wurde. Demnach ist Gesundheitsförderung „the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health“ (WHO 1986, 1). Eine Analyse der verschiedenen Definitionen von Gesundheitsförderung zeigt sieben Kriterien, die für diesen Ansatz charakteristisch sind: Empowerment von Individuen und Gemeinschaften, die Ermutigung zur Teilnahme an öffentlichen Projekten (Partizipation), eine soziale wie kulturelle Perspektive bei der Auseinandersetzung mit Gesundheitsthemen und -problemen, die Betonung von Gleichheit und sozialer Gerechtigkeit, die Förderung von Kooperationen, die Beachtung der unterschiedlichen Dimensionen von Gesundheit sowie die Förderung von Gesundheit und nicht lediglich die Vorbeugung von Krankheit (Green et al. 2000). Der Begriff Empowerment beschreibt dabei einen Prozess, durch den Individuen größeren Einfluss auf jene Entscheidungen und Handlungen erlangen sollen, die ihre Gesundheit determinieren (Nutbeam 1998).

Obgleich Gesundheitsförderung wie auch Prävention großes Potenzial aufweisen, nehmen beide Formen der Intervention in der Versorgungslandschaft vieler Länder eine untergeordnete Rolle ein, da hier der Fokus nach wie vor auf Kuration bzw. Therapie von Krankheiten liegt (Hurrelmann et al. 2004). Dieses Verhältnis spiegelt sich auch in der Verteilung der finanziellen Mittel wider: So entfielen in Österreich im Jahr 2010 lediglich rund 1,97 Prozent der staatlichen Gesundheitsausgaben, inklusive jener der Sozialversicherungsträger, auf den Bereich Prävention und öffentlicher Gesundheitsdienst (Statistik Austria 2012). Die Konzentration des Gesundheitswesens auf Kuration und Therapie wird dieses in den nächsten Jahren vor erhebliche Schwierigkeiten stellen. Einerseits verursacht die zunehmende Qualität von Therapien immer höhere Kosten, andererseits führt die steigende Lebenserwartung in westlichen Ländern zu einer Zunahme

chronischer Erkrankungen, eine Veränderung im Krankheitsspektrum, die einen Wandel in der Gesundheitspolitik notwendig macht. Eine Integration von Gesundheitsförderung und Prävention in die Gesundheitsversorgung könnte deren Effektivität erhöhen sowie dazu beitragen, durch die Förderung von individueller Gesundheit bzw. die Vorbeugung von Langzeiterkrankungen die explodierenden Kosten im Gesundheitswesen zu senken (Hurrelmann et al. 2004). Ein Blick auf die österreichischen Staatsausgaben zeigt deutlich, dass Investitionen nötig sind, um den Ausbau von Gesundheitsförderung zu unterstützen.

Bei der Auseinandersetzung mit Gesundheitsförderung gilt es, nicht nur den Faktor Gesundheit, sondern auch jenen der Krankheit zu berücksichtigen. Pelikan (2011) identifiziert daher zwei Formen von Gesundheitsdeterminanten: einerseits Risikofaktoren, die Krankheiten hervorrufen bzw. Gesundheit einschränken, andererseits Ressourcen, mit deren Hilfe die individuelle positive Gesundheit und die Widerstandskraft gegen Krankheitserreger gestärkt werden. Die Gesundheit selbst ist durch äußere Einwirkung nicht direkt beeinflussbar, lediglich die Gesundheitsdeterminanten können vermindert bzw. vermehrt werden. Während die Krankheitsprävention darauf abzielt, das Eintreten bzw. die Ausbreitung von Krankheiten durch die Minimierung von Risikofaktoren zu verhindern, will die Gesundheitsförderung durch die Aktivierung von Ressourcen die positive Gesundheit unterstützen (Pelikan 2011). Die Gesundheitsförderung zielt daher darauf ab, so früh wie möglich Einfluss auf den Gesundheitszustand von einzelnen Individuen oder einer gesamten Population zu nehmen, um deren Gesundheitsqualität zu verbessern: „Der Gesundheitsgewinn liegt damit in der Herstellung oder der Wiederherstellung einer höheren Gesundheitsqualität“ (Hurrelmann et al 2004, 13).

Gesundheitsförderung gewinnt wie dargestellt nicht zuletzt aufgrund ihres ganzheitlichen Ansatzes immer mehr an Bedeutung. Da in der Wissenschaft wie im öffentlichen Bewusstsein lange Zeit die Prävention von Krankheiten im Vordergrund stand und teilweise noch immer steht, kann die Hinwendung zur Gesundheitsförderung als „radikaler Perspektivenwechsel“ betrachtet werden (Pelikan 2011, 66). Auch wenn sie unterschiedliche Ziele verfolgen, sollten Gesundheitsförderung und Prävention nicht als antagonistische, sondern vielmehr als komplementäre Konzepte begriffen werden, die einander ergänzen, da es sich bei beiden um Formen der Intervention handelt. Innerhalb der Gesundheitsförderung differenziert man üblicherweise zwischen drei unterschiedlichen Ansätzen: dem auf spezifische Gesundheitsthemen oder individuelle Verhaltensweisen bezogenen Ansatz, dem auf die Gesundheit bestimmter Populationen bezogenen Ansatz und dem Setting-Ansatz (Pelikan 2011). Letzterer ist für die Theorie der Gesundheitsförderung zentral, da er sich an den speziellen Bedürfnissen und Lebensumständen der potenziellen „Nutzerinnen“/„Nutzer“

von Gesundheitsförderung orientiert (Barić/Conrad 1999). Aufgrund seiner Bedeutung wird der Setting-Ansatz in einem eigenen Kapitel behandelt.

## **2.2 Setting-Ansatz**

### **2.2.1 Entwicklung des Setting-Ansatzes**

Der Setting-Ansatz ist zwar eng mit der WHO verknüpft, hat aber vor allem im anglo-amerikanischen Raum eine längere Tradition (Green et al. 2000). Allerdings erfolgte erst durch die Konferenz in Ottawa 1986 eine weltweite Implementierung dieses Ansatzes, der in den folgenden Jahren stetig weiterentwickelt wurde (Pelikan 2011). Die WHO und insbesondere ihre Niederlassung in Europa leisteten mit der Initiierung des „Healthy City“-Projekts 1987, dem sich rasch zahlreiche Städte anschlossen, einen entscheidenden Beitrag zur Verbreitung des Ansatzes. Dieses Programm fand zahlreiche Nachahmerinnen/Nachahmer in anderen Settings, die wiederum von der WHO, aber auch von nationalen Behörden gefördert wurden. Aufgrund dieses Erfolgs wurde bei der dritten Konferenz für Gesundheitsförderung 1991 in Sundsvall, Schweden, ein Handbuch mit Praxisbeispielen herausgegeben und schließlich 1997 in Jakarta beschlossen, den Setting-Ansatz weltweit zu unterstützen und zu erweitern. So gewann der Setting-Ansatz nicht nur in der Praxis an Relevanz, sondern wurde auch zum Gegenstand wissenschaftlicher Arbeiten. Durch die vermehrte Beschäftigung von Expertinnen/Experten der Gesundheitsförderung in Settings wuchs ihre Bedeutung zusätzlich (Green et al. 2000).

### **2.2.2 Das Konzept des Settings in der Gesundheitsförderung**

Anders als andere gesundheitsfördernde Ansätze setzt sich das Konzept des Settings nicht mit spezifischen Bevölkerungsgruppen, individuellem Verhalten oder spezifischen gesundheitsbezogenen Aspekten auseinander, sondern stellt Lebenswelten in den Vordergrund, „innerhalb derer dann prinzipiell alle relevanten Gesundheitsthemen für alle vom Setting betroffenen Populationen bearbeitet werden können“ (Pelikan 2011, 64). Der Begriff des Settings beschreibt demnach einen Ort bzw. einen sozialen Kontext, in dem durch gezielte Maßnahmen und Projekte sowie die Integration gesundheitsfördernder Aspekte in gewohnte Tätigkeiten ein gesundes Arbeits- und Lebensumfeld für die Akteurinnen/Akteure geschaffen werden soll (Barić/Conrad 1999), denn Gesundheit wird laut der Ottawa Charta (1986) dort hervorgebracht und gelebt, wo Menschen arbeiten, lernen, spielen und lieben. Dem Setting-Ansatz liegt demnach die Annahme zugrunde, dass nicht nur individuelles Risikoverhalten wie Rauchen oder Übergewicht Gesundheit bestimmt, sondern auch die Wechselbeziehung zwischen Individuen und deren Umwelt. Diese

umweltbezogene Perspektive ist für den Setting-Ansatz zentral und trug maßgeblich zu dessen Popularität bei (Barić/Conrad 1999).

Neben der Implementierung von Gesundheitsförderung stehen beim Konzept des Settings auch die Einführung einer setting-spezifischen Gesundheitspolitik sowie deren Etablierung im Vordergrund. Settings können daher als soziale Systeme bezeichnet werden, in denen Einfluss-, Beteiligungs- und Wahlmöglichkeiten der Individuen durch die Intervention auf gesundheitsrelevante Rahmenbedingungen verstärkt und Verhaltensalternativen aufgezeigt werden sollen. Der Begriff des Settings ist hierbei immer mit einem konkreten System verknüpft und bedarf aus diesem Grund einer genauen Definition. Die Abgrenzung des Settings einer gesundheitsfördernden Maßnahme ist daher bereits Teil der angestrebten Intervention und muss immer wieder geprüft werden (Penz 2008).

Im Setting-Ansatz werden die beiden Interventionsebenen des Public Health-Konzepts, die staatliche Makro-Ebene und die individuelle Mikro-Ebene um die Meso-Ebene der Organisationen und Gemeinschaften erweitert. Der Schluss, dass es sich bei Settings immer um Organisationen im engeren Sinne wie Krankenhäuser, Schulen oder Betriebe handeln muss, ist allerdings nicht zulässig. Auch Familien, Peer Groups oder Städte werden im Konzept der Gesundheitsförderung als Settings verstanden (Green et al. 2000). Generell wird in der Forschung zwischen drei Formen von Settings unterschieden: Organisationen, Gebietskörperschaften und Subkulturen, wobei letzteren in der einschlägigen Forschung tendenziell weniger Bedeutsamkeit beigemessen wird. Gebietskörperschaften sind territorial abgrenzbar und verfügen im Idealfall über demokratische Steuerungsstrukturen, die eine Beteiligung der Bürgerinnen/Bürger an Entscheidungsprozessen möglich machen sowie über miteinander verflochtene (Verwaltungs-)Ebenen. Aus organisationstheoretischer Sicht stellen Gebietskörperschaften Meta-Settings dar, die für einzelne Settings Rahmenbedingungen schaffen. In den folgenden Abschnitten soll vor allem auf organisationale Settings eingegangen werden, da sie für die vorliegende Arbeit besonders relevant sind. Allerdings weisen Organisationen und Gebietskörperschaften viele gemeinsame Merkmale auf, weshalb viele Fragen der Gesundheitsförderung auf beide Formen von Settings zutreffen (Pelikan 2007).

Organisationen werden gemäß des Setting-Ansatzes als Lebenswelten verstanden. Diese Herangehensweise ermöglicht es dem Konzept, Rahmenbedingungen in Organisationen als wichtige Determinanten der Gesundheit zu betrachten und sie damit in gesundheitsfördernde Prozesse einzubinden. Dies erscheint aus gegenwärtiger Perspektive äußerst zentral, da unser Leben mehr und mehr von Organisationen begleitet und beeinflusst wird (Pelikan

2011, 64). Der Vorteil von Organisationen als Ziel von Initiativen der Gesundheitsförderung liegt einerseits im Vergleich der zu individuellen Adressatinnen/Adressaten geringeren Anzahl, andererseits können in Organisationen durch ihre unmittelbare Nähe zu den Mitgliedern nicht nur deren gesundheitsrelevantes Verhalten, sondern zudem auch die Verhältnisse innerhalb der Organisation positiv beeinflusst werden (Pelikan 2011).

Gesundheit wird dem Setting-Ansatz zufolge durch die wechselseitige Abhängigkeit zwischen Verhalten und Verhältnissen hergestellt. Das Setting bedingt das in ihm gelebte Verhalten, weshalb eine Veränderung des Umfeldes auch eine Änderung des Verhaltens zur Folge hat und umgekehrt. Dieser Umstand sollte bei der Planung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen so weit als möglich berücksichtigt werden (Green et al. 2000). Die Rahmenbedingungen von Organisationen werden jedoch nicht nur vom Verhalten im Inneren, sondern auch maßgeblich von Staaten und deren regionalen Behörden determiniert, weshalb es Ziel des Setting-Ansatzes ist, auch diese Player zu berücksichtigen (Pelikan 2011). Diese komplexen Abhängigkeiten innerhalb wie außerhalb eines Settings erfordern mehrdimensionale Interventionen und eröffnen gleichzeitig die Möglichkeit, „dass Initiativen zur Gesundheitsförderung als maßgeschneiderte Bündel von aufeinander abgestimmten und integrierten Maßnahmen durchgeführt und an vorhandene Strukturen und Prozesse eines bestimmten Settings angepasst werden können“ (Pelikan 2011, 65). Dieses Vorgehen ist in der Regel wirksamer und nachhaltiger als einzelne, unzusammenhängende Projekte. Ziel einer settingbezogenen Intervention ist es, die Gesundheit all jener zu verbessern, deren Gesundheitszustand vom Setting beeinflusst wird sowie die Vermeidung von Krankheiten in diesem Kontext (Pelikan 2011). Die Durchführung und Wirkung von derartigen Maßnahmen hängt dabei stark von den in Kapitel 2.3.2 vorgestellten Basiselementen von Organisationen ab. Kontinuierliche, transparente Strukturen, klar definierte Mitgliedschaften und die Einbeziehung aller relevanten Stakeholder tragen positiv zur Umsetzung von Interventionen bei (Rosenbrock/Hartung 2011).

Gesundheitsförderung stellt für Interventionen anders als naturwissenschaftliche Disziplinen keine konkreten Techniken zur Verfügung, bietet aber unterschiedliche Formen von Kommunikation über gesundheitsrelevantes Wissen an, weshalb Gesundheitsförderung immer einen personellen bzw. organisationalen Ansprechpartner benötigt. Diese Rolle nehmen im Setting Personen ein, die konkrete Positionen einer sozialen Organisation vertreten. Um gesundheitsförderliche Maßnahmen umsetzen und im jeweiligen Setting eine dementsprechende Entwicklung vorantreiben zu können, müssen die Vertreterinnen/Vertreter einer Organisation dafür gewonnen werden, Veränderungen einzuleiten. Eine nachhaltige Wirkung von Gesundheitsförderung kann daher in den meisten

Fällen nur dann erzielt werden, wenn sowohl die Basis als auch die Führung einer Organisation in den Prozess eingebunden sind. Haben sich die Angehörigen einer Organisation für Gesundheitsförderung entschieden, wird ein intendierter organisationaler Wandel eingeleitet, dessen Ziel es ist, die Gesundheit aller Organisationsmitglieder zu erhalten bzw. zu verbessern (Pelikan 2011).

Bei der Umsetzung von Gesundheitsförderung darf nicht vergessen werden, dass es sich bei Settings um „Organisationen mit spezifischen Strukturen [...], die spezifische Aufgaben haben“, handelt (Barić/Conrad 1999, 12). Innerhalb dieser Settings agieren unterschiedliche Akteurinnen/Akteure, die verschiedenste Kulturen und Sprachen besitzen und individuelle Tagesabläufe absolvieren. Soll also Gesundheitsförderung in einem Setting betrieben oder gar ein gesundheitsförderndes Setting entwickelt werden, ist es zentral, die geplanten Initiativen und Maßnahmen an die einzelnen Sprachen, Kulturen und Tagesordnungen anzupassen (Barić/Conrad 1999).

### **2.2.3 Gesundheitsfördernde Settings**

Wie in den vorangegangenen Kapiteln dargestellt, haben Public Health-Konzepte, Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung in manchen Settings Tradition. Allerdings wurden diese Ansätze lange ausschließlich dazu genutzt, spezifische Zielgruppen zu erreichen. Mit der Etablierung „des Konzept eines ‚Settings‘ als einem Organisationssystem“ (Barić/Conrad 1999, 14) und dem Bestreben, gesundheitsfördernde Umwelten zu etablieren, eröffnete sich jedoch die Möglichkeit, gesundheitsfördernde Maßnahmen zu planen und umzusetzen, die alle Strukturen und Mechanismen eines Settings miteinbeziehen (Barić/Conrad 1999). Bei gesundheitsfördernden Settings kommen daher neben dem Planungsprozess der Gesundheitsförderung auch jene Ansätze zur Organisationsveränderung zur Anwendung, die mit Grundwerten der Gesundheitsförderung wie Empowerment, Partizipation und Egalität vereinbar sind (Pelikan 2011). Ziel dieser Veränderungen ist es, eine gesunde psychische, physische und soziale Settingumwelt zu schaffen, Bildung, Erziehung sowie Gesundheitsförderung in den Alltag zu integrieren und die Verbindung mit anderen Settings durch Netzwerke und Allianzen herzustellen. Diese Ziele werden in der Regel durch ein 3-Phasen-Modell erreicht: Grundlagenarbeit, Umsetzung auf der institutionellen Ebene sowie die Umsetzung auf der Ebene der Konsumentinnen/Konsumenten (Barić/Conrad 1999).

Diesem 3-Phasen-Modell nach Barić und Conrad (1999) folgend werden die einzelnen Schritte der Implementierung eines gesundheitsfördernden Settings beschrieben: Die erste

Phase betrifft vor allem die Leitung des jeweiligen Settings, die darüber entscheidet, ob und wie dieser Prozess gestaltet werden soll. Hierbei ist vor allem eine gute Information der Zuständigen zentral, damit Nutzen, Anforderungen und Kosten des Umwandlungsprozesses abgewogen werden können. Wird hier für ein gesundheitsförderndes Setting gestimmt, gilt es in einem nächsten Schritt, ein Programmteam einzuberufen, das die Entwicklung begleitet und koordiniert. Um Einblick in die vorhandenen gesundheitlichen Probleme der Settingmitglieder zu erhalten, ist es in weiterer Folge notwendig, qualitative wie quantitative Erhebungen durchzuführen, deren Ergebnisse dazu verwendet werden, Maßnahmen zu erarbeiten. Die geplanten Veränderungen sind anschließend allen Mitgliedern des Settings zu präsentieren, ehe man geschulte Gesundheitsberaterinnen/-berater bestellt, die den gesamten Prozess begleiten (Barić/Conrad 1999).

In der zweiten Phase geht es zunächst darum, alle beteiligten Akteurinnen/Akteure ausreichend zu informieren, zu schulen und die Rollen im Umwandlungsverfahren zu verteilen, bevor die Gesundheitsförderung in der letzten Phase tatsächlich umgesetzt wird. Bei dieser Durchführung von Projekten auf der Ebene der Konsumentinnen/Konsumenten ist es zentral, Feedback-Mechanismen zu etablieren, um die Neugestaltung zu einem gesundheitsfördernden Setting zu evaluieren und bestmöglich voranzutreiben (Barić/Conrad 1999).

Für Pelikan (2011) ist ein gesundheitsförderndes Setting eng mit Organisationsentwicklung und Qualitätsmanagement verbunden. Er betrachtet die Entwicklung eines solchen Settings als „eine spezifische Anwendung der organisationalen Qualitätsentwicklung“ (Pelikan 2011, 69), weshalb die Gesundheitsförderung auf jeden Fall versuchen sollte, die vorhandenen Strukturen der Qualitätssicherung zu nutzen. Da ein enger Zusammenhang zwischen Organisationsveränderung und der Entwicklung zu einem gesundheitsfördernden Setting besteht, treten bei beiden Interventionsformen ähnliche Problemstellungen auf: Welche Ziele sollen für den Wandel gesetzt werden und mit welchen Methoden lassen sich diese erreichen? Da Organisationen dazu tendieren, „sich nicht für Gesundheitsprobleme außerhalb ihrer Kernaufgaben und Kompetenzen zuständig zu fühlen“ (Pelikan 2011, 69) und diese daher an das Krankenbehandlungssystem abgeben, gilt es, eine komplexere, mehrdimensionale Sichtweise auf die jeweilige Organisation einzunehmen. Dieser Perspektivenwechsel stellt das Setting vor große Herausforderungen und muss, um zu gelingen, auch von externen Stakeholdern, wie Eltern, Kundinnen/Kunden oder Zulieferbetrieben mitgetragen werden, kann also nicht nur von innen heraus entstehen. Da die Entwicklung einer Organisation zu einem gesundheitsfördernden Setting sowohl eine hohe Bereitschaft zur Veränderung als auch ein gewisses Maß an entsprechenden

Ressourcen erfordert, ist die Verbreitung dieses Ansatzes derzeit noch nicht soweit fortgeschritten, wie dies wünschenswert wäre (Pelikan 2011).

#### **2.2.4 Herausforderungen des Setting-Ansatzes**

Bei der Umsetzung des Setting-Konzepts tritt häufig die Frage auf, wie diese im Detail erfolgen kann: Soll Gesundheitsförderung in einem bestimmten Setting implementiert oder ein gesundheitsförderndes Setting geschaffen werden? „Geht es nur darum, den speziellen Zugang, den das Setting zu vielen Personen bzw. Populationen in unterschiedlichen Rollen [...] hat, für ausgewählte Gesundheitsförderungsmaßnahmen oder -programme zu nutzen“ (Pelikan 2011, 64), oder gilt es vielmehr, ein Setting nach und nach in allen Belangen gesundheitsförderlich zu gestalten? Letztere Anwendung des Setting-Ansatzes entspricht den Zielsetzungen der WHO und den von ihr ins Leben gerufenen Netzwerken, allerdings orientiert sich die Praxis häufig an der ersten Form der Umsetzung (Pelikan 2011).

Die Vorteile des Setting-Ansatzes sind zahlreich: Settings sind relativ stabile soziale Systeme mit definierten Routinen und Grenzen, die sowohl die Strukturen als auch den Kontext für die Planung, Durchführung und Evaluation von Interventionen bereitstellen. Zudem weitert dieses Konzept den Blick auf das Thema Gesundheitsförderung und beugt somit reduzierenden, personenbezogenen oder viktimisierenden Sichtweisen vor. Dennoch stellt auch das Konzept des Settings die Gesundheitsförderung und die damit verbundene Wissenschaft vor einige Herausforderungen. So gestaltet sich die Umsetzung des starken Umweltbezuges in der Praxis äußerst schwierig, denn die Vertreterinnen/Vertreter des Setting-Ansatzes gehen davon aus, dass innerhalb eines Systems und seiner relevanten Umwelt alles von allem beeinflusst wird, weshalb sich die Auswirkungen von gesetzten Maßnahmen vorab nur sehr schwer einschätzen lassen. Auch die Frage, ab welchem Zeitpunkt oder Parameter genügend Veränderungen durchgesetzt wurden, lässt sich nicht wirklich beantworten, da die Breite des Ansatzes immer wieder neue Tätigkeitsfelder innerhalb eines Settings eröffnet. Aus diesem Grund ist weder eine holistische noch eine reduktionistische Herangehensweise beim Umgang mit Settings zielführend, da keiner dieser Ansätze deren spezielle Struktur beleuchten kann. Settings sind laut Green et al. (2000) soziale Systeme, die wiederum aus Subsystemen bestehen. Will man also ein Setting genauer untersuchen, muss auch das Verhältnis zwischen System und Subsystemen miteinbezogen werden. Allerdings gilt es hier zu beachten, dass Settings immer Subsysteme von größeren Systemen sind. Die Gesundheitsexpertin/der Gesundheitsexperte ist daher gezwungen, das Forschungsfeld unter Beachtung bestimmter Gesichtspunkte einzuschränken (Green et al. 2000).



Wurde eine entsprechende Auswahl getroffen und wurden Initiativen umgesetzt, stellt sich die Frage nach deren Evaluation, also der systematischen „Untersuchung des Nutzens oder Wertes eines Gegenstandes“ (DeGEval 2008, 15). Gesundheitsförderung in Settings beeinflusst komplexe soziale Systeme und ist „zumeist ihrerseits vielschichtig und komplex“ (Nitsch/Waldherr 2011, 251). Sollen erfolgreich langfristige und nachhaltige Prozesse in Gang gesetzt werden, muss die gesamte Organisation Veränderungen zulassen können. Diese werden jedoch auch von individuellen, settingbezogenen sowie externen Faktoren beeinflusst, weshalb sich die Wirkung einer gesundheitsfördernden Initiative daher nicht ausschließlich auf diese selbst zurückführen lässt. Um die tatsächlichen Wirkmechanismen zu verstehen, bedarf es einer aufwändigen Evaluation. Diese sollte bei den meisten Maßnahmen der Gesundheitsförderung mithilfe von experimentellen bzw. quasi-experimentellen Designs erfolgen. Eine Evaluation mit derartigen „traditionellen“, standardisierten Formen ist jedoch oft nicht möglich, da eine zufällige Gruppenzuteilung der Probandinnen/Probanden meist nicht umgesetzt werden kann (Nitsch/Waldherr 2011) und die Spezifik des jeweiligen Settings die Bildung einer Kontrollgruppe außerhalb des Systems ausschließt. Zudem können gesundheitsförderliche Projekte in einem Setting anders als Stimuli in einem Experiment nicht kontrolliert eingesetzt werden (Green et al. 2000). Weiter sollten Evaluationen im Bereich der Gesundheitsförderung sowohl formativ als auch summativ gestaltet sein (Nitsch/Waldherr 2011). Während die summative Evaluation zumeist erst nach dem Abschluss der Maßnahme zum Einsatz kommt (Bortz/Döring 2006) und als zusammenfassend, bilanzierend und ergebnisorientiert beschrieben werden kann, findet die formative Evaluation begleitend statt und ist aktiv-gestaltend sowie prozessorientiert (Stockmann 2007): Sie „verfolgt das Ziel, die Programmdurchführung zu optimieren und die Programmkonzeption zu verbessern“ (Gollwitzer/Jäger 2007, 124). Aufgrund dieser Voraussetzungen gilt es bei der Evaluation von Interventionen in einem Setting, ganzheitliche Designs sowie eine passende Kombination von Methoden anzuwenden, mit deren Hilfe sowohl Prozess- als auch Ergebnisevaluationen durchgeführt werden können (Nitsch/Waldherr 2011).

Aber nicht nur die praktische Anwendung des Setting-Ansatzes sowie dessen Evaluation, sondern auch das Konzept an sich ruft Diskussionen hervor. Vor allem Vertreterinnen/Vertreter der kritischen Theorie treten dafür ein, verdeckte Annahmen, Machtkonstellationen, Beziehungen zwischen Individuen und Organisationen zu beleuchten und zu dekonstruieren. Die kritische Perspektive rückt die veränderbaren Grenzen eines Settings sowie die Verbindungen zu seiner Umwelt in den Mittelpunkt: Settings sind demnach keine homogenen Gefüge, sondern stehen in Austauschbeziehungen zu anderen Systemen und verfügen über bereits existierende soziale Beziehungen. Diese müssen von

Seiten der Expertinnen/Experten für Gesundheitsförderung anerkannt werden, da sie die Umsetzung bzw. das Gelingen von gesundheitsfördernden Initiativen maßgeblich beeinflussen können. Vor allem bestehenden Machtverhältnissen innerhalb eines Settings schenkt man aus Sicht der kritischen Theoretikerinnen/Theoretiker bislang zu wenig Beachtung. Die Literatur fordert Expertinnen/Experten der Gesundheitsförderung regelmäßig dazu auf, mit dem Management einer Organisation in Verbindung zu treten und zu kooperieren, das Eingreifen in bzw. der Umgang mit Machtstrukturen wird jedoch von Seiten der Gesundheitsförderung kaum reflektiert. Macht zeigt sich innerhalb eines Settings jedoch nicht nur in Beziehungen, sondern ebenso darin, welche Gruppen am Rande stehen und möglicherweise nicht als Teil der Organisation wahrgenommen werden. Hier ist die Frage zu stellen, ob und auf welche Weise diese Personen, beispielsweise Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter einer externen Reinigungsfirma, in gesundheitsförderliche Projekte des Settings miteinbezogen werden sollen (Green et al. 2000).

Aber nicht nur innerhalb von Settings, auch bei deren äußerer Bewertung durch Wissenschaft und Öffentlichkeit treten Ungleichheiten zutage: Einige Settings besitzen scheinbar mehr Legitimation als andere. So liegt der Schwerpunkt der Gesundheitsförderung zumeist auf Betrieben, Schulen oder Krankenhäusern, während Settings wie Casinos oder Nachtclubs selten Aufmerksamkeit erfahren. Innerhalb der Gesundheitsförderung mehrten sich die Stimmen, gerade diese weniger „offensichtlichen“ Settings mehr in den Fokus zu nehmen, da sie in vielen Fällen einen geringen Grad der formellen Organisation aufweisen und in deren Umfeld gesundheitsgefährdendes Verhalten eher zu erwarten ist (Green et al. 2000).

Nach dieser Einführung in das Setting-Konzept widmet sich der folgende Absatz nun der dessen Zukunft. Um die zentralen Herausforderungen aufzuzeigen, die es in diesem Bereich den nächsten Jahren zu bewältigen gilt, ist es notwendig, die wichtigsten Aspekte des Ansatzes noch einmal kurz anzusprechen.

### **2.2.5 Zukunft des Setting-Ansatzes**

In den letzten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts setzte in den Sozialwissenschaften wie in der Medizin ein „radikaler Perspektivenwechsel“ (Pelikan 2011, 66) ein: Gesundheit wurde nicht länger als Gegenpol von Krankheit wahrgenommen, sondern als Punkt eines Kontinuums bzw. als Dimension. Mit diesem neuen Blick auf Gesundheit ging auch die wachsende Popularität der Gesundheitsförderung einher. Der innovative Ansatz versteht sich als ganzheitlich und zielt darauf ab, durch Faktoren wie Empowerment oder Partizipation die

Gesundheitsqualität von Individuen bzw. Populationen zu erhalten und zu verbessern (Hurrelmann et al. 2004). Die komplexeste Form, Gesundheitsförderung umzusetzen, ist der schon erwähnte Setting-Ansatz. Settings können dabei sowohl als physikalisch gebundene Raumzeiten, in denen Individuen gemeinsame Ziele verfolgen, als auch als Bereiche fortlaufender Kommunikation mit gegebenen Strukturen, institutionellen Werten sowie formellen bzw. informellen Regeln verstanden werden. Settings sind also immer zugleich Medium und Produkt sozialer Interaktion. Ob diese allerdings immer face-to-face erfolgen muss, oder auch in virtuellen Räumen passieren kann, bleibt in der aktuellen Forschung umstritten. Die zunehmende Verbreitung von Heimarbeit, virtuellem Austausch und Video- bzw. Skype-Konferenzen lässt die Frage aufkommen, inwieweit Organisationen, die sich hauptsächlich dieser modernen Kommunikationsmechanismen bedienen, als Settings zu betrachten sind (Green et al. 2000).

Die Auseinandersetzung mit derartigen Diskussionen rund um die Erweiterung des Setting-Begriffs zählt neben den Herausforderungen der Evaluation zu den zukünftigen Aufgaben der wissenschaftlichen Forschung rund um den Setting-Ansatz. Wie in Abschnitt 2.2.4 dargestellt, hält die Evaluation settingbezogener Maßnahmen wie überhaupt die Evaluation von Projekten der Gesundheitsförderung einige Herausforderungen bereit. Da eine Evaluation mit experimentellen bzw. quasi-experimentellen Designs nur in den seltensten Fällen möglich ist (Green et al. 2000), müssen, um diesen Ansprüchen gerecht zu werden, neue zukunftsweisende Ansätze wie die systemische Evaluation in den Bereich der Gesundheitsförderung Eingang finden, die dessen Komplexität erfassen können. Die systemische Evaluation zeichnet sich durch eine ganzheitliche Herangehensweise aus und will vor allem Interaktionen sowie die Förderung von Interventions- bzw. Lernprozessen beleuchten. Da sie derartige Prozesse selbst initiiert und fördert, entwickelt sich die Evaluation selbst zur Intervention (Nitsch/Waldherr 2011).

Während Public Health, Gesundheitserziehung und selbst Gesundheitsförderung in Settings auf eine relativ lange Tradition zurückblicken, ist das Konzept des gesundheitsfördernden Settings noch vergleichsweise jung und stellt eine Neuorientierung in der gesundheitsförderlichen Politik dar. Anders als bei Gesundheitsförderung in Settings geht es hierbei nicht darum, Maßnahmen und Projekte in speziellen Settings umzusetzen, sondern vielmehr darum, „durch die Einbeziehung gesundheitsfördernder Aspekte in die täglichen Aktivitäten, die volle Partizipation aller Teile eines Settings“ (Barić/Conrad 1999, 16) sowie durch die Anwendung von Qualitätsmanagement einen Strategiewechsel innerhalb des Settings herbeizuführen. Denn so unterschiedlich Settings auch sein mögen, bilden sie durch ihre spezifischen Aufgaben und Strukturen soziale Einheiten, deren besonderen

Anforderungen nur durch die Berücksichtigung relevanter Elemente der Organisationstheorien Rechnung getragen werden kann (Barić/Conrad 1999). Der Prozess der Entwicklung zu einem gesundheitsfördernden Setting bedarf daher einerseits einer hohen Bereitschaft zur Veränderung, andererseits eines gewissen Maßes an entsprechenden Ressourcen (Pelikan 2011). Möglicherweise könnten die genannten Faktoren dazu beitragen, dass das Konzept des gesundheitsfördernden Settings derzeit noch nicht so weit verbreitet ist, wie dies wünschenswert wäre. Dessen Implementierung wird die Gesundheitsförderung in Zukunft vor einige Herausforderungen stellen, denn einerseits gilt es, Theorien der Organisationsentwicklung sowie Methoden des Managements und der Evaluationsforschung in Projekte der Gesundheitsförderung zu integrieren und neue diesbezügliche Ansätze zu entwickeln, andererseits besteht die Notwendigkeit, den Unterschied „zwischen der bestehenden Praxis der 'Gesundheitsförderung in einem Setting' und dem neuen Konzept eines 'Gesundheitsfördernden Settings' “ (Barić/Conrad 1999, 35) herauszuarbeiten.

## **2.2.6 Settingbezogene Gesundheitsförderung in Österreich**

Die Entwicklung der Gesundheitsförderung erfährt in Österreich „durch die föderalistisch politische Struktur und die starke Zergliederung der Zuständigkeiten auf eine Vielzahl von politischen Entscheidungsträgern und Institutionen“ (Rohrauer-Näf/Waldherr 2011, 223) eine starke Prägung. Bislang fehlt ein bundesweiter, systematisch geplanter Ansatz und auch länder- bzw. sektorenübergreifende Kooperationen stellen eher eine Seltenheit dar. Als wegweisend können allerdings das 1998 verabschiedete Gesundheitsförderungsgesetz und der mit dessen Umsetzung betraute Fonds Gesundes Österreich bezeichnet werden. Das Gesundheitsförderungsgesetz basiert im Wesentlichen auf der Ottawa Charta der WHO und beinhaltet Handlungsstrategien zur Förderung und Umsetzung von Gesundheitsförderung (Rohrauer-Näf/Waldherr 2011).

Die Grundlage für weiterführende Interventionen im Bereich der Gesundheitsförderung bilden in den meisten Fällen Forschungen, die sich mit damit auseinandersetzen. Ein Vergleich zwischen Mitgliedsländern der Europäischen Union zeigt, dass Österreich sowohl bei Publikationen zu den Themen Public Health Promotion und Public Health als auch bei internationalen Kooperationen einen Platz im hinteren Drittel des Feldes einnimmt. Diese Ergebnisse, fehlende Daten und eine nur geringfügig ausgeprägte Diskussion über Gesundheitsförderungsforschung machen deutlich, dass Bedarf nach Weiterentwicklung gegeben ist. Obgleich sich neben Bund und Ländern zahlreiche Einrichtungen an der Finanzierung von Gesundheitsförderungsforschung beteiligen, gelten die finanziellen Mittel

dafür in Österreich als relativ beschränkt. Die meisten Forschungsarbeiten sind aufgrund der gegebenen Umstände isolierte Projekte mit einer Laufzeit von ein bis zwei Jahren (Rohrauer-Näf/Waldherr 2011).

In den letzten Jahren lässt sich in Österreich jedoch ein Trend zur Umsetzung von Gesundheitsförderung und zu Kooperationen in diesem Feld ausmachen. Dennoch bedarf es noch einiger Anstrengungen, um eine umfassende Gesundheitspolitik, die maßgeblich zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten beitragen kann, zu implementieren (Rohrauer-Näf/Waldherr 2011). Gesundheitsförderung in Österreich braucht daher „einen breiten nationalen Konsens über die Notwendigkeit der Investitionen“ (Dür 2008, 48) sowie Capacity Building, also „development of knowledge, skills, commitment, structures, systems and leadership to enable effective health promotion“ (Smith et al. 2006, 2). Dieses entwicklungsorientierte Konzept zielt darauf ab, Bewusstsein für Probleme und entsprechende Lösungen im Bereich der Gesundheitsförderung zu schaffen, eine Infrastruktur zu entwickeln, die eine Entwicklung und Umsetzung von Initiativen ermöglicht, und deren Nachhaltigkeit zu garantieren (Soffried et al. nd). In der Praxis lässt sich Capacity Building insbesondere durch die Analyse bestehender Ressourcen und Strukturen sowie durch die Konstituierung tragfähiger Netzwerke umsetzen (Ahrens/Marzinik 2007). Diese Zusammenschlüsse können einen wesentlichen Beitrag zur Gesundheitsförderung im Setting bzw. in gesundheitsfördernden Settings leisten, denn „sie wirken innovativ auf dem Wege von Integration und Aushandeln, anstatt auszugrenzen und zu diktieren“ (Jungk 1996, 55). Im Gegensatz zu Kooperationen, die relativ formell wie funktional agieren, zeichnen sich Netzwerke durch andere Handlungsmuster aus und verlangen allen Beteiligten ein hohes Maß an Selbstreflexivität und Eigeninitiative ab (Jungk 1996). Auf Netzwerke und insbesondere die Bedeutung von Netzwerken für die Gesundheitsförderung soll im folgenden Kapitel eingegangen werden.

## **2.3 Netzwerke und Organisationen**

### **2.3.1 Soziologische Netzwerkforschung**

Das Konzept des Netzwerks zählt gegenwärtig zu den populärsten Ansätzen der Sozialwissenschaften (Raab 2010). Obgleich sich die Netzwerkforschung großer Popularität erfreut, lässt sich der Begriff des Netzwerks nicht eindeutig ein- bzw. abgrenzen (Provan et al. 2007), denn er ist, „wie viele Phänomene, die unter modischen Konjunkturen leiden, über- und unterdeterminiert zugleich“ (Jungk 1996, 44). Weiters ist nicht immer klar, was als Netzwerk bezeichnet wird, zumal zahlreiche synonyme Begriffe existieren. Trotz dieser

Unterschiede greifen beinahe alle Ansätze der Netzwerkforschung ähnliche Themen auf: soziale Interaktion, Beziehungen, Verbundenheit, Zusammenarbeit, gemeinsame Aktivitäten, Vertrauen und Kooperation (Provan et al. 2007). Anders als Organisationen (siehe Kapitel 2.3.2) besitzen Netzwerke keine klaren Grenzen. Zwar liegt Netzwerken häufig ein gemeinsamer Vertrag zugrunde, „das Netzwerk der Kooperationspartner entsteht in der Regel jedoch fließend, durch die Entwicklung von Ideen für Projekte, durch eine Intensivierung von Gesprächen oder durch eine regelmäßiger werdende Zusammenarbeit“ (Kühl 2011, 51). Durch weitere Kooperation oder die Auslagerung von Aufträgen stoßen weitere Partner zum Netzwerk, während andere, oft unbewusst bzw. unbemerkt, herausfallen (Kühl 2011).

Die Netzwerkanalyse und die Entwicklung von Netzwerktheorien sind vor allem im deutschsprachigen Raum noch relativ junge Phänomene (Stegbauer 2010a), haben sich aber in den letzten Jahrzehnten zu bedeutenden Zweigen der Organisationsforschung entwickelt. In deren Rahmen kann Netzwerkanalyse dazu beitragen, Phänomene auf verschiedenen Analyseebenen zu beleuchten. Dabei stehen neben Individuen, Teams, Abteilungen oder der Organisation an sich auch „whole networks“ (Provan et al. 2007, 480) im Zentrum des Interesses. Dabei handelt es sich um „bewusst geschaffene Netzwerke aus drei oder mehr Organisationen, die gemeinsame Ziele verfolgen“ (Raab 2010, 576). Sie bieten Organisationen neue Möglichkeiten, stellen die Netzwerkforschung aber ebenso vor neue Herausforderungen. Wie auch bei der Entwicklung von Netzwerktheorien, vor allem mit dem Fokus auf interorganisationale Netzwerke, besteht hier noch akuter Forschungsbedarf (Raab 2010). Dieser ist unter anderem auf die enorme Vielfalt von Netzwerken zurückzuführen, denn es existieren „längerfristig stabile wie flüchtige, solche zwischen einer Hand voll oder von tausenden oder mehr Unternehmungen, regional oder international ausgelegten“ Verbindungen (Windeler 2001, 13f.). Es bedarf daher umfassender theoretischer wie methodischer Konzepte, die eine genaue Analyse der unterschiedlichsten Varianten ermöglichen.

Netzwerkforschung wird von Disziplinen wie Soziologie, Psychologie oder Informatik betrieben. Diese Aufspaltung des Forschungsfeldes lässt sich auf die Autonomisierungstendenzen der akademischen Fachdisziplinen zurückführen, die in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts einsetzten. Wirtschafts- und Sozialwissenschaften erfuhren dadurch eine zunehmende Differenzierung, die auch den fachlichen Austausch stark einschränkte. Insbesondere die Wissenschaft der Ökonomie löste sich zunehmend von den Diskursen der Verhaltenswissenschaften. Etwa zur selben Zeit begann ein Formalisierungs- und Mathematisierungsprozess der volkswirtschaftlichen Theoriebildung,

„der menschliches Verhalten auf der Basis theoretischer Grundannahmen modellierte, anstatt dieses realwissenschaftlich zu untersuchen“ (Bögenhold/Marschall 2007, 7). Diese Entwicklungen spiegeln sich bis heute in der Netzwerkforschung wider, die häufig stark von ökonomischen Konzepten geprägt ist. Daher mehrten sich in den letzten Jahrzehnten die Bestrebungen, „dem soziologischen Kern sozialer Netzwerke auf die Spur zu kommen“ (Weyer 2000, 11) und verstärkt soziologische Aspekte in die Netzwerkforschung einzubringen.

Aus soziologischer Sicht stellt ein Netzwerk eine zeitlich beschränkte Form der Koordination von Interaktionen dar, die auf Vertrauen basiert. Im Netzwerk agieren Akteurinnen/Akteure, die zwar autonom, jedoch gleichzeitig voneinander abhängig sind. Durch derartige Kooperation werden Ressourcen gebündelt und Lernprozesse in Gang gesetzt. Da dies die Chancen erhöht, partikulare Ziele zu erreichen, gilt es für die Akteurinnen/Akteure, die Interessen der anderen Mitglieder zu berücksichtigen, um das Netzwerk aufrechtzuerhalten. Bei der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit Netzwerken lassen sich nun innerhalb der Soziologie zwei unterschiedliche Strategien identifizieren, auf der einen Seite die formale Netzwerkanalyse, auf der anderen die Analyse von Interorganisations-Netzwerken. Die formale Netzwerkanalyse begreift ihren Forschungsgegenstand als Beziehungsgeflechte, die sich aus individuellen oder korporativen Akteurinnen/Akteuren zusammensetzen. Letztere sind beispielsweise Mitglieder einer Organisation, die als Vertreterinnen/Vertreter ihrer Korporation auftreten. Das Ziel der formalen Netzwerkforschung ist es nun, die Beziehungen innerhalb eines Netzwerks sowie dessen Strukturen mit quantitativen Verfahren zu erfassen. Da diese den Individuen nicht bewusst sein müssen, entsteht ein methodisches Konstrukt, dessen Form im Fokus des Interesses steht, nicht aber der substantielle Gehalt der Kontakte (Weyer 2000).

