

**ENTWICKLUNG EINER STRATEGIE ZUR  
IMPLEMENTIERUNG VON KRITERIEN  
GUTER PRAXIS IM NETZWERK  
GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND  
ARBEITSMARKTINTEGRATION**

**Masterarbeit**  
eingereicht an der  
**IMC Fachhochschule Krems**

**Fachhochschul-Masterstudiengang**  
*„Gesundheitsmanagement“*

von  
**Miriam WACHTER**

zur Erlangung des akademischen Grades

**Master of Arts in Business (MA)**

**Begutachter: Hon. Prof. (FH) Dr. Bernhard Rupp, MBA**

Eingereicht am: 01.07.2011

---

## **EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG**

***„Ich erkläre an Eides statt, dass ich die vorliegende Masterarbeit selbstständig verfasst, und in der Bearbeitung und Abfassung keine anderen als die angegebenen Quellen oder Hilfsmittel benutzt, sowie wörtliche und sinngemäße Zitate als solche gekennzeichnet habe. Die vorliegende Masterarbeit wurde noch nicht anderweitig für Prüfungszwecke vorgelegt.“***

***Datum:***

***Unterschrift***

---

Die vorliegende Masterarbeit wurde nach dem Leitfaden für wissenschaftliches Arbeiten der IMC Fachhochschule Krems in der Fassung vom Juli 2008, Dok. Nr.: FHM-5-0003, Version 02, Rev. 01 erstellt.

## **DANKSAGUNG**

An dieser Stelle möchte ich die Gelegenheit nutzen, mich herzlichst bei jenen zu bedanken, die mich bei der Erstellung dieser Masterarbeit besonders unterstützt haben.

Ich danke der ÖSB Consulting GmbH und vor allem Frau Mag.<sup>a</sup> Alexandra Ertelthaler, M.A., M.A. für die großartige Möglichkeit, mein Praktikum in der Koordinationsstelle des Netzwerks Gesundheitsförderung und Arbeitsmarktintegration zu absolvieren und es mit meiner Masterarbeit zu kombinieren.

Weiters danke ich allen, die mir ihre wertvolle Zeit für ein Interview geschenkt bzw. an der schriftlichen Umfrage teilgenommen haben. Ohne ihre Unterstützung wäre diese Masterarbeit nicht möglich gewesen.

Ich danke auch Herrn Hon. Prof. (FH) Dr. Bernhard Rupp, MBA für die Betreuung dieser Masterarbeit und den Freiraum, sie nach meinen individuellen Vorstellungen zu gestalten.

Mein besonderer Dank gilt meinen Eltern und meinem Freund Matthias, für ihre laufende Unterstützung jeglicher Art während meines gesamten Studiums.

Miriam Wachter

Juni 2011

## **ABSTRACT**

Das Netzwerk Gesundheitsförderung und Arbeitsmarktintegration (NGA) hat 19 Kriterien guter Praxis für die Gesundheitsförderung im arbeitsmarktpolitischen Setting definiert. Diese Arbeit sucht nach Möglichkeiten, um die Netzwerkmitglieder bei der Umsetzung der Kriterien guter Praxis zu unterstützen. Es werden fördernde und hemmende Faktoren für die Qualität der Gesundheitsförderung aufgezeigt und Vorschläge zu Anreiz- und Unterstützungsinstrumenten diskutiert. Schließlich werden Empfehlungen für die Implementierung von Qualitätskriterien in Netzwerken der Gesundheitsförderung gegeben. Die Ergebnisse einer schriftlichen Befragung und qualitativer Interviews mit zwei Expertinnen, einem Fördergeber und mehreren Netzwerkmitgliedern deuten darauf hin, dass das NGA vor allem Maßnahmen umsetzen soll, welche die intrinsische Motivation der Netzwerkmitglieder und einen Prozess der Auseinandersetzung mit Qualität fördern. In einer weiteren Untersuchung kann überprüft werden, ob durch die vorgeschlagenen Maßnahmen die Umsetzung der Kriterien guter Praxis tatsächlich verbessert werden konnte.

The Network for Health Promotion and Labour Market Integration (NGA) has defined 19 Criteria of good Practice for health promotion in the setting labour market policy. This master thesis searches for alternatives to encourage network members to realise these criteria. Supporting and inhibiting factors for the quality of health promotion are identified and incentives for the network members are discussed. Finally, recommendations for the implementation of quality criteria in a network are developed. The results of a written survey and qualitative interviews with two experts, a financier and several network members indicate that the NGA should realise measures that support the intrinsic motivation of the network members and stimulate them to deal with quality. Further surveys are necessary to verify the effectiveness of the recommended measures.

## **INHALTSVERZEICHNIS**

Abbildungsverzeichnis.....	9
Abkürzungsverzeichnis .....	10
1 Einleitung.....	11
1.1 Problemstellung.....	11
1.2 Zielsetzung .....	11
1.3 Bedeutsamkeit und Relevanz.....	12
1.4 Methodik.....	13
1.5 Aufbau der Arbeit .....	14
2 Gesundheitsförderung im arbeitsmarktpolitischen Setting .....	15
2.1 Grundlagen der Gesundheitsförderung .....	15
2.2 Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit .....	15
2.3 Gesundheitliche Situation Arbeit suchender Menschen.....	16
2.4 Von Arbeitslosigkeit bedrohte und prekär beschäftigte Menschen .....	17
2.5 Interventionen arbeitsmarktintegrativer Gesundheitsförderung .....	19
3 Netzwerk Gesundheitsförderung und Arbeitsmarktintegration (NGA).....	21
3.1 Vernetzung in der Gesundheitsförderung .....	21
3.2 Geschichte des NGA.....	22
3.3 Zielsetzung des NGA .....	22
3.4 Struktur des NGA .....	23
3.4.1 Koordinationsstelle .....	23
3.4.2 Fördergeber und Projektbeirat .....	24
3.4.3 Netzwerkmitglieder.....	24
3.4.4 Beitrittsprozedere .....	26
3.4.5 Partnernetzwerke und Kooperationen.....	26
4 Qualität in der Gesundheitsförderung.....	27
4.1 Steigende Qualitätsanforderungen in der Gesundheitsförderung .....	27
4.2 Grundlegende Begriffe des Qualitätsmanagements .....	28
4.3 Qualitätsparameter in der Gesundheitsförderung und Prävention .....	30

4.3.1	Assessmentqualität .....	31
4.3.2	Strukturqualität .....	31
4.3.3	Prozessqualität .....	32
4.3.4	Ergebnisqualität.....	32
4.4	Qualitätssysteme in der Gesundheitsförderung .....	33
4.4.1	Good Practice Ansatz.....	33
4.4.2	QIP – Qualität in der Prävention.....	34
4.4.3	Partizipative Qualitätsentwicklung.....	35
4.4.4	Quint-essenz .....	35
4.4.5	Qualitätssicherung im Österreichischen Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung .....	36
5	Kriterien guter Praxis für die Gesundheitsförderung im arbeitsmarktpolitischen Setting.....	38
6	Anreize.....	44
6.1	Auswirkung von Anreizen auf die Motivation.....	44
6.2	Anreize als Steuerungsinstrument in Netzwerken.....	46
6.2.1	klassische Funktionen von Anreizen .....	46
6.2.2	Negative Anreize in Netzwerken .....	46
6.2.3	Positive Anreize in Netzwerken .....	47
6.3	Vorschläge zu Anreizinstrumenten und Unterstützungsangeboten .....	48
6.3.1	Preise .....	48
6.3.2	Gütesiegel .....	49
6.3.3	Qualitätsaudit.....	50
6.3.4	Schulungen.....	51
6.3.5	Indikatoren.....	52
6.3.6	Kennzahlen.....	52
6.3.7	Voraussetzung für den Erhalt von Fördergeldern .....	52
7	Untersuchungsdesign .....	54
8	Implementierung der Kriterien guter Praxis .....	56
8.1	Implementierung aus Expertinnen- und Fördergebersicht .....	56

8.1.1	Ziel der Implementierung.....	56
8.1.2	Verbindlichkeit der Kriterien guter Praxis .....	57
8.1.3	Herausforderungen bei der Implementierung.....	58
8.1.4	Umsetzung der Kriterien guter Praxis .....	60
8.1.5	Operationalisierung der Kriterien guter Praxis .....	61
8.1.6	Anreizinstrumente.....	63
8.2	Implementierung aus Sicht der Netzwerkmitglieder .....	68
8.2.1	Mitgliedschaft beim NGA.....	68
8.2.2	Umsetzung von Gesundheitsförderung .....	69
8.2.3	Umsetzung der Kriterien guter Praxis .....	74
8.2.4	Anwendung der Checkliste.....	77
8.2.5	Fördernde Faktoren für die Qualität .....	78
8.2.6	Hemmende Faktoren für die Qualität .....	80
8.2.7	Anreize und Unterstützungsangebote .....	83
9	Diskussion .....	97
9.1	Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse.....	97
9.2	Ergebnisinterpretation .....	102
9.3	Empfehlungen .....	105
9.4	Ausblick .....	108
	Literaturverzeichnis .....	109
	Anhang .....	115

## **ABBILDUNGSVERZEICHNIS**

Abbildung 1: Aufbau des NGA .....	23
Abbildung 2: Netzwerkmitglieder des NGA .....	25
Abbildung 3: Umsetzung von Gesundheitsförderungsprojekten .....	69
Abbildung 4: Anzahl der umgesetzten Projekte .....	70
Abbildung 5: Subjektiv empfundener Wissensstand über die Kriterien guter Praxis .....	74
Abbildung 6: Anreize zu den Kriterien guter Praxis .....	84
Abbildung 7: Fördernde und hemmende Faktoren für die Umsetzung der Kriterien guter Praxis .....	99

## **ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS**

AMS	Arbeitsmarktservice
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
EFQM	European Foundation for Quality Management
ENWHP	Europäisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
ISO	Internationale Organisation für Normung
NGA	Netzwerk Gesundheitsförderung und Arbeitsmarktintegration
ÖNBGF	Österreichisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung
QA	Quality Austria
QIP	Qualität in der Prävention
QM	Qualitätsmanagement
QS	Qualitätssicherung
TQM	Total Quality Management
WHO	Weltgesundheitsorganisation

# **1 EINLEITUNG**

## **1.1 Problemstellung**

Angesichts der gesellschaftlichen Bemühungen um soziale Gleichverteilung von Gesundheitschancen erfordern gerade Arbeit suchende, von Arbeitslosigkeit bedrohte und prekär beschäftigte Menschen besondere Aufmerksamkeit. Bisher gelingt es jedoch kaum, diese Zielgruppe durch Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote adäquat zu erreichen (vgl. Pichler & Wolf, 2009, S. 6).

Das Netzwerk Gesundheitsförderung und Arbeitsmarktintegration (NGA) möchte Institutionen, die in den Bereichen Gesundheitsförderung und Arbeitslosigkeit tätig sind befähigen, gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen, Strukturen und Angebote für Arbeit suchende, von Arbeitslosigkeit bedrohte und unsicher beschäftigte Menschen zu schaffen. Um dieses Ziel zu erreichen, informiert und sensibilisiert das NGA seine Netzwerkmitglieder über die Zusammenhänge von Arbeitslosigkeit und Gesundheit und die Bedürfnisse und Besonderheiten dieser Zielgruppe (vgl. Ertelthaler & Wiesinger, 2010a, S. 4).

Darüber hinaus hat das NGA insgesamt 19 Kriterien guter Praxis für die Gesundheitsförderung im arbeitsmarktpolitischen Setting definiert. Seit Juni 2010 liegen diese Kriterien guter Praxis in Form einer Checkliste vor und sollen Institutionen, die Gesundheitsförderungsangebote planen und umsetzen als Leitlinien bzw. Handlungsempfehlungen dienen (vgl. ÖSB Consulting GmbH, 2010a, S. 1).

In dieser Arbeit möchte ich hinterfragen, ob eine Checkliste ausreichen kann, um die Netzwerkmitglieder des NGA zur Umsetzung von qualitativ hochwertiger Gesundheitsförderung zu befähigen. Es soll untersucht werden, ob die Kriterien guter Praxis so, wie sie derzeit formuliert sind, von den Netzwerkmitgliedern umgesetzt werden können oder ob weitere Maßnahmen nötig sind.

## **1.2 Zielsetzung**

Das Ziel dieser Arbeit ist es herauszufinden, wie das NGA seine Mitgliedsorganisationen dabei unterstützen kann die Kriterien guter Praxis zu erfüllen. Es soll eine Strategie entwickelt werden, wie die Kriterien guter Praxis im NGA implementiert werden können, die von den Netzwerkmitgliedern akzeptiert wird. Dafür werden unterschiedliche Vorschläge zu Anreiz- und Unterstützungsinstrumenten gesammelt und Netzwerkmitglieder nach ihrer Meinung befragt.

### **Hauptforschungsfrage**

- Wie kann das NGA seine Netzwerkmitglieder bei der Umsetzung der Kriterien guter Praxis unterstützen?

### **Subforschungsfragen**

- Welche fördernden und hemmenden Faktoren beeinflussen die Umsetzung der Kriterien guter Praxis?
- Welche Meinung haben die Netzwerkmitglieder und Fördergeber zu einer Verbindlichkeit der Kriterien guter Praxis?
- Wie können die Kriterien guter Praxis operationalisiert werden und welche Meinung haben die Netzwerkmitglieder dazu?
- Welche Meinung haben die Netzwerkmitglieder zu den vorgeschlagenen Anreiz- und Unterstützungsinstrumenten?
- Wie sollten die Anreiz- und Unterstützungsinstrumente gestaltet sein, um von den Netzwerkmitgliedern akzeptiert zu werden?

Durch diese Arbeit werden Empfehlungen für die Implementierung von Qualitätskriterien in einem Netzwerk der Gesundheitsförderung ausgearbeitet. Andere Netzwerke der Gesundheitsförderung können von diesen Empfehlungen profitieren und sie dazu nutzen, um Institutionen zur Umsetzung von Qualitätskriterien zu motivieren.

## **1.3 Bedeutsamkeit und Relevanz**

Qualitätskriterien stellen eine wichtige Grundlage zur Sicherung der Qualität in Gesundheitsförderungsprojekten dar. Gerade für die Zielgruppe Arbeit suchende, von Arbeitslosigkeit bedrohte oder unsicher beschäftigte Menschen ist die Qualitätssicherung wichtig, da es einerseits noch wenige Angebote in diesem Bereich gibt und andererseits gerade diese Zielgruppe einen großen Bedarf an gesundheitsfördernden Angeboten hat. Arbeitslose und von Arbeitslosigkeit bedrohte Menschen haben aufgrund ihrer meist belastenden Lebenssituation ein erhöhtes Risiko zu erkranken und sind daher eine vom Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) definierte Zielgruppe gesundheitsfördernder Maßnahmen (vgl. Fonds Gesundes Österreich, 2009a, S. 14). Gerade in wirtschaftlich schwierigen Zeiten mit hoher Arbeitslosigkeit muss diese gefährdete Zielgruppe in ihren gesundheitsbezogenen Ressourcen gestärkt werden. Durch die Umsetzung der Kriterien guter Praxis

kann die Zielgruppe noch besser erreicht und die Qualität der Maßnahmen verbessert werden.

Die Ergebnisse dieser Arbeit sollen die Grundlage für die Implementierung der Kriterien guter Praxis für Gesundheitsförderung im arbeitsmarktpolitischen Setting bilden. Dies hat eine hohe praktische Relevanz, da daraus auch Empfehlungen für die Implementierung von Qualitätskriterien in anderen Settings abgeleitet werden können.

## **1.4 Methodik**

Bei der Wahl der Methode spielen die Fragestellung, der Untersuchungsgegenstand, die Erreichbarkeit, das verfügbare Instrumentarium und das Untersuchungsbudget eine entscheidende Rolle. Von Bedeutung ist ebenfalls das Vorhandensein einer Theorie bzw. Hypothese, die überprüft werden soll oder ob Hypothesen erst generiert werden sollen (vgl. Schmid, 2006, S. 47).

Im Gegensatz zum hypothesenüberprüfenden Ansatz, welcher von Hypothesen ausgeht, werden beim hypothesengenerierenden Ansatz erst im Laufe der Forschungsarbeit Hypothesen entwickelt, welche in einem zweiten Schritt überprüft werden können. Hypothesengenerierende Forschung geht zwar ebenfalls von einer Forschungsfrage aus, ist jedoch frei von theoretischen Grundannahmen. Ihr Ziel ist die Entwicklung von Aussagen aus den während der Forschungsarbeit erhobenen empirischen Daten (vgl. Schmid, 2006, S. 43). Da der Wissensstand über geeignete Instrumente für die Implementierung der Kriterien guter Praxis im Netzwerk Gesundheitsförderung und Arbeitsmarktintegration zu Beginn dieser Arbeit gering ist, wird in dieser Arbeit hypothesengenerierend gearbeitet. Es werden somit einstweilen noch keine theoretischen Aussagen getroffen. Im Laufe dieser Arbeit wird mittels Befragungen von zwei Expertinnen und mehreren Netzwerkmitgliedern sowie einem Fördergeber Thesen in Form von Empfehlungen über eine strategisch sinnvolle Herangehensweise der Implementierung entwickelt. Diese Empfehlungen können nach Abschluss dieser Arbeit durch eine weitere Forschungsarbeit überprüft werden.

Es werden für die Erhebung der Daten qualitativ orientierte Methoden verwendet. Qualitativ orientierte Methoden haben nicht das Ziel repräsentativ zu sein. Sie dienen der Beschreibung von Prozessen oder Zuständen, wodurch theoretische Einsichten über Typen möglich werden. Quantitativ orientierte Methoden hingegen streben danach, repräsentativ für eine Grundgesamtheit zu sein, wobei die

Grundgesamtheit durch eine Gesamterhebung oder eine repräsentative Stichprobe untersucht werden kann (vgl. Schmid, 2006, S. 47).

## **1.5 Aufbau der Arbeit**

Das erste Kapitel gibt einen Überblick über die Ausgangslage, Problemstellung, Zielsetzung, Relevanz, Methodik und den Aufbau der Arbeit.

Das zweite Kapitel ist eine Einführung in die Gesundheitsförderung im arbeitsmarktpolitischen Setting.

Im dritten Kapitel werden die Geschichte, Zielsetzung und Struktur des Netzwerks Gesundheitsförderung und Arbeitsmarktintegration beschrieben.

Das vierte Kapitel ist eine Einführung in die Grundlagen des Qualitätsmanagements unter Berücksichtigung der Besonderheiten der Gesundheitsförderung. Es werden im deutschsprachigen Raum entwickelte Qualitätssysteme der Gesundheitsförderung vorgestellt.

Im fünften Kapitel werden die Kriterien guter Praxis für die Gesundheitsförderung im arbeitsmarktpolitischen Setting beschrieben.

Das sechste Kapitel behandelt das Thema Anreize und deren Wirkung auf die Motivation. Es wird auf Anreize in ihrer Funktion als Steuerungsinstrument in Netzwerken eingegangen. In Anschluss werden hier erstmals Vorschläge zu Anreizinstrumenten für die Implementierung der Kriterien guter Praxis im NGA vorgestellt.

Das siebte Kapitel beschreibt das Untersuchungsdesign.

Das achte Kapitel stellt die Ergebnisse der Untersuchung dar. Es gliedert sich in die Ergebnisse zur Implementierung aus Expertinnen- und Fördergebersicht und Ergebnisse aus Sicht der Netzwerkmitglieder.

Im neunten Kapitel werden die Ergebnisse zusammengefasst und interpretiert. Es werden allgemeine Empfehlungen für die Implementierung von Qualitätskriterien in Netzwerken und ein abschließender Ausblick auf weiterführende Untersuchungen gegeben.

## **2 GESUNDHEITSFÖRDERUNG IM ARBEITSMARKT-POLITISCHEN SETTING**

### **2.1 Grundlagen der Gesundheitsförderung**

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert in der Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung aus dem Jahr 1986 Gesundheitsförderung als einen „Prozeß, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“ (WHO, 1986, S. 1)

Gesundheit wird hierbei nicht bloß als das Gegenteil von Krankheit, sondern als ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden betrachtet. Gesundheit entsteht, wenn einzelne oder Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt gestalten können (vgl. WHO, 1986, S. 1).

Pelikan, Dietscher & Novak-Zezula (1998, S. 14) beschreiben Gesundheitsförderung als einen Prozess der Wiedererlangung, Erhaltung oder Verbesserung der Gesundheit, welcher auch die Prävention von Krankheiten umfasst. Dieser Prozess kann auf die Beeinflussung salutogener (gesundheitsfördernder) oder pathogener (krankmachender) Faktoren abzielen, die für die Gesundheit von sozialen Systemen relevant sind. Sie betonen außerdem, dass Gesundheitsförderung sich nicht an Einzelpersonen richtet, sondern stets auf die Entwicklung der alltäglichen Lebenswelten (so genannter „Settings“) einer größeren Anzahl an Menschen abzielt, wobei möglichst alle Betroffenen und Beteiligten partizipativ in diesen Prozess einbezogen werden sollten.

### **2.2 Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit**

Gesundheitszustand und –verhalten Arbeit suchender Menschen haben in den letzten Jahren aufgrund alarmierender Forschungsergebnisse zunehmend öffentliches Interesse erregt (vgl. Pichler, 2008, S. 171). Lampert, Saß, Häfelinger & Ziese (2005, S. 83) beschreiben die gesundheitliche Situation Arbeit suchender Menschen folgendermaßen:

„Arbeitslose schätzen ihre eigene Gesundheit schlechter ein, sind stärker von Krankheiten und Beschwerden betroffen, nehmen häufiger ambulante und Krankenhausleistungen in Anspruch, verhalten sich in vielerlei Hinsicht ungesünder und unterliegen außerdem einem höheren Mortalitätsrisiko.“

Zum Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit gibt es zwei grundlegende Thesen, die beide Gültigkeit zu besitzen scheinen: Arbeitslosigkeit führt zu einem erhöhten Krankheitsrisiko (Kausalitätshypothese) und Krankheit führt zu einem erhöhten Arbeitslosigkeitsrisiko (Selektionshypothese) (vgl. Grobe & Schwartz, 2003, S. 5). Derzeit gibt es keine Studien, welche die Kausalität des Zusammenhangs zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit erklären. Viele wissenschaftliche Studien gehen aber von einer komplexen Verursachungskette mit einer wechselseitigen Risikoverstärkung aus (vgl. Schenk, 2009, S. 44).

Kieselbach und Beelmann (2006, S. 13) führen den **Selektionseffekt** auf das gängige Entlassungs- und Einstellungsverhalten der Betriebe zurück. Demnach sind Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen am stärksten von Arbeitslosigkeit bedroht. Sie haben nicht nur mit einer weit höheren Wahrscheinlichkeit zu kämpfen, entlassen zu werden. Sie bleiben auch weitaus länger arbeitslos als der Durchschnitt aller Arbeitslosen und haben geringere Chancen wieder Zugang zum Arbeitsmarkt zu finden.

Andererseits haben erwerbslose Menschen ein erhöhtes Erkrankungsrisiko. Hierbei spricht man vom sogenannten **Kausaleffekt**. Der Verlust des Arbeitsplatzes sowie andauernde Arbeitslosigkeit beeinträchtigen das gesundheitsbezogene Verhalten in negativer Weise und begünstigen damit das Entstehen gesundheitlicher Probleme psychischer und physischer Art (vgl. Kieselbach & Beelmann, 2006, S. 13).

Solange Erwerbsarbeit und Beruf den zentralen Identitätsanker in der europäischen Kultur bilden und mit sozialer Teilhabe, Sozialprestige, Anerkennung und Selbstachtung einhergehen, solange wird auch die Arbeitslosigkeit selbst ein Risiko für die Gesundheit darstellen (vgl. Schenk, 2009, S. 44).

### **2.3 Gesundheitliche Situation Arbeit suchender Menschen**

Arbeit suchende Menschen sind sowohl gesundheitlich als auch sozial benachteiligt. Arbeitslosigkeit bedingt zwar nicht per se die Zugehörigkeit zu sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen, Arbeit suchende Menschen sind jedoch häufiger multiplen sozioökonomischen Risikofaktoren wie einem geringeren Bildungsgrad und einer erhöhten Armutsgefährdung ausgesetzt (vgl. Pichler & Wolf, 2009, S. 6).

Die gesundheitliche Situation von arbeitslosen Männern und Frauen in Deutschland wurde im Jahr 1998 im Bundes-Gesundheitssurvey eingehend untersucht. Laut dieser Studie haben Arbeitslose mit deutlichen materiellen Einschränkungen

auszukommen, wie etwa einem geringen Einkommen und einer schlechteren Wohnsituation. So wohnen Arbeitslose z.B. deutlich häufiger an stark befahrenen Straßen als erwerbstätige Personen (vgl. Grobe & Schwartz, 2003, S. 8).

Fragen zur Zufriedenheit mit unterschiedlichen Lebensbereichen werden von Arbeitslosen deutlich negativer beantwortet. Neben der finanziellen Lage und der eigenen Gesundheit berichten vor allem männliche Arbeitslose von großer Unzufriedenheit mit der familiären Situation und Beziehungen zu Freunden und Bekannten (vgl. Grobe & Schwartz, 2003, S. 8).

Rund 23% der arbeitslosen Männer und Frauen bezeichnen ihren allgemeinen Gesundheitszustand als „weniger gut“ oder „schlecht“. Der Anteil der berufstätigen Personen mit dieser Einschätzung liegt nur bei 11%. Arbeitslose berichten zudem auch häufiger von einer Verschlechterung ihres allgemeinen Gesundheitszustandes im Vergleich zum Vorjahr (vgl. Grobe & Schwartz, 2003, S. 8). Je länger die Arbeitslosigkeit andauert, umso größer ist auch die Wahrscheinlichkeit, den eigenen Gesundheitszustand als schlecht einzustufen. Männer, die ein oder mehrere Jahre lang arbeitslos waren, geben im Vergleich zu berufstätigen Männer, die niemals arbeitslos waren, bis zu vier Mal so häufig einen weniger guten oder schlechten Gesundheitszustand an (vgl. ebd., S. 1).

Unterschiede im gesundheitsbezogenen Verhalten ergeben sich hauptsächlich in einem gesteigerten Rauchverhalten und einem höheren Anteil körperlich Inaktiver unter Arbeitslosen (vgl. Grobe & Schwartz, 2003, S. 8). Nur 30% der Arbeitslosen betreiben mindestens eine Stunde pro Woche Sport, während dies bei Berufstätigen immerhin 40% angeben (vgl. ebd., S. 9).

Auch hinsichtlich der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ergeben sich Unterschiede zwischen Arbeitslosen und Berufstätigen. Erwerbslose weisen mehr ärztliche Kontakte pro Jahr auf als Berufstätige. Arbeitslose Männer verbringen außerdem mehr als doppelt so viele Tage im Jahr in stationärer Behandlung wie berufstätige Männer. Bei Frauen beträgt dieser Unterschied das 1,7-fache (vgl. Grobe & Schwartz, 2003, S. 11).

## **2.4 Von Arbeitslosigkeit bedrohte und prekär beschäftigte Menschen**

Etwa 12% der österreichischen Bevölkerung arbeitete im Jahr 2008 in prekären Arbeitsverhältnissen. Das entspricht 500 000 Menschen. Mehr als die Hälfte da-

von waren Frauen. Vor allem Menschen mit Migrationshintergrund sind verstärkt von prekärer Beschäftigung betroffen (vgl. Paiha, 2008, Abs. 1).

Beschäftigungsverhältnisse werden als prekär bezeichnet, „wenn sie nicht geeignet sind, auf Dauer den Lebensunterhalt einer Person sicherzustellen und/oder deren soziale Sicherung zu gewährleisten.“ (Duckl & Busch, 2010, S. 22). Dies ist der Fall bei unregelmäßiger Beschäftigung, Teilzeitbeschäftigung mit weniger als zwölf Wochenstunden und einem Bruttoeinkommen unter € 1.000,00 pro Monat. Dies entsprach im Jahr 2008 einem Nettoeinkommen von € 818,00. (vgl. Paiha, 2008, Abs. 2). Unregelmäßige Beschäftigung ist typisch für freie Dienstverträge, Werkverträge, Leiharbeit und befristete Beschäftigungsverhältnisse. Der Anteil prekärer Arbeitsverhältnisse steigt in Österreich kontinuierlich an, besonders im Bereich der Leiharbeit und bei den Frauen (vgl. ebd., Abs. 2f.).

Als junges Phänomen ist zu beobachten, dass immer mehr Hochschulabsolventinnen und -absolventen zu den prekär Beschäftigten zählen. „Zu den schlecht Ausgebildeten, den Teilzeitkräften und den Migrantinnen kommen die Scheinselbstständigen, die Ich-AGs und die Dauerpraktikanten“ sagt Kalteis (2010, #Dauerdruck). Diese Gruppe von Menschen kann es sich häufig nicht leisten, krank zu sein. Beispielsweise weil sie Alleinunternehmerin bzw. Alleinunternehmer sind und die Sozialversicherung nicht mehr bezahlen können oder weil sie sich von „Honorar zu Honorar hanteln“. So werden Arztbesuche aufgeschoben oder Erkrankungen nicht auskuriert (vgl. Kalteis, 2010, #Dauerdruck).

Die neuen Vertragsformen, die in den 1990er Jahren eingeführt wurden, verfügen meist über ein geringes Arbeits- und sozialrechtliches Schutzniveau. Während diese atypischen Beschäftigungsformen für Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber meist günstig und kostensparend sind, zeigt sich auf der Seite der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ein widersprüchliches Bild: Manche gehen freiwillig und gerne einer atypischen Beschäftigung nach, da sie diese als Möglichkeit einer selbstbestimmteren Arbeit sehen. Andere sind hingegen dazu gezwungen, eine nicht existenzsichernde, äußerst unsichere und prekäre Beschäftigung auszuüben (vgl. Schatz, Öllinger, Hofbauer & Wurz, 2011, #Ursachen und Auswirkungen einer atypischen Beschäftigung).

Im Jahr 2009 galten laut Statistik Austria rund 1 Million Menschen in Österreich als armutsgefährdet. Das entspricht 12% der österreichischen Bevölkerung. (vgl. Statistik Austria, 2009, Abs. 1). Rund 400 000 Menschen galten als „manifest arm“.

Sie können es sich z.B. nicht leisten, die Wohnung zu heizen oder die Miete rechtzeitig zu bezahlen (vgl. Statistik Austria, 2009, Abs. 9).

Zwar sind nicht alle prekär Beschäftigten arm, aber der Anteil an armutsgefährdeten Personen liegt bei ihnen mit 18% deutlich über dem österreichischen Durchschnitt (vgl. Paiha, 2008, Abs. 4).

Einkommensnachteile verringern nicht nur die Möglichkeiten des Konsums, der Vermögensbildung, des Besitzerwerbs und der sozialen Absicherung. Sie führen auch zu einer Unterversorgung in anderen Bereichen wie der Wohnsituation oder der sozialen und kulturellen Teilhabe. Ein niedriges Einkommen hat gesundheitliche Effekte, die sich in einer geringeren Lebenserwartung, einer höheren Krankheitslast sowie einer schlechter bewerteten subjektiven Gesundheit und gesundheitsbezogenen Lebensqualität manifestieren. Niedriges Einkommen geht außerdem mit einer Zunahme gesundheitsriskanter Verhaltensgewohnheiten einher (vgl. Schenk, 2009, S. 40).

Besonders wenn mehrere Faktoren aufeinandertreffen, wie etwa ein hohes Maß an Stress bei gleichzeitiger geringer Anerkennung der Leistung, einem niedrigen Einkommen und geringen Aufstiegschancen, steigt das Krankheitsrisiko (vgl. Kalteis, 2010, #Armut erzeugt Stress).

## **2.5 Interventionen arbeitsmarktintegrativer Gesundheitsförderung**

In Zeiten, in denen sich die Gesellschaft um soziale Gleichverteilung von Gesundheitschancen bemüht, erfordern gerade Arbeit suchende, von Arbeitslosigkeit bedrohte und prekär beschäftigte Menschen besondere Aufmerksamkeit. Bisher gelingt es jedoch kaum, diese Zielgruppe durch Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote adäquat zu erreichen (vgl. Pichler & Wolf, 2009, S. 6).

Grobe und Schwartz (2003, S. 5) nennen zwei Schwerpunkte für gesundheitsfördernde Aktivitäten für Arbeit suchende Menschen. Einerseits können sich Interventionen auf die möglichst frühzeitige Reintegration ins Erwerbsleben konzentrieren. Andererseits kann der Fokus auf die Abmilderung der Folgen von Arbeitslosigkeit gelegt werden. Dabei gilt es, auf unterschiedlichen gesellschaftlichen Ebenen anzusetzen. Angefangen bei der Wirtschafts-, Bildungs-, Sozial- und Beschäftigungspolitik über die Leistungen der Arbeitsämter bis hin zur Tätigkeit in Selbsthilfegruppen (vgl. Grobe & Schwartz, 2003, S. 20).

Prekär beschäftigte Menschen sind meist starken psychischen, körperlichen und sozialen Belastungen ausgesetzt. Deshalb spielen die Förderung der individuellen und kollektiven Stressresistenz und eine gesundheitsförderliche Gestaltung der Arbeitsbedingungen eine wichtige Rolle. Eine zentrale gesundheitsrelevante Bedingung ist jedoch die Einkommenshöhe. Auch hier gilt es, auf einer politischen Ebene anzusetzen und neben Mindestlöhnen arbeitsmarktpolitische Maßnahmen zu fördern, welche die Betroffenen qualifizieren, im Arbeitsmarkt halten, Arbeitslosigkeit verhindern und die Chancen erhöhen, eine Festanstellung zu erhalten (vgl. Ducki & Busch, 2010, S. 29).

Um Arbeit suchende, von Arbeitslosigkeit bedrohte und prekär beschäftigte Menschen nachhaltig zu einer gesundheitsförderlichen Lebensweise zu befähigen, ist vor allem ein Ansetzen auf der Verhältnisebene notwendig. Nur wenn unterstützende Strukturen und Rahmenbedingungen geschaffen werden, wirkt Gesundheitsförderung umfassend und nachhaltig. Besondere Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang der Vernetzungs- und Lobbyarbeit zu. Mit ihrer Hilfe kann gesundheitlicher Chancengleichheit auf einer strategischen und politischen Ebene begegnet werden und somit Veränderungen top down, also „von oben nach unten“ initiiert werden (vgl. Pichler & Wolf, 2009, S. 6).

### **3 NETZWERK GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND ARBEITSMARKTINTEGRATION (NGA)**

#### **3.1 Vernetzung in der Gesundheitsförderung**

Sofern damit eine Organisationsform ökonomischer Aktivitäten betrachtet wird, versteht man unter einem Netzwerk eine „Kooperation in und/oder zwischen relativ autonomen, gleichwohl in ein Netz von Beziehungen eingebundenen Organisationen bzw. Unternehmungen oder Organisationseinheiten.“ (Sydow, 2010, S. 1). Netzwerke sind Cluster von rechtlich unabhängigen bzw. autonomen Organisationen, welche die Interaktion des Austausches, konzentrierten Handelns und gemeinsamer Produktion zwischen Organisationen ermöglichen. Das Vernetzen von Organisationen im Sinne von „Networking“ ist dementsprechend definiert als „die Schaffung und/oder Erhaltung eines Clusters von Organisationen zum Zwecke des Austausches, Handelns oder Produzierens unter den Mitgliedsorganisationen.“ (Brößkamp-Stone, 2003, S. 246)

Vernetzung gilt als Qualitätskriterium in der Gesundheitsförderung und wird vom Fonds Gesundes Österreich als zentrale Gesundheitsförderungskapazität angesehen, die es weiterzuentwickeln und zu fördern gilt (vgl. Hörhan et al., 2010, S. 23). In Netzwerken werden Erfahrungen zusammengetragen, Wissen generiert und wieder an die Netzwerkmitglieder verteilt. Darüber hinaus agieren Netzwerke als Lobby für Gesundheitsförderung und leisten Überzeugungsarbeit bei Politikerinnen und Politikern. Netzwerke leisten somit nicht nur einen Beitrag zur nachhaltigen Stärkung der Gesundheitsförderung, sondern spielen auch eine entscheidende Rolle bei der Qualitätsentwicklung (vgl. Lobnig, 1999, S. 62f.).

Ein wesentlicher Meilenstein für den Beginn der Vernetzung in der Gesundheitsförderung liegt in der Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung von 1986. Diese verdeutlicht, dass Gesundheitsförderung weder durch einzelne Institutionen noch das Gesundheitswesen alleine umsetzbar ist, sondern als gesamtgesellschaftliche, sämtliche Lebensbereiche betreffende Aufgabe zu verstehen ist. Diese Aufgabe ist nur durch eine gut vernetzte Zusammenarbeit unterschiedlichster Verantwortlicher und Interessensvertretungen zu bewältigen (vgl. Freie Universität Berlin & Landesgesundheitsamt Brandenburg, 1999, S. 8).

### 3.2 Geschichte des NGA

Das Netzwerk Gesundheitsförderung und Arbeitsmarktintegration (NGA) wurde gegründet, um Akteurinnen und Akteure, die gesundheits- bzw. beschäftigungsfördernde Maßnahmen konzipieren, planen und / oder umsetzen, einander näher zu bringen, zu informieren und zu sensibilisieren (vgl. Pichler & Wolf, 2010, S. 7).

Das NGA wurde 2007 als „Wiener Netzwerk Arbeitslosigkeit und Gesundheit“ im Rahmen des Projekts (f)itworks gegründet. Dabei handelte es sich um ein Modellprojekt zur Gesundheitsförderung Arbeit suchender Menschen im arbeitsmarktpolitischen Setting. Es wurde von April 2007 bis März 2009 von der ÖSB Consulting GmbH und dem Frauengesundheitszentrum FEM Süd umgesetzt. Das Interesse am Netzwerk war dermaßen groß, dass es am 31. März 2009 bereits auf 26 Mitglieder verweisen konnte. Aufgrund des großen Erfolgs und der Aktualität des Themas „Arbeitslosigkeit und Gesundheit“ wurde die Fortführung und der Ausbau des Netzwerks beschlossen (vgl. Pichler & Wolf, 2009, S. 5).

Im Jahr 2009 wurde das Netzwerk schließlich in „Netzwerk Gesundheitsförderung und Arbeitsmarktintegration“ umbenannt und ist seither einer Anlaufstelle für regionale Institutionen aus dem Großraum Wien sowie überregionale, bundesweit agierende Einrichtungen, die sich für die Zielgruppe Arbeit suchende, von Arbeitslosigkeit bedrohte bzw. prekär beschäftigte Menschen engagieren (vgl. ÖSB Consulting GmbH, o.J., Abs. 2).

### 3.3 Zielsetzung des NGA

In einem partizipativen Prozess mit den Netzwerkmitgliedern wurden in der Implementierungsphase die Vision und die Ziele des Netzwerks definiert und abgestimmt (vgl. Pichler & Wolf, 2009, S. 12).

Die **Vision** des NGA sieht Arbeit suchende, von Arbeitslosigkeit bedrohte sowie unsicher beschäftigte Menschen in Österreich in deren gesundheitsbezogenen Lebensqualität und Arbeitsfähigkeit gestärkt. „Sie finden gesundheitsfördernde Angebote, Strukturen und Rahmenbedingungen vor, sind in ihren individuellen Gesundheitskompetenzen gestärkt und zu einer gesundheitsfördernden Lebensweise befähigt.“ (Ertelthaler & Wiesinger, 2010a, S. 4).

Die **Zielsetzung** des NGA besteht erstens in der Information und der Sensibilisierung der Netzwerkmitglieder „in Hinblick auf die Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit“ sowie den „gesundheitlichen Bedürfnissen und Be-

sonderheiten“ der Zielgruppe. Zweitens sollen die Netzwerkmitglieder in ihrem Wirkungs- und Arbeitsbereich zur Schaffung gesundheitsfördernder Strukturen, Rahmenbedingungen und Angebote für die Zielgruppe befähigt werden. Als drittes Ziel wurde die Definition von Kriterien guter Praxis für die gesundheitliche Unterstützung der Zielgruppe festgelegt. Diese sollen den Netzwerkmitgliedern zugänglich und bekannt sein. Viertens ist die Identifikation und Dokumentation von „Erfolgsfaktoren für den Aufbau und die nachhaltige Etablierung von Netzwerken im Bereich Arbeit und Gesundheit“ ein erklärtes Ziel des NGA (vgl. Ertelthaler & Wiesinger, 2010a, S. 4).

