



MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

Settingorientierte Gesundheitsförderung in elementaren Bildungs- und Betreuungseinrichtun- gen in Österreich

– die erfolgreiche Implementierung aus Sicht von Expert*innen

verfasst von / submitted by

Bettina Lang, BA

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Arts (MA)

Wien, 2020 / Vienna 2020

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A066 905

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Soziologie

Betreut von / Supervisor:

Doz. Dr. Karl Krajic

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung.....	1
1.1 Problemstellung und Forschungsfragen	1
1.2 Methodik und Aufbau der Arbeit	3
2 Theoretischer Rahmen und Begriffe	5
2.1 Gesundheit und „Positive Gesundheit“	5
2.2 Gesundheitsförderung	7
2.2.1 Grundprinzipien der Gesundheitsförderung	9
2.2.2 Gesundheitsförderung verstanden als soziale Intervention.....	12
2.2.3 „Nachhaltigkeit“ in der Gesundheitsförderung.....	13
2.2.4 Rahmenbedingungen von Gesundheitsförderung in Österreich	14
2.3 Setting-Ansatz.....	18
2.3.1 Entwicklung des Settingansatzes	19
2.3.2 Das Konzept des Settings	21
2.3.3 Zwei Interventionsstrategien: Verhaltens- und Verhältnisprävention.....	23
2.3.4 Gesundheitsfördernde Settings durch Organisationsentwicklung	25
2.4 Das Setting Kindergarten	31
2.4.1 Gesundheit der Kinder und Mitarbeiter*innen	31
2.4.2 Statistische Daten zur Betreuungssituation	34
2.4.3 Umsetzung von GF nach dem Settingansatz	36
3 Settingorientierte Gesundheitsförderung im Kindergarten – Annäherung an den Forschungsstand	40
3.1 Konzepte der Gesundheitsförderung im Kindergarten	40
3.2 Empirische Forschung zu settingorientierter Gesundheitsförderung	44
3.2.1 Implementierung von settingorientierter GF - Projektbeispiele.....	44
3.2.2 Wirksamkeit von settingorientierter Gesundheitsförderung.....	47
3.2.3 Forschung zu Programmnachhaltigkeit	51
3.3 Zusammenfassung und Forschungsziel	57
4 Methodisches Vorgehen.....	59
4.1 Methodischer Zugang.....	59
4.2 Datenerhebung	60
4.2.1 Teilstrukturierte Expert*inneninterviews.....	60
4.2.2 Auswahl der Gesprächspartner*innen – Theoretisches Sampling	61
4.2.3 Leitfaden	64
4.2.4 Kontaktaufnahme und Ablauf der Interviews	65
4.3 Datenauswertung	67
4.3.1 Datenaufbereitung.....	67

4.3.2	Themenanalyse.....	67
4.4	Qualitätssicherung.....	70
5	Ergebnisdarstellung	72
5.1	Fördernde und hinderliche Aspekte in der Umsetzung	72
5.1.1	Ressourcen.....	72
5.1.2	Anschlussfähigkeit der Maßnahmen.....	73
5.1.3	Strukturelle Rahmenbedingungen	74
5.1.4	Subjektive Faktoren und „feel good“ Faktoren	75
5.1.5	Qualifizierung und der Transfer von Gelerntem in Alltag	76
5.2	Fördernde und hinderliche Aspekte der Nachhaltigkeit.....	77
5.2.1	Ressourcen.....	77
5.2.2	Rahmenbedingungen	78
5.2.3	Bedarfs- und Bedürfnisorientierte Umsetzung	79
5.2.4	Weiterbildung und personelle Entwicklung	80
5.3	Kriterien für Nachhaltigkeit	81
5.3.1	Kooperationen und Nachfrage nach Erkenntnissen.....	81
5.3.2	Verhältnisänderung und Entwicklung von Zertifizierungen.....	81
5.3.3	Gesundheitsbewusstsein und materielle Anschaffungen.....	82
5.4	Effekte der Projektzusammenarbeit.....	83
5.4.1	Schaffung neuer Positionen/personelle Entwicklung	83
5.4.2	Möglichkeiten Neues auszuprobieren und Ideen zu generieren	83
5.4.3	Wertschätzung und Aufmerksamkeit	84
5.5	Projektsteuerung aus der Sicht der Förderinstitutionen	84
5.5.1	Projekteinreichung	85
5.5.2	Förderstrategie und Förderbedingungen	85
5.5.3	Erfolgreiche Initiierungsphase	86
5.6	Entwicklungsverlauf settingorientierter Gesundheitsförderung	86
5.7	Handlungs – und Verbesserungsbedarf	87
5.8	Diskussion und Ausblick.....	89
6	Limitationen und Methodologische Reflexion.....	93
7	Quellenverzeichnis	96
8	Anhang.....	102
8.1	Leitfaden	102
8.1.1	Leitfaden für Projektbeteiligte des Projekts „Gesund im Wiener Kindergarten“ 102	
8.1.2	Leitfaden für Vertreter*innen der Förderungseinrichtungen	103
8.2	Abstract.....	105

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Determinanten der Gesundheit (Quelle: Fonds Gesundes Österreich nach Dahlgren und Whitehead, 1991)	9
Abb. 2: Partizipationsstufen in der Gesundheitsförderung (Quelle: Wright et al., 2008)	11
Abb. 3: 10-Rahmen-Gesundheitsziele (Quelle: BMGF, 2016, www)	15
Abb. 4: Schwerpunkt „Gesunde Kinderkrippe und Kindergärten mit Wirkungsziel und Messgrößen“. (Quelle: BMGF, 2016, www)	17
Abb. 5: Vier Handlungsfelder der Gesundheitsförderung in Kitas (Quelle: Richter-Kornweitz und Altgeld, 2015)	38
Abb. 6: Umsetzung von Gesundheitsförderung im Setting Kita nach Richter-Kornweitz und Altgeld (2015)	39
Abb. 7: Rahmenkonzept der Programmnachhaltigkeit nach Schediac-Rizkallah und Bone (Shediac-Rizkallah und Bone, 1998: 99)	54
Abb. 8: Public health program capacity for sustainability nach Schell et al. (Schell et al., 2013: 7)	55

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Betreuungsquoten der 0-2 Jährigen und der 3-5 Jährigen in Kindertagesheimen im Jahr 2017. Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Kindertagesheimstatistik (2018)	35
Tabelle 2: Anteil der Kinder mit nicht-deutscher Umgangssprache in Kindertagesheimen im Jahr 2017. Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Kindertagesheimstatistik (2018).	36
Tabelle 3: Konzepte nach dem Settingansatz, Eigene Darstellung	43
Tabelle 4: Übersicht zu den befragten Expert*innen, Eigene Darstellung	64
Tabelle 5: Übersicht über förderliche und hinderliche Aspekte in der Implementierung, Eigene Darstellung	90
Tabelle 6: Übersicht über förderliche und hinderliche Aspekte in der nachhaltigen Implementierung, Eigene Darstellung	91
Tabelle 7: Projektimplementierung aus der Sicht der Förderstellen, Eigene Darstellung	92

Abkürzungsverzeichnis

WHO	Weltgesundheitsorganisation
WiG	Wiener Gesundheitsförderung
BzGA	Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung
FGÖ	Fond Gesundes Österreich
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BMASGK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
GfG	Gesundheitsförderungsgesetz

1 Einleitung

1.1 Problemstellung und Forschungsfragen

Ergebnisse aus der Forschung zur Kindergesundheit sowie der Gesundheit der Mitarbeiter*innen in elementaren Bildungs- und Betreuungseinrichtungen zeigen erhebliche Gesundheitsbelastungen, aber auch Gesundheitsressourcen (vgl. Kapitel 2.4.1). In der Implementierung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen werden die Schutzfaktoren/Ressourcen der Zielgruppen in den Blickwinkel genommen, um diese gezielt zu fördern. Nicht nur wegen der zunehmenden Gesundheitsbelastungen unter den Mitarbeiter*innen und Kindern, stellt der Kindergarten¹ ein relevantes Setting für Gesundheitsförderung dar, sondern auch wegen der guten Erreichbarkeit vieler Kinder und Eltern. Zudem lässt sich im Vorschulalter noch Einfluss auf die Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Verhaltens der Kinder nehmen (vgl. Kapitel 2.4.3).

Um Gesundheitsförderung (GF) nachhaltig und wirksam zu implementieren, wird der Setting-Ansatz empfohlen (vgl. Kapitel 2.4.3 auf S. 36). Dies ist ein ganzheitlicher Ansatz, der die Verhältnisse, in der Menschen leben, arbeiten, spielen etc. berücksichtigt. Trotz zahlreicher Hinweise aus der Forschung, die auf die Wirksamkeit ganzheitlicher Ansätze hinweisen, wird in der Praxis viel zu oft ausschließlich auf Verhaltensmaßnahmen fokussiert. Vor allem im Schulsetting, gibt es Hinweise, dass Maßnahmen, die auch die Verhältnisse berücksichtigen, wirksamer sind (vgl. Kapitel 3.2.2 auf S. 51).

Speziell in Österreich wurden erst in den vergangenen zehn Jahren Projekte, die dem Konzept des Settings folgen, initiiert. Eine erste Auseinandersetzung mit dem Thema settingorientierte Gesundheitsförderung im Kindergarten zeigte, dass es zwar bereits einige Projekte gibt, die durchgeführt wurden, eine vergleichende Darstellung dazu jedoch bislang fehlt. Zudem liegt in Österreich keine empirische Untersuchung darüber vor, wie diese Form/Art der GF aus der Sichtweise der Expert*innen erfolgreich und vor allem auch nachhaltig implementiert werden kann. In der vorliegenden Arbeit wird daher versucht, diese „Lücke“ anhand der Beantwortung der folgenden Hauptforschungsfrage zu füllen:

¹ In dieser Arbeit wird der Begriff Kindergarten synonym zum Begriff „Elementare Bildungs- und Betreuungseinrichtung“ verwendet. Der Grund dafür ist, dass in der für die Arbeit verwendeten Literatur, zumeist der Begriff Kindergarten verwendet wird.

Wie wird settingorientierte Gesundheitsförderung aus Expert*innensicht (erfolgreich) im Kindergarten implementiert?

Eine weitere Frage, die sich in diesem Zusammenhang aufdrängt, ist die Frage der Nachhaltigkeit. Nachhaltigkeit ist ein relevantes Kriterium für die erfolgreiche Implementierung der Gesundheitsförderung im Kindergarten, weshalb insbesondere auch dieser Aspekt in die Untersuchung miteinfließen soll. So soll auch eruiert werden, welche förderlichen und hinderlichen Aspekte die nachhaltige Implementierung beeinflussen.

Entsprechend dieser Rahmung wird zusätzlich versucht, folgende Teilforschungsfrage zu beantworten:

- *Welche Projekte zu settingorientierter Gesundheitsförderung im Kindergarten haben sich in den letzten 10 Jahren in Österreich entwickelt?*

Basierend auf dieser theoretischen Unterfrage soll ein Überblick zu bereits durchgeführten Projekten erarbeitet werden. Aufbauend auf diesem Wissen sowie dem theoretischen Teil werden Leitfragen entwickelt, um die empirischen Teil-Fragestellungen zu beantworten. Daran anschließend widmen sich die zwei folgenden Unterfragen dem empirischen Teil der Arbeit. Die Beantwortung dieser Fragen, soll dabei helfen, die oben formulierte Hauptforschungsfrage zu beantworten.

- *Welche Gelingensbedingungen und Stolpersteine lassen sich aus den Erfahrungen der Expert*innen mit den verschiedenen Projekten ableiten?*
- *Welche Bedeutung hat Nachhaltigkeit in der Implementierung settingorientierter Gesundheitsförderung aus Expert*innensicht?*

Das Ziel und die Fragestellung haben sich im Laufe der Arbeit verändert. Darauf möchte ich hier noch genauer eingehen. Das Forschungsziel am Beginn war es, die Wahrnehmung der Nachhaltigkeit der GF-Interventionen am Beispiel des Projektes „Gesund im Wiener Kindergarten“ (siehe Projektbeschreibung im Kapitel 3.2.1), welches von 2010 bis 2014 in sechs städtischen Kindergärten implementiert wurde, zu untersuchen. Dies sollte durch eine qualitative Evaluierung durch die Beschäftigten eines Kindergartens und den Projektverantwortlichen erfolgen. Durchgeführt wurden fünf Expert*inneninterviews mit unterschiedlichen Akteur*innen des Projektes (das

waren Projektleiter*innen, Evaluierende, Gesundheitsbeauftragte, Regionale Manager*innen einzelner Kindergartenstandorte). Im Anschluss waren noch vier problemzentrierte Gespräche mit den Beschäftigten eines Kindergartens geplant. Nach erfolgreicher Kontaktaufnahme mit einem ehemaligen Projektkindergarten und der Einwilligung von vier Mitarbeiter*innen zum Gespräch, sollte auf Empfehlung der Kindergartenleitung, eine offizielle Durchführungsanfrage bei der MA-10 Stadt Wien Kindergärten eingeholt werden. Das Ansuchen zur Durchführung der empirischen Erhebung im Kindergarten wurde seitens der MA10 Stadt Wien-Kindergärten jedoch negativ beantwortet und so musste die Forschungsfrage und das -design, unter Berücksichtigung des vorhandenen Datenmaterials, verändert werden. Die Konsequenzen, die sich daraus für das Methodische Vorgehen ergaben, werden im Kapitel 4.2.1 erörtert.

1.2 Methodik und Aufbau der Arbeit

In der vorliegenden Arbeit wird eine umfassende Litertaturrecherche durchgeführt und mit einer qualitativen Methode kombiniert. Den Kern der Arbeit bildet die Darstellung des aktuellen Forschungsstands. Der Fokus wird dabei auf die exemplarische Darstellung implementierter Projekte in Österreich gelegt. Durch Expert*inneninterviews wird die Recherche gestützt und kontrastiert, um einen vertieften Einblick in die bestehende Situation in Österreich zu erhalten. Zudem soll erschlossen werden, welche Aspekte sich als förderlich und hinderlich für eine erfolgreiche Implementierung erweisen und welche Herausforderungen in der Entwicklung settingorientierter GF zu sehen sind. Aufgrund der anwendungsorientierten Forschungsfragen richten sich die Ergebnisse auch an die Praktiker*innen der Gesundheitsförderung und nicht nur an die wissenschaftliche Gemeinschaft.

Nachdem in der Einleitung der Problemaufriss, die Forschungsfragen und die Methodik dargestellt werden, setzt sich das Kapitel 2 mit den Begrifflichkeiten und dem theoretischen Rahmen auseinander. Schwerpunktmäßig werden hier Konzepte der Gesundheit und GF sowie der Setting-Ansatz behandelt. Zudem wird das Setting Kindergarten mit seinen jeweiligen Besonderheiten, Zielgruppen und der Bedeutung des Settings für die GF, fokussiert. Daran anschließend wird im Kapitel 3 der Forschungsstand zum Thema dargestellt, welcher als Rahmen für die Analyse dient. Wobei der Fokus auf die Wirksamkeit settingbezogener Interventionen, der exemplarischen Darstellung implementierter Projekte in Österreich und der förderlichen Fak-

toren für die Implementierung sowie der „Nachhaltigkeit“ gelegt wird. In Kapitel 4 wird die Erhebungsmethode des teilstrukturierten Expert*inneninterviews und das angewandte Auswertungsverfahren der Themenanalyse nach Froschauer und Lueger dargelegt. Kapitel 5 umfasst die Darstellung der Ergebnisse und eine Verknüpfung mit den Erkenntnissen aus dem Kapitel 3 sowie dem Setting-Ansatz aus Kapitel 2.3. Zudem werden in der Diskussion die Forschungsfragen beantwortet und ein Ausblick für weitere Forschung gegeben. Abschließend folgen in Kapitel 6 die Limitationen der vorliegenden Arbeit und die methodologische Reflexion.

2 Theoretischer Rahmen und Begriffe

2.1 Gesundheit und „Positive Gesundheit“

Der Begriff Gesundheit ist sehr vielschichtig. Je nach Disziplin hat dieser Begriff eine unterschiedliche Bedeutung. Und selbst innerhalb der Disziplin Gesundheitssoziologie gibt es kein differenziertes und ausgebautes Konzept von Gesundheit (Pelikan, 2009: 31). So wird in der Medizin nach wie vor ein biomedizinisches Modell von Gesundheit und Krankheit präferiert, in welchem der Mensch losgelöst von seinem Körper lediglich als biologisches System betrachtet wird. Krankheit wird in dieser Perspektive als Störung und als Symptomen erkennbar. Kritisiert wird an dieser Perspektive einerseits die Reduzierung des Menschen auf seinen Körper sowie eine Ausblendung der sozialen Verhältnisse, in denen Krankheiten oder Gesundheit auftreten und entstehen (Richter und Hurrelmann, 2016: 9).

Die Gesundheitsdefinition der WHO von 1948 ermöglichte erstmalig ein Aufbrechen der lange dominierenden biomedizinischen Sichtweise. Unter Gesundheit wird dabei folgendes verstanden:

„Gesundheit ist ein Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen ist ein Grundrecht jedes Menschen, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.“ (WHO 1948, zit. nach BMASGK)

Hier werden bereits mehrere Dimensionen des Konzeptes angesprochen und es wäre verkürzt, Gesundheit und Krankheit nur mit der somatischen Dimension gleichzusetzen. Pelikan (2007: 77) betrachtet in seinen Arbeiten Gesundheit als dreidimensionales Konzept, welches als somatisch, psychisch und sozial unterteilt werden kann. Da diese Betrachtungsweise sehr plausibel erscheint, soll im Folgenden auf seine systemtheoretisch orientierte Perspektive von Gesundheit rekuriert werden. Gesundheit wird dabei verstanden als beobachtbare Qualität von Lebewesen, welche als autopoietische, biologische Systeme von diesen permanent selbst mit Bezug zur relevanten Umwelt hergestellt wird. Somit ist Gesundheit nicht einfach gegeben. Für die Produktion von Gesundheit sind drei Subdimension von Qualität zu unterscheiden, nämlich die Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität. Die Ergebnisqualität lässt sich dabei nur indirekt über die systemeigenen Prozesse und Strukturen beeinflus-

sen. Gesundheit kann sowohl über die systemeigenen Strukturen und Prozesse, als auch über die seiner relevanten Umwelten, beeinflusst werden (Pelikan, 2009: 31f.).

Einen Übergang zu Gesundheitsförderung findet Pelikan in seinen Ausführungen zum Konzept der „*Positiven Gesundheit*.“ In diesen Ausführungen bezieht er sich zum Einen auf einen Leitgedanken der WHO, in dem es heißt: „*Gesundheit ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit*“ und zum anderen auf das Konzept der Salutogenese nach Antonovsky (Pelikan, 2009: 33). Als Vorbedingung von Krankheit steht nach Pelikan immer positive Gesundheit. Sprich, um krank zu werden, muss man zuerst einmal über Gesundheitsressourcen verfügen. Krankheit und Gesundheit bedingen sich somit gegenseitig und stehen in Abhängigkeit zueinander. Kranke Strukturen oder/und Prozesse des Systems werden als Abweichung von einem gesunden System und als abweichende Untermenge von Gesundheit gesehen. Dementsprechend ist nach Pelikan (2009: 32) mit positiver Gesundheit die Restmenge bzw. das Komplement vom Gesamt „Gesundheit“ zu verstehen. Positive Gesundheit ist ebenso wie Gesundheit als Ergebnisqualität beobachtbar und kann als Folge von salutogener Prozess- und Strukturqualität aufgefasst werden. Als beobachtbare Qualitäten können kranke sowie gesunde Strukturen zwischen minimal und maximal variieren. Zudem kann positive Gesundheit gezielt beeinflusst und verbessert werden, wenn ein Idealzustand Gesundheit definiert und positiv angestrebt wird. Nach Pelikan sei dies über zwei unterschiedliche Interventionsmöglichkeiten durchführbar: so könne einerseits an den Alltagsprozessen angesetzt werden und andererseits spezifische Gesundheitsförderungsmaßnahmen hinzugefügt werden. Diese können wiederum auf die 3 bereits erwähnten Dimensionen der Gesundheit (physische, psychische und soziale) bezogen sein (ebd.: 32ff.).

2.2 Gesundheitsförderung

Eine wesentliche Rolle für die Entwicklung des Konzepts von GF spielte die Weltgesundheitsorganisation (WHO), welche mit der Ottawa Charter den Grundstein für ein neues Gesundheitsverständnis und damit auch für Gesundheitsförderungsstrategien gelegt hat (Altgeld und Kolip, 2014: 49). An ihren Definitionen setzen die Konzepte weitgehend an:

“Gesundheitsförderung zielt dabei auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.” (Ottawa Charta, 1986)

Dabei werden die tragenden Konzepte der GF deutlich, nämlich die Konzepte der Partizipation, des Empowerments und der Capacity Building. Da es für das Verständnis der Wirksamkeit von Maßnahmen relevant ist, soll hier kurz die bevorzugte Strategie im Partizipationskonzept erläutert werden. Die Strategie des bottom up, in welchem die Zielpersonen der gesundheitsfördernden Maßnahmen von Anfang an im Prozess der Planung und Implementierung eingebunden sind, stellt die Grundstrategie der GF-Maßnahmen dar, da sie auch am wirksamsten sei. Sie grenzt sich im Wesentlichen von Top-down Prozessen ab, in denen die Maßnahmen von “oben herab” (Gesundheitsdienste, Behörden usw.) diktiert werden (Loss et al., 2016: 441ff.).

Im salutogenetischen Modell, welches von Antonovsky entwickelt wurde und für die GF als weiteres Ausgangskonzept diente, wird Gesundheit und Krankheit als zwei Pole eines Kontinuums aufgefasst. Ob jemand dabei eher in Richtung Krankheit oder Gesundheit geht, ist einerseits von der Zahl der Risiken und andererseits von den personalen und sozialen Ressourcen abhängig. Ressourcen werden auf der personalen und sozialen Ebene unterschieden, wobei personale Ressourcen beispielsweise ein robustes Selbstwertgefühl, oder ein stabiles Immunsystem darstellen und als soziale Ressourcen bspw. soziale Unterstützung, ein soziales Netzwerk gelten. Gesundheitsförderung ist ein Konzept, welches an den sozialen Ressourcen oder Schutzfaktoren der Individuen ansetzt und versucht diese zu modifizieren. Sie grenzt sich insofern von Prävention ab, als sie versucht Wohlbefinden und Gesundheit der Individuen bzw. der Bevölkerung zu steigern und nicht das Krankheitsrisiko zu mindern. Gesundheitsförderungsmaßnahmen können verhaltensbezogen sein und beim Verhalten des Individuums ansetzen. Sie können

aber auch verhältnisbezogen sein und an sozialen, ökologischen und ökonomischen Faktoren ansetzen. Besonders wirksam ist GF, wenn beide Maßnahmen miteinander verbunden werden und die Zielgruppen so früh wie möglich im Prozess der Implementierung miteinbezogen werden (Altgeld und Kolip, 2010: 45ff.).

Gesundheit ist nicht einfach gegeben, sondern wird permanent im Alltag und in Auseinandersetzung mit den relevanten Umwelten hergestellt. Gesundheit lässt sich jedoch nicht direkt beeinflussen. Beeinflussbar sind lediglich die Gesundheitsdeterminanten. Pelikan unterscheidet dabei Gesundheitsressourcen, die sich als schützende (salutogene) Faktoren beschreiben lassen und die Entstehung von Krankheiten verhindern können sowie Risikofaktoren, die Krankheiten entstehen lassen oder positive Gesundheit reduzieren. Während Krankheitsprävention darauf abzielt, Risiken, die Krankheiten entstehen lassen, zu vermindern bzw. zu vermeiden, setzt Gesundheitsförderung an der Verbesserung der positiven Gesundheit durch Stärkung und Entwicklung von Schutzressourcen an (Pelikan, 2011: 65f.).

Der Kern der Gesundheitsförderungsstrategie liegt Richter und Hurrelmann (2018) zufolge in der Beeinflussung der Gesundheitsdeterminanten. Im Modell von Dahlgreen und Whitehead wird deutlich, welche der fünf sich wechselseitig, beeinflussen- den Determinanten durch Gesundheitsförderungsstrategien verändert werden können. Die Kerndeterminante (*Alter, Geschlecht und Erbanlagen*) repräsentiert den für die Gesundheitsförderung unveränderbaren Teil. In den umliegenden Schichten sind die beeinflussbaren Faktoren dargestellt.

Faktoren individueller Lebensweise können über verhaltensstrategische GF beeinflusst werden, da sie am individuellen Verhalten bzw. Lebensstil ansetzen. Die individuelle Lebensweise bzw. Verhaltensweise wird wiederum von einer guten sozialen Integration in verschiedene *soziale Netzwerke* beeinflusst. Das *soziale und kommunale Netzwerk* wird von den individuellen *Lebens- und Arbeitsbedingungen* (wie bspw. das Arbeitsumfeld, die Bildung und die Wohnverhältnisse) beeinflusst. Die Determinanten der *sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt* werden als Makrofaktoren betrachtet und wirken folglich auf alle anderen Determinanten. Im Modell wird deutlich, wie sehr individuelle Faktoren in engem Zusammenhang mit der Umwelt bzw. den Verhältnissen stehen, in denen sich ein Individuum bewegt. Die

individuellen Lebensbedingungen werden demzufolge stark von den strukturellen Bedingungen und damit auch von sozialer Ungleichheit bestimmt. In der Erklärung von Gesundheit spielen Hurrelmann und Richter (2018) zufolge, sowohl das subjektive Verhalten aber auch die sozialen Determinanten eine große Rolle. Rein Verhaltensbezogene Maßnahmen seien deshalb in der Gesundheitsförderung kaum wirksam, weshalb in der Praxis oft eine Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen angestrebt wird (Richter und Hurrelmann, 2018: 1ff.). Nachfolgend in der Abbildung 1 sind die beschriebenen Determinanten der Gesundheit dargestellt.

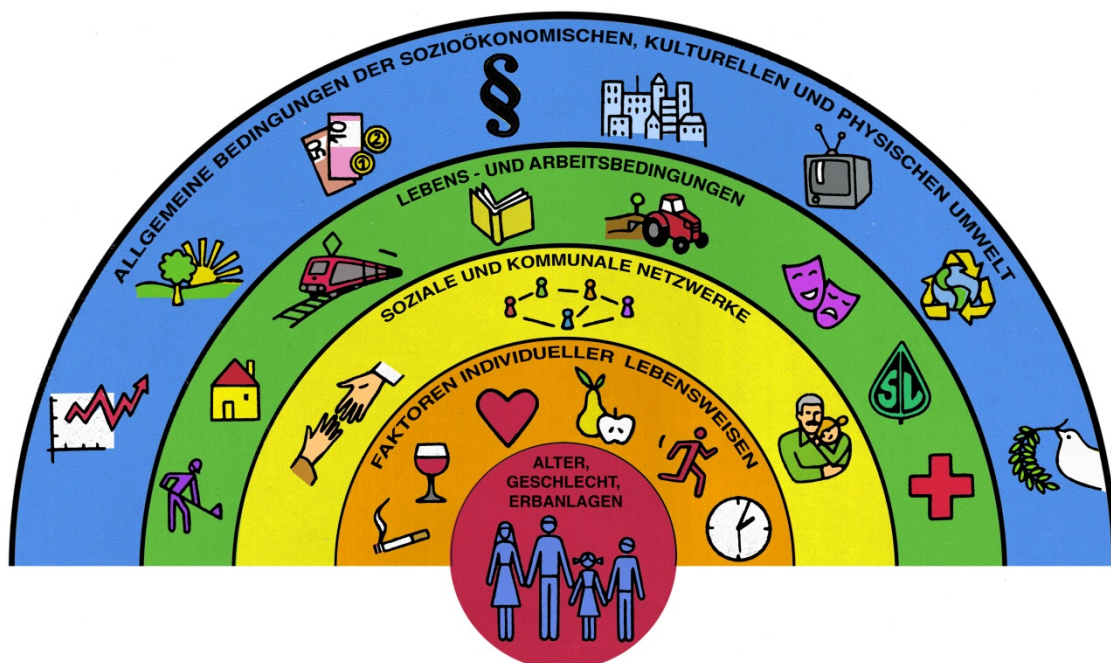


Abb. 1: Determinanten der Gesundheit (Quelle: Fonds Gesundes Österreich nach Dahlgren und Whitehead, 1991)

2.2.1 Grundprinzipien der Gesundheitsförderung

Um Gesundheitsförderung erfolgreich planen und umsetzen zu können, wurde vom Fond Gesundes Österreich Qualitätskriterien (FGÖ, [www](http://www.fgo.at)) entwickelt, die sich an den Grundprinzipien der Ottawa Charta orientieren. Diese Grundprinzipien werden nachfolgend beschrieben.

- *Positiver, dynamischer Gesundheitsbegriff*

Wie im Kapitel 2.1 bereits angedeutet wird der Begriff Gesundheit nicht mehr als statischer Zustand erfasst, sondern wird im Einklang mit der WHO als dynamischer Prozess verstanden, indem das Individuum stets versucht, ein Gleichgewicht mit seiner Umwelt zu erzeugen.

- *Gesundheitliche Chancengerechtigkeit*

Im Einklang mit der Ottawa Charta, setzt sich auch der FGÖ zum Ziel, gesundheitliche Chancengleichheit herzustellen. Dies kann erreicht werden, indem niederschwellige Maßnahmen für sozial benachteiligte Personengruppen angeboten werden.

- *Ressourcenorientierung und Empowerment*

Empowerment soll Menschen dazu befähigen, ihre personalen/gesundheitlichen Ressourcen zu nutzen und dadurch ihre Lebenswelt dementsprechend zu beeinflussen. Besonders bedeutsam ist es, die Rahmenbedingungen, die das Vorhandensein der Ressourcen mitbestimmen, nicht unberücksichtigt zu lassen (Brandes und Stark, 2011). Die Ressourcenorientierung bezieht sich damit auf die Stärken und Kompetenzen, die ein Individuum oder System mitbringt.

- *Setting- und Determinantenorientierung*

Maßnahmen sind dann am wirksamsten und nachhaltigsten, wenn sie sowohl das Verhalten der Individuen, als auch die Verhältnisse berücksichtigen. Umfassende Gesundheitsförderung setzt daher an persönliche Faktoren wie die Lebensweise oder das Gesundheitsverhalten sowie an Faktoren wie bspw. den Wohn- und Arbeitsbedingungen, dem Einkommen und Sozialstatus an.

- *Zielgruppenorientierung*

Aus ökonomischen Gründen bzw. im Sinne der normativen Orientierung der Gesundheitsförderung an einer Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit ist es oft angezeigt, sich an den Bedürfnissen und Ressourcen bestimmter Zielgruppen zu orientieren.

- *Partizipation der Akteur*innen des Settings*

Unter Partizipation versteht Hartung (2011) individuelle oder auch kollektive Entscheidungsteilhabe, welche die eigene Lebensgestaltung und damit auch die Ge-

sundheit betrifft. Die Teilhabe an Entscheidungen bedeutet, Einfluss auf relevante Entscheidungen zu nehmen und dadurch auch die Konsequenzen der Entscheidungen mitzugestalten. Wright et al. (2008) haben in Anlehnung an das Partizipationsmodell von Sherry Arnstein, ein Stufenmodell (siehe Abbildung 2 unten) entworfen, mit dem der Grad der Partizipation in Gesundheitsförderungsprojekten analysiert und dementsprechend adaptiert werden kann. Für die Autor*innen stellt Partizipation einen Entwicklungsprozess dar, indem oft zuerst die unteren Stufen der Partizipation realisiert werden müssen, damit umfassende Partizipation überhaupt erst möglich gemacht wird. Bei Maßnahmen, die keine Möglichkeiten der Einflussnahme auf Entscheidungen bieten, findet Wright und Kolleg*innen zufolge keine Partizipation statt.



Abb. 2: Partizipationsstufen in der Gesundheitsförderung (Quelle: Wright et al., 2008)

- *Vernetzung*

Hier wird einerseits der Wissensaustausch bzw. die Zusammenführung von Wissen verstanden und andererseits der Austausch und die Vernetzung der politischen Stellen, mit dem Ziel, eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik zu schaffen.

- *Nachhaltigkeit*

Der FGÖ unterscheidet zunächst zwischen Nachhaltigkeit auf der Gesellschafts- (Makro) und der Nachhaltigkeit auf Projektebene (Mikro). Nachhaltigkeit auf Projekt-

ebene zeichnet sich dadurch aus, dass sie bereits in der Projektplanung berücksichtigt wird und eine Verbreitung (Transferierbarkeit) des Wissens bzw. der Erfahrungen im Projekt auf andere Organisationen oder Institutionen erfolgt. Zwei Aspekte auf Projektebene sind dabei entscheidend: die statische und dynamische Nachhaltigkeit. In der statischen Nachhaltigkeit geht es um die Frage, ob die veränderten Prozesse, Strukturen und Verhaltensweisen auch nach Projektende Bestand haben. Während es bei der dynamischen Nachhaltigkeit darum geht, den Fokus auf jene Vorkehrungen zu legen, die es auch bei veränderten Bedingungen möglich machen, Innovationen fortzusetzen (FGÖ-Glossar, [www](http://www.fgo.at)).