Das Netzwerkkonzept, das der Analyse von Interorganisations-Netzwerken zugrunde liegt, erfasst Vernetzung als „zielgerichtete Koordination von Akteuren“ (Weyer 2000, 16). Derartige Netzwerke verfügen einerseits über eine spezielle Qualität der Interaktion, andererseits über eine manifeste Struktur, die den Mitgliedern bewusst ist, „da sie diese intentional konstruiert haben“ (Weyer 2000, 16). Hier gilt es aus soziologischer Perspektive also nicht, latente Ordnungen aufzudecken, sondern manifeste Prozesse der Vernetzung bzw. der Interaktionen zu erforschen, um dadurch Funktionen und Leistungsvermögen des jeweiligen Netzwerks nachzuzeichnen. Aufgrund dieser Vorannahmen erscheinen qualitative Methoden zur Analyse interorganisationaler Netzwerke tendenziell besser geeignet als quantitative. Kämper und Schmidt (2000) plädieren dafür, diese mit Konzepten der soziologischen Systemtheorie zu kombinieren. Sie gehen davon aus, dass Netzwerke keinen

neuen Systemtyp darstellen, sondern sich mit den von Luhmann (2005) entwickelten Systemtypen Interaktion, Organisation und Gesellschaft beschreiben lassen.

Soziale Systeme entwickeln sich laut Luhmann immer dann, „wenn Handlungen mehrerer Personen sinnhaft aufeinander bezogen werden und dadurch in ihrem Zusammenhang abgrenzbar sind von einer nichtdazugehörigen Umwelt“ (Luhmann 2005, 10). Interaktionssysteme entstehen, sobald sich Individuen gegenseitig wahrnehmen. Ihren Abgrenzungsmechanismus stellt die Anwesenheit dar, denn wer abwesend ist, kann nicht Teil des Systems sein, wobei die Umwelt durch die Sprache in das System miteinbezogen wird. Im Gegensatz dazu umfasst Gesellschaft alle Handlungen, die mittels Kommunikation erreichbar sind. Dies bedeutet, dass in der Gegenwart der Begriff der Gesellschaft aufgrund der Möglichkeiten, die moderner Kommunikationsmittel eröffnen, jenem der Weltgesellschaft entspricht. Die Grenzen des Gesellschaftssystems bilden nicht die Faktoren An- und Abwesenheit, sondern die Chance zu kommunizieren, Erreichbarkeit sowie Verständlichkeit. Organisationen verkörpern den dritten Systemtyp, der sich durch Selbstselektion und neue Formen der Grenzziehung auszeichnet, da die Mitgliedschaft von konkreten Bestimmungen abhängt (Luhmann 2005). Kämper und Schmidt (2000) gehen davon aus, dass es sich bei Netzwerken „um eine Form der strukturellen Kopplung von Organisationen handelt und dass für diese Kopplung Interaktion in Anspruch genommen wird (Kämper und Schmidt 2000, 211). Dieser Ansatz unterstreicht die Bedeutung von Interaktion für die Bildung von Netzwerken.

(Interaktions-) Beziehungen in Netzwerken können ebenso wie die Funktionen von Netzwerken für soziale Integration und deren Strukturen und Dynamiken mit Methoden der (soziologischen) Netzwerkanalyse dargestellt werden. In der aktuellen Netzwerkforschung kommen dabei vor allem quantitative Erhebungs- und Auswertungsverfahren zum Einsatz, während qualitative Verfahren eher selten Anwendung finden. Dies scheint angesichts der unterschiedlichen theoretischen wie methodischen Orientierungen wenig überraschend. Während die Netzwerkforschung zumeist mit hochstandardisierten Verfahren operiert, gelten qualitative Methoden als offen und wenig standardisiert. Doch diese Gegensätze lassen sich überwinden und konstruktiv für die Netzwerkforschung nutzen (Hollstein 2006). Dabei dienen qualitativ erhobene Daten nicht nur der Exploration und Entwicklung neuer Konzepte, sondern setzen sich zudem mit aktuellen Themen der Netzwerkforschung auseinander. Als besonders geeignet erwiesen sich qualitative Verfahren für sechs Aspekte der Netzwerkforschung: „für die Exploration von Netzwerken, die Untersuchung von Netzwerkpraktiken, von Netzwerkinterpretationen, von Netzwerkwirkungen und von Netzwerkdynamiken sowie für den Zugang zu bestimmten Akteuren und Netzwerken“



(Hollstein 2010, 460). Die vorliegende Studie ist wohl am ehesten als Exploration von Netzwerken zu bezeichnen, da zu österreichischen settingbezogenen Netzwerken der Gesundheitsförderung bislang nur wenige Informationen vorliegen, wenngleich auch die anderen angeführten Aspekte eine Rolle spielen.

### **2.3.1.1 Funktionen von Netzwerken**

Netzwerke durchbrechen die Grenzen sozialer Systeme und begünstigen dadurch die Diversität von Sichtweisen und Ideen. Durch lose Kopplungen, auf die im folgenden Kapitel näher eingegangen wird, erhalten die einzelnen Punkte des Netzwerks relativ große Freiräume und spiegeln so den allgemeinen Individualisierungsprozess der Moderne wider. Aus diesem Grund schreibt man Netzwerken in chaotischen, neuen Situationen besondere Funktionalität zu. Je nach Einbettung erfüllen Netzwerke unterschiedliche Funktionen. Auf gesellschaftlicher Ebene tragen sie einerseits zur sozialen Kontrolle, andererseits zur Etablierung kollektiver Identitäten bestimmter Gruppen bei. Netzwerke zwischen einzelnen Organisationen lockern durch die Überwindung von Grenzen bestehende Hierarchien und tragen zur Beschäftigung mit neuen Themenbereichen bei. Auf individueller Ebene bieten sie emotionale Unterstützung, die Herstellung neuer Kontakte oder das Aufzeigen von Alternativen (Boos et al. 1992).

Bei einer näheren Betrachtung des Netzwerk-Konzepts zeigt sich, dass dieses nicht nur als relativ neues Paradigma der Wissenschaft gilt, sondern seine Entwicklung zudem Veränderungsprozesse in der Gesellschaft zeigt. Während traditionelle Bindungen an Familie, Kirche oder staatliche Autoritäten zunehmend an Bedeutung verlieren, gewinnen individuell geknüpfte, durch Aushandlungsprozesse gestaltete Beziehungen an Relevanz. Dadurch bilden sich weitverzweigte Netze, die sich aus engeren und weiteren persönlichen Beziehungen zusammensetzen und sich von Gruppen oder Verwandtschaftsverbindungen durch größere Heterogenität abheben. Das Konzept des Netzwerks scheint die neu entstandene Komplexität abzuschwächen und „ansonst [sic] zusammenhanglos bleibende Teile zu einem harmonischen Ganzen“ (Boos et al. 1992, 1) zu verbinden. Netzwerke tragen daher dazu bei, die Qualität von Kommunikation zu verbessern, weshalb sie auch für Organisationen zunehmend an Relevanz gewinnen. Sie können für Organisationen sowohl neue Optionen eröffnen, als auch Verankerungen bestehender Beziehungen ermöglichen (Boos et al. 1992) und vermindern die Unsicherheit. Netzwerke zwischen Organisationen bzw. Institutionen profitieren daher ebenso wie die sozialen Netzwerke einzelner Individuen von der gegebenen Durchlässigkeit, die kommunikative sowie interaktive Erfahrungen fördert (Jungk 1996). Lose Kopplungen (v. Kardorff 1996) und sogenannte schwachen Beziehungen

sind daher auch für Netzwerke im Gesundheitsbereich von Vorteil.

### **2.3.1.2 Weak and Strong Ties**

Die Netzwerkanalyse verknüpft die makro- bzw. mesosozilogische Perspektive auf Strukturen und zusammengesetzte Entitäten, wie Gesamtgesellschaften oder auch Organisationen, mit der mikrosoziologischen Sichtweise auf Individuen und deren Handlungen. Der Fokus der Analyse liegt daher nicht auf der einzelnen Akteurin/dem einzelnen Akteur an sich, sondern auf ihren/seinen Beziehungen zu anderen Netzwerkmitgliedern sowie ihrer/seiner „Einbettung in eine reale Struktur“ (Jansen 2000, 36), die wiederum aus den Kontakten entsteht. Dieser Zusammenhang zwischen dem individuellen Handeln und den Strukturen eines Netzwerks kann mit Bourdieus Konzept des sozialen Kapitals erfasst werden. Soziales Kapital besteht laut Bourdieu (1983) aus sozialen Verpflichtungen bzw. Beziehungen und ist „[...] die Gesamtheit der aktuellen und potenziellen Ressourcen, [...] die auf der Zugehörigkeit zu einer [sic] Gruppe beruht“ (Bourdieu 1983, 190f.). Die Akkumulation und Reproduktion von Sozialkapital bedarf einer stetigen Beziehungsarbeit, die durch den ständigen sozialen Austausch mit anderen Individuen erfolgt (Bourdieu 1983). Die Produktion von sozialem Kapital geschieht dabei meist unbewusst und befindet sich anders als andere Kapitalformen nie vollständig im Besitz eines Individuums. Vielmehr ist es sowohl von direkten als auch indirekten Beziehungen zu anderen Akteurinnen/Akteuren im Netzwerk abhängig (Jansen 2000).

Die Idee des Sozialen Kapitals steht in engem Zusammenhang mit dem Konzept der „Weak and Strong Ties“, das vom US-amerikanischen Soziologen Marc Granovetter stammt. Er stellte in einer Studie zur beruflichen Mobilität fest, dass Personen, die sich auf Jobsuche befanden, relevante Informationen über freie Stellen in den meisten Fällen nicht von engen Freunden oder Familienangehörigen, sondern von flüchtigen Bekannten, also durch „Weak Ties“, erhielten. Enge Beziehungen, die Granovetter als „Strong Ties“ bezeichnet, nehmen relativ viel Zeit und Aufmerksamkeit in Anspruch, weshalb eine Akteurin/ein Akteur nur eine begrenzte Anzahl dieser Verbindungen erhalten kann (Jansen 2000). Sie schaffen zwar lokalen Zusammenhalt, haben aber die Abgrenzung gegenüber Nicht-Mitgliedern zur Folge und begünstigen dadurch soziale Schließung (Granovetter 1973). Da „Strong Ties“ zudem häufig auf ökonomische Weise mittels Teilnahme an Ereignissen wie Familienfeiern gepflegt werden, führen sie „oft zu einer Gruppe untereinander ohnehin vernetzter Akteure“ (Jansen 2000, 39). Im Gegensatz dazu bieten „Weak Ties“ neue Informationen sowie die Möglichkeit, in Netzwerken auch größere Distanzen zu überwinden (Jansen 2000). „Weak ties“ sind daher sowohl für Individuen als auch Netzwerke unabdingbar, da sie neue Möglichkeiten

eröffnen, die Integration in Gemeinschaften fördern und Innovationsprozesse unterstützen (Granovetter 1973). Burt (1992) setzte sich intensiv mit Granovetters Konzept der „Weak and Strong Ties“ auseinander und entwickelte seine Theorie der „Structural Holes“, die zu den Grundlagen der modernen Netzwerkforschung zählt (Stegbauer 2010b). Ein strukturelles Loch ist laut Burt „a relationship of nonredundancy between two contacts“ (Burt 1992, 18) und lässt sich mithilfe schwacher Verbindungen überwinden. Dadurch wird ein umfassender Austausch zwischen den Netzwerkknoten ermöglicht und Kooperation begünstigt (Schubert 2008).

Die Perspektive der losen Kopplungen betont ebenfalls die Bedeutung lockerer Verbindungen und „beschreibt eine bestimmte Form der Beziehung zwischen den Elementen sozialer Systeme“ (Wolff 2010, 288). Lose gekoppelte Elemente sind zwar voneinander abhängig, bleiben allerdings dennoch eigenständig, weisen eine eigene Identität auf und unterliegen nur wenigen formalisierten Koordinations- bzw. Kontrollsystemen. Eine Beziehung gilt als lose, „wenn die Auswirkungen wenig intensiv sind (statt bedeutsam), plötzlich (statt kontinuierlich) und unregelmäßig (statt konstant) eintreten, auf Umwegen und über Zwischenschritte (statt direkt) erfolgen und zeitverzögert (statt unmittelbar) einsetzen“ (Wolff 2010, 288). Derartige Beziehungen bleiben relativ eigenständig und daher eher in der Lage, auf Störungen zu reagieren. Treten in lose gekoppelten Systemen Turbulenzen auf, muss sich zunächst nur die betroffene Einheit damit auseinandersetzen und kann diese abfedern, ohne andere Ebenen miteinzubeziehen. Zudem besitzt jede Einheit nach wie vor eigene Mechanismen der Wahrnehmung bzw. der Interpretation, weshalb Vorgänge außerhalb des lose gekoppelten Systems diesem nicht verborgen bleiben. Die dargestellten Vorteile stellen jedoch gleichzeitig die Nachteile lose gekoppelter Systeme dar, denn aufgrund ihrer besonderen Struktur lässt sich ihre gesamte Funktionsweise nur schwer ausmachen (Wolff 2010).

Den Nutzen, den eine lose gekoppelte Struktur für Netzwerke erbringt, haben Experimente aufgezeigt. Dadurch wurde sichtbar, dass die Chancen auf gleichberechtigte Kommunikation sowie das Ausmaß der Information steigen, je dezentraler die Austauschbeziehungen erfolgen. Einfachere Aufgaben lassen sich demnach besser in zentralisierten Netzwerken, komplexere Projekte eher in dezentralen Strukturen bearbeiten, wenngleich diese eine höhere Anfälligkeit für Störungen, Fehlinformationen oder Missverständnisse aufweisen (Jungk 1996).

Unabhängig vom Ausmaß ihrer Zentralisierung reagieren Netzwerke aufgrund ihrer Struktur flexibler auf neue Herausforderungen, denn „sie erlauben organisatorisches Probehandeln,

wo Institutionen den Instanzenweg benötigen“ (Boos et al. 1992, 2). Allerdings bedürfen Netzwerke eben wegen dieser Flexibilität ständiger, aktiver Beziehungspflege, auch wenn sich gerade keine gemeinsamen Initiativen in der Durchführung befinden, um jederzeit an die geschlossenen Kontakte anknüpfen zu können. Grundvoraussetzungen für die Pflege von Netzwerken sind dabei Verlässlichkeit sowie eine gemeinsame Intention, die jedoch nicht auf vollkommen gleichen Interessen basieren muss, da Netzwerke gerade von den unterschiedlichen Potenzialen der beteiligten Personen bzw. Organisationen profitieren. Das Ziel des jeweiligen Netzwerks sollte es sein, unter Einbeziehung der differenten Positionen, gemeinsame Ergebnisse zu finden. Beharren einzelne Mitglieder auf ihren Standpunkten, ist die Gefahr des Scheiterns gegeben, wenngleich Netzwerke ob ihrer geringen Zahl von Mitgliedern in der Lage sind, „durch direkte Interaktion zu kollektiven Entscheidungen zu kommen und durch (wechselnde) Koalitionen übermächtige Einzelne zu bremsen“ (Jungk 1996, 50f.).

Ausgehend von diesen theoretischen Überlegungen lassen sich für die Arbeit in Netzwerken drei „Grundsätze“ ableiten:

- 1) Vernetzung ist kein automatischer Prozess, sondern erfordert klare Regeln und sorgfältiges Handeln, um Konflikten zwischen den einzelnen Partnerinnen/Partnern vorzubeugen
- 2) Die Arbeit in Netzwerken macht einen Perspektivenwechsel nötig
- 3) Eine Veränderung der Sichtweisen sollte auch in den beteiligten Organisationen vollzogen werden, da sowohl die Netzwerkarbeit als auch die Pflege von Austauschbeziehungen im Organisationsalltag verankert sein sollten (Jungk 1996).

### **2.3.1.3 Dimensionen von Netzwerken**

Die allgemeine Netzwerkforschung ist den strukturellen Ansätzen der Sozialforschung zuzurechnen. Dies bedeutet, dass soziale Handlungen nicht nur auf individuelle Interessen sondern auch auf strukturellen Faktoren zurückzuführen sind. Sie finden daher immer in einem sozialen Kontext statt und beziehen sich auf andere Akteurinnen/Akteure. Der Strukturbegriff nimmt folglich in der Netzwerkforschung einen zentralen Stellenwert ein und beschreibt in diesem Forschungsfeld „die dauerhafte Beziehung zwischen den Teilen eines Systems“ (Kämper/Schmidt 2000, 213), die sich als Knoten und ungerichtete Linien abbilden lassen (Jansen 2000). Alle Mitglieder eines Netzwerks nehmen darin eine bestimmte Position ein, die die Handlungen innerhalb des Netzwerks stärker beeinflusst als individuelle Einstellungen. Dieser Strukturbegriff schließt jedoch laut Kämper und Schmidt (2000) viele Phänomene aus. Sie plädieren daher dafür, Strukturen gemäß der Systemtheorie als

Verhaltenserwartungen zu begreifen, die Entscheidungsprämissen schaffen und dadurch Unsicherheit verringern. In interorganisationalen Zusammenschlüssen beeinflussen sowohl die Struktur, die anhand von Aspekten wie Dichte, Zentralisation und der Existenz von Subnetzwerken charakterisiert wird, als auch die Rolle, die jede Organisation einnimmt, den Fluss von Informationen innerhalb des Netzwerks (Provan et al. 2007).

Die Vereinbarung gemeinsamer Netzwerkziele ist laut Nuisl „eine unabdingbare Voraussetzung für eine erfolgreiche Netzwerkarbeit“ (Nuisl 2010, 85). Da die Ziele von den jeweiligen Interessen der Mitglieder abhängen, müssen nicht alle Partner alle Ziele teilen. Allerdings sollten sie kompatibel sein, damit das Netzwerk über eine kollektive Arbeitsgrundlage verfügt. Die Ziele beeinflussen je nach Anzahl und Reichweite einerseits die Kommunikationsdichte, andererseits die „Lebenszeit“ eines Netzwerks. Doch wie auch bei Organisationen bedeutet das Erreichen geplanter Vorhaben keineswegs das Ende der Netzwerkarbeit, denn in den meisten Fällen entwickeln die Mitglieder neue Zwecke und Projekte, um das System aufrechtzuerhalten.

Netzwerke, die Burt und Minor „as a structure of relations among actors in an environment“ (Burt/Minor 1983, 9), bezeichnen, lassen sich ebenso wie Organisationen nicht nur anhand ihrer Strukturen und Ziele, sondern auch durch zahlreiche weitere Merkmale charakterisieren. Sie können temporär oder stabil agieren, regional oder überregional lokalisiert und exploitativ oder explorativ ausgerichtet sein. Die Strategie der Exploitation stellt die Nutzung bestehender Fähigkeiten und Ressourcen in den Vordergrund, wohingegen jene der Exploration darauf abzielt, neue Mittel zu erschließen. Zu den zentralsten Dimensionen von Netzwerken zählt sicherlich die Steuerung bzw. die Leitung, die sich maßgeblich auf den Erfolg von Netzwerken auswirkt. Dennoch setzen sich bislang nur wenige wissenschaftliche Studien mit dem Thema auseinander, wenngleich innerhalb der Netzwerkforschung mittlerweile ein Konsens darüber besteht, dass sich Netzwerke in diesem Punkt fundamental unterscheiden können (Provan et al. 2007). Zur Beschreibung des Aspekts der Steuerung bildeten sich daher unterschiedliche Konzepte heraus. So unterscheidet Windeler (2001) beispielsweise zwischen hierarchischer bzw. heterarchischer Führung. Als hierarchisch gelten Netzwerke, wenn sie „durch einen erkennbaren, identifizierbaren und von den Netzwerkunternehmungen akzeptierten Netzwerkkoordinator maßgeblich und relativ dauerhaft bestimmt“ (Windeler 2001, 43) werden. Strategien und Praktiken gibt dabei die Koordinatorin/der Koordinator vor, die/der diese auch überwacht. Bei heterarchischen Netzwerken hingegen unterliegt die Netzwerkregulation mehreren bzw. wechselnden Akteurinnen/Akteuren, die sich häufig in Gremien oder Komitees zusammenfinden. Provan et al. (2007) hingegen gehen von drei Formen der Steuerung aus.

„Shared governance“ liegt vor, wenn alle involvierten Organisationen an strategischen wie operationalen Entscheidungen über die Arbeit des Netzwerks beteiligt sind. Trifft eine Organisation derartige Entscheidungen alleine, handelt es sich um „lead-organization governance“, während bei der „Network administrative organization governance“, kurz „NAO governance“, diese Aufgabe einer Organisation bzw. Person zufällt, die ausschließlich mit der Leitung des Netzwerks befasst ist und keine Güter oder Dienstleistungen bereitstellt.

Derartige Übernahmen von Konzepten aus der Organisationsforschung rufen unter Netzwerkforscherinnen/-forschern auch kritische Stimmen hervor. Denn während zahlreiche Autorinnen/Autoren Netzwerke als soziale Systeme bezeichnen, lehnen andere diese Einordnung ab. Netzwerke stellen aus dieser Perspektive auch keine spezielle Organisationsform dar, da sie keine klaren, sondern zufällige, fließende Grenzen aufweisen. Zudem gelten Netzwerke als ungeplant und nicht lenkbar. Boos et al. gehen deshalb davon aus, dass Netzwerke „nicht mit den klassischen Begriffen der Organisationstheorie erfasst werden können“ (1992, 4). Sie charakterisieren Netzwerke vielmehr anhand folgender Merkmale: Intention, also der Orientierung an einem Thema, Freiwilligkeit der Teilnahme, auf dem Tauschprinzip basierende Beziehungen sowie Personenorientierung. Der Begriff der Personenorientierung beschreibt in diesem Zusammenhang den Umstand, dass Netzwerke die ganze Person miteinbeziehen und sich nicht an Rollen orientieren. Das Tauschprinzip bildet die Grundlage für Interventionen im Netzwerk, die durch Angebote erfolgen, die Teilnehmerinnen/Teilnehmer des Netzwerks stellen und denen die Annahme zugrunde liegt, dass Netzwerkpartner dafür interessante Gegenleistungen anbieten. Bleiben diese jedoch aus, bricht das Netzwerk auseinander. Aber nicht nur das Erbringen von Gegenleistungen ist für den Erfolg von Netzwerken verantwortlich, auch das Einlassen auf deren Charakteristika spielt eine zentrale Rolle, denn wird „ihnen ein unangebrachtes Organisationsverständnis übergestülpt“ (Boos et al. 1992, 1), können sie in der Praxis nur wenig wirksam sein.

Bei der Analyse von Netzwerken stehen Forscherinnen/Forschern also zahlreiche Dimensionen zur Verfügung, die zur Beschreibung des Untersuchungsgegenstandes dienen. Da in vielen Publikationen zur Netzwerkforschung trotz der dargestellten erheblichen Einwände dennoch auf bewährte Konzepte der Organisationsforschung, wie Strukturen, Ziele oder Mitgliedschaft zurückgreifen, sollen diese Elemente auch in der vorliegenden Arbeit herangezogen werden.

### **2.3.1.4 Netzwerke in der Gesundheitsförderung**

Die Auseinandersetzung mit Organisationen im Gesundheitswesen war lange auf einzelne medizinische Einrichtungen konzentriert. Die Etablierung der Netzwerkforschung ermöglichte einen neuen Fokus auf das Gesundheitswesen: „Im Mittelpunkt steht nicht mehr die einzelne, isolierte Einrichtung, das einzelne Krankenhaus oder die einzelne Abteilung in ihm, sondern das Geflecht von Beziehungen zwischen den zumeist organisationalen Akteuren“ (Amelung et al. 2009, 13). Die verstärkte Tendenz zur Vernetzung entspricht ganz den von der WHO formulierten und in der Ottawa Charta veröffentlichten Handlungsprinzipien, die nicht nur der Interessensvertretung sowie der Befähigung von Individuen, sondern auch der Vermittlung bzw. Vernetzung bei der Förderung von Gesundheit einen zentralen Stellenwert einräumen. Denn gemäß der Charta liegt die Zuständigkeit, Gesundheit zu unterstützen und herzustellen, nicht ausschließlich in den Händen des Gesundheitswesens, sondern bei allen Politikbereichen (WHO 1986). Gesundheitsförderung könne daher nur durch ein „koordiniertes Zusammenwirken aller einflussnehmenden Bereiche und Verantwortlichen“ (Trojan/Süß 2011, 572) nachhaltig umgesetzt und finanziert werden. Laut Barić/Conrad (1999) stellen Netzwerke bzw. Allianzen in der Gesundheitsförderung externe Aktivitäten von bestimmten Settings dar. Während der Begriff der Allianz in diesem Zusammenhang eine formelle Beziehung zwischen zwei unterschiedlichen Settings, wie z.B. einem Krankenhaus und einer Schule, bezeichnet, umfassen Netzwerke mehrere gleichartige Settings. Derartige Formen der Vernetzung spielen vor allem bei der Etablierung von Qualitätsstandards und Verfahren der Qualitätssicherung, die vielfach für die Gesundheitsförderung gefordert werden, eine zentrale Rolle (Barić/Conrad 1999).

Bei dem Prozess der Vernetzung kommt den Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern des Gesundheitswesens die Aufgabe zu, die Arbeit in den Settings zu unterstützen, zwischen den einzelnen Ebenen und Interessen zu vermitteln und durch die Schaffung vertikaler sowie horizontaler Kooperationsstrukturen Vernetzung zu initiieren. Während erstere die verschiedensten politischen Ebenen verbinden und dadurch „in einen gemeinsamen Arbeitszusammenhang“ (Trojan/Süß 2011, 572) bringen, verknüpfen horizontale Strukturen die Lebenswelten der Menschen mit politischen Instanzen. Da die einzelnen Akteurinnen/Akteure der Gesundheitsförderung häufig divergierende Interessen vertreten, die nicht selten Konflikte verursachen, sind Kooperationsstrukturen für die Gesundheitsförderung unabdingbar. Wie bei der Bildung von Netzwerken gilt es hier, Kommunikations- und Dialogverfahren, wie Mediation oder Konfliktklärung, einzusetzen. Dazu bedarf es allerdings einer offenen, gleichberechtigten Kommunikationskultur, kollektiver Entscheidungen, eines ausgewogenen Verhältnisses zwischen Input und Output für jeden

Player sowie der gerechten Verteilung von Aufgaben (Trojan/Süß 2011). Das Ziel derartiger Kooperationen sollten der Aufbau intermediärer Kooperationsstrukturen sowie die Etablierung intermediärer Infrastruktureinheiten sein. Intermediäre Kooperationsstrukturen, wie Netzwerke, Arbeitsgemeinschaften oder Foren, lassen sich als „freiwillige, zielgruppen-, gebiets- oder problembezogene Verbundsysteme“ (Trojan/Süß 2011, 573) charakterisieren, die gesundheitsförderliche Maßnahmen planen und durchführen, indem sie sowohl formelle als auch informelle Sphären einbeziehen. Intermediäre Infrastruktureinheiten tragen dabei wesentlich zum Erfolg dieser Verbundsysteme bei. Sie verfügen über eigene Räumlichkeiten sowie Ressourcen, leisten praktische Unterstützung und stellen eine Schnittstelle zwischen formellen Institutionen sowie informellen Initiativen dar (Trojan/Süß 2011).

Gerade die Funktion als Schnittstelle, die Netzwerke übernehmen, wird in Zukunft an Bedeutung gewinnen. Wie die Praxis zeigt, fühlen sich die drei großen Player der Gesundheitsförderung, Wissenschaft, Politik und Praxis, oft von den jeweils anderen Gruppen missverstanden. Das zentrale Problem dieser Beziehungen ist dabei der Umstand, „dass alle Akteurinnen/Akteure von einem veralteten Wissensvermittlungsmodell ausgehen, dem sie sich verpflichtet fühlen“ (Lang 2009, 220). In diesem Modell fällt der Gesundheitsförderungsforschung die Aufgabe zu, relevantes Wissen zu produzieren und zu vermitteln, das die Politik wiederum nutzen soll, um das Gesundheitssystem sowie die Rahmenbedingungen der Praxis zu optimieren. In einer Austauschbeziehung stellt die Politik dafür der Wissenschaft Ressourcen für deren Tätigkeit zur Verfügung. Gemäß dieser traditionellen Vorstellung agieren Politik, Wissenschaft und Praxis weitgehend selbständig. Lang (2009) geht jedoch davon aus, dass in den letzten Jahrzehnten ein paradigmatischer Wandel hinsichtlich der Rollen von Akteurinnen/Akteuren im Gesundheitswesen sowie der Bedeutung von Wissen in diesem Bereich stattgefunden hat. Beziehungen zwischen Institutionen üben einen stärkeren Einfluss auf Handlungen aus und die drei großen Player stehen in einem wechselseitigen Austauschprozess (Abb. 1). Das Wissen im Feld bedarf durch diese Veränderungen nun verstärkt einer Begründung und wird nicht länger automatisch von Politik bzw. Praxis übernommen, weshalb auch die Interaktion zwischen den Akteurinnen/Akteuren eine maßgebliche Veränderung erfahren hat. Die Wissenschaft steht daher nun vor der Herausforderung, ihre Erkenntnisse anschlussfähig aufzubereiten und in die beiden anderen Bereiche zu transferieren. Hier können Netzwerke einen wichtigen Beitrag leisten, indem sie dazu beitragen, Verständigungs- und Kommunikationsprozesse zwischen Wissenschaft, Politik und Praxis in Gang zu setzen und zu verbessern (Lang 2009).



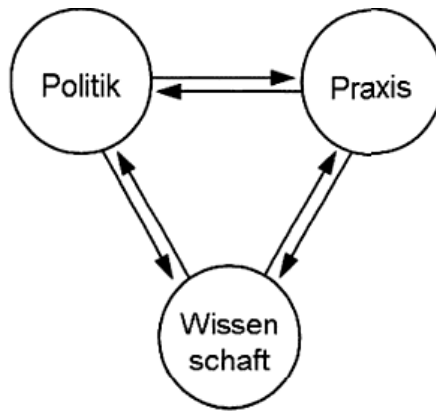


Abbildung 1: Wissensvermittlung in der Gesundheitsförderung (Lang 2009, 221).

Die Etablierung des Netzwerk-Konzepts im Gesundheitswesen kann, wie die vorangegangenen Abschnitte aufzeigen, dazu beitragen, neue gesundheitsfördernde Maßnahmen zu konzipieren und umzusetzen. Dafür ist eine Konkretisierung der Aufgaben, des Ausmaßes und der Formen der Kooperationen notwendig, die weiter ausgebaut werden sollten. Es gilt, Synergieeffekte optimal zu nutzen. Dafür ist allerdings eine sichere und nachhaltige Finanzierung von Prävention Voraussetzung (Diederichs/Schwartz 2009). Es lässt sich erwarten, dass sich Netzwerke im Gesundheitswesen rasch weiter verbreiten werden. „Dies mag zwar zur Lösung einiger der dringendsten Probleme des Gesundheitswesens beitragen, gleichzeitig aber ist zu erwarten, dass mit der Verbreitung der Netzwerkform neue Probleme auftreten“ (Amelung et al. 2009, 21). Dieser Ansicht schließen sich auch Trojan und Süß (2011) an. Zwar sehen auch sie die Tendenz zur Vernetzung im Gesundheitswesen durchaus positiv, weisen aber darauf hin, dass die Gründung von Netzwerken eine Reaktion auf die Zersplitterung von Akteurinnen/Akteuren sowie Institutionen sei. Diese sei wiederum auf die Ausgliederung ehemaliger staatlicher Aufgaben in den Dienstleistungssektor bzw. den freien Markt zurückzuführen. Fehlende staatliche Möglichkeiten zur Steuerung sollen demnach mittels Selbststeuerung in Netzwerken kompensiert werden (Trojan/Süß 2011).

### **2.3.1.5 Gesundheitsfördernde settingbezogene Netzwerke in Österreich**

Mit Ausnahme des Burgenlandes bestehen in allen Bundesländern Gesundheitsförderungs- und Präventionseinrichtungen, die in manchen Fällen auf jahrzehntelange Erfahrung zurückblicken können. Diese Institutionen wie Styria vitalis oder der AVOS in Salzburg werden meist von den einzelnen Landesregierungen, oft auch von der Krankenkasse sowie dem FGÖ finanziert, und „traditionell ist bei diesen Einrichtungen seit vielen Jahren die Betreuung langfristiger Programme wie „Gesunde Gemeinde“ und „Gesunde Schulen“ angesiedelt“ (Rohrauer-Näf/Waldherr 2011, 225). Derartige Programme und Netzwerke

entstanden in Österreich bereits ab dem Ende der 1980er Jahre. Eine Vorreiterrolle nahm in diesem Zusammenhang das internationale Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser ein, an dessen Entwicklung sich Österreich maßgeblich beteiligte. So war beispielsweise das erste Modellprojekt des internationalen Netzwerkes von 1989 bis 1996 in Wien beheimatet, und als die WHO die Gründung nationaler und regionaler Netzwerke beschloss, entstand 1996 ein österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser. Im selben Jahr erhielt Österreich zudem eine Kontaktstelle des Europäischen Netzwerks für Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF), die der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse angegliedert ist und zu deren Unterstützung im Jahr 2000 ein österreichisches Netzwerk mit Regionalstellen in allen Bundesländern ins Leben gerufen wurde. Im Bereich für Suchtprävention fand ebenfalls Vernetzung statt; alle Fachstellen der Bundesländer sowie jene Südtirols sind im Verein Österreichische ARGE Suchtvorbeugung organisiert. Auch die Selbsthilfeunterstützungsstellen tauschen sich in der ARGE Selbsthilfe Österreich aus, um ihre Ressourcen zu bündeln und die Qualitätsentwicklung zu stärken (Rohrauer-Näf/Waldherr 2011).

Im Hinblick auf diese österreichischen Netzwerke zur settingbezogenen Gesundheitsförderung existieren zahlreiche Untersuchungen und Analysen, die jeweils ein derartiges Netzwerk in den Fokus nehmen (vgl. Birgmann 2006; Lüftenegger 1997; Meggeneder 1997). Allerdings wurde bislang keine vergleichende Studie zu mehreren Zusammenschlüssen durchgeführt, die eine Gegenüberstellung derartiger Netzwerke ermöglichen würde. Die vorliegende Arbeit will dazu beitragen, diese Forschungslücken zu schließen. Bei der Analyse stehen dabei nicht nur die Verbindungen zwischen den einzelnen Netzwerkpartnern, sondern auch die Strukturen, Ziele und die Umwelt der Zusammenschlüsse im Vordergrund. Da diese Elemente der Organisationsforschung entlehnt sind und sich gesundheitsfördernde Netzwerke in Österreich aus zahlreichen Einzelorganisationen zusammensetzen, geht das folgende Kapitel näher auf relevante Konzepte der Organisationsanalyse ein.

### **2.3.2 Organisationen**

Organisationen sind ein zentrales Merkmal moderner Gesellschaften (Preisendörfer 2008) und ein „unausweichlicher Bestandteil“ (Froschauer 2008, 186) des menschlichen Lebens. Frühe Formen von Organisationen, etwa im Steuer- bzw. Militärwesen, etablierten sich bereits in der Antike, doch ihre Hochblüte begann mit der Industriellen Revolution und der damit verbundenen Ausdifferenzierung von Berufen durch die zunehmende Arbeitsteilung. Dadurch nahm die Komplexität der Gesellschaften zu, die mittels neu geschaffener

Organisationen reguliert wurde, mit deren Hilfe es gelang, Erwartungssicherheit und Verbindlichkeiten zu erzeugen. Die Bedeutung von Organisationen ist folglich unbestritten, doch bei der Frage, welche Phänomene sich hinter diesem Begriff verbergen, herrscht in der Wissenschaft nach wie vor Uneinigkeit (Froschauer 2008).

Die Umgangssprache kennt für „Organisation“ bzw. „organisieren“ mannigfaltige Bedeutungen, aber auch in der Organisationsforschung selbst existiert keine einheitliche Definition, weshalb sie „mit einem sehr breiten und dementsprechend flüchtigen Organisationsbegriff antritt“ (Preisendörfer 2008, 13). Manche Theoretikerinnen/Theoretiker, die sich mit Organisationen auseinandersetzen, lehnen daher eine genaue Definition ihres Untersuchungsgegenstandes ab (Froschauer 2008), um sich die Neugierde zu erhalten und ihre Forschung nicht einzuschränken (Weick 2001). Doch selbst Vertreterinnen/Vertreter dieser Strömung legen ihrer Arbeit eine, wenn auch recht breite Beschreibung von Organisationen zugrunde. So versteht Weick (2001, 123) unter Organisationen „ein Aneinanderreihen und Verknüpfen von Interaktionsprozessen“. Engere Definitionen beschreiben Organisationen gemeinhin als „äußerst komplexe Gebilde, innerhalb deren Menschen, Aufgaben und Technologien im Rahmen bestimmter Strukturen ziel- und zweckorientiert koordiniert werden“ (von Rosenstiel 2007, 226). Organisationen sind demnach soziale Systeme, die sich von anderen sozialen Gebilden durch bestimmte Merkmale abgrenzen (Kühl 2011) und spezielle Leistungen erbringen. Bei einer ersten Auseinandersetzung mit einer konkreten Organisation lässt sich diese anhand ihrer Leistungen, also ob sie Güter oder Dienstleistungen produziert, ihrer Beziehung zum Markt (for profit/non profit), zum Staat und zur Zivilgesellschaft grob einordnen (Pelikan 2007).

Um Organisationen wissenschaftlich untersuchen und systematisieren zu können, haben sich in der Organisationsforschung fünf Herangehensweisen etabliert. Während sich ein Zugang der Unterscheidung verschiedener Analyseebenen organisationssoziologischen Arbeitens widmet, konzentrieren sich Forscherinnen/Forscher, die sich mit Basiselementen von Organisationen auseinandersetzen, auf deren Strukturparameter. Eine Herangehensweise beleuchtet die Schlüssel- und Kernprobleme von Organisationen, wobei der Fokus hier zumeist auf organisationalen Abläufen und Prozessen liegt. Den vierten und fünften Zugang bilden Organisationstheorien und -konzeptionen (Preisendörfer 2008). Diese fünf Aspekte im Umgang mit organisationalen Systemen werden in Abbildung 2 dargestellt.



Abbildung 2: Formen der Systematisierung der Organisationsforschung (Preisendörfer 2008, 18).

Der Begriff der Organisationskonzeptionen bezeichnet jene Bilder, die von Organisationsforscherinnen/-forschern entwickelt wurden, „um organisationale Strukturen und Prozesse besser verstehen und erklären zu können“ (Preisendörfer 2008, 19). Diese Bilder ermöglichen Vergleiche zwischen einzelnen Organisationen und sind somit ein zentrales Werkzeug zur Konzeption von Theorien, da sie wissenschaftlichen Überlegungen einen konkreten Fokus verleihen. Allerdings bergen sie die Gefahr, bestimmte Aspekte zu überzeichnen oder sie gar auszublenden. Dennoch haben sich etliche bekannte Organisationskonzeptionen etabliert, die sich auch außerhalb des Forschungsfeldes großer Bekanntheit erfreuen. Viel zitierte Bilder wären beispielsweise die Organisation als Maschine, als Organismus oder als Machtinstrument. Derartige Konzeptionen gelten zwar in der Organisationsforschung als durchaus inspirierend, entsprechen jedoch nicht den vorherrschenden Vorstellungen. Anders verhält es sich mit jenen drei Organisationskonzeptionen, die Scott (2003) herausarbeitete. Er sieht Organisationen sowohl als rationale als auch natürliche und offene Systeme. Mit dieser Unterscheidung gelingt es Scott, an eine Vielzahl von Organisationsdefinitionen anzuknüpfen, weshalb sich sein Konzept als besonders praktikabel erweist. Organisationskonzeptionen werden in der Forschung als Vorstufe von Organisationstheorien betrachtet, die neben der Entstehungszeit als Ordnungs- und Klassifizierungskriterium für diese fungieren können (Preisendörfer 2008). Die Kenntnis zentraler Organisationstheorien sowie Erfahrungswissen in diesem Bereich bilden wiederum die Voraussetzung für eine „Beschreibung und Diagnose des Ist-Zustandes“ (Preisendörfer 2008, 58), die vor jeder Organisationsanalyse durchgeführt werden sollten, denn die Theorie stellt Instrumente und Kategorien zur Verfügung, die für dieses Verfahren

zentral sind.

Eine weitere Zugangsweise zu Organisationen stellen die Analyseebenen organisationssoziologischen Arbeitens dar. Sie zielen auf die sozialpsychologische, die strukturelle oder die ökologische Ebene ab. Steht die sozialpsychologische Ebene im Fokus, wird das individuelle Verhalten in Organisationen, also etwa Mobbing, Leistungsbereitschaft von Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern oder Arbeitszufriedenheit untersucht. Arbeitsgruppen, organisationaler Wandel und das Ausmaß der Zentralisierung innerhalb einer Organisation stehen bei Studien auf der strukturellen Ebene im Vordergrund, während die ökologische Ebene die Beziehungen zwischen dem sozialen System und dessen Umwelt beleuchtet (Preisendörfer 2008).

Als Basiselemente von Organisationen können jene Merkmale bezeichnet werden, die zu deren Charakterisierung dienen und mit denen sie sich von anderen sozialen Systemen abgrenzen (Preisendörfer 2008). Allerdings kann erst dann von einer Organisation gesprochen werden, wenn ein soziales System bei Einhaltung gängiger Rechtsnormen über diese Elemente selbst bestimmen kann, also über eine Autonomie der Entscheidung verfügt und nicht Kräfte, die sich außerhalb befinden, die Steuerung übernehmen (Kühl 2011). Zu diesen Basiselementen zählen im Allgemeinen die Ziele, die Struktur und die Umwelt einer Organisation, weshalb sich Wissenschaftlerinnen/Wissenschaftler bei einer Organisationsanalyse auf jeden Fall drei Fragen stellen sollten: „was die Organisation will, wie sie aufgebaut und strukturiert ist und in welcher Umwelt [...] sie sich bewegt“ (Preisendörfer 2008, 18). Die Umwelt einer Organisation zählt zwar im engeren Sinn nicht zu deren Basiselementen, ist jedoch für ein umfassendes Verständnis von internen Prozessen unabdingbar. Oft stehen neben den Zielen auch noch die verfolgten Strategien, also die Handlungspläne zur Umsetzung der jeweiligen Ziele im Fokus von Untersuchungen (Preisendörfer 2008). Generell gibt es unterschiedliche Ansichten dazu, wie viele Basiselemente zur Beschreibung von Organisationen heranzuziehen sind. Während Kühl (2011), der sich hier an der Theorie Luhmanns orientiert, drei Elemente, nämlich Mitgliedschaft, Zwecke und Hierarchien, identifiziert, geht Scott (2003) von fünf Faktoren aus. In seinem Analysemodell, das er an Leavitt (1965) anlehnt, beschreibt er vier Basiselemente, die sich wechselseitig beeinflussen: Organisationsziele, Organisationsstrukturen, Mitglieder und Beteiligte sowie Technologie und Ausstattung (Abb. 3). Zudem schreibt Scott der jeweiligen Umwelt der Organisation eine besondere Bedeutung zu, da sie im ständigen Austausch mit den vier Basiselementen steht. Diese besondere Beziehung zwischen Organisationen und ihrer Umwelt symbolisiert die gestrichelte und somit offene Linie in Abbildung 3 (Preisendörfer 2008).