### 3.4 Struktur des NGA

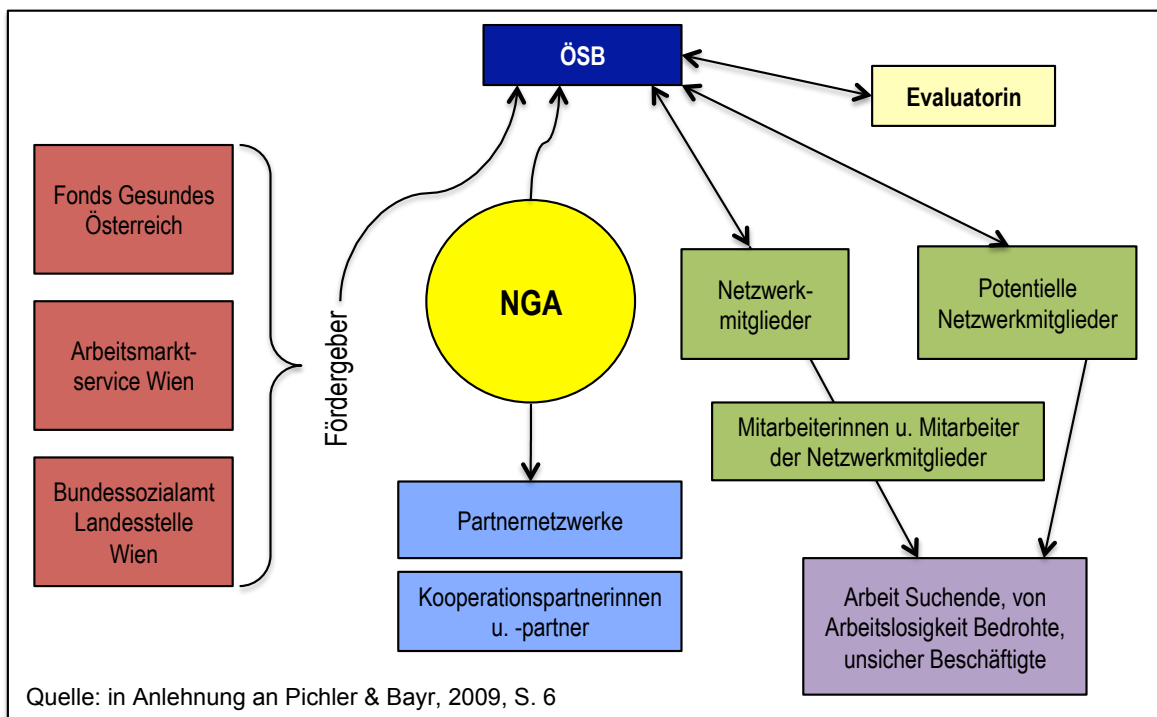


Abbildung 1: Aufbau des NGA

Abbildung 1 zeigt den Aufbau des Netzwerks Gesundheitsförderung und Arbeitsmarktintegration. Im Folgenden werden der Aufbau des Netzwerks und die darin vorkommenden Rollen beschrieben.

#### 3.4.1 Koordinationsstelle

Das Netzwerk wird in Form eines Projekts von der ÖSB Consulting GmbH als Projektträgerin umgesetzt. Die ÖSB Consulting GmbH hat die Funktion einer Koordinationsstelle für das Netzwerk. Das Team der Koordinationsstelle besteht aus drei Personen: einer Projektleitung, einer ständigen Projektmitarbeiterin bzw. eines -

mitarbeiters und jeweils einer Praktikantin bzw. einem Praktikanten, die bzw. der das Projekt für einige Monate unterstützt (vgl. Pichler & Wolf, 2009, S. 22). Die Aufgaben der Koordinationsstelle umfassen die inhaltliche und regionale Ausweitung des Netzwerks im Sinne der Ansprache neuer Netzwerkmitglieder. Weiters ist die Koordinationsstelle für die laufende Betreuung der Mitglieder, die regelmäßige Organisation von Beiratssitzungen und Netzwerktreffen, das Abhalten von Schulungen von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, die Organisation der Konferenzen, die Erstellung und Wartung der Netzwerk-Homepage sowie der Praxisdatenbank, die Erstellung des Newsletters sowie die aktive Öffentlichkeitsarbeit zuständig (vgl. Bayr, Pichler & Wiesinger, 2009, S. 25).

### **3.4.2 Fördergeber und Projektbeirat**

Das NGA wird für die Laufzeit von Mai 2009 bis April 2012 vom Fonds Gesundes Österreich, dem Arbeitsmarktservice Wien und dem Bundessozialamt Landesstelle Wien gefördert (vgl. Pichler & Wolf, 2009, S. 20). Die restlichen Kosten für die Koordination des Netzwerks werden aus Eigenmitteln der ÖSB Consulting GmbH finanziert (vgl. ÖSB Consulting GmbH, 2010b, S. 2).

Der Projektbeirat setzt sich aus Vertreterinnen bzw. Vertretern der Fördergeber, der externen Evaluatorin und dem Koordinationsteam zusammen. Die regelmäßigen Beiratssitzungen finden zwei Mal jährlich statt und sollen die Abstimmung mit den Fördergebern im Sinne einer systematischen Partizipation sicherstellen. Darin werden beispielsweise die Art des Zustandekommens und der Kommunikation von Entscheidungen im Netzwerk festgelegt (vgl. Pichler & Wolf, 2009, S. 22).

### **3.4.3 Netzwerkmitglieder**

Die Mitgliedschaft beim Netzwerk Gesundheitsförderung und Arbeitsmarktintegration ist für die Netzwerkmitglieder kostenlos. Das NGA richtet sich an „Institutionen, welche regional und/oder überregional in den Bereichen Arbeit, Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Gesundheitsförderung tätig sind.“ (Ertelthaler & Wiesinger, 2010a, S. 2). Die Netzwerkmitglieder sind Multiplikatorinnen bzw. Multiplikatoren, welche sich aktiv für die Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Arbeit suchenden, von Arbeitslosigkeit bedrohten und / oder unsicher beschäftigten Menschen engagieren möchten (vgl. Pichler & Wolf, 2009, S. 10).

Am 30. September 2010 waren dem NGA 33 Institutionen beigetreten (vgl. Ertelthaler & Wiesinger, 2010a, S. 3). Abbildung 2 zeigt eine Auflistung der Netzwerkmitglieder in alphabetischer Reihenfolge.

<b>Netzwerkmitglieder des NGA</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aids Hilfe Wien</li> <li>• Arbeiterkammer Wien</li> <li>• Arbeitsmarktservice Niederösterreich</li> <li>• Arbeitsmarktservice Wien</li> <li>• ASKÖ Bundesorganisation</li> <li>• BBRZ - Berufliches Bildungs- und Rehabilitationszentrum</li> <li>• BÖP – Berufsverband Österreichischer Psychologinnen und Psychologen</li> <li>• Bundesministerium für Gesundheit</li> <li>• Bundessozialamt Landesstelle Wien</li> <li>• Fonds Gesundes Österreich</li> <li>• Forschungsinstitut des Roten Kreuzes</li> <li>• Frauengesundheitszentrum FEM</li> <li>• Frauengesundheitszentrum FEM Süd</li> <li>• Institut zur beruflichen Integration</li> <li>• ITS Wien Laube GmbH</li> <li>• itworks Personalservice GmbH</li> <li>• Job-TransFair Gemeinnütziges Integrationsleasing GmbH</li> <li>• Magistratsabteilung 17, Integrations- und Diversitätsangelegenheiten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Magistratsabteilung 24, Gesundheits- und Sozialplanung</li> <li>• Magistratsabteilung 38, Wiener Lebensmittel- und Ernährungsservice</li> <li>• Magistratsabteilung 57, Frauenabteilung der Stadt Wien</li> <li>• Männergesundheitszentrum MEN</li> <li>• Österreichischer Gewerkschaftsbund – ÖGB</li> <li>• Schuldnerberatung Wien, Fonds Soziales Wien</li> <li>• Sucht- und Drogenkoordination Wien</li> <li>• UKI, Unterstützungskomitee zur Integration von MigrantInnen</li> <li>• Verein Dialog</li> <li>• Verein Log In - Verein zur Integration und Gesundheitsförderung von Risiko und Randgruppen</li> <li>• Verein Wiener Frauenhäuser</li> <li>• Wiener ArbeitnehmerInnen Förderungsfonds</li> <li>• Wiener Gebietskrankenkasse</li> <li>• Wiener Gesundheitsförderung – WiG</li> <li>• Wiener Programm für Frauengesundheit</li> </ul>
Quelle: eigene Darstellung nach Ertelthaler & Wiesinger, 2010a, S. 3	

**Abbildung 2: Netzwerkmitglieder des NGA**

Die Netzwerkmitglieder setzen sich ausschließlich aus öffentlichen und Non-Profit-Organisationen zusammen. Einzelpersonen dürfen nicht Mitglied des NGA werden, da dies zu einem Ungleichgewicht zwischen Institutionen und Einzelpersonen führen könnte. Privatpersonen können aber Informationen über die Homepage, den Newsletter und ausgewählte Veranstaltungen beziehen. Auch für gewinnorientierte Unternehmen ist eine Mitgliedschaft beim Netzwerk nicht möglich (vgl. ÖSB Consulting GmbH, 2009, S. 4).

Die Netzwerkmitglieder können in strategische und operative Mitglieder eingeteilt werden. Strategische Mitglieder können Fördergeberinnen oder Fördergeber von Gesundheitsförderungsmaßnahmen für Arbeit suchende, von Arbeitslosigkeit bedrohte oder unsicher beschäftigter Menschen sein. Aber auch Interessensvertre-

tungen, Berufsverbände und Behörden zählen zu den strategischen Mitgliedern. Operative Mitglieder zeichnen sich hingegen durch direkten Kontakt zur Zielgruppe und die Umsetzung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen aus. Beispiele von operativen Netzwerkmitgliedern sind nichtstaatliche Organisationen (NGOs), Vereine oder sozialökonomische Betriebe. Es gibt jedoch auch Netzwerkmitglieder, die sowohl strategisch als auch operativ sind (vgl. Ertelthaler, 2011).

#### **3.4.4 Beitrittsprozedere**

Bei Interesse einer Mitgliedschaft beim NGA kann der Erstkontakt seitens der Koordinationsstelle oder des potentiellen Mitglieds erfolgen. Der Beitritt eines neuen Netzwerkmitglieds erfolgt nach zuvor festgelegten Kriterien. Erfüllt eine Organisation die Aufnahmekriterien, wird der Beitritt automatisch in die Wege geleitet. Werden jedoch nicht alle Kriterien erfüllt, entscheidet der Projektbeirat über die Aufnahme. Für die Aufnahme ist die Unterzeichnung einer Beitrittserklärung und eines Formulars notwendig. Als Netzwerkmitglied wird die Organisation auf der Homepage platziert und erhält Zugang zum Mitgliedsbereich der Homepage. Darüber hinaus erhält jedes Mitglied vierteljährlich den Newsletter und wird zu sämtlichen Netzwerkveranstaltungen und -aktivitäten eingeladen, bei denen es sich aktiv einbringen kann (vgl. Ertelthaler & Wiesinger, 2010b, S.10).

#### **3.4.5 Partnernetzwerke und Kooperationen**

Neben den Netzwerkmitgliedern findet ein ständiger Austausch mit anderen Netzwerken, externen Dienstleisterinnen bzw. Dienstleistern und Kooperationspartnerinnen bzw. -partnern statt (vgl. Ertelthaler & Wiesinger, 2010b, S. 30). Partnernetzwerke erhalten regelmäßige Informationen zum NGA und werden auf der Homepage des Netzwerks verlinkt. Zu den Partnernetzwerken des NGA zählen (vgl. Ertelthaler & Wiesinger, 2010b, S. 29f.):

- Deutsches Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung
- Kommunales Netzwerk für Arbeitsmarktintegration und Gesundheitsförderung
- Kooperationsverbund Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten
- Plattform Gesundheit und Wohnungslosigkeit

## **4 QUALITÄT IN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG**

### **4.1 Steigende Qualitätsanforderungen in der Gesundheitsförderung**

Die Gesundheitsförderung ist eine vergleichsweise junge Disziplin. Gerade deshalb ist es bemerkenswert, welche rasanten Fortschritte die Qualität der Gesundheitsförderung in den letzten Jahren gemacht hat. Lobnig (1999, S. 51f.) nennt als Faktoren für die wachsende Bedeutung des Themas Qualität in der Gesundheitsförderung generell gestiegene Qualitätsansprüche im Gesundheits- und Sozialwesen. Qualität ist in den letzten Jahren modern geworden. Diesem Trend folgend ist auch die Nachfrage nach Maßnahmen der Qualitätssicherung von Seiten öffentlicher Fördergeberinnen und Fördergeber gestiegen. Andererseits erzeugen das Eindringen von Mitwerberinnen und Mitwerberinnen in den Gesundheitsförderungsmarkt sowie der Kampf um knapper werdende Mittel Druck auf die Akteurinnen und Akteure in der Gesundheitsförderung (vgl. Lobnig 1999, S. 51f.). Ein weiterer Grund für die wachsende Bedeutung der Qualität in der Gesundheitsförderung kann darüber hinaus in den steigenden professionellen Standards dieser sich ständig weiterentwickelnden Profession gesehen werden (vgl. Pelikan, Dietscher & Novak-Zezula, 1998, S. 12).

Studien zeigen, dass Gesundheitsförderungsprogramme, welche eine hohe Qualität aufweisen, nachweislich größere positive Effekte zeigen (vgl. Lobnig, 1999, S. 53). Abgesehen davon ist Qualitätsarbeit in der Lage, Kosten zu begrenzen oder sogar zu senken (vgl. Pelikan, Dietscher & Novak-Zezula, 1998, S. 12).

Ich gehe davon aus, dass den in der Gesundheitsförderung und Prävention Tätigen die Qualität der eigenen Arbeit und ihre Verbesserung ein wichtiges Anliegen ist. Dennoch gibt es in so gut wie allen Institutionen Bedingungen, die das Erreichen der gewünschten Qualität erschweren oder sogar verhindern können. Professionelles Qualitätsmanagement kann Organisationen dazu verhelfen, ihre Prozesse und Strukturen besser zu kennen und zu verbessern, womit die Basis für eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung gelegt wird (vgl. Dierks, Walter, Windel & Schwartz, 2001, S. 13f.).

Leider wird hinter dem Begriff des Qualitätsmanagements manchmal kein sinnvolles Verbesserungspotential, sondern eher Kostenreduktion und Qualitätsminderung aufgrund wirtschaftlichen Drucks vermutet (vgl. Dierks, Walter, Windel &

Schwartz, 2001, S. 13f.). Andererseits wird Qualitätsentwicklung auch manchmal als Luxus gesehen, den man sich im Arbeitsalltag nicht leisten kann oder will – es sei denn, sie wird von Auftraggeberinnen bzw. Auftraggebern ausdrücklich gefordert (vgl. Ackermann, Studer & Ruckstuhl, 2009, S. 148).

Die Forderung nach Qualität in der gesundheitsfördernden Arbeit ist jedoch ein seit langem beobachtbarer Trend, dem sich mittlerweile kaum noch eine Organisation entziehen kann. Gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen betreffen häufig große Bevölkerungsgruppen und greifen oft stark in das Leben anderer ein. Deshalb ist es moralisch unverzichtbar, einen möglichen Schaden durch die angewendeten Methoden nachweisbar auszuschließen und nach heutigem Wissensstand optimale Hilfe zu gewähren. Aus der Verwendung öffentlicher Ressourcen resultiert darüber hinaus eine „Pflicht zur Qualität“ gegenüber der Gesellschaft. Organisationen, die für die Umsetzung gesundheitsförderlicher Maßnahmen öffentliche Mittel verwenden, müssen nachweisen können, dass diese Mittel mit höchster Effizienz und unter angemessener Kosten-Nutzen-Relation eingesetzt werden (vgl. Dierks, Walter, Windel & Schwartz, 2001, S. 14).

## 4.2 Grundlegende Begriffe des Qualitätsmanagements

Bei der Auseinandersetzung mit dem Thema Qualität in der Gesundheitsförderung fällt bald auf, dass verschiedene Begriffe des Qualitätsmanagements häufig synonym, mitunter aber auch in Abgrenzung voneinander verwendet werden (vgl. LI-GA.NRW, 2010, S. 11). Die aktuelle Situation des Qualitätsmanagements in der Gesundheitsförderung wird als extrem vielfältig wahrgenommen, vor allem in Bezug auf einheitliche Verfahren, gemeinsame Kriterien und Begrifflichkeiten. Es gibt derzeit eine Vielzahl an geeigneten Konzepten und Instrumenten der Qualitätssicherung für die Gesundheitsförderung. Diese Instrumente sind jedoch zumeist noch nicht an die Bedingungen der jeweiligen Interventionen angepasst. Es scheint daher ein Bedarf für eine größere Übersichtlichkeit und Vereinheitlichung gegeben zu sein (vgl. Ruckstuhl, 2009, S. 88f.).

Unter „**Qualität**“ versteht man die „Gesamtheit von Merkmalen [...] einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen.“ (Hartl & Wernisch, 2006, S. 12) Diese Definition zeigt, dass Qualität immer von zuvor festgelegten Anforderungen bzw. Qualitätskriterien abhängig ist. Bei der Beurteilung von Qualität wird demnach gemessen, inwieweit die Erwartungen an eine Leistung mit der tatsächlich erbrachten Leistung übereinstimmen (vgl. Pelikan, Dietscher, & Novak-Zezula, 1998, S. 19).

„**Qualitätsmanagement**“ (QM) wird von der ISO 9000 definiert als „alle Tätigkeiten des Gesamtmanagements, die im Rahmen des QM-Systems die Qualitätspolitik, die Ziele und Verantwortungen festlegen sowie diese durch Mittel wie Qualitätsplanung, -lenkung, -sicherung, -darlegung und -verbesserung verwirklichen.“ (Hartl & Wernisch, 2006, S. 11).

„**Qualitätssicherung**“ (QS) ist ein wichtiger Teil des Qualitätsmanagements und bezeichnet „das Bestreben, einen definierten Qualitätsstand bei einem Produkt oder einer Leistung zu gewährleisten.“ Voraussetzung für QS ist eine Definition, was unter einem „guten Produkt“ bzw. einer „guten Leistung“ zu verstehen ist und welche Arbeitsschritte für deren Herstellung notwendig sind. Letztlich müssen für die QS die definierten Arbeitsschritte aber auch kontinuierlich und verlässlich umgesetzt werden (vgl. Merchel, 2010, S. 203).

Die Bedeutung des Begriffs „**Qualitätsstandard**“ ist von seinem Verwendungskontext abhängig. Allgemein sind damit normative Anforderungen an die Personen, die in einem Handlungsfeld tätig oder verantwortlich sind, gemeint. Im Sinne von „Mindeststandards“ versteht man darunter bestimmte Ausstattungs- oder Handlungsnormen, die aus fachlicher Sicht nicht unterschritten werden sollen. Der Begriff Qualitätsstandard kann aber auch einen fachlich gewünschten Maßstab im Sinne von Zielmarkierungen für wünschenswerte Qualität bezeichnen (vgl. Merchel, 2010, S. 203f.).

Die „Einheit“ ist im Qualitätsmanagement ein definierter Begriff für jenen Gegenstand, auf den sich Qualität bezieht, denn Qualität kann immer nur in Bezug auf einen Gegenstand bestimmt und bewertet werden. Eine Einheit kann eine ganze Organisation, ein Produkt, ein Prozess oder eine Dienstleistung sein (vgl. Ruckstuhl, 2009, S. 78). In der Gesundheitsförderung und Prävention wird der Gegenstand, auf den sich Qualität bezieht, nicht als Einheit, sondern als „**Referenzsystem**“ bezeichnet. In der Gesundheitsförderung tragen unterschiedliche Systeme auf verschiedenen Ebenen zur Wirkung gesundheitsförderlicher Interventionen bei. Relevante Referenzsystemen können eine nationale Policy, nationale oder regionale Programme, einzelne Projekte oder Organisationen sein. Wirksame Gesundheitsförderung benötigt entsprechende Rahmenbedingungen, Instrumentarien und Qualitätskriterien auf allen diesen Ebenen. Der Blick auf diese Referenzsysteme und ihre Zusammenhänge verhindert, dass zu große Erwartungen an die Wirksamkeit einzelner Projekte gelegt werden (vgl. ebd., S. 80f.).

Qualitätsmanagementsysteme wie ISO oder EFQM beziehen sich auf die Aufbau- und Ablauforganisationen von Unternehmen. Sie sind Managementsysteme, die auf die Erfüllung von Qualitätsanforderungen abzielen (vgl. Ruckstuhl, 2009, S. 79). Für die Referenzsysteme in der Gesundheitsförderung sind eigene Qualitätssysteme notwendig. Unter einem „**Qualitätssystem**“ versteht man „ein kohärentes System von Verfahren und Instrumenten zur Erreichung von definierten Zielen“ (ebd., S. 82). Während es für Organisationen, Projekte und Programme in der Gesundheitsförderung bereits eigene Qualitätssysteme gibt, besteht für die Policy-Ebene noch Entwicklungsbedarf (vgl. ebd., S. 82).

„**Total Quality Management**“ (TQM) ist ein bekannter Qualitätsmanagementansatz, der über die bloße Erfüllung von festgelegten Kriterien und die Einhaltung von Standards hinausgeht. TQM ist ein ganzheitliches, das ganze Unternehmen umfassendes Managementkonzept, das sich auch im Kontext der Gesundheitsförderung und Prävention durch die folgenden drei Punkte auszeichnet (vgl. Ruckstuhl, Kolip & Gutzwiller, 2001, S. 39f.):

- kontinuierliche Verbesserung: Strukturen und Prozesse werden ständig weiterentwickelt mit dem Ziel, die Ergebnisse (bzw. Wirksamkeit von Interventionen) zu verbessern.
- Kundinnen- und Kundenorientierung: Es gilt die jeweiligen Ansprüche und Bedürfnisse der unterschiedlichen Stakeholder und Zielgruppen zu identifizieren und zu berücksichtigen.
- umfassende Konzeption: Qualitätsmanagement konzentriert sich gleichermaßen auf Strukturen, Prozesse und Ergebnisse und bezieht das Gesamtprogramm oder die anbietende Organisation ein.

### **4.3 Qualitätsparameter in der Gesundheitsförderung und Prävention**

Einer der ersten, die den Qualitätsbegriff auf den Gesundheitsbereich übertrugen, war Avedis Donabedian. Von ihm stammt die Unterteilung in Ergebnisqualität, Strukturqualität und Prozessqualität. Diese drei Dimensionen werden in der Gesundheitsförderung und Prävention durch eine vierte Dimension, die Assessmentqualität, ergänzt (vgl. LIGA.NRW, 2010, S. 7).

### **4.3.1 Assessmentqualität**

Die Assessmentqualität wird auch als Planungs- oder Konzeptqualität bezeichnet (LIGA.NRW, 2010, S. 7). Ein Assessment stellt das Fundament dar, auf dem eine Intervention aufgebaut wird. Aus ihm werden Ziele, Strategien und Maßnahmen abgeleitet. Das Assessment spielt vor allem in der ersten Phase eines Projekts eine zentrale Rolle. Da es jedoch nicht möglich ist, bereits zu Beginn alle für das gesamte Projekt relevanten Informationen zu kennen, wird es auch während des Projektablaufs notwendig sein, weitere Informationen zu sammeln, um den Kontext der Intervention besser zu verstehen (vgl. Ruckstuhl, Kolip & Gutzwiller, 2001, S. 40f.).

Im Rahmen eines Assessments werden der objektive Bedarf der Intervention und die subjektiven Bedürfnisse der Zielgruppe abgeklärt. Außerdem sollte explizit dargestellt werden, welche theoretischen Annahmen dem Projekt zugrunde liegen und welches Veränderungspotential sich davon ableiten lässt. Erfahrungswerte aus anderen Projekten sollten in angemessener Weise berücksichtigt werden. Es sollte auch dargelegt werden, welche rechtlichen, kulturellen und politischen Rahmenbedingungen bei der Planung der Intervention berücksichtigt werden (vgl. Ruckstuhl, Kolip & Gutzwiller, 2001, S. 41f.).

### **4.3.2 Strukturqualität**

Strukturqualität bezieht sich auf die Rahmenbedingungen einer Intervention, wie z.B. die personelle, technische, räumliche oder finanzielle Ausstattung oder auch administrative, gesetzliche und organisatorische Bedingungen (vgl. LIGA.NRW, 2010, S. 8).

Bei Projekten der Gesundheitsförderung sollte sorgfältig entschieden werden, wer als Projektträgerin bzw. Projektträger in Frage kommt und die notwendigen Rahmenbedingungen erfüllen kann. Darüber hinaus ist eine Projektorganisation aufzubauen, deren Aufgaben und Rollen klar definiert werden sollten (vgl. Ruckstuhl, Kolip & Gutzwiller, 2001, S. 43).

Die Strukturqualität umfasst weiters eine gute Vernetzung bzw. Verankerung des Projekts, die Organisation der Kommunikation innerhalb der Projektorganisation sowie die Anzahl und Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Unter Strukturqualität sind außerdem klare Vertragsbedingungen und die budgetäre Fixierung der benötigten finanziellen und personellen Ressourcen zu verstehen (vgl. Ruckstuhl, Kolip & Gutzwiller, 2001, S. 43f.).

### **4.3.3 Prozessqualität**

In der Prozessqualität werden sämtliche Abläufe während der Umsetzung einer Intervention oder eines Angebotes betrachtet. Um zu beurteilen, ob eine Intervention so umgesetzt wurde, wie sie geplant war, ist es notwendig, dass die Ziele der Intervention präzise definiert wurden (vgl. LIGA.NRW, 2010, S. 9).

Prozessqualität umfasst die Projektplanung, die Definition der Projektziele, Qualitätsziele und dazugehöriger Indikatoren, die Reflexion mittels Feedbackschleifen, systematische Dokumentation, das Wohlbefinden und die Motivation aller im Projekt involvierten Personen sowie den Umgang mit Konflikten (vgl. Ruckstuhl, Kolip & Gutzwiller, 2001, S. 46f.).

### **4.3.4 Ergebnisqualität**

Die Ergebnisqualität fragt danach, ob mit der Intervention die Ziele, die zu Beginn festgelegt wurden, erreicht wurden. Das setzt voraus, dass die Ziele vorab definiert und messbar gemacht wurden (vgl. LIGA.NRW, 2010, S. 9).

Die Ergebnisqualität kann unterschieden werden in (vgl. Gesundheit Berlin-Brandenburg, 2010, S. 8):

- Output (unmittelbare Ergebnisse): z.B. die Anzahl erstellter Materialien oder die Anzahl durchgeführter Veranstaltungen
- Outcome (vermittelte Ergebnisse): z.B. die Anzahl von Teilnehmenden an Veranstaltungen
- Impact (Ergebnisse, die unmittelbar die Wirkung des Angebotes belegen): z.B. Verringerung des Auftretens bestimmter Erkrankungen

Gesundheitsfördernde Interventionen finden in einem komplexen sozialen und höchst dynamischen Feld statt. In solch einem Feld genügt es nicht, einmal formulierte Standards zu erfüllen. Um im Sinne einer kontinuierlichen Qualitätsverbesserung die Wirkungen der Interventionen ständig zu verbessern, ist es notwendig, auf den vier Ebenen Assessment-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität anzusetzen. Die Herausforderung besteht darin, Rahmenbedingungen in den Institutionen und bei den Auftraggeberinnen bzw. Auftraggebern zu schaffen, die diese Anspruchshaltung ermöglichen (vgl. Ruckstuhl, Kolip & Gutzwiller, 2001, S. 49f.).

## 4.4 Qualitätssysteme in der Gesundheitsförderung

Mittlerweile gibt es zahlreiche Angebote der Qualitätssicherung für die Gesundheitsförderung und Prävention. Sie reichen von selbstreflexiven Prozessen zu externer Begutachtung bis hin zu Benchmarking (vgl. Kolip & Müller, 2009, S. 16). Im folgenden möchte ich auf die Qualitätssysteme eingehen, mit denen derzeit im deutschsprachigen Raum Erfahrungen gesammelt werden.

### 4.4.1 Good Practice Ansatz

Der Begriff *Best Practice* bedeutet „die Nutzung sämtlicher zur Verfügung stehender Ressourcen zur Erreichung vorbildlicher Lösungen oder Verfahrensweisen, die zu Spitzenleistungen führen.“ (BZgA, 2007, S. 11) Dieser Ansatz entstammt dem Total Quality Management der European Foundation for Quality Management (EFQM) und zeichnet sich durch das Streben nach Exzellenz und dem Versuch, das Bestmögliche zu erreichen, aus. In der Gesundheitsförderung spiegelt sich der Best Practice Ansatz in dem von der Gesundheitsförderung Schweiz entwickelten Qualitätssystem *quint-essenz wider* (vgl. Kolip & Müller, 2009, S. 18).

Der Best Practice Ansatz verfolgt das Prinzip des Benchmarkings, bei dem die eigenen Leistungen mit den hervorragenden Leistungen anderer Anbieterinnen und Anbieter verglichen werden und diese als Vorbilder genutzt werden (vgl. BZgA, 2007, S. 11). Attraktive Vorbilder motivieren zur Nachahmung und zeigen gleichzeitig vor, wie dies funktionieren kann. In der Praxis der Gesundheitsförderung lassen sich die guten Vorbilder jedoch nicht 1:1 übertragen. Gute Ansätze müssen zuerst an die institutionellen, sozialen und strukturellen Handlungsbedingungen angepasst werden (vgl. Kilian, Brandes & Lehmann, 2009, S. 99f.). Doch gerade für diese Anpassung mangelt es den Akteurinnen und Akteuren in der Gesundheitsförderung zumeist an finanziellen und personellen Ressourcen. Es bedarf daher flexibler, niedrighschwelliger und kostengünstiger Instrumente der Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung (vgl. Kilian, Brandes & Lehmann, 2009, S. 99f.).

Deshalb wurde der *Good Practice Ansatz* vom Kooperationsverbund Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte in Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) entwickelt. Er strebt einen systematischen, konsensorientierten Weiterentwicklungsprozess an, ohne sich dem „Höchstleistungsansatz“ des Best Practice Ansatzes unterwerfen zu wollen (vgl. Kolip & Müller, 2009, S. 18). Weiters verzichtet er auf den Wettbewerb, der durch den Best Practice Ansatz impliziert wird und die mit ihm einhergehende Einteilung in Gewinnerinnen und

Gewinner mit der „besten Praxis“ und Verliererinnen und Verlierer mit der „nicht so guten Praxis“ (vgl. Kilian, Brandes, Lehmann, 2009, S. 101).

Good Practice ist „ein Prozess, der von der Kriterienentwicklung über die Auswahl von Beispielen und den Transfer in andere Angebote und Handlungsfelder bis hin zur Qualitätsoptimierung von Angeboten reicht“ (BZgA, 2007, S. 12). Durch die Auswahl guter Beispiele soll qualitätsorientierte Praxis anschaulich und lebendig vermittelt werden. Diese Vorgehensweise hat eine motivierende Wirkung, da die guten Beispiele zeigen, was in der Praxis möglich ist. Darüber hinaus sollen gute Beispiele zu einem fachlichen Reflexionsprozess über Inhalte und Strukturen der eigenen Arbeit anregen (vgl. Kilian, 2006, S. 32).

Voraussetzung für den Nutzen von Good Practice Beispielen ist die klare Benennung der konkreten Stärken der ausgewählten Modelle. Deshalb stützt sich der beratende Arbeitskreis des Kooperationsverbunds bei der Auswahl der „Models of Good Practice“ für die Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten auf zwölf transparente Kriterien (vgl. Kilian, 2006, S. 32). Ein Model of Good Practice muss nicht in allen zwölf Kriterien vorbildlich sein, um als gutes Beispiel zu gelten. Die beiden Kriterien „Konzeption und Selbstverständnis“ sowie „sozial benachteiligte Zielgruppe“ stellen allerdings Mindeststandards für die Aufnahme in die Liste der Good-Practice Beispiele dar (vgl. BZgA, 2007, S. 22).

#### **4.4.2 QIP – Qualität in der Prävention**

QIP – Qualität in der Prävention ist ein externes Begutachtungsverfahren, das vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf in Zusammenarbeit mit der BZgA entwickelt wurde (vgl. LIGA.NRW, 2010, S. 17). Das Angebot eignet sich zur Bewertung von Präventionsangeboten und ermöglicht einen Vergleich der eigenen Projekte mit denen anderer Anbieterinnen und Anbieter im Sinne von Benchmarking (vg. Kolip & Müller, 2009, S. 17).

QIP umfasst vier Schritte: Dokumentation, Begutachtung, Datenanalyse und Rückkoppelung (vgl. Töppich & Lehmann, 2009, S. 226). Interessierte Organisationen füllen einen Dokumentationsbogen über ihr Präventionsangebot aus, der 28 Qualitätsdimensionen umfasst, bestehend aus 7 Haupt- und 21 Teildimensionen. Dieser Dokumentationsbogen wird von mehreren geschulten Fachgutachterinnen und -gutachtern bewertet, indem sie die einzelnen Dimensionen nach vier Qualitätsstufen (von 0 = Problemzone bis 3 = Vorbild) benoten. Die Daten werden in eine Datenbank eingegeben und ein Projektprofil erstellt, das die Qualitätsentwick-

lung eines Projekts im Zeitverlauf aufzeigt. Auch Vergleiche zwischen einzelnen Anbieterinnen und Anbietern oder einzelnen Versorgungsfeldern sind möglich. Anschließend erhalten die interessierten Organisationen eine differenzierte Ergebnismrückmeldung über das Beurteilungsverfahren, die Beurteilungsergebnisse sowie individuelle und allgemeine Verbesserungsvorschläge (vgl. Töppich & Lehmann, 2009, S. 227ff.).

#### **4.4.3 Partizipative Qualitätsentwicklung**

Partizipative Qualitätsentwicklung bedeutet eine „ständige Verbesserung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention durch eine gleichberechtigte Zusammenarbeit zwischen Projekt, Zielgruppe, Geldgeber und eventuell anderen wichtigen Akteuren.“ (Gesundheit Berlin e.V., 2008a, Abs. 1) Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter sowie Mitglieder der Zielgruppe sollen möglichst stark an den vier Phasen der Maßnahmenentwicklung teilnehmen und teilhaben: Bedarfsbestimmung, Interventionsplanung, Durchführung und Evaluation (vgl. ebd.).

Auf der Homepage [www.partizipative-qualitätsentwicklung.de](http://www.partizipative-qualitätsentwicklung.de), welche in einem Forschungsprojekt von der Gesundheit Berlin e.V. und dem Wissenschaftszentrum für Sozialforschung Berlin entwickelt wurde, werden zahlreiche Methoden und Möglichkeiten für eine partnerschaftliche Einbindung der Zielgruppe beschrieben. Die Seite richtet sich an alle Personen und Einrichtungen, die an der Planung und Umsetzung gesundheitsfördernder Interventionen bei sozial Benachteiligten interessiert sind (vgl. Gesundheit Berlin e.V., 2008b, Abs. 1ff.).

#### **4.4.4 Quint-essenz**

Quint-essenz ist ein umfassendes Qualitätssystem für Interventionen der Gesundheitsförderung und Prävention, das die Bereiche Gesundheitsförderung und Prävention mit den methodischen Grundlagen des Projektmanagements und Aspekten der kriteriengeleiteten Qualitätsentwicklung verbindet (vgl. Studer & Ackermann, 2009, S. 27). Es wird seit über zehn Jahren von der Gesundheitsförderung Schweiz getragen und kontinuierlich weiterentwickelt. Seit dem Jahr 2000 ist es unter [www.quint-essenz.ch](http://www.quint-essenz.ch) kostenlos in vier Sprachen zugänglich (vgl. Ackermann, Studer & Ruckstuhl, 2009, S. 138).

Das Qualitätssystem basiert auf 24 Qualitätskriterien, welche den sechs Bereichen Gesundheitsförderung, Projektbegründung, Projektplanung, Projektorganisation, Projektsteuerung und Wirkungen zugeordnet sind (vgl. Studer & Ackermann, 2009, S. 27). Diese Bereiche decken wesentliche Aspekte der Assessment-,

Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität ab (vgl. Ackermann, Studer & Ruckstuhl, 2009, S. 141). Anhand dieser 24 Qualitätskriterien lassen sich Projekte in allen Phasen ihrer Entwicklung und Umsetzung systematisch reflektieren und bewerten sowie Stärken und Verbesserungspotentiale identifizieren (vgl. Studer & Ackermann, 2009, S. 27).

Die Qualitätskriterien und andere wichtige Begrifflichkeiten aus den Bereichen Gesundheitsförderung, Qualitätsentwicklung und Projektmanagement werden auf der Website von quint-essenz in Thementexten detailliert erläutert. Eine Reihe von Arbeitsinstrumenten und Checklisten sowie ein Online-Tool zur gemeinsamen Entwicklung und Verwaltung von Projekten sind ebenfalls frei verfügbar. Ein Hilfs-System mit Schritt-für-Schritt-Anleitungen, Antworten auf häufig gestellte Fragen und ein Forum für den Erfahrungsaustausch erleichtern die Nutzung (vgl. Studer & Ackermann, 2009, S. 27). Ergänzend bietet die Gesundheitsförderung Schweiz ein breites Angebot an Unterstützungsleistungen, wie Schulungen, Aus- und Weiterbildungen, Beratungsangebote sowie Diskussions- und Austauschmöglichkeiten an (vgl. Ackermann, Studer & Ruckstuhl, 2009, S. 148ff.).

#### **4.4.5 Qualitätssicherung im Österreichischen Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung**

Das Österreichische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (ÖNBGF) hat ein dreistufiges System bestehend aus einer Charta, einem Gütesiegel und einem Preis zur Qualitätssicherung in der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) entwickelt. Das Netzwerk möchte der Öffentlichkeit jene Betriebe bekannt machen, die nicht nur die individuelle Verhaltensebene, sondern auch die betrieblichen Rahmenbedingungen fokussieren. Mit dem „Drei-Stufen-System“ wurden einheitliche Kriterien entwickelt, mit deren Hilfe BGF bewertbar und hinsichtlich ihrer Nachhaltigkeit nachvollziehbar geworden ist. Es ermöglicht eine Standardisierung von BGF und erleichtert deren quantitative und qualitative Evaluierung. Durch Öffentlichkeitsarbeit und das Angebot von Benefits sollen Unternehmen über den Nutzen von BGF und deren Qualitätsanforderungen informiert werden sowie Anreize zur umfassenden Umsetzung von BGF geschaffen werden (vgl. Österreichische Kontaktstelle für Betriebliche Gesundheitsförderung, o.J., #Qualitätssicherung).

Die **BGF-Charta** stellt die erste Stufe des Qualitätssicherungssystems dar. Ihre Unterzeichnung stellt eine Absichtserklärung eines Unternehmens dar, „sich den Grundsätzen der Betrieblichen Gesundheitsförderung zu verschreiben und die

Unternehmenspolitik an diesen Prinzipien zu orientieren“ (Österreichische Kontaktstelle für Betriebliche Gesundheitsförderung, o.J., #BGF-Charta).

Das **BGF-Gütesiegel** stellt die zweite Stufe dar. Es wird jährlich an alle Unternehmen vergeben, die Betriebliche Gesundheitsförderung nach den Qualitätskriterien des Europäischen Netzwerks für Betriebliche Gesundheitsförderung (EN-WHP) umgesetzt haben. Es ist auch möglich, das Gütesiegel zu erhalten, wenn nicht alle Kriterien erfüllt wurden, aber das Unternehmen besonders innovativ vorgegangen ist. Die Gütesiegelträgerinnen und -träger erhalten eine Urkunde sowie das Gütesiegellogo in elektronischer Form, das für Marketingzwecke verwendet werden kann. Das BGF-Gütesiegel gilt drei Jahre lang, danach muss es neuerlich beantragt werden (vgl. Österreichische Kontaktstelle für Betriebliche Gesundheitsförderung, o.J., #BGF-Gütesiegel).

Die dritte und damit letzte Stufe des Qualitätssicherungssystems stellt der **BFG-Preis** dar, welcher herausragende Projekte für Betriebliche Gesundheitsförderung prämiieren soll. Alle drei Jahre wählen die Regionalstellen des Österreichischen Netzwerks für BGF aus dem Kreis der Gütesiegelträger die nominierten Unternehmen aus. Eine international besetzte Jury wählt dann die Preisträger in zwei Kategorien aus (vgl. Österreichische Kontaktstelle für Betriebliche Gesundheitsförderung, o.J., #BGF-Preis).

Die Qualitätskriterien des ÖNBGF sind an das Modell der European Foundation for Quality Management (EFQM) angelehnt. Das EFQM-Modell ist ein umfassendes Qualitätsmanagementsystem für die Bewertung des Qualitätsstandes einer Organisation. Die Bewertung kann entweder durch eine Selbstbewertung oder externe Personen stattfinden (vgl. Merchel, 2010, S. 80). Anhand von neun Kriterienbereichen soll eine umfassende, regelmäßige und systematische Bewertung der Prozesse, Strukturen und Ergebnisse einer Organisation erfolgen. Diese neun Bereiche sind aufgeteilt in fünf „Befähiger“-Faktoren und vier „Ergebnis“-Faktoren (vgl. Merchel, 2010, S. 80f.). Die neun Bereiche sind mit entsprechenden Fragen unterlegt, die mit Hilfe einer Prozent- oder Notenskala beantwortet werden. Anschließend werden zu jeder Frage, deren Realisierung als nicht befriedigend eingeschätzt wurde, Verbesserungsmöglichkeiten diskutiert, beschlossen und umgesetzt. Durch die Wiederholung dieses Vorgehens in regelmäßigen Abständen wird ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess in Gang gesetzt (vgl. Simon, 2001, S. 126).

## **5 KRITERIEN GUTER PRAXIS FÜR DIE GESUNDHEITSFÖRDERUNG IM ARBEITSMARKTPOLITISCHEN SETTING**

Mit der gemeinsamen inhaltlichen Erarbeitung von Kriterien guter Praxis für die Gesundheitsförderung im arbeitsmarktpolitischen Setting hat das NGA eine wichtige Grundlage zur Qualitätssicherung von Gesundheitsförderungsprojekten geschaffen (vgl. ÖSB Consulting GmbH, 2010a, S. 1).

Die Vorgehensweise bei der Erarbeitung der Kriterien guter Praxis erfolgte zunächst durch eine Literaturrecherche des Koordinationsteams zu Qualitätskriterien, Qualitätsmodellen und Handlungsempfehlungen unterschiedlicher Bereiche der Gesundheitsförderung. Das Koordinationsteam wählte Kriterien aus Unterlagen des Fonds Gesundes Österreich, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sowie aus den Projekten (f)itworks und most.VITAL aus. Diese wurden auf dem fünften Netzwerktreffen am 29. April 2010 von den Netzwerkmitgliedern bearbeitet und hinsichtlich ihrer eigenen Erfahrungen ergänzt (vgl. ÖSB Consulting GmbH, 2010a, S. 1).