2.2.2 Gesundheitsförderung verstanden als soziale Intervention

Gesundheitsförderung wird von Grossman und Scala (1994) als eine komplexe soziale Intervention verstanden, deren Erfolg im Wesentlichen davon abhängt, wie die Strukturen und Dynamiken des jeweiligen sozialen Systems für Gesundheitsförderung genutzt bzw. in diese Richtung modifiziert werden können. Unter einer Intervention wird „eine zielgerichtete Kommunikation zwischen Individuen oder sozialen Systemen, welche die Autonomie des intervenierten Systems respektiert“ verstanden. Eine Kommunikation wird als zielgerichtet bezeichnet, „wenn eine bestimmte Wirkung beim Kommunikationspartner in das Kalkül der Kommunikation einbezogen (...)“ wird (Willke 1987; zit. nach Grossmann und Scala, 1994: 29f.). Da die Entwicklung eines sozialen Systems durch die interne Kommunikation bestimmt ist, kann die Intervention auch nur Anstöße zur Selbstentwicklung geben. Ein Potenzial zur Selbstentwicklung liege dabei dann vor, wenn ein System beginnt, die Unterschiede wahrzunehmen und diese produktiv zu nutzen. Folglich ist eine Intervention dann erfolgreich, wenn sie die Wahrnehmungs- und Problemlösungskapazität erhöht. Um wirksame Interventionen zu setzen ist es aber auch notwendig die Besonderheiten eines sozialen Systems zu berücksichtigen. So operieren die verschiedenen Systeme nach ihrer eigenen Logik und nehmen von Inputs von außen auch nur aus der systemeigenen Perspektive wahr. Dies bedeutet auch, dass Strukturen und Routinen sowie ihre eigene Sicht auf die Erfüllung ihrer Aufgabe ausgerichtet sind. Deshalb stellt die Logik der Gesundheitsförderung eine Störung dar und wird Widerstände hervorrufen, die bearbeitet werden müssen. Hinzu kommt, dass jedes einzelne der gesellschaftlichen Funktionssysteme wie Wirtschaft, Gesundheitswesen, Familie etc. äußerst selektiv nur die Probleme wahrnimmt und behandelt, die zur Erfüllung seiner

Aufgabe dienen. Folglich sei es notwendig nach Anschlusspunkten im System zu suchen und das System mit seiner eigenen Logik zu adressieren. Für die Gesundheitsförderung ist es vorteilhaft, an den Problemen anzusetzen, die im System vorhanden sind und dort auch gesehen werden. So können Gesundheitsförderungsinterventionen beispielsweise im Schulsystem, erfolgreich sein, wenn sie helfen, den Stresslevel der Lehrer zu reduzieren und damit einem Burn Out entgegenzuwirken (Grossmann und Scala, 1994: 30-39).

2.2.3 „Nachhaltigkeit“ in der Gesundheitsförderung

Im Public Health Bereich existiert keine einheitliche Definition vom komplexen Konzept der „Nachhaltigkeit“ und je nach Forschungstradition unterscheiden sich die Perspektiven, die mit dem Begriff verbunden werden (Gruen et al., 2008; St Leger, 2005; Shediak-Rizkallah und Bone, 1998; Schell et al., 2013). Zumeist wird darunter allgemein die Programmfortführung verstanden oder mit den Worten von Scheirer und Dearing (2011: 2060) folgendermaßen ausgedrückt „sustainability is the continued use of program components and activities for the continued achievement of desirable program and population outcomes“. Gruen und KollegInnen (2008: 1580) haben in ihrem Review, in welchem sie sowohl empirische, als auch konzeptuelle Studien inkludierten, folgende normative Definitionen von „Nachhaltigkeit“ herausgearbeitet:

- Aufrechterhaltung der Gesundheitsvorteile
- Weiterführung der Gesundheitsprogramme
- Institutionalisierung der Programme im organisationalen System
- „community capacity“ (Gemeinschaftskapazität)
- Multidimensionale Konzepte

Diese Definitionen haben Gruen und Kolleg*innen (2008: 1580) zufolge zu verschiedenen Ansätzen der Planung und Beobachtung von „Nachhaltigkeit“ geführt.

Häufig werden Begriffe wie Institutionalisierung, Routinisierung, Integration oder „capacity building“ synonym verwendet. Hinter diesen Begriffen stecke jedoch ein jeweils anderes Konzept, weshalb sie auch nicht synonym verwendet werden können. Shediak-Rizkallah und Bone (1998: 93) plädieren daher für die Verwendung des breiten Begriffs „Nachhaltigkeit“, der sich auf die allgemeine Auffassung der Pro-

grammfortführung beziehe und in seiner Erscheinung nach nicht auf eine bestimmte Form rekurriere. Anders als Konzepte der Institutionalisierung, Integration oder Inkorporation, welche Kontinuität im Überleben der organisationalen Strukturen sehen. Zudem sehen sie Nachhaltigkeit als dynamischen Prozess und nicht als feststehendes Programm, wie dies die Konzepte Institutionalisierung oder Routinisierung/Veralltäglichen andeuten. Diese würden sich zwar wiederholen, aber in ihrer Form festgelegt sein (Shediac-Rizkallah und Bone, 1998: 91ff.).

Fest steht, dass es bislang kein einheitliches Verständnis von „Nachhaltigkeit“ im Gesundheitsförderungsbereich gibt. Wenn man so will, kann der kleinste übereinstimmende Nenner in der „Programmfortführung“ gesehen werden.

2.2.4 Rahmenbedingungen von Gesundheitsförderung in Österreich

Rechtlich normiert wurde Gesundheitsförderung erstmals durch das Gesundheitsförderungsgesetz (GfG) im Jahr 1998. Die inhaltliche Ausrichtung des Gesetzes wurde dabei stark von den Grundsätzen der Ottawa Charta (WHO 1986) beeinflusst. Mit der Umsetzung wurde der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) beauftragt.

Rahmengesundheitsziele und Gesundheitsförderungsstrategie

Ein zweiter Meilenstein in der rechtlichen Verankerung von Gesundheitsförderung kennzeichnet die Gesundheitsreform von 2013, in der die **10 Rahmen-Gesundheitsziele** (siehe Abbildung 3, weiter unten) einen wesentlichen Bestandteil darstellen. Diese Ziele wurden von etwa 40 Institutionen entwickelt und das Bundesministerium für Gesundheit ist für die Koordinierung derselben verantwortlich. Die Rahmen-Gesundheitsziele bilden den Richtungsschwerpunkt für die nächsten 20 Jahre. Aus diesen Gesundheitszielen werden gemeinsam in Arbeitsgruppen Strategien, Maßnahmen und Wirkungsziele erarbeitet (Rohrauer-Näf und Waldherr, 2018: 345ff.).

10 Rahmen-Gesundheitsziele für Österreich

ZIEL 1: Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche schaffen

ZIEL 2: Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozio-ökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen

ZIEL 3: Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken

ZIEL 4: Die natürlichen Lebensgrundlagen wie Luft, Wasser und Boden sowie alle unsere Lebensräume auch für künftige Generationen nachhaltig gestalten und sichern

ZIEL 5: Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit stärken

ZIEL 6: Gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendlichen bestmöglich gestalten und unterstützen

ZIEL 7: Gesunde Ernährung mit qualitativ hochwertigen Lebensmitteln für alle zugänglich machen

ZIEL 8: Gesunde und sichere Bewegung im Alltag durch die entsprechende Gestaltung der Lebenswelten fördern

ZIEL 9: Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern

ZIEL 10: Qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung für alle nachhaltig sicherstellen



1

Abb. 3: 10-Rahmen-Gesundheitsziele (Quelle: BMGF, 2016, [www](http://www.bmgf.at))

Als eine wesentliche Strategie, deren Schwerpunktsetzung ihren Ursprung in den Rahmen-Gesundheitszielen hat, kann die **Gesundheitsförderungsstrategie** erwähnt werden, die im Jahr 2014 beschlossen wurde. Damit wurde der Grundstein für eine zielgerichtete Mittelverwendung gelegt. Ziel war aber auch, dies geht aus dem Gesundheitsförderungsstrategie-Bericht hervor, die bereits bestehenden, isolierten Einzelprojekte in die Entwicklung von breiteren Maßnahmen einzubinden. Darüber hinaus wird besonders auf die Förderung von nachhaltigen und wirksamen Maßnahmen Wert geachtet (BMGF, 2016: 4f.). So heißt es im Gesundheitsförderungsstrategie-Bericht:

„Zentrales Ziel der Gesundheitsförderungsstrategie ist es, durch verstärkte Umsetzung von breit abgestimmten, qualitätsgesicherten, wirksamen und effizienten Gesundheitsförderungsmaßnahmen einen Beitrag für ein längeres, selbstbestimmtes Leben bei guter Gesundheit für alle Menschen in Österreich zu leisten.“ (BMGF, 2016: 4)

Im Schwerpunktrahmen sind alle Interventionsfelder für Gesundheitsmaßnahmen definiert, die in der Gesundheitsförderung im Zeitraum 2013-2022 wirkungsorientiert umgesetzt werden müssen/sollen. Innerhalb dieses Rahmens wurden folgende prioritäre Schwerpunkte festgelegt, für die mindestens 66 % der Mittel aus dem Gesundheitsförderungsfonds verwendet werden müssen:

1. Frühe Hilfen
2. Gesunde Kinderkrippen und Gesunde Kindergärten
3. Gesunde Schulen
4. Gesunde Lebenswelten und gesunde Lebensstile von Jugendlichen und Menschen im erwerbsfähigen Alter
5. Gesundheitskompetenz von Jugendlichen, Menschen im erwerbsfähigen Alter und älteren Menschen
6. Soziale Teilhabe und psychosozialen Gesundheit von älteren Menschen.
(BMGF, 2016: 5ff.)

In der unten stehenden Abbildung 4 wird der Schwerpunkt gesunde Krippen und Kindergärten mit dem Wirkungsziel und der Messgrößen detailliert dargestellt. Dabei wird noch einmal explizit die Relevanz von nachhaltiger Gesundheitsförderung und einer Vernetzung unterschiedlicher Akteure betont.

Priorisierter Schwerpunkt	Wirkungsziel	Messgrößen
Gesunde Kinderkrippen und gesunde Kindergärten	Kinderkrippen und Kindergärten sind eine gesunde Lebenswelt für Kinder und Pädagog*innen. Die Kinder werden unter Einbeziehung der Eltern in einem gesunden Lebensstil gefördert	➤ Maßnahmen zur nachhaltig wirkenden Gesundheitsförderung im Setting Kinder-grippe/Kindergarten werden gesetzt. ➤ Maßnahmen der Gesundheitsförderung im Setting Kinder-grippe/Kindergarten erreichen die Zielgruppen Kinder, Eltern und KindergartenPädagog*innen bzw. –helferInnen. ➤ Relevante Institutionen und Organisationen auf Bundes-, Landes- und Gemeindeebene sind in strukturierter Form vernetzt.

Abb. 4: Schwerpunkt „Gesunde Kinderkrippe und Kindergärten mit Wirkungsziel und Messgrößen“. (Quelle: BMGF, 2016,www)

Charta des Netzwerks ‚Gesund im Wiener Kindergarten‘

Da diese Entwicklung vorrangig auf Bundesebene stattfand, soll im Weiteren kurz die Entwicklung am Beispiel Wiens verdeutlicht werden. In allen Bundesländern gibt es schon seit längerem Einrichtungen, die sich mit Gesundheitsförderungsprojekten beschäftigen. In Wien ist dies beispielsweise die Wiener Gesundheitsförderung (WiG). Kennzeichnend für diese Einrichtung ist, dass sie vorwiegend längerfristige Projekte betreut, die auf die gesamte Lebens- und Arbeitswelt fokussieren, womit sie einen Settingansatz verfolgt (Rohrauer-Näf und Waldherr, 2018: 350).

In der Wiener Gesundheitsförderung sind das beispielsweise Projekte wie die Gesundheitsfördernde Schule/Kindergarten/Betrieb etc. (WiG, www). Im Zuge der Entwicklung von Projekten haben sich auch Netzwerke ausgebildet, so wie zum Beispiel das Netzwerk ‚Gesund im Wiener Kindergarten‘, um u.a. einen gemeinsamen Erfahrungshintergrund im Bereich der Gesundheitsförderung im Kindergarten zu schaffen.

Dabei wurden in trägerübergreifenden² Arbeitsgruppen sechs Leitsätze (die sogenannte Charta) für eine gesundheitsfördernde Arbeit in elementaren Betreuungs- und Bildungseinrichtungen formuliert. Besonderes Augenmerk wurde auf eine ganzheitliche Sichtweise von Gesundheitsförderung gelegt, denn *„nur wenn sie sich an alle in der elementarpädagogischen Einrichtung oder Betreuungsstätte richtet und in sämtlichen Bereichen der Arbeit und des Zusammenlebens dort mitgedacht wird, kann sie nachhaltig wirken“* (WiG, www). Auf die Umsetzung folgender Leitsätze der „Charta des Netzwerks Gesund im Wiener Kindergarten“ verpflichten sich die mitwirkenden Organisationen:

- (1) Wir bestärken unsere Mitarbeiter*innen und Kinder, ihren unmittelbaren Lebensraum gesundheitsförderlich und ressourcenorientiert unter Berücksichtigung individueller Entwicklung und Potenziale zu gestalten.*
- (2) Wir ermöglichen durch solidarisches und gemeinschaftliches Handeln das Erleben von Sicherheit, Sinnhaftigkeit und Freude aller Beteiligten.*
- (3) Wir begünstigen mit einer toleranten und wertschätzenden Haltung entwicklungsfördernde und lebensbejahende Erlebnisse und Erfahrungen.*
- (4) Wir geben dem Kind Zeit und Raum, um sich im Spiel seine Lebenswelt zu erschließen und sein Wesen schöpferisch zu entfalten.*
- (5) Wir unterstützen unsere Mitarbeiter*innen, durch Selbstfürsorge mit ihren Bedürfnissen und ihrer Gesundheit verantwortungsvoll umzugehen.*
- (6) Wir fördern einen achtsamen Umgang mit dem eigenen Körper, der Umwelt und der Natur. (WiG, www)*

2.3 Setting-Ansatz

In diesem Kapitel folgt eine Darstellung des Settingansatzes, welcher eine Schlüsselstrategie der Gesundheitsförderung darstellt. Weiters wird ein für die Gesundheitsförderung adaptiertes Konzept der Organisationsentwicklung dargestellt. Dies ist u.a. deshalb erforderlich, um zu verstehen, was eine Entscheidung für Gesundheitsförde-

² Die beteiligten Trägerorganisationen umfassen: MA 10 – Wiener Kindergärten, Wiener Kinderfreunde, Kinder in Wien, St. Nikolausstiftung, Verein Wiener Kindergruppen, Dachverband der Wiener Privatkindergärten und -horte, Vereinigung Katholischer Kindertagesheime (WiG, www).

rung für die organisationalen Strukturen und Prozesse bedeutet und auf welchen Ebenen ein Wandel in Organisationen stattfindet.

2.3.1 Entwicklung des Settingansatzes

Der Grundstein für die Entwicklung des Settingansatzes wurde in der Verabschiedung des Grundsatzdokuments der Ottawa Charta (1986) durch die WHO gelegt. Aus diesem Dokument entwickelte sich der Settingansatz als Kernstrategie der Umsetzung von Gesundheitsförderung (Loss et al., 2016). Diese erste internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung kann als Antwort auf die gestiegenen Erwartungen an die Gesundheitsdienste gesehen werden. Es wurden zwar primär die gesundheitlichen Herausforderungen der Industrienationen diskutiert, aber auch auf andere Länder der Welt wurde Bezug genommen (WHO, 1986).

Erstmals wird auf die Bedeutung der Lebenswelt bzw. der Umwelten als beeinflussender Faktor der Gesundheit der Menschen hingewiesen, so heißt es im Dokument der Ottawa Charta:

„Die sich verändernden Lebens-, Arbeits- und Freizeitbedingungen haben entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit. Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit, die Arbeitsbedingungen und die Freizeit organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein. Gesundheitsförderung schafft sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen“. (WHO, 1986: 3)

Somit wird eine Krankheitsorientierung, die vorrangig in den Präventions- und Gesundheitserziehungsprogrammen zu finden ist, zugunsten eines Gesundheitsverständnisses, welches an der Lebenswelt der Individuen ansetzt, aufgegeben (Altgeld und Kolip, 2014). Um die Gesundheit zu fördern, braucht es aber das Zusammenwirken der Akteure auf verschiedenen Ebenen. Den Ausführungen der „Ottawa Charta“ folgend, erfordert aktives gesundheitsförderliches Handeln, die „Entwicklung einer gesundheitsfördernden Politik“, die „Schaffung von gesundheitsfördernden Lebenswelten“, die „Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen“, die „Entwicklung der Kompetenzen des Einzelnen im Umgang mit Gesundheit“ sowie eine „Neuausrichtung der Gesundheitsdienste“ (WHO, 1986).

Die nächste Schwerpunktsetzung und Weiterentwicklung des Setting Ansatzes erfolgte in der Sundsvall Konferenz (1991) der WHO. Hier wurden alle (politischen) Akteure der Nationen aufgerufen, unterstützende und gesundheitsförderliche Umwelten

zu schaffen. Wichtige Themen waren auch die „Gesundheitliche Chancenungleichheit“, „Armut“ und der „Zugang zu einer medizinischen Grundversorgung“ (Barić und Conrad, 1999). In der darauffolgenden Jakarta Konferenz (1997), wurde der Schwerpunkt auf die Schaffung einer gesundheitsförderlichen Infrastruktur gelegt, während hingegen in der Bangkok Charta (2005), die Entwicklung eines Setting übergreifenden Ansatzes gefordert wurde (Dadaczynski et al., 2016). Die konzeptuelle Programmatik der WHO war maßgeblich für die Entwicklung der meisten Settings und so wurden seit der erstmaligen Formulierung des Ansatzes seit Ende der 1980er Jahre in folgenden Settings Modellprojekte umgesetzt und evaluiert:

- Gesunde Städte („Healthy Cities“, 1987)
- Krankenhäuser (seit 1991)
- Gesunde Regionen (seit 1992)
- Gefängnisse (seit 1996)
- Gesunde Schulen, Betriebe und Hochschulen (seit 1997) (Dadaczynski et al., 2016: 216f.).

Mittlerweile haben sich auch in Deutschland Settings wie beispielsweise der Kindergarten, Familien oder Quartiere etabliert (Altgeld, 2004; Dadaczynski et al., 2016).

2.3.2 Das Konzept des Settings

Ein einheitliches Begriffsverständnis von „Setting“ existiert bislang in der Literatur nicht und Begriffe wie „Lebenswelt“ und „Setting“ werden meist synonym verwendet. Dadaczynski und Kolleg*innen (2016) weisen in ihrer Übersichtsarbeit zum Status Quo des Settingansatzes darauf hin, dass Autor*innen je nach Schwerpunkt ihrer Tätigkeit auch ein mehr oder weniger eng gefasstes, konzeptuelles Verständnis von „Setting“ anwenden. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO, 1998: 19) versteht unter einem Setting *„(...) the place or social context in which people engage in daily activities in which environmental, organizational and personal factors interact to affect health and wellbeing.“* Weiters zeichnet sich dieser Ort durch definierte Rollen, einen abgegrenzten Raum sowie einer Organisationsstruktur aus.

Bei Barić und Conrad (1999: 18) sind Settings Organisationen, *„die eine durch ihre Strukturen und Aufgaben anerkannte soziale Einheit darstellen“*. Beide Deutungen setzen den Fokus auf Organisationen und bleiben in ihrer Ausrichtung zu eng, folglich lassen sich weniger formalisierte Kontexte wie beispielsweise Familien oder Nachbarschaften diesen Ansätzen kaum zurechnen (Dadaczynski et al., 2016).

Eine breiter gefasste Deutung ist bei Rosenbrock und Hartung (2015: 1) zu finden, die ein Setting definieren, als einen *„(...) Sozialzusammenhang, in dem Menschen sich in ihrem Alltag aufhalten und der Einfluss auf ihre Gesundheit hat.“* Der Sozialzusammenhang drückt sich aus durch *„formale Organisation (z.B. Betrieb, Schule, Kita), regionale Situation (z.B. Kommune, Stadtteil, Quartier), gleiche Lebenslage, (z.B. Rentner/Rentnerinnen), gemeinsame Werte bzw. Präferenzen (z.B. Religion, sexuelle Orientierung) bzw. durch eine Kombination dieser Merkmale.“*

Trotz der unterschiedlichen Fokussierung der Ansätze, gibt es auch Überschneidungen in der Deutung – so kann ein Setting allgemein als ein soziales System, welches Einfluss auf die Gesundheit ausübt, definiert werden. Zentral ist hierbei, dass diese Bedingungen als veränderbar gelten (Engelmann und Halkow, 2008). Zudem werden hier Gesundheitsprobleme einer Bevölkerungsgruppe als Resultat einer wechselseitigen Beziehung zwischen sozialer, ökonomischer und institutioneller Umwelt und persönlichem Verhalten verstanden (Grossmann und Scala, 1994: 66). Damit erfolgte eine Abkehr vom einzelnen Menschen und seinem individuellen Verhalten und die Hinwendung zu sozialen Systemen mit ihren Strukturen als Interventionsziel.

In der Folge bewirkt dieser Ansatz, dass die Verantwortung für Gesundheit nicht mehr einseitig bei den Individuen gesehen wird (Grossmann und Scala, 1994). Nach Rosenbrock (2015: 216) gibt es einige Kriterien, die für erfolgreiche Interventionen in soziale Systeme zu berücksichtigen sind. So lässt sich eine Intervention einfacher durchführen, wenn:

- sie auf bereits vorhandene , verbindliche Strukturen stößt,
- klare Nutzergruppen, Interessenten vorhanden sind,
- die Fluktuation innerhalb der Gruppe niedrig ist,
- partizipative Verfahren bereits in Routine und Kultur verankert sind.

Und generell gilt, Interventionen sind leichter und erfolgreicher durchzuführen, wenn sie sich an sozialräumlich gut abgegrenzte Settings richten und nicht an Lebenswelten, die sich durch geteilte Werte oder Lebenslagen (z.B. Rentner/Rentnerin) konsituieren (Rosenbrock, 2015: 216f.).

Mit der Formulierung des Settinansatzes in der Ottawa Charta wurden zusätzlich zu den „alten“ Public Health-Interventionsebenen der Mikro- (Individuen) und Makroebene (Staaten) noch eine dritte eingeführt, nämlich die Meso-Ebene, welche Organisationen und Gemeinschaften umfasst. Wie bereits in der Definition von Rosenbrock und Hartung (2015) erkennbar, handelt es sich bei Settings jedoch nicht immer um Organisationen.

Pelikan (2007) unterscheidet generell drei Formen von Settings: Gebietskörperschaften, Organisationen und Subkulturen. Gebietskörperschaften beeinflussen die Gesundheit der Menschen in Form ihrer Rahmenbedingungen. Und da Gebietskörperschaften wie bspw. Bezirke, Städte normalerweise nach demokratischen Prinzipien geregelt sind, können die Bürger durch Partizipation an Entscheidungsprozessen, die Rahmenbedingungen dementsprechend mitbeeinflussen. Für bestimmte Settings, wie beispielsweise Organisationen stellen Gebietskörperschaften die Rahmenbedingungen bereit und können somit als Metasettings bezeichnet werden. Prinzipiell weisen Gebietskörperschaften und organisationale Settings jedoch zahlreiche Ähnlichkeiten auf, weshalb viele Fragen der Gesundheitsförderung auf beide Formen von Settings zutreffen (Pelikan, 2007). Im Vergleich zu Gebietskörperschaften haben jedoch Organisationen, als Adressat*innen von Gesundheitsförderungsinterventionen den Vorteil, dass sie näher am Menschen sind. So können sie sowohl die Gesund-

heitskompetenz („health literacy“) von Menschen beeinflussen, als auch die Verhältnisse verändern. Staaten bzw. Gebietskörperschaften stellen für Organisationen aber wichtige Rahmenbedingungen bereit und sind deshalb relevante Umwelten für das Setting (Pelikan, 2011).

In der vorliegenden Arbeit rückt der Kindergarten als organisationales Setting in den Vordergrund, weshalb in den folgenden Kapiteln besonders diese Form des Settings berücksichtigt werden soll. Organisationen stellen Pelikan (2011) zufolge, besonders relevante Lebenswelten dar, deren große Bedeutung u.a. daran liege, dass Menschen einen Großteil ihres Lebens, von der „Wiege bis zur Bahre“, in Organisationen verbringen (Pelikan, 2011: 64).

2.3.3 Zwei Interventionsstrategien: Verhaltens- und Verhältnisprävention

Im Settingansatz werden zwei wesentliche Interventionsstrategien unterschieden – einerseits die Strategie „Gesundheitsförderung im Setting“ und andererseits „Gesundheitsförderndes Setting“. Wobei die letztgenannte die Zielstrategie der WHO darstellt. Diese Strategie stellt eine tiefergehende Veränderung im Setting dar, sprich es geraten auch die jeweiligen Organisationsstrukturen mit ihrem Ablauf, ihren Regeln und Normen in den Fokus (Pelikan, 2007). Kennzeichnend für „Gesundheitsförderung im Setting“ ist, dass hierbei das Setting als „räumlicher“ Zugang zu einer interessierenden Gruppe dient und durch Angebote bzw. Maßnahmen (z.B. auf Bewegung, Ernährung, Stress bezogen) eine Verhaltensmodifikation der Individuen oder Zielpersonen herbeigeführt werden soll. Die Zielgruppen werden dabei nach ihrer Settingzugehörigkeit ausgewählt, um einerseits eine hohe Erreichbarkeit zu gewährleisten und andererseits, eine nachhaltige Wirkung der Maßnahmen zu fördern.

Im Unterschied dazu bedarf die Entwicklung des „Gesundheitsfördernden Settings“ vorrangig auch der Prozesse der Organisationsentwicklung durch Partizipation. Ziel ist es durch eine systemische Intervention, Prozesse im Setting anzuregen, die die Zielgruppe mitgestalten und in denen die Veränderungen subjektiv erlebbar werden (Rosenbrock, 2015). *„Die formellen und informellen, die materiell wie die immateriellen Anreize und Sanktionen sollen eine Steigerung der Aktivierung, der sozialen Un-*

terstützung, des Selbstwertgefühls und der Selbstwirksamkeit³ bewirken und zu einem Abbau von physischen und psychosozial vermittelten Gesundheitsbelastungen führen“ (Rosenbrock, 2015: 217). Dieser Ansatz bringt Rosenbrock zufolge zahlreiche Vorteile mit sich. Zum einen lässt sich hier das Grundprinzip der Gleichheit verwirklichen, denn dadurch, dass die Intervention auf das gesamte Setting bezogen ist, wird die Diskriminierung Einzelner vermieden. Zudem werden durch partizipative Prozesse ein Kommunizieren zwischen den jeweiligen Hierarchieebenen und ein Lernen auch bei geringer formaler Bildung ermöglicht. Schließlich scheint die Nachhaltigkeit der Gesundheitswirkungen bei umfassenden Settinginterventionen im Vergleich zu Maßnahmen, die nur am Verhalten ansetzen eher gegeben zu sein (ebd., 2015).

Dem Setting-Ansatz zufolge wird Gesundheit als ein Produkt von (individuellem) Verhalten und „Verhältnissen“ (Umweltbedingungen, im Wesentlichen auch soziale Strukturen) in wechselseitiger Abhängigkeit aufgefasst, in denen das Setting das Verhalten bedingt und umgekehrt. Diese wechselseitige Abhängigkeit sollte daher bei der Planung von Gesundheitsförderungsinterventionen berücksichtigt werden (Green et al., 2000). Damit der Settingansatz erfolgreich ist, müssen jedoch auch Akteure außerhalb des Settings wie bspw. Staaten oder regionale Subeinheiten als wesentliche Gestalter der Rahmenbedingungen mitberücksichtigt werden. Der Setting Ansatz erfordert folglich eine multidimensionale Ausrichtung, indem Maßnahmen an Strukturen und Prozesse des jeweiligen Settings anschließen, sowie die relevanten Umwelten berücksichtigt werden sollen. Dieses Vorgehen scheint „(...) *effektiver, effizienter und nachhaltiger, als isolierte Einzelmaßnahmen* (...)“ zu sein (Pelikan, 2011: 65). Trotz zahlreicher Hinweise auf die nachhaltige Wirksamkeit einer Kombination der beiden Ansätze, stellen einige Autor*innen (z.B. Dadaczynski et al., 2016; Rosenbrock, 2015; Pelikan, 2007) fest, dass in der Praxis nach wie vor der Ansatz „Gesundheitsförderung im Setting“ bevorzugt zur Anwendung gelangt. Dies hat u.a. den Grund, dass eine Veränderung des Settings die gelebten Routinen in Frage stellt und dieser Ansatz daher einen umfassenden Kulturwandel voraussetzt. Oft scheitert es aber auch an unzureichender (politischer) Unterstützung. Zudem könne ein ge-

³ Der Begriff Selbstwirksamkeit beschreibt die Überzeugung eines Menschen, herausfordernde Situationen, aufgrund eigener Fähigkeiten bewältigen, zu können (Bandura, 1977).

sundheitsförderndes Setting nur im Einklang mit den Erwartungen der Umwelt (Beispiel Schule: Eltern, Schulverwaltung) gelingen (Pelikan, 2007).

2.3.4 Gesundheitsfördernde Settings durch Organisationsentwicklung

Wie bisher deutlich wurde hat „Gesundheitsförderung im Setting“ Tradition und wird, wie von einigen Autor*innen (siehe Kapitel 2.3.3) kritisch angemerkt, nach wie vor zu oft angewandt. Dennoch wurde mit der Einführung des Konzepts „Gesundheitsfördernde Settings“ ein Richtungswechsel in der Gesundheitsförderung eingeleitet und mit der Beschreibung eines „3 Phasen-Modells“ zur Umsetzung von Gesundheitsförderung, von Baric und Conrad (1999), ein weiterer Schritt in Richtung Konzeptualisierung unternommen. Nachfolgend soll dieser Umwandlungsprozess eines Settings in ein „gesundheitsförderndes Setting“ beschrieben werden.

Dieser wird erreicht, indem umfassende, organisatorische Veränderungen eingeleitet werden. Ziele dieser Veränderung sind, eine gesunde physische, psychische und soziale Umwelt zu schaffen, Bildung, Erziehung und Gesundheitsförderung in den Alltag zu integrieren sowie die Kooperation mit anderen Settings zu fördern. In der Regel werden diese Ziele durch folgende drei Phasen erreicht: Grundlagenarbeit, Umsetzung auf der institutionellen Ebene sowie Umsetzung auf der Konsumentenebene.

In der ersten Phase geht es vorrangig darum, die Leitung eines Settings ausreichend über die Anforderungen, den finanziellen und gesundheitlichen Nutzen sowie der Machbarkeit zu informieren. Auf dieser Basis soll dann eine Entscheidung getroffen werden, ob eine Settingentwicklung eingeleitet werden soll. Entscheidet sich die Settingleitung für die Einrichtung eines gesundheitsfördernden Settings, so wird im nächsten Schritt ein Programmteam einberufen, welches die Entwicklung steuert und begleitet. Anschließend werden mithilfe von qualitativen und quantitativen Studien, die Gesundheitsprobleme und der jeweilige Bedarf der Settingsmitglieder erhoben. Dieser Schritt ist notwendig, um geeignete Programme bzw. Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu erarbeiten. Im folgenden Schritt werden die vom Setting betroffenen Gruppen über die getroffenen Entscheidungen und die geplanten Veränderungen informiert sowie Gesundheitsberater*innen organisiert, die den Prozess durch ihr umfangreiches Wissen in der Gesundheitsförderung begleiten und steuern (Barić und Conrad, 1999).

In der zweiten Phase geht es darum, die Settingleitung über ihre Verpflichtungen im Prozess der Umwandlung in ein gesundheitsförderndes Setting aufzuklären, alle beteiligten Akteure in Workshops zu schulen sowie die Rollen klar zu verteilen. Damit werden letztendlich „organisatorische Voraussetzungen“ auf der „institutionellen Ebene“ (Barić und Conrad, 1999: 41) eingeleitet und der Weg für die dritte und letzte Phase der Programmumsetzung auf der Konsument*innenebene vorbereitet.