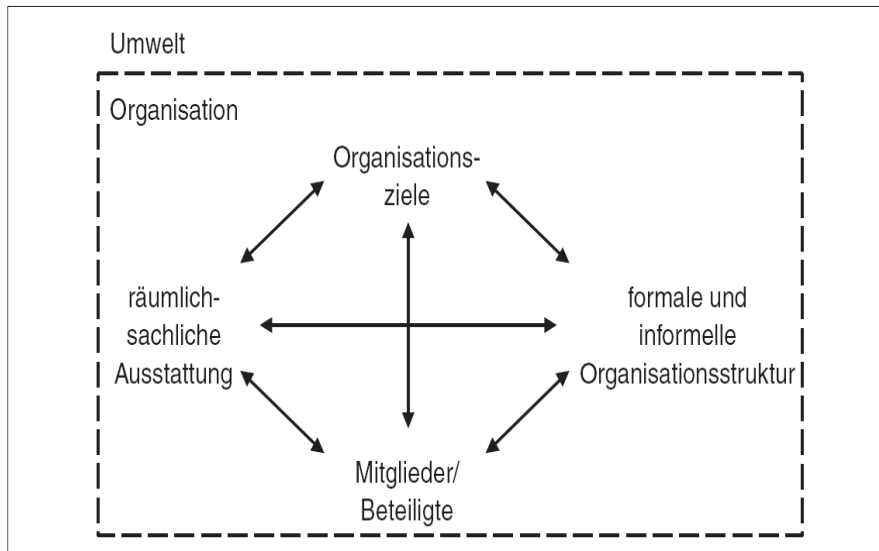


Abbildung 3: Kernelemente von Organisationen in Anlehnung an Sott (2003) (Preisendörfer 2008, 59).

Im Rahmen der vorliegenden wissenschaftlichen Arbeit soll der Frage nachgegangen werden, welche Faktoren sich positiv auf die Arbeit gesundheitsfördernder Netzwerke in Österreich auswirken bzw. welche sich für deren Aktivitäten als hinderlich herausstellen. Für dieses Vorhaben ist eine genaue Kenntnis der jeweiligen Netzwerke unumgänglich, für die sich die Basiselemente von Organisation als besonders geeignet erweisen. Auf diese soll nun in den folgenden Kapiteln näher eingegangen werden.

### 2.3.2.1 **Organisationsziele**

Viele Definitionen beschrieben Organisationen als zielgerichtete bzw. zweckbezogene soziale Systeme (Preisendörfer 2008). Ohne einen konkreten „Urzweck“ würde eine Organisation vermutlich gar nicht existieren, weshalb viele Organisationsforscherinnen/-forscher diesem Basiselement die größte Bedeutung zumessen. Allerdings sind Organisationen nicht von sich aus in der Lage, Ziele zu definieren. Vielmehr resultieren die Zwecke aus den persönlichen Zielen der Organisationsmitglieder, die für sich festlegen, was sie sowohl durch die als auch für die Organisation erreichen wollen. Aus diesen Wunschvorstellungen leiten sich dann die Ziele einer Organisation ab, die in einem formalen Verfahren legitimiert und deklariert werden. Nicht jedes Mitglied besitzt jedoch die gleichen Chancen, die eigenen Vorstellungen in den Zielbildungsprozess einzubringen, da Regeln die Möglichkeiten der Mitbestimmung regulieren (Kieser/Walgenbach 2003).

Aus den Zielen oder, wie Kühl (2011) schreibt, Zwecken einer Organisation leiten sich für gewöhnlich Unterziele ab, wodurch in Organisationen komplexe Zweck-Mittel-Ketten

entstehen, „in denen jeder Zweck nur ein Mittel ist, um einen weiter entfernten Zweck zu erreichen“ (Kühl 2011, 24). Bei der Wahl ihres Ziels stehen Organisationen theoretisch unendlich viele Möglichkeiten offen. Allerdings sehen sich Organisationen, selbst wenn sie über entsprechende Ressourcen verfügen, gezwungen, die Arbeit auf ein oder zwei dieser Ziele zu beschränken, da anderenfalls Schwierigkeiten mit konkurrierenden Zielsetzungen die Arbeit der Organisation hemmen. Diese Fokussierung auf einige wenige Ziele bedeutet einerseits eine Reduktion von Komplexität innerhalb der Organisation, andererseits eine Verengung des Horizonts, da sich das Handeln der Mitglieder nun an ausgewählten Aspekten orientiert, weshalb andere Perspektiven in Vergessenheit geraten. Allerdings liegt der Annahme, dass Handlungen in Organisationen immer Ziele zugrunde liegen, ein Trugschluss zugrunde, denn häufig beginnt die Suche nach Zwecken erst nach dem Ende einer Aktion (Kühl 2011).

Innerhalb jeder Organisation erfüllen die gesetzten Ziele aus zweckrationaler Sicht neben der Reduktion von Komplexität weitere Funktionen, wie die Motivation von Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern. Klar und offen formulierte Ziele lassen bestimmte Verhaltensmuster und Outputs als erstrebenswert erscheinen und zeigen dadurch auf, welchen Beitrag jede/jeder einzelne leisten kann. Auch als Kriterium zur Abschätzung von Erfolg bzw. Misserfolg einer Organisation lassen sich Ziele einsetzen, wenn sie nach dem Verstreichen einer gewissen Frist erreicht oder verfehlt wurden. Ziele tragen zudem maßgeblich zur Entscheidungsfindung innerhalb von Organisationen bei, da sie den Konsequenzen, die jede Entscheidung nach sich zieht, unterschiedliche Bedeutungen verleihen. Ist beispielsweise die Steigerung des Umsatzes das zentrale Ziel einer Organisation, „dann werden Entscheidungen, die dazu beitragen, auch dann getroffen, wenn sie in anderen Bereichen [...] weniger erfreuliche Konsequenzen haben“ (Preisendörfer 2008, 63). Schließlich besitzen Ziele nicht nur eine Innen-, sondern zudem eine Außenwirkung. Um in ihrem Feld erfolgreich zu sein, müssen Organisationen ihr Umfeld mit Produkten bzw. Dienstleistungen überzeugen (Preisendörfer 2008). Ziele fungieren in diesem Sinne als „Dekoration nach außen“ (Kühl 2011, 59) und werden in abstrakte Wertformulierungen transformiert, die jedoch häufig nur schwer umzusetzen und in manchen Fällen sogar mit dem eigentlichen Zweck nicht kompatibel sind.

Diese zweckrationale Darstellung von Organisationszielen erweist sich allerdings in der Praxis als idealtypisch. So führen konkrete Ziele vor allem in sehr großen Organisationen keineswegs zu einer gesteigerten Motivation der Mitglieder, sofern die gesetzten Ziele überhaupt festgehalten sind. Generell bleiben Organisationsziele meist vage und werden an die gegebenen Rahmenbedingungen angepasst (Preisendörfer 2008). Die moderne

Organisationsforschung strebt daher danach, Organisation mit ihren jeweiligen Besonderheiten zu beschreiben und nicht lediglich in bestehende Konzepte einzupassen. So haben organisationssoziologische Studien gezeigt, dass die Ziele einer Organisation keineswegs für immer gültig sind, sondern durchaus wechseln können. Dieser Wandel passiert entweder ungeplant bzw. unbeobachtet, oder wird durch Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter der Organisation initiiert. Vor allem, wenn eine Organisation ihr Ziel, etwa die Eindämmung einer Krankheit oder einen gewissen Marktanteil, erreicht hat, müssen neue Aufgaben gefunden werden, um de facto ihren Fortbestand zu sichern. Aber auch das Scheitern an einem Zweck zieht keineswegs die Auflösung einer Organisation nach sich, vielfach wendet sie sich neuen Aufgaben zu. Eine Variante, mit dem Scheitern umzugehen, stellt die Betonung positiver Nebenerfolge der bisherigen Arbeit dar, wodurch die eigentlichen Ziele eine Uminterpretation erfahren. Eine weitere Möglichkeit dürfte es sein, „das eigene Scheitern zu einem Erfolg umzudefinieren, indem die ursprünglichen Ziele modifiziert oder vergessen werden“ (Kühl 2011, 63).

Die Bestimmung der Funktionen von Organisationszielen gestaltet sich aus dieser neuen Perspektive äußerst schwierig, da bis heute in der Wissenschaft Unklarheit darüber herrscht, was genau unter diesem Begriff überhaupt zu verstehen ist. Aufgrund der Annahme, dass nur Einzelpersonen, nicht aber Organisationen Ziele und Vorlieben verfolgen können, ist der Begriff des Organisationsziels lediglich als Metapher zu verstehen. Diese verleitet jedoch dazu, Organisationen zu personifizieren und als individuelle Akteurinnen/Akteure zu behandeln. Da sich Forscherinnen/Forscher im Alltag permanent mit subjektivem Handeln auseinandersetzen, scheint ihnen diese Herangehensweise vertraut und daher Erfolg versprechend. Eine derartige Betrachtung von Organisationen und deren Zielen muss jedoch kritisch hinterfragt werden (Preisendörfer 2008).

Von diesen theoretischen Überlegungen bleibt die praktische Umsetzung der Organisationsforschung scheinbar unberührt. Weiterhin steht hier die Frage im Mittelpunkt, wie Organisationsziele empirisch erhoben werden können. So haben sich beispielsweise Vollerhebungen als wenig geeignet erwiesen, da so nicht selten Floskeln und Leerformeln zutage kamen. Zweckmäßiger sind hingegen Leitfadeninterviews mit bzw. offene Befragungen von Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern in leitenden Positionen, auch wenn diese unterschiedliche Ziele verfolgen und „in besonderem Maße zu positiven Selbststilierungen neigen“ (Preisendörfer 2008, 65). Ähnliche Probleme ergeben sich durch Erhebungen mittels Dokumentenanalyse, weshalb Preisendörfer (2008) die Analyse von Entscheidungen für ein probates Mittel hält, Ziele herauszufiltern. Eine genaue Untersuchung einer Vielzahl von Entscheidungen, die in unterschiedlichsten Situationen erfolgten, lässt den Schluss auf die



verfolgten Organisationsziele zu. Da die Umsetzung dieses Verfahrens in der Praxis jedoch äußerst aufwändig ist, erfolgte bislang noch keine systematische Anwendung (Preisendörfer 2008).

Trotz der dargestellten theoretischen wie empirischen Herausforderungen im Umgang mit Organisationszielen wäre eine Nichtberücksichtigung dieses Basiselements in organisationsanalytischen Forschungsvorhaben kontraproduktiv, da ihm in der Organisationsforschung nach wie vor zentrale Bedeutung eingeräumt wird (Preisendörfer 2008).

### **2.3.2.2 Organisationsstruktur**

Die Struktur einer Organisation wird oft mit der Darstellung ihrer Aufbaustruktur, dem Organigramm, gleichgesetzt. Dieses entspricht allerdings nicht den tatsächlich gegebenen Bedingungen, sondern stellt lediglich einen Plan dar, „dem die beobachtbare Realität mehr oder weniger entsprechen kann“ (von Rosenstiel 2007, 229). Denn die Struktur einer Organisation umfasst mehr als einzelne Abteilungen oder Hierarchieebenen, sie entsteht durch stabilisierte Beziehungen zwischen den einzelnen Mitgliedern. Aus diesem Grund weist jedes Unternehmen eine spezifische Struktur auf, die sich jedoch immer sowohl aus formellen als auch informellen Elementen zusammensetzt (von Rosenstiel 2007).

Die „normative structure“ (Scott 2003, 18f.) beinhaltet alle Normen, Werte und Rollenerwartungen, an denen sich das Handeln der Organisationsmitglieder orientieren sollte. Die Verhaltensrichtlinien werden durch Stellenbeschreibungen bzw. Arbeitsregelungen kommuniziert und können zudem indirekt durch die Handlungen der Mitglieder reproduziert werden. Bei der formalen Struktur handelt es sich folglich um die mitgeteilten Bedingungen der Mitgliedschaft oder die „entschiedenen Entscheidungsprämissen“ (Kühl 2011, 98), die eine Organisation vorgibt. Diese schränken zwar das Handeln der Mitglieder ein, dienen aber gleichzeitig der Entlastung von Verhaltenserwartungen, da in jeder Organisation inkonsistente Regelungen bestehen. Treten Probleme auf, können sich Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter auf jene Bestimmung berufen, die in der konkreten Situation passend erscheint (Kühl 2011).

Wenngleich die formale Struktur einer Organisation nicht immer die tatsächlichen Abläufe widerspiegelt, stellt sie dennoch einen zentralen Gestaltungs- und Handlungsparameter dar, an dem die meisten Veränderungsprozesse ansetzen. Um diese jedoch einleiten zu können, bedarf es einer genauen Kenntnis der gegebenen strukturellen Bedingungen. Für die

Beschreibung der formalen Organisationsstruktur haben sich daher fünf Kerndimensionen etabliert, die es in allen Fällen zu beachten gilt: Arbeitsteilung, Koordination, Hierarchie, Delegation und Formalisierung (Preisendörfer 2008).

Wie viele Organisationsdefinitionen zeigen, zählt die Arbeitsteilung zu den zentralen Elementen von Organisationen, wobei häufig zwischen funktionaler und horizontaler Differenzierung unterschieden wird. Während der Begriff der funktionalen Differenzierung lediglich unterschiedliche Aufgaben charakterisiert, sind diese bei der horizontalen Differenzierung mit verschiedenen sozialen Wertigkeiten bzw. Machtbefugnissen verknüpft. Setzt man sich mit Arbeitsteilung in Organisationen auseinander, gilt es, sowohl die Art der Arbeitsteilung als auch deren Umfang zu berücksichtigen. Der Umfang zeigt an, aus wie vielen einzelnen Schritten ein Produktionsvorgang besteht und gibt daher auch über die Spezialisierung einer Organisation Auskunft. Die Art der Arbeitsteilung hingegen vermittelt die Prinzipien, die dieser zugrunde liegen, also ob beispielsweise die Spezialisierung anhand von Produkten oder bestimmten Arbeitsschritten erfolgt (Preisendörfer 2008).

Das Ausmaß der Arbeitsteilung ist eng mit dem Strukturelement Koordination verbunden. Je stärker die Erzeugung von Produkten oder Dienstleistungen arbeitsteilig organisiert ist, desto höher gestaltet sich der Aufwand, die einzelnen Schritte aufeinander abzustimmen (Preisendörfer 2008). Im Zentrum des organisationssoziologischen Interesses steht dabei die Frage, wie es Organisationen gelingt, Prozesse und Strukturen zu koordinieren. Geschieht dies über persönliche Weisungen, durch Selbstabstimmung der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter, durch konkrete Programme, anhand von Plänen, durch organisationsinterne Märkte oder mithilfe einer bestehenden Organisationskultur, also durch gemeinsame Werte und Normen (Kieser/Walgenbach 2003)? In der Praxis wird es schwierig sein, alle genannten Dimensionen zu berücksichtigen, dennoch kann diese Sammlung dazu dienen, wichtige Fragen zu stellen und dem Kommunikationsfluss innerhalb einer Organisation einige Aufmerksamkeit zu widmen (Preisendörfer 2008).

Die Arbeitsteilung in Organisationen sowie der damit verbundene Bedarf nach Koordination von Abläufen machen die Regelung von Entscheidungsbefugnissen notwendig, da sich ein System egalitärer Rechte vor allem ab einer gewissen Organisationsgröße nur schwer aufrecht erhalten lässt. Differenzierte Vollmachten haben in den meisten Fällen vertikale Hierarchien und soziale Ungleichheiten zur Folge. Diese lassen sich zum Teil im Organigramm ausmachen und können durch bestimmte Teilaspekte charakterisiert werden. Entscheidend sind zunächst die Zahl der Hierarchieebenen und jene der dort beschäftigten Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern. Indikatoren wie die Leistungsintensität, die das Verhältnis

zwischen Vorgesetzten und Organisationsmitgliedern widerspiegelt, oder die Leistungsspannen, die aussagen, wie viele Personen einer Position untergeordnet sind, dienen der Beschreibung des Aufbaus einer Organisation (Preisendörfer 2008).

Während Hierarchien und zentralistische Bestrebungen in der modernen Gesellschaft scheinbar an Stellenwert verlieren, stellen sie in Organisationen wichtige Steuerungsinstrumente dar. Während viele Individuen derartige Strukturen im Privatleben strikt ablehnen, sehen sie sich beim Eintritt in Organisationen unweigerlich damit konfrontiert. Ein Auflehnen gegen die herrschenden Führungsstrukturen ist allerdings mit Konsequenzen verbunden, da die Akzeptanz der Hierarchie zu den Mitgliedschaftsbedingungen zählt. Hierarchien in Organisationen unterliegen für gewöhnlich keinen zeitlichen Beschränkungen und schaffen, zumal sie soziale Beziehungen innerhalb der Organisation regeln, dadurch Stabilität und Kontinuität. Durch Hierarchien werden zudem sachliche Zuständigkeiten sowohl innerhalb einer Abteilung als auch zwischen den einzelnen Ebenen verteilt, wobei die oberste Hierarchiestufe theoretisch die Möglichkeit besitzt, Aufgaben von untergeordneten Stellen an sich zu ziehen (Kühl 2011).

Der Begriff der Delegation bezeichnet den Umfang der Entscheidungsbefugnisse, also die Kompetenzen, über die eine bestimmte Hierarchieebene verfügt. Das Ergebnis dieser Delegation von Entscheidungen „ist eine mehr oder weniger zentralisierte Organisation“ (Preisendörfer 2008, 71). Entscheidungen sollten in Organisationen am besten dort getroffen werden, wo die dafür nötigen Informationen gebündelt vorliegen. Dieser Anspruch lässt sich jedoch in der Praxis oft nur schwer umsetzen, weshalb viele Organisationen eher zu einer Zentralisierung von Kompetenzen neigen, umso mehr, da die Abgabe von Entscheidungen immer mit dem Verlust von Kontrolle einhergeht (Preisendörfer 2008).

Die fünfte Kerndimension, die Formalisierung, will die fortlaufende schriftliche Fixierung von Strukturen und Abläufe einer Organisation erfassen und gilt als typisches Merkmal der Bürokratisierung. Allerdings sind formalisierte und formale Regeln keineswegs identisch, denn „formale Regeln können mithin formalisiert sein, müssen aber nicht“ (Kieser/Walgenbach 2003, 169). Kieser und Walgenbach (2003) unterscheiden drei Dimensionen der Formalisierung: die Strukturformalisierung, die Formalisierung des Informationsflusses sowie die Leistungsdokumentation. Die Strukturformalisierung gibt Auskunft über das Maß der schriftlichen Fixierung von Organisationsregeln sowie der Form, welche Arbeitsteilung, Koordination, Hierarchie und Delegation in der jeweiligen Organisation annehmen. Zur Analyse der Strukturformalisierung stehen zahlreiche Instrumente zur Verfügung, unter denen das Organigramm den größten Bekanntheitsgrad aufweist. Während

die schriftlich fixierten Programme, mit denen sich die Strukturformalisierung auseinandersetzt, generelle Regelungen enthalten, beziehen sich schriftliche Weisungen auf konkrete Einzelfälle. Sie stellen daher keine Zusammenstellungen von Regeln, sondern deren Umsetzung dar. Schriftstücke wie Protokolle, Mitteilungen, Memos oder Aktennotizen veranschaulichen die schriftliche Kommunikation zwischen den Mitgliedern einer Organisation und werden meist über einen längeren Zeitraum hinweg aufbewahrt, weshalb Informationsflussformalisierung mit erheblichem Datenmaterial verbunden ist. Die dritte Dimension der Leistungsdokumentation umfasst schließlich die Verfahren der Leistungsbeurteilung bzw. -erfassung und soll dazu beitragen, die Gehaltsbestimmungen sowie Beförderungsregelungen möglichst transparent und sachlich zu dokumentieren (Kieser/Walgenbach 2003).

Von den vorgestellten Aspekten zur Beschreibung formaler Organisationsstrukturen erfreuen sich in der angewandten Organisationsforschung vor allem die ersten drei – Arbeitsteilung, Koordination und Hierarchie – großer Beliebtheit, während Delegation und Formalisierung eher als Ergänzungen dienen. Zwar wurden alle Dimensionen für größere Organisationen konzipiert, eignen sich aber durchaus auch für kleinere soziale Systeme (Preisendörfer 2008).

Wie beschrieben, existieren in der Realität nicht nur formelle Regelungen, sondern es entstehen innerhalb der Organisation auch informelle Strukturen. Scott (2003, 19) spricht in diesem Zusammenhang von der „behavioral structure“ bzw. von einer „factual order“, die das tatsächliche Handeln der Organisationsmitglieder charakterisiert. Der Begriff der Informalität umfasst dabei Abweichungen von der formalen Struktur, die mit einer gewissen Regelmäßigkeit auftreten und innerhalb der Organisation akzeptiert, ja erwartet werden. Diese Abweichungen sind den Mitgliedern einer Organisation oft selbst nicht bekannt und daher natürlich kein Bestandteil von Stellenausschreibungen oder Handbüchern mit Arbeitsabläufen. Tritt ein Individuum in eine Organisation ein, muss es sich die informellen Normen, Werte und Prozesse aneignen, um nicht an den gestellten Aufgaben zu scheitern, da der sogenannte Dienst nach Vorschrift Organisationen blockiert. Informelle Strukturen lassen sich an gegebene Bedingungen anpassen und erhöhen daher die Funktionalität von Organisationen. Würden die informellen Regelungen wiederum in formelle umgewandelt, ginge ein Großteil der nötigen Flexibilität verloren. Zudem ist eine Verschriftlichung aller Erwartungen, die Organisationen an ihre Mitglieder stellen, in vielen Fällen nicht möglich, da diese den offiziellen Zielen widersprechen oder sich, wie das Verhalten gegenüber Kolleginnen/Kollegen und Kundinnen/Kunden, der Formalisierung entziehen (Kühl 2011).

„Behavioral structure“ und „normative structure“ verbinden sich mit der „cultural-cognitive structure“ zum Fundament jeder Organisationsstruktur. Letztere umfasst „the beliefs and understandings that participants share about the nature of their situation and interests“ (Scott 2003, 19) und bildet somit einen Rahmen, der den Mitgliedern einer Organisation dabei hilft, einen gemeinsamen Sinn in ihrer Welt herzustellen (Scott 2003).

### **2.3.2.3 Mitglieder und Beteiligte**

Wenngleich die Frage, ob ein Ein-Personen-Unternehmen bereits als Organisation gelten kann, in der Organisationsforschung immer wieder diskutiert wird, bleibt doch unbestritten, dass jede Organisation zumindest ein Mitglied aufweisen muss. Über wie viele Mitglieder eine Organisation dann tatsächlich verfügt, hängt davon ab, mit welcher Trennschärfe die Grenze zwischen Organisation und ihrer Umwelt verläuft. Denn vor allem aus systemtheoretischer Sicht geht man davon aus, dass Organisationen wie alle sozialen Systeme „ihre Identität im Wesentlichen durch Grenzziehung gegenüber ihrer Umwelt herstellen“ (Preisendörfer 2008, 60). Organisationen müssen sich also selbst als solche wahrnehmen und sich wie alle autopoietischen Systeme durch „eigene Operationen produzieren und reproduzieren“ (Luhmann 2000, 9). Diese Unterscheidung zwischen innen und außen produziert Zugehörigkeit und ermöglicht es einer Organisation, autonom zu handeln. Gegenwärtige Entwicklungen wie das Auslagern von Produktionsvorgängen, Outsourcing sowie Leiharbeit erschweren die Zuordnung von Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern zu bestimmten Organisationen und lassen die Organisation mit ihrer Umwelt verschmelzen (Preisendörfer 2008). Diese Herausforderungen ergeben sich jedoch nicht nur für Dienstleistungsunternehmen oder Produktionsbetriebe, auch Freizeitorganisationen müssen sich ihnen stellen. Durch die wachsende Verbreitung von einst „atypischen“ Beschäftigungsverhältnissen hat sich auch das Engagement in Sport- und Musikvereinen, Parteien, ehrenamtlichen Verbänden etc. verändert (Kühl 2011).

Aber nicht nur aus theoretischer, sondern auch aus praktischer Perspektive ist es nicht unerheblich, welche Personen einer Organisation angehören, da Mitglieder einerseits das Selbstverständnis sowie die Ziele einer Organisation prägen, andererseits über konkrete Chancen zur Einflussnahme verfügen. Diese Debatte um die Zugehörigkeit zu Organisationen spiegelt sich in jener über Shareholder Value und Stakeholder Value wider (Preisendörfer 2008). Während beim Shareholder Value-Ansatz wörtlich der Wert der Organisation für die Anteilseigner (Mensch 2008) im Zentrum des Interesses steht, plädieren die Vertreterinnen/Vertreter des Stakeholder Value-Ansatzes dafür, alle relevanten Stakeholder zu berücksichtigen (Preisendörfer 2008). Dieser Begriff bezeichnet dabei „any

group or individual who can affect or is affected by the achievement of the organization's objectives" (Freeman 1984, 46). Da der Shareholder Value-Ansatz eine recht einseitige Orientierung verfolgt, eignet sich der Stakeholder Value-Ansatz mit der ihm zugrunde liegenden Unterscheidung verschiedener Anspruchsgruppen wesentlich besser für die organisationssoziologischen Untersuchungen. Bei jeder Organisationsanalyse liegt es daher nahe, drei Fragen zu formulieren: „Wer sind die relevanten Akteure bzw. Akteurgruppen, welche Interessen haben sie, und über welche Möglichkeiten zur Durchsetzung ihrer Interessen verfügen sie“ (Preisendörfer 2008, 60). Wie Scott (2003) identifiziert auch Pelikan (2007) verschiedene Typen von Organisationsmitgliedern, die sich zwar in der Intensität ihrer Beteiligung unterscheiden, aber alle in gewisser Weise über eine Verbindung mit der Organisation verfügen. So unterscheidet Pelikan beispielsweise zwischen langfristigen Leistungsrollen und kurzfristigen Publikums- bzw. Komplementärrollen.

Im Gegensatz zu anderen sozialen Systemen, wie Familien oder Nationalstaaten, verfügen Organisationen über die Möglichkeit, die Grenzen zu ihrer Umwelt selbst zu ziehen und regeln daher auch die Zahl ihrer Mitglieder. Diese sehen sich von Seiten der Organisation mit konkreten Verhaltenserwartungen konfrontiert, die es zu befriedigen gilt. Will oder kann eine Mitarbeiterin/ein Mitarbeiter die geltenden Regeln nicht erfüllen, muss sie/er die Organisation verlassen. Diese Anerkennung der von der Organisation vorgegebenen Bedingungen wird in der Organisationssoziologie als „Anpassung an die formalen Erwartungen der Organisation bezeichnet“ (Kühl 2011, 31). Mit Hilfe dieser Erwartungen gelingt es Organisationen, ein gewisses Maß an Konformität in den Handlungen ihrer Mitglieder zu erzeugen, weshalb ein öffentliches Auflehnen gegen derartige Normen oft weitreichende Konsequenzen, in Ausnahmefällen sogar den Ausschluss aus der Organisation, nach sich zieht. Jedes Mitglied muss sich daher innerhalb der Organisation permanent die Frage stellen, inwieweit das individuelle Tun den formalen Erwartungen entspricht und welche Folgen abweichendes Verhalten hätte (Kühl 2011).

Angesichts der durch neue Beschäftigungsformen bedingten Schwierigkeiten, die Mitglieder von Organisationen genau festzulegen, wird Mitgliedschaft als zentrales Kriterium zunehmend in Frage gestellt und Konzepte wie die grenzenlose Organisation propagiert. Kühl (2011) stellt sich diesem Trend der Auflösung von Organisationen entgegen und geht von diametralen Entwicklungen aus. Für ihn liegt es auf der Hand, dass unklare Grenzen eine intensivere Beobachtung erfahren. In Zukunft gilt es daher für Organisationen noch genauer festzulegen, wer als Teil der Organisation zu betrachten ist und welche, zumeist vertraglich abgesicherten, Rechte und Pflichten mit einer bestimmten Form der Mitgliedschaft einhergehen. Die Kategorie der Mitgliedschaft verliert daher keineswegs an Bedeutung,

sondern entwickelt sich vielmehr zu einem zentralen Gestaltungselement von Organisationen (Kühl 2011).

Im Vergleich zu den drei genannten Basiselementen Ziele, Strukturen und Mitgliedschaft spielt die Dimension Ausstattung in der Organisationsanalyse eine eher untergeordnete Rolle. Dabei kann gerade diese einen ersten, oft bleibenden Eindruck der jeweiligen Organisation vermitteln, denn „aus der Lage, dem Zustand der Gebäude und deren Interieur lässt sich in vielen Fällen unschwer und ohne weitere Recherchen erschließen, wie es um eine Organisation bestellt ist“ (Preisendörfer 2008, 60).

#### **2.3.2.4      *Organisationsumwelt***

Die Umwelt einer Organisation umfasst alle Personen, Organisationen und Verhältnisse, die sich außerhalb der Organisation befinden, aber dennoch in irgendeiner Form für diese bedeutsam sind. Diese grobe Definition würde Potenzial für eine unendliche Ausdehnung von Forschungsprojekten bieten, hätte sich nicht in den letzten Jahren eine Systematik herauskristallisiert, die dabei helfen soll „die Totalität der 'organizational environment' etwas zu bändigen und zu konkretisieren“ (Preisendörfer 2008, 73). Diese Systematik unterscheidet einerseits zwischen drei Umweltebenen, andererseits zwischen ebenso vielen Umweltdimensionen.

Bei der Darstellung der Umweltebenen steht die Organisation im Mittelpunkt dreier immer größer werdender Kreise. Der innere Ring symbolisiert die Aufgabenumwelt, der mittlere die Domäne und der äußere die globale Umwelt. Die Aufgabenumwelt umfasst dabei alle Akteurinnen/Akteure außerhalb der Organisation, zu denen Austauschbeziehungen bestehen, meist Kundinnen/Kunden sowie Lieferbetriebe und Banken. Die Domäne kennzeichnet in den meisten Fällen die Branche, in der die Organisation agiert und beinhaltet Informationen zu Wettbewerbs- und Konkurrenzintensität. Die globale Umwelt schließt schließlich die gesamtwirtschaftlichen bzw. gesamtgesellschaftlichen Rahmenbedingungen mit ein, die Nationalstaaten, aber in zunehmendem Maß auch durch Staatenverbände beeinflussen (Preisendörfer 2008).

Eine Herausforderung der Organisationsforschung ist es, Konzepte für die Untersuchung von Organisationsumwelten zu entwickeln, die sich bei den unterschiedlichsten Formen von Organisationen anwenden lassen. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, sind die Umweltdimensionen Umweltmunifizienz, Umweltdynamik und Umweltkomplexität relativ abstrakt und komplex formuliert. Die Umweltmunifizienz drückt die Verfügbarkeit von

Ressourcen, die die Organisation für ihre Tätigkeit benötigt, aus. Wie alle sozialen Systeme müssen auch Organisationen mit wechselnden Rahmenbedingungen umgehen, wobei diese Umweltdynamiken sowohl vorhersehbar als überraschend einsetzen können. Die Umweltkomplexität bezieht sich auf die heterogenen Anforderungen an Organisationen und die Vielschichtigkeit der Ereignisse in der Umwelt, auf die sie reagieren muss. Angesichts der Entwicklungen in der modernen Gesellschaft ist davon auszugehen, dass gerade die Dimension der Umweltkomplexität für Organisationen eine immer wichtigere Rolle spielen und von diesen erhebliche Anpassungsleistungen erfordern wird (Preisendörfer 2008).

Die Umwelt einer Organisation ist laut Scott als „indispensable ingredient in the analysis of organizations, and one that reframes the other elements“ (2003, 18) zu sehen. Sie hat Einfluss auf die Organisationsmitglieder, da diese nicht nur der jeweiligen Organisation angehören, sondern auch im individuellen Austausch mit anderen Umwelten stehen und dadurch spezielle kulturelle Hintergründe in ihr organisationales Handeln einbringen. Zudem beeinflusst die Umwelt sowohl die Technologie, indem technische Hilfsmittel von außen bezogen werden, als auch die Organisationsziele, zu deren Erreichung ein Austausch mit der Umwelt unumgänglich ist (Scott 2003).

Kapitel 2.3 geht nur auf einen Bruchteil der aktuell in der Wissenschaft diskutierten Theorien und Konzepte zu Netzwerken bzw. Organisationen ein. Dennoch zeigt die getroffene Auswahl die Breite des Forschungsfeldes und die damit verbundenen Herausforderungen auf. So existiert beispielsweise nicht eine gültige Definition des sozialen Systems Organisation, sondern unzählige, die verschiedene Aspekte in den Vordergrund rücken. Auch der Begriff des Netzwerks ist keinesfalls fix determiniert, ebenso wenig wie die Dimensionen, die zu dessen Analyse herangezogen werden. Aufgrund der Komplexität des untersuchten Gegenstandes besteht in der Netzwerk- wie in der Organisationsforschung eine große Offenheit für verschiedenste methodische Zugänge, die sowohl dem qualitativen als auch dem quantitativen Paradigma entstammen (von Rosenstiel 2007).

## **2.4 Forschungsfragen**

Wie in Kapitel 2.4 dargestellt, war die systematische Forschung, die sich mit österreichischen Netzwerke zur settingbezogenen Gesundheitsförderung auseinandersetzt, bislang auf einzelne Netzwerke beschränkt. Dieser Umstand überrascht angesichts der steigenden Bedeutung, die dem Thema Gesundheitsförderung von Expertinnen/Experten zugeschrieben wird. Die vorliegende Forschungsarbeit möchte dazu beitragen, dieses Forschungsdefizit aufzuzeigen und mittels eigener empirischer Auswertung einen Beitrag dazu leisten, das



Wissen über gesundheitsfördernde settingbezogene Netzwerke in Österreich zu vermehren. Aus den bisherigen theoretischen Ausführungen ergeben sich folgende Forschungsfragen:

Der Begriff „Netzwerk“ bezeichnet ganz allgemein Geflechte sozialer Beziehungen, „in die Individuen und andere soziale Einheiten eingebunden sind“ (Holzer 2009, 253). Bei den österreichischen settingbezogenen Gesundheitsförderungsnetzwerken handelt es sich in den meisten Fällen um Kooperationen zwischen einzelnen Organisationen, wie Schulen, Betrieben oder Krankenhäusern, weshalb für die vorliegende Arbeit zur Beschreibung der Netzwerke empirisch bewährte Begriffe aus der Organisationssoziologie herangezogen werden sollen, die auch in der Netzwerkforschung Anwendung finden. Die erste Frage, die sich nach einer theoretischen Auseinandersetzung mit settingbezogenen gesundheitsfördernden Netzwerken stellt, ist jene nach den Netzwerkzielen. Was will das Netzwerk durch seine Tätigkeit erreichen und wie werden diese Ziele umgesetzt und evaluiert?

Ein weiteres wichtiges Konzept der soziologischen Organisationsforschung ist jenes der Mitgliedschaft, wobei Teilaspekte, wie etwa die Freiwilligkeit der Teilnahme, auch von jenen Forscherinnen/Forschern aufgegriffen werden, die dezidiert eigene Forschungsdimensionen für Netzwerke einfordern. Angesichts des Stellenwerts, dem man dem Basiselement Mitgliedschaft sowohl in der Organisations- als auch in der Netzwerkforschung einräumt, erscheint dessen Einbeziehung in die vorliegende Studie unumgänglich. Wie sieht es also mit den Teilnahmebedingungen der einzelnen Netzwerke aus? Wer nimmt tatsächlich daran teil und lassen sich zwischen den Mitgliedern Unterschiede ausmachen?

Organisationen, politische Instanzen, aber auch Individuen gehen durch ihren Beitritt zu einem Netzwerk eine zeitlich beschränkte Form der Koordination von Interaktionsprozessen ein. Die Literatur erwähnt jedoch nicht, wie sich diese Koordination sowie die Kooperationen zwischen den einzelnen Mitgliedern in den angesprochenen österreichischen gesundheitsfördernden Netzwerken gestalten. Es gilt also zu untersuchen, welche Rolle den Mitgliedern bei derartigen Prozessen zukommt, wem die Steuerung des Netzwerks obliegt, wie relevante Entscheidungen getroffen werden und auf welche Weise der Austausch zwischen den Netzwerkmitgliedern erfolgt.

Expertinnen/Experten attestieren dem Konzept der Gesundheitsförderung im Allgemeinen und gesundheitsfördernden Settings im Besonderen großes Zukunftspotential. Ein möglicher Ausblick auf die Zukunft der österreichischen settingbezogenen Gesundheitsförderungsnetzwerke liegt daher nahe. Ein Teil der Erhebung widmet sich daher den aktuellen

Herausforderungen, denen sich die untersuchten Netzwerke zu stellen haben. Wie können Netzwerke damit umgehen? Inwieweit beeinflussen diese die derzeitige Arbeit? Welche Auswirkungen haben sie auf die zukünftige Netzwerkaktivität? Gibt es Strategien, diese Herausforderungen besonders produktiv zu meistern und von welchen Faktoren ist eine (zukünftig) erfolgreiche Netzwerkarbeit abhängig?

Durch die empirische Erhebung, auf deren Konzeption das folgende Kapitel eingeht, sollen nicht nur Antworten auf die gestellten Fragen gefunden werden. Der Ergebnisteil (Kapitel 4) stellt auch den Versuch dar, die untersuchten Zusammenschlüsse einem Vergleich zu unterziehen. Das Ziel dieser Gegenüberstellung ist es, Unterschiede und Gemeinsamkeiten aufzuzeigen und spezifische Faktoren auszumachen, die die Arbeit sowie den Erfolg von Netzwerken begünstigen bzw. hemmen.

### **3. Methodisches Vorgehen**

#### **3.1 Design**

Bislang ist das Wissen über Ziele, Strukturen und Organisation österreichischer Netzwerke für settingbezogene Gesundheitsförderung auf Teilaspekte begrenzt. Aufgrund dieser Datenlage erschien für die vorliegende Forschungsarbeit ein qualitativ-heuristisches Vorgehen sinnvoll, um das Feld zu erschließen und umfassende Informationen, die für eine vergleichende Analyse dieser Zusammenschlüsse unumgänglich sind, zu gewinnen (Flick et al. 2007). Das heuristische Paradigma wird durch formalisierte Regeln gekennzeichnet und nimmt für sich in Anspruch, „entdeckende Verfahren, wie sie auch in anderen Forschungsmethodologien angelegt sind, zu bündeln und zu optimieren, um ein Maximum an entdeckender Kapazität zu erreichen“ (Kleining 1995, 227). Die wissenschaftliche Heuristik hat sich nicht die erneute Interpretation von Bekanntem, sondern die Entdeckung von Neuem zum Ziel gesetzt. Dabei will sie als Wissenschaft, die aber weder den Sozial- noch den Naturwissenschaften zuzurechnen ist, und nicht als „Kunst“ wahrgenommen werden. Daher spielt es für die heuristische Forschung auch keine Rolle, ob der Studie qualitative, quantitative oder kombinierte Daten zugrunde liegen, sofern das Augenmerk auf vier zentralen Regeln liegt: Offenheit der Forschungsperson, Offenheit des Forschungsgegenstandes, die maximale strukturelle Variation der Perspektiven und die Analyse von Gemeinsamkeiten (Kleining 1995, 228). Diese sollen im vorliegenden Forschungsprojekt berücksichtigt werden. Die Anwendung qualitativer Verfahren wiederum ermöglicht eine genaue und dichte Beschreibung des Feldes und berücksichtigt dabei „die Sichtweisen der beteiligten Subjekte“ sowie die „subjektiven und sozialen Konstruktionen [...] ihrer Welt“ (Flick et al., 17).

Um Auskunft über Ziele, Strukturen und Organisation österreichischer Netzwerke für settingbezogene Gesundheitsförderung zu erhalten, war es erforderlich, Personen zu befragen, die Teil dieses spezifischen Feldes sind und über entsprechendes Wissen verfügen (Gläser/Laudel 2004). Diese speziellen Kenntnisse können mit Hilfe von qualitativen Expertinnen-/Experteninterviews zugänglich gemacht und erhoben werden. Während standardisierte, quantitative Befragungen „allenfalls Wissen auf der Ebene des diskursiven Bewusstseins erfassen“ (Meuser/Nagel 2009, 52), gehen qualitative Befragungen tiefer und lassen auch eine umfassendere Rekonstruktion des Expertinnen-/Expertenwissens zu (Meuser/Nagel 2009). Die Basis für die qualitativen Expertinnen-/Experteninterviews bildete, wie in der Literatur empfohlen (Gläser/Laudel 2004; Meuser/Nagel 2009), ein Leitfaden. Nach der Transkription erfolgte die Auswertung des

Datenmaterials mit dem Verfahren der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2000, 2007). Ziel dieser qualitativen Methode ist es, das Datenmaterial systematisch zu bearbeiten (Mayring 2007) und „bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern“ (Mayring 2000, 58). Die transkribierten Interviews wurden im Laufe der Analyse festgelegten Kategorien zugeordnet, paraphrasiert und innerhalb der Kategorien zusammengefasst. Auf die einzelnen Schritte des Forschungsprozesses soll nun im Detail eingegangen werden.

### **3.2 Erhebungsinstrument**

Die empirische Sozialforschung unterscheidet drei Varianten von Befragungen: die schriftliche Befragung, das telefonische und das persönliche Interview. Während bei quantitativen Studien alle drei Formen zum Einsatz kommen, ziehen qualitative telefonische, aber vor allem persönliche Befragungen heran. Letztere orientieren sich an der alltäglichen Gesprächspraxis, wenngleich es sich dabei dennoch um eine „künstliche, asymmetrische Interaktion unter Fremden“ (Diekmann 2007, 439) handelt und die Gesprächspartner die stillschweigende Vereinbarung schließen, keine dauerhafte Beziehung einzugehen. Für die Interviewerin/den Interviewer gilt es dabei, dem Gegenüber stets das Gefühl zu geben, dass seine Antworten zu keinem Zeitpunkt Sanktionen nach sich ziehen (Diekmann 2007).

Im Gegensatz zur quantitativen lehnt die qualitative Sozialforschung eine Standardisierung von Fragebögen, Interviewsituationen und -verhalten tendenziell ab, da so künstliche Gesprächssituationen geschaffen werden. Vielmehr soll der Fokus qualitativer Erhebungen auf der Subjektbezogenheit, der Offenheit in Hinblick auf Methoden, Fragen und Antworten sowie der Untersuchung in alltäglichen Situationen liegen. Durch dieses Vorgehen versucht man, bei der Erhebung „stärker in die Tiefe zu gehen, die interviewten Personen ausführlich zu Wort kommen zu lassen und das gewonnene Material intensiver auszuwerten“ (Diekmann 2007, 532), weshalb auch die Stichproben im Vergleich zur quantitativen Sozialforschung deutlich kleiner sind. Bei den qualitativen Formen der Befragung wird zwischen narrativen, episodischen, fokussierten, rezeptiven, Tiefeninterviews und problemzentrierten Interviews unterschieden (Lamnek 2005). Da bei der vorliegenden Forschungsarbeit letztere Anwendung fanden, soll auf diese kurz näher eingegangen werden.