Seit Juni 2010 liegen 19 Kriterien guter Praxis in Form einer Checkliste vor. Sie sollen den Personen, die Gesundheitsförderungsprojekte im arbeitsmarktpolitischen Setting planen und umsetzen als Leitlinien bzw. Handlungsempfehlungen dienen und sie im Sinne des Qualitätsmanagements unterstützen. Die Checkliste kann außerdem als Selbstbewertungsinstrument für die Qualität der eigenen Projekte verwendet werden (vgl. ÖSB Consulting GmbH, 2010a, S. 1).

Die „Checkliste für Projekte“, die dem Anhang dieser Arbeit entnommen werden kann, besteht aus fünf Spalten. Die beiden ersten Spalten bestehen aus der Bezeichnung des jeweiligen Kriteriums guter Praxis sowie einer kurzen Beschreibung jedes Kriteriums. In der Spalte „Einsatz/Erfahrungen“ werden Beispiele gegeben, wie Netzwerkmitgliedern das Kriterium umgesetzt haben und welche Erfahrungen sie damit gemacht haben. Die Spalte „Woran könnte es scheitern?“ beschreibt mögliche Hindernisse bei der Umsetzung der Kriterien. Die letzte Spalte „(Wie) wird es in unserem Projekt berücksichtigt?“ ist frei und dient der Selbstreflexion und Selbstbewertung durch das Projektteam. Zu Beginn der Checkliste befinden sich darüber hinaus eine kurze Einleitung und eine Grafik mit allen 19 Kriterien guter Praxis (vgl. ÖSB Consulting GmbH, 2010a, S. 1ff.).

Im Folgenden werden die 19 Kriterien guter Praxis vorgestellt.

### **Innovation**

„Das Angebot wendet erfolgreich innovative Methoden an.“ (ÖSB Consulting GmbH, 2010a, S. 3) Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention sind innovativ, wenn sie durch die Anwendung neuer Ideen, Techniken oder Methoden neue Problemlösungen realisieren. Innovationen werden häufig mit kurzfristigen Angeboten assoziiert. Sie stehen im Spannungsverhältnis zur Nachhaltigkeit, die eher durch langfristige Regelangebote erreicht wird. Innovation stellt somit immer einen Balanceakt zwischen Bewahren und Verändern, Kreativität und Zuverlässigkeit und zwischen Risikobereitschaft und Qualitätsgewährleistung dar (vgl. BZgA, 2007, S. 353).

### **Nachhaltigkeit**

„Das Angebot entfaltet nachhaltige Wirkungen bei der Zielgruppe und in deren Lebenswelt.“ (ÖSB Consulting GmbH, 2010a, S. 3) Angebote sind nachhaltig, wenn die beabsichtigten Wirkungen auch nach Ablauf des Angebots bestehen. Nachhaltigkeit benötigt Kontinuität im Sinne einer gesicherten dauerhaften Fortführung eines Angebots und der Entwicklung von Strukturen, die das Angebot selbstständig weitertragen (vgl. BZgA, 2007, S. 355). Die Einbindung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren kann nachhaltige Wirkungen unterstützen (vgl. Fonds Gesundes Österreich, 2010, S. 20).

### **Partizipation**

„Die Zielgruppe wird systematisch in Bedarfsermittlung, Planung, Umsetzung und/oder Bewertung des Angebotes einbezogen“ (ÖSB Consulting GmbH, 2010a, S. 3) Zu Partizipation gehört auch, Wünsche, Bedürfnisse und Kritik äußern zu dürfen und an Entscheidungen beteiligt zu werden. Je nach Art und Umfang des Angebots sowie Zusammensetzung und Motivation der Zielgruppe kann Partizipation förderlich und notwendig, oder auch überfordernd und hemmend sein. Manchmal ist die Zielgruppe (noch) nicht in der Lage, an Entscheidungsprozessen teilzunehmen. Dann gilt es, jene Kompetenzen zu schulen, die für eine Beteiligung der Zielgruppe notwendig sind (vgl. BZgA, 2007, S. 356f.).

### **Kosten-Nutzen Verhältnis**

„Die Kosten des Angebots stehen in einem angemessenen Verhältnis zum erzielten Nutzen.“ (ÖSB Consulting GmbH, 2010a, S. 4) In der Praxis ist es jedoch

schwer, den Kosten-Nutzen von Gesundheitsförderung nachzuweisen. Einerseits sind sowohl Kosten als auch Ergebnisse unterschiedlich quantifiziert. Andererseits werden sie zu unterschiedlichen Zeitpunkten messbar. Deshalb wird bei der gesundheitsökonomischen Evaluation von gesundheitsfördernden Angeboten meist auf die Kosten-Wirksamkeits-Analyse zurückgegriffen. Bei dieser Methode werden den Kosten nicht-monetäre Einheiten wie z.B. gewonnene Lebensjahre oder Lebensqualität gegenübergestellt (vgl. BZgA, 2007, S. 354f.).

### **Dokumentation und Evaluation**

„Das Angebot nutzt Konzepte und Instrumente zur Dokumentation und/oder Evaluation der eigenen Arbeit.“ (ÖSB Consulting GmbH, 2010a, S. 4) Im Rahmen der Dokumentation werden Informationen über Aktivitäten und Ergebnisse einer Intervention gesammelt. Diese Informationen werden dann im Zuge der Evaluation analysiert und bewertet. Somit schafft die Dokumentation die Grundlage für die Evaluation. Diese ist wichtig, um Stärken und Schwächen eines Angebotes zu erkennen, Entscheidungsgrundlagen zu schaffen und die Effizienz und Effektivität der Angebote zu erhöhen (vgl. BZgA, 2007, S. 349).

### **Empowerment**

„Die Zielgruppe wird zu einer eigenständigen und selbstbestimmten Lebensweise befähigt.“ (ÖSB Consulting GmbH, 2010a, S. 4) Durch die Stärkung persönlicher und sozialer Ressourcen unterstützt Gesundheitsförderung die Menschen dabei, ihre Persönlichkeit und sozialen Fähigkeiten zu entwickeln und mehr Verantwortung für ihre eigene Gesundheit und Lebensbedingungen zu übernehmen (vgl. BZgA, 2007, S. 348; Fonds Gesundes Österreich, 2010, S.19).

### **Niederschwellige Maßnahmen**

„Es werden Zugangsbarrieren für die Nutzung des Angebotes durch aufsuchende Arbeit und kostenlose Angebote vermieden.“ (ÖSB Consulting GmbH, 2010a, S. 4) Sozial benachteiligte Menschen nehmen herkömmliche Beratungsangebote oft nicht an. Meist ist die Hemmschwelle, sich aus eigener Initiative in ein unbekanntes Umfeld zu begeben und dort mit sozial meist höher gestellten Beraterinnen und Beratern zu sprechen, für sie zu groß. Niederschwellige Angebote suchen die Zielgruppe direkt in ihren Lebenswelten auf. Durch unkomplizierte Terminabsprachen, angepasste Öffnungszeiten sowie offene Angebote kann diese Zielgruppe besser erreicht werden (vgl. BZgA, 2007, S. 356).

### **Ganzheitlichkeit**

„Gesundheit wird als umfassendes körperliches, geistig-seelisches und soziales Wohlbefinden berücksichtigt. Gesundheit wird als Prozess eines immer wieder herzustellenden Gleichgewichtes verstanden.“ (ÖSB Consulting GmbH, 2010a, S. 5) Arbeit suchende Menschen sind meist multiplen Belastungen ausgesetzt. Gesundheitsförderungsprojekte für diese Bevölkerungsgruppe dürfen sich daher nicht nur auf körperliche Aspekte beschränken, sondern müssen auch psychische, psychosomatische und soziale Aspekte einbeziehen (vgl. ÖSB Consulting GmbH, 2009, S. 17).

### **Ressourcen- und Potentialorientierung**

„Die Angebote setzen an den Ressourcen und Potentialen der Zielgruppe an.“ (ÖSB Consulting GmbH, 2010a, S. 5) Arbeit suchende, von Arbeitslosigkeit bedrohte und unsicher beschäftigte Menschen weisen eine hohe Belastungsdichte auf. Deshalb scheinen salutogene Konzepte, die sich an Ressourcen und Potentialen der Menschen orientieren, besser geeignet zu sein als an Risiken und Defiziten ausgerichtete Konzepte (vgl. ÖSB Consulting GmbH, 2009, S. 17).

### **Settingansatz**

„Das Angebot ist gleichermaßen auf die Beeinflussung von Verhaltensweisen und auf die Gestaltung der Lebensbedingungen ausgerichtet.“ (ÖSB Consulting GmbH, 2010a, S. 5) Als „Settings“ bezeichnet man die sozial-räumlichen Systeme, in denen sich Menschen in ihrem Alltag bewegen, arbeiten und leben. Gesundheitsfördernde Interventionen berücksichtigen immer auch die strukturellen Bedingungen eines Settings und die darin involvierten Personen (vgl. BZgA, 2007, S. 358). Bildungs- und Qualifizierungsträger bieten sich als Setting für die Umsetzung eines Gesundheitsförderungsprojektes für Arbeit suchende Menschen an, da diese dort in organisierter Form erreicht werden können (vgl. ÖSB Consulting GmbH, 2009, S. 17).

### **Klarer Zielgruppenbezug**

„Die Angebote berücksichtigen den Bedarf von Menschen in schwieriger sozialer Lage.“ (ÖSB Consulting GmbH, 2010a, S. 5) Als „sozial benachteiligt“ werden Menschen mit niedrigem Einkommen, niedrigem beruflichen Status, niedriger Schulbildung und Menschen in schwierigen Lebenslagen bezeichnet (vgl. BZgA, 2007, S. 361). Gesundheitliche Chancengleichheit bedeutet die Herstellung glei-

cher Möglichkeiten gesund zu sein und es zu bleiben – unabhängig von sozialem Status, nationaler Zugehörigkeit, Ethnie, Generation, Alter oder Geschlecht (vgl. BZgA, 2007, S. 352).

### **Integriertes Handlungskonzept / Vernetzung**

„Das Angebot arbeitet professionsübergreifend und bezieht auch ‚gesundheitsferne‘ Kooperationspartner mit ein.“ (ÖSB Consulting GmbH, 2010a, S. 6) Ein integriertes Handlungskonzept liegt dann vor, wenn bei der Realisierung eines Gesundheitsförderungsangebotes alle für die Planung und Umsetzung relevanten Akteurinnen und Akteure einbezogen werden. Dies umfasst sowohl Personen aus Politik, Verwaltung und Praxis als auch die Zielgruppe, welche bereits an der Konzeptentwicklung beteiligt werden sollte (vgl. BZgA, 2007, S. 353).

### **MultiplikatorInnenkonzept**

„Das Angebot bindet systematisch MultiplikatorInnen ein.“ (ÖSB Consulting GmbH, 2010a, S. 6) In der Gesundheitsförderung sind Multiplikatorinnen bzw. Multiplikatoren Personen, die Wissen und Erfahrungen an eine Gruppe oder eine Gemeinschaft weitergeben, wie z.B. Informationen über Gesundheitsverhalten und die Gesundheit beeinflussende Verhältnisse. Damit helfen sie, die Ressourcen und Kompetenzen der Gruppe zu stärken (vgl. Fonds Gesundes Österreich, 2005, Abs. 1). Personengruppen mit Multiplikationseffekt sind z.B. Personen aus der Politik, Familienberatung, Sozialarbeit, Lehrkräfte, Ärztinnen und Ärzte oder die Betroffenen selbst (vgl. BZgA, 2007, S. 355).

### **Freiwilligkeit**

„Die Teilnahme an den Maßnahmen erfolgt freiwillig.“ (ÖSB Consulting GmbH, 2010a, S. 6) Durch Unverbindlichkeit und Freiwilligkeit erzeugt man bei der Zielgruppe eine positive Motivation zur Teilnahme ohne Druck, die sich erfolgreich auf die Zielerreichung auswirkt (vgl. Weber & Reiter, 2009, S. 8).

### **Vertrauliche Handhabung**

„Die erhobenen Daten werden vertraulich behandelt.“ (ÖSB Consulting GmbH, 2010a, S. 6) Ebenso wie die Freiwilligkeit der Teilnahme stellt auch die vertrauliche Handhabung von gesundheitsbezogenen Daten eine unabdingbare Voraussetzung für die Inanspruchnahme dar (vgl. ÖSB Consulting GmbH, 2009, S. 17). Gerade für Arbeit suchende Menschen ist es wichtig, sich darauf verlassen zu können, dass erhobene Daten nicht etwa an eine Bewertung der Beschäftigungs-

fähigkeit oder an finanzielle Leistungen gekoppelt werden (Weber & Reiter, 2009, S. 8).

### **Gesundheitsbezug**

„Die Konzeption des Angebotes macht einen klaren Gesundheitsbezug deutlich.“ (ÖSB Consulting GmbH, 2010a, S. 6) Es gibt unterschiedliche Definitionen von Gesundheit, die einen Einfluss auf die eingesetzten Mittel zur Vermeidung von Krankheiten und zur Förderung von Gesundheit haben. Gesundheit sollte als umfassender, positiver und dynamischer Begriff und Gesundheit und Krankheit als zwei Pole auf einem gemeinsamen Kontinuum verstanden werden (vgl. BZgA, 2007, S. 350f.).

### **Qualitätsmanagement / Qualitätsentwicklung**

„Das Angebot verbessert seine Qualität unter Zuhilfenahme eines Systems der Qualitätsentwicklung.“ (ÖSB Consulting GmbH, 2010a, S. 7) Qualität wird nicht als einmal geschaffener Wert betrachtet, sondern wird im Sinne einer kontinuierlichen Qualitätsverbesserung immer wieder hinsichtlich Assessment-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität überprüft, verbessert und entwickelt (vgl. BZgA, 2007, S. 21).

### **Gender & Diversity**

„Genderaspekte und Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund werden berücksichtigt.“ (ÖSB Consulting GmbH, 2010a, S. 7) Interkulturelles, geschlechtssensibles Arbeiten sollte selbstverständlich sein. Es sollten Angebote geschaffen werden, die sich explizit an Frauen oder Männer richten oder die beide Geschlechter gleichermaßen ansprechen. Auch Aspekte wie Religion, Behinderung oder Sexualität sollten beachtet werden (vgl. ÖSB Consulting GmbH, 2010a, S. 7).

### **Evidenzbasierung**

„Es werden Methoden angewendet, deren Wirksamkeit überprüft wurde.“ (ÖSB Consulting GmbH, 2010a, S. 7) In der Gesundheitsförderung wird Evidenz als „umfassendes, plausibles Wissen über die Wirksamkeit komplexer gesundheitsfördernder Aktivitäten in komplexen sozialen Systemen oder Lebenswelten“ (BZgA, 2007, S. 350) verstanden.

## 6 ANREIZE

### 6.1 Auswirkung von Anreizen auf die Motivation

Bei Überlegungen zur Motivation stehen meist drei Bereiche im Vordergrund (vgl. Mayerhofer, 2002, S. 256):

- Die Beibehaltung einer bestehenden Verhaltensrichtung/-qualität
- Der Wechsel zu einer neuen Verhaltensrichtung/-qualität
- Die Verstärkung bzw. Intensivierung von Verhalten

Die Motivation bestimmt die Richtung, Intensität und Ausdauer des Verhaltens eines Individuums (vgl. Robbins, 2001, S. 194). Sie ist aber nicht allein ausschlaggebend für das Verhalten einer Person. Nach Lutz von Rosenstiel wird das menschliche Verhalten von vier Bedingungen beeinflusst: dem persönlichen Wollen, dem individuellen Können, dem sozialen Dürfen und Sollen sowie der situativen Ermöglichung. Zwei Bedingungen hängen von der Person ab. Das Verhalten einer Person wird durch das „persönliche Wollen“ (also die Motivation) und das „individuelle Können“ bestimmt. Demnach reicht es nicht aus, etwas tun zu wollen. Ein Individuum muss auch über die notwendigen Fähigkeiten, Fertigkeiten und das Wissen verfügen, um ein bestimmtes Verhalten überhaupt zeigen zu können. Weiters hängt das Verhalten von der jeweiligen Situation ab. Unter der Bedingung des „sozialen Dürfens und Sollens“ sind geltende Regeln, Vorschriften oder Normen zu verstehen, die ein bestimmtes Verhalten verhindern können, zu dem die Person an sich motiviert ist. Letztlich hängt das Verhalten immer auch von der „situativen Ermöglichung“, also den verfügbaren Rahmenbedingungen, wie z.B. Zeit, Geld oder Ressourcenausstattung ab (vgl. Chloupek & Garaus, 2009, S. 9).

Man unterscheidet grundsätzlich zwischen extrinsischer und intrinsischer Motivation. Man spricht von extrinsischer Motivation, wenn die Ursachen für das Verhalten einer Person in ihrer Umwelt liegen, also von außen kommen. Sogenannte extrinsische Anreize können z.B. Geld, Angst vor Bestrafung oder auch die Suche nach Anerkennung durch andere sein (vgl. Mayerhofer, 2002, S. 257). Man spricht von extrinsischen Anreizen, wenn sie „als Mittel zum Zweck der Bedürfnisbefriedigung dienen“ (Osterloh & Frey, 1997, S. 4).

Liegen die Verhaltensursachen jedoch im Inneren der Person, weil das Verhalten an sich der Person Vergnügen bereitet, so spricht man von intrinsischer Motivation

(vgl. Mayerhofer, 2002, S. 257). Intrinsische Anreize tragen unmittelbar zur Bedürfnisbefriedigung bei. Die Tätigkeit wird nicht aufgrund externer Anreize, sondern um ihrer selbst willen ausgeübt. Ist die intrinsische Motivation inhaltlich auf die Einhaltung von Normen um ihrer selbst willen gerichtet, handelt es sich um Moral (vgl. Osterloh & Frey, 1997, S. 4).

Die Wirkung extrinsischer und intrinsischer Motivation lässt sich empirisch oft nur schwer trennen. Häufig treten extrinsische und intrinsische Motivation gemeinsam auf. Beispielsweise kann ein Bergsteiger sowohl extrinsisch (Anerkennung) als auch intrinsisch (Freude an der Tätigkeit selbst) motiviert sein (vgl. Chloupek & Garaus, 2009, S. 52).

Empirische Befunde belegen, dass ein Verhaltensmuster durch extrinsische Anreize verstärkt werden kann und die Wahrscheinlichkeit für dessen Auftreten auch nach Wegfall des Verstärkers erhöht wird. Dieser Effekt wird als Disziplinierungseffekt bezeichnet (vgl. Chloupek & Garaus, 2009, S. 52).

Extrinsische Anreize können die intrinsische Motivation aber unter gewissen Umständen auch verdrängen. Kinder, die eine Aufgabe ursprünglich gerne gemacht haben, verlieren einen Teil ihres Interesses, wenn sie von den Eltern für diese Aufgabe eine Belohnung in Aussicht gestellt bekommen. Erhält ein Kind Geld für die Erledigung seiner Hausaufgaben, steigert dies kurzfristig die Motivation des Kindes (Disziplinierungseffekt). Längerfristig bewirkt die Belohnung jedoch, dass das Kind seine Hausaufgaben nur noch gegen Bezahlung macht. Es ist ein Verdrängungseffekt eingetreten (vgl. Osterloh & Frey, 1997, S. 7).

Ein extrinsischer Anreiz wie z.B. eine materielle Belohnung kann also eine negative Auswirkung auf die intrinsische Motivation haben. Der Verdrängungseffekt hängt aber von der Art der Aufgabe und der Belohnung ab. Am ehesten tritt er bei innovativen und kreativen Aufgaben auf, bei Routinearbeiten kommt er hingegen seltener zu tragen. Wichtig ist zu unterscheiden, dass der Verdrängungseffekt nur auftritt, wenn die Belohnung erwartet wird. Wird sie hingegen nicht erwartet, kann ein extrinsischer Anreiz die intrinsische Motivation sogar positiv beeinflussen. Dies ist häufig bei verbalen Belohnungen (positives Feedback) der Fall, da diese meist unerwartet eintreffen (vgl. Liechti, 2003, S. 16). Darüber hinaus ist die Wirkung des Verdrängungseffekts bei materiellen Belohnungen größer als bei symbolischen. Der Effekt kann außerdem nur auftreten, wenn die Aufgabe von Beginn an als interessant empfunden wurde, also bereits eine intrinsische Motivation vorhanden war (vgl. Osterloh & Frey, 1997, S. 7).

## **6.2 Anreize als Steuerungsinstrument in Netzwerken**

### **6.2.1 klassische Funktionen von Anreizen**

Das Ziel von Anreizen in Netzwerken besteht darin, die Netzwerkmitglieder zu einem kooperationsförderlichen Verhalten zu veranlassen. Anreize richten sich in erster Linie an die abgestellten Unternehmensvertretungen und die Führungskräfte der Netzwerkmitglieder. Diese sollen über geeignete Mittel und Prozesse motiviert werden, ihre kooperationsbezogenen Handlungen und Entscheidungen entlang der übergeordneten Interessen und Ziele des Netzwerkes auszurichten (vgl. Wohlgemuth, 2002, S. 299).

Anreiz- und Sanktionsmechanismen haben eine verhaltenssteuernde Wirkung. Sanktionen haben einen negativen Anreizcharakter, indem sie unerwünschte Verhaltensweise bestrafen. Anreize hingegen motivieren zu einem erwünschten Verhalten, indem sie zielkonformes Verhalten belohnen (vgl. Sonnek, 2004, S. 35).

Neben ihrer Steuerungsfunktion erfüllen Anreizsysteme auch eine Motivationsfunktion. Sie sollen das Interesse der Netzwerkmitglieder am gemeinsamen Kooperationserfolg steigern. Anreizsysteme können die Netzwerkmitglieder auch fester an den Verbund binden, zum Beispiel durch den Aufbau hoher Opportunismus- und Austrittsbarrieren, was als Fortführungsfunktion bezeichnet wird. Darüber hinaus erfüllen Anreizsysteme eine Versicherungsfunktion, da sie die Handlungsbereitschaft des Netzwerkes signalisieren, unkooperatives Verhalten der Netzwerkmitglieder in negativer Weise zu sanktionieren (vgl. Wohlgemuth, 2002, S. 300).

Solche Sanktionierungen von Fehlverhalten können von Geldstrafen oder anderen Kompensationsleistungen bis zum Ausschluss aus dem Netzwerk reichen. Vertraglich fixierte Sanktionen eines opportunistischen Verhaltens wirken sich stabilisierend auf die Netzwerkbeziehungen aus und steigern das Vertrauen unter den Netzwerkmitgliedern (vgl. Sonnek, 2004, S. 35).

### **6.2.2 Negative Anreize in Netzwerken**

Aufgrund ihrer Versicherungsfunktion stellen Sanktionen das wichtigste Instrument zum Aufbau von „Systemvertrauen“ dar. Die Netzwerkmitglieder können sich darauf verlassen, dass die Netzwerkregeln eingehalten werden. Diese Wirkung ist allerdings nur möglich, wenn Sanktionen nach überprüfbaren und ersichtlichen Kriterien und vor allem konsequent angewendet werden (vgl. Wohlgemuth, 2002, S. 300). Es setzt voraus, dass geeignete Kontrollsysteme existieren, welche den

Netzwerkmitgliedern unkooperatives Verhalten nachweisen können (vgl. Sonnek, 2004, S. 35f.).

Der Einsatz von Sanktionen in Netzwerken stößt jedoch schnell an seine Grenzen. Probleme und Konflikte können zum Beispiel auftreten, wenn durch die Sanktionierung eines Unternehmens auch andere Netzwerkmitglieder zu Schaden kommen, die abhängig von diesem Unternehmen sind. Besonders in Netzwerken mit großen Interdependenzen beinhalten Sanktionen daher die Gefahr, sich negativ auf das gesamte Netzwerk auszuwirken (vgl. Sonnek, 2004, S. 35).

Doch auch bei Kooperationsformen mit einem niedrigen Niveau gegenseitiger Abhängigkeit lassen sich Sanktionen nur sehr schwer durchsetzen. Einerseits werden die Netzwerkpartnerinnen und -partner wohl kaum freiwillig zum Aufbau von Drohpotentialen bereit sein. Andererseits stellen selbst nicht-materielle Anreize, wie ein potentieller Ausschluss, für die Netzwerkpartner nur einen geringen Verlust dar. Aus diesen Gründen bietet sich in Netzwerken eher der Einsatz von positiven Anreizinstrumenten zur Verhaltenssteuerung an (vgl. Wohlgemuth, 2002, S. 300).

### **6.2.3 Positive Anreize in Netzwerken**

Positive Anreize können ebenso wie negative Anreize materieller und immaterieller Natur sein. Positive materielle Anreize können monetär oder sachbezogen sein. Beispiele für materielle Anreize sind finanzielle Beteiligungen, die Realisierung von Einkaufsvorteilen oder das Angebot kostenloser Serviceleistungen. Für die meisten Netzwerke ist das Steuerungspotential materieller Anreize aber als gering einzuschätzen. Die Motivation der Netzwerkmitglieder lässt sich nur schwer durch den Zusatznutzen solcher monetärer Vorteile steigern. Weiters müssen sie alle Netzwerkmitglieder gleichermaßen dazu veranlassen, sie in ihr Entscheidungskalkül einzubeziehen. Besonders bei einer großen Heterogenität der Netzwerkmitglieder besteht daher die Gefahr, dass monetäre Anreize nur bei kleineren Netzwerkunternehmen wirken (vgl. Wohlgemuth, 2002, S. 301f.).

Immaterielle Anreize scheinen für die Steuerung des Verhaltens in Netzwerken besser geeignet zu sein. Unter immaterielle Anreize fallen soziale Anerkennung sowie Anreize der Arbeit und des organisatorischen Umfeldes. Ein Beispiel ist die Vergabe netzwerkinterner Privilegien, wie der Aufstieg in eine „ranghöhere“ Mitgliedsklasse, die mit gewissen Rechten verbunden ist. Die Gefahren dieses Anreizes liegen in der Abschreckung des Beitrittsinteresses potentieller Mitglieder und einer Steigerung des Konfliktpotentials. Eine Alternative ist daher nur eine „symbo-

liche“ Bevorzugung, etwa bei der Leitung von Netzwerktreffen oder der Sitzordnung. Da Sonderrechte den Charakter „knapper Güter“ haben, sollten diese sparsam eingesetzt werden, um deren Attraktivität zu bewahren. Wohlgemuth empfiehlt daher, Sonderrechte nur auf Zeit zu vergeben und bei deren Verteilung sehr sensibel vorzugehen (vgl. Wohlgemuth, 2002, S. 301).

Ein wichtiges immaterielles Anreizinstrument stellen Auszeichnungen dar. Sie eignen sich auch für staatliche oder nicht-gewinnorientierte Organisationen, weil sie meist geringe materielle Kosten verursachen. Da sie in der Regel für allgemeine Leistungen vergeben werden, bieten sie sich auch für die Belohnung von nur schwer definierbaren Leistungen, wie Arbeitseinstellungen oder Arbeitsnormen, an. Orden, Medaillen oder andere Ehrungen wirken sich durch die damit verbundene soziale Aufwertung positiv auf die intrinsische Motivation aus (vgl. Frey & Neckermann, 2005, S. 4ff.). Ihre Anreizwirkung kann durch die Verknüpfung mit weitergehenden Vorteilen noch gesteigert werden. Es zeigt sich jedoch, dass Auszeichnungen auch ohne einen Zusatznutzen das Selbstwertgefühl der bzw. des Ausgezeichneten steigern und das menschliche Grundbedürfnis nach Wertschätzung befriedigen. Darüber hinaus kann eine Auszeichnung zum Beispiel bei Budgetverhandlungen Vorteile bringen, da sie als Leistungs- und Qualifikationsnachweis dient. Auszeichnungen sollten zeremoniell erfolgen, beispielsweise auf einem Netzwerktreffen, und auch außerhalb des Netzwerks ausreichend kommuniziert werden (vgl. Wohlgemuth, 2002, S. 302).

### **6.3 Vorschläge zu Anreizinstrumenten und Unterstützungsangeboten**

Das folgende Kapitel beschreibt Vorschläge verschiedener Anreizinstrumenten und Unterstützungsangeboten für die Implementierung der Kriterien guter Praxis im NGA. Sie bilden die Grundlage für die empirische Untersuchung und werden durch eigene Vorschläge der befragten Expertinnen und Netzwerkmitglieder ergänzt.

#### **6.3.1 Preise**

Seit der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts dienen internationale Qualitätspreise wie der japanische Deming-Preis oder der US-amerikanische Malcolm Baldrige National Quality Award als Orientierung und Anreiz zur Realisierung von Total Quality Management (vgl. Lohse, 2001, S. 31). Durch die Auslobung von Preisen wurde versucht, einen Wettbewerb um gezielte und kontinuierliche Qualitätsver-

besserung in Gang zu setzen und dadurch die Konkurrenzfähigkeit der eigenen Produkte auf dem Weltmarkt zu stärken. Die europäische Antwort auf diese Qualitätsoffensiven erfolgte 1988 mit der Gründung der EFQM mit ihrem System der Qualitätsbewertung. Die EFQM vergibt jährlich den Europäischen Qualitätspreis „EFQM Excellence Award“, der Unternehmen zur öffentlichen Darstellung motivieren und den Wettbewerbsgedanken symbolisieren soll. Im Mittelpunkt des EFQM-Modell steht jedoch nicht der Preis, sondern die Förderung und Qualifizierung von Qualitätsmanagement (vgl. Merchel, 2010, S. 80).

Beispiele von Preisen in der Gesundheitsförderung sind in Österreich der Preis für Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF-Preis), der österreichische Vorsorgepreis oder der Gesundheitspreis der Stadt Wien. Preise symbolisieren einerseits eine Anerkennung und öffentliche Würdigung von hervorragenden Leistungen. Andererseits sollen sie aber auch die Motivation aller in der Gesundheitsförderung Tätigen fördern und diese zu neuen Antworten auf die Probleme im Gesundheitswesen anregen. Neben der Stärkung der Autonomie und Selbstbestimmung der Zielgruppe stehen die Verbesserung der Zusammenarbeit, Kommunikation und Information sowie die Sicherung von Qualität und Wirtschaftlichkeit im Zentrum von Gesundheitsförderungspreisen (vgl. Lüftenegger, 2011a, S. 4ff.). Preise werden oft mit einem Geldbetrag und einer feierlichen Preisverleihung verbunden, bei der bekannte bzw. für die Öffentlichkeit bedeutsame Persönlichkeiten wie z.B. Prominente oder Politikerinnen und Politiker anwesend sind (vgl. Lüftenegger, 2011b).

### **6.3.2 Gütesiegel**

Gütesiegel sind Zertifikate, die im Rahmen von Zertifizierungen verliehen werden. Eine Zertifizierung ist ein Qualitätsmanagementverfahren, bei dem eine Organisation durch externe Auditorinnen oder Auditoren anhand von Qualitätskriterien überprüft wird. Eine erfolgreiche Zertifizierung führt zum Erhalt eines Gütesiegels, welches innerhalb und außerhalb des Unternehmen präsentiert werden kann. Inhaltliche Basis einer Zertifizierung und Gütesiegelverleihung ist immer die Erfüllung eines Katalogs von Qualitätsstandards, der organisationsübergreifend entwickelt wurde. Zertifizierungen beziehen sich immer auf einen begrenzten Geltungszeitraum und müssen nach festgelegten Zeitabständen durch ein neues Audit erneuert werden (vgl. Merchel, 2010, S. 206).

Neben dem bereits beschriebenen BGF-Gütesiegel ist als weiteres Beispiel das Gütesiegel für Soziale Integrationsunternehmen zu nennen. Dies ist eine Auszeichnung für die Gewährleistung klar definierter sozialer, organisatorischer und

wirtschaftlicher Qualitätsstandards. Es richtet sich an Soziale Integrationsunternehmen, die sich der Qualität und der ständigen Weiterentwicklung ihrer Produkte und Dienstleistungen sowie der gesamten Organisation verpflichten. Unter „Sozialen Integrationsunternehmen“ versteht man in Österreich sozialökonomische Betriebe, Gemeinnützige Beschäftigungsprojekte sowie Beschäftigungsgesellschaften. Diese unterstützen in Zusammenarbeit mit dem Arbeitsmarktservice (AMS) und den Ländern langzeitarbeitslose Menschen durch Betreuung, Beschäftigung und Qualifizierung bei der beruflichen und sozialen Integration (vgl. BDV, 2011, Abs. 3ff.). Die Vergabe dieses Gütesiegels erfolgt durch den Bundesdachverband für Soziale Unternehmen (BDV) in Kooperation mit der Quality Austria (QA). Ein Soziales Integrationsunternehmen stellt einen Antrag an die QA und führt eine Selbstbewertung durch. Danach findet im Betrieb ein Assessment durch die QA statt, welche auch über die Vergabe des Gütesiegels entscheidet und dieses für den Zeitraum von drei Jahren verleiht. Während dieser Laufzeit verpflichtet sich das Unternehmen zu jährlichen Selfassessments (vgl. Potakowskyj, 2011, S. 7f.).

Zertifikate für die Teilnahme an Qualitätsinitiativen können einen zusätzlichen Anreiz zur Qualitätsarbeit darstellen. Einerseits stellen Zertifikate eine externe Anerkennung der geleisteten Qualitätsanstrengungen dar, andererseits sind sie ein geeignetes Instrument, um die Öffentlichkeit auf die erbrachten Leistungen aufmerksam zu machen. Wird die Zahl der Zertifikate jedoch unüberschaubar, entsteht Unsicherheit. Auf diese Weise verfehlen Zertifikate ihren Zweck als Gütesiegel und Instrumente zur Qualitätssicherung (vgl. Schläpfer & Herren, 2010, S. 1641).

### **6.3.3 Qualitätsaudit**

Laut DIN ISO 8402 ist ein Qualitätsaudit „eine systematische und unabhängige Untersuchung, um festzustellen, ob die qualitätsbezogenen Tätigkeiten und die damit zusammenhängenden Ergebnisse den geplanten Anforderungen entsprechen.“ (Steven, 2008, S. 325). Qualitätsaudits können zur Beurteilung der Wirksamkeit des Qualitätsmanagements herangezogen werden. Im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses gibt ein Qualitätsaudit einer Organisation auch Auskunft über sinnvolle Korrektur- und Verbesserungsmaßnahmen (vgl. Steven, 2008, S. 325).

Man unterscheidet zwischen internen und externen Audits. Interne Audits werden von Angehörigen des eigenen Unternehmens durchgeführt, um die Qualitätsentwicklung einzelner Produkte bzw. Dienstleistungen, Verfahren oder des Quali-

tätsmanagementsystems zu beobachten. Externe Audits werden von Kunden, Lieferanten oder unabhängigen externen Stellen durchgeführt und haben oft eine Zertifizierung zum Ziel. Das Unternehmen erhält durch das Audit ein Zertifikat, dass dem auditierten Unternehmen einen bestimmten Qualitätsstandard sowie das Vorhandensein und die Wirksamkeit eines Qualitätsmanagementsystems bescheinigt (vgl. Kamiske & Brauer, 2008, S. 6).

Als Beispiel für ein Qualitätsaudit kann das für den Erhalt des Gütesiegels für Soziale Integrationsunternehmen notwendige Assessment durch ausgebildete Assessorinnen und Assessoren gegeben werden. Dieses „Assessmentverfahren“ orientiert sich am Modell der EFQM (vgl. Potakowskyj, 2011, S. 4). Elemente eines Qualitätsaudits finden sich jedoch auch in dem externen Begutachtungsverfahren „QIP – Qualität in der Prävention“. Bei diesem Instrument steht jedoch nicht der Erhalt eines Zertifikats, sondern die Qualitätsentwicklung präventiver und gesundheitsfördernder Aktivitäten im Mittelpunkt des Interesses (vgl. Kliche, 2008, Abs. 1ff.).

#### **6.3.4 Schulungen**

Maßnahmen zur Aus- und Weiterbildung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wie Schulungen, Workshops oder Seminare werden von vielen Unternehmen eingesetzt, um eine Höherqualifizierung und höhere Leistungsfähigkeit zu erreichen. Andererseits werden sie auch zur Motivation und Karriereförderung eingesetzt. Schulungen haben daher die Funktion von Anreizen (vgl. Mader & Herget, 2009, S. 31).

Das NGA befindet sich derzeit in der Planung von Schulungen von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Diese Schulungen richten sich an Organisationen, die in gesundheits- bzw. beschäftigungsfördernden Projekten, Programmen oder Maßnahmen mit Arbeit suchenden, von Arbeitslosigkeit bedrohten und unsicher beschäftigten Menschen in Kontakt sind. Mitglieder dieser Organisationen stellen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren dar. Sie sollen Informationen über den Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit erhalten und somit für dieses Thema sensibilisiert werden. Besonders operative Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sollen mittels Schulungen unterstützt werden (vgl. Pichler & Wolf, 2009, S. 17).

### **6.3.5 Indikatoren**

Qualitätskriterien definieren Maßstäben, anhand denen die Qualität von Strukturen, menschlichem Handeln oder Ergebnissen bewertet werden soll (vgl. Merchel, 2010, S. 202f.). In der Regel sind Qualitätskriterien jedoch sehr abstrakt formuliert und lassen sich nur schwer direkt messen. Es bedarf daher beobachtbarer, erfassbarer und messbarer Hinweise, um auf gute Arbeit schließen zu können. Indikatoren sind Ersatzmaße, die Qualitätskriterien messbar machen und anzeigen, zu welchem Grad ein Qualitätskriterium erreicht wurde. Durch Indikatoren werden Qualitätskriterien operationalisiert. Sie reduzieren ein Qualitätskriterium auf eine konkrete Dimension und erleichtern das Erkennen von Situationsveränderungen (vgl. Merchel, 2010, S. 200; BZgA, 2007, S. 352).

Bei der Bildung von Indikatoren ist darauf zu achten, im Alltag gut beobachtbare und von einander abgrenzbare Hinweise zu finden. Ein Indikator sollte in einem logischen Zusammenhang zum Qualitätskriterium stehen, um über den Realisierungsgrad des Qualitätskriteriums plausible und verlässliche Aussagen ableiten zu können (vgl. Merchel, 2010, S. 200). Ein Beispiel für einen Indikator für das Qualitätskriterium „Empowerment“ ist: „Die Zielgruppen des Angebotes werden durch das Angebot in die Lage versetzt, ihre Belange eigenverantwortlich und selbstbestimmt zu vertreten.“ (BZgA, 2007, S. 366).

### **6.3.6 Kennzahlen**

Kennzahlen sind numerische Größen, die dazu dienen Gegebenheiten greifbarer, transparenter und messbarer zu machen. Sie werden für Vergleiche zwischen verschiedenen Organisationen bzw. Organisationsteilen und für Zeitreihenvergleiche einer Organisation verwendet (vgl. Merchel, 2010, S. 201).

Neben ihrem deskriptiven Charakter haben Kennzahlen auch eine komplexitätsreduzierende Wirkung. Durch die Beschreibung eines Zustands mittels einer einzigen empirisch nachgewiesenen Größe wird dessen Vielfalt stark eingeschränkt. Deshalb benötigen Kennzahlen einen plausiblen Bezug zum Kern des Sachverhalts. Die Personen, die Kennzahlen interpretieren, müssen sich ihrer komplexitätsverringenden Eigenschaft stets bewusst sein (vgl. Merchel, 2010, S. 201).

### **6.3.7 Voraussetzung für den Erhalt von Fördergeldern**

Ein weiteres Anreizinstrument, das schon eher den Charakter von Sanktionen hat, besteht darin, die Erfüllung aller Kriterien guter Praxis zur Voraussetzung für den Erhalt von Fördergeldern zu machen. Fördergeberinnen und Fördergeber würden

in diesem Fall Fördergelder für die Gesundheitsförderung im arbeitsmarktpolitischen Setting nur noch unter der Bedingung vergeben, dass die beantragende Organisation die Kriterien guter Praxis nachweislich erfüllt.

Der Fonds Gesundes Österreich ist einer der wichtigsten Fördergeber von Gesundheitsförderung in Österreich. Jährlich stehen ihm € 7,25 Millionen zur Vollziehung des Gesundheitsförderungsgesetzes zur Verfügung (vgl. Fonds Gesundes Österreich, 2008, S. 5). Der FGÖ hat Qualitätskriterien und Indikatoren für die Gesundheitsförderung definiert, die bereits bei der Antragstellung zu berücksichtigen sind. Damit soll sichergestellt werden, dass die Prinzipien der Gesundheitsförderung und deren Qualitätskriterien reflektiert und beachtet werden und auch im Laufe des Projektes eine Kontrolle der Qualität stattfindet. Der FGÖ hat dazu sogar ein eigenes Fördermanagement-Tool, den FGÖ-Projektguide, entwickelt und die Qualitätskriterien darin integriert (vgl. Fonds Gesundes Österreich, 2009b, Abs. 1f.).

## 7 UNTERSUCHUNGSDESIGN

Als Erhebungsmethode habe ich das teil-standardisierte Interview gewählt. Der Vorteil des teil-standardisierten Interviews gegenüber dem standardisierten Interview liegt in der Möglichkeit, dass ich in der Rolle der Interviewerin die Befragungssituation hinsichtlich Reihenfolge und Formulierung der Fragen selbst bestimmen konnte. Da ich gezielter auf die jeweilige Interviewsituation eingehen konnte und auch Zwischenfragen erlaubt waren, schien mir diese Form des Interviews besonders gut für die qualitative Befragung geeignet. Teil-standardisierte Interviews können einzeln oder in Gruppen, persönlich oder telefonisch durchgeführt werden (vgl. Mayer, 2003, S. 95f.).

Im Oktober und November 2010 habe ich zwei teil-standardisierte Interviews mit Expertinnen aus dem Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung geführt. Die Interviewleitfäden sind im Anhang II ersichtlich. Dabei interessierten mich weniger die beiden Befragten als (ganze) Personen, sondern ihre Eigenschaften als Expertinnen für ein bestimmtes Handlungsfeld. Expertinnen oder Experten werden nicht als Einzelfall, sondern repräsentativ für eine Gruppe in die Untersuchung einbezogen und sind z.B. Mitarbeitende in einer Organisation in einer speziellen Funktion und mit einem bestimmten Erfahrungswissen (vgl. Flick, 2010, 214f.).