Die dritte Phase bezieht sich somit auf die Umsetzung der Gesundheitsförderungsinterventionen und vollzieht sich in drei Stadien. Im ersten Stadium soll ein Aktionsplan festgelegt werden, der im Wesentlichen die Schwerpunktthemen, die geeignete Methode sowie die Überwachungsform des Plans festhält. Im nächsten Stadium erfolgt die Umsetzung des Aktionsplans und im dritten, die Entwicklung eines Qualitätsmanagementsystems, mithilfe dessen der Verlauf des Programms überwacht und evaluiert werden kann. Diese Phase kann gleichzeitig oder auch chronologisch nachgelagert verlaufen und ist somit flexibel, an die Bedürfnisse der Beteiligten anzupassen (Barić und Conrad, 1999).

Diesen Ausführungen zufolge, stellen organisationale Veränderungen einen wesentlichen Kern in der Umsetzung eines gesundheitsfördernden Settings dar. Wie Veränderungen in der Organisation konkret herbeigeführt werden können, soll im Folgenden anhand ausgewählter, für die Gesundheitsförderung adaptierter, Konzepte aus der Organisationsentwicklung dargelegt werden. Zuvor wird jedoch noch kurz erläutert, wie Organisationen, die Gesundheit ihrer Mitglieder und relevanten Umwelten beeinflussen.

Organisationen und Gesundheit

Der Kindergarten als Organisation stellt ein eigenes soziales System bzw. Setting dar, welches für die Mitarbeiter*innen spezifische Umweltbedingungen bereitstellt, um mit Gesundheit im Alltag adäquat umgehen zu können. Gesundheitsförderung zielt daher zunächst auf die Organisation und setzt nicht direkt an einzelne Individuen an. Zentral ist hierbei, dass die jeweiligen Arbeits- bzw. Lebensbedingungen in den Fokus geraten und diese wesentlich durch die Strukturen, Normen und Kultur der Organisation geprägt werden (Pieck, 2010). Insofern ist es nur verständlich, einen Ansatz zu wählen, der die Organisationsentwicklungsperspektive miteinbezieht. Denn letztendlich zielt Organisationsentwicklung auf Veränderungen der Strukturen,

also Änderungen der Regeln, Normen, Erwartungshaltungen und Verhaltensmustern, wenn sie den Umgang und die Bedingungen der Gesundheit für die Mitglieder der Organisation dauerhaft erfolgreich verändern möchte (Grossmann und Scala, 1994).

Organisationen nehmen nach Pelikan (2007) in unterschiedlicher Art und Weise direkt und indirekt Einfluss auf die Gesundheit von Betroffenen. Als „Lebensraum“ beeinflussen Organisationen die Gesundheit jener Personen, die sich dort als Kund*innen, Mitarbeiter*innen, oder Koproduzent*innen aufhalten. Als „Arbeitsumwelt“ beeinflussen sie vorrangig die Gesundheit der Mitarbeiter*innen und der Koproduzent*innen. Zudem können sie durch geplante oder auch ungeplante „Outputs“ bspw. durch ihre Produkte, Dienstleistungen, Abgase oder Lärm die Gesundheit all jener, die mit den Outputs in Berührung kommen (z.B. Nachbarn, Kunden) beeinflussen. Zudem können sie als Bezieher*innen von „Inputs“ (Dienstleistungen, Güter) die Gesundheit der Vorproduzent*innen, Vordienstleister*innen und deren Angehörigen beeinflussen (Pelikan, 2007: 79).

Kurzum, Organisationen spielen als Umwelten, aber auch als Lebens- und Arbeitswelten eine große Rolle in der Herstellung von Gesundheit und können daher auch einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung leisten. Deshalb ist es auch naheliegend, dass sie als spezifisches Setting für die Gesundheitsförderung in den Fokus geraten. Um die Gesundheitsbilanz zu optimieren, müssten Unternehmen, Kriterien wie gesundheitsförderlich/schädlich in ihr Entscheidungsrepertoire aufnehmen. Da Organisationen aber in der Regel andere Aufgaben und Ziele verfolgen, als die Gesundheit der Mitglieder zu fördern, ist es fraglich, wie und warum sie Gesundheit als neues Kriterium in ihre Entscheidungen einführen sollten. Ein Unternehmen wird Gesundheitsförderungsmaßnahmen meistens dann implementieren, wenn sie zur Lösung von in der Organisation akzeptierten Problemen, die mit zentralen Aufgaben zusammenhängen, beitragen oder wenn damit neue Ziele erreicht werden können (Pelikan, 2007). Wobei sich bei der Einführung einer neuen Zielsetzung grundsätzlich motivationale Probleme ergeben (Pelikan, 2011):

Ausgewählte Konzepte der Organisationsentwicklung

Es gibt unterschiedliche Ansätze der Organisationstransformation, die sich für die Anwendung von Gesundheitsförderung in Settings eignen. Dabei wird in der Literatur jener Ansatz am geeignetsten betrachtet, der sich mit den Grundsätzen der Gesund-

heitsförderung (wie bspw. Partizipation, Empowerment und Gleichheit) vereinbaren lässt. Einige Autor*innen sprechen sich daher für die Organisationsentwicklungsperspektive aus, da diese noch am ehesten mit den Grundsätzen vereinbar sei (Grossman & Scala, 1994; Pelikan, 2007). Diese Perspektive soll auch in der vorliegenden Arbeit verfolgt werden. Im Anschluss wird auf die Ausführungen von Grossman & Scala (1996) sowie Pelikan (2007; 2011) rekurriert, die die Perspektive der Organisationsentwicklung für die Gesundheitsförderung adaptiert haben und sich in ihren Arbeiten auf systemtheoretische Grundlagen nach Luhmann beziehen. In diesem Verständnis wird mit der Entscheidung für Gesundheitsförderung der Prozess der Organisationsentwicklung eingeleitet.

Personalentwicklung + Strukturentwicklung = Organisationsentwicklung

Diese Formel von Grossman & Scala (1994) bringt folgendes zum Ausdruck: Organisationsentwicklung ist intern, also innerhalb des sozialen Systems zunächst einmal abhängig von Prozessen der Personalentwicklung und der Strukturentwicklung. Mit Personalentwicklung ist gemeint, dass sich professionelle Rollen ausdifferenzieren müssen, da ja auch unterschiedliche Aufgaben und somit Erwartungen mit der Einführung von Gesundheitsförderung als „neues“ Entscheidungskriterium entstehen. Dies kann bspw. durch Trainings der Mitarbeiter*innen bzw. der Ausführenden erfolgen. Dies lässt sich auch damit begründen, dass die Veränderungsbereitschaft der Organisation im Wesentlichen von der Lernfähigkeit der Beschäftigten abhängt. Dies bedeutet aber auch, dass die etablierten Professionen in einer Organisation, Gesundheitsförderungsziele in ihre Rolle integrieren müssen und dies hat wiederum zur Folge, dass sich auch die Rolle der Leitung verändert bzw. ihr Aufgabenspektrum erweitert.

An dem jeweiligen Umgang mit dem Organisationselement -der Gesundheitsförderung- und ihrer Integration in tägliche Entscheidungen und Arbeitsroutinen, kann abgelesen werden, wie wichtig dieses ist. An diesem Aspekt wird auch deutlich, wie wichtig die Führung und ihr Handeln bzw. Nicht-Handeln hinsichtlich Gesundheitsförderung ist.

Mit Veränderung der Strukturen werden gleichsam die formellen, wie auch die informellen angesprochen. Es werden also nicht nur Arbeitsprogramme, Ablaufstrukturen und Organigramme geändert, sondern es ändern sich auch die Werte, die Einstel-

lungen, die Erwartungshaltungen, die etablierten Denkweisen und die Regeln etc. Die Akzeptanz der Zielpersonen ist dabei nicht nur im Hinblick auf den Erfolg der Strukturveränderung, sondern auch einem damit einhergehenden Kulturwandel entscheidend. In der Literatur wird davon ausgegangen, dass die Veränderung der Organisationskultur nicht verordnet werden kann, aber von der Organisation durch Entscheidungen über formale Strukturen beeinflusst werden kann (Grossman & Scala, 1994; Kühl, 2011; Pelikan, 2007). Formale Strukturen seien, so Pelikan (2007), von wenigen Personen zu entscheiden. Im Gegensatz dazu, müsste die Organisationskultur, erst von allen internalisiert werden. Zudem könnten Veränderungen faktisch wirksamer Leitbilder beispielsweise nicht so leicht hergestellt werden. Denn Werte, informelle Handlungsnormen oder eingespielte Denkmuster ließen sich eben nicht formal programmieren, geschweige denn rational beherrschen. Vielmehr hätten Veränderungen in den Zielen oder beispielsweise den Einstellungen, Auswirkungen darauf, wie die Arbeit in den Teams und, Abteilungen informell koordiniert wird (Kühl, 2011).

Des Weiteren ist es nicht möglich soziale Systeme von einem Punkt aus zu verändern, weder von der Spitze ausgehend, noch von der Basis. Grossman & Scala (1994) bezeichnen soziale Systeme als Netzwerke, deren Elemente sich selbst erzeugen. Daher sei es für Interventionen wichtig, auf die Beziehungen zwischen den Elementen und deren Entwicklung zu fokussieren und diese könnten ausschließlich mithilfe einer Kombination aus einer Top-down- und bottom-up-Strategie erreicht werden. Dies bedeutet aber auch, dass es immer nur einen Anstoß von außen geben kann und wenn interveniert wird, kann im Vorhinein gar nicht gesagt werden, ob diese Intervention ihr Ziel auch erreicht.

Für Pelikan (2011) gibt es zwischen gesundheitsfördernder Settingentwicklung und der Qualitäts- und Organisationsentwicklung einige Gemeinsamkeiten. Dabei betrachtet er die Entwicklung eines gesundheitsfördernden Settings als *„eine spezifische Anwendung der organisationalen Qualitätsentwicklung“* (Pelikan, 2011: 69). Folglich soll Gesundheitsförderung versuchen, an vorhandenen Strukturen des Qualitätsmanagements im Setting anzuschließen. Grundsätzlich sind die Probleme, die die Entwicklung eines gesundheitsfördernden Settings mit sich bringen kann, dieselben wie für andere Organisationsveränderungen. So stellen sich zwei grundsätzliche Fragen: wie können die Ziele gesetzt werden, um eine Veränderung herbeizuführen

und welche Methoden können für die Zielerreichung eingesetzt werden? Die Verankerung von Gesundheit als wesentliches „Qualitätsmerkmal“ stellt Organisationen vor einige Herausforderungen. Denn diese tendieren nämlich dazu, Gesundheitsprobleme als externes Problem zu betrachten und somit auszulagern. Daher sei ein mehrdimensionales, komplexeres Selbstverständnis von Organisationen notwendig. Eine Veränderung wird wahrscheinlicher, wenn sie nicht nur von innen, sondern auch von externen Stakeholdern (z.B. Verwaltung, Eltern) getragen wird und entsprechende Ressourcen bereitgestellt werden (Pelikan, 2011).

Zusammengefasst kann Organisationsentwicklung als Kombination von interner und äußerer Veränderung betrachtet werden. Diese Veränderung verlaufen dabei parallel, bzw. zeitgleich. Interne Veränderung bringen immer auch Veränderungen in den Beziehung zur Außenwelt mit sich und der Erfolg einer internen Veränderung hänge im Wesentlichen auch davon ab, ob *„zugleich die etablierten Verbindungen nach außen zu den kooperierenden Organisationen verändert werden“* (Grossman & Scala, 1994: 63). Dies bedeutet, dass beide Ebenen verändert werden müssen und dass der Erfolg immer auch davon abhängt, ob ein soziales System wie die Organisation Verständnis und Akzeptanz für Veränderungen in seiner relevanten Umwelt erzeugen kann. Zudem wird aber auch deutlich, dass bereit gestellte Ressourcen wesentlich zum Erfolg beitragen.

2.4 Das Setting Kindergarten

Der Kindergarten als Lebens- und Arbeitswelt stellt sowohl für die Kinder, als auch für die Mitarbeiter*innen ein relevantes Setting für Gesundheitsförderung dar. Dies nicht zuletzt dadurch, da immer mehr Kinder im Kindergarten betreut werden und folglich dort auch gut erreichbar sind (Kapitel 3.2). Zudem jedoch auch, da die Anforderungen an das Personal steigen und dieses mit erheblichen beruflichen Belastungen konfrontiert ist (Kapitel 3.1). Auch wenn Kinder noch zu einer vergleichsweise „gesunden“ Bevölkerungsgruppe zählen, nehmen auch unter ihnen die Gesundheitsprobleme zu (Bundesministerium für Gesundheit, 2016: 1). Die Gesundheitsprobleme, aber auch die Ressourcen (soweit sie bekannt sind) der unterschiedlichen Zielgruppen für Gesundheitsförderung im Kindergarten sollen im Anschluss näher betrachtet werden.

2.4.1 Gesundheit der Kinder und Mitarbeiter*innen

Zum Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen in Österreich gibt es derzeit keine umfassende, bundesweite Einschätzung. Dies liegt u.a. auch daran, dass die Daten bundesweit nicht einheitlich gesammelt und dokumentiert werden (Bundesministerium für Gesundheit, 2016). Es gibt jedoch eine Gesundheitsbefragung aus dem Jahr 2014, deren wichtigste Erkenntnisse hier nun kurz dargestellt werden sollen. Diese umfasste Fragen zum allgemeinen Gesundheitszustand, zu Gesundheitsproblemen, zum Impfverhalten und zum Versorgungsbedarf der 0-17 Jährigen⁴. Einschränkung muss ergänzt werden, dass diese Fragen an die Eltern gerichtet waren und die Ergebnisse daher aus einer Fremdeinschätzung resultieren.

Die befragten Eltern attestierten ihren Kindern zwar im Allgemeinen einen guten Gesundheitszustand. Die Ergebnisse zeigen jedoch auch, dass ca. 25 % der 0-17 Jährigen Buben unter einer erhöhten Überaktivität und Unruhe leiden. Bei den Mädchen in der gleichen Altersgruppe wurde in etwa gleich häufig (ca. 20 %) von Kopf- und Bauchschmerzen berichtet. Von den 9 %, die ihre Kinder nicht impfen ließen, stufte die Mehrheit (60 %) Impfungen als schädlich ein (Österreichische Gesundheitsbefragung, 2014: 59-62). Diese Erkenntnisse werden zum Teil auch in der deutschen

⁴ Insgesamt wurden 5.277 Kinder im Alter von 0-17 Jahren erfasst. Nach dem Geschlecht aufgeteilt waren es 2.730 Buben und 2.547 Mädchen (Österreichische Gesundheitsbefragung, 2014: 67).

KiGGS-Studie⁵, einer repräsentativen Quer- und Längsschnitterhebung zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, bestätigt. So wird auch in dieser Studie von einer deutlichen Zunahme der Verhaltensauffälligkeiten bzw. psychischen Störungen unter den 3-17 Jährigen Kinder und Jugendlichen berichtet. Dabei handelt es sich um ca. 15 %, die sich zu dieser Risikogruppe rechnen ließen, bei 5 % von ihnen wurde bereits eine Hyperaktivitätsstörung diagnostiziert. Des Weiteren konnte gezeigt werden, dass die Häufigkeit von Adipositas und Übergewicht, im Vergleich zu Referenzdaten aus dem Zeitraum 1985-1999, um 50 % zugenommen hat (Hölling et al., 2012: 840)

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA)⁶ extrahiert aus ihrer Grundlagenarbeit folgende häufig auftretende und präventiv beeinflussbare **Gesundheitsprobleme im Kindesalter** in Deutschland:

- *Adipositas und problematisches Ernährungsverhalten*
- *Konzentrationsstörungen, Verhaltensauffälligkeiten, Aggressivität*
- *Defizite in der motorischen Entwicklung, Koordinationsstörungen*
- *Verzögerter Spracherwerb, Hörstörungen, Sehstörungen*
- *Unfälle*
- *Vergleichsweise geringe Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen im Kindergartenalter*
- *Nicht ausreichende Impfbereitschaft (BZgA, 2002: 22)*

Zimmer (2002) verweist in ihren Ausführungen auf die Ergebnisse einer Längsschnittstudie, der sogenannten „Kauai-Studie“, in der die Wirkung von Risiken und Schutzfaktoren auf die Entwicklung der Kinder untersucht wurde. Dabei konnten neben Gesundheitsrisiken auch zwei Hauptgruppen von **Gesundheitsressourcen** identifiziert werden:

Die erste Gruppe lässt sich auf das *soziale Umfeld* zurückführen und verweist auf die Bedeutung einer starken emotionalen Bindung zu mindestens einer Person. Dabei ist es einerlei, ob es sich um die Erzieherin, ein Elternteil oder Verwandte handelt.

⁵ Die KiGGS Studie verlief in mehreren Wellen, mit Beginn der Querschnittserhebung im Jahr 2003-2006 und daran anschließender 1. Welle von 2009-2012. Die 2. Welle fand von 2013-2016 statt und die dritte und abschließende von 2017-2018 (Hölling et al., 2012).

⁶ Bei der BZgA handelt es sich um eine Behörde mit Sitz in Köln, welche dem deutschen Bundesministerium für Gesundheit unterstellt ist. Sie wurde 1967 gegründet und verfolgt das Ziel, Gesundheitsrisiken vorzubeugen und gesundheitsfördernde Lebensweisen zu unterstützen (BzgA, [www](http://www.bzga.de)).

Die zweite Gruppe der Ressourcen liegt in den *persönlichen Merkmalen* der Kinder begründet und äußert sich vor allem in einer hohen Selbstwirksamkeitsüberzeugung und einem positiven Selbstwertgefühl. Bei den Ressourcen handelt es sich nicht um angeborene Persönlichkeitsdispositionen, sondern überwiegend um Verhaltenseigenschaften, die in der Kindheit erworben werden. Ressourcen wie diese könnten auch im Kindergarten gestärkt werden (Zimmer, 2002: 48f.).

Die Mitarbeiter*innen der Kindergärten stellen bislang eine vernachlässigte Zielgruppe im Bereich der Gesundheitsförderung dar. Gesundheitsfördernde Maßnahmen fokussieren im Setting Kindergarten vorwiegend auf Kinder, Mitarbeiter*innen wurden, wenn überhaupt, nur in ihrer Rolle als Multiplikator*innen als relevant betrachtet (Kliche, 2008: 32). Die Mitarbeiter*innen in den Kindergärten sehen sich heute mit vielseitigen Herausforderungen und veränderten Bedingungen in ihrer alltäglichen Arbeit konfrontiert. Zudem sieht sich das Kindergartenpersonal unterschiedlichen Arbeitsbelastungen ausgesetzt. **Belastungsfaktoren**, welche häufig in Studien genannt werden, stellen im Wesentlichen folgende dar:

- *Lärm*
- *Personalmangel und Zeitdruck*
- *Körperliche Anstrengung*
- *Interaktion mit Kindern und Eltern*
- *Arbeitsintensität*
- *Räumlich-materielle Ausstattung*
- *Verständigungsschwierigkeiten*
- *Interne Kommunikation*
- *Geringes gesellschaftliches Ansehen des Berufes*
- *niedriges Gehalt* (Schreyer et al., 2014; Viernickel et al., 2014; Hackl et al., 2015).

Mitarbeiter*innen in Kitas⁷ geben zum Teil aber auch eine relativ hohe Arbeitszufriedenheit an, welche auch als Gesundheitsressource interpretiert werden kann (Kliche, 2008: 23). So werden in Studien vor allem folgende **Gesundheitsressourcen** genannt:

⁷ In Deutschland ist der Terminus Kindertagesstätte oder abgekürzt „Kita“ im allgemeinen Sprachgebrauch üblich.

- *soziale Unterstützung*
- *Zusammenhalt im Team*
- *Erfahrung von Vielfalt*
- *das direkte Arbeiten mit Kindern und das von ihnen entgegengebrachte Vertrauen,*
- *hohe Eigenverantwortung und Autonomie in der Arbeit* (Hackl et al., 2015; Viernickel et al., 2014).

2.4.2 Statistische Daten zur Betreuungssituation

Im Folgenden wird ein Überblick zur Betreuungssituation in Österreich gegeben. Insbesondere die Stadt Wien wird hervorgehoben, da sich der empirische Teil dieser Arbeit vorrangig auf Kindergärten in Wien bezieht. Im Jahr 2017/18 wurden insgesamt 361.788 Kinder in Kindertagesheimen⁸ in Österreich betreut. Dabei sind österreichweit immer noch mehr Kinder in öffentlichen Einrichtungen, als in privaten untergebracht (226.506 vs. 135.282). In Wien sind fast doppelt so viele Kinder (63.945) in privaten, als in öffentlichen Einrichtungen (33.592) untergebracht.

In Österreich wird jedes zweite Kind (50,2%) ganztägig in einem Kindertagesheim betreut. Im Vergleich zu den Bundesländern und Österreich gesamt liegt Wien mit einer ganztägigen⁹ Betreuungsquote von 68,4 % im Spitzenfeld. Hier lässt sich ein deutliches Ost-West Gefälle beobachten, die Bundesländer Vorarlberg und Tirol bilden mit ganztägigen Betreuungsquoten von 27 % und 32,6 % das Schlusslicht (Gumpoldsberger, 2018: 74f.). Hinsichtlich der Entwicklung der Kinderbetreuungsquote¹⁰ lässt sich mit Blick auf Gesamtösterreich feststellen, dass diese sich in den letzten 10 Jahren von 2007-2017 bei den 0-2 Jährigen mehr als verdoppelt hat (von 11,8 % auf 26,1%).

Wie in der unten angeführten Tabelle 1 ersichtlich, werden in Wien im Jahr 2017 im Vergleich zu den anderen Bundesländern mit einer Betreuungsquote von 44,2 % die

⁸ Die Kindertagesheimstatistik der Statistik Austria umfasst folgende institutionelle Betreuungseinrichtungen: Krippen, Kindergärten, Horte, altersgemischte Kinderbetreuungseinrichtungen (Gumpoldsberger, 2018:19).

⁹ In der Tagesheimstatistik wird unter „ganztägig“ eine Öffnungszeit von 6 und mehr Stunden verstanden (Gumpoldsberger, 2018: 11)

¹⁰ Die Kinderbetreuungsquote gibt den Anteil der Kinder in institutionellen Betreuungseinrichtungen im Verhältnis zur gleichaltrigen Wohnbevölkerung an (Gumpoldsberger, 2018: 85).

meisten Kinder in dieser Altersgruppe institutionell betreut. Die Steiermark bildet mit einer Betreuungsquote von 14,8 % das Schlusslicht. In der Altersgruppe der 3-5 Jährigen liegt Wien mit einer Betreuungsquote von 93,6 % etwas über dem Österreich Durchschnitt von 93,4 % (Gumpoldsberger, 2018: 85). Diese Entwicklung ist nicht zuletzt auf die Einführung eines beitragsfreien Kindergartens in Wien 2009/10, sondern auch auf eine wachsende Bevölkerung in der Stadt zurückzuführen. Zusätzlich ist ein Anstieg der Kinderzahlen im Kindergarten auch auf ein gestiegenes gesellschaftliches Ansehen für eine außerfamiliäre Betreuung im Kleinkindalter zurückzuführen (Haydn und Fendt, 2015: 10). Hinzu kommt, dass veränderte gesellschaftliche Entwicklungen, wie beispielsweise eine zunehmende Erwerbsbeteiligung der Frauen und eine damit einhergehende Wandlung der Familienstruktur, zu einer steigenden Inanspruchnahme der sekundären Sozialisationsinstanz führte (Hurrelmann, 2006: 189f.). Folglich sind auch die Einflüsse auf die Persönlichkeitsentwicklung der Kinder nicht mehr ausschließlich im primären Sozialisationsumfeld der Familie zu verorten, sondern es fühlen sich auch die Kindergärten zunehmend verantwortlich für diese Aufgabe.

	Betreuungsquote der 0-2 Jährigen in %	Betreuungsquote der 3-5 Jährigen in %
Wien	44,2	93,6
Niederösterreich	23,5	96,7
Steiermark	14,8	87,8
Burgenland	31,4	97,2
Oberösterreich	16,1	94,1
Kärnten	21,1	87,9
Tirol	26,4	94,9
Vorarlberg	26,1	94,7
Salzburg	19,9	92,8
Österreich Ge- samt	26,1	93,4

Tabelle 1: Betreuungsquoten der 0-2 Jährigen und der 3-5 Jährigen in Kindertagesheimen im Jahr 2017. Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Kindertagesheimstatistik (2018)

Aus Tabelle 2 (s. unten) geht hervor, dass Wien mit 59,9 % den höchsten Anteil an Kindern mit nicht-deutscher Muttersprache in den Kindertagesheimen im Bundesländervergleich aufweist, während Kärnten mit 14,4 % den niedrigsten Anteil aufweist.

Betrachtet man hingegen Gesamt-Österreich, so hat ungefähr jedes dritte Kind eine andere Muttersprache als Deutsch (Gumpoldsberger, 2018: 80). Aufgrund der beschriebenen Entwicklungen kann davon ausgegangen werden, dass eine hohe Anzahl an Kindern über Gesundheitsförderungsmaßnahmen in Kindergärten erreicht werden kann. Aufgrund der hier kurz dargestellten gesellschaftlichen Entwicklungen, sind aber auch die Eltern, die Führung und die Mitarbeiter*innen der Kindergärten als relevante Zielgruppen für Gesundheitsförderung zu betrachten.

	Kinder mit nicht-deutscher Umgangssprache in %
Wien	59,9
Niederösterreich	19,9
Steiermark	19,5
Burgenland	18,7
Oberösterreich	26,5
Kärnten	14,4
Tirol	19,7
Vorarlberg	26,2
Salzburg	20,8
Österreich Gesamt	31,8

Tabelle 2: Anteil der Kinder mit nicht-deutscher Umgangssprache in Kindertagesheimen im Jahr 2017. Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Kindertagesheimstatistik (2018).

2.4.3 Umsetzung von GF nach dem Settingansatz

Die besondere Bedeutung des Kindergartens für Gesundheitsförderung hat einerseits damit zu tun, dass viele Kinder und ihre Eltern erreicht werden können und andererseits auch mit der Erkenntnis, dass sich gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhalten bereits im Vorschulalter herausbilden. Der Kindergarten kann daher, als erste außerfamiliäre Erziehungsinstanz, gezielt Einfluss auf die Entwicklung des Verhaltens nehmen und so einer Entwicklung von gesundheitsschädlichem Verhalten und deren späteren Auswirkungen im fortgeschrittenen Alter entgegenwirken. Zudem kann der Kindergarten im Unterschied zur Schule, viel stärker die individuellen Ausgangsbedingungen der Kinder berücksichtigen, da ohne Notendruck viel freier gear-

beitet werden und in bestimmtem Ausmaß selbst Schwerpunkte gesetzt werden können (Zimmer, 2002).

Damit der Kindergarten nicht zu einem Interventionsort für nur kurzfristige Projekte bzw. Einzelmaßnahmen „verkümmert“, in denen eine nachhaltige Wirkung der Maßnahmen ausbleibt, empfehlen Richter-Kornweitz und Altgeld (2015) in ihrem Leitfaden „Gesunde Kita für Alle“, die Umsetzung von Gesundheitsförderung nach dem Setting Ansatz. Hierbei rückt der Kindergarten als komplette Organisation in den Mittelpunkt, in der Gesundheitsförderung in alltäglichen Routinen und Bildungsangeboten Eingang gefunden hat. Als Ziele, welche eine settingorientierte Gesundheitsförderung im Kindergarten verfolgen soll, werden in ihrem Leitfaden folgende genannt:

- ➔ das Lebens- und Arbeitsumfeld in der Kindertagesstätte gesundheitsförderlich gestalten
- ➔ die Gesundheitsressourcen von Beschäftigten, Kindern und Eltern stärken
- ➔ die Gesundheitskompetenzen aller Beteiligten stärken, allen Akteuren ein positives Konzept von Gesundheit vermitteln.

Als Zielgruppen kommen somit für das Setting Kindergarten die Kinder, alle Beschäftigten (Pädagog*innen wie Nicht-Pädagog*innen) sowie die Eltern in Frage (Richter-Kornweitz und Altgeld, 2015). In der folgenden Abbildung 5 sind die primären Handlungsfelder bzw. Zielgruppen der GF-Maßnahmen im Kindergarten, dargestellt.

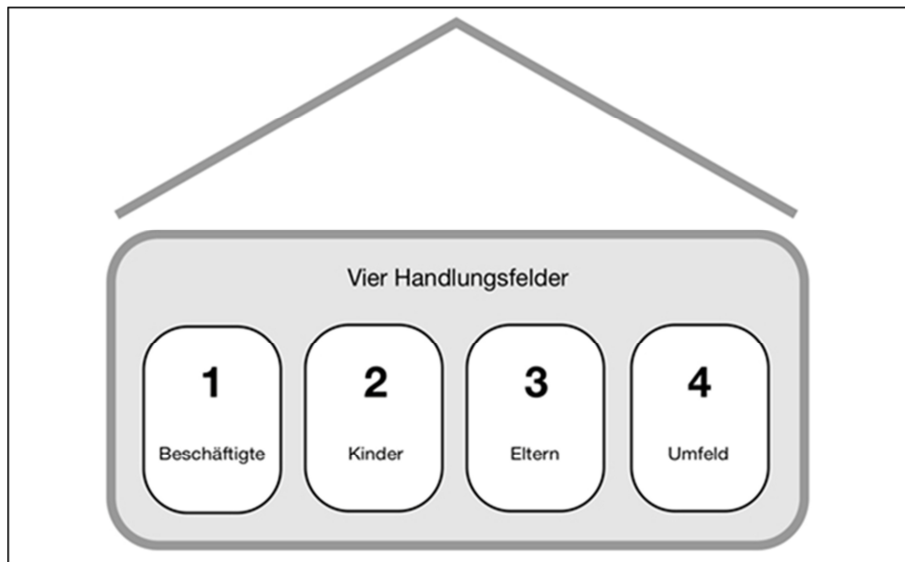


Abb. 5: Vier Handlungsfelder der Gesundheitsförderung in Kitas (Quelle: Richter-Kornweitz und Altgeld, 2015)

Gerade Eltern stellen eine besonders relevante Zielgruppe dar, deren Miteinbezug die Wirksamkeit der Maßnahmen erheblich steigern kann. Wesentlich erscheint hierbei, die Eltern nicht bloß über erlernte Programme zu informieren, sondern sie auch gezielt zur Umsetzung in der Familie zu motivieren und dabei anzuleiten (Geene et al., 2016). Zudem bilden die Erschließung des sozialen Umfelds des Kindergartens und die Vernetzung mit entsprechenden Kooperationspartnern (Jugendamt, Frühförderung, Ärztinnen und Ärzte, etc.) ein relevantes Handlungsfeld im Setting (Richter-Kornweitz und Altgeld, 2015).

Umsetzung nach dem Public Health Action Cycle

Zur konkreten Umsetzung von Gesundheitsförderung im Kindergarten wird von Richter-Kornweitz und Altgeld (2015) eine systematische Vorgangsweise nach einem Regelkreis, dem Public Health Action Cycle, empfohlen. In diesem ist klar definiert, welcher Schritt dem anderen folgen soll.

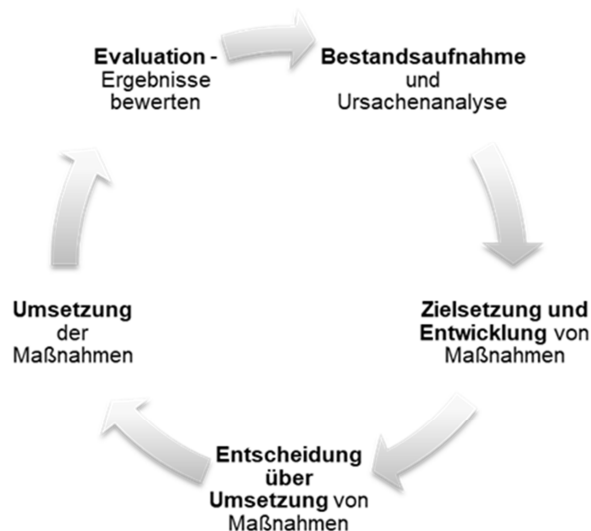


Abb. 6: Umsetzung von Gesundheitsförderung im Setting Kita nach Richter-Kornweitz und Altgeld (2015)

Wie in der Abbildung 6 erkennbar, beginnt die Umsetzung mit einer Bestandsaufnahme und einer Ursachenanalyse. In diesen erfolgt eine Situations- und Problembeschreibung des Kindergartens. Zudem wird im Team nach Ursachen für die Probleme gesucht und gemeinsam überlegt, was dagegen unternommen werden kann. In einem zweiten Schritt erfolgen die Festlegung des Ziels und die Entwicklung von Maßnahmen. Hierbei geht es darum gemeinsam im Team Ziele festzulegen, die an die Ergebnisse der Bestandsaufnahme anknüpfen. Danach folgt die Entscheidung für bestimmte Maßnahmen. Für einen erfolgreichen Prozess der Gesundheitsförderung ist es besonders wichtig zu überlegen, welche Maßnahmen auch tatsächlich in der jeweiligen Einrichtung gelingen können. In der Umsetzungsphase sind eine klare Aufgabenverteilung sowie eine transparente Informationsweitergabe wichtig. Weiters ist zu überlegen, auf welche Form der Unterstützung (z.B. Eltern, Öffentlichkeit) zurückgegriffen werden kann. Im letzten Schritt werden dann die Ergebnisse mithilfe von definierten Indikatoren, anhand derer der Erfolg abgelesen werden kann, bewertet (Richter-Kornweitz und Altgeld, 2015).