Während beispielsweise beim narrativen Interview die Wissenschaftlerin/der Wissenschaftler bestenfalls ohne theoretische Kenntnisse zum untersuchten Forschungsfeld mit der Erhebung beginnt und ihre/seine Konzepte erst aus den Ergebnissen ableitet, ist eine Auseinandersetzung mit bestehenden Lehrmeinungen beim problemzentrierten Interview

Voraussetzung. Diese sollten allerdings im Interview selbst nicht thematisiert werden, um Verzerrungen der Antworten zu vermeiden, können jedoch mithilfe der Aussagen der Befragten eine Adaptierung erfahren, weshalb diese Methode sowohl induktiv, d.h. hypothesenentwickelnd, als auch deduktiv, also hypothesenprüfend, vorgeht. Die Forscherin/der Forscher bereitet sich daher eingehend auf die Studie vor, wählt dann aus den erhobenen Daten jene heraus, die relevant erscheinen, „verknüpft und verdichtet sie zu einem theoretischen Konzept“ (Lamnek 2005, 364). Bei dieser Form der Erhebung übernimmt die Interviewerin/der Interviewer im Laufe der Erzählphase eine aktive Rolle und bringt auch in diesem Abschnitt des Gesprächs Fragen ein, die allerdings die „Erzähllogik“ (Diekmann 2007, 542) nicht beeinträchtigen sollten. Hier unterscheidet sich diese Variante der Interviewführung erneut ganz entschieden von der narrativen Befragung, bei der die Interviewerin/der Interviewer durch einen Impuls den Erzählfluss auslöst und lediglich als ZuhörerIn/Zuhörer fungiert. Zudem kann die Forscherin/der Forscher bei problemzentrierten anders als bei narrativen Formen einen Leitfaden benutzen, wobei jedoch sowohl die Reihenfolge als auch die Formulierung der Fragen variabel und an die jeweilige Situation anzupassen sind (Diekmann 2007). Aufgrund dieses Umstands gehört das Leitfadenterview der Kategorie der nichtstandardisierten Interviewformen an, da im Gegensatz zu standardisierten und halbstandardisierten Befragungen, wie Tabelle 1 zeigt, weder der Wortlaut der Frage, noch deren Reihenfolge oder die Antwortmöglichkeiten einer Vorgabe unterliegen (Gläser/Laudel 2004).

**Tabelle 1: Klassifizierung von Interviews nach ihrer Standardisierung**

|                                 | Fragewortlaut und -reihenfolge | Antwortmöglichkeiten |
|---------------------------------|--------------------------------|----------------------|
| Standardisiertes Interview      | Vorgegeben                     | Vorgegeben           |
| Halbstandardisiertes Interview  | Vorgegeben                     | Nicht vorgegeben     |
| Nichtstandardisiertes Interview | Nicht vorgegeben (nur Thema)   | Nicht vorgegeben     |

Quelle: Gläser/Laudel 2004, 39 (eigene Bearbeitung).

Die Methode des leitfadengestützten, problemzentrierten Interviews wurde in dieser Arbeit mit jener des Expertinnen-/Experteninterviews verknüpft. Doch was genau verbirgt sich hinter diesem Begriff? Für gewöhnlich sind Sozialwissenschaftlerinnen/-wissenschaftler nicht Teil des von ihnen untersuchten Kontextes. Um dennoch Wissen über das jeweilige Feld

sammeln zu können, erscheint es sinnvoll, Personen, die sich darin bewegen, für ein Forschungsprojekt zu gewinnen. Expertinnen/Experten müssen daher nicht zwangsläufig über spezielle Ausbildungen verfügen, vielmehr trifft diese Bezeichnung auf all jene zu, „die ein besonderes Wissen über soziale Sachverhalte besitzen“ (Gläser/Laudel 2004, 10). Ihre speziellen Kenntnisse können mittels Expertinnen-/Experteninterviews erschlossen werden. Der Fokus der Untersuchung liegt bei dieser Methode nicht auf der Expertin/dem Experten selbst; vielmehr fungiert diese Person als Medium, mit dessen Hilfe Informationen über den untersuchten Sachverhalt gewonnen werden können und das den Zugang zu bestimmten Gruppen, Prozessen oder Strukturen ermöglicht. Dennoch dürfen die Einstellungen und Gefühle der Expertinnen/Experten nicht außer Acht gelassen werden, da diese den Blick auf den betreffenden Kontext maßgeblich beeinflussen (Gläser/Laudel 2004).

Da eine Expertin/ein Experte keinen besonderen Status aufweisen muss, um in den Sozialwissenschaften als solche/solcher bezeichnet zu werden, gilt es, ein anderes Abgrenzungsmerkmal zu finden. Gläser und Laudel (2004) schlagen hierfür vor, dem Ziel der Erhebung besondere Beachtung zu schenken, ehe eine Einordnung erfolgt. Die Intention eines Expertinnen-/Experteninterviews ist es nicht, Sichtweisen oder Einstellungen zu erfassen, sondern Sachverhalte zu rekonstruieren sowie Wissen bzw. Einschätzungen „spezifischer, für das Fach- und Themengebiet als relevant erachteter Akteure“ (Bogner/Menz 2009, 8) zusammenzuführen. Um die besonderen Kenntnisse der Expertin/des Experten in Erfahrung zu bringen, die zu Beginn des Gesprächs womöglich noch unbekannt sind, empfiehlt es sich, Einzelinterviews zu führen und auf jegliche Form von Standardisierung zu verzichten. Besondere Bedeutung kommt beim Expertinnen-/Experteninterview der Beziehung zwischen Interviewerin/Interviewer und der befragten Person zu (Gläser/Laudel 2004), da durch den Wissensvorsprung, den die Forscherin/der Forscher den Befragten zuschreibt, eine Abgrenzung zwischen Expertinnen/Experten und Laien entsteht (Meuser/Nagel 2009). Um tiefer gehende Informationen zu erhalten, muss sich die Interviewerin/der Interviewer als interessiert und kompetent präsentieren, dabei jedoch das spezifische Wissen anerkennen und eine Einschüchterung der/des Befragten vermeiden (Gläser/Laudel 2004).

Ausgehend von diesen methodischen Überlegungen wurden für die vorliegende Arbeit sechs Einzelinterviews mit Mitarbeiterinnen von Netzwerken für settingbezogene Gesundheitsförderung sowie Gespräche mit Vertretern zweier wichtiger österreichischer Gesundheitsorganisationen, dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und dem Fonds Gesundes Österreich, geplant. Da die Erhebung darauf abzielte, die Situation von gesundheitsfördernden Netzwerken möglichst weitreichend zu

rekonstruieren, war es zentral, bestimmte Aspekte in allen acht Interviews anzusprechen. Aus diesem Grund diente während der Interviews jeweils ein Leitfaden für die Mitarbeiterinnen der Netzwerke und ein Leitfaden für die Vertreter der netzwerkübergreifenden Organisationen als Unterstützung. Die darin enthaltenen Themen „Organisation“ „Kooperation“ und „Vergleich zwischen den Netzwerken“ kamen in jeder Befragung zur Sprache, wobei jedoch weder deren Formulierung noch deren Reihenfolge verbindlich waren. Durch die festgelegten Aspekte konnte eine weitgehende Vergleichbarkeit der Ergebnisse erreicht werden. Zudem floss auch bereits generiertes Wissen aus vorangegangenen Gesprächen in die Interviews ein, um verschiedene Blickwinkel auf bestimmte Aspekte zu erhalten sowie um Parallelen und Unterschiede herauszuarbeiten.

### **3.3 Leitfragen**

Aus den theoretischen Vorüberlegungen, die in Kapitel 2 dargestellt sind, wurden die Leitfragen für die Expertinnen-/Experteninterviews abgeleitet. Diese sind ein Bindeglied zwischen Theorie und der gewählten qualitativen Erhebungsmethode und ermöglichen es, „eine empirische Untersuchung viel besser zu steuern als ein hypothetisches Modell“ (Gläser/Laudel 2004, 88). Mithilfe von Leitfragen kann man jene Aspekte herausarbeiten, die es zu erheben gilt, um Antworten auf die Forschungsfrage(n) zu finden. Leitfragen entsprechen also in gewisser Weise den Hypothesen in quantitativen Studien. Sie sind sowohl Teil des Erhebungsinstruments als auch Handlungsanleitung, da sie die Entscheidungsgrundlage dafür bilden, welche Informationen weitere Aufmerksamkeit erfahren (Gläser/Laudel 2004).

Auch Mayring (2000) hält die Formulierung konkreter Fragestellungen im Vorfeld der Inhaltsanalyse für unverzichtbar. Dies bedeutet, dass das Ziel der Analyse anders als bei der sogenannten freien Interpretation vorab festzulegen ist (Mayring/Gläser-Zikuda 2005). Um die Richtung der Auswertung zu bestimmen, plädiert Mayring dafür, „den Text als Teil einer Kommunikationskette zu begreifen, ihn in ein inhaltsanalytisches Kommunikationsmodell einzuordnen“ (Mayring 2000, 50). Damit kann festgelegt werden, ob beispielsweise die Quelle an sich, der daraus ermittelte Text oder wie in der vorliegenden Arbeit die Zielgruppe der Forschung im Vordergrund stehen soll. Da die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse zudem eine enge Verknüpfung mit theoretischen Vorüberlegungen zur Bedingung macht, ist auch eine theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung notwendig (Mayring 2000). Ausgehend von diesen inhaltsanalytischen Überlegungen, von der Auseinandersetzung mit einschlägigen Theoriekonzepten sowie den noch bestehenden Lücken im Wissensbestand über gesundheitsfördernde Netzwerke in Österreich, ergaben sich für die vorliegende

Forschungsarbeit folgende Leitfragen:

- 1) Welche Ziele verfolgen österreichische Netzwerke für settingbezogene Gesundheitsförderung?
- 2) Welche Strategien werden von österreichischen Netzwerken für settingbezogene Gesundheitsförderung verfolgt?
- 3) Wie sind österreichische Netzwerke für settingbezogene Gesundheitsförderung organisiert? Wer arbeitet mit, wer ist in die Netzwerkarbeit involviert? Von welchen Seiten erfolgt Unterstützung?
- 4) Welche Angebote stellen österreichische Netzwerke für settingbezogene Gesundheitsförderung zur Verfügung? Wer ist die primäre Zielgruppe, wer wird erreicht?
- 5) Welche Schwierigkeiten treten bei ihrer Tätigkeit auf? Was wird als Erfolg/Misserfolg wahrgenommen?
- 6) Bestehen zwischen den einzelnen Netzwerken bzw. anderen Initiativen zur Gesundheitsförderung Kooperationen? Wie erfolgt der Informationsaustausch?
- 7) Wo besteht bei der Tätigkeit der Netzwerke noch Handlungsbedarf?
- 8) Gibt es Parallelen bzw. Unterschiede zwischen den einzelnen Netzwerken und inwiefern wirken sich diese auf deren Tätigkeiten aus?

### **3.4 Auswahl der Interviewpartnerinnen/-partner**

Im Fokus des vorliegenden Projektes steht der Vergleich von Netzwerken für settingbezogene Gesundheitsförderung, weshalb ein guter Überblick über das Forschungsfeld eine Voraussetzung darstellte. Um diesen zu erlangen, sollte eine erschöpfende Zahl an Interviews stattfinden, ohne jedoch den Rahmen einer Masterarbeit zu sprengen. Nach reiflichen Überlegungen erschien die Durchführung von acht Gesprächen sowohl zielführend als auch realisierbar, um einerseits viele verschiedene Sichtweisen einbeziehen zu können, andererseits nicht zu viel Datenmaterial zu sammeln. Da die Studie Teil einer Kooperation des Ludwig Boltzmann Instituts Health Promotion Research mit der Wiener Gesundheitsförderung, kurz WiG, ist (LBIHPR, 2011), bildete letzteres den Ausgangspunkt für die Planung der Erhebungsphase. Die Auswahl des Untersuchungssamples erfolgte vor Beginn der eigentlichen Untersuchung, da der zeitliche Rahmen ebenso wie die Zahl der verfügbaren Termine mit den Expertinnen/Experten beschränkt waren. Zunächst galt es, Netzwerke zu finden, die sich wie das WieNGS an



Schulen richten und daher vermutlich ähnliche Ziele und Strukturen aufweisen. Aus diesen Gründen wurden die Netzwerke Gesundheitsförderung an Salzburgs Schulen und Styria vitalis-Gesunde Volksschule in die Stichprobe aufgenommen. Um den Blick nicht nur auf schulische Gesundheitsförderung zu beschränken und auch „typische“ Gesundheitsförderungssettings miteinzubeziehen, erfolgte die Kontaktaufnahme mit dem Netzwerk Gesunde Gemeinde Oberösterreich, dem Österreichischen Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser sowie dem Österreichischen Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung. Diese gelten als etablierte Initiativen, die ebenfalls als settingbezogene Gesundheitsförderungsnetzwerke agieren. Ein Gespräch mit jeweils einem Mitarbeiter des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger sowie des Fonds Gesundes Österreich bot zudem die Gelegenheit, die Perspektive mehr oder weniger außenstehender Experten auf Netzwerke für settingbezogene Gesundheitsförderung zu ermitteln. Dieses Sample ermöglicht es also, Gemeinsamkeiten zwischen den Netzwerken aufzuzeigen und die Spezifika der einzelnen Zusammenschlüsse herauszuarbeiten. In Tabelle 2 sind alle untersuchten Netzwerke und Organisationen mit den betreffenden Interviewpartnerinnen/-partnern verzeichnet.

**Tabelle 2: Interviewpartnerinnen/-partner**

| <b>Netzwerk / Organisation</b>                                  | <b>Interviewpartnerinnen/-partner</b>  |
|---|--|
| Fonds Gesundes Österreich                                       | Dr. Rainer Christ  |
| Netzwerk Gesundheitsförderung an Salzburgs Schulen              | Mag. <sup>a</sup> Barbara Gsöll<br>Mag. <sup>a</sup> Angelika Kastner-Bukovski |
| Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger     | Mag. Sascha Müller   |
| Netzwerk Gesunde Gemeinde Oberösterreich                        | Dr. <sup>in</sup> Bettina Blanka<br>Dr. <sup>in</sup> Andrea Michaela Ferge    |
| Österreichisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung | Elisabeth Zeisberger MSc   |
| Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser   | Mag. <sup>a</sup> Christina Dietscher  |
| Styria Vitalis-Gesunde Volksschule                              | Mag. <sup>a</sup> Doris Kuhness  |
| Wiener Netzwerk Gesundheitsfördernde Schule                     | Dr. <sup>in</sup> Tina Svoboda   |

### **3.5 Durchführung der Erhebung**

Der Kontakt mit den Expertinnen/Experten begann mit einem Schreiben des Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research (LBIHPR), das eine kurze Darstellung der Masterarbeit sowie die Ankündigung der eigentlichen Kontaktaufnahme enthielt. Sie erfolgte mittels e-mail, auch die Terminvereinbarung geschah auf diese Weise. In vier Fällen war zudem ein Telefongespräch zur Klärung von Detailfragen nötig. Die acht Interviews wurden im Zeitraum von Dezember 2011 bis März 2012 geführt, wobei sowohl die Auswahl des Interviewortes als auch des Termins durch die Befragten erfolgte. Alle Interviews fanden daher in den Büros der jeweiligen Expertin/des jeweiligen Experten oder in einem Sitzungsraum des Netzwerks/der Organisation statt, was der Anforderung, den Ort für das Gespräch in einer der/dem Befragten vertrauten Umgebung zu wählen (Gläser/Laudel 2004), entgegenkam. Die Dauer der Interviews betrug zwischen 45 und 72 Minuten.

Bei jeder sozialwissenschaftlichen Untersuchung stellt sich die Frage, wie die Informationen, die ein Interview liefert, festgehalten werden sollen. Dafür gibt es im Wesentlichen zwei Möglichkeiten: die Aufzeichnung mittels handschriftlicher Notizen und den Mitschnitt der Befragung durch ein Tonbandgerät. Letztere Variante verstößt allerdings gegen den Anspruch, „das Interview so weit wie möglich an eine natürliche Gesprächssituation anzunähern“ (Gläser/Laudel 2004, 152). Doch auch das Anfertigen von handschriftlichen Notizen birgt einige Nachteile in sich. Einerseits hindert die Protokollierung während des Gesprächs die Interviewerin/den Interviewer daran, dem Gespräch uneingeschränkt zu folgen, andererseits ist sie mit Informationsveränderungen bzw. -verlusten verbunden, da die Erstellung eines rückblickenden Gesprächsprotokolls bereits eine Rekonstruktion der Situation bedeutet. Dadurch kann es zu Umdeutungen oder Auslassungen kommen, weshalb eine Untersuchung auf diese Weise genau genommen einen weiteren Interpretationsschritt erhält (Gläser/Laudel 2004). Wägt man nun ausgehend von diesen Überlegungen die Vor- und Nachteile beider Varianten ab, ist eine eventuell befängene Gesprächssituation einem wahrscheinlichen Verlust von „Daten“ vorzuziehen, weshalb in der vorliegenden Erhebung bei der Aufzeichnung der Interviews ein digitales Aufnahmegerät zum Einsatz kam. Dieses Vorgehen wurde vorab mit den Interviewpartnerinnen/-partnern abgesprochen, die alle ihr Einverständnis dazu gaben.

Gemäß des Ethik-Kodex der Deutschen Gesellschaft für Soziologie und des Berufsverbandes Deutscher Soziologinnen und Soziologen ist „die Anonymität der untersuchten Personen“ (DGS/BDS 1992, I, B (5)) zu wahren. Allerdings können personenbezogene Daten veröffentlicht werden, wenn die Befragten ihre Zustimmung dazu

gegeben haben (Gläser/Laudel 2004). Da die Zahl der Netzwerke für settingbezogene Gesundheitsförderung in Österreich recht überschaubar ist und diese Netzwerke oft über sehr wenige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verfügen, wären Rückschlüsse auf das Netzwerk bzw. auf die befragten Personen für Kenner des Metiers selbst bei einer etwaigen Verschlüsselung der Informationen ein Leichtes gewesen. Aus diesem Grund wurde gemeinsam mit den Interviewpartnerinnen/-partner, die auch als offizielle Vertreterinnen/Vertreter ihres Netzwerkes/ihrer Organisation fungierten, am Ende jedes Gesprächs die Übereinkunft getroffen, in der vorliegenden Arbeit auf eine Anonymisierung zu verzichten.

### **3.6 Analyseverfahren**

Neben den unterschiedlichsten Möglichkeiten, ein Interview zu führen, existieren ebenso zahlreiche Varianten, dieses auszuwerten. So verschieden diese auch sein mögen, liegt doch allen Formen der Auswertung ein aus vier Phasen bestehendes Schema zugrunde. Die Auswertung qualitativer Interviews kann grob in die Transkription, die Einzelanalyse, die generalisierende Analyse und die Kontrollphase gegliedert werden (Lamnek 2005). Den ersten Schritt jedes qualitativen Analyseverfahrens bildet die Umwandlung des gesammelten Materials in Textform (Gläser/Laudel 2004). Im beschriebenen Fall erfolgte dies durch die wortwörtliche Abschrift der bei den Interviews erstellten Audiomitschnitte. Mit Hilfe dieser Transkription kann eine „vollständige Textfassung verbal erhobenen Materials“ (Mayring 2002, 89) erfolgen, die die Basis für eine umfassende interpretative Auswertung darstellt. Die Befragten sprachen mehrheitlich Hochdeutsch, wobei bei manchen die speziellen Klangfärbungen ihres Dialektes zu erkennen waren. Diese blieben bei der Verschriftlichung der Interviews jedoch unberücksichtigt, um eine bessere Lesbarkeit sowie Bearbeitbarkeit der Transkripte zu erzeugen (Mayring 2000). Umgangssprachliche Ausdrücke hingegen sind sehr wohl festgehalten. Zu jedem Interview gibt es neben der wortwörtlichen Abschrift auch jeweils ein Postskriptum, das als ergänzendes Material dient. Es wurde im Anschluss an das entsprechende Interview angefertigt und umfasst einerseits allgemeine Informationen zum Interview wie Termin, Dauer und Angaben zur Interviewpartnerin/zum Interviewpartner, andererseits spezifische Angaben zur Interviewsituation.

#### **3.6.1 Inhaltsanalyse**

Bei der Wahl des Auswertungsverfahrens für die Einzelanalyse bzw. die generalisierende Analyse steht der Forscherin/dem Forscher ein breites Spektrum an Methoden zur Verfügung, weshalb auch hier eine Auseinandersetzung mit den Zielen der Studie sowie

jenen des Erhebungsinstruments unumgänglich ist. Wie bereits in Kapitel 3.2 dargestellt, dienen Expertinnen-/Experteninterviews nicht dazu, biographische Konstruktionen oder Sinnstrukturen aufzudecken, sondern soziale Sachverhalte zu beschreiben. Daher erscheint für die Auswertung derartiger Befragungen die qualitative Inhaltsanalyse als besonders geeignet, da bei diesem Verfahren nicht die Texte selbst sondern die gebildeten Kategorien im Vordergrund stehen. Wenngleich der Bezug zum Ursprungstext über Quellenangaben hergestellt wird, bilden letztendlich die gewonnenen Aussagen die Basis für die folgenden Schritte der Analyse (Lamnek 2005).

Ganz allgemein wird in der sozialwissenschaftlichen Forschung zwischen qualitativen und quantitativen Formen der Inhaltsanalyse unterschieden. Während bei der quantitativen Variante die Inhaltsanalyse der Erhebung von Daten dient, die in einem weiteren Schritt mit statistischen Verfahren ausgewertet werden, ist sie im qualitativen Paradigma als Auswertungsmethode anerkannt (Lamnek 2005). Mayring (2000) strebt danach, den Gegensatz zwischen qualitativen und quantitativen Verfahren in seinem Modell der Inhaltsanalyse zu verbinden. Zwar beginnt jede Auswertung mit einer qualitativen Erarbeitung eines dem Material entsprechenden Kategoriensystems, die weiteren Schritte des Forschungsprozesses können allerdings qualitativ oder quantitativ orientiert sein, sofern wissenschaftliche Standards eingehalten und alle Schritte ausführlich begründet werden. Am Ende der Analyse gilt es, die gewonnenen Ergebnisse der zweiten Forschungsphase wieder an ihren Ausgangspunkt zurückzuführen, auf die ursprüngliche Fragestellung zu beziehen und zu interpretieren. Dieser letzte Schritt folgt wiederum dem qualitativen Paradigma (Mayring 2000).

Die Inhaltsanalyse nach Mayring (2000) zielt in erster Linie darauf ab, Datenmaterial, das durch Kommunikation gewonnen wird, auszuwerten, wobei sowohl deren Inhalt als auch deren formale Aspekte mit diesem Verfahren beleuchtet werden können und sollen. Mayring (2000) versteht unter Kommunikation jedoch nicht nur das gesprochene Wort, sondern orientiert sich bei seiner Definition an jener von Watzlawick. Nach dessen Verständnis besteht Kommunikation nicht nur aus Worten, sondern schließt alle paralinguistischen Phänomene wie Tonfall, Pausen oder Sprechgeschwindigkeit sowie Körperhaltung und -sprache mit ein (Watzlawick et al 2000). Aber auch Musik, Bilder oder Ähnliches können zum Untersuchungsgegenstand der Inhaltsanalyse werden. Voraussetzung für eine Analyse ist allerdings, dass die zu bearbeitende Kommunikation in fixierter Form vorliegt, also protokolliert ist. Anders als viele hermeneutische Ansätze, die auf der freien Interpretation der vorliegenden Symbole basieren, liegt der Inhaltsanalyse ein systematisches Vorgehen zugrunde. Dies bedeutet, dass die Analyse expliziten Regeln unterliegt, die eine Überprüfung

bzw. ein Nachvollziehen der Forschung ermöglichen. Der Gebrauch derartiger Leitlinien bedeutet jedoch nicht, dass es sich bei der Methode um ein standardisiertes Instrument handelt, im Gegenteil, die Bearbeitung des Materials muss immer adaptiert und an die jeweilige Fragestellung angepasst werden. Das systematische Vorgehen kommt aber auch dadurch zum Ausdruck, dass „eine gute Inhaltsanalyse theoriegeleitet vorgeht“ (Mayring 2000, 12). Die Grundlagen für die Auswertung bilden daher nicht nur die Kommunikationsprotokolle, sondern auch eine theoriebasierte Fragestellung sowie theoretische Modelle (Mayring 2000). Ein Teil des Kategoriensystems kann also bei der Inhaltsanalyse im Gegensatz zu anderen qualitativen Verfahren bereits vor der eigentlichen Auswertung entwickelt werden (Gläser/Laudel 2004).

Die Inhaltsanalyse nach Mayring zählt gegenwärtig zu den bekanntesten qualitativen Auswertungsverfahren, wenngleich sie bei vielen Vertreterinnen/Vertretern des qualitativen Paradigmas umstritten ist. Gerade das „zergliedernde Vorgehen“ (Mayring 2000, 43), also die Unterteilung des Materials in immer kleinere Sinneinheiten, wird als Methode zum Entdecken von latenten Strukturen in Frage gestellt. Mayring (2000) hält dem entgegen, dass eine breite Definition der Kategorien sowie deren theoretische Begründung eine qualitative Untersuchung der Symbole sehr wohl ermöglichen und gleichzeitig eine Transparenz des Forschungsprozesses gewährleisten. Da in der vorliegenden Arbeit zudem manifeste Kommunikationsinhalte im Zentrum des Interesses stehen, kann diese Kritik hier vernachlässigt werden.

Der Vielzahl qualitativer Analyseverfahren liegen laut Mayring (2000) drei Grundformen des Interpretierens zugrunde: die Zusammenfassung, die Explikation sowie die Strukturierung. Während die Zusammenfassung durch Reduktion bzw. Abstraktion eine überschaubare Datenmenge schaffen will, die dennoch das Grundmaterial abbildet, zielt die Explikation darauf ab, einzelne Textteile durch zusätzliche Quellen näher zu erläutern und dadurch das Verständnis der entsprechenden Passagen zu vertiefen. Bei der Strukturierung geht es hingegen darum, „bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern, unter vorher festgelegten Ordnungskriterien einen Querschnitt durch das Material zu legen“ (Mayring 2000, 58) oder dieses anhand bestimmter Merkmale einzuschätzen. Mayring überträgt diese Grundformen nun auf die Inhaltsanalyse.

Die strukturierende Inhaltsanalyse ist laut Mayring (2000) die zentralste Technik der Inhaltsanalyse. Dieses Verfahren zielt darauf ab, mittels eines Kategoriensystems aus dem Material eine bestimmte Struktur zu extrahieren, wofür eine exakte Bestimmung der Strukturdimensionen, deren Ableitung aus der jeweiligen Fragestellung sowie deren

theoretische Begründung als Voraussetzung gelten. Im Verlauf der Analyse geschieht in den meisten Fällen eine Differenzierung dieser Dimensionen durch die Aufspaltung in einzelne Ausprägungen. Die gewonnenen Ausprägungen und Strukturdimensionen bilden gemeinsam das Kategoriensystem. Um die Abschnitte des Materials einer Kategorie zurechnen zu können, schlägt Mayring (2000) ein bewährtes Modell vor, das sich aus drei Schritten zusammensetzt. In einem ersten Schritt erfolgt die genaue Definition der Kategorien, denen dann in weiterer Folge so genannte Ankerbeispiele zugewiesen werden, „die unter eine Kategorie fallen und als Beispiele für diese Kategorien gelten sollen“ (Mayring 2000, 83). Treten bei einzelnen Textstellen Abgrenzungsprobleme zwischen verschiedenen Kategorien auf, geschieht die Zuordnung durch vorab festgelegte Kodierregeln. Auf diesen Prozess folgt ein Probedurchgang durch das Material, bei dem die Kategorien, Ankerbeispiele und Kodierregeln eine Überprüfung auf deren Tauglichkeit erfahren, wobei der erste Durchlauf wie der Hauptdurchgang aus zwei Arbeitsschritten besteht. Zunächst erhalten all jene Textstellen eine Markierung, etwa durch farbiges Hervorheben oder Nummerierungen, die Kategorien beinhalten, bevor man die „Fundstellen“ (Mayring 2000, 83) je nach Zweck der Strukturierung bearbeitet und aus dem Text ausschreibt. In den meisten Fällen macht der Probedurchgang eine Überarbeitung der Analysedimensionen nötig. Auf den Hauptdurchlauf folgt schließlich die Aufarbeitung sowie die Zusammenfassung der Ergebnisse (Mayring 2000).

In Hinblick auf die strukturierende Inhaltsanalyse lassen sich formale, inhaltliche, typisierende sowie skalierende Vorgehensweisen ausmachen. Der Gedanke, der diesen vier Formen zugrunde liegt, ist, „dass durch die genaue Formulierung von Definitionen, typischen Textpassagen ('Ankerbeispielen') und Codierregeln ein Codierleitfaden entsteht, der die Strukturierungsarbeit entscheidend präzisiert“ (Mayring 2007, 473). Das dargestellte Ablaufmodell der strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring lässt sich bei allen vier Formen der qualitativen Auswertungstechnik anwenden. Da sich diese nur in ihrer Zielsetzung unterscheiden, weichen lediglich zwei Schritte, die Festlegung der jeweiligen Auswertungsdimensionen sowie die Ergebnisaufbereitung, vom Grundmodell ab. Während die formale Strukturierung Strukturen im Material herausarbeiten will, die dieses untergliedern, erfasst und beschreibt die typisierende Variante markante Merkmale mittels Typisierungsdimension. Die skalierende Strukturierung weist den einzelnen Dimensionen Ausprägungen in Form von Skalenpunkten zu, um das Material auf einer Skala einschätzen zu können. Die inhaltliche Strukturierung, die bei der Analyse der vorliegenden Arbeit Anwendung fand, ordnet das Datenmaterial nach konkreten Themen, Aspekten bzw. Inhalten. Dabei bestimmen aus der Theorie abgeleitete Kategorien die zu extrahierenden Inhalte, die nach fixen Regeln zuerst pro Unterkategorie, dann pro Hauptkategorie

zusammengefasst werden (Mayring 2000).

Sowohl die strukturierende Inhaltsanalyse als auch die Explikation und Zusammenfassung beginnen mit der Festlegung des zu bearbeitenden Materials, das „nur unter bestimmten begründbaren Notwendigkeiten während der Analyse erweitert oder verändert“ (Mayring 2000, 47) werden sollte sowie dessen formaler Beschreibung. Im Falle der vorliegenden Arbeit stellen die acht Transkripte der auf Tonband festgehaltenen Expertinnen-/Experteninterviews die Grundlage für die Auswertung dar. In der nächsten Phase der Untersuchung galt es, die Entstehungssituation des Materials zu beleuchten, was beim dargestellten Forschungsprojekt mithilfe der Postskripte passierte. Nach der Konkretisierung der Fragestellung der Analyse ist deren Technik zu bestimmen und ein Ablaufmodell zu erstellen, das dem jeweiligen Kommunikationsprotokoll entspricht. Nun müssen noch Analyseeinheiten festgelegt werden, die dazu beitragen, die Präzision der Auswertung zu erhöhen. Mayring (2000) unterscheidet drei Formen derartiger Unterteilungen:

- 1) Kodiereinheit: gibt den kleinsten auszuwertenden Materialbestandteil an
- 2) Kontexteinheit: beschreibt den größten Textabschnitt der Analyse
- 3) Auswertungseinheit: legt die Reihenfolge fest, in der die Kommunikationsprotokolle bearbeitet werden

Der genaue Ablauf der Analyse ist Kapitel 4 zu entnehmen.

### **3.6.2 Gütekriterien**

Die sozialwissenschaftliche Praxis orientiert sich an drei zentralen Gütekriterien: Reliabilität, Validität und Objektivität. In der empirischen Forschung bezeichnet der Begriff der Reliabilität oder Zuverlässigkeit das Ausmaß, „in dem wiederholte Messungen eines Objektes mit einem Messinstrument die gleichen Werte liefern“ (Schnell et al. 2008, 151). Der Grad der Objektivität hingegen gibt Auskunft darüber, inwieweit „die Ergebnisse unabhängig sind von der jeweiligen Person, die das Messinstrument anwendet“ (Diekmann 2007, 249), während die Validität prüft, ob das eingesetzte Messinstrument tatsächlich das misst, was gemessen werden soll (Schnell et al. 2008). Diese Kriterien beleuchten die unterschiedlichen Aspekte der einzelnen Methoden und schaffen die Basis für deren Vergleichbarkeit. Sie formulieren Ziele, die über das Maß der Wissenschaftlichkeit jedes Verfahrens Auskunft geben können. Allerdings unterscheiden sich qualitative und quantitative Forschungsprojekte oft grundlegend in ihrem Umgang mit Gütekriterien (Lamnek 2005), was die qualitative Sozialforschung vor große Herausforderungen stellt. Bisher konnte in der Frage der Anwendung dieser Gütekriterien kein Konsens erzielt werden. Allerdings etablierten sich für

die Inhaltsanalyse eigene Maßstäbe (Mayring 2000), die das folgende Modell von Krippendorff (1980) veranschaulicht.

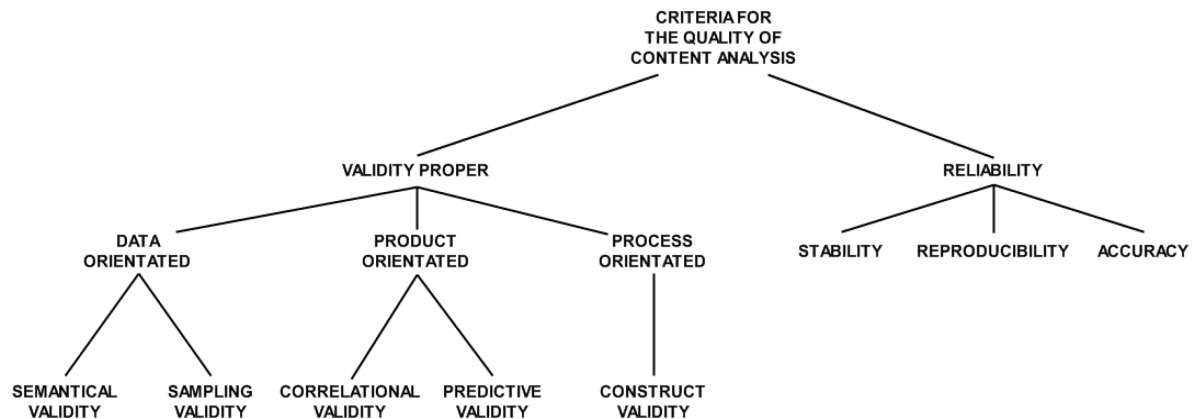


Abbildung 4: A Typology for Validity in Content Analysis (Krippendorff 1980, 158), eigene Bearbeitung.

Wie Krippendorff (1980) unterscheidet auch Mayring (2000) mit Validität und Reliabilität zwei Formen von Gütekriterien, die wiederum aus einzelnen Kriterien bestehen. Validität setzt sich demnach aus der semantischen und der korrelativen Gültigkeit sowie der Stichproben- bzw. Vorhersagegültigkeit zusammen. Der Begriff der semantischen Gültigkeit bezeichnet „die Angemessenheit der Kategoriendefinitionen“ (Mayring 2000, 111). Dies bedeutet, dass Kodierregeln von der Forscherin/dem Forscher zu befolgen sind und Ankerbeispiele sowie gewonnene Definitionen am Ende des Analyseprozesses noch einmal eines genauen Abgleichs mit dem Datenmaterial bedürfen. Während die Stichprobengültigkeit, also die Prüfung der exakten Stichprobenziehung, bei jeder qualitativen Studie nachvollzogen werden kann, sind korrelative Gültigkeit und Vorhersagegültigkeit nur dann als Gütekriterien anwendbar, wenn bestehende Ergebnisse als Vergleichsbasis zur Verfügung stehen. Die Konstruktvalidität lässt sich durch eine Auseinandersetzung mit ähnlichen, erfolgreichen Forschungskonzepten sowie etablierten Modellen und Theorien, aber auch durch eine repräsentative Auswertung herstellen. Diesen Formen der Validität fügt Mayring (2000) noch jene der kommunikativen Validierung hinzu. Dabei erhalten die Teilnehmerinnen/Teilnehmer der jeweiligen Untersuchung die Daten oder Ergebnisse und bewerten diese in Hinblick auf deren Gültigkeit (Steinke 2007).

Eine Variante, die Reliabilität einer Studie festzustellen, ist die Überprüfung der Stabilität durch eine erneute Auswertung des Datenmaterials mit demselben Analyseinstrument. Aber auch die Reproduzierbarkeit liefert Informationen zur Reliabilität. Sie bezeichnet das Ausmaß, „in dem die Analyse unter anderen Umständen, anderen Analytikern zu denselben Ergebnissen führt“ (Mayring 2000, 113) und kann durch Koeffizienten der Inter-coderreliabilität ausgedrückt werden. Die stärkste Aussagekraft besitzt das dritte und am



schwersten festzustellende Maß, die Exaktheit, die darüber Auskunft gibt, inwieweit eine Untersuchung Standards der Forschung entspricht.

Mayring (2000) hat mit der Validität sowie der Reliabilität für sein Modell zumindest zwei der traditionellen quantitativen Gütekriterien übernommen. Er vertritt daher auch die Meinung, dass in der Anwendung dieser beiden Maßstäbe großer Nachholbedarf bestünde, da diese Gütekriterien in wissenschaftlichen Publikationen qualitativer Studien kaum Erwähnung finden. Vielmehr würden diese oft von Inhaltsanalytikerinnen/-analytikern in Frage gestellt. Vor allem die Überprüfung der Reliabilität gilt jedoch in der qualitativen Forschungstradition als problematisch, da klassische Verfahren wie ein Wiederholen der Forschungsoperation, ein Testen der Forschungsfrage mit einem anderen Instrument oder die Zerteilung von Material bzw. Instrument bei der Inhaltsanalyse kaum sinnvoll zur Anwendung kommen können. Um dennoch Auskunft über die Reliabilität eines Forschungsprojekt zu erhalten, das mit einer Form der Inhaltsanalyse operiert, nehmen meist mehrere Personen die Auswertung vor. Das Ergebnis der einzelnen Interpretatorinnen/Interpretatoren wird dann verglichen und dadurch eine sogenannte Intercoderreliabilität hergestellt. Aber auch dieses Vorgehen gilt als nicht unumstritten, da eine Übereinstimmung der vergebenen Kategorien nach Meinung von Kritikerinnen/Kritikern nur bei einfachen Analysen bzw. bei einer sehr homogenen Gruppe von Kodiererinnen/Kodierern zu erreichen sei. Da Reliabilität eine Voraussetzung für Validität darstellt, erfährt auch dieses Konzept eine kritische Betrachtung (Mayring 2000). Mayring plädiert daher für eine „weichere Vorgehensweise [...], die auch Elemente diskursiver Validierung beinhaltet“ (Mayring 2005, 13). Bei dieser Variante nimmt zunächst die Erstkodiererin/der Erstkodierer eine Analyse des Materials vor, ehe sie/er der Zweitkodiererin/dem Zweitkodierer die Arbeit mit der Begründung des Kategoriensystems und den festgehaltenen Regeln der Auswertung übergibt. Im nächsten Schritt setzt sich dieser mit den erhaltenen Texten auseinander. Auf die Zusammenführung der Ergebnisse folgt schließlich deren Diskussion (Mayring 2005).

Mayring ist jenen Vertreterinnen/Vertretern des qualitativen Paradigmas zuzurechnen, die sich für eine Übernahme quantitativer Kriterien aussprechen. Dadurch sollen einheitliche Kriterien geschaffen werden, die für alle empirischen Untersuchungen Gültigkeit besitzen. Quantitative Kriterien sind dafür an die Anforderungen qualitativer Forschung zu adaptieren. Diese Position lehnen jene ab, die sich für eigene Kriterien qualitativer Forschung aussprechen, um deren methodische, methodologische sowie wissenschaftstheoretische Besonderheiten erfassen zu können. Als mögliche Kriterien gelten die bereits genannte kommunikative Validierung, die Triangulation, also die Kombination verschiedener Methoden, Daten bzw. Theorien, eine Validierung der Interviewsituation und Authentizität. Letztere soll

u.a. prüfen, ob sowohl die Teilnehmerinnen/Teilnehmer als auch das Datenmaterial eine sorgfältige Behandlung erfuhren. Eine dritte Gruppe unter den Vertreterinnen/Vertretern des qualitativen Paradigmas spricht sich schließlich ganz generell gegen Qualitätskriterien in ihrer Forschung aus (Steinke 2007). Eine derartige Herangehensweise birgt jedoch „die Gefahr der Beliebigkeit und der Willkürlichkeit qualitativer Forschung“ (Steinke 2007, 321f.), weshalb bei der vorliegenden Forschungsarbeit versucht wurde, die Ansprüche zentraler Gütekriterien zu erfüllen.

Viele Wissenschaftlerinnen/Wissenschaftler halten die Konzepte von Reliabilität, Validität und Objektivität bei nicht-standardisierten Untersuchungen für nicht oder nur bedingt geeignet (Lamnek 2005). Auf Grund dieses Umstandes und da einige der von Mayring (2000) vorgeschlagenen Kriterien ohne entsprechende Vergleichsstudien nur schwer anwendbar sind, orientiert sich die dargestellte Studie an den von Steinke (2007) präferierten Kernkriterien qualitativer Forschung:

#### 1) Intersubjektive Nachvollziehbarkeit

Anders als bei quantitativen Forschungsprojekten ist bei qualitativen Studien keine Möglichkeit der intersubjektiven Überprüfbarkeit gegeben, da die begrenzte Standardisierbarkeit im qualitativen Bereich die Durchführung einer identischen Untersuchung verunmöglicht. Es gilt daher bei qualitativen Projekten, intersubjektive Nachvollziehbarkeit herzustellen, um eine Bewertung der gewonnenen Ergebnisse zuzulassen. Dies kann auf drei Arten geschehen: durch eine genaue Dokumentation des Forschungsprozesses, die Interpretation in der Gruppe und/oder durch die Anwendung kodifizierter Verfahren. Für Steinke (2007) stellt die Dokumentation des Forschungsprozesses die zentrale Technik dar, da sie dem externen Publikum die Gelegenheit gibt, „die Untersuchung Schritt für Schritt zu verfolgen“ (Steinke 2007, 324). Die vorliegende Arbeit versucht, diesem Anspruch Rechnung zu tragen. Eine Auswertung in der Gruppe wird in der qualitativen Sozialforschung vor allem bei der Interpretation von Daten empfohlen. Da bei der dargestellten Analyse ausschließlich die manifesten Sinngehalte Berücksichtigung fanden, wurde auf eine kollektive Auswertung verzichtet. Allerdings fand in den Gesprächen mit Frau Mag.<sup>a</sup> Flaschberger eine Diskussion über zentrale Kategorien sowie Teile des Ergebnisteils statt. Die Ergebnisse des Projekts basieren auf Daten aus leitfadengestützten, problemzentrierten Expertinnen-/Experteninterviews, deren Auswertung mittels inhaltlich strukturierender Inhaltsanalyse nach Mayring (2000) erfolgte. Sowohl bei der Erhebungs- als auch bei der Auswertungsmethode handelt es sich um kodifizierte, vereinheitlichte Verfahren der qualitativen Forschung.

## 2) Indikation des Forschungsprozesses

Der Begriff der Indikation beschreibt die Angemessenheit des gesamten Forschungsprozesses. Dies bedeutet, dass die Forscherin/der Forscher die Wahl des (qualitativen) Zugangs, der Methoden, der Transkriptionsregeln, der Untersuchungsfälle sowie der angewandten Gütekriterien offenlegen muss.

## 3) Empirische Verankerung

Die Ergebnisse qualitativer Studien sollten empirisch verankert sein. Eine Möglichkeit, eine derartige Verankerung herzustellen, bietet die kommunikative Validierung. Bei diesem Verfahren werden die Daten oder Ergebnisse „den Untersuchten mit dem Ziel vorgelegt, dass sie von ihnen hinsichtlich ihrer Gültigkeit bewertet werden“ (Steinke 2007, 320). Um eine gültige Darstellung der untersuchten Netzwerke zu gewährleisten, erhielten die Vertreterinnen der Netzwerke vor der Publikation der Analyse die aufbereiteten Ergebnisse und konnten dazu Stellung beziehen.

## 4) Limitation

Das Kriterium der Limitation will die Grenzen der Verallgemeinerbarkeit der entwickelten Theorie eruieren und prüfen. Die zentrale Frage dabei ist, ob und inwiefern die Forschungsergebnisse auch auf andere Bedingungen, wie Gruppen, Situationen oder Fälle, zutreffen.