Expertin 1 (E1) hat einen guten Einblick in das Netzwerk Gesundheitsförderung und Arbeitsmarktintegration (NGA). Beide Expertinnen (E1 und E2) kennen das Österreichische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (ÖNBGF). Gegenstände dieser beiden Interviews waren die Kriterien guter Praxis und wie sie im NGA implementiert werden könnten. Aufgrund der Expertise der beiden Expertinnen wurde in diesen Interviews auch auf die Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen den Netzwerken NGA und ÖNBGF eingegangen.

Im Februar 2011 habe ich ein Interview mit einer Vertreterin des Arbeitsmarktservices Wien (AMS Wien) geführt. Das AMS Wien wurde als ein Repräsentant der drei Fördergeber des NGA ausgewählt. In diesem Interview interessierte mich hauptsächlich die Frage, ob eine verbindliche Einführung der Kriterien guter Praxis aus Fördergebersicht möglich wäre.

Die aus den Interviews mit den beiden BGF-Expertinnen gewonnenen Erkenntnisse sowie Vorschläge zu den Anreizinstrumenten flossen in einen Fragebogen und einen Interviewleitfaden ein. Auf dem sechsten Netzwerktreffen des NGA am 17.

November 2010 fand eine etwa zehnmündige schriftliche Befragung von 15 Netzwerkmitgliedern zur Implementierung der Kriterien guter Praxis statt. Ich habe diese Methode gewöhlt, weil es damit möglich war, Informationen von vielen Netzwerkmitgliedern in kurzer Zeit zu erhalten. Der Fragebogen kann dem Anhang II entnommen werden.

Im Anschluss an die schriftliche Befragung habe ich im Zeitraum Jänner und Februar 2011 teil-standardisierte Interviews mit fünf Netzwerkmitgliedern geführt. Ziel dieser Interviews war herauszufinden, welche Meinung die Netzwerkmitglieder zu unterschiedlichen Vorschlägen zu Anreizinstrumenten haben, welche Faktoren fördernd bzw. hinderlich für die Qualität der Gesundheitsförderung im arbeitsmarktpolitischen Setting sind und was die Netzwerkmitglieder für eine erfolgreiche Umsetzung der Kriterien guter Praxis benötigen. Bei diesen Interviews ging es vor allem darum, die Bedürfnisse der Netzwerkmitglieder besser zu verstehen. Für eine erfolgreiche Implementierung der Kriterien guter Praxis spielt die Akzeptanz der Strategie von den Netzwerkmitgliedern eine bedeutende Rolle. Sie ermöglicht eine Entscheidung, welche Strategie verfolgt werden soll. Aus diesem Grund wurde den Netzwerkmitgliedern bei den Befragungen auch die Möglichkeit gegeben, eigene Vorschläge zur Implementierung der Kriterien guter Praxis zu machen.

Für die Aufbereitung und Auswertung der erhobenen Daten wurden qualitativ orientierte Methoden verwendet. Um eine realitätsgetreue Wiedergabe der Interviews zu ermöglichen, wurden diese mit Einverständnis der Befragten auf Tonband aufgenommen und transkribiert.

Die Auswertung der Interviews erfolgte nach der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring. Die Stärke dieser Methode besteht in der systematischen Analyse von Texten. Die transkribierten Interviews werden dabei schrittweise anhand von Kategoriensystemen bearbeitet. Durch ein theoriegeleitet am Material entwickeltes Kategoriensystem werden jene Aspekte festgelegt, die aus dem Material herausgefiltert werden sollen (vgl. Mayring, 2002, S. 114). Die schematische Aufbereitung des Vorgehens macht dieses Verfahren übersichtlicher und eindeutiger als andere Auswertungsverfahren. Ich habe dieses Verfahren gewöhlt, weil es sich zur Analyse subjektiver Sichtweisen mit Leitfaden-Interviews eignet (vgl. Flick, 2010, S. 416).

## **8 IMPLEMENTIERUNG DER KRITERIEN GUTER PRA- XIS**

### **8.1 Implementierung aus Expertinnen- und Fördergebersicht**

Im Oktober und November 2010 habe ich Interviews mit zwei Expertinnen aus dem Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung geführt. Expertin 1 (E1) hat Einblick in das Netzwerk Gesundheitsförderung und Arbeitsmarktintegration (NGA). Beide Expertinnen (E1 und E2) sind mit den Strukturen des Österreichischen Netzwerks für Betriebliche Gesundheitsförderung (ÖNBGF) sehr vertraut. Im Februar 2011 habe ich darüber hinaus eine Vertreterin des Arbeitsmarktservices Wien (AMS Wien) interviewt. Das AMS Wien wurde als ein Repräsentant der drei Fördergeber des NGA ausgewählt. Im Folgenden werden die Ergebnisse dieser drei Interviews dargestellt.

#### **8.1.1 Ziel der Implementierung**

Der Nutzen der Kriterien guter Praxis des NGA besteht nach Ansicht von Expertin 1 darin, den Einrichtungen, die Gesundheitsförderung umsetzen, als Orientierungshilfe zu dienen. Sie sollen sie dabei unterstützen, die bestmögliche Wirkung bei der Zielgruppe zu erreichen. Weiters eignen sich die Kriterien guter Praxis für die gezielte Vermittlung von Wissen über gute Qualität in der Gesundheitsförderung und deren Umsetzung. Aus dem ÖNBGF ist bekannt, dass die Qualitätskriterien für die Betriebliche Gesundheitsförderung bei den Betrieben die Akzeptanz der Beratung durch die Regionalstellen erhöhen, weil die Qualitätskriterien europaweit anerkannt und in Forschung und Praxis erprobt sind. Außerdem können sich die Regionalstellen des ÖNBGF bei der Beratung auf die Qualitätskriterien stützen, was die Beratung erleichtert. Expertin 1 warnt davor, zu viel von den Kriterien guter Praxis zu erwarten, da das NGA niemanden dazu bringen könne, etwas umzusetzen, was er gar nicht umsetzen will. Das Ziel der Implementierung sollte daher sein, die Mitglieder zu motivieren, sich mit Gesundheitsförderung auseinander zu setzen und ihnen Wissen und Hilfestellungen zu geben, damit sie Gesundheitsförderung umsetzen können. Es sollte aber nicht das Ziel der Implementierung sein, Regeln und Schwellen einzuführen (vgl. I-E1).

Aus der Sicht des AMS Wien haben die Kriterien guter Praxis die Funktion von Mindeststandards und sollen Angebote im nötigen Umfang für alle Betroffenen sicherstellen. Das AMS Wien kann aber nicht den Anspruch stellen, dass alle

Netzwerkmitglieder alle Kriterien guter Praxis erfüllen sollen, da weder das AMS Wien noch die Netzwerkmitglieder frei in ihren Entscheidungen, sondern abhängig von politischen Entscheidungen und dem Arbeitsmarkt sind. Vor allem der Bereich der Budgetmittel und der Ressourcen ist sehr stark fremdgesteuert. Aus diesem Grund sollte das Ziel der Implementierung der Kriterien guter Praxis die optimale Unterstützung der Zielgruppe durch die Netzwerkmitglieder sein. Die Implementierung müsse jedoch unter Vorbehalt der verfügbaren Rahmenbedingungen jedes einzelnen Netzwerkmitgliedes geschehen (vgl. I-AMS Wien).

### **8.1.2 Verbindlichkeit der Kriterien guter Praxis**

Eine Verbindlichkeit der Kriterien guter Praxis wird vom AMS Wien abgelehnt, da eine Verbindlichkeit voraussetzt, dass die Erfüllung aller Kriterien guter Praxis prinzipiell möglich ist. Da es den Netzwerkmitgliedern aber an Ressourcen mangelt, ist dies nicht bei allen Netzwerkmitgliedern möglich. Würde das AMS Wien von den Netzwerkmitgliedern eine verbindliche Erfüllung aller Kriterien guter Praxis verlangen, käme dies einem Versprechen gleich, dass es den Netzwerkmitgliedern auch die benötigten Ressourcen zur Verfügung stelle. Das AMS Wien kann aber keine weiteren Förderzusagen machen, weil es wenig Spielraum bei der Verteilung seiner Mittel hat. Ziele, Richtung, Schwerpunkte, Budget und Mitteleinsatz des AMS Wien werden von der Politik vorgegeben. Darüber hinaus besteht kein Rechtsanspruch auf Fördergelder. Werden jedoch Erwartungen geschürt, die man nicht einhalten kann, besteht die Gefahr eines Verlustes an Seriosität und Glaubwürdigkeit. In letzter Konsequenz könnte dies zu einer Auflösung des Netzwerks führen. Wie das AMS Wien sollte daher auch das NGA seine möglichen Dienstleistungen genau abgrenzen und nur das nach außen tragen und versprechen, was es auch hundertprozentig erfüllen kann (vgl. I-AMS Wien).

Das AMS Wien hat nur sehr eingeschränkte Möglichkeiten der Einflussnahme auf die Netzwerkmitglieder. Das AMS Wien ist zwar Fördergeber des NGA, es bestehen aber keine finanziellen Abhängigkeiten zwischen dem AMS Wien und einzelnen Netzwerkmitgliedern. Die Implementierung der Kriterien guter Praxis kann demnach aus Sicht des AMS Wien nur über eine moralische Verpflichtung der Netzwerkmitglieder, den Kriterien zu entsprechen, erfolgen. Gegen die Notwendigkeit einer Verbindlichkeit spricht, dass die Netzwerkmitglieder freiwillig im Netzwerk sind und wissen, was sie leisten wollen und können. Die Netzwerkmitglieder haben außerdem bereits einen sozial- und gesellschaftspolitischen Auftrag, Qualitätsstandards einzuhalten. Dies ist bereits eine gute Basis für Qualitätssiche-

rung. Darüber hinaus sollte die Umsetzung der Kriterien guter Praxis aber unterstützt werden, indem man Vernetzung und Austausch fördert und die Organisationen durch Schulungen sensibilisiert (vgl. I-AMS Wien).

Seitens der Politik sieht das AMS Wien keinen Handlungsbedarf, da die Politik bereits viel zur Umsetzung der Kriterien guter Praxis beiträgt und nicht der Garant für Verbindlichkeit sein kann. Dazu wäre es notwendig, die benötigten Ressourcen in ein Gesetz einzubinden, was aber unrealistisch ist. Eine langfristige Sicherstellung der Ressourcen ist seitens der Politik nicht möglich. Es liegt daher an den Netzwerkmitgliedern selbst mit jenen Rahmenbedingungen, die ihnen zur Verfügung stehen, die bestmögliche Qualität zu leisten (vgl. I-AMS Wien).

Expertin 1 hält eine Verbindlichkeit der Kriterien guter Praxis ebenfalls für nicht möglich, da das NGA keine Rechtsbeziehung zu den Netzwerkmitgliedern und somit kein Druckmittel in der Hand hat, das eine Verbindlichkeit rechtfertigen würde. Der Fonds Gesundes Österreich hat hochschwellige Kriterien und hohe Anforderungen an Projekte, weil er hohe Fördersummen vergibt. Das NGA hat hingegen keine Rechtfertigung für hohe Anforderungen an Projekte, sondern muss sich im Gegenteil eher bemühen, dass die Netzwerkmitglieder überhaupt Gesundheitsförderung umsetzen. Eine denkbare Form der Verbindlichkeit wäre zwar, Schwellen in die Praxisdatenbank des NGA einzubauen und nur umfassende Projekte, die den Kriterien guter Praxis entsprechen, darin aufzunehmen. Dies sollte aber nicht das Ziel des NGA sein. Das NGA sollte Hochschwelligkeit lieber vermeiden und stattdessen den Netzwerkmitgliedern Hilfestellungen zur Umsetzung der Kriterien guter Praxis zur Verfügung stellen (vgl. I-E1).

### **8.1.3 Herausforderungen bei der Implementierung**

Das NGA steht bei der Implementierung der Kriterien guter Praxis vor mehreren Herausforderungen. Als größte Herausforderung ist die Heterogenität der Netzwerkmitglieder zu nennen. Diese Heterogenität bezieht sich einerseits auf die Umsetzung von Gesundheitsförderung und andererseits auf die Bedeutung der Kriterien guter Praxis für die einzelnen Netzwerkmitglieder. Expertin 1 schätzt, dass manche Netzwerkmitglieder noch gar keine Gesundheitsförderung umsetzen, andere Mitglieder hingegen in der Umsetzung schon sehr weit fortgeschritten sind. Der erste wichtige Schritt ist demnach jene Netzwerkmitglieder, die noch nichts umsetzen, soweit zu motivieren, dass sie Gesundheitsförderung überhaupt umsetzen wollen. Erst wenn die Frage nach dem „Warum“ geklärt ist, kann man diesen Netzwerkmitgliedern Wissen über Qualitätsanforderungen der Gesundheits-

förderung vermitteln. Die Kriterien guter Praxis können dabei unterstützen, Wissen zu vermitteln und z.B. in die vorgesehenen Schulungen von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren integriert werden (vgl. I-E1).

Der zweite Aspekt der Heterogenität besteht darin, dass die Mitgliedsorganisationen sehr unterschiedlich sind und die Kriterien guter Praxis unterschiedliche Bedeutungen für jede Organisation haben. Deshalb kann es notwendig sein, die einzelnen Kriterien guter Praxis für die jeweiligen Einrichtungen herunterzubrechen. Dieser Prozess kann aber nur mit den Einrichtungen gemeinsam passieren und z.B. in den Schulungen stattfinden (vgl. I-E1). Aufgrund der Heterogenität der Netzwerkmitglieder ist es außerdem schwierig, geeignete Anreize zu finden, um alle Netzwerkmitglieder zur Umsetzung von Gesundheitsförderung zu motivieren (vgl. I-E2).

Der Umfang der Kriterien guter Praxis wird als weitere Herausforderung gesehen. Nicht alle Netzwerkmitglieder sind in der Lage, diese Fülle an Kriterien zu erfüllen, weil es für sie einen großen Aufwand bedeutet. Es besteht die Gefahr der Überforderung der nicht primär in der Gesundheitsförderung tätigen Netzwerkmitglieder. Die Menge der Kriterien guter Praxis ist an sich positiv, da die Netzwerkmitglieder sich dadurch fundiert mit Gesundheitsförderung auseinandersetzen und somit die Chancen auf gute, wirksame Projekte steigen. Jede Organisation soll sich aber zunächst einmal auf jene Kriterien konzentrieren, die für sie am wichtigsten sind (vgl. I-E1).

Expertin 1 und die Vertreterin des AMS Wien sind sich einig, dass aufgrund der Menge der Kriterien guter Praxis bei der Kommunikation an die Netzwerkmitglieder besondere Vorsicht geboten ist. Das NGA muss klar und deutlich betonen, dass die Kriterien guter Praxis nur unter Vorbehalt der jeweiligen Möglichkeiten umgesetzt werden können (vgl. I-E1; I-AMS Wien).

Das NGA steht darüber hinaus vor der Herausforderung, die Theorie in die Praxis zu bringen. Expertin 1 sieht die Gefahr darin, dass die große Menge an Theorie die Netzwerkmitglieder überfordert. Die Kriterien guter Praxis sollten daher möglichst praxisnah an einem konkreten Projekt vermittelt werden (vgl. I-E1).

Expertin 2 erklärt, dass es das Österreichische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (ÖNBGF) bei der Implementierung seiner Qualitätskriterien im Gegensatz zum NGA leichter hatte, weil es als logische Konsequenz des Europäischen Netzwerks für Betriebliche Gesundheitsförderung (ENWHP) gegründet

wurde und die Qualitätskriterien vom Europäischen Netzwerk entwickelt und vorgegeben wurden. Weiters stand der Begriff der BGF damals noch am Beginn. Das ÖNBGF hatte somit die Chance, selbst zu definieren, was unter dem Begriff BGF zu verstehen war und ihn damit zu prägen (vgl. I-E2).

#### **8.1.4 Umsetzung der Kriterien guter Praxis**

Nach Meinung von Expertin 1 ist die Umsetzung der in der Checkliste enthaltenen Kriterien guter Praxis in ihrer derzeitigen Form nicht für alle Netzwerkmitglieder möglich. Der Grund liegt auch hier in der bereits beschriebenen Heterogenität der Netzwerkmitglieder und den damit einhergehenden unterschiedlichen Umsetzungsgraden von Gesundheitsförderung. Während es bei den erfahreneren Netzwerkmitgliedern ausreicht, ihnen eine Checkliste in die Hand zu geben, um die Qualität der Gesundheitsförderungsprojekte zu verbessern, reicht dies bei den weniger erfahrenen Netzwerkmitgliedern nicht aus. Diesen fehlt noch das notwendige Verständnis der Gesundheitsförderung. Die weniger erfahrenen Netzwerkmitglieder brauchen deshalb mehr Unterstützung in der Planung und Umsetzung von Gesundheitsförderung. Die Checkliste alleine kann nicht die Qualität der Gesundheitsförderung verbessern. Sie ist aber ein geeignetes Hilfsmittel für die Unterstützung der Netzwerkmitglieder. Sie kann z.B. für eine Beratung der Netzwerkmitglieder herangezogen werden und somit über die Vermittlung ihrer Inhalte in der Beratung einen Beitrag zur Qualitätsverbesserung leisten. Auch für Workshops ist die Checkliste eine gute Grundlage (vgl. I-E1).

Auf die Frage, was sie an der Checkliste verbessern würden, meinen sowohl Expertin 1 als auch Expertin 2, dass sie die Formulierungen und verwendeten Begriffe hinsichtlich ihrer Klarheit überprüfen lassen würden (vgl. I-E1; I-E2). Es besteht die Gefahr, dass die Fachbegriffe der Gesundheitsförderung für andere Berufsgruppen nicht verständlich sind und diese verschrecken (I-E2):

„[...] ich bin schon so lange in der Gesundheitsförderung und verwende oft ganz selbstverständlich Begriffe, wo mich auf einmal dann Leute anschauen und fragen: ‚Was meinst denn du eigentlich damit?‘ [...] Und ich glaub, das tut jede Berufsgruppe, [...] dass sie ihre eigene Terminologie entwickelt und da muss man einfach aufpassen, dass man die Leute nicht verschreckt.“

Expertin 2 empfiehlt daher, die Checkliste von Personen lesen zu lassen, die damit arbeiten müssten oder die nichts mit Gesundheitsförderung zu tun haben (vgl. I-E2). Den Aufbau der Checkliste finden beide Expertinnen klar, vor allem die Spalte für die Reflexion der Umsetzung im eigenen Projekt wird gelobt (vgl. I-E1). Allerdings empfinden beide Expertinnen, dass die Spalte „Einsatz/Erfahrungen“

„ein wenig abstrakt“ (I-E2) und „eine relativ willkürliche Auswahl“ (I-E1) ist. Expertin 1 schlägt vor, diese Spalte „Beispiele für die Umsetzung des Kriteriums“ zu nennen, da es sich dabei um Beispiele handelt, wie manche Projekte oder Einrichtungen die Kriterien guter Praxis umgesetzt haben (vgl. I-E1).

Expertin 1 hält die Integration von Beispielen für wichtig. Das NGA könnte sich die Online-Antragstellung des Fonds Gesundes Österreich als Vorbild nehmen. Dort ist zu jeder Frage ein Beispiel anhand eines konkreten Projektes gegeben. In der Checkliste wäre dafür aber zu wenig Platz. Man bräuchte noch ein Zusatzdokument dafür (vgl. I-E1).

### **8.1.5 Operationalisierung der Kriterien guter Praxis**

Wie müssen Qualitätskriterien grundsätzlich gestaltet sein, um umsetzbar zu sein? Nach Meinung von Expertin 1 muss ein Qualitätskriterium an sich nicht umsetzbar sein, da es lediglich die Richtung der Qualität vorgibt. Damit ein Qualitätskriterium umgesetzt werden kann, ist eine Operationalisierung notwendig. Dabei werden Indikatoren und Kennzahlen für die Kriterien guter Praxis gebildet. Ein Indikator ist ein Anzeiger, an dem man erkennen kann, ob und zu welchem Grad ein Kriterium erfüllt wurde. Kennzahlen sind Schwellen, die angeben, ab wann ein Kriterium als erfüllt gilt. Auch um die Umsetzung von Qualitätskriterien zu evaluieren ist eine Operationalisierung notwendig. Bei einer Zertifizierung bzw. der Vergabe eines Gütesiegels, das die Erfüllung bestimmter Qualitätskriterien bestätigt, ist ebenfalls eine Operationalisierung vorzunehmen (vgl. I-E1).

Expertin 1 unterscheidet hierbei zwischen einer allgemeinen Operationalisierung und einer individuellen Operationalisierung. Während bei der allgemeinen Operationalisierung die allgemeine Bedeutung des Qualitätskriteriums definiert wird, nimmt die individuelle Operationalisierung Bezug zum jeweiligen Setting bzw. zur jeweiligen Organisation. Es ist prinzipiell möglich, dass das NGA die Kriterien guter Praxis noch weiter operationalisiert, indem es allgemeine Indikatoren und Kennzahlen bildet (allgemeine Operationalisierung). Die Netzwerkmitglieder, die Gesundheitsförderung umsetzen möchten, müssen die Kriterien guter Praxis aber nochmals hinsichtlich ihrer individuellen Gegebenheiten operationalisieren (individuelle Operationalisierung) (vgl. I-E1).

Expertin 1 hält die Bildung von Indikatoren und Kennzahlen zu den Kriterien guter Praxis prinzipiell für sinnvoll. Sie lehnt aber eine allgemeine Operationalisierung der Kriterien guter Praxis durch die Koordinationsstelle ab, da es wichtig ist, dass

sich die Netzwerkmitglieder selbst intensiv mit der Bedeutung von guter Qualität im eigenen Setting auseinandersetzen. Dies ist ein wichtiger Prozess, bei dem die Netzwerkmitglieder nach und nach die Prinzipien der Gesundheitsförderung verstehen (vgl. I-E1).

Die Sinnhaftigkeit einer Operationalisierung hängt vom Grad ihrer Detailliertheit ab. Das NGA kann den Netzwerkmitgliedern einerseits eine oberflächliche Operationalisierung der Kriterien guter Praxis vorgeben. Diese kann bewirken, dass die Qualität der Projekte sichergestellt wird und die Netzwerkmitglieder alles Wichtige bedenken. Andererseits beinhaltet eine zu detaillierte Operationalisierung die Gefahr, dass der individuelle Prozess der Auseinandersetzung mit Gesundheitsförderung nicht stattfindet. Die Netzwerkmitglieder würden Gesundheitsförderungsprojekte dann nur noch „abarbeiten“. Es würde ihnen die Lust an den Projekten vergehen und den Projekten die Energie genommen werden. Die Operationalisierung würde dann eher als Einschränkung und nicht mehr als Hilfestellung empfunden werden. Dabei geht die Einzigartigkeit des Settings und der Beteiligten verloren. Letztlich bedeutet eine zu detaillierte Operationalisierung sogar einen Qualitätsverlust. Abgesehen davon ist es sehr fraglich, ob eine Festlegung von allgemein gültigen Kennzahlen überhaupt möglich ist, da Kennzahlen immer individuell für eine Organisation festgelegt werden sollten. Indikatoren und Kennzahlen sollten den Netzwerkmitgliedern daher nicht von außen vorgegeben werden. Stattdessen könnte man sie z.B. als Beispiele bei der Beratung einfließen lassen. Es ist wichtig darauf zu achten, dass die Netzwerkmitglieder sich selbst überlegen, was ein Kriterium guter Praxis nun ganz konkret in ihrer Organisation bedeutet und woran sie erkennen können, dass sie es erfüllt haben. An diesem Prozess sollten das jeweilige Projektteam und eventuell sogar die Zielgruppe des Projekts beteiligt werden. Eine individuelle Operationalisierung könnte beispielsweise im Rahmen der Schulungen von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren stattfinden (vgl. I-E1).

Expertin 2 findet eine detaillierte Operationalisierung, die den Netzwerkmitgliedern vorgegeben wird ebenfalls nicht sinnvoll. Die Umsetzung werde dadurch verkompliziert. Es bestehe die Gefahr, eine „Doktorarbeit aus einem Projektantrag“ (I-E2) zu machen und die Netzwerkmitglieder mit 19 Kennzahlen zu verschrecken. Wenn überhaupt, sollte sich das NGA nur für fünf oder sechs besonders wichtige Kriterien guter Praxis Kennzahlen überlegen (vgl. I-E2).

### 8.1.6 Anreizinstrumente

In Kapitel 6.3 wurden verschiedene Anreizinstrumente beschrieben. Im folgenden Kapitel werden diese Vorschläge mit den beiden Expertinnen diskutiert. Diskussionsgegenstand ist u.a. das dreistufige Qualitätssicherungssystem des ÖNBGF, welches aus der BGF-Charta, dem BGF-Gütesiegel und dem BGF-Preis besteht.

#### Gütesiegel

Das BGF-Gütesiegel ist ein verbrieftes Nachweis, dass die Qualitätskriterien des ÖNBGF eingehalten wurden. Es ist laut Expertin 2 ein großer Anreiz für die Betriebe, die Qualitätskriterien zu erfüllen. Vorteile des BGF-Gütesiegels sind seine Attraktivität für die Betriebe, die begrenzte Laufzeit auf drei Jahre, die klaren Regeln für seine Vergabe und seine hohe Akzeptanz unter den Betrieben. Als Nachteil kann gesehen werden, dass es manchmal Unzufriedenheit und Argumentationsbedarf gibt, wenn eine Organisation das Gütesiegel nicht erhält. Diese Unzufriedenheit basiert auf der Hochschwelligkeit der Qualitätskriterien, die für den Erhalt des BGF-Gütesiegels erfüllt werden müssen. Hochschwelligkeit ist aber eine wichtige Voraussetzung, um den Stellenwert des Gütesiegels zu erhalten. Ein Gütesiegel darf kein Schleuderartikel sein, den jeder bekommen kann, sondern muss klar mit der Einhaltung der Qualitätskriterien verbunden sein (vgl. I-E2).

Nach Angaben von Expertin 2 entstehen dem ÖNBGF durch das BGF-Gütesiegel keine hohen Kosten. Das Prozedere wird von den Mitgliedern des Netzwerks im Rahmen ihrer sonstigen Aufgaben abgewickelt. Die Kosten, die durch die Einladungen des Beirates, der Produktion der Plaketten und der Urkunden entstehen, sind überschaubar (vgl. I-E2).

Im Gegensatz zum ÖNBGF hat das NGA nach Einschätzung von Expertin 1 zu wenig Ressourcen, um ein Gütesiegel sinnvoll umsetzen zu können (vgl. I-E1). Um den Wert eines Gütesiegels aufrechtzuerhalten, muss die Einhaltung der Qualitätskriterien überprüft werden. Es ist ein Prozess der Zertifizierung aufzuziehen, der eine Menge Zeitressourcen benötigt. Es braucht Zeit, um den Antrag zu begutachten, zu den Organisationen zu fahren und sich die Einhaltung der Kriterien vor Ort anzusehen. Erschwerend kommt hinzu, dass die Koordinationsstelle des NGA nur wenig Einblick in die Mitgliedseinrichtungen hat. Dies ist auch ein großer Unterschied zum ÖNBGF, da dort die Regionalstellen die einreichenden Projekte meist gut kennen und die Qualität der Projekte besser beurteilen können. Das NGA müsste daher Audits für die Überprüfung durchführen, welche aber sehr aufwändig und kostspielig sind. Außerdem sollten Gütesiegel nur für einen be-

grenzten Zeitraum verliehen werden, wie dies beim BGF-Gütesiegel der Fall ist. Nach drei Jahren ist somit eine erneute Zertifizierung nötig. Ein Gütesiegel ist daher ein sehr aufwändiger Prozess, der nach Einschätzung von Expertin 1 die Möglichkeiten des NGA übersteigen würde (vgl. I-E1).

Die Vertreterin des AMS Wien kann sich vorstellen, dass ein Gütesiegel für einige Netzwerkmitglieder des NGA ein Anreiz ist, um die Kriterien guter Praxis zu erfüllen. Als Fördergeber des NGA hat das AMS Wien jedoch nicht die Mittel, ein Gütesiegel zu finanzieren. Eine Zertifizierung beinhaltet darüber hinaus die Gefahr, dass sich die Rahmenbedingungen der Netzwerkmitglieder schnell ändern können. Dies könnte dazu führen, dass sie das Zertifikat wieder verlieren. Es gebe nichts Schlimmeres, als ein Zertifikat wieder zu verlieren, weil man die Voraussetzungen nicht mehr erfüllen kann. Deshalb sei es besser, gar kein Zertifikat zu haben, aber sich moralisch zur Erfüllung der Kriterien guter Praxis zu bekennen (vgl. I-AMS Wien).

### **Preis**

Die Regionalstellen des ÖNBGF können alle drei Jahre die besten Unternehmen aus dem Kreis der Gütesiegelträgerinnen und -träger für den BGF-Preis nominieren. Es findet eine Vorselektion statt, da die nominierten Unternehmen bereits durch den Erhalt des Gütesiegels nachgewiesen haben, dass sie alle Qualitätskriterien erfüllt haben (vgl. I-E2).

Die befragten Expertinnen sind sich einig, dass der BGF-Preis für die Betriebe weniger attraktiv ist als das BGF-Gütesiegel (vgl. I-E2; I-E1). Das BGF-Gütesiegel symbolisiert offenbar einen höheren Wert und mehr Qualität. Die begrenzte Dauer des Gütesiegels könnte ein möglicher Grund für seine höhere Attraktivität sein (vgl. I-E2). Der wichtigere Faktor für die Attraktivität scheint aber die Klarheit und Transparenz der Vergabeentscheidung zu sein. Der BGF-Preis wird an Projekte vergeben, die sich durch besondere Innovativität oder eine besondere Zielgruppe auszeichnen. Laut Expertin 1 ist die Vergabe für die Betriebe und zum Teil selbst für die Jury nicht immer eindeutig nachvollziehbar, was dazu führt, dass manche Betriebe „beleidigt“ sind, wenn sie den Preis nicht erhalten. Ein Preis braucht daher auf jeden Fall klare, überprüfbare Kriterien. Für die Vergabe eines Preises muss sich die Vergabestelle sehr intensiv mit den einreichenden Projekten auseinandersetzen. Der Aufwand einer Preisvergabe in der Gesundheitsförderung darf dabei nicht unterschätzt werden (I-E1):

„[...] ein Preis beim Skifahren ist super. Da kannst' sagen: ‚Der war drei Hundertstel schneller.‘ Aber das ist halt alles hundertmal komplexer in dem Fall. Und zu sagen: ‚Die haben den ersten Platz gemacht, die den zweiten, die den dritten‘, da muss ich entweder sehr gut argumentieren können oder ich muss mich darauf einstellen, dass es viele geben wird, die das als unfair empfinden werden.“

Die Art des Preises stellt einen weiteren Diskussionspunkt dar. Beim BGF-Preis erhalten die Gewinner einen Geldbetrag und eine Skulptur, die von einem Künstler entworfen wurde. Das Geld scheint aber nicht der entscheidende Faktor für die Attraktivität eines Preises zu sein. Die öffentliche und mediale Aufmerksamkeit, die mit der Preisverleihung verbunden ist, sei das Wichtigste (vgl. I-E2). Ein Preis muss einen unmittelbaren Nutzen für die Netzwerkmitglieder haben. Ein Preisgeld in Höhe von € 10.000,00 wäre für die Netzwerkmitglieder wohl sehr attraktiv, wird aber nicht unmittelbar zur Debatte stehen. Attraktiv ist ein Preis aber auch dann, wenn er eine strategisch wichtige Bedeutung hat, etwa, weil er den Organisationen in Zukunft einen Vorteil bei allen Förderungen bringt (vgl. I-E1).

### **Audit**

Laut Expertin 1 bekommt das ÖNBGF mittlerweile auch Gütesiegel-Anträge von Firmen, die BGF-Projekte umsetzen aber nicht von den Regionalstellen begleitet werden. Das ÖNBGF steht nun vor der Herausforderung, die Richtigkeit der Angaben dieser Projektanträge zu beurteilen. Das ÖNBGF überlege daher, ob es Audits einführen muss, um die Qualität der Projekte objektiv beurteilen zu können. Ein Audit ist ein sehr aufwändiger Prozess, da jemand zu den einreichenden Institutionen fahren, dort ein paar Stunden verbringen, sich Dinge ansehen und mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vor Ort Interviews führen muss. Diese Auditorinnen und Auditoren müssen natürlich auch bezahlt werden. Durch die begrenzte Dauer von drei Jahren muss dieser aufwändige Prozess regelmäßig wiederholt werden. Eine Zertifizierung durch das NGA lehnt Expertin 1 generell ab, da sie keinen Anreiz für die Netzwerkmitglieder sieht, sich vom NGA zertifizieren zu lassen. Die Voraussetzung für eine Zertifizierung wäre, dass diese von den Fördergebern gefordert und somit zur Voraussetzung für den Erhalt von Fördergeldern wird (vgl. I-E1).

### **Förderung der intrinsischen Motivation**

Wie bereits beschrieben, ist nach Meinung von Expertin 1 und dem AMS Wien eine Verbindlichkeit der Kriterien guter Praxis nicht möglich. Es stellt sich daher

die Frage, wie die Netzwerkmitglieder ohne Verbindlichkeit zur Umsetzung der Kriterien guter Praxis motiviert werden können.

Nach Ansicht von Expertin 1 ist der Erfolg der Implementierung am wahrscheinlichsten, wenn in den Netzwerkmitgliedern eine intrinsische Motivation zur Umsetzung der Kriterien guter Praxis erzeugt wird, so dass diese freiwillig und aus eigener Überzeugung die Kriterien guter Praxis umsetzen wollen. Die Netzwerkmitglieder müssen einen Sinn in den Kriterien guter Praxis sehen. Dies kann erreicht werden, indem man den Netzwerkmitgliedern den Nutzen der Kriterien guter Praxis für ihre Organisationen und ihre Zielgruppen vermittelt. Das NGA muss dafür eine Marketingkampagne rund um die Kriterien guter Praxis starten und den Netzwerkmitgliedern wissenschaftliche Erkenntnisse, Wissen und praxisnahe Beispiele vermitteln. Weiters kann man Anreize durch besondere Angebote schaffen, wie z.B. die in Planung stehenden Schulungen von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren oder kostenloses Consulting bei der Umsetzung von Gesundheitsförderungsprojekten. Die ÖSB Consulting GmbH kann ihre Erfahrung nutzen und den Netzwerkmitgliedern kostenlose Beratung anbieten, da diese über Wissen verfügt, das man nicht überall bekommt (vgl. I-E1).

Ein weiterer Vorschlag von Expertin 1 sind Austauschtreffen für alle Gesundheitsförderung umsetzenden Netzwerkmitglieder, bei denen eine externe Expertin oder ein externer Experte berät und es ein „nettes Buffet“ gibt. Jene Netzwerkmitglieder, die bereits erfolgreiche Gesundheitsförderung umsetzen, könnten dort als Beispiele guter Praxis herangezogen werden. Auch die bestehenden Netzwerktreffen des NGA könnten genutzt werden, um über konkrete Projekte zu sprechen und einen Zusammenhang zu den Kriterien guter Praxis herzustellen. Das NGA sollte aber vor allem umfassende Projekte bzw. Regelangebote hervorheben und belohnen, keine Einzelaktivitäten (vgl. I-E1).

Auch Expertin 2 hebt die Bedeutung von intrinsischer Motivation bei der Umsetzung von Gesundheitsförderung hervor. Das ÖNBGF betreibt Informationsarbeit, Lobbying und Bewusstseinsarbeit, um die Betriebe zur Umsetzung von Gesundheitsförderungsprojekten zu motivieren. Darüber hinaus bieten einige Regionalstellen des ÖNBGF den Betrieben unter bestimmten Bedingungen Zusatzleistungen wie Mitarbeiterbefragungen oder Krankenstandsauswertungen an. Die Voraussetzung für diese Zusatzleistungen ist, dass die Betriebe die Qualitätskriterien erfüllen und den systematischen Prozess der BGF durchlaufen (vgl. I-E2).

## **Schulungen**

Die Integration der Kriterien guter Praxis in die vorgesehenen Schulungen von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren halten sowohl Expertin 1 als auch Expertin 2 für sinnvoll. Expertin 2 gibt zu bedenken, dass deren Gestaltung davon abhängig ist, wer daran teilnimmt und welchen Benefit die teilnehmenden Personen davon haben. Wenn sich durch die Teilnahme an den Schulungen die Chancen erhöhen, dass ein Projekt gefördert wird, ist dies bestimmt ein Anreiz für die Netzwerkmitglieder (vgl. I-E2). Der Titel der Schulungen sollte ansprechend für die Zielgruppe sein. Ein Workshop mit dem Titel „Wie Gesundheitsförderung wirklich wirkt“ ist für die Einrichtungen wahrscheinlich interessanter als „Schulung zu den Kriterien guter Praxis (I-E1)“. Bei der Vorgehensweise würde Expertin 1 dem NGA raten, zuerst Wissen zu vermitteln, dann Beispiele zu geben und dann auf die individuelle Situation der Teilnehmerinnen und Teilnehmer einzugehen. Im Zuge der Schulungen könnten die Kriterien guter Praxis auch gemeinsam mit den Netzwerkmitgliedern operationalisiert werden (vgl. I-E1).

## **Eigenschaften eines Anreizinstrumentes**

Generell muss ein Anreizinstrument etwas sein, das für die Netzwerkmitglieder besonders attraktiv ist oder ihnen einen besonderen Nutzen bringt, wie z.B. einen finanziellen Vorteil oder einen Wettbewerbsvorteil. Ein Anreizinstrument muss transparent, logisch und fair sein. Darüber hinaus muss es einfach zu verstehen sein. Es muss außerdem einheitlich sein, so dass es vielen Netzwerkmitgliedern nutzt (vgl. I-E1).

Expertin 2 hingegen sieht eine Verallgemeinerung schwierig, da ein Anreizinstrument immer von den individuellen Zielen der Organisationen abhängt. Aufgrund der Heterogenität der Netzwerkmitglieder im NGA gibt es viele unterschiedliche Ziele und Gründe, warum die Organisationen Gesundheitsförderung betreiben. Es kann daher keine Standardlösung für ein Anreizinstrument geben, sondern es müssen mehrere unterschiedliche Anreizinstrumente angeboten werden, die die unterschiedlichen Typen von Netzwerkmitgliedern ansprechen. Ein wichtiger Schritt ist deshalb, die Netzwerkmitglieder zu clustern. Während ein Verein wahrscheinlich gerne mehr Geld hätte, ist eine Interessensvertretung vielleicht mehr an öffentlicher Wahrnehmung interessiert. Für diese wäre dann vielleicht die Teilnahme an einer Pressekonferenz interessanter (vgl. I-E2).

## **8.2 Implementierung aus Sicht der Netzwerkmitglieder**

Auf dem sechsten Netzwerktreffen am 17. November 2010 habe ich eine kurze schriftliche Befragung der anwesenden Netzwerkmitglieder zur Implementierung der Kriterien guter Praxis durchgeführt. Es wurden sowohl offene als auch geschlossene Fragen gestellt. Der Fragebogen, der dem Anhang II entnommen werden kann, wurde von 15 Personen aus 13 unterschiedlichen Mitgliedsorganisationen ausgefüllt. Ich möchte an dieser Stelle betonen, dass diese Befragung nicht repräsentativ für alle Netzwerkmitglieder ist.

Darüber hinaus habe ich im Zeitraum von Jänner bis Februar 2011 fünf Interviews mit Netzwerkmitgliedern des NGA geführt, die an der schriftlichen Befragung teilgenommen haben. Der Leitfaden dieser Interviews kann dem Anhang II entnommen werden. Bei den fünf interviewten Netzwerkmitgliedern handelt es sich um drei operative, ein sowohl operatives als auch strategisches sowie ein strategisches Mitglied. Zwei der interviewten Mitglieder sind bereits seit dem Jahr 2007 beim Netzwerk, ein Mitglied ist 2009 beigetreten und zwei Mitglieder sind seit 2010 dabei. Die Darstellung der Ergebnisse der Befragung und der Interviews erfolgt anonym. Aussagen der fünf interviewten Mitglieder sind durch das Kürzel I-M1 bis I-M5 (wobei I für „Interview“, M für „Mitglied“ und die Ziffer für die Interviewnummer steht) erkennbar. Offene Antworten aus dem schriftlichen Fragebogen sind durch das Kürzel FB1 bis FB15 (wobei FB für „Fragebogen“ und die Ziffer für die Fragebogennummer steht) gekennzeichnet.

Im Folgenden werden die Ergebnisse des Fragebogens im Kontext der Erkenntnisse aus den Interviews dargestellt.