3 Settingorientierte Gesundheitsförderung im Kindergarten – Annäherung an den Forschungsstand

Wie im vorhergehenden Kapitel dargestellt, bietet die Gesundheitsförderung im Kindergarten eine gute Basis für die Ausbildung und/oder den Erhalt einer positiven Gesundheit. Dabei kann der Kindergarten für die einzelnen Kinder, wie auch für die Mitarbeiter*innen ein wichtiges Setting zur Gesundheitsförderung darstellen.

Um die Möglichkeiten der Implementierung settingorientierter Gesundheitsförderung im Kindergarten genauer zu bestimmen, muss zuerst der Forschungsstand beleuchtet werden. Um einen Überblick zu erhalten, wie Gesundheitsförderung im Kindergarten implementiert werden kann, werden im ersten Schritt die Konzepte zur Gesundheitsförderung im Kindergarten vergleichend dargestellt. Im Hinblick auf die Forschungsfrage zur Entwicklung settingorientierter Projekte in Österreich, werden im Anschluss, drei beispielhafte Projekte dargestellt. Ferner soll mithilfe von relevanten Studien dargelegt werden, welche Maßnahmen oder auch welche Strategien sich im Hinblick auf die Implementierung settingorientierter Gesundheitsförderung im Kindergarten als wirksam herausstellen. Den theoretischen Ausführungen im Kapitel 2.3.3 zufolge, scheint Nachhaltigkeit im Settingansatz eher möglich zu sein. Deshalb werden auch Konzepte der Nachhaltigkeit in der Gesundheitsförderung sowie empirische Studien zur nachhaltigen Wirksamkeit gesondert dargestellt. Dabei sollen insbesondere jene Faktoren, die die Programmnachhaltigkeit begünstigen, eruiert werden.

3.1 Konzepte der Gesundheitsförderung im Kindergarten

Im deutschsprachigen Raum gibt es eine überschaubare Anzahl an Konzepten zur Gesundheitsförderung im Kindergarten (siehe Tabelle 3, auf Seite 43). Die Konzepte wurden als exemplarische Beispiele für einen Versuch der Konzeptualisierung ausgewählt. Als Kriterium für die Auswahl war dabei die Settingorientierung wesentlich. Eines dieser Konzepte ist jenes von der Plattform Ernährung und Bewegung e.V. entwickelte, namens „Schritt für Schritt zur gesundheitsfördernden Kita“. Dieses Konzept unterliegt dem Settingansatz, bei dem Setting als soziales System definiert wird und bei dem von wechselseitigen Beziehungen zwischen ökonomischer, sozialer, organisatorischer Umwelt und persönlicher Lebenswelt ausgegangen wird.

Im Rahmen dieses Konzepts baut die Gesundheitsförderung auf den Säulen Ernährung, ausreichender Bewegung sowie Entspannung auf. Dabei soll im Zusammenspiel dieser drei Bereiche auch die psychosoziale Gesundheit der Kinder gestärkt werden. Hierbei lernen Kinder sich selbst einzuschätzen und entwickeln Selbstvertrauen und Selbstwirksamkeit, die sie für den Umgang mit Belastungen aller Art stärkt und so gesünder aufwachsen lässt.

Die jeweiligen Module des Konzepts lauten wie folgt:

1. Das Ganze (Kind) im Blick
2. Essen und Trinken: Ausgewogen zu mehr Genuss
3. Bewegung und Entspannung: Motoren kindlicher Entwicklung
4. Gesundheit für alle: Mitarbeitergesundheit im Fokus
5. Kita und Eltern: Gemeinsam für eine gesunde Lebenswelt

Auch die Mitarbeiter*innen der Kindergärten werden durch das Konzept angesprochen. Ihnen sollen Methoden der Gesundheitsförderung, der eigenen Psychohygiene und der Umgang mit Stress nähergebracht werden. Eltern sollen in diesem Konzept als wichtigste Partner der Gesundheitsförderung gesehen werden. Sie sollen mit den Kindergärten eng zusammenarbeiten und einen Austausch auf Augenhöhe pflegen. Das Miteinander soll gefördert werden und die Eltern mit ihren Ängsten, Wünschen und auch Kompetenzen wahrgenommen werden (Aue et al., 2015).

Auch von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) wurden gesundheitsfördernde Empfehlungen für den Kindergartenalltag herausgegeben. Die Förderung der Kindergesundheit soll auf folgende Aspekte abzielen (BZgA, 2001):

1. Freude an der Bewegung fördern und vermitteln
2. Förderung eines positiven Körpergefühls
3. Förderung der Sozialkompetenzen und der Selbstwirksamkeit
4. Faktoren, welche die Gesundheit schädigen oder negativ beeinflussen vermeiden
5. Altersadäquate Lebenskompetenzen vermitteln

Im Gegensatz zu den vorher vorgestellten Konzepten greifen die Empfehlungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung auch die Öffentlichkeitsarbeit als eine Maßnahme auf. Neben den Kooperationen mit den Eltern, den Trägern des Kinder-

gartens und regional vernetzter Organisationen ist die Öffentlichkeitswirksamkeit unerlässlich im Rahmen der Empfehlungen. Die konkreten Themen- und Handlungsfelder der Empfehlungen richten sich nach:

- Ernährungsaufklärung
- Bewegungsförderung
- Stressbewältigung/psychosoziale Gesundheit
- Unfallprävention
- Gewaltprävention
- Suchtprävention
- Sexualaufklärung
- Förderung der Wahrnehmung von Früherkennungsuntersuchungen
- Förderung der Impfbereitschaft

Alle stattfindenden Angebote und Projekte zur Gesundheitsförderung im Kindergarten sollten einer regelmäßigen Evaluation unterzogen werden, die zur Qualitätssicherung im Setting Kindergarten beitragen (BZgA, 2001). Zudem ist von entscheidender Bedeutung die individuelle Einstellung zur Gesundheit und Gesundheitsförderung der Mitarbeiter*innen des Kindergartens zu fördern. Hierfür sollten in regelmäßigen Abständen Fortbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen angeboten werden.

Im internationalen Vergleich zeigen sich ähnliche Schwerpunkte zur Gesundheitsförderung, wie im deutschsprachigen Raum. In Kanada gibt es vom Gesundheitsministerium der Provinz Newfoundland and Labrador das Konzept „Kindergarten Health Curriculum Guide“, welches sich an die Mitarbeiter*innen jedoch vorwiegend in ihrer Rolle als Multiplikator*innen richtet und in das Konzept des „Completely Kindergarten“ eingebettet ist.

Die Kinder erlernen im Rahmen des ersten Kapitels des Konzepts Maßnahmen zur Gesundheitsförderung aus hygienischer und physischer Sicht. Sie erlernen, welche Lebensmittel gesund sind und wie man sich täglich bewegen kann. Ein weiterer Punkt ist das Kennenlernen der körpereigenen Sinne. Im zweiten Kapitel konzentriert man sich auf die mentale Ebene und die Kinder lernen, dass jeder Mensch einzigartig ist und individuelle Gefühle haben kann, die über die Zeit verteilt variieren. In der dritten Lektion lernen die Kinder, dass jede Person Teil einer Familie/Gemeinschaft ist und man sich in diesen Kontexten gemeinnützig verhält. Die letzte Einheit fokus-

siert auf die Umwelt der Kinder. Dabei lernen sie, dass es Gegenstände in ihrer Umwelt gibt, die gefährlich sein könnten und auch wie sie sich im Straßenverkehr sicher bewegen (Government of Newfoundland).

Titel	Land	Inhalte	Module
Deutsche Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung (2015)	D	Förderung der Gesundheit im Hinblick auf Ernährung, Bewegung und Entspannung	1. Das Ganze (Kind) im Blick 2. Essen und Trinken: Ausgewogen zu mehr Genuss 3. Bewegung und Entspannung: Motoren kindlicher Entwicklung 4. Gesundheit für alle: Mitarbeitergesundheit im Fokus 5. Kita und Eltern: Gemeinsam für eine gesunde Lebenswelt
BZgA (2001)	D	Förderung der Kindergesundheit im Hinblick auf: 1. Freude an der Bewegung fördern und vermitteln 2. Förderung eines positiven Körpergefühls 3. Förderung der Sozialkompetenzen und der Selbstwirksamkeit 4. Faktoren, welche die Gesundheit schädigen oder negativ beeinflussen vermeiden 5. Altersadäquate Lebenskompetenzen vermitteln.	1. Ernährungsaufklärung 2. Bewegungsförderung 3. Stressbewältigung/psychosoziale Gesundheit 4. Unfallprävention 5. Gewaltprävention 6. Suchtprävention 7. Sexualaufklärung 8. Förderung der Wahrnehmung von Früherkennungsuntersuchungen 9. Förderung der Impfbereitschaft
Kindergarten Health Curriculum Guide (2010)	CAN	Feststehendes Curriculum mit Aufgaben, Inhalten, um den Kindern im Kindergarten konkrete Maßnahmen zur Gesundheitsförderung auf verschiedenen Ebenen beizubringen.	1. All About Me: Healthy Body/Body awareness 2. All About Me: Healthy Mind and Feelings 3. All Around Me: My Family, Friends and Community 4. All Around Me: My Environment

Tabelle 3: Konzepte nach dem Settingansatz, Eigene Darstellung

3.2 Empirische Forschung zu settingorientierter Gesundheitsförderung

Im folgenden Unterkapitel wird der Erkenntnisstand zur Implementierung von Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz, anhand von ausgewählten Beispielen aus der Praxis in Österreich, dargestellt. Die Auswahl wurde auf Aktivitäten der letzten 10 Jahren festgelegt, da sich erst seit ca. 2010 auch in Österreich verstärkt Setting-orientierte Projekte im Kindergarten entwickelt haben. Als weiteres Auswahlkriterium im Rechercheprozess galt die Verfügbarkeit veröffentlichter Dokumente. Im Rechercheprozess stellte die Verfasserin der vorliegenden Arbeit fest, dass es an einer transparenten und auch umfangreichen Dokumentation der Projekte mangelt, d.h. es wurden vorwiegend verkürzte Berichte und keine umfassenderen Evaluationsberichte veröffentlicht. Der Anspruch war es jedoch nicht, eine systematische Literaturübersicht zu den Projekten zu geben. Denn dies hätte, in Kombination mit der empirischen Erhebung, den Rahmen der Masterarbeit gesprengt. Trotz dieser Ausgangsbedingungen konnten einige Hinweise zur Vorgehensweise in der Implementierung aus den Materialien herausgezogen werden, die im folgenden Kapitel zusammengefasst werden.

3.2.1 Implementierung von settingorientierter GF - Projektbeispiele

Implementierung beschreibt die Einführung von Maßnahmen in einem bestimmten Setting, die sich durch die Forschung als wirksam herausgestellt haben. Durch die Entscheidung für die Einführung einer Maßnahme oder einer Intervention wird oftmals ein Implementierungsprozess angestoßen (Fixsen et al., 2005: 5).

Ein länger überdauerndes Projekt, dass dem Settingansatz unterliegt, ist das Projekt „Gesunde Kinderbetreuungseinrichtung Wien“ (Kurzbezeichnung: Gesunder Kindergarten). Das Projekt lief von 1.10.2010 bis zum 30.9.2014 und hatte Eltern, Kinder und die Mitarbeiter der Kinderbetreuungseinrichtungen zur Zielgruppe. Insgesamt wurden rund 450 Kinder, ca. 80 Mitarbeiter*innen und 450 bis 900 Eltern durch das Projekt erreicht. Ziel des Projekts war die Verbesserung des Kindergartens hin zu einer gesünderen Lebenswelt für die Kinder, deren Eltern und das Personal. Im Rahmen des Projekts wurden die Gesundheitspotenziale und -belastungen auf indi-

vidueller, kollektiver und organisationaler Ebene identifiziert, entlastende Maßnahmen entwickelt und aufgrund der langen Projektlaufzeit auch umgesetzt. Der subjektive Gesundheitszustand aller Beteiligten wurde verbessert und deren individuelle Gesundheitskompetenzen erweitert.

Dieses Projekt wurde während der Projektlaufzeit durch die Universität Wien evaluiert, um die Effektivität der Maßnahmen zu überprüfen und währenddessen Vorschläge zur Optimierung zu erarbeiten. Evaluiert wurde mit Hilfe von Fragebögen in sechs Kindergärten und in weiteren sechs Kindergärten, die im Rahmen der Evaluation die Kontrollgruppe darstellten. Die Umsetzung des Projekts zeigte eine gute Integrierbarkeit in den Arbeitsalltag der Mitarbeiter*innen. Besonders gut integrierbar waren Maßnahmen, die mit den Kindern umgesetzt wurden. Als hemmende Faktoren zur Umsetzung zeigten sich der Personalmangel und die fehlende Ressource eines eigenen Raumes zur Durchführung von bestimmten Maßnahmen. Die Evaluation zeigte eine hohe Zufriedenheit der beteiligten Personen am Projekt. So gaben 73% der befragten Personen an, dass ihre Erwartung an das Projekt „völlig“ oder „überwiegend“ erfüllt wurden. 79% der Befragten gaben an, dass sich das Projekt langfristig positiv auf die Teilnehmer*innen des Projekts auswirken würde und 85% würden anderen Kindergärten die Teilnahme am Projekt empfehlen (Hümmelink, 2014).

Das Anschlussprojekt an „Gesunde Kinderbetreuungseinrichtung Wien“ ist das Projekt „Gesund im Wiener Kindergarten“, welches das Ziel verfolgt, Kindergärten im Wiener Raum gesundheitsförderlicher zu gestalten und im Zuge dessen alle beteiligten Personen im Setting Kindergarten in das Projekt zu integrieren. Dazu zählen die Kinder, deren Eltern, das Personal und je nach Einrichtung weitere Personengruppen. Zwischen 2014 und 2016 wurden in 69 städtischen und privaten Kindergärten Maßnahmen zu gesundheitsfördernder Ernährung, Bewegung und seelischer Gesundheit durchgeführt. Hierbei wurden pro Jahr schwerpunktmäßig zu einem Themenbereich Maßnahmen umgesetzt. Es begann im Jahr 2014 mit dem Thema Ernährung. Der „gesunde Kindergarten“ möchte über die Inhalte der Bewegungsförderung, Hygiene und Ernährung hinaus weitere Ressourcen zur Gesundheitsförderung generieren, die auf alle Beteiligten im Kindergarten Effekte haben. Dabei soll das gesamte Setting „Kindergarten“ einbezogen werden. Auf dieser Basis soll ein Grundstein für eine langfristige Gesundheit von Kindern, den Mitarbeiter*innen des Kindergartens und der Eltern gelegt werden (WiG, 2018).

Ein weiteres Projekt namens „KiBi der Zukunft - Kinderbildungseinrichtungen als Schnittstelle der Gesundheitsförderung“ wurde in Salzburg von 2010 bis 2013 durchgeführt. In diesem Modellprojekt wird der Kindergarten sowohl als Ort der Bildung, wie auch der Gesundheitsförderung verstanden. An diesem Modellprojekt nahmen neun Kindergärten teil. Das Projekt diente der Implementierung der vier Grundpfeiler der Gesundheitsförderung: Ernährung, materielle Umwelt und Sicherheit, Bewegung und Lebenskompetenz und schulte die Gesundheitskompetenz von Eltern, Kindern und den pädagogischen Fachkräften der Kindergärten. Wichtig für die Implementierung dieser oben genannten vier Grundpfeiler war die Stärkung der Gesundheitsressourcen der Kinder, die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Eltern und Pädagog*innen und die Schaffung eines gesundheitsfördernden Umfelds für Kinder und Pädagog*innen.

Bevor das Projekt startete, wurden eine Projektvereinbarung und die Charta für die betriebliche Gesundheitsförderung unterzeichnet. Eltern, sowie Pädagog*innen erhielten das Wissen zur Gesundheitskompetenz im Rahmen von Workshops und Fortbildungen. Zudem gab es Angebote, bei denen die Kinder mit ihren Eltern anwesend waren.

Ein weiteres Ziel des Projekts im Sinne der Nachhaltigkeit war die Forcierung der Vernetzung der einzelnen Kinderbildungseinrichtungen untereinander und mit dem jeweiligen Stadtteil. Hierfür wurde eine Zertifizierung der Kindergärten in Stadt und Land Salzburg als „Gesunde Kinderbildungseinrichtung“ geschaffen. Im Rahmen von Evaluierungen zeigten sich gestärkte Kompetenzen in den Bereichen „Ernährung“, „Materielle Umwelt und Sicherheit“ und Lebenskompetenz. Im Bereich „Bewegung“ zeigte sich keine Veränderung. Auch im Bereich „Können“ zeigten sich Verbesserungen. Lediglich der Bereich „Wollen“ konnte nur Effekte im Bereich Ernährung zeigen (Bukovski, 2013).

Allen Ansätzen gleich ist der Gedanke, die Gesundheitsförderung auf alle Beteiligten im Setting Kindergarten zu beziehen. Dabei zielen die Konzepte auf das Setting Kindergarten als soziales System, mitsamt seinen Strukturen, ab. Durch diesen Settingansatz rückten die Organisationen und die Veränderung in den Fokus der Implementierung. Wesentliche Elemente der Konzepte waren die Partizipation der einzelnen Betroffenen und das nachhaltige Empowerment im Hinblick auf die Gesundheits-

förderung. Neben der Ernährung und Bewegung spielt vermehrt auch die seelische Gesundheit eine Rolle. Die Beeinflussung der Gesundheitsförderung einzelner Akteure hat hierbei Auswirkungen auf die Gesundheit der anderen Akteure. So zeigte das Projekt „Gesund im Kindergarten Wien“, dass Mitarbeiter*innen, die ihren Fokus auf die eigene Gesundheitsförderung legen, diese auch besonders gut bei den Kindern im Kindergarten fördern können.

Der Erfolg der Umsetzung des nationalen Gesundheitsziels „Gesund aufwachsen“ wurde 2015 von Geene, Kliche und Borkowski evaluiert. „Gesund aufwachsen“ wurde 2003 veröffentlicht und verfolgt den Settingansatz. Das Gesundheitsziel dient der Erhöhung der Lebenskompetenz von Kindern und Jugendlichen, Förderung von Bewegung, Reduzierung von Belastung und Optimierung des Settings „KiTa, Schule, Familie“. Im Rahmen dessen sollen alle Akteure in diesem Setting für die Gesundheitsförderung sensibilisiert werden. Dabei zeigte sich in der Erfolgsabschätzung, dass die Gesundheitsförderung im Setting Kindergarten in den vergangenen Jahren deutlich vorangeschritten ist. Dies lässt sich auf eine vermehrte Aktivität von Krankenkassen, den Programmen der einzelnen Träger, wie auch durch normative Regelungen erklären. Dabei kommt den Trägern der Kindergärten eine bedeutende Schlüsselrolle in der Umsetzung zu. Ein weiterer Einflussfaktor auf die Umsetzung sind die unterschiedlichen Landesgesetze, die die Rahmenbedingungen bilden. Mögliche Stellschrauben zur Umsetzung könnten Freistellungen für Qualifizierungsmaßnahmen, Personalersatz, die Übernahme von BGF-Maßnahmen, die Schaffung von Spielräumen für altersgerechte Arbeitsgestaltung und auch die Steuerung der Rahmenbedingungen und Vereinbarungen mit externen Essensanbietern sein (Geene et al., 2016: 234).

3.2.2 Wirksamkeit von settingorientierter Gesundheitsförderung

Nachfolgend wird der aktuelle Forschungsstand zur Wirksamkeit von settingorientierter Gesundheitsförderung im Kindergarten dargestellt. Da die Forschung im Setting Kindergarten ausbaufähig ist, wird ein Vergleich mit den Forschungsergebnissen aus dem Schulsetting gezogen. Zum Abschluss werden die einzelnen Ergebnisse noch einmal zusammengefasst.

Setting Kindergarten

Schultes et al. (2014) haben in ihren Ergebnissen des evaluierten Projekts „Gesunder Kindergarten“ folgende Hinweise zur Wirksamkeit festgestellt. Beim *Gesundheitsförderlichen Verhalten* wurde die Selbsteinschätzung der Teilnehmer*innen am Projekt (Projektsbeschreibung siehe Kapitel 3.2.1) mit denen der Kontrollgruppe verglichen. Dieses veränderte sich im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant stärker. Die Steigerung des *psychosozialen Wohlbefindens* stellte ein weiteres Ziel des Projekts dar und bezog sich auf die subjektive Bewertung der Arbeit im Team. So sollte durch die gemeinsame Teilnahme an Maßnahmen nicht nur die Kooperation im Team, sondern auch das Wir-Gefühl gesteigert werden. Mehr als die Hälfte der Teilnehmer*innen antworteten auf die Frage, ob sich durch das Projekt „Gesunder Kindergarten“ die Zusammenarbeit im Team verbessert hätte, mit dies treffe „völlig“ oder „überwiegend“ zu¹¹ (Schultes et.al., 2014: 50-57).

Das Projekt hatte auch zum Ziel, die Zusammenarbeit und die Kommunikation mit den Eltern zu verbessern. Es zeigte sich, dass die Mitarbeiter*innen nach Ende des Projektes stärker das Gefühl hatten, dass Informationen auch tatsächlich bei den Eltern ankommen. In allen Kindergärten wurden neue *Sachmittel* zur Verfügung gestellt, um Arbeitshaltungen, die sich negativ auf die Gesundheit auswirken, entgegenzuhalten. Sachmittel, die in allen drei Jahren von den Teilnehmer*innen am häufigsten genutzt wurde, ist der Rollhocker. Es zeigte sich, dass die Belastungen der Arbeitshaltung, durch die Nutzung der ergonomischen Sitzmöbel im Zeitvergleich erheblich zurückgegangen ist (ebd.: 57-61). Weitere Ergebnisse betrafen *differentielle Wirkungen* des Projekts hinsichtlich des Alters und der unterschiedlichen Berufsgruppen (Pädagog*innen und Assistentinnen). Es zeigte sich, dass bei der Altersgruppe¹² ab 45 die Belastung durch eine ungünstige Arbeitshaltung vor Beginn des Projekts sehr hoch war und diese nach Ende des Projekts deutlich zurückging (wenn auch nicht signifikant). Pädagog*innen waren im Vergleich zu den Assistent*innen eher davon überzeugt, dass die Maßnahmen dazu beitragen können ihr Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu steigern (ebd.: 61-64). Einen anderen Schwerpunkt im dritten

¹¹ Die Antwortkategorien waren: trifft völlig zu, trifft überwiegend zu, teils/teils, trifft kaum zu, trifft überhaupt nicht zu.

¹² Um Veränderungen bei den Teilnehmer*innen unterschiedlichen Alters vergleichen zu können, wurde die Projektgruppe in zwei Altersgruppen geteilt: bis 45 und ab 46 Jahre.

Projektjahr bildete die Maßnahme „Gesundes Führen“. Den Hintergrund dazu lieferten zahlreiche Studien, die den Einfluss der Führung auf die Gesundheit der Mitarbeiter*innen belegen. Die Teilnehmer*innen zeigten sich sehr zufrieden mit der Maßnahme und nannten als wichtigste Inhalte, die sie für die Zeit danach auch mitnehmen würden: Achtsamkeit auf die eigene Gesundheit, Wissenserweiterung im Gesundheitsmanagement und Möglichkeiten der Gesundheitsförderung der Mitarbeiter*innen (Schultes et al., 2014: 65f.).

In einer systematischen Übersichtsarbeit von Reviews stellen Steenbock und Kolleginnen (2015) fest, dass es kaum Belege für die Wirksamkeit von kitabasierten Ernährungs- und Bewegungsinterventionen gibt. Hinweise zur Wirksamkeit ließen sich jedoch in Bezug auf die Förderung einer ausgewogenen Ernährung feststellen. Zudem gibt es Hinweise darauf, dass Programme, in denen Eltern eingebunden werden, wirksamer wären. Insbesondere bei unter 5-jährigen sei die Elterneinbindung besonders wichtig. Ebenso schienen Programme, die kulturelle Besonderheiten berücksichtigten, effektiver zu sein (Steenbock et al., 2015: 616ff.). Auch in der Prozessevaluation eines Programmes zur Gesundheitsförderung von 3- bis 6-jährigen Kita-Kindern wird die Bedeutung der Elternpartizipation in der Programmimplementierung deutlich. Die Miteinbeziehung der Eltern scheitere jedoch oft an der mangelnden Zeit der Eltern. Zudem erschwere Zeitmangel die Durchführung der Programme (Steenbock et al., 2016: 17) .

Nichtsdestotrotz handelt es sich beim Setting Kindergarten Steenbock und Kolleginnen (2015: 617) zufolge um ein noch stark im Wachsen begriffenes Forschungsfeld und deshalb bestehe auch noch erheblicher Forschungsbedarf. Beispielsweise sei die Durchführung von Langzeitstudien erforderlich, um Aussagen zur Nachhaltigkeit kitabasierter Interventionen zu treffen. Weiterer Forschungsbedarf wird hinsichtlich Dosis-Wirkungs-Zusammenhängen und Mehr-Ebenen-Interventionen ¹³ gesehen. (Steenbock et al., 2015: 617f.).

Aufgrund des Mangels an Untersuchungen zu Mehr-Ebenen-Interventionen im Kindergarten, soll im Folgenden noch ein Überblick zur Wirksamkeit von Mehr-Ebenen-Gesundheitsförderungsinterventionen im Setting Schule gegeben werden.

¹³ Idealerweise werden Interventionen in Settings nach einem Mehrebenen-Ansatz durchgeführt, welcher die individuelle und die strukturelle Ebene sowie den Kontext des Settings berücksichtigt (Engelmann et al., 2008: 40).

Ergebnisse aus dem Schulsetting

In ihrem systematischen Review kommen Lister-Sharp und Kolleg*innen (1999) zu dem Schluss, dass umfangreiche Gesundheitsförderungs-Ansätze, die mehrere Programme kombinierten, wie beispielsweise Schulethos und Umweltbedingungen, die Community und Eltern sowie die jeweiligen Curricula am effektivsten seien. Im whole school approach werden sowohl formale sowie versteckte Curricula angesprochen. Das versteckte Curriculum bezieht sich dabei auf Werte, Normen, die in der Schulkultur Relevanz haben (Lister-Sharp et al., 1999: 6). Insbesondere Programme, welche eine gesunde Ernährungsweise fördern, aber auch Programme zur Förderung der physischen wie mentalen Gesundheit, sowie auch zur Unfallprävention zeigten ihre Wirkung. Im Vergleich waren solche Programme, welche auf eine Veränderung der Schulumwelt abzielten, wirksamer. Es gab auch Hinweise, dass durch ein Miteinbeziehen der Eltern und Peers effektivere Ergebnisse im Gesundheits-Outcome erzielt werden können (Lister-Sharp et al., 1999: 113). Aber auch die Rolle der Lehrer*innen in der Gesundheitsförderung sei den Autor*innen zufolge nicht zu unterschätzen. So habe deren Gesundheit und Wohlbefinden einerseits Auswirkungen auf die Gesundheit der Schüler*innen und die Schulumwelt, andererseits trage ihr Engagement auch ganz wesentlich zur Übermittlung der Gesundheitsförderungsprogramme bei (Lister-Sharp et al., 1999: 110).

Auch Wells und Kolleg*innen (2003) verweisen in ihrem Review von Experimentalstudien zur mentalen Gesundheitsförderung auf die Effektivität des „whole school approach“. Das ist ein Ansatz, bei dem versucht wird, alle relevanten Akteure (Schulmitarbeiter*innen, Schüler*innen, Eltern und Community) an der Gesundheitsförderung zu beteiligen und der außerdem das Ziel verfolgt, Umweltfaktoren und die Schulkultur zu verändern. Hingegen scheinen individuelle Ansätze, die lediglich auf Verhaltensänderungen der Schüler*innen abzielen, kaum wirksam zu sein. Weiters wird deutlich, dass eine längere Implementierungsphase eine Veränderung der Schulkultur wahrscheinlicher werden lasse. Zudem wird auf die Bedeutung so genannter „feel good“-factors hinsichtlich des Erfolges oder dem Scheitern der Maßnahmen hingewiesen. So hänge eine erfolgreiche Implementierung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen auch davon ab, inwieweit sich das Schulteam in der Veränderungsphase unterstützt fühlt (Wells et al., 2003: 217f.).

Kurzconclusio

Es scheint einige Hinweise darauf zu geben, dass manche Gesundheitsförderungsinterventionen im Schulkontext, die an den Verhältnissen ansetzen, wirksamer sind als Maßnahmen, die „lediglich“ Verhaltensänderungen im Blick haben. Besonders solche, die das Lehrer-Team und die Eltern miteinbeziehen, scheinen vielversprechend zu sein. Programme, die Elterneinbindung fördern, schienen auch im Setting Kindergarten wirksamer zu sein. Auf die Rolle der Lehrer*innen wurde im Schulsetting mehrfach hingewiesen. Anzunehmen ist, dass diese durch ihre „beliefs“ und ihr Engagement wesentlich zum Erfolg der Maßnahmen beitragen. Hinsichtlich der Übertragbarkeit der Ergebnisse von einer Schule auf die andere gibt es jedoch starke Zweifel, zumal die Wirksamkeit mitunter stark von setting-spezifischen Faktoren, wie Personalschlüssel, Kooperationsbeziehungen etc. abhängig ist. Was sich in der einen Schule als wirksam erwiesen und zum Erfolg geführt hat, wirkt möglicherweise in einer anderen nicht (Felder-Puig, 2011: 296). Zudem gibt es kaum Studien, die den „whole school approach“ gewählt haben. Insofern kann die Frage, ob dieser wirksamer sei als einzelne klassen-basierte Maßnahmen aus der derzeitigen Perspektive nicht abschließend beantwortet werden.

3.2.3 Forschung zu Programmnachhaltigkeit

Wie sich schon bei den Konzepten zur settingorientierten Gesundheitsförderung herausgestellt hat, zeigen sich Empowerment, Partizipation und Zertifizierung als wesentliche Faktoren für die Förderung von nachhaltiger Entwicklung. Im folgenden Unterkapitel werden Studien dargestellt, die sich explizit mit den Faktoren, welche die Nachhaltigkeit fördern, beschäftigen.

Nachhaltigkeit beeinflussende Faktoren

Einen wichtigen Beitrag zur Darstellung von Faktoren, die einen nachhaltigen Prozess begünstigen haben Schediac-Rizkallah und Bone (1998) mit ihrem Konzept der Programmnachhaltigkeit, welches in der Abbildung 7 auf Seite 54, dargestellt wird, geliefert. In ihrem Literatur-Review haben sie folgende drei Hauptfaktoren, die eine nachhaltige Programmfortführung begünstigen, herausgearbeitet: 1) *project design and implementation factors*, 2) *factors within organizational setting* und 3) *factors in the broader community*.

1) project design and implementation factors

Diesem Hauptfaktor weisen die AutorInnen folgende sechs Unterkategorien zu, deren Berücksichtigung eine Planung auf dem Weg zur „Nachhaltigkeit“ erleichtern soll: *a) projekt negotiation process, b) project effectiveness, c) project duration, d) project financing, e) project type* und *f) training*.

Im Wesentlichen bezieht sich „*project negotiation*“ darauf, ob und inwieweit die Community, an die sich die Maßnahmen richten auch am Aushandlungsprozess über Ziele und Projektzugang gleichberechtigt teilhaben. Dies basiert auf der Erkenntnis, der zufolge die Akzeptanz der Maßnahmen steigt, wenn sie die Bedürfnisse der Zielgruppe trifft (Shea et al., 1992, zit. nach Shediak-Rizkallah und Bone, 1998: 99f.).