## 5) Kohärenz

Theorien und Ergebnisse aus empirischen Analysen sollten in sich konsistent sein. Es gilt daher zu prüfen, wie mit Widersprüchen innerhalb der Daten umgegangen wurde. Ungelöste Widersprüche und offene Fragen sind von der Forscherin/vom Forscher offenzulegen. In der vorliegenden Arbeit dient vor allem der Diskussionsteil (Kapitel 5.2) dazu, derartige Aspekte aufzuzeigen.

## 6) Relevanz

Um die Relevanz einer Studie zu beurteilen, gilt es, den Beitrag der entwickelten Theorien/Ergebnisse sichtbar zu machen. Die Ziele der vorliegenden Arbeit sowie deren Implikationen für Theorie und Praxis sind vor allem in der Einleitung bzw. im Schlussteil festgehalten.

### **3.6.3 Qualitative Inhaltsanalyse mit ATLAS.ti**

Bis vor knapp 25 Jahren war die Analyse großer Materialmengen mit qualitativen Methoden mit erheblichem Aufwand verbunden. Die Entwicklung und Etablierung spezifischer Computerprogramme für qualitative Auswertungsverfahren, sogenannte Qualitative Data Analysis Software (QDA-Software), bedeutete eine erhebliche Vereinfachung der empirischen Forschung. QDA-Software gilt gegenwärtig als zeitgemäß und praxisorientiert. Sie kann den Analyseprozess unterstützen, ist jedoch nicht in der Lage, Interpretationsleistungen, das Verfahren der Analyse selbst oder die Entwicklung theoretischer Konzepte zu übernehmen (Larcher 2010). Das systematische Vorgehen der Inhaltsanalyse ermöglicht es, diese Auswertungsmethode auch am Computer anzuwenden. Allerdings erfolgt dabei anders als bei der quantitativen Inhaltsanalyse keine automatische Auswertung des Datenmaterials, vielmehr werden die Arbeit der Forscherin/des Forschers durch den Computer unterstützt und die Dokumentation erleichtert. Da eine digitale Bearbeitung des Materials nicht nur das Verfahren an sich, sondern durch eine übersichtliche Darstellung der bereits kodierten Abschnitte auch das Interpretieren in der Gruppe erleichtert, erfolgte die Bearbeitung der acht Expertinnen-/Experteninterviews mithilfe der an der TU Berlin entwickelten QDA-Software ATLAS.ti (Mayring 2007). Dieses Programm verknüpft bei der Auswertung zwei Ebenen, die Text- und die konzeptionelle Ebene. „Auf der Textebene wird das zu analysierende Datenmaterial segmentiert, codiert und kommentiert“ (Larcher 2010, 7) und so ein Vergleich bzw. eine Verknüpfung von konkreten Textteilen ermöglicht. Diese Beziehungen zwischen einzelnen Textpassagen können dann auf der konzeptionellen Ebene interpretiert, visualisiert und zu Theorien verdichtet werden (Larcher 2010).

## **4. Ergebnisse**

Beim Material der nun folgenden Inhaltsanalyse nach Mayring handelt es sich um acht qualitative Expertinnen-/Experteninterviews, die für die vorliegende Arbeit geführt wurden. Die Gespräche unterlagen keiner Standardisierung, da zwar die zu besprechenden Themen, nicht aber die konkrete Abfolge und Formulierung der Fragen vorgegeben waren. Dies bedeutet, dass die Interviewpartnerin/der Interviewpartner frei antworten konnte, ohne an vorgegebene Kategorien gebunden zu sein. Die Umstände und Eindrücke aller Interviews sind in sogenannten Postskripten festgehalten, die ebenfalls in die im Folgenden beschriebene Auswertung miteinfließen. Die dargestellten Ergebnisse basieren im Wesentlichen auf den sechs Interviews mit Vertreterinnen der gesundheitsfördernden settingbezogenen Netzwerke und haben daher keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Sofern zentrale Fragen offen blieben, wurde auf die Homepages des jeweiligen Netzwerks zurückgegriffen, um das Bild der untersuchten Netzwerke abzurunden. Die Interviews mit Herrn Mag. Müller vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und Herrn Dr. Christ vom Fonds Gesundes Österreich dienten der Ergänzung, vor allem aber als Basis für die zusammenfassende Diskussion des Forschungsprojekts.

### **4.1 Erläuterung der Analyseschritte**

Am Beginn der Analyse stand die Formulierung des Ziels der Studie (Kapitel 1) sowie entsprechender Fragestellungen (Kapitel 3). Der eigentliche Auswertungsprozess orientierte sich an dem Ablaufmodell von Mayring (2000, 84) und begann mit der Bestimmung der drei Analyseeinheiten:

- 1) Als Auswertungseinheiten wurden all jene Textstellen festgelegt, die für das Forschungsprojekt relevante Themen beinhalten
- 2) Kodiereinheiten, also die kleinsten Abschnitte, die sich einer Kategorie zuordnen lassen, waren in der vorliegenden Arbeit einzelne Wörter
- 3) Kontexteinheiten hingegen umfassen den größten Textbestandteil, der in eine Kategorie fallen kann, im dargestellten Fall also Abschnitte, in denen sich eine Gesprächspartnerin/ein Gesprächspartner auf ein konkretes Thema bezog.

In einem zweiten Schritt galt es aus der Theorie inhaltliche Hauptkategorien für die Analyse abzuleiten, die dann in ATLAS.ti eingespeist wurden. Die Bestimmung der Ausprägungen erfolgt im dritten Schritt des Ablaufmodells. Jeder Hauptkategorie erhielt zunächst eine Unterkategorie für jedes Netzwerk sowie die Kategorie „Andere“ für alle Textbestandteile, die sich keiner genannten Kategorie zuordnen ließen. Für die Kategorie „Struktur“ ergaben sich

demnach sieben Unterkategorien:

K1: Struktur BGF

K2: Struktur Gesunde Oberösterreich

K3: Struktur Styria vitalis-Gesunde Volksschule

K4: Struktur Gesundheitsförderung an Salzburgs Schulen

K5: Struktur ONGKG

K6: Struktur WieNGS

K7: Andere

Schritt 4 ist „das Kernstück der strukturierenden Inhaltsanalyse“ (Mayring 2000, 96) und beinhaltet die genaue Beschreibung der Kategorien mittels Definitionen, Ankerbeispielen und Kodierregeln. Nun folgte der erste Materialdurchgang, bei dem Textstellen, die sich als Auswertungseinheit identifizieren ließen, in ATLAS.ti eine farbige Markierung erhielten. Die gekennzeichneten Textstellen wurden im Zuge des 6. Auswertungsschritts den gebildeten Kategorien zugewiesen. In der folgenden Tabelle ist zur Veranschaulichung ein Ausschnitt aus der Bearbeitung der Fundstellen dargestellt. Dieses Vorgehen bei der Analyse gilt zwar angesichts der Möglichkeiten computergestützter Auswertung als veraltet (Larcher 2010), eignet sich aber sehr gut dazu, das der inhaltlichen Strukturierung nach Mayring zugrunde liegende Prinzip der Auswertung sichtbar zu machen.

**Tabelle 3: Bearbeitung der Fundstellen**

| Variable | Ausprägung     | Definition        | Ankerbeispiele  |
|----------|----------------|-------------------|---|
| Struktur | K1: BGF        | Struktur BGF      | „Die Stakeholder haben wir sowieso mit im Boot. Die sind im Netzwerk vertreten.“  |
|          | K2: Gemeinde   | Struktur Gemeinde | „Wir haben in jedem Bezirk einen Regionalbetreuer.“   |
|          | K3: Gesunde VS | Struktur GV       | „Das sind circa 80 Volksschulen in der Steiermark, ja Mitglied in diesem Netzwerk, oder sind es vielleicht schon 90.“               |
|          | K4: Salzburg   | Struktur Salzburg | „[...] im Netzwerk, das so aufgebaut ist, dass es eine Kerngruppe gibt.“  |
|          | K5: ONGKG      | Struktur ONGKG    | „Das österreichische Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser ist als Verein organisiert.“                                      |
|          | K6: WieNGS     | Struktur WieNGS   | „Wir haben verschiedene Trägerorganisationen, die alle im Schulbereich wichtige Rollen spielen.“                                    |
|          | K7: Andere     |                   | „Wenn man Netzwerke hat, wo man, als Hausnummer acht bis maximal zehn Mitglieder hat, funktioniert die Arbeitsteilung auch besser.“ |

Quelle: Mayring, 2000, 98, eigene Bearbeitung.

Anschließend erfuhren sowohl das Kategoriensystem als auch seine Definitionen eine Überarbeitung, bevor „das in Form von Paraphrasen extrahierte Material zunächst pro Unterkategorie, dann pro Hauptkategorie“ (Mayring 2000, 89) zusammengefasst wurde. Den Abschluss des Interpretationsprozesses bildete die Kontrollphase. In diesem Teil der Auswertung wurden, um Fehlinterpretationen zu vermeiden, noch einmal alle gebildeten Codes und Kategorien mit dem Originalmaterial verglichen und gegebenenfalls Korrekturen vorgenommen (Lamnek 2005). Mayring bezeichnet diese Phase als „Rücküberprüfung des Kategoriensystems an Theorie und Material“ (Mayring 2000, 54). Die Ergebnisse des dargestellten Prozesses sind den folgenden Kapiteln zu entnehmen.

## **4.2 Aufbau der Netzwerke**

### **4.2.1 Aufbau des Österreichischen Netzwerks Betriebliche Gesundheitsförderung**

Das Österreichische Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF-Netzwerk) wurde im Jahr 2000 ins Leben gerufen (Rohrauer-Näf/Waldherr 2011). Die Koordinationsstelle ist der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (ÖGKK) angegliedert, der auch die Leitung des Netzwerks obliegt. Im Auftrag der ÖGKK steht derzeit Frau Elisabeth Zeisberger MSc von der Salzburger Gebietskrankenkasse (SGKK) dem Netzwerk vor. Sie fungiert im Rahmen ihrer Tätigkeit als Ansprechpartnerin für alle Mitglieder des Netzwerks, für interessierte Personen sowie für das europäische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung. Neben der Koordinationsstelle, die einen gemeinsamen Standard der BGF gewährleisten soll, bestehen zudem Regional- und Servicestellen in allen Bundesländern, die Vertreterinnen/Vertreter der Gebietskrankenkassen bzw. der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA) und der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau betreuen. Diese Stellen setzen BGF operativ um und dienen als lokale Ansprechpartnerinnen/-partner für die teilnehmenden Betriebe, die wiederum in regionalen Unternehmensnetzwerken zusammentreffen. Hier finden Vorträge externer Referentinnen/Referenten statt, werden Neuigkeiten ausgetauscht und einzelne Projekte vorgestellt. Aber nicht nur Betriebe, sondern auch alle relevanten Stakeholder, wie die Bundesarbeiterkammer, die Bundeswirtschaftskammer, die Industriellenvereinigung, der Österreichische Gewerkschaftsbund, der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, die Allgemeine Unfallversicherung, die Krankenversicherungen der selbstständigen und der unselbstständig Erwerbstätigen – insgesamt 18 Organisationen – sind im Netzwerk vertreten. Vor drei Jahren hat das BGF-Netzwerk einen zweijährigen Organisationsentwicklungsprozess gestartet, an dem auch externe Beraterinnen/Berater beteiligt waren. Im Rahmen dieses Prozesses

unterzog man das Netzwerk einer internen Reflexion und legte formale Regeln der Zusammenarbeit fest.

Der Austausch der teilnehmenden Betriebe erfolgt in den genannten regionalen Unternehmensnetzwerken, die ein- bis zweimal pro Jahr tagen sowie auf dem jährlich abgehaltenen Informationstag, der immer im Zeichen eines aktuellen Themas der BGF steht. Der Austragungsort des Informationstages liegt jedes Jahr in einem anderen Bundesland. Träger und Stakeholder finden sich zweimal jährlich zu zweitägigen Arbeitstreffen zusammen.

#### **4.2.2 Aufbau des Netzwerks Gesunde Gemeinde Oberösterreich**

Das Netzwerk Gesunde Gemeinde Oberösterreich ist ebenso wie das Netzwerk Gesunder Kindergarten, der Stammtisch für Pflegende Angehörige und die Gesunde Küche dem Projekt Gesundes Oberösterreich zuzurechnen und wird von Frau Dr.<sup>in</sup> Bettina Blanka koordiniert. Die Koordinationsstelle steht den Gemeinden für Fragen offen und fungiert als Schnittstelle zum Projekt Gesundes Oberösterreich sowie zu den Netzwerkpartnern, also Versicherungen und Krankenkassen, der Ärzte-, der Wirtschafts- und der Arbeiterkammer. Das Netzwerk agiert flächendeckend in ganz Oberösterreich und zählt derzeit 434 Mitgliedsgemeinden. Da aufgrund der Zahl der Mitglieder eine zentrale Koordination von Linz aus kaum mehr möglich wäre, schuf man regionale Anlaufstellen, die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter des Landes betreuen. Diese pflegen enge Kontakte mit den Gemeinden und sind Ansprechpartnerinnen/Ansprechpartner bei jeglichen Problemen, die in Zusammenhang mit dem Netzwerk auftreten. Alle teilnehmenden Gemeinden sollten über einen Arbeitskreis verfügen, in dem im besten Fall neben dem Gemeindefacharzt auch die örtlichen Vereine vertreten sind, um Gesundheitsförderung möglichst umfassend umsetzen zu können.

Der Austausch zwischen den einzelnen Ebenen des Netzwerks erfolgt vor allem bei regelmäßig abgehaltenen Bezirkstreffen, die die jeweiligen Regionalbetreuerinnen/die jeweiligen Regionalbetreuer organisieren. An diesen Veranstaltungen nehmen auch Vertreterinnen/Vertreter der Koordinationsstelle teil, die sich zudem einmal im Monat mit den Regionalbetreuerinnen/Regionalbetreuern zum Austausch zusammenfinden, um aktuelle Themen und Probleme zu besprechen. Manchmal bewirkt die Vernetzung, dass mehrere benachbarte Gemeinden ein Thema aufgreifen und dazu gemeinsame Projekte umsetzen.



### **4.2.3 Aufbau Styria vitalis-Gesunde Volksschule**

Das Netzwerk Gesunde Volksschule ist ein Programm der steirischen Organisation Styria vitalis, die Primärpräventions- und Gesundheitsförderungsprogramme umsetzt. Die Leitung des Netzwerks Gesunde Volksschule, das zum Zeitpunkt der Erhebung (2012) rund 85 Mitgliederschulen zählte, obliegt Frau Mag.<sup>a</sup> Kuhness. Drei Schulbegleiterinnen stehen den Mitgliedern bei der Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen zur Seite. Sie halten gemeinsam mit Frau Mag.<sup>a</sup> Kuhness einmal pro Monat eine Teamsitzung ab, in der die Entwicklungen der einzelnen Schulen im Hinblick auf Gesundheitsförderung sowie das weitere Vorgehen in der Schulbegleitung besprochen werden. Das Leitungsteam von Styria vitalis, dem Frau Mag.<sup>a</sup> Kuhness angehört, findet sich alle zwei Wochen zum Austausch zusammen. Das Netzwerk gibt ein Netzwerkmagazin heraus, das zweimal jährlich erscheint und aktuelle Projekte teilnehmender Schulen vorstellt. Ein Newsletter sorgt zudem für die rasche Verbreitung wichtiger Informationen. Die Vernetzung zwischen den Schulen soll ein jährliches Netzwerktreffen fördern, dem immer ein Vortrag zu einem konkreten Thema vorangeht. Da der Austausch bei großen Treffen nicht im gewünschten Maß erfolgte, schuf man Regionaltreffen, an denen Schulen eines bestimmten Gebiets teilnehmen können.

### **4.2.4 Aufbau des Netzwerks Gesundheitsförderung an Salzburgs Schulen**

Das Netzwerk Gesundheitsförderung an Salzburgs Schulen bietet nicht Schulen, sondern Institutionen, die Angebote für Bildungseinrichtungen bereitstellen, die Möglichkeit zur Vernetzung. Die Gründung des Netzwerks basierte auf der Intention, alle Angebote im Bundesland Salzburg, die sich mit schulischer Gesundheitsförderung auseinandersetzen bzw. alle Organisationen, die mit Angeboten an Schulen herantreten, zu erfassen. Zum Zeitpunkt der Erhebung (2012) besaß das Netzwerk 52 Mitglieder, wobei die Zahl stets Schwankungen unterliegt. Allerdings stellen nicht alle Netzwerkpartner Angebote bereit, da auch Geldgeber und strategische Partner im Netzwerk vertreten sind. Formal steht dem Netzwerk eine Steuerungsgruppe vor, der Finanziers, Vertreterinnen/Vertreter des Landes, der BVA und der Gebietskrankenkasse angehören. Die Repräsentation des Netzwerks nach außen obliegt der sogenannten Kerngruppe, die sich aus Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern der Salzburger Gebietskrankenkasse, der Schulservicestelle, der Pädagogischen Hochschule, des Landesschulrats, der BVA und des AVOS zusammensetzt, wobei Frau Mag.<sup>a</sup> Kastner-Bukovski den AVOS repräsentiert. Die Kerngruppe besteht seit der Gründung des Netzwerks, da es sinnvoller erschien, Interessen zu bündeln und gemeinsam aufzutreten. Auch der Wunsch nach einer Netzwerkkoordination wurde schon bei der Entstehung des Netzwerks geboren, aber nicht umgesetzt, da zu Beginn nur rund 15 Organisationen teilnahmen, welche die Steuerungsgruppe gut vernetzen konnte. Mit der zunehmenden

Größe des Netzwerks stellte die Koordination der Netzwerkpartner neben ihrem eigentlichen Tagesgeschäft eine wachsende Herausforderung für die Mitglieder der Kerngruppe dar, weshalb man sie 2010 an Frau Mag.<sup>a</sup> Gsöll übergab. Die Koordination ist seither beim AVOS angesiedelt, da dieser laut Frau Mag.<sup>a</sup> Kastner-Bukovski als einziger Netzwerkpartner über die nötigen Erfahrungen bzw. Ressourcen verfügt.

Neben dem Netzwerk Gesundheitsförderung an Salzburgs Schulen existieren im Bundesland noch weitere Projekte, von denen sich zwei auch speziell mit Gesundheitsförderung an Schulen auseinandersetzen: das AVOS-Programm Bewegte Schule, an dem zum Erhebungszeitpunkt (2012) zwischen 40 und 50 Volks- und Hauptschulen teilnahmen sowie das Netzwerk Gesunde Schule Salzburg. Letzteres ging 2010 aus dem Netzwerk Gesundheitsförderung an Salzburgs Schulen hervor, mit dem es nach wie vor kooperiert und „ermöglicht es Volksschulen, sich zwei Jahre intensiv mit dem Thema Gesundheit auseinanderzusetzen“ (Gesunde Schule Salzburg 2012). Die Koordination des Netzwerks Gesunde Schule obliegt dem AVOS. Entschließt sich eine Volksschule, dem Netzwerk Gesunde Schule beizutreten, muss jede Schule nach einem Schulforumsbeschluss eine Steuerungsgruppe initiieren, der neben der Schulleitung, Vertreterinnen/Vertreter des Lehrerinnen-/Lehrerkollegiums und Elternvertreterinnen/-vertreter auch die Gesundheitsreferentin/der Gesundheitsreferent der Schule sowie eine externe Moderatorin/ein externer Moderator angehören, die/den der AVOS bestellt.

Fragen der Finanzierung werden einmal im Jahr bei einer Versammlung der Steuerungsgruppe besprochen. Die Kerngruppe, die das Netzwerk nach außen vertritt, trifft sich einmal pro Quartal. Die Schulen, die an einem der beiden Projekte teilnehmen, erhalten ein- bis zweimal pro Jahr eine Einladung zu einem Vernetzungstreffen, das unter einem bestimmten Thema steht. Bei diesen Veranstaltungen, die mit einem Input durch einen Netzwerkpartner beginnen, erhalten die Schulen Informationen zu den Netzwerken und können in wechselseitigen Austausch treten. Die 2012 geschaffene Homepage des Netzwerks Gesunde Schule Salzburg bietet zudem die Möglichkeit, sich über Projekte der Schulen zu informieren und Best Practice-Bespiele kennenzulernen.

#### **4.2.5 Aufbau des Österreichischen Netzwerks Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen**

Das ONGKG ist als gemeinnütziger Verein organisiert und setzt sich aus 30 Mitgliedseinrichtungen, drei Trägerinstitutionen – Wiener Krankenanstaltenverbund, Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft und Tiroler Landeskrankenanstalten (TILAK) – und fördernden Mitgliedern zusammen. Wie es das österreichische Vereinsgesetz vorgibt,

verfügt das Netzwerk zudem über einen gewählten Vorstand, dessen Vorsitz Frau Primaria Sommeregger vom Krankenhaus Hietzing innehat. Gemäß den Vereinsstatuten leisten alle Mitglieder einen Mitgliedsbeitrag. Bis zur Vereinsgründung 2006 oblag die Finanzierung des Netzwerks zu einem großen Teil dem Gesundheitsministerium, seither decken die Mitgliedsbeiträge der ordentlichen und fördernden Mitglieder die Kosten für die Netzwerkkoordination ab. Zudem erhält das ONGKG vom FGÖ Fördermittel für spezifische Projekte, sofern der FGÖ entsprechende Förderanträge genehmigt. Das Gesundheitsministerium ist nach wie vor förderndes Vereinsmitglied und damit bei Generalversammlungen stimmberechtigt, darf aber aufgrund seiner Position nicht bei der Wahl zum Vorstand antreten. Das Netzwerk hält eine jährliche Generalversammlung ab, bei der strategische Entscheidungen von allen Mitgliedern gemeinsam getroffen werden. Frau Mag.<sup>a</sup> Dietscher, die das ONGKG wissenschaftlich berät, bezeichnete die Vereinsgründung als wichtigen Schritt und betonte im Interview die Vorteile der gewählten Struktur:

*„Ich glaube, dass wir das in Österreich recht gut gelöst haben über die Vereinsstruktur, wo es einfach formale Abstimmungsprozesse und so weiter gibt mit Mehrheiten, wo im Statut steht, dass einfache Mehrheit eben genügt und das ist ganz genau festgelegt, wie Entscheidungen getroffen werden“ (Dietscher, 417-420<sup>1</sup>).*

Die wissenschaftliche Begleitung des Netzwerks, der auch Frau Mag.<sup>a</sup> Dietscher angehört, hat das LBIHPR übernommen.

#### **4.2.6 Aufbau des Wiener Netzwerks Gesundheitsfördernde Schulen**

Das WieNGS ist ein Projekt der Wiener Gesundheitsförderung (WiG), das sich an alle Wiener Schulen richtet. Hinter dem Netzwerk stehen mit der WiG bzw. der Stadt Wien, der PH Wien, der Wiener Gebietskrankenkasse sowie dem Stadtschulrat für Wien vier Trägerinstitutionen, wobei die letzten beiden erst 2009 ins Boot geholt wurden, um alle relevanten Player im Schulbereich zu versammeln und Synergieeffekte zu nutzen. Den Großteil der Finanzierung leisten die Stadt Wien sowie die Wiener Gebietskrankenkasse, während die Projektkoordination bei der PH Wien angesiedelt ist. Die Vertretung der Stadt Wien im Netzwerk hat Frau Dr.<sup>in</sup> Svoboda übernommen. Sie trifft sich alle sechs Wochen mit jeweils ein bzw. zwei Vertreterinnen/Vertretern der anderen Trägerorganisationen in der Steuergruppe des Netzwerks, die für strategische wie operative Entscheidungen verantwortlich zeichnet. Da im Netzwerk die Überzeugung herrscht, dass eine Moderation der Steuergruppe durch eine Trägerinstitution nicht zielführend wäre, obliegt diese zwei Moderatorinnen, die nicht dem Netzwerk angehören. Die Soziologin Dr.<sup>in</sup> Bettina Kolb steht

---

<sup>1</sup> Die Ziffern in den Zitationen geben die Zeilennummern der gewählten Ausschnitte in den Interviewtranskripten an

dem Netzwerk als externe Beraterin zur Seite. Sie erledigt die Dokumentation, nimmt an den Sitzungen der Steuergruppe und den Jours fixes teil und berät bei strategischen Entscheidungen. Zum Zeitpunkt der Studie (2012) beteiligten sich rund 60 Schulen an dem Netzwerk, die von der Projektkoordinatorin Mag.<sup>a</sup> Petra Ebenauer von der PH Wien betreut werden. Sie pflegt die Kontakte mit den Koordinatorinnen/Koordinatoren an den einzelnen Schulen, die im besten Fall in ein kleines Gesundheitsteam eingebunden sind, das gesundheitsfördernde Maßnahmen und Projekte umsetzt. Sowohl die Trägerinstitutionen als auch die Schulen haben bei ihrem Eintritt ins Netzwerk ein Kooperationsübereinkommen unterzeichnet. Bei Nichteinhaltung sehen sich zumindest die Schulen jedoch mit keinerlei Konsequenzen konfrontiert.

Um die Vernetzung zwischen den Schulen zu fördern, veranstaltet die WiG einmal pro Jahr eine Jahrestagung des Netzwerks, die auch interessierten Nicht-Mitgliedern offen steht. Zudem besteht die Möglichkeit, an regelmäßig stattfindenden Jours fixes teilzunehmen, zu denen allerdings nur Mitgliedschulen Zugang haben. Diese sind nach den oben angeführten Stufen getrennt und bieten neben dem Austausch mit anderen Schulen und Koordinatorinnen/Koordinatoren auch Workshops zu relevanten Themen.

## **4.2.7 Parallelen und Unterschiede**

### **4.2.7.1 Reichweite**

Der Aspekt, der bei der Auseinandersetzung mit gesundheitsfördernden settingbezogenen Netzwerken in Österreich zuerst ins Auge sticht, ist jener der Reichweite. Von den untersuchten sechs Netzwerken agieren lediglich das BGF-Netzwerk sowie das ONGKG in ganz Österreich, die anderen vier Zusammenschlüsse sind in einem Bundesland verankert. Beim Netzwerken Gesunde Gemeinde Oberösterreich, Gesundheitsförderung an Salzburgs Schulen, Styria vitalis-Gesunde Volksschule und WieNGS handelt es sich also um sogenannte regionale Netzwerke.

### **4.2.7.2 Koordination und Entscheidung**

Bei den Strukturen der untersuchten Netzwerke bestehen zum Teil recht deutliche Unterschiede. Das BGF-Netzwerk und WieNGS verfügen über recht ähnliche Strukturen, da sich beide Zusammenschlüsse aus den jeweiligen Mitgliedern und einer Art Steuergruppe zusammensetzen, in der alle relevanten Stakeholder vertreten sind. Diese Gruppe trifft gemäß des Konzepts der heterarchischen Führung von Windeler (2001) alle relevanten Entscheidungen, gibt Ziele vor und legt Strategien fest. Das Netzwerk Gesundheitsförderung

an Salzburgs Schulen besitzt zwar ebenfalls eine derartige Kerngruppe sowie eine Steuergruppe für finanzielle Fragen, vereint jedoch nicht Schulen, sondern Organisationen, die gesundheitsförderliche Angebote für Schulen bereitstellen. Die ebenfalls in Salzburg angesiedelten Netzwerke Bewegte Schule und Gesunde Schule Salzburg sind wiederum ähnlich wie das BGF-Netzwerk bzw. WieNGS aufgebaut. Das Netzwerk Gesunde Gemeinde Oberösterreich und jenes der Gesunden Volksschulen, das Styria vitalis betreut, weisen ebenfalls Parallelen auf. Beide Netzwerke werden von einer zentralen Stelle koordiniert und kooperieren mit wichtigen Stakeholdern, die aber anders als beim BGF-Netzwerk bzw. beim WieNGS nicht direkt im Netzwerk vertreten sind. Das ONGKG unterscheidet sich hingegen deutlich von allen anderen untersuchten Initiativen, da es seit dem Jahr 2006 als Verein organisiert ist. Alle Mitglieder nehmen daher gleichzeitig die Rolle von Vereinsmitgliedern ein, leisten einen jährlichen Mitgliedsbeitrag und erhalten ein Stimmrecht bei der Generalversammlung. Trägerinstitutionen, Stakeholder und das Bundesministerium für Gesundheit fungieren als fördernde Mitglieder. Da aufgrund der gegebenen Struktur strategische Entscheidungen von allen Mitgliedern durch einfache Mehrheiten getroffen werden, liegt hier „Shared governance“ (Provan et al. 2007) vor.

#### **4.2.7.3      *Kommunikation***

Alle Netzwerke laden ihre Mitglieder regelmäßig zu gemeinsamen Treffen ein, um Informationen weiterzugeben und den Austausch zwischen den Mitgliedern anzuregen. Aber auch hier bestehen Unterschiede. So veranstaltet WieNGS neben Jahrestagungen für alle Mitgliederschulen auch Jours fixes für die einzelnen Stufen, um homogene Unternetzwerke zu erzeugen. Das BGF-Netzwerk organisiert regionale Unternehmensnetzwerke, das Netzwerk Gesunde Gemeinde Oberösterreich Zusammenkünfte in allen Bezirken, während das ONGKG und das Netzwerk Gesundheitsförderung an Salzburgs Schulen alle Mitglieder versammeln wollen. Styria vitalis-Gesunde Volksschule bietet sowohl große Netzwerktreffen für alle Schulen als auch kleinere Regionaltreffen an. Während derartige Treffen sowie die Möglichkeit, Projekte anderer Teilnehmer kennenzulernen von Gemeinden, Betrieben, Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen gerne in Anspruch genommen werden, fällt auf, dass das Interesse von Schulen tendenziell geringer zu sein scheint. In der Zeit zwischen den Zusammenkünften informieren die Netzwerke ihre Mitglieder anhand von Newsletter, Printmedien und die jeweilige Homepage über Neuigkeiten und laufende Projekte.

## **4.3 Ziele**

### **4.3.1 Ziele des Österreichischen Netzwerks Betriebliche Gesundheitsförderung**

Das BGF-Netzwerk hat es sich zur Aufgabe gemacht, Betrieblicher Gesundheitsförderung Bekanntheit zu verschaffen und österreichweit zu implementieren. Das Netzwerk soll für Qualität stehen, einheitliche Standards verfolgen und gemeinsam mit den Mitgliedern entwickelte Strategien anbieten. Dazu bedarf es laut der Leiterin des BGF-Netzwerks, Frau Zeisberger MSc, kompetenter Ansprechpartnerinnen/Ansprechpartner in allen neun Bundesländern, eines gemeinsamen Marketings und der Einbeziehung aller relevanter Stakeholder. Diese Vorhaben können am besten dann verwirklicht werden, wenn jedes Mitglied bzw. jede Netzwerkpartnerin/jeder Netzwerkpartner seine Möglichkeiten einsetzt und bestehende Informationskanäle nutzt. In der Anfangszeit hielt das Netzwerk einige Ziele in Form von zu erreichenden Mitgliederzahlen fest – ein Vorgehen, das sich als wenig geeignet erwies, da die geplante Anzahl anfangs zu hoch gesteckt war. Mittlerweile hat das Netzwerk von solchen numerischen Zielformulierungen Abstand genommen und legt mehr Wert darauf, die Bekanntheit des Netzwerks selbst sowie seiner Auszeichnungen zu erhöhen. Allerdings steht es jedem Bundesland frei, weiterhin bestimmte Mitgliedsquoten anzustreben.

### **4.3.2 Ziele des Netzwerks Gesunde Gemeinde Oberösterreich**

Das Netzwerk Gesunde Gemeinde Oberösterreich will Gesundheitsförderung im Setting Gemeinde betreiben und beteiligten Gemeinden qualitativ hochwertige Angebote bereitstellen. Auch in den Gesundheitszielen des Landes Oberösterreich spielt Gesundheitsförderung in den Gemeinden eine zentrale Rolle. Bis 2010 sollten 25 Prozent aller oberösterreichischen Gemeinden Mitglied im Netzwerk sein, 2020 50 Prozent über ein Qualitätszertifikat verfügen, wobei die letztgenannte Quote schon vor der Publikation des Zielpapiers erreicht war. Einen neuen Schwerpunkt in der Arbeit des Netzwerks stellt die Betriebliche Gesundheitsförderung dar. Hier hat sich das Netzwerk das Ziel gesteckt „das Thema über die Gemeinden anzupreisen“ (Blanka/Ferge, 34) und Bewusstsein für diese Form der Gesundheitsförderung zu schaffen.

### **4.3.3 Ziele Styria vitalis-Gesunde Volksschule**

Das Netzwerk Gesunde Volksschule, das der Organisation Styria vitalis angehört, will

*„[...] Schulen dabei unterstützen, ihre Lebenswelt Schule gesundheitsförderlicher zu gestalten, sie bei dieser Weiterentwicklung begleiten oder unterstützen, ihnen auf verschiedenen Ebenen [...] Dienstleistungen zukommen zu lassen, intensiver oder sei es jetzt über Materialien oder wirklich Prozessbegleitung“ (Kuhness 77-80).*

Zudem zielt man darauf ab, Schulen zu einem Austausch mit anderen Netzwerkmitgliedern zu animieren und Wertschätzung, Ehrlichkeit und Transparenz zu vermitteln. In diesem Zusammenhang werden ein theoriegeleitetes Vorgehen, die ständige Auseinandersetzung mit neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen im Bereich der Gesundheitsförderung sowie eine ausgeprägte Feedback-Kultur als wichtige Aspekte bezeichnet. Das Netzwerk ist nicht nur bestrebt, Schulen zu vernetzen, sondern will auch Stakeholder an einen Tisch versammeln, um auf bestimmte Probleme im Schulbereich aufmerksam zu machen und gemeinsam über entsprechende Lösungen nachzudenken.

### **4.3.4 Ziele des Netzwerks Gesundheitsförderung an Salzburgs Schulen**

Das Netzwerk Gesundheitsförderung an Salzburgs Schulen hat es sich zum Ziel gesetzt, den Gedanken der Gesundheitsförderung zu transportieren sowie

*„[...] sämtliche Angebote, die so herumschwirren, ja und die es für Schulen gibt und die für Schulen aber sehr unübersichtlich einfach auch werden, weil es immer mehr werden, zu bündeln und irgendwo eben zusammenzufassen und so für Schulen transparent zu machen“ (Kastner-Bukovski/Gsöll, 61-64)*

Institutionen, die ins Netzwerk aufgenommen werden wollen, müssen allerdings über einen gewissen Bekanntheitsgrad verfügen, der die Qualität ihrer Arbeit gewährleisten soll. Zum Zeitpunkt der Erhebung (2012) war das Netzwerk jedoch gerade mit der Entwicklung konkreter Qualitätsstandards beschäftigt, die auch kleineren Organisationen den Eintritt ins Netzwerk ermöglichen. Im Netzwerk sollen sich zudem die Netzwerkpartner untereinander bzw. mit den Schulen vernetzen, um Gesundheitsförderung in nachhaltigen Prozessen umzusetzen.

### **4.3.5 Ziele des Österreichischen Netzwerks Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen**

Das österreichische Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser will die Arbeitssituation von Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern verbessern, den Nutzen der Gesundheitseinrichtungen für die regionale Bevölkerung erhöhen und die Behandlung bzw. Betreuung von

Patientinnen/Patienten optimieren. Eine wichtige Rolle spielt dabei die Partizipation von Patientinnen/Patienten, denen bei Entscheidungen über ihre Behandlung ein gewisses Mitspracherecht eingeräumt wird. Voraussetzung dafür ist eine umfassende Information der Betroffenen über ihre Diagnose und etwaige Behandlungsoptionen, die nur durch eine Kommunikationsschulung der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter gelingen kann. Derartige Schulungen bietet das ONGKG zwar nicht an, legt sie seinen Mitgliedern jedoch nahe. Voraussetzung für eine gute Gesprächsbasis in Krankenhäusern bzw. Gesundheitseinrichtungen sind Strukturen und Prozesse, die Zeit für Gespräche vorsehen. Es bedarf daher also sowohl kompetenter Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter als auch der Gestaltung von Prozessabläufen. Da die Voraussetzungen dafür in den einzelnen Mitgliedseinrichtungen sehr verschieden sind, nimmt das ONGKG eine Rolle als Beratungs- und Austauschinstanz ein. Um die Ziele, Zertifikate und Schwerpunkte des ONGKG bei allen österreichischen Krankenhäusern bzw. Gesundheitseinrichtungen bekannt zu machen, leistet das Netzwerk intensive Informationsarbeit, die ihm zudem ein klares Profil verschaffen soll.

#### **4.3.6 Ziele des Wiener Netzwerks Gesundheitsfördernde Schulen**

Das Ziel, 10 Prozent aller Wiener Schulen ins Netzwerk zu holen, hat das WieNGS bereits erreicht. An den Mitgliedsschulen sollen Gesundheitsförderung verankert und Schulentwicklungsprozesse in Gang gesetzt werden. Das Netzwerk will seine Mitglieder dabei unterstützen, die Organisation Schule in einen gesunden Erfahrungs- und Lebensraum zu verwandeln, ein ganzheitliches Gesundheitsverständnis zu entwickeln und entsprechende Fähigkeiten und Kenntnisse zu vermitteln. Ganzheitlichkeit, Vernetzung bzw. Kooperation, Empowerment, Partizipation, Nachhaltigkeit, Dokumentation, Gleichberechtigung und Evaluation gelten dabei als zu beachtende Prinzipien (WieNGS nd). Die Schulbegleitung, die Schulen der Stufe 3, also jene Einrichtungen, die einen Schulentwicklungsprozesse gestartet haben, in Anspruch nehmen können, vermittelt in persönlichen Beratungsgesprächen das nötige Know-how und dient als Anlaufstelle. Wichtig für das WieNGS sind die Vernetzung der Schulen und die Qualität der Maßnahmen. Es geht also nicht primär darum, möglichst viele Schulen zu erreichen, sondern um die Umsetzung hochwertiger Projekte.

#### **4.3.7 Parallelen und Unterschiede**

Ein Vergleich der Ziele zeigt, dass sich alle Netzwerke im Wesentlichen die Verankerung des Konzepts der Gesundheitsförderung im jeweiligen Setting zur Aufgabe gemacht haben. Werte wie Qualität, Transparenz und Offenheit spielen dabei eine zentrale Rolle. Zudem



wollen Netzwerke neue Mitglieder gewinnen, die breite Bevölkerung über die Netzwerke und ihre Arbeit informieren sowie Angebote für Mitglieder bereitstellen bzw. koordinieren, die konkreten Qualitätsstandards entsprechen. Gerade diese Sicherung von Qualität kam in nahezu allen Interviews zur Sprache, konkrete Beispiele oder Kriterien blieben jedoch unerwähnt. Drei der untersuchten Netzwerke, das BGF-Netzwerk, das Netzwerk Gesunde Gemeinde Oberösterreich sowie das WieNGS verfügen bzw. verfügten über das Ziel, einen gewissen Prozentsatz ihrer Zielgruppe für eine Mitgliedschaft im jeweiligen Netzwerk zu begeistern. Während das BGF-Netzwerk von derartigen Zielvorgaben abgekommen ist, blieben sie bei den anderen beiden Netzwerken bestehen, wenngleich die angestrebten Mitgliederzahlen sowohl beim Netzwerk Gesunde Gemeinde Oberösterreich als auch beim WieNGS mittlerweile erreicht werden konnten.

## **4.4 Angebote**

### **4.4.1 Angebote des Österreichischen Netzwerks Betriebliche Gesundheitsförderung**

Fixpunkt im Angebot des BGF-Netzwerks ist der jährliche Informationstag, der 2012 bereits zum 17. Mal stattfand und vor allem interessierten Betrieben die Möglichkeit bietet, das Netzwerk kennenzulernen. Für Mitglieder stellt das Netzwerk neben punktuellen Maßnahmen wie Ernährungs- oder Raucherinnen-/Raucherberatung, Raucherinnen-/Rauchertelefon oder Krankenstandsanalysen auch das BGF-Handbuch, das Informationen zum Thema sowie Beschreibungen der Analyseinstrumente enthält, bereit. Das Handbuch ist kein Buch im klassischen Sinne, sondern vielmehr ein Ordner, der immer wieder mit neuem Material ergänzt werden kann. Entschließt sich ein Betrieb dem Netzwerk beizutreten, gilt es, eine Ist-Analyse durchzuführen, um die gegebenen Bedingungen zu erheben. Zwar führt das Netzwerk selbst keine Analysen durch und gibt auch keine Empfehlung für einen konkreten Anbieter ab, verfügt aber über einen Pool etablierter Institutionen, aus dem Betriebe für sie passende Lösungen auswählen können. Da die meisten österreichischen Betriebe Klein- oder Mittelbetriebe sind, hat das BGF-Netzwerk mit dem Programm BGF-Kompakt ein Angebot entwickelt, das den Anforderungen derartiger Unternehmen entspricht. Informationen über aktuelle Angebote und Themen der BGF erhalten Betriebe durch den vierteljährlichen Newsletter, der sowohl in Printform als auch elektronisch vorliegt sowie über Folder und Flyer. Zusätzlich verfügt das BGF-Netzwerk über eine Homepage, die Informationen zum Netzwerk und entsprechenden Angeboten bereitstellt.

#### **4.4.2 Angebote des Netzwerks Gesunde Gemeinde Oberösterreich**

Die Arbeit des Netzwerks Gesunde Gemeinde Oberösterreich orientiert sich an Jahresschwerpunkten, die für jeweils zwei Jahre gelten. Zu jedem Schwerpunkt werden Angebote gesammelt und Kooperationspartnerinnen/-partner gesucht. Die Präsentation des jeweiligen Schwerpunkts erfolgt im Rahmen eines Symposiums, bei dem Expertinnen/Experten mit Präsentationen und Vorträgen auf das Thema einstimmen. Es bleibt jedoch den Gemeinden überlassen, ob sie die gesetzten Schwerpunkte umsetzen oder nicht. Das Netzwerk stellt den Mitgliedern zudem ein Handbuch zur Verfügung, das alle Aktivitäten und Angebote der Kooperationspartner zum Jahresschwerpunkt bzw. zu den vier Säulen des Netzwerks – Ernährung, Bewegung, psychosoziale Gesundheit und medizinische Ziele – enthält. Dieses Buch erscheint einmal jährlich und umfasst zudem eine Ideenbörse mit Anregungen für Maßnahmen oder Veranstaltungen. Bei der Auswahl der Anbieterinnen/Anbieter und Referentinnen/Referenten spielt deren Qualifikation eine maßgebliche Rolle, da das Netzwerk nur qualitativ hochwertige Angebote unterstützt und finanziell fördert. Angebote aus Oberösterreich erhalten dabei den Vorzug, um Fahrzeiten und damit auch die Kosten für die Gemeinden möglichst gering zu halten. Bei der Planung bzw. Umsetzung von Projekten stehen den Gemeinden die Regionalbetreuerinnen/Regionalbetreuer des Netzwerks zur Seite, die im Bedarfsfall auch Sitzungen des Arbeitskreises moderieren. Sie treten durch ein Jahresgespräch zumindest einmal pro Jahr mit jeder Gemeinde in Kontakt. Ein Newsletter sowie die Homepage des Netzwerks, die auch über ein eigenes Portal für Mitglieder verfügt, bieten aktuelle Informationen.