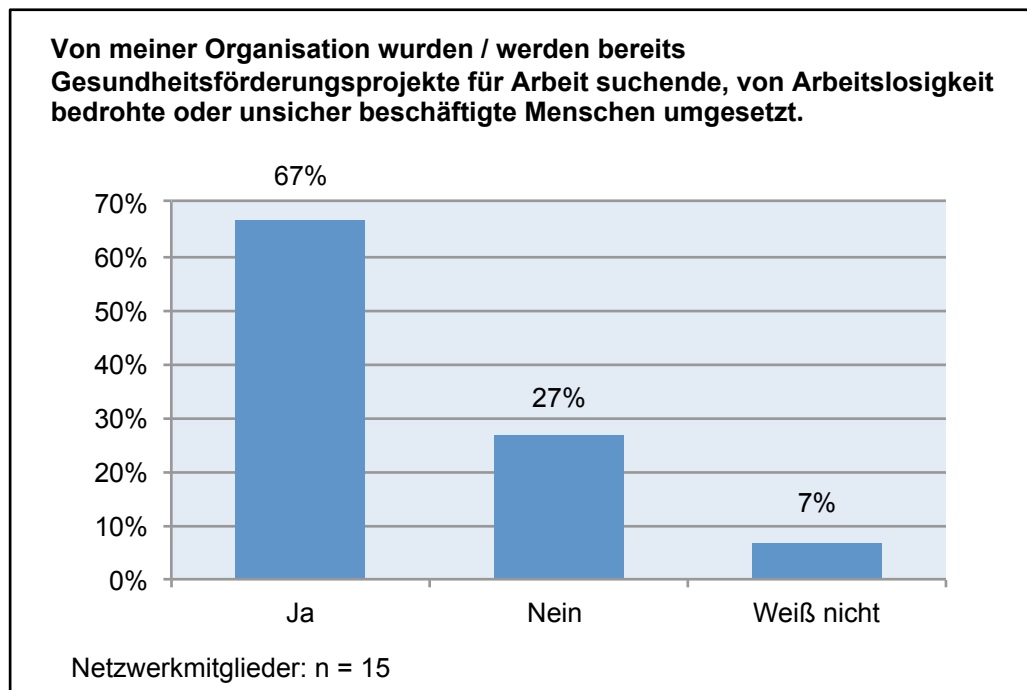
### **8.2.1 Mitgliedschaft beim NGA**

Als Grund für die Mitgliedschaft beim NGA geben vier der fünf interviewten Mitglieder ihre Arbeit mit der Zielgruppe des Netzwerks (Arbeit suchende, von Arbeitslosigkeit bedrohte und unsicher beschäftigte Menschen) und den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Arbeitslosigkeit als ein relevantes Thema bei ihrer Arbeit an (vgl. I-M1, I-M2, I-M3; I-M4). Ein Mitglied erklärt, dass es das Netzwerk ideell unterstützen möchte, indem es an den Netzwerktreffen teilnimmt und dort Erfahrungen, Informationen und Know-how einbringt (vgl. I-M5). Die Vernetzung mit anderen Organisationen (vgl. I-M1, I-M2; I-M4), der informelle Austausch und das Lernen von anderen Organisationen (vgl. I-M2, I-M4; I-M5) sind wichtige Aspekte der Mitgliedschaft beim NGA. Die Mitgliedschaft ist eine Möglichkeit, andere Organisationen und deren Angebote kennen zu lernen (vgl. I-M2; I-M5). Im Netz-

werk werden gemeinsam Themen besprochen und der Öffentlichkeit präsentiert (vgl. I-M2). Für ein Mitglied ist Vernetzung ein expliziter Auftrag der Organisation (vgl. I-M4). Darüber hinaus erleichtert und verbessert Vernetzung die Arbeit (vgl. I-M2; I-M4). Zwei Mitglieder heben hervor, dass die Qualität des NGA besonders gut ist (vgl. I-M1; I-M4). Über die Mitgliedschaft beim NGA findet weiters eine Sensibilisierung der Kursteilnehmerinnen und -teilnehmer und der Schlüsselarbeitskräfte statt (vgl. I-M3). Ein Mitglied erwähnt, dass der Fonds Gesundes Österreich seiner Organisation zum Beitritt geraten hat (vgl. I-M1).

## 8.2.2 Umsetzung von Gesundheitsförderung

### 8.2.2.1 Ergebnisse aus der schriftlichen Befragung



**Abbildung 3: Umsetzung von Gesundheitsförderungsprojekten**

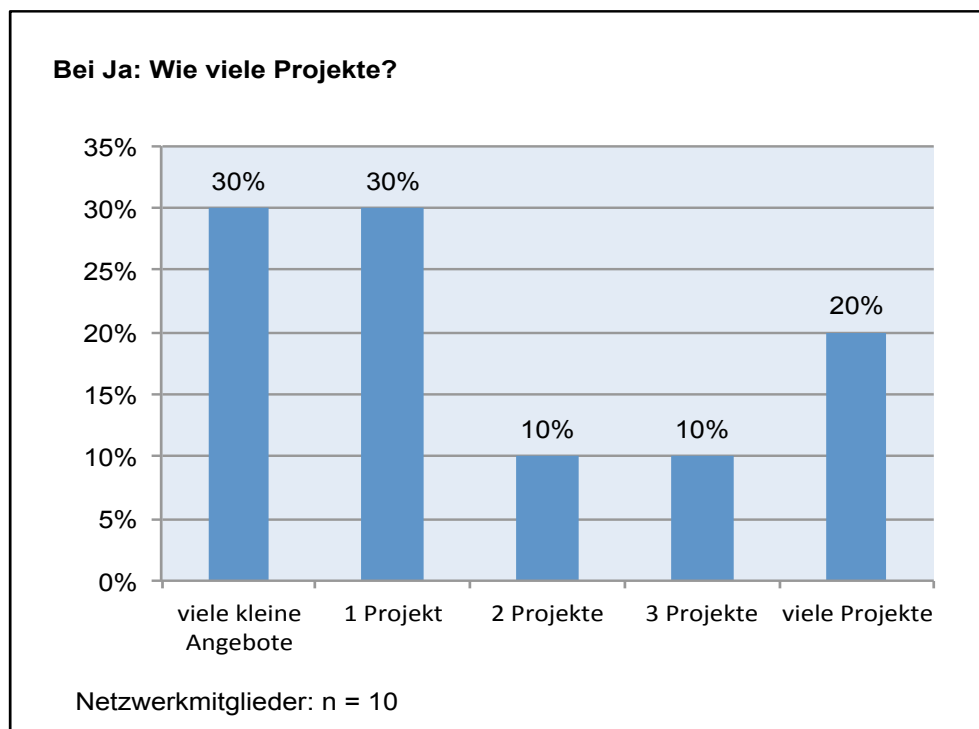
Nach Ansicht von Expertin 1 haben nicht alle Netzwerkmitglieder Erfahrungen in der Umsetzung von Gesundheitsförderung. Ausgehend von dieser Einschätzung wurde den Netzwerkmitglieder die Frage gestellt, ob in ihrer Organisation bereits Gesundheitsförderungsprojekte für Arbeit suchende, von Arbeitslosigkeit bedrohte und unsicher beschäftigte Menschen umgesetzt wurden bzw. werden. Abbildung 3<sup>1</sup> zeigt die Antworten der an der schriftlichen Befragung teilnehmenden Netz-

---

<sup>1</sup> Die Summe der Ergebnisse von 101% in Abbildung 3 ergibt sich aus der Aufrundung der Ergebnisse auf ganzzahlige Werte.

werkmitglieder auf diese Frage. Es geben 10 von 15 Personen (67%) an, bereits Gesundheitsförderungsprojekte umzusetzen bzw. umgesetzt zu haben. Vier Personen (27%) verneinen diese Frage und eine Person (7%) gibt an, es nicht zu wissen.

Abbildung 4 zeigt die Antworten auf die Frage, wie viele Gesundheitsförderungsprojekte für Arbeit suchende, von Arbeitslosigkeit bedrohte und unsicher beschäftigte Menschen umgesetzt werden bzw. in der Vergangenheit umgesetzt wurden. Von jenen zehn Personen, die angaben, Projekte umzusetzen oder umgesetzt zu haben, haben drei Personen (30%) bisher viele kleine gesundheitsfördernde Angebote umgesetzt, die aber keine umfassenden Projekte sind. Weitere drei Personen (30%) geben die Umsetzung eines Projektes an. Jeweils eine Person (10%) setzt zwei bzw. drei Projekte um und zwei Personen (20%) schreiben, dass in ihrer Organisation bereits viele diverse Projekte unterschiedlichen Umfangs für diese Zielgruppe durchgeführt worden sind.



**Abbildung 4: Anzahl der umgesetzten Projekte**

Auf die Frage, was ihnen oder in ihrer Organisation fehlt, um Gesundheitsförderungsprojekte für Arbeit suchende, von Arbeitslosigkeit bedrohte und unsicher beschäftigte Menschen umsetzen zu können, geben bei der schriftlichen Befragung 5 von 15 Personen (33%) an, dass sie mehr finanzielle Ressourcen und Personal brauchen, da diese Arbeit mehr Personal- und Finanzressourcen bindet als ande-

re Aktivitäten. Eine Person davon betont, dass ihr besonders Ressourcen für die Planungsphase fehlen (vgl. FB10). Drei Personen (20%) wünschen sich eine längerfristige Finanzierung der Projekte. Es wäre wünschenswert, den Projektstatus verlassen und ein durchgängiges Angebot als Regeleinrichtung etablieren zu können (vgl. FB13). Zwei Personen (13%) benötigen Informationen. Einer Person davon fehlen epidemiologische Daten, insbesondere zum Thema Sucht (vgl. FB2). Eine andere Person benötigt eine gute Dokumentation und Evaluation des Nutzens erfolgreicher Projekte sowie Unterstützungsangebote (vgl. FB12). Eine Person (7%) gibt an, dass ihre Organisation bereits in der Planung solcher Projekte ist und somit noch etwas mehr Zeit benötigt (vgl. FB11). Eine andere Person (7%) meint, dass die Umsetzung von Gesundheitsförderungsprojekten nicht Aufgabe ihrer Organisation ist (vgl. FB1).

#### 8.2.2.2 Ergebnisse der Interviews

Wie bereits in der schriftlichen Befragung wurde auch in den Interviews die Umsetzung von Gesundheitsförderung thematisiert. Vier der fünf interviewten Mitglieder geben an, selbst Gesundheitsförderungsmaßnahmen umzusetzen (vgl. I-M1, I-M2, I-M3; I-M4). Ein interviewtes Mitglied setzt zwar selbst keine Maßnahmen um, ist aber als Fördergeber an zwei Projekten beteiligt, wovon eines speziell auf prekär beschäftigte Menschen abzielt (vgl. I-M5).

Zu den **Zielgruppen der umgesetzten Gesundheitsförderungsmaßnahmen** zählen langzeitbeschäftigungslose und Arbeit suchende Menschen (vgl. I-M1, I-M2, I-M3; I-M4), prekär beschäftigte Menschen (vgl. I-M1, I-M4; I-M5), schwer vermittelbare Risiko- und Randgruppen (vgl. I-M1; I-M2), Menschen mit Suchtvergangenheit (vgl. I-M1), Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen (vgl. I-M2), Frauen (vgl. I-M2; I-M4), Mädchen, sozial benachteiligte Menschen (vgl. I-M4), Schlüsselarbeitskräfte und ältere Menschen in Beratungs- und Betreuungseinrichtungen (vgl. I-M3).

Die **Probleme der Zielgruppen** der gesundheitsfördernden Maßnahmen hängen vor allem mit der schwierigen Integration der Zielgruppen am Arbeitsmarkt zusammen. Alle vier Mitglieder, die Maßnahmen umsetzen, erwähnen dieses Problem (vgl. I-M1, I-M2, I-M3; I-M4). Ein Faktor, der die Arbeitssuche erschwert, ist der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Bestehende körperliche oder psychische gesundheitliche Probleme sind oft ein großes Hindernis bei der Jobsuche (vgl. I-M2; I-M3). Besonders Langzeitarbeitslosigkeit ist ein Teu-

felskreis, denn je länger die Personen arbeitslos sind, umso schlechter wird ihr Gesundheitszustand (vgl. I-M3).

Ein weiterer Faktor, der die Integration am Arbeitsmarkt erschwert, ist das zeitgleiche Auftreten mehrerer Problemlagen. Vielschichtige Problemlagen betreffen einerseits Menschen mit Suchtvergangenheit, bei denen Persönlichkeitsstörungen und soziale Defizite (vgl. I-M1) erschwerend hinzukommen: „Die Drogenabhängigkeit selber wäre an sich relativ schnell erledigt, wenn das rundherum nicht wäre.“ (I-M1). Andererseits sind auch Menschen mit Migrationshintergrund häufig von vielschichtigen Problemlagen betroffen, welche die Jobsuche erschweren. Zu den oft körperlichen und seelischen Kriegsverletzungen kommen bei dieser Zielgruppe Schwierigkeiten aufgrund einer anderen Kultur, Sprache und einem anderen Aussehen (vgl. I-M2). Menschen mit Migrationshintergrund haben darüber hinaus kulturell bedingt einen anderen Umgang mit Krankheit: „Ein Türke, ein Mann wird Ihnen nie sagen ‚Mir tut der Kopf weh‘, weil das wird als Schwäche, als rein männliche Schwäche betrachtet.“ (I-M2). Dadurch ist es schwierig, Krankheiten überhaupt zu diagnostizieren. Es gibt außerdem in Wien wenig Betreuungsangebote in anderen Sprachen (vgl. I-M2).

Ein weiteres Problem der Zielgruppen sind Schwierigkeiten bei der Inanspruchnahme des österreichischen Gesundheitssystems, das bei den Zielgruppen Menschen mit Migrationshintergrund (vgl. I-M2) und sozial benachteiligte Menschen (vgl. I-M4) genannt wird.

Das Problem der prekären Beschäftigung ist vor allem ein Problem der Zielgruppen Menschen mit Suchtvergangenheit (vgl. I-M1) und Frauen (vgl. I-M4). Letztere haben insbesondere nach der Karenz Probleme, wieder einen Job zu finden (vgl. I-M4).

Das **Ziel der gesundheitsfördernden Maßnahmen**, die von den interviewten Mitgliedern umgesetzt werden, ist einerseits die soziale (Re-)Integration (vgl. I-M1; I-M2) sowie die Integration am ersten Arbeitsmarkt (vgl. I-M2; I-M3).

Bei zwei Mitgliedern (vgl. I-M2; I-M3) ist das **primäre Organisationsziel** die Integration von Arbeit suchenden Menschen auf dem ersten Arbeitsmarkt. Gesundheitsförderung ist dort eine Maßnahme, die dieses Ziel unterstützt. Ein Mitglied drückt es folgendermaßen aus: „Unser Ziel ist, dass die Menschen ihr Leben in Österreich verbessern und einen Job finden, trotz der Handicaps.“ (I-M2). Beispielsweise gibt es bei diesem Mitglied ein umfassendes Projekt für erwerbslose

Migrantinnen und Migranten, die gesundheitliche Beeinträchtigungen haben. In diesem Projekt sind neben arbeitsmarktintegrativen Maßnahmen (Deutschkurse, EDV-Kurse und Berufsorientierung) auch Maßnahmen zur Gesundheitsförderung integriert. Bei dem anderen Mitglied gibt es nur eine einzelne Maßnahme mit einem Gesundheitscoach (vgl. I-M3).

Bei zwei Mitgliedern ist Gesundheitsförderung ein explizites Ziel des gesamten Angebots der Organisation. In beiden Fällen sind Arbeit suchende, von Arbeitslosigkeit bedrohte und unsicher beschäftigte Menschen nicht die offizielle Zielgruppe der Maßnahmen, dennoch befinden sich unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der angebotenen Programme Mitglieder dieses Personenkreises (vgl. I-M1; I-M4).

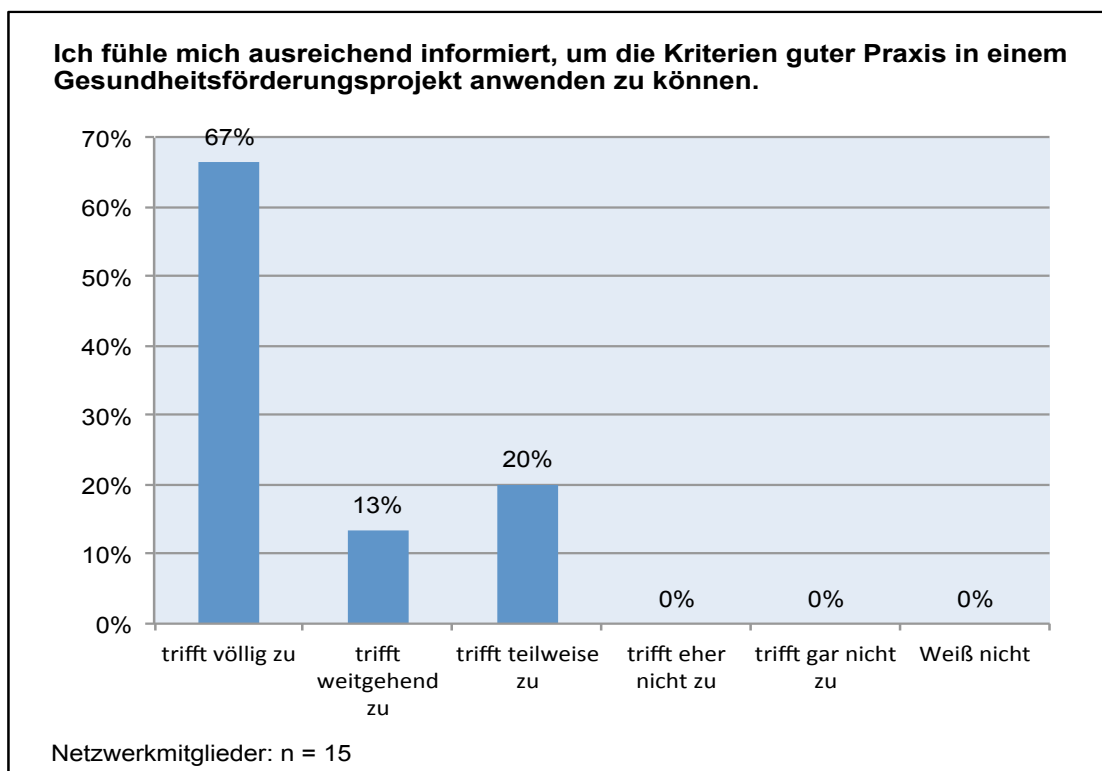
Bei den von den interviewten Netzwerkmitgliedern **umgesetzten Gesundheitsförderungsmaßnahmen** handelt es sich um:

- sportliche Angebote (z.B. Volleyball, Fußball, Nordic Walking, Meisterschaften, Tischtennis, Aktivierung am Arbeitsplatz, Auflockerungs-, Kräftigungs- und Dehnungsübungen, Fitnessstraining, WBS-Gymnastik, Badminton, Fitnesscenterkarte, ergonomische Schulungen) (vgl. I-M1, I-M2; I-M3)
- Ernährungsangebote (z.B. Kochen, Einkaufen in Supermärkten, Verstehen von Inhaltsangaben) (vgl. I-M2; I-M3)
- Entspannungsangebote (z.B. Yoga und Vorträge zur Stressbewältigung) (vgl. I-M1; I-M3)
- psychosoziale Angebote (z.B. Soziale Netzwerkintervention, Behandlung von Persönlichkeitsstörungen und sozialen Defiziten, Lernen über österreichische Kultur, Thematisierung des Umgangs mit Krankheit und Schmerz im Alltag und Berufsleben) (vgl. I-M1; I-M2)
- kreative Angebote (z.B. Theatergruppe, Musikband) (vgl. I-M1)
- regelmäßige Workshops zu unterschiedlichen Themen (z.B. Tanzen für Frauen) (vgl. I-M1; I-M4)
- individuelle Beratung (z.B. Coaching, Psychotherapie) (vgl. I-M3; I-M4)
- Orientierungshilfe im österreichischen Gesundheitssystem (z.B. deutsche Begriffe, Umgang mit speziellen Krankheiten) (vgl. I-M2; I-M4)

### 8.2.3 Umsetzung der Kriterien guter Praxis

#### 8.2.3.1 Ergebnisse der schriftlichen Befragung

Nach Expertin 1 verfügen die Netzwerkmitglieder über einen heterogenen Wissensstand zu den Kriterien guter Praxis. Bei manchen Netzwerkmitgliedern reiche es nicht aus, ihnen eine Checkliste zu geben um die Kriterien guter Praxis zu erfüllen, bei anderen schon. Basierend auf dieser Einschätzung wurde der subjektiv empfundene Wissensstand der Netzwerkmitglieder auf dem Netzwerktreffen erhoben.



**Abbildung 5: Subjektiv empfundener Wissensstand über die Kriterien guter Praxis**

In Abbildung 5 wird die Frage nach dem Wissensstand der Netzwerkmitglieder zu den Kriterien guter Praxis behandelt. 10 von 15 Personen (67%) stimmen der Aussage „Ich fühle mich ausreichend informiert, um die Kriterien guter Praxis in einem Gesundheitsförderungsprojekt umsetzen zu können“ völlig zu. Für zwei Personen (13%) trifft diese Aussage weitgehend zu. Drei Personen (20%) finden, dass dies nur teilweise auf sie zutrifft. Keine Person (0%) gibt an, eher nicht oder gar nicht genug über die Kriterien guter Praxis informiert zu sein.

Darüber hinaus wurde auf dem Netzwerktreffen gefragt, was den Netzwerkmitgliedern oder ihrer Organisation fehlt, um die Kriterien guter Praxis in einem Gesund-

heitsförderungsprojekt anwenden zu können. Hier zeigt sich ein heterogenes Bild. Drei Personen (20%) geben an, dass sie nichts brauchen, um die Kriterien guter Praxis anwenden zu können: „Unser Projekt entspricht im G. u. G. den Kriterien guter Praxis!“ (FB6), „Eigentlich nichts, sind gut aufbereitet und klar verständlich und kommunizierbar“ (FB15). „[...] wir versuchen immer Kriterien guter Praxis umzusetzen. Da braucht es auch keine zusätzlichen Anreize. Außer der üblichen Ressourcenfrage in diesem Arbeitsbereich fehlt auch nichts Spezielles“ (FB10).

Sechs Personen (40%) nennen Dinge, die ihnen für eine Umsetzung der Kriterien guter Praxis fehlen. Zwei Personen geben an, mehr Informationen zu den Kriterien guter Praxis zu brauchen. Darunter fallen allgemeine Informationen zu den Kriterien guter Praxis, Praxisbeispiele, Informationen zu Indikatoren bzw. einer Operationalisierung sowie mehr Austausch mit anderen Organisationen (vgl. FB7; FB9). Zwei Personen hätten gerne mehr Zeit bzw. eine fixe Zeitplanung (vgl. FB3; FB12). Weitere Nennungen waren Flexibilität, nachhaltiges Dranbleiben, Partizipation der Transitarbeitskräfte und mehr finanzielle Ressourcen (jeweils eine Person).

### 8.2.3.2 Ergebnisse der Interviews

In den Interviews zeigte sich, dass es schwierig ist festzustellen, ob ein Kriterium guter Praxis erfüllt wird oder nicht, da dies eine Frage der Definition ist (vgl. I-M1; I-M2). Drei der fünf interviewten Mitglieder geben an, alle 19 Kriterien guter Praxis zu erfüllen, allerdings ist der Grad der Erfüllung von Kriterium zu Kriterium unterschiedlich und kann teilweise noch verbessert werden (vgl. I-M1, I-M2; I-M4). Ein Mitglied gibt zu, dass seine Organisation nicht alle Kriterien erfüllt, weil es dort kein umfassendes Projekt sondern nur eine Einzelmaßnahme gibt (vgl. I-M3). Das Mitglied, dass nur Fördergeber von zwei Projekten ist, meint nicht genug über diese Projekte zu wissen, um die Umsetzung der Kriterien beurteilen zu können (vgl. I-M5).

Die Umsetzung vieler Kriterien guter Praxis ist deshalb schwierig, weil sich die Kriterien gegenseitig beeinflussen. Der Großteil der Kriterien guter Praxis hängt z.B. mit dem Kriterium „Kosten-Nutzen-Verhältnis“ zusammen. Wenn man gute Qualität möchte, dann kostet das auch etwas (vgl. I-M1; I-M4). Niederschwellige Angebote, die möglichst kostenfrei für die Zielgruppe sein sollen, kosten die umsetzende Organisation mehr. Auch gute Evaluation ist teuer (vgl. I-M1). Die Erfüllung vieler Kriterien ist also vor allem eine Frage der Ressourcen.

Schwierigkeiten gibt es auch bei der Umsetzung des Kriteriums „Innovation“. Ein Mitglied vertritt die Ansicht, dass das Kriterium „Innovation“ überbewertet werde. Dies liege daran, dass die Förderstrukturen in Österreich sehr stark auf Projekte ausgerichtet seien. In der Regel seien Innovationen jedoch selten, da meist lediglich etwas als Innovation verkauft werde, dass es in Wahrheit schon einmal gegeben habe. In der Gesundheitsförderung sei es aber viel wichtiger, *wie* man etwas tue als *was* man tue (vgl. I-M1). Ein anderes Mitglied meint, sich sehr um Innovationen zu bemühen. Es ist für dieses Mitglied jedoch nicht möglich, die Betroffenen zu ermutigen, selbst Gesundheitsförderungsprojekte zu initiieren, wie es in der Checkliste beschrieben ist, weil die Zielgruppe dafür nicht selbstständig genug ist (vgl. I-M2).

Zwei Mitglieder geben an, keine externen Evaluationen durchzuführen (vgl. I-M3; I-M4). Ein Mitglied führt nur interne Umfragen, aber keine statistischen Auswertungen durch, weil es nur eine Einzelmaßnahme umsetzt (vgl. I-M3). Ein anderes Mitglied wünscht sich mehr externe Evaluationen, diese seien aber zu teuer. Die Durchführung von internen Evaluationen sei in dieser Organisation aber legitim, weil dort viele Psychologinnen und Psychologen mit einer entsprechenden Ausbildung arbeiten (vgl. I-M4).

Das Kriterium „Partizipation“ bereitet zwei Mitgliedern Schwierigkeiten, weil nicht jede Zielgruppe in die Gestaltung der Angebote einbezogen werden könne, sondern die Zielgruppe manchmal mehr Unterstützung brauche (vgl. I-M1; I-M2). Als weiterer Grund wird genannt, dass die Kosten eines Angebotes im Vorhinein argumentiert werden müssen. Wenn sich durch die Einbeziehung der Zielgruppe während der Angebote dann noch ein anderer Bedarf ergibt, kann dieser meist nicht finanziert werden (vgl. I-M1).

Schwierigkeiten bei der Umsetzung treten darüber hinaus bei den Kriterien „Empowerment“ und „Nachhaltigkeit“ auf, weil sie langfristige Interventionen bräuchten (vgl. I-M1) bzw. in den Regelbetrieb übernommen werden müssten, was oft sehr mühsam sei (vgl. I-M4). Probleme gibt es bei einem Mitglied auch mit der Erfüllung des Kriteriums „Gender & Diversity“, weil es nicht genug finanzielle Ressourcen hat, um ein fixes Frauen-Angebot zu schaffen (vgl. I-M1). Bei einem anderen Mitglied kann das Kriterium „Evidenzbasierung“ nicht zufriedenstellend erfüllt werden (vgl. I-M3).

Gar nicht erfüllt wird das Kriterium „MultiplikatorInnenkonzept“ von einem Mitglied, da die Personalressourcen für die Maßnahme sehr beschränkt sind (vgl. I-M3).

### 8.2.4 Anwendung der Checkliste

Alle fünf interviewten Mitglieder geben an, dass die Checkliste zu den Kriterien guter Praxis des NGA in ihrer Organisation nicht verwendet wird (vgl. I-M1, I-M2, I-M3, I-M4; I-M5). Zwei Mitglieder begründen dies damit, dass sie die Kriterien guter Praxis schon erfüllt haben, bevor es die Checkliste gab (vgl. I-M1; I-M5). Weiters wird die Checkliste nicht verwendet, weil den Organisationen andere Instrumente vertrauter sind, z.B. die Checkliste der BZgA für sozial Benachteiligte oder die Checkliste des ÖNBGF (vgl. I-M4; I-M5). Ein Mitglied hat bisher noch keine Zeit gefunden, die Checkliste mit Kolleginnen und Kollegen zu besprechen. Es beabsichtigt aber, dies zu tun und vielleicht die Checkliste dann auch in der nächsten Konzeption zu verwenden (vgl. I-M2). Ein anderes Mitglied plant, die Grafik mit den 19 Kriterien guter Praxis zu vergrößern und im Teamzimmer aufzuhängen (vgl. I-M4).

Obwohl kein interviewtes Mitglied die Checkliste verwendet, finden alle die Tatsache, dass es sie gibt sehr sinnvoll. Besonders hervorgehoben wird, dass man eine Auflistung aller Kriterien auf einen Blick hat (vgl. I-M2, I-M3; I-M4) und die Checkliste gut zur Erinnerung der wichtigsten Aspekte ist (vgl. I-M1; I-M4). Die Checkliste regt dazu an, sich Gedanken über die Kriterien guter Praxis zu machen (vgl. I-M1) und man kann sich in systematischer Form damit auseinandersetzen (vgl. I-M2). Zwei Mitglieder loben besonders, dass die Checkliste in einer Gemeinschaftsarbeit von Praktikerinnen und Praktikern entstanden ist und nicht wie z.B. bei der Checkliste der BZgA durch ein Gremium aus Expertinnen und Experten zusammengestellt wurde (vgl. I-M3; I-M4). Dadurch erhält die Checkliste mehr Praxisbezug (vgl. I-M4). Sie ist außerdem ausführlicher als die Checkliste der BZgA, da sie auch die Kriterien „Freiwilligkeit“, „Vertraulichkeit“ sowie „Ressourcen- und Potentialorientierung“ enthält (vgl. I-M4). Sie ist auch ausführlicher als die Qualitätskriterien des BGF Netzwerks (vgl. I-M5). Die Spalte "Woran könnte es scheitern" wird überdies als gute systemische Frage gelobt (vgl. I-M4).

Ein Mitglied hat die Idee, die Checkliste als Stufenprogramm aufzubauen. Die Grafik auf der ersten Seite kann als Poster für das Teamzimmer verwendet werden (erste Stufe). Als zweite Stufe gibt es die Definitionen aller Kriterien guter Praxis zum Nachlesen. Auf einer dritten Stufe könnte man eventuell noch weiter ins Detail gehen und Indikatoren und Kennzahlen zu den Kriterien bilden. Diese Indikatoren könnten dann in weiterer Folge als Instrument für Fördergeberinnen und Fördergeber dienen (vgl. I-M4).

Die Mitglieder machen verschiedene **Verbesserungsvorschläge** zu der Checkliste. Eine Verbesserungsmöglichkeit besteht darin, die Kriterien guter Praxis nach ihrer Bedeutung zu gewichten. Es ist zu hinterfragen, warum das Kriterium „Innovation“ an erster Stelle steht. Außerdem soll der Zusammenhang der Kriterien dargestellt und die Spalte mit den Beispielen kritisch überprüft werden. Da sich die Qualitätskriterien im Laufe der Zeit verändern können, sollten diese kontinuierlich weiterentwickelt und angepasst werden (vgl. I-M1). Ein weiterer Vorschlag ist, die Checkliste teilweise ein bisschen kürzer und prägnanter zu gestalten. Die Spalte "Woran könnte es scheitern?" wird als zu ausführlich empfunden. Darüber hinaus könnten die Kriterien noch ein bisschen heruntergebrochen werden. Es sollte aber kein Kriterium guter Praxis weggelassen werden (vgl. I-M5).

Im Bezug auf den Aufbau und die Klarheit der Begriffe meinen alle fünf interviewten Netzwerkmitglieder, die Checkliste im Prinzip verstanden zu haben (vgl. I-M1, I-M2, I-M3, I-M4; I-M5). Leichte Verständnisprobleme traten während des Interviews bei den Kriterien „Niederschwelligkeit“ (vgl. I-M2) und „Settingansatz“ (vgl. I-M3) auf. Ein Mitglied sieht die Gefahr darin, dass Praktikerinnen und Praktiker an der Basis die Bezeichnung der Kriterien guter Praxis ohne die Definitionen nicht verstehen. Verständnisprobleme könnte es beispielsweise bei Kriterien wie „integriertes Handlungskonzept“, „Qualitätsmanagement / Qualitätsentwicklung“ und „Evidenzbasierung“ geben. Die Überschriften der Kriterien alleine sind für Laien zum Teil schwer zu verstehen. Durch die Definitionen im hinteren Teil der Checkliste sind die Kriterien jedoch ausreichend erklärt. Die Definitionen haben daher eine große Bedeutung für die Verständlichkeit der Checkliste (vgl. I-M4).

### **8.2.5 Fördernde Faktoren für die Qualität**

Als wichtigster Faktor, der die Umsetzung der Kriterien guter Praxis fördert, wird von vier der interviewten Mitglieder die Vernetzung genannt (vgl. I-M1, I-M2, I-M4; I-M5). Kooperationen und Partnerschaften im Feld sowie intersektorales Arbeiten sind nicht nur wichtig, um die Qualität der Projekte zu sichern. Sie sind auch entscheidend, wenn es darum geht, den sozialen Sektor und die darin agierenden Behörden für Gesundheit und die Denkweise der Gesundheitsförderung zu sensibilisieren (vgl. I-M4). Die Organisationen lernen von einander und erhalten Informationen über die Angebote der anderen (vgl. I-M2). Die Vernetzungsarbeit im Rahmen des NGA ist somit auch Qualitätsarbeit und unterstützt die Umsetzung der Kriterien guter Praxis (vgl. I-M1, I-M2; I-M5).

Die Umsetzung der Kriterien profitiert auch davon, dass genug Wissen in den Organisationen vorhanden ist (vgl. I-M1, I-M2, I-M3; I-M5). Die Kriterien guter Praxis sind für zwei der interviewten Netzwerkmitglieder nichts Neues, da sie bereits mit ähnlichen Kriterien und Instrumenten arbeiten (vgl. I-M4; I-M5).

Besondere Relevanz kommt auch der Zusammenstellung der Teams zu. Multiprofessionelle Teams mit verschiedenen Professionen und Ausbildungen haben den Vorteil, dass sie unterschiedliche Blickwinkel und vielfältiges Wissen einbringen (vgl. I-M3; I-M4). Auch Diversität im Team in Bezug auf Sprache, Kultur, Alter, sexuelle Orientierung und Behinderung ist wichtig für die Qualität der Arbeit. Weiters sollen die Teammitglieder mit Wissenschaftlichkeit umgehen können – im Sinne einer guten Dokumentation, Evaluation und eines guten Qualitätsmanagements. Dazu gehört auch, wissenschaftliche Texte lesen und bewerten zu können. Außerdem sollte bei der Auswahl neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf deren Offenheit gegenüber der Zielgruppe geachtet werden (vgl. I-M4).

Die Qualität der Projekte wird auch dadurch gefördert, dass man versucht, die Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf verschiedenen Ebenen zu erreichen. Dies ist bei einer so großen Zielgruppe nicht immer einfach, aber vor allem für die Erfüllung des Kriteriums „Gender & Diversity“ wichtig. Von Vorteil ist auch, wenn es die Möglichkeit gibt, Angebote direkt vor Ort anzubieten, da dies die Niederschwelligkeit fördert (vgl. I-M3).

Als fördernder Faktor wird auch das Interesse an einer ständigen Qualitätsverbesserung in der Organisation identifiziert (I-M2; I-M3). Es ist vorteilhaft, wenn die Qualität für die Geschäftsführung wichtig ist. Aber auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter müssen motiviert sein, um sich ständig weiterzuentwickeln und zu verbessern (vgl. I-M2). Ein professionelles Qualitätsmanagement alleine fördert zwar noch nicht die Umsetzung der Kriterien guter Praxis, es unterstützt aber das Bewusstsein für Qualitätsverbesserungen und kann z.B. bei der Evaluation hilfreich sein (vgl. I-M3).

Finanzielle, zeitliche und personelle Ressourcen können sowohl fördernde als auch hemmende Faktoren sein (vgl. I-M1). Eine gesicherte Basisfinanzierung ermöglicht freies und kreatives Denken. Wenn das politische Umfeld Gesundheitsförderung fördert und z.B. das Denken über Projekte zu Migration und Frauen zulässt, ist dies auch positiv für die Qualität der Gesundheitsförderung. Als positiv wird ebenfalls gesehen, dass es Fonds gibt wie den FGÖ, der ein wichtiger Fördergeber für kleine Projekte ist (vgl. I-M4).

Die Tatsache, dass es die Checkliste gibt, ist ebenfalls ein fördernder Faktor. Die Kriterien guter Praxis sind für die Organisation aufbauend. Als positiv hervorzuheben sind die Systematisierung der Kriterien guter Praxis, die Möglichkeit ihrer Umsetzung nach dem individuellen Bedarf sowie der Erwerb von neuem Wissen (vgl. I-M2).

Das NGA trägt bereits viel dazu bei, die Qualität der Gesundheitsförderungsprojekte zu verbessern. Das was bereits auf den Netzwerktreffen geschieht – die Vernetzung und Beratung untereinander, die Auseinandersetzung mit anderen Expertinnen und Experten, sowie das gemeinsame Nachdenken über Projekte und Innovationen – sind Faktoren, welche die Qualität fördern. Aber auch über die Öffentlichkeitsarbeit kann das NGA einen Beitrag leisten, indem es in der Öffentlichkeit ein Bewusstsein für die Wichtigkeit der Kriterien guter Praxis verbreitet. Das NGA sollte deshalb nicht den Fokus darauf richten, neue Anreize zu erfinden, sondern die Qualität des Bestehenden erhöhen (vgl. I-M1).

Ein wichtiger Faktor für die Umsetzung der Kriterien guter Praxis ist darüber hinaus, die intrinsische Motivation der Netzwerkmitglieder. Die Netzwerkmitglieder setzen die Kriterien guter Praxis am ehesten um, wenn sie es für sinnvoll halten. Workshops und Schulungen, Beratung, Prozessbegleitung, Praxisbeispiele, Indikatoren und Kennzahlen sind Möglichkeiten, die Netzwerkmitglieder intrinsisch zu motivieren (vgl. I-M1).

### **8.2.6 Hemmende Faktoren für die Qualität**

Mangel an finanziellen, zeitlichen und personelle Ressourcen ist der größte hemmende Faktor für die Umsetzung der Kriterien guter Praxis (vgl. I-M1, I-M3; I-M4). Die Gesundheitsförderung für Arbeit suchende, von Arbeitslosigkeit bedrohte und unsicher beschäftigte Menschen braucht dabei mehr Personal- und Finanzressourcen als andere Bereiche der Gesundheitsförderung, da diese Zielgruppe schwer erreichbar ist. Altbewährte Konzepte der Gesundheitsförderung greifen bei dieser Zielgruppe nicht. Die Organisationen müssen daher innovativ werden. Innovativität benötigt aber mehr Ressourcen als andere Gesundheitsförderungsprojekte. Die Qualität der Projekte wird dadurch gehemmt, dass die Denkweise der Fördergeber eher quantitativ ist und es meist darum geht, wie viele „Köpfe“ ein Gesundheitsförderungsprojekt erreicht. Der Nutzen der Gesundheitsförderung ist für die einzelnen Personen durchaus sehr hoch. Da man aber meist nur wenige Personen erreicht, ist das Kosten-Nutzen-Verhältnis im Vergleich zu Projekten mit leichter erreichbaren Zielgruppen jedoch relativ gering (vgl. I-M4).

Die Förderrichtlinien sind transparenter geworden, was eine positive Entwicklung ist, es gibt jedoch nach wie vor keine Rechtssicherheit für Förderungen. Wie bereits beschrieben wurde, ist eine gesicherte Finanzierung aber ein wichtiger Faktor für Qualität. Die finanziellen Ressourcen der Staatskasse werden aber knapper, was zu einer Kürzung von Ressourcen für Gesundheitsförderung und damit zu einer Steigerung des Konkurrenzkampfs um Fördergelder führt. In der Gesundheitsförderung ist Konkurrenzkampf ein Faktor, der die Qualität verschlechtert, weil dadurch kleine Organisationen von den großen Organisationen verdrängt werden (vgl. I-M1). Kleine Vereine z.B. haben oft wenige Ressourcen, um die Kriterien guter Praxis zu erfüllen. Sie verfügen zwar oft über geringere Professionalität und Wissen über Gesundheitsförderung, sind aber extrem wichtig, weil sie das Vertrauen der Zielgruppe haben. Die kleinen Organisationen haben die Lebenswelt- und Feldkompetenz. Sie stehen meist in direktem Kontakt zur Zielgruppe und können sie deshalb besser erreichen. Große Organisationen, wie z.B. das AMS haben dieses Vertrauen oftmals nicht und müssen dann erst recht auf die kleinen Organisationen zurückgreifen, um ein Gesundheitsförderungsprojekt umzusetzen und die Zielgruppe zu erreichen (vgl. I-M4).

Ein interviewtes Mitglied meint, einen allgemeinen Trend zu mehr Hochschwelligkeit in der Gesundheitsförderung zu beobachten. Eine Operationalisierung der Kriterien guter Praxis würde diese ebenfalls hochschwelliger machen. Hochschwelligkeit könne aber auch Angst erzeugen. Zum Beispiel dann, wenn Praktikerinnen und Praktiker plötzlich beginnen müssen, Kennzahlen auszurechnen, damit ein Projekt gefördert wird. Darüber hinaus reduziere Hochschwelligkeit Vielfalt und Innovationen, weil kleine Organisationen von den großen verdrängt werden würden. Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Menschen brauche aber frische, kreative und unverbrauchte Köpfe sowie eine breite Streuung von Projekten im Sinne von Health-in-all-Policies. Es sollten deshalb nicht nur Expertinnen und Experten Gesundheitsförderung betreiben dürfen, sondern auch kleine, kooperationsferne Akteurinnen und Akteure. Es sollte z.B. auch eine Sozialarbeiterin ein Gesundheitsförderungsprojekt initiieren dürfen. Diese kleinen Akteurinnen und Akteure brauchen aber Instrumente, wie die Kriterien guter Praxis, um sich daran anzuhalten. Das NGA sollte ihnen daher ein Werkzeug in die Hand geben, damit sie es schaffen, gute Gesundheitsförderung umzusetzen, ohne sie von vornherein durch Förderschwelen einzuschüchtern (vgl. I-M4).