„*Project effectiveness*“ bezieht sich auf die (wahrgenommene) Wirksamkeit der Intervention, auf die Sichtbarkeit an sich und die un- sowie erwünschten Auswirkungen davon. „*Project duration*“ hingegen, verweist auf die Dauer der Subvention des Projektes. So behindere eine kurze Förderungszeit, die Entwicklung einer Institutionalisierung von Nachhaltigkeit.

In „*project financing*“ wird u.a. danach gefragt, wie sich die Finanzierung zusammensetzt (intern, extern oder ein Mix) und wie eine finanzielle Unabhängigkeit der Community gefördert werden kann. „*Project type*“ bezieht sich auf Studienergebnisse, die darauf hindeuten, dass die Erhaltung einer Intervention vom Typus abhängig ist (bspw. ob präventiv oder kurativ).

Projekte, in denen Personen ausgebildet werden, haben eine größere Chance nachhaltig zu sein, als welche, die diese Komponente nicht beinhalten. Diese Akteure fungieren dabei als MultiplikatorInnen, denn sie helfen dabei die Vorteile des Programms aufrechtzuerhalten, bilden Andere aus und tragen dadurch zur Fortführung des Programms bei (Bossert, 1990, zit. nach Shediak-Rizkallah und Bone, 1998: 101). Zusammengefasst wird dies unter „*training*“ verstanden (Shediak-Rizkallah und Bone, 1998: 98-101).

2) Factors within organizational setting

Dieser Hauptfaktor bezieht sich auf die Organisations- und Managementstrukturen und damit auch auf Aspekte, welche politische Prozesse innerhalb der Organisation

und eine Programmfortführung behindern oder fördern. Folgende 3 Unterkategorien wurden gebildet: a) *Institutional strength*, b) *Integration with existing programs/services*, c) *Program champion/leadership*.

„*Institutional strength*“ verweist darauf, dass Institutionen, mit einer starken Führung sowie mit Projektzielen, die mit den Organisationszielen vereinbar sind, mit einer höheren Wahrscheinlichkeit auch Programme fortführen. Weitere Studien verweisen darauf, dass stabile und entwickelte Organisationen eine gute Basis für eine Institutionalisierung des Programms darstellen.

Punkt b) bezieht sich im weitesten Sinne darauf, wie gut das Programm an das soziokulturelle Umfeld der Organisation angepasst wird. Eine Adaption werde wiederum durch eine diffundierende Informationskommunikation zwischen den Organisationsebenen begünstigt. Eine dauerhafte Integration des Programmes scheint sehr wahrscheinlich zu sein, wenn es an bestehenden Strukturen ansetzt.

„*Program champion*“ verweist einerseits auf die Relevanz, die der persönliche Wille von sogenannten „champions“ im Unternehmen auf die Programmfortführung zu haben scheint, aber auch auf die Bedeutung eines unterstützenden Netzwerks von der Top-Ebene des Unternehmens aus. Idealerweise haben „champions“ eine mittlere bis hohe Managementposition im Unternehmen inne und weisen eine hohe Kompromissbereitschaft und Verhandlungsgeschick auf. Diese 3 Kerneigenschaften scheinen sich positiv auf die Institutionalisierung des Programms auszuwirken (Shediac-Rizkallah und Bone, 1998: 101ff.)

3) *Factors in the broader community*: Die Aussage „*a program does not operate in a vacuum*“ trifft den Kern des Überbegriffs (Shediac-Rizkallah und Bone, 1998: 103). So ist das Programm in seiner Auswirkung und Fortführung von bestimmten Umweltfaktoren (politisch, ökonomisch, sozial) abhängig. Die Autor*innen ordnen dem Überbegriff zwei Unterkategorien zu: a) *socioeconomic and political considerations* und b) *community participation*.

Die Programmfortführung verlange einerseits ein Mindestmaß an ökonomischer, aber auch sozialer Ressourcen. Programme, die in sozial benachteiligten Communitys durchgeführt wurden, verlangten nach dauerhafter Unterstützung, um ihr Bestehen zu sichern.

Des Weiteren sei die Partizipation der Community entscheidend für die Fortführung. Dabei gibt es mehrere Zugänge, die den Einfluss von Partizipation auf die Programmfortführung zu erklären versuchen. Zuallererst sei für eine langfristige Verhaltensänderung zentral, dass sich eine breite Gruppe wie bspw. Gesundheitsexperten, Privatpersonen, Community etc. am Veränderungsprozess beteiligen. Darüber hinaus ist aus der Forschung bekannt, dass Zielpersonen einen „sense of ownership“ für die Programme entwickeln und so indirekt die Nachhaltigkeit gefördert werde (ebd.: 103).

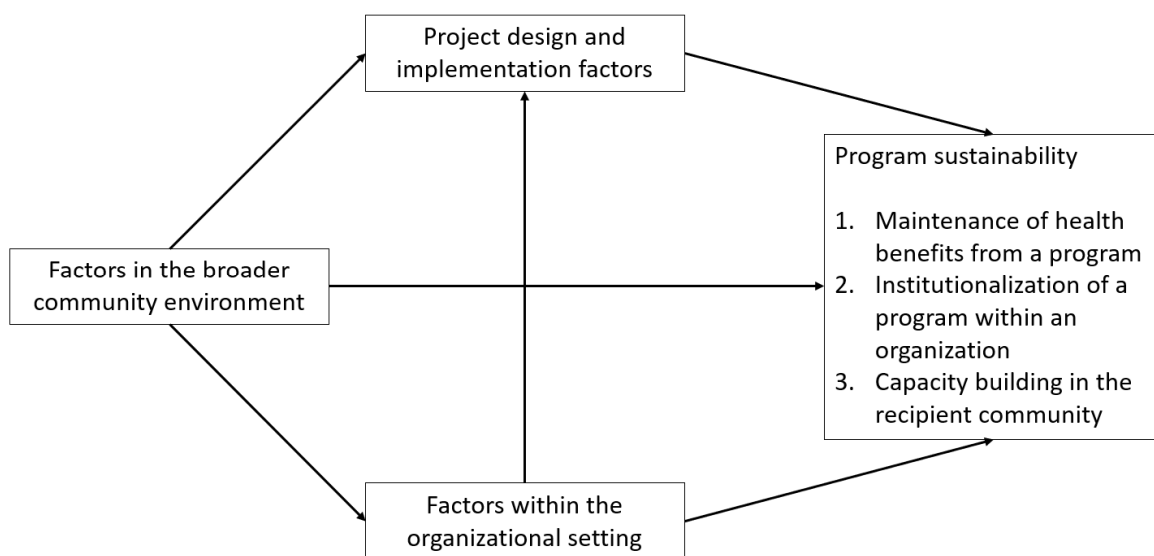


Abb. 7: Rahmenkonzept der Programmnachhaltigkeit nach Schediac-Rizkallah und Bone (Shediac-Rizkallah und Bone, 1998: 99)

Public health program capacity for sustainability

Basierend auf der Kritik, beeinflussende Faktoren der Nachhaltigkeit würden nach wie vor zu wenig verstanden, veröffentlichen Schell und Kolleg*innen (2013) ein Rahmenkonzept von Nachhaltigkeit, welches auf einem Literatur-Review und einem Expertenpanel basiert. Nachhaltigkeit wird darin als ein Set von organisationalen und kontextuellen Faktoren interpretiert, das eine langfristige Aufrechterhaltung von „public health“ Programmen ermöglicht („capacity“). Unter „sustainability capacity“ verstehen sie einen dynamischen Prozess und Strukturen, die es einem Programm ermöglichen Ressourcen zu nutzen, die notwendig sind, um effektiv evidenz-basierte Maßnahmen zu implementieren (Schell et al., 2013: 2).

Die Autor*innen identifizieren 9 Kernbereiche, die den Nachhaltigkeitsprozess beeinflussen: (1) *funding stability*, (2) *political support* from internal and external environments that influence the intervention funding and acceptance; (3) *partnerships* connecting program and community; (4) *organizational capacity* to manage ongoing intervention activities; (5) *program adaptation* in order to ensure effectiveness; (6) continued *evaluation* of intervention activities and outcomes; (7) strategic *communications* among stakeholders, decision makers and the public; (8) perceived positive *impacts*; and (9) *strategic planning* to define ongoing and future goals and direction (Schell et al., 2013: 7).

In diesem Konzept, welches in Abbildung 8 dargestellt wird, wird der Fokus auf organisationale und kontextuelle Charakteristika gelegt. Zudem wird hier von einer dynamischen Perspektive ausgegangen. Nachhaltigkeit wird als Prozess gesehen und nicht als Status, der irgendwann erreicht wird, wenn vorherige Phasen abgeschlossen wurden.



Abb. 8: Public health program capacity for sustainability nach Schell et al. (Schell et al., 2013: 7)

Nachhaltigkeit beeinflussende Faktoren im Schulsetting

Aufgrund des Mangels an Studien zur nachhaltigen Implementierung von Gesundheitsförderung in Elementaren Bildungs- und Betreuungseinrichtungen, wird im Folgenden auf Studien im Schulsetting zurückgegriffen. Han und Weiss (2005) arbeiten in ihrer Studie Faktoren, die die nachhaltige Implementierung eines Programmes zur Förderung der psychischen Gesundheit der Schüler*innen beeinflussen, heraus und entwickeln ein Prozess-Modell. Sie fokussieren dabei auf „individuelle“ Faktoren, die in den Lehrer*innen selbst begründet sind, denn „(...) *ultimately it rests upon the teacher to actually deliver the programme to the classroom with fidelity*“ (Han und Weiss, 2005: 677). Ihr theoretisches Prozess-Modell von nachhaltiger Programimplementierung setzt sich aus drei Phasen zusammen (1) pre-implementation phase, (2) implementation phase und (3) sustainability phase.

In jeder dieser Phasen werden Faktoren beschrieben, die die Nachhaltigkeit behindern oder fördern. In der Pre-Implementierungsphase sind es vor allem Faktoren, wie die administrative Unterstützung der Schulleiter*innen, die sich in deren Einstellung zum Programm widerspiegelt und welche auch die Aufnahmebereitschaft der Lehrer*innen beeinflussen. Ebenfalls relevant sind die Wirksamkeitsüberzeugungen der Lehrer*innen, die Akzeptanz des Programms und die Beurteilung der Kompatibilität der Programmprinzipien mit ihren eigenen Überzeugungen. In der Implementierungsphase werden Lehrer*innen in ihrer Motivation das Programm selbst weiterzuführen bestärkt. Dies wird durch Trainings und Feedback zur Implementierung erreicht. In der dritten Phase haben Lehrer*innen idealerweise eine intrinsische Motivation und ausreichend Kenntnisse entwickelt, um das Programm selbstständig weiterzuentwickeln und anzuwenden. Kennzeichnend für den Implementierungsprozess ist dabei das mögliche Entstehen eines selbst erhaltenden Kreislauf („self-sustaining cycle“), der durch intrinsische Motivation und der Entwicklung von Fähigkeiten („skills“) der Lehrer*innen in Gang gesetzt wird. Dabei motivieren die Lehrer*innen zur Programmweiterführung, insbesondere das Erleben der Wirksamkeit des Programms sowie die erlebten Erfahrungen hinsichtlich des Einflusses, welche die Programme auf das Verhalten der Schüler*innen auslösen. Zudem bauten die Lehrer*innen Fähigkeiten auf, wodurch sie bestärkt werden, das Programm korrekt zu implementieren (Han und Weiss, 2005: 673-676).

In ihrer qualitativen Studie untersuchen McIsaac und Kolleg*innen (2015) Kontextfaktoren, die einen Einfluss auf die Implementierung und die Nachhaltigkeit der Interventionen haben. Als Erhebungsmethode wurden Interviews (mit Schulleiter*innen, Eltern und Lehrer*innen) sowie Beobachtungen in 4 kanadischen Schulen mit ähnlichen Kontextmerkmalen durchgeführt. Einerseits bestätigen sie in ihrer Studie die Erkenntnisse, wonach Richtlinien und Praktiken der Interventionen von bestimmten Schulmerkmalen beeinflusst werden. Diese Merkmale können sein: die Teamzuteilung oder -zusammensetzung, aber auch der Standort an sich. Trotz der nach wie vor großen Bedeutung dieser Erkenntnisse, lassen ihre Ergebnisse aber auch vermuten, dass diese Hindernisse durch den Aufbau von „organizational capacity“ und einer „supportive school community culture“ gemindert werden könnten. *„Successful school processes, such as obtaining leadership from the principal, establishing school support through a dedicated team and setting goals to guide implementation of practices and creating a supportive school culture seemed to be more relevant to a schools’ potential for HPS integration and sustainability“* (McIsaac et al., 2015: 69). Zudem bestätigt die Studie Erkenntnisse, wonach ein Training und kontinuierliche Unterstützung durch externe Berater*innen, die Fähigkeiten verstärkt, Interventionen „erfolgreich“ durchzuführen (ebd.: 69).

3.3 Zusammenfassung und Forschungsziel

Die Implementierung der Konzepte beschreibt den Prozess der Einführung von Maßnahmen innerhalb des Settings Kindergarten. Hierbei wurden drei Projekte vorgestellt, die diesen Implementierungsprozess abbilden. Die lange Projektlaufzeit über mehrere Jahre hinweg, brachte den Vorteil mit sich, dass dadurch auch mehr Erkenntnisse gewonnen werden konnten. Potenziale und Belastungen konnten identifiziert werden, Gegenmaßnahmen etabliert und umgesetzt werden und es boten sich sogar zusätzliche Ressourcen zur Evaluierung der Projekte.

Für eine nachhaltige Implementierung scheinen Elemente wie die Partizipation der einzelnen Zielgruppen und ein Empowerment im Hinblick auf die Gesundheitsförderung bedeutsam zu sein. Entscheidend dabei waren auch die Vernetzungen der jeweiligen Kindergärten untereinander und öffentlich sichtbare Zertifizierungen, die Nachhaltigkeit der Implementierung unterstützen sollten. Im Rahmen von Evaluie-

rungen stellte sich heraus, dass der Transfer in den Arbeitsalltag, die Förderung des Gesundheitsbewusstseins aller Beteiligten und auch das Abzielen auf die psychische Gesundheit wichtige Faktoren im Implementierungsprozess sind. In groß angelegten Meta-Analysen (Steenbock et al., 2015: 616ff.) zeigte sich auch die Wirksamkeit des Einbezugs kultureller Besonderheiten. Auch die Elternpartizipation stellt einen wichtigen Faktor dar, der jedoch aufgrund von Zeitmangel die Umsetzung erschwert. Die knappen, zeitlichen Ressourcen der einzelnen Betroffenen können eine nachhaltige Etablierung der Gesundheitsförderung erschweren. Bei der Betrachtung des Settings Schule zeigen sich ähnliche Ergebnisse. Programme, welche auf die Förderung einer gesunden Ernährungsweise, der physischen und mentalen Gesundheit abzielen, scheinen wirksam zu sein. Ebenso gibt es Hinweise darauf, dass Maßnahmen, die ihren Fokus auf die Veränderung der Verhältnisse setzen, wirksamer sind als Maßnahmen, die (kurzfristige) Verhaltensänderungen forcieren. Wichtig ist auch der Einbezug aller im Setting involvierten Personen.

Für die nachhaltige Etablierung des Projekts in die alltägliche Arbeit wurden von Schediac-Rizkallah und Bone (1998) drei Hauptfaktoren herausgearbeitet: 1) project design and implementation factors, 2) factors within organizational setting und 3) factors in the broader community. Wichtige Erkenntnisse hierbei waren, dass es für die Fortführung der Maßnahmen förderlich ist, nicht nur eine inhaltliche Implementierung des Konzepts zu gewährleisten, sondern auch die Zielpersonen darin auszubilden. Des Weiteren führen Institutionen mit einer starken Führung und Projektzielen, die mit den Organisationszielen vereinbar sind, die Maßnahmen eher fort. Eine stabile Organisation dient als förderliche Basis zur Institutionalisierung des Projekts. Dabei gilt auch den Teilnehmer*innen der Organisation ein besonderes Augenmerk, da sie eine wichtige Konstante bei der Etablierung sind.

Aufbauend auf dem Forschungsstand zur Implementierung settingorientierter Gesundheitsförderung im Kindergarten (siehe Kapitel 3.2 auf S. 44), verfolgt die vorliegende Masterarbeit das Ziel, diese Erkenntnisse durch die empirische Erhebung förderlicher und hinderlicher Aspekte in der (nachhaltigen) Implementierung zu erweitern und zu kontrastieren. Dabei erscheint die Fokussierung auf den Setting-Ansatz plausibel, da eine überblicksartige Darstellung zu diesen Aspekten, nach dem Wissensstand der Autorin der vorliegenden Arbeit, in Österreich bislang fehlt. Zudem wird in Studien (Steenbock et al., 2015: 617f.; Geene et al., 2016: 235) auf einen Un-

tersuchungsbedarf in Hinblick auf den Mehr-Ebenen-Ansatz¹⁴ und der Nachhaltigkeit von Programmen hingewiesen. Ferner verweisen Dadaczynski et al. (2016: 219f.) allgemein auf mangelnde Untersuchungen im Bereich der settingbasierten Gesundheitsförderung.

In Anbetracht dessen strebt die vorliegende Arbeit auch eine Darstellung der Aspekte, welche sich in der Praxis in der nachhaltigen Implementierung von Gesundheitsförderung als förderlich und hinderlich erwiesen haben, an. Darüber hinaus wird der Fokus auf die Herausforderungen in der Entwicklung der Settingorientierten Gesundheitsförderung in Elementaren Bildung- und Betreuungseinrichtungen gerichtet. Dadurch wird der Handlungsbedarf, im Hinblick auf die Implementierung zukünftiger, dem Setting-Ansatz folgenden Gesundheitsförderungs-Projekten, aufgezeigt.

4 Methodisches Vorgehen

Im vorliegenden Kapitel wird das empirische Vorgehen dargestellt. Im Detail folgen eine Beschreibung des methodischen Zugangs, der Datenerhebung und der Datenauswertung sowie der Qualitätssicherungsstrategien des Forschungsvorhabens.

4.1 Methodischer Zugang

Die Erarbeitung des aktuellen Forschungsstands bringt einen ersten Überblick, wie setting-orientierte GF implementiert werden kann. Zudem lassen sich aus den Projektbeschreibungen erste Hinweise auf förderliche und hinderliche Aspekte für eine nachhaltige Implementierung von GF im Kindergarten herausfiltern. Ausgehend von diesen Erkenntnissen soll anhand der Erfahrungen von Expert*innen mit der Implementierung von setting-orientierten GF-Projekten im Kindergarten, eruiert werden, welche Aspekte als förderlich und hinderlich empfunden wurden und wie die Nachhaltigkeit der Projekte eingeschätzt wurde.

¹⁴ Der Begriff Mehr-Ebenen-Ansatz wird oft synonym zum Setting-Ansatz verwendet. Im Wesentlichen wird bei einem Mehr-Ebenen-Ansatz die Verzahnung von Verhältnis- und Verhaltensprävention (siehe Kapitel 2.3.3 auf S. 23) angesprochen (Engelmann et al., 2008:40).

Da es hierbei um Meinungen und Sichtweisen der Expert*innen geht, welche sich primär über subjektive und soziale Bedeutungen erschließt, wird ein qualitativ orientiertes Forschungsdesign gewählt (Flick, 2010: 29). Qualitative Forschung zeichnet sich dabei durch die „(...) *Gegenstandsangemessenheit von Methoden und Theorien, die Berücksichtigung und Analyse unterschiedlicher Perspektiven sowie der Reflexion des Forschers über die Forschung als Teil der Erkenntnis*“ aus (Flick, 2010: 26). Generell geht es in der qualitativen Sozialforschung nicht um Repräsentativität, sondern es wird vielmehr eine Theorienbildung angestrebt, in der die Reichweite der Aussagen sehr begrenzt auf ein Phänomen in einem ähnlichen Kontext bezogen ist (Froschauer und Lueger, 2009: 81). Zudem baut das vorliegende Forschungsprojekt auf einer kleinen Stichprobe von insgesamt acht Expert*innen auf, weshalb ein qualitatives Vorgehen als geeignet erscheint.

4.2 Datenerhebung

4.2.1 Teilstrukturierte Expert*inneninterviews

Insgesamt wurden acht teilstrukturierte, qualitative Expert*inneninterviews mit Personen, die in die Planung und der Umsetzung/Implementierung von Gesundheitsförderungsprojekten in Kindergärten beteiligt waren, durchgeführt. Dabei waren die ersten fünf Expert*innen im Projekt „Gesunder Kindergarten in Wien“ (Beschreibung des Projektes in Kapitel 3.2.1) involviert. Der Fokus auf das Projekt hat sich durch das anfängliche Forschungsdesign einer qualitativen Evaluierung der Nachhaltigkeit, ergeben. Wie bereits in der Einleitung beschrieben, wurde die Durchführung problemzentrierter Gespräche mit den Mitarbeiter*innen eines ausgewählten Kindergartens nicht genehmigt. Die ursprünglich geplante Kombination von Themen- und Systemanalyse¹⁵ konnte somit nicht durchgeführt werden. Daher mussten die Forschungsfragen adaptiert und das Forschungsdesign insgesamt völlig verändert werden. Da eine Reflexion der Hindernisse im Feldeinstieg äußerst wichtig für die Durchführung und Planung weiterer wissenschaftlicher Projekte ist, erfolgt eine gesonderte Darstellung dazu im Kapitel 6 (S. 93).

¹⁵ Da der Fokus der Hauptfragestellung zu Beginn darauf lag, welche Organisationsstrukturen sich nach der Implementierung der Gesundheitsförderungsintervention entwickelt haben, war ergänzend zur Durchführung einer Themen-, auch eine Systemanalyse geplant.

Die laufende Anpassung der Forschungsfragen im Forschungsverlauf, ist in der qualitativ-interpretativen Sozialforschung notwendig und üblich. Denn um weitere Erkenntnisse über das Feld bzw. den Forschungsgegenstand zu generieren, ist es erforderlich, flexibel und offen auf die vorgefundenen Bedingungen zu reagieren (Strübing, 2018: 23). Gerade die Flexibilität und Offenheit, die ein qualitativer Forschungsprozess verlangt (Lueger, 2010: 39), bringt aber auch Herausforderungen in der Zeitplanung und der Forschungsorganisierung mit sich. So musste der anfängliche Zeitplan der Masterarbeit im Prozess immer wieder revidiert werden.

Da in den Interviews auf ein spezifisches Kontextwissen zur Implementierung settingorientierter Gesundheitsförderung fokussiert wird, scheint folgende Definition der Expert*innen angemessen zu sein: *„Ein Experte verfügt über technisches Prozess- und Deutungswissen, das sich auf sein spezifisches professionelles oder berufliches Handlungsfeld bezieht“* (Bogner und Menz, 2002: 46). Die Autoren verweisen auf die Möglichkeit der Expert*innen, ihre Handlungsorientierung bzw. Relevanzen im organisationalen Umfeld wirkmächtig werden zu lassen (ebd.: 46). Zudem stellt das Expert*inneninterview ein geeignetes Datenerhebungsinstrument dar, um ein unübersichtliches, neues Feld thematisch zu strukturieren und darauf aufbauend Hypothesen zu bilden (ebd.: 37). Bei der Entscheidung für die Durchführung von Expert*inneninterviews spielten auch die Überlegungen zum (ersten) Feldzugang eine wesentliche Rolle. So wurden in den Gesprächen Kontakte genannt, mit denen weitere Interviews geführt werden konnten.

4.2.2 Auswahl der Gesprächspartner*innen – Theoretisches Sampling

Da der Fokus des empirischen Teils dieser Arbeit auf die Implementierbarkeit settingorientierter Gesundheitsförderung im Kindergarten gerichtet ist, scheint ein umfassender Überblick über das Forschungsfeld notwendig zu sein. Dies erforderte die Durchführung einer ausreichend hohen Anzahl an Interviews, ohne jedoch den Rahmen der Masterarbeit zu sprengen. Um ausreichend, unterschiedliche Perspektiven berücksichtigen zu können und gleichzeitig nicht zu viel Datenmaterial zu produzieren, fiel die Entscheidung darauf, acht Interviews durchzuführen. Im ersten Erhebungsschritt wurden fünf Interviews mit Expert*innen durchgeführt, die in einem Projekt miteinbezogen waren und jeweils ihre Perspektive zu diesem Projekt einbrachten. Im zweiten Erhebungsdurchgang wurden aufgrund von zeitlichen

Ressourcen, Gespräche mit drei Expert*innen aus Wiener Förderungseinrichtungen, welche Erfahrungen mit der Implementierung unterschiedlicher GF-Projekte gemacht haben, durchgeführt.

Bei der Auswahl der Expert*innen wurde im Forschungsverlauf nach dem schrittweisen Verfahren des „Theoretischen Sampling“ nach Glaser und Strauss vorgegangen. In der Auswahlentscheidung war nicht die Repräsentativität entscheidend, vielmehr wurden Untersuchungsobjekte miteinbezogen, die einen neuen Gehalt für die zu entwickelnde Theorie erwarten lassen (Flick, 2010: 159f.). Somit wurde die Auswahl der Interviewpartner*innen nicht im Vorhinein festgelegt, so wie dies in quantitativen Designs üblich ist, sondern ergab sich während des Forschungsprozesses.

Zu Beginn der Erhebung galt als Auswahlkriterium jene Expert*innen auszuwählen, welche mit der Projektleitung eines spezifischen Projektes beauftragt waren. Dadurch versprach sich die Forscherin einen ersten Überblick, aber auch die Weitervermittlung an relevante Interviewpartner*innen. Generell wurde in den Gesprächen nach möglichen Interviewpartner*innen gefragt und die genannten Expert*innen dann auch in die Erhebung miteinbezogen. Im folgenden Erhebungsdurchgang wurden drei weitere Expert*innen ausgewählt, welche durch ihre unterschiedlichen Projekterfahrungen und aus ihrer spezifischen Perspektive als Fördergeber*innen die Sichtweisen der vorangehenden Gesprächspartner*innen zusätzlich ergänzen und kontrastieren sollten. Da diese in mehrere Projekte eingebunden waren, wurde angenommen, dass sie auch über ein Überblickswissen zur Implementierung verfügen. Somit konnte auch ein erster Vergleich mit den Ergebnissen des ersten Erhebungsdurchgangs gezogen werden. Ein Ziel war dementsprechend, über den kontinuierlichen Einbezug weiterer Fälle, zur Entwicklung der Aussagen beizutragen und die Tragweite der bisherigen Aussagen zu überprüfen (Froschauer und Lueger, 2009: 217).

Die Einbeziehung weiterer Fälle erfolgte zum einen durch die Strategie der „maximalen strukturellen Variation“, durch welche das Aussagenspektrum abgesteckt werden sollte. Dabei werden Fälle, die über unterschiedliche soziale Kontextmerkmale verfügen, in die Untersuchung miteinbezogen. In der vorliegenden Arbeit waren dies die Beschreibungen auf unterschiedlichen Organisationsebenen:

also die Perspektiven zu einem spezifischen GF-Projekt und damit einer Einzelorganisation und die Sichtweise auf der Ebene der verwaltenden Förderstelle von Gesundheitsförderungsprojekten. Zum anderen werden in der „Unterschiedsminimierung“, die Details und die Aussagen mittels Einbezugs ähnlicher Fälle überprüft (Froschauer und Lueger, 2009: 217ff.). Die erste Erhebungsgruppe (ersten fünf IP), verfügte über ähnliche soziale Kontextmerkmale, da sie an der Implementierung desselben Projekts beteiligt waren. Bei der zweiten Erhebungsgruppe war dies die spezielle Perspektive der Förderungseinrichtung. Aufgrund der geringen Fallzahl können jedoch keine verallgemeinernden Aussagen getroffen werden. Durch den Mangel an zeitlichen Ressourcen einerseits und der Schwierigkeit weitere Interviewpartner*innen zu finden, fiel die Entscheidung darauf, keine weiteren Interviews mehr zu führen.

Da in einigen Gesprächen um Anonymität gebeten wurde, hat sich die Autorin dazu entschieden, die Namen der Organisationen, in denen die Interviewpartner*innen tätig sind, nicht zu nennen. Die nachfolgende Tabelle 4 gibt eine kurze Übersicht zum Arbeitsbereich der Gesprächspartner*innen und ihrer Funktion im Projektkontext.

Code	Arbeitsbereich, Funktion zur Zeit des Projektes	Dauer (min)
IP1	Gesundheitsreferent in einer Gesundheitsförderungseinrichtung, ehemaliger Projektleiter eines GF-Projektes in elementaren Bildungs- und Betreuungseinrichtungen	35
IP2	Psychologin, Mitarbeit bei Evaluierung von Gesundheitsförderungsprojekten im Kindergarten	30
IP3	Mitarbeiterin im Qualitätsmanagement einer öffentlichen Organisation, ehemalige Projektleiterin eines GF-Projektes im Kindergarten	45
IP4	Regionale Betriebsleiterin eines städtischen Kindergartens, ehemalige Kindergartenleiterin	40
IP5 (kein Einzelinterview)	Zwei regionale Betriebsleiter*innen (eine davon ist auch Gesundheitsbeauftragte) eines städtischen Kindergartens	55

IP6	Gesundheitsreferentin zu Projekten in Kindergärten in Gesundheitsförderungseinrichtung	55
IP7	Abteilungsleiterin im Bereich der BGF eines öffentlichen Versicherungsträgers	30
IP8	Projektleiterin in Gesundheitsförderungseinrichtung	50

Tabelle 4: Übersicht zu den befragten Expert*innen, Eigene Darstellung

4.2.3 Leitfaden

In den teilstrukturierten Interviews kamen zwei Leitfäden zum Einsatz, welche im Anhang zur Ansicht verfügbar sind. Diese Leitfäden wurden auf Basis des erarbeiteten Theorieteils und der interessierenden Forschungsfragen entwickelt. Aufgrund der verschiedenen Funktionen und Positionen der Expert*innen und der damit einhergehenden unterschiedlichen Perspektiven, war es erforderlich zwei Leitfäden zu entwickeln. Diese Möglichkeit, Leitfäden situativ und nach dem/der Gesprächspartner*in anzupassen wird von Gläser und Laudel (2009: 150) mit dem Prinzip der Offenheit und des Verstehens argumentiert. Dabei ist im Gegensatz zu standardisierten Fragebögen nicht das Ziel, die Interviewsituation zu standardisieren, sondern vielmehr im Leitfaden sicherzustellen, dass auch wirklich alle notwendigen Informationen erhoben werden. Die kontinuierliche Überprüfung der Angemessenheit des Leitfadens in der Erhebung erscheint sinnvoll, um notwendige Änderungen in der Frageformulierung oder der Reihenfolge der Fragen vorzunehmen (Gläser und Laudel, 2009: 149f.). Aufgrund des angekündigten Zeitmangels einiger Expert*innen wurde, wird von Gläser und Laudel (2009: 153) empfohlen, bereits im Vorbereitungsprozess eine Priorisierung der Leitfadenfragen vorgenommen.

Die Konstruktion von Leitfadenfragen ermöglicht dabei im Gespräch eine Fokussierung auf die wesentlichen Themen. Des Weiteren sollen die Vorbereitung der Fragen und die damit einhergehende Beschäftigung mit den Themen, zu einer lockeren Gesprächsführung beitragen. Wobei auf eine prinzipielle Offenheit und Flexibilität im Umgang mit dem Leitfaden geachtet werden soll und von einer starren Abfolge oder

Abarbeitung der Themen im Leitfaden Abstand genommen werden soll (Meuser und Nagel, 2002: 77f.).

Es wurde versucht, diese Empfehlungen so weit wie möglich in die Erhebung einfließen zu lassen. Der Leitfaden enthielt eine einführende, erzählgenerierende Frage, welche auch als „Anwärmfrage“ bezeichnet wird und u.a. das Ziel verfolgt, Vertrauen zu gewinnen und einen lockeren Einstieg ins Gespräch zu ermöglichen. Zudem sollte durch die Erzählungen der Interviewten bereits so viel erwähnt werden, dass die Interviewerin nur mehr durch Nachfragen an bereits Gesagtes anschließen musste und sich Detailfragen somit erübrigten. In der Abschlussphase wurde allen Gesprächspartner*innen die Möglichkeit eingeräumt, Unerwähntes oder für sie eventuell weitere wichtige Informationen zu ergänzen. Diese Frage bietet durch die offene Antwortmöglichkeit den Vorteil, zusätzliche Informationen zu generieren (Gläser und Laudel, 2009: 149).