#### **4.4.3 Angebote Styria vitalis-Gesunde Volksschule**

Das Netzwerk Gesunde Volksschulen informiert seine Mitglieder über die zur Verfügung gestellten Angebote einerseits im Netzwerkmagazin, das zweimal pro Jahr erscheint und über laufende Schulprojekte, einschlägige Literatur und Arbeitsmaterialien berichtet, andererseits durch Newsletter. Inputs zu relevanten Themen bietet auch das jährliche Netzwerktreffen, das 2012 erstmals gemeinsam mit dem Netzwerk der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse für Volks- und Hauptschulen stattfand und sich über einen ganzen Tag erstreckte. Während das jährliche Netzwerktreffen für Mitglieder mit keinerlei Kosten verbunden ist, müssen Schulen für die Inanspruchnahme von Maßnahmenpaketen zu spezifischen Themen einen finanziellen Beitrag leisten. Hinter diesen steht nicht das Netzwerk selbst, sondern externe Referentinnen/Referenten. Einige der angebotenen Themen, wie z.B. die Möglichkeiten der Einbindung von Eltern in Projekte, werden dabei seltener in Anspruch genommen als andere. Einerseits sehen die Schulen dafür keinen

Bedarf, andererseits sind sie angesichts der Vielzahl an Angeboten zur Selektion gezwungen. Entscheidet sich eine Schule für einen Entwicklungsprozess, nimmt eine Prozessbegleiterin/ein Prozessbegleiter mit der Institution Kontakt auf, die einen Planungsworkshop durchführt und die entsprechenden Schritte begleitet. Ein relativ neues Projekt des Netzwerks stellen die Fortbildungen für die externen Referentinnen/Referenten dar. Diese Veranstaltungen bieten Informationen zum Schulsystem, Vorträge sowie die Möglichkeit des Austauschs und erfreuen sich laut Frau Mag.<sup>a</sup> Kuhness großer Beliebtheit. Die Homepage des Netzwerks ist in jene der Organisation Styria vitalis integriert. Sie bietet Informationen zum Netzwerk und dessen Angeboten.

#### **4.4.4 Angebote des Netzwerks Gesundheitsförderung an Salzburgs Schulen**

Das Netzwerk bietet seinen Partnerinnen/Partnern Möglichkeiten zur Vernetzung sowie die Bewertung ihrer Angebote durch Feedbackbögen, die jene Schulen ausfüllen, welche die Angebote der Netzwerkpartnerinnen/-partner in Anspruch nehmen. Zudem veranstaltet das Netzwerk jährlich eine Tagung für die Gesundheitsreferentinnen/-referenten jener Schulen, die dem Netzwerk Gesunde Schule Salzburg angehören.

Die Mitglieder des Netzwerks Gesunde Schule Salzburg erhalten während ihrer Mitgliedschaft eine externe Prozessbegleitung, die sich zweimal pro Jahr mit der Steuerungsgruppe an den Schulen trifft, deren Planungssitzungen moderiert und die Schulen dabei unterstützt, den Gedanken der Gesundheitsförderung im Schulalltag zu verankern. Die Prozessbegleiterinnen/-begleiter werden vom AVOS entsandt und treffen sich einmal im Quartal, um sich auszutauschen und etwaige Probleme zu besprechen. Informationen zum Netzwerk, zu Projekten und Angeboten stellt eine kooperative Homepage der Netzwerke Gesundheitsförderung an Salzburgs Schulen und Gesunde Schule Salzburg bereit.

#### **4.4.5 Angebote des Österreichischen Netzwerks Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen**

Das Konzept des ONGKG basiert auf den Säulen Patientinnen/Patienten, Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter und Region, die sich in den Angeboten des Netzwerks widerspiegeln sollen. Neben einer jährlichen Konferenz mit wissenschaftlichem Programm, an der sich auch das Netzwerk Gesunder Städte beteiligt, bietet das ONGKG Workshops sowie Beratungen zur Umsetzung von Projekten an. Die Themen der Workshops können die Mitglieder des Netzwerks selbst wählen. Ein „Dauerbrenner“ ist laut Mag.<sup>a</sup> Dietscher, die das ONGKG wissenschaftlich berät, die Verbindung von Qualitätsarbeit im Krankenhaus und Gesundheitsförderung. Auch Anleitungen und Instrumente zur Erlangung der Zertifikate

„Baby-friendly Hospital“ und „Rauchfreie Gesundheitseinrichtungen“ stehen den Mitgliedern zur Verfügung. Das Netzwerk ist dabei bestrebt, eine Mischung aus externen Inputs und aktiver Beteiligung zu kreieren. Als Ergänzung erscheint einmal pro Jahr ein Fachpapier zu einem konkreten Bereich, das Best Practice-Beispiele sowie Checklisten für Maßnahmen enthält. Zudem hat das ONGKG einen Rundbrief initiiert, der zweimal jährlich erscheint und über „gesundheitsförderliche Aktivitäten und Projekte der Netzwerkpartner und von außerhalb des Netzwerks sowie über relevante Publikationen und Veranstaltungen“ berichtet (ONGKG nd). Diese Rundbriefe sind auch auf der Homepage des Netzwerks abrufbar, die neben detaillierten Angaben zum Netzwerk und dessen Angeboten auch einen eigenen Bereich für Mitglieder mit speziellem Informationsmaterial bereitstellt.

#### **4.4.6 Angebote des Wiener Netzwerks Gesundheitsfördernde Schulen**

Der Einstieg ins Netzwerk beginnt mit einer sogenannten Gesundheitskonferenz. Dies bedeutet, dass die Projektkoordinatorin die Schule aufsucht und in einer ca. einstündigen Präsentation sowohl das Konzept der Gesundheitsförderung als auch das Netzwerk an sich vorstellt. In weiterer Folge können die Schulen einerseits Angebote in Anspruch nehmen, andererseits eigene Projekte entwickeln und beim WieNGS für deren Finanzierung einreichen. Entsprechen diese den festgelegten Vorgaben, besteht die Möglichkeit einer Förderung durch das Netzwerk bzw. die Wiener Gebietskrankenkasse. Die von der WieNGS veranstaltete Jahrestagung bzw. die Jours fixes stehen allen Mitgliedern offen, wobei letztere für jede der drei Stufen getrennt stattfinden. Zudem bietet das Netzwerk einen Newsletter und spezielle Schulungen für die Koordinatorinnen/Koordinatoren an den einzelnen Schulen. Schulen der Stufe 3 genießen zusätzlich den Vorzug, mit Schulberaterinnen/-beratern zusammenarbeiten zu können, deren Bezahlung das Netzwerk übernimmt. Informationen zum Netzwerk, zum Thema Gesundheitsförderung sowie Darstellungen von Projekten finden sich auf der Homepage des Netzwerks.

#### **4.4.7 Parallelen und Unterschiede**

Alle sechs Netzwerke stellen ihren Mitgliedern ein reichhaltiges Angebot zur Verfügung, das sich aus Vorträgen, Workshops, Informationsmaterial und meist auch Maßnahmenpaketen zusammensetzt. Fünf der untersuchten Netzwerke bieten ihren Mitgliedern zudem eine Prozessbegleitung an, die sie bei der Erhebung des Ist-Zustandes, der Formulierung von Zielen und der Umsetzung von Projekten unterstützt. Das BGF-Netzwerk sowie das Netzwerk Gesunde Gemeinde Oberösterreich haben ein Handbuch zusammengestellt, indem die wichtigsten Informationen zum Thema Gesundheitsförderung, Angebote und Ideen gesammelt sind. Das Netzwerk Gesunde Volksschule hat in den letzten Jahren begonnen,

auch die Referentinnen/Referenten, die Maßnahmenpakete umsetzen sowie die Stakeholder der Schulen zu vernetzen, um das Bewusstsein für Probleme im Setting Schule zu erhöhen und gemeinsam Konzepte zu erarbeiten.

Die untersuchten Netzwerke verfügen über eine Homepage bzw. sind in den Webauftritt der übergeordneten Institution integriert. In manchen Fällen wird die Homepage nicht nur zur Information von Interessierten bzw. Mitgliedern genutzt, sondern auch zum wechselseitigen Austausch über Termine oder Projekte – diese Tools sollen in Zukunft ausgebaut werden. Gerade die intensive Beschäftigung der Netzwerke mit ihrem eigenen Webauftritt stößt bei Herrn Mag. Müller vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger nicht auf ungeteilte Zustimmung:

*„Jeder hat seine eigene Homepage oder seine eigene Website, das ist zwar ganz ein netter Auftritt nach außen, aber eine Website bewegt nichts. Das ist zum Beispiel etwas, wo ich sage, da wird vielleicht teilweise zu viel Energie reingesteckt“ (Müller, 335-338).*

Neben einer Homepage und diversen anderen Angeboten haben das BGF-Netzwerk, das Netzwerk Gesunde Gemeinde Oberösterreich und in etwas anderer Form auch das Netzwerk Gesunde Volksschule von Styria vitalis regionale Zusammenkünfte initiiert. Derartige Treffen ermöglichen den Austausch in kleineren Gruppen und somit intensivere Begegnungen der einzelnen Netzwerkmitglieder. Das Netzwerk Gesunde Gemeinde Oberösterreich bietet wie das WieNGS zudem finanzielle Unterstützung für Projekte an, sofern diese konkreten Qualitätskriterien entsprechen.

## **4.5 Mitgliedschaft und Auszeichnungen**

### **4.5.1 Mitgliedschaft und Auszeichnungen des Österreichischen Netzwerks Betriebliche Gesundheitsförderung**

Das BGF-Netzwerk verfügt über ein dreistufiges Qualitätssicherungsprogramm, das die Komponenten BGF-Charta, BGF-Gütesiegel und BGF-Preis umfasst. Die Unterzeichnung der BGF-Charta stellt die Voraussetzung für eine Begleitung eines Betriebes durch das BGF-Netzwerk dar. Dieser Schritt „gilt als Absichtserklärung eines Unternehmens, sich den Grundsätzen der Betrieblichen Gesundheitsförderung zu verschreiben und die Unternehmenspolitik an diesen Prinzipien zu orientieren“ (BGF-Netzwerk nd) und gewährleistet, dass sich interessierte Organisationen

*„[...] schon einmal auseinandergesetzt haben, dass also BGF mehr ist als der Obstkorb oder einmal ein Pauseturnen, ist auch gut, ja, aber dass es sich da um einen kontinuierlichen Veränderungsprozess handelt, der eigentlich nicht*

*mehr aufhören soll" (Zeisberger, 23-26).*

Bis März 2012 haben rund 800 Betriebe die Charta unterschrieben. Die Initiative, dem Netzwerk beizutreten, geht meist von den Betrieben aus, wobei hier regionale Unterschiede bestehen. So gibt es in einigen Bundesländern sehr viele Veranstaltungen, um auf das Netzwerk aufmerksam zu machen und Betriebe zur Mitarbeit zu bewegen. Die Bewerbung geschieht aber hauptsächlich durch Betriebe selbst, die ihre Erfahrungen an andere weitergeben. Dem endgültigen Entschluss, sich dem BGF-Netzwerk anzuschließen, dürften unterschiedliche Motivationen zugrunde liegen. Die Mehrheit der Betriebe ist nach Ansicht von Frau Zeisberger Msc, die derzeit die Leitung des BGF-Netzwerks innehat, der Überzeugung, mit der Förderung von Gesundheit zum Wohlbefinden der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter sowie zu deren Motivation beizutragen. Auch die Außenwirkung könnte allerdings eine Rolle spielen, denn durch die Mitgliedschaft im Netzwerk soll es auch gelingen, sich positiv in der Öffentlichkeit zu positionieren, um potentielle Bewerberinnen/Bewerber auf das Unternehmen aufmerksam zu machen. Dieser Aspekt der Imageaufwertung durch BGF wird nach der Einschätzung von Frau Zeisberger MSc in Zeiten des Fachkräftemangels an Bedeutung gewinnen. Oft treten aber auch Betriebe an das Netzwerk heran, die sich mit einer hohen Krankenstandsrate konfrontiert sehen und sich durch die Unterstützung des Netzwerks eine Lösung ihres Problems versprechen. Derartige Motive entsprechen im eigentlichen Sinne nicht den Ideen der Gesundheitsförderung. Erklären sich allerdings betroffene Betriebe bereit, sich näher mit der Thematik zu befassen, können auch sie die BGF-Charta unterzeichnen.

Das BGF-Gütesiegel wird Betrieben für die Dauer von drei Jahren verliehen. Um dieses zu erhalten, müssen Betriebe festgelegte Qualitätskriterien erfüllen. So müssen definierte Ziele vorliegen, die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter informiert und alle Schlüsselpersonen eines Unternehmens in der Steuerungsgruppe vertreten sein, bevor die Analysephase beginnt. Diese umfasst in großen Unternehmen eine Befragung der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter, in kleineren eine Fokusgruppe oder Workshops, um den Ist-Zustand zu erheben. Ein zentraler Schwerpunkt ist auch die Partizipation der Beteiligten, d.h. deren Einbindung in die Entwicklung von Maßnahmen. Nach drei Jahren müssen die Unternehmen nachweisen, dass sie einen nachhaltigen Prozess in Gang gesetzt und eine gesundheitsfördernde Kultur bzw. Struktur aufgebaut haben. Wichtige Voraussetzungen dafür sind eine Verantwortliche/ein Verantwortlicher für das Thema Gesundheitsförderung im Betrieb, gesetzte Schwerpunkte sowie ein fixes Budget, das für entsprechende Maßnahmen zur Verfügung steht.

Der BGF-Preis ist die höchste Auszeichnung, die das Netzwerk zu vergeben hat und wird alle drei Jahre an Unternehmen aus dem Kreis der Gütesiegel-Betriebe verliehen. Zwar schreibt Frau Zeisberger MSc dem Gütesiegel einen höheren Wert zu, da es den Anstoß zu längerfristigen Entwicklungen bedeutet, allerdings genießt der BGF-Preis großes Ansehen, nicht zuletzt, da ihn Gesundheitsminister Stöger überreicht. 2012 befanden sich im BGF-Netzwerk rund 800 Charta Betriebe, 280 Gütesiegel- und 24 Preisträger-Betriebe, sie alle sind in einer Datenbank auf der Homepage des BGF-Netzwerks verzeichnet.

#### **4.5.2 Mitgliedschaft und Auszeichnungen des Netzwerks Gesunde Gemeinde Oberösterreich**

Die Voraussetzung zum Eintritt ins Netzwerk bildet ein Gemeinderatsbeschluss, denn nur wenn das Projekt von allen Ebenen mitgetragen wird, kann die Umsetzung erfolgreich sein. In einem nächsten Schritt gilt es, in der Gemeinde einen Arbeitskreis für Gesundheitsförderung zu schaffen und einen Maßnahmenplan für die nächsten drei Jahre zu erstellen, in dem kurzfristige, mittelfristige sowie langfristige Ziele verankert sind, bevor die Gemeinde eine finanzielle Starthilfe erhält, um die geplanten Projekte umzusetzen. Tritt eine Gemeinde neu in das Netzwerk ein oder findet ein Wechsel in der Arbeitskreisleitung einer Gemeinde statt, steht den neuen Mitgliedern die Möglichkeit offen, an der Veranstaltung „Willkommen in der Gesunden Gemeinde“ teilzunehmen. Diese Veranstaltung soll dazu beitragen:

*„[...] dass dann die Personen auch so ein bisschen einen besseren Einblick in das Netzwerk bekommen, was man ja vor Ort vielleicht nicht so kriegt, wo zwar die Unterstützung der Regionalbetreuung da ist, aber da ist auch der Kontakt mit uns [der Netzwerkkoordination] dann gegeben“ (Blanka/Ferge, 203-205).*

Gemeinden können jederzeit ins Netzwerk einsteigen, wollen sie jedoch am im Jahr 2010 geschaffenen Qualitätszertifikat teilnehmen und Anspruch auf Förderungen erheben, müssen sie gewisse Kriterien erfüllen. Ein Kriterium ist etwa das Erreichen einer bestimmten Punktzahl, wobei jeder Veranstaltung Punkte zugewiesen sind. Alle Aktivitäten werden von den Gemeinden in eine Datenbank eingetragen, die von der Regionalbetreuung kontrolliert wird. Sind alle Kriterien erfüllt, erhalten Gemeinden nach drei Jahren das Qualitätszertifikat, das wiederum auf drei Jahre befristet ist. Gelingt es ihnen innerhalb der nächsten drei Jahre nicht, ihr Engagement aufrechtzuerhalten, geht das Zertifikat verloren. Gemeinden, die nicht über das Qualitätszertifikat verfügen, haben mit keinerlei Konsequenzen zu rechnen, sofern sie keine Förderungen beantragen. Lediglich die Regionalbetreuung nimmt mit ihnen Kontakt auf. 2012 strebten 305 oberösterreichische Gemeinden das Qualitätszertifikat an. Die drei Jahre seit Einführung des Qualitätszertifikats enden 2013. Zu diesem Anlass soll ein Festakt stattfinden, bei dem der Gesundheitsreferent

des Landes Oberösterreich den Gemeinden ihre Auszeichnung überreicht.

Einmal pro Jahr schreibt das Netzwerk zudem den sogenannten Gesundheitsförderungspreis aus, für den Gemeinden Projekte einreichen können. Eine Jury, die sich aus Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern des Netzwerks sowie Netzwerkpartnern zusammensetzt, unterzieht die Einreichungen einer Bewertung und vergibt Punkte.

#### **4.5.3 Mitgliedschaft und Auszeichnungen Styria vitalis-Gesunde Volksschule**

Die Initiative zur Teilnahme am Netzwerk Gesunde Volksschule geht in jedem Fall von den Schulen aus, wobei Mundpropaganda und Erfahrungsberichte von Mitgliedern dabei eine große Rolle spielen. Meist nimmt dabei die Direktorin/der Direktor der interessierten Bildungseinrichtung mit dem Netzwerk Kontakt auf; manchmal fungieren auch Elternvertreterinnen/-vertreter als treibende Kraft. Die Motivation, dem Netzwerk beizutreten, ist oft mit einem bestehenden Interesse an einem Thema verknüpft. Durch die Mitgliedschaft erfahren die Schulen auch von anderen Bereichen der Gesundheitsförderung und beginnen nach und nach, gesundheitsfördernde Prozesse in Gang zu setzen. Die Mitgliedschaft im Netzwerk steht allen Volksschulen offen und ist mit keinerlei Auflagen verknüpft. Allerdings sind die Mitglieder des Netzwerks dazu angehalten, dieses einmal jährlich über ihre Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsförderung zu informieren, wobei zwischen Aktivitäten im Unterricht, im Lebensraum Klasse bzw. Schule, in der Personalentwicklung, im Management und in den Außenbeziehungen differenziert wird. Bleibt ein derartiger Bericht aus, zieht das keine Konsequenzen nach sich. Auch wenn sich die Zusammenarbeit mit dem Netzwerk für die Projektleitung bzw. die Schulbegleiterinnen nicht nach Wunsch gestaltet, investieren diese nach Angabe von Frau Mag.<sup>a</sup> Kuhness zwar weniger Zeit und Ressourcen, setzen aber keine weiteren Schritte.

Den Schulen im Netzwerk steht es frei, einen Jahresschwerpunkt zu wählen sowie ein Maßnahmenpaket zu buchen. Dieses Modell dürfte im Besonderen für ländliche Schulen interessant sein, da sie so Kontakte zu Expertinnen/Experten knüpfen können, die sonst in der Region eher nicht verfügbar sind. Zudem war das Netzwerk früher eher bestrebt, Schulen außerhalb von Graz zu gewinnen, weshalb bis heute relativ wenige Schulen aus der Hauptstadt teilnehmen. Für sie stellt auch die Finanzierung der Maßnahmenpakete eine Hemmschwelle dar, die in den Gemeinden häufig Sponsoren übernehmen.

Das Netzwerk Gesunde Volksschule vergibt kein Gütesiegel oder ähnliche Auszeichnungen. Allerdings begann man Ende der 1990er, jene Schulen im Rahmen von Festakten zu ehren,



die Gesundheitsförderung in ihrem Leitbild verankerten und

*„[...] zumindest drei, vier, fünf Jahre auch gezeigt haben, dass sie kontinuierlich an der Weiterentwicklung am Thema Gesundheit dran waren“ (Kuhness, 218-219).*

Bedingung für eine derartige Ehrung war weiters die Teilnahme des gesamten Lehrerinnen-/Lehrerteams an einem Workshop, der sich mit den gesundheitsförderlichen Ressourcen der Schule befasste. Mittlerweile sind seit den ersten Ehrungen jedoch ca. 20 Jahre vergangen und nicht alle Preisträger-Schulen haben den begonnenen Prozess weitergeführt. Derzeit werden im Netzwerk Überlegungen angestellt, wie man mit diesen Fällen umgehen soll.

#### **4.5.4 Mitgliedschaft und Auszeichnungen des Netzwerks Gesundheitsförderung an Salzburgs Schulen**

Die Mitglieder des Netzwerks sind keine Einzelanbieter, sondern zumeist große, bekannte Institutionen. Durch diese Mitgliedspolitik soll ein gewisser Qualitätsstandard gewährleistet werden, da die beteiligten Institutionen sowohl interne als auch externe Prüfungen erfahren.

Dem Netzwerk Gesunde Schule Salzburg können alle Volksschulen des Bundeslandes beitreten. Sie erhalten für die Dauer ihres Engagements im Netzwerk eine Prozessbegleitung, die ihnen das Netzwerk zur Verfügung stellt. Am Beginn jeder Mitgliedschaft steht eine Einschätzung der Schule durch die Prozessbegleiterinnen/-begleiter, um entsprechende Maßnahmen planen zu können. Durch die intensive Betreuung soll die Qualität der gestarteten Prozesse gewährleistet werden. Die Mitgliedsschulen sind über das gesamte Bundesland verteilt, lediglich in der Stadt Salzburg sind verhältnismäßig wenig Schulen beteiligt, wobei nach einem Jahr Laufzeit derartige Feststellungen nur geringe Aussagekraft besitzen. Die Projektschulen erhalten, sofern sie die gestellten Kriterien erfüllen, nach zwei Jahren ein Gütesiegel, das auf zwei Jahre befristet ist und jedes Jahr neu beantragt werden kann:

*„Also die Schulen müssen wieder gewisse Dinge nachweisen, eben diese Qualitätskriterien, dass sie etwas gemacht haben, dass sich etwas verändert hat, dass sie das Siegel wieder frisch bekommen. Es ist ein ständiges Arbeiten, dass es ein nachhaltiges Arbeiten ist und nicht nur zwei Jahre arbeiten wir jetzt und es war dann nett und wir haben zwar Ziele gehabt und schön mit dem, den Netzwerkpartnern zusammenzuarbeiten, aber dann lassen wir es wieder, sondern es wird darauf geschaut, dass es nachhaltig ist“  
(Kastner-Bukovski/Gsöll, 162-167).*

Die Qualitätskriterien für das Gütesiegel basieren auf den Kriterien des Bundesprojekts Gesunde Schule. Das Salzburger Netzwerk Gesunde Schule unterzog diese Kriterien einer Überarbeitung und adaptierte sie im Laufe der Jahre entsprechend der gewonnenen

Erfahrungen.

#### **4.5.5 Mitgliedschaft und Auszeichnungen des Österreichischen Netzwerks Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen**

Das österreichische Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen ging 1996 aus einem Modellprojekt der WHO hervor und wurde zehn Jahre später in einen Verein umgewandelt. Aufgrund dieser historischen Bedingungen sind bis heute Krankenhäuser im Vergleich zu Gesundheitseinrichtungen im Netzwerk überdurchschnittlich häufig vertreten, wenngleich mit der Vereinsgründung eine diesbezügliche Öffnung erfolgte. De facto steht es daher jeder Arztpraxis offen, sich dem Netzwerk anzuschließen. Obwohl das Netzwerk gezielt Informationstage veranstaltet und regelmäßig Informationen an Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen verschickt, um neue Mitglieder zu gewinnen, spielt Mundpropaganda durch Mitglieder eine größere Rolle. Zeigt sich eine Einrichtung am Netzwerk interessiert, findet ein Treffen mit einer Vertreterin/einem Vertreter des Vorstandes statt, die/der die Konzepte bzw. wissenschaftlichen Hintergründe von Gesundheitsförderung im Setting vorstellt. Ebenso wie das BGF-Netzwerk sieht sich das ONGKG mit unterschiedlichen Antrieben zur Teilnahme konfrontiert. Einrichtungen, die dezidiert an der Stärkung von Gesundheitsförderung interessiert sind und diese mit dem internen Qualitätsmanagement verbinden, stehen jenen gegenüber, die eine Mitgliedschaft aus Gründen des Marketings anstreben. Die Erfahrung hat allerdings, nach Angabe von Frau. Mag.<sup>a</sup> Dietscher, gezeigt, dass unabhängig vom Einstiegsimpuls nach dem Beitritt auf jeden Fall mehr Ressourcen in die Gesundheitsförderung fließen. Wollen Krankenhäuser ihre Mitgliedschaft im Netzwerk aufrechterhalten, müssen sie nach drei Jahren eine bestimmte Anzahl der von ihnen durchgeführten Maßnahmen in einem Peer-Review-Verfahren analysieren lassen. Durch dieses Vorgehen soll sichergestellt werden, dass die beteiligten Einrichtungen ihre Bemühungen fortsetzen und beständig daran arbeiten, ihre Qualität weiterzuentwickeln. Neben dem Peer-Review-Verfahren steht den Netzwerkmitgliedern mit den „5 Standards der Gesundheitsförderung“ auch ein Instrument zur Selbstbewertung zur Verfügung, das es ebenfalls alle drei Jahre einzusetzen gilt. Kann eine Einrichtung die gestellten Ansprüche nicht mehr erfüllen oder entzieht sich der Beurteilung, stünde es dem Netzwerk aufgrund der bestehenden Mitgliedschaftsregeln zu, entsprechende Konsequenzen zu ergreifen. Allerdings

*„[...] ist das Netzwerk mit so was natürlich sehr vorsichtig, weil es ist immer so die Balance, ich will ja wachsen und neue Mitglieder dazu kriegen und natürlich die bestehenden so gut wie möglich in der Qualitätsarbeit so gut wie möglich unterstützen“ (Dietscher, 433-436).*

Hier übernehmen jedoch wieder die Mitgliedseinrichtungen eine wichtige Funktion, denen Qualität in der Gesundheitsförderung ein wichtiges Anliegen zu sein scheint und die daher darauf achten, dass Fristen und Standards von allen Beteiligten eingehalten werden.

Krankenhäusern bzw. Gesundheitseinrichtungen erhalten, sofern sie gewisse Kriterien erfüllen, eine Urkunde, die ihnen den Status „Gesundheitsfördernde Gesundheitseinrichtung“ jeweils für drei Jahre bescheinigt. Kriterien für den Erhalt einer solchen Urkunde sind vor allem bei der Erstanerkennung drei in einem Peer-Review-Verfahren positiv begutachtete Projekte, die Nennung einer Ansprechperson für Gesundheitsförderung in der jeweiligen Institution, die Annahme der Vereinsstatuten und bei jeder weiteren Anerkennung zudem die Selbstbewertung nach den „5 Standards der Gesundheitsförderung“. Neben der genannten Urkunde vergibt das ONGKG an Einrichtungen, die alle Voraussetzungen in diesem Bereich erfüllen und darum ansuchen, Zertifikate, die sie als rauchfreie Gesundheitseinrichtung bzw. als Baby-friendly Hospital ausweisen. Diese Zertifikate erhalten in Zeiten des wachsenden Konkurrenzdrucks im Gesundheitssektor immer mehr Bedeutung und sollen auch dazu beitragen, weitere Einrichtungen zur Mitgliedschaft im Netzwerk zu animieren. Sowohl die Übergabe der Zertifikate als auch jene der Urkunde erfolgt im Rahmen der ONGKG-Jahreskonferenz; meist durch den Gesundheitsminister oder dessen Vertretung. Vor einigen Jahren war im Netzwerk die Idee präsent, Mitglieder anhand ihres Engagements in Silber- bzw. Bronze-Level einzustufen; eine Idee, die damals von den Mitgliedseinrichtungen abgelehnt wurde. Mittlerweile gibt es allerdings Bestrebungen, dieses Vorhaben wieder aufzugreifen und umzusetzen.

#### **4.5.6 Mitgliedschaft und Auszeichnungen des Wiener Netzwerks Gesundheitsfördernde Schulen**

Die Projektarbeit des Netzwerks ist auf drei Jahre anberaumt. Entschließt sich eine Schule zur Mitgliedschaft, verpflichtet sie sich daher zu einer dreijährigen Teilnahme. Nach Ablauf dieser Zeitspanne müssen sich interessierte Schulen erneut bewerben. Allerdings kam es in der letzten Projektphase, die im Juni 2012 endete, dazu, dass Schulen auch während des laufenden Prozesses ins Netzwerk einstiegen. Diese Entwicklung gab den Anstoß, das dem Netzwerk zugrunde liegende Konzept vor dem Beginn der neuen Prozessphase im Herbst 2012 einer Überarbeitung zu unterziehen. So soll die dreijährige Verpflichtung der Schulen entfallen, da das laut Frau Dr.<sup>in</sup> Svoboda, die die WiG im Netzwerk vertritt, ein starres System sei. Die Schulen im WieNGS sind in drei verschiedene Stufen eingeteilt. Während Stufe 1 als „Low Level“ (Svoboda, 284-285) gilt, dem Schulen angehören, die Gesundheitsförderung nur punktuell in ihren Schulalltag integrieren wollen, bezeichnen Schulen der 2. Stufe Gesundheitsförderung als wichtigen Bestandteil ihrer Arbeit. Stufe 3 umfasst schließlich all

jene Schulen, die einen Schulentwicklungsprozess gestartet haben. Diese Subnetzwerke bringen also Schulen zusammen, die sich in ähnlichen Stadien der Gesundheitsförderung befinden, was den Austausch zwischen den Schulen erleichtert. Die Zuordnung zu den Stufen nahmen die Schulen selbst anhand festgelegter Kriterien vor, die aber nach Aussage von Frau Dr.<sup>in</sup> Svoboda recht vage formuliert waren.

Die Mitgliedschaft im WieNGS ist auf die Dauer einer Projektphase, also drei Jahre, befristet. Danach müssen die Schulen erneut um die Aufnahme im Netzwerk ansuchen. Um neue Schulen für die Idee der Gesundheitsförderung zu begeistern, verschickt der Wiener Stadtschulrat in regelmäßigen Abständen Informationen zum Netzwerk. Bei ihrem Eintritt ins WieNGS verpflichten sich die Schulen, sich an gewissen Kooperationsvereinbarungen zu orientieren. Bleiben diese jedoch unbeachtet, zieht dies keine Konsequenzen nach sich. Allerdings gibt es Überlegungen, in der im Herbst 2012 beginnenden Phase Möglichkeiten zu schaffen, Schulen einer anderen Stufe zuzuweisen oder sie aus dem Netzwerk auszuschließen, wenn sie keine Maßnahmen umsetzen. Ein gangbarer Weg wäre beispielsweise die Einstufung anhand des Qualitätssterns vorzunehmen, der den Schulen zur Selbstevaluation zur Verfügung steht.

Das Netzwerk vergibt keine Auszeichnungen, hat aber im Jahr 2011 den Wettbewerb „Wir, Du, Ich“ durchgeführt:

*„[...] da konnten die Schulen irgendwie Ideen zu diesem Thema, egal welcher Art, ob die Lehrgesundheit betreffend oder Schülersgesundheit oder Kooperationsprojekte mit anderen Schulen, was auch immer, haben sie Ideen abgegeben und wir haben sie dann prämiert, die haben dann ein kleines Geschenk bekommen“ (Svoboda, 252-255).*

#### **4.5.7 Parallelen und Unterschiede**

Die Initiative zur Teilnahme an settingbezogenen gesundheitsfördernden Netzwerken in Österreich geht nach Auskunft der befragten Expertinnen/Experten von interessierten Organisationen bzw. Gemeinden aus. Um auf sich und ihre Anliegen aufmerksam zu machen, greifen Netzwerke auf Mundpropaganda durch Mitglieder und Stakeholder, Informationsveranstaltungen und regelmäßige Aussendungen zurück. Die Mitgliedschaft kann von Beteiligten jederzeit beendet werden, während Netzwerke davor zurückschrecken, Mitglieder, die kein oder wenig Engagement zeigen, zu entlassen, zumal in dem meisten Fällen entsprechende Regeln der Mitgliedschaft fehlen. Einzig das ONGKG verfügt mit dem österreichischen Vereinsgesetz über eine entsprechende Handlungsgrundlage. Beim BGF-Netzwerk, dem Netzwerk Gesunde Schule Salzburg und den Gesunden Gemeinden tragen

die Gütesiegel dazu bei, die Mitgliedschaft zu regeln und ein gewisses Maß an Qualität in der Netzwerkarbeit sicherzustellen. Betriebe, Schulen bzw. Gemeinden, die sich nicht in ausreichendem Maße mit Gesundheitsförderung beschäftigen, verlieren ihr Gütesiegel und dadurch im Falle der Gemeinden auch den Anspruch auf finanzielle Förderung durch das Netzwerk. Das WieNGS verfügt zwar über keine Auszeichnungen, hat aber in Hinblick auf finanzielle Förderungen einen ähnlichen Weg eingeschlagen, denn dort haben Schulen, die bei der Umsetzung ihrer Projekte gewisse Qualitätskriterien beachten, die Möglichkeit, finanzielle Förderung zu beantragen.

Die größten Unterschiede zwischen den Netzwerken lassen sich in Hinblick auf Auszeichnungen und Qualitätssicherung ausmachen. Das ONGKG vergibt anhand bestimmte Kriterien eine Urkunde, die ausgezeichneten Institutionen jeweils für drei Jahre den Status „Gesundheitsfördernde Gesundheitseinrichtung“ bescheinigt. Zudem ermöglicht es seinen Mitgliedern, die Zertifikate „Rauchfreies Krankenhaus“ des Europäischen Netzwerks Rauchfreier Gesundheitseinrichtungen bzw. „Baby-friendly Hospital“ der WHO und UNICEF zu erlangen. Das WieNGS verfügt zwar über keine kontinuierlichen Auszeichnungen wie Zertifikate oder Gütesiegel, hat allerdings 2011 einen Wettbewerb ausgeschrieben, bei dem Mitgliedsschulen Projekte einreichen konnten. Das Netzwerk Gesunde Volksschule, das der Organisation Styria vitalis angegliedert ist, zeichnet seit rund 20 Jahren jene Schulen aus, die sich einige Jahre intensiv mit Gesundheitsförderung auseinandergesetzt und entsprechende Projekte umgesetzt haben. Die Auszeichnung ist mit keinerlei Auflagen verbunden und wird von Schulen auch dann noch geführt, wenn sie dem Thema mittlerweile weniger Bedeutung zumessen. Die Netzwerke Gesunde Schulen Salzburg und Gesunde Gemeinde Oberösterreich haben Gütesiegel geschaffen, die auf ein bzw. drei Jahre befristet sind. Diese müssen von den Mitgliedern beantragt werden und sind mit gewissen Auflagen verknüpft. Kann eine Schule bzw. eine Gemeinde nach Ablauf der Frist die gestellten Kriterien nicht erfüllen, geht das Gütesiegel verloren. Das vielschichtigste System von Auszeichnungen hat das BGF-Netzwerk erstellt. Vor dem Eintritt muss jeder Betrieb die sogenannte BGF-Charta unterzeichnen, die sicherstellt, dass sich das Unternehmen mit den Grundsätzen der Gesundheitsförderung auseinandergesetzt hat. Das BGF-Gütesiegel können Betriebe beantragen, die nachweislich einen nachhaltigen Gesundheitsförderungsprozess in Gang gesetzt haben. Es unterliegt einer dreijährigen Befristung. Den BGF-Preis vergibt das Netzwerk alle drei Jahre an Gütesiegel-Betriebe, die besondere Projekte umgesetzt haben.

Bei jenen Netzwerken, die Auszeichnungen verfügen, messen die Netzwerkmitglieder den Auszeichnungen viel Wert bei und nutzen sie teilweise gezielt zur Imagepflege und

versuchen damit, sich von anderen Einrichtungen abzuheben. Dies gilt nicht nur für Betriebe, die neue Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter gewinnen wollen, sondern auch für Schulen. Die vergebenen Auszeichnungen dienen jedoch nicht nur der Ehrung der Mitglieder, sondern stellen – wie beschrieben – in manchen Fällen auch Mittel zur Qualitätssicherung dar. Zudem finden die Verleihungen in allen Netzwerken im Rahmen von Festakten statt, denen in der Regel Persönlichkeiten aus der Politik sowie Medienvertreterinnen/-vertreter beiwohnen. Dadurch wird sowohl den Netzwerken als auch den ausgezeichneten Mitgliedern ein gewisses Maß an öffentlicher Aufmerksamkeit zuteil, die laut Herrn Dr. Christ vom FGÖ für die Arbeit von Netzwerken unabdingbar ist.

## **4.6 Kooperationen**

### **4.6.1 Kooperationen des Österreichischen Netzwerks Betriebliche Gesundheitsförderung**

Das Österreichische Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung umfasst nicht nur Betriebe, sondern auch relevante Stakeholder-Organisationen, wie Versicherungsanstalten oder die Bundeswirtschaftskammer, mit denen es daher enge Kooperationen unterhält. Das Netzwerk arbeitet zudem vor allem im Bereich der Organisationsentwicklung sowie der Schulung von Führungskräften eng mit externen Institutionen zusammen und kann auch den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zu seinen Partnerorganisationen zählen. Kooperationen mit anderen österreichischen Netzwerken gibt es allerdings keine.

Das österreichische BGF-Netzwerk pflegt enge Kontakte zum europäischen Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung und nimmt regelmäßig an dessen Versammlungen teil, die ein- bis zweimal pro Jahr stattfinden. Ziel dieser Kooperation ist einerseits die Partizipation an EU-weiten Schwerpunktprogrammen, andererseits sollen durch den internationalen Austausch neue Ideen für die eigenen Tätigkeiten gewonnen werden.

### **4.6.2 Kooperationen des Netzwerks Gesunde Gemeinde Oberösterreich**

Das Netzwerk Gesunde Gemeinde Oberösterreich verfügt mit der Ärzte-, der Wirtschafts- und der Arbeiterkammer, mit Versicherungen und Krankenkassen über bekannte Kooperationspartner, die auch Angebote für Gemeinden bereitstellen. Zudem bestehen Verbindungen zum FGÖ, der immer wieder Projekte des Netzwerks unterstützt.

Das Netzwerk Gesunde Gemeinde Oberösterreich ist in das Projekt Gesundes Österreich

eingebunden und steht daher in direktem Kontakt mit anderen Initiativen dieser Dachmarke: dem Netzwerk Gesunder Kindergärten, dem Stammtisch für Pflegende Angehörige sowie der Gesunden Küche. Bundesländerübergreifende Kontakte pflegen die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter mit Zusammenschlüssen in Kärnten und Salzburg, wobei hier weniger die Gemeinden, als die Gesunden Kindergärten im Vordergrund stehen. Das Netzwerk verfügt über keine internationalen Kontakte und Austauschbeziehungen zu anderen Netzwerken.

#### **4.6.3 Kooperationen Styria vitalis-Gesunde Volksschule**

In der Steiermark bestehen mit dem Netzwerk Gesunde Volksschule der Organisation Styria vitalis und dem Netzwerk „Gesunde Schule, bewegtes Leben“ der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse zwei unabhängige Schulnetzwerke, die sich allerdings gegenseitig unterstützen. Bislang hielten beide Netzwerke getrennte Jahrestagungen ab, 2012 finden sich erstmals Volks- und Hauptschulen zu einem Treffen zusammen, um dem Austausch neue Impulse zu geben und das wechselseitige Verständnis zu erhöhen. Zudem unterhält das Netzwerk Gesunde Volksschule ein Sonderprojekt mit der Schulpsychologie, an dem drei Grazer Volksschulen teilnehmen. Weitere Kooperationen gibt es mit dem Landesschulrat für die Steiermark, dem Umweltbildungszentrum und Organisationen, die Angebote für das Netzwerk bereitstellen. Innerhalb Österreichs ist die Gesunde Volksschule im AKS Austria vernetzt, international gibt es ein Kooperationsprojekt mit der Schweiz – das Projekt „feelok“. Auch zur Vernetzungsplattform „Kritische Freunde Gesundheitsfördernder Schulen“, die Schulen sowie Expertinnen/Experten aus Deutschland, Österreich, Luxemburg und der Schweiz zusammenbringt, bestehen Kontakte. Eine Partizipation am europäischen Netzwerk „Schools for Health in Europe“ musste aufgrund mangelnder Ressourcen wieder eingestellt werden.

#### **4.6.4 Kooperationen des Netzwerks Gesundheitsförderung an Salzburgs Schulen**

Das Netzwerk Gesundheitsförderung an Salzburg Schulen ist im AKS Austria vernetzt und steht auch über das FGÖ-Programm „Train the Trainer“ im Austausch mit anderen Initiativen. Zudem unterhält es Kontakte zu wichtigen Playern in Deutschland und der Schweiz und arbeitet eng mit dem Arbeitsmedizinischen Dienst sowie Arbeitspsychologinnen/-psychologen zusammen. Frau Mag.a Kastner-Bukovski und Frau Mag.a Gsöll bezeichnen den Austausch mit anderen Programmen als zentralen Faktor für die Netzwerkarbeit, um

„[...] erstens zu erfahren, was läuft überall, wie läuft es, voneinander lernen, nicht das Rad permanent neu zu erfinden. [...] Man trifft jeden, gibt Auskunft, also das

ist wirklich gut und so entstehen in den Bundesländern dann neue Sachen, die es aber schon gibt, die einfach übernommen werden und ja, es kämpft nicht jeder für sich so dahin“ (Kastner-Bukovski/Gsöll, 527-532).

#### **4.6.5 Kooperationen des Österreichischen Netzwerks Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen**

Das ONGKG steht in enger Verbindung mit dem Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research, dem die wissenschaftliche Beratung des Netzwerks obliegt. Das LBI bereitet die jährliche Netzwerk-Konferenz vor, stellt das wissenschaftliche Programm des Treffens zusammen, wählt die Referentinnen/Referenten für die angebotenen Workshops aus und zeichnet auch für die Fachpapiere zu konkreten Themen verantwortlich.

Das ONGKG unterhält zudem punktuelle Kooperationen mit anderen österreichischen Gesundheitsförderungsnetzwerken, wie dem Gesunde Städte-Netzwerk. Einzelne Mitgliedseinrichtungen stehen auch mit dem BGF-Netzwerk und mit Netzwerken für Gesundheitsfördernde Schulen in Verbindung.

Das ONGKG ist Mitglied im internationalen Netzwerk „Health Promoting Hospitals Network“ (HPH) der WHO, das ebenfalls als Verein organisiert ist. Allen Mitgliedern steht dabei die Möglichkeit offen, an der jährlich stattfindenden Konferenz teilzunehmen. Der aktive internationale Austausch wird zwar laut Frau Mag.<sup>a</sup> Dietscher, die das Netzwerk wissenschaftlich berät, aufgrund beschränkter Ressourcen in den Mitgliedseinrichtungen immer schwieriger, macht den Teilnehmerinnen/Teilnehmern aber ihre Beteiligung an einer globalen Bewegung deutlich. Auch zur internationalen Baby-friendly Hospital Initiative sowie zum Europäischen Netzwerk Rauchfreier Gesundheitseinrichtungen bestehen Kontakte. Das ONGKG kooperiert weiters mit ähnlichen Netzwerken in Deutschland und der Schweiz, mit denen es alle vier Jahre eine gemeinsame Konferenz in einem der drei Länder veranstaltet.

#### **4.6.6 Kooperationen des Wiener Netzwerks Gesundheitsfördernde Schulen**

Das WieNGS pflegt enge Kontakte zu seinen vier Trägerinstitutionen: der WiG bzw. der Stadt Wien, der PH Wien, der Wiener Gebietskrankenkasse sowie dem Stadtschulrat für Wien; so werden beispielsweise die Fortbildungen des Netzwerks von der PH Wien organisiert. Auch zum FGÖ bestehen Verbindungen, nicht zuletzt da dieser die Jahrestagungen des Netzwerks finanziell unterstützt.