In der Gesundheitsförderung sind Netzwerke von besonderer Bedeutung. Man muss die richtigen Personen kennen, um an Förderungen oder Kooperationen zu

kommen (vgl. I-M1). Ein hindernder Faktor ist, dass manchmal wenig Vertrauen unter den Kooperationspartnerinnen und -partnern herrscht. Vor allem kleinen, finanzschwachen Vereinen in Netzwerken wird nachgesagt, dass sie zu sehr auf sich selbst schauen würden und das größere Ganze zu wenig im Blick hätten. Sobald es um Innovationen gehe, komme schnell Angst um die eigenen Ressourcen und vor dem Schließen von Abteilungen oder Programmen auf. Dieses Verhalten wirke sich generell negativ auf die Gesundheitsförderungsbranche aus (vgl. I-M4).

Oft bleibt es bei kleinen Einzelmaßnahmen, weil nicht genug Personal vorhanden ist, das die Zeit und Kompetenz hat, sich um ein umfassendes Projekt zu kümmern. Ein Mitglied erklärt, dass es eine eigene verantwortliche Stelle bräuchte, die sich um die Antragsstellung für Fördergelder und die Organisation eines Projekts kümmert sowie Erfahrung und Wissen in die Organisation mitbringt (vgl. I-M3).

Aufgrund der knappen öffentlichen Mittel werden kleinen Vereinen immer häufiger Supervisionskontingente gestrichen. Dies verschlechtert die Qualität der Gesundheitsförderung, weil die Unterstützung der Mitarbeiter durch Supervision, Intervention, Feedback und Auseinandersetzung mit den Erlebnissen der Arbeit ein wichtiger Aspekt des Kriteriums „Qualitätsmanagement“ ist. Darüber hinaus ist es eine Schutzmaßnahme für Klientinnen und Klienten sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Psychohygiene oder Work-Life-Balance sind nicht nur etwas, das man der Zielgruppe beibringen möchte, sondern sind auch relevant für die anwendenden Professionen. Das NGA kann helfen diese Botschaft an die Öffentlichkeit zu transportieren (vgl. I-M1).

Im Gesundheits- und Sozialbereich ist eine Entwicklung hin zu mehr Ehrenamt bemerkbar. Dies ist ein Faktor, der die Qualität verschlechtert, da man für Ehrenamtlichkeit Personen braucht, die finanziell versorgt sind und sich die ehrenamtliche Tätigkeit leisten können. Die Gefahr der Ehrenamtlichkeit liegt in der Schmälerung der Bedeutung von Professionalität, Ausbildungen und Zugängen (vgl. I-M1).

Ein weiterer hemmender Faktor ist die gesellschaftliche Entwicklung hin zu mehr Projektformen und prekären Beschäftigungsverhältnissen, die auch vor der Gesundheitsförderung nicht halt macht (vgl. I-M1; I-M4). Die Personen, die in der Gesundheitsförderung tätig sind, stehen immer öfter selbst in prekären Arbeitsverhältnissen und befristeten Jobs. Ein Netzwerkmitglied bringt dieses Paradoxon folgendermaßen auf den Punkt (I-M1):

„Wir arbeiten in einem Bereich, wo es um unsicher Beschäftigte geht, wo es um Lebensqualität und um einen ganzheitlichen Zugang zu Gesundheit geht und

schaffen selber über Projektformen Prekariate, die oft auch nur Teilzeitgeschichten sind, die wenig bieten können. Das muss man sich immer wieder einmal auf der Zunge zergehen lassen.“

Das Denken in Projektstrukturen wird darüber hinaus als schlecht für das Kriterium „Nachhaltigkeit“ empfunden. Für Nachhaltigkeit muss Geld in die Hand genommen werden, um aus Projekten reguläre Angebote zu formen und neue Strukturen im Feld aufzubauen. Für die Einrichtungen bedeutet Nachhaltigkeit, dass z.B. zusätzliche Ressourcen, neue Abteilungen, zusätzliche Koordinationsstellen, oder Kursprogramme geschaffen werden müssen. Die Fördergeberinnen und Fördergeber finanzieren aber vor allem Modellversuche, Innovationen und Projekte. Für die Übernahme in die bestehenden Strukturen ist dann oft kein Geld mehr da. Dies soll nach Ansicht eines Mitglieds aber nicht bedeuten, dass die Fördergeberinnen und Fördergeber mehr fördern müssten. Viel wichtiger wäre es, die Verteilung der Mittel in der Gesundheits- und Sozialbranche flexibler zu verteilen (vgl. I-M4).

Hinderlich ist auch die nach wie vor vorhandene Trennung von Gesundheits- und Sozialbereich, welche zu getrennten Berufsbildern und Berufsdenken führt. So arbeiten z.B. wenige Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter in der Gesundheitsförderung. Dies wäre aber gerade für die Zielgruppe Arbeit suchende, von Arbeitslosigkeit bedrohte und unsicher beschäftigte Menschen wichtig. Die einzelnen Organisationen verfügen außerdem über sehr unterschiedliche Denkweisen und Kulturen, wodurch die Zusammenarbeit erschwert wird. Wenn z.B. ein Spital mit dem AMS zusammenarbeiten soll, sei dies oft mit vielen Konflikten verbunden (vgl. I-M4).

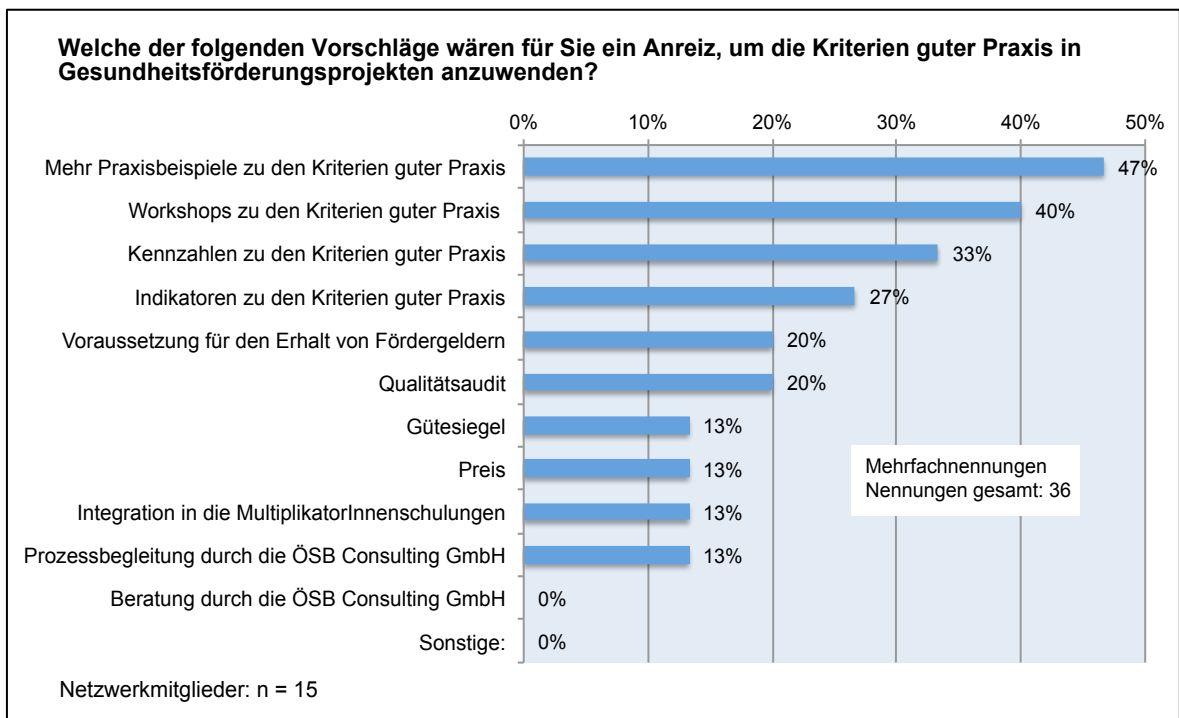
Ein weiterer Faktor, der die Umsetzung von Qualität hemmt ist, dass gerade kleinere Vereine viel Zeit brauchen, um sich mit den Kriterien guter Praxis auseinanderzusetzen. Weiters hängt die Umsetzung der Kriterien guter Praxis auch vom Willen der jeweiligen Geschäftsführung ab (vgl. I-M2).

## **8.2.7 Anreize und Unterstützungsangebote**

### **8.2.7.1 Ergebnisse der schriftlichen Befragung**

Abbildung 6 stellt die Ergebnisse der Frage: „Welche der folgenden Vorschläge wäre für Sie ein Anreiz, um die Kriterien guter Praxis in Gesundheitsförderungsprojekten anzuwenden?“ dar. Die darin abgefragten Vorschläge zu Anreizinstrumenten wurden in einer Literaturrecherche gesammelt und durch Interviews mit zwei Expertinnen ergänzt.

Für 7 von 15 Personen (47%) sind mehr Praxisbeispiele zu den Kriterien guter Praxis ein Anreiz, um die Kriterien guter Praxis besser erfüllen zu können. Sechs Personen (40%) halten Workshops zu den Kriterien guter Praxis für einen Anreiz. Fünf Personen (33%) hätten gerne Kennzahlen zu den Kriterien guter Praxis. Vier Personen (27%) hätten auch gerne Indikatoren. Drei Personen (20%) geben an, dass es für sie ein Anreiz wäre, die Kriterien guter Praxis anzuwenden, wenn dies eine Voraussetzung für den Erhalt von Fördergeldern wäre. Drei Personen (20%) würden ein Qualitätsaudit in Anspruch nehmen. Ein Gütesiegel, ein Preis sowie die Integration der Kriterien guter Praxis in die Schulungen von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren ist für jeweils zwei Personen (13%) ein Anreiz. Die Akzeptanz des Angebots einer Prozessbegleitung durch die ÖSB Consulting GmbH scheint größer zu sein als eine temporäre Beratung. Während immerhin zwei Personen (13%) eine Prozessbegleitung ankreuzten, wurde die Beratung von der ÖSB Consulting GmbH von keinem an der Befragung teilnehmenden Netzwerkmitglied gewählt (0%). Keine Person (0%) nahm die Möglichkeit wahr, eigene Vorschläge im Feld „Sonstige“ anzugeben.



**Abbildung 6: Anreize zu den Kriterien guter Praxis**

### 8.2.7.2 Ergebnisse der Interviews

In den Interviews wurden die Netzwerkmitglieder nochmals zu ihrer Meinung zu den Vorschläge aus der schriftlichen Befragung befragt, um zu verstehen *warum*

ein Instrument für manche ein Anreiz ist und für andere nicht und wie diese Instrumente gestaltet sein müssten, um einen Anreiz bzw. eine Unterstützung für die Netzwerkmitglieder darzustellen.

### **Mehr Praxisbeispiele**

Vier der fünf interviewten Netzwerkmitglieder geben an, dass Praxisbeispiele für sie ein Anreiz wäre, um die Kriterien guter Praxis besser zu erfüllen. Für diese Mitglieder besteht der Vorteil von Praxisbeispielen darin, dass man einen Einblick in die Angebote anderer Organisationen erhält, davon lernen kann und neue Ideen generiert. Weiters machen Praxisbeispiele die Kriterien guter Praxis greifbarer. Alle Netzwerkmitglieder könnten davon profitieren und ihr Wissen erweitern (vgl. I-M1, I-M2, I-M4; I-M5). „Vernetzen ist lernen. Vernetzen ist gegenseitiger Respekt, sich zuhören und von einander lernen und sich auch unterstützen.“ (I-M1).

Für ein interviewtes Mitglied (vgl. I-M3) sind Praxisbeispiele jedoch kein Anreiz. Es findet Praxisbeispiele im NGA nicht relevant, weil seine Organisation sich bereits gut genug auskenne, um die Kriterien guter Praxis umzusetzen: „Ich denke, dass ich einen guten Einblick bekommen habe, vor allem oder schon auch durch das Netzwerk. Ich finde, die Kriterien sind klar definiert und es wurden ja sehr viele Praxisbeispiele vorgestellt. Also ich denke schon, dass das Wissen da ist.“ (I-M3).

Bei der Gestaltung von Praxisbeispielen finden vier Mitglieder, dass die Kriterien guter Praxis anhand eines konkreten Projektes erklärt werden sollten, so wie dies auf dem sechsten Netzwerktreffen geschehen ist (vgl. I-M1, I-M2, I-M4; I-M5). Beispielsweise könnte ein Schwerpunkt auf die nächsten Netzwerktreffen gelegt werden und jedes Mal ein Projekt vorgestellt werden. Es sollten aber nicht immer dieselben Projekte vorgestellt werden (vgl. I-M1; I-M2) und die Präsentation sollte auch nicht zu viel Zeit beanspruchen, sondern möglichst kurz und bündig sein. Als optimal wird eine Länge von 20 Minuten empfunden (vgl. I-M2; I-M5).

Praxisbeispiele müssen nicht unbedingt im Rahmen der Netzwerktreffen stattfinden. Denkbar ist auch eine Kombination mit Workshops oder MultiplikatorInnen-schulungen (vgl. I-M5).

Auf dem sechsten Netzwerktreffen wurde die Idee geboren, einen "Tag der guten Praxis" einzuführen, bei dem die Kriterien guter Praxis anhand von Projekten vorgestellt werden. Zwei Mitglieder finden die Idee sehr spannend, externe Personen in das Netzwerk einzubringen, die über Projekte sprechen. Externe Personen bringen neue Impulse ins Netzwerk und vielleicht werden bereits vergessene An-

sätze aus der Vergangenheit neu entdeckt (vgl. I-M1; I-M5). Bei Projekten von Netzwerkmitgliedern sollte auch die Zielgruppe der Projekte einbezogen werden, so dass z.B. zwei Projektteilnehmerinnen oder -teilnehmer ein paar Worte zu dem Projekt sagen dürften. Dies erhöht die Glaubwürdigkeit und das Verständnis für die Interessen und Bedürfnisse der Zielgruppe und das Ergebnis der Arbeit wird sichtbarer. Ein weiterer Vorteil dieser Vorgehensweise ist, dass somit Menschen, die in der Öffentlichkeit oft unterrepräsentiert sind, wie z.B. Migrantinnen und Migranten, die Möglichkeit bekämen sich zu Wort zu melden (vgl. I-M2).

### **Workshops und Schulungen**

Sowohl Workshops als auch Schulungen stellen für vier der fünf interviewten Mitglieder einen Anreiz dar (vgl. I-M1, I-M3, I-M4; I-M5). Ein interviewtes Mitglied würde diese nur nach Bedarf in Anspruch nehmen, etwa als Vorbereitung auf die Kriterien eines Qualitätsaudits, um in weiterer Folge ein Gütesiegel oder einen Preis zu erhalten (vgl. I-M2).

Die Gestaltung der Workshops sollte möglichst praxisbezogen erfolgen und es sollte auf die einzelnen Organisationen eingegangen werden (vgl. I-M1; I-M4). Zum Beispiel könnten die einzelnen Kriterien besprochen werden und eine Gewichtung der Kriterien auf die einzelnen Projekte vorgenommen werden. Es sollten Beispiele anhand von „Models of Good Practice“ gegeben werden, wie dies auf dem sechsten Netzwerktreffen mit dem Projekt most.VITAL gemacht wurde (vgl. I-M1). Es sollte Raum für gegenseitigen Erfahrungsaustausch geben, damit die Netzwerkmitglieder erfahren, wie andere Netzwerkmitglieder die Kriterien guter Praxis anwenden (vgl. I-M5). Der Zugang zu den Workshops sollte möglichst niederschwellig sein und zum Beispiel möglichst kostenfrei oder sehr günstig für die Netzwerkmitglieder sein (vgl. I-M1; I-M4). Es sollte auch auf die Situation von Organisationen mit geringen Ressourcen eingegangen werden. Zum Beispiel sollte vermittelt werden, wie etwa eine Betriebsrätin, die etwas für die Gesundheit im Betrieb tun möchte, die Kriterien guter Praxis erfüllen kann, wenn externe Beratung zu teuer ist (vgl. I-M4). Bei der Dauer der Workshops gibt es unterschiedliche Ansichten. Die Empfehlungen reichen von 1,5 Stunden (vgl. I-M2) bis 1,5 Tage (vgl. I-M4). Sinnvoll wäre es auch, mehr als einen Workshop anzubieten, um das neue Wissen zu verarbeiten und kontinuierlich weiter daran zu arbeiten (vgl. I-M1). Eine Auflockerung der Workshops könnte mit kleinen Übungen zwischendurch erfolgen (vgl. I-M2).

In Bezug auf die Schulungen von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren ist genau

zu definieren, wer die Zielgruppe dieser Schulungen sein soll. Die potentielle Zielgruppe ist sehr groß und hat unterschiedliche Bedürfnisse. Deshalb wird eine Unterteilung der Zielgruppe empfohlen. Es sollen sowohl fördernde und strategische Mitglieder für die Zusammenhänge zwischen Gesundheits- und Arbeitslosigkeit geschult werden, als auch jene Mitglieder, die mit Arbeit suchenden, von Arbeitslosigkeit bedrohten und unsicher beschäftigten Menschen arbeiten (vgl. I-M1, I-M2; I-M4). Bei der Gestaltung der Schulungen sollte darauf geachtet werden, dass nicht nur Information gegeben wird, sondern auch Raum für Reflexion und Feedback bleibt (vgl. I-M1). Die Schulungen sollen möglichst interaktiv gestaltet sein. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer könnten selbst Praxisbeispiele einbringen oder diese im Rahmen der Schulung in Bezug zu ihrem Betrieb erarbeiten (vgl. I-M3, I-M4; I-M5). Denkbar wären auch Gruppenarbeiten zu Indikatoren für die Kriterien guter Praxis (I-M3, I-M5). Dabei sei auf eine kleine Größe der Arbeitsgruppen zu achten (I-M5). Außerdem sollte es auch Raum für Diskussionen geben (vgl. I-M4).

### **Operationalisierung der Kriterien guter Praxis**

Die Frage, ob die Kriterien guter Praxis noch weiter operationalisiert werden sollten, wird von den befragten Mitgliedern sehr unterschiedlich beantwortet. Für eine Operationalisierung spricht, dass die Kriterien guter Praxis derzeit schwer messbar sind und unterschiedliche Personen ein unterschiedliches Verständnis davon haben. Das Verständnis und die Umsetzung werden umso besser, je genauer die Kriterien definiert sind (vgl. I-M2).

Gegen eine Operationalisierung spricht, dass die Definitionen der Kriterien guter Praxis für andere Mitglieder in ihrer derzeitigen Form ausreichen (vgl. I-M5) und dass es fraglich ist, ob die Checkliste dann noch ihren Zweck erfüllen würde. Weiters wird der Prozess der Auseinandersetzung mit Qualität als wichtiger gesehen als das Ergebnis der Checkliste. Es ist daher wichtig, dass die Netzwerkmitglieder die Kriterien guter Praxis für sich selbst definieren (vgl. I-M1). Eine weitere Operationalisierung würde die Checkliste darüber hinaus hochschwelliger machen (vgl. I-M4). Die Nachteile der Hochschwelligkeit wurden bereits im Kapitel 8.2.6 „Hemmende Faktoren für die Qualität“ beschrieben.

### **Kennzahlen**

Drei der fünf interviewten Netzwerkmitglieder können sich vorstellen, dass Kennzahlen für ihre Organisation eine Unterstützung sind, um die Kriterien guter Praxis

zu erfüllen (vgl. I-M1, I-M2; I-M5). Ein Mitglied lehnt Kennzahlen ab (vgl. I-M4).

Als Nachteil von Kennzahlen wird gesehen, dass sie durch die Organisationen leicht beeinflussbar und darüber hinaus schwer vergleichbar sind (vgl. I-M1). Kennzahlen für den Bereich der Gesundheitsförderung stoßen auf Ablehnung, weil Kennzahlen als quantitativ betrachtet werden, die Gesundheitsförderung aber aus weichen Daten besteht und eine qualitative Evaluierung benötigt (vgl. I-M1; I-M4). Darüber hinaus wird als negativ gesehen, dass sich Fördergeberinnen und Fördergeber erfahrungsgemäß immer eine jährliche Steigerung der Kennzahlen erwarten (vgl. I-M1).

Es sei allerdings ein klarer Trend zu Kennzahlen sichtbar und laut Expertinnen und Experten des Instituts für Non-Profit-Organisationen der Wirtschaftsuniversität Wien werde auch die Gesundheitsförderungsbranche in Zukunft an Kennzahlen wie den „Social Return on Investment“ gemessen werden. Ein Mitglied begrüßt, dass das NGA und die Stadt Wien noch relativ frei von Kennzahlen sind. Da die Ressourcen aber immer knapper werden, müssen sich auch die Fördergeberinnen und Fördergeber immer stärker rechtfertigen und sich früher oder später auch über Kennzahlen Gedanken machen (vgl. I-M4).

Die Chance von Kennzahlen liegt darin, dass sie die Kriterien guter Praxis messbarer machen. Die Berechnung von Kennzahlen wie z.B. des Return on Investment für das Kriterium „Kosten-Nutzen-Verhältnis“ übersteigt jedoch die Möglichkeiten mancher Netzwerkmitglieder (I-M2):

„Also für manche, wie zum Beispiel bei Kosten-Nutzen stelle ich mir das sehr schwierig vor, aber bei manchen ist das schon messbar. Zum Beispiel bei Empowerment kann man messen: ‚Trauen sich die Personen schon selber, Ämter bzw. Ärzte ohne Begleitung zu besuchen oder brauchen sie immer noch Begleitung beim Ausfüllen von Formularen?‘ Das kann man schon messen. Aber da Sie mit Kosten-Nutzen angefangen haben, das stell ich mir ein bisschen un-messbar vor.“

## **Indikatoren**

Nur ein interviewtes Mitglied ist der Ansicht, dass Indikatoren für seine Organisation ein Anreiz sein könnten, um die Kriterien guter Praxis zu erfüllen. Die Voraussetzung dafür ist jedoch, dass die Mitglieder die Indikatoren selbst definieren (vgl. I-M1). Für ein Mitglied sind Indikatoren kein Anreiz, da dadurch kleine Organisationen ausgeschlossen würden (I-M4).

Die Vorteile von Indikatoren sind, dass sie Klarheit und Orientierung geben und

ein gemeinsames Verständnis geschaffen wird, was unter einem Kriterium zu verstehen ist. Weiters ermöglichen sie eine Messbarkeit der Kriterien guter Praxis (vgl. I-M1; I-M2). Indikatoren machen die Kriterien guter Praxis anschaulicher (vgl. I-M4) und können eine Unterstützung für die Netzwerkmitglieder sein (vgl. I-M5).

Als Nachteil von Indikatoren für die Kriterien guter Praxis wird gesehen, dass es fraglich ist, ob die Entwicklung von Indikatoren, die für alle Netzwerkmitglieder gelten, überhaupt möglich ist (vgl. I-M5). Die Kriterien guter Praxis sind aufgrund ihrer Komplexität schwer messbar. Dies macht die Entwicklung von Indikatoren zu einer großen Herausforderung für das NGA. Es ist daher sinnvoll, die Netzwerkmitglieder in Gruppen einzuteilen (z.B. nach Größe, Zielgruppen, Angeboten, etc.) und für jede Gruppe eigene Indikatoren zu bilden (vgl. I-M2). Ein weiterer Nachteil ist, dass Indikatoren die Umsetzung der Kriterien guter Praxis hochschwelliger machen, was kleine Organisationen vor ein Problem stellt (vgl. I-M4). Indikatoren werden nicht für alle Kriterien guter Praxis als sinnvoll erachtet. Bei den Kriterien „Qualitätsmanagement“, „Evidenzbasierung“ und „Kosten-Nutzen-Verhältnis“ könnte man Indikatoren bilden. In anderen Fällen sei es sinnvoller, die Umsetzung offen zu lassen, wie z.B. bei den Kriterien „Innovation“ und „Nachhaltigkeit“, weil es sehr unterschiedliche Möglichkeiten gibt, wie Organisationen diese Kriterien umsetzen und messen können (vgl. I-M3).

Die Definition von Indikatoren könnte gemeinsam mit den Netzwerkmitgliedern erfolgen, es muss aber einen gewissen Spielraum für die Netzwerkmitglieder geben. Ein prozesshafter Zugang, der die eigene Auseinandersetzung mit den Indikatoren fördert, ist wichtig. Das NGA sollte daher besser nur Beispiele für Indikatoren vorgeben (vgl. I-M1).

Die Beantwortung der Frage, ob das NGA Indikatoren bilden soll, ist davon abhängig, ob ausreichende Ressourcen vorhanden sind, um diese Aufgabe zu erfüllen (vgl. I-M4). Indikatoren sind ein Teil guter Dokumentation. Diese ist wichtig, um Entwicklungen abschätzen zu können und sich zu verbessern. Eine gute Dokumentation bindet allerdings auch viele Ressourcen. So wie Organisationen immer die Kosten-Nutzen-Relation der Dokumentation abwägen müssen, so ist auch die Kosten-Nutzen-Relation von Indikatoren abzuwägen (vgl. I-M1).

### **Voraussetzung für den Erhalt von Fördergeldern**

Aus Sicht eines Fördergebers ist es wichtig, dass ein Projekt die Kriterien guter Praxis erfüllt (vgl. I-M5). Allerdings machen nicht alle Fördergeberinnen und För-

dergeber der befragten Netzwerkmitglieder Vorgaben über die Erfüllung von Qualitätskriterien. Zwei Netzwerkmitglieder gaben an, dass sie nicht wissen, ob die Förderung ihrer Maßnahme bzw. ihres Projektes an Qualitätskriterien gekoppelt ist (vgl. I-M2; I-M3). So geben zum Beispiel der Fonds Gesundes Österreich (vgl. I-M4), die Wiener Gesundheitsförderung GmbH sowie das Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport (vgl. I-M1) Qualitätskriterien vor. Die Wiener Gebietskrankenkasse verlangt nur teilweise die Einhaltung von Qualitätskriterien (vgl. I-M1, I-M4; I-M5).

Unabhängig davon, ob die Fördergeberinnen und Fördergeber explizit Qualitätskriterien vorschreiben, ist die Auseinandersetzung mit Qualitätskriterien immer Voraussetzung, um Fördergelder zu erhalten (vgl. I-M1). In jedem Förderungsantrag muss plausibel argumentiert werden, wofür die Fördergelder verwendet werden und welche Qualitätsstandards erfüllt werden (vgl. I-M1; I-M2). Die Qualitätskriterien anderer Fördergeberinnen und Fördergeber sind ähnlich hochschwierig wie jene des NGA (vgl. I-M1). Außerdem gibt es bestimmte Qualitätskriterien, wie z.B. „Gender“, „Evaluation“ und „Qualitätssicherung“, die heutzutage in allen Förderverträgen enthalten sind (vgl. I-M4).

Zwei der interviewten Netzwerkmitglieder geben an, es sei für sie definitiv ein Anreiz, die Kriterien guter Praxis umzusetzen, wenn sie dafür Förderungen erhalten würden (vgl. I-M2; I-M3). Die Argumente für eine Bindung der Kriterien guter Praxis an Fördergelder sind einerseits, dass die Arbeit dadurch messbarer wird. Andererseits muss auch die Belohnung besser sein, wenn man sich mehr anstrengt als andere (I-M2). Ein weiteres Mitglied meint, es sei speziell für seine Organisation ein Anreiz, weil es dadurch möglich wäre, mehr auf die Kriterien guter Praxis zu schauen und gezielt Personal dafür abzustellen. Es muss aus Sicht dieses Mitglieds an den Kriterien guter Praxis auch nichts mehr verändert werden, um sie verbindlich machen zu können (vgl. I-M3).

Ein anderes Mitglied meint, es könne damit leben, wenn die Erfüllung aller Kriterien für Förderungen notwendig werde, weil seine Organisation alle Kriterien guter Praxis erfülle und sie die Basis qualitätsvoller Arbeit seien. Dafür spricht außerdem, dass es bereits jetzt üblich ist, dass Fördergeberinnen bzw. Fördergeber wie z.B. der FGÖ Qualitätsvorgaben machen. Alle Kriterien sollten aber auch für kleine Organisationen gelten. Eine Evaluation könne z.B. auch eine kleine, feine Evaluation sein. Wenn die Kriterien so stehen bleiben wie sie sind, dann sollten sie sogar Muss-Kriterien sein, weil sie im Grunde die basalen Anforderungen an ein Ge-

sundheitsförderungsprojekt seien. Kämen aber noch Indikatoren und Kennzahlen hinzu, sollten diese nicht verbindlich werden (vgl. I-M4).

Im Gegensatz dazu ist eine Verbindung der Kriterien guter Praxis mit Fördergeldern für ein Mitglied in ihrer momentanen Form nicht möglich. Es sei gefährlich, die Kriterien guter Praxis zur Voraussetzung für den Erhalt von Fördergeldern zu machen, solange die Kriterien nicht gewichtet und zu einander in Relation gesetzt sind. Als Alternative zu einer Verbindlichkeit wird eine Vereinheitlichung der derzeit bestehenden Förderkriterien als sinnvoll empfunden. Durch das NGA kann darüber hinaus eine gesellschaftliche Diskussion über den Zusammenhang der Kriterien guter Praxis angeregt werden (vgl. I-M1).

### **Qualitätsaudit**

Vier der fünf interviewten Netzwerkmitglieder kennen den Begriff Qualitätsaudit nicht (vgl. I-M1, I-M2, I-M3; I-M4). Nach einer Erklärung, was darunter zu verstehen ist, können sich zwei Mitglieder vorstellen, dass es für ihre Organisation ein Anreiz sein könnte (vgl. I-M2; I-M3). Drei Mitglieder meinen, ein Qualitätsaudit sei kein Anreiz für sie, die Kriterien guter Praxis zu erfüllen (vgl. I-M1, I-M4; I-M5).

Als Nachteil von externen Qualitätsaudits wird gesehen, dass externe Personen oft wenig Gespür für die Bedürfnisse der Zielgruppe haben (vgl. I-M1). Ein weiterer Nachteil sind die hohen Kosten, die in der Regel damit verbunden sind (vgl. I-M2, I-M3; I-M5). Außerdem wird befürchtet, dass ein Qualitätsaudit wie ein Gütesiegel nur zum Schein durchgeführt wird ohne wirklich etwas zu verbessern (vgl. I-M4).

Positiv wird hingegen gesehen, dass es eines der einzigen Instrumente ist, dass die Umsetzung der Kriterien guter Praxis objektiv messen kann, da es von einer externen, unabhängigen Person überprüft wird (vgl. I-M2). Ein positiver Ansatz eines Qualitätsaudits ist, dass die Organisation einen Qualitätsprozess durchläuft, inhaltlich in die Tiefe geht und somit seine Qualität verbessert. Nach einem Jahr könnte die Organisation dann vielleicht als „Modell of Good Practice“ ausgezeichnet werden (vgl. I-M4).

Ein Qualitätsaudit wird akzeptiert, wenn es Voraussetzung dafür ist, um ein Gütesiegel oder einen Preis zu bekommen. Dies hängt aber von der Entscheidung der Geschäftsführung für oder gegen ein Gütesiegel ab. Je attraktiver der Nutzen eines Gütesiegels oder Preises sei, umso eher würde man auch den Aufwand eines Qualitätsaudits in Kauf nehmen (vgl. I-M2).

Wichtig ist, dass die Auditorinnen und Auditoren für ähnliche Projekte eingesetzt werden, weil es große Unterschiede zwischen den Projekten gibt und deren Qualität nicht immer gut vergleichbar ist. Ein Qualitätsaudit muss also die Vielfalt der Gesundheitsförderung berücksichtigen (vgl. I-M1).

### **Gütesiegel**

Ein Gütesiegel ist für drei der fünf interviewten Netzwerkmitglieder ein Anreiz, die Kriterien guter Praxis zu erfüllen (vgl. I-M2, I-M3; I-M5). Für ein Mitglied ist es sinnvoll, wenn es nicht nur „kosmetisch“ ist, da ein Gütesiegel von Organisationen häufig nur angestrebt wird, um sich damit zu schmücken (vgl. I-M4). Für ein interviewtes Mitglied ist ein Gütesiegel kein Anreiz, weil es zu exklusiv ist und außerdem impliziert, dass die „Qualitätskriterien in Stein gegossen sind“ (I-M1).

Neben seinem „kosmetischen Faktor“ wird als weiterer Nachteil eines Gütesiegels gesehen, dass es sehr aufwändig ist (vgl. I-M2; I-M3). Eine interviewte Mitgliedsorganisation wurde mit dem Gütesiegel für Soziale Integrationsunternehmen ausgezeichnet. Es sei ein großer Aufwand gewesen, dieses Gütesiegel zu bekommen, aber der Aufwand habe sich gelohnt (vgl. I-M3). Zu den Vorteilen eines Gütesiegels zählt, dass eine gezielte und systematische Betrachtung der Prozesse und Strukturen einer Organisation stattfindet. Durch das Self-Assessment werden dem Unternehmen seine Stärken und Schwächen bewusst und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bekommen eine veränderte Sichtweise auf das Unternehmen. Insgesamt verbessert sich die Qualität der Arbeit und des Outputs (vgl. I-M3). Ein weiterer Vorteil eines Gütesiegels ist, dass die Kriterien guter Praxis dadurch messbar und sichtbarer werden (vgl. I-M2). Außerdem ist es ein offizielles Zeichen, dass die Erfüllung der Kriterien guter Praxis bestätigt und die Organisationen für ihre Bemühungen und Leistungen auszeichnet (vgl. I-M2; I-M4). Ein Gütesiegel ist darüber hinaus internes und externes Marketing für Organisationen (vgl. I-M3; I-M5).

Damit ein Gütesiegel des NGA von den Netzwerkmitgliedern akzeptiert wird, muss es bestimmte Voraussetzungen erfüllen. Um ein Gütesiegel zu bekommen, muss die Erfüllung aller 19 Kriterien guter Praxis Voraussetzung sein. Es ist daher bei jedem Antrag zu überprüfen, ob wirklich alle Kriterien erfüllt wurden (vgl. I-M5). Ein Gütesiegel darf nicht nur Fassade sein, sondern muss ernst genommen werden (vgl. I-M4). Weiters müssen die Ausgezeichneten einen zusätzlichen Benefit durch das Gütesiegel bekommen, wie z.B. ein leichter Zugang zu Förderungen, eine kostenlose Teilnahme an Veranstaltungen, kostenlose Weiterbildungen (vgl. I-M2),

öffentliche Aufmerksamkeit (vgl. I-M3; I-M4) oder ein hoher Geldbetrag (vgl. I-M4). Die öffentliche Aufmerksamkeit ist für die Organisationen wichtig, weil sie bei potentiellen Fördergebern und Kooperationspartnerinnen und -partnern Vertrauen schafft, dass man mit dieser Organisation gut zusammenarbeiten kann. Es ist daher wichtig, den Nutzen des Gütesiegels auch nach außen gut zu kommunizieren (vgl. I-M4). Ein interviewtes Mitglied findet, dass ein Gütesiegel ein positiver Anreiz wäre und findet es auch gerechtfertigt, wenn ein Gütesiegel Voraussetzung für Ausschreibungen und Förderungen werde. Der Organisation dürften dann aber keine zusätzlichen Kosten und Zeitaufwand für den Erhalt des Gütesiegels entstehen (vgl. I-M2). Letztlich ist es immer eine Entscheidung der Geschäftsführung, ob eine Organisation ein Gütesiegel anstrebt. Die Qualität der Arbeit, Beratung und Vermittlung muss bei der Geschäftsführung einen hohen Stellenwert haben (vgl. I-M3).

### **Preis**

Ein Preis ist für zwei der interviewten Mitglieder ein Anreiz, die Kriterien guter Praxis zu erfüllen (vgl. I-M2; I-M4) und für zwei Mitglieder nicht (vgl. I-M1; I-M3).

Zu den Vorteilen eines Preises zählen, dass es eine Honorierung der erbrachten Leistung in der Öffentlichkeit und damit ein gutes Marketinginstrument ist, dass einen Einfluss auf die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der eigenen Angebote haben sowie Vorteile bei Förderungen und Kooperationen bringen kann (vgl. I-M1; I-M4). Wie bei einem Gütesiegel schaffen gewonnene Preise Vertrauen. Vertrauen muss man sich aber auch auf andere Weise verdienen. Darüber hinaus wissen die Fördergeber und Kooperationspartnerinnen und -partner oft gar nicht, dass man einen Preis gewonnen hat (vgl. I-M4).

Als einerseits positiv wird gesehen, dass Preise den Wettbewerb um gute Qualität fördern (vgl. I-M2). Die Steigerung des Wettbewerbsdrucks wird aber andererseits auch als Nachteil empfunden (vgl. I-M1). Ein weiterer Nachteil ist, dass die Geldbeträge, die bei Preisen in der Gesundheitsförderung vergeben werden, immer so gering sind, dass sie irrelevant für die Organisationen sind (vgl. I-M1; I-M4). Weiters wird an Preisen kritisiert, dass es wichtiger ist, wer den Preis vergibt als wer ihn gewinnt. Ob eine Organisation einen Preis gewinnt, ist bei vielen Preisen davon abhängig, wie viele Ressourcen eine Organisation für die Bewerbung um den Preis aufbringen kann bzw. aufbringen will, aber nicht davon, wie gut die Qualität der Leistung ist. Für eine Preiseinreichung vergeht schnell eine ganze Arbeitswoche. Die anschließende Vermarktung eines gewonnenen Preises bindet ebenfalls

Ressourcen. Da jedoch nicht alle Organisationen genügend Ressourcen für die Preiseinreichung haben, können Preise nie die Vielfalt der Gesundheitsförderung abbilden (vgl. I-M1; I-M4). Das Paradoxe daran ist außerdem, dass die Bewerbung um Preise einer Organisation umso leichter fällt, je mehr Preise sie schon gewonnen hat. Darüber hinaus wird an Preisen kritisiert, dass es dabei primär um die Form der öffentlichen Darstellung, aber nicht um den Inhalt der Gesundheitsförderung gehe. Ein Mitglied findet, dass sich das NGA deshalb explizit gegen Preise aussprechen sollte (vgl. I-M1).

Eine wichtige Voraussetzung, damit ein Preis akzeptiert wird, ist, dass er den Organisationen einen Vorteil bringt, der am besten im Zusammenhang mit ihrer Zielsetzung steht (vgl. I-M2). Für ein Mitglied, dessen Zielsetzung die Vermittlung der Arbeit suchenden Teilnehmerinnen und Teilnehmer ist, wäre ein Preis besonders attraktiv, wenn es dadurch eine Garantie gäbe, dass zwei bis drei Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer eine fixe Stelle in einem Unternehmen erhalten. Zum Beispiel könnten die Geschäftsführungen von drei Unternehmen in die ausgezeichnete Organisation kommen und sich je eine neue Mitarbeiterin bzw. einen Mitarbeiter aussuchen, die oder den sie einstellen (vgl. I-M2). Für eine andere Organisation wäre ein Preis attraktiv, wenn er mit einem Auftritt in einer Fernsehsendung und / oder einem Zeitungsartikel verbunden wäre. Wichtig ist dabei, dass es sich um Medien handelt, die auch die Zielgruppe der Organisation sieht oder liest (vgl. I-M4).

Die Erfahrungen mit dem BGF-Preis zeigen, dass ein Preis attraktiv ist, wenn er für die Organisationen erreichbar erscheint. Der BGF-Preis ist unattraktiver als das BGF-Gütesiegel, weil er schwerer zu bekommen ist. Der Erhalt des BGF-Preises liegt nicht in der Macht der Betriebe, da sie sich nicht selbst um den Preis bewerben können, sondern die Regionalstellen aus dem Kreis der Gütesiegelträger die besten Unternehmen nominieren. Eine Rolle spielt auch, dass der BGF-Preis nur alle drei Jahre vergeben wird, während das Gütesiegel jährlich vergeben wird. Darüber hinaus ist das BGF-Gütesiegel für die Betriebe greifbarer, weil es sich auf klare Qualitätskriterien bezieht, während der BGF-Preis für „besonders innovative“ oder „besonders herausragende“ Projekte vergeben wird (vgl. I-M5).

### **Beratung und Prozessbegleitung**

Im Gegensatz zu den Ergebnissen der schriftlichen Befragung ist die Beratung durch die ÖSB Consulting GmbH für drei der interviewten Mitglieder ein Anreiz (vgl. I-M3, I-M4; I-M5). Für ein interviewtes Mitglied ist es kein Anreiz (vgl. I-M1).

Der Vorteil einer Beratung liegt darin, dass die Kriterien guter Praxis in Bezug zur individuellen Organisation und deren Zielgruppe besprochen werden (vgl. I-M3). Die Voraussetzung, eine Beratung von der ÖSB Consulting GmbH in Anspruch zu nehmen, ist für zwei Netzwerkmitglieder, dass diese kostenlos ist (vgl. I-M1; I-M2). Für ein anderes Mitglied wäre sie nur interessant, wenn es dabei um ganz spezielles Wissen über Arbeitslosigkeit und prekäre Beschäftigung ginge und nicht nur um soziale Benachteiligung. Darüber hinaus ist die Inanspruchnahme einer Beratungsleistung abhängig von ihrer Form. Vorstellbar ist für ein Mitglied z.B. ein kostenloses Projektcoaching oder eine Projektsupervision von externen Beraterinnen bzw. Beratern (vgl. I-M4).

Für zwei der interviewten Mitglieder ist auch die Prozessbegleitung ein Anreiz (vgl. I-M3; I-M4), für ein Mitglied ist sie kein Anreiz (vgl. I-M1) und für ein Mitglied nur bei Bedarf (vgl. I-M2). Auch hier wird gefordert, dass sie kostenlos sein soll (vgl. I-M2, I-M4) und die externe Person über spezielles Know-how verfügen muss, dass die Organisationen selber nicht haben (vgl. I-M4).

### **Eigene Vorschläge der Netzwerkmitglieder**

Ein paar Netzwerkmitglieder nennen noch weitere Vorschläge, die für sie ein Anreiz bzw. eine Unterstützung wären, um die Kriterien guter Praxis umzusetzen.