4.2.4 Kontaktaufnahme und Ablauf der Interviews

Insgesamt wurden acht Interviews im Zeitrahmen von Oktober 2019 bis März 2020 durchgeführt. Die Dauer der Interviews variierte zwischen 30 und maximal 55 Minuten. Nach vorhergehender Internetrecherche zu den relevanten Akteur*innen im Feld, wurden diese vorrangig per Email kontaktiert. In dieser schriftlichen Kontaktaufnahme wurde ein grober Überblick zum Vorhaben der Arbeit, Eckdaten zum Ziel und Zweck des Interviews sowie zur voraussichtlichen Dauer des Interviews gegeben. Die Autorin hat dabei im Prozess der Kontaktaufnahme die Erfahrung gemacht, hier eine weniger lange Dauer der Interviewzeit zu nennen, um so die Chance auf eine Einwilligung zum Interview zu erhöhen. Zusätzlich wurden die Gesprächspartner*innen telefonisch kontaktiert, um einen Termin zu vereinbaren. Bei manchen Expert*innen verlief die Terminvereinbarung sehr rasch, bei anderen wiederum kam es aufgrund von Sommerurlauben und durch die im März auftretende Corona-Pandemie zu Verzögerungen, welche auch dem Erhebungsprozess einiges an Flexibilität abverlangte.

So musste ein Gespräch aufgrund einer Covid-19-Verordnung telefonisch durchgeführt werden, um ein Risiko der Ansteckung zu verhindern. Diese Erhebungsart machte eine eingehende Beschäftigung mit den technischen Möglichkeiten der Aufnahme eines Telefoninterviews und der damit einhergehenden Vor- und Nachteile

notwendig. Die weiteren Interviews fanden zumeist am Arbeitsplatz der interviewten Personen statt. Ein Interview wurde aufgrund der Karenzierung der Interviewpartnerin in einem Café durchgeführt. Die Ortswahl wurde den Interviewpartner*innen überlassen. Sie sollten die Möglichkeit haben, einen für sie passenden und vertrauten Ort auszuwählen.

Die Interviews selbst verliefen in einem angenehmen Rahmen und waren geprägt von einem respektvollen Umgang miteinander. Teilweise waren die Interviews sehr kurz, da den Expert*innen nur eine stark beschänkte Zeit zur Verfügung stand, die vor allem in der Art der Gesprächsführung und der Priorisierung der Leitfragen berücksichtigt werden musste. Zu Beginn des Gesprächs wurden die Interviewten noch einmal über das Vorhaben informiert und die Erlaubnis zur Aufnahme eingeholt. Die Gesprächspartner*innen zeigten sich sehr interessiert und waren bemüht auf alle Fragen detailliert einzugehen. Die Gesprächsführung erwies sich gerade zu Beginn als schwierig, wurde jedoch im fortgeschrittenen Prozess und durch die laufende Reflexion des Gesprächsverlaufes anhand der erstellten Interviewmemos erleichtert. Die Interviews waren als Einzelinterviews geplant, da sich so die Meinungen und Sichtweisen der Personen, losgelöst von direktem, sozialem Erwartungsdruck, besser zeigen (Froschauer und Lueger, 2003: 57).

Ein Interview fand ungeplant als Mehrpersonengespräch statt. So wurde während des Gesprächs, auf Vorschlag der Interviewten, noch eine weitere Kollegin zum Gespräch hinzugezogen. Da diese im gleichen GF-Projekt eingebunden war und eine ähnliche Position im Unternehmen innehat, wurde dies von der Interviewerin im ersten Moment als Möglichkeit für einen größeren Erkenntnisgewinn gesehen. Darüber hinaus zeigten sich im Gespräch auch die in der Literatur beschriebenen positiven Effekte der Mehrpersonengespräche, wie beispielsweise die gegenseitige Erzählregung und die Kompensierung der Erinnerungsprobleme einer Interviewpartnerin (Gläser und Laudel, 2009: 168f.). Hinsichtlich der Gesprächsführung ergaben sich jedoch auch Schwierigkeiten: So wurde die Steuerung des Gespräches erschwert, denn beide Interviewpartner*innen neigten zum „Plaudern“. Auch wenn versucht wurde, die empfohlenen Strategien von Gläser und Laudel (2009: 180) bei dieser Form der Kommunikation anzuwenden, gestaltete sich die Unterbrechung der Interviewten als schwierig, womit ein immanentes Fragen beinahe unmöglich gemacht

wurde. Dies führte dazu, dass die Interviewerin die Fragen zu stark an den Leitfaden ausrichtete und infolgedessen das Transkript ein wenig an Qualität einbüßte.

4.3 Datenauswertung

Im anschließenden Kapitel wird die Aufbereitung der Daten sowie die Auswertungsmethode, welche in der vorliegenden Arbeit zum Einsatz kam, beschrieben. Weiters werden die Qualitätssicherungsstrategien, die vorrangig Anwendung fanden, dargestellt.

4.3.1 Datenaufbereitung

Alle Gespräche wurden audiodigital aufgezeichnet und mithilfe der Software f4 transkribiert. Da sich die Auswertung an angesprochenen Themen orientiert, erscheint eine grobe Transkription als ausreichend (Froschauer/Lueger, 2003: 159). Alle Interviews wurden lediglich grob transkribiert, d.h. es wurden keine Besonderheiten der sprachlichen Ausdrucksweise berücksichtigt. Um die Lesbarkeit in der Auswertung zu erleichtern, wurden die Texte teilweise sprachlich bereinigt und gesprächsgenerierende Beiträge oder Hörersignale (bspw. mhm oder äh) wurden zur Gänze weggelassen.

Die Forscherin orientierte sich in der Transkription an den Richtlinien von Froschauer und Lueger (2003: 223f.). Diese Richtlinien lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

- a) Pausen wurden durch Punkte angegeben (pro Sekunde ein Punkt) = ...
- b) Unverständliches wurde durch Punkte in einer Klammer dargestellt, wobei jeder einzelne Punkt eine Sekunde markiert = (...)
- c) Vermuteter Wortlaut bei schlecht verständlichen Stellen wurde in Klammer geschrieben = (etwa so)
- d) Situationsspezifische Geräusche wurden in spitzer Klammer angegeben = >Baby weint<

4.3.2 Themenanalyse

Als Auswertungsmethode für die Expert*inneninterviews scheint eine Themenanalyse nach Froschauer und Lueger (2003) besonders geeignet zu sein. In der The-

menanalyse wird der Blick auf den manifesten Textgehalt gerichtet und daher eignet sich diese Methode besonders für die Darstellung von Meinungen und Sichtweisen von Personen zu einem bestimmten Thema. Zudem eignet sie sich für einen Vergleich von Themen aus der Perspektive verschiedener Akteur*innen (Lueger, 2010). Auch diese Bedingung ist in dieser Arbeit gegeben, da die Expert*innen verschiedene Rollen und Funktionen einnehmen und somit unterschiedliche Perspektiven an die Themen herantragen. Im Zuge der Themenanalyse kamen sowohl das Textreduktionsverfahren, als auch das Codierverfahren zur Anwendung. Dadurch wurde eine strukturierte Darstellung der Sichtweisen der Expert*innen möglich.

Textreduktionsverfahren

In dieser Arbeit wurde das Textreduktionsverfahren mit dem Codierverfahren kombiniert. Beim Textreduktionsverfahren steht weniger der Analysegedanke im Vordergrund, vielmehr werden die Materialien zusammengefasst und nach ihren charakteristischen Elementen in der Themendarstellung untersucht. Zuerst werden zusammengehörige Themen anhand der Forschungsfrage identifiziert und durch Hinzuziehen von weiterem Material bzw. weiteren Perspektiven reduktiv verdichtet. Weitere Schritte der Textreduktion orientieren sich an folgenden fünf Kernfragen:

- Was ist ein wichtiges Thema und in welchen Textstellen kommt dieses zum Ausdruck?
- Was sind zusammengefasst die wichtigsten Charakteristika eines Themas und in welchen Zusammenhängen taucht es auf?
- (In welcher Abfolge werden Themen zur Sprache gebracht?)

Hierbei wäre es zentral die narrative Struktur eines Gespräches, durch die Analyse der Themenabfolge, zu bearbeiten. Diese Analyse war in der vorliegenden Arbeit nur eingeschränkt möglich, da diese stark von einer offenen Gesprächsführung, in der die Relevanz der Themen von den Interviewpartner*innen gesetzt wird, abhängt. In den Gesprächen war ein gänzlich offenes Vorgehen nicht möglich. Die Forscherin setzte durch eingebrachte Fragen ihre eigenen Schwerpunkte und daher hätte eine solche Analyse auch nur ihre eigenen Relevanzen wiedergegeben.

- Inwiefern tauchen innerhalb oder zwischen den Gesprächen Unterschiede in den Themen auf?
- Wie lassen sich die besonderen Themencharakteristika in den Kontext der Forschungsfrage integrieren? (Froschauer und Lueger, 2003: 159ff.)

Da dieses Verfahren auf manifeste Inhalte fokussiert und daher keine Gefahr der persönlichen Einfärbung der Ergebnisse durch die Interpretin besteht, war es möglich die Auswertung von der Interviewerin selbst durchzuführen (ebd.: 159).

Codierverfahren

Das Codierverfahren kam in der vorliegenden Arbeit ergänzend zum Textreduktionsverfahren zum Einsatz. Beim Codierverfahren handelt es sich um eine aufwendigere Variante als beim Textreduktionsverfahren. Dieses Verfahren versucht in die Besonderheiten der Argumentation einzudringen. Es werden Kategorien (aus dem Text heraus) induktiv, also ohne vorherige Festlegungen der Kategorien, entwickelt. In dieser Arbeit wurden vorab Textpassagen deduktiv anhand des Leitfadens codiert. Textpassagen, die sich diesen Kategorien nicht zuordnen ließen, wurden induktiv (aus dem Material heraus) kodiert – dies geschah vorrangig im Bereich der Subkategorien. Da in diesem Vorgehen die Begriffe hierarchisch geordnet und diese auch theoretisch verdichtet werden, stellt dieses Verfahren eine geeignete Ergänzung zum eher „oberflächlichen“ Textreduktionsverfahren dar (Froschauer und Lueger, 2003: 158-163).

Folgende Schritte werden in der Durchführung der Codierung angewandt:

- Themenkategorien werden gebildet und nach Subkategorien analysiert und diese nach weiteren untergeordneten Kategorien durchsucht.
- Die Themenkategorien werden in Bezug zur Forschungsfrage miteinander verbunden und strukturiert
- Die Subkategorien werden mit den Themenkategorien verknüpft
- Aus dem vorliegenden Kategoriensystem werden durch Interpretation Thesen zur Forschungsfrage gebildet.
- Abschließend wird das Textmaterial verglichen, indem auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede im Text abgestellt wird. Darauf aufbauend werden textübergreifende Schlüsselkategorien im Material aufgespürt, um daraus Theorien zu entwickeln (ebd.: 163f.).

Alle Transkripte wurden anhand der dargestellten, leitenden Analysefragen ausgewertet. Die Ergebnisse der Hauptkategorien mitsamt den teilweise aus dem Material heraus gebildeten Subkategorien werden im Kapitel 5 gesondert dargestellt.

4.4 Qualitätssicherung

Um die Qualität im qualitativen Erhebungs- bzw. Forschungsprozess zu gewährleisten, kamen folgende, empfohlene Strategien von Froschauer und Lueger (2003) zum Einsatz:

Aufgrund der vorrangigen Berücksichtigung der manifesten Ebene in der Analyse und aus forschungsökonomischen Gesichtspunkten wurde die Durchführung der Interpretationen von nur einer Person als ausreichend erachtet. Der Forscherin ist jedoch bewusst, dass tiefergehende Analysen (z.B.: Systemanalyse) weitergehende Qualitätssicherungsstrategien, wie beispielsweise eine Auslegung im Team, um subjektiven Einfärbungen der Interpretationen durch die Interviewerin entgegenzuwirken, erfordern würden.

Im Forschungsprozess selbst wurde versucht die Qualität der Arbeit durch folgende Strategien zu erhöhen: Auf der Ebene der Auswahl der Gesprächspartner*innen sollte dies durch die Anwendung des theoretischen Samplings ermöglicht werden. Zu Beginn der Erhebung wurde eine Auswahl der Gesprächspartner nach theoriegeleiteten Überlegungen getroffen. Die weiteren Interviewpartner*innen wurden vorrangig nach Kriterien wie der zu erwartenden Informationen, anhand des vorliegenden Datenmaterials, ausgewählt. Wobei in der Auswahl auch forschungspraktische Überlegungen eine Rolle spielten. Es wurden verstärkt Interviewpartner*innen ausgewählt, die einerseits in den Interviews als Kontakt genannt wurden und andererseits auch zeitlich verfügbar waren. Zudem wurde eine systematische Variation angestrebt, welche in der Praxis durch die Variation von verschiedenen Perspektiven, Methoden, Interpret*innen und Erhebungssituationen erfüllt werden kann. In der vorliegenden Arbeit geschah dies durch das Miteinbeziehen unterschiedlicher Perspektiven der Interviewpartner*innen. Weiters sollte eine kontinuierliche Reflexion des Forschungsprozesses, den Forschungsfragen sowie die Reflexion durch eine Anfertigung von Interview- und Auswertungsmemos zur Qualität der Arbeit beitragen (Froschauer und Lueger, 2003: 167ff.).

Dabei zielen Interviewberichte vorwiegend darauf ab, die Interviewsituation, welche das Interview beeinflusst, zu dokumentieren. Dadurch wird die Bewertung der Plausibilität der Aussagen der Interviewten in der Analyse möglich (Gläser und Laudel, 2009: 192). Die *Interviewmemos*, welche in der Erhebungsphase eingesetzt wurden, beinhalten vorwiegend Eckdaten und Besonderheiten zum Verlauf der Kontaktaufnahme, des Interviewortes, der Interviewdurchführung und dem Gesprächsende. Die Dokumentation des Gesprächsverlaufes ermöglichte eine Überarbeitung der Leitfragen oder der Gesprächsstrategie. Im *Auswertungsmemo* wurden vorrangig Besonderheiten im Auswertungsprozess dokumentiert sowie Hinweise zu den Verbindungen zwischen den Schlüssel- und/oder Subkategorien erstellt.

5 Ergebnisdarstellung

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse, welche sich im themenanalytischen Auswertungsprozess herauskristallisiert haben, dargestellt. Dabei wird der Fokus auf die Darstellung der Themen gelegt, die in Bezug zu den Forschungsfragen stehen und es wird versucht, diese mit den Erkenntnissen aus dem Kapitel 3 sowie dem Setting-Ansatz (Kapitel 2) zu verknüpfen. Obwohl diese Arbeit, aufgrund der geringen Stichprobe keinen Anspruch auf Repräsentativität erhebt, wird ein Einblick in die Aspekte der Implementierbarkeit und der Entwicklung von settingorientierter Gesundheitsförderung in elementaren Bildungs- und Betreuungseinrichtungen ermöglicht. Um ein bestimmtes Maß der Nachvollziehbarkeit und Anschaulichkeit zu gewährleisten, sollen die Ergebnisse mit den jeweiligen Zitaten der Expert*innen untermauert werden.

5.1 Fördernde und hinderliche Aspekte in der Umsetzung

Diese Themenkategorie wird in mehrere Subthemen, welche sich in den Gesprächen herauskristallisiert haben, unterteilt.

5.1.1 Ressourcen

Im Zuge der Interviews wurden unterschiedliche Ressourcen genannt. Dabei zeigte sich eine Unterteilung in finanzielle und zeitliche Ressourcen. Deutlich wurde in den Gesprächen, dass eine ausreichende finanzielle Förderung der Projekte sich sowohl positiv auf die Nachhaltigkeit, als auch auf die Umsetzung der Maßnahmen selber auswirkte. Eine Interviewpartnerin erwähnt hierbei, dass eine ausreichend vorhandene Finanzierung eine individuelle Planung der Maßnahmen ermöglichte (vgl. IP5 304-306). Im Hinblick auf die zeitlichen Ressourcen wird vielfach auf einen Mangel des Personals bzw. auch einer hohen Fluktuation hingewiesen, die die Durchführbarkeit der Maßnahmen erschwert (vgl. IP2 54-58, IP5 489-492).

Eine Expertin nimmt den Zeitmangel im Arbeitsalltag der Elementarpädagog*innen als großes Hindernis in der Umsetzung von Setting orientierter Gesundheitsförderung wahr. Dabei nimmt sie auch einen Unterschied zwischen privaten und öffentlichen Kindergartenträgern wahr. Mitarbeiter*innen aus öffentlichen Kindergärten hätten mehr Möglichkeiten an Maßnahmen in der Dienstzeit teilzunehmen, als Mitarbei-

ter*innen von privaten Trägern. Weiters bestehe auch ein Ungleichgewicht zwischen Leiter*innen und Mitarbeiter*innen. Leiter*innen des privaten Kindergartenträgers hätten zumeist ein Zeitkontingent, während Kindergartenassistent*innen kaum über die zeitlichen Ressourcen verfügten, an Angeboten teilzunehmen (vgl. IP8 196-206, 437-450). Eine andere Expertin stuft die finanziellen Ressourcen zwar als wichtig ein, verweist jedoch auch darauf, dass die Erlaubnis und die verfügbaren Zeitressourcen, sich mit Themen zu beschäftigen, hier sehr wichtig sind (vgl. IP6 451-453). Diese Einschätzung deckt sich weitgehend mit den Erkenntnissen einer deutschen Evaluierungsstudie (vgl. Geene et al., 2015), in denen ein Personalsatz als wichtiges Mittel für die erfolgreiche Umsetzung von Gesundheitsförderung im Kindergarten betrachtet wird. Aber auch die zeitliche Freistellung für die Teilnahme an Qualifizierungsmaßnahmen wird hierbei als förderlicher Faktor für die Implementierung settingorientierter Gesundheitsförderung gesehen. Auch Pelikan (siehe Kapitel 2.3.4) verweist in seinen Ausführungen zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung auf eine Bereitstellung der Ressourcen, um eine erfolgreiche Entwicklung der Organisation zu bewirken.

5.1.2 Anschlussfähigkeit der Maßnahmen

Weiters werden einige Kriterien deutlich, die die Umsetzung und die Anschlussfähigkeit der Maßnahmen erleichtern. So wird in einigen Interviews auf die Integrierbarkeit der Maßnahmen in den Alltag verwiesen und gleichzeitig betont, dass Maßnahmen, welche sich nicht in den Arbeitsalltag einfügten, auch nicht mehr fortgeführt werden (vgl. IP2 70-102, IP5 465-491). Die mangelnde Integrierbarkeit in den Alltag stellt also auch ein Hindernis für den Prozess der Nachhaltigkeit dar. Aber auch die Bedarfs- und Bedürfnisorientierung der Maßnahmen spielt eine große Rolle im Implementierungsprozess. Den Erzählungen einer Interviewpartnerin zufolge nahmen mehr Eltern an Workshops teil, wenn diese auch an deren individuellen Bedürfnissen angepasst war (vgl. IP5 557-572). Aus dem Datenmaterial geht weiters hervor, dass Maßnahmen, die gemeinsam und partizipativ erarbeitet wurden und individuell nach Bedarf ausgewählt wurden, auch eher umgesetzt wurden (vgl. IP2 130-133). Förderlich sei generell, wenn die Vorschläge der Zielgruppen berücksichtigt werden und nicht Themen von den Expert*innen einseitig herangezogen werden, wie eine Interviewpartnerin folgendermaßen formuliert:

*„Also nur jetzt mit fertig geschmiedeten Projekten nach außen zu gehen, in den Kindergarten vor Ort und da kommt jetzt die Expertin und macht was mit den Kindern oder mit den Mitarbeiter*innen, ist für mich der falsche Ansatz, in meinem Verständnis, wenn du wirklich dieses Thema in die Institution hineinbringen möchtest.“ (IP8: 114-118)*

In mehreren Studien wird auf die Bedeutung, die die Einbindung der unterschiedlichen Zielgruppen wie beispielsweise der Eltern und der Mitarbeiter*innen für eine erfolgreiche Umsetzung der GF-Programme zu haben scheint, verwiesen (Steenbock et al., 2016; Lister-Sharp et al., 1999; Wells et al., 2003).

Die Zugänglichkeit zu den einzelnen Zielgruppen wird aber auch als Herausforderung wahrgenommen. In einem Interview wird generell von der Schwierigkeit, die Eltern zu erreichen und in einem anderen die Schwierigkeit, die Kindergartenassistentinnen zu erreichen, berichtet (vgl. IP6 155-159, IP8 203-207). Auch in der Evaluationsstudie von Steenbock et al. (2016) wird im Zusammenhang mit der Einbindung der Eltern von Schwierigkeiten berichtet. Konkret werden hier die mangelnden Zeitressourcen seitens der Eltern genannt, die sich in weiter Folge hinderlich auf einen Prozess der Umsetzung einer ganzheitlichen GF auswirken.

5.1.3 Strukturelle Rahmenbedingungen

In den Interviews wird auch von Rahmenbedingungen berichtet, die eine große Rolle in der Umsetzung spielen und sowohl förderlich als auch hinderlich sein können. Aus den Daten geht hervor, dass eine Umsetzung v.a. von der Erlaubnis der Entscheidungsträger abhängig ist, sich mit Gesundheitsförderungsthemen zu beschäftigen, was an folgendem Zitat deutlich wird:

„Möchte die Gemeinde nicht die Betreuerinnen¹⁶ in dem Projekt haben, dann wird es nicht settingorientiert stattfinden können. Das ist ein Stolperstein“. (IP 7: 120-122).

Eine Interviewpartnerin erwähnt die Notwendigkeit, sich mit Entscheidungsträgern auf politischer Ebene zu vernetzen und Aufklärungs- bzw. Überzeugungsarbeit für Gesundheitsförderung zu betreiben, da diese die Projekte genehmigen müssen (vgl. IP6 359-362, 647-652). Diese Einschätzung deckt sich weitgehend mit den Erkenntnissen von Grossman und Scala (1994), bei denen die interne Organisationsentwicklung auch davon abhängig ist, ob die Organisation Verständnis und Akzeptanz in

¹⁶ Als Betreuer*innen werden auch die Kindergartenassistent*innen bezeichnet.

seiner Umwelt erzeugen kann. Denn eine erfolgreiche Veränderung kann nur stattfinden, wenn auch die Verbindungen zu den kooperierenden Organisationen verändert werden (vgl. Kapitel 2.3.4). Für Pelikan (2011) stellt die Unterstützung von externen Stakeholdern (z.B. Verwaltung, Eltern) eine notwendige Bedingung in der Entwicklung eines gesundheitsfördernden Settings dar (vgl. Kapitel 2.3.4). Auch interne, organisatorische Strukturen können im Kindergarten selbst hinderlich wirken. So wird von der Schwierigkeit berichtet, neben den Themenvorgaben des Kindergartens selbst noch zusätzlich Gesundheitsförderungsthemen zu bearbeiten (vgl. IP6 154-158). Wobei dieser Aspekt vermutlich eher in Zusammenhang mit den zeitlichen Ressourcen zu sehen ist.

Als weitere fördernde Aspekte werden von einer Interviewpartnerin die Verbreitung der Erkenntnisse des Projektes und die Informationsweitergabe erwähnt. Informationen zum Projekt könnten dann für die Kindergartenleiter*innen und ihre Mitarbeiter*innen als Entscheidungsbasis für Maßnahmen an ihrem Standort dienen (vgl. IP4 256-264).

5.1.4 Subjektive Faktoren und „feel good“ Faktoren

Für eine Interviewpartnerin stellen subjektive Faktoren, wie das Bewusstsein allgemein und die Bereitschaft für Veränderung, notwendige Bedingungen dafür dar, dass Gesundheitsförderung überhaupt stattfinden kann. In der Bereitschaft, sich zu verändern sieht sie gleichzeitig eine der größten Herausforderungen in der Umsetzung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Ein Bewusstsein für die Relevanz von Gesundheitsförderung auf Seiten der Entscheidungsträger wirkt sich demgegenüber positiv aus. Denn wenn diese die Notwendigkeit und den Vorteil erkennen, seien sie auch bereit Gesundheitsförderungsprojekte zu finanzieren. Deshalb ist auch hier verstärkt Aufklärungs- und Überzeugungsarbeit zu leisten (vgl. IP6 145-149, 188-195). Von der Bedeutung, die die subjektiven Faktoren - wie bspw. die Überzeugungen und das Engagement der Lehrer*innen - für eine erfolgreiche Maßnahmenumsetzung zu haben scheinen, wird in den Ergebnissen aus dem Schulsetting berichtet (vgl. Kapitel 3.2.2).

In einem anderen Gespräch wurde deutlich, dass so genannte „feel good“-Faktoren wie der Beziehungsaufbau zwischen den Gesundheitsförderungsexpert*innen und den Zielpersonen eine Grundlage für die Akzeptanz und der Weiterführung der Maß-

nahmen bildet. Dabei sind der persönliche Kontakt und die daraus resultierende Vertrauensbasis wichtig für die Umsetzung der Gesundheitsförderungsthemen (vgl. IP8 109-113). Zudem erleichtern eine wertschätzende Kommunikation und die Mitbeziehung der Meinung der Zielgruppen im Wesentlichen auch den Prozess der Umsetzung (vgl. IP8 456-465). Auf die Bedeutung, die das Partizipieren der Zielgruppe hat, wird auch in einem anderen Interview verwiesen. Dort wird davon berichtet, dass die Mitarbeiter*innen die Aufmerksamkeit, die ihnen im Projekt zukommt auch genießen.

*„(...) aber es kommt dann irgendwie so ganz nett rüber so endlich schaut einmal einer auf uns Pädagog*innen. Sonst tun wir alles für die Kinder, aber jetzt schaut einmal wer auf uns. Also das ist der Grundtenor.“ (IP7: 225-228).*

Die Subkategorie „feel good“-Faktoren wurde in Anlehnung an die Studie von Wells und Kolleg*innen (2003) von der Autorin so benannt, da diese sehr treffend auf soziale Faktoren verweist, die zwar indirekt, aber nicht unwesentlich am Prozess der Implementierung beteiligt zu sein scheinen. So kann der Aufbau einer Vertrauensbeziehung durchaus als unterstützender Faktor für eine erfolgreiche Implementierung aufgefasst werden.

5.1.5 Qualifizierung und der Transfer von Gelerntem in Alltag

Zwei Interviewpartner*innen verweisen auf die Bedeutung, die Qualifizierung und Weiterbildung für die erfolgreiche Umsetzung der Maßnahmen haben (vgl. IP6 200-214, IP1 215-219). Wie bereits in Kapitel 2.3.4 dargestellt, kann Organisationsentwicklung nicht ohne Personalentwicklung und damit einer Qualifizierung der Zielpersonen stattfinden. Denn mit der Einführung von Gesundheitsförderung in eine Organisation entstehen auch unterschiedliche Aufgaben und Ziele, welche in neue Rollen integriert werden müssen.

In einigen Interviews wird deutlich, dass die Art und Weise, wie das Gelernte in den Alltag transferiert wird, wesentlich für die Umsetzung selbst, aber auch für die Weiterführung der Maßnahmen ist (vgl. IP2 116-120, IP4 142-147). Damit dieser Prozess gelingen kann, sind ein stufenweiser Lernprozess sowie die Entwicklung eines Bewusstseins der Zielpersonen über die Wirksamkeit der Gesundheitsförderungsmaßnahmen, notwendig. Für eine Expertin stellen Evaluierungen dabei ein geeignetes Mittel dar, um die Aufmerksamkeit darauf zu lenken, wie sich Gelerntes im Alltag um-

setzen lässt (vgl. IP2 109-115). Beim stufenweisen Lernprozess wiederum werden die Pädagog*innen anfangs in der Ausübung der Maßnahmen von externen Trainer*innen begleitet, um im fortgeschrittenen Lernprozess diese dann selbstständig ausführen zu können (vgl. IP1 36-48).

5.2 Fördernde und hinderliche Aspekte der Nachhaltigkeit

In der folgenden Hauptkategorie werden Aspekte, welche im Datenmaterial vorzufinden waren aufgegriffen. Die Unterteilung und Subkategorisierung erfolgte wiederum aus dem Material heraus. Dabei kristallisierten sich in der Analyse einige gemeinsame Aspekte heraus, die von den Expert*innen als förderlich für Nachhaltigkeit sichernde Prozesse wahrgenommen wurden. Hinderliche Aspekte wurden dabei kaum angesprochen.

5.2.1 Ressourcen

Aus den Gesprächen lassen sich, wie bereits in der vorigen Kategorie, Ressourcen als wichtiges Kriterium für die Nachhaltigkeit herausfiltern. Diese lassen sich wiederum in sachliche und finanzielle Ressourcen unterscheiden. Finanzielle Ressourcen wurden im Großteil der Gespräche als wichtiger Aspekt für die Nachhaltigkeitsphase gesehen, allerdings wird deren Bedeutung durchaus differenziert eingeschätzt (vgl. IP1 186-189, IP4 282-288, IP5 417-420, IP6 447-451, IP8 317-320). So werden die finanziellen Mittel als Grundbedingung dafür gesehen, damit eine Beschäftigung mit den Maßnahmen überhaupt stattfinden kann (vgl. IP1 187-189). In einem anderen Expert*innengespräch wird deutlich, dass es als Bedingung dafür gesehen werden kann, dass Maßnahmen nach Bedarf ausgewählt werden können (vgl. IP5 417-420). In weiteren Gesprächen wird die Dauer der Förderung als ausschlaggebend für die Nachhaltigkeitsphase gesehen (vgl. IP8 317-320). Denn erst durch eine ausreichend lange Finanzierung, könne gewährleistet werden, dass auch wirklich viele Zielgruppen einer großen Organisation erreicht werden (vgl. IP4 282-288). Eine ausreichend lange Dauer der Finanzierung wird auch von Shediak-Rizkallah und Bone (1998) in ihrem Konzept der Programmnachhaltigkeit als wesentlich für die Förderung der Nachhaltigkeit gesehen.

Auch materielle Anschaffungen, wie beispielsweise ergonomische Rollhocker erweisen sich für die nachhaltige, gesundheitsförderliche Wirkung als förderlich. Wobei deren tatsächliche Nutzung durchaus kritisch gesehen wird. Eine Interviewpartnerin erwähnt in diesem Zusammenhang, dass deren Verwendung stark von den Personen selbst abhängt (vgl. IP4 154-159). Somit wird hier erneut (wie in Kapitel 5.1.4) die Relevanz der subjektiven Veränderungsbereitschaft angedeutet.

5.2.2 Rahmenbedingungen

Die Rahmenbedingungen werden in den Gesprächen unterschiedlich ausgeführt. So wird von einer Expertin auf die Rolle des Dienstgebers in der Schaffung von förderlichen Rahmenbedingungen hingewiesen. Aber auch die Führung verfüge über Möglichkeiten, die Weiterführung der Maßnahmen zu beeinflussen. Deren persönliche Überzeugung über die Relevanz der Maßnahmen wirke sich hier positiv auf den Prozess der Nachhaltigkeit aus (vgl. IP4 183-203). Ähnliches wird wiederum in der Theorie zur Programmnachhaltigkeit deutlich. Hier wird von der Rolle der „program champions“ und ihrem persönlichen Willen zur Fortführung der Programme gesprochen (Shediac-Rizkallah und Bone, 1998: 101ff.).

Weiters wird in den Gesprächen deutlich, dass Kooperationen mit verschiedenen Partnern wesentlich für die Maßnahmenweiterführung sind. Diese können unterschiedlich ausgestaltet sein und sich in Zusammenschlüssen unterschiedlicher Kindergartenträger ausdrücken. Eine derartige Zusammenarbeit kann aber auch mit einem Essensanbieter erfolgen, mit dem Hauptziel, gesunde Ernährung im Kindergarten zu forcieren. Aber auch die Kooperation mit einem finanziellen Fördergeber kann hier erheblich zu einer erfolgreichen Fortführung beitragen (vgl. IP1 122-133, IP6 561-567, IP8 300-302).

Als weiterer wichtiger rahmender Aspekt kommt dem Informations- und Wissenstransfer eine wichtige Bedeutung hinzu. So ist es wichtig für die Akzeptanz und damit auch für die Fortführung der Maßnahmen, dass die Informationen zum Fortgang des Projektes breit gestreut werden. Nicht nur die Kindergartenleiter*innen und das Personal der Kindergärten sollen laufend über die Maßnahmen informiert werden, sondern auch die Eltern und die Öffentlichkeit (vgl. IP5 373-376, IP4 255-264). Der informelle Austausch unter Kolleg*innen ist im Hinblick auf die Verbreitung der Informationen hier besonders wichtig, wie aus einem Gespräch hervorgeht. Denn diese be-

wirkten, dass auch andere Kindergartenleiter*innen dazu motiviert werden, sich zu überlegen, ob sie denn auch Maßnahmen implementieren möchten.