Das WieNGS unterhält zwar informelle Kontakte zu verschiedenen Netzwerken sowie zur Vernetzungsplattform „Kritische Freunde Gesundheitsfördernder Schulen“, formelle



Austauschbeziehungen auf nationaler bzw. internationaler Ebene bestehen jedoch nicht. Eine Ausnahme stellt das Kooperationsprojekt „Gesunde Lebensfreude“ dar, das gemeinsam mit dem 2. Wiener Gemeindebezirk im Rahmen des Programms Gesunde Bezirke umgesetzt wird.

#### **4.6.7 Parallelen und Unterschiede**

Die untersuchten Netzwerke sind auf nationaler Ebene formell gut vernetzt. Sie unterhalten Beziehungen zu Netzwerkpartnern, relevanten Stakeholdern, wie Versicherungen oder Kammern, dem FGÖ und in vielen Fällen zum Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Intensive Kooperationen zwischen den Netzwerken, aber auch zwischen ihren Mitgliedern bestehen jedoch kaum.

Wenngleich Herr Dr. Christ internationale Kontakte für Netzwerke als äußerst wichtig bezeichnet, basieren diese bei den untersuchten Netzwerken, sofern vorhanden, auf einer informellen Ebene. Lediglich das BGF-Netzwerk und das ONGKG unterhalten eine Mitgliedschaft im jeweiligen Netzwerk der WHO. Als Ursachen für mangelnde internationale Vernetzung werden unter anderem fehlende Ressourcen genannt, um beispielsweise an internationalen Treffen oder Konferenzen teilzunehmen. Jene Vertreterinnen/Vertreter der untersuchten Netzwerke, die trotzdem zumindest sporadisch mit internationalen Expertinnen/Experten bzw. Institutionen in ihrem Bereich vernetzt sind, beurteilen die Beziehungen als positiv. Die internationalen Beziehungen dienen durchwegs dazu, Informationen und Erfahrungen auszutauschen, während man kooperative Projekte nur äußerst selten durchführt.

#### **4.7 Evaluation**

Im **Österreichischen Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung** sind die von den Betrieben umgesetzten Maßnahmen Gegenstand von Evaluationen. Diese führen meist jene Institutionen durch, die auch die Ist-Analyse in einem Unternehmen vorgenommen haben. Evaluation gilt im Netzwerk als Qualitätskriterium für das BGF-Gütesiegel und wird finanziell gefördert.

Im **Netzwerk Gesunde Gemeinde Oberösterreich** erfolgt die erste Evaluation des 2010 implementierten Qualitätszertifikats durch die Universität Linz, die auch für die Evaluation von Projekten des Netzwerks verantwortlich zeichnet. Fallweise beteiligen sich auch Kooperationspartner an der Evaluation.

**Styria vitalis-Gesunde Volksschule** ist derzeit mit einer Programmevaluation beschäftigt, die Teilaspekte des Programms beleuchten soll. Dabei vergleicht man vier Schulen

*„[...] die wir als sehr gut entwickelt mit der Sache Gesundheitsförderung sehen, mit Schulen, die sich sonst auch mit Gesundheit beschäftigen und mit Schulen, die sich nicht mit Gesundheit beschäftigen“ (Kuhness, 98-100).*

anhand festgelegter Kriterien. Die Schulen können mittel Fragebögen die angebotenen Maßnahmenpakete bewerten, während die Schulen selbst, ebenso wie ihre umgesetzten Projekte von der Schulbegleitung eingeschätzt werden.

Das **ONGKG** setzt auf ein Peer-Review-Verfahren, bei dem eine gewisse Anzahl von Projekten und Maßnahmen der einzelnen Einrichtungen alle drei Jahre von den anderen Netzwerkmitgliedern beurteilt werden. Dieses Vorgehen soll Kritik von Insidern auf Augenhöhe gewährleisten, interessante Projekte aufzeigen und durch den intensiven Austausch den Zusammenhalt im Netzwerk stärken. Auch bei der jährlichen Konferenz des Netzwerks müssen die Mitglieder ihre gesetzten Maßnahmen entweder mithilfe einer Posterpräsentation oder im Rahmen eines Vortrags präsentieren und erhalten Feedback von den anwesenden Kolleginnen/Kollegen. Zudem verfügt das Netzwerk mit den sogenannten „5 Standards der Gesundheitsförderung“ über ein Instrument der Selbstbewertung, das von die Mitgliedseinrichtungen ebenfalls alle drei Jahre anwenden sollten.

Das **Netzwerk Gesundheitsförderung an Salzburgs Schulen** unterliegt keiner Evaluation, während das Netzwerk Gesunde Schule Salzburg extern durch die Wissenschaftsagentur der Universität Salzburg evaluiert wird. Die Bewertung der Angebote des Netzwerks Gesundheitsförderung an Salzburgs Schulen erfolgt intern durch Feedbackbögen, die die Schulen erhalten. Die Einschätzung der Schulen obliegt hingegen der Prozessbegleitung und basiert zudem auf Fragebögen, welche Lehrerinnen/Lehrer und Eltern erhalten.

Beim **WieNGS** erfolgt die Evaluation durch das LBIHPR, wobei der Fokus auf der Evaluation der Netzwerkebene liegt. Zudem steht den Schulen der sogenannte Qualitätsstern, ein Instrument zur Selbstevaluation, zur Verfügung. Da die Schulen dem WieNGS keine Informationen über den Qualitätsstern weitergeben müssen, ist nicht klar, inwieweit dieser tatsächlich Anwendung findet. Ab 2012 soll der Qualitätsstern eventuell zur Zuteilung der Schulen zu den einzelnen Stufen herangezogen werden.

Die Erhebung hat gezeigt, dass alle Netzwerke Evaluationen durchführen, die sowohl die Netzwerke selbst als auch die Projekte der einzelnen Mitglieder beleuchten sollen. Die Schwerpunktsetzung der einzelnen Evaluationen ist dabei jedoch recht unterschiedlich.

Während ein Teil der Netzwerke den Fokus auf die Evaluation der Maßnahmen der Mitglieder setzt, steht bei anderen das Netzwerk selbst im Mittelpunkt der Bewertung, die Inputs für die Weiterentwicklung des Netzwerks liefern soll.

#### **4.8 Herausforderungen**

Wie die Erhebung gezeigt hat, sehen sich österreichische Netzwerke für settingbezogene Gesundheitsförderung bei ihrer Arbeit mit einer Vielzahl von Herausforderungen konfrontiert. Die größte dürfte wohl jene der Finanzierung und Bereitstellung von Ressourcen sein, da dieses Thema in allen acht Interviews angesprochen wurde. Wie die Literatur (Statistik Austria 2012, Rohrauer-Näf/Waldherr 2011) belegt, fließen in Österreich verhältnismäßig wenig Mittel in den Sektor der Prävention und Gesundheitsförderung, dem auch die untersuchten Netzwerke zuzurechnen sind. Gerade die Finanzierung spielt für die Breitenwirksamkeit von Gesundheitsförderung eine zentrale Rolle. Derzeit ermöglichen die begrenzten Ressourcen meist nur die Umsetzung von Projekten mit einer Laufzeit von ein bis zwei Jahren, während langfristige Maßnahmen eher die Ausnahme darstellen. Eine Strategie, um zusätzliche finanzielle Mittel lukrieren zu können, spricht Mag.<sup>a</sup> Dietscher vom ONGKG an: die Orientierung von Netzwerkprojekten an Initiativen des Bundes. So werden derzeit mit Mitteln der Bundesgesundheitsagentur österreichweit in unterschiedlichen Kontexten ernährungsbezogene Projekte finanziert. Aus diesem Grund begann man mit der groß angelegten Umsetzung des Projekts Baby-friendly Hospital, das sich mit Stillen, also der Ernährung von Kleinstkindern beschäftigt und daher die Förderkriterien erfüllt. Da das Thema Stillen für Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen ohnehin ein zentrales ist, kommen die günstigen momentanen Bedingungen dem Netzwerk bei der Umsetzung des Vorhabens entgegen.

Aber nicht nur finanzielle, sondern auch zeitliche und personelle Ressourcen von Netzwerken und Mitgliedern sind beschränkt. Denn einen großen Teil der Netzwerkarbeit leisten sowohl die Angehörigen der Leitungsgremien als auch Vertreterinnen/Vertreter der Mitgliedseinrichtungen/Gemeinden auf ehrenamtlicher Basis. Daher müssen die Netzwerkmitglieder häufig abwägen, an welchen Veranstaltungen sie teilnehmen und an welchen nicht. So ist es Lehrerinnen/Lehrern generell nur schwer möglich, während der Schulzeit Veranstaltungen der entsprechenden Netzwerke zu besuchen. Hier gilt es also für die Netzwerke Termine zu finden, die den Arbeitszeiten der Mitglieder entsprechen. Fraglich ist beispielsweise, ob ganztägige Veranstaltungen im Schulbereich zielführend sind. Vor dem Problem der beschränkten Ressourcen stehen auch die hauptberuflichen Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter, denen sowohl im In- als auch im Ausland zahlreiche

Möglichkeiten zur Weiterbildung und Vernetzung geboten werden. Auch sie müssen zwischen den Angeboten wählen und können ihren Mitgliedern nur ein begrenztes Angebot zur Verfügung stellen. Die Arbeit in Netzwerken findet folglich in einem Spannungsfeld zwischen Qualität und Möglichkeit statt.

Herr Mag. Müller vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger sieht vor allem im österreichischen Föderalismus eine Herausforderung für die Arbeit von Netzwerken, da zentrale Stellen meist fehlen und in jedem Bundesland andere Zuständigkeiten gelten. Zudem ist in Österreich das Proporzsystem fest verankert, was bedeutet, dass die Mehrzahl der involvierten Institutionen eine parteipolitische Färbung aufweist, die es bei der Bildung von Netzwerkgruppen zu berücksichtigen gilt. Auch Personalrohden in der Politik, bei Trägerorganisationen oder Netzwerkpartnern können die Tätigkeiten von Netzwerken erschweren. Gerade im Setting Schule treffen besonders viele unterschiedliche Akteurinnen/Akteure und Institutionen aufeinander. Sowohl der Bund als auch die Länder greifen in die Schulpolitik ein und zusätzliche Ebenen, wie Landes- und Bezirksschulinspektorinnen/-inspektoren, können Netzwerke in diesem Bereich ebenfalls nicht außer Acht lassen. Möglicherweise dürfte der Umstand, dass sowohl Herr Mag. Müller vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger als auch Herr Dr. Christ vom FGÖ, ebenso wie viele Vertreterinnen der untersuchten Zusammenschlüsse beim Setting Schule den größten Bedarf zur Weiterentwicklung sehen, auf die dargestellten komplexen Strukturen zurückzuführen sein. Aber auch die ständigen öffentlichen Debatten über die Zukunft des österreichischen Schulsystems erschweren die Umsetzung langfristiger Maßnahmen.

Hat sich ein Netzwerk schließlich formiert, muss die Arbeit innerhalb des jeweiligen Netzwerks koordiniert werden, was nach Ansicht von Herrn Mag. Müller nur mit einer transparenten und formal fixierten Kommunikationskultur gelingen kann. Sind Zuständigkeiten, Rollen und Hierarchien nicht verankert, bedeutet dies für ein Netzwerk eine enorme Herausforderung,

*„[...] weil es ja keine formale Hierarchie gibt, ja, sondern im Netzwerk ist im Prinzip jeder gleichberechtigt und das gut zu managen, sodass sich alle wirklich einbezogen fühlen, dass alle den Eindruck haben, sie können sich einbringen, niemand wird over-ruled“ (Dietscher, 421-423).*

Die Größe des Netzwerks wirkt sich dabei maßgeblich auf die Zusammenarbeit aus, weshalb sich die Zusammenschlüsse mit einem weiteren Dilemma konfrontiert sehen: Sie wollen einerseits wachsen, um Gesundheitsförderung zu verbreiten und für Interessierte attraktiv zu

bleiben, andererseits bedeutet die Vernetzung von vielen Mitgliedern einen erheblichen Mehraufwand. Auch hier liegt für Herrn Mag. Müller der Schlüssel in der Kommunikation. Von den sechs untersuchten Netzwerken verfügen nur das BGF-Netzwerk und das WieNGS über entsprechende Kooperationsvereinbarungen. Doch auch das WieNGS zählt wie das Netzwerk Gesunde Volksschule Mitglieder, die sich nicht in ausreichendem Maße für Gesundheitsförderung engagieren, beide Netzwerke ziehen jedoch in solchen Fällen keine Konsequenzen. Auch die anderen Netzwerke kennen solche Situationen, weshalb alle wiederum abschätzen: Soll die Mitgliedschaft aufrechterhalten werden, um zumindest in Ansätzen Gesundheitsförderung zu implementieren, oder ist es zielführender, dies nicht zu tun und die Qualität der Netzwerkarbeit zu fördern? Bisher hat noch kein Netzwerk ein Mitglied „entlassen“ oder Preise aberkannt, WieNGS und das Netzwerk Gesunde Volksschule arbeiten derzeit aber an entsprechenden Maßnahmen.

Die Netzwerkmitglieder unterscheiden sich nicht nur in Hinblick auf ihr Engagement im Bereich Gesundheitsförderung, sondern auch in ihrer Größe oder Struktur. Die dadurch verursachte Heterogenität stellt eine weitere Herausforderung für die Netzwerke dar, da sie ein relativ breites Spektrum an Angeboten zur Verfügung stellen müssen, das allen Anforderungen entspricht. Um Homogenität bei den Vernetzungstreffen zu erzeugen, hat das WieNGS die teilnehmenden Schulen drei Stufen zugeteilt, für die es jeweils eigene Jour fixes gibt. Einen anderen Weg gehen das BGF-Netzwerk, das Netzwerk Gesunde Gemeinde Oberösterreich und das Netzwerk Gesunder Volksschule. Sie bieten Treffen auf regionaler Ebene an und schaffen so eine andere Form von Homogenität der Interessen. Durch die Arbeit in kleineren Gruppen soll der Austausch intensiviert und ein wechselseitiger Lernprozess initiiert werden. Dennoch bleibt das Problem bestehen, dass manche Mitglieder mehr „nehmen“ als sie ins Netzwerk einbringen. Dies ist laut Herrn Mag. Müller nicht zu verhindern, lässt sich aber durch klare Regeln und vielseitige Angebote abmildern. Nach Ansicht von Frau Mag.<sup>a</sup> Kuhness von Styria vitalis neigen vor allem Schulen dazu, sich als Einzelkämpfer und nicht als Netzwerkmitglied wahrzunehmen. Sie will Schulen daher anregen, von einer Konsum- in eine Lernhaltung zu wechseln:

*„Eine Hypothese von mir ist, dass Schulen an sich nicht lernende Organisationen sind. Also die sind, die Pädagoginnen und Pädagogen haben von sich oft das Bild dass sie ja schon fertig gelernt haben. So sie sollen ja alles wissen [...] und können und Angst vor Fehlern ist da und ist groß und dann trotzdem sozusagen sich in einen Entwicklungsprozess zu geben, wo man reflektieren muss und schauen muss, ja was ist denn nicht so gut gelaufen und warum, woran liegt das, wie kommen wir da weiter“ (Kuhness, 120-126).*

Im Gegensatz zu den Schulen fühlen sich die Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen eher als Mitglieder eines Netzwerks. Allerdings sind sie durch ihre Geschichte und ihr

Tätigkeitsfeld sehr stark auf Krankenbehandlung fokussiert. Hier gilt es, sie ein Stück weit von dieser Sicht zu lösen und für die Ideen der Gesundheitsförderung zu sensibilisieren. Generell sehen es die befragten Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter der untersuchten Netzwerke als Herausforderung, den Mitgliedern der Netzwerke das Konzept der Gesundheitsförderung näherzubringen, da dieses sehr komplex ist und sich teilweise erheblich von den traditionellen Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit im jeweiligen Setting unterscheidet.

#### **4.9 Erfolgskriterien**

Als wichtigstes Kriterium für eine gelungene Netzwerkarbeit bezeichnet Herr Mag. Müller eine klare, offene Kommunikationskultur, denn nur wenn die eigenen Interessen offenliegen und die Kooperation durch Regeln bzw. eine Art Netzwerk-Ordnung geregelt ist, kann das Netzwerk produktiv agieren. Da sich Netzwerke zumeist aus vielen unterschiedlichen Playern zusammensetzen, bedarf es zudem der Benennung und Vergabe von Zuständigkeiten, um zu gewährleisten, dass alle Aufgaben in geregelter Weise und mit entsprechenden Mitteln erledigt werden. Zudem ergibt es Sinn, alle relevanten Stakeholder in das Netzwerk einzubinden und deren bestehende Informationskanäle bzw. Kontakte zu nutzen. Zwar zählt Partizipation zu den wichtigsten Säulen der Gesundheitsförderung, doch kann eine nachhaltige Umsetzung laut Herrn Dr. Christ vom FGÖ nur mit der Einbeziehung von Führungsebenen gelingen. In diese Prozesse ist auch das politische Feld miteinzubeziehen, da dieses meist für die Finanzierung der Netzwerke aufkommt. Daher gilt es für die Netzwerke im Gespräch zu sein bzw. zu bleiben und das Thema Gesundheitsförderung immer wieder an Politikerinnen/Politiker heranzutragen und auch über Veranstaltungen und Publikationen im öffentlichen Diskurs zu verankern.

Derartige Ansprüche lassen sich durch einen gemeinsamen Auftritt und gemeinsame Ziele besser erfüllen. So meint beispielsweise Frau Mag.<sup>a</sup> Dietscher vom ONGKG:

*„[...] natürlich glaube ich auch, dass es wichtig ist, dass man eine ordentliche Netzwerkkoordination hat, also eine Einrichtung, die in der Lage ist, Kommunikation und Austausch zu koordinieren und zu vermitteln, sodass die Netzwerkmitglieder überhaupt das Gefühl haben oder den Eindruck haben, dass es da ein Netzwerk gibt und nicht nur lauter einzelne Organisationen und natürlich auch ein ausreichendes Maß an Angeboten für die Mitgliedseinrichtungen, damit sie was davon haben“ (Dietscher, 511-516).*

Im Hinblick auf die Schaffung eines „Netzwerkgefühls“ haben sich im ONGKG gemeinsame Workshops bewährt, bei denen die Mitglieder gemeinsam ein Thema erarbeiten. Für die Mitglieder müssen die Vorteile, die ihnen ihr Engagement im Netzwerk bringt, klar ersichtlich

sein, da sich sonst Frustration und Desinteresse einstellen. Eine intensive Begleitung durch Betreuerinnen/Betreuer, die in direktem Kontakt mit den Mitgliedern stehen und als Ansprechpartnerinnen/-partner fungieren, dürfte hier Abhilfe schaffen:

*„Das melden uns Betriebe auch immer wieder zurück, dass es sehr wichtig ist, dass von außen wer draufschaut, so ein bisschen als Motor fungiert, ja und immer wieder ein bisschen erinnert, Tipps, Anregungen gibt“ (Zeisberger, 91-93).*

Aber auch die Angebote abseits von Prozessbegleitung und Workshops müssen die Mitglieder ansprechen. Die Angebote sollten daher aktuelle Themen aufgreifen und sich an den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen orientieren. Für die Netzwerkleitung bedeutet dies Mut zur Weiterentwicklung, zur Reflexion und Evaluation. Dafür ist laut es Frau Mag.<sup>a</sup> Kastner-Bukovski und Frau Mag.<sup>a</sup> Gsöll vom Netzwerk Gesundheitsförderung an Salzburgs Schulen nötig, dass Netzwerke nicht nur ihre Mitglieder vernetzen, sondern auch sich selbst. Durch den aktiven Austausch kann man neue Ideen gewinnen und Best Practice-Beispiele kennenlernen.

#### **4.10 Zukunftsperspektiven**

In den nächsten Jahren gilt es nach Meinung von Herrn Mag. Müller vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und Herrn Dr. Christ vom FGÖ in der österreichischen Gesundheitsförderung einen Perspektivenwechsel zu vollziehen: weg von der Anstoßfinanzierung befristeter Projekt, hin zu nachhaltigen, flächendeckenden Initiativen. Dazu muss die Idee des Konzepts umfassender Gesundheitsförderung wirklich verankert werden, denn es ist nur dann wirklich erfolgreich:

*„[...] wenn man sagt, in diesen Kernaktivitäten, die wir machen, ob es jetzt Gemeindeverwaltung ist, ob es ein Krankenhausbetrieb ist, ob es Schule ist, wird das immer mit, mitgedacht und, und so gut wie implementiert oder, das System möglichst so aufgesetzt, dass das mitläuft, das es auch Korrekturmechanismen gibt, oder auch so ein gewisses Monitoring, das Alarm auslöst, dann wären wir einen Schritt weiter als wir jetzt sind“ (Christ, 308-313).*

Damit settingbezogene gesundheitsfördernde Netzwerke in Österreich ihren Beitrag zu diesem Schritt leisten können, bedarf es sowohl einer Professionalisierung ihrer Koordinationsarbeit als auch einer formalen Verankerung von Entscheidungsstrukturen. Vor allem im Schulbereich sehen die meisten der befragten Expertinnen/Experten Handlungsbedarf, da dieser besonders komplexe Strukturen und Zuständigkeiten aufweist, die eine effektive Netzwerkarbeit beschränken. Hier muss eine Konsolidierung stattfinden, um eine gemeinsame Ebene für Gesundheitsförderung zu schaffen. Angesichts der stetigen Diskussionen über das Schulwesen dürfte dies aber äußerst schwierig sein.

Abgesehen von diesen kollektiven Zukunftsperspektiven für das Feld der österreichischen Gesundheitsförderung sehen auch die Vertreterinnen/Vertreter der einzelnen Netzwerke in ihrem Setting durchaus Handlungsbedarf bzw. neue Entwicklungen, die berücksichtigt werden sollten. So sieht das **BGF-Netzwerk** den Aspekt der Chancengleichheit als Thema der Zukunft. Betriebe sollen daher für die Bedürfnisse unterschiedlicher Gruppen, seien es ältere Arbeitnehmerinnen/Arbeitnehmer, Migrantinnen/Migranten oder Frauen, sensibilisiert werden. Aufgrund der steigenden Lebenserwartung und der zunehmenden Verbreitung psychischer Erkrankungen sehen sich die Betriebe zudem mit neuen Herausforderungen konfrontiert. Das BGF-Netzwerk will sie dabei unterstützen.

Das **Netzwerk Gesunde Gemeinde Oberösterreich** orientiert sich derzeit stark an den Bedürfnissen kleinerer Gemeinden, die in Oberösterreich die Mehrheit bilden. Aktuell erarbeitet man jedoch Strategien, um auch größere Städte ins Netzwerk zu holen. Ein neuer Schwerpunkt des Netzwerks stellt die Betriebliche Gesundheitsförderung dar. Ziel ist es, vor allem kleinere Betriebe über die Gemeinden für das Thema Gesundheitsförderung zu gewinnen.

Das **Netzwerk Styria vitalis-Gesunde Volksschule** will in naher Zukunft den Austausch zwischen den Stakeholdern intensivieren und auch die Bezirksschulinspektorinnen/-inspektoren verstärkt in seine Arbeit einbinden. Zudem hat man sich der Unterstützung bzw. dem Coaching von Führungskräften verschrieben. Durch spezielle Angebote sollen Direktorinnen/Direktoren in ihrer Arbeit unterstützt werden, da diese für die Etablierung von Gesundheitsförderung an einer Schule eine zentrale Rolle einnehmen. Derzeit tragen einige Schulen eine Auszeichnung des Netzwerks, obgleich sie ihr Engagement für Gesundheitsförderung längst beendet haben. Laut Frau Mag.<sup>a</sup> Kuhness gibt es daher Bestrebungen, hier Mindestauflagen einzuführen.

Da das Thema Gesundheitsförderung sehr viele Aspekte umfasst, arbeitet man im **ONGKG** derzeit daran, das Profil des Netzwerks zu schärfen, da die Breite des Konzepts auf potentielle Mitglieder beim ersten Kennenlernen irritierend wirkt. Sowohl den beteiligten Krankenhäusern und Gesundheitsanstalten als auch interessierten Einrichtungen soll klar sein, wofür das Netzwerk steht. Wie bereits in Kapitel 4.8 dargestellt, bringen sich in Netzwerken die Mitglieder nicht in gleichem Maße ein. Vor einigen Jahren wollte man daher im ONGKG unterschiedliche Level der Mitgliedschaft schaffen, die diese Unterschiede sichtbar machen. Damals sprachen sich die Einrichtungen im Netzwerk gegen eine derartige Regelung aus. Mittlerweile gibt es allerdings Bestrebungen, ein solches System umzusetzen.



Im **Netzwerk Gesundheitsförderung an Salzburg Schulen** ist man seit einiger Zeit mit der Entwicklung einer internen Kooperationsvereinbarung beschäftigt, die Regeln der Zusammenarbeit sowie Leitgedanken und Strategien des Netzwerks beinhaltet und die Kommunikation bzw. Vernetzung fördern soll. Seit der Gründung des Netzwerks sind darin nur große Institutionen vertreten, die Angebote für Schulen bereitstellen. Derzeit werden Überlegungen angestellt, auch Vereine oder Einzelanbieter aufzunehmen, wobei noch Unklarheit darüber herrscht, über welche Qualifikationen diese verfügen müssen und wie diese nachzuweisen sind. Parallel dazu will man das Schulnetzwerk weiter ausbauen und verstärkt Schulen in der Stadt Salzburg ansprechen.

Im **WieNGS** waren zum Zeitpunkt der Erhebung (2012) rund 60 Schulen vertreten, die sich drei Stufen zuordnen konnten. Für die neue dreijährige Projektphase, die im Herbst 2012 startet, war die Schaffung einer 4. Stufe für erfahrene Schulen angedacht, die neue Schulen bei ihrer Arbeit unterstützen sollen. Ein Problem des Vorhabens dürfte jedoch die mangelnde Bereitschaft der Schulen zur Kooperation darstellen, weshalb eine finanzielle Förderung der Beteiligung im Raum stand. Ein Schwerpunkt des Netzwerkes soll in den nächsten Jahren die bewusste Kontaktaufnahme mit Schulen in sozial schwächeren Gegenden sein, da hier Gesundheitsförderung vermutlich besonders notwendig ist. Zudem will WieNGS die Angebote zum Thema Gesundheitsförderung, die an Schulen herangetragen werden, sammeln.

## **5. Schlussbetrachtung und Diskussion**

### **5.1 Schlussbetrachtung**

Trotz der steigenden Bekanntheit der Gesundheitsförderung und des großen Potenzials, das diesem Konzept zugeschrieben wird, liegt der Schwerpunkt westlicher Gesundheitsversorgungssysteme nach wie vor auf den Bereichen Kuration und Therapie. Diese Ausrichtung kann den steigenden Kosten im Gesundheitswesen, die vornehmlich durch immer teurere Behandlungsformen sowie die Zunahme von Langzeiterkrankungen verursacht werden, jedoch kaum entgegenwirken. Eine verstärkte Implementierung von Gesundheitsförderung könnte dazu beitragen, Kosten zu minimieren (Hurrelmann et al. 2004), denn ungesunde Verhaltensweisen und Verhältnisse ziehen enorme Folgekosten nach sich: „Ob und wie effektiv jetzt in Gesundheitsprävention investiert wird, ist entscheidend für den künftigen Zustand des Gesundheitssystems und der Volkswirtschaft“ (ÖÄK 2010).

Die komplexeste Form, Gesundheitsförderung umzusetzen, ist der sogenannte Setting-Ansatz. Dieser verfolgt eine umweltbezogene Perspektive und stellt die Lebenswelten von Individuen in den Vordergrund. Ziel dieses Konzeptes ist es, durch gezielte Interventionen und die Integration gesundheitsfördernder Maßnahmen in alltägliche Tätigkeiten ein gesundes Arbeits- und Lebensumfeld für die Mitglieder eines Settings zu schaffen. Dabei stehen nicht nur individuelle Verhaltensweisen im Interesse gesundheitsförderlicher Maßnahmen, sondern ebenso Faktoren, die sich unmittelbar auf die Gesundheit der Organisationsmitglieder auswirken; auch diese müssen im Setting-Ansatz untersucht und verändert werden (Pelikan 2011). „Ein Setting ist ein Sozialzusammenhang, der relativ dauerhaft und seinen Mitgliedern auch bewusst ist“ (Rosenbrock/Hartung 2011, 497) und der durch formale Organisation, regionale Gegebenheiten, identische Lebenslagen, gemeinsame Präferenzen bzw. Werte oder auch durch eine Verknüpfung hergestellt wird. Im Gegensatz zur traditionellen Gesundheitserziehung, die Individuen in den Vordergrund stellt, bezieht der Setting-Ansatz ihre Lebenswelt mit ein. Gesundheit wird in diesem Konzept als Resultat einer „wechselseitigen Beziehung zwischen ökonomischer, sozialer und organisatorischer Umwelt und persönlicher Lebensweise“ (Rosenbrock/Hartung 2011, 497) verstanden. Da Settings individuelle Gesundheitsressourcen und den Umgang mit Risiken maßgeblich beeinflussen, erfährt der Ansatz zunehmende Beachtung von Wissenschaft und Politik.

Settingbezogene Gesundheitsförderung kann auf zwei verschiedene Arten stattfinden: durch Gesundheitsförderung im Setting und die Entwicklung eines gesundheitsförderlichen

Settings. Bei der Schaffung eines gesundheitsförderlichen Settings sollen durch Interventionen von außen Prozesse im jeweiligen Setting in Gang gesetzt werden, die dazu führen, dass die Mitglieder das Setting „nach ihren Bedürfnissen mitgestalten und diesen Einfluss auch subjektiv erleben“ (Rosenbrock/Hartung 2011, 498). Eine derartige Intervention ist allerdings hochgradig komplex und erfordert professionelle Qualifikation in systemischer Organisationsentwicklung und partizipativer Forschung (Rosenbrock/Hartung 2011), weshalb das Konzept des gesundheitsfördernden Settings bislang noch selten Anwendung findet.

Netzwerke leisten seit den 1980er Jahren einen wesentlichen Beitrag zur Implementierung von Gesundheitsförderung und stellen eine Synthese von Verhältnis- und Verhaltensprävention dar. Sie überwinden das Denken in starren Organisations- und Strukturkategorien und verknüpfen gleichzeitig ökonomische mit politischer Rationalität (Hahn et al. 1996). Auch in Österreich etablierten sich immer mehr Netzwerke, die sich mit unterschiedlichen Settings befassen. Trotz der langen Tradition fehlte bislang eine intensive Auseinandersetzung mit diesen Netzwerken, deren Strukturen, Zielen und Angeboten. Die vorliegende Arbeit will einen Beitrag dazu leisten, die vorhandenen Lücken zu verkleinern bzw. zu schließen. Die gewonnenen Ergebnisse werden in den folgenden Abschnitten noch einmal kurz zusammengefasst.

## **5.2 Zusammenfassung der Ergebnisse**

Wie der theoretische Teil der Arbeit verdeutlicht, herrscht in der Netzwerkforschung keineswegs Einigkeit über den Forschungsgegenstand und dessen Analyse und auch bei der empirischen Untersuchung der ausgewählten Netzwerke zeigen sich deutliche Unterschiede, aber auch Parallelen. Die größte Kongruenz lässt sich bei den Netzwerkzielen ausmachen: Alle Netzwerke haben es sich zum Ziel gesetzt, Gesundheitsförderung in ihrem jeweiligen Setting zu verbreiten und fest im Alltag der beteiligten Individuen zu verankern. Sie wollen auf das Thema Gesundheitsförderung aufmerksam machen und diese im österreichischen Gesundheitssystem etablieren. Netzwerke verfügen jedoch nicht nur über selbst gesteckte Ziele, sie sehen sich auch mit Zielen konfrontiert, die von „außen“, also von der Politik, dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger oder der Öffentlichkeit an sie herangetragen werden. So sollen Netzwerke nach Ansicht von Herrn Mag. Müller dazu beitragen, Gesundheitsförderung flächendeckend umzusetzen und die Qualität in diesem Feld zu erhöhen. Gerade in Hinblick auf die Flächendeckung besteht noch Handlungsbedarf. Prozentual gesehen dürfte von untersuchten Zusammenschlüssen das Netzwerk Gesunde Gemeinde Oberösterreich die größte Reichweite aufweisen, da es die überwiegende Mehrheit der oberösterreichischen Gemeinden zu seinen Mitgliedern zählt.

In Hinblick auf die Struktur lassen sich grob drei Varianten identifizieren: eine heterarchische Vereinsstruktur beim ONGKG, ein Modell, das Mitglieder und eine Steuergruppe vereint wie beim BGF-Netzwerk, dem Netzwerk Gesundheitsförderung an Salzburgs Schulen und dem WieNGS sowie Netzwerke, die sich wie das Netzwerk Gesunde Gemeinde Oberösterreich und das Netzwerk Gesunde Volksschule aus einer Koordinationsstelle und den Mitgliedern zusammensetzen. Die Vernetzung und der Austausch innerhalb der Netzwerke versuchen alle Zusammenschlüsse durch Printmedien, eine Homepage und regelmäßige Treffen anzuregen bzw. zu fördern. Vielfach gestaltet sich dieser Prozess jedoch schwierig, da nicht alle Mitglieder an Jahrestagungen o.Ä. teilnehmen und auch häufig nicht bereit sind, ihre Projekte und Ideen anderen zugänglich zu machen. Hier gilt es für die Netzwerke ihre Mitglieder zu motivieren, eine derartige Konsumhaltung aufzugeben und sich auf die Vernetzung einzulassen. Voraussetzung hierfür ist allerdings eine Art „Netzwerkgefühl“, also die Einstellung, Teil eines Ganzen zu sein und Rahmenbedingungen, die es den Mitgliedern ermöglichen, an Netzwerktreffen teilzunehmen, wie Zusammenkünfte an zentralen Orten bzw. zu Terminen, die der Arbeitszeit der Mitglieder entsprechen.

Die Initiative zur Teilnahme geht bei allen settingbezogenen gesundheitsfördernden Netzwerken von den angesprochenen Organisationen bzw. Gemeinden aus, wenngleich die Netzwerke durch Informationsmaterial und Aussendungen beständig versuchen, neue Mitglieder zu gewinnen. Am erfolgreichsten dürfte dabei die Werbung durch Mitglieder sein, die Interessierten über ihre Erfahrungen berichten. Nach dem Beitritt zu einem Netzwerk müssen unterschiedliche Kriterien erfüllt werden. Während das BGF-Netzwerk bereits den Einstieg mit konkreten Auflagen verknüpft und das ONGKG durch das Vereinsgesetz über klare Regeln der Mitgliedschaft verfügt, bleibt es den Mitgliedern in den anderen Netzwerken selbst überlassen, in welchem Maße sie sich engagieren wollen. Strebt eine Organisation jedoch finanzielle Förderungen oder ein Gütesiegel an, sind auch im Netzwerk Gesunde Gemeinde Oberösterreich sowie im Netzwerk Gesunde Schule Salzburg immer wieder gewisse Leistungen nachzuweisen. Offen bleibt, inwieweit sich derartige Auflagen und Auszeichnungen auf das Ausmaß bzw. die Qualität der umgesetzten Projekte auswirken. Hier wäre eine gemeinsame Evaluation aller Netzwerke spannend.

Nach außen hin erfüllen derartige Auszeichnungen jedenfalls einen wichtigen Zweck. Sie verschaffen den Netzwerken öffentliche Aufmerksamkeit sowie Medienpräsenz und tragen auch zur Wahrnehmung von Seiten der Politik bei. Dieser Faktor darf nicht unterschätzt werden, da alle Netzwerke finanzielle Unterstützung von Bund und/oder Ländern erhalten. Aber auch für die Mitglieder spielen Auszeichnungen eine große Rolle, da sie ihr Engagement belohnen und für Außenstehende sichtbar machen. Vielfach nutzen sie

Gütesiegel und Preise, um sich von anderen Organisationen zu unterscheiden. In Zeiten sinkender Geburten- und Schülerinnen-/Schülerzahlen und einem Mangel an Facharbeiterinnen/Facharbeitern versuchen sich Krankenhäuser, Schulen und Betriebe durch die Förderung von Gesundheit in ihrer Einrichtung am „Markt“ zu positionieren.

### **5.3 Diskussion und Reflexion**

Die vorliegende Forschungsarbeit ist Teil einer Kooperation zwischen dem Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research und der Wiener Gesundheitsförderung (WiG). Ziel dieser Zusammenarbeit ist es, das Wiener Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen wissenschaftlich zu begleiten und zu evaluieren (LBIHPR 2011). Die Ergebnisse, die durch diese Masterarbeit gewonnen werden, sollen in dieses Projekt einfließen und Entwicklungspotentiale für das Konzept des „Wiener Netzwerk - Gesundheitsfördernde Schulen“ aufzeigen.

Um den Rahmen einer Masterarbeit nicht zu sprengen, musste vor dem Beginn der empirischen Erhebung die Zahl der zu untersuchenden Netzwerke eingeschränkt werden. Die Wahl fiel dabei auf sechs Initiativen, die seit längerem im Feld der Gesundheitsförderung aktiv sind und über entsprechende Erfahrungen verfügen. Dabei handelte es jedoch um Netzwerke, die bereits in etablierten Settings agieren, während andere Settings wie Hochschulen oder Städte und entsprechende Netzwerke keine Berücksichtigung finden konnten. Es erscheint daher sinnvoll und angesichts der Kritik von Green et al. (2000), die sich gerade für eine Auseinandersetzung mit weniger „offensichtlichen“ Settings aussprechen, auch zielführend, die nicht untersuchten Netzwerke ebenfalls einer Analyse zu unterziehen. Voraussetzung für eine derartige Studie ist allerdings eine profunde Kenntnis der österreichischen „Gesundheitsförderungs-Szene“, da nicht alle Netzwerke in diesem Bereich einen derartig hohen Formalisierungsgrad aufweisen wie die vorgestellten Zusammenschlüsse. Im Falle der Selbsthilfe oder Suchtprävention bezeichnen sich die Initiativen selbst nicht als Netzwerk, wenngleich Expertinnen/Experten wie Dr. Christ vom FGÖ sie als solches einschätzen.

Aber nicht nur in der Praxis, auch in der Theorie herrscht nach wie vor Unklarheit darüber, welche Aspekte der Begriff des Netzwerks umfasst und was genau eigentlich damit beschrieben werden soll. Während sich einige Forscherinnen/Forscher für eine klare Definition des Netzwerk-Konzepts aussprechen, lehnen andere eine begriffliche Festlegung ab, um die Breite des Ansatzes zu erhalten. Es ist daher ebenso unklar, welche Dimensionen sich zur Analyse von Netzwerken eignen. Die Bandbreite reicht hier von bewährten

Elementen aus der Organisationsforschung wie Strukturen, Ziele und Mitgliedschaft, bis zu Merkmalen wie Intention, Freiwilligkeit oder Personenorientierung. Angesichts dieser theoretischer Debatten fällt es schwer, eine geeignete, nachvollziehbare Wahl zu treffen. Für die vorliegende Arbeit schien die Anwendung „traditioneller“ Organisationselemente, wie Strukturen, Ziele, Umwelt/Kooperationen, sinnvoll, da sie der Thematik am besten entsprachen.

Die befragten Expertinnen/Experten waren an der dargestellten Thematik interessiert und in den Interviews bemüht, alle Fragen zu beantworten. Im Auswertungsprozess wurde jedoch deutlich, dass im Hinblick auf die gesetzten Ziele der untersuchten Netzwerke einige Fragen unbeantwortet blieben. Zwar gaben alle Befragten bereitwillig über diesen Punkt Auskunft, allerdings handelte es sich bei den genannten Aspekten meist um sogenannte „Grobziele“, die sehr allgemein formuliert sind und kaum einer genauen Evaluation unterzogen werden können. Fraglich ist, inwieweit diese vagen Ziele die Grundlage für die tatsächliche Netzwerkarbeit bilden und wie sich diese in der Praxis umsetzen lassen. Hier wäre möglicherweise eine tiefer gehende Auseinandersetzung mit Netzwerkzielen nötig.

Der Prozess der Evaluation ist eng mit den gesetzten Zielen verbunden. Die Erhebung ergab, dass alle Netzwerke interne bzw. externe Evaluationen durchführen, wobei recht unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt werden. Ein Teil der Netzwerke unterzieht die Maßnahmen der Mitglieder einer Bewertung, während bei anderen Netzwerken der Zusammenschluss selbst das Ziel der Evaluation ist, um Anregungen für die Weiterentwicklung zu gewinnen. Eine Verknüpfung beider Ansätze dürfte hier am zielführendsten sein, um einerseits die Qualität der umgesetzten Maßnahmen zu gewährleisten, andererseits die Netzwerkarbeit bestmöglich zu gestalten.

Die Untersuchung hat ergeben, dass die beleuchteten Netzwerke zwar über relativ ähnliche Globalziele verfügen, sich in Hinblick auf Mitgliedschaft, Kooperationen und Strukturen teilweise aber relativ deutlich unterscheiden. Auch der Grad der Vernetzung der einzelnen Mitglieder ist keineswegs einheitlich. Dieses Ergebnis bestätigt die Ansicht von Lang (2009), der davon ausgeht, dass die Akteurinnen/Akteure im Feld der österreichischen Gesundheitsförderung nicht ausreichend interagieren. „Da Gesundheitsförderung eine multidisziplinäre Querschnittsmaterie ist, wird durch dieses Manko ein zentrales Problemlösungspotenzial, das durch eine gute Vernetzung entsteht, nicht ausreichend ausgeschöpft“ (Lang 2009, 227). Wie Lang sieht auch Herr Mag. Müller vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger im Bereich der Kommunikation den größten Nachholbedarf. Er plädiert für schriftlich festgehaltene Netzwerkordnungen, die

Kommunikationswege, Aufgaben, Rechte und Pflichten aller Mitglieder beinhalten und über die bislang nur wenige der untersuchten Netzwerke verfügen.

Nach Meinung von Expertinnen/Experten bedeutet nicht nur die Kommunikation, sondern auch der österreichische Föderalismus eine erhebliche Herausforderung für die Netzwerke, da klare Zuständigkeiten fehlen und in jedem Bundesland andere Player zu berücksichtigen sind. Verstärkt wird dieser Umstand durch das Fehlen einer gesamtösterreichischen Strategie der Gesundheitsförderung (Dür 2008, Rohrauer-Näf/Waldherr 2011) sowie von kollektiven Gesundheitszielen. Dies führt dazu, „dass die Prioritätensetzung nicht funktioniert und Kooperationen nicht breitenwirksam umgesetzt werden“ (Probst/Spitzbart 2009, 238). Es gilt daher, den Diskurs über Gesundheitsförderung in Österreich zu fördern und Gesundheitsziele zu implementieren, die sich an jenen der WHO orientieren.

Im Rahmen der Interviews bezeichneten einige Expertinnen/Experten unklare Zuständigkeiten, Rollen und Hierarchien als Herausforderungen für die Netzwerkarbeit. Diese Haltung erscheint zwar auf den ersten Blick und nach einer intensiven Auseinandersetzung mit Organisationstheorien nachvollziehbar, steht aber auf den zweiten Blick in diametralem Gegensatz zum Prinzip der Partizipation, das sowohl dem „klassischen“ Netzwerkverständnis als auch zum Konzept der Gesundheitsförderung zugrunde liegt. Bei diesem Punkt stehen gesundheitsfördernde settingbezogene Netzwerke vor einer Grundsatzentscheidung: Sollen Hierarchien eingeführt und damit die zentralen Aspekte von gesundheitsfördernder Netzwerkarbeit mehr oder weniger außer Acht gelassen werden, oder sollte man versuchen, mit der schwierigen Situation fehlender Hierarchien umzugehen? Die österreichischen Netzwerke haben hier recht unterschiedliche Lösungswege gewählt.