Ein Mitglied wünscht sich vom NGA einen kostenlosen Zugang zu (normalerweise kostenpflichtigen) Datenbanken mit wissenschaftlicher Literatur aus den Bereichen Medizin und Gesundheitsförderung (vgl. I-M1).

Die bereits bestehende Praxisdatenbank des NGA könnte durch Profile der eingetragenen Projekte ergänzt werden, aus denen ersichtlich wird, in welchen Bereichen der Kriterien guter Praxis ein Projekt stark bzw. noch ausbaufähig ist. Es ist jedoch empfehlenswert, keine Bewertungen der eingetragenen Projekte zu machen. Die Netzwerkmitglieder sind durchaus in der Lage, die Qualität eines eingetragenen Projektes selbst zu bewerten (vgl. I-M1).

Ein anderes Mitglied wünscht sich eine Veröffentlichung der Checkliste in Papierform bzw. als Flyer, damit es diese anderen interessierten Personen austeilern kann. Der große Vorteil der Kriterien guter Praxis ist, dass sie nicht nur für Arbeitslosigkeit gelten, sondern auch auf viele andere Gesundheitsförderungsprojekte übertragbar sind (vgl. I-M4).

Ein Anreizinstrument muss nach Meinung eines Mitglieds für die Organisationen Marketing nach innen und nach außen ermöglichen, wie dies bei einem Gütesiegel der Fall ist. Es sollte einfach umsetzbar und anwendbar sein sowie möglichst viele Personen ansprechen (vgl. I-M5).

## 9 DISKUSSION

### 9.1 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse

**Aus Sicht von Gesundheitsförderungsexpertinnen** sollen die Kriterien guter Praxis den Netzwerkmitgliedern als Orientierungshilfe dienen und zur Vermittlung von Wissen über Gesundheitsförderung und deren Qualitätsanforderungen verwendet werden. Das Ziel der Implementierung besteht darin, die Netzwerkmitglieder zur Umsetzung der Kriterien guter Praxis zu motivieren und zu befähigen.

Die befragten Expertinnen raten von einer Verbindlichkeit der Kriterien guter Praxis ab, da das NGA zum einen nicht in der Position ist, um einen Anspruch auf Verbindlichkeit stellen zu können und zum anderen die Umsetzung aller Kriterien derzeit nicht für alle Netzwerkmitglieder möglich ist. In dieser Phase sollte das NGA Hochschwelligkeit besser vermeiden und die Netzwerkmitglieder stattdessen bei der Umsetzung qualitativ hochwertiger Gesundheitsförderungsprojekte unterstützen.

Zu den größten Herausforderungen bei der Implementierung der Kriterien guter Praxis zählen die heterogene Umsetzung von Gesundheitsförderung durch die Netzwerkmitglieder und die heterogene Bedeutung der Kriterien guter Praxis für die Mitgliedsorganisationen. Darüber hinaus muss das NGA mit der großen Menge an Kriterien guter Praxis umgehen können und den Übergang von der Theorie in die Praxis bewältigen.

Eine Operationalisierung der Kriterien guter Praxis ist für deren Umsetzung nötig und sollte von den Netzwerkmitgliedern selbst vorgenommen werden. Es kann zwischen einer allgemeinen und individuellen Operationalisierung unterschieden werden. Die Sinnhaftigkeit einer Operationalisierung hängt vom Grad ihrer Detaillierung ab. Vorgaben des NGA zu Indikatoren und Kennzahlen sollten sich auf beispielhafte Empfehlungen beschränken.

Die intrinsische Motivation der Netzwerkmitglieder, die Kriterien guter Praxis umzusetzen, wird von den Expertinnen als wichtigster Anreizfaktor bei der Implementierung der Kriterien guter Praxis gesehen. Diese kann durch Informations- und Bewusstseinsarbeit sowie besondere Unterstützungsangebote wie z.B. kostenlose Beratung, Austauschtreffen und Schulungen gefördert werden.

Ein Gütesiegel ist ein attraktives Anreizinstrument, wenn es eine begrenzte Laufzeit hat, an klare Vergaberegeln gekoppelt und hochschwellig ist. Für einen Zertifizierungsprozess müssen ausreichend zeitliche Ressourcen zur Verfügung stehen und es sollte ein Einblick in die einreichenden Organisationen gegeben sein. Die Ressourcen des NGA werden im Gegensatz zu den Ressourcen des ÖNBGF als zu gering eingestuft, um ein Gütesiegel sinnvoll implementieren zu können.

Ein Qualitätsaudit wird von den Expertinnen primär im Zusammenhang mit der Begutachtung von Gütesiegelanträgen gesehen und aufgrund der geringen Ressourcen des NGA als zu aufwendig betrachtet. Eine Zertifizierung durch das NGA bedarf einer expliziten Forderung von Seiten der Fördergeberinnen und Fördergeber, um für die Netzwerkmitglieder attraktiv zu sein.

Ein Preis benötigt klare Vergaberegeln und ausreichende Ressourcen für die Begutachtung der einreichenden Projekte, um ein attraktives Anreizinstrument zu sein. Öffentliche und mediale Aufmerksamkeit ist ein attraktiverer Preis als ein (geringer) Geldbetrag. Ein Preis sollte einer Organisation strategische Vorteile bringen.

Generell sollte ein Anreizinstrument den Netzwerkmitgliedern einen besonderen Nutzen bringen sowie transparent, logisch und fair sein. Aufgrund der Heterogenität der Netzwerkmitglieder wird es nötig sein, mehrere Anreizinstrumente anzubieten. Andererseits muss auch das Kosten-Nutzen-Verhältnis eines Anreizinstruments beachtet werden, indem es möglichst viele Netzwerkmitglieder ansprechen sollte.

**Aus Sicht des Fördergebers AMS Wien** sollen die Kriterien guter Praxis Mindeststandards für die Gesundheitsförderung darstellen und die Qualität der Angebote für die Zielgruppe sicherstellen. Sie können von den Netzwerkmitgliedern aber nur im Rahmen ihrer verfügbaren Ressourcen umgesetzt werden. Da es vielen Netzwerkmitgliedern jedoch vor allem an finanziellen Ressourcen mangelt und das AMS Wien in der Vergabe finanzieller Mittel sehr eingeschränkt ist, ist aus Sicht dieses Fördergebers lediglich eine moralische Selbstverpflichtung der Netzwerkmitglieder, die Kriterien guter Praxis zu erfüllen möglich. Die Netzwerkmitglieder sollten aber durch Förderung von Vernetzung und Schulungen unterstützt und sensibilisiert werden.

**Aus Sicht der Netzwerkmitglieder** dienen die Kriterien guter Praxis als Erinnerung an die wichtigsten Aspekte der Gesundheitsförderung und als Anregung, sich in systematischer Form mit guter Qualität auseinanderzusetzen.

Die Umsetzung der Kriterien guter Praxis für die Gesundheitsförderung im arbeitsmarktpolitischen Setting wird von den in Abbildung 7 zusammengefassten Faktoren beeinflusst.

Fördernde Faktoren	Hemmende Faktoren
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vernetzung</li> <li>• Wissen über gute Praxis</li> <li>• Checkliste der Kriterien guter Praxis</li> <li>• Öffentlichkeitsarbeit</li> <li>• Finanzielle, zeitliche und personelle Ressourcen</li> <li>• Gesicherte Basisfinanzierung</li> <li>• Multiprofessionalität und Diversität der Teams</li> <li>• Offenheit gegenüber der Zielgruppe</li> <li>• Interesse an ständiger Qualitätsverbesserung</li> <li>• Intrinsische Motivation zur Umsetzung von Qualitätsstandards</li> <li>• Vielfalt der Organisationen</li> <li>• Kreativität der Akteurinnen und Akteure</li> <li>• Vertrauen der Zielgruppe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mangelnde finanzielle, zeitliche und personelle Ressourcen</li> <li>• Quantitative Vorgaben von Fördergeberinnen und Fördergebern</li> <li>• Kürzung von öffentlichen Fördergeldern</li> <li>• Konkurrenzdruck</li> <li>• Verdrängung kleiner Organisationen</li> <li>• Hochschwelligkeit</li> <li>• Geringes Vertrauen unter kooperierenden Organisationen</li> <li>• Streichen von Supervisionskontingenten</li> <li>• Ehrenamtlichkeit</li> <li>• Projektstrukturen</li> <li>• prekäre Beschäftigung der Akteurinnen und Akteure</li> <li>• Trennung von Gesundheits- und Sozialbereich</li> </ul> <p style="text-align: right; font-size: small;">Quelle: eigene Darstellung</p>

**Abbildung 7: Fördernde und hemmende Faktoren für die Umsetzung der Kriterien guter Praxis**

Unter den Vorschlägen zu Anreizen und Unterstützungsangeboten für die Umsetzung der Kriterien guter Praxis stoßen Praxisbeispiele mit 47% auf die größte Akzeptanz unter den Netzwerkmitgliedern, weil sie gegenseitiges Lernen und Vernetzung fördern und die Kriterien greifbarer machen. Praxisbeispiele sollen anhand konkreter Projekte präsentiert werden. Sie können in Netzwerkreffen und Workshops bzw. Schulungen integriert werden oder als eigener „Tag der guten Praxis“ organisiert werden. Auch externe Personen und Mitglieder der Zielgruppen sollten daran beteiligt werden.

Workshops stellen für 40% der Netzwerkmitglieder einen Anreiz dar. Die Integration der Kriterien in die Schulungen von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren scheint mit 13% Akzeptanz etwas unattraktiver zu sein, um die Netzwerkmitglieder zur Umsetzung der Kriterien guter Praxis zu motivieren. Workshops und Schulungen bieten Raum für die Vermittlung von Wissen und Praxisbeispielen sowie gegenseitigen Erfahrungsaustausch. Darüber hinaus können die Kriterien guter Praxis dort gewichtet und dort von den Netzwerkmitgliedern gemeinsam operationalisiert werden. Wichtig ist der Bezug zu Organisationen mit geringen finanziellen Ressourcen, der sich in Beispielen zur kostengünstigen Umsetzung der Kriterien guter Praxis und einem niederschweligen Zugang zu den Workshops äußern sollte. Es sollte ausreichend Zeit für Reflexion und Diskussion bleiben.

Kennzahlen werden von 33% und Indikatoren von 27% der Netzwerkmitglieder befürwortet. Eine Operationalisierung der Kriterien guter Praxis würde diese einerseits messbarer machen und ein gemeinsames Verständnis schaffen. Andererseits macht sie die Umsetzung der Kriterien guter Praxis aber auch hochschwelliger und damit schwieriger. Eine Operationalisierung ist ein wichtiger Prozess der Auseinandersetzung mit Qualität und an sich schon ein wichtiger Schritt auf dem Weg zur Umsetzung der Kriterien guter Praxis. Eine Operationalisierung sollte daher gemeinsam mit den Netzwerkmitgliedern erfolgen und eventuell sogar nur bei sehr unklaren oder besonders wichtigen Kriterien guter Praxis durchgeführt werden. Dafür kann es sinnvoll sein, die Netzwerkmitglieder zuvor in Gruppen mit ähnlichen Organisationsstrukturen, Zielen oder Zielgruppen zu unterteilen.

Der Erhalt von Fördergeldern ist für 20% der Netzwerkmitglieder ein Anreiz, die Kriterien guter Praxis umzusetzen. Ein wichtiger Grund dafür ist, dass es den gezielten Einsatz von Ressourcen für die Auseinandersetzung mit den Kriterien guter Praxis rechtfertigen würde. Da die Netzwerkmitglieder stets argumentieren müssen, wofür Fördergelder verwendet werden, würde ihnen eine Verbindlichkeit die Umsetzung der Kriterien guter Praxis erleichtern. Als Voraussetzung für eine Kopplung an Fördergelder wird einerseits gesehen, dass die Kriterien guter Praxis nicht weiter operationalisiert werden und den Netzwerkmitgliedern somit mehr Spielraum im Grad der Erfüllung der Kriterien guter Praxis bleibt. Dies ist wichtig, um kleineren Akteurinnen und Akteuren den Zugang zu Fördergeldern nicht zu versperren. Andererseits wird gefordert, dass die Kriterien guter Praxis erst hinsichtlich ihrer Bedeutung gewichtet und in Relation zueinander gesetzt werden müssen. Weiters sollten bereits bestehende Förderkriterien vereinheitlicht werden, bevor über eine verbindliche Umsetzung nachgedacht wird.

Ein Qualitätsaudit ist für 20% der Netzwerkmitglieder ein attraktives Instrument, mit dem die Umsetzung der Kriterien guter Praxis objektiv gemessen und ein systematischer Prozess der Qualitätsverbesserung erreicht werden kann. Externe, unabhängige Prüferinnen und Prüfer müssen allerdings die Vielfalt der Gesundheitsförderung berücksichtigen und die Bedürfnisse der Zielgruppen verstehen. Da ein Qualitätsaudit einen sehr großen Aufwand darstellt, muss der Nutzen für die Netzwerkmitglieder sehr groß sein, damit es in Anspruch genommen wird. Denkbar ist eine Voraussetzung für den Erhalt eines Gütesiegels oder Preises. Die Attraktivität eines Qualitätsaudits hängt dann jedoch von der Attraktivität des jeweiligen Gütesiegels bzw. Preises ab.

Für 13% der Netzwerkmitglieder ist ein Gütesiegel ein Anreiz zur Umsetzung der Kriterien guter Praxis. Ein Gütesiegel ist eine offizielle Auszeichnung, welche die Erfüllung der Kriterien guter Praxis bestätigt und die Bemühungen um gute Praxis wertschätzt. Es ist in der Lage, in einer Organisation einen systematischen Prozess der Qualitätsverbesserung in Gang zu setzen. Dazu muss ein Gütesiegel aber hochschwellig und glaubhaft sein. Die unabhängige Überprüfung der Erfüllung aller Kriterien muss sichergestellt sein, damit das Gütesiegel seinen Stellenwert behält. Mit dem Erhalt des Gütesiegels sollten darüber hinaus zusätzliche Benefits verbunden sein, wie z.B. kostenlose Teilnahmen an Veranstaltungen und Fortbildungen, öffentliche Aufmerksamkeit oder ein hoher Geldbetrag.

Ein Preis ist für 13% der Netzwerkmitglieder ein Anreiz zur Umsetzung der Kriterien guter Praxis, da er herausragende Leistungen honoriert, ein Marketinginstrument ist, das Vertrauen schafft und den Wettbewerb um hohe Qualität steigert. Preiseinreichungen binden allerdings viele Ressourcen und können somit nie die Vielfalt der Gesundheitsförderung abbilden. Für die Netzwerkmitglieder attraktive Preise haben einen Zusammenhang mit der Zielsetzung der Organisation, indem sie z.B. die Eingliederung der Zielgruppe in den Arbeitsmarkt unterstützen oder öffentliche Aufmerksamkeit erregen. Weiters muss ein Preis klare nachvollziehbare Kriterien haben und für die Netzwerkmitglieder als erreichbar erscheinen.

Prozessbegleitung wird von 13% und Beratung von 0% der Netzwerkmitglieder als Anreiz angegeben. Beratung muss kostenlos sein und den Netzwerkmitgliedern Wissen vermitteln, das sonst nur schwer zu bekommen ist, um von den Netzwerkmitgliedern in Anspruch genommen zu werden.

Eigene Vorschläge der Netzwerkmitglieder sind ein kostenloser Zugang zu wissenschaftlicher Literatur, die Ergänzung der Praxisdatenbank mit den Kriterien guter Praxis und die Veröffentlichung der Checkliste als Flyer.

## 9.2 Ergebnisinterpretation

Nach Lutz von Rosenstiel ist das menschliche Verhalten nicht allein von der Motivation abhängig. Neben dem „persönlichen Wollen“ sind auch die Bedingungen des „individuellen Könnens“, des „sozialen Dürfens und Sollens“ sowie der „situativen Ermöglichung“ Determinanten des Verhaltens (vgl. Chloupek & Garaus, 2009, S. 9). Möchte man die Netzwerkmitglieder zur Umsetzung der Kriterien guter Praxis motivieren, so muss man sich auch der anderen Faktoren, die das Verhalten der Netzwerkmitglieder beeinflussen, bewusst sein.

Die „situative Ermöglichung“, also das Vorhandensein ausreichender finanzieller, personeller und zeitlicher Ressourcen, ist eine wichtige Grundlage der Umsetzung der Kriterien guter Praxis für die Gesundheitsförderung im arbeitsmarktpolitischen Setting. Die Gesundheitsförderung bei Arbeit suchenden, von Arbeitslosigkeit bedrohten und unsicher beschäftigten Menschen benötigt allerdings mehr Ressourcen als andere Bereiche der Gesundheitsförderung, weil diese spezielle Zielgruppe weitaus schwieriger und aufwendiger zu erreichen ist. Sie benötigt langfristig ausgelegte, finanziell abgesicherte, regelmäßige, niederschwellige und innovative Angebote. Eine verbindliche Umsetzung der Kriterien guter Praxis setzt somit voraus, dass von Seiten der Fördergeberinnen und Fördergeber die notwendigen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. In Zeiten, in denen öffentliche Fördergelder für Gesundheitsförderung aber eher gekürzt werden, erscheint die Forderung nach einer verbindlichen Umsetzung jedoch unrealistisch.

Für die Bedingung „soziales Dürfen und Sollen“ ist es wichtig, dass nicht nur Fördergeberinnen und Fördergeber, sondern auch die Geschäftsführungen der umsetzenden Organisationen hohe Qualität verlangen sowie die notwendigen Rahmenbedingungen zur Verfügung stellen. Das NGA kann unterstützend wirken, indem es im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit die Bedeutung von Qualität in der Gesundheitsförderung kommuniziert und sich für eine flexiblere Mittelverteilung zwischen Gesundheits- und Sozialbereich einsetzt.

Die Theorie, dass eine Steigerung des Wettbewerbsdrucks die Qualität erhöht, scheint für die Gesundheitsförderung im arbeitsmarktpolitischen Setting nur bedingt zu gelten. Vielfalt und Kreativität sind wichtige Faktoren für die Qualität in der

Gesundheitsförderung. Zu starker Wettbewerbsdruck erhöht das Risiko, kleine Organisationen zu verdrängen und dadurch die Vielfalt der umsetzenden Organisationen zu reduzieren. Deshalb sollten nicht nur große professionelle, sondern auch kleine finanzschwache Organisationen Gesundheitsförderung umsetzen dürfen, da sie das Vertrauen der Zielgruppe genießen und sie deshalb am besten erreichen können. Da es in Österreich erst sehr wenige Angebote zur Gesundheitsförderung von Arbeit suchenden, von Arbeitslosigkeit bedrohten und unsicher beschäftigten Menschen gibt, sollte das Ziel des NGA sein, die wenigen Akteurinnen und Akteure zu stärken und ihnen das Werkzeug in die Hand zu geben, um auch mit geringen Ressourcen gute Qualität leisten zu können.

Eine Operationalisierung der Kriterien guter Praxis hat das Ziel, die Kriterien guter Praxis messbarer zu machen und ein gemeinsames Verständnis zu schaffen, was unter einem Kriterium guter Praxis zu verstehen ist. Indikatoren und insbesondere Kennzahlen haben allerdings eine komplexitätsreduzierende Wirkung. Sie können der Vielfalt der Gesundheitsförderung daher kaum gerecht werden. Wie bereits erwähnt, sind Kreativität und Vielfalt aber fördernde Faktoren für die Qualität der Gesundheitsförderung im arbeitsmarktpolitischen Setting. Es ist daher wichtig, den Netzwerkmitgliedern keine Indikatoren und Kennzahlen zu den Kriterien guter Praxis vorzusetzen, die sich „Expertinnen und Experten am grünen Tisch“ überlegt haben. Vielmehr sollte die Operationalisierung von den Netzwerkmitgliedern selbst vorgenommen werden. Dadurch wird die Vielfalt der Gesundheitsförderung abgebildet und es wird ein wichtiger Prozess der Auseinandersetzung und Reflexion der Kriterien guter Praxis angeregt. Das NGA kann die Netzwerkmitglieder bei der Bildung von Indikatoren und Kennzahlen allerdings unterstützen, indem es ihnen Beispiele zeigt und Workshops oder Beratung anbietet.

Eine weitere Grundlage der Umsetzung der Kriterien guter Praxis ist das „persönliche Können“ im Sinne von Wissen über die Kriterien guter Praxis und deren Umsetzung. Zwei Drittel der befragten Netzwerkmitglieder fühlen sich ausreichend informiert, um die Kriterien guter Praxis umsetzen zu können. Auch in den Interviews entstand für mich der Eindruck, dass die Mehrheit der Netzwerkmitglieder weiß, was gute Praxis in der Gesundheitsförderung bedeutet. In der Praxis ergeben sich aber dennoch Schwierigkeiten, welche die Umsetzung einzelner Kriterien erschweren. Durch Vernetzung und Austausch können die Netzwerkmitglieder von einander lernen, wie andere Organisationen diesen Herausforderungen begegnen.

Das Netzwerk Gesundheitsförderung und Arbeitsmarktintegration leistet bereits jetzt einen sehr wertvollen Beitrag für die Qualität der Gesundheitsförderung im arbeitsmarktpolitischen Setting, indem es die Vernetzung zwischen kleinen und großen Playern fördert, Wissen über gute Praxis in der Gesundheitsförderung vermittelt und Öffentlichkeitsarbeit betreibt. Die Weiterführung des Netzwerks ist daher eine wichtige Basis, um die Gesundheitsförderung von Arbeit suchenden, von Arbeitslosigkeit bedrohten und unsicher beschäftigten Menschen weiterhin zu stärken und die Qualität der Angebote zu verbessern.

Neben dem „persönlichen Können“, dem „sozialen Dürfen und Sollen“ und der „situativen Ermöglichung“ spielt auch das „persönliche Wollen“ eine Rolle für die Umsetzung der Kriterien guter Praxis. Zwei Drittel der an der Befragung teilnehmenden Netzwerkmitglieder geben an, bereits Gesundheitsförderungsprojekte für die Zielgruppe Arbeit suchende, von Arbeitslosigkeit bedrohte und unsicher beschäftigte Menschen umzusetzen. Dies deutet darauf hin, dass die Motivation zur Umsetzung von Gesundheitsförderung bereits bei einem Großteil der Mitglieder prinzipiell gegeben ist. In dieser Masterarbeit wurden verschiedene Möglichkeiten diskutiert, um diese Netzwerkmitglieder zur Umsetzung der Kriterien guter Praxis zu motivieren. Die größte Rolle scheint dabei meines Erachtens die Förderung der intrinsischen Motivation der Netzwerkmitglieder zu spielen. Die Wahrscheinlichkeit der Umsetzung der Kriterien guter Praxis ist am größten, wenn die Netzwerkmitglieder sie aus persönlicher Überzeugung umsetzen wollen, weil sie den Sinn und Nutzen für die Zielgruppe und ihre eigenen Ziele darin sehen.

Als Maßnahme zur Förderung der intrinsischen Motivation bietet sich an, erst wissenschaftliche Erkenntnisse über den Nutzen der Kriterien guter Praxis und dann theoretisches und praktisches Wissen über Möglichkeiten ihrer Umsetzung zu vermitteln. Dabei sollte auch die individuelle Situation der Organisationen einbezogen werden. Praxisbeispiele stoßen auf eine breite Akzeptanz unter den Netzwerkmitgliedern und unterstützen die intrinsische Motivation zur Umsetzung guter Praxis. Sie können in eigene Workshops, die geplanten Schulungen von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, Netzwerktreffen oder einen Tag der guten Praxis integriert werden.

Monetäre extrinsische Anreize beinhalten die Gefahr, die intrinsische Motivation der Netzwerkmitglieder zu verdrängen. Die Netzwerkmitglieder würden die Kriterien guter Praxis dieser Theorie nach nur noch erfüllen, wenn sie eine Belohnung dafür erhalten (vgl. Osterloh & Frey, 1997, S. 7). Die Wahrscheinlichkeit des Auf-

treten eines Verdrängungseffektes ist bei innovativen und kreativen Aufgaben wie der Gesundheitsförderung besonders hoch und tritt vor allem auf, wenn die Belohnung erwartet wird (vgl. Liechti, 2003, S. 16). Beim Einsatz extrinsischer Anreizinstrumente, wie z.B. einem Preis oder einem Gütesiegel sollte sich das NGA daher der Möglichkeit dieses Effekts bewusst sein, um bereits intrinsisch motivierte Netzwerkmitglieder nicht zu demotivieren.

Ein weiteres Argument, das gegen extrinsische Anreize spricht, ist aus dem Good Practice Ansatz des Kooperationsverbunds Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten ableitbar. Durch extrinsische Anreize wie einen Preis oder ein Gütesiegel werden die Netzwerkmitglieder in „Gewinner“ und „Verlierer“ unterteilt. Durch die hohe Komplexität von Gesundheitsförderungsmaßnahmen ist eine objektive Entscheidung, wer die beste Qualität geleistet hat allerdings nicht einfach. Es ist daher ein transparentes und für alle Netzwerkmitglieder nachvollziehbares Verfahren für die Entscheidung zu entwickeln. Ich sehe dabei die Gefahr, dass die Ressourcen des NGA nicht ausreichen, um solch ein aufwendiges Verfahren aufzustellen. Sollte dies nicht gelingen, besteht das Risiko, dass Netzwerkmitglieder sich unfair behandelt fühlen, wenn ihre Projekte nicht ausgezeichnet werden oder dass ein Gütesiegel belächelt wird, weil es keinen Stellenwert hat. Meiner Meinung nach sollte das NGA sich daher nicht auf dieses Glatteis begeben, sondern im Sinne des Good Practice Ansatzes Beispiele guter Praxis vor den Vorhang holen, ohne einem „Höchstleistungsansatz“ zu entsprechen. Auch wenn ein Projekt nur 5 von 19 Kriterien guter Praxis hervorragend erfüllt hat, kann dies ein wertvolles Beispiel sein, um andere Organisationen zur Umsetzung der Kriterien guter Praxis zu motivieren, ihnen Know-how zu vermitteln und die Vielfalt der Gesundheitsförderung abzubilden und zu fördern. Darüber hinaus kann die Bezeichnung eines Projekts als „Model of Good Practice“ die intrinsische Motivation der Organisationsmitglieder heben, weil sie für ihre erbrachten Leistungen Anerkennung erfahren. Eine solche immaterielle Auszeichnung wirkt sich außerdem auf die Motivation aller Netzwerkmitglieder aus, weil sie ihnen zeigt, dass die Erfüllung der Kriterien guter Praxis sozial erwünscht ist.

### **9.3 Empfehlungen**

Die vorangegangenen Ergebnisse beziehen sich auf das Netzwerk Gesundheitsförderung und Arbeitsmarktintegration. Im folgenden Kapitel werden aus diesen Ergebnissen allgemeine Empfehlungen für Netzwerke, die Qualitätskriterien implementieren möchten, abgeleitet.

### **Definition des Ziels der Implementierung**

Vor Beginn der Implementierung sollte gemeinsam mit ausgewählten Stakeholdern des Netzwerks festgelegt werden, was das Ziel der Implementierung sein soll. Zumindest die Koordinationsstelle, Netzwerkmitglieder und – wenn vorhanden – Fördergeberinnen und Fördergeber des Netzwerks sollten in diese Entscheidung einbezogen werden. Zunächst sollte die Zielgruppe der Qualitätskriterien definiert werden. Weiters stellt sich die Frage, ob die Qualitätskriterien einen verbindlichen Charakter erhalten („Mindeststandards“) oder lediglich unverbindliche Empfehlungen sein sollen. Diese Entscheidung ist von den Strukturen des jeweiligen Netzwerks abhängig. Hier gilt es einerseits zu klären, ob eine verbindliche Umsetzung mit den gegebenen Rahmenbedingungen der Netzwerkmitglieder prinzipiell möglich ist. Andererseits muss geklärt werden, ob das Netzwerk überhaupt genügend Einfluss hat, um eine verbindliche Umsetzung der Qualitätskriterien fordern zu können. Wenn ein Netzwerk sich für unverbindliche Empfehlungen entscheidet, sollte klar kommuniziert werden, dass ein gutes Projekt nicht alle Qualitätskriterien erfüllen muss.

### **Operationalisierung der Qualitätskriterien**

Die Frage, wann ein Qualitätskriterium als erfüllt gilt, ist ebenfalls gemeinsam mit den Stakeholdern zu klären. Im Zusammenhang mit einer Verbindlichkeit macht es einen großen Unterschied, ob die Qualitätskriterien operationalisiert sind oder nicht. Eine Operationalisierung schafft ein gemeinsames Verständnis der Qualitätskriterien und ermöglicht eine objektive Messung der Umsetzung. Je detaillierter die Operationalisierung erfolgt, umso mehr nimmt sie den Netzwerkmitgliedern aber auch Spielraum bei der Umsetzung der Kriterien. Da eine Operationalisierung einen wichtigen Prozess der Auseinandersetzung mit den Qualitätskriterien bedeutet, sollte sie von den Netzwerkmitgliedern selbst vorgenommen werden.

### **Erstellung einer Checkliste zu den Qualitätskriterien**

Falls noch keine Checkliste zu den Qualitätskriterien vorhanden ist, sollte eine geschaffen werden. Checklisten geben einen Überblick über die Qualitätskriterien, regen eine systematische Auseinandersetzung mit den Kriterien an und können u.a. zur Selbstevaluierung verwendet werden. Sie sollte gemeinsam mit den Netzwerkmitgliedern erstellt werden, um die Akzeptanz zu erhöhen und den Praxisbezug sicherzustellen. Die Qualitätskriterien sollten darin hinsichtlich ihrer Bedeutung gewichtet werden und der Zusammenhang der Qualitätskriterien darge-

stellt werden. Darüber hinaus ist die Formulierung der Qualitätskriterien auf ihre Verständlichkeit zu überprüfen. Die Verständlichkeit der Qualitätskriterien ist abhängig von ihrer Zielgruppe und davon, wie viel Erfahrung und Wissen diese Zielgruppe bereits mit den Qualitätskriterien hat.

### **Reflexion der verfügbaren Ressourcen des Netzwerks**

Um die Umsetzung der Qualitätskriterien zu unterstützen, hat ein Netzwerk verschiedene Möglichkeiten, um Anreize und Unterstützungsangebote zu schaffen. Im Vorfeld sollte sich die Koordinationsstelle aber klar darüber werden, welche Ressourcen im Netzwerk verfügbar sind. Ein Gütesiegel ist möglicherweise für viele Netzwerkmitglieder ein attraktiver Anreiz. Fehlen dem Netzwerk jedoch die notwendigen Ressourcen, um ein Gütesiegel sinnvoll zu gestalten, so verliert es seinen Stellenwert und damit seine Anreizfunktion. Eventuell müssen zusätzliche Ressourcen geschaffen werden, welche mit den Fördergeberinnen und Fördergebern abzustimmen sind.

### **Förderung der intrinsischen Motivation**

Möchte ein Netzwerk seine Mitglieder zur Umsetzung von Qualitätskriterien motivieren, so sollte es dabei vor allem auf Maßnahmen setzen, welche die intrinsische Motivation zur Umsetzung von Gesundheitsförderung fördern. Durch Lobbying, Informations- und Bewusstseinsarbeit kann den Netzwerkmitgliedern Sinn und Nutzen der Gesundheitsförderung und der Qualitätskriterien vermittelt werden. Darüber hinaus kann das Netzwerk Unterstützungsleistungen anbieten, die eine prozesshafte Auseinandersetzung mit den Qualitätskriterien anregen. Dabei bieten sich z.B. Praxisbeispiele, gemeinsame Operationalisierung, kostenlose Workshops und Schulungen, Prozess- und Einzelberatung oder der Zugang zu wissenschaftlicher Literatur an. Bei der Vorgehensweise empfiehlt es sich, zuerst wissenschaftlich anerkanntes Wissen über Gesundheitsförderung und deren Qualitätskriterien zu vermitteln und dann Praxisbeispiele anhand konkreter Projekte und Angebote zu geben.

### **Schaffung positiver immaterieller Anreize**

Neben Maßnahmen zur Förderung der intrinsischen Motivation kann ein Netzwerk sich ergänzend dazu entschließen, extrinsische Anreize zur Umsetzung der Qualitätskriterien zu schaffen. In Netzwerken scheinen sich positive extrinsische Anreize wie Anerkennung, öffentliche Aufmerksamkeit oder Geld besser zu eignen als negative extrinsische Anreize, wie z.B. der Ausschluss aus dem Netzwerk oder die

Nichtbewilligung von Fördergeldern. Positive extrinsische Anreizinstrumente sind z.B. ein Preis, ein Gütesiegel oder eine Auszeichnung als „Model of Good Practice“. Da materielle extrinsische Anreize unter bestimmten Bedingungen die intrinsische Motivation der Netzwerkmitglieder verdrängen können, bieten sich immaterielle Anreize an. Bei der Gestaltung immaterieller Anreizinstrumente ist allerdings auch das Problem der Unterteilung in „Gewinner“ und „Verlierer“ zu berücksichtigen.

### **Einbezug der Netzwerkmitglieder**

Bei der Implementierung von Qualitätskriterien sollten die Netzwerkmitglieder bzw. die Zielgruppe der Qualitätskriterien bei allen wichtigen Entscheidungen einbezogen werden. Dies ist wichtig, um die Akzeptanz zu erhöhen und zu erkennen, was die Netzwerkmitglieder wirklich benötigen. Die Partizipation der Netzwerkmitglieder kann auch die Motivation der Netzwerkmitglieder steigern. Um Zeit zu sparen, können Vorschläge ausgearbeitet werden, die dann mit den Netzwerkmitgliedern diskutiert werden. Dies setzt allerdings ein Grundwissen der Netzwerkmitglieder über die Vorschläge voraus. Den Netzwerkmitgliedern sollte die Möglichkeit gegeben werden, eigene Ideen einzubringen.

## **9.4 Ausblick**

In der vorliegenden Masterarbeit wurden verschiedene Anreiz- und Unterstützungsinstrumente diskutiert und die Meinung der Netzwerkmitglieder abgebildet. Nun liegt es am NGA, seine verfügbaren Ressourcen abzustecken und sich zu entscheiden, welche Maßnahmen umgesetzt werden sollen.

Die allgemeinen Empfehlungen zur Implementierung von Qualitätskriterien sollen auch anderen Netzwerken dienen, die vor ähnlichen Herausforderungen stehen wie das NGA. Dabei ist zu beachten, dass diese Empfehlungen noch nicht wissenschaftlich überprüft wurden. Dies ist Aufgabe einer weitergehenden Untersuchung. So könnte z.B. das Thema einer weiteren Untersuchung sein, ob sich die Umsetzung der Kriterien guter Praxis durch die Einführung der in dieser Arbeit empfohlenen Maßnahmen nachweislich verbessert hat.

## LITERATURVERZEICHNIS

- Ackermann, G. Studer, H. & Ruckstuhl, B. (2009). *Quint-essenz: Ein Instrument zur Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention*. In Kolip, P. & Müller, V.E. (Hrsg.). *Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention*. (137-156). Bern: Verlag Hans Huber.
- Bayr, C., Pichler, B. & Wiesinger M. (2009). Netzwerk Gesundheitsförderung und Arbeitsmarktintegration. 1. Beiratssitzung. Design und Status quo. [interne Unterlage]. Wien.
- BDV (2011, 15. 2.) *Verleihung des Gütesiegels für Soziale Integrationsunternehmen durch BM Hundstorfer am 16.04.2010*. Zugriff am 08.03.2011 unter <http://www.bdv.at/guetesiegel-fuer-soziale-integrationsunternehmen/allgemeines>
- Brößkamp-Stone, U. (2003). Systeme und Strukturen der Gesundheitsförderung. In Schwartz, F.W., Badura, B., Busse, R., Leidl, R., Raspe, H., Siegrist, J. & Walter, U. (Hrsg.). *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen* (243-253). München & Jena: Elsevier, Urban & Fischer Verlag.
- BZgA (2007). *Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz – Beispiele – Weiterführende Information* (3. Auflage). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Chloupek, M. & Garaus, C. (2009). *Die Wirkung extrinsischer Anreize auf die intrinsische Motivation*. Dipl.-Arb. Wien: Wirtschaftsuniversität Wien.
- Dierks, M.-L., Walter, U., Windel, I. & Schwartz, F. W. (2001). Einleitung: Ziel und Struktur des Readers. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). *Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen* (13-16). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Ducki, A. & Busch, C. (2010). Gesundheitsförderung bei Menschen in prekären Beschäftigungsverhältnissen. *G+G Wissenschaft, Beilage der Zeitschrift Gesundheit und Gesellschaft*, 10 (2), 22-30.
- Ertelthaler, A., Mag.<sup>a</sup>, M.A., M.A., (2011). Persönliche Kommunikation, Vorschlag zur Clusterung der Netzwerkmitglieder. Projektleiterin des Netzwerks Gesundheitsförderung und Arbeitsmarktintegration und Fachbereichsleiterin der ÖSB Consulting GmbH, mehrere E-Mails im Jänner 2011.
- Ertelthaler, A. & Wiesinger, M. (2010a). *Projektsteckbrief. Netzwerk Gesundheitsförderung und Arbeitsmarktintegration* (NGA). Stand: September 2010. Zugriff am 12. Jänner 2011 unter [http://www.nga.or.at/uploads/media/Projektsteckbrief\\_NGA\\_V20\\_MiW\\_10-10-11.pdf](http://www.nga.or.at/uploads/media/Projektsteckbrief_NGA_V20_MiW_10-10-11.pdf)
- Ertelthaler, A. & Wiesinger, M. (2010b). 1. Zwischenbericht. Netzwerk Gesundheitsförderung und Arbeitsmarktintegration. [interne Unterlage]. Wien.