„Es waren die Materialien da und dann hat man es durchgeführt und so Dinge, ja. Und das gibt sich ja dann weiter. Das erzählen sich die Leiterinnen (Anm.: der Kindergartenstandorte) untereinander, sehen die Folder, sehen die Bilder und können sich dann mit ihren Teams dann auch diese Maßnahmen überlegen, wünschen und können die Kollegen und Kolleginnen auch einladen dazu.“ (IP4: 270-276)

In einem anderen Gespräch wird auf die Informationsweitergabe durch personellen Wechsel hingewiesen. Hierbei ergibt sich durch einen Wechsel der Führung in eine andere Kindertageseinrichtung die Möglichkeit, die Inhalte der Gesundheitsförderung mitzunehmen (vgl. IP1 226-234). Die Aspekte „Kooperation“ und „Informations- und Wissenstransfer“ finden sich auch in etwas anderer Definition in der Theorie wieder. Shell und Kolleg*innen (2013) verwenden hierfür den Begriff „partnerships“ und verweisen auf die Bedeutung, die diese für eine nachhaltige Programmimplementierung haben. Zudem wird unter dem Faktor „communications“ die strategische Verbreitung der Programmergebnisse an relevante Stakeholder, Entscheidungsträger und der Öffentlichkeit verstanden. Auch hier gibt es Überschneidungen zur Einschätzung der Expert*innen, welche auch auf die Bedeutung eines Informations- und Wissenstransfers für die Nachhaltigkeit hingewiesen haben.

5.2.3 Bedarfs- und Bedürfnisorientierte Umsetzung

Deutlich wird in den Gesprächen, dass Maßnahmen, die nach Bedarf ausgewählt und an den Bedürfnissen der Zielgruppen angepasst werden, auch eher beibehalten werden (vgl. IP2 125-133, IP5 224-234, IP7 81-93, IP8 305-312).

*„Manchmal macht man Erfahrungen, manche Dinge verlaufen im Sand. Aber das ist in diesem Projekt wirklich nicht passiert, weil einfach ganz viel auf die Bedürfnisse des Teams, der Kinder und die Eltern geschaut worden ist. Und da haben einfach die Mitarbeiter*innen auch wirklich das Gefühl gehabt, wir können etwas für uns im Endeffekt tun, im gesamten Team, im Sinne auch die Arbeit im Kindergarten präsent zu machen (...).“ (IP5: 313-319)*

Eine Interviewpartnerin erklärt dies über den Mehrwert, den die Zielgruppen hierbei erkennen und so auch bereit sind, diese fortzuführen. Hinderlich wirken sich ihren Aussagen zufolge Maßnahmen aus, die nach der „Gießkanne“ durchgeführt werden

und eben nicht die Bedürfnisse und Bedarfe der Zielgruppen treffen. Dies hätte dann zur Folge, dass langfristig keine Effekte sichtbar werden:

„Darum muss man wirklich darauf schauen, nie mit der Gießkanne zu arbeiten und das ist das Schlechte und das wissen wir seit langem aus den 80-er-Jahren, dass Maßnahmen aus der Gießkanne gar nichts bringen. Das ist Aktionismus und hat einen Mehrwert vielleicht kurzfristig, aber langfristig sicher nicht und so kriege ich es auch nicht in die Nachhaltigkeit.“ (IP7: 249-254)

Damit nach Bedarf Schwerpunkte gesetzt werden können, sind der Aussage der Interviewpartnerin zufolge, eine lange Planungszeit und ausreichend finanzielle Mittel notwendig (vgl. IP5 299-304). Im Konzept von Shediak-Rizkallah und Bone (1998) kristallisiert sich die gleichberechtigte Partizipation der Zielgruppen als beeinflussender Faktor im Zusammenhang mit der nachhaltigen Programmimplementierung heraus. Ferner wird darauf hingewiesen, dass die Akzeptanz der Maßnahmen steigt, wenn diese die Bedürfnisse der Zielpersonen treffen.

5.2.4 Weiterbildung und personelle Entwicklung

Weiters wird häufig der Prozess der Weiterbildung und des Lernens in den Interviews erwähnt. Dabei erweisen sich Schulungsmaßnahmen aller Mitarbeiter*innen und die kontinuierliche Anregung eines Reflexionsprozesse und des Lernens als förderlich. Dieser Prozess könne wiederum durch verschiedene Wege angeregt werden. Dies geschieht beispielsweise in der Evaluierung, in dem immer wieder die Aufmerksamkeit auf die Wirksamkeit der Maßnahmen gerichtet wird (vgl. IP2 109-120, IP3 311-318). Dieser Reflexionsprozess begünstige aber auch die Verschriftlichung der Erkenntnisse und die Entwicklung von allgemeinen Standards, welche beispielsweise in ein Weiterbildungsprogramm einfließen und somit wiederum zur Fortführung beitragen können (vgl. IP5 235-246). Zudem trägt die Schaffung einer Position, welche mit Gesundheitsagenden betraut ist, dazu bei, dass Gesundheitsförderungsthemen auch in weitere Einrichtungen getragen werden (vgl. IP1 195-202). Shediak-Rizkallah und Bone (1998) zufolge haben Projekte, in denen Personen ausgebildet werden, eine größere Chance nachhaltig zu sein. Diese Personen fungieren als Multiplikator*innen und helfen dabei, die Vorteile des Programmes aufrechtzuerhalten (vgl. Kapitel 3.2.3). Zudem wird in Studien zur Nachhaltigkeit im Schulsetting (Han und Weiss, 2005; McIsaac et al., 2015) der positive Effekt, den die Qualifizierung bzw. ein

Training der Zielpersonen für die (nachhaltige) Implementierung von GF mit sich bringt, betont.

5.3 Kriterien für Nachhaltigkeit

Durch die Frage nach der Einschätzung der Nachhaltigkeit in Projekten, werden in den Gesprächen Kriterien, anhand derer Nachhaltigkeit erkennbar wird, genannt, die im Folgenden näher beschrieben werden. Eine Definition von Nachhaltigkeit wurde nicht vorgegeben, deshalb konnten die Expert*innen hier frei ihr eigenes Verständnis von Nachhaltigkeit einfließen lassen.

5.3.1 Kooperationen und Nachfrage nach Erkenntnissen

Nachhaltigkeit wird nach Einschätzung der Expert*innen einerseits in den Kooperationen und Netzwerken sichtbar, aber auch durch eine andauernde Nachfrage nach Erkenntnissen. Diese äußert sich darin, dass der Projektpartner bzw. Fördergeber nach wie vor als Kompetenzstelle wahrgenommen wird und von den jeweiligen Kindergärten Anfragen zu unterschiedlichen Themen kommen (vgl. IP1 122-143, IP5 74-85, IP8 335-339). Ein Interviewpartner formuliert dies so:

„(...) das was die Nachhaltigkeit ausmacht sind eher die daraus entstandenen Beziehungen und die Folgeaktivitäten die daraus entstehen und ja von daher glaub ich reflektiert das meine Erinnerung (lacht).“ (IP1: 373-376)

5.3.2 Verhältnisänderung und Entwicklung von Zertifizierungen

Weiters werden Veränderungen in den Verhältnissen erwähnt, an denen Nachhaltigkeit erkennbar wird. Beispielhaft wird hier ein Projekt genannt, in welchem gesunde Ernährung durch eine Fortbildung bei der Ernährungsakademie verankert wurde. Strukturelle Veränderungen der Großküche könnten dann bspw. eine Veränderung in den Ernährungsgewohnheiten der Zielpersonen herbeiführen (vgl. IP6 521-533).

Nachhaltigkeit wird aber auch durch die Entwicklung von Zertifizierungen und Standards deutlich. Beispielhaft wird von einem Projekt berichtet, in dem die Überprüfung von Speiseplänen entwickelt wurde und diese zertifizierten Speisepläne nach wie vor in manchen Kindergärten zur Anwendung kommen (vgl. IP8 309-315). In einem anderen Projekt sind die Erkenntnisse in allgemein gültige Standards des Kindergarten-

trägers eingeflossen. Dies begünstigte wiederum die Verbreitung der Erkenntnisse in weitere Kindergärten des Trägers (vgl. IP5 103-109, 395-409).

5.3.3 Gesundheitsbewusstsein und materielle Anschaffungen

Die nachhaltige Wirksamkeit der Maßnahmen wird aber auch an einem gestiegenen Gesundheitsbewusstsein der Zielpersonen erkennbar. Dieses Bewusstsein ist notwendig, um die Maßnahmen auch im Alltag anzuwenden. In den Gesprächen wird auch betont, dass die Fortführung der Maßnahmen auch an den Personen selbst liegt (vgl. IP2 99-103).

„Also es hilft mir sprich diese (...) Gymnastik, die ich da jetzt quasi zur Verfügung gestellt bekomme, nutzt mir nichts, wenn ich nicht diese Übungen, so für mich dann auch ernst nimm und sage okay da habe ich etwas gelernt, das hat mir gut getan und ich schaue jetzt wirklich, dass ich das in den Alltag transferiere und dabei bleibe. Und das ist ja das, was uns immer am allerschwersten fällt, dass man da wirklich das, was man dort einmal gehört hat, was man einmal mitgemacht hat, dass man das einfach auch immer wieder einbaut, ja.“ (IP4: 142-150)

Ein gestiegenes Gesundheitsbewusstsein unter den Mitarbeiter*innen äußerte sich, den Erzählungen einer Expertin zufolge, durch die Entwicklung einer Selbstkompetenz, die es ihnen erlaubte, Maßnahmen für sich einzufordern (vgl. IP5 135-140). In der Führungsarbeit verortet sie eine Veränderung des Blickwinkels, durch den gelernt wurde, auch mit einfachsten Mitteln etwas anzuregen.

„Aber für mich ist es schon so, dass es schon sehr nachhaltig war. Auch für mich selbst jetzt als Regionale Betriebsleitung, die das mitbegleitet hat, weil du auch im Prinzip in andere Häuser mit anderen Überlegungen hineingehst, dass du auch andere Blickwinkeln hast. (...). Ich habe vielleicht nicht diese eine oder andere Ressource zur Verfügung, aber ich kann Manches doch anregen, oder ich kann Manches kann man auch in einer einfachen Art umsetzen.“ (IP5: 547-556)

Ferner zeigt sich Nachhaltigkeit in den materiellen Anschaffungen. Beispielhaft werden die ergonomischen Sitzmöbel erwähnt, die im Rahmen eines Gesundheitsförderungsprojekts angeschafft wurden, und in weiter Folge auf andere Einrichtungen ausgerollt wurden (vgl. IP1 162-171, IP2 92-99, IP4 40-50).

5.4 Effekte der Projektzusammenarbeit

In den Gesprächen lassen sich einige Effekte, welche aus den Projekten bzw. aus den Kooperationen und der Zusammenarbeit mit den Projektpartnern hervorgegangen sind, herausziehen. Der überwiegende Teil der Expert*innen äußerte dabei positive Effekte, die im Folgenden zusammengefasst werden sollen. Diese Kategorie mit samt den Unterkategorien entstand induktiv aus dem Material heraus. Dabei war die nachfolgende Kategorie besonders präsent in den Daten.

5.4.1 Schaffung neuer Positionen/personelle Entwicklung

Aus den vorliegenden Daten geht hervor, dass die Schaffung neuer Positionen und die personelle Entwicklung auch als positiver Effekt des Projektes gesehen werden kann. Ein Experte berichtet von positiven Effekten, die sich durch einen personellen Wechsel der Kindergartenleitung in ein anderes Haus, ergeben können. Diese würden „gelernte“ Inhalte mitnehmen und in Folge dessen profitierten auch die Mitarbeiter*innen davon (vgl. IP1 219-230). In einem weiteren Expert*innengespräch wird die Schaffung neuer Positionen erwähnt. Beispielsweise wurde in einem städtischen Kindertagsträger die Position einer Gesundheitslotsin geschaffen, die als erste Ansprechperson für die Mitarbeiter*innen in Gesundheitsfragen dienen soll. Für diese Stelle werden ElementarPädagog*innen vom „Kinderdienst“ frei gestellt (vgl. IP4 190-241). Zudem bieten die Maßnahmen, die durchgeführt wurden auch Gelegenheiten für persönliche Veränderung, wie an folgendem Zitat einer ehemaligen Kindergartenleitung einer städtischen Einrichtung deutlich wird:

„(...) also ich hab damals im Coaching haben wir auch dann die Überlegung so quasi wo sehen sie sich in 20 Jahren, auch so ein bisschen Ziele, Zielerreichung und wo sehen sie sich in 20 Jahren und da hat man damals auch gesagt, also ich werde sicher nicht bis zur Pensionierung in einem 3-gruppigen Haus bleiben, ich werde mich sicher auch verändern. Wie rasch es dann gegangen ist, das habe ich so schnell für mich nicht erkannt. Aber, das sind dann einfach auch Gelegenheiten, die (du dir nimmst).“ (IP4: 328-335)

5.4.2 Möglichkeiten Neues auszuprobieren und Ideen zu generieren

Die finanzielle Förderung während der Projektlaufzeit bietet einen Rahmen, um Neues auszuprobieren und Ideen zu generieren. Im Prozess der Ideengenerierung sei es den Expert*innen zufolge, besonders wichtig, die Perspektiven vom Projektträger

miteinzubeziehen. Denn durch diese Zusammenarbeit werde der Blickwinkel auf Aspekte gerichtet, die bisher nur wenig Beachtung fanden. Außerdem eigne sich dieses gemeinsame Brainstorming gut, um den individuellen Bedarf eines Kindergartenstandortes zu erheben. Die finanzielle Förderung trage auch dazu bei, dass Neues ausprobiert und umgesetzt werden kann, das vorher nicht so einfach möglich war (vgl. IP5 412-446). In einem anderen Interview wird deutlich, dass die zusätzlichen finanziellen Mittel auch als Chance gesehen wurden, um Maßnahmen wie beispielsweise im Bereich des team building zu implementieren (vgl. IP1 231-239).

5.4.3 Wertschätzung und Aufmerksamkeit

Häufig wird die empfundene Wertschätzung, die die Beschäftigung mit den Themen der Gesundheitsförderung und der daraus resultierenden erhöhten Aufmerksamkeit auf die Arbeit des Kindergartenpersonals mit sich bringt, erwähnt. Eine Expertin erzählt von Arbeitsgruppen-Treffen, in denen belastende Themen, wie bspw. die mangelnde gesellschaftliche Wertschätzung der Arbeit in Kindergärten, aufgegriffen werden und diese Fokussierung wiederum als wertschätzend empfunden wird.

„Das ist wirklich nicht ohne, was die tagtäglich leisten und gegenüber aber dann an Wertschätzung eigentlich bekommen. Da ist ein großer Gap, nach wie vor, in unserer Gesellschaft. Und das versuchen wir auch in Arbeitsgruppen, oder einfach diese Themen aufzugreifen, warum ist das so und die empfinden es als irrsinnige Wertschätzung.“ (IP8: 213-217)

Eine weitere Expertin aus der betrieblichen Gesundheitsförderung berichtet von ähnlichen Effekten, die eine Fokussierung auf die Themen der Pädagog*innen nach sich ziehen kann und formuliert das so:

*„Und man weiß so vieles, wie man mit Kindern umgeht und wie man Kinder betreut, aber es kommt dann irgendwie so ganz nett rüber so endlich schaut einmal einer auf uns Pädagog*innen, sonst tun wir alles für die Kinder, aber jetzt schaut einmal wer auf uns. Also so das ist der Grundtenor.“ (IP8: 225-229)*

5.5 Projektsteuerung aus der Sicht der Förderinstitutionen

In den anschließenden beiden Kapiteln 5.5 und 5.6 werden die Themenkategorien dargestellt, die ausschließlich in den Expert*inneninterviews des zweiten Erhebungsdurchgangs zur Sprache kamen. Dies hat u.a. auch den Grund, da die Interviewpartner*innen in ihrer Rolle als Mitarbeitende für eine fördergebende Institution eine übergreifende Perspektive auf die GF in Kindergärten einnehmen. Um diesen

Unterschied in der Perspektive Rechnung zu tragen, kam hier ein zweiter Leitfaden mit adaptierten Fragen zur Anwendung. Die folgenden Kategorien wurden induktiv aus dem Material heraus gebildet. Die Themen wurden von den Interviewpartner*innen selbst eingebracht.

5.5.1 Projekteinreichung

Häufig werden Steuerungsmöglichkeiten im Entwicklungsverlauf der Projekte erwähnt. Eine Expertin erwähnt, dass sie lediglich zu Beginn in der Projekteinreichungsphase und später in der Steuerungsgruppe die Möglichkeit hätten, das Projekt zu beeinflussen.

„Also wir haben dann eigentlich große Einflussnahme bei der Einreichung und dann wenn wir in der Steuerungsgruppe drinnen sind. Natürlich es müssen dann Berichte geschrieben werden, unterschiedlich von der Laufzeit der Projekte und ein Endbericht muss gelegt werden. Da wird das dann alles offiziell auch abgerechnet. Aber steuern geht es nur über die zwei Instrumente.“ (IP6: 254-260)

Bei der Projekteinreichung geschieht dies einerseits durch Qualitätskriterien der Gesundheitsförderung, mit denen sich die Fördernehmer*innen auseinandersetzen müssen und andererseits durch eine erfolgte Abklärung und Zustimmung der kofinanzierenden Partner im Vorfeld (vgl. IP6 80-113). Auch eine weitere Expertin berichtet von der Möglichkeit Einfluss zu nehmen, indem vorab Vereinbarungen getroffen und von den beteiligten Akteuren unterzeichnet werden müssen. Denn an diese Vereinbarungen wird dann die Bereitstellung weiterer Ressourcen (z.B. finanzielle Unterstützung für weitere Maßnahmen) geknüpft. Die Bewilligung weiterer Maßnahmen hängt auch hier von einer Entsprechung allgemein anerkannter Qualitätskriterien der betrieblichen Gesundheitsförderung ab (vgl. IP7 187-201).

5.5.2 Förderstrategie und Förderbedingungen

Wenn es um die Möglichkeiten geht, die Projekte zu fördern, werden unterschiedliche Bedingungen, aber auch Strategien von den Expert*innen angesprochen. Einerseits sind es die Qualitätskriterien, die erfüllt werden müssen und die in der Entscheidung, ob ein Projekt überhaupt gefördert wird, relevant sind. Darüber hinaus sind es Vereinbarungen, wie beispielsweise eine Nachhaltigkeitsvereinbarung, die getroffen wird und an die sich die Fördernehmer*innen halten müssen, um weitere Ressourcen beziehen zu können (vgl. IP7 187-200, 317-319). Es sind aber auch die Bedingungen

und jeweiligen Förderstrategien, durch die die Projekte und deren Einreichung erleichtert oder auch erschwert werden kann. So berichtet eine Expertin davon, dass die Qualitätskriterien der Gesundheitsförderung auf einige Fördernehmer*innen abschreckend wirken und sie möglicherweise auch an einer Einreichung hindere. Es sei aber auch sinnvoll, dass diese verlangt werden, denn dadurch müssten sie sich auch intensiv mit Gesundheitsförderung auseinandersetzen. Zudem wird die Kofinanzierung als normale Förderstrategie erwähnt, in der ein Partner das Projekt mitfinanziert (vgl. IP6 81-112). Eine weitere Expertin erzählt von einem niedrig schwelligen Förderangebot, welches auch von Assistent*innen und Pädagog*innen selbst beantragt werden kann (vgl. IP8 174-179).

5.5.3 Erfolgreiche Initiierungsphase

Eine erfolgreiche Initiierung der Projekte hängt auch von einigen Bedingungen ab, die von den Expert*innen gleichermaßen beschrieben werden. Damit ein Projekt überhaupt starten kann, ist eine Information und Aufklärung darüber, was es leisten kann notwendig. Eine Expertin berichtet, dass die Informationen beispielsweise über Infostände an Kitaleitertagungen oder auch über die jeweiligen Interessensvertretungen an die Mitarbeiter*innen der Kindergärten weitergetragen werden (vgl. IP7 139-158). Zudem ist die Beratung und Unterstützung in der Antragsphase sinnvoll, denn der Einschätzung einer Expertin zufolge, wüssten viele nicht, wie man ein Projekt umsetzen kann (vgl. IP8 151-156). Weiters wird anhand des folgenden Zitats deutlich, dass erfolgreiche Projekte/Netzwerke, zusätzliche Interessenten generiert und somit eine weitere Ausrollung von Gesundheitsförderung ermöglicht:

„Aber wir sind eben offen für neue Mitglieder, die dazu kommen wollen, was auf alle Fälle die Trägerorganisationen betrifft. Und das spricht sich auch herum. Zum Beispiel die Neuesten die dabei sind, sind die Katholischen Bildungstagesheime, die gesagt haben wir beobachten das jetzt schon eine ganze Zeit lang, was ihr macht, ist ein tolles Angebot, wir wären da gerne mit dabei.“ (IP8: 280-285)

5.6 Entwicklungsverlauf settingorientierter Gesundheitsförderung

Bei der Frage nach der Entwicklung von settingorientierter Gesundheitsförderung in Kindergärten in Österreich wird die Perspektive der Fördergeber*innen deutlich. Alle

Interviewpartner*innen haben umfassende, langjährige Erfahrungen in der Begleitung von setting-orientierten Projekten.

Die Vernetzung wird von allen Interviewpartner*innen als wichtiger Entwicklungsschritt gesehen. Die Form und der Grad der Vernetzung werden jeweils unterschiedlich dargestellt. Eine Interviewpartnerin sieht die Vernetzung in mehreren Ländern als gelungen. Ferner erzählt sie von einem Modellprojekt, welches von ihrer Organisation im Jahr 2010 ausgerufen wurde und in welchem die Verknüpfung von BGF und die setting-übergreifende Arbeit im Vordergrund stand. Dieses Projekt kann wiederum als Initialzündung für die Entstehung weiterer Projekte und auch der Netzwerke, welche sich in den Bundesländern gebildet haben, gesehen werden (vgl. IP6 22-77).

Eine weitere Expertin berichtet vom aktuellen Entwicklungsstand der betrieblichen Gesundheitsförderung in Österreich. Es gibt mittlerweile eine gute Vernetzung in die Länder und die Landesgesundheitsfonds und eine Vernetzung in das Setting Schule, sprich die Ausbildung der Pädagog*innen ist im Aufbau begriffen. Trotz der guten Entwicklung ortet sie jedoch auch Bedarf in der Entwicklung Gesundheitsförderung für Pädagog*innen (vgl. IP7 44-55).

In einem anderen Gespräch wird von einem aktuellen Netzwerk berichtet. Dieses habe sich aus den Erfahrungen mit Vorgänger-Projekten und dem Bedürfnis der unterschiedlichen Kindergartenträger, sich träger-übergreifend auszutauschen, entwickelt. Im Rahmen der Projekte wurde deutlich, dass sich die Mitarbeiter*innen unterschiedlicher Trägereinrichtungen gerne träger-übergreifend zum Thema Gesundheitsförderung austauschen möchten und nicht nur in ihrem eigenen Arbeitssetting. Die Unterschiedlichkeit der Träger erforderte auch eine andere Umsetzungsstrategie. So konnten sie nicht mittels einzelner, vorgefertigter Gesundheitsförderungskonzepte in die Kindergärten vor Ort gehen (vgl. IP8 5-40).

5.7 Handlungs – und Verbesserungsbedarf

Handlungs- und Verbesserungsbedarf wird von allen drei Expert*innen gesehen. Die Entwicklung von setting-orientierter Gesundheitsförderung im internationalen Vergleich wird von einer Expertin als sehr gut eingeschätzt und sie bezeichnet Österreich sogar als „Vorreiter“. Zum einen gebe es keine vergleichbaren Projekte, die das kommunale Setting, die BGF und das Setting Kindergarten verbinden und zum ande-

ren gibt es eine gute Vernetzung sowie eine rechtliche Basis für Gesundheitsförderung in Österreich (vgl. IP6 292-301, 373-376). Im Gegensatz zu Deutschland wird für Österreich von einer weiteren Expertin ein erheblicher Entwicklungsbedarf konstatiert. Denn ihrer Ansicht nach werde dort auch *Forschungsarbeit* und nicht nur Projektarbeit betrieben (vgl. IP8 405-408).

Beide Expert*innen sehen einen Handlungsbedarf in der *Aufklärungs- bzw. Bewusstseinsbildungsarbeit* hinsichtlich Gesundheitsförderung. In den Gesprächen wird auch das mangelnde Bewusstsein über die Relevanz von Gesundheitsförderung unter den politischen Akteuren einerseits und unter den Kindergartenträgern und den Mitarbeiter*innen andererseits beklagt (vgl. IP6 647-651, IP8 429-434).

Das mangelnde Bewusstsein verortet eine Expertin in Bezug auf die Relevanz der Tätigkeit, aber auch hinsichtlich des Kindergartens als erste Bildungseinrichtung und der Möglichkeit, das Gesundheitsverhalten dementsprechend zu steuern. Denn im Setting Kindergarten lassen sich nicht nur die Kinder gut erreichen, sondern zumeist auch noch die Eltern. Das mangelnde Bewusstsein für die Relevanz der Tätigkeit ortet sie jedoch auch unter den Mitarbeiter*innen und den Trägern selbst. Diese wüssten oftmals nicht, welche wichtige Arbeit sie leisten und deshalb sollten sie auch gestärkt und empowert werden, in dem was sie tun.

„Was mir schon ein Anliegen ist, wo ich mir manchmal nicht sicher bin, ob das wirklich schon so präsent ist oder in den Köpfen angekommen ist, dass das Setting Kindergarten schon als erste öffentliche Einrichtung oder so als erste Stufe im Bildungswesen wirklich ganz viel Potenzial birgt für Gesundheitsförderung. (...). Und manchmal, wir sind gut unterwegs und es ist schon bekannt, aber ich glaube, das ist das was ich mit Wertschätzung zuvor auch gemeint habe, dass das wirklich schon überall angekommen ist, wie wesentlich diese Einrichtung eigentlich wirklich ist, da bin ich mir unsicher.“ (IP8: 416-428)

Weiterer Handlungsbedarf wird auch in der verstärkten *Zusammenarbeit und Vernetzung* der relevanten Akteure gesehen. Eine Expertin erwähnt hierbei die Gemeinde und das Land, welche die Dienstnehmer*innen bereitstellen, aber auch Elterninteressengemeinschaften könnten sich hier beteiligen (vgl. IP 323-332). In einem weiteren Gespräch wird der Wunsch nach einem bundesweiten Vernetzungstreffen geäußert, wo sich Expert*innen der Gesundheitsförderung regelmäßig austauschen können (vgl. IP8 368-394).

Des Weiteren wird das Fehlen *finanzieller Mittel* für die Aus- und Weiterbildung sowie das *Fehlen zeitlicher Ressourcen* gleichermaßen beklagt (vgl. IP7 325-327). Eine Expertin äußert sich in Hinblick auf zeitliche Ressourcen folgendermaßen:

„Und man denkt sich oft, ja ist ein super Angebot und was man nicht alles machen könnte und da ist ein Gesundheitsförderungskonzept und das könnte man vielleicht umsetzen und und und. Aber wenn die nicht einmal die Ressourcen haben, weiß ich nicht, um auf das Händewaschen zu achten oder weiß ich nicht, dass die kleinen Kinder gut versorgt sind, Wickeln was auch immer. Wenn diese Ressourcen nicht vorhanden sind und Grundbedürfnisse nicht gedeckt sind, dann ist alles darüber hinaus schwierig.“ (IP8: 437-444).

5.8 Diskussion und Ausblick

Die eingangs gestellte Teilforschungsfrage *„Welche Gelingensbedingungen und Stolpersteine lassen sich aus den Erfahrungen der Expert*innen mit den verschiedenen Projekten ableiten?“* kann mithilfe der empirischen Ergebnisse aus dem Kapitel 5 beantwortet werden. Dabei wurde in dieser Arbeit die analytische Unterscheidung zwischen der Umsetzung im Projekt und der Nachhaltigkeit getroffen. Im Zuge der Analyse wurde jedoch deutlich, dass einige Aspekte, die sich in der Umsetzung als bedeutend erwiesen, auch für die Nachhaltigkeit wichtig sind und daher auch nicht scharf voneinander getrennt werden können. Um einen strukturierten Überblick zu bieten, hat sich die Autorin jedoch für eine getrennte Form der Darstellung entschieden.

Förderliche Aspekte, welche von den Expert*innen zumeist genannt wurden waren: 1) finanzielle und zeitliche Ressourcen, 2) die Anschlussfähigkeit der Maßnahmen ans Setting, 3) subjektive Faktoren und feel good-Faktoren und 4) Qualifizierung und der Transfer von Gelerntem in Alltag. Als hinderlich wurde in diesem Zusammenhang genannt: 1) Zeitmangel, Personalmangel und Personalfluktuations, 2) die mangelnde Integrierbarkeit der Maßnahmen in den Alltag, 3) mangelnde Veränderungsbereitschaft und Engagement auf Seiten der Zielpersonen und 4) mangelndes Bewusstsein für Gesundheit bzw. Gesundheitsförderung auf Seiten der (politischen) Entscheidungsträger. Eine detaillierte Kurzbeschreibung dazu findet sich in der nachfolgenden Tabelle 5. Für einen vertiefenden Einblick zu den Subkategorien/Aspekten, soll hier auf das Kapitel 5.1 verwiesen werden.

Phase der Maßnahmenimplementierung	
Förderliche Aspekte	Hinderliche Aspekte
Finanzielle und Zeitliche Ressourcen	Zeitliche Ressourcen, Personalmangel
<u>Anschlussfähigkeit der Maßnahmen:</u> ➤ Bedarfs- und bedürfnisorientiert ➤ Alltag integrierbar	Mangelnde Integrierbarkeit der Maßnahme in den Arbeitsalltag
<u>Subjektive Faktoren:</u> ➤ Veränderungsbereitschaft und Engagement ➤ Bewusstsein für Gesundheitsförderung (Entscheidungssträger) <u>feel good-Faktoren:</u> ➤ Wertschätzung und Anerkennung ➤ Beziehungsaufbau ➤ Partizipation	➤ Mangelnde Veränderungsbereitschaft, mangelndes Engagement ➤ Mangelndes Bewusstsein für GF
Qualifizierung und Weiterbildung	
<u>Transfer von Gelerntem in Alltag:</u> ➤ Stufenweiser Lernprozess ➤ Bewusstsein für die Wirksamkeit der Maßnahmen schaffen	

Tabelle 5: Übersicht über förderliche und hinderliche Aspekte in der Implementierung, Eigene Darstellung

Die weitere Teilforschungsfrage „*Welche Bedeutung hat Nachhaltigkeit in der Implementierung settingorientierter Gesundheitsförderung aus Expert*innensicht?*“ lässt sich einerseits mit Rückgriff auf die förderlichen und hinderlichen Aspekte der Nachhaltigkeit (siehe Kapitel 5.2) und andererseits mit einem Blick auf die Kriterien für Nachhaltigkeit (siehe Kapitel 5.3) beantworten. Insgesamt kommt dem Aspekt der Nachhaltigkeit ein großer Stellenwert zu, damit langfristig gesehen viele Personen im Setting Kindergarten von den Forschungsergebnissen einzelner Projekte profitieren können. Dabei ist es wichtig, dass hierfür auch alle Akteure mitwirken und die Rahmenbedingungen sichergestellt werden.

Als förderlich für eine nachhaltige Implementierung erwiesen sich folgende Aspekte, die in der anschließenden Tabelle 6 detaillierter beschrieben sind: 1) ausreichend finanzielle und materielle Ressourcen: eine lange Finanzierungsdauer ist besonders geeignet, um eine Nachhaltigkeit zu erzielen, 2) Rahmenbedingungen: die persönlichen Überzeugungen der Führung, Kooperationen sowie ein Wissens- und Informationstransfer zu den Erkenntnissen aus dem Projekt, 3) die bedarfs- und bedürfnis-

orientierte Umsetzung der Maßnahmen und 4) Weiterbildung und die personelle Entwicklung der Zielpersonen. Nachhaltigkeit wird im Kindergarten u.a. durch die Entwicklung von Zertifizierungen, der Kooperationen und Netzwerke sowie einem gesteigerten Gesundheitsbewusstsein unter den Zielpersonen erkennbar (vgl. Kapitel 5.3).