Am Ende der vorliegenden Arbeit gilt es, die Frage zu stellen, welchen Beitrag gesundheitsfördernde settingbezogene Netzwerke für die Gesundheitsförderung in Österreich leisten (können). Die Analyse hat gezeigt, dass sowohl die Vertreterinnen der untersuchten Netzwerke als auch die Vertreter des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger und des FGÖ Netzwerken eine wichtige Bedeutung bei der Verbreitung des Themas Gesundheitsförderung zuschreiben. Netzwerke informieren nicht nur potentielle Mitglieder, sondern auch politische Instanzen sowie die breite Öffentlichkeit und leisten durch Preisverleihungen bzw. Konferenzen Anerkennungsarbeit für Mitglieder. Einem wesentlichen Anspruch von Netzwerkarbeit, der wechselseitigen Vernetzung aller Mitglieder, können die untersuchten österreichischen Netzwerke jedoch nicht gerecht werden. Zwar versuchen alle Netzwerke den Austausch zwischen den einzelnen Mitgliedern durch Treffen und Online-Ressourcen zu fördern, allerdings bleibt dieser, sofern er gelingt,

punktuell und kurzfristig. Eine mögliche Ursache für diesen Umstand könnte die Konsumhaltung sein, die viele Mitglieder von gesundheitsfördernden settingbezogenen Netzwerken an den Tag legen: Sie wollen zwar von den Angeboten des Netzwerks, dessen Ruf und Informationen profitieren, aber selbst möglichst wenig Wissen weitergeben. Es bleibt also die Frage offen, ob tatsächlich die Vernetzung von Organisationen bzw. Gemeinden ein wichtiges Element der Netzwerkarbeit darstellt, oder ob nicht die Stärke der untersuchten Netzwerke in den bereits genannten Punkten Öffentlichkeitsarbeit, Information und Unterstützung liegt.

Bei dem Prozess, Gesundheitsförderung in Österreich zu verankern, können settingbezogene gesundheitsfördernde Netzwerke eine maßgebliche Rolle spielen, da sie den Setting-Ansatz operativ umsetzen. Er eignet sich zur Reduktion sozial bedingter Unterschiede von Gesundheitschancen und „vereint die Vorteile eines vergleichsweise einfach zu organisierenden und weitgehend diskriminierungsfreien Zugangs zu unterschiedlichen Zielgruppen mit der Möglichkeit der Integration von verhältnis- und verhaltenspräventiven Elementen und der Stärkung bzw. Vermehrung von gesundheitsrelevanten Ressourcen“ (SVR 2005, 31). Netzwerke unterstützen gesundheitsfördernde Initiativen und sammeln dadurch wertvolles Erfahrungswissen, das Einrichtungen wie dem FGÖ, aber auch politischen Instanzen zur Verfügung steht und das diese nützen sollten. Durch die Vernetzung von Mitgliedern und der Etablierung konkreter Kriterien tragen Netzwerke dazu bei, die Qualität bzw. Standardisierung gesundheitsförderlicher Projekte zu erhöhen. Mithilfe von öffentlichen Auftritten, wie Konferenzen, Preisverleihungen oder die Herausgabe von Publikationen, können Netzwerke ihre Rolle als zentrale Akteure der Gesundheitsförderung festigen, da sie durch derartige Veranstaltungen und ihre Tätigkeit an sich als Schnittstelle zwischen der Praxis und relevanten Stakeholdern aus Wissenschaft und Politik fungieren.

Um diesen Anspruch zu erfüllen, müssen Netzwerke und Politik nach Meinung von Herrn Mag. Müller vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger mehr in die Flächendeckung sowie in langfristige Maßnahmen investieren. Derzeit sei die österreichische Gesundheitsförderung von „kleinen Insellösungen“ (Müller, 84) geprägt, nicht zuletzt, da auch die finanziellen Mitteln fehlen, mehrjährige Projekte zu initiieren. Angesichts derartiger Herausforderungen verwundert es umso mehr, dass Kooperationen zwischen den einzelnen österreichischen Netzwerken, die im Bereich der settingbezogenen Gesundheitsförderung agieren, nur in wenigen Fällen stattfinden. Auch der Erfahrungsaustausch erfolgt im Wesentlichen nur „settingintern“, also beispielsweise zwischen Schulnetzwerken, während settingübergreifende Treffen eine Ausnahme bilden.



Hier dürfte enormes Potenzial verloren gehen, da Netzwerke, wie die Untersuchung zeigt, zum Teil mit durchaus ähnlichen Herausforderungen zu kämpfen haben. So wurden beispielsweise die Motivation von Mitgliedern, die Etablierung von Kommunikationsvereinbarungen oder Fragen der Qualitätssicherung in nahezu allen Interviews thematisiert. Eine intensivere Vernetzung der Netzwerke könnte einen wechselseitigen Lernprozess in Gang setzen.

Neben anderen Zusammenschlüssen sollten Netzwerke bei ihrer Arbeit auch politische Institutionen nicht außer Acht lassen, da diese bestimmte Themen unterstützen, andere wiederum eher behindern und bei allen untersuchten Netzwerken als wichtiger Geldgeber in Erscheinung treten. Netzwerke müssen daher nicht nur in ihrem Setting, sondern auch in der Öffentlichkeit die Rolle als Multiplikatoren der Gesundheitsförderung einnehmen und das Thema immer wieder in die Politik einbringen. Nur so kann der Wunsch einiger Vertreterinnen/Vertreter von Netzwerken nach einem stärkerem Engagement des Bundes bei der Vernetzung in Erfüllung gehen. Sowohl die Literatur als auch die Befragten selbst messen der Vernetzung von gesundheitsförderlichen Initiativen strategische Bedeutung bei. Um jedoch nachhaltige und langfristige Projekte umsetzen zu können, bedarf es in Österreich einer Aufstockung entsprechender Ressourcen, denn wie die Erhebung ergeben hat, zählt die Finanzierung von Netzwerken und Projekten in Settings zu den größten Herausforderungen in diesem Bereich. Herr Mag. Müller spricht sich in diesem Zusammenhang für die Umschichtung finanzieller Mittel aus: weg von der Krankenbehandlung hin zur Gesundheitsförderung. Um dies zu ermöglichen, müssen Partikularinteressen überwunden und Ressourcen gebündelt werden.

Die vorliegende Arbeit stellt eine erste Bestandsaufnahme settingbezogener gesundheitsfördernder Netzwerke in Österreich dar, wobei nur ein Ausschnitt der Netzwerke in die Analyse einfließt. Eine umfassende Untersuchung aller Netzwerke ist daher noch ausständig, weshalb zahlreiche Fragen offen bleiben: Wie viele derartige Netzwerke gibt es in Österreich tatsächlich? In welchem Bereich und in welchem Bundesland bestehen noch Lücken? Ist es sinnvoll, alle Netzwerke einer zentralen Koordinationsinstanz zu unterstellen und wie sieht die öffentliche Wahrnehmung derartiger Netzwerke aus? Können settingbezogene gesundheitsfördernde Netzwerke trotz ihrer Komplexität einer Evaluation unterzogen werden und welche Ergebnisse bringt ein Vergleich mit Netzwerken aus anderen Ländern? Eine weiterführende Auseinandersetzung mit österreichischen gesundheitsfördernden settingbezogenen Netzwerken scheint daher notwendig.

## 6. Literaturverzeichnis

- Ahrens, Dieter, Marzinzik, Kordula (2007): Stärkung der Gesundheitsförderung durch die Verschränkung von Gesundheitswissenschaften und Sozialer Arbeit. In: Schmidt, Bettina und Kolip, Petra (Hgs.) (2007): Gesundheitsförderung im aktiven Sozialstaat. Präventionskonzepte zwischen Public Health, Eigenverantwortung und Sozialer Arbeit, Juventa: Weinheim 143-154.
- Amelung, Volker E., Sydow, Jörg, Windeler, Arnold (2009): Vernetzung im Gesundheitswesen im Spannungsfeld von Wettbewerb und Kooperation. In: Amelung, Volker E., Sydow, Jörg, Windeler, Arnold (Hgs.) (2009): Vernetzung im Gesundheitswesen. Wettbewerb und Kooperation, Kohlhammer: Stuttgart, 9-24.
- Antonovsky, Aaron (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, Band 36, TDGVT: Tübingen.
- Barić, Leo und Conrad, Günther (1999): Gesundheitsförderung in Settings. Konzept, Methodik und Rechenschaftspflichtigkeit zur praktischen Anwendung des Settingansatzes der Gesundheitsförderung, Verlag für Gesundheitsförderung: Gamburg.
- BGF-Netzwerk (nd): BGF-Charta. Online unter <[http://www.netzwerk-bgf.at/portal27/portal/bgfportal/channel\\_content/cmsWindow?action=2&p\\_menuid=66231&p\\_tabid=4](http://www.netzwerk-bgf.at/portal27/portal/bgfportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=66231&p_tabid=4)> (07.08. 2012).
- Birgmann, Richard (2006): Detailbericht betriebliche Gesundheitsförderung in Oberösterreich. Linz: Institut für Gesundheitsplanung.
- Bögenhold, Dieter und Marschall, Jörg (2007): Netzwerkforschung zwischen Theorie und Methode: Zur Aktualität der Netzwerkmetapher vor dem Hintergrund aktueller interdisziplinärer Integrationsbemühungen von Soziologie, Ökonomik und Geschichtswissenschaften. Paper für die Konferenz "Ein neues Paradigma in den Sozialwissenschaften - Netzwerkanalyse und Netzwerktheorie", online unter <[http://www.soz.uni-frankfurt.de/Netzwerktagung/Boegenhold\\_Marschall.pdf](http://www.soz.uni-frankfurt.de/Netzwerktagung/Boegenhold_Marschall.pdf)> (03.08. 2012).
- Bogner, Alexander und Menz Wolfgang (2009): Experteninterviews in der qualitativen Sozialforschung. Zur Einführung in eine sich intensivierende Methodendebatte, in: Bogner, Alexander, Littig, Beate, Menz, Wolfgang (Hgs.) (2009): Experteninterviews. Theorie, Methode, Anwendungsfelder, 3., grundlegend überarbeitete Auflage, Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden, 7-31.
- Boos, Frank, Exner, Alexander, Heitger, Barbara (1992): Soziale Netzwerke sind anders. Erschienen in: Organisationsentwicklung, Vol. 11. (1), online unter <[www.exnerberatung.at/Downloads/soziale\\_netzwerke\\_sind\\_anders.pdf](http://www.exnerberatung.at/Downloads/soziale_netzwerke_sind_anders.pdf)> (15.07. 2012).
- Bortz, Jürgen und Döring, Nicola (2006): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. 4., überarbeitete Auflage, Springer Medizin Verlag: Heidelberg.
- Bourdieu, Pierre (1983): Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In: Kreckel, Reinhard (Hg.) (1983): Soziale Ungleichheiten. Soziale Welt, Sonderband 2, Schwartz: Göttingen, 183-198.

- Bundesministerium für Gesundheit (nd): Netzwerke als Strategien der Gesundheitsförderung. <http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/3/3/0/CH1154/CMS1038911709266/gesundheitsfoerderungnetzwerke.pdf> (17.06. 2011).
- Burt, Ronald S. and Minor, Michael J. (1983): Introduction. In: Burt, Ronald S. and Minor, Michael J. (Eds.) (1983): Applied Network Analysis. A Methodological Introduction, Sage Publications: Newbury Park.
- Burt, Ronald S. (1992): Structural Holes. The Social Structure of Competition, Harvard University Press: Cambridge.
- DeGEval (Hg.) (2008): Standards für Evaluation. 4., unveränderte Auflage, DeGEval: Mainz, online unter <http://www.alt.degeval.de/calimero/tools/proxy.php?id=24065> (18.04. 2012).
- DGS und BDS (1992): Ethik Kodex. Online unter <http://www.soziologie.de/index.php?id=19> (04.07. 2012).
- Diederichs, Claudia und Schwartz, Friedrich W. (2009): Vernetzung in der Prävention auf dem Weg zu einer „Public Health Policy“. In: Amelung, Volker E., Sydow, Jörg, Windeler, Arnold (Hgs.) (2009): Vernetzung im Gesundheitswesen. Wettbewerb und Kooperation, Kohlhammer: Stuttgart, 137-148.
- Diekmann, Andreas (2007): Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen, 18. Auflage, Rowohlt: Reinbek bei Hamburg.
- Dür, Wolfgang (2008): Visionen für die Gesundheitsförderung in Österreich. In Spicker, Ingrid, Sprengseis und Gabriele (Hgs.) (2008): Gesundheitsförderung stärken. Kritische Aspekte und Lösungsansätze, Facultas: Wien, 48-60.
- Faltermaier, Toni (2005): Migration und Gesundheit: Fragen und Konzepte aus einer salutogenetischen und gesundheitspsychologischen Perspektive. In: Marschalck, Peter und Wiedl Karl Heinz (Hgs.) (2005): Migration und Krankheit. IMIS-Schriften Band 10, 2. unveränderte Auflage, V&R unipress: Göttingen, 93-112.
- Flick, Uwe, von Kardorff, Ernst, Steinke, Ines (Hgs.) (2007): Vorwort. In: Flick, Uwe, von Kardorff, Ernst, Steinke, Ines (Hgs.) (2007): Qualitative Forschung. Ein Handbuch, 5. Auflage, Reinbek: Rowohlt, 11-30.
- Forster, Rudolf und Krajic, Karl (2008): Gesundheit und Medizin. In: Forster, Rudolf (Hg.) (2008): Forschungs- und Anwendungsbereiche der Soziologie. Facultas: Wien, 72-87.
- Freeman, R. Edward (1984): Strategic Management. A Stakeholder Approach, Cambridge University Press: Cambridge.
- Froschauer, Ulrike (2008): Organisationen. In: Forster, Rudolf (Hg.) (2008): Forschungs- und Anwendungsbereiche der Soziologie. Facultas: Wien, 186-201.
- Gesunde Schule Salzburg (2012): Gesunde Schule Salzburg. Online unter <http://gesundeschule.salzburg.at/> (31.08. 2012).
- Gläser, Jochen und Laudel, Grit (2004): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden.

- Gollwitzer, Mario und Jäger, Reinhold S. (2007): Evaluation. Workbook, Beltz: Weinheim.
- Granovetter, Mark (1973): The strength of weak ties. *American Journal of Sociology*, Vol. 78 (6), 1360-1380.
- Green, Lawrence W., Poland, Blake, Rootman, Irving (2000): The Settings Approach to Health Promotion. In: Green, Lawrence W., Poland, Blake, Rootman, Irving, (Eds.) (2000): *Settings for Health Promotion: Linking Theory and Practice*. Sage Publications: Newbury Park, 1-43.
- Hahn, Silvia, Ludwig, Wernder, Rijntjes, Herbert (1996): RegionNet e.V.-Netzwerk Vorbeugung im Rheinisch-Bergischen Kreis. In: GesundheitsAkademie/Landesinstitut für Schule und Weiterbildung NRW (Hg.) (1996): *Macht-Vernetzung-gesund? Strategien und Erfahrungen regionaler Vernetzung im Gesundheitsbereich*, Mabuse: Frankfurt am Main, 113-128.
- Hollstein, Betina (2006): Qualitative Methoden und Netzwerkanalyse-ein Widerspruch? In: Hollstein, Betina und Straus, Florian (Hgs.) (2006): *Qualitative Netzwerkanalyse. Konzepte, Methoden, Anwendungen*, Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden, 11-35.
- Hollstein, Betina (2010): Qualitative Methoden und Mixed-Method-Designs. In: Stegbauer, Christian und Häußling, Roger (Hgs.) (2010): *Handbuch Netzwerkforschung. Netzwerkforschung, Band 4*, Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden, 459-470.
- Holzer, Boris (2009): Netzwerktheorie. In: Kneer, Georg und Schroer, Markus (Hgs.) (2009): *Handbuch soziologische Theorien*. Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden, 253-275.
- Hurrelmann, Klaus Klotz, Theodor, Haisch, Jochen (2004): Einführung: Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, Klaus, Klotz, Theodor und Haisch, Jochen (Hgs.) (2004): *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Verlag Hans Huber: Bern, 11-19.
- Hurrelmann, Klaus (2010): *Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung*, 7. Auflage, Juventa: Weinheim.
- Jansen, Dorothea (2000): Netzwerke und soziales Kapital. Methoden zur Analyse struktureller Einbettung, in: Weyer, Johannes (Hg.) (2000): *Soziale Netzwerke. Konzepte und Methoden der sozialwissenschaftlichen Netzwerkforschung*, Oldenbourg: München, 35-62.
- Jungk, Sabine (1996): Kooperation und Vernetzung. In: GesundheitsAkademie/Landesinstitut für Schule und Weiterbildung NRW (Hg.): *Macht-Vernetzung-gesund? Strategien und Erfahrungen regionaler Vernetzung im Gesundheitsbereich*, Mabuse: Frankfurt am Main, 44-56.
- Kämper, Eckard und Schmidt, Johannes F.K. (2000): Netzwerke als strukturelle Kopplung. Systemtheoretische Überlegungen zum Netzwerkbegriff, in: Weyer, Johannes (Hg.) (2000): *Soziale Netzwerke. Konzepte und Methoden der sozialwissenschaftlichen Netzwerkforschung*, Oldenbourg: München, 211-235.

- Kickbusch, Ilona (2006): Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft, Verlag für Gesundheitsförderung: Gamburg.
- Kieser, Alfred und Walgenbach, Peter (2003): Organisation. 4. Auflage, Schäffer-Poeschel Verlag: Stuttgart.
- Kleining, Gerhard (1995): Lehrbuch Entdeckende Sozialforschung. Band 1 Von der Hermeneutik zur qualitativen Heuristik. Beltz: Weinheim.
- Krippendorff, Klaus (1980): Content Analysis. An Introduction to Its Methodology, SAGE Publications: Newbury Park.
- Kühl, Stefan (2011): Organisationen. Eine sehr kurze Einführung, Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden
- Lamnek, Siegfried (2005): Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch, 4., vollständig überarbeitete Auflage, Beltz: Weinheim.
- Lang, Gert (2009): Gesundheitsförderung in Wissenschaft, Politik und Praxis: Was die Interaktion der AkteurInnen erfolgreich macht. In: Spicker, Ingrid und Land, Gert (Hgs.) (2009): Gesundheitsförderung auf Zeitreise. Herausforderungen und Innovationspotenziale auf dem Weg in die Zukunft, Facultas: Wien, 218-228.
- Larcher, Manuela (2010): Zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring – Überlegungen zu einer QDA-Software unterstützten Anwendung. Diskussionspapier DP-46-2010, Institut für nachhaltige Wirtschaftsentwicklung, Universität für Bodenkultur: Wien.
- LBIHPR, (2011): Gesundheitsförderung an Wiener Schulen. Online unter <<http://lbihpr.lbg.ac.at/forschungsprogramm/gesundheitsfoerderung-wiener-schulen>> (20.09. 2011).
- Leavitt, Harold J. (1965): Applied Organizational Change in Industry: Structural, Technological and Humanistic Approaches. In: March, James G. (Ed.): Handbook of Organizations. Rand McNally: Chicago.
- Lüftenegger, Peter (Hg.) (1997): 5 Jahre Netzwerk Gesunde Städte Österreichs. Wien: Netzwerk „Gesunde Städte Österreichs“.
- Luhmann, Niklas (2000): Organisation und Entscheidung. Westdeutscher Verlag: Opladen.
- Luhmann, Niklas (2005): Interaktion, Organisation, Gesellschaft. Anwendungen der Systemtheorie, in: Luhmann, Niklas (2005): Soziologische Aufklärung 2. Aufsätze zur Theorie der Gesellschaft, 5. Auflage, Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden, 9-24.
- Mayring, Philipp (2000): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, 7. Auflage, Beltz: Weinheim.
- Mayring, Philipp (2002): Einführung in die Qualitative Sozialforschung. Beltz: Weinheim.
- Mayring, Philipp und Michaela Gläser-Zikuda (Hgs.) (2005): Die Praxis der Qualitativen Inhaltsanalyse. Beltz: Weinheim.

- Mayring, Philipp (2007): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick, Uwe, von Kardorff, Ernst, Steinke, Ines (Hgs.) (2007): Qualitative Sozialforschung. Ein Handbuch, 5. Auflage, Rowohlt: Reinbek, 468-475.
- Meggeneder, Oskar (Hg.) (1997): Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich. Linz: Österreichische Kontaktstelle für Betriebliche Gesundheitsförderung.
- Mensch, Gerhard (2008): Finanz-Controlling. Finanzplanung und -kontrolle, Controlling zur finanziellen Unternehmensführung, 2. Auflagen, Oldenbourg: München.
- Meuser, Michael und Nagel, Ulrike (2009): Experteninterview und der Wandel der Wissensproduktion. In: Bogner, Alexander, Littig, Beate, Menz, Wolfgang (Hgs.) (2009): Experteninterviews. Theorie, Methode, Anwendungsfelder, 3., grundlegend überarbeitete Auflage, Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden: 35-60.
- Nitsch, Martina und Waldherr, Karin (2011): Evaluation von Gesundheitsfördernden Schulen. Prävention und Gesundheitsförderung, Vol. 6 (4), 249-254.
- Noack, Thorsten, Fangerau, Heiner, Vögele, Jörg (2007): Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Im Querschnitt Q2, Urban und Fischer: München.
- Nuissl, Ekkehard (2010): Netzwerkbildung und Regionalentwicklung. Studienreihe Bildungs- und Wissenschaftsmanagement, 12, Waxmann Verlag: Münster.
- Nutbeam, Don (1998): Health promotion glossary. Healthpromotion International, Vol. 13 (4), 349-364.
- Nutbeam, Don und Harris, Elisabeth (2005): Theorien und Modelle der Gesundheitsförderung. Eine Einführung für Praktiker zur Veränderung des Gesundheitsverhaltens von Individuen und Gemeinschaften, Nachdruck, Verlag für Gesundheitsförderung: Gamburg.
- ÖÄK (2010): Gesundheit muss Schule machen. Online unter [http://www.multiart.at/oeaek\\_newsroom/index.php?m=viewarticle&ar=381](http://www.multiart.at/oeaek_newsroom/index.php?m=viewarticle&ar=381) (16.04.2012).
- ONGKG (nd): ONGKG-Mailingliste. Online unter <http://www.ongkg.at/rundbriefe.html> (30.08.2012).
- Pelikan, Jürgen (2007): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Ein systemtheoretischer Lösungszugang, Prävention und Gesundheitsförderung, Vol. 2 (2), 74-81.
- Pelikan, Jürgen (2011): Zur Entwicklung eine gesundheitsfördernden Settings. In: Dür, Wolfgang und Felder-Puig, Rosemarie (Hgs.) (2011): Lehrbuch schulische Gesundheitsförderung. Verlag Hans Huber: Bern, 63-72.
- Penz, Holger (2008): Gemeindebezogene Gesundheitsförderung. Eine Fallstudie zu etablierten Konzepten in der landesweiten Umsetzung, Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden.
- Preisendörfer, Peter (2008): Organisationssoziologie. Grundlagen, Theorien und Problemstellungen, 2. Auflage, Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden.

- Probst, Josef und Spitzbart, Jürgen (2009): Mehr Gesundheitsorientierung durch strategische und operative Kooperation. In: Spicker, Ingrid und Land, Gert (Hgs.) (2009): Gesundheitsförderung auf Zeitreise. Herausforderungen und Innovationspotenziale auf dem Weg in die Zukunft, Facultas: Wien, 229-239.
- Provan, Keith G., Fish, Amy, Sydow, Joerg (2007): Interorganizational Networks at the Network Level: A Review of the Empirical Literature on Whole Networks. *Journal of Management*, Volume 33, Number 3, 479-516.
- Raab, Jörg (2010): Netzwerke und Netzwerkanalyse in der Organisationsforschung. In: Stegbauer, Christian und Häußling, Roger (Hgs.) (2010): *Handbuch Netzwerkforschung. Netzwerkforschung, Band 4*, Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden, 575-586.
- Rohrauer-Näf, Gerlinde, Waldherr, Karin (2011): Gesundheitsförderung in Österreich. In: Blümel, Stephan, Franzkowiak, Peter, Kaba, Schönstein, Lotte, Nöcker, Guido, Trojan, Alf (Hgs.) (2011): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, Neuausgabe, BzGA: Köln*, 223-230.
- Rosenbrock, Rolf und Kümpers, Susanne (2006): Die Public Health Perspektive. Krankheit vermeiden-Gesundheit fördern, in: Wendt, Claus und Wolf, Christof (Hgs.) (2006): *Soziologie der Gesundheit. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 46*, Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden, 243-269.
- Rosenbrock, Rolf und Hartung, Susanne (2011): Settingansatz/Lebensweltansatz. In: Blümel, Stephan, Franzkowiak, Peter, Kaba, Schönstein, Lotte, Nöcker, Guido, Trojan, Alf (Hgs.) (2011): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, Neuausgabe, BzGA: Köln*, 497-500.
- Schnell, Rainer, Hill, Paul B., Esser, Elke (2008): *Methoden der empirischen Sozialforschung*. 8. unveränderte Auflage, Oldenbourg: München.
- Schubert, Herbert (2008): *Netzwerkmanagement. Koordination von professionellen Vernetzungen-Grundlagen und Praxisbeispiele*, Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden.
- Scott, William Richard (2003): *Organizations: rational, natural, and open systems*. 5<sup>th</sup> edition, Pearson Education: New Jersey.
- Siebert, Diana (2006): *Stand und Perspektiven der settingbezogenen Netzwerkarbeit in der Gesundheitsförderung in Deutschland*. Diplomarbeit, Blauer Punkt Verlag: Magdeburg.
- Smith, Ben J., Tang, Kwok-Cho, Nutbeam, Don (2006): *WHO Health Promotion Glossary: new terms*. Health Promotion International Advance Access, Oxford University Press: Oxford, online unter <http://www.who.int/healthpromotion/about/HP%20Glossay%20in%20HPI.pdf> (22.07. 2012).
- Soffried, Jürgen, Spitzbart, Stefan, Schloffer, Andrea (nd): *Capacity Building für Public Health in der Sozialversicherung 2009/2010*. Online unter: [https://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/esvportal/channel\\_content/cmsWindow?action=2&p\\_menuid=2741&p\\_tabid=2&p\\_pubid=650285](https://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/esvportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=2741&p_tabid=2&p_pubid=650285) (23.07. 2012).
- Statistik Austria (2012): *Gesundheitsausgaben in Österreich laut System of Health Accounts (OECD) 1990 – 2010*. Online unter: [http://www.stat.at/web\\_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsausgaben/index.html](http://www.stat.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsausgaben/index.html) (15.04. 2012).

- Stegbauer, Christian (2010a): Netzwerkanalyse und Netzwerktheorie. Einige Anmerkungen zu einem neuen Paradigma. In: Stegbauer, Christian (Hg.) (2010): Netzwerkanalyse und Netzwerktheorie. Ein neues Paradigma in den Sozialwissenschaften, 2. Auflage, Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden, 11-19.
- Stegbauer, Christian (2010b): Weak and Strong Ties. Freundschaft aus netzwerktheoretischer Perspektive. In: Stegbauer, Christian (Hg.) (2010): Netzwerkanalyse und Netzwerktheorie. Ein neues Paradigma in den Sozialwissenschaften, 2. Auflage, Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden, 105-119.
- Steinke, Ines (2007): Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick, Uwe, von Kardorff, Ernst, Steinke, Ines (Hgs.) (2007): Qualitative Forschung. Ein Handbuch, 5. Auflage, Rowohlt: Reinbek, 319-331.
- Stockmann Reinhard (2007): Einführung in die Evaluation. In: Stockmann, Reinhard (Hg.) (2007): Handbuch zur Evaluation. Eine praktische Handlungsanleitung, Sozialwissenschaftliche Evaluationsforschung, Band 6, Waxmann Verlag: Münster, 24-70.
- SVR (2005): Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Gutachten 2005, Kurzfassung, online unter  
<[http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2005/Kurzfassung.pdf](http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2005/Kurzfassung.pdf)> (15.07. 2012).
- Trojan, Alf und Süß, Waldemar (2011): Vermitteln und Vernetzen. In: Blümel, Stephan, Franzkowiak, Peter, Kaba, Schönstein, Lotte, Nöcker, Guido, Trojan, Alf (Hgs.) (2011): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, Neuausgabe, BzGA: Köln, 572-574.
- von Kardorff, Ernst (1996): Die Gesundheitsbewegung – eine Utopie im Rückspiegel. In: GesundheitsAkademie/Landesinstitut für Schule und Weiterbildung NRW (Hg.) (1996): Macht-Vernetzung-gesund? Strategien und Erfahrungen regionaler Vernetzung im Gesundheitsbereich, Mabuse: Frankfurt am Main, 15-43.
- von Rosenstiel, Lutz (2007): Organisationsanalyse. In: Flick, Uwe, von Kardorff, Ernst, Steinke, Ines (Hgs.) (2007): Qualitative Sozialforschung. Ein Handbuch, 5. Auflage, Rowohlt: Reinbek, 224-238.
- Watzlawick, Paul, Beavin, Janet H., Jackson, Don D. (2000): Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien, 10., unveränderte Auflage, Verlag Hans Huber: Bern.
- Weick, Karl E. (2001): „Drop your Tools“. In: Bardmann, Theodor M. und Groth, Torsten (Hgs.) (2001): Zirkuläre Positionen 3. Organisation, Management, Beratung, Westdeutscher Verlag; Wiesbaden 123-138.
- Weiss, Regula (2005): Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten. Reihe Sozialer Zusammenhalt und kultureller Pluralismus, 2. Auflage, Seismo Verlag: Zürich.
- Weyer, Johannes (2000): Einleitung. Zum Stand der Netzwerkforschung in den Sozialwissenschaften, in: Weyer, Johannes (Hg.) (2000): Soziale Netzwerke. Konzepte und Methoden der sozialwissenschaftlichen Netzwerkforschung, Oldenbourg: München, 1-34.
- Windeler, Arnold (2001): Unternehmungsnetzwerke. Konstitution und Strukturierung, Westdeutscher Verlag: Wiesbaden.



- Wolff, Stephan (2010): Soziale Dienstleistungsorganisationen als lose verkoppelte Systeme und organisierte Anarchien. In: Klatetzki, Thomas (Hg.) (2010): Soziale Dienstleistungsorganisationen. Soziologische Perspektiven. Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden, 285-335.
- WHO (1948): Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19 June - 22 July 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.
- WHO (1986): Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986 – WHO/HPR/HEP/95.1. Online unter: <[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/129532/Ottawa\\_Charter.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf)> (17.07. 2012).
- WieNGS (nd): Netzwerk. Prinzipien und Ziele, online unter <<http://www.wiengs.at/?page=Mg==>>> (31.08. 2012).

## **7. Anhang**

### **7.1 Zusammenfassung**

Gesundheit ist keine Selbstverständlichkeit, sondern wird von Verhältnissen in der Umwelt, gesellschaftlichen Bedingungen, den psycho-physischen Voraussetzungen eines Individuums sowie individuellem Verhalten beeinflusst. Sie lässt sich daher laut der Ottawa Charta am besten dort fördern, wo Individuen arbeiten und leben, also in deren alltäglichen Lebenswelt, in sogenannten Settings (BMG nd). Um gesundheitsförderliche Initiativen zu verbinden, die Verbreitung von Kriterien der Qualitätssicherung ebenso wie den Austausch zu fördern, rief man gesundheitsfördernde settingbezogene Netzwerke ins Leben. Wenngleich derartige Netzwerke auch in Österreich seit dem Ende der 1980er Jahre bestehen, fand bisher kaum systematische Forschung zu diesem Themenbereich statt. Die vorliegende Arbeit will daher einen ersten Einblick in das Feld gesundheitsfördernder settingbezogener Netzwerke bieten und Gemeinsamkeiten bzw. Unterschiede beleuchten.

Für den empirischen Teil dieser Masterarbeit wurden im Zeitraum von Dezember 2011 bis März 2012 acht qualitative Expertinnen-/Experteninterviews mit Vertreterinnen/Vertretern österreichischer settingbezogener Gesundheitsförderungsnetzwerke sowie des FGÖs und des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger geführt. Die Auswertung des gewonnenen Datenmaterials erfolgte mittels inhaltlich strukturierender Inhaltsanalyse nach Mayring (2000). Das gewählte Verfahren geht bei der Kategorienbildung sowohl induktiv als auch deduktiv vor. Die Hauptkategorien der Analyse – Struktur, Ziele und Mitgliedschaft – entstammen daher der soziologischen Organisations- und Netzwerktheorie.

Die Analyse des gewonnenen Datenmaterials zeigte, dass zwischen den untersuchten Netzwerken erhebliche Unterschiede, aber auch viele Parallelen bestehen. So verfügen alle Netzwerke über eine zentrale Koordinationsstelle bzw. Steuergruppe, in der in den meisten Fällen auch relevante Stakeholder vertreten sind. Die größten Gemeinsamkeiten ließen sich im Hinblick auf die Ziele der Netzwerke ausmachen: Jedes der sechs Netzwerke ist bestrebt, die Implementierung von Gesundheitsförderung im jeweiligen Setting zu fördern, den Informationsfluss zwischen den einzelnen Mitgliedern zu unterstützen und das Thema Gesundheitsförderung auch im öffentlichen Diskurs zu verankern.

Bei ihrer Tätigkeit sehen sich die Netzwerke mit zahlreichen Herausforderungen konfrontiert, die vielfach den besonderen Bedingungen und Strukturen der einbezogenen Settings entspringen. Mit der Schwierigkeit, Gesundheitsförderung langfristig, flächendeckend und qualitativ umzusetzen sowie fehlenden personellen bzw. finanziellen Ressourcen sehen sich jedoch alle untersuchten Netzwerke konfrontiert.

## **7.2 Abstract**

Health is no matter of course, but the result of environmental influences, social relations, individual psychological and physical prerequisites and individual behaviour. Because of that reasons health can be promoted best, where people work and live, within the settings of the everyday life. Networks were founded to connect health promoting initiatives and to improve the quality of health promotion alike the exchange between the relevant players. Although such networks exist in Austria since the 1980s, they have not been researched systematically. This master thesis aims to provide a first insight into the Austrian health promoting networks by exploring their common grounds and their differences.

The empirical part of the thesis is based on eight qualitative expert interviews. The interviewees were deputies of six health promoting networks, the FGÖ and the Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. The data analysis was conducted using Mayring's qualitative structured content analysis. This method combines both inductive and deductive categories. The main categories – structure, goals and membership – are emanated from the sociological Organizational and Network studies.

The analysis has revealed many differences but also parallels between the examined networks. All networks come with Offices of Coordination or steering committees, which include relevant stakeholders in the majority of cases. Most similarities could be discovered concerning network goals. Each network strives to further the implementation of health promotion in the respective setting, to support the exchange between its members and to tie the matter of health promotion in the public discourse.

In the course of their activities, networks face many challenges. Most are determined by the special structures and circumstances within the different settings, whereas some concern all six networks. Two prominent obstacles – the difficulty to permute health promotion in the long term, area-wide and in a qualitative way and missing personal respectively financial resources – were mentioned in every interview.

## 7.3 Leitfäden

### 7.3.1 Leitfaden für settingbezogene gesundheitsfördernde Netzwerke

#### 1. Einstieg

1. Zu Beginn unseres Gesprächs möchte ich Sie bitten, mir einen Einblick in Ihre Tätigkeiten beim Netzwerk zu geben.

#### 2. Organisation

1. Welche Ziele hat sich Ihr Netzwerk gesetzt?
  - Wie sollen diese Ziele erreicht werden? (Welche Strategie wird verfolgt?)
  - Sind Sie mit der Umsetzung der Ziele zufrieden?
  - Wie könnte versucht werden, diese anders umzusetzen?
  - Wie erfolgt die Evaluierung dieser Ziele?
2. Welche Angebote stellt Ihr Netzwerk bereit?
  - Welche Zielgruppen sollen mit diesen Angeboten Ihrer Ansicht nach erreicht werden?
  - Wer nimmt diese Angebote in Anspruch?
  - Wie beurteilen Sie die Angebote?
  - Von wem geht die Initiative zur Teilnahme aus?
3. Wie ist Ihr Netzwerk aufgebaut?
  - Welche Erfahrungen haben Sie mit dieser Struktur gemacht?
  - Gibt es so etwas wie Regeln der Zusammenarbeit?
  - Wie wird mit unterschiedlichen Interessen umgegangen?
  - Ist diese Struktur eher positiv oder negativ? Warum?
4. Können Sie mir einen Einblick in die Arbeit Ihres Netzwerks geben?
  - Wann und wo finden Treffen statt?
  - Wie erfolgt der Austausch zwischen den einzelnen Mitgliedern?
5. Welche Rolle spielen Player wie Politik, Medien, Öffentlichkeit für das Netzwerk?

6. Was würden Sie als größten Erfolg des Netzwerks in den letzten fünf Jahren bezeichnen? Können Sie mir dazu ein Beispiel erzählen?
7. Welche Situation im Rahmen Ihrer Tätigkeit in den letzten fünf Jahren ist Ihnen besonders positiv/negativ in Erinnerung geblieben?
8. Welche Herausforderungen treten bei Ihrer Arbeit auf? Können Sie mir dazu Beispiele nennen?

## **2. Kooperation**

1. Sie arbeiten eng mit Schulen zusammen. Gibt es Kooperationen mit anderen AkteurInnen z.B. aus dem Bereich Gesundheitsförderung oder des Gesundheitswesens?
  - Können Sie mir sagen, mit welchen Organisationen kooperiert wird?
  - Welchen Zweck verfolgen derartige Kooperationen?
  - Wie gestalten sich Kooperationen?
2. Arbeitet das Netzwerk mit anderen Netzwerken zusammen?
  - Können Sie mir einen Einblick in diese Zusammenarbeit geben?
  - Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit?
  - Welche Erfahrungen haben Sie mit dieser Zusammenarbeit gemacht?
  - Wo liegen deren Vorteile?
  - Welche Herausforderungen treten bei Kooperationen auf?
  - Wie erfolgt der Austausch/Kommunikation des Netzwerks mit anderen gesundheitsfördernden Netzwerken?
3. Inwieweit ist Ihr Netzwerk in einen europäischen Rahmen eingebunden? Kann die Szene losgelöst von Europa agieren?

## **3. Allgemeiner Vergleich**

1. Wovon ist Ihrer Meinung nach der Erfolg von gesundheitsfördernden settingbezogenen Netzwerken abhängig?
  - Von Ihrem Netzwerk?
2. Bei welchen Tätigkeitsbereichen der Netzwerke ist Ihrer Meinung nach noch am meisten zu tun? Können Sie mir dazu ein Beispiel geben?

- Bei welchen Tätigkeitsbereichen des Netzwerks besteht Ihrer Meinung nach noch Handlungsbedarf? Können Sie mir dazu ein Beispiel geben?
3. Welche Parallelen bzw. Unterschiede gibt es zwischen den einzelnen Netzwerken?
- Was ist Ihrer Meinung nach besonders charakteristisch für Ihr Netzwerk?

#### **4. Schluss**

1. Wie bewerten Sie insgesamt die Tätigkeiten der gesundheitsfördernden Netzwerke in Österreich?
2. Wie schätzen Sie den Beitrag der Netzwerke zur Gesundheitsförderung in Österreich ein?
3. Zum Abschluss unseres Gespräches würde mich interessieren, was Sie unter dem Begriff Gesundheitsförderung verstehen?

### **7.3.2 Leitfaden für netzwerk-übergreifende Institutionen**

#### **1. Einstieg**

1. Zu Beginn unseres Gesprächs möchte ich Sie bitten, mir einen Einblick in Ihre Tätigkeiten im Bereich der Gesundheitsförderung zu beschreiben.

#### **2. Kooperation**

1. Inwieweit kommen Sie im Rahmen dieser Tätigkeiten mit (österreichischen) Netzwerken für settingbezogene Gesundheitsförderung in Kontakt?
2. Arbeitet Ihre Organisation mit Netzwerken zusammen?
  - Können Sie mir einen Einblick in diese Zusammenarbeit geben?
  - Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit?
  - Welche Erfahrungen haben Sie mit dieser Zusammenarbeit gemacht? Wo liegen deren Vorteile?
  - Welche Herausforderungen treten bei Kooperationen auf?
  - Wenn nein, warum nicht?
3. Wie erfolgt der Austausch Ihrer Organisation mit gesundheitsfördernden Netzwerken?

### **3. Organisation**

1. Welche Ziele haben sich die Netzwerke Ihrer Meinung nachgesetzt?
  - Wie beurteilen Sie die Umsetzung dieser Ziele?
  - Wie könnte versucht werden, diese anders umzusetzen?
2. Welche Angebote stellen gesundheitsfördernde Netzwerke in Österreich zur Verfügung?
  - Welche Zielgruppen sollen mit diesen Angeboten Ihrer Ansicht nach erreicht werden?
  - Wer nimmt diese Angebote in Anspruch?
  - Wie bewerten Sie diese Angebote?
3. Wie sind Ihrer Meinung nach Netzwerke für settingbezogene Gesundheitsförderung strukturiert?
  - Wie bewerten Sie die Struktur der Netzwerke?
  - Wer nimmt Einfluss auf deren Tätigkeiten?

### **4. Allgemeiner Vergleich**

1. Was würden Sie als größten Erfolg der gesundheitsfördernden Netzwerke in den letzten Jahren bezeichnen? Können Sie mir dazu ein Beispiel nennen?
2. Bei welchen Tätigkeitsbereichen der Netzwerke besteht Ihrer Meinung nach noch Handlungsbedarf? Können Sie mir dazu ein Beispiel geben?
3. Welche Parallelen bzw. Unterschiede gibt es zwischen den einzelnen Netzwerken?
4. Wie schätzen Sie den Beitrag der Netzwerke zur Gesundheitsförderung in Österreich ein?

### **5. Schluss**

1. Zum Abschluss unseres Gespräches würde mich interessieren, was Sie unter dem Begriff Gesundheitsförderung verstehen?

## 7.4 Curriculum Vitae

### Persönliche Daten

Geburtsdatum/ -ort: 29.09.1988, Linz  
Staatsbürgerschaft: Österreich  
Adresse: Liechtensteinstraße 56/33  
1090 Wien  
Telefonnummer: 0676 / 70 297 09  
Mail: johanna\_holzner@gmx.net

### Schullaufbahn

09/1995 – 07/1999 Volksschule Thalheim  
09/1999 – 06/2007 BRG Wels Wallererstraße  
Matura am 14. Juni 2007

### Studium

10/2007-09/2010 Bachelorstudium Soziologie an der Universität Wien  
seit 10/2007 Diplomstudium Geschichte an der Universität Wien  
seit 10/2010 Masterstudium Soziologie an der Universität Wien

### Praktika

07/2008 Ferienbetreuung bei der Wiener Jugenderholung  
08/2009 Praktikum beim Salzburger Bildungswerk  
09/2009 Dateneingabe bei der Sozialökonomischen  
Forschungsstelle, Wien  
11/2009 Dateneingabe bei der Sozialökonomischen  
Forschungsstelle, Wien  
07/2010-08/2010 Praktikum beim Institut für Gesundheitsplanung,  
Linz; im Rahmen der dortigen Tätigkeit Verfassen  
eines Beitrags für den Tagungsband der  
Fachtagung „Selbsthilfe im Wandel der Zeit“



## Besondere Kenntnisse und Interessen

|                            |   |
|----------------------------|---|
| Sprachen                   | sehr gute Englischkenntnisse in Wort und Schrift<br>Spanisch (Grundkenntnisse)                                |
| Statistik                  | SPSS, STATA, multivariate Analyseverfahren  |
| QDA-Software               | Atlas.ti  |
| Wirtschaftliche Kenntnisse | Europäischer Wirtschaftsführerschein Level A  |
| Ehrenamtliche Tätigkeiten  | Leiterin einer Jungschargruppe 2004 – 2011<br>Pfarrleitung der Katholischen Jungschar Thalheim<br>2007 – 2010 |

Wien, Oktober 2012