- Fonds Gesundes Österreich (2005, 19. August). *MultiplikatorInnen*. Zugriff am 20. April 2011 unter <http://fgoe.org/gesundheitsfoerderung/glossar/?dist-Let=M&view=multiplikatorinnen>
- Fonds Gesundes Österreich (2009a). *Arbeitsprogramm 2010*. [elektronische Version]. Wien: FGÖ.
- Fonds Gesundes Österreich (2009b, 05. Juni). *Qualitätsentwicklung für Gesundheitsförderungs-Projekte und Optimierung des Fördermanagements*. Zugriff am 24. Mai 2011 unter <http://www.fgoe.org/projektfoerderung/qualitaetsentwicklung-und-fordermanagement>
- Fonds Gesundes Österreich (2010). *Leitfaden für Antragsteller/innen und Fördernehmer/innen. Detailinformation zur Projektförderung des Fonds Gesundes Österreich*. Zugriff am 2. September 2010 unter [http://info.projektguide.fgoe.org/fileadmin/redakteure/downloads/Leitfaden\\_AntragstellerInnenFoerdernehmerInnen.pdf](http://info.projektguide.fgoe.org/fileadmin/redakteure/downloads/Leitfaden_AntragstellerInnenFoerdernehmerInnen.pdf).
- Freie Universität Berlin & Landesgesundheitsamt Brandenburg. (1999). *Vernetzung als Strategie der Gesundheitsförderung. Regionale Netzwerke Arbeit und Gesundheit. Bilanz und Perspektiven*. Berlin: Freie Universität Berlin.
- Frey, B. & Neckermann, S. (2005). *Auszeichnungen: Ein vernachlässigter Anreiz*. Basel: CREMA-Center for Research in Economics, Management and the Arts.
- Gesundheit Berlin-Brandenburg (2010). *Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier. Heft 5 (2. Auflage)*. Berlin: Möller Druck und Verlag.
- Gesundheit Berlin e.V. (2008a). *Partizipative Qualitätsentwicklung*. Zugriff am 5. Februar 2011 unter <http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de/partizipative-qualitaetsentwicklung.html>
- Gesundheit Berlin e.V. (2008b). *Über diese Seite*. Zugriff am 5. Februar 2011 unter <http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de/service/ueber-diese-seite.html>
- Grobe, T. G. & Schwartz, F. W. (2003). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 13. Arbeitslosigkeit und Gesundheit*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Hartl, F. & Wernisch, D. (2006). *Qualitätsmanagement in Gesundheitseinrichtungen. Konzeption – Implementierung – Verbesserung*. (2. Auflage). Wien: Verlagshaus der Ärzte.
- Hörhan, C., Christ, R., Gajar, P., Kichler, R., Kucera, S., Mikl, M., Rohrauer-Näf, G., Ropin, K. & Zeuschner, V. (2010). *Arbeitsprogramm 2010*. Wien: Fonds Gesundes Österreich.
- Kalteis, F. (2010, 3.) *Ungleich bis in den Tod - Armut macht krank*. Zugriff am 31. Jänner 2011 unter [http://www.forumgesundheit.at/portal27/portal/forumgesundheitportal/channel\\_content/](http://www.forumgesundheit.at/portal27/portal/forumgesundheitportal/channel_content/)

- Kamiske, G. F. & Brauer, J.-P. (2008). *Qualitätsmanagement von A bis Z. Erläuterungen moderner Begriffe des Qualitätsmanagements* (6. Auflage). München: Carl Hanser Verlag.
- Kieselbach, T. & Beelmann, G. (2006). Arbeitslosigkeit und Gesundheit: Stand der Forschung. In Holleederer, A. & Brand, H. (Hrsg.), *Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit*. (13-31). Bern: Verlag Hans Huber.
- Kilian, H. (2006). Good Practice als Methode der Qualitätsentwicklung. In Geene, R., Kilian, H., Ryl, L & Schütte, C. (Hrsg.). *Qualitäten der Gesundheitsförderung* (31-40). Berlin: Gesundheit Berlin e.V.
- Kilian, H., Brandes, S. & Lehmann, F. (2009). Der Good-Practice-Ansatz der Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“. In Kolip, P. & Müller, V. (Hrsg.). *Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention* (97-113). Bern: Verlag Hans Huber.
- Kliche, T. (2008). *QIP und andere Verfahren*. Zugriff am 28. Juni 2011 unter <http://www.uke.de/extern/qip/unterseiten/grundlagen-zusatz/verfahren.html>
- Kolip, P. & Müller, V. (2009). Evaluation und Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention: Zentrale Fragen, vielfältige Antworten. In Kolip, P. & Müller, V. (Hrsg.). *Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention* (7-20). Bern: Verlag Hans Huber.
- Lampert, T., Saß, A.-C., Häfelinger, M. & Ziese, T. (2005). *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Liechti, A. (2003). *Die Bedeutung des Verdrängungseffektes der intrinsischen durch die extrinsische Motivation in Industrie- und Dienstleistungsgesellschaften und ihre Konsequenzen für das Personalmanagement*. Proseminararbeit. Bern: Universität Bern. Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät.
- LIGA.NRW (2010). *Qualität in der Gesundheits- und Bewegungsförderung verbessern. LIGA.Aktuell 9*. Düsseldorf: Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW).
- Lobnig, H. (1999). Qualität der Gesundheitsförderung – Qualität durch Gesundheitsförderung. Konzepte – Ansätze – Erfahrungen. In Österreichische Kontaktstelle für Betriebliche Gesundheitsförderung (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der betrieblichen Gesundheitsförderung* (51-77). Linz: Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik, Johannes Kepler Universität.
- Lohse, U. (2001). *Business Excellence in Versicherungsunternehmen*. Karlsruhe: Verlag Versicherungswirtschaft.
- Lüftenegger, P. (2011a). *Gesundheitspreis der Stadt Wien 2010*. Zugriff am 11. März 2011 unter <http://www.wien.gv.at/gesundheit/gesundheitsfoerderung/gesundheitspreis/pdf/gesundheitspreis2010.ppt>

- Lüftenegger, P. (2011b). *Gesundheitspreis der Stadt Wien 2010*. Zugriff am 11. März 2011 unter <http://www.wien.gv.at/gesundheit/gesundheitsfoerderung/gesundheitspreis/gewinner/index.html>
- Mader, I. & Herget, J. (2009). *Methoden-Repertoire des Strategischen Wissens- und Informationsmanagements. Die InfoMap Toolbox. WS 2009*. [Skriptum]. Krems: IMC Fachhochschule Krems, Studiengang Gesundheitsmanagement Vollzeit.
- Mayer, H. (2003). *Pflegeforschung. Elemente und Basiswissen*. Wien: Facultas.
- Mayerhofer, W. (2002). Motivation und Arbeitsverhalten. In Kasper, H. & Mayerhofer, W. (Hrsg.). *Personalmanagement Führung Organisation*. (255-288). Wien: Linde Verlag.
- ÖSB Consulting GmbH (2009). Protokoll – 1. Beirat Netzwerk Gesundheitsförderung und Arbeitsmarktintegration. [interne Unterlage]. Wien.
- ÖSB Consulting GmbH (o.J.) *Übersicht*. Abgerufen am 19. Mai 2010 unter <http://www.nga.or.at/das-netzwerk/uebersicht.html>.
- ÖSB Consulting GmbH (2010a). *Kriterien guter Praxis – Checkliste für Projekte*. Zugriff am 10. September 2010 unter [http://www.nga.or.at/uploads/media/mitgliedsbereich/KgP\\_Checkliste\\_Juni10.pdf](http://www.nga.or.at/uploads/media/mitgliedsbereich/KgP_Checkliste_Juni10.pdf)
- ÖSB Consulting GmbH (2010b). Protokoll 2. Beirat. Netzwerk Gesundheitsförderung und Arbeitsmarktintegration. [interne Unterlage]. Wien.
- Osterloh, M. & Frey, B. (1997). *Sanktionen oder Seelenmassage? Motivationale Grundlagen der Unternehmensführung*. Zugriff am 15. März 2011 unter [http://www.iou.uzh.ch/orga/downloads/C\\_51\\_sankt.od.seelen.pdf](http://www.iou.uzh.ch/orga/downloads/C_51_sankt.od.seelen.pdf)
- Österreichische Kontaktstelle für Betriebliche Gesundheitsförderung (o.J.). *Betriebliche Gesundheitsförderung braucht Qualität*. Zugriff am 12. März 2011 unter [http://www.netzwerk-bgf.at/portal27/portal/bgfportal/channel\\_content/cmsWindow?action=2&p\\_menuid=64833&p\\_tabid=4](http://www.netzwerk-bgf.at/portal27/portal/bgfportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=64833&p_tabid=4)
- Paiha, K. (2008). *Zahlen und Fakten zum Thema Prekariat*. Zugriff am 31. Jänner 2011 unter <http://www.prekaer.eu/zahlen-fakten-prekariat/>
- Pelikan, J. M., Dietscher, C. & Novak-Zezula, S. (1998). Evaluation als Strategie der Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung. Probleme, Ansätze, Beispiele. In Dür, W. & Pelikan J. M. (Hrsg.). *Qualität in der Gesundheitsförderung. Ansätze und Beispiele zur Qualitätsentwicklung* (11-40). Wien: Facultas.
- Pichler, B. (2008). Gesundheitsförderung Arbeit suchender Menschen. In Spicker, I. & Sprengseis G. (Hrsg.). *Gesundheitsförderung stärken. Kritische Aspekte und Lösungsansätze* (171-182). Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Pichler, B. & Bayr, C. (2009). *4. Treffen. Netzwerk Gesundheitsförderung und Arbeitsmarktintegration (NGA). Konzept und Status quo*. Zugriff am 20. Jänner

- 2010 unter  
[http://www.nga.or.at/uploads/media/mitgliedsbereich/Konzept\\_StatusQuo.pdf](http://www.nga.or.at/uploads/media/mitgliedsbereich/Konzept_StatusQuo.pdf)
- Pichler, B. & Wolf, B. (2009). *Projektbeschreibung. Netzwerk Gesundheitsförderung und Arbeitsmarktintegration. Koordination sowie regionale und inhaltliche Erweiterung des Wiener Netzwerks Arbeitslosigkeit und Gesundheit*. [interne Unterlage]. Wien: ÖSB Consulting GmbH.
- Potakowskyj (2011). *Leitfaden zum Gütesiegel für Soziale Integrationsunternehmen. Version 2.0. Gültig ab 01.01.2011*. Zugriff am 8. März 2011 unter [http://www.bdv.at/files/module\\_article/RE\\_27\\_01\\_037\\_Leitfaden\\_GSSIU.pdf](http://www.bdv.at/files/module_article/RE_27_01_037_Leitfaden_GSSIU.pdf)
- Robbins, S. P. (2001). *Organisation der Unternehmung*. (9. Auflage). München: Pearson Studium.
- Ruckstuhl, B. (2009). Ein Gesamtrahmen für die Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention. In Kolip, P. & Müller, V. (Hrsg.). *Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention* (75- 96). Bern: Verlag Hans Huber.
- Ruckstuhl, B., Kolip, P. & Gutzwiller, F. (2001). Qualitätsparameter in der Prävention. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen* (38-50). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Schatz, B., Öllinger, K., Hofbauer, I. & Wurz, L. (2011). *Fair statt Prekär- atypische Beschäftigung*. Zugriff am 31. Jänner 2011 unter [http://www.gruene.at/soziales\\_arbeit/fair\\_statt\\_prekaer\\_atypische\\_beschaeftigung/#pos](http://www.gruene.at/soziales_arbeit/fair_statt_prekaer_atypische_beschaeftigung/#pos)
- Schenk, L. (2009). Die gesundheitlichen Auswirkungen von Integration und sozialer Ausgrenzung. In Kuhn, D., Papies-Winkler, I. & Sommer, D. (Hrsg.). *Gesundheitsförderung mit sozial Benachteiligten. Erfahrungen aus der Lebenswelt Stadtteil* (39-54). Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.
- Schläpfer, L. & Herren, D. (2010). Anreize für ärztliche Qualitätsarbeit. *Schweizerische Ärztezeitung*, 91 (42), 1639-1642. Zugriff am 20. Jänner 2011 unter [http://www.fmh.ch/files/pdf4/Anreize\\_fuer\\_Qualitaetsarbeit\\_d.pdf](http://www.fmh.ch/files/pdf4/Anreize_fuer_Qualitaetsarbeit_d.pdf)
- Schmid, T. (2006). Prinzipien wissenschaftlichen Arbeitens. In Flaker, V. & Schmid T. (Hrsg.). *Von der Idee zur Forschungsarbeit. Forschen in Sozialarbeit und Sozialwissenschaft* (37-52). Wien, Köln & Weimar: Böhlau.
- Sonnek, A. (2004). Konflikte, Konfliktmanagement und Koordination in Unternehmensnetzwerken. In Gericke, J., Kaczmarek, M. Neweling, S., Schulze im Hove, A., Sonnek, A. & Stüllenberg F. (Hrsg.). *Management von Unternehmensnetzwerken. Beiträge aus Forschung und Praxis* (25-44). Hamburg: Verlag Dr. Kovač.
- Statistik Austria (2009, 16. 3.). *EU-SILC 2007: Armutsgefährdung am höchsten bei lang dauernder Arbeitslosigkeit*. Zugriff am 31. Jänner 2011 unter [http://www.statistik.at/web\\_de/dynamic/statistiken/soziales/armut\\_und\\_soziale\\_eingliederung/035746](http://www.statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/soziales/armut_und_soziale_eingliederung/035746)

- Steven, M. (2008). *BWL für Ingenieure*. (3. Auflage). München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.
- Studer, H. & Ackermann, G. (2009). *quint-essenz – Potenziale in Projekten erkennen und nutzen*. Zugriff am 27. Jänner 2011 unter [http://www.quint-essenz.ch/de/files/Studer\\_Ackermann\\_Suchtmagazin\\_2009.pdf](http://www.quint-essenz.ch/de/files/Studer_Ackermann_Suchtmagazin_2009.pdf)
- Sydow, J. (2010). Über Netzwerke, Allianzsysteme, Verbände, Kooperationen und Konstellationen. In Sydow, J. (Hrsg.). *Management von Netzwerkorganisationen. Beiträge aus der "Managementforschung"* (1-6). Wiesbaden: Gabler.
- Töppich, J. & Lehmann, H. (2009). QIP – Qualität in der Prävention: Ein Verfahren zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung in der Gesundheitsförderung und Prävention. In Kolip, P. & Müller, V. (Hrsg.). *Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention* (223-238). Bern: Verlag Hans Huber.
- Weber, F. & Reiter, A. (2009). *Evaluation (f)itworks. Zusammenfassung*. Zugriff am 20. April 2011 unter [http://www.prospect.at/docs/Zusammenfassung%20\(f\)itworks.pdf](http://www.prospect.at/docs/Zusammenfassung%20(f)itworks.pdf)
- WHO (1986). *Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung*. Abgerufen am 25. August 2010 unter <http://fgoe.org/hidden/downloads/ottawa-charta.pdf>.
- Wohlgemuth, O. (2002). *Management netzwerkartiger Kooperationen. Instrumente für die unternehmensübergreifende Steuerung*. Wiesbaden. Deutscher Universitäts-Verlag.

# ANHANG

## **ANHANG I**

### **Expertinneninterviews**

I-E1 (2010). Persönliches Interview, Implementierung der Kriterien guter Praxis. (siehe Interviewleitfaden I-E1 im Anhang II). Expertin im Bereich Betriebliche Gesundheitsförderung und Gesundheitsförderung im arbeitsmarktpolitischen Setting, Wien, 13. Oktober 2010.

I-E2 (2010). Telefonisches Interview, Implementierung der Kriterien guter Praxis. (siehe Interviewleitfaden I-E2 im Anhang II). Expertin im Bereich Betriebliche Gesundheitsförderung, 2. November 2010.

### **Fördergeberinterview**

I-AMS Wien (2011). Persönliches Interview, Implementierung der Kriterien guter Praxis. (siehe Interviewleitfaden I-AMS Wien im Anhang II). Vertreterin des AMS Wien, Fördergeber des Netzwerks Gesundheitsförderung und Arbeitsmarktintegration, Wien, 3. Februar 2011.

### **Netzwerkmitgliederinterviews**

I-M1 (2011). Persönliches Interview, Implementierung der Kriterien guter Praxis. (siehe Interviewleitfaden Netzwerkmitglieder im Anhang II). Netzwerkmitglied, Wien, 5. Jänner 2011.

I-M2 (2011). Persönliches Interview, Implementierung der Kriterien guter Praxis. (siehe Interviewleitfaden Netzwerkmitglieder im Anhang II). Netzwerkmitglied, Wien, 18. Jänner 2011.

I-M3 (2011). Persönliches Interview, Implementierung der Kriterien guter Praxis. (siehe Interviewleitfaden Netzwerkmitglieder im Anhang II). Netzwerkmitglied, Wien, 24. Jänner 2011.

I-M4 (2011). Persönliches Interview, Implementierung der Kriterien guter Praxis. (siehe Interviewleitfaden Netzwerkmitglieder im Anhang II). Netzwerkmitglied, Wien, 1. Februar 2011.

I-M5 (2011). Telefonisches Interview, Implementierung der Kriterien guter Praxis. (siehe Interviewleitfaden Netzwerkmitglieder im Anhang II). Netzwerkmitglied, 23. Februar 2011.

## ANHANG II

### Interviewleitfaden I-E1

#### Kriterien guter Praxis

- 1) Welchen Nutzen zieht das Netzwerk Gesundheitsförderung und Arbeitsmarktintegration aus den Kriterien guter Praxis?
- 2) Was sind Ihrer Meinung nach die größten Herausforderungen bei der Einführung und Umsetzung der Kriterien guter Praxis im Netzwerk Gesundheitsförderung und Arbeitsmarktintegration?

#### Checkliste

- 3) Können Ihrer Meinung nach die Kriterien guter Praxis, so wie sie derzeit in der Checkliste formuliert sind, von den Netzwerkmitgliedern umgesetzt werden? Welche Schwierigkeiten könnten dabei auftreten?
- 4) Welche Voraussetzung muss die Checkliste erfüllen um von den Netzwerkmitgliedern umgesetzt werden zu können? *(Welche alternativen Darstellungen und Kommunikationsformen zu der Checkliste sind denkbar? Wie müssen Qualitätskriterien grundsätzlich gestaltet sein, um umsetzungsfähig zu sein?)*
- 5) Wie könnte die Umsetzung der Kriterien guter Praxis, so wie sie derzeit in der Checkliste formuliert sind, evaluiert werden? *(Welche Schwierigkeiten / welche alternativen Darstellungen und Kommunikationsformen zur Checkliste sind denkbar?)*

#### Operationalisierung der Kriterien guter Praxis

- 6) Wie sollten Operationalisierungsprozesse optimalerweise ablaufen? Welche Möglichkeiten kennen Sie, um Qualitätskriterien zu operationalisieren?
- 7) In vielen Fällen (zB FGÖ Projektguide, BGF Netzwerk, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) wurden Qualitätskriterien nicht operationalisiert, sondern nur beschrieben. Welche Vor- bzw. Nachteile bringt diese Vorgehensweise für die Umsetzung und die Evaluierung der Qualitätskrite-

rien? *(Ist eine Beschreibung ausreichend? Gibt es Unterschiede zwischen diesen Kriterien und denen des NGA?)*

- 8) Denken Sie, dass eine Operationalisierung mittels Kennzahlen und Indikatoren die Umsetzungswahrscheinlichkeit beeinflussen würde? *(Welche Konsequenzen hätte eine Operationalisierung mittels Indikatoren und Kennzahlen für das Netzwerk Gesundheitsförderung und Arbeitsmarktintegration?)*

### **Anreize und Motivationsfaktoren zur Umsetzung der Kriterien guter Praxis**

- 9) Wie stehen Sie zu einer Verbindlichkeit der Kriterien guter Praxis? *(Welche Konsequenzen hätte eine Verbindlichkeit für das Netzwerk und die Kriterien guter Praxis? Welche Formen der Verbindlichkeit wären denkbar?)*
- 10) Angenommen, die Kriterien guter Praxis bleiben unverbindlich, wie erreicht man dennoch deren Umsetzung?
- 11) Welche Anreize fallen Ihnen ein, um die Netzwerkmitglieder dazu zu motivieren, die Kriterien guter Praxis umzusetzen? Unter welchen Voraussetzungen könnten Sie sich deren Einführung im NGA vorstellen? *(z.B. Gütesiegel nach Vorbild des BGF Netzwerks, Preis nach Vorbild des BGF Netzwerks, Qualitätsaudit, ...)*
- 12) Was halten Sie von der Einführung von Schulungen zu den Kriterien guter Praxis für die Netzwerkmitglieder? *(Wie können die Kriterien guter Praxis in die vorgesehenen MultiplikatorInnenschulungen integriert werden?)*
- 13) Wie und von wem könnten diese Anreizinstrumente finanziert werden? *(Welche Organisationen könnten ein Interesse an den Kriterien guter Praxis und deren Finanzierung haben?)*
- 14) Welche Eigenschaften muss ein gutes Anreizinstrument Ihrer Meinung nach erfüllen, um die Mitglieder des Netzwerks Gesundheitsförderung und Arbeitsmarktintegration zur Umsetzung der Kriterien guter Praxis zu motivieren?

## **Interviewleitfaden I-E2**

### **Qualitätskriterien für Betriebliche Gesundheitsförderung**

1. Was waren die größten Herausforderungen bei der Einführung und Umsetzung der Qualitätskriterien im Österreichischen Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung?
2. Welche Faktoren haben die Umsetzung der Qualitätskriterien für die betriebliche Gesundheitsförderung gefördert?
3. Wie motiviert das Österreichische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung Organisationen zur Umsetzung von Gesundheitsförderung und wie motivieren Sie die Organisationen zur Anwendung der Qualitätskriterien für die betriebliche Gesundheitsförderung?

### **Anreize und Motivationsfaktoren zur Umsetzung der Kriterien guter Praxis**

4. Welche Anreize fallen Ihnen ein, um die Mitgliedsorganisationen des Netzwerks Gesundheitsförderung und Arbeitsmarktintegration dazu zu motivieren, die Kriterien guter Praxis umzusetzen? (*Gütesiegel, Preis, Qualitätsaudit, Schulungen, kostenlose Beratung...*)
5. Welche Eigenschaften muss ein gutes Anreizinstrument Ihrer Meinung nach erfüllen, um die Mitglieder des Netzwerks Gesundheitsförderung und Arbeitsmarktintegration zur Umsetzung der Kriterien guter Praxis zu motivieren?

### **Checkliste**

6. Wie müssen Qualitätskriterien grundsätzlich formuliert sein, um Organisationen eine möglichst gute Unterstützung bei der Umsetzung von qualitativ hochwertigen Gesundheitsförderungsprojekten zu bieten?
7. Welche alternativen Darstellungsformen zur Checkliste mit den Kriterien guter Praxis des Netzwerks Gesundheitsförderung und Arbeitsmarktintegration fänden Sie sinnvoll?

## **Interviewleitfaden I-AMS Wien**

### **Kriterien guter Praxis**

1. Warum braucht es eigene Qualitätskriterien für die Gesundheitsförderung der Zielgruppe Arbeit suchende, von Arbeitslosigkeit bedrohte und prekär beschäftigte Menschen?
2. Was ist aus Ihrer Sicht das Ziel der Kriterien guter Praxis? *(Wie weit sollen sie im Netzwerk implementiert werden?)*

### **Verbindlichkeit der Kriterien guter Praxis**

3. Welche Möglichkeiten der Einflussnahme haben Sie als Fördergeber auf die Mitglieder des Netzwerks Gesundheitsförderung und Arbeitsmarktintegration?
4. Was halten Sie davon, die Umsetzung der Kriterien guter Praxis für die Gesundheitsförderung im arbeitsmarktpolitischen Setting verbindlich zu machen? *(z.B. für den Erhalt von Fördergeldern, für den Erhalt eines Qualitätsgütesiegels, etc)*
5. Unter welchen Voraussetzungen wäre eine Verbindlichkeit der Kriterien guter Praxis möglich? Wie müssten die Kriterien guter Praxis gestaltet sein, um verbindlich werden zu können?

## Schriftliche Befragung der Netzwerkmitglieder

### Befragung zu den Kriterien guter Praxis

Mit dieser Befragung möchten wir herausfinden, wie wir Ihnen die Anwendung der Kriterien guter Praxis erleichtern können. Bitte helfen Sie uns durch die Beantwortung der nachfolgenden Fragen, die Qualität der Gesundheitsförderung im arbeitsmarktpolitischen Setting zu verbessern.

Name: \_\_\_\_\_ Organisation: \_\_\_\_\_

Ich bin Mitglied des NGA seit \_\_\_\_\_

Ich habe am 5. Netzwerktreffen am 29.4.2010 teilgenommen  Ja  Nein  Weiß nicht

**Von meiner Organisation wurden / werden bereits Gesundheitsförderungsprojekte für Arbeit suchende, von Arbeitslosigkeit bedrohte oder unsicher beschäftigte Menschen umgesetzt.**

Ja  Nein  Weiß nicht

Bei Ja: wie viele Projekte? \_\_\_\_\_

**Um Gesundheitsförderungsprojekte für Arbeit suchende, von Arbeitslosigkeit bedrohte und unsicher beschäftigte Menschen umsetzen zu können fehlt mir / in meiner Organisation:**

---

---

---

---

**Ich fühle mich ausreichend informiert, um die Kriterien guter Praxis in einem Gesundheitsförderungsprojekt anwenden zu können.**

trifft völlig zu					trifft gar nicht zu	Weiß nicht
	1	2	3	4	5	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Persönliche Anmerkung:

---

---

**Um die Kriterien guter Praxis in Gesundheitsförderungsprojekten anwenden zu können, fehlt mir / in meiner Organisation:**

---

---

---

---

**Welche der folgenden Vorschläge wären für Sie ein Anreiz, um die Kriterien guter Praxis in Gesundheitsförderungsprojekten anzuwenden? (Mehrere ankreuzen erlaubt)**

- Qualitätsgütesiegel
- Preis
- Qualitätsaudit
- Workshops zu den Kriterien guter Praxis
- Integration der Kriterien guter Praxis in die MultiplikatorInnenschulungen
- Beratung durch die ÖSB Consulting GmbH
- Prozessbegleitung durch die ÖSB Consulting GmbH
- Mehr Praxisbeispiele zu den Kriterien guter Praxis
- Indikatoren zu den Kriterien guter Praxis
- Kennzahlen zu den Kriterien guter Praxis
- Anwendung der Kriterien guter Praxis als Voraussetzung für den Erhalt von Fördergeldern
- Sonstige:

---

---

---

**Ich möchte gerne ein qualitatives Interview zu den Kriterien guter Praxis geben.**

- Ja             Nein             Weiß nicht

**Möchten Sie uns zu den Kriterien guter Praxis sonst noch etwas mitteilen?**

---

---

---

---

**Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!**

## Interviewleitfaden Netzwerkmitglieder

### Mitgliedschaft beim NGA

1. Seit wann ist Ihre Organisation Mitglied des NGA?  
Jahr: \_\_\_\_\_
2. Würden Sie Ihre Organisation eher als **strategisches** oder als **operatives Netzwerkmitglied** bezeichnen? (*strategisch = Fördergeber, Interessensvertretungen, Berufsverbände und politische Entscheidungsträger, operativ = direkter Kontakt zur Zielgruppe, Umsetzung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen*)
3. Warum ist Ihre Organisation Mitglied des NGA?

### Umsetzung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen

4. **Wie viele** und **welche** Gesundheitsförderungsmaßnahmen für die Zielgruppe Arbeit suchende, von Arbeitslosigkeit bedrohte oder unsicher beschäftigte Menschen werden von Ihrer Organisation umgesetzt?
5. Wer sind die **FördergeberInnen** dieser gesundheitsfördernden Maßnahmen?
6. Wer sind Ihre wichtigsten **KooperationspartnerInnen**? Arbeiten Sie mit anderen Netzwerkmitgliedern zusammen?

### Kriterien guter Praxis

7. Erfüllen die Gesundheitsförderungsmaßnahmen Ihrer Organisation die **Kriterien guter Praxis** und wird die **Checkliste** in Ihrer Organisation zur Qualitätssicherung verwendet?
8. Welche **alternativen Darstellungsformen zur Checkliste** mit den Kriterien guter Praxis fänden Sie sinnvoll?
9. Welche **Faktoren fördern** die Anwendung der Kriterien guter Praxis in Ihrer Organisation?
10. Welche **Faktoren erschweren** die Anwendung der Kriterien guter Praxis in Ihrer Organisation?

## **Anreize zur Umsetzung der Kriterien guter Praxis**

11. Welche dieser Vorschläge wären für Sie ein **Anreiz**, um die Kriterien guter Praxis in Gesundheitsförderungsmaßnahmen anzuwenden und warum / warum nicht? Wie müssten die Vorschläge konkret aussehen, um für Sie ein Anreiz zu sein?

- a) Qualitätsgütesiegel
- b) Preis
- c) Qualitätsaudit
- d) Workshops zu den Kriterien guter Praxis
- e) Integration der Kriterien guter Praxis in die MultiplikatorInnenschulungen
- f) Beratung durch die ÖSB Consulting GmbH
- g) Prozessbegleitung durch die ÖSB Consulting GmbH
- h) Mehr Praxisbeispiele zu den Kriterien guter Praxis
- i) Indikatoren zu den Kriterien guter Praxis
- j) Kennzahlen zu den Kriterien guter Praxis
- k) Anwendung der Kriterien guter Praxis als Voraussetzung für den Erhalt von Fördergeldern

12. Was wäre für Sie sonst noch ein Anreiz, um die Kriterien guter Praxis anzuwenden?

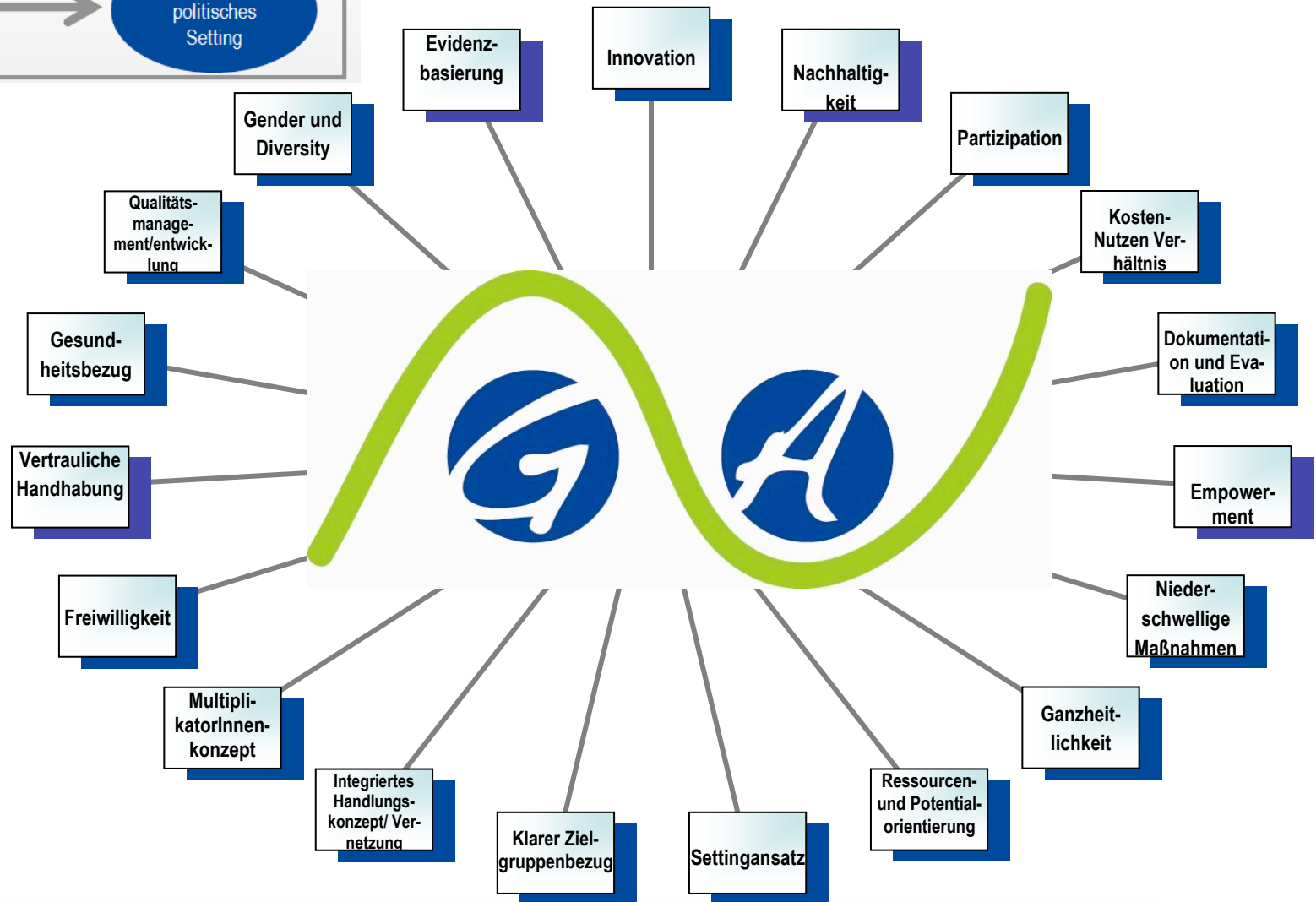
## Kriterien guter Praxis – Checkliste für Projekte

Ein wesentliches Ziel im Netzwerk ist die gemeinsame inhaltliche Erarbeitung von Kriterien guter Praxis. Diese Kriterien sind unter anderem eine wichtige Voraussetzung zur Qualitätssicherung von Gesundheitsförderungsprojekten im arbeitsmarktpolitischen Setting. Das Koordinationsteam hat diesbezüglich im deutschsprachigen Raum zu Qualitätskriterien, Qualitätsmodellen und Handlungsempfehlungen der Gesundheitsförderung (Betriebliche, für sozial Benachteiligte bzw. für Arbeit suchende Menschen) recherchiert. Die ausgewählten Kriterien stammen gesammelt aus folgenden Quellen (teilweise Überschneidungen der einzelnen Kriterien):

- Fonds Gesundes Österreich: Prinzipien und Konzepte der Gesundheitsförderung (FGÖ, 2010, Leitfaden für Antragsteller/innen und Fördernehmer/innen): <http://www.fgoe.org/projektfoerderung/Leitfaden>
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung – BZgA: Good Practice Kriterien in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten (BZgA, 2010, 4. Auflage): <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/?uid=4486eedfccf0bdc476613cce4d348c93&id=Seite1667>
- Projekt (f)itworks: Leitsätze für die Gesundheitsförderung Arbeit suchender Menschen (ÖSB Consulting GmbH, 2009, Handlungsempfehlungen): [http://www.nga.or.at/uploads/media/Handlungsempfehlungen\\_Georgfinal\\_10-03-04.pdf](http://www.nga.or.at/uploads/media/Handlungsempfehlungen_Georgfinal_10-03-04.pdf)
- Projekt most.VITAL: Fokusgruppe Schlüsselarbeitskräfte vom 12.3.2010: <http://www.mostvital.at/>

Die Kriterien guter Praxis wurden nach der Auswahl durch das Koordinationsteam bzw. durch die Netzwerkmitglieder in Arbeitsgruppen um eigene Erfahrungen aus der Praxis der Netzwerkmitglieder ergänzt und dienen als Leitlinien bzw. Handlungsempfehlungen, wie die Zielgruppe der Arbeit suchenden, von Arbeitslosigkeit bedrohten und unsicher beschäftigten Menschen in Gesundheitsförderungsprojekten optimal unterstützt werden kann. Nachstehende Checkliste soll ProjektplanerInnen und –umsetzerInnen von Gesundheitsförderung im arbeitsmarktpolitischen Setting im Sinne des Qualitätsmanagements im Projekt unterstützen. Die AnwenderInnen können mithilfe dieser Checkliste für sich definieren, ob und welche Kriterien sie auf welche Art in ihrem Projekt erfüllen.

Kriterien guter Praxis



Kriterium guter Praxis	Beschreibung	Einsatz/Erfahrungen	Woran könnte es scheitern?	(Wie) wird es in unserem Projekt berücksichtigt?
<b>Innovation</b>	Das Angebot wendet erfolgreich innovative Methoden an.	Durchführung der Isterhebung durch Betroffene, KlientInnen als ExpertInnen ausbilden (Peerkonzept), Betroffene ermutigen selbst Gesundheitsprojekte zu initiieren.	Mangelnde Beteiligung der Betroffenen, wichtig: ausreichend Ressourcen für Nachhaltigkeitsphase sowie Vernetzungstätigkeiten einplanen	
<b>Nachhaltigkeit</b>	Das Angebot entfaltet nachhaltige Wirkungen bei der Zielgruppe und in deren Lebenswelt.	MultiplikatorInnen (zB Schlüsselkräfte) einbeziehen sowie Netzwerkarbeit (bspw. mit Selbsthilfegruppen, Interessensvertretung) für Nachhaltigkeit, längere Aktionen, Wiederholungen, Integration in regulärer Beratung oder Kursangebot	Zeitliche und finanzielle Ressourcen Seitens der FördergeberInnen fehlt oft ein Auftrag für die Gesundheitsförderung	
<b>Partizipation</b>	Die Zielgruppe wird systematisch in Bedarfsermittlung, Planung, Umsetzung und/oder Bewertung des Angebotes einbezogen	Einbeziehen der Zielgruppe bei der Gestaltung von Angeboten; Strukturen für Partizipation schaffen; zB mittels Fokusgruppen als Methode; Begleitung der Maßnahmen durch Evaluation: Betroffene befragen	Kurzfristige ökonomische Interessen, politischer Wille?, Bildungsgefälle/ verschiedene Kulturen bzw. keine Mitarbeit vonseiten der Zielgruppe; ausreichend Zeit?; evtl. Angst vor dem Ergebnis	

<b>Kosten-Nutzen Verhältnis</b>	<p>Die Kosten des Angebots stehen in einem angemessenen Verhältnis zum erzielten Nutzen.</p>	<p>Nachhaltigkeit ist wichtig; Evaluation!, passende Angebote für die Zielgruppe finden (Partizipation)</p>	<p>Schwere Messbarkeit bzw. Definition von Nutzen; =&gt; Kosten-Nutzen aus Perspektive der Betroffenen sehen</p>	
<b>Dokumentation und Evaluation</b>	<p>Das Angebot nutzt Konzepte und Instrumente zur Dokumentation und/oder Evaluation der eigenen Arbeit.</p>	<p>Statistische (soziodemografische) Auswertung; externe/ interne Evaluation; Kundenfeedback einholen: quantitativ/qualitativ; Ergebnisse müssen weiterentwickelt werden;</p>	<p>Ressourcen, Zeitaufwand; Messkriterien?, externe Evaluation sehr kostspielig</p>	
<b>Empowerment</b>	<p>Die Zielgruppe wird zu einer eigenständigen und selbstbestimmten Lebensweise befähigt..</p>	<p>Aus der Opferrolle heraussteigen =&gt; Selbstverantwortung; Interesse für Gesundheit wecken =&gt; sensibilisieren, Befähigung und Informationsvermittlung; Selbstreflexion der Stärken/Schwächen</p>	<p>Widersprüche: Projektvorgaben vs. Zeitinvestition?, teils Veränderung der persönlichen Umstände nötig</p>	
<b>Niederschwellige Maßnahmen</b>	<p>Es werden Zugangsbarrieren für die Nutzung des Angebotes durch aufsuchende Arbeit und kostenlose Angebote vermieden.</p>	<p>Im Kursangebot integriert, während der Arbeitszeit; auch Teilnahme der Schlüsselarbeitskräfte, offen für alle, anonym, aufsuchend;</p>	<p>Erfolgskriterien, vorgegebene Aufnahmekriterien</p>	

<p><b>Ganzheitlichkeit</b></p>	<p>Gesundheit wird als umfassendes körperliches, geistig-seelisches und soziales Wohlbefinden berücksichtigt. Gesundheit wird als Prozess eines immer wieder herzustellenden Gleichgewichtes verstanden</p>	<p>Verschiedene Abteilungen einbinden, Maßnahmen aufeinander abstimmen, Flexibilität in Bezug auf Angebote, Kooperationen mit anderen Institutionen; ein/e durchgängige/r AnsprechpartnerIn</p>	<p>Zeit; nicht geklärte Zuständigkeiten, zu wenig Interesse daran, enge Perspektiven</p>	
<p><b>Ressourcen- und Potentialorientierung</b></p>	<p>Die Angebote setzen an den Ressourcen und Potentialen der Zielgruppe an.</p>	<p>Realistische Planung; Haltung, Wertschätzung, nachhaltiger wenn man sich auf Ressourcen stützt</p>	<p>Große Herausforderung für ProjektumsetzerInnen, Ressourcen/Potentiale zu entdecken; fehlende Freiwilligkeit der TeilnehmerInnen, heterogene Gruppen, Druck</p>	
<p><b>Settingansatz</b></p>	<p>Das Angebot ist gleichermaßen auf die Beeinflussung von Verhaltensweisen und auf die Gestaltung der Lebensbedingungen ausgerichtet.</p>	<p>Änderung von Verhältnissen, Systeme, Umgang miteinander, Angehörige/Umfeld mit einbeziehen, Wertschätzung</p>	<p>Fehlende Zeit für Veränderungsprozesse; Projekt ist „nur“ ein Impuls</p>	
<p><b>Klarer Zielgruppenbezug</b></p>	<p>Die Angebote berücksichtigen den Bedarf von Menschen in schwieriger sozialer Lage.</p>	<p>Genauere Zielgruppendefinition, wo ist die Zielgruppe zu finden, passt die Zielgruppe zum Angebot? Bedürfnisse beachten, Feedbackbögen einsetzen, Zugang und Erreichbarkeit beachten, Anerkennung und Aufmerksamkeit gegenüber Zielgruppe</p>	<p>Vorarbeiten, Erreichbarkeit, angemessene Kommunikation für Zielgruppe, mögliche soziale Unterschiede zw. Team und Zielgruppe,</p>	

<b>Integriertes Handlungskonzept/ Vernetzung</b>	Das Angebot arbeitet professionsübergreifend und bezieht auch „gesundheitsferne“ Kooperationspartner mit ein.	Fördert die Nachhaltigkeit, Verständnis füreinander, AnsprechpartnerInnen/Schnittstellen definieren, Kommunikation, Sensibilisierung, Erweiterung des Blickfeldes	Vernetzung ist ressourcenabhängig!, sich öffnen für andere, Zeitaufwand, Entscheidungen werden evtl. erschwert	
<b>MultiplikatorInnenkonzept</b>	Das Angebot bindet systematisch MultiplikatorInnen ein.	Faktor für Nachhaltigkeit, Empowerment durch Ausbildung, Arbeitskreis unter MitarbeiterInnen	Evtl. bereits überlastete MA werden dadurch noch stärker belastet	
<b>Freiwilligkeit</b>	Die Teilnahme an den Maßnahmen erfolgt freiwillig;	Freiwilligkeit ist ganz wichtig für die Akzeptanz der Angebote;	Die Anzahl der TeilnehmerInnen ist oft geringer, wenn die Freiwilligkeit Voraussetzung ist	
<b>Vertrauliche Handhabung</b>	Die erhobenen Daten werden vertraulich behandelt.	Für die Gewinnung der Zielgruppe zur Teilnahme ist die vertrauliche Handhabung gesundheitsbezogener Daten Voraussetzung; eine Freiwilligkeit der Teilnahme muss gewährleistet sein	Mangelnde Motivation der Zielgruppe (Freiwilligkeit?), Verwendung von Daten zur Evaluation, mangelndes Vertrauen seitens der Zielgruppe	
<b>Gesundheitsbezug</b>	Die Konzeption des Angebotes macht einen klaren Gesundheitsbezug deutlich.	An Verhältnissen arbeiten, Selbstbestimmtheit unterstützen, Arbeit als Sinnenebene, Arbeit beeinflusst die Gesundheit, Gesundheitsdeterminanten und Umwelten beachten	Tipp: Maßnahmen für Männer nicht mit „Gesundheit“ betiteln, sonst Gefahr der Ablehnung; besser zB „Kraft für die Muskeln“ statt „Gesundheitstraining“	

<b>Qualitätsmanagement/ Qualitätsentwicklung</b>	<p>Das Angebot verbessert seine Qualität unter Zuhilfenahme eines Systems der Qualitätsentwicklung.</p>	<p>Die hier genannten Kriterien sind bereits Qualitätsmanagement; sinnvoll im Sinne der Überprüfung/Feedback; prozessbegleitende und Ergebnisevaluation; wichtig für Förderzusagen</p>	<p>Adaptionen im Projektverlauf benötigen Ressourcen (Zeit einplanen, um evtl. nachzusteuern!); Sprachbarrieren beachten</p>	
<b>Gender &amp; Diversity</b>	<p>Genderaspekte und Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund werden berücksichtigt.</p>	<p>Voraussetzung für alle Maßnahmen, essentiell für den Erfolg, interkulturelles und geschlechtssensibles Arbeiten, Angebote explizit für Frauen bzw. Männer schaffen/ beide Zielgruppen sollten gleichermaßen angesprochen werden; Betroffenenansicht einbeziehen, Religion/Behinderungen/Sexualität beachten</p>	<p>Gesellschaft nicht offen genug?, evtl. Machtinteressen, vorgegebene Strukturen</p>	
<b>Evidenzbasierung</b>	<p>Es werden Methoden angewendet, deren Wirksamkeit überprüft wurde.</p>	<p>Welche Ansätze, Methoden und Maßnahmen haben bereits in anderen Projekten/Programmen gut funktioniert? =&gt; Bei anderen, ähnlichen ProjektbetreiberInnen zu deren Erfahrungen (Erfolgsfaktoren, Stolpersteine, Evaluation) erkundigen.</p>	<p>Nötige Ressourcen zur Recherche ähnlicher Projekte/ Maßnahmen (zB persönliche Gespräche/ Besuche bei ähnlichen ProjektbetreiberInnen) müssen zur Verfügung gestellt werden</p>	