Nachhaltige Implementierung	
Förderliche Aspekte	Hinderliche Aspekte
Finanzielle und Materielle Ressourcen	Kurze Finanzierungszeit
<u>Rahmenbedingungen:</u> ➤ Persönliche Überzeugungen der Führung zum Nutzen der GF und Unterstützung durch Dienstgeber ➤ Kooperationen (mit Förderungsinstitutionen, Kindergartenträgern, etc.) ➤ Informations- und Wissenstransfer	
Bedarfs- und Bedürfnisorientierte Umsetzung der Maßnahmen	Maßnahmen, die nach der „Gießkanne“ erfolgen
Weiterbildung und Personelle Entwicklung	

Tabelle 6: Übersicht über förderliche und hinderliche Aspekte in der nachhaltigen Implementierung, Eigene Darstellung

Im Hinblick auf die Beantwortung der Gesamtforschungsfrage „**Wie wird settingorientierte Gesundheitsförderung aus Expert*innensicht (erfolgreich) im Kindergarten implementiert?**“ lässt sich folgendes festhalten: Um settingorientierte Gesundheitsförderung erfolgreich und vor allem auch nachhaltig umsetzen zu können, müssen mehr Aspekte im Prozess der Umsetzung einerseits, aber auch in der Projektsteuerung durch die fördernden Institutionen andererseits, berücksichtigt werden. Dabei kann der Prozess der Umsetzung nicht klar vom Prozess der Nachhaltigkeit getrennt werden, was auch in der Ergebnisdarstellung deutlich wurde. Sichtbar wurde auch, dass die fördernden Stellen der GF den Implementierungsprozess erheblich mitgestalten (siehe Tabelle 7). Dies erfolgt zum einen in der Projekteinreichung durch das Verlangen von GF-Qualitätskriterien sowie in der Initiierungsphase durch spezielle Informationen zum Projekt. Zum anderen kann der Implementierungsprozess durch spezifische Förderbedingungen und Strategien gesteuert werden.

Projektsteuerung aus der Sicht der Förderstellen		
Phase der Einreichung	Förderstrategie und Förderbedingungen	Initiierungsphase
➤ Qualitätskriterien (BGF, oder GF-Kriterien nach FGÖ) ➤ Verbindliche Vereinbarungen (z.B. Zustimmung vom kofinanzierenden Partner)	➤ Einhalten der Qualitätskriterien ➤ Eingehen von Partnerschaften mit Kofinanzierung ➤ Förderangebot (z.B. möglichst niederschwellig)	➤ Informationen bzw. Präsentationen zum Projekt ➤ Beratung und Unterstützung in der Antragsphase

Tabelle 7: Projektimplementierung aus der Sicht der Förderstellen, Eigene Darstellung

In Bezug auf die theoretische Teilforschungsfrage „*Welche Projekte zu settingorientierter Gesundheitsförderung im Kindergarten haben sich in den letzten 10 Jahren in Österreich entwickelt?*“ kann festgehalten werden, dass bereits einige Projekte, die dem Settingansatz folgen (genaue Projektbeschreibungen siehe Kapitel 3.2.1) in Österreich durchgeführt wurden. Die Expert*innen konstatieren hier noch erheblichen Handlungs- und Verbesserungsbedarf, deren Argumente hier kurz zusammengefasst werden (s. Kapitel 5.7):

- Bewusstseins- und Aufklärungsarbeit hinsichtlich Gesundheitsförderung: bei Kindergartenträger,
- Mehr Forschungsarbeit
- Vernetzung und Zusammenarbeit der relevanten Akteure: z.B.: Gesundheitsförderungsexpert*innen, Kindergartenträger, politische Akteure
- Mehr finanzielle Mittel für Ausbildungen und Weiterbildungen

Im Anschluss an die vorliegende Arbeit und im Hinblick zukünftiger Forschung, wäre die Perspektive des Personals hinsichtlich der förderlichen und hinderlichen Aspekte, die es in der (nachhaltigen) Implementierung wahrnimmt, interessant. Weiters ergab sich im Forschungsprozess die Frage, wie die Mitarbeiter*innen, aber auch die Führung, ihre eigene Rolle in der Umsetzung der Maßnahmen wahrnehmen. Denn es gab im Auswertungsprozess, aber auch in den Studien zum Schulsetting einige Hin-

weise darauf, dass ihr Engagement für eine nachhaltige Implementierung der Maßnahmen besonders relevant ist. Zu guter Letzt wäre das Einbeziehen der Perspektiven weiterer Kindergartenträger wichtig, um die erreichten Ziele noch weiter auszubauen.

6 Limitationen und Methodologische Reflexion

In der vorliegenden Arbeit ergeben sich einige Limitationen hinsichtlich des methodischen Vorgehens. Die Stichprobenauswahl im Rahmen eines theoretischen Samplings konnte nur teilweise, vorrangig im ersten Erhebungsdurchgang, durchgeführt werden. Im zweiten Durchgang war für die Auswahl entscheidend, welche Personen sich zur Teilnahme an den Interviews bereit erklärt haben. So ist es denkbar, dass Personen, die tendenziell positive Erfahrungen mit der Implementierung gemacht haben, eher der Teilnahme an einem Interview zustimmten.

Bei ausreichenden zeitlichen Ressourcen wäre es durchaus möglich gewesen, die Perspektive der Kindergartenträger*innen miteinzubeziehen. In den Interviews selbst kam es möglicherweise zum Effekt der sozialen Erwünschtheit, da die Interviewten eher von förderlichen als von hinderlichen Aspekten berichteten. Es ist daher davon auszugehen, dass der Implementierungsprozess nicht immer vollständig dargestellt wurde. Darüber hinaus kam es auch zu einem Erinnerungsbias, da die implementierten Projekte in einigen Fällen schon länger zurücklagen und manche Interviewten hier nicht mehr vollständig auf die Erinnerung der Erfahrungen in diesem Prozess zurückgreifen konnten. Deutlich wurde dies vor allem bei IP5 (siehe Kapitel 4.2.4 auf S. 66). Ferner soll hier noch einmal auf die begrenzte Generalisierbarkeit der Ergebnisse hingewiesen werden. Für einen umfassenden, systematischen Vergleich wäre eine Auswahl zusätzlicher Projekte und damit auch mehrerer Interviewpartner*innen notwendig gewesen. Dies war in dieser Masterarbeit aus forschungsökonomischen Gründen nicht möglich.

Wie bereits im Kapitel 4.2.1 hingewiesen wurde, mussten das Forschungsdesign und die Forschungsfragen, aufgrund von Hindernissen in der Phase des Feldeinstiegs, adaptiert werden. Diesen missglückten Versuch des Feldeinstiegs führt die Autorin dieser Arbeit auf mehrere, hier kurz dargestellte Aspekte, zurück: Die MA-10 rückte in den letzten Jahren durch verschiedenste Vorfälle (wie beispielsweise die angeblich

mangelhafte Qualität in islamischen Kindergärten sowie Förderbetrug) verstärkt in den Fokus medialer Aufmerksamkeit (DiePresse 2016; 2019, www). In diesem Zusammenhang sah man sich auch mit dem Vorwurf der mangelnden Kontrolle konfrontiert. Ausgelöst durch diese externe Kritik ist es vorstellbar, dass das Unternehmen in der Folge möglicherweise mit einer Verschließung nach außen reagiert hat, um nicht noch mehr Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen. Zudem liegt die Vermutung nahe, dass die externe von der MA-10 nicht beauftragte Evaluation, als Kontrolle verstanden wurde.

Trotz der Limitationen und methodischen Herausforderungen konnten durch die vorliegende Masterarbeit vertiefende Einblicke in den Prozess der Implementierung von settingorientierter Gesundheitsförderung im Kindergarten gegeben werden. Zudem werden Überschneidungen, aber auch Ergänzungen zu bereits bestehenden Studien sichtbar. So spielen im Kindergarten, wie auch im Schulsetting subjektive Faktoren wie das Bewusstsein für Gesundheitsförderung (z.B. politische Entscheidungsträger, Zielpersonen), die Überzeugungen der Führung oder der Entscheidungsträger*innen sowie sogenannte „feel-good“-Faktoren (z.B. empfundene Wertschätzung, Beziehungsaufbau) eine wesentliche Rolle in der erfolgreichen Implementierung von Gesundheitsförderung. Ebenso ist die Bedarfs- und Bedürfnisorientierung der Maßnahmen für eine (nachhaltige) Implementierung wichtig. Die Erkenntnisse verweisen zudem auf die Bedeutung der individuellen Veränderungsbereitschaft für eine Fortführung der Maßnahmen. Insbesondere die kontinuierliche Kommunikation über den Projektverlauf scheint, für einen erfolgreichen Implementierungsprozess unerlässlich zu sein. Dabei verweisen die Erkenntnisse auf die Bedeutung informeller Kommunikationsstrukturen für den Prozess des Wissenstransfers. Aber auch die Kooperation mit wichtigen Partnern scheint eine nicht unwesentliche Rolle zu spielen, um auch Nachhaltigkeit zu gewährleisten. Wie bereits in Studien deutlich wurde, sind auch die Qualifizierung und die personelle Entwicklung der Zielpersonen wichtig, um GF erfolgreich, also nachhaltig zu implementieren. Vor allem ein stufenweiser Lernprozess wird in einem erfolgreichen Transfer von Gelerntem in den Alltag hervorgehoben.

Aber auch die behutsame Begleitung und Beratung durch die Fördergeber*innen in unterschiedlichen Phasen des Projektes scheint besonders wichtig zu sein. Diese stecken gewissermaßen den Rahmen, wie GF stattfinden kann/soll und sind somit ein wesentlicher Impulsgeber im Projektverlauf. Zudem steuern sie durch ihre spezi-

fischen Förderstrategien und Bedingungen die Entwicklung. Insgesamt spielen aber auch die Dienstgeber und politischen Entscheidungsträger eine wichtige Rolle, da sie die finanziellen Mittel für Förderungen bereitstellen.

Auch in dieser Arbeit werden die tragenden Elemente des Settinangansatzes, wie die Partizipation Aller sowie ein Empowerment, aber auch die Umsetzungsstrategie der Organisationsentwicklung als relevante Grundpfeiler, erkannt. Abermals wird deutlich, dass Gesundheitsförderung, welche an der Veränderung von Verhalten und den Verhältnissen ansetzt, am effektivsten und effizientesten zu sein scheint. Darüber hinaus können durch die Berücksichtigung der beschriebenen Aspekte und dem Aufgreifen der Barrieren in diesem Feld, sowohl die Mitarbeiter*innen, als auch die Kinder und Eltern enorm von Gesundheitsförderung im Kindergarten profitieren.

7 Quellenverzeichnis

- Altgeld Thomas (2004): Expertise. Gesundheitsfördernde Settingansätze in benachteiligten städtischen Quartieren. Im Auftrag der Regiestelle des E&C der Stiftung SPI. Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.
- Altgeld Thomas und Kolip Petra (2014): Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Klaus Hurrelmann; Theodor Klotz und Haisch Jochen (eds): *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern: Hans Huber.
- Aue Dr. Katja; Eichner Mirko; Grünewald-Funk Dr. Dorle et al. (2015): Schritt für Schritt zur gesundheitsfördernden Kita. Praxisleitfaden für pädagogische Fachkräfte. Plattform Ernährung und Bewegung e.V.
- Barić Leo und Conrad Günter (1999): *Gesundheitsförderung in Settings: Konzept, Methodik und Rechenschaftspflichtigkeit zur praktischen Anwendung des Settingsansatzes der Gesundheitsförderung*. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2016). Österreichischer Kinder- und Jugendgesundheitsbericht: Ergebnisbericht. Wien.
<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Kinder--und-Jugend-gesundheit/Kinder--und-Jugendgesundheitsbericht.html> (29.05.2019).
- BMGF (2016): Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen des Bundes– Zielsteuerungsvertrags. Aktualisierte Fassung 2016. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien.
[https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-\(Zielsteuerung-Gesundheit\)/Gesundheitsfoerderungsstrategie-im-Rahmen-des-Bundes-Zielsteuerungsvertrags.html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-(Zielsteuerung-Gesundheit)/Gesundheitsfoerderungsstrategie-im-Rahmen-des-Bundes-Zielsteuerungsvertrags.html) (17.05.2019).
- BMASGK, Gesundheit und Gesundheitsförderung; Gesundheitsdefinition der WHO 1948:
https://www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/Gesundheitsfoerderung/Gesundheitsfoerderung_Praevention/Gesundheit_und_Gesundheitsfoerderung (16.05.2019).
- Bogner Alexander und Menz Wolfgang (2002): Das theoriegenerierende Experteninterview. Erkenntnisinteresse, Wissensform, Interaktion. In: Bogner; Alexander; Littig; Beate und Menz Wolfgang (eds): *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung*. Opladen: Leske + Budrich.
- Brandes Sven und Stark Wolfgang (2011): Empowerment/Befähigung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)(Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, Neuausgabe. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung: 57-60.
- Bukovski, Angelika (2013). Modellprojekt „Kibi der Zukunft“ – Gesundheitsförderung im Setting Kindergarten. <https://fgoe.org/projekt/gesunder-kindergarten-0> (10.02.2020).
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung/BZgA (Hrsg.). (2002). „Früh übt

sich“ Gesundheitsförderung im Kindergarten: Impulse, Aspekte und Praxismodelle.

www.kinderumweltgesundheit.de/index2/pdf/aktuelles/10041_1.pdf
(29.05.2019).

BZgA. Über Uns. <https://www.bzga.de/ueber-uns/> (10.06.2020).

BZgA. (Hrsg.). (2001). Gesundheitsförderung im Kindergarten.
<https://www.bzga.de/infomaterialien/fachpublikationen/konzepteconcepts/band-3-gesundheitsfoerderung-im-kindergarten/> (10.06.2020).

Dadaczynski Kevin; Baumgarten Kerstin und Hartmann Thomas (2016): Settingbasierte Gesundheitsförderung und Prävention. *Prävention und Gesundheitsförderung* (11): 214-221.

Die Presse: Stadt Wien Skandale um Kindergarten.
<https://www.diepresse.com/5143731/stadt-wien-skandale-um-kindergarten>
(02.06.2020)

DiePresse: Kindergarten Chef soll Fördergeld abgezweigt haben.
<https://www.diepresse.com/5732283/kindergarten-chef-soll-fordergeld-abgezweigt-haben> (02.06.2020)

Engelmann Fabian und Halkow Anja (2008): *Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung: Genealogie, Konzeption, Praxis, Evidenzbasierung*. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Forschungsschwerpunkt Bildung, Arbeit und Lebenschancen, Forschungsgruppe Public Health.

Felder-Puig Rosemarie (2011): Ist schulische Gesundheitsförderung bzw. die Gesundheitsfördernde Schule "wirksam"? In: Dür Wolfgang und Felder-Puig Rosemarie (eds): *Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung*. Bern: Hans Huber, 291-298.

Fond Gesundes Österreich (FGÖ). *Glossar/Nachhaltigkeit*.
<https://fgoe.org/glossar/nachhaltigkeit> (14.02.2020).

Fond Gesundes Österreich (FGÖ). *Grundprinzipien der Gesundheitsförderung*.
[https://fgoe.org/Grundprinzipien der Gesundheitsfoerderung](https://fgoe.org/Grundprinzipien_der_Gesundheitsfoerderung) (14.02.2020).

Fixsen Dean L; Naoom Sandra F; Blase Karen A et al. (2005): *Implementation research: A synthesis of the literature*. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network.

Flick Uwe (2010): *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Froschauer Ulrike und Lueger Manfred (2003): *Das qualitative Interview*. Wien: Facultas WUV.

Froschauer Ulrike und Lueger Manfred (2009): *Interpretative Sozialforschung: Der Prozess*. Wien: Facultas WUV.

- Geene Raimund; Richter-Kornweitz Antje; Strehmel Petra et al. (2016): Gesundheitsförderung im Setting Kita. *Prävention und Gesundheitsförderung* (11): 230-236.
- Gläser Jochen und Laudel Grit (2009): *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse: als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen*. Wiesbaden: Springer-Verlag.
- Government of Newfoundland and Labrador. Kindergarten Health Curriculum Guide. <https://www.gov.nl.ca/eecd/k12/curriculum/guides/health/> (20.05.2019).
- Green, Lawrence W., Poland, Blake, Rootman, Irving (2000): The Settings Approach to Health Promotion. In: Green, Lawrence W., Poland, Blake, Rootman, Irving, (Eds.) (2000): *Settings for Health Promotion: Linking Theory and Practice*. Sage Publications: Newbury Park, 1-43.
- Grossmann Ralph (1996): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung - Organisationsentwicklung der Gesundheitsförderung in Österreich. In: Jürgen M. Pelikan und Lobnig Hubert (eds): *Gesundheitsförderung in Settings: Gemeinde, Betrieb, Schule und Krankenhaus*. Wien: Facultas-Universitätsverlag.
- Grossmann Ralph und Scala Klaus (1994): *Gesundheit durch Projekte fördern: ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement*. Weinheim, München: Juventa.
- Gruen Russell L; Elliott Julian H; Nolan Monica L et al. (2008): Sustainability science: an integrated approach for health-programme planning. *The Lancet* (372): 1579-1589.
- Gumpoldsberger Harald (2018): *Kinder-Tagesheimstatistik 2017/18*. Wien: Statistik Austria.
- Hackl Marion; Geserick Christine; Hannes Caterina et al. (2015): Besonderheiten und Herausforderungen des Arbeitsalltags im Kindergarten und Kindergrippe. In: Arbeiterkammer Wien; AK NÖ; AK Kärnten et al. (eds). Wien: Österreichisches Institut für Familienforschung.
- Han Susan S. und Weiss Bahr (2005): Sustainability of teacher implementation of school-based mental health programs. *Journal of abnormal child psychology* (33): 665-679.
- Hartung Susanne und Rosenbrock Rolf (2015): Settingansatz/Lebensweltansatz. <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/settingansatz-lebensweltansatz/> (23.05.2019).
- Hartung Susanne (2011). Partizipation-Eine relevante Größe für individuelle Gesundheit? Auf der Suche nach Erklärungsmodellen für Zusammenhänge zwischen Partizipation und Gesundheit. WZB Discussion Paper.
- Haydn Gerlinde und Fendt Christian (2015): *Elementare Bildung und Betreuung in Wien*. Statistik Journal Wien. Vienna: MA 23 - Wirtschaft, Arbeit, Statistik.
- Hölling Heike; Schlack Robert; Kamtsiuris Panagiotis et al. (2012): Die KiGGS-Studie. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* (55): 836-842.

- Hurrelmann Klaus (2006): *Einführung in die Sozialisationstheorie*, 9th ed. Weinheim: Beltz Verlagsgruppe.
- Hümmelink, Mathias (2014). Endbericht zum Projekt „Gesunde Kinderbetreuungseinrichtung Wien“. <https://fgoe.org/projekt/gesunde-kinderbetreuungseinrichtung-wien> (10.02.2020)
- Kliche Thomas (2008): *Prävention und Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten: Eine Studie zu Determinanten, Verbreitung und Methoden für Kinder und Mitarbeiterinnen*. Weinheim: Juventa.
- Kühl Stefan (2011): *Organisationen: eine sehr kurze Einführung*. Wiesbaden: Springer-Verlag.
- Lister-Sharp D.; Chapman S.; Stewart-Brown S. et al. (1999): Health promoting schools and health promotion in schools: two systematic reviews. *Health Technol Assess.* 3(22): 1-207.
- Loss Julika; Warrelmann Berit und Lindacher Verena (2016): Gesundheitsförderung: Idee, Konzepte und Vorgehensweisen. In: Richter M., Hurrelmann K. (eds): *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*. Wiesbaden: Springer, 435-449.
- Lueger Manfred (2010): *Interpretative Sozialforschung: Die Methoden*. Wien: Facultas WUV.
- Mclsaac Jessie-Lee D; Mumtaz Zubia; Veugelers Paul J et al. (2015): Providing context to the implementation of health promoting schools: A case study. *Evaluation and program planning* (53): 65-71.
- Meuser Michael und Nagel Ulrike (2002): ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht. In: *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung*. Opladen: Leske + Budrich, 71-95.
- Pelikan Jürgen M. (2007): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. *Prävention und Gesundheitsförderung* (2): 74-81.
- Pelikan Jürgen M. (2009): Ausdifferenzierung von spezifischen Funktionssystemen für Krankenbehandlung und Gesundheitsförderung oder: Leben wir in der „Gesundheitsgesellschaft“? *Österreichische Zeitschrift für Soziologie* (34): 28-47.
- Pelikan Jürgen M (2011): Zur Entwicklung eines gesundheitsfördernden Settings. In: Dür W., & Felder-Puig R.: *Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung* (S. 63: 72). Bern: Verlag Hans Huber.
- Pieck Nadine (2010): Prämissen der Betrieblichen Gesundheitsförderung – ein Überblick. In: Faller, Gudrun (Hrsg.): *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung*. Bern, S. 105-111.
- Richter-Kornweitz Antje und Altgeld T (2015): *Gesunde Kita für alle. Leitfaden zur Gesundheitsförderung im Setting Kindertagesstätte*. Broschüre. LVG, Berlin, Hannover.

- Richter Matthias und Hurrelmann Klaus (2016): Die soziologische Perspektive auf Gesundheit und Krankheit. In: Richter Matthias und Hurrelmann Klaus (eds): *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 1-19.
- Richter Matthias und Hurrelmann Klaus (2018): Determinanten von Gesundheit. *BZgA (Hrsg.): Leitbegriffe*. doi:[10.17623/BZGA:224-i008-1.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:224-i008-1.0)
- Rohrauer-Näf Gerlinde und Waldherr Karin (2018): Gesundheitsförderung 6: Österreich, *BZgA (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention*, Köln. doi:10.17623/BZGA:224-E-Book-2018
- Rosenbrock Rolf (2015): Prävention in Lebenswelten—der Setting-Ansatz. *Z Allg Med* (91): 213-219. doi:10.3238/zfa.2015.0213–0219.
- Scheirer Mary Ann und Dearing James W. (2011): An Agenda for Research on the Sustainability of Public Health Programs. *American Journal of Public Health* (101): 2059-2067.
- Schell Sarah F.; Luke Douglas A.; Schooley Michael W. et al. (2013): Public health program capacity for sustainability: a new framework. *Implementation Science* (8): 15.
- Schreyer Inge; Krause Martin; Brandl Marion et al. (2014): AQUA - Arbeitsplatz und Qualität in Kitas. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. München: Staatsinstitut für Frühpädagogik, IFP.
- Schultes Marie-Therese; Först Nora; Hüller Karin et al. (2014): Evaluationsbericht des Projekts "Gesunder Kindergarten". Wien (unveröffentlicht).
- Shediac-Rizkallah Mona C und Bone Lee R (1998): Planning for the sustainability of community-based health programs: conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy. *Health education research* (13): 87-108.
- St Leger Lawrence (2005): Questioning sustainability in health promotion projects and programs. *Health Promotion International*, Vol. 20 (4): 317-319.
- Steenbock B; Pischke CR; Schönbach J et al. (2015): Wie wirksam sind ernährungs- und bewegungsbezogene primärpräventive Interventionen im Setting Kita? *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* (58): 609-619. doi:10.1007/s00103-014-2100-7
- Steenbock Berit; Zeeb Hajo; Liedtke Stefanie et al. (2016): Ergebnisse der Prozessevaluation eines Programms zur Gesundheitsförderung von 3-bis 6-jährigen Kita-Kindern: „JolinnenKids—Fit und gesund in der Kita “. *Prävention und Gesundheitsförderung* (11): 12-19. doi:10.1007/s11553-015-0520-3
- Strübing Jörg (2018): *Qualitative Sozialforschung: Eine komprimierte Einführung für Studierende*. Berlin: Walter de Gruyter Verlag.
- Viernickel Susanne; Voss Anja; Mauz Elvira et al. (2014): Gesundheit am Arbeitsplatz Kita. Ressourcen stärken, Belastungen mindern. *Prävention in NRW*, 55.

Wells Jane; Barlow Jane und Stewart-Brown Sarah (2003): A systematic review of universal approaches to mental health promotion in schools. *Health Education* (103): 197-220.

WHO (1998) Health promotion glossary. WHO, Geneva.
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/64546/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf?sequence=1WHO%201947 (16.05.2019).

WHO (1986) Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. In: *International Conference on Health Promotion*. Geneva.
http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf (21.05.2019).

WiG (2018). Charta des Netzwerks Gesund im Wiener Kindergarten.
<https://www.wig.or.at/Charta%20des%20Netzwerks%20Gesund%20im%20Wiener%20Kindergarten.2262.0.html#parent=kindergarten> (30.05.2019).

WiG (2018). Gesund im Wiener Kindergarten.
<https://www.wig.or.at/Gesund%20im%20Wiener%20Kindergarten.1548.0.html#parent=kindergarten> (10.02.2020).

Wright T. Michael; Block Martina; Unger von Hella (2008). Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung bei Sozial Benachteiligten. <http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de/partizipation/stufen-der-partizipation.html> (14.02.2020).

Zimmer Renate (2002): Der Kindergarten als Setting der Gesundheitsförderung. "Früh übt sich". Gesundheitsförderung im Kindergarten. Impulse, Aspekte und Praxismodelle. *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung* (16): 46-55

8 Anhang

8.1 Leitfaden

In der vorliegenden Arbeit wurden zwei Leitfäden entwickelt. Einer richtete sich an die Projektbeteiligten des Projektes „Gesund im Wiener Kindergarten“ und wurde in der ersten Erhebungsphase eingesetzt (IP1-IP5). Der zweite Leitfaden war an die Vertreter*innen unterschiedlicher Förderungseinrichtungen für Gesundheitsförderung adressiert (IP6-IP8). Aufgrund der unterschiedlichen Rollen und Funktionen in der Implementierung von Settingorientierter Gesundheitsförderung im Kindergarten, mussten auch die Leitfäden dementsprechend angepasst werden. Wie im Methodenkapitel bereits erwähnt, wurde im Gespräch der Fokus auf immanentes Nachfragen gerichtet, um so eine „natürlichere“ Gesprächsatmosphäre zu erzeugen. Deshalb wurden auch die Fragen des Leitfadens flexibel gehalten und unterschiedliche Themenschwerpunkte im Gesprächsverlauf gesetzt.

8.1.1 Leitfaden für Projektbeteiligte des Projekts „Gesund im Wiener Kindergarten“

Einstiegsfrage(n)

Könnten Sie zum Einstieg vielleicht einfach Mal schildern, was Ihre Aufgaben im Pilotprojekt „Gesunder Kindergarten in Wien“ waren?

Wie ist es zum Projekt „Gesunder Kindergarten in Wien“ gekommen?

Hauptteil

Welche Projektziele standen seitens ihrer Organisation X im Vordergrund?

Wie wurden diese Ziele entwickelt?

Welche Akteure waren daran beteiligt?

Gab es Vorgaben? Wenn ja, von welcher Seite und wie sahen die im Detail aus?

An welchen Konzepten (Gesundheit, Gesundheitsförderung) haben sie sich orientiert?

Wie würden Sie rückblickend die „Nachhaltigkeit“ in diesem Projekt einschätzen?

Auf welchen Ebenen lässt sich diese verorten?
Was war förderlich in diesem Prozess?
Wie wurde diese gefördert?
Fallen Ihnen Beispiele ein, in denen dies besonders gut gelungen ist?

Wenn nachhaltige Strukturen erwähnt werden:

Wie habt ihr das geschafft, dass das geblieben ist?
Können Sie dazu ein paar Beispiele nennen?

Wenn Probleme angesprochen werden:

Was ist schief gelaufen?
Was waren die Erwartungen?
Was wirkte sich hinderlich aus?

Wie ist es nach Abschluss des Projekts weitergegangen?
Welche Folgewirkungen hat das Projekt nach sich gezogen?
Was hat sich seit seitdem verändert?

Wenn die Veränderung der Strukturen erwähnt wird:
Worin sehen Sie eine Veränderung der Strukturen?

Schluss teil

Gibt es von Ihnen noch etwas, das bisher im Interview nicht zur Sprache gekommen ist, was Ihnen aber wichtig ist?

8.1.2 Leitfaden für Vertreter*innen der Förderungseinrichtungen

Einstiegsfrage

Könnten Sie zum Einstieg einfach Mal schildern, womit Sie sich in dieser Funktion schwerpunktmäßig beschäftigen?

Hauptteil

Wie schätzen Sie die Entwicklung von GF im Setting Kindergarten in Österreich ein?
Wie fördert/unterstützt ihre Einrichtung diese Entwicklung?
Welche anderen Akteure unterstützen das?
Wie ist die Entwicklung im internationalen Vergleich zu bewerten – wo ist das ihrer Meinung nach besser entwickelt?

Wie schätzen Sie die Situation von GF im Setting Kindergarten in Wien ein?

Was fördert/was hemmt diese Entwicklung?

Welche wichtigen Akteure sind hier aus Ihrer Perspektive zu nennen?

Wie sieht die Entwicklung im Vergleich zu anderen Settings (bspw. Schule) aus?

Gibt es ein ganzheitliches GF Projekt im Kindergarten, das aus Ihrer Sicht besonders gut gelungen ist?

Wie wurde dieses umgesetzt?

Was hat funktioniert, was waren die Ergebnisse – hinsichtlich Wirksamkeit?

Was war förderlich/hinderlich?

Wie schätzen Sie die Nachhaltigkeit des Projektes ein?

Was war förderlich/hinderlich für die nachhaltige Implementierung?

Haben Sie das Gefühl, dass die Etablierung des ganzheitlichen Ansatzes in den Kindergärten ausreichend vorangetrieben wird?

Wo sehen Sie noch Handlungsbedarf?

Was gibt es bereits an Unterstützung für die Umsetzung von ganzheitlicher Gesundheitsförderung im Kindergarten?

Schluss teil

Haben Sie noch weitere Informationen oder Anmerkungen zum Thema, die Sie gerne an mich weitergeben möchten?

8.2 Abstract

Die vorliegende Arbeit untersucht, unter welchen Bedingungen eine erfolgreiche Implementierung von settingorientierter Gesundheitsförderung im Kindergarten erfolgt. Der Setting-Ansatz stellt ein Kerninstrument in der Umsetzung von Gesundheitsförderung dar. Im Vergleich zu Maßnahmen, die lediglich Verhaltensveränderungen im Blick haben, fokussiert dieser Ansatz auf die Veränderung der Verhältnisse, in denen Menschen leben, arbeiten, sich erholen etc. und deshalb wird auch angenommen, dass seine Wirkungen stärker bzw. nachhaltiger sind. Während der Setting-Ansatz beispielsweise in der Schule konzeptuell stark verankert ist, besteht im Kindergarten nach wie vor erheblicher Forschungsbedarf. In den letzten Jahren haben sich auch in Österreich verstärkt Projekte entwickelt, die nach einem ganzheitlichen Ansatz durchgeführt wurden. Eine Untersuchung ganzheitlich orientierter Projekt im Kindergarten, die bisher speziell in Österreich implementiert wurden, blieb jedoch bislang aus.

Die umfangreiche Literaturrecherche zum aktuellen Stand der Theorie, der Forschung und zu beispielhaften Projekten in Österreich, wird im empirischen Teil durch acht teilstrukturierte Expert*inneninterviews ergänzt bzw. kontrastiert. Mittels Themenanalyse nach Froschauer und Lueger werden aus dem Datenmaterial relevante Kernkategorien herausgearbeitet.

Von den Ergebnissen lassen sich folgende Aspekte für eine erfolgreiche Umsetzung settingorientierter Gesundheitsförderung im Kindergarten ableiten: finanzielle, zeitliche und materielle Ressourcen, die Anschlussfähigkeit der Maßnahmen in den Arbeitsalltag, Bedarfs- und Bedürfnisorientiertheit der Maßnahmen, die Rahmenbedingungen, Qualifizierung und Weiterbildung sowie subjektive Faktoren und „feel good“-Faktoren. Aber auch durch die gezielte Projektsteuerung durch Fördergeber*innen, lässt sich Einfluss auf einen erfolgreichen (nachhaltigen) Implementierungsprozess nehmen.

The aim of this thesis is to examine the conditions under which setting-oriented health promotion can be successfully implemented in kindergartens in Austria. The setting approach is a core instrument in the implementation of a health promotion. Compared to a health promotion approach that keeps an eye only on changes in individual behavior, this setting approach focuses on those in the conditions that affect people's life in general, including work, recreation and etc. and therefore its effects are assumed to be stronger or more sustainable. The setting approach is, for example, conceptually and firmly anchored in schools, however it has not been researched sufficiently in kindergartens. Despite some recent projects with respect to the setting approach in Austria, examination of the factors that may influence a successful and sustainable health promotion in kindergartens have not been carried out so far.

An extensive literature research on the current state of theory, research and exemplary projects in Austria is supplemented or contrasted in the empirical part of the thesis, which consists of eight semi-structured expert interviews. The data analysis was conducted using Froschauer and Lueger's thematic analysis.

Relevant core categories were worked out from the data material. In summary the following aspects can be derived from the results for a successful implementation of setting-oriented health promotion in a kindergarten: sufficient resources (financial, time and material resources), the compatibility of the health promotion activities in everyday work, needs orientation of the activities and target group orientation, the framework conditions, qualification and further training in health promotion topics, as well as subjective factors and "feel good" factors. Additionally, the targeted project management by funding bodies also may prompt a successful (sustainable) implementation process.